

**KLINISK AUDIT AV KVALITET I
PSYKIATRISK
SYKEPLEIEDOKUMENTASJON VED
ET DISTRIKTSPSYKIATRISK
SENTER**



HØGSKOLEN I BERGEN

Marit Helen Instefjord

Mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Avdeling for helsefag

Senter for kunnskapsbasert praksis

Innleveringsdato: 16.05.12



HØGSKOLEN I BERGEN

Mastergradsstudium i Kunnskapsbasert praksis i helsefag
(fyll ut)

Mastergradsoppgave

Klinisk audit av kvalitet i psykiatrisk sykepleiedokumentasjon

ved et Distriktpsikiatrisk Senter (DPS)

Tittel (norsk)

A clinical audit of the quality of psychiatric nursing documentation

in a District Psychiatric Center

Tittel (engelsk)

Marit Helen Instefjord

Forfatter (student)

Veileder: Birgitte Graverhold, Katrine Aasekjær

Innleveringsdato: 16.05.2012

Antall sider: 49

Antall ord: Ca. 15.500

Forord

Kvalitet er viktig i hverdagen til både pasienter og ansatte i helsevesenet. Gjennom flere år har jeg sammen med kollegaer ofte vært frustrert over det som oppleves som dårlig kvalitet i muntlig rapportering mellom ulike vaktskift, der jeg ofte har følt at jeg har fått lite informasjon om viktige forhold, og mye informasjon om faktorer som er uvesentlige for behandlingen av pasientene. Den muntlige rapporteringen bygger på skriftlig dokumentasjon, og vi har undret oss over om det kan være forhold ved den skriftlige dokumentasjonen som har gjort det vanskelig å få god nok oversikt til å kunne gi god muntlig rapport. Dette var utgangspunktet for min interesse for dette feltet. Klinisk audit ble valgt som metode, både fordi dette er en metode som er godt egnet for gransking av kvalitet med kvalitetsforbedring som mål og fordi dette kan være en måte å høyne kunnskapen om kunnskapsbasert praksis på.

Veiledere i arbeidet med oppgaven har vært Birgitte Graverholt og Katrine Aasekjær ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. De kom inn som veiledere på et kritisk punkt i arbeidet, og jeg vil rette en stor takk til begge to for konstruktive tilbakemeldinger og en ustoppelig tro på prosjektet mitt. Hadde det ikke vært for dere, hadde det vært vanskelig å fullføre masterløpet.

Videre vil jeg takke seksjonsleder Bjørn Molnes for støtte i en krevende arbeidsprosess. Han har bidratt med praktisk tilrettelegging både i forhold til personalressurser og nødvendige permisjoner for å få arbeidsrom. Takk også til Helse Møre og Romsdal som har gitt økonomisk støtte til mastergradsstudiet.

Stor takk går til Anette Flaten Molvær som hjalp meg med utvalget, Ingunn Sorthe som skåret journalene sammen med meg og Richard S. Adoo som leste korrektur på engelsken min. For øvrig vil jeg takke alle kollegaer for uvurderlig støtte og oppmuntring.

Sist med ikke minst vil jeg takke familien. Uten deres hjelp og støtte hadde ikke det vært mulig å gjennomføre prosjektet.

Ålesund, 13.05.12

Marit H. Instefjord

Sammendrag

Kontinuitet og pasientsikkerhet er viktige faktorer for kvalitet i helsetjenestene. Trygge og effektive helsetjenester forutsetter at blant annet behandling, pleie og omsorg bygger på best mulig forskningsbasert kunnskap. Man må arbeide for å kvalitetssikre praksis ved å redusere kløften mellom det vi vet og det vi gjør.

Hensikten med prosjektet var å kvalitetssikre psykiatrisk sykepleiedokumentasjon gjennom å granske i hvilken grad sykepleiedokumentasjon ved et Distriktpspsykiatrisk Senter (DPS) var i tråd med anbefalinger for god sykepleiedokumentasjon fra forskning.

Kvalitet i sykepleiedokumentasjon ble gransket gjennom en klinisk audit, der de tre første trinnene i metoden ble gjennomført. Sykepleiedokumentasjon fra 21 pasientjournaler fra perioden 1. september til 1. desember 2010 ble gransket. Et auditinstrument, N-Catch, ble brukt for å granske journalstruktur, personopplysninger, innkostnotat, pleieplan, vaktrapport og utskrivingsnotat. Kriteriene i N-Catch ble skåret for kvalitet og/eller kvantitet på en skala fra 0 til 3 (2) poeng.

Granskingen viste at kun kriteriet som omhandler personopplysninger møtte den standard som var satt. For kriteriet som omhandler journalstruktur møtte 71 % av journalene kravet i kriteriet. For resten av kriteriene var prosentandelen som møtte kriteriene lav, og varierte fra 0 % til 28,5 %. Lavest skår ble funnet i kriteriet som omhandler kvantitet i vaktrapport. Her skåret 86 % av journalene 0 poeng, det vil si at vaktrapporter kun foreligger sporadisk.

Klinisk audit har i dette prosjektet bidratt til å synliggjøre svakheter i psykiatrisk sykepleiedokumentasjon på et DPS. Slike svakheter kan potensielt bidra til dårlig kontinuitet, med følger for kvalitet og pasientsikkerhet. Kvalitetsforbedring bør iverksettes for å bedre kvaliteten i sykepleiedokumentasjonen. En kvalitetsforbedringsstrategi bør blant annet fokusere på tilbakemelding av resultatene og undervisning, samt å identifisere årsaker til at sykepleierne ikke dokumenterer i henhold til anbefalingene, for å kunne skreddersy tiltak direkte rettet mot barrierene.

Nøkkelord: klinisk audit, pasientsikkerhet, sykepleiedokumentasjon, kvalitetsforbedring, kunnskapsbasert praksis

Summary

Continuity and patient safety are important factors for quality in health care. Safe and effective healthcare requires that treatment and care are based on best scientific knowledge and the gap between what we know and what we do must be reduced.

The purpose of this project was to assess the quality of psychiatric nursing documentation by investigating the extent to which nursing documentation in a District Psychiatric Centre was consistent with recommendations for good nursing documentation from research.

The quality of nursing documentation was assessed through a clinical audit, where the first three steps of the method were carried out. Nursing documentation from 21 patient records from September 1st to December 1st 2010 was studied. An audit instrument, the N-Catch, was used to assess the record structure, personal details, admission notes, nursing care plans, progress evaluation and the discharge notes. The criteria in the N-Catch were scored for quality and/or quantity on a scale from 0 to 3 (2) points.

The investigation showed that only the criterion regarding the personal details met the standard for the audit, while 71 % of the records met the criterion set for record structure. The results for the other criteria varied from 0 – 28.5 %. Lowest scores were found in the quantity of the progress report, where 86 % of the records scored 0 points, indicating that progress reports were written sporadically.

In this project, clinical audit has highlighted deficiencies in psychiatric nursing documentation, which potentially could affect the continuity of care with implications for quality and patient safety. It is necessary to improve the quality of nursing documentation. An improvement strategy should focus on feedback of results and education, as well as identifying local barriers to quality documentation.

Keywords: clinical audit, patient safety, nursing documentation, quality improvement, evidence-based practice

Innhold

1. Introduksjon	3
1.1. Formål og problemstilling	5
1.2. Oppgavens oppbygning.....	5
2. Bakgrunn	6
2.1. Kvalitet i helsetjenesten og sykepleiedokumentasjon.....	6
2.2. Kunnskapsbasert praksis og klinisk audit.....	8
2.3 Sykepleiedokumentasjon	12
2.3.1. Svakheter i sykepleiedokumentasjon	15
3. Metode.....	15
3.1. Identifisere forbedringsområde (trinn 1).....	16
3.1.1. Etikk.....	17
3.2. Kriterier og standard (trinn 2).....	17
3.3. Granske praksis mot kriterier (trinn 3 a og b).....	22
3.3.1. Setting	22
3.3.1. Utvalg	23
3.3.2. Datasamling.....	23
3.3.3. Dataanalyse.....	24
4. Resultater	24
4.1. Inter rater reliabilitetstest.....	27
5. Diskusjon	28
5.1. Metodiske styrker og svakheter.....	28
5.2. Diskusjon av resultater mot tidligere forskning.....	31
5.3. Anbefalinger til praksis.....	34
5.4. Forslag til videre forskning.....	36
6. Konklusjon.....	37
Referanser:.....	38

Artikkel

Vedlegg:

I. Author Guidelines Journal of Advanced Nursing

II. N-Catch

III. Godkjennelse fra personvernombudet

IV. Tilslutning fra ledelsen ved DPS

V. MEDLINE søk

VI. OvidNursing søk

VII. Cinahl søk

VIII. Cochrane søk

IX. Kunnskapstabell

X. Beregning av utvalgsstørrelse

1. Introduksjon

Forståelsen av hva som er kvalitet i helsetjenestene og hvordan denne utvikles er i stadig endring. Kvalitet i helsetjenestene er et komplekst begrep som omfatter flere faktorer. Faktorer som er med på å forme synet på kvalitet er for eksempel samfunnsutviklingen, den teknologiske utviklingen og forventningene fra brukerne (Bakke, 2010). Det finnes mange definisjoner på kvalitet. Felles for flere av disse er at de definerer kvalitet som evne til å oppfylle krav, møte behov og forventninger, samt øke sannsynligheten for optimale utfall av behandling.

Både nasjonalt og internasjonalt har Verdens Helseorganisasjons (WHO) strategi ”Global Strategy for Health for All by the Year 2000” fra 1981 hatt stor betydning for tenkingen rundt kvalitetsspørsmål i helsetjenestene. Denne strategien fokuserer blant annet på hvordan helsevesenet kan bygges opp og organiseres for å møte utfordringene som helsevesenet står overfor. Koordinerte tjenester og bruk av teknologi er blant faktorene som nevnes for å sikre god kvalitet i tjenestene (World Health Organization, 1981). Strategien er etterfulgt av store kvalitetsforbedringsstrategier i flere land. Til tross for at disse strategiene har fokusert på forskjellige områder, er det en voksende enighet om at pasientsikkerhet, kontinuitet i behandling, brukermedvirkning og effektiv behandling som sikrer ønskede utfall er viktige faktorer for kvalitet i helsetjenestene (Sutherland & Coyle, 2009).

I Norge tilbyr vi generelt tjenester av god kvalitet, men det hender likevel at pasienter utsettes for uønskede hendelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). En stor utfordring ligger i mangelfull samhandling innad i spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. ”Samhandlingsreformen” slår fast at samhandling er viktig for å sikre god kvalitet. Samhandling defineres her som ”... helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13). I følge ”Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling for helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013” bidrar informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) til bedre samordning og kontinuitet i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 9).

En systematisk oversikt har vist at sykepleiedokumentasjon har betydning for nettopp samhandling og kontinuitet i pasientbehandling, og dermed også for pasientsikkerhet og

kvalitet i helsetjenesten (Saranto & Kinnunen, 2009). Også en annen systematisk oversikt hevder at sykepleiedokumentasjon kan bidra til pasientsikkerhet og kontinuitet, men at dette forutsetter at kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen er god (Urquhart et al., 2009). I følge Saranto & Kinnunen (2009) er sykepleiedokumentasjonen ofte utilstrekkelig og kvaliteten er dårlig. Unøyaktig eller utilstrekkelig sykepleiedokumentasjon kan føre til misforståelser og mangel på kontinuitet, som igjen kan føre til dårligere sikkerhet for pasientene (Saranto & Kinnunen, 2009).

Det anerkjennes lokalt i et Distriktpsikiatrisk Senter (DPS) at kvalitet i den muntlige rapporteringen er for dårlig. Rapporteringen tar lang tid, og er lite spesifikk og målrettet. Det har vært gjort tiltak for å endre på dette, blant annet ved å redusere rapporttiden, uten gode resultater. Ledelsen ønsker å gjøre noe med dette problemet. Muntlig rapportering bygger på skriftlig dokumentasjon, og man antar at svakheter i den skriftlige dokumentasjonen gjør det vanskelig å få den oversikten som er nødvendig for å gi god muntlig rapport.

Det finnes flere måter å forbedre sykepleiedokumentasjon på. En av disse er klinisk audit. På norsk har vi ikke noe ord som fullt ut dekker betydningen av dette, men ord som monitorering, revisjon, evaluering eller gransking brukes. Klinisk audit er en kvalitetsforbedringsprosess som sikter mot å forbedre pasientbehandling gjennom en systematisk gjennomgang av pasientbehandling mot eksplisitte kriterier samt implementering av nødvendige endringer (Burgess, 2011, s. 6). Feedback eller tilbakemelding av resultatene til praksisfeltet slik at praksis kan endres eller justeres, ansees som en integrert del av klinisk audit (Flottorp et al., 2010).

Denne mastergradsoppgaven i kunnskapsbasert praksis (KBP) rapporterer et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode. Fokuset er på sykepleiedokumentasjon ved et DPS i Helse Møre og Romsdal. En systematisk tilnærming til forskningslitteraturen på området viser at det er klare anbefalinger for hvordan sykepleiedokumentasjon bør utformes. Gjennom å kartlegge sykepleiedokumentasjon slik den foregår i dag, og sammenligne med anbefalinger fra forskning, vil det være mulig å gi konkrete tilbakemeldinger til praksisfeltet om områder i sykepleiedokumentasjonen der kvaliteten kan forbedres.

1.1. Formål og problemstilling

Formålet med dette prosjektet er å kvalitetssikre psykiatrisk sykepleiedokumentasjon. Data fra elektronisk pasientjournal (EPJ) benyttes til å granske kvaliteten i dokumentasjonen slik den foreligger i dag mot kriterier som er satt på bakgrunn av anbefalinger fra forskning. På bakgrunn av resultatene vil det fremmes forslag om hvilke tiltak og strategier som kan bidra til kvalitetsforbedring, men av hensyn til tid og ressurser vil ikke implementering av kvalitetsforbedringstiltak inngå i prosjektet.

Problemstillingen som styrer denne oppgaven er:

I hvilken grad er sykepleiedokumentasjonen ved et DPS i tråd med anbefalinger for god sykepleiedokumentasjon fra forskning?

1.2. Oppgavens oppbygning

Denne mastergradsoppgaven i kunnskapsbasert praksis består av to deler, en artikkel og en kappe (innledningsdel).

Kappen består av introduksjon, bakgrunn, metode, resultater, diskusjon og konklusjon. Introduksjonen gir en innledning til tema, og leder fram til formål og problemstilling. I bakgrunnen beskrives teoretiske aspekter knyttet til kvalitet i helsetjenestene og sykepleiedokumentasjon, kunnskapsbasert praksis og klinisk audit. I metodekapittelet beskrives fremgangsmåten i prosjektet, og metodiske forhold som ikke presenteres i artikkelen blir beskrevet her. Fremgangsmåten beskrives for hvert trinn i klinisk audit. I tillegg redegjøres det for forskningsetiske aspekter. Resultatkapittelet presenterer resultatene knyttet til kriteriene for granskingen. Resultatene knyttet til pleieplan utdypes noe i forhold til artikkelen. I diskusjonskapittelet diskuteres funnene opp mot tidligere forskning, og metodiske styrker og svakheter belyses. I tillegg vil det fremmes forslag om hvilke tiltak og strategier som kan bidra til kvalitetsforbedring, og hva det er viktig å fokusere på i videre forskning. Av hensyn til tid og ressurser i dette prosjektet vil ikke implementering av kvalitetsforbedringstiltak inngå. Konklusjonen oppsummerer hovedpoengene i oppgaven.

Artikkelen er klargjort for innsendelse til Journal of Advanced Nursing (JAN) i henhold til forfatterveiledningen for dette tidsskriftet (Vedlegg I). Artikkelen beskriver granskingen av kvalitet i psykiatrisk sykepleiedokumentasjon og resultatene fra granskingen.

2. Bakgrunn

2.1. Kvalitet i helsetjenesten og sykepleiedokumentasjon

Etter hvert som vi får flere og mer avanserte måter å behandle pasienter på, kan vi behandle flere pasienter. Dette medfører at helsevesenet blir mer komplekst, og at faren for at feil skal oppstå øker. Det er stort fokus på kvalitet i helsetjenester både nasjonalt og internasjonalt. Kvalitet og pasientsikkerhet er prioriterte områder i helsetjenestene (World Health Organization, 2011). Sykepleiedokumentasjon av god kvalitet er viktig for samhandling, kontinuitet og pasientsikkerhet (Saranto & Kinnunen, 2009).

Sykepleiedokumentasjon blir derfor viktig for kvalitet i helsetjenestene.

Sykepleiedokumentasjon skal være med å sikre kvalitet i sykepleiebehandling (Voutilainen, Isola & Muurinen, 2004).

Kvalitet kan defineres som ”... i hvilken grad en samling av iboende egenskaper fyller krav.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 11). Høy kvalitet defineres altså som oppfyllelse av krav, som for eksempel standarder eller forventninger. For å bedømme om noe er av høy kvalitet, må man derfor måle egenskaper opp mot spesifikke krav. Kvalitet i helsetjenestene omfatter mange forhold, og definisjoner av kvalitet suppleres derfor gjerne med et sett av dimensjoner som sier noe om hvordan tjenestene skal være for å oppfylle kravene om god kvalitet.

Måling av kvalitet er viktig for å identifisere områder som kan forbedres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). I Norge er måling av kvalitet delvis ulikt i forhold til land vi sammenligner oss med (Helsenorge.no, 2011). I flere vestlige land er det utviklet indikatorsett for ulike kliniske tilstander, men i Norge mangler vi gode sammenlignbare data om kvalitet for store deler av helsetjenestene. Informasjon som samles er ofte knyttet til økonomi, aktivitet og produksjon. Det er igangsatt et arbeid for å utvikle indikatorer for å måle kvalitet i utvidet forstand, for på den måten å synliggjøre for pasienter og ansatte i helsetjenestene hva kvalitet i helsetjenestene er (Helsenorge.no, 2011).

Strategier for å sikre og forbedre kvalitet i helsetjenestene er utarbeidet i mange land, blant andre National Strategy for Quality Improvement in Health Care i USA (United States Department of Health and Human Services, 2011) og Quality in Healthcare in England, Wales, Scotland, Northern Ireland (Sutherland & Coyle, 2009). Disse store kvalitetsstrategiene utvider kvalitetsbegrepet, og internasjonalt er det en økende enighet

om at pasientsikkerhet, kontinuitet i behandling, brukermedvirkning og effektiv behandling som sikrer ønskede utfall er viktige faktorer for kvalitet i helsetjenestene (Sutherland & Coyle, 2009).

I Norge er det utarbeidet to strategier for kvalitetssikring og kvalitetsforbedring:

”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og ”Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

”Og bedre skal det bli!” er en strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten som legger føringer for forbedringsarbeid i primær- og spesialisthelsetjenesten i perioden 2005 til 2015 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Den sier blant annet at tjenester av god kvalitet skal være virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, være tilgjengelige og rettferdig fordelt samt involvere brukerne. Her defineres altså kvalitet som noe mer enn fakta om økonomi, aktivitet og produksjon. Det å undersøke om tjenestene faktisk bidrar til å nå disse målene står sentralt. Strategien fokuserer på fem innstatsområder. Et av dem er å følge med og evaluere tjenestene, blant annet for å få kunnskap som kan brukes for å forbedre tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

I ”Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b) vektlegges kvalitetsforbedringsarbeid og pasientsikkerhet.

Kvalitetsforbedringsarbeid skal være integrert i den vanlige virksomheten, og systematisk pasientsikkerhetsarbeid skal bidra til bedre pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Det foreligger forslag om at dette kravet skal lovfestes. Planen sier at det er behov for mer forskning knyttet til pasientsikkerhet. Vi må måle kvalitet, og gjøre resultatene tilgjengelige.

Planen sier videre at mulighetene for elektronisk samhandling ikke utnyttes godt nok. Sikker informasjonsteknologi skal legge til rette for at nødvendig informasjon, kunnskap og kompetanse er tilgjengelig for helsepersonell gjennom hele pasientforløpet, og slik bidra til effektive og sikre tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Både ”Og bedre skal det bli!” og ”Nasjonal helse- og omsorgsplan” sier at god kvalitet i tjenesten betyr at tjenestene er helhetlige og preget av kontinuitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 24 ; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b, s. 95). Tilbudet

til den enkelte pasient bør være en mest mulig sammenhengende kjede av tiltak, og helsepersonell i ulike tjenesteledd bør samarbeide på en måte som kommer pasienten til gode. Likevel opplever mange pasienter lite kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten, fordi de stadig møter nytt personell. Dette gjelder både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Manglende kontinuitet kan blant annet føre til ineffektive tjenester, utrygghet og feil i behandling og pleie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b, s. 90).

Kontinuitet krever god samhandling, og god samhandling kjennetegnes av gjensidig informasjonsutveksling. Det er utarbeidet en nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren i perioden 2008 – 2013, ”Samspill 2.0” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Denne strategiplanen fokuserer på hvordan informasjons- og kommunikasjonsteknologi kan bidra til bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene gjennom god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet. Elektronisk samhandling ansees her som sentralt for å sikre den nødvendige informasjonsflyt som er nødvendig for at pasienten skal oppleve helhetlige tjenester.

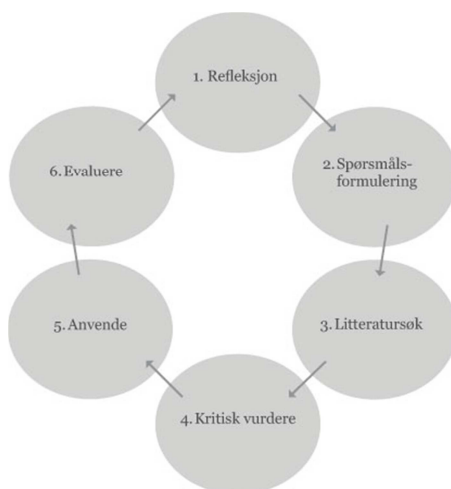
I Norsk Sykepleierforbunds yrkesetisk retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2007), står det blant annet at sykepleieren skal ivareta en helhetlig omsorg for den enkelte pasient. Sykepleieren skal videre ivareta pasientens verdighet, rettigheter og sikkerhet ved bruk av teknologi og vitenskapelige fremskritt. Sykepleieren skal erkjenne et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Helse Møre og Romsdal er en del av Helse Midt-Norge Regionale Helseforetak (RHF), og her står verdiene respekt, kvalitet og trygghet sentralt. I kvalitetsstrategien står det at ”Det skal ytes god kvalitet, i alle ledd, i virksomhet i regi av Helse Midt-Norge” (Helse Midt-Norge, 2004, s. 3). I ”Strategi 2020”, som er en strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge fram mot 2020, er kunnskapsbasert pasientbehandling listet opp som et av de viktigste målene (Helse Midt-Norge, 2010).

2.2. Kunnskapsbasert praksis og klinisk audit

Trygge og effektive helsetjenester forutsetter at blant annet behandling, pleie og omsorg bygger på best mulig forskningsbasert kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). For å oppnå god kvalitet i helsetjenestene bør tjenestene bygge på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Kunnskapsbasert

praksis (KBP) er et verktøy for å oppnå målsetninger som er satt gjennom en systematisk og reflektert bruk av forskning, erfaring og brukerkunnskap (Figur 1). Man

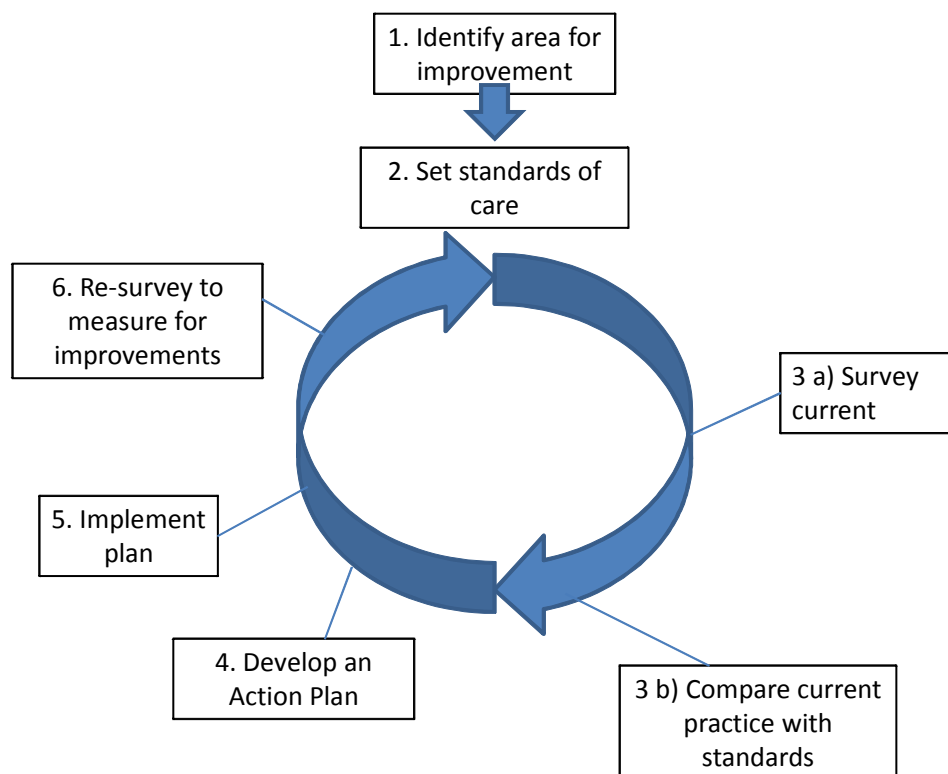


Figur 1: Kunnskapsbasert praksis
(www.kunnskapsbasertpraksis.no)

skal ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Nortvedt et al., 2007, s. 15). Gjennom seks trinn skal man på bakgrunn av en refleksjon formulere presise spørsmål som danner utgangspunkt for systematiske søk etter forskningskunnskap. Denne kunnskapen skal man kritisk vurdere, før man anvender den sammen med erfaringskunnskap og brukerkunnskap. Evaluering er siste trinn i prosessen. Her måler man om man jobber kunnskapsbasert. En måte å gjøre dette på er å granske hva som faktisk skjer i praksis, og sammenligne dette mot standarder eller eksplisitte kriterier (Nortvedt et al., 2007, s. 172).

