



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Sjukepleiarens ansvar i dokumentasjonsprosessen

Korleis kan sjukepleiaren kvalitetssikre sjukepleiedokumentasjon for å gje eit representativt bilete av helsehjelpa til den enkelte pasient innlagt i somatisk sjukehus?

Nurses responsibility in the documenting process

How can nurses provide documentation in a way that reflects a true image of the care given to patients?

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK 152

Avdeling for helsefag

02.06.2017

6957 ord

MATHIAS MUNDAL

Kandidatnummer 97

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel

Sjukepleiarens ansvar i dokumentasjonsprosessen

Bakgrunn

Til tross for gode retningslinjer og eit tydeleg lovverk omkring korleis dokumenteringa skal utformast og gjennomførast, har eg gjennom mine praksisperiodar i ulike helseføretak sett at det jamt over er utfordringar med kva kvar enkelt helsearbeider vektlegg i si dokumentering, og kor flinke sjukepleiarane er til å bruke dei ulike dokumentasjonsverktøya.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiaren kvalitetssikre sjukepleiedokumentasjon for å gje eit representativt bilete av helsehjelpa til den enkelte pasient innlagt i somatisk sjukehus?

Metode

Denne oppgåva er ei litteraturstudie. Eg valte litteraturstudie som metode då det allereie fins mykje forskning innanfor området som eg kunne bruke for å belyse og drøfte problemstillinga. I den prosessen har eg freista å samle inn data omkring mitt tema frå eit så vidt spekter av kjelder som mogleg.

Oppsummering

I denne oppgåva har eg sett på korleis sjukepleiaren kan kvalitetssikre sjukepleiedokumentasjonen slik at den gjev eit rett bilete av helsehjelpa og bidreg til pasientens sikkerheit. Eg har gjennom teori og forskning belyst kva faglege og juridiske krav som må liggje til grunn for dokumentasjonen og kva krav det vert stilt til kvar enkelt sjukepleiar i deira dokumentasjonsrolle og som talerøyr for pasientens medverking i prosessen.

Funn viser at sjukepleiaren står ovanfor ei utfordring med å tilpasse seg utviklinga inn i eit digitalisert helsevesen. Dette krev større ansvar for eigen kunnskap, haldningar og verdigrunnlag slik at det fremjar pasientens beste. Eit pasientretta fokus er kjernen i alle helseprosessar, også sjukepleiedokumentasjonen.

Nøkkelord

Sjukepleiedokumentasjon, ansvar, kvalitetssikring, pasientmedverknad

Innholdsfortegnelse

1	INNLEIING	1
1.1	GRUNNLAGET FOR SJUKEPLEIEDOKUMENTASJON SETT I EIT HISTORISK PERSPEKTIV.	1
1.2	BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA	2
1.3	PROBLEMSTILLING	2
1.4	AVGRENSING	2
2	METODE	4
2.1	METODISK TILNÆRMING OG ETISKE RETNINGSLINJER.....	4
2.2	FRAMGANGSMÅTE	4
2.3	KJELDE- OG METODEKRITIKK.....	5
3	TEORI	7
3.1	KVALITET OG KVALITETSSIKRING AV SJUKEPLEIEDOKUMENTASJON	7
3.1.1	<i>Juridiske krav</i>	7
3.1.2	<i>Faglege krav</i>	8
3.2	DOKUMENTASJONENS INNHOLD OG RAMMEVERK	9
3.3	SJUKEPLEIEPROSESSEN OG FASAR I DEN PROBLEMLØYSANDE METODEN.....	10
4	RESULTAT/FUNN	12
4.1	IMPACTS OF STRUCTURING NURSING RECORDS: A SYSTEMATIC REVIEW (SARANTO ET AL., 2014) 12	
4.2	PATIENT-FOCUSED NURSING DOCUMENTATION EXPRESSED BY NURSES (LAITINEN, KAUNONEN & ASTEDT-KURKI, 2010)	13
4.3	SJUKEPLEIEDOKUMENTASJON I EIT ELEKTRONISK SAMHANDLINGSPERSPEKTIV (NAUSTDAL & NETTELAND, 2012).	14
5	DRØFTING	15
5.1	SJUKEPLEIARENS KVALITETAR.....	15
5.1.1	<i>Kunnskap og utdanning</i>	15
5.1.2	<i>Haldningar og organisering</i>	16
5.1.3	<i>Tid</i>	16
5.1.4	<i>Sjukepleiarens medverknad</i>	18
5.2	NYTTIGE KOMPONENTAR I DOKUMENTASJONSPROSESSEN	18
5.2.1	<i>Bruk av ny teknologi</i>	19
5.2.2	<i>Ei pasientsentrert dokumentasjon</i>	19
5.2.3	<i>Den framtidige dokumentasjonsprosessen</i>	20
6	KONKLUSJON	21
7	BIBLIOGRAFI	22

1 Innleiing

Eit viktig ledd i all behandling i det norske helsevesenet er dokumentasjonen som vert gjort undervegs. Den skal sikre god kontinuitet i behandlinga, synleggjere kvaliteten på behandlinga som vert gjeven, samt sørge for at pasientens sikkerheit til ei kvar tid er vareteken (Vabo, 2014, s. 28). Gjennom lovverk, forskrifter og offentlege retningslinjer finn vi grunnlaget for korleis dokumenteringa skal utformast slik at den er av høgast mogleg kvalitet og vert eit så effektivt og lettfatta verktøy som mogleg (Vabo, 2014, s. 28). Leiinga i kvart enkelt føretak står fritt til å leggje føringar på korleis dokumenteringa skal sjå ut med formål å skapa eit best mogleg verktøy for systematisk styring, leiing, samt kontinuerleg moglegheit for forbetring av føretaket (Helsedirektoratet, 2017, s. 7-10).

1.1 Grunnlaget for sjukepleiedokumentasjon sett i eit historisk perspektiv.

Sjukepleiedokumentasjon har ei relativt kort historie, men har likevel vore ein integrert del av profesjonen sjukepleie sidan Florence Nightingale (1820-1910) var med å utforme den gjennom sitt arbeid. Ho meinte det var svært viktig å dokumentere det arbeidet som var gjort og hadde fokus på å føre statistikk ut i frå observasjonar ho gjorde av pasienten (Vabo, 2014, s. 13-14).

I norsk samanheng starta sjukepleiedokumentasjon med diakonissen Rikke Nissen (1834-1892), og ho gav i 1877 ut den første norske læreboka i sjukepleie; "Lærebog i Sygepleie for Diakonisser". Her understreker ho viktigheita av å dokumentere påliteleg på ein sann, korrekt og kortfatta måte, då nøyaktig observasjon og konkret overlevering av fakta er heilt vesentleg for kvaliteten på sjukepleia som vert ytt til pasienten (Nissen, 2000, s. 194).

