



Høgskulen på Vestlandet

SYKH390 Bacheloroppgave

SYKH390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	141
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7773
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	9
Andre medlemmer i gruppen:	176

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



SYKH390 BACHELOROPPGAVE

Hvordan kvalitetssikre sykepleiedokumentasjon av Livsglede aktiviteter i sykehjem?

How to improve the quality of nurse documentation of Joy-of-Life activities in nursing homes?

Kandidatnummer: 141 og 176

Helse- og Sosialvitenskap, HVL Haugesund, Kull 2021

Innleveringsdato: 10. mai 2024

Antall sider: 56

Antall ord: 7773

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn: Haugesund kommune krever at alle sykehjem i kommunen skal være sertifisert som Livsgledesykehjem. Livsgledesertifiseringssystemet har flere kriterier som må oppfylles for å få sertifikatet. Et av kriteriene er detaljert dokumentasjon av Livsgledeaktiviteter og effekter av disse på pasientene. Noen sykehjem må forbedre kvaliteten på dokumentasjonen av Livsgledeaktiviteter.

Metode: Vi brukte en litteraturstudie som metode. Det systematiske litteratursøket resulterte i seks forskningsartikler, hvorav tre kvalitative, en kvantitativ, en kombinert metode og en deskriptiv studie ble inkludert. Analysen ble gjennomført i henhold til retningslinjene for tematisk analyse. I tillegg er pensum og selvvalgt litteratur brukt for å finne mulige løsninger på problemstillingen.

Resultater: Funn i utvalgte artikler som er undersøkt i denne oppgaven, er blant annet ledelse, opplæring, og praktiske intervensjoner.

Konklusjoner: Forskning viser at ledelse, opplæring og praktiske tiltak spiller en viktig rolle i å forbedre kvaliteten på sykepleiedokumentasjon i Livsgledesykehjem.

Ledelsen har en nøkkelrolle i å fremme kvaliteten på dokumentasjonen, mens opplæring er essensiell for å styrke sykepleiernes dokumentasjonskompetanse.

Studier indikerer at regelmessig gruppeundervisning er effektivt for å sikre god dokumentasjonspraksis. Praktiske tiltak, som å redusere skrivearbeidet og forenkle dokumentasjonsprosessen, kan også forbedre kvaliteten på dokumentasjonen.

Tilpasning av dokumentasjonssystemet til sykehjemmets behov og Livsgledekriteriene er avgjørende. Bruk av moderne teknologi vil ytterligere bidra til å forbedre dokumentasjonskvaliteten.

Nøkkelord: sykepleiedokumentasjon, kvalitetsforbedring, Livsglede, sykehjem

Abstract

Background: Haugesund municipality requires all nursing homes located within the municipality area to be certificated as Joy-of-Life nursing homes. The Joy-of-Life certification system has several criteria which must be fulfilled in order to obtain the certificate. One of the criteria is detailed documentation of Joy-of-life activities and their effects on patients. Some nursing homes need to improve the quality of their documentation of Joy-of-Life activities.

Methods: We used a literature study as a method. Systematic literature search resulted in six research articles, of which three qualitative, one quantitative, one mixed method and one descriptive study were included. The analysis was conducted according to the thematic analysis guidelines. In addition, syllabus and self-selected literature have been used to find the possible solutions the issue.

Results: Topics that appear repeatedly in the articles examined in this thesis include management, skills development and continuous training and practical interventions.

Conclusions: Research shows that leadership, training and practical measures play an important role in improving the quality of nursing documentation in Joy of Life nursing homes. Management plays a key role in promoting the quality of documentation, while training is essential to strengthen nurses' documentation competences. Studies indicate that regular group training is effective in ensuring good documentation practices. Practical measures, such as reducing excessive typing and simplifying the documentation process, can also improve the quality of documentation. Adapting the documentation system to the needs of the nursing home and the Joy of Life criteria is crucial. The use of modern technology will further contribute to improving the quality of documentation.

Keywords: nursing documentation, improve quality, Joy-of-life, nursing homes

1. INNLEDNING	6
1.1. Introduksjon av tema.....	6
1.1.1 Valg av tema	7
1.2 Bakgrunn	7
1.2.1 Sykepleiedokumentasjon.....	7
1.2.2 Faglige og juridiske standarder.....	8
1.2.3 Kvalitetssikring og faglig forsvarlighet.....	10
1.2.4 Personsentrert omsorg	11
1.2.5 Ledelse i sykepleie	12
1.2.6 Verdighetsgarantien	12
1.2.7 Livsglede for Eldre, Livsgledesirkelen og sertifisering	12
1.3 Hensikt og problemstilling.....	15
2. METODE OG FREMGANGSMÅTET	16
2.1 Kunnskapsbasert praksis	16
2.2 Metode	16
2.2.1 Kvantitative og kvalitative studier	17
2.3 Fremgangsmåte og søkestrategi.....	18
2.4 Metodekritikk.....	25
2.5 Kritisk vurdering av valgt litteratur	26
2.6 Forskningsetikk.....	27
2.7 Analyse	28
3. RESULTATER.....	30
3.1 Ledelse.....	30
3.2 Kompetanseheving og kontinuerlig opplæring	31
3.1 Praktiske intervensjoner	32
4. DISKUSJON	34
4.1 Ledelsens rolle i sykepleiedokumentasjon	34
4.2 Opplæring og kompetanseheving.....	36
4.3 Praktiske intervensjoner	38
5. KONKLUSJON	41
6. Referanseliste.....	42

7. Vedlegg	51
7.1 Vedlegg I.....	51
7.2 Vedlegg II: Sjekkliste	52
Figur 1 Livsgledesirkelen	14
Tabell 1 PICo skjema med søkeord	18
Tabell 2 CINAHL søk.....	20
Tabell 3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	21
Tabell 4 Literatormatrise	21
Tabell 5 Temaene med funn fra artiklene	29
Tabell 6 Søkehistorikk.....	51

1. INNLEDNING

1.1. Introduksjon av tema

I Norge i dag er nesten 40 000 pasienter innlagte i sykehjem (Statistisk sentralbyrå, 2023). Eldre i norske sykehjem er en mangfoldig gruppe med varierte behov. Mange av dem har lang historie og erfaringer, og det gjenspeiles i ulike personligheter og interesser. Hver pasient er unik. Å tilby tilpasset omsorg og respektere den enkeltes verdighet er sentralt i omsorgen for eldre i norske sykehjem (Rokstad, 2023, s.74-75).

Sykepleierdokumentasjon er avgjørende av flere grunner. Den sikrer kontinuitet i omsorgen, som en stafettpinne overlevert fra en sykepleier til en annen.

Dokumentasjon fungerer som et felles språk, slik at alle er på samme side om omsorgsaktiviteter og behov (Norsk Sykepleierforbund, u.å., a). Det tjener også som juridisk dokumentasjon, og gir detaljert informasjon om omsorg og beboernes tilstand (Pasientjournalforskriften, 2021, § 4-8). Dette beskytter både beboere, sykepleiere og ledelse. God dokumentasjon bidrar også til kvalitetsforbedring av sykepleie ved å identifisere mønstre og forbedringsområder, oppdatere omsorgsplaner og heve den generelle kvaliteten på omsorgen (Norsk Sykepleierforbund, u.å., a).

Livsglede for Eldre er en norsk stiftelse som dedikerer seg til å skape meningsfulle hverdager for eldre (Livsglede for Eldre, 2020a). Livsgledehjem er en nasjonal sertifiseringsordning og et kvalitetsstempel for eldreomsorgen. Dette sikrer at beboerne får skreddersydde aktiviteter og gode hverdager. Livsgledebarnehager og livsgledeskoler besøker eldre i Livsgledesykehjem regelmessig. Disse besøk, gjennom trivselsskapende aktiviteter, 'fremmer gyldne generasjonsmøter, gjensidig læring og mestring' (Livsglede for Eldre, 2020a).

1.1.1 Valg av tema

I 2023 startet HVL et prosjekt i samarbeid med Haugesund, Karmøy og Utsira, der kommunene identifiserte utfordringer i helsetjenesten. Et interessant tema som dukket opp, var "Dokumentasjon av Livsgledeaktiviteter ved et sykehjem i Haugesund kommune". Vi bestemte å undersøke dette med håpet at vår studie kunne finne nyttige resultater. Sykehjemmet vi samarbeider med deltar i Livsgledesykehjemprosjektet, men ledelsen opplever utfordringer med dokumentasjon av aktivitetene. De søker støtte for å forbedre kvaliteten og omfanget av sykepleiedokumentasjon knyttet til Livsglede, samt dokumentere og evaluere resultatene grundig.

1.2 Bakgrunn

I dette avsnittet blir aktuell kunnskap presentert for å belyse problemstillingen. Dette inkluderer en gjennomgang av nøkkelbegrepene og de teoretiske perspektivene som legger grunnlaget for diskusjonen.

1.2.1 Sykepleiedokumentasjon

Hensikten med sykepleiedokumentasjon ifølge Vabo (2018, s.33) er at den skal bidra til en forsvarlig behandling og oppfølging av hver enkelt pasient.

Sykepleiedokumentasjon har flere formål. Den bidrar "til å ivareta pasientens sikkerhet, samt kvaliteten, forsvarligheten og kontinuiteten av sykepleie og behandling." Presis dokumentasjon av pasientens behov er kritisk for å levere god sykepleie. Den må oppdateres kontinuerlig i tråd med endringer i pasientens tilstand. Mangelfull dokumentasjon kan potensielt utsette pasientsikkerheten for risiko.

Sykepleiedokumentasjon sikrer vedlikehold av kvalitet og kontinuitet i omsorgen, fungerer som en juridisk journal, og understreker faglig ansvarlighet. Å prioritere

dokumentasjon garanterer sikre og effektive behandlinger (Vabo, 2018, s.33-34). Heggdal (2006, s.15-27) fremhever at ved å nøye dokumentasjon kan helsepersonell forsikre seg om å tilby høykvalitets omsorg skreddersydd for individuelle behov.

Helsepersonelloven § 39 pålegger helsepersonell en rettslig forpliktelse til å dokumentere relevant informasjon i pasientjournalen om pasientens helse, behandling og andre vesentlige forhold. Å unnlate å etterkomme denne juridiske plikten kan få alvorlige konsekvenser. Der er derfor essensielt at helsepersonell tar denne forpliktelsen på alvor og sikrer presis dokumentasjon av alle nødvendige informasjonene i pasientjournalen (Helsepersonelloven, 2023, § 39-40).

Allerede på 1800-tallet vektla Florence Nightingale og Diakonissen Rikke Nilsen betydningen av nøyaktig observasjon, konkret formidling av fakta, vurdering og dokumentasjon innen sykepleie (Vabo, 2018, s.17-19 og s.31). I dag er kravene til dokumentasjon av helsehjelp både faglig og juridisk mer avklart og tydelig. NSF anbefaler at sykepleieprosessen ligger som bakgrunn for all dokumentasjon av sykepleie (Vabo, 2018, s.31). Norsk Sykepleierforbund anbefaler strukturert dokumentasjon med bruk av terminologi og kodeverk i elektroniske pasientjournalssystemer (Norsk Sykepleierforbund, u.å., a). Det finnes flere terminologier og kodeverk i helsetjenesten. Myndighetene ved Direktoratet for e-helse anbefaler bruk av International Classification for Nursing Practice (ICNP) i kombinasjon med SNOMED CT som terminologi for sykepleiepraksis. (Norsk Sykepleierforbund, u.å., a).

1.2.2 Faglige og juridiske standarder

Fra og med 01.01.2001 har det vært obligatorisk for alt helsepersonell å selvstendig dokumentere helsehjelp i pasientjournalen. Helsepersonelloven ble implementert for å sikre at alle pasienter mottar kvalitets- og trygg helsehjelp (Helsepersonelloven, 2023). Når helsepersonell dokumenterer pasientbehandlingen, må de overholde

kravene i helsepersonelloven for å forsikre seg om at de handler i samsvar med faglige standarder. Dokumentasjonen skal tydelig vise at helsepersonellet har levert omsorg som samsvarer med standardene for faglig kompetanse og medfølelse, i tråd med deres kvalifikasjoner, arbeidets art og den spesifikke situasjonen (Vabo, 2018, s. 53-54).

