

UNIVERSITETET I
NORDLAND

SYK180H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

26.04.2013

Kull 10H

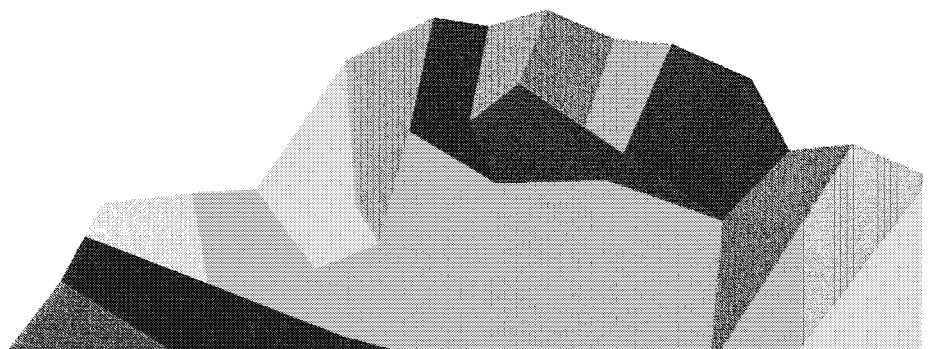
TEMA:

Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjon

Antall ord: 9883

Kandidatnummer: 26

[Aunet, Kristina]



Forord

*”Det er ikke nok å vite hvordan kroppen har det,
vi må beskrive hvordan mennesket har det”.*

- Informant.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	2
1.1	PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	3
1.2	AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN	3
1.3	OPPGAVENS HENSIKT	3
1.4	BEGREPSAVKLARING	4
1.4.1	DOKUMENTASJON	4
1.4.2	PASIENTJOURNAL	4
1.4.3	KVALITET	4
1.5	OPPGAVENS DISPOSISJON	5
2	METODE	5
2.1	TEMATISERING	6
2.2	PLANLEGGING	6
2.3	INTERVJUING	6
2.4	TRANSKRIBERING	8
2.5	ANALYSERING	8
2.6	VERIFISERING	9
2.7	RAPPORTERING	10
2.8	ETISKE OVERVEIELSER	10
3	SYKEPLEIETEORI	10
3.1	HENDERSONS SYKEPLEIETEORI	10
3.2	HVORFOR DOKUMENTERE SYKEPLEIE?	12
3.2.1	IVARETAKELSE AV PASIENTENS SIKKERHET	12
3.2.2	KVALITET OG KONTINUITET I MØTE MED PASIENTEN	12
3.2.3	SYNLIGGJØRING AV ANSVAR OG SYKEPLEIE SOM FAG	12
3.2.4	SYKEPLEIEDOKUMENTASJONENS JURIDISKE RAMMER	13
3.3	HVA SKAL DOKUMENTERES?	13
3.3.1	OVERORDNEDE KRAV FOR SYKEPLEIEDOKUMENTASJON	14
3.3.2	SYKEPLEIEPROSESSEN	14
3.4	HVORDAN HEVE KVALITETEN I DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE	15
3.4.1	PLEIEPLAN	15
3.4.2	DELASPEKTER INNENFOR DOKUMENTASJON	15
3.4.3	ORGANISATORISKE FORUTSETNINGER	16
3.5	SYKEHJEM SOM INSTITUSJON	16
4	FUNN	16
4.1	DISKUSJON I HVERDAGEN	17
4.2	HVA OG HVORDAN SKAL DET DOKUMENTERES?	17
4.3	BRUK AV TILTAKSPLAN	20
4.4	AVVIKSFØRING	20
4.5	LEDERENS ROLLE	21
4.6	TEKNOLOGI SOM PÅVIRKENDE FAKTORER I DOKUMENTASJONSARBEIDET	23
5	DRØFTING	23
5.1	SYKEPLEIEPROSESSEN OG SYKEPLEIEPLANER	24
5.2	INNHold I DOKUMENTASJON	26
5.3	INFORMASJONSUTVEKSLING	29
5.4	ORGANISATORISKE FORHOLD	30
5.5	INTERNKONTROLL	30
5.6	KVALITETSSIKRING AV DATAKOMPETANSE	31
6	KONKLUSJON	31
7	LITTERATURHENVISNINGER	33
8	VEDLEGG	37

