



«Vi har jo blåboka, svartboka og alle listene ...» En kvalitativ studie blant pleiefaglig ansatte og studenter om dokumentasjonspraksis i helse- og omsorgstjenesten.

**“We have the blue book, the black book and all the lists...”
A qualitative study among nursing staff and students about documentation practice in the health and care service.**

Jorunn Bjerkan

Førsteamanuensis, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Levanger

jorunn.bjerkan@nord.no

Victor Valderaune

Universitetslektor, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Namsos

victor.valderaune@nord.no

Rose Mari Olsen

Førsteamanuensis, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Namsos

rose.m.olsen@nord.no

Sammendrag

Selv om elektronisk pasientjournal (EPJ) ble innført i kommunehelsetjenesten i Norge for minst ti år siden, har vi erfart en utstrakt bruk av papirbasert tilleggskondokumentasjon. Formålet med studien var å utvikle kunnskap om hvordan delt dokumentasjonspraksis mellom elektronisk pasientjournal og papirbaserte støttesystemer fungerer, og om dette kan innvirke på pasientsikkerheten. Studien hadde et utforskende design med bruk av fokusgruppeintervju. Vi intervjuet tre ansattgrupper i tre kommuner og tre studentgrupper ved sykepleier- og vernepleierutdanningen på et universitet. Data ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Vi avdekket en utbredt bruk av papirbasert dokumentasjon som erstatning for eller supplement til den elektroniske pasientjournalen: lapper, lister, bøker og utskrifter. Dette opplevde informantene var nødvendig for å kunne dokumentere og kommunisere pasientinformasjon internt og mellom enheter. Studien viser at EPJ-systemet våre informanter brukte, ikke fylte behovene de hadde for informasjonsflyt, da systemet kunne være enten fysisk utilgjengelig eller utilstrekkelig. Kombinert bruk av papirbasert dokumentasjon og EPJ medførte fare for pasientsikkerheten fordi informasjonen ble fragmentert og det ble usikkert hva som var gyldig informasjon. Papirbasert dokumentasjon kunne forhindre uønskede hendelser når EPJ var utilstrekkelig eller utilgjengelig. Vi fant likevel at EPJ-bruken var under utvikling og etter hvert erstattet noen av de papirbaserte rutinene.

Nøkkelord

elektroniske pasientjournalssystemer, primærhelsetjeneste, sykepleie, dokumentasjon, kvalitet og pasientsikkerhet, uønskede hendelser

Abstract

Extensive use of paper-based documentation is discovered in spite of the introduction of electronic patient records (EPRs) for at least ten years ago in elderly care. The purpose of the study was to develop knowledge about how shared documentation practices between an EPR and the use of paper-based support systems work in practice and whether this can affect patient safety. We used a focus group interview with an explorative design. We interviewed three staff-groups in three municipalities. Three group interviews were also conducted with nursing students and social educator students. Data were analysed using systematic text condensation. We discovered a widespread use of paper-based documentation as a replacement for, or supplement to, the Electronic Patient Record: Notes, lists, books and EPR-transcripts. The informants perceived this as necessary in order to document and communicate patient information internally as well as between units. The study shows that the EPR system did not fulfil the need for information flow, as the EPR could be either physically unavailable or inadequate. The paper-based documentation was both used to replace or supplement the EPRs. Combined use of paper-based documentation and EPR posed a danger to patient safety, fragmenting the information, and it brought uncertainty as to what the valid information source was. Paper-based documentation could prevent adverse events when EPR was inadequate or unavailable. However, we found that the use of EPR was evolving, and gradually replaced some of the paper-based routines.

Keywords

Computerized Medical Record System, primary healthcare, nursing, documentation, quality and patient safety, adverse events

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Manglende kommunikasjon og svikt i informasjonsflyt er en del av utfordringsbildet knyttet til overganger innad og mellom tjenestenivå
- Med økt spesialisering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene stilles enda større krav til god informasjonsutveksling mellom helsepersonell for å ivareta pasientsikkerheten
- Elektronisk pasientjournal (EPJ) er et verktøy som skal sikre at helsepersonell til enhver tid har tilgang til relevante og nødvendige opplysninger om pasienten
- Helsepersonell har i ulik grad fortsatt å bruke papirbasert dokumentasjon parallelt med EPJ, men det er uvisst hvorfor de gjør det, og hvilken betydning denne delte dokumentasjonspraksisen har for pasientsikkerheten

Hva tilfører denne studien?

- Helsepersonell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene opplever at EPJ-systemet ikke dekker deres behov for å dokumentere og kommunisere pasientinformasjon internt og mellom enheter
- For å sikre informasjonsflyt bruker helsepersonell papirbasert dokumentasjon som erstatning for, eller supplement til, EPJ
- Bruk av papirbasert dokumentasjon kan ikke bare medføre fare for, men også forhindre, uønskede hendelser i pasientbehandlingen

Innledning

Denne artikkelen handler om informasjonsflyt og pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og hvordan dette håndteres ved hjelp av elektronisk pasientjournal (EPJ) i kombinasjon med papirbaserte støttesystemer.

Dokumentasjon av helsehjelp er lovpålagt (Pasientjournalloven, 2014). Prosedyrer og sjekklister er både del av journalføringen, nødvendig for arbeidsflyten og dermed grunnleggende for pasientsikkerheten i kommunehelsetjenesten. Dokumentasjonsarbeidet gjennomføres i dag ved hjelp av EPJ-løsninger i alle landets kommuner. I Norge er det i 2020 tre ulike EPJ-løsninger i bruk for ansatte i helse- og omsorgssektoren: Gerica (Tieto Evry), Profil (Visma)

og CosDoc (nå DIPS) (Riksarkivet, 2017). Studenter lærer i sine studier å dokumentere og hente relevant informasjon for pasientbehandling og pleie ved hjelp av praksisstedets EPJ-systemer. Med papirbaserte støttesystemer mener vi i denne studien håndskrevne dokumenter av alle slag eller utskrifter fra EPJ som benyttes i en helse- og omsorgskontekst for å bidra til informasjonsflyten og pasientsikkerheten i pasientarbeidet.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene preges av involvering av mange pleiere, og ulike fagpersoner på forskjellige omsorgsnivåer og ulike fagdisipliner må samarbeide (Gjevjon, 2014; OECD, 2013). En forskyvning av behandlingsansvaret fra sykehus til kommunehelsetjenesten innebærer at pasienter i kommunene i dag er mer skrøpelige og har mer avanserte, sammensatte og behandlingskrevende problemstillinger (Næss, Kirkevold, Hammer, Strand & Wyller, 2017). I denne komplekse konteksten er tilstrekkelig dokumentasjon og informasjonsutveksling avgjørende for å sikre kontinuitet i pasientomsorgen (Jefferies, Johnson & Griffiths, 2010; Waibel, Henao, Aller, Vargas & Vazquez, 2012).