Ifølge bestemmelsene i § 40 i helsepersonelloven fra 2023, må pasientjournaler oppfylle spesifikke krav. Dette innebærer å dokumentere journalen i samsvar med god faglig praksis og sikre at teksten i journalen inneholder all nødvendig og relevant informasjon for hver enkelt pasient (Helsepersonelloven, 2023, § 40). Journalen skal inneholde opplysninger om pasientens tilstand og årsak til kontakt med helse- og omsorgstjenesten, hvilke undersøkelser som har blitt utført, aktuell diagnose, hvilken behandling og pleie pasienten har mottatt, medisiner, opplysninger om henvisninger og vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten og eventuelt andre forhold som viser hva som har blitt gjort med pasienten (Helsepersonelloven, 2023, § 40).

I henhold til andre ledd skal det fremgå av journalen hvem som har ført inn opplysningene. Kravet er gjentatt i pasientjournalforskriften § 10 andre ledd, hvor det står at nedtegningen i journalen skal dateres og signeres av den som har gitt helsehjelpen. Elektronisk signatur kan benyttes (Helsepersonelloven, 2023, § 10). Helsepersonell har plikt til å dokumentere pasientopplysninger på en måte som er respektfull, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (2023), som gir pasienter rett til å få innsyn i egne journaler. Derfor er valg av formulering i dokumentasjonen av avgjørende betydning. Samtidig er det viktig at medisinske journaler er forståelige for pasienter og deres pårørende. Det anbefales å være forsiktig med bruk av faguttrykk og forkortelser i dokumentasjonen, da disse kan være uforståelige for pasientene. (Brekke, 2006, s.85).

Det er også avgjørende å sikre pasientens deltakelse og medvirkning i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven. Pasienten har rett til å delta aktivt i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester, herunder valg mellom forsvarlige tjenesteformer og behandlingsmetoder. Formen for medvirkning skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Helsepersonelloven, 2023, § 3-1). Sykepleiere har en sentral rolle i å sikre optimal pleie og behandling for pasientene. Dette oppnås ved aktivt å involvere dem i omsorgsplanlegging, anerkjenne deres individuelle situasjon og dra nytte av deres innsikt for å utvikle effektive løsninger. Ved å styrke pasientenes deltakelse oppmuntrer vi dem til å ta ansvar for sin egen helse, noe som i siste instans forbedrer resultater og tilfredshet. (Heggdal, 2006, s.69-71).

1.2.3 Kvalitetssikring og faglig forsvarlighet

Norsk Sykepleieforbund mener at kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten står sentralt i utviklingen av pasientens helsetjeneste. Målinger av kvalitet og pasientsikkerhet må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i arbeidet med systematisk forbedring (Norsk Sykepleieforbund, u.å., b). Politikere og helsemyndigheter forventer at pasientene skal være sikre på at tjenestene virker og er trygge. Er pasienten avhengig av helsehjelp fra flere instanser, må tjenestene henge godt sammen (Norsk Sykepleieforbund, u.å., b).

Sykepleiere som står nærmest pasienten, har nøkkelrolle i kvalitetsarbeid. Det er de som vet hvor problemer og utfordringer oppstår, og som oftest har de beste forslagene til forbedringstiltak (Helsedirektoratet, 2017). Det er derfor nødvendig at medarbeiderne involveres aktivt i kvalitetsutviklingsarbeid. WHO har en visjon for pasientsikkerhet: "A world where every patient receives safe healthcare, without risk and harm, every time, everywhere" (WHO, 2017).

Faglig forsvarlighet innen sykepleie innebærer at helsepersonell må utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Tjenestene som tilbys, må være av tilfredsstillende kvalitet og opprettholdes på et høyt nivå, uavhengig av sektor

(privat eller offentlig) eller nivå. Helsepersonell har plikt til å søke nødvendig bistand og henvise pasienter ved behov. Samarbeid med annet kvalifisert personell er nødvendig for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Helsepersonell skal delta i arbeidet med individuell plan når det er påkrevd i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2023). Ifølge Helsedirektoratet (2018) blir bestemmelsen i helsepersonelloven § 4 ansett som sentral i helseretten. Denne bestemmelsen stiller krav til hvordan helsepersonell skal utføre sitt arbeid, med vekt på at det skal være faglig forsvarlig og at helsepersonell skal yte omsorgsfull hjelp. Ledelse har også ansvar for å legge til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver forsvarlig (Helsedirektoratet, 2018).

1.2.4 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en av de mest sentrale konsepter i Livsgledeprosjektet. Rokstad (2021, s.37) beskriver personsentrert omsorg som en tilnærming innen helse- og omsorgssektoren som setter pasienten i sentrum. Rokstad mener at grunnlaget for all behandling er relasjonen mellom pasient og omsorgsgiver, hvor “pasientens egne standpunkter og preferanser blir verdsatt, basert på gjensidig tillit, en ikke-dømmende holdning og tilstrebet likeverdighet” (2021, s.37). For å la pasienten være seg selv, må omsorgsgiver forstå deres livshistorie, verdier og normer, for å støtte dem i å finne mening og mestre deres situasjon (Rokstad, 2021, s.37).

Kirkevold (2020, s.99) påstår at personsentrert omsorg innebærer at pasienten selv er ekspert på eget liv og at pasientens hverdagsliv burde stå i fokus. Sosial stimulering burde legges til rette gjennom gode relasjoner mellom pasienter, deres familier, ansatte og andre beboere i virksomheten (Kirkevold, 2020, s.99). Personsentrert omsorg krever effektivt lederskap, stabilitet i ledelsen, tett samarbeid i teamet og gode kommunikasjonskanaler for å bli realisert (Kirkevold, 2020, s.100).

1.2.5 Ledelse i sykepleie

“Ledelse er en prosess der en organisert gruppe blir påvirket i retning av å nå sine mål” (Skogstad, 2015, s.17). God ledelse er avgjørende for å kunne gi gode helse- og omsorgstjenester, og for å forbedre tjenester som ikke er gode nok. Pasienter og brukere skal oppleve at tjenestene er helhetlige og koordinerte, og at tjenestene er trygge og av god kvalitet (Ingstad & Keeping, 2019, s.14). Pasienter skal bli lyttet til og få delta i beslutningen som angår dem selv. Dette stiller høye krav til ledelse og styring i en stor og stadig mer kompleks sektor (Meld. St. 26 (2014-2015)).

Medarbeidere må oppfatte at lederen har legitimitet og være villige til å akseptere lederens bruk av makt. Derfor er det nødvendig for lederes makt å være basert på et solid grunnlag av tillit, trygghet og aksept. Ledelse innebærer å finne en balanse mellom makt og tillit, og i organisatoriske sammenhenger er det alltid en risiko for at bruken av makt kan utfordre tillitsforholdet (Sørhaug, 1996, s.17).

1.2.6 Verdighetsgarantien

I Norge i 2010 kom det en nasjonal forskrift at alle eldre får en verdig omsorg. Formålet med forskriften er å garantere at organiseringen av eldreomsorgen legger til rette for en alderdom som er verdig, trygg og meningsfull. Kommunale omsorgstjenestene skal skape forhold som garanterer en verdig og så langt som mulig meningsfull eldreomsorg for hver enkelt mottaker, i tråd med deres unike behov (Forskrift om en verdig eldreomsorg, 2020, § 1-3). Mange av Livsgledekriteriene, som er beskrevet i dette kapitlet, berører vesentlige områder i denne forskriften (Moe & Brataas, 2014).

1.2.7 Livsglede for Eldre, Livsgledesirkelen og sertifisering

Livsglede for Eldre er en stiftelse med fokus på livsglede innenfor eldreomsorg, både kommunal og privat (Livsglede for Eldre, 2020a). Den ble etablert i 2005 av to

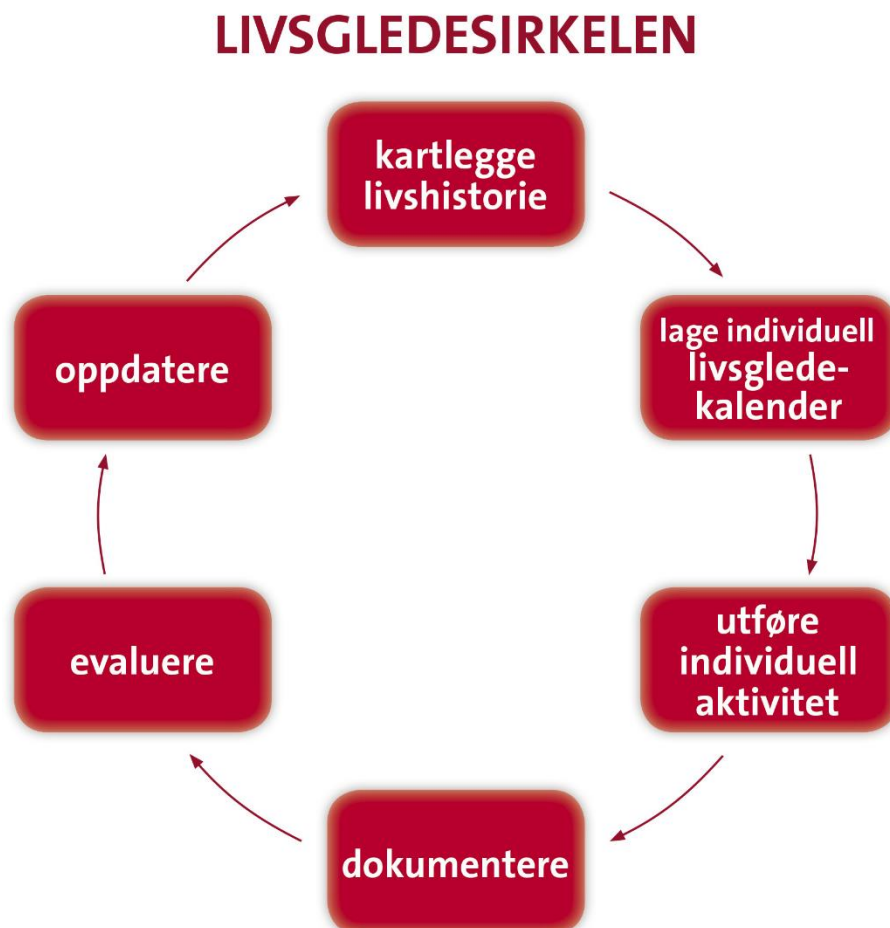
sykepleierstudenter Annette Skeie Jakobsen og Elin Anita Verdal. De to studentene i sin studiepraksis på sykehjem opplevde “at det var sjelden tid til å prioritere beboernes sosiale og kulturelle behov i en travel arbeidsdag” (Livsglede for Eldre, 2020a). Dette resulterte i det at lokalforeningen til Livsglede for Eldre i Trondheim kom opp med ide om å skape et sertifiseringssystem for forbedring av psykososiale forhold i norske sykehjem. Systemet baseres på ni livsgledekriterier: alle ansatte i virksomheten skal være informert om sertifiseringsordningen og forstå hva deltakelse innebærer; det skal legges til rette for at beboerne kan fortsette med sine hobbyer og fritidsaktiviteter, ha kontakt med dyr; det skal etableres samarbeid med skoler, barnehager og organisasjoner i nærmiljøet; det skal sikres at beboerne får muligheten til å være utendørs minst en gang i uken; måltidene skal skje i en hyggelig atmosfære; god kommunikasjon med pårørende etableres; sang, musikk, kulturelle aktiviteter og årstidene skal integreres som en naturlig del av hverdagen (Livsglede for Eldre, 2020a).