I KBP er man altså opptatt av å bygge tjenester på best tilgjengelig vitenskapelig kunnskap og kombinere denne kunnskapen med erfaringskunnskap og brukerkunnskap. Helsedirektoratet sier at man innen psykisk helse skal sikre brukerne tjenester av god kvalitet gjennom blant annet å utvikle en kunnskapsbasert tjeneste (Helsedirektoratet, 2012). Helsetjenestene skal ikke bygge på ubegrunnede rutiner eller gamle vaner, og man må derfor arbeide for å kvalitetssikre praksis ved å redusere kløften mellom det vi vet er rett og det vi faktisk gjør. "Nasjonal helse- og omsorgsplan" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b) sier at vi må måle kvalitet. På den måten kan vi få oversikt over praksis, og undersøke om praksis er i overensstemmelse med den forskningsbaserte kunnskapen.

I den praktiske hverdagen ser man at det ofte er en utfordring å få satt ny kunnskap ut i praksis, og redusere gapet mellom det vi vet og det vi gjør (Courtney & McCutcheon, 2010, s. 113). Mange tiltak har vist seg å ha liten eller begrenset effekt i praksis. En metode som har vist seg å være effektiv i å fremme KBP er klinisk audit (Courtney & McCutcheon, 2010, s. 113). Dette er et redskap for å evaluere pleie. En evaluering kan føre til nye refleksjoner som setter i gang en ny kunnskapsbasert prosess. Klinisk audit kommer inn i det siste trinnet i KBP (Nortvedt et al., 2007, s. 172).



Figur 2: Klinisk audit (journal.nzma.org.nz)

Klinisk audit (Figur 2) er en kvalitetsforbedringsprosess som gjennom en systematisk gjennomgang av pasientbehandling mot eksplisitte kriterier samt implementering av nødvendige endringer, sikter mot å forbedre pasientbehandling (Burgess, 2011, s. 6). Feedback av resultatene slik at helsepersonell kan justere sine ytelser, regnes som en integrert del av audit (Flottorp et al., 2010). Målsetningen med audit og feedback er å forbedre praksis, og på den måten bedre kvaliteten i helsetjenestene og dermed også pasientsikkerheten (Flottorp et al., 2010). Man skiller mellom intern og ekstern audit.

Burgess (2011, s. 7) beskriver klinisk audit som en sirkel eller spiral der man gjennom flere trinn følger en systematisk prosess. Spiralen antyder at kvalitetsforbedring bør være en kontinuerlig prosess mot et stadig høyere kvalitetsnivå.

På det første trinnet i klinisk audit identifiseres kvalitetsforbedringsområder som har høye kostnader, omfang eller risiko for pasienten eller andre og utgjør et reelt problem. Tilgjengelig forskningskunnskap skal kunne bidra til anbefalinger og det skal være mulig å gjennomføre endringer (Burgess, 2011, s. 26). På det andre trinnet skal kriterier og standard fastsettes. Kriterier bør være eksplisitte, bygge på funn fra forskning, være målbare i praksis og henspille på prosess, struktur eller utfallsmål. En standard sier noe om hvor stor prosentandel som skal møte kravene i kriteriene (Burgess, 2011, s. 33). Deretter samles data fra praksis som granskes opp mot kriteriene. Granskingen kan være retrospektiv eller prospektiv. På bakgrunn av resultater og forskningskunnskap utvikles og implementeres en strategi for kvalitetsforbedring. Feedback, der sentrale interessenter blir informert om resultatene fra granskingen, ansees som en integrert del av audit (Flottorp et al., 2010). For å sikre at tiltakene fører til faktisk kvalitetsforbedring samt opprettholde positive endringer, gransker man data en gang til etter at endringer er innført (Burgess, 2011, s. 95).

Klinisk audit er velegnet når man antar at det er stort gap mellom anbefalinger og praksis, når audit er mulig uten at dette medfører store kostnader, pålitelig rutinedata som kan anvendes til klinisk audit er tilgjengelig og små eller moderate endringer er verdt en innsats (Flottorp et al., 2010).

Forskning viser at klinisk audit kan føre til økt bevissthet om behov for å forbedre kvaliteten i sykepleiedokumentasjon, og at audit sammen med undervisning og øvelse kan føre til reelle kvalitetsforbedringer (Griffiths, Debbage & Smith, 2007).

Klinisk audit kan være effektivt for å forbedre praksis. Effekten er liten til moderat, men det er likevel viktig å måle praksis for å vite hvor man bør fokusere innsats for å gjøre forbedringer (Jamtvedt et al., 2010). Audit og feedback er mer effektivt dersom helsepersonell er aktivt involvert og har formelt ansvar (Jamtvedt et al., 2010). Videre er effekten større dersom gapet mellom anbefalinger og praksis er stort (Flottorp et al., 2010 ; Jamtvedt et al., 2010). Effekten av feedback avhenger også av intensitet, for eksempel om den gis hyppig og både muntlig og skriftlig (Flottorp et al., 2010).

2.3 Sykepleiedokumentasjon

Hva er sykepleiedokumentasjon av god kvalitet? Dette spørsmålet danner utgangspunkt for prosjektet. Kunnskap fra forskning gir anbefalinger og lovverk stiller krav til utforming og innhold av sykepleiedokumentasjon.

Sykepleiedokumentasjon kan defineres som dokumentasjon av pleie som ytes til pasienter av sykepleiere eller andre ansatte under veiledning av sykepleiere (Urquhart et al., 2009). Informasjon av høy kvalitet er et premiss for god sykepleie (Urquhart et al., 2009). Bevisst bruk av sykepleiedokumentasjon kan være en måte å anvende kunnskapsbasert praksis på, ved at pleien blant annet bygges på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak. Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjon er en forutsetning for å bruke sykepleiedokumentasjon som et verktøy i kunnskapsbasert sykepleiepraksis (Kärkkäinen & Eriksson, 2003).

Som sykepleier har man i Norge plikt til å føre journal, det vil si dokumentere den helsehjelp som ytes (Helsepersonelloven § 39, 1999). Sykepleiedokumentasjon skal være en integrert og selvstendig del av pasientjournalen. Forskrift om pasientjournal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a) stiller krav til innholdet i journalen. Pasientjournalen er juridisk dokumentasjon på den behandling pasienten har fått, og kan brukes i klagesaker og rettsaker. Pasientene har rett til innsyn i egen journal (Pasientrettighetsloven § 5-1, 1999).

Det finnes ingen nasjonale retningslinjer for sykepleiedokumentasjon i Norge. Heller ikke internasjonalt er det funnet kunnskapsbaserte retningslinjer for sykepleiedokumentasjon. En systematisk tilnærming til forskningslitteratur viser at selv om det ikke finnes noen anerkjent gullstandard for kvalitet i sykepleiedokumentasjon (Paans et al., 2010a), så gir forskningen anbefalinger for utforming og innhold i sykepleiedokumentasjon. Søkestrategi presenteres i kapittel 2.

Forskning sier at sykepleiedokumentasjon av høy kvalitet skal sikre strukturert, konsistent og effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell, og på den måten legge til rette for kontinuitet og pasientsikkerhet (Voutilainen, Isola & Muurinen, 2004 ; Saranto & Kinnunen, 2009 ; Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010 ; Wang, Hailey & Yu, 2011). Sykepleiedokumentasjon må derfor presenteres på en logisk og kronologisk måte (Gordon, 1994, p. 236 ; Saranto & Kinnunen, 2009 ; Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010).

Mange mener at sykepleieprosessen kan tilføre den struktur som er nødvendig for å oppnå kontinuitet og effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell (Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling, 2000 ; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, s. 14 ; Doenges, 2003, s. 3 ; Kärkkäinen & Eriksson, 2003). Sykepleieprosessen benyttes som teoretisk grunnlag for sykepleiedokumentasjon (Wang, Hailey & Yu, 2011), og trinnene i sykepleieprosessen er internasjonalt anerkjent for å ha de teoretiske elementene som kreves for å oppnå høy kvalitet i sykepleiedokumentasjonen (Gordon, 1994, s. 218 ; McFarland & McFarlane, 1997, s. 3 ; Doenges, 2003, s.3 ; Paans et al., 2010a). Tabell I viser anbefalinger fra forskning knyttet til trinnene i sykepleieprosessen.

Tabell I: Forskningskunnskap knyttet til sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen	Forskningskunnskap
Datasamling - Innkomsnotat	<ul style="list-style-type: none"> - Sentral informasjon om pasienten skal dokumenteres, blant annet informasjon om pasientens helsehistorikk, helsestatus ved innleggelse og kontaktårsak (Gordon, 1994, s. 236 ; McFarland & McFarlane, 1997, s. 14 ; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, s. 76). - Informasjonen analyseres og tjener som datasamling for å kunne identifisere behov for sykepleie og planlegge pleien. Datasamlingen utgjør et utgangspunkt som endringer i pasientens helsestatus kan sammenlignes mot (Pesut & Herman, 1998 ; Kärkkäinen & Eriksson, 2003 ; Darmer et al., 2006 ; Müller-Staub et al., 2006) - Datasamling muliggjør dokumentasjon av valid og reliabel informasjon om pasienten og den behandlingen han får (Wang, Hailey & Yu, 2011) - Svakheter i datasamlingen ved innkomsnotat kan få konsekvenser for kvaliteten i resten av sykepleiejournalen (Kärkkäinen & Eriksson, 2003 ; Voultainen, Isola & Muurinen, 2004).
Planlegging - Pleieplan	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientens behov for pleie identifiseres, realistiske mål settes og tiltak for å nå målene planlegges (Heggdal, 2001) - Pleieplan kan bidra til individualisert pleie, som igjen kan bidra til økt kvalitet i pleie, bedret pasienttilfredshet og opplevelse av livskvalitet (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2002) - Uten en individualisert pleieplan, kan sykepleien bli fragmentert og hovedsakelig basert på rutine (Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling, 2000).
Planlegging - Sykepleiediagnoser	<ul style="list-style-type: none"> - Presiserer hva sykepleien skal fokusere på (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, s. 161) - Skal beskrive årsak til problemene, da dette er en forutsetning for å kunne velge effektive tiltak som fører til at de planlagte målene kan nås (Müller-Staub et al., 2006) - Utilstrekkelig dokumentering av sykepleiediagnoser bidrar til at kommunikasjon mellom helsepersonell om pasienten blir utilstrekkelig (Wang, Hailey & Yu, 2011).
Planlegging - Mål/forventet resultat	<ul style="list-style-type: none"> - Skal beskrive endringer i pasientens helsestatus som resultat av sykepleietiltak, og være valide mål for om tiltakene virker (Müller-Staub et al., 2006) - Skal reflektere en fremtidig ønsket situasjon for pasienten, og være målbare og realistiske (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, s. 183) - Bør beskrive forhold for pasienten etter utskriving, for eksempel i hvilken grad pasienten kan klare seg hjemme etter utskrivingen (Stokke & Kalfoss, 1999).
Planlegging - Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiebehandling basert på kliniske vurderinger og kunnskap som implementeres av sykepleierne for å bidra til bedring i pasientens helsestatus (Müller-Staub et al., 2006) - Det bør spesifiseres når, hvordan og hvor ofte tiltakene skal gjennomføres (Voultainen, Isola & Muurinen, 2004). - Sykepleiedokumentasjonen skal demonstrere nytten og nødvendigheten av tiltakene (Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010)
Evaluering - Vaktrapport	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiedokumentasjonen bør reflektere den sykepleien som er gitt (Saranto & Kinnunen, 2009 ; Wang, Hailey & Yu, 2011) - Pasientens helsestatus må evalueres regelmessig (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, s. 89). - Sykepleiedokumentasjon bør skrives så raskt som mulig etter at pleien er gitt (Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010) - Svakheter i evaluering gjør det vanskelig å implementere pleieplanen (Voultainen, Isola & Muurinen, 2004).
Evaluering - Utskrivingsnotat	<ul style="list-style-type: none"> - Skal kommunisere sentral informasjon om pasienten til neste behandlingsledd (Larson et al., 2004 ; Hellesø, 2006 ; Arnold & Mitchell, 2008) - Skal inneholde informasjon om den pleien pasienten har fått og endringer i pasientens helsestatus under innleggelsen, beskrive pasientens helsestatus ved utskriving og gi anbefalinger for videre behandling (Hellesø, 2006). - Sikrer kontinuitet i pasientbehandlingen og styrker pasientens behandling og sikkerhet (Wang, Hailey & Yu, 2011). - Sykepleiedokumentasjonen bør beskrive den pleien som er gitt for å bidra til optimale pasientutfall (Saranto & Kinnunen, 2009).

2.3.1. Svakheter i sykepleiedokumentasjon

Det er ikke funnet systematiske oversikter som sier noe spesifikt om kvaliteten i psykiatrisk sykepleiedokumentasjon, men systematiske oversikter innen andre kliniske områder avdekker svakheter i kvalitet i sykepleiedokumentasjon. En systematisk oversikt fra Finland som studerte forskningsmetoder i evaluering av sykepleiedokumentasjon, inkluderte 41 studier fra 2000 til 2007 (Saranto & Kinnunen, 2009). Forskerne fant blant annet at sykepleiedokumentasjonen ofte var utilstrekkelig og unøyaktig, og at kvaliteten generelt var dårlig. Dokumentasjonen manglet viktige detaljer om pasienten og pasientbehandlingen. Forskerne pekte på at sykepleiedokumentasjonen bør være strukturert for å øke nøyaktigheten av data, og dermed også pasientsikkerheten.

En systematisk oversikt fra Sveits så på bruk av sykepleiediagnoser i sykepleiedokumentasjon (Müller-Staub et al., 2006). De inkluderte 36 studier fra 1982 til 2004. Forskerne fant mangler i den sykepleiediagnostiske prosessen, der sykepleierne unnlot å dokumentere årsak til problemene, og hvilke symptomer pasientene opplevde. De påpekte at det er viktig å dokumentere årsak til problemene for å kunne lage effektive tiltak som kan gi gode resultater.

En australsk systematisk oversikt hadde som hensikt å beskrive kvalitet i sykepleiedokumentasjon, identifisere auditinstrumenter og granske ulike audittilnærminger i forskning (Wang, Hailey & Yu, 2011). De inkluderte 77 studier. Forskerne fant blant annet at språket i sykepleiedokumentasjonen ofte var abstrakt og uklart. De fant også mange mangler i sykepleiedokumentasjonen. Blant annet fant de utilstrekkelig dokumentering av psykologiske og sosiale aspekter ved pleien. Videre fant de at pasientens preferanser og informasjonsbehov sjelden ble dokumentert. Trinnene i sykepleieprosessen var ofte utilstrekkelig dokumentert, og det var ofte dårlig samsvar i det som var dokumentert på de ulike trinnene.

3. Metode

Dette kapittelet vil beskrive prosjektets design og fremgangsmåte, inkludert forberedelser til audit, utvalg, datasamling, dataanalyse og etiske forhold.

Prosjektet gransker kvalitet i psykiatrisk sykepleiedokumentasjon i pasientjournal mot kriterier basert på anbefalinger fra forskningslitteraturen. Fremgangsmåten i prosjektet vil beskrives under hvert trinn i klinisk audit. Av hensyn til tid og ressurser, er det kun de tre første trinnene som er gjennomført. Disse vil bli beskrevet i detalj. I diskusjonskapittelet vil forslag til aktiviteter for å utforme en handlingsplan for kvalitetsforbedring bli presentert. Implementering av handlingsplanen inngår ikke i prosjektet.

3.1. Identifisere forbedringsområde (trinn 1)

På det første trinnet i klinisk audit identifiseres områder for forbedring. Her ble det gjort vurderinger knyttet til om klinisk audit var egnet som metode ved å spørre seg om området har høye kostnader, omfang eller risiko for pasienten eller andre, om området utgjør et reelt problem, om tilgjengelig forskningskunnskap kan bidra til anbefalinger og om det er mulig å gjennomføre endringer innenfor dette området (Burgess, 2011, s. 27).

På et tidlig tidspunkt i prosjektet ble det vurdert at sykepleiedokumentasjon er et område som har stort omfang og som potensielt kan bidra til dårligere sikkerhet for pasienter. Systematiske oversikter viser at unøyaktig eller utilstrekkelig sykepleiedokumentasjon kan bidra til misforståelser og mangel på kontinuitet, som igjen kan føre til dårligere sikkerhet for pasientene (Saranto & Kinnunen, 2009 ; Urquhart et al., 2009). Også sentrale føringer viser at prosjektet er viktig å gjennomføre. Sykepleiedokumentasjon kan bidra til effektiv og målrettet pasientbehandling, noe som kan medvirke til at målsetningen i DPS-veilederen om å redusere liggetid i døgnavdelingene innfris (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 27). Slik kan god sykepleiedokumentasjon også bidra til å redusere kostnader.

Det ble sammen med ledelsen ved DPS vurdert at forbedringsområdet utgjør et reelt problem i praksis (Burgess, 2011, s. 27). Det anerkjennes lokalt at det er problemer med å oppnå presis muntlig rapportering. Muntlig rapportering bygger på skriftlig dokumentasjon, og det antas at mangler i skriftlig dokumentasjon gjør det vanskelig å få oversikt for den som skal rapportere. Man antar derfor at det eksisterer et gap mellom anbefalinger for god sykepleiedokumentasjon og praksis.

Videre ble det tidlig vurdert og funnet at det foreligger forskningskunnskap som sier noe om hvordan standarden bør være når det gjelder sykepleiedokumentasjon (Burgess,

2011, s. 40). Disse vurderingene ble gjort av meg. I granskingen benyttes et auditinstrument, N-Catch (Haugan et al., 2010), som er en videreutvikling av tidligere auditinstrumenter (Paans et al., 2010b) (Vedlegg II). Instrumentet følger strukturen i sykepleieprosessen, som anvendes som teoretisk basis for sykepleiedokumentasjon (Wang, Hailey & Yu, 2011). Videre beskrivelse av N-Catch og kunnskapsgrunnlaget vil presenteres under trinn 2.

Flere systematiske oversikter viser at det er mulig å oppnå kvalitetsforbedring i sykepleiedokumentasjon ved ulike kvalitetsforbedringstiltak (Müller-Staub et al., 2006 ; Saranto & Kinnunen, 2009 ; Wang, Hailey & Yu, 2011). Dette prosjektet er ønsket og aktivt støttet av ledelsen ved DPS, noe som ansees som avgjørende for å oppnå kvalitetsforbedringer (Darmer et al., 2006 ; Burgess, 2011, s. 51 ; Wang, Hailey & Yu, 2011). Det ble ikke opprettet noe audit team for dette prosjektet, men ledelsen har tilrettelagt slik at personell ved DPS har kunnet bidra i ulike faser.

3.1.1. Etikk

Prosjektet er i henhold til Europarådets definisjoner et kvalitetsforbedringsprosjekt (Council of Europe, 2009). Det ble meldt til personvernombudet for forskning ved Ålesund sykehus, og tillatelse til å gjennomføre prosjektet ble gitt (Vedlegg III). Prosjektet er ønsket og støttet av ledelsen ved DPS (Vedlegg IV). De ansatte ved DPS fikk muntlig informasjon om prosjektet før oppstart. Sykepleierne som gransket sykepleiedokumentasjonen forholdt seg utelukkende til anonyme data der personentydige kjennetegn var fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kunne knyttes til enkeltpersoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001b, § 2). Dette regnes ikke som personopplysninger, jmfør Lov om behandling av personopplysninger § 2.1 (Justis- og beredskapsdepartementet, 2000), og samtykke fra pasientene ble derfor ikke innhentet.

3.2. Kriterier og standard (trinn 2)

Det er essensielt å sette kriterier og standard slik at man vet hva man skal måle praksis mot (Burgess, 2011, s. 33). Kriterier kan defineres som egenskaper ved helsehjelp som beskriver kvalitet og som kan benyttes for å vurdere kvaliteten. Kriteriene bør være eksplisitte, bygge på funn fra forskning, være målbare og henspille på prosess, struktur eller utfallsmål (Burgess, 2011, s. 33). Dette prosjektet fokuserte på prosesskriterier, altså hvordan man dokumenterer psykiatrisk sykepleie i pasientjournaler.

Et auditinstrument, N-Catch, ble brukt i granskingen. Flere auditinstrumenter ble vurdert, blant andre Q-DIO (Müller-Staub et al., 2008) og Cat-ch-Ing (Bjørvell, Thorell-Ekstrand & Wredling, 2000). N-Catch ble vurdert å være best egnet for dette prosjektet fordi det er beregnet for gransking av alle elementene i sykepleiejournalen, det følger trinnene i sykepleieprosessen og det følger strukturen i det journalsystemet som benyttes der granskingen ble gjennomført. N-Catch var både utgangspunkt for kriteriene og datasamlingsinstrumentet i dette prosjektet.

N-Catch er utviklet i Nederland (D-Catch) av Paans et al. (2010b). To Delphi-panel ble brukt i utviklingen av instrumentet. Et Delphi-panel er en gruppe eksperter som i flere omganger blir bedt om å gi sin vurdering om et bestemt tema (Polit & Beck, 2008, s. 327). Delphi-panelene bestod av eksperter på kvalitet i sykepleiedokumentasjon. De diskuterte spesifikke spørsmål knyttet til ulike auditinstrumenter i flere omganger. Basert på panelenes kommentarer, ble D-Catch utviklet. De to Delphi-panelene var enige i kriteriene i det nye instrumentet, og bestemte at de hadde oppnådd konsensus (Paans et al., 2010b).

D-Catch er en videreutvikling av to tidligere audit instrumenter, Scale for Degree of Accuracy in Nursing Diagnoses (Lunney, 2001) og Cat-ch-Ing (Bjørvell, Thorell-Ekstrand & Wredling, 2000). Instrumentet er psykometrisk testet i Nederland, og er funnet å være valid og reliabelt (Paans et al., 2010b).

D-Catch er oversatt til norsk med en frem- og tilbake oversettelse i tråd med anerkjente vitenskapelige kriterier (Haugan et al., 2010). I en slik prosess blir først instrumentet oversatt til norsk. Deretter blir den norske versjonen oversatt tilbake til originalspråket av oversettere som ikke er kjent med det opprinnelige instrumentet. Den tilbakeoversatte versjonen sammenlignes så med utgangspunktet (Polit & Beck, 2008, s. 497). Den endelige versjonen av N-Catch ble prøvd ut på tre journaler, og ble opplevd som anvendelig. Det ble utarbeidet en guide for bruk av instrumentet (Haugan et al., 2010).

N-Catch består av flere elementer som måler kvalitet og kvantitet i sykepleiedokumentasjon. Det tar for seg personopplysninger, inntakstnotat, pleieplan med sykepleiediagnose, forventet resultat og tiltak, vaktrapport og utskrivingsnotat.

For å kvalitetssikre elementene i N-Catch ble det gjennomført systematiske søk etter forskningslitteratur i aktuelle databaser. Det ble gjort søkt i MEDLINE, OvidNursing, Cinahl og Cochrane Library (Vedlegg V, VI, VII og VIII). Det ble også søkt i PsycINFO, men uten flere relevante funn. I tillegg ble det søkt i referanselister.