Dokumentasjon av helsehjelp, informasjonsflyt og faren for uønskede hendelser er en gjenganger i media og i tilsynsrapporter (Helsetilsynet, 2016). Dokumentasjon av helsehjelp er knyttet til informasjonsflyten i pasiententforløpet. Dermed er dette også en grunnleggende faktor i nasjonale satsinger som *Én innbygger, én journal* og *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender-24/7* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Skjellanger et al., 2014).

I *Én innbygger – én journal* (pkt. 1.3) slås det fast at «de teknologiske mulighetene utnyttes ikke». Meldingen poengterer nødvendigheten av tilgang til relevant informasjon slik at «helsepersonell raskt kan danne seg et helhetlig bilde av pasient eller bruker, og ha et godt grunnlag for å velge riktig utredning eller behandling».

Med pasientsikkerhet forstår vi «vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelse eller mangel på slike» (WHO, 2009). Vi vil i denne studien avgrense begrepet til pasientsikkerhet i utøvelsen av helsehjelp i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring* (Helsedirektoratet, 2019, s. 8) påpekes det en fortsatt manglende kommunikasjon og svikt i informasjonsflyt som del av utfordringsbildet knyttet til overganger innad og mellom tjenestenivå. I norsk sammenheng støttes overganger mellom enheter ved hjelp av e-meldinger (Melby, Brattheim & Hellesø, 2015). En systematisk oversiktsartikkel fant at uønskede hendelser inntraff i en til to per hundre pasientkonsultasjoner i primærhelsetjenesten (Panesar et al., 2016). Vi har ingen norsk registrering for kommunesektoren, men tall fra Norsk pasientskadeerstatning (2020) viser at 14% av sakene de mottok i 2019 omhandlet primærhelsetjenesten.

I 3 % av de registrerte pasientskadene i Norge er årsaken til svikt i behandlingen mangelfull journalføring, men hvilke mangler det her er snakk om, er ikke spesifisert. Henvendelser til Pasient- og brukerombudet (2019) skyldes blant annet direkte pasientskade, samhandlingsvansker og svikt i pasientforløp, forsinket, mangelfull informasjon og kommunikasjon.

Teori

Bruk av EPJ kan studeres i et teknologisk lys, der «Computer Supported Cooperative Work», (CSCW), eller på norsk «datastøttet samarbeid», er en sentral teori (Carstensen & Schmidt, 1999; Schmidt & Bannon, 2013). Denne sosioteknologiske retningen tar utgangspunkt i hvordan grupper eller enheter samarbeider og deres behov som grunnlag for å utvikle og ta i bruk digitale løsninger som understøttelse av samhandlingen. Utvikling og bruk av EPJ er derfor et område som CSCW-teorien dekker (Fitzpatrick & Ellingsen, 2013).

Kontinuitet i helsetjenesten har vært et tema for forskning i mange år, og som konsept er det blitt definert på en rekke måter (Heaton, Corden & Parker, 2012). Haggerty et al. (2003) introduserer et rammeverk som beskriver tre essensielle dimensjoner av konti-

nuitet: informativ, relasjonell og organisatorisk kontinuitet. Den informative kontinuiteten handler om at informasjon om pasienten utveksles mellom helsepersonell slik at den som gir helsehjelp, til enhver tid har oppdaterte opplysninger om pasientens helsetilstand og behov. Organisatorisk kontinuitet innebærer at tjenesten har nødvendige rammer og struktur, at helsehjelpen planlegges og koordineres, og at helsepersonellet har relevant kompetanse og nødvendig utstyr. Med relasjonell kontinuitet menes det at det er sammenheng i interaksjonen og/eller det pågående terapeutiske forholdet mellom en pasient og en eller flere helsepersonell. Den første dimensjonen, informativ kontinuitet, vil være vårt hovedfokus i denne studien. I tilfeller hvor det er vanskelig å ivareta relasjonell kontinuitet, det vil si når mange ulike fagpersoner er involvert i helsehjelpen til den enkelte pasient, er den informative kontinuiteten særlig viktig. Flere studier har vist at den relasjonelle kontinuiteten oppleves svært lav av pasienter i sykehjem (Vaismoradi, Wang, Turunen & Bondas, 2016) og blant de som mottar hjemmesykepleie (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2014).

«Gå utenom, sa Bøygen!» er et sitat fra Henrik Ibsen. Denne måten å omgå hindringer på er beskrevet vitenskapelig som «Theory of workarounds» (Alter, 2014). Vi velger å oversette dette begrepet til «omvei i arbeidsprosessen», og teorien defineres slik (forfatterens oversettelse): *En omvei i en arbeidsprosess er en målbevisst tilpasning til, improvisasjon i eller en annen endring av en eller flere aspekter av en eksisterende arbeidsrutine, for å overvinne, omgå eller minimere virkningen av hindringer, unntak, anomalier, uhell, etablert praksis, ledelsesforventninger eller strukturelle begrensninger som oppfattes å hindre at arbeidsrutinen eller dets deltakere oppnår et ønsket nivå av effektivitet eller andre organisatoriske eller personlige mål* (Alter, 2014).

Forutsetningen for at en arbeidsprosess skal kunne defineres som en slik omveisløsning, er altså en konkret prosess, praksis eller rutine i arbeidssituasjonen, med målsettinger man vil eller skal nå, og det er eller oppstår hindringer man må passere for å nå målet. Man må være i stand til å sette i verk en nødvendig omvei for å oppnå ønsket resultat.

Effekten av å benytte omveier i arbeidsprosesser kan være at man klarer å opprettholde kontinuitet i arbeidet på tross av hindringer eller eksempelvis mangel på informasjon. På den annen side kan slike omveier skape ineffektivitet, fare eller direkte feil, eller de kan dekke over mangler som kan få uheldige konsekvenser på sikt. Overført til det som er fokus i denne artikkelen, er det interessant å utvikle kunnskap om hvorvidt kombinasjonen av EPJ og bruk av papirbaserte dokumentasjonsverktøy i helse- og omsorgstjenesten, kan fungere som «workarounds» eller omvei i arbeidsprosesser og dermed influerer på pasientsikkerheten i positiv eller negativ retning.

Studiens formål og forskningsspørsmål

Formålet med denne studien var å undersøke dokumentasjonspraksis i kommunal helse- og omsorgstjeneste: Vi ønsket å utvikle kunnskap om hvordan delt dokumentasjonspraksis mellom en elektronisk pasientjournal og bruk av papirbaserte støttesystemer fungerer i praksis, og om dette kan innvirke på pasientsikkerheten.

Vi stilte følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke papirbaserte dokumentasjonsverktøy benyttes i tillegg til EPJ for å dokumentere og kommunisere helsehjelp?
- Hvorfor benyttes det papirbaserte støttesystemer for dokumentasjon av helsehjelp?
- Hvordan praktiseres informasjonsflyten ved hjelp av EPJ-systemet og de papirbaserte støttesystemene?
- På hvilken måte kan kombinasjonen av papirbasert og EPJ-basert dokumentasjonspraksis ha medvirket til eller forhindret uønskede hendelser?