Ei amerikansk studie ved Yale University School of Nursing i 1950-åra fokuserte på å få fram kva basiskunnskapar som var viktigast og kva prinsipp som måtte liggja til grunn for ein mest mogleg effektiv sjukepleie. Resultata frå denne studia danna grunnlaget for det vi i dag kallar sjukepleieprosessen og den problemløysande arbeidsmetoden. Med dette vaks det og fram eit behov for faglege, etiske og juridiske rammer til dokumentasjonen, noko som har utvikla seg til dei systema vi nyttar i dag (Vabo, 2014, s. 23-26). Sjukepleieprosessen er sjølv grunnlaget for korleis sjukepleiaren i dag utfører sin profesjon, og vert nærare beskrive seinare i oppgåva (Dahl & Skaug, 2011, s. 18 & Vabo, 2014, s. 20).

1.2 Bakgrunn for val av tema

Til tross for gode retningslinjer og eit tydeleg lovverk omkring korleis dokumenteringa skal utformast og gjennomførast, har eg gjennom mine praksisperiodar i ulike helseføretak sett at det jamt over er utfordringar med kva kvar enkelt helsearbeider vektlegg i si dokumentering, og kor flinke sjukepleiarane er til å bruke dei ulike dokumentasjonsverktøya. Dette meiner eg påverkar nytteeffekten vi kan ha av dokumentasjonen, og det går direkte utover pasienten. Som helsepersonell byggjer vi mykje av våre haldningar og vår pleie til pasienten på tidligare dokumentasjon. Derfor er det særskild viktig at denne er nøyaktig, korrekt og held høg kvalitet. Bakgrunn for val av tema er først og fremst at eg sjølv kan bevisstgjere meg omkring min eigen dokumentering i framtida.

1.3 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiaren kvalitetssikre sjukepleiedokumentasjon for å gje eit representativt bilete av helsehjelpa til den enkelte pasient innlagt i somatisk sjukehus?

1.4 Avgrensing

Mi erfaring omkring problemstillinga er ikkje knytt til ei bestemt pasientgruppe, men heller ei generell utfordring som vektlegg sjukepleiaren sitt faglege ansvarsområde og personlege perspektiv. Likevel for å ikkje gape over for mykje vil eg avgrense studiet mitt til å omhandle dokumentasjon gjort i somatisk sjukehus der pasientane har vore innlagt minst eitt døgn. Eg tenkjer dette har betydning for datasamlinga og evne til relasjonsbygging med pasienten samanlikna med poliklinisk behandling. Eg avgrensa litteratur- og forskingssøk til å gjelde vaksne over 18 år. Kommunikasjon med pasienten direkte er ei av dei viktigaste kjeldene til relevant informasjon omkring pasientens helsetilstand, og dermed også viktig for dokumenteringa (Vabo, 2014, s. 37). Derfor vel eg å avgrense oppgåva ytterlegare til å gjelde pasientar som er klare, orienterte og dermed tilfredsstillar kriteria lagt ved lov i Pasient- og brukarrettighetsloven (1999) kapittel 4 omkring samtykkekompetanse.

Når det gjeld omgrepet sjukepleiedokumentasjon inneheld det fleire former for dokumentering, både prosessorientert og fortløpande dokumentasjon (Dahl & Skaug, 2011, s. 20). Eg ynskjer å ta føre meg elektronisk pasientjournal, seinare i oppgåva forkorta til EPJ, eit digitalt dokumentasjonsverktøy utvikla i løpet av dei siste 10-15 åra som eit ledd i å digitalisere all dokumentasjon i helsesektoren

(Vabo, 2014, s. 25). Eg kjem til å konsentrere oppgåva ytterlegare omkring DIPS som er det verktøyet ein nyttar i norske somatiske sjukehusavdelingar.

Ordet kvalitetssikre er eit vidt omgrep, men gjennom det ynskjer eg å belyse moment og føresetnader som må vera til stades for at dokumentasjonen held ein slik standard at den gjev eit så rett bilete av helsehjelpa som mogleg.

I denne oppgåva skal eg først gjere greie for kva metode eg har brukt, vidare presentere relevant teori for å belyse problemstillinga. Deretter legg eg fram tre forskingsartiklar som eg meiner er relevant. Til slutt drøftar eg problemstillinga opp mot dei ulike teoriane og forskingsresultata.

2 Metode

Metode er ein systematisk framgangsmåte for å samle informasjon og kunnskap for å belyse ei problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Formålet med å nytte ein bestemt metode er at den vil gje oss gode data og belyse forskingsspørsmålet vårt på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2012, s. 111). Eg ynskjer gjennom dette kapittelet å vise korleis eg har gått fram i søkjeprosessen etter relevant litteratur knytt opp mot problemstillinga mi. Eg vil vidare belyse etiske retningslinjer for oppgåva samt diskutere utfordringar knytt til metoden og kjeldene eg har brukt.

2.1 Metodisk tilnærming og etiske retningslinjer

Eg har vald å gjennomføre eit litteraturstudium. Eit litteraturstudie handlar om å gjere vurderingar av allereie eksisterande skriftlege kjelder i form av kjeldekritikk (Dalland, 2012, s. 223). Eg valte litteraturstudie som metode då det allereie fins mykje forskning innanfor området som eg kunne bruke for å belyse og drøfte problemstillinga. I den prosessen har eg freista å samle inn data omkring mitt tema frå eit så vidt spekter av kjelder som mogleg, og har aktivt jobba for å nå til primærkjeldene. Det har og vore viktig å nytte nyaste utgåve av bøker, samt så ny forskning som mogleg for å sikre at eg baserer oppgåva mi på den aller mest oppdaterte informasjonen tilgjengeleg. Eg har henta informasjon og nytta litteratur frå pensum og andre fagbøker, lovverket, offentlege dokument samt forskingsartiklar.

Eg har utarbeida denne oppgåva med eigne ord men referert til kjelder på ein rett måte ut i frå skulens retningslinjer for akademisk oppgåveskriving. Vidare om eg skulle komma med eksempel i teksten basert på eigne erfaringar frå opplevde situasjonar, vil eg alltid passe på at alle partar er nødvendig anonymisert og unødig informasjon utelatt, for å ivareta dei yrkesetiske retningslinjer for utøving av sjukepleie. Alder, kjønn, tid og stad vil derfor alltid være oppdikta og i tilfeldig rekkefølge.

2.2 Framgangsmåte

Eg starta heile søkjeprosessen i søkemotoren "ORIA" på nettsida til Høgskulen på Vestlandet sitt Bibliotek. Her skreiv eg først inn "dokumentasjon i sykepleie". Dette gav meg ein del faglitteratur å velje i. Vidare søkte eg "kvalitetssikring i sjukepleiedokumentasjon" som opna opp for fleire norske artiklar, i tillegg til faglitteratur.

Deretter gjennomførte eg fleire søk i ulike databasar, men konsentrerte meg hovudsakleg om å søkje i Academic Search Elite + CINAHL w/ full text + MEDLINE. Først nytta eg enkeltord og synonymord eg såg på som relevante. "Documentation in nursing" pluss "challenges", "barriers", "difficulties", "issues", "problems", "limitations" og til slutt "patient care". Etter å ha søkt på kvart ord individuelt, kombinerte eg synonymord og søkte desse i lag ved bruk av "OR". Til slutt la eg saman ordgruppene med å bruke "AND" i søkemotoren. Dette gav meg ein god del treff og eg valde difor å definere søket til å gjelde forskning nyare enn 10 år, samt artiklar skrivne på engelsk og forskning utført på vaksne over 18 år. I søket etter artiklar for å finne ut kor relevante dei var til mi studie var det naturleg at overskriftene fanga mi interesse først. Deretter las eg "abstract" som er eit samandrag av artikkelen. Om dette gav relevans har eg gått ytterlegare inn i artikkelen og studert "aim", "findings/results" og "conclusion", som gav spesifikk informasjon om kva formålet med studien var, kva funn dei gjorde seg, og kva studien konkluderte med.