Aktuelle studier ble kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (2006b ; a ; 2008). Studier som ikke holdt god kvalitet ble forkastet. Totalt ble tre systematiske oversikter og to litteraturoversikter inkludert. Disse presenteres i en kunnskapstabell (Vedlegg IX). Funnene fra forskning bekrefter at trinnene i sykepleieprosessen kan bidra til kvalitet i sykepleiedokumentasjon (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2002 ; Müller-Staub et al., 2006 ; Saranto & Kinnunen, 2009 ; Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010 ; Wang, Hailey & Yu, 2011).

Forskingskunnskapen ble supplert med kunnskap fra bøker om sykepleiedokumentasjon (Gordon, 1994 ; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000 ; Heggdal, 2001 ; Doenges, 2003). En veileder i sykepleiedokumentasjon utarbeidet av Norsk Sykepleieforbund (Mølsted, Mauritzen & Angermo, 2007) ble også vurdert, men metodisk kvalitet på denne var svak, og anbefalingene kunne derfor ikke benyttes.

Basert på forskningsfunn og elementene i N-Catch, ble kriterier og standard for granskingen utarbeidet (Tabell II). Når kriteriene skulle settes ble det gjort noen tilpasninger i N-Catch. Den første tilpasningen gjelder elementet som spør om pleieplanen er lesbar. Dette gjelder kun dersom pleieplanen er håndskrevet. I denne granskingen ble data fra EPJ benyttet, og dette elementet var derfor ikke aktuelt. Den andre tilpasningen er knyttet til personopplysningene. Her var det ikke angitt hvilke kriterier som skulle legges til grunn for å si at opplysningene var nøyaktige. Krav fra Forskrift om pasientjournal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a) ble tilføyd, slik at journalen skulle inneholde tilstrekkelige opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten, det vil si navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer, telefonnummer, sivilstand, yrke, nærmeste pårørende og fastlege.

Tabell II: Kriterier og standard

	Kvalitetsmål i N-Catch: Kriterier og standarder	Kunnskapskilder	Datakilde
1.	<p>Krav til journalens innhold: Journalen skal inneholde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innkomsnotat • Personopplysninger • Pleieplan • Resultater og evaluering <p>Standard: 100 % av journalene skal inneholde disse fire punktene</p>	(Wang, Hailey & Yu, 2011 ; Saranto & Kinnunen, 2009 ; Gordon, 1994 ; Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a)	Sykepleiedokumentasjon i pasientjournal
2.	<p>Krav til personopplysninger Journalen skal inneholde opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten: navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer, telefonnummer, sivilstand, yrke, nærmeste pårørende og fastlege</p> <p>Standard: 100 % av journalene skal inneholde disse opplysningene</p>	(Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a)	Pasientjournal
3.	<p>Krav til innkomsnotat i sykepleiedokumentasjon:</p> <p>a. Kvantitet: Anamnese, årsak til innleggelse og status skal være fullstendig nedtegnet.</p> <p>b. Kvalitet: Notatet skal være tydelig og språklig korrekt, og inneholde all relevant informasjon.</p> <p>Standard: 100 % av innkomsnotatene skal tilfredsstillere disse kravene</p>	(Wang, Hailey & Yu, 2011 ; Müller-Staub et al., 2006 ; Doenges, 2003 ; Gordon, 1994 ; Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a)	Innkomsnotat i sykepleiedokumentasjon i pasientjournal
4.	<p>Krav til pleieplan i sykepleiedokumentasjon:</p> <p>a. Kvantitet: Pleieplanen skal være oppdatert og individualisert. Den skal inneholde sykepleiediagnose, forventet resultat og tiltak. Disse skal stå i forhold til hverandre og være relevante og realistiske.</p> <p>b. Sykepleiediagnoser: Skal være entydig og relevant, og inneholde informasjon om symptomer, konsekvenser og pasientens ressurser</p> <p>c. Forventet resultat: Skal være målbare og realistiske, og beskrive en fremtidig ønskelig tilstand for pasienten, samt være knyttet til sykepleiediagnose</p> <p>d. Tiltak: Skal være tydelige og spesifikke og knyttet til sykepleiediagnoser og forventet resultat.</p> <p>Standard: 100 % av pleieplanene skal tilfredsstillere disse kravene</p>	(Wang, Hailey & Yu, 2011 ; Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010 ; Müller-Staub et al., 2006 ; Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2002 ; Doenges, 2003 ; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000 ; Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a)	Pleieplan i sykepleiedokumentasjon i pasientjournal
5.	<p>Krav til vaktrapport i sykepleiedokumentasjon:</p> <p>a. Kvantitet: Vaktrapport skal skrives etter hver vakt.</p> <p>b. Kvalitet: Vaktrapportene skal være presise og språklig korrekte, og beskrive vurderinger knyttet til om pasientens status er bedret eller forverret i forhold til oppsatte mål.</p> <p>Standard: 100 % av vaktrapportene skal tilfredsstillere disse kravene.</p>	(Wang, Hailey & Yu, 2011 ; Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010 ; Saranto & Kinnunen, 2009 ; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000 ; Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a)	Evaluering, Sykepleie/miljøterapi og Behandlingsmøte i sykepleiedokumentasjon i pasientjournal
6.	<p>Krav til utnotat (utskrivning fra sykehus), sykepleiesammenfatning (ekstern overflytting) eller overflyttingsnotat (intern overflytting): Notatet skal være klart og språklig korrekt og inneholde relevant informasjon som er nødvendig for å forstå pasientens helsestatus ved utskrivning/overflytting. Evaluering av resultat skal komme tydelig frem.</p> <p>Standard: 100 % av utnotatene, sykepleiesammenfatningene og overflyttingsnotatene skal tilfredsstillere disse kravene.</p>	(Wang, Hailey & Yu, 2011 ; Saranto & Kinnunen, 2009 ; Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a)	Utnotat, Sykepleiesammenfatning eller Overflyttingsnotat i sykepleiedokumentasjon i pasientjournal

Den tredje tilpasningen dreier seg om sykepleiediagnoser. Her ble det spesifisert at diagnosene skulle inneholde symptomer, konsekvenser og ressurser. Denne tilpasningen ble gjort for at kriteriet skulle samsvare bedre med systemet som benyttes for

sykepleiedokumentasjon ved DPS, der beskrivelse av symptomer, konsekvenser og pasientens ressurser skal inngå i sykepleiediagnosene.

For hvert kriterium ble det satt en standard som representerer et realistisk mål for praksis. En slik standard sier noe om hvor stor prosentandel som skal møte kravene i kriteriene (Burgess, 2011, s. 33). Det er godt samsvar mellom kriteriene og juridiske krav i Forskrift om pasientjournal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a), se Tabell III. Med bakgrunn i de juridiske kravene, ble standard for kriteriene satt til 100 %.

Tabell III: Samsvar mellom kriterier og lovverk

Kriterier	Forskrift om pasientjournal: Pasientens journal skal inneholde følgende opplysninger:
<p><u>Krav til journalens innhold:</u> Journalen skal inneholde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innkostnotat • Personopplysninger • Pleieplan • Resultater og evaluering 	<p>Bakgrunnen for helsehjelpen</p> <p>Pasientens sykehistorie</p> <p>Pågående behandling</p> <p>Pasientens status ved innleggelse</p> <p>Diagnoser, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk</p> <p>Observasjoner og resultater</p> <p>Pasientens status ved utskriving</p>
<p><u>Krav til personopplysninger</u></p> <p>Journalen skal inneholde opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten, bl.a. navn, adresse, fødselsnummer, nærmeste pårørende, telefonnummer, sivilstand og yrke</p>	<p>Tilstrekkelige opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten (navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer, telefonnummer, sivilstand, yrke, nærmeste pårørende og fastlege)</p>
<p><u>Krav til innkostnotat i sykepleiedokumentasjon:</u></p> <p>a. <u>Kvantitet:</u> Anamnese, årsak til innleggelse og status skal være fullstendig nedtegnet.</p> <p>b. <u>Kvalitet:</u> Notatet skal være tydelig og språklig korrekt, og inneholde all relevant informasjon.</p>	<p>Pasientens sykehistorie</p> <p>Bakgrunnen for helsehjelp</p> <p>Pasientens status ved innleggelse</p>
<p><u>Krav til pleieplan i sykepleiedokumentasjon:</u></p> <p>a. <u>Kvantitet:</u> Pleieplanen skal være oppdatert og individualisert. Den skal inneholde sykepleiediagnose, forventet resultat og tiltak. Disse skal stå i forhold til hverandre og være relevante og realistiske.</p> <p>b. <u>Sykepleiediagnoser:</u> Skal være entydig og relevant og inneholde informasjon om symptomer, konsekvenser og pasientens ressurser</p> <p>c. <u>Forventet resultat:</u> Skal være målbare og realistiske, og beskrive en fremtidig ønskelig tilstand for pasienten samt være knyttet til sykepleiediagnose</p> <p>d. <u>Tiltak:</u> Skal være tydelige og spesifikke og knyttet til sykepleiediagnoser og forventet resultat.</p>	<p>Diagnoser</p> <p>Behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk</p> <p>Resultatet av behandlingen</p> <p>Pasientens forutsetninger</p>

Kriterier	Forskrift om pasientjournal: Pasientens journal skal inneholde følgende opplysninger:
<p><u>Krav til vaktrapport i sykepleiedokumentasjon:</u></p> <p>a. <u>Kvantitet:</u> Vaktrapport skal skrives etter hver vakt.</p> <p>b. <u>Kvalitet:</u> Vaktrapportene skal være presise og språklig korrekte, og beskrive vurderinger knyttet til om pasientens status er bedret eller forverret i forhold til oppsatte mål.</p>	<p>Observasjoner</p> <p>Resultater av iverksatt behandling</p> <p>Journalen skal føres fortløpende</p> <p>Nedtegnelser som skal gjøres uten ubegrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt</p>
<p><u>Krav til utnotat (utskrivning fra sykehus), sykepleiesammenfatning (ekstern overflytting) eller overflyttingsnotat (intern overflytting):</u></p> <p>Notatet er klart og språklig korrekt. Det inneholder relevant informasjon som er nødvendig for å forstå pasientens helsestatus ved utskrivning/overflytting. Evaluering av resultat kommer tydelig frem.</p>	<p>Sammenfatning av journalopplysninger som skal sendes til helsepersonell som trenger opplysningene i videre behandling</p> <p>Pasientens status ved utskrivning</p> <p>Plan eller avtale om videre oppfølging</p>

3.3. Granske praksis mot kriterier (trinn 3 a og b)

På det tredje trinnet i en klinisk audit samles data som granskes mot kriteriene. Funnene oppsummeres og analyseres. Her vil utvalg, datasamling og dataanalyse bli presentert. Resultatene presenteres i eget resultatkapittel.

3.3.1. Setting

Prosjektet ble gjennomført på et DPS som er tilknyttet et middels stort sykehus. DPS'et tar imot pasienter over 18 år med psykiske lidelser som angst, depresjon og psykose. Det er 16 sengeplasser fordelt på to avdelinger, og gjennomsnittlig liggetid i 2010 var 27 døgn.

Det er i hovedsak sykepleiere som dokumenterer i sykepleiejournalen ved DPS. Fire hjelpepleiere skriver også i sykepleiedokumentasjonen, men disse dokumenterer i hovedsak i vaktrapport. Når det i den videre oppgaven henvises til personell som skriver sykepleiedokumentasjon, vil derfor benevnelsen *sykepleiere* benyttes. Alle som dokumenterer i sykepleiedokumentasjonen ved DPS har gjennomført et dagskurs i sykepleiedokumentasjon i EPJ. Av sykepleierne som skriver sykepleiedokumentasjon ved DPS (n=13) har 85 % videreutdanning i psykisk helsearbeid og mer enn ti års arbeidserfaring innen psykiatri.

Dokumentasjonssystemet som anvendes ved DPS (DocuLive) er strukturert ved hjelp av VIPS-modellen. Dette er en forskningsbasert, validert dokumentasjonsmodell som følger trinnene i sykepleieprosessen (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, s.

14). VIPS er en forkortelse for Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhet. Disse begrepene ansees som viktige mål for sykepleie (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, s. 53)

3.3.1. Utvalg

Utvalget i en audit skal være lite nok til å legge til rette for rask datasamling, men samtidig stort nok til å være representativt (Copeland, 2005, s. 12). Dersom resultatene fra et lite utvalg viser avvik fra standarden, har man uansett vist at det eksisterer et problem man bør gjøre noe med (Courtney & McCutcheon, 2010, s. 126).

I dette prosjektet ble et retrospektivt intervallutvalg benyttet. Intervallutvalg regnes som en god tilnærming forutsatt at antall innleggelser og kvalitet i pleien ikke påvirkes av sesongavhengige variasjoner (Burgess, 2011, s. 68). I følge Copeland (2005, s. 12) er et intervall på en til tre måneder tilstrekkelig i de fleste tilfeller. Et tre måneders intervall som omfattet perioden fra 1. september til 1. desember 2010 ble valgt. Perioden ble nøye valgt for å oppnå et representativt utvalg ved å unngå perioder med ferier, helligdager og lignende som påvirker den vanlige driften. Redusert bemanning i forbindelse med helligdager og lignende kan påvirke journalføringen slik at den ikke er representativ for resten av året.

Basert på beregninger fra kalkulator som beregner utvalgsstørrelse (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>) (Vedlegg X), ble sykepleiedokumentasjon fra samtlige journaler til pasienter innlagt innenfor dette intervallet inkludert, totalt 21 journaler. Dersom en pasient var innlagt flere ganger innenfor intervallet, ble alle innleggelser inkludert. Journaler til pasienter innlagt før 1. september eller utskrevet etter 1. desember 2010 ble ekskludert. Dette ble gjort fordi N-Catch gransker sykepleiedokumentasjon fra innleggelse til utskrivning. Journalnotater som var skrevet i forkant eller etterkant av rammene for intervallet kunne ikke inkluderes og journalene til disse pasientene var dermed ikke var fullstendige.

3.3.2. Datasamling

En sekretær ansatt ved DPS identifiserte, skrev ut, anonymiserte og kopierte sykepleiedokumentasjon fra pasientjournalene som inngikk i utvalget. Før hun begynte dette arbeidet, fikk hun både muntlig og skriftlig informasjon om hvilke deler av journalen som skulle hentes ut. Informasjon som kunne identifisere sykepleierne som hadde skrevet de ulike notatene ble også fjernet for at granskingen skulle kunne gi en

mest mulig nøytral vurdering av innholdet. I tillegg var det sekretæren som gransket innholdet av personopplysninger. Denne fremgangsmåten ble valgt fordi sykepleierne som skulle gjennomføre granskingen kun skulle ha tilgang til anonyme data.

Sykepleiedokumentasjonen ble gransket av to sykepleiere. Begge sykepleierne hadde videreutdanning og mer enn ti års erfaring fra psykiatri. Den ene sykepleieren hadde i tillegg et års videreutdanning i sykepleiedokumentasjon. N-Catch ble brukt som datasamlingsverktøy, og skårene for hver journal ble ført inn i N-Catch skjema. Før granskingen tok til, brukte de to sykepleierne tid på å lese gjennom kriteriene i N-Catch. Dette ble gjort både for å sikre en lik forståelse av elementene i N-Catch under granskingen, og for å lære å bruke instrumentet.

I november og desember 2011 ble de 21 journalene gransket individuelt av de to sykepleierne mot kriteriene i N-Catch. Etterpå ble resultatene sammenlignet. Uenighet ble diskutert til konsensus ble oppnådd, og felles skår ble satt.

3.3.3. Dataanalyse

Microsoft Office Excel 2007 og VassarStats ble brukt til statistiske analyser. Data ble plottet to ganger av forfatter for å kvalitetssikre prosjektet. Frekvens, prosent, gjennomsnitt og konfidensintervall av gjennomsnittet ble regnet ut. Resultatene ble oppsummert i tabeller.

For å undersøke i hvilken grad det var samsvar mellom skårene til de to sykepleierne, ble inter rater reliabilitet testet. Inter rater reliabilitet måler i hvilken grad to observatører angir samme skår for et element som blir målt (Polit & Beck, 2008, s. 756). Vektet kappa (κ_w) tar i tillegg hensyn til grad av uenighet (Altman, 1991, s. 406). Vektet kappa ble kalkulert ved hjelp av VassarStats som er tilgjengelig online (<http://faculty.vassar.edu/lowry/kappa.html>).

4. Resultater

Totalt 21 journaler fra to sengeposter ved et DPS ble gransket i henhold til kriteriene i N-Catch. Resultatene fra granskingen fremkommer i Tabell IV.

Kun et av kriteriene møtte den standarden som på forhånd var satt. Dette gjaldt kriterium 2 som omhandler personopplysninger. Her skulle navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer, telefonnummer, sivilstand, yrke, nærmeste

pårørende og fastlege være utfylt for å oppnå høyeste skår. For dette kriteriet tilfredsstilte 100 % av journalene standarden. Ingen av de andre kriteriene møtte standarden som på forhånd var satt, og resultatene varierte fra 0 % til 71 %.

For kriterium 1 skulle inntakstnotat, personopplysninger, pleieplan og resultater være dokumentert for å oppnå høyeste skår. For dette kriteriet inneholdt 71 % av journalene alle fire punktene, og disse journalene tilfredsstilte dermed kriteriet som var satt. Standarden på 100 % ble imidlertid ikke møtt. Gjennomsnittsskår for dette kriteriet var 2,7 poeng (KI 2,54 – 2,89).

Tabell IV: Resultater

	Kriterier i N-Catch	Skala		Skår, gjennomsnitt (konfidensintervall, KI)	3 poeng	2 poeng	1 poeng	0 poeng
		Kvantitet	Kvalitet		% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
1.	Hvilke elementer av sykepleiejournalen foreligger?	0 – 3		2,7 (2,54 – 2,89)	71 (15/21)	29 (6/21)	-	-
2.	Personopplysninger: Foreligger det nøyaktig utfylte opplysninger?	0 - 2		2	-	100 (21/21)	-	-
3a.	Inntakstnotat ¹	0 - 3		0,9 (0,45 – 1,35)	10 (2/20)	20 (4/20)	20 (4/20)	50 (10/20)
3b.	Inntakstnotat		0 - 3	1,3 (0,86 – 1,64)	5 (1/20)	40 (8/20)	30 (6/20)	25 (5/20)
4a.	Pleieplan – kvantitet	0 - 3		1,7 (0,78 – 2,14)	28,5 (6/21)	28,5 (6/21)	24 (5/21)	19 (4/21)
4b.	Pleieplan – sykepleiediagnose		0 - 3	1,5 (1,01 – 1,95)	19 (4/21)	38 (8/21)	14 (3/21)	29 (6/21)
4c.	Pleieplan – mål/forventet resultat		0 - 3	0,8 (0,29 – 1,23)	14 (3/21)	10 (2/21)	14 (3/21)	62 (13/21)
4d.	Pleieplan – tiltak/forordning		0 - 3	1,2 (0,86 – 1,52)	5 (1/21)	28 (6/21)	48 (10/21)	19 (4/21)
5a.	Vaktrapport - kvantitet	0 - 3		0,2 (-0,02 – 0,42)	0 (0/21)	5 (1/21)	9 (2/21)	86 (18/21)
5b.	Vaktrapport - kvalitet		0 - 3	1,4 (1,11 – 1,66)	0 (0/21)	48 (10/21)	43 (9/21)	9 (2/21)
6.	Utskrivingsnotat, sykepleiesammenfatning, overflyttingsnotat ²		0 - 3	1,7 (1,24 – 2,10)	16,7 (3/18)	50 (9/18)	16,7 (3/18)	16,7 (3/18)

¹ 1/21 journaler hadde ingen inntakstnotat. Det var ingen skåringsmuligheter for denne eventualiteten i N-Catch

² 3/21 journaler hadde ingen utskrivingsnotat, sykepleiesammenfatning eller overflyttingsnotat. Det var ingen skåringsmuligheter for denne eventualiteten i N-Catch.

For å oppnå høyest skår for kvantitet i inntakstnotat (kriterium 3a), måtte notatet inneholde årsak til innleggelse, anamnese og status ved innleggelse. Kun 10 % av inntakstnotatene var korrekt formulert i henhold til kriteriet, og 50 % av notatene inneholdt kun et av disse tre elementene. Gjennomsnittsskår for kriteriet var 0,9 poeng (KI 0,45 – 1,35). For kvalitet i inntakstnotat (kriterium 3b) tilfredstilte 5 % av notatene kravene i kriteriene, mens 40 % skåret 2 poeng. Gjennomsnittsskår var 1,3 poeng (KI 0,86 – 1,64).

I pleieplan var 19 % av sykepleiediagnosene (kriterium 4b) korrekt formulert i henhold til kriteriene, og 38 % skåret 2 poeng. Gjennomsnittsskår var 1,5 poeng (KI 1,01 – 1,95). Sykepleiediagnoser var dokumentert i alle journaler med et unntak. Her var pasienten kun innlagt 3 døgn, og det ble ikke opprettet pleieplan. Totalt var det dokumentert 56 diagnoser i 21 journaler, det vil si gjennomsnittlig 2,7 diagnoser per journal. Antallet sykepleiediagnoser per journal varierte mellom 0 - 6. Hyppigst forekommende var sykepleiediagnoser knyttet til depresjon/nedstemthet, angst/uro og søvnvansker (Tabell V).

Tabell V: Sykepleiediagnoser

Sykepleiediagnose	Forekomst i journal
Depresjon/nedstemthet	38 %
Angst/uro	38 %
Søvnvansker	33 %
Smerter	29 %
Hypertensjon	10 %
Diabetes	10 %

Somatiske sykepleiediagnoser forekom hyppig i journalene som ble gransket. I 11 av 21 journaler (52 %) var somatiske sykepleiediagnoser dokumentert. I disse journalene utgjorde somatiske diagnoser om lag 1/3 av sykepleiediagnosene. Hyppigst ble smerter oppgitt, etterfulgt av hypertensjon og diabetes. Det kom ikke frem i noen av journalene om disse somatiske problemene hadde sammenheng med pasientens psykiske tilstand eller hvordan de eventuelt påvirket den psykiske tilstanden.

I 62 % av journalene manglet pleieplanen målbeskrivelse (kriterium 4c). Korrekt formulerte mål/forventet resultat i henhold til det kriteriet som var satt for granskingen forekom i 14 % av journalene. Gjennomsnittsskår for dette kriteriet var 0,8 poeng (KI 0,29 – 1,23).

Kun 5 % av tiltakene i pleieplanene var formulert slik at de var knyttet til sykepleiediagnoser og mål og spesifiserte innhold og hyppighet av tiltakene slik kriterium 4d krevde. Tiltak var dokumentert i 19 av 21 journaler, og journalene inneholdt fra 0 – 6 tiltak. Gjennomsnittlig var det angitt 2,4 tiltak per journal. I henhold til kriteriet skulle tiltakene være knyttet til sykepleiediagnoser, men 43 % av journalene inneholdt sykepleiediagnoser som ikke hadde tiltak knyttet til seg

Lavest skår ble funnet i kriteriet som omhandler kvantitet i vaktrapport (kriterium 5a). Ingen journaler tilfredstilte kriteriet som var satt, det vil si at vaktrapporter var skrevet etter hvert skift. Her skåret 86 % av journalene 0 poeng, det vil si at vaktrapporter foreligger sporadisk. Gjennomsnittsskår for kriteriet var 0,2 poeng (KI -0,02 – 0,42). For kvalitet i vaktrapport (kriterium 5b) var ingen rapporter korrekt utformet i henhold til kriteriet, men 48 % av journalene skåret 2 poeng, og gjennomsnittsskår var 1,4 poeng (KI 1,11 – 1,66).

Av utnotatene, sykepleiesammenfatningene og overflyttingsnotatene (kriterium 6) inneholdt 16,7 % relevant informasjon som var nødvendig for å forstå pasientens helsestatus ved utskriving/overflytting, samt en tydelig evaluering av resultatene. Gjennomsnittsskår for dette kriteriet var 1,7 poeng (KI 1,24 – 2,10), og 50 % skåret 2 poeng. Tre av journalene (14 %) inneholdt ingen utskrivingsnotat, sykepleiesammenfatning eller overflyttingsnotat.

4.1. Inter rater reliabilitetstest

Vektet kappa har en verdi på 0 dersom enigheten ikke er bedre enn det som kan forventes ved tilfeldighet, en negativ verdi dersom den er dårligere enn ved tilfeldighet og 1,0 dersom fullstendig enighet oppnås (Stokke & Kalfoss, 1999). Enighet mellom de to som gransket i dette prosjektet varierte fra akseptabel til svært god (Altman, 1991, s. 404) som vist i tabell VI.