Metode

Studien var del av et større prosjekt¹ der refleksjoner rundt nåværende dokumentasjonspraksis og behov for, og forventninger til, fremtidige løsninger, var tema. I denne studien valgte vi å benytte kvalitativ metode med et eksplorativt design for å få svar på våre forskningsspørsmål. Dermed ble fokusgruppeintervju valgt som metode. Fokusgruppeintervju er velegnet når en ønsker å stimulere til diskusjoner mellom deltakere som kan frambringe ulike forståelser, oppfatninger og erfaringer (Krueger & Kasey, 2014).

Utvalg

For å få et tilstrekkelig bredt utvalg i studien rekrutterte vi informanter som var ansatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og studenter på bachelorutdanning innen vernepleie og sykepleie. I ansattgruppen valgte vi strategisk ut tre kommuner: en mellomstor bykommune og to mindre landkommuner. Vi henvendte oss til enhetsledere i kommunene, og disse videreformidlet forespørsel om deltakelse til aktuelle ansatte. Vi satte som inklusjonskriterier at deltakerne var helsefaglig utdannet, og at de arbeidet i direkte pasientomsorg i minst 50 % stilling.

Studentene ble rekruttert ved to campuser ved et universitet i samme region som de ansatte var rekruttert fra. Invitasjon ble sendt til 3. års sykepleierstudenter og 2. års vernepleierstudenter for å sikre erfaring fra flere praksisstudieperioder. Inklusjonskriteriet her var studenter på de nevnte utdanningene som gjennom praksisstudier hadde fått erfaring med dokumentasjon av helsehjelp i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vi inkluderte to grupper med sykepleierstudenter og én gruppe vernepleierstudenter. Studentene kjente hverandre i varierende grad, alt etter størrelsen på studentkullet de tilhørte, men hadde ikke hatt praksisstudier sammen. De inkluderte ansattgruppene besto av sykepleiere, vernepleiere og helse- og omsorgsarbeidere. Noen var ansatt ved sykehjem, noen i hjemmetjenesten, mens noen jobbet i begge tjenester. Alle hadde mer enn to års erfaring fra direkte pasientomsorg. Ansattgruppene fra hver kommune kjente hverandre. Informantene fra bykommunen jobbet sammen på samme sykehjem, men på flere avdelinger, og fra landkommunene jobbet informantene på flere enheter, men kjente hverandre og jobbet delvis på tvers av enhetene. I ansattgruppen benyttet alle EPJ-system fra samme leverandør. Blant studentene hadde de erfaring ikke bare med dette EPJ-systemet, men også EPJ fra en konkurrerende leverandør fra ekstraarbeid utenom praksisstudiene.

Totalt 23 ansatte og studenter deltok, og det var fra 4–7 deltakere i hver av fokusgruppene. Alle unntatt én av deltakerne var kvinner. Antall deltakere i gruppene ble ikke forhåndsbestemt, men kom som et resultat av rekrutteringen og mulighet til å møte til avtalt tidspunkt ved de involverte enhetene.

Datasamling

Vi utviklet en semistrukturert intervjuguide med utgangspunkt i studiens hensikt. Guiden inkluderte følgende hovedtema:

- innhenting og formidling av informasjon ved innkomst og overføring av pasient
- innhenting og formidling av informasjon i den daglige omsorgen
- EPJ-systemets funksjon knyttet til behov for innhenting og utveksling av informasjon
- tilfeller hvor dokumentasjonspraksis/informasjonsutveksling førte til/kunne ha ført til uforsvarlig helsehjelp

1. Eurostarsprosjekt «E9080,- EHR Pathways – EHR treatment pathways for better care and professional nurse support in municipality Health service».

Vi gjennomførte i perioden mars–april 2015 seks fokusgruppeintervju. Tre fokusgrupper besto av ansatte (en fra hver av de tre kommunene), to besto av sykepleierstudenter (fra hver sine campuser), og en gruppe besto av vernepleierstudenter. Intervjuene ble gjennomført av artikkelforfatterne som parvis arbeidet sammen, som moderator og assistent (Krueger & Kasey, 2014). Moderatoren ledet intervjuet, mens assistenten supplerte og håndterte det tekniske. Hvert intervju varte opp mot 1 ½ time. Intervjuene ble tatt opp på lydfil.

Analyse

Intervjuene ble ordrett transkribert av forskerne. Materialet ble lagt til side en periode for så å bli lest gjennom på nytt. Vi fulgte analysemetoden beskrevet av (Malterud, 2001, 2012). Tekstene ble satt inn i et Excel-ark, og all identifiserbar informasjon ble fjernet før videre analyse. Deretter foretok vi en foreløpig tematisk grovsortering av materialet der ikke-relevante utsagn ble utelatt. Materialet ble så tematisk analysert og kodet opp mot hvert enkelt forskningsspørsmål. Vi fulgte Malterud sin metodikk med videre systematisk tekstkondensering i meningsbærende enheter, koder og kategorier (Malterud, 2011). Hovedkategoriene innen hvert forskningsspørsmål blir i resultatet presentert og underbygget med koder og ordrette sitater fra intervjuene. Eksempel på analyseprosessen er vist i Tabell 1.

Tabell 1 Eksempel på analyseprosessen

Foreløpige tema	Meningsbærende enhet	Kode	Kategori
De papirbaserte systemene	En avtalebok som oversikt over senere avtaler for pasienter	Bok for organisering	Bøker
Tekniske utfordringer i dokumentasjonsarbeidet	Beskjed om nedetid i nett og EPJ gir behov for papirbasert backupløsning	EPJ utilgjengelig pga system nedetid	EPJ utilgjengelig

Etikk

Det ble sendt informasjon om prosjektet til ledere ved aktuell enhet i de tre kommunene og i utdanningsinstitusjonen i forbindelse med forespørselen om deltakelse. Studenter og ansatte meldte seg frivillig til å delta i intervjuene. De fikk skriftlig og muntlig informasjon om forskningsprosjektet, og de ble også orientert om mulighet til å trekke seg fra studien dersom de senere skulle ønske det. Muntlig samtykke til deltakelse ble deretter innhentet før selve intervjuene startet. Prosjektet ble konferert med Norsk senter for forskningsdata (NSD) i slutten av februar 2015, og det ble da konkludert med at prosjektet ikke var meldeppliktig.

Resultat

De ansatte og studentene hadde hovederfaring med samme EPJ-system. Alle gruppene informerte om et mangfold av papirbaserte dokumentasjonssystemer i tillegg til EPJ, noe de erfarte var nødvendig for å kunne dokumentere og kommunisere pasientinformasjon internt og mellom enheter. EPJ dekket ikke behovene fullt ut. Tabell 2 viser skjematisk fremstilling av studiens resultat, med koder og kategorier relatert til forskningsspørsmålene.