Livsglede for Eldre er engasjert i forbedring og utvikling av tjenester innenfor omsorg for eldre. I eldrereformen “Leve Hele Livet” blir det understreket at Livsgledehjem skal støtte alle sykehjem som ønsker det, ved å gi opplæring, støtte, og veiledning for å implementere aktiviteter for beboere. I Stortingsmelding 29: Morgendagens Omsorg (2012-2013, kap. 2.3.2) identifiseres Livsgledehjem som en av fem nasjonale strategier for å fremme frivilligheten i omsorgssektoren. Videre påpeker Frivillighetsmeldingen fra 2019 (Meld. St.10, 2018–2019) at Livsgledehjem kan være en effektiv tilnærming for å forebygge ensomhet blant eldre (Livsglede for Eldre, 2020a).

Livsgledehjem er en sertifiseringsordning for virksomheter som sykehjem, omsorgsboliger eller andre institusjoner med heldøgns eldreomsorg (Livsglede for Eldre, 2020a). Virksomheter blir sertifiserte som Livsgledehjem basert på en vurdering fra Livsglede for Eldre (LFE). Grunnsteinen for hele sertifiseringsprosessen er en individuell kartlegging av den enkelte brukerens livshistorie og interesser.

Deretter blir det planlagt tiltak som i neste steg blir gjennomført, dokumentert, evaluert og oppdatert i tråd med Livsgledesirkelen (Livsglede for Eldre, 2020b).

Figur 1 Livsgledesirkelen



Det finnes en del vilkår som må være oppfylt for å kunne bli sertifisert som Livsgledehjem (Livsglede for Eldre, 2020b, s.5). En LFE akkreditert sertifisør undersøker om alle ni livsgledekriteriene, samt alle ledd i livsgledesirkelen er oppfylt. Sertifisør sjekker om brukerne er kartlagt for deres hobbyer og livsgledeskapende aktiviteter. Denne kartleggingen må stå i samsvar med de aktivitetene som brukeren får tilbudt for på den sertifiserte institusjonen. Det må være godt dokumentert i pasientjournalen at brukeren har deltatt på aktiviteter i tråd med utført kartlegging.

Dokumentasjon i pasientjournalen må også inneholde utfyllende beskrivelser av hvordan brukeren opplevde aktivitetene (Livsglede for Eldre, 2020b, s.5-6).

En annen forutsetning er at kommunen som sertifisert institusjon befinner seg i, har et digitalt verktøy for rutiner, prosedyrer og interkontroll, som er kjent for og brukt av alle ansatte (Livsglede for Eldre, 2016). Det er avgjørende at hele personell som har dokumentasjonsplikt dokumenterer i elektronisk pasientjournal og avvikssystem. Like viktig er at ansatte får opplæring i å skrive forbedringsmeldinger (Livsglede for Eldre, 2016).

Livsgledehjem får sertifisering for ett år og blir deretter resertifisert. “Ved resertifisering vil sertifisøren undersøke om livsgledearbeidet ved institusjonen holder samme standard som ved forrige sertifisering, samt om fokusområdene fra forrige sertifisering er ivaretatt” (Livsglede for Eldre, 2020b, s.5).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å identifisere faktorer som styrker kvalitet på sykepleiedokumentasjonen av Livsglede aktiviteter i sykehjem. Målet er å oppnå optimale, langsiktige resultater som kan forbedre dokumentasjonen og sikre at pasienter opplever og opprettholder best mulig livskvalitet under sitt opphold på sykehjem. Dessuten er det avgjørende for et Livsglede sykehjem at dets dokumentasjon oppfyller krav som sertifiserings- og årlig resertifiseringsordningen stiller.

Problemstillingen i denne oppgaven kan formuleres som følger: *Hvordan kvalitetssikre sykepleiedokumentasjon av Livsglede aktiviteter i sykehjem.*

2. METODE OG FREMGANGSMÅTET

I dette kapitlet presenteres metode, fremgangsmåte og søkestrategi, metodekritikk, kritisk vurdering av litteratur, samt forskningsetikk. I siste avsnittet blir funnene fra vår litteratur søk analysert.

2.1 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis innebærer identifisering av problemet, formulering av et praktisk spørsmål, søk og evaluering av bevis for å svare på spørsmål, samt kritisk vurdering av forskningens kvalitet. Resultatene brukes deretter i den relevante konteksten for å veilede sykepleiepraksis (Aveyard, 2018, s.8-9).

Det er essensielt at helsepersonell kan finne og kritisk vurdere den beste kunnskapen for å utføre sine arbeidsoppgaver på best måte. Prosedyrer basert på foreldet forskning kan føre til utilfredsstillende pasientbehandling og øke risikoen for komplikasjoner. Målet med kunnskapsbasert praksis er å styrke beslutningsgrunnlaget i helse- og omsorgsektoren og bevisstgjøre kildene til kunnskap (Helsebiblioteket, 2021a).

2.2 Metode

Metoden, ifølge Grønseth & Jerpseth (2019, s.79), er fremgangsmåten som brukes for å skaffe den nødvendige kunnskapen for å svare på problemstillingen i oppgaven. I denne studien benyttet vi oss av litteraturstudie som metode. Litteraturstudien innebærer å utforske eksisterende skriftlige kilder for å finne svar på problemstillingen (Grønseth & Jerpseth, 2019, s.79). Ved å granske litteratur innenfor vårt fagfelt, kunne vi ikke bare tilegne oss ny innsikt, men også validere eksisterende informasjon. Dalland (2017, s.51-54) fremhever at denne metoden utgjør en uunnværlig del av en vellykket forskningsprosess.

2.2.1 Kvantitative og kvalitative studier

Som Aveyard forklarer, (2019, s.49-59) kvantitativ studie tar i bruk eksperimentelle metoder og/eller metoder som involverer bruk av tall i innsamling av data. Kvantitative forskningsstudier som regel involverer mange deltakere, og funnene kan brukes i andre sammenhenger. Kvantitativ forskning er bare hensiktsmessig i tilfeller hvor data kan innsamles ved bruk av tall/antall, for eksempel antall år opplevd av en pasient som sykdomsfrie eller antall dager for et sår å gro sammen med en eller annen type bandasje. Ifølge Aveyard (2019, s.45-59), finnes det følgende typer kvantitative studier: randomiserte kontrollerte studier (RCT), kohort og case-studier, tverrsnittsstudier (undersøkelser og spørreskjemaer), tilfeldig prøvetaking, samt deskriptiv og inferensiell statistikk.

Ifølge Aveyard (2019, s.60-64), kvalitative studier, i motsetning til kvantitative studier, har som hoved mål utforskning av meninger og fenomener i deres naturlige omgivelser. Formålet med kvalitative studier er å forstå helheten i en opplevelse. Data er ikke numeriske, men innsamles gjennom intervjuer, ved å bruke ordene og beskrivelsene gitt av deltakerne. Det grunnleggende prinsippet for alle kvalitative studier er å utforske mening og utvikle forståelse av forskningstemaet. Aveyard deler kvalitative studier i følgende typer: grunnlagsteori, fenomenologi, etnografi, og aksjonsforskning (samarbeidsbasert forskning) (2019, s.60-64).

Det er også brukt studiedesign som inkorporerer to eller flere forskningsmetoder for å gi ulike perspektiver på en problemstilling. De blir referert til som kombinert metode. De fleste kombinert metode studier har både kvalitativ og kvantitativ studiedesign (Aveyard, 2019, s.179).

En annen type kvantitative studier er deskriptiv statistikk. Deskriptiv statistikk gir en detaljert beskrivelse av data og presenterer statistikk som belyser de viktigste funnene, som for eksempel antall personer som har svart 'ja' på spesifikke spørsmål.

Funnene formidles gjennom beregninger som gjennomsnitt, median og modus (Aveyard, 2019, s.57).

2.3 Fremgangsmåte og søkestrategi

Med formulert problemstilling kunne vi lage et PICO skjema som ble utgangspunktet i vår søk etter relevant forskning. Vårt søk etter aktuelle søkeord var en tid- og arbeidskrevende prosess.

Tabell 1 PICO skjema med søkeord

	Norske ord	MeSH (emneord)	Tekstord (keywords)
P Population/ Problem	sykehjem	nursing home care home	“nursing home*” “care home*” “residential care senter*” “long term care facilit*”
I Phenomenon of interest	kvalitetssikring sykepleie- dokumentasjon	improved quality documentation nursing records	quality “improv* quality” improv* “improv* means” “improv* method*” better enhance “nurs* document*” “nurs*record*” “nurs* record* system*”
Co Context	Livsglede	Joy-of-life	Joy-of-life

Med PICO skjema som base, begynte vi å foreta systematiske søk i databasene tilgjengelige gjennom HVL bibliotek og andre som er åpen for bruk på nettet. Vi søkte i følgende databaser *Cochrane*, *Cinahl*, *Medline* og *Research Gate* for å få en størst mulig bredde på søket. I tillegg benyttet vi oss av aktuelle Livsglede for Eldre dokumentene som vi fant på livsgledeforeldre.no nettside. *Svemed+* ble også brukt i vår søk etter relevante emneord.

Neste steg var å definere hvilken type kjernes spørsmål vårt spørsmål er, ettersom ulike typer kjernes spørsmål besvares med ulike forskningsmetoder eller studiedesign (Helsebiblioteket, 2017, 9. juni,). Det var to kjernes spørsmål som var aktuelle i vår problemstilling:

1. Hva som kan gjøres for å forebygge eller behandle problemet? - som gir kunnskap om effekt av tiltak;
2. Hva er det som gjør at det virker? - som gir kunnskap om erfaringer og holdninger.

Studiedesign som besvarer best det første kjernes spørsmålet er RCT (randomiserte kontrollerte studier), mens studiedesign som besvarer best det andre spørsmålet er kvalitative studier. Av de seks artiklene som ble brukt i denne oppgaven følger tre kvalitativstudiedesign, en kvantitative-, en kombinert metode studie og en deskriptiv statistikk. Det anbefalte studiedesign for ovenstilte første spørsmålet er RCT, som er en type kvantitative studier. I vår søk hadde vi funnet en RCT studie, men den ble ekskludert siden den kom fra 2007 og innholdet var ganske utdatert.

I databasen CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) brukte vi tekstord (keywords), samt boolske operatorer OR og AND. Vi bestemte å ikke bruke operatoren NOT siden den "må brukes med stor forsiktighet for en risikerer å ekskludere relevante treff ved bruk av NOT" (Helsebiblioteket, 27. november). Vi brukte OR med alle tekstord inn forbi det samme PICO element, og AND mellom de forskjellige elementene, dvs.: P AND I AND Co. AND avgrensner søket fordi begge tekstordene må være med i artikkelreferansen, mens OR "utvider søket ved å gi treff på artikkelreferanser som inneholder enten det ene, det andre eller begge søkeordene" (Helsebiblioteket, 27. november). Det resulterte i 0 treff. Mulig årsak til dette var at Livsgledekonseptet er veldig landspesifikt, dvs. etablert og brukt bare i Norge. Etter en lang refleksjon bestemte vi å bruke søkeordet "Joy-of-Life" (Co - Context) i et separat søk. Dette ga 11 resultater, mens kombinasjon av P

(Population/Problem) AND I (Phenomenon of Interest) i 14 treff. Tabellen nedenfor illustrerer søk i CINAHL databasen.

Tabell 2 CINAHL søk

Database	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensning	Leste artikler	Artikler brukte i oppgaven
CINAHL 11.12.23	S1	"nurs* document*"	5 038			
	S2	"nurs* records"	5 911			
	S3	"nurs* record* system*"	220			
	S4	S1 or S2 or S3	9 944			
	S5	"nursing home*"	60 129			
	S6	"care home*"	65 395			
	S7	"residential care center*"	28			
	S8	"long term care facilit*"	6 061			
	S9	S5 or S6 or S7 or S8	111 918			
	S10	Improv*	908 300			
	S11	"improv* means"	13 210			
	S12	"improv* method*"	27 772			
	S13	better	296 162			
	S14	enhance	11 392			
	S15	S10 or S11 or S12 or S13 or S14	1 127 142			
	S16	quality	633 276			
	S17	"improv* quality"	150 652			
	S18	S16 or S17	633 399			
	S19	S4 and S9 and S15 and S18	157			
	S20	S19 begrenset	14	2013-2023 -Full text attached -Academic Journals	5	4 Moldskred P.S. et al. (2021) Larjow E. et al. (2022) Laukvik L.B. et al. (2022) Shiells K. et al. (2020)
CINAHL - separat søk med "Livsglede"	S1	"joy-of-life"	11	2013-2023 -Full text attached -Academic Journals	2	2 Andre B. et al. (2021) Moe & Brataas (2019)

I databasen *Cochrane Library* brukte vi emneord fra vår PICO tabellen. Det resulterte i 17 artikler (trials). I databasen *Medline* brukte vi også emneord, som resulterte i 6 treff.