Tabell VI: Vektet kappa

N-Catch	K _w
Hvilke elementer av sykepleiejournalen foreligger?	1,00
Innotat kvantitet	0,39
Innotat kvalitet	0,42
Pleieplan kvantitet	0,60
Pleieplan sykepleiediagnose	0,59
Pleieplan mål/forventet resultat	0,69
Pleieplan tiltak	0,23
Vaktrapport kvantitet	0,67
Vaktrapport kvalitet	0,29
Utnotat	0,47

5. Diskusjon

Resultatene fra granskingen av kvalitet i sykepleiedokumentasjon viser at sykepleiedokumentasjon ved et Distriktpsikiatrisk Senter (DPS) kun delvis er i tråd med anbefalinger for god sykepleiedokumentasjon fra forskning. Praksis tilfredsstilte kun ett av kriteriene i N-Catch i henhold til standard som var satt. For de fleste av de andre kriteriene var prosentandelen som møtte kravene som var satt lav.

5.1. Metodiske styrker og svakheter

Vanligvis blir klinisk audit gjennomført av en gruppe der ansvar fordeles innad i gruppen (Burgess, 2011, s. 44). Det var ikke mulig å etablere en slik gruppe til denne auditen, og mye av arbeidet er gjort av en person. Faren ved dette kan være en ensidig belysning av problemstillingen. For å unngå dette, har ulike medarbeidere ved DPS bidratt i prosessen. Seksjonsleder har vært med på å bestemme tema for auditen. En sekretær har foretatt datasamlingen, og en sykepleier har deltatt i skåringen av journalene. I tillegg har problemstillinger underveis vært drøftet med medarbeidere, slik at bestemmelser og vurderinger ikke er gjort kun av en person. Det skal også nevnes at denne studien ikke ville blitt gjennomført uten dette mastergradsprosjektet. Slik kan studenter bidra til at kvalitetsarbeid blir gjennomført til tross for små ressurser i praksisfeltet.

Det var to sykepleiere som uavhengig av hverandre gransket sykepleiedokumentasjonen, og som etterpå diskuterte seg fram til en konsensuskår. Dersom bare en person hadde gransket sykepleiedokumentasjonen, kunne det vært en fare for subjektivitet i granskingen. De to som gransket brukte også tid før granskingen

til å studere N-Catch, både for å lære å bruke instrumentet og for å sikre en mest mulig lik forståelse av de ulike elementene i instrumentet. Dette var viktig fordi noen av beskrivelsene i instrumentet var vage og kunne tolkes på ulike måter. For å oppnå en så nøytral vurdering av sykepleiedokumentasjonen som mulig, ble all informasjon som kunne identifisere sykepleierne som hadde skrevet dokumentasjonen fjernet.

Begge sykepleierne som gransket dokumentasjonen hadde mer enn ti års erfaring fra psykisk helsearbeid, og den ene sykepleieren hadde i tillegg videreutdanning i sykepleiedokumentasjon. Dette medførte at begge hadde jobbet mye med sykepleiedokumentasjon, og kjente dokumentasjonssystemet der granskingen ble foretatt godt.

Sekretæren som skulle trekke utvalget fikk både muntlig og skriftlig informasjon før hun startet arbeidet. Hun opplevde likevel at arbeidet var vanskelig da hun ikke var kjent med den delen av pasientjournalen som omfatter sykepleiedokumentasjon. Spesielt i forhold til pleieplan opplevde hun at det var vanskelig å avgjøre hvilke dokumenter hun skulle ta med, noe som kunne bidratt til seleksjonsbias. De to sykepleierne som gransket dokumentasjonen hadde imidlertid ikke inntrykk av at dokumenter manglet i journalene. For lignende prosjekter anbefales det likevel at noen som kjenner dokumentasjonssystemet godt står for trekkingen av utvalget.

N-Catch er en norsk versjon av D-Catch, som er psykometrisk testet i Nederland og funnet å være valid og reliabelt. N-Catch er foreløpig ikke psykometrisk testet. Interrater reliabilitetstest viser at enighet mellom de to som skåret ikke var veldig god. For fem av elementene i N-Catch var vektet kappa lavere enn 0,5. I praksis vil enhver verdi for vektet kappa lavere enn 0,5 indikere lav enighet (Altman, 1991, s. 405). Dette resultatet kan skyldes at det ble brukt for lite tid på forhånd med å bli kjent med instrumentet for å oppnå lik forståelse av elementene. Det kan også skyldes at noen av formuleringene i instrumentet er lite presise og åpner for individuelle tolkning. Videre psykometrisk testing av N-Catch er derfor nødvendig for å kunne fastslå om instrumentet holder høy nok kvalitet til å kunne anvendes. Et pågående doktorgradsarbeid i Agder benytter N-Catch til gransking av 200 sykehjemsjournaler. Der inngår også interrater reliabilitetstesting, og resultatene derfra kan trolig si mer om hvor presist N-Catch er (Mailadresse: mariann.fossum@uia.no).

Kriteriene i en audit skal være målbare, og bør bygge på forskning av god kvalitet (Burgess, 2011, s. 38). Kriteriene i denne studien bygger på auditinstrumentet N-Catch. Vi vil hevde at dette instrumentet måler relevante og konkrete aspekter av sykepleiedokumentasjonen, som er mulig å bruke videre i kvalitetsforbedringsøyemed. Urquhart et al. (2009) har i en systematisk oversikt sett på sammenheng mellom dokumentasjonssystemer og pasientutfall. De fant at dokumentasjonssystemer som er strukturert for å løse klart definerte problemer er hensiktsmessige.

Klinisk audit har som hensikt å vise om praksis er i overensstemmelse med kunnskapsbaserte anbefalinger for beste praksis. Utvalget i granskingen var relativt lite. Dersom resultatene fra et lite utvalg viser avvik fra anbefalingene, hevder Courtney og McCutcheon at man har vist at det eksisterer et problem man bør gjøre noe med (2010, s. 126). Det er gjort vurderinger for å oppnå et representativt utvalg. Det ble valgt en tidsperiode uten ferier og helligdager som kunne påvirket journalføringen, i tillegg ble et tremåneders intervall valgt. I følge Copeland (2005) er et intervall på en til tre måneder tilstrekkelig i de fleste tilfeller for å få et representativt bilde av praksis. Det er i også brukt kalkulator (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>) for å beregne utvalgsstørrelse.

Prosjektet er en intern audit gjennomført på et DPS. Granskingen sier derfor noe om kvalitet i sykepleiedokumentasjon på dette senteret i en begrenset tidsperiode. Det er usikkert om resultatene kan generaliseres til å gjelde psykiatrisk sykepleiedokumentasjon i andre settinger. Det er gjort tiltak for å øke ekstern validitet, blant annet ved å bruke et utvalg som er representativt for pasientene som er innlagt ved dette DPS'et. Etersom DPS'et er organisert i henhold til DPS-veilederen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006), som presiserer hvilke pasientgrupper og behandlingsformer som skal inngå i et DPS, er det sannsynlig at utvalget også er representativt for pasienter ved andre DPS som er organisert i henhold til DPS-veilederen. Metoden er beskrevet slik at studien kan repliseres.

Konfidensintervallene for gjennomsnittsskår for noen av elementene i N-Catch er vide. Et vidt konfidensintervall kan indikere at man bør samle mer data før endelig konklusjon trekkes (Graham & Bull, 1998). Samtidig samsvarer resultatene med funn fra andre studier som har sett på kvalitet i sykepleiedokumentasjon, og det er derfor trolig at resultatene også kan anvendes ved andre DPS.

I klinisk audit inngår også implementering av forbedringstiltak. Det å kun gjennomføre en gransking uten å implementere forbedringstiltak har liten verdi i seg selv (Burgess, 2011, s. 82). Av hensyn til tid og ressurser, inngår ikke implementering av forbedringstiltak i dette prosjektet. Det fremmes likevel forslag om hvilke tiltak og strategier som kan bidra til kvalitetsforbedring. Anbefalingene er knyttet til hvordan denne kvalitetsmålingen kan tas videre i forbedringsøyemed.

5.2. Diskusjon av resultater mot tidligere forskning

Det beste resultatet i granskingen ble funnet i dokumentasjon av pasientens personopplysninger, der alle journalene tilfredsstilte kravene i kriteriene. Dette var det eneste kriteriet som møtte den standard som var satt for granskingen. Kriteriet som måler om trinnene i sykepleieprosessen er dokumentert (Kriterium 1) oppnådde høy skår, og 71 % av journalene tilfredsstilte kriteriet som var satt for granskingen. Men selv om alle trinnene i sykepleieprosessen var dokumentert i de fleste journalene, var kvaliteten på dokumentasjonen på de ulike trinnene varierende. Wang, Hailey og Yu (2011) fant tilsvarende dårlig samsvar mellom dokumentasjon på de ulike trinnene i sykepleieprosessen i en omfattende systematisk oversikt av god kvalitet som undersøkte audit tilnærminger og kvalitet i sykepleiedokumentasjon (se Vedlegg IX).

Dårligst resultat ble funnet i kvantitet av vaktrapport. Her skåret 86 % av journalene 0 poeng, noe som indikerer at vaktrapport kun skrives sporadisk. Det kan stilles spørsmål ved om sporadiske vaktrapporter er tilstrekkelig for å ivareta kontinuiteten. Koordinerte tjenester som bidrar til samhandling er viktig for kvaliteten i helsetjenestene (World Health Organization, 1981 ; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Manglende kontinuitet kan blant annet føre til feil i behandling, ineffektive tjenester og redusert livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Kontinuitet krever god samhandling, og god samhandling kjennetegnes av gjensidig informasjonsutveksling.

Voutilainen et al. (2004) fant i en studie som gransket sykepleiedokumentasjon i sykehjem at vaktrapport var skrevet sporadisk i et flertall av journalene. To andre studier viste motsatt resultat. Törnvall & Wilhemsson (2008) fant i en studie som gransket hvordan sykepleiedokumentasjon brukes for kommunikasjon mellom helsepersonell at store mengder vaktrapporter med lite presist innhold gjorde det vanskelig å få oversikt over viktig informasjon om pasienten. I en norsk studie som gransket sykepleiedokumentasjon mot kriteriene i Forskrift om pasientjournal og VIPS-

modellen, ble det også gjort funn som tydet på en overdokumentasjon som bidro til at målene for pleien ble vanskelig å få øye på (Stokke & Kalfoss, 1999). Sykepleiere trekkes mellom disse to ytterpunktene: På den ene siden skal sykepleierne dokumentere den pleien som pasienten faktisk får. På den andre siden kan store mengder vaktrapporter gjøre det vanskelig å finne igjen informasjon som er viktig i behandlingen av pasienten.

I studien kom det også fram svakheter i pleieplanene som medførte at de ikke ble det arbeidsredskapet de har til hensikt å være. Det kom blant annet fram at sykepleiediagnosene var lite presise, og under en tredjedel var beskrevet slik de skal med pasientens symptomer, konsekvenser og ressurser. I en systematisk oversikt av god kvalitet som studerte bruk av sykepleiediagnoser, tiltak og utfall, fant Müller-Staub et al. (2006) at sykepleiediagnosene var unøyaktig beskrevet i alle de 14 studiene som studerte nøyaktighet av sykepleiediagnoser. Metodisk kvalitet i inkluderte studier i denne systematiske oversikten er gradert, og ni av de 14 studiene i denne kategorien er gradert til B (Vedlegg IX). De fant videre at sykepleiediagnoser som ikke var nøyaktig beskrevet, kun ble "overskrifter" som var utilstrekkelige for å fange opp pasientens behov. Dersom pasientens behov ikke fanges opp, blir det vanskelig å tilby effektiv behandling og pasientens sikkerhet kan i verste fall påvirkes ved at forverringer i tilstand ikke fanges opp.

At pasientenes ressurser i liten grad var dokumentert, og at det ikke kom fram i noen av journalene at pasienten selv var med på å utforme pleieplanen, tyder på liten grad av brukermedvirkning. Brukermedvirkning ansees som en av flere viktige faktorer for å oppnå kvalitet i helsetjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 23 ; Sutherland & Coyle, 2009). Voutilainen, Isola & Muurinen (2004) fant tilsvarende resultater, og at 60 % av journalene manglet informasjon om pasientenes ressurser. Dersom utformingen av pleieplanen ikke involverer pasienten, vil dette kunne minske pasientens motivasjon for å jobbe mot å nå målene og redusere sannsynligheten for optimale utfall. Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi (2002) fant i en litteraturoversikt som studerer empirisk forskningslitteratur knyttet til individualisert pleie og metodologi, at individualisert pleie blant annet bidro til kortere innleggelse, bedre overlevelse og bedre funksjonsevne. Forfatterne gjennomførte kun søk i MEDLINE, og inkluderte kun engelskspråklige artikler, noe som kan ha betydning for styrken i disse funnene (Vedlegg IX).

Over halvparten av journalene hadde sykepleiediagnoser knyttet til somatikk uten at relevans for psykisk tilstand var presisert. I disse journalene utgjorde somatiske sykepleiediagnoser om lag en tredjedel av problemene. Somatiske problemer og psykiske lidelser kan virke inn på hverandre, for eksempel ved at smerter forverres i perioder når man er anspent og engstelig eller at pasienter med kroniske smerteplager kan bli deprimerte som en følge av smertene (Berge & Repål, 2008, s. 592). Slike sammenhenger og vekselvirkninger bør fremkomme i pleieplaner for å kunne tilby best og mest mulig helhetlig behandling. Det finnes lite forskning knyttet til psykiatrisk sykepleiedokumentasjon, og tilsvarende resultater er ikke funnet i annen forskning.

Granskingen viste videre at 62 % av målsetningene for pleien (forventet resultat) ikke var presist formulert eller manglet helt. Lignende funn ble gjort i en norsk studie der Stokke og Kalfoss fant at omlag 45 % av sykepleiediagnosene manglet beskrivelse av forventet resultat (Stokke & Kalfoss, 1999). Mange av de mål for behandlingen som var satt i journalene kunne ikke etterprøves, og det var derfor umulig å vite om man hadde oppnådd det som var planlagt. Dersom målsetningen for behandlingen ikke er spesifikk, kan dette påvirke kontinuiteten i behandlingen ved at personalet blir usikre på hva man jobber mot.

Av tiltakene som var dokumentert i journalene skåret 67 % 1 eller 0 poeng, det vil si at de var lite spesifikke eller manglet helt. Dette kan ha sammenheng med manglende presisering av mål for pleien, da det kan være vanskelig å planlegge tiltak når man ikke vet hva man jobber mot. Voutilainen et al. (2004) fant tilsvarende resultater, og at omlag halvparten av tiltakene manglet presisering i forhold til når, hvor, hvordan og hvor ofte de skulle utføres. Dette kan gjøre det vanskelig for personalet å følge opp den behandling som pasienten skal ha, og kan påvirke kontinuiteten.

Granskingen avdekket også svakheter i utskrivingsnotater, sykepleiesammenfatninger og overflyttingsnotater. Disse skal kommunisere viktig informasjon om pasienten til neste behandlingsledd (Larson et al., 2004 ; Hellesø, 2006) og slik sikre kontinuitet i pasientbehandlingen og styrke pasientens behandling og sikkerhet (Wang, Hailey & Yu, 2011). Tidligere forskning har vist at utskrivingsnotater ofte er ufullstendige og unøyaktige, og at anbefalinger for videre behandling i liten grad blir gitt (Larson et al., 2004). Dersom neste behandlingsledd ikke vet hvilken behandling pasienten har hatt

nytte av under innleggelsen og heller ikke får anbefalinger for videre behandling, kan dette sette kontinuitet og pasientsikkerhet i fare.

5.3. Anbefalinger til praksis

I en systematisk oversikt sier Jamtvedt et al. (2010) at audit og feedback har liten til moderat effekt, men at det er avgjørende å måle praksis for å kunne avgjøre om praksis bør endres. De sier videre at effekten av audit og feedback er større når avstanden mellom praksis og anbefalinger er stor slik som i dette prosjektet, og dersom helsepersonell er aktivt involvert og har formelt ansvar for implementering av endring. Multifaseterte implementeringsstrategier anbefales (Flottorp et al., 2010).

Flere systematiske oversikter rapporterer om bedringer i kvalitet i sykepleiedokumentasjon etter undervisningsintervensjoner. Saranto & Kinnunen (2009) fant at undervisning styrket sykepleiernes kunnskap, noe som er et premiss for bedret kvalitet. Müller-Staub et al. (2006) fant at systematisk øvelse i å utforme korrekte sykepleiediagnoser bidro til forbedringer i kvalitet i vaktrapport i psykiatrisk sykepleiedokumentasjon. Wang, Hailey & Yu (2011) konkluderte med at undervisning om sykepleieprosessen kunne forbedre dokumentasjonen.

I tillegg ansees støtte fra ledelsen som avgjørende for å oppnå reelle kvalitetsforbedringer (Darmer et al., 2006 ; Burgess, 2011, s.51 ; Wang, Hailey & Yu, 2011).

Feedback er tilbakemeldinger på forhold i klinisk praksis som kan bidra til at ansatte justerer sin praksis (Flottorp et al., 2010). Hensikten med feedback er å vise de ansatte effekten av etablert praksis og potensielle ulemper forbundet med den, samt motivere for endring. Den bør gis både skriftlig og muntlig, og være knyttet til konkrete tiltak for forbedring (Flottorp et al., 2010).

Feedback kan gå inn som en del av en undervisningsintervensjon, der personalet først får undervisning om hva forskning og lovverk sier om kvalitet i sykepleiedokumentasjon, og deretter får presentert resultatene fra granskingen. Feedback der resultatene fra granskingen formidles til personalet på en måte som tydeliggjør gapet mellom teori og praksis, kan motivere de ansatte til å gjøre en innsats for å forbedre egen praksis (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s. 128). Feedback er mer

effektiv dersom den gjentas, er individualisert og presenteres på en måte som ikke henger ut ansatte (Flottorp et al., 2010).

Når en strategi for kvalitetsforbedring skal planlegges, er det viktig å få fram årsaker til at sykepleierne ikke dokumenterer i henhold til standard (Cochrane et al., 2009).

Forskning har pekt på mangel på tid, stor arbeidsbyrde og mangel på kunnskap om sykepleiedokumentasjon som barrierer mot kvalitet i sykepleiedokumentasjon (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003). Stadige avbrytelser når man dokumenterer og mangel på veiledning er også nevnt som hinder for god sykepleiedokumentasjon (Paans et al., 2010a). Wang, Hailey & Yu (2011) peker på at sykepleierne ser ut til å ha vansker med å knytte klinisk resonnering opp mot sykepleieprosessen. I denne granskingen var det kun et av kriteriene som tilfredstilte den standard som på forhånd var satt.

Granskingen sier ikke noe om mulige årsaker til dette resultatet. Det er derfor viktig å få fram lokale barrierer for kvalitet i sykepleiedokumentasjon slik at tiltakene i en kvalitetsforbedringsstrategi kan rette seg direkte mot barrierene (Burgess, 2011, s. 150). Det er flere måter å identifisere barrierer på, og en måte er gjennom fokusgruppeintervjuer.

Fokusgrupper kan brukes for å utforme og vedlikeholde kvalitetsforbedringer, og er blant annet velegnet dersom formålet er å avdekke faktorer som påvirker handlinger (Krueger & Casey, 2009, s. 12 og 20). Man bør unngå store grupper, og 5 – 8 personer per gruppe anbefales (Krueger & Casey, 2009, s. 6). Skriftlig informasjon skal gis til deltakerne der blant annet hensikten med fokusgruppene og hvordan resultatene skal brukes kommer fram (Krueger & Casey, 2009). En intervjuguide som legger opp til åpne spørsmål og diskusjon mellom deltakerne utarbeides før intervjuene starter.

Pleieplanen er en sentral del av sykepleiedokumentasjonen og flere studier foreslår at bedringer i pleieplan kan medføre bedringer i resten av journalen (Voutilainen, Isola & Muurinen, 2004 ; Müller-Staub et al., 2006 ; Paans et al., 2010a). I en interaktiv undervisning som etterfølger undervisningen om sykepleiedokumentasjon og feedback av resultatene, kan man jobbe med pleieplan i grupper, og trene på å lage gode pleieplaner for inneliggende pasienter. Interaktiv undervisning har vist seg å være mer effektiv enn passive forelesninger (Burgess, 2011, s. 85).

Det kom ikke fram i noen av journalene at forskningskunnskap hadde blitt brukt ved utforming av tiltakene. For å oppnå god kvalitet i helsetjenestene bør tjenestene bygge

på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Helsedirektoratet (2012) sier at man innen psykisk helse skal sikre brukerne tjenester av god kvalitet gjennom blant annet å utvikle en kunnskapsbasert tjeneste. Med økende krav om å jobbe kunnskapsbasert bør man i større grad bygge tiltakene på forskningskunnskap. Det finnes kunnskapsbaserte retningslinjer som gir anbefalinger for behandling av for eksempel depresjon og angst, som var de sykepleiediagnosene som forekom hyppigst i denne granskingen (Statens helsetilsyn, 2000 ; Helsedirektoratet, 2009). Dette kan også bidra til å implementere kunnskapsbasert praksis ved at sykepleierne trenes i å finne forskning av god kvalitet som kan støtte tiltakene i pleieplanen.

I tillegg til disse tiltakene må det settes i verk tiltak som er direkte rettet inn mot lokale barrierer mot kvalitet i sykepleiedokumentasjon som identifiseres gjennom fokusgruppeintervjuene. Etter at kvalitetsforbedringstiltakene er iverksatt og har fått tid til å virke, bør en ny audit gjennomføres. Burgess (2011, s. 95) sier at en klinisk audit ikke er komplett dersom ny måling ikke er gjennomført. Dette er viktig både for å undersøke om man har oppnådd reelle endringer i praksis, og for å opprettholde positive endringer (Burgess, 2011, s. 95). For å sikre intern validitet, må den nye målingen være lik den første (Polit & Beck, 2008, s. 298), og N-Catch må brukes på samme måte som i den første målingen

5.4. Forslag til videre forskning

Granskingen i denne studien avdekket svakheter i psykiatrisk sykepleiedokumentasjon. Dette er et område der det foreløpig finnes lite forskningskunnskap, og videre forskning på psykiatrisk sykepleiedokumentasjon er viktig for å kunne fastslå om svakheter identifisert i dokumentasjon av andre kliniske områder også gjelder for psykiatri.

Videre er det ikke etablert universelle, internasjonale kriterier for hvordan sykepleiedokumentasjon skal være for å sikre kvalitet, kontinuitet og pasientsikkerhet. Fremtidig forskning bør fokusere på dette for å kunne utvikle klare anbefalinger for utforming og innhold av sykepleiedokumentasjon, noe som kan bidra til utarbeidelse av nasjonale og internasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer for sykepleiedokumentasjon.

Kriteriene i N-Catch er godt understøttet i forskning, og samsvarer med både elementene i sykepleieprosessen, dokumentasjonssystemet ved DPS og lovverket.

Ettersom det er et relativt nytt instrument, er det foreløpig ikke psykometrisk testet. Validitet og reliabilitet bør testes for å vurdere om instrumentet innehar kvaliteter som gjør at det kan brukes videre.

6. Konklusjon

Kvalitetsforbedringsstrategien ”Og bedre skal det bli!” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) sier at tjenester av god kvalitet skal være virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, være tilgjengelige og rettferdig fordelt samt involvere brukerne. Tilbudet til den enkelte pasient bør være en mest mulig sammenhengende kjede av tiltak, og helsepersonell i ulike tjenesteledd bør samarbeide på en måte som kommer pasienten til gode. Granskingen viser at sykepleiedokumentasjonen svikter i forhold til flere av disse kvalitetskravene.

Klinisk audit har i dette prosjektet bidratt til å synliggjøre svakheter i psykiatrisk sykepleiedokumentasjon på et DPS. Problemstillingen skulle belyse i hvilken grad sykepleiedokumentasjonen var i tråd med anbefalinger for god sykepleiedokumentasjon fra forskning. Kun et av kriteriene tilfredstilte den standard som var satt for auditen. Svakheter som krever kvalitetsforbedringer ble identifisert i de fleste områdene i sykepleiedokumentasjonen. Spesielt dårlig resultat ble funnet i kvantitet i vaktrapport. Dette kan potensielt bidra til dårlig kontinuitet, med følger for kvalitet og pasientsikkerhet.

Med bakgrunn i resultatene fra granskingen, bør kvalitetsforbedringsstrategier iverksettes for å bedre kvaliteten i sykepleiedokumentasjonen. En slik strategi bør blant annet fokusere på feedback av resultatene og undervisning. Man bør også identifisere årsaker til at sykepleierne ikke dokumenterer i henhold til anbefalingene, for å kunne skreddersy tiltak direkte rettet mot barrierene. Videre kan personalet jobbe med pleieplan i grupper, for å øve på å dokumentere i henhold til anbefalingene, og for å øve seg i å finne og anvende kunnskapsbaserte tiltak. Etter at kvalitetsforbedringsstrategien har fått tid til å virke, bør ny audit gjennomføres for å undersøke om reelle kvalitetsforbedringer er oppnådd.