Eg gjennomførte også søk etter forskning på nettstaden sykepleien.no. Her brukte eg søkeord som "kvalitetssikring", "dokumentasjon", "sjukepleiedokumentasjon" og "elektronisk pasientjournal". Eg såg vidare etter artiklar med grøn fargekode og kvalitetssikringa "fagfelleverdert forskning". Dette gav meg relevante norske artiklar. Eg nytta Google.com til å søke opp kjelder referert til i artiklane som eg fann interessante.

2.3 Kjelde- og metodekritikk

Ettersom eg har lykkast å finne primærkjeldene i mange tilfelle ser eg på dette som ein styrke for oppgåva mi at eg kan referere til opphavet for den gjeldande informasjonen. Når det er sagt er mange av primærkjeldene skrivne på engelsk, og eg kan då stå i fare for å ha mistolka eller oversett viktige poeng i teksta.

Mykje av funna eg har vektlagt i oppgåva mi er henta frå forskning gjort i andre land, under andre tilhøve enn dei vi har i Noreg og i ein annan kultur. Likevel er hovudtyngda av den forskinga eg byggjer oppgåva på henta frå Skandinavia, og eg meiner likskapen mellom Noreg og våre næraste naboland er så stor at funna er relevante.

Den eine artikkelen eg har vald å ta med er ein "review" artikkel som betyr at den baserer sine funn på mange andre forskingsartiklar. Den trekkjer ut og summerer funn som viser likskap i utfordringar omkring dokumentasjon i helsetenesta i mange land og på fleire kontinent. Det meiner eg ytterleg kan styrke mi oppgåve då slik forskning trekk opp hovudlinjer som kan fortelje oss at helsetenestane og menneska som er involverte ikkje er så ulike, og at ein stort sett opplever dei same utfordringane på tvers av landegrensar. Det negative med slik type forskning er at det vert vanskeleg å spore all informasjon tilbake til primærkjelda då det vert så mange kjelder å forholde seg til at omfanget av denne oppgåva ikkje gjev rom for det.

3 Teori

I dette kapitlet vil eg presentere teori knytt til problemstillinga mi. Eg kjem til å ta føre meg omgrepa kvalitet og kvalitetssikring for å belyse kva standard og krav sjukepleiaren skal leggje til grunn i sin dokumentasjon. Vidare vil eg belyse den standarden sjukepleiaren skal nytte i dokumentasjonens innhald og rammeverk. Til slutt definerer eg korleis dokumentasjonsprosessen ser ut i det somatiske sjukehus i dag.

3.1 Kvalitet og kvalitetssikring av sjukepleiedokumentasjon

Omgrepet kvalitet vert av Helsedirektoratet i strategiplanen "...og bedre skal det bli!" (2005, s. 11) definert etter norsk standard som "i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav". Dette betyr for sosial- og helsesektoren at tenestene dei leverer er verknadsfulle, trygge og sikre, samordna og prega av kontinuitet, viser god ressursutnytting, er tilgjengelege og rettferdig fordelte, samt at dei involverer brukaren og gjev han innflytelse (Helsedirektoratet, 2005, s. 21-25).

3.1.1 Juridiske krav

Helselovgjevinga i Noreg stiller store krav til helsepersonell om kunnskap og forståing. Dette er svært viktige krav for å sikre pasientens lovmessige rett til helsetenester og det er dermed avgjerande at helsepersonell har innsikt i lover og forskrifter (Vabo, 2014, s. 47).

Helsepersonelloven (1999) gjev oss formelle krav og retningslinjer for både behandling, registrering og lagring av helseopplysningar (Vabo, 2014, s. 48). Lovas formål er å bidra til sikkerheit for pasienten og kvalitetssikre helse og omsorgstenesta som vert ytt. I kapittel 8 understreker den sjukepleiarens dokumentasjonsplikt, krav til innhald og plikt til å gje pasienten innsyn i eigen journal (Helsepersonelloven, 1999).

Pasientjournalloven (2014) har som formål å ivareta at behandling av helseopplysningar skjer på ein rask og effektiv måte og sikre pasientens personvern, pasientsikkerheit samt rett til informasjon og medverknad (Pasientjournalloven, 2014).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) definerer pasientens posisjon og har som formål å sikre likt helsetilbod for alle, samt sørge for at hjelpa er av god kvalitet. I tillegg skal lova sikre tillit mellom pasient og helseføretaka samtidig som den skal fremje pasientens sosiale tryggleik og sikre respekt for pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Kapittel 1, del 3 gjev oss tydelege definisjonar som er til stor nytte i tolkinga av lova, spesielt to punkt er relevante for mi problemstilling.

- a. Pasient betyr ein person som søker helsehjelp sjølv, vert tilbydd eller gjeve nødvendig helsehjelp av helse- og omsorgstenesta.
- c. Dette punktet definerer helsehjelp som handlingar som har førebyggjande, diagnostisk, behandlande, helsebevarande, rehabiliterande eller pleie- og omsorgsformål, og som er utførte av helsepersonell.

(Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) opplyser vidare i kapittel 3 om pasientens rett til medverknad i gjennomføring av eigen helseteneste, samt gjennom kapittel 5 retten til innsyn i eigen journal.

3.1.2 Faglege krav

For lettare å kunne forstå kva regelverket seier og korleis bruke det i konkrete situasjonar, vert det utarbeida ulike rundskriv, retningslinjer og vegleiarar knytt til ulike regelverk i helsetenesta (Vabo, 2014, s. 47). Helse- og omsorgsdepartementet og helsedirektoratet er overordna instansar som sikrar ny utvikling og fornying i håp om å stadig kunne tilby ei betre helseteneste for pasienten og eit enklare rammeverk for sjukepleiaren å arbeide ut i frå (Vabo, 2014, s. 47). Fleire relevante rundskriv, retningslinjer og vegleiarar vert presentert vidare i dette kapitlet.

Norsk Sjukepleiarforbund sine yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (2016) set standarden for korleis profesjonen sjukepleie skal utøvast, og grunnlaget skal være respekten for det enkelte menneske sitt liv og verdigheit. Dette skal sjukepleiaren ivareta gjennom å sikre fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp, i tillegg til at dei skal sikre pasientens rett til å bestemme sjølv og medverke i eigen behandling (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Norsk Sjukepleiarforbund har og gjeve ut eigne anbefalingar og retningslinjer omkring sjukepleiedokumentasjon. Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ (2017, s. 2) har som intensjon å støtte sjukepleiaren i dagleg arbeid med klinisk dokumentasjon av sjukepleie og skal gje kunnskap om korleis ivareta god sjukepleiedokumentasjon, kva lovverk og standardar som er gjeldande, viktigheita av at dokumentasjonen er nedfelt i planverk samt forankra i leiinga og nasjonale trendar og strategiar med tanke på informasjonsdeling. Fleire av desse punkta vert ytterlegare presisert seinare i dette kapitlet.