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Sykepleie har lange dokumentasjonstradisjoner som går helt tilbake til Florence Nightingales tid, men det var ikke før i 2001 dokumentasjon ble en juridisk plikt i sykepleiefaget. Å dokumentere går utover det juridiske aspektet, det representerer også et faglig og etisk ansvar. Hver enkelt sykepleier har en forpliktelse til å dokumentere. Dokumentasjon symboliserer en beskrivelse av sykepleieprosessen, som innebærer observasjon, problemformulering, tiltak og evaluering av pasientens tilstand og gitt pleie. Hensikten bak er å sikre kvalitet og kontinuitet i møte med pasienten. Basert på egne erfaringer som sykepleierstudent i kommunehelsetjenesten er dokumentasjon et område det kan være behov for å rette søkelyset mot. Det virker til å være preget av usikkerhet i forhold til hva som skal dokumenteres og i hvilket omfang. Jeg ønsker derfor å se nærmere på hvordan sykepleierens dokumentasjonspraksis i kommunal pleie- og omsorgstjeneste fungerer. Problemstillingen:

Hvordan sikre kvaliteten på sykepleierens dokumentasjon av grunnleggende behov hos pasienter i sykehjem?

1.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Oppgaven retter søkelyset mot hva som kjennetegner tilfredsstillende dokumentasjon og i hvilken grad det blir gjennomført i praksis. Dette forutsetter en fremstilling av hva som dokumenteres, samt kvaliteten på dokumentasjonen. Siden dokumentasjon er juridisk forankret, er lovverket sentralt. Jeg er interessert i å se på hvilke faglige krav og rammeområder sykepleier har å forholde seg til i forhold til dokumentasjonsinnholdet. Videre er ønsket å undersøke hva sykepleier i en lederrolle kan gjøre for å skape en arbeidsplass som legger til rette for at dokumentasjon utføres slik det er nedfelt i lover og forskrifter. Jeg har valgt å ta for meg elektronisk dokumentasjon i sykehjem, siden det er stedet jeg har mest praksiserfaring fra, og det er der jeg føler forbedringspotensialet er størst.

1.3 Oppgavens hensikt

Oppgavens hensikt er i første rekke å få frem betydningen av tilfredsstillende dokumentasjon i praksis og hvordan dokumentasjon burde utføres for pasientens beste. Med problemstillingen er ønsket å oppnå større innsikt i hvilken grad bruk av dokumentasjon og gjennomførelsen av denne påvirker kvalitetsutvikling av helsehjelp. Oppgaven er skrevet fra

et sykepleieperspektiv.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Dokumentasjon

Molven (2009) beskriver dokumentasjon som:

”En fortløpende registrering av det som skjer av betydning for pasienten i et sykdoms- og behandlings-/pleieforløp. Å dokumentere sykdom, behandling og pleie, innebærer kort uttrykt å skrive ned eller på annen måte registrere observasjoner, prosedyrer, funn, overveielser og tiltak, herunder resultatene og virkning av disse” (2009, s. 171).

1.4.2 Pasientjournal

Forskrift om pasientjournal (2000) definerer dette som: *“en samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 40 første ledd...»*

Sykepleieplan utgjør en del av pasientjournalen og skal fungere som en oversikt over planlagt pleie.