I tillegg brukte vi *ResearchGate* som er en plattform der forskere kan dele sitt arbeid og samarbeide med andre i det vitenskapelige miljøet (ResearchGate, u.å.). Selv om

det kan være en nyttig ressurs for å få tilgang til forskningsartikler, er det viktig å være oppmerksom på at innholdet lastes opp av individuelle forskere, og påliteligheten kan variere. Det anbefales generelt å bruke *ResearchGate* som en supplerende kilde og kritisk vurdere informasjonen, samt undersøke om artikkelen er også publisert i et anerkjent vitenskapelig tidsskrift.

For å avgrense vårt søk etter relevante forskningsartikler valgte vi å sette opp en tabell med inklusjons og eksklusjonskriterier.

Tabell 3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler publiserte etter 2013	Artikler publiserte før 2013
Artikler som baseres på forskning utført i Europa (hovedsakelig Norge), Nord America, Australia og New Zealand	Artikler som kommer fra regioner andre enn Europa, Nord America, Australia og New Zealand
Artikler skrevet på engelsk eller norsk	Artikler skrevet på andre språk
Kvalitative, kvantitative og kombinerte metode studier	Andre typer studier
Artikler som presenterer resultater fra originale studier	Artikler av type <i>reviews</i> (anmeldelser) eller <i>editorials</i> (lederartikler)

I søkeprosessen leste vi gjennom tittelen og abstraktet i artiklene, samt sjekket om artiklene hadde IMRaD strukturen (introduksjon, metode, resultater, analyse og diskusjon). IMRaD strukturen gjør det enklere å finne frem data man leter etter (Thidemann, 2019, s.66-67). Selve forskningsprosessen samsvarer med IMRaD strukturen. Innenfor medisin og helsefag følger vitenskapelige artiklene som regel denne strukturen, noe som skiller dem fra fagartikler (Thidemann, 2019, s.66-67). Tabellen nedenfor presenterer oversikt over analyserte artiklene.

Tabell 4 Literaturmatrise

Forfatter, Tittel Publiserings år Tidsskrift Land	Hensikt	Utvalg/Populasjon	Design, metode og analyse	Resultat/Funn	Styrker/svakheter
Moldskred P. S., Snibsøer A. K., Espehaug B. "Improving the quality of nursing documentation at a residential care home: a clinical audit." 2021 BMC Nursing Norge	Vurdering av kvaliteten på elektronisk sykepleiejournal i et sykehjem ved hjelp av et standardisert revisjonsverktøy og om nødvendig implementere en skreddersydd strategi for å forbedre dokumentasjons- praksis.	En retrospektiv revisjon utført på 38 pasienter i et norsk sykehjem; Re-revisjon utført også på 38 pasienter	Kriteriebasert klinisk revisjon utført i et norsk sykehjem; Kvantitative kriterier i N- Catch II tilsynsinstrumentet ble brukt for å gi en vurdering av elektronisk sykepleiejournal.	1. Ingen av de undersøkte pasientjournaler ved tilsynet oppfylte standarder for anbefalt sykepleie- dokumentasjonspraksis. 2. En kriteriebasert klinisk revisjon kan forbedre kvaliteten på sykepleie- dokumentasjonen.	Styrker: Intervensjoner var skreddersydd for identifiserte barrierene. Svakheter: Studien var begrenset til kun en evaluering av kvantitative aspekter ved sykepleiedokumentasjon; Poengsystemet ble opplevd som uklart; Oppdatert N-Catch instrument er ennå ikke testet for psykometriske målinger; Lavt oppmøte av ansatte på sesjoner der revisjonsfunn ble presentert.
Moe A. og Brataas H.V. "Becoming a Joy of Life Nursing Home: Experiences of the implementation work" 2019 Nordisk Sygepleje- forskning Norge	Å utvikle kunnskap om hvordan man kan støtte slike endringsprosesser på organisasjonsnivå i lederendrings- prosesser som vil påvirke arbeidet til personalet som utfører personsentrert omsorg.	Studieutvalget bestod av Livsgledekonulent, en prosessveileder for Livsglede- sertifisering n, to avdelingsledere, leder for tre demensavdelinger og leder for somatiskavdeling. Fem helsepersonell valgt til funksjonen som ressurspersoner i sertifiserings- prosjektet også deltok: en RP fra hver av tre demens avdelinger og to RP fra to somatiskavdelinger.	Studien hadde et kvalitativt design med 'descriptive' og 'interpretative' analyse av fokusgruppedata. Med et psykologisk perspektiv på fokusgruppedata ble analysen også inspirert av 'interpretative phenomenological' analysen.	1. Dokumentasjon var en utfordring og det var uklart hvordan sertifiserings- poeng skulle skrives inn i dokumentasjonssystemet. 2. Systematisering av arbeidet med Livsglede- konseptet bidro til praktisk gjennomføring. 3. Kvalitetsansvarlig bør sikre et mandat og oppfølgingsstøtte fra endringsagentene og deretter støtte å lære om den nye ideen på alle nivåer i organisasjonen.	Styrker: Deltakerne var åpne og deltok aktivt i deling av opplevelser slik at forskere fikk relevante og mangfoldige data. Svakheter: Utvalget var begrenset til ett sykehjem.

Forfatter, Tittel Publiserings år Tidsskrift Land	Hensikt	Utvalg/Populasjon	Design, metode og analyse	Resultat/Funn	Styrker/svakheter
Andre B., Grønning K., Jacobsen F. F., Haugan G. "‘Joy of life’ in nursing homes. Healthcare personnel experiences of the implementation of the national strategy. A qualitative study with content analysis of interviews" 2021 BMC Health Services Research Norge	Å få kunnskap om hvordan Livsgledestrategi oppfattes av ansatte i ettertid over periode etter implementeringen og hvilke utfordringer ansatte opplever med implementeringen.	14 helsepersonell som jobber på et sykehjem i en norsk kommune som hadde implementert livsgledestrategi. Inklusjonskriteriene var at informantene hadde jobbet i enheten før, under og etter implementeringen av livsgledestrategien.	Kvalitativ forskning design ble brukt. Analysen ble utført etter Kvaales metode av kvalitativ innholdsanalyse.	1. Hvordan livsgledestrategi påvirker pleieaktiviteter på sykehjem. 2. Utfordringer med gjennomføring av livsgledestrategi. 3. Informanter som opplevde motstanden mot implementeringen mente at det var for mye å dokumentere, det var for komplisert og kravene var for mange.	Styrker: Studien kunne være grunnlaget for å endre livsgledeopplæringsprogram for helsepersonell med fokus på problemer med implementeringsprosessen. Svakheter: 1. Funnene ble oversatt fra norsk til engelsk og ved oversettelse av data er det alltid en risiko for å misforstå og miste noe av det originale innholdet. 2. Alle informantene var kvinner, som er en begrensning.
Johnsen K.M.F., Fossum, M., Ehrenberg A. "Nursing documentation in nursing homes: Auditing of the content and quality of resident records and assessing the reliability of the measurement instrument N-Catch" 2014 Nordic Journal of Nursing Research Norge	Å undersøke innholdet i og kvaliteten på sykepleiedokument asjonen samt interbedømmer og test-retest- reliabiliteten ved bruk av journalgransking instrumentet N- Catch på et utvalg av pasientjournaler fra beboere i norske sykehjem.	200 pasientjournaler fra 15 norske sykehjem.	En kvasi- eksperimentell studie med beskrivende design. Svenson metode ble brukt for analyse av ordinaldata.	1. Totalt 75% av sykepleiediagnosene ble vurdert til å være upresise og 60% av notatene var mangelfulle, utydelige, ikke språklig korrekte, og relevant informasjon manglet. 2. N-Catch instrumentet kan brukes for å vurdere innhol og sammenheng i dokumentasjonen fra pasientjournaler, men bør følges opp med noe validering.	Størrelsen på utvalget er slik at man kan diskutere sterke og svake sider ved resultatene av journalgranskingen, interbedømmer- og test- retest-reliabilitetstestene.

Forfatter, Tittel Publiserings år Tidsskrift Land	Hensikt	Utvalg/ Populasjon	Design, metode og analyse	Resultat/Funn	Styrker/svakheter
Larjow E., Von Fintel M., Busse A. "A mixed method study of quality differences between applied documentation approaches in nursing homes" 2022 BMC Nursing Tyskland (University of Bremen)	Å identifisere kvalitetsforskjeller mellom diverse dokumentasjons- tilnærminger fra tyske sykepleiere perspektiv og å hjelpe sykehjems ledere med å kritisk gjennomgå dokumentasjonsstrate- giene deres og bedre evaluere fordeler og ulemper ved deres nåværende dokumentasjonsmåte.	250 sykepleierledere, utdannet sykepleiere, pleieassistenter og ufaglærte omsorgspersoner r) fra tyske sykehjem.	Et forskningsdesign med blandede metoder ble brukt med kvantitative elementer og en kvalitativ komponent. Både den kvantitative og kvalitative analysen var basert på Donabedians rammeverk.	1. Regelmessige møter til å reflektere over utfordringer med dokumentasjon kan øke sykepleiernes oppfatning av dokumentasjon som en verdifull del av sykepleie. 2. Regelmessig opplæring kan på sikt bidra til å forbedre motivasjonen for bedre dokumentasjon. 3. Mer investering i digital infrastruktur er nødvendig.	Styrker: Bruk av blandede forskning metoder og relativt god størrelse av prøvegruppen. Svakheter: Mangel på 'cause and effect' konklusjoner. Utvalgsskjevheten til utvalget. Ulike utvalgsstørrelser av de to brukergruppene med et mindre antall deltakere på ikke-SM-tilnæringsgruppen.
Shiells K., Diaz Baquero A.A., Stepankova O., Holmerova I. "Staff perspectives on the usability of electronic patient records for planning and delivering dementia care in nursing homes: a multiple case study" 2020 BMC Medical Informatics and Decision Making Belgia, Spania, Tsjekkja	Å utforske brukervennlighets- problematikken knyttet til EPJ for utredning og pleieplanlegging for personer med demens i sykehjem, fra personells perspektiv.	3 sykehjem - 1 fra Belgia, 1 fra Spania og 1 fra Tsjekkisk Republikk deltok i studien. 8 deltakere fra det tsjekkisk, 7 fra det spanske og 6 fra det belgiske sykehjem.	Utforskende kvalitativt forskningsdesign med flere casestudier tilnærming ble brukt. Kontekstuelle undersøkelser ble utført med 21 ansatte. Tematisk analyse ble utført til å kode intervjudata og deretter sortert i en prioritert komponent i rammeverket for evaluering av helseinformasjons- teknologi.	1. EPJ-systemer i sykehjem bør kunne tilpasses og gjenspeile retningslinjer for beste praksis for demensomsorg. 2. Alle nivåer av sykehjems personell bør konsulteres under utvikling, implementering og evaluering av EPJ- systemer som en del av en iterativ, brukersentrert designprosess.	Styrker: Kombinert sammenligning av sykehjem fra tre ulike europiske land. Svakheter: Utvalgsskjevhet kan ha oppstått da ledelsen ble bedt om å velge ansatte til intervju i henhold til deres tilgjengelighet. Oversettelse av utskrifter fra originalspråket til engelsk kan ha ført til at noen nyanser gikk tapt. Ett sykehjem var privat, mens de andre 2 kommunale.