3.2 Dokumentasjonens innhald og rammeverk

Dokumentasjon av sjukepleie har som formål å dekkje 6 punkt (Dahl & Skaug, 2011, s. 21 & Vabo, 2014, s. 28-44):

- Sørge for at pasientens sikkerheit er varetaken.
- Sikre kvalitet og kontinuitet i tenesta som vert ytt.
- Bidra til samhandling og være eit kommunikasjonsmiddel mellom helsearbeidar, pasient og pårørande.
- Synleggjere fagleg ansvar.
- Skape eit grunnlag for vidare ressursstyring og leiing.
- Væra eit utgangspunkt for ny forskning og undervising i sjukepleiefaget.

I pasientjournalen skal opplysingar om pasienten og hans tilstand dokumenterast. I tillegg skal det komme fram av journalen kva sjukepleie som er planlagt, kva som er gjennomført og ikkje minst kva effekt den gjevne sjukepleia har hatt. Dokumentasjonen skal og definere klare mål som skal hjelpe pasienten mot betre helse og velvære.

All denne informasjonen gjer helsehjelpa målbar. Målbarheit er eit viktig nøkkelord og gjer dokumentasjonen meir brukande i forhold til vidare nyttegjering. Aktuelle observasjonar og tiltak vert enklare å fylgje opp vidare, samtidig som det gjev eit grunnlag for etterprøving av den hjelpen som er gjeve (Dahl & Skaug, 2011, s. 48). I eit komplekst og samansett helsevesen med mange involverte og stor utskifting i dei som yter helsehjelpa, er grundig, rett og oppdatert dokumentering heilt avgjerande for å ivareta pasientens sikkerheit og ikkje minst sikre god kvalitet og kontinuitet i pleietilbodet (Dahl & Skaug, 2011, s. 21 & Vabo, 2014, s. 29).

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 (1999) er heilt tydeleg på at pasienten skal være medverkande i planlegging av eigen helsehjelp. Dette er sjølve grunnlaget for god kommunikasjon mellom pasient, pårørande og helseytar (Dahl & Skaug, 2011, s. 21 & Vabo, 2014, s. 37).

Pasientens medverknad betyr at det er pasientens ståstad og opplevde behov som må være utgangspunkt for sjukepleiarens undervising og vegleiing i konkrete situasjonar (Kristoffersen, 2011, s. 346).

For at dokumentasjonen kan auke samhandlinga mellom helsepersonell og etatar som yter helsetenestar er det viktig at den er skriven med eit språk som alt helsepersonell forstår og at alle samarbeidande har tilgang (Dahl & Skaug, 2011, s. 21).

For å synleggjere det faglege ansvaret er det viktig at dokumentasjonen er kunnskapsbasert. Det vil seie at det som vert dokumentert reflekterer systematisk kunnskap frå forskning og tidlegare utviklingsarbeid, og ikkje minst baserer seg på erfaringar som sjukepleiaren og pasienten sjølv har gjort seg (Dahl & Skaug, 2011, s. 22). Dokumentasjonen skal og synleggjere pasientens behov og krav til ressursar for å få dekt desse. Det gjev grunnlaget for leiing av avdelingane der ein gjennom dokumentasjonen belyser kva ressursbehov ein har og fordeler deretter (Dahl & Skaug, 2011, s. 22).

3.3 Sjukepleieprosessen og fasar i den problemløysande metoden

Omgrepet problemløysing handlar om at ein står ovanfor noko uønskt, anten tankemessig eller konkret, som ein ynskjer å ta kontroll over og kvitte seg med (Dahl & Skaug, 2011, s. 22). Den problemløysande metoden er ein systematisk handlingsmåte der kvar fase byggjer logisk på den førre og der fasane overlappar og gjensidig påverkar kvarandre (Dahl & Skaug, 2011, s. 22). Sjukepleieprosessen består av 5 fasar (Dahl & Skaug, 2011, s. 22 & Vabo, 2014, s. 79):

1. Datasamling. Ein innhentar opplysingar og kartlegg ressursar, behov eller problem.
2. Problemidentifisering. Kva består den uønskete situasjonen av, og kva problem eller behov vert definert i forhold til behandling.
3. Målidentifisering. Definerer mål for behandlinga og klargjer kva pasienten ynskjer eventuelt har moglegheit til å oppnå.
4. Gjennomføring av sjukepleiehandlingar. Iverksetting av tiltak med omsyn til behandlinga som kan endre den uønskete situasjonen og bidra til at måla vert nådde.
5. Evaluering. Ei fase der ein vurderer om handlingane har effekt, bidreg i retning mot ynskja målsetting og om ein då skal fortsette, eventuelt avslutte tiltaka basert på dette.

Når ein har gått gjennom alle fasane startar ein på nytt i første fase i eit sirkulærande mønster. Men basert på tidlegare gjennomgang, har ein opparbeida seg erfaringar og sit med opplysingar som gjev sjukepleiaren eit betre utgangspunkt for vidare problemløysing. Metoden utgjer dermed ikkje berre ein sirkulær informasjonsstraum, men og ein spiral der ein stadig når eit breiare og høgare grunnlag for å forstå pasienten og den aktuelle situasjonen (Dahl & Skaug, 2011, s. 23).

For å lettare synleggjere sjukepleieprosessen i praksis har det vorte utvikla mange klassifikasjonssystem ein kan nytte i dokumentasjonsprosessen. Dette er verktøy der ein kan nytte seg av ferdige beskrivingar av sjukepleiediagnosar, mål og tiltak (Vabo, 2014, s. 160).

DIPS er det EPJ- systemet vi nyttar i dei fleste norske sjukehus. I dette systemet er det integrert to klassifikasjonssystem, NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) og NIC (Nursing Intervention Classification) (Vabo, 2014, s. 161). Desse to klassifikasjonssystema vert ytterlegare presentert gjennom forskingsfunn i neste kapittel.

4 Resultat/funn

I dette kapitlet presenterer eg forskingsartiklar eg meiner er relevant for problemstillinga. Eg presenterer tre artiklar. Den første er ein review artikkel, dei to neste presenterer direkte forskning, der den siste er ei norsk studie.

4.1 Impacts of structuring nursing records: a systematic review (Saranto et al., 2014)

Formålet med denne systematiske gjennomgangen av andre studie var å sjå på korleis nyttegjering av ulike datastruktureringsmetodar er med å fremje sjukepleiarens dokumentasjon. Artikkelen er publisert i "Scandinavian Journal of Caring Sciences". Dei presenterer ulike verktøy for strukturering av dokumentasjon som vert nytta i ulike land. Studia ser på effekten bruken av desse verktøya har for dokumentasjonsprosessen gjennom ei analyse av kvart enkelt verktøy, og klassifiserer funna i kategoriane positive eller uføresette (Saranto et al., 2014, s. 635).

Spesielt relevant er resultata studia viser omkring effekten av å nytte NANDA-I og NIC i dokumentasjonsstrukturen, sett opp i mot bruken av desse i norske sjukehus. Eg vel derfor å trekkje fram funn som spesielt er knytt til desse.