1.4.3 Kvalitet

I følge veileder fra Sosial- og helsedirektoratet (2004) er kvalitet:

”egenskaper og kjennetegn ved et produkt eller en tjeneste som forstås gjennom de verdier og verdinormer som er knyttet til tjenesten” (Shdir, 2004). Videre sier Shdir (2005) at god kvalitet bør omfatte:

- Virkningsfulle tiltak
- Trygge og sikre tjenester
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Gods samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet
- God ressursutnyttelse
- Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Å møte pasienten med respekt og omtanke, i samråd med faglig god behandling vektlegges også (Shdir, 2005).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven deles inn i seks hoveddeler:

- 1. Innledning:** Her begrunnes valg av tema og problemstilling og oppgavens hensikt beskrives. Sentrale begrep blir definert.
- 3. Metode:** Intervju som metode presenteres og viktigheten av samtalen understrekes. Jeg har videre sett på etiske aspekter ved bruk av denne metoden og evaluerer gjennomførelsen av undersøkelsen.
- 2. Teori:** Innledningsvis beskrives sykepleieteoretisk referanseramme som utgangspunkt for oppgaven. Videre følger redegjørelse av dokumentasjonsprosessen i forhold til lovverk og hva som kjennetegner tilfredsstillende dokumentasjon, samt hvorfor dokumentasjon er så viktig i møte med pasienten. Det er også presentert forslag til hvordan en kan arbeide med kvalitetssikring blant ansatte.
- 4. Funn:** Her gjengis resultatene som kom frem i intervjuet. Hvert tema bidrar som delaspekter som svar på problemstillingen.
- 5. Drøfting:** Funn fra intervjuet presenteres og sammenlignes opp mot relevant litteratur og forskning med fokus på hva som kan gjøres for å styrke sykepleiedokumentasjon. Her kommer egne refleksjoner frem i innholdet.
- 6. Konklusjon:** Konklusjonen baseres på innhentet kunnskap hvor målet er å se problemstillingen i et bredere perspektiv enn eget utgangspunkt.

2 Metode

"Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke" skriver Dalland (2007, s.93). En metode hjelper oss å samle informasjon for å kunne besvare et valgt tema. Oppgaven er sentrert rundt en kvalitativ tilnærming, med bakgrunn i hermeneutisk tekning. Hermeneutikk har en subjektivt virkelighetsoppfatning hvor verden ikke kan oppleves direkte, men via menneskets persepsjon. Til forskjell fra positivismen som gjerne undersøker sitt forskningsobjekt del for del, forsøker hermeneutikeren å se helheten (Dalland, 2007). Målet med denne metoden er å fange opp mening og opplevelse. Denne fremgangsmåten åpner for deling av informantenes erfaringer. Kvale & Brinkmann (2012) beskriver 7 faser i et kvalitativt forskningsintervju, - tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysing, verifisering og rapportering.

2.1 Tematisering

Empirisk intervju ble vurdert som metoden best egnet for å kunne belyse problemstillingen og evaluere sykepleiedokumentasjon gjennomført i praksis. Samtidig vil det sette problemstillingen i et faglig interessant lys hvor en kan gå i bygden og se på fenomenet innenfra. Ønsket er å skape et helhetlig bilde av sykepleiedokumentasjon. Videre tar metoden sikte på å gi leseren et bilde av hvordan enkeltmennesket, gruppen og institusjonen handler og samhandler når det kommer til utforming av dokumentasjon og hvordan det tilrettelegges i det daglige (Dalland, 2007).

2.2 Planlegging

”Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring” (2007, s. 89). Å samle kunnskap gjennom kommunikasjon med andre kan være en utfordring. Derfor la jeg vekt på å gjøre meg kjent med tema og relevant litteratur i planleggingsfasen. Jeg brukte også tid på å arbeide gjennom egen førforståelse. I et slikt forarbeid er det viktig å være oppmerksom på at en ikke møter til intervju og forventer å høre det man har erfart i forarbeidet. En må være åpen for nye synsvinkler og skildringer en kanskje ikke har forventet seg. Det er slik ny kunnskap blir til (Dalland, 2007).

Jeg anså at et strategisk utvalg av informanter best ville kunne belyse problemstillingen min. Jeg vurderte at 3 individuelle intervju var tilstrekkelig i en slik oppgave. Kriteriene mine for informanter var avdelingssykepleiere ved sykehjem som har vært ansatt i stillingen i minst 1 år (Vedlegg 2). Denne utvelgelsen kan ikke generaliseres, noe som heller ikke er et mål i kvalitative studier (Dalland, 2007). *”En god informant er en person som kan informere om faktiske forhold og om inntrykk av andre menneskers synspunkter, og som har evne til å meddele seg”* (2007, s. 131). Dette er ønsket bak å intervju avdelingssykepleiere. Med tanke på deres posisjon kan de snakke på vegne av flere siden de har et overblikk over dokumentasjonskvaliteten, kanskje i motsetning til de andre ansatte.