Referanser:

- Altman, D. G. (1991) *Practical Statistics for Medical Research*. Boca Raton, Chapman & Hall/CRC.
- Arnold, M. & Mitchell, T. (2008) Nurses' perceptions of care received by older people with mental health issues in an acute hospital environment. *Nursing Older People*, 20 (10), s. 28-35.
- Bakke, T. (2010) *Kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten i Norge i et 10-årig perspektiv* [Internett]. Tilgjengelig fra:
<<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Hva+er+kvalitetsforbedring/Historikk#2>>
> [Nedlastet 08.11.2011].
- Berge, T. & Repål, A. (2008) *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Bjørvell, C., Thorell-Ekstrand, I. & Wredling, R. (2000) Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*, (9), s. 6-13.
- Bjørvell, C., Thorell-Ekstrand, I. & Wredling, R. (2000) Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*, (9), s. 6-13.
- Bjørvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003) Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), s. 402-410.
- Burgess, R. red. (2011) *NEW Principles of Best Practice in Clinical Audit*. 2. utg. Oxford, Radcliffe Publishing Ltd.
- Cochrane, L. J., Olson, C. A., Murray, S., Dupuis, M., Tooman, T. & Hayes, S. (2009) Gaps Between Knowing and Doing: Understanding and Assessing the Barriers to Optimal Health Care. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27 (2), s. 94-102.
- Copeland, G. (2005) *A Practical Handbook for Clinical Audit*. I, NHS Clinical Governance Support Team.
- Council of Europe (2009) *Draft Guide for Research Ethics Committee Members*. Tilgjengelig fra:
<<http://www.slideshare.net/sherry89/draft-guide-for-research-ethics-committee-members>>
[Nedlastet 12.02.2012].
- Courtney, M. & McCutcheon, H. red. (2010) *Using evidence to guide nursing practice*. 2. utg. Chatswood, Elsevier Australia.

Darmer, M. R., Ankersen, L., Nielsen, B. G., Landberger, G., Lippert, E. & Egerod, I. (2006) Nursing documentation audit - the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*, (15), s. 525-534.

Doenges, M. (2003) *Application of nursing process and nursing diagnosis: an Interactive Text for Diagnostic Reasoning*. 4. utg. Philadelphia, F. A. Davis Company.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000) *VIPS-boken*. Stockholm, Vårdförbundet.

Flottorp, S. A., Jamtvedt, G., Gibis, B. & McKee, M. (2010) *Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care*. København, World Health Organization.

Gordon, M. (1994) *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3. utg. St. Louis, Mosby.

Graham, P. & Bull, B. (1998) Approximate Standard Errors and Confidence Intervals for Indices of Positive and Negative Agreement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (9), s. 763-771.

Griffiths, P., Debbage, S. & Smith, A. (2007) A comprehensive audit of nursing record keeping practice. *British Journal of Nursing*, 16 (21), s. 1324-1327.

Haugan, B., Oppheim, A. E., Tettum, B., Woldstad, K., Mikkelsen, J. & Rotegård, A. K. (2010) N-Catch - instrument for gransking av dokumentasjon i sykepleie i elektronisk pasientjournal (EPJ). I, Oslo Universitetssykehus.

Heggdal, K. (2001) *Sykepleiedokumentasjon*. 2. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Hellesø, R. (2006) Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*, (15), s. 11-21.

Helse- og omsorgsdepartementet (2001a) *Forskrift om pasientjournal av 1.1.2001 [Internett]*. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdato.no/for/sf/no/to-20001221-1385-0.html#8>> [Nedlastet 16.05.2011].

Helse- og omsorgsdepartementet (2001b) *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)*. Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdato.no/all/hl-20010518-024.html>> [Nedlastet 24.01.2012].

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008) *Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 - 2013*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008) *St. meld. nr. 47 (2008 - 2009) Samhandlingsreformen*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a) *Meld. St. 16 (2010 - 2011) Melding til Stortinget - Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b) *Meld. St. 16 (2010 - 2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 - 2015)*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse Midt-Norge. (2004) *Kvalitetsstrategi i Helse Midt-Norge*. Helse Midt-Norge. Nedlastet 13.01.2012 fra: <http://www.helse-midt.no/upload/77385/Kvalitetsstrategi-i-Helse-Midt-Norge.pdf>

Helse Midt-Norge (2010) *Strategi 2020* [Internett], Helse Midt-Norge. Tilgjengelig fra: <<http://www.helse-midt.no/no/Aktuelt/Strategi-2020/>> [Nedlastet 12.11.2011].

Helsedirektoratet. (2009) *Nasjonale retningslinjer for behandling og diagnostisering av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten*. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2012) *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2012 - Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet*. www.helsedirektoratet.no, Helsedirektoratet.

Helsenorge.no (2011) *Kvalitet i helsetjenesten* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: <<http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>> [Nedlastet 10.11.2011].

Helsepersonelloven § 39 (1999) *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990702-064.html>> [Nedlastet 05.12.2010].

Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A. & Oxman, A. (2010) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library* [Internett], (7). Tilgjengelig fra: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub2/pdf>> [Nedlastet 12.01.2012].

Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R. (2010) A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, (16), s. 112-124.

Justis- og beredskapsdepartementet (2000) *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdatabasen.no/all/nl-20000414-031.html>> [Nedlastet 24.01.2012].

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) *Focus Groups - A Practical Guide for Applied Research*. 4. utg. London, Sage Publications Ltd.

Kunnskapssenteret (2006a) *Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie* [Internett], Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra:
<<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>>

Kunnskapssenteret (2006b) *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning* [Internett], Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra:
<<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>> [Nedlastet 18.102011].

Kunnskapssenteret (2008) *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel* [Internett], Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra:
<<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>>

Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. (2003) Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12, s. 198-205.

Larson, J., Björvell, C., Billing, E. & Wredling, R. (2004) Testing of an audit instrument for the nursing discharge note in the patient record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (18), s. 318-324.

Lunney, M. (2001) *Critical Thinking & Nursing Diagnosis - Case Studies & Analyses*. Philadelphia, North American Nursing Diagnosis Association.

McFarland, G. K. & McFarlane, E. A. (1997) *Nursing Diagnosis & Intervention - Planning for Patient Care*. 3. utg. St. Louis, Mosby.

Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I. & Van Achtenberg, T. (2006) Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), s. 514-531.

Müller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, M. A., Needham, I., Odenbreit, M. & Van Achtenberg, T. (2008) Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Terminologies and Classifications*, 19 (1), s. 20-27.

Mølstad, K., Mauritzen, A. M. & Angermo, L. M. red. (2007) *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal - en veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon*. 3. utg. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

National Institute for Clinical Excellence [NICE] (2002) *Principles for best practice in clinical audit*. Oxon, Radcliffe Medical Press Ltd.

Norsk Sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleierforbundet.no/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF> [Nedlastet 30.10.2011].

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B. & Van der Schans, C. P. (2010a) Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (11), s. 2481-2489.

Paans, W., Sermeus, W., Roos, M. B. N. & van der Schans, C. P. (2010b) D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (6), s. 1388-1400.

Pasientrettighetsloven § 5-1 (1999) *Lov om pasientrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdataba.no/all/nl-19990702-063.html>> [Nedlastet 05.12.2010].

Pesut, D. J. & Herman, J. (1998) OPT: Transformation of Nursing Process for Contemporary Practice. *Nursing Outlook*, 46 (1), s. 29-36.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8. utg. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Saranto, K. & Kinnunen, U.-M. (2009) Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (3), s. 464-476.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005)... *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* IS-1162. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006) *Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

Statens helsetilsyn (2000) *Angstlidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. I: Oslo, Statens helsetilsyn

Stokke, T. A. & Kalfoss, M. H. (1999) Structure and Content in Norwegian Care Documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13 (1), s. 18-25.

Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. D. (2009) *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. Chichester, Wiley-Blackwell.

Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2002) "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective - a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (6), s. 645-654.

Sutherland, K. & Coyle, N. (2009) *Quality in Healthcare in England, Wales, Scotland, Northern Ireland: an intra-UK chartbook*. London, The Health Foundation.

Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. (2008) Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (16), s. 2116-2124.

United States Department of Health and Human Services (2011) *Report to Congress: National Strategy for Quality Improvement in Health Care* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.healthcare.gov/law/resources/reports/quality03212011a.html>> [Nedlastet 7.11.11].

Urquhart, C., Curell, R., Grant, M. J. & Hardiker, N. R. (2009) Nursing records systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Library* [Internett], (1). Tilgjengelig fra: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002099.pub2/pdf>> [Nedlastet 24.10.2011].

Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. (2004) Nursing documentation in nursing homes - state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (1), s. 72-81.

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), s. 1858-1875.

World Health Organization (1981) *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2011) WHO patient safety curriculum guide: a multi-professional edition. I: Geneva, World Health Organization,.

Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit

Marit Helen Instefjord

Mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Avdeling for helse- og sosialfag

Høgskolen i Bergen

Våren 2012

Det er planlagt å sende artikkelen til Journal of Advanced Nursing

Abstract

Aim. This paper is a report of a study conducted to assess the quality of written nursing documentation in psychiatric nursing against recommendations for best practice.

Background. Quality in nursing documentation facilitates continuity of care and patient safety. As such, assessing nursing documentation is necessary for identifying areas for improvement. Research has identified shortcomings in several clinical specialities, but little is known about the quality in the field of psychiatry.

Method. The nursing documentation from 21 persons admitted to a psychiatric department from September to December 2010 was assessed. The N-Catch instrument was used to audit the record structure, admission notes, nursing care plans, progress and outcome reports, discharge notes and information about the patients' personal details. The items of N-Catch were scored for quality and/or quantity (0 - 3 points).

Results. The item 'quantity of progress and evaluation notes' had the lowest score: in 86 % of the records progress and outcome were evaluated only sporadically. The items 'the patients' personal details' and 'quantity of record structure' had the highest scores: respectively 100 % and 71 % of the records achieved the highest score of these items.

Conclusion. The quality of written nursing documentation in psychiatric nursing needs improvements to ensure continuity and patient safety. Further research is needed on what factors influence nursing documentation, and finding effective ways to improve quality of nursing documentation.

Keywords: audit, patient records, nursing documentation, nursing process, quality

SUMMARY STATEMENT

What is already known about this topic?

- Quality nursing documentation aims to promote structured, consistent and effective communication between caregivers and to facilitate continuity and patient safety
- The nursing process provides a theoretical basis for nursing documentation, and the stages of the nursing process have the elements necessary for accurate nursing documentation
- Shortcomings have been identified in nursing documentation in several clinical specialities, but little is known about the quality of nursing documentation in the clinical field of psychiatry

What this paper adds

- The shortcomings identified in other clinical specialities also apply to the clinical field of psychiatry
- Shortcomings were identified in all areas of the nursing documentation, with particularly low results in the quantity of progress notes possibly due to inadequacies in the nursing care plans
- The N-Catch instrument is useful in identifying areas for quality improvements in psychiatric nursing documentation

Implications for practice and/or policy

- Quality improvements aimed at improving the quality of nursing documentation in the field of psychiatric nursing is necessary
- Universal criteria for accurate nursing documentation should be developed

Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit

Introduction

Quality and patient safety are internationally recognized as important issues for health care (World Health Organization, 2011). Quality of care concerns the degree to which health services increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge (Richardson & Corrigan, 2002). There is international agreement that patient safety and continuity are important aspects of quality of care (Sutherland & Coyle, 2009). Findings from systematic reviews suggest that quality nursing documentation facilitates continuity of care and consequently patient safety (Saranto & Kinnunen, 2009 ; Urquhart et al., 2009 ; Wang, Hailey & Yu, 2011). As such, assessing nursing documentation is essential in quality improvements.

Background

Quality nursing documentation aims to promote structured, consistent and effective communication between caregivers, and facilitate continuity and patient safety (Saranto & Kinnunen, 2009 ; Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010 ; Wang, Hailey & Yu, 2011). Presentation should be in a logical and chronological manner, and in a clear and concise language (Gordon, 1994, p. 236 ; Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010).

The nursing process is widely used as a theoretical basis for nursing documentation (Wang, Hailey & Yu, 2011). The stages of the nursing process are internationally acknowledged as encompassing the elements necessary for accurate nursing documentation (Gordon, 1994, p. 218, ; McFarland & McFarlane, 1997, p. 3 ; Paans et al., 2010a). Although the nursing process is not perceived undivided positively (Paans et al., 2010a) it is still recommended as a framework to aid high quality nursing documentation (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, p. 14 ; Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling, 2000 ; Doenges, 2003 ; Kärkkäinen & Eriksson, 2003). **FIGURE 1: THE NURSING PROCESS.**

Systematic reviews in several clinical specialities have shown deficiencies in the quality of nursing documentation. Saranto & Kinnunen (2009) found that the recorded patient data were partly inaccurate, inadequate and lacked important details of the nursing process. Müller-Staub *et al.* (2006) reported shortcomings in the nursing diagnostic

process where documentation of signs, symptoms and aetiology was found insufficient. Wang, Hailey & Yu (2011) found incoherence in documentation of the nursing process indicating that nursing care was not sufficiently documented in the records, and that written communication between different caregivers about the patient was inadequate. In a qualitative metasynthesis, Kärkkäinen, Bondas & Eriksson (2005) found that the amount of documentation allotted to patients' wishes and needs was small. There were shortcomings in the nursing care plans, and little evidence that the patients had been involved in defining diagnoses and goals. In the clinical field of psychiatry, there has been little research effort investigating nursing documentation.

The study

Aim

The aim of this study was to assess to which degree the quality of written documentation in psychiatric nursing records was in line with research recommendations for best practice.

Design and methods

Clinical audit is a stepwise quality improvement process that seeks to improve care through a systematic review of care against explicit criteria (Burgess, 2011, p. 6). To review the nursing documentation, a cross-sectional, retrospective patient record review was conducted using the N-Catch audit instrument.

Sample

A three month time interval was chosen to assess nursing documentation (1st September – 1st December 2010). This interval was chosen as it appears the most stable and representative period of regular activity in the department. An online calculator was used to calculate sample size (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>), and based on this calculation we included the patient records of all patients admitted in this period. If a patient was admitted several times, all admissions were included.

Setting

Psychiatric care in Norway is organized at hospital and community level. At hospital level, different departments treat patients according to the severity of the symptoms.

The patients are transferred from acute inpatient departments to sub acute departments as their condition improves.

The study took place in a town in Norway, in a psychiatric department at hospital level admitting patients who no longer are in need of acute care. The department has 16 beds in two wards, and accepts patients over 18 years with mental health problems such as psychosis, depressions and anxiety disorders. The average length of stay at the department in 2010 was 27 days.

All the nurses (n=13) at the department have completed a one-day course in nursing documentation in the electronic patient record (EPR). Most of the nurses (85 %) have a degree in psychiatric nursing, and more than ten years relevant experience. The department uses the VIPS model to structure the nursing record. This is a validated and evidence-based model, designed to assist the documentation of the nursing process (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, p. 14). VIPS is an acronym for the Swedish words for well-being, integrity, prevention and safety, which are seen as important goals for nursing care (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, p. 53)

Data collection

The criteria used to audit care should be based on evidence, related to important aspects of care and measurable (NICE, 2002, p. 23). An audit instrument was used in the assessment of quality in nursing documentation. The N-Catch instrument is a Norwegian version of the D-Catch instrument, which is a valid and reliable measurement instrument developed in the Netherlands (Paans et al., 2010b). The N-Catch is culturally adapted from the D-Catch, and translated with a forward and backwards translation according to scientific criteria (Polit & Beck, 2008, p. 497 ; Haugan et al., 2010).

The N-Catch consists of several items, which covers quantity and/or quality of the stages of the nursing process (Figure 1): Assessment, nursing care plan with nursing diagnoses, outcomes and interventions and evaluation in progress- and discharge notes. The patients' personal details are included in the Norwegian instrument. The different stages of the nursing process are scored on a scale from 0 – 3 points, where 3 points represents the highest score. The patients' personal details are scored on a scale from 0 - 2 points.

Based on legal requirements, 100 % of the nursing records should comply with the criteria for 3 (2) points (The Norwegian Board of Health, 2001). All the items of the N-Catch except one were scored. The excluded item concerns the legibility of the entries. As all the records in this study were written in the electronic patient record (EPR), this item did not apply. Two of the items were adapted to the local setting. The first was the item concerning the patients' personal details. This contained no description of what should be included to obtain full score. Norwegian law requires the presence of the patient's name, address, telephone number, date of birth, next of kin, marital state, occupation and general practitioner (The Norwegian Board of Health, 2001), and this was added to the item. The second was the item concerning nursing diagnoses. This was adapted to fit the documentation system at the department. According to requirements in the documentation system, nursing diagnoses should hold information about the symptoms, consequences and the patients' resources, and this was added to the criteria in the item.

The nursing documentation was retrieved and copied by a secretary working at the department. Prior to this she received written and oral information as to which parts of the records to retrieve. She removed all identifying information about the patients and the nurses before the documentation was handed over to the reviewers. She also scored the criteria concerning the patients' personal details, as the reviewers were authorized to anonymous data only.

The assessment of the records was performed by two reviewers independently. Both reviewers were registered nurses with a degree in psychiatric nursing and more than ten years relevant experience. One of the reviewers had a degree in nursing documentation. The reviewers studied the audit instrument prior to using it in order to assure a common understanding of the items when scoring. Then the two reviewers assessed the records independently against the criteria in the N-Catch instrument. Subsequently the scores were compared and discussed until consensus was reached.

TABLE 1: N-CATCH CRITERIA AND STANDARD

Ethical considerations

The Data Protection Official for Research at the local hospital reviewed the study and granted approval. As no identifying personal information about the patients was

available to the reviewers, consent from the patients was not sought. The study was supported by the head of the department and by the research department at the health trust. The nurses at the department were informed about the study before the assessment started.

Data analysis

For statistical analysis the Microsoft Office Excel 2007 and VassarStats online statistics software were used. Frequencies, percentage scores and means with confidence intervals for all the items in the N-Catch instrument were calculated. A test of inter-rater reliability was performed, using weighted kappa (κ_w) on the consensus scores of the entire sample.

Results

A total of 21 patient records from two psychiatric wards were examined according to the criteria in the N-Catch instrument. TABLE 2: RESULTS

Highest accuracy scores were found in the documentation of personal details. These were accurately documented in 100 % of the records, and the mean score was 2.0 points. In 71 % of the records all the stages of the nursing process were documented, and in 29 % of the records all the stages but one were documented. The mean score for this item was 1.7 points (CI 2.54 – 2.89).

The lowest scores were found in the quantity of progress evaluation. No records achieved the highest score with progress report written after each shift, and 86 % scored 0 points, which indicates that progress reports were written only sporadically. The mean score was 0.2 points (CI -0.02 – 0.42).

Achieving the highest score for quantity of the admission report involved the items reason for admission, mental health history and patient health status on admission. This applied to only 10 % of the admission reports and 50 % of the reports contained only one of these three items. The mean score for this item was 0.9 points (CI 0.45 – 1.35).

Shortcomings were also identified in the nursing care plan. Only 14 % of the records contained correctly formulated nursing outcomes according to the criteria, and 62 % of

the records had inadequate or no descriptions of outcomes. The mean score was 0.8 points (CI 0.29 – 1.23). Deficiencies were found in the nursing diagnoses and the interventions as well. Only 19 % of the nursing diagnoses were correctly formulated, with symptoms, consequences and patients' resources, with a mean score of 1.5 points (CI 1.01 – 1.95). Only 5 % of the nursing interventions were formulated in a way that specified the content and frequency of the intervention. The mean score was 1.2 points (CI 0.86 – 1.52).

The results from the inter-rater reliability test varied from very good to fair (Altman, 1991). Highest agreement was found in assessment of the record structure (κ_w 1.00), quantity of the nursing care plan (κ_w 0.60), nursing diagnoses (κ_w 0.59), nursing outcomes (κ_w 0.69) and quantity of progress reports (κ_w 0.67). Lowest agreement was found in the nursing interventions (κ_w 0.23) and in quality of progress reports (κ_w 0.29).

TABLE 3: WEIGHTED KAPPA (κ_w).

Discussion

Quality of care aims to increase the likelihood of desired health outcomes, and continuity and patient safety are important factors to achieve quality of care (Richardson & Corrigan, 2002 ; Sutherland & Coyle, 2009). The aim of this study was to examine if the quality of psychiatric nursing documentation was in line with recommendations from research. Assessment indicated that the nursing documentation only partly was in accordance with recommendations for quality nursing documentation. Shortcomings were identified in several areas of the nursing records, including quantity of admission reports, elements of the nursing care plan and quantity of progress reports.

Only the criterion concerning the documentation of the patients' personal details met the standard for the audit. For the other criteria the scores varied from 0 – 71 %. The highest scores were found in documentation of the different stages of the nursing process. However, even if the stages in the nursing process are reported in this study, the quality of documentation of the different stages is highly variable. This result corresponds with the results from a systematic review from 2011 aimed at exploring audit approaches and describing the quality status of nursing documentation, where

Wang, Hailey & Yu found inadequate documentation of the stages of the nursing process.

The lowest scores were found in the quantity of the progress report, where the assessment showed that progress notes were written sporadically in the majority of the nursing records. This is neither in concordance with recommendations nor legal requirement (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000 ; The Norwegian Board of Health, 2001 ; Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010). Continuity is an important feature for patient safety (Saranto & Kinnunen, 2009), and when the patients' health status is only evaluated sporadically, this may compromise continuity.

This result is in line with the findings of Vuoltilainen *et al.* (2004). In their study on nursing documentation in nursing homes they found that progress notes were made sporadically. Other studies have shown different results. Törnvall & Wilhelmsson (2008) found in a study on nursing documentation for communicating and evaluating care that excessive use of progress notes with little essence obscured vital information about the patient. Stokke & Kalfoss (1999) found similar results in a study comparing quality in nursing documentation against legal requirements. Nurses are drawn between these two extremes: On the one hand, nurses should document important information about the patient, and it is commonly acknowledged that "if it is not documented, it is not done", especially from a legal point of view (Marinis *et al.*, 2010). On the other hand, the consequences of too much and too detailed documentation could be enormous amounts of progress notes, and difficulty in identifying vital information about the patient.

In a systematic review on nursing diagnoses, interventions and outcomes, Müller-Staub *et al.* (2006) suggest that improvements in the nursing care plan can solve this problem. With a comprehensive nursing care plan, the nurses could use the progress notes to evaluate the patients' health status and progress according to the plan. In this way the progress notes could be linked to the patients' health problems, and this could contribute to focused and effective communication between health professionals.

Further, the assessment identified scarcities in the nursing care plan. Nursing outcomes are important as criteria for judging the patients' progress and the quality of care (Gordon, 1994, p. 237 ; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, p. 183). In this study more than half of the records lacked a description of outcomes. Similar results were found by Stokke & Kalfoss (1999). They found that almost half of the nursing

diagnoses lacked descriptions of nursing outcomes. Without defined goals for nursing care, the care might be fragmented and continuity could be compromised.

Deficiencies were also identified in the nursing diagnoses. Only one in five diagnoses was correctly formulated according to the criteria. In many of the records the diagnoses included only diagnostic labels and not symptoms, consequences or documentation of the patients' resources. According to Müller-Staub *et al.* (2006), merely stating diagnostic labels is insufficient to capture the patients' needs. A majority of the nursing diagnoses in this assessment lacked mapping of the patients' resources. Wang, Hailey & Yu (2011) found similarly that patients' preferences and resources were inadequately documented. In a nursing documentation audit, Darmer *et al.* (2006) found that nurses do not draw on the patients' resources when formulating nursing diagnoses, and that patients rarely were involved in care planning. According to a review of the literature on individualised care by Suhonen *et al.* (2002), individualised care has positive effects and patients' individuality and participation in decision-making should be supported.

The nursing interventions were found to be inaccurate and with unclear descriptions of the interventions. In a study of the prevalence of accurate nursing documentation, Paans *et al.* (2010a) found similar results. They found that few interventions were related to nursing diagnoses and that the purpose of the interventions was unclear. Vuoltilainen *et al.* (2004) found that the descriptions of the interventions were inadequate. A concise description of the interventions is necessary to avoid misunderstandings and ensure continuity.

The investigation also found weaknesses in the quantity of the admission report. The admission report should provide data for the care plan (Pesut & Herman, 1998 ; Kärkkäinen & Eriksson, 2003 ; Darmer *et al.*, 2006). According to the criteria, the admission report should contain information about the patients' health background, reason for admission and the patients' health status on admission. Half of the records contained only one of these three items, and one record had no admission report. This result is in line with the findings by Wang, Hailey & Yu (2011), who found inadequate documentation of assessment. According to a study by Kärkkäinen & Eriksson (2003) evaluating of the content of nursing records, inadequate assessment of the patients' health status on admission caused deficiencies in all parts of the nursing documentation.

Although the assessment identified shortcomings in many areas of the nursing records, some areas seem easier to improve than others. For instance, only 16 % of the records obtained a full score in the discharge note. However, half of the records scored 2 points for this item, and therefore it would seem like little effort is needed to improve the discharge note. The same applies to the quality of the admission note and the quality of the progress notes.