Tabell 2 Dokumentasjonspraksis i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Skjematisk fremstilling av studiens resultat etter analysen

Forskningsspørsmål	Koder	Kategorier
Typer papirbaserte dokumentasjonsverktøy	Bok for organisering Bok for bestillinger Bok for visitt Gul-lapper og notater Utskrift for backup	Bøker Lister Lapper Utskrifter
Årsak til bruk av papirbaserte dokumentasjonsverktøy	System nedetid Teknisk svikt Mangel på IT-støtte Tidkrevende system Mangelfullt system	EPJ utilgjengelig EPJ utilstrekkelig
Informasjonsflyt ved bruk av elektronisk og papirbasert dokumentasjonsverktøy	På leting etter pasientinfo Kreative søk etter pasientinfo Mange kilder for pasientinfo Utrygg på informasjonen Usikker på å dokumentere Benytter EPJ mer Utvikler EPJ-bruk	På leting etter pasientinformasjon Dobbeltføring og ettersjekk Gråsonerpraksis EPJ-praksis under utvikling.
Konsekvenser av samtidig bruk av papirbasert og elektronisk dokumentasjonsverktøy	Mangelfull tilgang til pasientinformasjon Mangelfulle dokumentasjonsrutiner Kreativ dokumentasjonspraksis	Feilbehandling Feilmedisinering Feil unngått

Typer papirbaserte dokumentasjonsverktøy

Informantene fortalte om flere typer papirbaserte dokumentasjonsverktøy: bøker, lister, lapper, utskrift fra EPJ. Hensikten med disse var å organisere arbeidshverdagen, holde rede på bestillinger, forberede og ta notater i forbindelse med legevisitt og muntlig rapport, samt å holde oversikt over utførte pasientrelaterte oppgaver knyttet til behandling og pleie. Omfanget av papirbasert dokumentasjon varierte, med hovedvekt på ulike typer bøker på vaktrommene. Alle hadde erfaring med «Svartboka», ei kalenderbok for avtaler som del av organisering av arbeidsdagen. Disse kunne inneholde personbasert informasjon slik som frisørtimer, tannlegebesøk, injeksjoner og prøver som skulle tas i intervall, eller andre pasientavtaler. Kalenderboka inneholdt dessuten påminnelser om fellesarrangementer. «Svartboka» inneholdt dermed en miks av journalpliktig og ikke journalpliktig informasjon. «Vi har jo også en beskjedbok, der det står at i dag skal den og den til tannlegen. Det skal tas de og de blodprøvene av den og den pasienten. En slags huskelapp for oss selv.»

Andre avtalebøker gikk på oppgavefordeling for pleiepersonellet: «Vi har jo også «dagsheftet», med oversikt over oppgave- og ansvarsfordeling og ei oppdateringsbok til de som lager kjøreliste i hjemmesykepleien.»

Informantene fortalte også om visittbøker med informasjon rundt legebesøk. Her ble det fortløpende notert hva som skulle tas opp for den enkelte pasient til neste visitt, og under selve legevisitten hva som ble avgjort og eventuelt skulle følges opp videre etter visitten. Notatene ble ført inn i EPJ i etterkant.

Noen enheter hadde bøker der prøvesvar ble nedtegnet. Rapportbok ble til dels benyttet i tillegg til, eller som overlapp med, EPJ. En av enhetene hadde fortsatt en Kardex (dokumentasjonsverktøyet for sykepleie fra før EPJ ble introdusert) som overlappende dokumentasjonssystem.

De fleste av informantene hadde små gule notatbøker til å ha i frakkelomma for organisering av egen arbeidsdag eller for direkte behandlingsrettede formål. «*Notisbok, da (latter) Det er forbruksvare her på huset*».

Informantene snakket om en utbredt og variert bruk av lister. Disse var plassert på de rommene der det var formålstjenlig for pleiepersonalet å krysse av for gjennomførte behandlings- og pleieoppgaver: vaktrom, skyllerom, postkjøkken, medikamentrom eller pasientrommene/hjemme hos pasientene. Bestillingslister det ble orientert om var eksempelvis for matvarer og medikamenter. «*Ja, så på sykeheimen har vi jo egen dusj-liste, der det blir krysset av når pasienten blir dusjet og når det blir skiftet på senga*».

I tillegg beskrev informantene smørelister, dryppelister, dosettlister, avføringslister injeksjonslister, inhalasjonslister og midtrapportlister. I mindre omfang eksisterte det «gul-lapper» og andre løsrevne ark med informasjon for behandling og pleie, eller brev fra sykehus som ventet på å bli overført i EPJ. En variant av papirbasert tilleggsinformasjon var utskrifter fra EPJ. Dette var for det meste hovedkort og medikamentlister for bruk i behandling og pleie, eller de ble benyttet som del av rapportsystemet.

Årsak til bruk av papirbaserte dokumentasjonsvektøy

Informantene oppga flere årsaker til at de hadde en omfattende bruk av bøker og lister i tillegg til EPJ. Enten var EPJ utilstrekkelig eller utilgjengelig i dokumentasjonssituasjonen. De opplevde teknisk svikt og at IT-støtte da manglet. De opplevde også at PC eller nettbrett var fysisk utilgjengelig i situasjoner der pleier mottok muntlig informasjon eller behøvde å lese om pasient. EPJ var heller ikke tilstrekkelig for informasjonsformålet. Bruk av utskrifter fra EPJ hadde en klar sammenheng med teknisk svikt, eller planlagt og ikke planlagt nedetid for EPJ-systemet.

«Vi fikk en sånn lapp, eller det kom opp da vi åpnet EPJ-en (...) i morgen fra kl. 14 til 17 er nettet nede. (...) Så da må vi skrive rapport kl. 13, da. Så de siste tre timene kan det skje hva som helst uten at vi får gjort noe. Det synes jeg, det må være noen backup.»

«Nei, det at EPJ-en, at du ikke kom deg inn... det gikk jo ned midt i rapporten, så, ja. Hva skal du gjøre da? Da leste dem fra Svartboka, jeg er forkjemper for Svartboka.»

Informantene hadde erfart problemer med å få IT-faglig støtte når systemet gikk ned. Teknisk svikt opp mot helg ble ikke løst før over helga, og enheten hadde i perioden ikke tilgang til EPJ for pasientene sine. En annen årsak til utskrifter og papirnotater var langdryge påloggingsrutiner, opptil seks minutter, noe som gjorde EPJ utilgjengelig.

Alle hadde erfaring med mangelfull PC-kapasitet som gjorde tilgang til pasientinformasjon vanskelig. Spesielt PC-mangel ved rapport og på medikamentrom ga behov for utskrifter for å kunne gi muntlig rapport, og for administrering av medikamenter.

Visittboka var en praktisk ordning når tilsynslege ikke ønsket å benytte EPJ eller når løsningen var tungvint å benytte ved visitt. Informantene hadde erfart både påloggingsproblemer og utkasting fra systemet i travle visittsituasjoner.

Selve EPJ-systemet var utilstrekkelig i forhold til behovet for dokumentasjon og informasjonsflyt. Dette gjaldt i hovedsak to forhold: å finne korrekt plass for helsehjelpsinformasjonen i EPJ, og plassering av annen relevant informasjon som var viktig for pasienters velvære, men ikke nødvendigvis pasientjournalpliktig. Momenter informantene oppfattet å være «på gang» i pasientens tilstand, var et område der EPJ var uhensiktsmessig. Mangel på en modul for organisering av daglig arbeid og mangel på kalenderfunksjon med påminnelser i systemet medførte bruk av bøker på vaktrommene, manuelle arbeidslister og notisbøker i frakke-

lommene. *«Men dokumentasjonssystemet virker ikke som det er... en greier seg ikke bare med det, da... nei, må ha litt mer.»*

Både mangel på PC eller nettbrett og mangelfull funksjonalitet førte til bruk av lister. Disse var enkelt tilgjengelige, praktiske og effektive i daglig arbeid. Mange lister var heller ikke tilgjengelige i EPJ.