Det var Bodø kommune som valgte informanter ut fra kriteriene jeg hadde opplyst i søknaden (Vedlegg 3).

2.3 Intervjuing

Intervjuguiden (Vedlegg 1) ble utarbeidet med henblikk på problemstillingen og egne

erfaringer. Jeg vektla at forskningsintervjuet skulle foregå som en samtale mellom personer som begge hadde kunnskap om emnet. Å skape en mellommenneskelig relasjon samtidig som en gjennomfører datainnsamling krever at en bruker både sine faglige og menneskelige ressurser (Eide & Eide, 2007).

Dalland skriver at ”*formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få tak i intervjupersonens egen beskrivelse av den livssituasjon hun eller han befinner seg i*” (2007, 132). Det forutsetter fra intervjuerens side å bruke god tid på utarbeidelsen av spørsmål og innhold i intervjuet. Jeg formulerte konsekvent åpne spørsmål for å sikre utfyllende svar. Dette krever fra informanten å fortelle i en forklarende og utdypende kontekst (Eide & Eide, 2007). Jeg utarbeidet ferdig formulerte spørsmål mer for egen nytteverdi, grunnet usikkerhet da dette er første gangen jeg gjennomfører et kvalitativt intervju. Noen av spørsmålene ble også utarbeidet delvis strukturert, med underpunkter som var viktige å belyse.

Selv om jeg hadde utarbeidet en eksakt mal, erfarte jeg at den ikke ble benyttet slik jeg hadde sett for meg i forkant. Siden jeg kjente godt til spørsmålene, ble de formulert friere i møte med informantene. Dette fordi jeg var trygg på meg selv og de spørsmålene jeg behøvet å stille for å belyse problemstillingen. At jeg klarte å konsentrere samtalen rundt emnet ble hovedfokuset i intervjusituasjonen.

I forkant ble 2 prøveintervju gjennomført på to av mine medstudenter. Jeg ba de bruke egne praksiserfaringer som utgangspunkt for å svare på spørsmålene. Formålet var å forberede egne intervjueregenskaper og teste om de utarbeidede spørsmålene ble forstått. Ingen endringer ble gjort.

Etter jeg fikk utdelt navn på informantene av Bodø kommune kontaktet jeg de pr. tlf. for å avtale tid for intervju. Telefonsamtalen fungerte som første møte hvor jeg presenterte meg selv og fortalte kort om studien. Intervjuene ble gjennomført ved informantens arbeidsplass på et avlukket rom. Før selve intervjuet startet ble det gitt formelle opplysninger om anonymisering, frivillighet og bruk av båndopptaker.

Dalland (2007) skriver ”*det er den som ber om intervjuet, som må vise fleksibilitet*” (2007, s. 166). Planen var å utføre 3 individuelle intervju. 2 av informantene jeg fikk utdelt var fra samme institusjon og etterspurte å ta intervjuet sammen grunnet tidspress da jeg ankom

institusjonen. Det gjorde at jeg måtte omstille meg og min rolle under intervjuet, siden jeg hadde forberedt meg til individuelle samtaler. Jeg opplevde at jeg fikk mange av de samme uttalelsene fra disse 2 informantene, og en av de sa veldig mye i forhold til den andre. Dette kunne vært unngått hadde jeg satt krav om informanter fra 3 ulike institusjoner i søknadskriteriene. Det hadde gitt meg en bredere datainnsamling og styrket oppgaven.

Min rolle i intervjuet har mye å si for kvaliteten på datainnsamlingen. ”*Ofte kan viktig informasjon komme nettopp fordi et menneske lytter og viser interesse*” (2007, s. 143). Jeg vektla øyekontakt og eget kroppsspråk i møte med informantene. Mitt ansvar er å prøve å forstå det de har å fortelle på best mulig måte. Det forutsetter at en også observerer stemmeleie, mimikk og kroppsspråk i møte med informantene og tolker dette opp mot hva som sies og måten det sies på (Dalland, 2007).