It is important to identify deficiencies in order to decide where effort should be placed in improving quality (Jamtvedt et al., 2010). According to Jamtvedt *et al.* (2010), effects of audit are likely to be larger when baseline adherence to recommendations is low, as in this study. However, simply identifying shortcomings does not in itself lead to quality improvement. Feedback of the results is necessary. In this process the results of the audit are returned to the key stakeholders in a constructive manner to show the impact of established practices and potential disadvantages associated with it and motivate for change (Flottorp et al., 2010). Audit and feedback combined with educational meetings or as part of a multifaceted intervention, may improve compliance with desired practice (Flottorp et al., 2010).

An effort must be made to identify local reasons why the nurses do not document according to recommendations. Previous research has indicated that organizational factors such as lack of time, lack of facilities and work organization are barriers to quality nursing documentation (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003), as well as nurses' lack of knowledge and skills in clinical reasoning and in connecting clinical reasoning to the nursing process (Wang, Hailey & Yu, 2011). A quality improvement strategy should focus on meeting the barriers to quality documentation (Miller & Kearney, 2004 ; NICE, 2007 ; Kramer & Burns, 2008 ; Prior, Guerin & Grimmer-Somers, 2008 ; Forsner et al., 2010). To ensure that quality improvements are sustained, new measurements should be performed on a repeated basis (Burgess, 2011, p. 95)

Study limitations

The sample size in this study was small. However, measures were made to ensure a representative sample by choosing an interval which appeared the most stable and representative period of regular activity in the department. According to Copeland (2005), an interval of one to three months is sufficient in most audits, and in this study a

three month interval was chosen. An online calculator was used to calculate sample size (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>).

The Norwegian version of the audit instrument is not fully validated. Still, the psychometric properties of the Dutch version are established (Paans et al., 2010b), and the translation of the instrument is done according to scientific criteria (Haugan et al., 2010). The instrument covers the steps of the nursing process, which is widely used as a theoretical basis for nursing documentation (Wang, Hailey & Yu, 2011).

Clinical audits are often conducted by a group which share responsibilities within the group (Burgess, 2011, p. 44). It was not possible to establish such a group for this study, and much of the work is done by one person. The danger of this is that the study might be biased by a one-sided illumination of the problem. To avoid this, various employees contributed to the process and issues were discussed so decisions were not made only by one person.

Clinical audit includes implementation of improvement measures. To carry out an investigation without implementing improvement measures have little value (Burgess, 2011, p. 82). Due to lack of time and resources, the implementation of improvement measures is not included in this study. However, suggestions for quality improvement are proposed and will be followed up later in the project.

The nursing records were assessed independently by two nurses to avoid bias by subjectivity in the investigation. An inter-rater reliability test demonstrated some difficulties in the agreement between the two reviewers. According to Altman (1991, p. 405), any value of κ much below 0.5 indicates poor agreement. Action was taken prior to the assessment to secure a common understanding of the items in the instrument. The difficulties in agreement could therefore rely on the description for the scoring of these items which is vague and subject to interpretation.

Confidence intervals for the mean scores for some of the elements of N-Catch were wide. Wide confidence intervals may indicate that one should collect more data before final conclusions are drawn. However, the results are in line with findings in previous research and it is likely that the results could be generalized to other psychiatric settings.

Implications for further research

The results from this study demonstrate shortcomings in the documentation in psychiatric nursing. As little research is made about the quality of documentation in psychiatric nursing, further research in this field is needed to examine if the shortcomings identified in this study can be confirmed in larger studies for generalizability.

The nursing process is widely used in nursing documentation, but little is known about the effects of the nursing process on nursing practice. There is no internationally accepted gold standard for accuracy of nursing documentation (Paans et al., 2010b). Further research is needed to establish clear recommendations for quality in nursing documentation, which could lead to the development of national and international evidence-based guidelines for nursing documentation.

The N-Catch audit instrument was perceived useful in this study. The items of the N-Catch coincide with the recommendations for quality documentation from research and legal requirements. Since the documentation system in the department uses the nursing process in the VIPS model, the structure of the documentation system includes the same items as the N-Catch. The N-Catch is a relatively new instrument, and the psychometric properties are not yet fully established. Reliability and validity should be tested. The results of inter-rater reliability testing in this study displayed that agreement on some of the items of the N-Catch was low. Further testing is necessary to establish the psychometric properties of the instrument.

Research has shown that many audit instruments for assessing nursing documentation exist, and different instruments are used in different studies (Saranto & Kinnunen, 2009). This makes comparison between studies challenging, and researchers recommend the development of an internationally accepted gold standard for accuracy and measuring of accuracy in nursing documentation (Paans et al., 2010b).

Conclusions

Nursing documentation is an important part of everyday life in care settings for both nurses and patients. Quality in documentation is a premise for achieving continuity of care and patient safety. In this study, clinical audit has proven useful in identifying deficiencies which should be met by quality improvement strategies. The assessment has shown that shortcomings identified in other clinical specialities also apply to the

clinical field of psychiatry. Psychiatric nurses document all the stages of the nursing process, but the quality of the content is highly variable. Particularly poor results were found in the frequencies of progress notes, possibly due to inadequacies in the nursing care plans. This could represent a risk to the continuity of care and safety of the patients, and should be given extra attention. N-Catch was found to be useful in identifying areas for quality improvements in psychiatric nursing documentation.

On the basis of the findings, quality improvement interventions are recommended to improve the quality of nursing documentation. The improvement interventions should focus on feedback of results and meeting barriers to quality documentation. Re-audits should be performed to establish whether real improvement has taken place.

Acknowledgement

The author would like to thank all participants for their contributions, and especially Birgitte Graverholt and Katrine Aasekjær for their supervising role.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

No conflict of interest has been declared by the author.

References:

- Altman, D. G. (1991) *Practical Statistics for Medical Research*. Boca Raton, Chapman & Hall/CRC.
- Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I. & Wredling, R. (2000) Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*, (9), p. 6-13.
- Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003) Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 12, p. 206-214.
- Burgess, R. ed. (2011) *NEW Principles of Best Practice in Clinical Audit*. 2. ed. Oxford, Radcliffe Publishing Ltd.
- Copeland, G. (2005) *A Practical Handbook for Clinical Audit*. I, NHS Clinical Governance Support Team.
- Darmer, M. R., Ankersen, L., Nielsen, B. G., Landberger, G., Lippert, E. & Egerod, I. (2006) Nursing documentation audit - the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*, (15), p. 525-534.
- Doenges, M. (2003) *Application of nursing process and nursing diagnosis: an Interactive Text for Diagnostic Reasoning*. 4. ed. Philadelphia, F. A. Davis Company.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000) *VIPS-boken*. Stockholm, Vårdförbundet.
- Flottorp, S. A., Jamtvedt, G., Gibis, B. & McKee, M. (2010) *Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care*. København, World Health Organization.
- Forsner, T., Hansson, J., Brommels, M., Wistedt, A. Å. & Forsell, Y. (2010) Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BioMed Central* [Internett], 10:8. Available from: <<http://www.biomedicalcentral.com/1471-244X/10/8>> [Accessed 12.01.11].
- Gordon, M. (1994) *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3. ed. St. Louis, Mosby.
- Haugan, B., Oppheim, A. E., Tettum, B., Woldstad, K., Mikkelsen, J. & Rotegård, A. K. (2010) N-Catch - instrument for assessment of nursing documentation in the electronic patient record. I, Oslo University Hospital.

Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A. & Oxman, A. (2010) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*, (7),

Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R. (2010) A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, (16), s. 112-124.

Kramer, T. L. & Burns, B. J. (2008) Implementing Cognitive Behavioral Therapy in the real world: A case study of two mental health centers. *Implementation Science* [Internett], 3 (14). Available from: <<http://www.implementationscience.com/content/3/1/14>> [Accessed 13.02.2011].

Kärkkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. (2005) Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12 (2), p. 123-132.

Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. (2003) Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12, p. 198-205.

Marinis, M. G. D., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., Alvaro, R. & Matarese, M. (2010) 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, (19), p. 1544-1552.

McFarland, G. K. & McFarlane, E. A. (1997) *Nursing Diagnosis & Intervention - Planning for Patient Care*. 3. ed. St. Louis, Mosby.

Miller, M. & Kearney, N. (2004) Guidelines in clinical practice: development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (7), p. 813-821.

Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I. & Van Achtenberg, T. (2006) Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), p. 514-531.

National Institute for Clinical Excellence [NICE] (2002) *Principles for best practice in clinical audit*. Oxon, Radcliffe Medical Press Ltd.

National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2007) How to change practice? Understand, identify and overcome barriers to change. I: www.nice.org.uk National Institute for Health and Clinical Excellence.

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B. & Van der Schans, C. P. (2010a) Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (11), p. 2481-2489.

Paans, W., Sermeus, W., Roos, M. B. N. & van der Schans, C. P. (2010b) D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (6), p. 1388-1400.

Pesut, D. J. & Herman, J. (1998) OPT: Transformation of Nursing Process for Contemporary Practice. *Nursing Outlook*, 46 (1), p. 29-36.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8. ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Prior, M., Guerin, M. & Grimmer-Somers, K. (2008) The effectiveness of clinical guideline implementation strategies - a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14 (5), p. 888-897.

Richardson, W. C. & Corrigan, J. M. (2002) The IOM Quality Initiative: A Progress Report at Year Six. [Internet], 1 (1). Available from: http://health.usf.edu/medicine/educationalaffairs/pace_files/IOM%20Quality%20Initiative.pdf [Accessed 23.02.2012].

Saranto, K. & Kinnunen, U.-M. (2009) Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (3), p. 464-476.

Stokke, T. A. & Kalfoss, M. H. (1999) Structure and Content in Norwegian Care Documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13 (1), p. 18-25.

Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2002) "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective - a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (6), p. 645-654.

Sutherland, K. & Coyle, N. (2009) *Quality in Healthcare in England, Wales, Scotland, Northern Ireland: an intra-UK chartbook*. London, The Health Foundation.

The Norwegian Board of Health (2001) *Forskrift om pasientjournal (Regulations for the patient record)*.

Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. (2008) Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (16), p. 2116-2124.

Urquhart, C., Curell, R., Grant, M. J. & Hardiker, N. R. (2009) Nursing records systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Library*, (1),

Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. (2004) Nursing documentation in nursing homes - state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (1), p. 72-81.

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), p. 1858-1875.

World Health Organization (2011) WHO patient safety curriculum guide: a multi-professional edition. Geneva, World Health Organization.

FIGURE 1: THE NURSING PROCESS

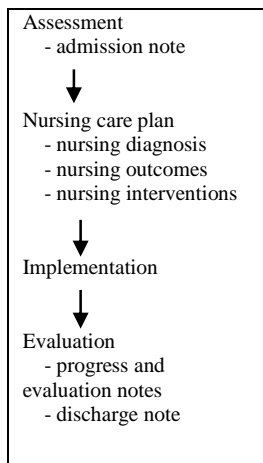


TABLE 1: N-CATCH CRITERIA AND STANDARD

Criteria and standard (N-Catch)	Evidence base	Data source
<p>The nursing record should contain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assessment on admission • The patient's personal details • Nursing care plan • Progress and evaluation notes <p>Standard: 100 % of the nursing records should fulfil these criteria</p>	<p>(Wang, Hailey & Yu, 2011 ; Saranto & Kinnunen, 2009 ; Gordon, 1994 ; The Norwegian Board of Health, 2001)</p>	<p>Nursing documentation in the nursing record</p>
<p>The patient's personal details should include name, address, date of birth, telephone number, marital status, next of kin, occupation, general practitioner</p> <p>Standard: 100 % of the patient records should contain these elements</p>	<p>(The Norwegian Board of Health, 2001)</p>	<p>The personal details file in the patient record</p>
<p>The assessment on admission:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantity: The patient's health history, the reason for admission and the patient's health status should be completely documented • Quality: The language should be correct and concise, and all relevant information should be included <p>Standard: 100 % of the admission notes should fulfil these criteria</p>	<p>(Wang, Hailey & Yu, 2011 ; Müller-Staub et al., 2006 ; Doenges, 2003 ; Gordon, 1994 ; The Norwegian Board of Health, 2001)</p>	<p>The admission note in the nursing record</p>
<p>The nursing care plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantity: The nursing care plan should be updated and individualized, and contain nursing diagnoses, nursing outcomes and nursing interventions. • Nursing diagnoses: Should contain information about the symptoms, consequences and the patients' resources • Nursing outcomes: Should be measurable and realistic and describe a desired situation for the patient in the future • Nursing interventions: Should be specific and linked to nursing diagnoses and nursing outcomes <p>Standard: 100 % of the nursing care plans should fulfil these criteria</p>	<p>(Wang, Hailey & Yu, 2011 ; Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010 ; Müller-Staub et al., 2006 ; Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2002 ; Doenges, 2003 ; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000 ; The Norwegian Board of Health, 2001)</p>	<p>The nursing care plan in the nursing record</p>
<p>Evaluation - progress notes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantity: Progress reports should be written after each shift • Quality: Progress reports should assess the patients' health status according to nursing outcomes. The language should be correct and concise <p>Standard: 100 % of the progress reports should fulfil these criteria</p>	<p>(Wang, Hailey & Yu, 2011 ; Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010 ; Saranto & Kinnunen, 2009 ; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000 ; The Norwegian Board of Health, 2001)</p>	<p>Progress and evaluation notes in the nursing record</p>
<p>Evaluation - discharge notes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Should contain relevant information important to understand the patients' health status on discharge. • Should contain evaluation of results. • The language should be correct and concise. <p>Standard: 100 % of the discharge notes should fulfil these criteria</p>	<p>(Wang, Hailey & Yu, 2011 ; Saranto & Kinnunen, 2009 ; The Norwegian Board of Health, 2001)</p>	<p>Discharge notes in the nursing record</p>

TABLE 2: RESULTS

Element of the N-Catch	Scale		Score, mean (CI)	3 points % (n/N)	2 points % (n/N)	1 point % (n/N)	0 points % (n/N)
	Quantity	Quality					
Record structure	0 - 3		2.7 (2.54 – 2.89)	71 (15/21)	29 (6/21)	-	-
The patient's personal details	0 - 2		2.0	-	100 (21/21)	-	-
Admission note¹	0 - 3		0.9 (0.45 – 1.35)	10 (2/20)	20 (4/20)	20 (4/20)	50 (10/20)
Admission note		0 - 3	1.3 (0.86 – 1.64)	5 (1/20)	40 (8/20)	30 (6/20)	25 (5/20)
Nursing care plan	0 - 3		1.7 (0.78 – 2.14)	28.5 (6/21)	28.5 (6/21)	24 (5/21)	19 (4/21)
Nursing diagnoses		0 - 3	1.5 (1.01 – 1.95)	19 (4/21)	38 (8/21)	14 (3/21)	29 (6/21)
Nursing outcomes		0 - 3	0.8 (0.29 – 1.23)	14 (3/21)	10 (2/21)	14 (3/21)	62 (13/21)
Nursing interventions		0 - 3	1.2 (0.86 – 1.52)	5 (1/21)	28 (6/21)	48 (10/21)	19 (4/21)
Progress report	0 - 3		0.2 (-0.02 – 0.42)	0 (0/21)	5 (1/21)	9 (2/21)	86 (18/21)
Progress report		0 - 3	1.4 (1.11 – 1.66)	0 (0/21)	48 (10/21)	43 (9/21)	9 (2/21)
Discharge note²		0 - 3	1.7 (1.24 – 2.10)	16.7 (3/18)	50 (9/18)	16.7 (3/18)	16.7 (3/18)

¹ 1/21 records had no admission note. The N-Catch had no scoring options for this eventuality.

² 3/21 records had no discharge note. The N-Catch had no scoring options for this eventuality.

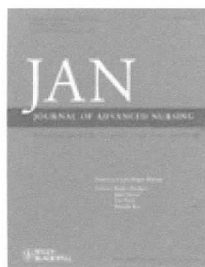
TABLE 3: WEIGHTED KAPPA (κ_w)

Elements of N-Catch	Weighted Kappa (κ_w)
Which elements of the nursing record are present?	1.00
Admission note – quantity	0.39
Admission note – quality	0.42
Nursing care plan – quantity	0.60
Nursing diagnoses – quality	0.59
Nursing outcomes – quality	0.69
Nursing interventions – quality	0.23
Progress and evaluation notes – quantity	0.67
Progress and evaluation notes – quality	0.29
Discharge note – quality	0.47

 WILEY ONLINE LIBRARY	>> SEARCH BY	<input checked="" type="checkbox"/> Titles
ADVANCED SEARCH  over 5 million articles		<input checked="" type="checkbox"/> Authors
Journals Books Databases Lab Protocols		<input checked="" type="checkbox"/> Keywords
		<input checked="" type="checkbox"/> References
		<input checked="" type="checkbox"/> Funding Agencies

Journal of Advanced Nursing

© Blackwell Publishing Ltd



Edited By: Roger Watson

Impact Factor: 1.54

ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2010: 9/85 (Nursing (Social Science)); 10/88 (Nursing (Science)); 10/89 (Nursing)

Online ISSN: 1365-2648

JAN Essentials

Every paper submitted should be structured and written in accordance with *JAN* requirements and guidelines. This is to ensure completeness of content and clear structure. Papers that do not comply with *JAN*'s essential requirements will be immediately returned.

Relevance

Papers submitted should be relevant to the Aims & Scope of *JAN* and written in a way that makes the relevance of content clear for *JAN*'s international readership. A high standard of written English language is important for easy understanding internationally. Authors who are not fluent English language writers are strongly recommended to ensure that their manuscript is copy-edited by a native English speaker prior to submission.

Currency of data

The period of data collection should be specified in an empirical research report, both in the abstract and in the body of the paper, in the form of a statement such as 'the data were collected during 2008' or 'data were collected over 18 months in 2006-2007'. Timely publication of results is regarded as good research practice: therefore, if the data are more than five years old by the time you are ready to

submit your paper, or in the case of new analysis of older data sets, the contemporary relevance of the data should be clearly (and explicitly) explained in the text of the paper and commented on briefly in the abstract. A review paper should include, both in the text and the abstract, the inclusive dates of the literature searched and normally the search should have been completed no longer than two years before you submit the paper. Papers in the form of a protocol should mention in the text and the abstract the date (month and year) of its ethical approval and/or funding, and must be submitted in sufficient time to allow publication before the study is reported.

Length

Papers must not exceed 5000 words (2500 for Instrument Development papers). The word count includes quotations, but excludes the abstract, keywords, summary statement, references, figures and tables. There is a facility that allows lengthy or supplementary material to be published online in addition to the paper. Papers shorter than 5000 words are welcome.

More than one paper

If more than one paper from the same study is being prepared for *JAN* they should be submitted as separate papers. When more than one paper is prepared from the same study there should be minimal duplication and no 'cut and paste' of material across the papers. It might be appropriate, for example, to describe the research methods fully in one paper and give a summary of these in a second paper, with reference to the fuller description in the first paper. However done, there always must be direct referencing to any other paper/s from the same study that has/have been published (or 'in press'). We may ask you to provide copies of such other papers to check overlap. Note that the rules that apply to plagiarism are equally applicable to one's own work. Authors also should be aware that *JAN* does not support the practice of publishing small sections of a study in several separate papers when a well-crafted single paper would suffice.

If more than one paper is produced from the same study, each must address, in-depth, different aspects of the study, or reporting that study in distinctly different ways for different readerships; 'salami slicing' is discouraged. Mixed methods studies that are reported in one paper may be particularly rich and meaningful when triangulation of qualitative and quantitative data is evident and findings from both types of data amplify and clarify the study topic.

Supplementary Web-Based Information

Note that Supplementary Information now can be put online alongside a published paper: for example, in the form of additional tables or other types of data or further details about methods and measures.

Title Page

Your title page should include the following information:

- Full title (maximum 25 words)
- All author names and qualifications (maximum of 3 qualifications per author, and to include RN wherever applicable)
- Contact details for corresponding author

- Acknowledgements (if applicable)
- Conflict of Interest statement
- Funding Statement

Authorship

All authors must have agreed on the final version of the paper and must meet at least one of the following criteria (based on those recommended by the ICMJE):

- 1) substantial contributions to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data
- 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content.

Structure and format

To ensure completeness of content there is a recommended structure and format for different types of papers. Click below on the type of paper you are planning to submit, and follow the guidance provided:

Review Papers:

- Systematic review or other type of review

Research Papers:

Original Research:

- Empirical research - quantitative
- Empirical research - qualitative
- Empirical research - mixed methods
- Clinical trial

Research Protocols:

- Protocols for a research study or systematic review

Research Methodology:

- Instrument Development

Concept Analysis:

- Concept analysis

Discussion Paper:

- Discussion paper

JAN Forum Contribution:

- JAN Forum Contribution

References

References follow the **Harvard** style, i.e. parenthetical in the text and listed in alphabetical order of first authors' names in the reference list.

The editor and publisher recommend that citation of online published papers and other material should be done via a DOI (digital object identifier), which all reputable online published material should have – see www.doi.org for more information. If an author cites anything which does not have a DOI they run the risk of the cited material not being traceable.

We recommend the use of a tool such as EndNote or Reference Manager for

reference management and formatting.

References within the text should cite the authors' names followed by the date of publication, in chronological date order, e.g. (Lewis 1975, Barnett 1992, Chalmers 1994). Where there are more than two authors, the first author's name followed by 'et al.' will suffice, e.g. (Barder *et al.* 1994), but all authors should be cited in the reference list. 'et al.' should be presented in italics followed by a full stop only. Page numbers should be given in the text for all quotations, e.g. (Chalmers 1994, p. 7). All references should be cited from primary sources.

Where more than one reference is being cited in the same pair of brackets the reference should be separated by a comma; authors and dates should not be separated by a comma, thus (Smith 1970, Jones 1980). Where there are two authors being cited in brackets then they should be joined by an '&', thus (Smith & Jones 1975).

When a paper is cited, the reference list should include authors' surnames and initials, date of publication, title of paper, name of journal in full (not abbreviated), volume number, and first and last page numbers. Example: Watson R, Hoogbruin AL, Rumeu C, Beunza M, Barbarin B, MacDonald J & McReady T (2003) Differences and similarities in the perception of caring between Spanish and United Kingdom nurses. *Journal of Clinical Nursing* 12, 85-92.

When a book is cited, the title should be stated, followed by the publisher and town/county/state (and country if necessary) of publication. Example: Smith GD & Watson R (2004) *Gastroenterology for Nurses*. Blackwell Science, Oxford.

Where the reference relates to a chapter in an edited book, details of author and editors should be given as well as publisher, place of publication, and first and last page numbers. Example: Chalmers KI (1994) Searching for health needs: the work of health visiting. In *Research and its Application* (Smith JP ed.), Blackwell Science, Oxford, pp. 143-165.

The edition (where appropriate) of all books should be identified, e.g. 2nd edn. References stated as being 'in press' must have been accepted for publication and a letter of proof from the relevant journal must accompany the final accepted manuscript. Please provide access details for online references where possible: Example: Lynaugh JE (1997) *The International Council of Nurses is Almost 100 years old*. University of Pennsylvania, PA. Available at: <http://www.nursing.upenn.edu/history/Chronicle/F97/icn.htm> (accessed 12 December 2002). The reference list should be prepared on a separate sheet and be in alphabetical order and chronological order by first authors' surnames.

We encourage you to refer to existing literature published in *JAN* where relevant.

Figures and tables

Include a citation in the text for each figure and table. Artwork should be submitted online in electronic form. Detailed information on our digital illustration standards is available from <http://authorservices.wiley.com/bauthor/journal.asp>.

Abbreviations used in figures and tables should be defined in a footnote.

Approval for reproduction/modification of any material (including figures and tables) published elsewhere should be obtained by the authors/copyright holders before submission of the manuscript. Contributors are responsible for any copyright fee involved.

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (line art) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of at least 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). Please submit the data for figures in black and white or submit a Colour Work Agreement Form (see Colour Charges below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: line art: >600 dpi; halftones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Always include a citation in the text for each figure and table. Artwork should be submitted online in electronic form. Detailed information on our digital illustration standards is available on the [Wiley-Blackwell website](#).

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publisher.

Colour Charges: It is the policy of JCN for authors to pay the full cost for the reproduction of their colour artwork. Therefore, please note that if there is colour artwork in your manuscript when it is accepted for publication, Wiley-Blackwell require you to complete and return a [Colour Work Agreement Form](#) before your paper can be published. Any article received by Wiley-Blackwell with colour work will not be published until the form has been returned. Please return all original hard-copy forms to:

The Production Editor
Journal of Advanced Nursing
Journal Content Management
Wiley Services Singapore Pte Ltd
1 Fusionopolis Walk
#07-01 Solaris South Tower
Singapore 138628

Statistical Guidelines

Details on how to present statistical information in your paper can be found [here](#).