2.4 Metodekritikk

I denne oppgaven ble det brukt litteraturstudie som metode. Vi utførte et systematisk litteratursøk ved å bruke de databasene som var anbefalte av skolen (Høgskolen på Vestlandet 2023, campus Haugesund), samt er anerkjente av det vitenskapelige miljøet. Vi brukte databaser som CINAHL, Cochrane, Medline, SveMed+ og ResearchGate.

I første fasen av vårt søk, når vi inkluderte Livsglede (Joy-of-Life) som søkeord i lag med de andre søkeordene våret, fikk vi null resultater. Derfor bestemte vi å søke litteratur som handler om kvalitetssikring av sykepleie dokumentasjon i et separat søk. Vi kom med en hypotese at tiltakene som bidrar til forbedring av sykepleiedokumentasjon på vanlige sykehjem, dvs. ikke-Livsglede-sykehjem, kunne sannsynligvis hjelpe med å løse den samme problemstillingen på Livsgledesykehjem. En av svakhetene med denne oppgaven er at vår hypotese kunne være feil. Empiri fra Livsgledesykehjem kan potensiell vise at deres realia er annerledes og tiltakene som fungerer i vanlige sykehjem er ikke av å nytte på Livsgledesykehjem.

I vår databasesøk implementerte vi alle tilgjengelige strategier på å oppnå best mulig resultat. Vi brukte trunkering med de fleste søkeordene, noe som kan øke antall treff på både entall- og flertallsformer og diverse varianter av ordene (Thidemann, 2019, s.87-88). Dette kan gi både positive og negative resultater. Man øker antall treff, men på den annen side kan det resultere i veldig lange lister av lite aktuell litteratur (Thidemann, 2019, s.87-88). I tillegg, brukte vi de boolske operatorene AND og OR. Vi valgte å ikke bruke operatoren NOT, siden den kan utelate mange treff (Thidemann, 2019, s.87-88). Men det er også mulig at ved å bruke denne operatoren hadde vi funnet flere relevante artikler.

Vi valgte å inkludere et par artikler fra andre land (USA, Belgia, Tsjekkia, Spania og Tyskland) for å få bredere bildet, samt kunne undersøke hva som ble gjort i andre

land og kanskje få inspirasjon og tips fra andre sine erfaringer. Dette kan resultere i potensielle kultur- og tolkningsforskjeller. Dessuten, noen mener at norske sykehjem er blant de beste i verden, så sammenligning med sykehjem fra land med muligens annerledes kvalitet på eldreomsorgen kunne gi ikke fornuftige resultater.

Som nevnt ovenfor, er denne litteraturstudien basert hovedsakelig på kvalitative studier. Spørsmål om påliteligheten og gyldigheten til de innsamlede data i kvalitative studier kan bli stilt. Kvalitative studier baseres stort sett på meninger og personlige erfaringer av informanter, som er intervjuet med målet å innsamle empirisk informasjon. Resultatene kan bli da påvirket av hvem, hvor og når som er intervjuet. En artikkel hadde bare kvinner som informanter, noe som er ikke representativt for hele befolkningen. Imidlertid er de fleste ansatte på sykehjem i Norge damer.

En annen aspekt av denne oppgaven som kunne kritisk vurderes er omfanget av studiene. Antallet av informanter i analyserte artiklene varierer fra 9 til 250, som er ikke et veldig stort antall. Mer omfattende utvalgsstørrelser gir generelt mer pålitelige resultater.

2.5 Kritisk vurdering av valgt litteratur

I en litteraturstudie brukes data som er samlet inn av andre forskere. Kunnskapen organiseres fra flere allerede eksisterende kilder for å skape en systematisk fremstilling (Thidemann, 2019, s.77). Når man jobber med eksisterende litteratur, krever det kritisk vurdering av kvalitet av studier som har blitt valgt for egen oppgave.

Det som var viktig for oss i søk etter aktuelle artikler, var om innholdet belyste problemstillingen, om forskningen var utført i sykehjem og om funnene kunne brukes i forhold til Livsgledeprosjektet. Vi har brukt Helsebibliotekets sjekklister som er skreddersydde for å sjekke kvaliteten på ulike typer forskningsdesign. De fleste artiklene vi analyserte hadde kvalitativ design. Listen for kvalitative studier sjekker

blant annet om kvalitativ metode er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen, om formålet med studien er tydelig presentert, og om innsamlingen av data ble utført på en måte som svarer adekvat på problemstillingen (Helsebiblioteket, 2021b).

Aveyard (2019, s.121) påstår at for kvalitative studier det er også relevant å vurdere *hvem* skrev artikkelen og *hvor* den ble publisert. For eksempel, i vår vurdering av Johnsen et al. (2014) artikkelen fra ResearchGate, undersøkte vi hvem forfattere var. Både Johnsen K.F. og Ehrenberg A. var forskere ved Institutt for Helse- og Sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder, mens Fossum M. er professor ved det samme universitetet. Forskningen ble publisert av Universitet i Agder, som vi vurderte er garanti for kvalitet av studien. Når det gjelder kvalitet i forskning, uttalelser fra Dalland (2017, s.55-56) understreker viktigheten av reliabilitet som dreier seg om hvorvidt resultatene er til å stole på. Ved å beskrive metodene en har anvendt for å samle inn data til undersøkelsen på en transparent måte, samt identifisere potensielle feilkilder som kan ha påvirket resultatene, gir man leseren en mulighet til å evaluere påliteligheten av egen forskningsinnsats (Dalland, 2017, s.55-56).

Kritiske spørsmål vi stilte oss i vår søk etter relevante data var blant annet om funn fra artikler som behandler problematikken av sykepleiedokumentasjon i ikke-Livsgledesykehjem kan overføres til de sykehjem som deltar i prosjektet, om resultater fra forskning utført i andre land er like relevant til vår problemstilling, og om antall informanter i alle studiene var stor nok til å representere hele situasjonen. I tillegg, de fleste artiklene vi brukte var ikke eldre enn 2019, men i forhold til Johnsen et al. (2014) artikkelen lurte vi på om studien er ikke for gammel for å gi aktuelle svar.

2.6 Forskningsetikk

Forskningsetikken er en del av etikken, og utgjør en type nytta etikk. Forskningsetikk er i nasjonale forskningsetiske retningslinjer definert som “verdier, normer og

institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet” (Forskningsetikk, 2018). Retningslinjene uttrykker et bredt omgrep om forskningsetikk, som omfatter ansvar for god vitenskapelig praksis, ansvar for individ og grupper som inngår i eller blir påvirket av forskningen, og ansvar for bruk av kunnskapen i samfunn og miljø (Forskningsetikk, 2018).

Datamaterialet vår var kritisk vurdert ift. etisk godkjenning og deltakelse samtykke. Artiklene fra CINAHL var enten godkjente av etiske komiteer, “peer-reviewed” eller trengte ikke etikkgodkjenning. Artikkelen fra ResearchGate var utgitt av Agder Universitetet i Norge, som vi synes overholder etiske retningslinjene. Deltakelsen i undersøkelsene var frivillig og anonym, uten identifiserbare data samlet inn. I begynnelsen av intervjuene ble det innhentet informert samtykke, og alle metoder ble implementert i samsvar med gjeldende retningslinjer og forskrifter.

I arbeidsprosessen med denne oppgaven fulget vi HVL-, Kunnskapsbasertpraksis-, og De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene retningslinjene.

2.7 Analyse

Ifølge Thidemann (2019, s. 92) å analysere en tekst innebærer å grundig granske og tolke den for å oppnå forståelse og avdekke dens budskap. Leseren utforsker både helheten og delene av en tekst, slik at man kan få en detaljert oversikt over innholdet. Det er essensielt å identifisere sentrale temaer som utgjør kjerneelementene i teksten (Thidemann, 2019, s.92.). Nielsen et al. (2023, s.180) forklarer temaer som de vesentlige emnene i en artikkel som leseren oppfatter ved å lese gjennom teksten.

Når en tekst analyseres, er det avgjørende å holde problemstillingen. Tankene om hva man ønsker å få kunnskap om under lesing og tolkning vil veilede analysen, og svarene bidrar til å kaste lys over både problemstillingen og de valgte temaene. En

grundig analyse åpner også opp for ulike tolkninger, og kontinuerlig veksling mellom tekstanalyse og tolkning utgjør en viktig del av kvalitetskontrollen. (Dalland, 2020, s.94)

I løpet av analyseprosessen gjennomgikk vi forskningsartiklene nøye, reflekterte over innholdet og diskutere funnene grundig. Etter første lesing hadde vi valgt 12 artikler som vi tenkte var relevante for oppgaven. Seks av dem som fullførte inklusjons og kvalitet kriteria best ble inkludert i analyseprosessen. De seks er inkluderte i litteratormatrise i vedlegget. For å analysere innholdet i artiklene brukte vi *tematisk analysemodell* (Aveyard, 2019, s.141-143; Thidemann, 2019, s.97). Vi identifiserte tema fra hver artikkel. Det kom tydelig at det var et par temaer som gjentok seg i flere artikler. Tilbakevendende temaer skrev vi ned i lister. Deretter brukte vi markeringspenn med ulike farger for å markere de forskjellige temaene. Vi brukte for eksempel gul farge for tema “ledelse” og oransje for “opplæring og kompetanseutvikling”, osv. Til slutt, hadde vi seks lister med sentrale temaer, som ble farget i fem diverse farger. Neste steg i vårt arbeid var å sortere temaene i fem grupper, som tilsvarte de fem fargene. Tabellen nedenfor gir en oversikt over temaene med funn fra hver artikkel.

Tabell 5 Temaene med funn fra artiklene

Artikkel	Ledelse	Kompetanseheving og opplæring	Tilsyn/ revisjon	Motivasjon og holdninger	Praktiske intervensjoner
Moldskred et al., 2021		x	x		x
Moe & Brataas, 2019	x	x		x	x
Andre et al., 2021	x	x		x	x
Johnsen et al., 2014			x	x	x
Larjow et al., 2022	x	x		x	x
Shiells et al., 2020		x			x

3. RESULTATER

Emner som dukker opp gjentatte ganger i artiklene vi har undersøkt inkluderer: ledelse, tilsyn/revisjon, motivasjon og holdninger, og praktiske intervensjoner. I dette kapitlet ser vi nærmere på ledelse, kompetanseheving og kontinuerlig opplæring, samt praktiske intervensjoner, som blir drøftet i detalj i neste kapittel.

3.1 Ledelse

Flere forskere (Moe & Brataas, 2019; Andre et al., 2021; Larjow et al., 2022) mener at ledelse spiller en vesentlig rolle i forbedring av sykepleiedokumentasjonen. Andre et al. (2021) indikerte at nylige endringer i dokumentasjonssystemet har som mål å knytte sammen aktiviteter og sykepleietiltak. Helsepersonell opplevde imidlertid utfordringer på grunn av økt etterspørsel etter dokumentasjon uten tilstrekkelige ressurser. For en smidig implementering bør ledelsen sikre tilstrekkelig forberedelse og ressurser (Andre et al., 2021).

Larjow et al. (2022) fremhever at anerkjennelse av verdien av dokumentasjon fra annet helsepersonell og ledelse er en nøkkelfaktor som påvirker kvaliteten på dokumentasjonen. Det er ledelsens ansvar for å gi opplæring og gjennom dette bidra til langsiktige forbedringer i motivasjon for dokumentasjon, spesielt til fordel for eldre ansatte og de med innvandrerbakgrunn.

Moe & Brataas (2019) studie understreker at lederstøtte og et endringsteam gir motivasjon å iverksette innsats for å sikre høy omsorgskvalitet. Teamet spiller en avgjørende rolle i å implementere nye Livsgledeideer i hele organisasjonen, inkludert å fremme læring og endre atferden til pleiepersonell. Systematiseringen av Livsglede konseptet er medvirkende til den praktiske implementeringen. Når det støttes av ledere og et team i en lærende organisasjon, kan sykepleiere og hjelpepleiere fungere som endringsagenter.