2.4 Transkribering

Innhentet data ble transkribert ordrett samme dag som intervjuene ble holdt. Å benytte båndopptaker som hjelpemiddel styrker analyseringen av datainnholdet. Det reduserer muligheten for å feilsitere informantene, og en kan rette fullstendig fokus på hva som fortelles under intervjuet. Jeg valgte å overføre ord for ord hva som ble sagt i papirformat for å unngå å miste sentrale uttalelser. Siden muntlig- og skriftlig språk ikke føres etter de samme reglene, omgjorde jeg materialet til en mer skriftlig form. Under bearbeidelsen fjernet jeg typiske muntlige tilleggsord som ikke holdt noen verdi for utsagnene deres. Hensikten var å gjøre stoffet mer forståelig og legge til rette for at helheten kom mer til syne (Dalland, 2007). Etter arbeidet spilte jeg av opptakene enda en gang for å forsikre meg om at jeg ikke hadde gjort feil under transkriberingen. Opptakene ble deretter slettet.

2.5 Analysering

I oppstartsfasen av analyseringsprosessen brukte jeg tid på å lese intervjuene i sin helhet for å etablere oversikt. Med intervjuguiden som utgangspunkt delte jeg innhentet data i kategorier etter spørsmålene. En slik oversikt over hva den enkelte hadde sagt under hvert spørsmål hjalp i arbeidet med trekke frem likheter og forskjeller mellom informantenes svar. Deretter søkte jeg etter sentrale tema i de ulike kategoriene, og koblet dette opp mot relevans for svar på problemstillingen. Slik kom jeg frem til mine funn. De ulike temaene utgjør et best mulig dekkende uttrykk for meningsinnholdet i intervjuet.

Fokusgruppeintervju skiller seg fra det individuelle intervjuet fordi informasjonen skapes på bakgrunn av en gruppedynamisk interaksjonsprosess (Lerdal & Karlsson, 2008). Dalland (2007) omtaler et fokusgruppeintervju som et mer komplekst material å bearbeide. Jeg opplevde analyseringen av intervjuet med to informanter som mer tidskrevende. Det fordi mange av deres uttalelser utfylte hverandre. Det skapte usikkerhet i forhold hvordan jeg skulle tolke og fremstille informasjonen. Det ble lettere når jeg fikk satt meg inn i denne type intervju.

2.6 Verifisering

Verifisering tilsier vurdering av om studien er valid, pålitelig og generaliserbar. Med tanke på at jeg gjennomførte prøveintervju gav det meg muligheten til å undersøke om spørsmålene var forståelig og om de gav svar på det jeg ønsket å undersøke. Det styrker validiteten. Det at jeg benyttet meg av åpne spørsmål er også en styrke fordi det gav informantene anledning til å svare fritt. Fleksibiliteten under intervjuene kan være en svakhet. Fleksibiliteten i samtalen, som det å komme med spontane oppfølgingsspørsmål som ikke var nedskrevet i intervjuguiden, gjør at intervjueren ikke har vurdert hvordan spørsmålet stilles og hvordan det kan lede den videre utviklingen i samtalen. Ledende spørsmål kan påvirke datainnsamlingen, men virkningen av ledende spørsmål avhenger av samtalens mål og emne. Dette vil dermed være et kritisk aspekt ved kvalitative intervju. Om ledende spørsmål er planlagt på forhånd og om man har som mål å skape en systematisk kontroll på informantens pålitelighet, kan slike spørsmål være velegnet (Kvale & Brinkmann, 2012).