Publication Ethics

For more information visit: <http://www.wiley.com/bw/publicationethics/>. If you have any questions that are not answered by the information provided on this website, please email the Editorial Office at jan@wiley.com.

Conflict of interest

Authors are required to disclose any possible conflict of interest when submitting a paper. These can include financial conflicts of interest e.g. patent ownership, stock ownership, consultancies, speaker's fee. All conflict of interest (or information specifying the absence of conflict of interest) should be included at the end of the article under 'Conflicts of Interest'. This information will be included in the published article.

If the author does not have any conflict of interest the following statement should be included: 'No conflict of interest has been declared by the author(s).'

Editors of *JAN* are encouraged to publish in *JAN*. To avoid conflicts of interest, editors do not process their own papers. If a member of the editorial team is submitting to *JAN*, then the ScholarOne system prevents them from viewing any details related to their paper and also prevents the manuscript from being allocated to them for review, regardless of their place in the authorship of the paper. If the Editor-in-Chief is submitting a paper then the Editorial Assistant is informed and the paper allocated to one of the editors for processing. Editors are also urged to be aware of other potential conflicts of interest such as processing papers by collaborators and colleagues. Such situations are unavoidable but editors are expected to exercise discretion and fairness regardless of any proximity to submitting authors.

Funding

JAN requires authors to specify any sources of funding (institutional, private and corporate financial support) for the work reported in their paper. This information, in the form of the name of the funding organisation/s and the grant number should be included at the end of the article under the heading 'Funding', and provided at the time of submitting the paper. If there was no funding, the following wording should be used: 'This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.' Any suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included if appropriate. This information will be included in the published article.

Summary Statements

All manuscripts must include Summary Statements. Please use the following guidelines:

Format



To be headed SUMMARY STATEMENT and put on a separate, but numbered, page after your abstract. The three headings should be in bold:

- **What is already known about this topic**
- **What this paper adds**
- **Implications for practice and/or policy**

- Under each heading, there should be 2-3 bullet points.
- Each bullet point should be concise, with between 20-30 words in each and ending with a full stop.
- Each bullet point should stand alone as a meaningful statement (i.e. not needing to rely on preceding statements) and be written in proper sentences.
- All bullet points should be derived from the content of the paper and be supported by the evidence presented in the paper.
- The summary statement should not contain abbreviations (except for a few that are self-explanatory and universally understood, e.g. HIV/AIDS)
- No references should be included.
- Colloquial terms and local details should not be included, and nor should the paper's country of origin (unless that is essential, pertinent information). Instead the statements should be framed globally.
- Statements in the 2nd group (What this paper adds) should emphasise what the work adds to knowledge rather than just provide a list of findings or state processes studied.
- Statements under the 3rd heading are necessarily prescriptive, therefore using words such as 'should', but they must be based on evidence that is presented in the paper.

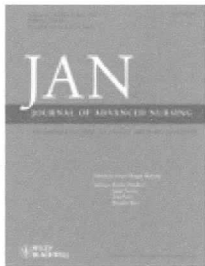
Optimising Your Abstract for Search Engines

Many students and researchers looking for information online will use search engines such as Google, Yahoo or similar. By optimising your article for search engines, you will increase the chance of someone finding it. This in turn will make it more likely to be viewed and/or cited in another work. We have compiled these guidelines to enable you to maximize the web-friendliness of the most public part of your article.

 WILEY ONLINE LIBRARY	>> SEARCH BY	<input checked="" type="checkbox"/> Titles
ADVANCED SEARCH  over 5 million articles		<input checked="" type="checkbox"/> Authors
Journals Books Databases Lab Protocols		<input checked="" type="checkbox"/> Keywords
		<input checked="" type="checkbox"/> References
		<input checked="" type="checkbox"/> Funding Agencies

Journal of Advanced Nursing

© Blackwell Publishing Ltd



Edited By: Roger Watson

Impact Factor: 1.54

ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2010: 9/85 (Nursing (Social Science)); 10/88 (Nursing (Science)); 10/89 (Nursing)

Online ISSN: 1365-2648

Empirical research - quantitative

Papers submitted to *JAN* should not exceed 5000 words for the main text, including quotations but excluding the abstract, summary statement, tables and references.

Organising your paper:

Two separate files to be created and uploaded onto [ScholarOne Manuscripts](#):

Title page file, to include:

- Full title: maximum 25 words
- Author details (including contact details for corresponding author and a maximum of 3 qualifications per author, to include RN/RM where appropriate)
- Acknowledgements
- Conflict of interest statement
- Funding statement

Main file, to include:

Abstract: 250 words. Your abstract should include the following headings: Aims (of the paper), Background, Design, Methods (including dates of data collection), Results/Findings, Conclusion. The abstract should not contain abbreviations or

detailed statistics. The Aim should simply state: 'To...'

Summary Statement: See the [Summary Statement guidelines](#).

Keywords: A maximum of 10, including nurses/midwives/nursing.

References, tables and figures. Main Text: To include the headings below, and 'Main Text: To include the headings below, and

following headings:

The main text of your paper should include the

onal relevance of topic.

INTRODUCTION

Clearly identify the rationale, context, internati

framework that guided the study, conceptual model and/or theory concepts or study variables. Explain analysis, conceptual model or theory between study variables and support

Background

Present the scientific, conceptual or theoretical identifying and providing an overview of the c where appropriate. Identify and define key con the connections between the scientific hypothe and the study variables. Explain connections b

those connections with relevant theoretical and empirical literature.

Provide a substantial, critical review of relevant theoretical and empirical literature.

THE STUDY

Aim/s

State the aims of the study as a narrative study purpose or as research questions or hypotheses to be tested. For example, 'The aim of the study was to...'

Design

Identify the specific research design used: for example, descriptive, correlational, experimental, quasi-experimental, cross-sectional, longitudinal study. If appropriate it may be helpful to include a [CONSORT](#) diagram to illustrate the design and conduct of the study.

Sample/Participants

Identify the sampling strategy/strategies used: random; stratified; convenience; purposive (state what purpose). For example, 'A convenience sample of Registered Nurses was recruited', 'A random sample of patients was recruited...'. Identify the inclusion and exclusion criteria. For example, 'The inclusion criteria were...', 'The exclusion criteria were...'. Explain how participants were recruited. Identify the size of the sample (and the population). Report the power analysis or sample size calculation, if appropriate; if not appropriate or not undertaken, provide another type of justification for the sample size.

Data collection

Use subheadings for different types of data collection techniques, if appropriate, e.g. questionnaires, assessments. For example, 'Data were collected using a questionnaire...', 'Individual assessments were conducted ...'. Pilot study – if done, what changes (if any) did this lead to for the main study? Identify the period of data collection (e.g. between November 2008 - June 2009); usually this should be no more than five years before submission of the paper.

Ethical considerations

Identify any particular ethical issues that were attached to this research. Provide a statement of ethics committee approval. Do not name the university or other institution from which ethics committee approval was obtained. State only that ethics committee approval was obtained from a university and/or whatever other organisation is relevant. Explain any other approvals obtained, for example, local site arrangements to meet research governance requirements. If, according to local regulations, no formal ethical scrutiny was required or undertaken, please state this.

Data analysis

Describe the techniques used to analyse the data, including computer software used, if appropriate. For example, 'SPSS version X was used to analyse the data. Analysis of variance techniques were used to test the hypotheses.' In the case that a paper contains statistical analyses, the guidance on the statistical aspects may be helpful.

Validity and reliability/Rigour

Provide types of and estimates for rigour of assessments and/or the psychometric properties of quantitative instruments. If translation has been required from the original language, please explain the procedures used to maintain validity of translated tools. If tools were developed for this study, describe the processes employed, including validity and reliability testing.

RESULTS

Start with a description of characteristics of sample. For example: 'The study participants ranged in age from X to Y years...' Always include age (range and mean) and gender distribution.

Present results explicitly for each study aim or research question or hypothesis. Indicate whether each hypothesis was supported or rejected.

Use subheadings as appropriate.

Use figures and tables as needed, but try to limit to no more than three or four tables and one or two figures. Each figure/table should be referred to in the text, but do not repeat in the text material which is set out in tables. Rather, identify key points in text, and refer readers to tables for detail. Tables/figures should be comprehensible without reference to the text, i.e. all abbreviations should be explained; all tests used identified, with provision of appropriate values.

DISCUSSION

Discussion must be in relation to the conceptual or theoretical framework and existing literature. Do previous research findings match or differ from yours?

Draw conclusions about what new knowledge has emerged from the study. For example, this new knowledge could contribute to new conceptualisations or question existing ones; it could lead to the development of tentative/substantive theories (or even hypotheses), it could advance/question existing theories or provide methodological insights, or it could provide data that could lead to

improvements in practice. What readers want to know is what your work adds to the existing topic.

End with study limitations including but not confined to sample representativeness and/or sample size and generalisability/external validity of the results.

CONCLUSION

Provide real conclusions, not just a summary/repetition of the findings.

Draw conclusions about the adequacy of the theory in relation to the data. Indicate whether the data supported or refuted the theory. Indicate whether the conceptual model was a useful and adequate guide for the study.

Identify implications/recommendations for practice/research/education/management as appropriate, and consistent with the limitations.

N-Catch

Instrument for gransking av dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal (EPJ)

En arbeidsgruppe bestående av fagutviklingssykepleiere i Oslo universitetssykehus (OUS) har gjennomført arbeidet i tilknytning til prosjektet: ”Forberedelse til fullelektronisk sykepleiedokumentasjon”. Prosjektet ble tildelt kr. 40.000 i fagutviklingsstipend fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) i 2009, og deler av dette stipendet er brukt til å oversette og utvikle instrumentet.

Arbeidsgruppen har bestått av Ann Elise Oppheim (Aker), Bente Tettum (Ullevål), Berit Haugan og Kristin Woldstad (Rikshospitalet). Prosjektet er ledet av prosjektleder og seniorforsker Jane Mikkelsen (IKT avd., OUS). En viktig ressurs i dette arbeidet har vært stipendiat Ann Kristin Rotegård (Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning).

Denne norske versjonen er oversatt og kulturelt tilpasset fra D-Catch - Audit method for Nursing Reports in the Patient Record (Paans et al 2009) som er en videreutvikling av CATCH-ING (Björvell 2002). D-Catch er validert i Nederland (Paans et al 2010 a, b). Den norske versjonen (N-Catch) er oversatt med en frem- og tilbakeoversettelse av D-Catch i tråd med anerkjente vitenskapelige kriterier (Polit, Beck 2008; Valeberg, Grønseth, Fagermoen 2009). N-Catch er kulturelt tilpasset norske forhold og er videreutviklet basert på ISO modellen for sykepleiediagnoser og sykepleietiltak (ISO FID 18104). Instrumentet er testet ut på tre tilfeldig utvalgte journaler fra de tre sykehusene ved OUS med tre ulike dokumentasjonssystemer (DocuLive, DocuLive med planmodul og DIPS). Instrumentet ble av granskerne opplevd som anvendelig. Det er utarbeidet en guide for bruk av instrumentet.

Referanser:

Björvell C. Nursing Documentation in Clinical Practice, instrument development and evaluation of a comprehensive intervention programme. Karolinska Institutet, Stockholm. 2002.

International Standards Organization Integration of a reference terminology model for nursing—FDIS, International Standards Organization, Geneva, Switzerland, 2003.

Paans W, Sermeus W, Nieweg R, Van Der Schans C. Development of a Measurement Instrument for Nursing Documentation in the Patient Record. Stud Health Technol Inform. 2009; 146: 297-300.

Paans W, Sermeus W, Nieweg R, Van Der Schans C. D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66 (6):1388-1400.

Paans W, Sermeus W, Nieweg R, Van Der Schans C. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*. Akseptert for publisering 2. Juli 2010.

Polit D.F., Beck C.T. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Valeberg B.T, Grønseth R., Fagermoen M.S. Utvikling og validering av spørreskjema. Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning. *Sykepleien forskning* 2009;3:206-213.

N-Catch

Instrument for gransking av dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal (EPJ)

Dato:

Sykehus:

Klinikk:

Avdeling:

Journalkode:

Nummer i SPSS:

Koden til granskeren:

Det er alltid en viss grad av subjektivitet ved gransking av pasientjournaler. Det er derfor viktig at granskingen gjennomføres av to forskjellige personer, uavhengig av hverandre. Fullfør skjemaet individuelt og sammenlign skårene etterpå for å oppnå konsensus skår.

1) Hvilke elementer av sykepleiejournalen foreligger?

3 poeng:

Journalen inneholder følgende 4 punkter:

1. **Personopplysninger** (Personopplysninger A1 DocuLive/Pasientopplysninger F5 DIPS)
 2. **Innkunst:** Status (pasientens helsetilstand) og opplysninger om anamnese i innkomstnotat sykepleie (DocuLive og DIPS) og kartleggingsnotat (DIPS)
 3. **Pleieplan** sykepleie/ Veiledende Pasientplan; sykepleie (VPS)/Behandlingsplan (elektronisk eller scannet)- heretter kalt *pleieplan*.
 4. **Resultater og evaluering:**
 - Vaktrapport sykepleie (DocuLive) eller sykepleienotat/evaluering (DIPS)- heretter kalt *vaktrapport*.
- OG**
- Utskrivningsnotat sykepleie (utskrivning fra sykehus) og/eller sykepleiesammenfatning ved ekstern overflytting (tilsvarer A5 i DocuLive) og/eller overflyttingsnotat ved intern overflytting.

2 poeng:

Journalen inneholder 3 av punktene som er nevnt ovenfor.

1 poeng:

Journalen inneholder 2 av punktene som er nevnt ovenfor.

0 poeng:

Journalen inneholder 1 av punktene som er nevnt ovenfor.

	3	2	1	0
Skår her:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skår her konsensuskår:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

2) Personopplysninger:

Foreligger det nøyaktig utfylte opplysninger i A1/F5?

2 poeng:

Ja

1 poeng:

Nei

0 poeng:

Mangler helt

	2	1	0
Skår her:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skår her konsensuskår:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentar:

3) Innkostnotat sykepleie (DocuLive/DIPS) og kartleggingsnotat (DIPS)

Kvantitet

3 poeng:

Anamnese, årsak til innleggelse og status er fullstendig nedtegnet.

2 poeng:

Anamnese, årsak til innleggelse og status er nedtegnet, men mangelfullt.

1 poeng:

Notatet inneholder to av elementene nevnt under 3 poeng.

0 poeng:

Notatet inneholder kun ett av elementene nevnt under 3 poeng.

	3	2	1	0
Skår her kvantitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvantitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

Kvalitet

3 poeng:

Notatet er tydelig og språklig korrekt. Inneholder all relevant informasjon og har ingen overflødig informasjon.

2 poeng:

Notatet er tydelig og språklig korrekt, men inneholder ikke all informasjon som er relevant.

1 poeng:

Notatet er tydelig, men ikke språklig korrekt og inneholder lite relevant informasjon.

0 poeng:

Notatet er mangelfullt, det er utydelig, ikke språklig korrekt og relevant informasjon mangler.

	3	2	1	0
Skår her kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

4) Inneholder pasientjournalen en pleieplan?

Ja Nei

Hvis nei, gå videre til spørsmål 7.

Hvis ja:

Elektronisk pleieplan Papirbasert- skannet

Er pleieplanen oppdatert? Ja Nei Delvis

Er den individualisert? Ja Nei

5) Pleieplan

Kvantitet

3 poeng:

Hver enkelt sykepleiediagnose (Problem- eller risiko- eller ressursdiagnose) har tilhørende mål og tiltak/forordninger.

2 poeng:

Minst 50 % av sykepleiediagnosene imøtekommer krav som ved 3 poeng.

1 poeng:

Under 50 % av sykepleiediagnosene imøtekommer krav som ved 3 poeng.

0 poeng:

Pleieplanen er ikke fullverdig.

	3	2	1	0
Skår her kvantitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvantitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer.....

Kvalitet

A. Sykepleiediagnose

3 poeng:

Hver enkelt sykepleiediagnose er entydig, relevant og korrekt formulert, og er datert og signert. Sykepleiefokus, vurdering, lokalisering og hvem sykepleiediagnosen(e) gjelder for (andre enn pasienten) er angitt.

2 poeng:

Minst 50 % av sykepleiediagnosene imøtekommer krav som ved 3 poeng.

1 poeng:

Under 50 % av sykepleiediagnosene imøtekommer krav som ved 3 poeng

0 poeng:

Sykepleiediagnosen(e) er verken entydig, relevant eller korrekt formulert, eller mangler helt.

	3	2	1	0
Skår her kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

B. Mål/forventet resultat

3 poeng:

Hvert mål/forventet resultat er målbart, realistisk, tidsangitt og står i forhold til sykepleiediagnosen. Målene beskriver en ønsket tilstand for pasienten;

- a) funksjonsevne/helsestatus, eller
- b) mestring av sykdom og helseproblemer, eller
- c) mestring av livsstilsforandringer og egenomsorg, eller
- d) opplevelse av velvære og tilfredshet.

2 poeng:

Minst 50 % av mål/forventet resultat imøtekommer krav som ved 3 poeng.

1 poeng:

Under 50 % av mål/forventet resultat imøtekommer krav som ved 3 poeng

0 poeng:

Ingen mål/forventet resultat imøtekommer krav som ved 3 poeng, eller målbeskrivelser mangler helt.

	3	2	1	0
Skår her kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

C. Tiltak/forordning

3 poeng:

Hvert enkelt tiltak/forordning er datert, tydelig, språklig korrekt og uten unødvendige ord. Tiltakene står i forhold til sykepleiediagnose og mål/forventet resultat og spesifiserer hva, hvordan, når, hvor, av hvem, samt pasientens og pårørende medvirkning.

2 poeng:

Minst 50 % av tiltak/forordninger imøtekommer krav som ved 3 poeng.

1 poeng:

Under 50 % av tiltak/forordninger imøtekommer krav som ved 3 poeng

0 poeng:

Tiltak/forordninger er verken entydig, relevant eller korrekt formulert, eller mangler helt.

	3	2	1	0
Skår her kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

6) Er pleieplanen lesbar?

Besvares kun hvis den papirbaserte og skannede pleieplanen er håndskrevet.

3 poeng:

Teksten er lesbar.

2 poeng:

Håndskriften tvinger leseren til å lese teksten om igjen, men enkelte deler av teksten er tydelig lesbar.

1 poeng:

Teksten er slurvete skrevet og generelt sett vanskelig å tyde.

0 poeng:

Mesteparten av teksten er ikke lesbar, og leseren må gjette seg til hva som er ment eller skrevet.

	3	2	1	0
Skår her:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skår her konsensuskår:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:.....

7) Vaktrapport

Kvantitet

3 poeng:

Vaktrapport er skrevet etter hver vakt.

2 poeng:

Vaktrapport er skrevet ved minst 50 % av vaktene.

1 poeng:

Vaktrapport er skrevet ved færre enn 50 % av vaktene.

0 poeng:

Vaktrapportene foreligger sporadisk.

	3	2	1	0
Skår her kvantitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvantitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:.....

Kvalitet

3 poeng:

Alle vaktrapportene er presise og språklig korrekte uten unødvendige ord. De beskriver kun vurderinger og endringer knyttet til om pasientens status er bedret eller forverret i forhold til eventuelt oppsatte mål.

2 poeng:

Minst 50 % av vaktrapportene imøtekommer beskrivelsen for 3 poeng.

1 poeng:

Færre enn 50 % av vaktrapportene er utført som beskrevet for 3 poeng.

0 poeng:

Ingen av vaktrapportene er beskrevet som for 3 poeng.

	3	2	1	0
Skår her kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

8) Utskrivningsnotat sykepleie (utskrivning fra sykehus) og/eller sykepleiesammenfatning (ekstern overflytting) og/eller overflyttingsnotat (intern overflytting)

Foreligger det et notat?

Ja

Nei

Velg aktuelt notat:

Utskrivningsnotat (også ved død)

Sykepleiesammenfatning (ekstern overflytting)

Overflyttingsnotat (intern overflytting)

Kvalitet

3 poeng:

Notatet er klart og språklig korrekt. Det inneholder relevant informasjon som er nødvendig for å forstå pasientens helsestatus ved utskrivning/overflytting. Evaluering av resultat kommer tydelig frem.

2 poeng:

Notatet er klart og språklig korrekt. Informasjon som er nødvendig for å forstå pasientens helsestatus ved utskrivning/overflytting og/eller evaluering av resultat kommer ikke tydelig frem.

1 poeng:

Notatet er uklart og språklig unøyaktig. Informasjon som er nødvendig for å forstå pasientens helsestatus ved utskriving/overflytting er mangelfullt. Evaluering av resultat kommer ikke tydelig frem.

0 poeng:

Notatet er uklart og språklig unøyaktig. Ingen relevant informasjon som er nødvendig knyttet til utskriving/overflytting foreligger.

	3	2	1	0
Skår her kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

Slutt på gransking

Guide for bruk av N-Catch

Innledning:

- Granskingen gjøres retrospektivt.
- Journalnotater kopieres og aidentifiseres. Hvert notat kodes og gis et nummer i SPSS.
- Notatene legges i samme rekkefølge i to eksemplarer. Hver journal får eget N-Catch skjema.
- Alle notatene skal foreligge i riktig mal for å gi skår. For eksempel hvis inntaknotat foreligger i vaktrapport mal, skal det ikke gis skår.
- Granskingen må inkludere hele oppholdet fra innskrivning til utskrivelse.

Forklaring til granskingsspørsmålene 4, 5, 7 og 8:

Det følger ingen forklaring til spørsmål 1, 2, 3 og 6.

4) Inneholder pasientjournalen en pleieplan?

Elektronisk pleieplan foreligger kun i DIPS på Aker og i DocuLive på Ullevål. På Rikshospitalet foreligger kun papirbasert pleieplan skannet inn i EPJ. Det er mulig papirbaserte pleieplaner som er skannet kan foreligge på Aker og Ullevål.

For å vurdere om pleieplanen er oppdatert må man sjekke følgende:

Er tiltakene vurdert i forhold til målene/ forventede resultater som er satt og viser endringer i pleieplanens mål, tiltak og/eller diagnoser på bakgrunn av oppdatert status (forverring? forbedring? mål oppnådd?). Dette finner du ved å sammenligne vaktrapporten med pleieplanen. Eks. Er tiltak justert eller seponert? Er målene justert/seponert? Er nye tiltak påført? Er diagnosen seponert, og viser statusbeskrivelsen at målet er nådd?

Er pleieplanen oppdatert i mindre enn 50 % av liggedøgnene gis skår delvis.

For å vurdere om aktuell pleieplan er individualisert gjelder følgende:

Skannede pleieplaner må både være datert og signert for å oppnå skår, men blir ikke automatisk individualisert. Det er ikke tilstrekkelig med kun datering av en pre- formulert

sykepleiediagnose fra en veiledende plan. Noen ganger vil en pre- formulert diagnose, spesielt en risikodiagnose med tilhørende mål og tiltak, være tilstrekkelig individualisert.

Dokumentasjonen for øvrig må understøtte at sykepleiediagnosen er relevant for den aktuelle pasient.

Tilpasningen viser seg ved en spesifisering av diagnosen, f.eks., når, i forhold til hvilke situasjoner, hvor er problemet, risikoen, vurdering av omfang eks. nekrotisk (vurdering) sår (fokus), ca. 5 cm i diameter (vurdering) på høyre fot (stedet = individualisert) som medfører problemer med å bevege foten (vurdering i dette tilfellet, hos denne pasienten).

5) Pleieplan

Fokus er et fenomen, et område som sykepleier har ansvar for og som vi retter vårt fokus på, eks. pasientens funksjoner, roller (eks. foreldrerollen), mestring og egne ressurser og/ eller begrensninger.

Med vurdering menes om fenomenet er et problem, en risiko eller en ressurs. Gradering; mild, moderat etc. Utstrekning; delvis, total. Alvorlighetsgrad og størrelse (eks. på et sår).

Med lokalisering menes det for eksempel hvor såret er. Lokalisering er ikke aktuelt i alle sykepleiediagnoser.

7) Vaktrapport

Vedrørende vaktrapport vil signering for uendret status gjelde som rapport.

8) Utskrivningsnotat sykepleie (utskrivning fra sykehus) og/eller sykepleiesammenfatning (ekstern overflytting) og/eller overflyttingsnotat (intern overflytting)

Kvantitet vurderes i form av ja/ nei på spørsmål om det foreligger et notat eller ikke.





Velg det notatet som foreligger. Hvis alle foreligger, velg det sist daterte.