«Gul-lapper» på vaktrommet oppsto når telefonisk informasjon om pasient skulle formidles fra den som tok telefonen og til de som skulle utføre oppdraget. Bruk av lapper og brev ved PC for senere registrering kom fra noen som helst ikke selv dokumenterte i EPJ, eller hadde det travelt og derfor overlot dokumentasjonen til en kollega. *«Da er det ofte med et brev, eller en konvolutt med dokumentasjon på hva som har skjedd på sykehuset, og så skal det sendes elektronisk også, men det tar gjerne litt tid...»*

Her ble det fysiske brevet brukt som en ekstra sikkerhet for at informasjon skulle være tilgjengelig inntil e-meldingen kom, opptil et par dager senere.

Informasjonsflyt ved bruk av elektronisk og papirbasert dokumentasjonsverktøy

Det ble benyttet varierte løsninger for informasjonsflyt, både internt i daglig arbeid på enheten, mellom enheten og legetjenesten pasientene var tilknyttet, og mellom enheten og sykehus hvor pasientene var innlagt. Informasjonsflyten i de tre samhandlingsforholdene var karakterisert ved at aktørene var på leting etter pasientinformasjon, de bedrev dobbeltføring og ettersjekk for å sikre informasjonsflyten og de opplevde at dokumentasjon og informasjonsutveksling var uklar og en slags gråsonep praksis. På den annen side opplevde de også en EPJ-praksis under utvikling.

Informantene var i daglige situasjoner på leting etter pasientinformasjon fra mange kilder. Ny eller oppdatert pasientinformasjon ble gjerne først innhentet muntlig eller den kom i tillegg til skriftlige kilder og informasjon fra EPJ. Dette var nødvendig for å skaffe til veie et komplett datagrunnlag for pleie og behandling.

«I første omgang så er det den muntlige rapporten, og så er det å begynne å gå tilbake på rapportene og danne seg et bilde av den pasienten, eller alle for den saks skyld, og så likens må kunne gå tilbake på epikrisene for å danne seg et bilde.»

Informasjonsflyten mellom papirbaserte og EPJ-baserte informasjonskilder gikk begge veier: fra lister, bøker og lapper inn i EPJ, og fra EPJ ut til lister, lapper, bøker og som utskrifter. Det foregikk en dobbeltføring og ettersjekk for å sikre pasientoppfølgingen. Bøker ble typisk benyttet til påminnelser for fremtidige tiltak. Et eksempel kunne være en avtalebok hvor det ble gitt beskjeder fra en vakt til neste om planlagte aktiviteter eller konsultasjoner for pasientene. På den annen side reflekterte noen over at dobbeltføring i seg selv innebar en risiko: *«Det er mye shady med den Svartboka, da.»*

Teknologiske begrensninger påvirket informasjonsflyten og medførte også dobbeltføring og ettersjekk for informantene. Å bli kastet ut av systemet under arbeid eller ikke ha internettilgang når de hadde behov for tilgang til pasientopplysninger, medførte utstrakt bruk av papirkopier ved for eksempel vaktskifte. Dette, og et uoversiktlig oppsett i EPJ, gjorde at papirbaserte løsninger og muntlig informasjon ble foretrukket for raskere informasjonsinnhenting for å utføre pleiefaglige oppgaver. Ved andre enheter var dette ikke noen større utfordring, og vi så her en EPJ-praksis under utvikling.

«Vi tar ett planområde av gangen. Vi har begynt med sårskiftene ... Tidligere hadde vi masse lister i pasientenes skap, om sårprosedyrer, og så måtte vi fysisk skrive navnet ditt og datoen du hadde gjort det, ja, det husker jeg.»

Informantene håndterte informasjonselementene individuelt. I andre tilfeller hadde enheten bestemt at hendelser av kortvarig karakter skulle registreres i en obs-post i EPJ. Også informasjon om pasient som ikke strengt tatt omhandlet helsehjelp, samt mer generell relevant informasjon, falt i en type gråsonep praksis og ble dokumentert på ulike måter i enhetene. Flere oppga utrygghet i dokumentasjonspraksis som årsak til at bøker og lister ble foretrukket.

«Når du er utrygg så er det lettere å la være å gjøre det, enn å gjøre det. Det handler mye om at de ikke vet helt hvordan de skal gjøre det, og da blir det til at de lar være å gjøre det, og overlater til noen som kan det, og da blir det noen få som er veldig god på det, og de dagene de ikke er her, så blir det ikke gjort.»

Ved usikkerhet rundt observasjoner eller kortere tiltak havnet informasjonen i en gråsoner og delvis i obs-området i EPJ eller i ei bok for videre oppfølging. Eksempler som ble gitt av flere, gjaldt observasjoner ved kortvarig sykdom. Å opprette egne tiltaksområder her ble oppfattet å være omstendelig og tidkrevende.

Informasjonsflyten mellom informantene i vår studie og legetjenesten ble berørt i intervjuene. Visittboka var eksempel på dobbeltføring av pasientrelatert informasjon, og ført inn i EPJ i etterkant. Kommunikasjon rundt laboratoriesvar medførte doble rutiner og ettersjekk der telefon supplerte skriftlig informasjonsinnhenting. Slike dobbeltføringer kunne medføre feil i prøvetaking og medikamentdosering.

«Der jeg var i praksis, var det sykepleierne selv som tok INR-ene og fikk svarene, og så ringte du det inn til legekantoren, og så sier sekretærene; 'ja, skal si ifra til legen, han kommer i løpet av dagen'. Og så ble det torsdag, da kom svaret, når vi hadde ringt tre ganger til, og de skulle sende den doseringen på e-melding, men tre dager etterpå er litt lenge, da.»

I andre tilfeller kom prøvesvarene tilbake i løpet av samme dag via en e-meldingstjeneste som fungerte som de forventet, og e-meldingsforespørsler til legene ga raske svar. Her fant vi at EPJ-systemet var under utvikling som forutsatt.

Ikke alle legene dokumenterte medisinske diagnoser i det EPJ-systemet pleiepersonalet benyttet. Da oppga informantene at de som sykepleiere måtte arbeide med antagelser om diagnoser ut fra kunnskap om medikamentene de administrerte.

«Men vi har jo å oppdaga at – Oj! de har jo kanskje både en hjertesvikt og en nyresvikt som ikke er kjent for oss. Vi medisinerer jo ut fra at legen har sikkert tenkt, (...) men vi vet det jo ikke! Så det hadde vært kjekt, at alle diagnosene må ligge inne liksom, når du er inne under systemet til hjemmesykepleien. Det hadde vært veldig greit det, ja, for da hadde vi hatt mye større kontroll på å kunne bistå om det skulle skje noe.»