3.2 Kompetanseheving og kontinuerlig opplæring

Flere studier (Moldskred et al., 2021; Moe & Brataas., 2019; Andre et al., 2021; Husson et al., 2022; Larjow et al., 2022; Shiells et al., 2020) indikerer at kompetanseheving og kontinuerlig opplæring spiller en betydelig rolle i sykepleiedokumentasjon forbedringsprosesser.

Moldskred et al., (2021) identifiserer mangel på kunnskap og særlig evne til å navigere i programvaresystemet som hoved utfordring i sykepleiedokumentasjon. I artikkelen blir det foreslått at undervisning i dokumentasjonsferdigheter, pedagogiske økter med informasjon om oppdaterte kriterier og terminologi, sjekklister for å identifisere sykepleiers kunnskap og ferdigheter i anvendt programvare, samt utarbeiding av undervisningsmaterieill og kort med dokumentasjonsretningslinjer tilgjengelige rett ved datamaskiner kunne bidra til økt kvalitet i sykepleiedokumentasjon.

Læring på alle nivåer i organisasjon blir nevnt som krav på veien til suksess med forbedringsarbeid i flere artikler (Moe et al., 2019; Shiells et al. 2020). Ifølge både Moe & Brataas (2019) og Shiells et al. (2020) bør sykehjems personell på alle nivåer bli involvert i utvikling, implementering og evaluering av EPJ-systemer gjennom en helhetlig, brukersentrert designprosess. I tillegg ansatte med begrenset erfaring med teknologi ville ha ønsket mer grunnleggende opplæring fra arbeidskolleger og mulighet for ekstra opplæring ved behov, spesielt for eldre ansatte og ansatte med utenlandsk bakgrunn (Larjow et al., 2022). Gruppelæring, støtte av et team i organisasjonen, samt praktisk øvelse og scenariobasert opplæring i elektronisk dokumentasjon ble nevnt som effektive midler for å oppnå bedre kvalitet av sykepleiedokumentasjon (Moe & Brataas, 2019).

3.1 Praktiske intervensjoner

Flere studier viser at det finnes en rekke praktiske intervensjoner som kan potensiell heve kvaliteten av sykepleiedokumentasjon. En av gjentakende funn i litteraturen er at systematiske gjennomganger ('umbrella reviews') indikerte høyere kvalitet i sykepleiedokumentasjonen når det var på linje med sykepleieprosessen (Moldskred et al., 2021; Andre et al., 2021). Noen av deltakere i studien til Andre et al. (2021) uttalte at ved implementering av Livsgledeprosjektet var det for mye å dokumentere og dokumentasjonskravene var for kompliserte. Derimot, ble det notert en forbedring etter implementering av en skreddersydd intervensjonsstrategi for alle trinn i sykepleieprosessen.

En annen praktisk tiltak var å forsyne hver avdeling med tilfredsstillende antall arbeidsstasjoner for dokumentasjon, dvs. med ekstra antall datamaskin, slik at ansatte trenger ikke å vente på sin tur når det kommer tid for å dokumentere dagens aktiviteter (Moldskred et al., 2021; Larjow et al., 2022; Shiells et al., 2020).

En til praktisk intervensjon som kunne potensielt hjelpe ved kvaliteten av dokumentasjon er bruk av teknologi som touchpad, nettbrett, smarttelefon, omfattende internettforbindelse og automatisk talegjenkjenning (Moldskred et al., 2021; Larjow et al., 2022; Shiells et al., 2020).

Å gjøre dokumentasjon mindre tidkrevende og enklere å utføre, kunne oppnås gjennom bruk av standardiserte systemer og sykepleiespråk, forklaringer til elektroniske dokumentasjonsfelt på både norsk og andre språk, automatisk formuleringshjelp og tekst som automatisk fylles ut via talegjenkjenning; varslingssystemer som leder direkte til den aktuelle behandlingen og rullegardinmenyer som enkelt kan tilpasses, samt god plass til fritekst (Moldskred et al., 2021; Larjow et al., 2022; Shiells et al., 2020).

Studien til Shiells et al. (2020) understreker viktigheten av å kunne justere ulike elementer i EPJ for å møte de spesifikke behovene til det konkrete sykehjem og dets personale. I samme studien beskrives viktigheten av enkel tilgang til EPJ-utvikler som kan raskt se på eventuelle tekniske problemer. I Belgia var det en spesifikk ansatt til stedet som var ansvarlig for administrasjon og øyeblikkelig hjelp med IKT.

4. DISKUSJON

I dette kapitlet drøftes resultatene av analysen i lyset av problemstillingen, teoretisk bakgrunn, tidligere forskning, samt praktisk erfaring.

4.1 Ledelsens rolle i sykepleiedokumentasjon

Effektiv ledelse er essensiell for å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, samt å forbedre tjenester som ikke møter standardene. Moe og Brataas (2019) påpekte i sin studie at lederen spiller en viktig rolle i tilrettelegging av samarbeidet med Livsglederollepersoner, ansattes motivasjon til dokumentering og effektiv håndtering av motstand. Innføringen av et nytt tankesett, vektlegging av gruppelæring, og systematisering av arbeidsprosesser gjennom Livsgledekonseptet bidro betydelig til den praktiske implementeringen av prosjektet. Moe og Brataas (2014, s.31-32) skriver i en Livsglede følgestudie at samarbeidet mellom lederne og Livsgledestiftelsen om planlegging og strukturering av sertifiseringsarbeidet var viktig.

Ledelse tenkning og arbeidskultur påvirker sterkt motivasjon og engasjement av alle ansatte. Lederstøtte og et endringsteam synes å være drivkraften bak implementeringsinnsatsen som sikrer kvalitet i pasientsentrert omsorg (Moe & Brataas, 2019). Implementering av Livsgledeideer på alle organisasjonsnivåer, dokumentasjonen det krever, samt å fremme læring og endre atferden til personalet, var et betydelig ansvar for lederen. I den samme studien står det at opprettelsen av en kultur for samarbeid og prioritering av kvalitet er avgjørende for vellykket utviklingsarbeid. Dette antyder også at avdelingsledere med et kulturelt rammeverk kan effektivt overvåke utviklingsprosesser (Moe & Brataas, 2019).

For helsetjenesten er det av avgjørende betydning å implementere et internkontrollsystem som sikrer overholdelse av lover og forskriftskrav. I samsvar med helsepersonelloven (2023, § 39-40) innebærer dette å etablere journalføringssystemer, utpeke en superbruker blant personalet, og utvikle rutiner, prosedyrer, maler og instruksjoner for å fremme riktig dokumentasjonspraksis. Manglende overholdelse av disse kravene kan få alvorlige konsekvenser, og det er derfor kritisk at helsetjenesten tar disse forpliktelsene på alvor. I samsvar med lover og forskrifter som styrer dokumentasjonskrav, er den som er ansvarlig for virksomheten, forpliktet til å sikre at dokumentasjonen følger de juridiske og forskriftsmessige standardene (Helsepersonelloven, 2023, § 39-40).

Andre et al. (2021) mener at ledelse har en sentral rolle i å skape sunne arbeidsmiljøer, forbedre kvaliteten på pasientbehandling og fremme trivsel blant sykepleiere. Lederes evner har en betydelig sammenheng med sykepleiernes opplevelser av arbeidsmiljøet (Andre et al., 2021). Studien indikerer at sykepleiere i sykehjem foretrekker ledere som utviser omsorgsfull atferd, effektiv kommunikasjon, kompetanse og kontroll. Det er også en klar sammenheng mellom positiv lederatferd og forbedret pasienttilfredshet. Dette understreker betydningen av ledelsespraksis for å oppnå bedre resultater. Forskning indikerer også at relasjonsorientert ledelse, som fremmer samarbeid mellom sykehjemsbeboere og helsepersonell, kan styrke både beboere og ansatte, og til slutt bidra til høyere kvalitet på omsorgen (Andre et al., 2021).

Johnsen et al. (2014) mener at ufullstendig og unøyaktig dokumentasjon kan føre til implementering av feil intervensjoner for pasienten. I tilfelle manglende informasjon, blir det utfordrende å utarbeide en individuelt tilpasset pleieplan. En pasientjournal som legger til rette for god dokumentasjon, er av stor betydning både for pasientgruppen og helsepersonellet. Studien indikerer at 75% av sykepleiediagnosene ble ansett som upresise, og 60% av notatene var mangelfulle, utydelige, ikke språklig korrekte, og manglet relevant informasjon. Gjennomføringen av en årlig "fagdag" organisert av ledere gir muligheten til å forbedre kvaliteten på

dokumentasjonen. Det tiltaket bidrar til å unngå mangler i informasjonen og sikrer at relevante detaljer blir korrekt dokumentert. Dette har en avgjørende betydning for pasientene, familiene deres og det overordnede dokumentasjonssystemet.

Forskningsresultatene av Andre et al. (2021), Larjow et al. (2022) og Moe og Brataas (2019), bekrefter at sykepleiernes jobbtilfredshet er sterkt knyttet til ledelse.

Resultatene peker på en sammenheng mellom ledelse, jobbglede, omsetning og sykefravær, og disse faktorene påvirker både pasientenes trivsel og kvaliteten av sykepleiedokumentasjon og den gode omsorgen.

4.2 Opplæring og kompetanseheving

Avsnittet over indikerer at sannsynligvis en av de viktigste oppgavene til en leder er ansvar for å tilrettelegge for mest optimalt nivå av kompetanse hos ansatte gjennom kontinuerlig opplæring. I flere artikler (Moldskred et al., 2021; Moe & Brataas, 2019; Andre et al., 2021; Husson et al., 2022; Larjow et al., 2022; Shiells et al., 2020) står det at arbeid med opplæring og kompetanseheving har en nøkkelrolle for å sikre kvalitet på sykepleiedokumentasjon, både på sykehjem med og uten Livsglede prosjektet.

Ongkiehong et al. (2016) mener at gjennom opplæring “skapes det noe nytt som ikke eksisterte tidligere, noe som kan gi en forhøyet grad av kunnskap, ferdigheter og innsikt”. Opplæring kan ikke minst resultere i økt engasjement, trygghet, men også øke motivasjon til å lære enda mer. Ifølge Ongkiehong et al. (2016), en avdeling fikk en økning på 54% av gjennomsnittlig antall registreringer per måned etter implementering av internundervisning i sykepleiedokumentasjon. Undervisningen foregikk i prosjektform med målgruppen som besto av alle medarbeidere på avdelingen. Intern opplæring innenfor den samme avdelingen skaper en følelse av eierskap til kurset. Medarbeiderne er kjent med kursholderne, noe som gjør det mer

komfortabelt å søke hjelp når det gjelder dokumentasjon av spesifikke problemstillinger. Det ble notert en økning i faglige diskusjoner blant medarbeiderne angående dokumentasjon, og at de støtter hverandre med å dele erfaringer og gi råd om formuleringer og metoder for sykepleiedokumentering (Ongkiehong et al., 2016).

Moldskred et al. (2021) ledet et kvalitetsforbedringsprosjekt som identifiserte et kunnskapshull i den elektroniske sykepleiedokumentasjonen på et sykehjem. Studie konkluderte at arrangement av opplæringsprosesser der personalet ble informert om oppdatert terminologi og kriterier for sykepleiedokumentasjon, spilte en viktig rolle for å forbedre kvaliteten på dokumentasjonen. *Nota bene*, opplæringen ble gjennomført av lederne for det lokale omsorgssenteret. Også er Andre et al. (2021) enige i det at det kan være nyttig å innføre opplæringsprogrammer for å gjøre ansatte mer motiverte og endringsvillige.

Det finnes studier som understreker at gruppelæring virker å være en effektiv faktor i prosessen av implementering av endringer på en arbeidsplass. Moe & Brataas (2019) i sin studie fant ut at teamet hadde en viktig rolle i å fremme læring og endre de ansattes atferd. På det studerte sykehjemmet, implementering av Livsgledekonseptet var en stor rutineendring, og dermed en lang læringsprosess. Arbeid med implementering påkrevd læring på alle nivåer i organisasjonen. Diskusjoner, erfaringsutveksling, gruppelæring og et endringsteam så ut til å bidra i endring av ansattes holdninger til Livsgledekonseptet og kravene som det stiller (blant annet til dokumentasjon) (Moe & Brataas, 2019).