Studien er gjort på få informanter fordelt på tre avdelinger ved to ulike institusjoner. Det er en svakhet i seg selv med tanke på breddeperspektiv og smalt utvalg. At jeg benyttet meg av båndopptaker og transkriberte innholdet er relevant for reliabiliteten. Svakheten ligger i at transkripsjonen er gjort av en person, mens stryken ligger i at den er gjennomført kort tid etter intervjuet fant sted. Det var ingen av informantene som etterspurte den transkriberte utgaven av intervjuet, men responssjekk kunne vært en måte å undersøke pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2012). At funn i denne studien skal kunne generaliseres er ikke et mål på bachelornivå. Med henhold til overførbarhet er oppgavens utgangspunkt informantenes opplevelser og løsninger på kvalitetssikring av dokumentasjon. En styrke er at funn er i tråd med retningslinjer og rammer for dokumentering (Molven, 2009; Heggdal, 2006).

2.7 Rapportering

Fokuset mitt er rettet mot å fremstille resultatene på en enklest mulig måte, da jeg ikke har hatt klare retningslinjer å gå etter. Med Dalland (2007) og Kvale & Brinkmann (2012) som utgangspunkt for hvordan jeg har valgt å fremstille metode og funn, oppfylles vitenskapelige kriterier, samt etiske hensyn i arbeidet.

2.8 Etiske overveielser

I følge Kvale & Brinkmann (2012) skal forskningsetiske overveielser ligge til grunn for alle fasene i oppgaveprosessen. Bodø kommune tok seg av utvelgelse av informantene med mine søknadskriterier som utgangspunkt. Etter å ha mottatt svar på søknaden skjedde første møte med informantene via telefon. Anonymisering understrekes og det eneste som er opplyst i oppgaven er at studien er gjennomført med tre avdelingssykepleiere ved sykehjem i Bodø kommune. Sitater er ikke alltid ordrett gjengitt, grunnet grammatiske forskjeller i muntlig og skriftlig språk (Dalland, 2007).

Alle informantene ble informert om at dette er en frivillig undersøkelse og at de kunne velge å frastå fra å svare på spørsmålene. Lydbånd overført fra båndopptaker og de transkriberte dokumentene ble oppbevart på en passordbeskyttet datamaskin. Annen generell informasjon som navn på informanter og institusjonene ble fjernet i arbeidet med transkriberingen.

3 Sykepleieteori

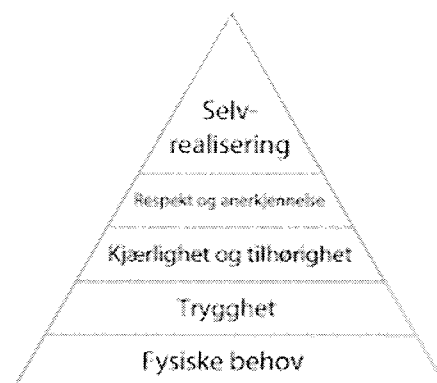
3.1 Hendersons sykepleierteori

Ivaretagelse av grunnleggende behov er ofte et hovedfokus blant pasienter i kommunehelsetjenesten. En av de som introduserte grunnleggende behov som utgangspunkt for sykepleie og dokumentasjon var teoretiker Virginia Henderson. I Hendersons øyne er sykepleierens funksjon i møte med pasienten å vurdere deres behov og ressurser, og å bistå i å dekke deres grunnleggende behov, med uavhengighet som mål. Teorien fokuserer på menneskets dimensjoner og tenkelige konsekvenser av sykdom og lidelse som sykepleierens ansvar. Hendersons teori er inspirert både av Erikssons utviklingsstadier og Maslows behovsteori (Henderson, 1997). Hun identifiserte 14 grunnleggende behov som utgangspunkt for utøvelse og dokumentasjon av sykepleie:

1. Puste normalt
2. Spise og drikke tilstrekkelig
3. Eliminering av avfallsstoffer
4. Bevege seg og skifte kroppsstilling
5. Sove og hvile
6. Velge passende klær – kle av og på seg
7. Opprettholde kroppstemperaturen innenfor normalverdier ved å tilpasse klær og miljø
8. Holde kroppen ren og velstelt og beskytte den mot infeksjoner
9. Unngå farer i miljøet og unngå å skade andre
10. Kommunisere med andre ved å uttrykke sine følelse, behov, sin frykt og sine meninger
11. Å hjelpe pasienten så han/hun kan praktisere sin religion, og handle slik han/hun mener er rett
12. Arbeide på en slik måte at det gir en følelse av selvspekt
13. Leke og delta i varierte former for rekreasjon
14. Lære, oppdage eller tilfredsstille sin nysgjerrighet som leder til normal utvikling og helse