NANDA er eit kodeverk for sjukepleiediagnosar og dekkjer kunn diagnostiseringsdelen av sjukepleieprosessen (Vabo, 2014, s. 162). Fokuset er på fenomen som er knytt til pasienten og pasientens problem der ein nyttar ulike omgrep som beskriv aktuelle og potensielle helseproblem. NIC er basert på intervensjonar. Vabo (2014, s. 163) definerer intervensjonar som "aktiviteter sykepleieren foretrekker å bruke for å assistere klienten/pasientens respons i forhold til å bevege seg mot et ønsket mål.

Nøkkelfunn i artiklar som omhandlar bruk av NANDA og NIC er auka informasjonskvalitet, positiv innverknad på sjukepleieprosessen, kvalitetssikring av pasientbehandling og dokumentasjon av pleia, brukarvennlegheit og systemkvalitet, positiv effekt på produktivitet og tidssparing, samt kostnadseffektivitet og servisekvalitet i helsetenesta (Saranto et al., 2014, s. 638-640).

Vidare vert det beskrive omkring påverkningsgraden NANDA og NIC har på den kliniske sjukepleieprosessen og pasientsikkerheita: "Significant improvement in formulating nursing diagnostic labels, in identifying signs/symptoms and correct aetiologies. Significant increase in naming and planning concrete, clearly named nursing interventions, showing what intervention will be done, how, how often and who does the intervention" (Saranto et al., 2014, s. 639).

4.2 Patient-focused nursing documentation expressed by nurses (Laitinen, Kaunonen & Astedt-Kurki, 2010)

Formålet med denne studien var å sjå på korleis sjukepleiarar uttrykk seg og kva synsvinkel dei nyttar i sin dokumentasjon av pleie til pasientar gjennom eit elektronisk journalsystem. Interessa var konsentrert til ord og setningar, og ikkje til struktur og dokumentasjonsprosess (Laitinen et al., 2010, s. 490). Studien vart utført på dokumentasjon skriva av sjukepleiarar i somatisk sjukehus og artikkelen er publisert i "Journal of Clinical Nursing". Basert på funna kunne ein kategorisere dokumentasjonen i tre kategoriar;

"Patient's voice" handlar om ein skrivemåte som får fram pasientens egne ressursar og bidreg til å synleggjere at pasienten sjølv er medverkande i eigen behandling (Laitinen et al., 2010, s. 492). Eksempelvis fann ein tilfelle av dokumentasjon som viste at pasienten var den som fekk ta siste avgjersla gjennom at sjukepleiar dokumenterer å ha informert pasienten om ulike behandlingstilbod for så å la pasienten sjølv velje mellom dei; "Patient got information about the frozen-gel cap, does not want to try it" (Laitinen et al., 2010, s. 493). Vidare synleggjorde bruk av ord som "trur" og "tenkjer" i dokumentasjonen at pasienten er gjeve eit ansvar for eige utfall av motteke behandling; "Patient thinks she will get along at home with her husband and guide dog, so she will be discharged tomorrow" (Laitinen et al., 2010, s. 493).

"Nurse's view" omhandla dokumentasjon der det vert synleggjort at det er sjukepleiarens egne synspunkt og perspektiv som er i fokus framfor pasientens (Laitinen et al., 2010, s. 493). Ofte kunne ein sjå ei subjektiv beskriving av pasientens oppførsel og handlingar dokumentert på ein måte som beskriv korleis sjukepleiaren opplever situasjonen.

Det viste seg at mange sjukepleiarar ofte la til ei eigen forklaring for pasientens handlingar, noko som ytterlegare synleggjer sjukepleiarens subjektive oppfatning og avstand til situasjonen; "Paced back and forth in the corridor. Is nervous about the operation" (Laitinen et al., 2010, s. 493). Det var og svært vanleg at sjukepleiarar gav pasientane karakteristikkar basert på deira egne observasjonar, som kunne ha både positive, nøytrale eller negative menningar, men som uansett gav pasienten ein merkelapp og eit stempel (Laitinen et al., 2010, s. 493).

"Mutual view in patient-nurse relationship" er nemninga på dokumentasjon som viser at det har vore ein dialog mellom pasient og sjukepleiar der ein har komme fram til pasientens behandlingstilbod i fellesskap (Laitinen et al., 2010, s. 494). Ofte såg ein dette gjennom dokumentering av avtalar gjort mellom sjukepleiar og pasient; "Agreement made that patient will call the ward immediately if

doesn't manage at home" (Laitinen et al., 2010, s. 494). Dokumentasjonen kunne også belyse at det hadde vore eit godt samarbeid mellom pasient og sjukepleiar. Dette gjennom skildringar av informasjonsutveksling samt at sjukepleiar gav praktisk opplæring som involverte pasienten i eigen behandling; "Stoma bag emptied by guiding patient verbally. Will try to empty it himself next time needed" (Laitinen et al., 2010, s. 494).

4.3 Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv (Naustdal & Netteland, 2012).

Denne kvalitative studia tek føre seg bruk av elektronisk pasientjournal i to norske sjukehus samt to kommunale pleie- og omsorgstenester. Studia ynskjer å sjå på korleis sjukepleiarane dokumenterer pasientane sitt pleie og behandlingsbehov i elektronisk pasientjournal, korleis dokumentasjonen støtter ulike samarbeidspartar sitt behov for informasjon og belyse utfordringar vi står ovanfor når all skriftleg samhandling vert elektronisk.

"Denne studien dokumenterer at intern sjukepleiedokumentasjon i delar av landet framleis vert skriven i kronologisk rekkefølge med fritekst, utan å ta omsyn til at standardisert dokumentasjon kan bidra til auka kvalitet og gje eit betre utgangspunkt for elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivå" (Naustdal & Netteland, 2012, s. 276). "Nokre sjukepleiarar skulda på liten tid til dokumentasjon, andre på manglande avdelingskultur for bruk av standardisert dokumentasjon" (Naustdal & Netteland, 2012, s. 273). Det kom og fram at fortløpande kronologisk rapport og mangel på sjukepleieplanar gjorde det uoversiktleg og vanskeleg å få tak i viktige pasientopplysningar; "Det kan være ting vi gløymer sidan det ikkje står i behandlingsplanen. Ein må nemleg lese gjennom fleire dagsrapportar for å få tak i det" (Naustdal & Netteland, 2012, s. 274).

Det kom fram at mykje av den skriftlege dokumentasjonen vart gjort rett før vaktskiftet, dette til tross for at mobil teknologi var tilgjengeleg som berbare PC'ar og Ipad. "Det er ikkje tradisjon for å bruke data inne på pasientromma" (Naustdal & Netteland, 2012, s. 273).

5 Drøfting

Eg ynskjer i dette kapittelet å samle funna gjort i litteratur og forskning, for så å drøfte desse i lys av problemstillinga mi. Først ynskjer eg å belyse sjukepleiarens personlege kvalitetar for så å sjå nærare på kva verktøy i dokumentasjonsprosessen ein kan nytte seg av.