Dessuten, data fra studien til Husson et al. (2021) tyder på at bruk av scenariobasert opplæring kan forbedre ansattes selvtillit og vilje for å fullføre dokumentasjon. I denne studien suksess av opplæring i elektroniske helsejournaler var knyttet til integrering av rollebaserte scenarier som samtidig ga tid til praktisk øvelse. Praktiske øvelsene var vurderte veldig høyt av ansatte (Husson et al., 2021).

Også studien til Larjow et al. (2022) ga resultater at opplæring er en viktig faktor for tilfredshet med dokumentasjon, spesielt for eldre ansatte og ansatte med innvandrerbakgrunn. Investering i regelmessig opplæring kan bidra til økt motivasjon for dokumentasjon på lang sikt (Larjow et al., 2022). Lignende funn rapporterer Shiells et al. (2020). De påpeker at ansatte med begrenset erfaring med teknologi hadde ønsket seg mer grunnleggende opplæring fra arbeidskolleger og mulighet for ekstra opplæring ved behov. Samtidig, ansatte på alle nivåer på et sykehjem bør konsulteres som en del av en iterativ, brukersentrert designprosess (Shiells et al., 2020).

I våre studiepraksis i lokale sykehjem, sykepleiedokumentering var alltid prioritert og rutiner ble satt opp slik at det var tid for å dokumentere. De fleste sykehjem arrangerer et par ganger i året so-kalte "fagdager". Fagdager fokuserer på diverse områder, som for eksempel dokumentasjon, og gir opplæring for både nye og erfarne medarbeidere. Dette inkluderer observasjon av pasienter, forståelse av hva som skal dokumenteres, samt sikring av korrekt plassering i Geric/Profil/Gat-systemet. På slike fagdager inviterer lederne fagfolk med omfattende kunnskap innen gitt emne, både internt og utefra. Disse ekspertene holder forelesninger og er ofte assistert av IKT-personell som har full kontroll over datamaskiner og dokumentasjonssystemet. Vi la merket til det at deltakere av det type opplæring hadde lav stress nivå, siden de var i lag med sine vanlige arbeids kollegaer. Det har alltid vært god atmosfære på "fagdager", noe som på sikt kan bidra til forbedret kvalitet av arbeid med dokumentasjon. Sykehjem som ønsker å bli Livsgledesykehjem, eller beholde Livsgledesertifikatet bør anbefales å holde lignende aktivitetsdager regelmessig.

4.3 Praktiske intervensjoner

Sannsynligvis det mest pragmatiske tiltaket en kan iverksette for å øke kvaliteten på sykepleiedokumentasjon er praktiske intervensjoner. En systematisk forskning utført av Moldskred et al. (2021) indikerer en betydelig forbedring av

sykepleiedokumentasjonen når den er i harmoni med sykepleieprosessen. Analogt med dette, kunne Livsgledesykehjem prøve ut å integrere Livsgledesirkelen i dokumentasjonssystemer deres. Dette kunne gjøre det enklere å skrive ned viktig informasjon og redusere både arbeidsmengde og tidsbruk. Tid er en viktig faktor i forbedring prosesser og det var flere studier (Moldskred et al., 2021; Moe & Brataas, 2019, Andre et al., 2021; Johnsen et al., 2014) som viser at sykehjemansatte klager på mangel av tid for å dokumentere, særlig i Livsgledesykehjem som trenger enda mer omfattende dokumentering. Effektiv tidsorganisering kunne påvirke kvaliteten av sykepleiedokumentasjonen på en positiv måte. I vår egen sykehjempraksis har vi opplevd noen ganger situasjoner når på grunn av tidsmangel var sykepleiedokumentasjon nedprioritert.

Flere forskere (Moldskred et al., 2021; Shiells et al, 2020) har lagt merke til at hver avdeling burde være utstyrt med flere datamaskiner. Det kunne også være flere arbeidsstasjoner med datamaskiner ved siden av hverandre slik at ansatte kunne samarbeide samtidig om dokumentasjon. Mangel av ledige datamaskiner har vi også opplevd i vår praksis. Særlig ved vaktskifter, når flere ansatte vil dokumentere samtidig, må en vente på sin tur. Det har skjedd at vi måtte bruke datamaskiner på legekontor for å kunne rekke å dokumentere. Både Larjow et al. (2022) og Shiells et al., (2020) tyder på at bruk av nettbrett, smartfoner og automatisk talegjenkjenning kunne lette dokumentering.

Arbeid med elektroniske verktøy er forbundet med språk- og bruksbarrierer, særlig for omsorgspersonell med innvandrerbakgrunn og eldre ansatte (Larjow et al., 2022). I denne studien foreslo deltakerne at det skulle være forklaringer til felter i elektronisk dokumentasjon på både norsk og andre språk. Formuleringsassistanse og tekst som automatisk fylles ut via talegjenkjenning ble også foreslått som tiltak for å forbedre dokumentasjonen. Laukvik et al. (2022) støtter dette og sier at bruk av hensiktsmessige strukturer eller maler i EPJ systemet, gjør det mulig for sykepleiere å dokumentere individualisert og personlig informasjon. Rullegardinmenyer skal kunne tilpasses unike behov. Det er fortsatt behov for fritekstplass for å kunne skrive lengre

observasjoner. Vi har erfaringer fra vår sykehjempraksis og andre helseinstitusjoner hvor faste ansatte ba oss studenter om hjelp med både språkformuleringer og teknisk bruk av elektroniske dokumentasjonssystemer.

Tilpasning av det elektroniske dokumentasjonssystemet for å imøtekomme spesifikke behov i sykehjemmet og dets personale ble også identifisert som viktig. Enkel tilgang til EPJ-utvikler og lokal IKT-støtte ble ansett som kritisk. Det ble anbefalt (Shiells et al., 2020) å konsultere alle nivåer av sykehjems personale under utvikling, implementering og evaluering av EPJ-systemer for å kunne tilpasse systemet for det bestemte sykehjemmet. I tilfelle av Livsgledesykehjem er det kanskje enda viktigere, siden dokumentasjon av Livsgledeaktiviteter er mer omfattende.

I tillegg, noen forskere (Moldskred et al., 2021; Andre et al., 2021; Johnsen et al., 2014) mener at regelmessig revisjon og konstruktive tilbakemeldinger til ansatte kunne påvirke forbedring av dokumentasjonen. Sykehjemmet fra Moldskred (2021) studie hadde en effektiv lokal strategi hvor tilbakemelding av revisjonsfunn var utført ved lunsjpause og i vaktskiftemøter.

5. KONKLUSJON

Forskning viser at ledelse, opplæring og praktiske tiltak er sentrale i kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjon i Livsgledesykehjem. Ledere har en nøkkelrolle i å sikre både pasientomsorg, arbeidsmiljø, engasjement og kunnskap om dokumentasjon. Opplæring, spesielt gruppe- og scenariobasert, har vist seg effektivt i forbedringsarbeidet. Implementering av Livsgledekonseptet krever omfattende rutineendring, støttet av læring på alle nivåer, samt fungerende endringsteam. Praktiske tiltak som reduserer skrivearbeid, forenkler skriveprosesser og tilpasser dokumentasjonssystemet til sykehjemmets og Livsgledekriterienes behov, kan forbedre dokumentasjonskvaliteten. Moderne teknologi kan også være en nyttig ressurs.

Videre forskning om effekter av tiltakene i forbedringsarbeidet er nødvendig, spesielt med tanke på å øke kunnskapen om hvilke tiltak som gir best mulig effekt i kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjon. Vi anser framtidige studier som viktige for å undersøke tiltak som kan forbedre kvalitet i sykepleiedokumentasjon.

6. Referanseliste

Andre, B., Grønning, K., Jakobsen, F.F., & Haugan, G. (2021). "Joy of life" in nursing homes. Healthcare personnel experiences of the implementation of the national strategy. A qualitative study with content analysis of interviews. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12913-021-06801-w.pdf>

André, B., Jacobsen, F. F., & Haugan, G. (2022). How is leadership experienced in joy-of-life-nursing-homes compared to ordinary nursing homes: A qualitative study. BMC Nursing, 21(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00850-0>

Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care* (4th ed.). McGraw-Hill Education.

Brekke, Å. (2006). Juridiske rammer for sykepleiedokumentasjon. I Heggdal, K. *Sykepleiedokumentasjon* (2. utg., p. 224). Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., p. 267). Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave.). Gyldendal.

Forskningsetikk (2018, 29. oktober). *Kva er forskningsetikk*. De nasjonale forskningsetikk komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/kva-er-forskningsetikk/>

Forskrift om en verdig eldreomsorg. (2020). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. (FOR-2020-06-19-1238). Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten m.m.* (FOR-2002-12-20-1731). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Grønseth, R., & Jerpseth, H. (2019). Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen (1. utgave.). Fagbokforlaget.

Heggdal, K. (2006). Sykepleiedokumentasjon (2. utg., p. 224). Gyldendal akademisk.

Helsebiblioteket. (2021a, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsebiblioteket. (2021b, 17. september). *Sjekklist*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>

Helsedirektoratet (2017, mars). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016. Utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren*. IS2613. Oslo:
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/analyse-av-utviklingstrekk-i->

[omsorgssektoren/Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%202016.pdf/](https://omsorgssektoren/Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%202016.pdf) /attachment/inline/2fe4ad3d-03ea-4f97-be6d-eb120bbacb21:9c39030245940162be780e98ce622576db2c3ea2/Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%202016.pdf

Helsedirektoratet (2018, 28. juni). *Forsvarlighet*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>

Helsebiblioteket. (2017, 09. Juni). *Spørsmålsformulering*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering>

Helsepersonelloven. (2023). Lov om helsepersonell mv. (LOV-2023-04-28-8).

Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Husson, N. M., Trangenstein, P. A., & Ketel, C. (2021). Education to Improve Point of Care Documentation in Home Care Nurses: A Quality Improvement Project. *Computers, informatics, nursing: CIN*, 40(3), 165–169.

<https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000811>

Ingstad, K., & Keeping, D. (2019). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie* (1. utgave.). Gyldendal.

Johnsen, K., Ehrenberg, A., & Fossum, M. (2014). Nursing documentation in nursing homes: Auditing of the content and quality of resident records and assessing the reliability of the measurement instrument N-Catch. [Dokumentasjon av sykepleie i sykehjem: En vurdering av innhold og kvalitet på

sykepleiedokumentasjonen og vurdering av reliabiliteten til instrumentet N-Catch]. *Vård i Norden*. 34. 27-32. 10.1177/010740831403400206.

<https://www.researchgate.net/publication/272418960>

Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold et al. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 98-114). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2016). *Grunnleggende sykepleie: B.1: Sykepleie - fag og funksjon: Vol. b. 1* (3. utg., p. 386). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). *Grunnleggende sykepleie: B.2: Grunnleggende behov: Vol. b. 2* (3. utg., p. 422). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2021). *Grunnleggende sykepleie: B.3: Å styrke pasientens ressurser: B. 3* (4 utg., p. 274-275). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N.J., Skaug, E., Steindal, S.A. & Grimsbø, G.H. red. (2021). *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste*. (4 utg). Gyldendal akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-1997-02-27-358)*. Lovdata.