Teorien hennes råder sykepleiere til å bruke de 14 behovene som utgangspunkt ved innsamling av data om pasienten, og at eventuelle svikt dokumenteres. Denne sykepleierteorien er en av få som lar seg direkte anvende i praksis. Disse 14 grunnleggende behovene representerer en dekkende struktur og sammensetning av pasientens funksjonsområder. Formuleringene er også nøyaktige og svært sentrale i pasientens daglige liv. Hennes tenkning rundt behov og svikt i grunnleggende behov, i tillegg til fokus på pasientens ressurser, kan benyttes direkte gjennom hele dokumentasjonsprosessen. (Heggdal, 2006).

Maslows behovshierarki (1970) er en teori utviklet som en grafisk fremstilling av menneskets antatte behov. I følge Maslow har alle mennesker personlige nødvendigheter som kan arrangeres slik illustrasjonen viser; Teorien hevder at behovene høyere opp i hierarkiet gjør seg gjeldende når behovene nedenfor dekkes (Tveiten, 2008).



3.2 Hvorfor dokumentere sykepleie?

3.2.1 Ivaretagelse av pasientens sikkerhet

Pasienter blir flyttet på tvers av ulike instanser i helsetjenesten i sitt behandlingsforløp. Det gjør skriftlig, oppdatert informasjon svært betydningsfullt for å kunne ivareta pasientens sikkerhet (Heggdal, 2006). Pasientjournalen blir et kommunikasjonsmiddel mellom de ulike instansene (Molven, 2009). Målet er å sikre informasjon om hvorfor behandlings- og pleietiltak ble iverksatt, hvordan og av hvem de ble gjennomført, hvorfor behandlingsforløpet er til det beste for pasienten samt evaluering av de igangsatte tiltakene. Pasientjournalen skal også belyse pasientens behov, interesser og rettigheter (Sandvand & Vabo, 2007).

3.2.2 Kvalitet og kontinuitet i møte med pasienten

Sykepleiedokumentasjonen skal inneholde vurderinger som blir gjort underveis i løpet av behandling, samt tiltak som gjennomføres på bakgrunn av pasientens tilstand. Dermed blir dokumentasjon et hjelpemiddel for å synliggjøre virkning og kvalitetsnivået av gitt helsehjelp. Ledelsen innenfor sykepleietjenesten kan med skriftlig dokumentasjon studere og bedømme kvaliteten på pleien ved å sammenligne innholdet i pasientjournalene opp mot faglig standard. Sykepleiedokumentasjon kan også tjene som en kilde for etiske vurderinger. Ut fra de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011) kan en stille konkrete spørsmål ved om våre handlinger i møte med pasienten og pårørende har vært i tråd med disse (Heggdal, 2006).

Heggdal (2006) beskriver kontinuitet i oppfølging og pleie som avgjørende for pasientens trygghetsfølelse. Bak begrepet kontinuitet ligger betydningen om at helsepersonell skal utøve tiltakene så likt som mulig slik at pasienten får sammenhengende pleie. Dersom pasientjournalen inneholder individuelle behov, problem, ressurser, mål og tiltak tilpasset den aktuelle pasienten, fremmer dokumentasjonen individuell sykepleie (Heggdal, 2006).

3.2.3 Synliggjøring av ansvar og sykepleie som fag

Gjennom dokumentasjon formuleres våre faglige vurderinger. Vurderingene vi gjør baserer vi på de opplysninger vi har samlet inn i løpet av arbeidsdagen og de tolkningene vi gjør ut fra eget teoretisk- og praktisk kunnskapsnivå. Vi oppsummerer det vi vet om pasientens helsetilstand og hva vi mener er den beste pleien på det aktuelle tidspunktet. Vi tydeliggjør også oss selv som fagpersoner når vi signerer det vi har dokumentert (Heggdal, 2006). Sett i

et historisk perspektiv har sykepleie som faggruppe vært vanskelig å definere (Sandvand & Vabo, 2007). Dokumentasjonspraksis er i den forbindelse en kilde for å belyse hva sykepleie er, hva en sykepleier gjør og hvilken innvirkning sykepleie har (Heggdal, 2006).