For ekstern informasjonsutveksling til sykehus var det også økt bruk av e-meldinger, men papir fulgte med som ekstra sikkerhet. Informantene fortalte om stor variasjon i effektiviteten og kvaliteten på disse meldingene, så i tillegg til digital overføring via e-meldinger ble informasjon verifisert eller etterspurt pr. telefon. Det foregikk altså både dobbeltføring og ettersjekk. «Og noen helgarderer seg, og sender både papir og elektronisk, sånn at de er sikre på at vi får den...»

Informantene beskrev at dette samarbeidet innebar en god del leting etter pasientinformasjon for eksempel ved nye pasientoppdrag. Det kunne mangle både bosted, medikament-

liste, medisinsk diagnose eller hva slags hjelp pasienten skulle ha når informantene mottok eller besøkte pasienten. Her lette informantene i gamle epikriser og journalføringer, innhentet informasjon pr. telefon eller søkte opp adressen via «Gule sider».

En gråsone informantene opplevde, var uensartet meldingspraksis fra sykehus. Det var personavhengig om meldinger ble kommunisert papirbasert eller via e-meldingstjenesten ved utskriving av pasient. Her fungerte e-meldingssystemet delvis etter forutsetningene.

Konsekvenser av samtidig bruk av papirbasert og elektronisk dokumentasjonsverktøy

På direkte spørsmål om årsaker til uønskede hendelser, vektla informantene mangelfull tilgang til informasjon om pasient og pårørende i EPJ, samt mangelfulle rutiner ved for eksempel medikamenthåndtering. Dette var forhold som ifølge informantene kunne gi, og hadde ført til, feilmedisinering og feilbehandling. I flere av eksemplene de ga, var det de ansattes årvåkenhet og kreativitet som hindret at en uønsket hendelse oppsto. Når informantene oppdaget feil og mangler, ble uønskede hendelser unngått ved telefonisk oppklaring. Et eksempel på kreative løsninger var når de etter kontortid så seg nødt til å benytte pasientenes egne telefoner for å nå rette pårørende, finne personer via internett, eller ringe andre enheter som hadde døgnvakt og journalopplysninger om vedkommende pasient: «Vi har jo noen eksempler der det kunne ha gått skikkelig galt (...) men da hadde vi heldigvis 1881, som vi kan finne noen telefonnummer på. Det føles ikke så veldig kvalitetssikret, da.»

Gul-lapper og notisboka i frakkelomma ble gjerne brukt i situasjoner der EPJ ikke var tilgjengelig, og hvor informasjon ble tatt imot muntlig. Beskjeder måtte noteres som midlertidig løsning for å sikre at disse ble husket og rett behandling og sykepleie ble gitt.

«Så kan du stå i en dusj, men du går jo med hovedtelefonen på deg, og så kan du få en telefon fra en lege, for eksempel, og den legen venter ikke til du er ferdig med å dusje pasienten. Så derfor går jeg med gul-bok på meg, har jeg lært nå da.»

Selv om notatene ble benyttet for å sikre pasientinformasjon, så informantene også faren med lapper og notater som skulle føres over i EPJ.

«Ja, jeg har ofte kommet på seinvakt, og så hadde det ligget fire lapper om at 'gjør det og det, for det har jeg glemt i dag', og så er det noen «snille» som rydder, da, og da forsvant lappene, og jeg hadde ikke gjort noe av det som sto på lappene, for å si det sånn, når kvelden kommer. Jeg er veldig imot sånt, da. Jeg er veldig glad i alt som er på dataen.»

Selv om de fleste administrerte medikamenter direkte ut fra EPJ, var det også en del papirbaserte løsninger og dobbeltføringer som kunne medføre feil. For eksempel ble marevandosering notert på papir og oppbevart i perm. Dette ble brukt sammen med papirutskrifter av medikamentforordning i EPJ.

Diskusjon

Resultatet viser et bredt spekter av papirbaserte støttesystemer i bruk selv etter mange års bruk av EPJ i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Selv om sykehjem i Norge har hatt EPJ fra seinest 2010 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), og de fleste i enda lengre tid, fant vi at det fortsatt ble benyttet ulike papirbaserte støttesystemer mange år etter innføring av EPJ på arbeidsplassen. Haggerty et al. (2003) peker

på den organisatoriske kontinuiteten som spesielt fremtredende i situasjoner med kroniske sykdommer og komplekse forhold, gjerne der det samhandles på tvers av enheter. Hverdagen i kommunal helse- og omsorgstjeneste preges nettopp av slike komplekse forhold og med pasienter som har kroniske sykdommer. Både visittbøker, brev og gul-lapper er eksempler på verktøy for å oppnå denne kontinuiteten på tvers: raskt og effektivt både å finne og formidle videre nødvendig informasjon om pasienter og andre oppgaver i enheten (Jagannath, Sarcevic & Forte, 2018). Dette bidro til sikkerhet i behandling og oppfølging av pasienten. Det kom tydelig fram blant informantene at EPJ i liten grad dekket behovet for avtaler og tilgjengelige lister for gjennomføring av oppgaver eller oppdatering av utførte oppdrag. Tilsvarende er funnet internasjonalt (Gephart, Carrington & Finley, 2015; Stevenson & Nilsson, 2012). Innen CSCW er formålet å støtte oppunder samhandlingsprosesser med digitale verktøy (Schmidt & Bannon, 2013). Når det fortsatt var såpass utstrakt bruk av papirbaserte systemer for å oppnå formålet for dokumentasjonsarbeidet, kan man fastslå at EPJ-innføringen på langt nær har hatt forventet suksess. Flere av de oppgavene som er vevd inn i pasientarbeidet, slik som legevisitt, rapport og pasientrettede avtaler, ble ikke dekket av EPJ, og hovedtanken fra CSCW med å ta utgangspunkt i systembrukeres samhandlingsbehov ser ikke ut til å ha vært i fokus i systemutviklingen.

Informantene opplevde ikke at EPJ var tilstrekkelig for å dekke den nødvendige informasjonsflyten i pasientrelatert eller avdelingsrelatert arbeid. Tilsvarende funn er beskrevet hos Stevenson og Nilsson, (2012) samt Østensen og Moen (2015). Årsaksforholdene reflekterer formålet som er beskrevet over: at det var mer effektivt og enklere både å organisere arbeidet, bestille timer eller varer og føre rapport eller visitt via bøker, lister og utskrifter enn ved direkte bruk av EPJ. Tekniske forhold spilte inn: I helse- og omsorgssektorens arbeidshverdag med stor informasjonsflyt er det en grunnleggende forutsetning at man har tilgang til EPJ rent fysisk, og at verken pålogging eller tilgang til EPJ i situasjonen hindrer informasjonsinnhenting eller egen dokumentasjon av helsehjelp. Når informantene i tillegg opplevde at systemet gikk ned og at support ikke var å oppdrive etter ordinær kontortid, førte dette til duplisering av EPJ-informasjon ved hjelp av utskrifter som egen back-up-løsning for å ivareta pasientsikkerheten. Dette kan forstås som en mistillit til systemet, og at man i ulike situasjoner velger alternative løsninger eller omveier i tråd med Alter, (2014). Allerede i 1997 pekte Musen og van Bommel (1997, kap. 31) på prinsipper for EPJ som at de skulle være enkle og effektive å benytte, samt robuste i bruk. Når informantene opplevde at løsningene ikke innfridde disse grunnleggende kravene, tok de i bruk alternative papirbaserte løsninger for å sikre den informative og delvis også den organisatoriske kontinuiteten i sykepleien (Haggerty et al., 2003).