<https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>

Larjow, E., Von Fintel, M., & Busse, A. (2022). A mixed- methods study of quality differences between applied documentation approaches in nursing homes. BMC Nursing. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-01046-2>

Laukvik, L.B., Mølsted, K., & Fossum, M. (2017). Felles fagspråk i sykepleiedokumentasjon. (2017, 05. mai). Sykepleien 2017;105(61855): e-61855. 10.4220/Sykepleiens.2017.61855

Livsglede for Eldre. (2016). *Ryddet i huset*. <https://livsgledeforeldre.no/wp-content/uploads/2018/04/Rydde-i-huset-2.pdf>

Livsglede for Eldre. (2020a). Om oss. Vi endrer eldreomsorgen! Hentet 2. desember 2023 fra <https://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/om-kontoret/>

Livsglede for Eldre. (2020b, januar). Beskrivelse av sertifiseringsordningen Livsgledehjem. <https://livsgledeforeldre.no/wp-content/uploads/2024/05/Beskrivelse-serti.pdf>

Livsglede for Eldre. (u.å.) Livsgledesirkelen. Hentet 20. november 2023 fra <https://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/livsgledesirkelen/>

Internkontrollforskriften (1997). *Forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter* (FOR-1996-12-06-1127). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>

Meld. St. 10 (2018-2019). *Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig* — Den statlege frivillighetspolitikken.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-10-20182019/id2621384/>

Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet* — En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgensdagen omsorg*. Helse- og

omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/sec3>

Moe, A & Brataas, H. (2014). Veien mot å bli Livsgledesykehjem; en følgestudie.

https://livsgledeforeldre.no/wp-content/uploads/2016/05/Veien-mot-a%CC%8A-bli-Livsgledesykehjem_Aud-Moe.pdf

Moe, A., & Brataas, H. (2019). Becoming a Joy of Life Nursing Home: Experiences of the implementation work. Nordisk Sygeplejeforskning.

<https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:639acbe0-1252-40b7-b44a-3cdb90152999>

Moldskred, P.S., Snibsøer, A.K. & Espehaug, B. Improving the quality of nursing documentation at a residential care home: a clinical audit. BMC Nurs 20, 103 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00629-9>

Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Jørgensen, P. S. (2023). Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag. Bergen: Fagbokforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (u.å., a). Dokumentasjon og planlegging av sykepleie. Norsksykepleierforbundet. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/dokumentasjon-og-planlegging-av-sykepleie>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å., b). Kvalitet og pasientsikkerhet. Norsksykepleierforbundet. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/kvalitet-og-pasientsikkerhet>

Ongkiehong E., Tangen, H., & Oddvang, T.K. (2016). Opplæring ga bedre bruk av pleieplan. *Sykepleien* 2016;104(5):52-54. <https://sykepleien.no/forskning/2016/04/opplaering-ga-bedre-bruk-av-pleieplan>

Öhlen, A., C., Forsberg & E., Broberger (2013) Documentation of nursing care in advanced home care. I: Home health care management. [online] 25 (4) s. 169-175. URL: <http://hhc.sagepub.com/content/25/4/169.short>

Pasient – og brukerrettighetsloven (2023). *Lov om pasient –og brukerrettigheter* (LOV-2023-12-20-106). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pasientjournalforskriften (2021). *Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften)* (LOV-2021-10-08-2958). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168>

ResearchGate (u.å.). About us. Hentet 11. desember 2023 fra

<https://www.researchgate.net/about>

Rokstad, A. M. M. (2021). Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Rokstad, A. M. M. (2023). Livskvalitet i sykehjem. I Rokstad, A. M. M., Anvik, C. H., & Ødegård, A. (Red.), *Sykehjemmet: hjem, helseinstitusjon og arbeidsplass* (1. utgave.). Fagbokforlaget.

Sandvand, E., & Vabo, G. (2007). Dokumentasjon i sykepleien: en basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon (p. 240). Høyskoleforlaget.

Shiells, K., Diaz Baquero, A.A., & Štěpánková, O. (2020). Staff perspectives on the usability of electronic patient records for planning and delivering dementia care in nursing homes: a multiple case study. *BMC Med Inform Decis Mak* 20, 159 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01160-8>

Skogstad, A. (2015). Effektiv og ivaretagende ledelse. Viktige perspektiver og modeller. I Einarsen, S., & Skogstad, A. (2015). *Ledelse på godt og vondt* (2. utg., p. 398). Fagbokforlaget.

Statistisk sentralbyrå. (2023, 29. Juni). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Ssb.no.

<https://www.ssb.no/en/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

Stubberud, D.G. (2018). Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid (p. 173). Gyldendal.

Sørhaug, T. (1996). Om ledelse: makt og tillit i moderne organisering (p. 171). Universitetsforlaget.

Thidemann, I.J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Vabo, G. (2018). Dokumentasjon i sykepleiepraksis (3. utg., p. 247). Cappelen Damm akademisk.

Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) m.m.* (FOR-2020-06-19-1238 fra 01.07.2020). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighetsgarantien>

WHO (2017, november). *Pasient safety. Making health care safer*. Hentet 27. november 2023 fra:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf;jsessionid=703C0A0561DCA1AF6AA0C188DCFE2BED?sequence=1>

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg I

Tabell 6 Søkehistorikk

Database	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensing	Leste artikler	Artikler brukte i oppgaven
CINAHL 11.12.23	S1	"nurs* document**"	5 038			
	S2	"nurs* records"	5 911			
	S3	"nurs* record* system**"	220			
	S4	S1 OR S2 OR S3	9 944			
	S5	"nursing home**"	60 129			
	S6	"care home**"	65 395			
	S7	"residential care center**"	28			
	S8	"long term care facilit**"	6 061			
	S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8	111 918			
	S10	Improv*	908 300			
	S11	"improv* means"	13 210			
	S12	"improv* method**"	27 772			
	S13	better	296 162			
	S14	enhance	11 392			
	S15	S10 or S11 or S12 or S13 or S14	1 127 142			
	S16	quality	633 276			
	S17	"improv* quality"	150 652			
	S18	S16 or S17	633 399			
	S19	S4 and S9 and S15 and S18	157			
	S20	S19 begrenset	14	2013-2023 -Full text attached -Academic Journals	5	4 Moldskred et al. (2021) Larjow et al. (2022) Laukvik et al. (2022) Shiells et al. (2020)
CINAHL – separat søk med "Livsglede"	S1	"joy-of-life"	11	2013-2023 -Full text attached -Academic Journals	2	2 Andre et al. (2021) Moe et al. (2019)
Medline 10.12.23	S1	Nursing home and care home and improved quality and documentation and nursing records	6	2013-2023	1	1 (ikke brukt i analysen, men som ekstra kilde i diskusjonen) Husson et al. (2022)
Cochrane Library 10.12.23	S1	Nursing home and care home and improved quality and documentation and nursing records	17	Trials	1	Ekskludert Muller-Staub et al. (2007)

7.2 Vedlegg II: Sjekkliste

Sjekkliste eksempel for en artikkel som følger kvalitativ studie design:

Andre, B., Grønning, K., Jakobsen, F.F., & Haugan, G. (2021). "Joy of life" in a nursing homes. Healthcare personnel experiences of the implementation of the national strategy. A qualitative study with content analysis of interviews.

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

-Ja

Kommentar:

Forfatterne utforsker hvordan ansatte opplever 'Joy-of-Life-Nursing-Home'-strategien over en periode etter implementeringen og identifisere utfordringer knyttet til denne gjennomføringen.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

-Ja

Kommentar:

Studien benyttet en kvalitativ tilnærming, og gjennomførte intervjuer med 14 helsepersonell i sykehjem i en norsk kommune som hadde implementert 'Life-of-Life-Nursing-Home'-strategien. Analysen fulgte Kvaales kvalitative innholdsanalysemetode, og resulterte i tre hovedkategorier: (a) egenskapene til omsorgsaktiviteter før implementeringen, (b) påvirkningen av 'Life-of-Life-Nursing-Home' på omsorgsaktiviteter, og (c) utfordringer knyttet til gjennomføringen.

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

-Ja

Kommentar:

Intervjuene med 14 helsearbeidere ga forskerne konkrete svar som bidro til å presentere resultatene av studien. Tilbakemeldingene fra helsearbeiderne, som jobbet på sykehjemmet og hadde førstehåndserfaring med implementeringen av Livsglede på sykehjemmet, var avgjørende for å forstå virkningene både på institusjonens tjenestekvalitet og på de ansatte selv.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

-Ja

Kommentar:

Forskere samarbeidet med institusjonen, ledelsen og de aktive deltakerne i Livsgledeprosjektet. Intervjuer ble gjennomført i form av semistrukturerte gruppesamtaler, der helsepersonell deltok aktivt i hele forsknings- og intervjuprosessen.

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

-Ja

Kommentar:

Kvalitative forskningsintervjuer er mellommenneskelige situasjoner der to parter deltar i en samtale om et felles tema. Intervjueren søker å bekrefte informantens tolkning av svarene gjennom individuelle intervjuer som strakte seg over 6 måneder, med hvert intervju varighet på 30-40 minutter. Spørsmål dekket oppfatninger av Livsglede-sertifiseringsprosessen, påvirkningen på arbeidet i sykehjemmet og troen på implementeringens effektivitet. Intervjuene ble tatt opp, transkribert og analysert i samsvar med Kvaales tilnærming til kvalitativ innholdsanalyse, med flere

samarbeidsforhandlinger mellom forskerne for å sikre nøyaktig tolkning og kategorisering av dataene.

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

-Ja

Kommentar:

Ja. Forskeren utarbeidet en strategi for å undersøke helsearbeiderne som aktivt deltok i institusjoner der Livsglede-programmet ble introdusert og implementert. Informantene i studien gjennomført i Livsglede -kommunen ble nøye utvalgt ved hjelp av en målrettet prøvetakingsmetode. Ledelsen ga forskerne en liste over frivillige helsepersonell for studien, og alle ble informert om temaet før intervjuet. Kun informanter som hadde erfaring fra enheten før, under og etter implementeringen av Livsglede ble inkludert.

Er etiske forhold vurdert?

-Ja

Kommentar:

De etiske retningslinjene, inkludert frivillig deltakelse, skriftlig informert samtykke og mulighet for tilbaketrekking når som helst, ble nøye fulgt. Informantene mottok grundig informasjon om studiens formål og mål før de ga skriftlig samtykke til deltakelse. All innsamlet data ble anonymisert. Prosjektet er registrert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata, Data Vernetjenester, under referansenummer 238.331. Før dette sendte de en søknad til Regionalt utvalg for medisin og helseforskningsetikk, som konkluderte med at godkjenning for det pågående prosjektet ikke var påkrevd i henhold til Helseforskningsloven.

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

-Ja

Kommentar:

Forskerne benyttet en kvalitativ tilnærming og intervjuet helsepersonell som arbeidet på sykehjem i en norsk kommune. Analysemetoden fulgte Kvaales tilnærming til kvalitativ innholdsanalyse. Studien ble gjennomført i samarbeid med kommunen hvor implementeringen fant sted, da veiledning i implementeringsprosessen anses som viktig. Forskerne var uavhengige av både de som implementerte Livsglede og kommunen. De valgte en retrospektiv tilnærming innenfor det kvalitative paradigmet for å utforske helsepersonellens opplevelser av implementeringen. Semistrukturerte individuelle intervjuer ble valgt som foretrukket metode, og for å få en dypere forståelse av informantenes opplevelser, ble innholdsanalyse valgt som analysestrategi. Flertallet av informantene i denne studien delte positive erfaringer knyttet til implementeringen av Livsglede strategien.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

-Ja

Kommentar:

Forskerens strategiske tilnærming bygget på grundig forskning, intervjuer og samarbeid med sentrale interessenter som kommuner, institusjonsledere og helsetjenesteansatte som aktivt er involvert i implementeringen av Livsglede-programmet. Deltakerne, med ulik bakgrunn og alder, har personlig opplevd programmets positive effekter på å forbedre tjenestekvaliteten for både pasienter og ansatte.

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

-Ja

Kommentar:

Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

-Ja

Kommentar:

Denne studien gir inngående innsikt i effekten av Livsglede-prosjektet på både pasienter og ansatte, og avdekker hvordan programmet positivt påvirker pasientenes livskvalitet. Gjennom grundige undersøkelser, intervjuer og aktiv involvering av arbeidere i programmet, gir denne forskningen verdifull innsikt i de overordnede effektene av prosjektet.