5.1 Sjukepleiarens kvalitetar

Problemløysing kan beskrivast som ein gjensidig påverknad mellom problemløysaren og problemsituasjonen. Gjer ein dette om til praktisk realitet betyr det at sjukepleiarens verdiar, haldningar, ferdigheiter og ikkje minst kunnskap påverkar resultatet av problemløysinga anten ein vil det eller ikkje, både bevisst og ubevisst (Dahl & Skaug, 2011, s. 24). For å belyse korleis sjukepleieren skal kunne dokumentere på ein best og mest sannferdig mogleg måte, kan det vera nyttig å ta utgangspunkt i desse kvalitetane.

5.1.1 Kunnskap og utdanning

Norsk sjukepleiarforbund sine yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (2016) presiserer at sjukepleieren sjølv har eit fagleg, etisk og personleg ansvar i si eige utøving og vurdering av sjukepleiehandlingar. For å få dette til er det avgjerande og heilt nødvendig at sjukepleiarar innhentar seg nødvendig kunnskap om kva krav helsetenesta stiller både fagleg og juridisk. Kunnskap er dermed eit nøkkelord og medverkande til sjukepleiarens kompetansenivå. Dette vert bekrefta gjennom forskning som konkluderer med at kunnskapsnivået til sjukepleieren har direkte samanheng med kor effektivt og nyttig ein klarar bruke dokumentasjonsverktøya. Til dømes seier Saranto et al. (2014, s.643) at haldningane til sjukepleiarane omkring standardisering av EPJ er grunnleggjande positive, men at dei treng meir utdanning og støtte frå leiinga for å lære seg å bruke verktøya i praksis. Det same bekreftar Naustdal & Netteland (2012, s. 276) i sitt studie. Dei peikar og på at det bør bli sett større fokus på IKT-bruk i sjukepleieutdanninga for slik å auka kompetansenivået (Naustdal & Netteland, 2012, s. 275).

Til tross for auka kompetanse blant sjukepleiarar viser Naustdal & Netteland (2012, s. 273) vidare at dette ikkje nødvendigvis vil løyse problematikken heilt og fullt, men at andre faktorar også spelar ei rolle. Dei avdekkja at berre tre avdelingar fordelt på to sjukehus skreiv sjukepleieplanar og sjukepleieprosessen vart lite brukt som mal for dokumentasjonen. Når Saranto et al. (2014, s. 638-640) så tydeleg kan fastslå at aktiv bruk av standardiserte dokumentasjonsverktøy grunnlagt i sjukepleieprosessen vil ha stor betydning for kvaliteten på dokumentasjonen, ser vi at dette ikkje er

tilstrekkeleg. Naustdal & Netteland (2012, s. 274) seier og at mangelfull dokumentasjon gjer både gjenbruk av data og produksjon av inn- og utskrivingsrapportar vanskeleg. Dette påverkar kvaliteten på informasjon som skal overførast og dermed påverkar det kvaliteten på samhandlinga mellom pleie- og omsorgsinstitusjonane (Naustdal & Netteland, 2012, s. 274). Helse- og omsorgsdepartementet (St.meld. nr. 45 (2008-2009, s. 13)) seier at dårleg koordinerte tenester betyr dårleg og lite effektiv ressursbruk. Som ein ytterste konsekvens kan det også utgjere ei fare for pasientsikkerheita, då viktig og relevant informasjon kan gå tapt eller mistolkast undervegs (Naustdal & Netteland, 2012, s. 274).

5.1.2 Haldningar og organisering

Sjukepleiarar i studia skulda på liten tid til dokumentasjon og manglande avdelingskultur for å gjere god dokumentasjon og sjukepleiarar som hadde prøvd å skrive sjukepleieplanar sa dei mista motivasjonen for dette når dei såg at planande verken vart lest eller fylgd opp vidare av andre sjukepleiarar (Naustdal & Netteland, 2012, s. 273).

Å fylgje i andre sine fotspor og vidareføre avdelingskulturar, spesielt om desse kulturane fører til negative resultat, er for meg motstridande til å ta eit personleg ansvar for utøving og vurdering av eigne sjukepleiehandlingar, slik dei yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (2016) seier. Vi som sjukepleiarar må derfor være bevisst på våre haldningar då vi har ansvar for våre haldningsmessige reaksjonar. Vi må dermed handle profesjonelt, som betyr å kultivere sin eigen oppførsel, og å være oppmerksam ovanfor andre (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s.107).

5.1.3 Tid

Tid var som nemnd tidlegare ei anna forklaring på manglande dokumentasjonskvalitet i følge Naustdal og Netteland (2012, s. 273). Her dukka fleire aspekt opp. Det eine var tid i det heile til å setje seg ned å dokumentere i ein travel arbeidssituasjon. Deretter tida dette medfører mellom ein utfører pleia til dokumentasjonen er gjort. Sjukepleiarar opplyste at det var vanleg å ikkje dokumentere skriftleg før rett i forkant av vaktskiftet og går dermed heile vakta utan å dokumentere (Naustdal & Netteland, 2012, s. 273). Dette strid mot Forskrift om pasientjournal (2000), som seier at opplysingar skal førast fortløpande, utan ugrunna opphald etter at helsehjelpa er gjeve.

Den tredje sida knytt til tid er kor brukarvennleg, lett forståeleg og oversiktleg dokumentasjonsverktøyet EPJ er i praktisk bruk. Dette kjem fram av ei svensk studie av Stevenson & Nilson (2012, s. 667-676), publisert i Journal of Advanced Nursing. Studia var så lik Naustdal og

Netteland (2012, s. 270-277) at eg valde å ikkje presentere den i sin heilskap, men den peika på nokre moment eg fann interessante sett opp imot erfaringar eg sjølv har gjort meg.

Informantar i studia fann det tidkrevjande å skulle opprette malar for dokumentasjonen då det kravde mange operasjonar før ein hadde klikka seg fram til rett registreringsmodul (Stevenson & Nilson, 2012, s. 670). Det kom og fram at det fans fleire moglegheiter for kvar i programmet ein registrerte dei ulike pasientopplysingane, at det kravde tid å finne fram, i tillegg til at det vanskeleggjorde og reduserte evna til å finne att og nyttegjere seg av opplysingane seinare (Stevenson & Nilson, 2012, s. 670). Laitinen et al. (2010, s. 495) peikar og på at tidkrevjande elektroniske system tek sjukepleiaranes tid vekk frå pasienten, og sidan informasjonen sjukepleiaren treng i dokumentasjonen ligg hjå pasienten, oppstår det ei unødvendig avstand mellom pasienten og der dokumenteringa førekjem. Dette har ei negativ effekt både på kvaliteten av pleia til pasienten og kvaliteten på dokumentasjonen, og det fører til at sjukepleiaren vert sett i ein vanskeleg posisjon midt mellom desse to fokusa (Laitinen et al., 2010, s. 495).