Omsorgstjenesten preges av både intern og ekstern samhandling og oppgavefordeling (Vik, 2018). Formålet med å innføre EPJ har vært å samle og strukturere pasientinformasjon, og gjøre den tilgjengelig og oppdatert for helsepersonell til enhver tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Shiells, Diaz Baquero, Štěpánková & Holmerová, 2020). Praksisen med dobbeltføring mellom EPJ og papirbaserte støttesystemer ble i denne studien oppfattet som nødvendig for å oppnå kvalitet og pasientsikkerhet, men dobbeltføring kunne også medføre potensiell risiko for feil. Rajkovič et al. (2016) peker i sin studie også på et mangfold av dokumentasjonselementer. Dermed er ikke målet med EPJ oppnådd, og løsningen møter ikke realitetene eller eventualitetene i arbeidssituasjonen. Alter (2014) trekker i sin teori om omveier i arbeidsprosessen frem improvisasjon som et grep, noe våre informanter også ga flere eksempler på. De benyttet omveier forbi standardiserte prosedyrer i dokumentasjonspraksis, her ved papirbaserte løsninger, fordi dette var effektivt. Muntlig ettersjekk av informasjon krever derimot mertid, noe som kunne vært unngått om EPJ hadde fungert som forventet.

Et annet moment Alter (2014) trekker frem i sin teori, er gråsonene, noe våre resultater også spiller. Resultatkategorien «gråsonerpraksis» peker mot det samme: uklarhet om hvor informasjonen passet inn i EPJ, eller den enkelte var i tvil om sin EPJ-dokumentasjon. Dermed ble papirbaserte støttesystemer en tryggere omveisløsning i forhold til anbefalt prosedyre. Ulik bruk av alternativ dokumentasjonspraksis tyder på ulik personlig eller organisasjonsmessig tilnærming, noe også Alter (2014) peker på.

Informasjonsflyten både internt i enheten og mellom enheten og eksterne aktører, er berørt i flere av dimensjonene som Haggerty et al. (2003) beskriver. Den informative kontinuiteten hindres delvis av de teknologiske manglene, men også ved at de ulike aktører agerer ulikt med personlige varianter av informasjonsoverføring. På den annen side så vi også en EPJ-praksis i utvikling som imøtekom forventningen i kontinuitetsperspektivene: informasjonsflyt med oppdaterte pasientopplysninger og bruk av EPJ til planlegging og oppfølging av pasientens pleie. Dette kan tyde på at EPJ-bruken øker, og at de ansatte finner løsninger i EPJ-systemet som erstatter de papirbaserte løsningene etter hvert. Dette går uansett langsomt sett i lys av årene med EPJ frem til nå opp mot forventningene i de nasjonale føringene.

Dobbeltføring og dobbeltsjekking både medførte og forhindret uønskede hendelser. Lapper og notatbøker var nødvendige for å huske hva som skulle utføres eller dokumenteres i EPJ. Uensartet dokumentasjonspraksis og mangelfulle løsninger og rutiner krevde erfaring, årvåkenhet og improvisasjon for å unngå uønskede hendelser. Ved hjelp av omveisløsninger klarte informantene å sikre den informative og organisatoriske kontinuiteten i informasjonsflyten (Alter, 2014; Haggerty et al., 2003).

Pasientsikkerheten ble likevel utfordret av den papirbaserte praksisen. Slike omveier kan være ineffektive og medføre feil (Stevenson & Nilsson, 2012), noe informantene hadde erfart og var redd for skulle skje igjen. At slike praksiser etableres som en normalitet, kan bidra til at problemene ikke tas opp og blir løst. Når EPJ-nedetid ikke utbedres, eller mangel på PCer og nettbrett opprettholdes, kan dette være fordi situasjonen kontinuerlig løses med parallelle papirbaserte systemer (Stevenson & Nilsson, 2012; Alter, 2014). Flatgård (2015) fant at en av tre sykepleiere som meldte om uønskede hendelser, opplevde at dette ikke ble fulgt opp videre. Ifølge Alter (2014) oppstår det da en fare for at uønsket praksis dekkes over og gir uheldige konsekvenser på sikt.

Det ser ut til å være et stort sprik mellom forventninger til dokumentasjonspraksis og samhandling i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og de utfordringene denne studien har avdekket.

Metodediskusjon

Da vi fant lite litteratur innen vårt tema, valgte vi en kvalitativ tilnærming med et eksplorerende design. Dette for å kunne utforske i en gruppediskusjonskontekst og avdekke ukjente aspekter opp mot problemstillingen. Forskerne har klinisk erfaring fra helse- og omsorgstjenesten, samt følger opp studenter i praksisstudier i samme kontekst, noe som gjorde at vi var i stand til å følge opp nyanser i diskusjonen. Vi var også klar på egen forforståelse og har vært denne bevisst i intervju- og analysearbeidet. Bruk av eksempelvis et spørreskjema ville ikke nødvendigvis avdekket de forholdene vi fant ved hjelp av intervjuene, men kunne vært en oppfølging med langt flere deltakere og dermed muligheter for generalisering. Vi erkjenner at både ansattgruppen og studentgruppen kunne bestå av spesielt interesserte aktører da de selv meldte interesse for å delta. På den annen side ga interesserte deltakere et rikt innblikk i dokumentasjonspraksis på de ulike stedene, da alle hadde mange meninger om denne delen av tjenesten. Vi opplevde åpne og tillitsfulle refleksjoner i intervjuene, med ærlige svar og reelle utfordringer. Dette anser vi som en styrke i arbeidet. En styrke var det også å

inkludere studenter, da disse hadde erfaring fra mange ulike kommunale praksisarenaer og kunne sammenligne disse i diskusjonene. De diskuterte også ny teori fra studiesituasjonene sine i fokusgruppeintervjuene. De kommunalt ansatte hadde på sin side lengre erfaring enn studentene og bedre sammenligningsgrunnlag i tid, men også fra flere enheter i kommunen der de jobbet.

Konklusjon

- Studien avdekket en utbredt bruk av lister og bøker som erstatning for eller supplement til EPJ for å sikre informasjonsflyten og pasientsikkerheten i pasientomsorgen.
- Årsaken til bruk av papirbasert dokumentasjon som støtte i dokumentasjonspraksis, var delvis innøvd praksis, men også at EPJ-systemet ikke tilfredstilte behovene for tilstrekkelig informasjonstilgang i arbeidssituasjonen.
- Det forekom papirutskrifter fra EPJ som sikkerhet ved databrudd, som arbeidslister i avdelingen og som erstatning for EPJ eller som bøker og lister der dette var u hensiktsmessige å finne i EPJ. Vi fant at bruken av EPJ var under utvikling i enhetene og etter hvert erstattet noen av de papirbaserte rutinene.
- Kombinasjon av papirbasert og EPJ-basert dokumentasjonspraksis kunne medføre fare for uønskede hendelser når informasjonen ble fragmentert og dokumentert flere steder. I andre sammenhenger kunne slik praksis også forhindre uønskede hendelser, fordi informasjonen ble gjort mer tilgjengelig eller tydeliggjort.