Denne sida er ikkje lenger i bruk - ikkje legg inn

Gå til tilsvarande side på ny portal for [Helse Møre og Roms](#)

Startside > Forsking > Melding til personvernombod > Gransking av kvalitet av sykepleiedokumentasjon i psykiatrisk sykepleie ved DPS

Melding til personvernombod: Gransking av kvalitet av sykepleiedokumentasjon i psykiatrisk sykepleie ved DPS

 Nytt element |
  Rediger element |
  Slett element |
 Varsle meg |
  Versjonslogg

Namn på register/forskningsprosjekt	Gransking av kvalitet av sykepleiedokumentasjon i psykiatrisk sykepleie ved DPS
Meldars namn	Instefjord, Marit Helene
Avdeling	Vegsund Distriktpsykiatriske Senter
Mål med register/prosjekt	<p>Mastergradsprosjekt i kunnskapsbasert praksis ved Senter for Kunnskapsbasert Praksis, Høgskolen i Bergen.</p> <p>Formål: Gransking av kvalitet i sykepleiedokumentasjon i psykiatrisk sykepleie ved DPS.</p> <p>Det siste året har kvalitet i muntlig rapportering vært diskutert ved Vegsund DPS. Denne tar lang tid, og er lite spesifikk og målrettet. Det er derfor ønske om å gjøre noe med dette problemet. Muntlig rapportering bygger på skriftlig dokumentasjon, og det antas at svakheter i den skriftlige dokumentasjonen gjør det vanskelig å få tilstrekkelig oversikt når muntlig rapport skal gis.</p> <p>Som sykepleier har man juridisk plikt til å føre journal (Helsepersonelloven, 1999). I tillegg skal sykepleiedokumentasjon sikre kontinuitet i behandling. Forskning viser at kvalitet i sykepleiedokumentasjon generelt er dårlig (Saranto & Kinnunen, 2009; Maloney & Maggs, 1999). Dokumentasjon i psykiatrisk sykepleie er ofte deskriptiv og løserevet fra årsak til at pasienten er innlagt (Hamilton & Manias, 2006). Unøyaktig eller utilstrekkelig sykepleiedokumentasjon kan føre til misforståelser og mangel på kontinuitet, som igjen kan føre til dårligere sikkerhet for pasientene (Saranto & Kinnunen, 2009).</p> <p>Forsknings spørsmål: Kan audit ved bruk av et auditinstrument bidra til å identifisere forbedringsområder i sykepleiedokumentasjon i psykiatrisk sykepleie ved DPS?</p>
Kva type data skal du samle inn?	Anna
Gjer greie for kva andre typer data du skal samle inn	Jeg skal bruke data fra pasientjournal for å granske kvalitet i sykepleiedokumentasjon. Kvalitet i sykepleiedokumentasjon vil bli gransket mot kriterier i et auditinstrument, N-Catch, som er en norsk versjon av D-Catch som er utviklet i Nederland (Paans et al., 2010). Auditinstrumentet gransker kvalitet og kvantitet i sykepleiedokumentasjon i forhold til inntakstnotat, pleieplan,

	vaktrapport og utnotat/sykepleiesammenfatning/overflyttingsnotat. Granskingen vil være retrospektiv, og utvalget vil være et intervallutvalg for perioden 1. september til 1. desember 2010. En sykepleier ved DPS vil bidra i granskingen: Vi vil først skåre journalene i forhold til kriteriene i N-Catch hver for oss, for så å komme fram til konsensuskår.
Omfang: data om kor mange personar?	25
Planlagt oppstartstidspunkt	12.10.2011
Planlagt avslutning av register/prosjekt	16.05.2012
Korleis samlar du inn data?	Opplysningar frå journal/arkiv (retrospektivt)
Dersom annan datainnsamlingsmetode, forklar korleis	
Samtykke frå pasient/person?	Nei
Skal du bruke data om personar utan samtykkekompetanse?	Nei
Kriteriar for inkludering	Pasienter innlagt ved Vegsund DPS i perioden 1. september til 1. desember 2010.
Eksklusjonskriteriar for utvalet	Pasienter som ble innlagt før 1. september eller utskrevet etter 1. desember 2010. Dette fordi auditinstrumentet N-Catch er beregnet på gransking av sykepleiedokumentasjon fra innleggelse til utskriving.
Type informasjon som blir gitt til den registrerte	Ingen informasjon
Korleis blir opplysningane samle inn?	Journaldata
Kommentar til korleis opplysningane blir samla inn	Sekretær ved DPS foretar trekkingen av utvalget. Alle personidentifiserende opplysninger (navn, adresse, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn) samt signaturene til sykepleierne som har skrevet notatene fjernes. Det vil ikke opprettes register/koblingsnøkkel som kan knytte opplysninger til enkeltpersoner. Samtykke innhentes ikke, da det ikke er forhold ved pasientene eller deres helsetilstand som granskes, men måten sykepleierne dokumenterer sykepleie i EPJ. Hensynet til pasientenes velferd og integritet er ivaretatt ved at personopplysninger ikke benyttes i prosjektet. De ansatte ved Vegsund DPS informeres om prosjektet før oppstart.
Registrering og oppbevaring av datamaterialet	Opplysningane blir anonymisert
Oppbevaringsmeidum for datamaterialet	Manuelt/papir
Beskriv korleis datamaterialet er beskytta mot at uvedkomande får innsyn i opplysningane	Journalkopiene oppbevares i låsbart skap på et låst kontor ved Vegsund DPS. I tillegg til melder, er det kun sekretæren som foretar trekkingen og sykepleieren som bidrar i skåringen som skal ha befatning med journalkopiene. Ved prosjektslutt vil journalkopiene makuleres.
Meldingsstatus	Ferdig
Godkjeningsstatus	Godkjent

Versjon: 2.0

Opprettet 12.10.2011 11:24 av Instefjord, Marit Helene

Sist endret 12.10.2011 11:42 av Røyset, Bodil

Denne sida er ikkje lenger i bruk - Ikkje legg inn

Se til å svarende side på ny portal for sjå på dette og



Erstatte i Forsking i Melding til personvernombod - Gransking av kvalitet av sykepleiedokumentasjon i psykiatrisk sykepleie ved DPS

Melding til personvernombod: Gransking av kvalitet av sykepleiedokumentasjon i psykiatrisk sykepleie ved DPS

Til forsvarer |
 Følge saken |
 Sett journal |
 Vis alle |
 Verktøy

<p>Navn på register/konferanse/oppsett</p>	<p>Gransking av kvalitet av sykepleiedokumentasjon i psykiatrisk sykepleie ved DPS</p>
<p>System navn</p>	<p>System: Helsearena</p>
<p>Instans</p>	<p>Instans: DPS/PSYKIATRISK SYKEPLEIE</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>
<p>Opprettet av</p>	<p>Instansadministrasjon i Helsearena/PSYKIATRISK SYKEPLEIE ved DPS</p>

Dato: 26.08.11

Høyskolen i Bergen
Senter for Kunnskapsbasert praksis

5020 BERGEN

TILSLUTNING TIL MASTERPROSJEKTET TIL MARIT INSTEFJORD.

I forbindelse med sitt masterprosjekt ønsker Marit Insteffjord å gjøre en kvalitetsvurdering av sykepleiedokumentasjonen ved Vegsund DPS. Dette gjennom blant annet å granske pasientjournaler.

Sett fra Vegsund DPS sin side virker dette som et svært nyttig prosjekt og som vi gir vår hele og fulle støtte til.

Vi vil også stille til rådighet personale i forbindelse med utvelgelse og gjennomgang av journaler.

Vi imøteser med spenning resultatet av prosjektet.

Vegsund DPS



Bjørn Lars Molnes
Seksjonsleder

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF
Ålesund sjukehus
Vegsund DPS
6020 Ålesund

Search Journals My Workspace

▼ Search History (11 searches) (Click to close) View Saved

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Search Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	exp Nursing Records/	2796	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	2	exp Nursing Audit/	1757	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	3	exp Nursing Diagnosis/	1904	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	4	exp "Outcome and Process Assessment (Health Care)"/	549842	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	5	exp Patient Care Planning/	28069	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	6	exp Nursing Process/	50967	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	7	exp Psychiatric Nursing/	6613	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	8	1 and 2 and 5 and 6	56	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	9	1 and 3 and 4	36	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	10	2 and 3 and 4 and 6	6	Advanced	Display More >
<input type="checkbox"/>	11	7 and 8	1	Advanced	Display More >

Remove Selected Save Selected | Combine selections with:

Basic Search | Find Citation | Search Tools | Search Fields | Advanced Search | Multi-Field Search

1 Resource selected | [Hide](#) | [Change](#)

Ovid MEDLINE(R) without Revisions 1996 to Present with Daily Update

Enter keyword or phrase Keyword Author Title Journal

(* or \$ for truncation)

Search
Journals
My Workspace

▼ Search History (12 searches) *(Click to close)*
View Saved

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Search Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	exp Nursing Records/	5567	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	2	exp Nursing Audit/	2539	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	3	exp Nursing Diagnosis/	3722	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	4	exp Nursing Outcomes/	531	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	5	exp Nursing Care Plans/	537	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	6	exp Nursing Process/	37033	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	7	exp Psychiatric Nursing/	13924	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	8	1 and 5	89	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	9	1 and 3 and 4	18	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	10	1 and 2 and 5 and 6	13	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	11	1 and 7	129	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>
<input type="checkbox"/>	12	1 and 6 and 7	43	Advanced	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> Display More > </div>

Combine selections with:

[Basic Search](#)
[Find Citation](#)
[Search Tools](#)
[Search Fields](#)
[Advanced Search](#)
[Multi-Field Search](#)

1 Resource selected | [Hide](#) | [Change](#)

Ovid Nursing Database 1946 to May Week 1 2012



Searching: **CINAHL with Full Text** | Choose Databases >

Suggest Subject Terms

nursing records in TX All Text

AND Quality assurance in TX All Text

AND outcomes in TX All Text

AND nursing process in TX All Text

AND Psychiatric nursing in TX All Text

[Add Row](#) | [Remove Row](#)

Basic Search | [Advanced Search](#) | [Visual Search](#) | [Search History](#)

Relevance Sort | Page Options | Alert / Save / Share >

<<

15 Results for...

Refine your results

- Full Text
- References Available
- Abstract Available

1995 Date

Show More >

Source Types

- All Results
- Academic Journals
- Periodicals

Subject: Major Heading

1.



The Omaha System and quality measurement in academic nurse-managed centers: ten steps for implementation.

(includes abstract); Canham D; Mao C; Yoder M; Connolly P; Dietz E; Journal of **Nursing Education**, 2008 Mar; 47 (3): 105-10 (journal article - pictorial, review) ISSN: 0148-4834 PMID: 18380263
 Subjects: Data Collection, Computer Assisted; Documentation; Education, Nursing; Nurse-Managed Centers; Nursing Outcomes; Nursing Records; Omaha System; Quality Assurance; Quality of Nursing Care; Treatment Outcomes

Database: CINAHL with Full Text

Add to folder | Cited References: (19) | Times Cited in this Database: (1)

PDF Full Text (492.3KB)

2.



A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC terminology in electronic patient records.

(includes abstract); von Krogh G; Dale C; Naden D; Journal of **Nursing Scholarship**, 2005 3rd Quarter; 37 (3): 275-81 (journal article - research, tables/charts) ISSN: 1527-6546 PMID: 16235870
 Subjects: Computerized Patient Record; Conceptual Framework; Iowa Nursing Interventions Classification; Iowa Nursing Outcomes Classification; NANDA Nursing Diagnoses; Nursing Models, Theoretical

Database: CINAHL with Full Text

Add to folder | Cited References: (42) | Times Cited in this Database: (12)

PDF Full Text (99.5KB)

3.



Nursing diagnoses, interventions and outcomes -- application and impact on nursing practice: systematic review.

Muller-Staub M; Lavin MA; Needham I; van Acherberg T; Journal of **Advanced Nursing**, 2006 Dec; 56 (5): 514-31 (journal article - research, systematic review, tables/charts) ISSN: 0309-2402 PMID: 17078827

Subjects: Nursing Diagnosis; Nursing Interventions; Nursing Outcomes; Nursing Practice; Quality of Nursing Care

Database: CINAHL with Full Text

Add to folder | Cited References: (94) | Times Cited in this Database: (4)



Wiley Online Library home



THE COCHRANE LIBRARY
Independent high-quality evidence for health care decision making
from [The Cochrane Collaboration](#)

OTHER RESOURCES
Other Reviews Clinical Trials **Me**

COCHRANE REVIEWS

By Topic New Reviews Updated Reviews A-Z By Review Group

OTHER RESOURCES
Other Reviews Clinical Trials **Me**

Search Results

Show Results in:
Cochrane Reviews [3] | Other Reviews [0] | [Clinical Trials \[66\]](#) | [Methods Studies \[1\]](#) | [Technology Assessments \[0\]](#) | [Economic Evaluations \[0\]](#) | [Cochrane Groups \[0\]](#)

There are 3 results out of 6858 records for: "nursing records in Title, Abstract or Keywords and nursing care plans in Title, Abstract or Keywords in Cochrane Data

View: **1-3**

[Export All Results](#)

Record Information

[Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes](#)
Christine Urquhart, Rosemary Currell, Maria J Grant, Nicholas R Hardiker
January 2009
Review

[User-held personalised information for routine care of people with severe mental illness](#)
Claire Henderson, Richard Laugharne
May 2011
Review

[Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care](#)
Dinah J Gould, Donna Moralejo, Nicholas Drey, Jane H Chudleigh
August 2011
Review

[Select All \(to export citations\)](#)

[Export Selected Citations](#) [Export All Results](#)



THE COCHRANE LIBRARY

Independent high-quality evidence for health care decision making

from The Cochrane Collaboration

COCHRANE REVIEWS

By Topic | [New Reviews](#) | [Updated Reviews](#) | [A-Z](#) | [By Review Group](#)

OTHER RESOURCES

[Other Reviews](#) | [Clinic](#)

Search Results

Show Results in:

[Cochrane Reviews](#) [3] |

[Other Reviews](#) [0] |

[Clinical Trials](#) [66] |

[Methods Studies](#) [1] |

[Technology Assessments](#) [0] |

[Economic Evaluations](#) [0] | [Cochrane](#)

There are 1 results out of 14985 records for: "nursing records in Title, Abstract or Keywords and nursing care plans in Title, Abstract or Keywords in C

View: 1

[Export All Results](#)

Record Information



[Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review](#)

Saranto K, Kinnunen UM

2009

[Select All](#) (to export citations)

[Export Selected Citations](#)

[Export All Results](#)

Forfatter	År	Formål	Resultater	Metodiske styrker	Metodiske svakheter	Overførbarhet
Wang, Hailey & Yu (systematisk oversikt)	2011	Undersøke audit-tilnærninger, identifisere auditinstrumenter og beskrive kvalitet i sykepleie-dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"> - mangler i sykepleiedokumentasjon inkluderer mangelfull dokumentasjon av psykologiske og sosiale aspekt ved pleien, utilstrekkelig dokumentasjon av de ulike trinnene i sykepleieprosessen og mangel på spesifikke data knyttet til spesielle tilstander - flere ulike auditinstrumenter ble identifisert, fire av dem var mest brukt - audit fokuserte hovedsakelig på tre dimensjoner ved sykepleiedokumentasjon: format, prosess og innhold 	<ul style="list-style-type: none"> - 77 studier inkludert - både kvantitative og kvalitative studier - formål klart formulert - klare inklusjons- og eksklusjonskriterier - søk i sju relevante databaser - søkeord og tidsrom er oppgitt - har tatt hensyn til kvalitet når de har prioritert studier - narrativ syntese av data ble gjennomført - ulike metoder for ulike temaer: Innholdsanalyse - Fokus på struktur og prosess - Narrativ beskrivelse av resultatene 	<ul style="list-style-type: none"> - kvalitetsvurdering av inkluderte studier er ikke gjennomført (fordi dette ikke var relevant for oversikten) - mulighet for feilkilder er ikke vurdert - ingen effektestimat på resultatene 	<ul style="list-style-type: none"> - overførbart da de gransker sykepleie-dokumentasjon på generelt grunnlag, ikke knyttet til spesifikke settinger eller sykdommer
Saranto & Kinnunen (systematisk oversikt)	2009	Vurdere forskningsmetoder som benyttes i evaluering av sykepleie-dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"> - mest vanlige forskningsmetoder: intervju, spørreskjema og observasjon, vanligvis gjennomført av sykepleier - store variasjoner i utvalgsstørrelse - bruk av ulike auditinstrumenter forekom hyppig - ikke bevist at endringer i dokumentasjonssystem fører til endringer i praksis - mangel på standardisert sykepleiespråk fører til fragmentert og utilstrekkelig dokumentasjon - sykepleiedokumentasjon er utilstrekkelig og av dårlig kvalitet - til tross for innføring av strukturerte journalsystemer, er sykepleiedokumentasjon fortsatt delvis unøyaktig og utilstrekkelig - utilstrekkelig og unøyaktig sykepleiedokumentasjon representerer en fare for pasientsikkerhet og kontinuitet i behandling - journalene må være strukturert og systematisert for økt nøyaktighet av data - evaluering av dokumentasjon på en spesiell pasientgruppe og sykdom er avgjørende for å kunne ta effektive avgjørelser i sykepleiebehandling, og for sikkerhet, kontinuitet og kvalitet i behandlingen - undervisningsintervensjoner førte til forbedringer i sykepleiedokumentasjon 	<ul style="list-style-type: none"> - 41 studier inkludert (deriblant to systematiske oversikter) - formålet er klart formulert - bruker Cochrane Handbook - inkluderer både kvalitative og kvantitative studier - klare inklusjonskriterier - søkt i tre relevante databaser, tidsrom og søkeord er oppgitt - risiko for feil er gjort rede for: nevner mulighet for at sentrale studier er oversett, følger ikke hele prosessen i Cochrane Handbook - inkluderte studier var heterogene - innholdsanalyse identifiserte tre tema: sykepleiedokumentasjon pasientsentrert dokumentasjon og standardisert dokumentasjon 	<ul style="list-style-type: none"> - kun studier på engelsk er inkludert - ikke kvalitetsvurdering av inkluderte studier pga at virkningen av sykepleiedokumentasjon ikke var fokus for oversikten - ingen effektestimat (narrativ beskrivelse av funnene) 	<ul style="list-style-type: none"> - funnene i kategoriene sykepleie-dokumentasjon og standardisert dokumentasjon er direkte overførbare til egen praksis - pasientsentrert dokumentasjon: her er det hovedsakelig studier som tar for seg somatiske sykdommer, men mener at resultatene likevel kan være overførbare til psykiatrisk sykepleie

Forfatter	År	Formål	Resultater	Metodiske styrker	Metodiske svakheter	Overførbarhet
Müller-Staub, Lavin, Needham, van Achterberg (systematisk oversikt)	2006	Undersøker effekter av dokumentasjon på kvalitet av sykepleievurderinger, hyppighet, nøyaktighet og fullstendighet av sykepleiediagnoser, og sammenheng mellom sykepleiediagnoser, intervensjoner og utfall	<ul style="list-style-type: none"> - sykepleiediagnoser som ikke er nøyaktig beskrevet, blir kun "overskrifter" som ikke er tilstrekkelige for å fange opp pasientens behov - bruk av sykepleiediagnoser forbedret kvaliteten av <ul style="list-style-type: none"> • dokumenterte sykepleie-vurderinger av pasienten • Identifikasjon av vanlige sykepleiediagnoser • Sammenheng mellom sykepleiediagnoser, intervensjoner og utfall - undervisningsintervensjon kan føre til forbedringer i dokumentasjon av sykepleiediagnoser, intervensjoner og utfall 	<ul style="list-style-type: none"> - 36 studier er inkludert - formålet for oversikten er klart formulert -klare inklusjonskriterier -grundig søk i tre relevante databaser - søkeord og tidsperiode er oppgitt - ingen språkrestriksjoner - hånd søk etter europeiske studier for å unngå overvekt av studier fra USA (bias) - inkluderte studier er kvalitetsvurdert individuelt av to forskere, og studiene er gradert - god oversikt over inkluderte studier + resultater - dataanalyse: tematisk innholdsanalyse - resultater: oppgis i % 	<ul style="list-style-type: none"> - mulighet for feilkilder ikke grundig belyst (kun å unngå overvekt av studier fra USA) 	<ul style="list-style-type: none"> - kan overføres til psykiatrisk dokumentasjon da vi også benytter sykepleie-diagnoser, intervensjoner og utfall
Jefferies, Johnson, Griffiths (meta-studie)	2010	- Sammenstille all relevant informasjon om sykepleie-dokumentasjon - Presentere viktige aspekter vedrørende kvalitet i sykepleie-dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"> - sykepleiedokumentasjon skal være pasientsentrert - sykepleiedokumentasjon skal inneholde det sykepleieren faktisk gjør - sykepleiedokumentasjon skal reflektere de objektive, kliniske vurderingene til sykepleieren - sykepleiedokumentasjon skal presenteres på en logisk og kronologisk måte - sykepleiedokumentasjon bør skrives fortløpende - sykepleiedokumentasjon bør reflektere variasjoner i pleien - sykepleiedokumentasjon bør oppfylle legale krav 	<ul style="list-style-type: none"> - 28 artikler ble inkludert - både kvalitative og kvantitative - formålet klart formulert - søk i to relevante databaser - søkeord og tidsrom er oppgitt - Artikler som er ekskludert er oppgitt i tabell og årsak er angitt - kvalitetsvurdering av artiklene er gjennomført: dersom de ble vurdert til å være av god kvalitet, ble de vurdert på nytt med sjekkliste fra Joanna Briggs Institute, vurdering av to individuelle forskere - rapporterer svakheter ved meta-analysen - analyse: leste artiklene, kom fram til sju tema (konsensus) - resultater: narrativ oppsummering 	<ul style="list-style-type: none"> - inklusjons- og eksklusjonskriterier er ikke oppgitt, men det oppgis at inklusjon baseres på at de kunne svare på problemstillingen - mulighet for feilkilder i inkluderte studier er ikke vurdert - ingen effektestimater 	<ul style="list-style-type: none"> - resultatene kan overføres til min praksis - nyttig syntese av sentrale aspekter ved sykepleie-dokumentasjon

Forfatter	År	Formål	Resultater	Metodiske styrker	Metodiske svakheter	Overførbarhet
Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi (litteratur-oversikt)	2002	Oversikt over empirisk forskningslitteratur knyttet til individualisert pleie, metodologi og hvordan dette er i praksis	<ul style="list-style-type: none"> - individualisert pleie er viktig, spesielt ved langtidsbehandling og ved hyppige skifter i behandlingskontakt - pasientene forventer å bli behandlet individuelt, men opplever ofte å ikke bli det, for eksempel blir pleieplan laget uten at pasienter er delaktige - individualisert pleie medførte bl.a. kortere innleggelse, bedre overlevelse, bedre funksjonsevne - pårørende er i stand til og villig til å involveres i beslutninger ang pleie 	<ul style="list-style-type: none"> - 45 artikler inkludert - formålet er klart formulert - inklusjons- og eksklusjonskriterier er oppgitt - søkt i en relevant database (MEDLINE) - søkeord og tidsrom er oppgitt - analyse: konseptevaluering, delte opp i tema, og evaluerte artiklene på bakgrunn av dette - resultater narrativt oppsummert 	<ul style="list-style-type: none"> - inklusjonskriterier er ikke oppgitt - kvalitetsvurdering av inkluderte studier er ikke utført - mulighet for feilkilder ikke diskutert - ingen effekttestimat 	<ul style="list-style-type: none"> - kan overføres til psykiatrisk sykepleie-dokumentasjon: individualisert sykepleie er aktuelt her - bruk av pleieplan

http://www.raosoft.com/samplesize.html
 Sample Size Calculator by Raosoft

Sample size calculator

What margin of error can you accept?
5% is a common choice

%

What confidence level do you need?
Typical choices are 90%, 95%, or 99%

%

What is the population size?
if you don't know, use 20000

What is the response distribution?
Leave this as 50%

%

The margin of error is the amount of error that you can tolerate. If 90% of respondents answer yes, while 10% answer no, you may be able to tolerate a larger amount of error than if the respondents are split 50-50 or 45-55.

Lower margin of error requires a larger sample size.

The confidence level is the amount of uncertainty you can tolerate. Suppose that you have 20 yes-no questions in your survey. With a confidence level of 95%, you would expect that for one of the questions (1 in 20), the percentage of people who answer yes would be more than the margin of error away from the true answer. The true answer is the percentage you would get if you exhaustively interviewed everyone.

Higher confidence level requires a larger sample size.

How many people are there to choose your random sample from? The sample size doesn't change much for populations larger than 20,000.

For each question, what do you expect the results will be? If the sample is skewed highly one way or the other, the population probably is, too. If you don't know, use 50%, which gives the largest sample size. See below under **More information** if this is confusing.

This is the minimum recommended size of your survey. If you create a sample of this many people and get responses from everyone, you're more likely to get a correct answer than you would from a large sample where only a small percentage of the sample responds to your survey.

Your recommended sample size is