Mi erfaring frå praksis i somatisk sjukehus og bruk av DIPS, konkluderer med det same bilete. Det å først logge seg inn på datamaskina ein skal bruke og så inn i programmet, er ein tidkrevjande prosess. Dermed har eg sett at sjukepleiarar avgrensar bruken til så sjeldan som mogleg, og utsett dokumenteringa til ein gong per pasient, per vakt. Ein samlar då gjerne opp igjennom dagen og utsett dokumenteringa til rett før vaktstart, som ei avslutning og oppsummering av arbeidsdagen. Eg legg ikkje skjul på at dette har vore slik eg sjølv dokumenterer, då eg og lærer av kollegar rundt meg og tek del i avdelingskulturen, jamfør funn i studia til Naustdal og Netteland (2012, s. 273). – kommenterer du dette når du går gjennom studiet?

For å betre dette bør EPJ standardiserast ut i frå ein nasjonal modell for lettare å imøtekomme krav om effektivitet, kvalitet og sikkerheit. Dette er foreløpig ikkje tilfelle i Noreg, då det ikkje er krav om felles standardar og prosedyrar på noverande tidspunkt (NSFs faggruppe for E-Helse, 2017, s. 16). Derimot er det sett i gong eit prosjekt, som per dags dato kunn er i startfasa, i regi av Helse Midt-Norge, kalla "Helseplattformen". Dette omhandlar utvikling av eit felles EPJ system som skal kommunisere mellom helseføretak, kommunehelsetenesta, fastlegane og andre offentlege/private aktørar, basert på anbefalingar gjort omkring standardiseringsverktøy av Kompetansesenteret for Informasjonsteknologi i helse- og sosialsektoren (KITH) og Helsedirektoratet (NSFs faggruppe for E-Helse, 2017, s. 16).

5.1.4 Sjukepleiarens medverknad

Eit anna interessant funn hjå Stevenson & Nilson (2012, s.672) var at sjukepleiarane som deltok i studia følte dei ikkje vart høyrde når det kom til erfaringar og tankar dei gjorde seg omkring vidareutvikling og utbetring av standardiseringsverktøya brukt i dokumentasjonsprosessen. Som sluttbrukarar opplevde dei dette som svært frustrerande og lite motiverande når alle avgjersler vart teke på høgare nivå, utan deira medverknad. Fleire sjukepleiarar kunne fortelje at forskingspanelet var dei fyrste som nokon gong spurte om deira meiningar (Stevenson & Nilson, 2012, s. 672).

Medverknad slik eg ser det vil byggje eigarskap til viktigheita av ein god dokumentasjonsprosess. Det er gjerne slik at det ein eig, tek ein betre vare på, og ein vil gjerne sjå at det fungerer best mogleg. Dermed ville ein kanskje sjå eit større engasjement og ei større grad av ansvarleggjering bland sjukepleiarane og dei vil ta dokumentasjonsprosessen meir på alvor. Dette støttast av Naustdal og Netteland (2012, s. 275) som meiner den lokale sjukepleieleiinga verken er tilstrekkeleg tydeleg på å støtte initiativ frå sjukepleiarane, eller er tydelege på kva praksis dei ynskjer at sjukepleiarane skal ha. NSF's faggruppe for E-Helse (2017, s. 16) sin veileder understrekar det same med å sei at ein leiar må sikre rammer som støttar sjukepleiaren i dokumentasjonsprosessen. Tid, bemanning, tilgjengeleg teknologi ute hjå pasienten og gode arbeidsforhold har dei trekt fram som eksempel på avgjerande faktorar (NSF's faggruppe for E-Helse, 2017, s. 16). Likevel kan det vera eit tankekors at kanalar for sjukepleiarens stemme å bli høyrte opp til leiinga heller ikkje er vektlagt i denne veilederen.

5.2 Nyttige komponentar i dokumentasjonsprosessen

Etter no å ha belyst dei eigenskapar, haldningar og evner sjukepleiaren må tileigne seg som eit grunnlag for å kunne utarbeide sann, rett og nøyaktig dokumentasjon, vil eg vidare belyse moment i sjølve dokumentasjonen som fremjar det same. Som det er formulert i NSF's faggruppe for E-helse sin veileder (2017, s. 5) skal nyttegjering av EPJ i helsetenesta gje sjukepleiaren nødvendig prosesstøtte for dokumentasjonen. Den seier vidare at den optimale EPJ er grunnlagt i sjukepleieprosessen og utforma så den opnar opp for at sjukepleiaren lett kan gjere seg bruk av kunnskapsbasert sjukepleie som er tilpassa den enkelte pasient, med rask tilgang til støtteverktøy og databasar, og samtidig gje gode oversikter over det enkelte pasientforløp. Dette er krevjande prosessar (Naustdal & Netteland, 2012, s. 275).

5.2.1 Bruk av ny teknologi

Det har vore mykje bekymring og skepsis knytt til bruk av EPJ systema opp gjennom åra. Då spesielt omkring brukarvennlegheit knytt til stadige høgare krav til kvalitetssikring og sikkerheit, med den auka arbeidsmengda det har medført for sjukepleiarane (Saranto et al., 2014, s. 630). Naustdal og Netteland (2012, s. 275) viser og til ei vegring blant sjukepleiarane til å ta i bruk ny teknologi i sjukepleieprosessen.

Likevel er ikkje det heile bilete og mange positive moment er registrerte. (Saranto et al., 2014 s. 633 og 635 & Laitinen et al., 2010, s. 492-494 & Stevenson & Nilson, 2012, s. 672).

Som tidlegare nemnd kunne Saranto et al. (2014, s. 640) fastslå ei kvalitetssikring av dokumentasjonen gjennom bruk av standardiserte klassifikasjonssystem i sjukepleieprosessen. For å konkretisere funna ytterlegare kunne ein sjå at desse systema bidrog til at sjukepleiarane lettare valde gode intervensjonar i pasientpleia, noko som ytterlegare definerte kva, korleis og når helsehjelp vart given, slik at dokumenteringa undervegs i prosessen vart langt enklare og meir detaljert.

5.2.2 Ei pasientsentrert dokumentasjon

Ein har og stilt seg spørsmålet om klassifiseringar og ulike standarar tek vekk det personlege i dokumentasjonen og om dette ikkje heller høyrer heime i organisatoriske og administrative spørsmål framfor pasientpleia? Dette er vist til snarare tvert imot. Brukt rett vert dokumentasjonen ytterlegare pasientretta (Saranto et al., 2014 s. 642). Laitinen et al. (2010, s. 495) understrekar det same med at dokumentasjon skrive frå sjukepleiarens personlege perspektiv ofte førte til at pasientane vart merka med ulike karakteristikkar og stempel som påverka synet på pasienten utover i innlegginga. Laitinen et al. (2010, s. 495) konkluderer derfor vidare at ein sjukepleiar alltid må ha i tankane at pasienten sjølv skal kunne lese det ein dokumenterer, at det aldri må verte brukt som eit verktøy for maktmisbruk, men alltid skrive med stor respekt for pasientens autonomi. Funna i studia viser altså at sjukepleiarar utfordrar dei juridiske krava til dokumentasjon og i enkelte tilfelle begår lovbrøt ved å ikkje ta dette pasientfokusset på alvor. Eg refererer då til Helsepersonellova (1999) som seier at opplysingar skal skrivast i samsvar med god yrkesskikk og skal innehalde relevante og nødvendige opplysingar om pasienten og helsehjelpa.