Det er behov for å se nærmere på reell dokumentasjonspraksis i helse- og omsorgstjenesten. Det må legges vekt på hvilke behov de pleiefaglige ansatte har for EPJ-systemer som imøtekommer kravene til effektiv og trygg informasjonsflyt, pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleiefaglig sammenheng.

Vi takker våre informanter for å bidra med data til studien ved å bruke tid til å delta i fokusgruppeintervjuene.

Medforfatter Rose Mari Olsen er en av gjesteredaktørene for dette temanummeret. Derfor har den redaksjonelle behandlingen og beslutningen om publisering av artikkelen blitt håndtert av de andre gjesteredaktørene i samarbeid med ansvarlig redaktør, og Rose Mari Olsen har ikke hatt innsikt i vurderingsprosessen.

Referanser

- Alter, S. (2014). Theory of workarounds. *Communications of the Association for Information Systems*, 34(55), 1041–1066. <https://doi.org/10.17705/1CAIS.03455>
- Gephart, S., Carrington, J. M. & Finley, B. (2015). A Systematic Review of Nurses' Experiences With Unintended Consequences When Using the Electronic Health Record. *Nursing administration quarterly*, 39(4), 345–356. <https://doi.org/10.1097/NAQ.000000000000119>
- Carstensen, P. H. & Schmidt, K. (1999). Computer supported cooperative work: New challenges to systems design. I K. Itoh (Red.), *Handbook of Human Factors* (s. 619–636). <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/similar?doi=10.1.1.43.5157&type=ab>

- Fitzpatrick, G. & Ellingsen, G. (2013). A review of 25 years of CSCW research in healthcare: Contributions, challenges and future agendas. *Computer Supported Cooperative Work: CSCW: An International Journal*, 22(4–6), 609–665. <https://doi.org/10.1007/s10606-012-9168-0>
- Flatgård, I. (2015). Avvik stoppes og avvises.«Det er bukken som passer havresekken». *Tidsskriftet sykepleien*, 103(3), 32–37.
- Gjevjon, E. L. R. (2014). *Continuity in long-term home health care. Perspectives of managers, patients and their next of kin* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-44164>
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren, T. I. & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553–563. <https://doi.org/10.1111/jan.12214>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Heaton, J., Corden, A. & Parker, G. (2012). ‘Continuity of care’: a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. *International Journal of Integrated Care*, 12(2). <https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.794>
- Helsetilsynet. (2016). *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen* (Rapport 1/2016). <http://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2016/informasjonen-var-mangelfull-og-kom-ofte-for-sent-oppsummering-av-landsomfattande-tilsyn-i-2015/>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023)*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasientsikkerhet-og-kvalitetsforbedring>
- Jagannath, S., Sarcevic, A. & Forte, A. (2018). «We Are Not Entirely Replacing Paper» *Understanding Paper Persistence in Emergency Medical Settings*. Paper presented at the Companion of the 2018 ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work and Social Computing, 249–252. <https://doi.org/10.1145/3272973.3274067>
- Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112–124. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x>
- Krueger, R. A. & Kasey, M. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage publications.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melby, L., Brattheim, B. J. & Hellesø, R. (2015). Patients in transition – improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers’ perspectives. *Journal of clinical nursing*, 24(23–24), 3389–3399. <https://doi.org/10.1111/jocn.12991>
- Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger, én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
- Musen, M. A. & van Bommel, J. H. (1997). *Handbook of medical informatics*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum Houten
- Norsk pasientskadeerstatning. (2020, 23. mars). *Mottatte saker-behandlingssted/type sak*. <https://www.npe.no/no/Om-NPE/statistikk/statistikkoversikt/mottatt--type-sak/>

- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Strand, J. & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC Health Services Research*, 17(645). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>
- OECD. (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. <https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>
- Panesar, S. S., Desilva, D., Carson-Stevens, A., Cresswell, K. M., Salvilla, S. A., Slight, S. P., ... Sheik, H. (2016). How safe is primary care? A systematic review. *Bmj Quality & Safety*, 25(7), 544–553. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>
- Pasientjournalloven. (2014). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (LOV-2014-06-20-42). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-42>
- Pasient-og brukerombudet. (2019). *Årsmelding 2019, Pasient-og brukerombudene i Norge*. <https://www.helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/arsrapporter/>
- Rajkovič, U., Kapun, M. M., Dinevski, D., Prijatelj, V., Zaletel, M. & Šušteršič, O. (2016). The Status of Nursing Documentation in Slovenia: a Survey. *Journal of medical systems*, 40(9), 198. <https://doi.org/10.1007/s10916-016-0546-x>
- Riksarkivet. (2017). *SAMDOK Rapport 2017 – Metodikk for bevaring fra kommunale fagsystem*. https://samdok.com/2017/09/11/sluttrapport-komm_2-metodikk-for-bevaring-fra-kommunale-fagsystemer/
- Schmidt, K. & Bannon, L. (2013). Constructing CSCW: The first quarter century. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 22(4-6), 345–372. <https://doi.org/10.1007/s10606-013-9193-7>
- Shiells, K., Diaz Baquero, A. A., Štěpánková, O. & Holmerová, I. (2020). Staff perspectives on the usability of electronic patient records for planning and delivering dementia care in nursing homes: a multiple case study. *BMC medical informatics and decision making*, 20(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01160-8>
- Skjellanger, A.-G., Deilkås, E. C. T., Sørensen, R., Advocaat-Vedvik, J., Brudvik, M., Schreiner, M. ... Nikolaisen, J. (2014). *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7» 2011–2013*. https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7/_attachment/inline/f6f29887-cc7c-4a78-b821-6bf90ae76053:511346d1c3a71542e5087a1b730c00f38421fb55/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-2011-2013.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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05786.x>
- Vaismoradi, M., Wang, I. L., Turunen, H. & Bondas, T. (2016). Care in nursing homes. *International Nursing Review*, 63(1), 111–121. <https://doi.org/10.1111/inr.12232>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling—en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(02), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Waibel, S., Henao, D., Aller, M. B., Vargas, I. & Vazquez, M. L. (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal of Quality in Health Care*, 24(1), 39–48. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr068>
- WHO. (2009). *Human Factors in Patient Safety. Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety* (WHO/IER/PSP/2009.05). https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf
- Østensen, E. & Moen, A. (2015). *Elektronisk pasientjournal. Sykepleieres erfaringer*. <https://event.dnd.no/norhit/wp-content/uploads/sites/9/2011/12/Elektronisk-Pasientjournal-Sykepleieres-erfaringer.pdf>