Ytterlegare funn hjå Laitinen et al. (2010, s. 493-494) indikerer at bevisst fokus på korleis ein sjukepleiar formulerer seg i dokumentasjonen vil fremje pasientens medverknad. Ved å formulere seg ut i frå pasientens synsvinkel gjev ein eit inntrykk av korleis pasienten har det og får tydelegare fram perspektiv som frykt, angst og håp. Ein slik skrivemåte vil gje ein meir heilskapleg presentasjon av pasientens helsetilstand og hjelpe til å finne rett behandling. Å fremje begge synsvinklar, både sjukepleiarens og pasientens gjennom dialogen mellom dei, gjer teksten meir levande og får fram det felles samarbeidet for å betre pasientens helse (Laitinen et al., 2010, s. 494-495). Dialog er ein svært viktig del av datasamlinga og dermed heile sjukepleieprosessen, dette fordi det er pasienten som er eigar av og opplever sin eigen situasjon, og det er gjennom samtale med pasienten vi får tak på førstehandsopplysingar (Dahl & Skaug, 2011, s. 28). Likevel peikar Laitinen et al. (2010, s.495) på at ein dobbel synsvinkel kan gjere sjukepleiarens rolle mindre synleg då sjukepleiarar ofte ikkje adresserer seg sjølv og sine handlingar. Dette kunne føre til at dokumentasjonen vart uklår på kva hjelp og tenester pasienten faktisk hadde motteke.

5.2.3 Den framtidige dokumentasjonsprosessen

Når det kjem til vidareutvikling av EPJ og kva system og modular denne bør innehalde, gjorde eg eit funn hjå Stevenson & Nilson (2012, s. 672) som umiddelbart fatta mi interesse. Eg trur ikkje eg er aleine om å ha stått på eit medisinerom ved ei sjukehusavdeling, skulle finne medisin til ein pasient, og plutsleg ha store problem med å tolke legens ordinasjon av medikament og kva dose. For ikkje å nemne kva sjukepleiarane har registrert at pasienten har fått tidlegare og ikkje. Slik eg har erfart dei skriftlege medisinkurvane ein har nytta ved dei ulike sjukehus og avdelingar eg har vore innom, er det eit system med stort rom for feiltolking og dermed eit system med stor fare for feilmedisinering. Sistnemnte har til og med skjedd medan eg var der, heldigvis ikkje under mitt ansvar.

Det som derimot kom fram i den svenske studia var at ved å integrere medisineringa og dokumentasjonen av denne i EPJ, kunne ein luke vekk dei problematikkar eg har beskrive over nærast fullstendig. Sjukepleiarane rapporterte at dei ikkje lenger hadde problem med å tolke uleselege handskrifter då all registrering føregjekk digitalt, og ein var langt tryggare på at pasienten fekk rett medisin og rett dose (Stevenson & Nilson, 2012, s. 672). Sjukepleiarane var og svært fornøgde med at medisinmodulen var direkte linka opp til den svenske medisindatabasen, noko som gjorde det raskare og enklare å slå opp eit medikament. Dette førte til at sjukepleiarane tileigna seg meir kunnskap om medikamenta dei gav og verknaden av desse (Stevenson & Nilson, 2012, s. 672). Så langt min erfaring og kjennskap til temaet rekk, er dette per i dag ikkje eit system vi har teke i bruk til det fulle i Noreg, noko vi kanskje burde ha gjort for lenge sidan?

6 Konklusjon

I denne oppgåva har eg sett på korleis sjukepleiaren kan kvalitetssikre sjukepleiedokumentasjonen slik at den gjev eit rett bilete av helsehjelpa og bidreg til pasientens sikkerheit. Eg har gjennom teori og forskning belyst kva faglege og juridiske krav som må liggje til grunn for dokumentasjonen og kva krav det vert stilt til kvar enkelt sjukepleiar i deira dokumentasjonsrolle og som talerøyr for pasientens medverking i prosessen.

All forskning er eintydig i at bruk av elektroniske løysingar i dokumentasjonsprosessen er vegen å gå, og ser dermed på skriftleg dokumentasjon i papirform som eit avslutta kapittel. Dette er og støtta gjennom nasjonale føringar og lovverk som regulerer dokumentasjonen gjort i det norske helsevesen. Ein ser og positive effektar av å standardisere IT-løysingane og ta i bruk ei felles dokumentasjonsstandard på tvers av dei ulike helseføretaka.

Utfordringa sjukepleiaren står ovanfor er då å tilpasse seg denne utviklinga og heile vegen ta ansvar for eigen kunnskap, haldningar og verdigrunnlag slik at dette fremjar pasientens beste. Eit pasientretta fokus er kjernen i alle helseprosessar, også sjukepleiedokumentasjonen. Sjukepleiaren må derfor tileigne seg nødvendig kunnskap for å kunne nytte dokumentasjonsverktøy på ein rask, nøyaktig og sikker måte, samt kjenne til korleis ein skal nytte verktøyet for å formulere seg på ein måte som set pasienten i sentrum. I tillegg må sjukepleiaren ha eit verdigrunnlag og sunne haldningar som ynskjer å bryte med gamle tradisjonar og omfamne ny tenking, ny teknologi og samtidig opne opp for at pasienten er medverkande i eigen pleie og utarbeidinga av planar for å fremje denne.

Dette er ikkje ei lett oppgåve, men heller ein svært kompleks prosess. Mange meiner og at ansvaret for endringane og utviklinga må liggje på eit system- og leiarnivå. Dette har eg derimot prøvd å utfordre gjennom å belyse at sjukepleiaren sjølv er ryggrada i alle sjukepleieprosessar inkludert dokumentasjonen, og at dette dermed er eit ansvar kvar å enkelt sjukepleiar må ta på alvor.

7 Bibliografi

- Dahl, K., & Skaug, E.-A. (2011). Kapittel 9 Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie* (2. utg., s. 15-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og Oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om pasientjournal. (2000). *Forskrift om pasientjournal*. Henta 2. juni 2017 frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385/§1#§1>
- Helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. (Veileder IS- 1162) Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Ledelse og kvalitetsforbedring*. (Veileder IS-IS- 2620) Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Ledelse%20og%20kvalitetsforbedring.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Kapittel 27 Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie* (2. Utg., s. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). Kapittel 3 Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. Utg., s. 84-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laitinen, H., Kaunonen, M., & Astedt-Kurki, P. (2010). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 489-97. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02983.x.
- Naustdal, A., Netteland, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 270-277. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0133.
- Nissen, R. (2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Henta frå <http://www.nb.no/nbsok/nb/98c745d295fdd3a357b9e586e147d8ba.nbdigital?lang=no#5>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 2. juni 2017 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- NSFs faggruppe for E-Helse. (2017). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ*. (Versjon 5.1) Henta frå https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder_v5.1..pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4
- Pasientjournalloven. (2014). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>
- Saranto, K., Kinnunen, U. M., Kivekäs, E., Lappalainen, A. M., Liljamo, P., Rajalahti, E., Hyppönen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 28(4), 629-47. doi: 10.1111/scs.12094.
- St.meld. nr. 45 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Stevenson, J.E., & Nilsson, G. (2012). Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 667-676. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05786.x.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabo, G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie*. (2. utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.