3.2.4 Sykepleiedokumentasjonens juridiske rammer

En journal skal inneholde ”*relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen*” jf. hlspl §40.

”*Den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i §40 i en journal for den enkelte pasient*” jf. hlspl §39.

Helsepersonelloven (1999) beskriver sykepleierens dokumentasjonsplikt på lik linje med andre organer i helsetjenesten. Dokumentasjon av gitt helsehjelp er en del av ansvaret som følger med jobben som sykepleier (Molven, 2009). Den enkelte har et selvstendig ansvar for egen yrkesmessige funksjon. Pasienter og pårørende har de siste årene i økende grad blitt mer bevisste på deres rettigheter. Det har ført til at flere søker hjelp i rettsapparatet hvis de opplever at deres behov for helsehjelp ikke blir dekket. I denne sammenheng blir sykepleiedokumentasjon et juridisk dokument (Heggdal, 2006). Utviklingen av en sterkere pasientrolle viser også at flere ønsker innsyn i dokumenter som angår egen behandling (Heggdal, 2006). Pasientens innsynsrett er lovfestet i både Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 (1999) samt helsepersonelloven § 41 (1999).

3.3 Hva skal dokumenteres?

Ovenfor er det redegjort for hensikten med dokumentasjon. Skal dokumentasjon være en styrke i pasientens og sykepleierens hverdag er forutsetningen at det utføres korrekt og kontinuerlig. Målet er at dokumentasjonen skal være brukbar i praksis (Sandvand & Vabo, 2007). I Forskrift om pasientjournal § 8 (2000) er det formulerte krav til hva en pasientjournal skal inneholde (Vedlegg 4). Betydningen bak ”*relevante og nødvendige opplysninger*” jf. hlspl §40 vil avhenge av pasienten, situasjonen de er i og hvilken type hjelp de mottar. (Molven, 2009).

3.3.1 Overordnede krav for sykepleiedokumentasjon

Sykepleiedokumentasjon skal inneholde observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger. Sammenlagt representerer det pasientens sykepleieplan, som til enhver tid skal være oppdatert i løpet av pasientens institusjonsopphold (KITH, 2003).

Sykepleiedokumentasjonen forventes å dekke fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov i samråd med pasientens ressurser, individuelle behov og ønsker. Aktuelle sykepleierproblemer og tiltak, samt tiltak med forebyggende hensikt skal inngå. Sykepleieplanen skal representere kontinuitet og medføre at pleien planlegges og utrettes systematisk i møte med pasienten (Heggdal, 2006).

Det omfatter at følgende inngår i sykepleiedokumentasjonen:

1. *Datainnsamling*
2. *Fokus på sykepleie (pasientbehov, sykepleieproblem, potensielt problem, sykepleiediagnose)*
3. *Målsetting/forventet resultat av sykepleien*
4. *Sykepleietiltak*
5. *Evaluering/rapport som belyser resultatet av sykepleie*

(Heggdal, 2006, s.61).

En journal hvor pasientopplysninger er lagret elektronisk representerer en elektronisk pasientjournal (EPJ). De fleste institusjoner tar i bruk data-verktøy når de skal dokumentere sykepleie. Dette øker muligheten for sikker informasjonshenting og oppbevaring. KITH har utviklet nasjonale kravspesifikasjoner for dokumentasjon i EPJ (Nystadnes, 2007).

3.3.2 Sykepleieprosessen

Sett i lys av dokumentasjonsarbeid er sykepleieprosessen modellen som danner bakgrunn for hvordan en kan organisere informasjon om pasienten. En fordel med sykepleieprosessen er at den kan tilpasses mange av sykepleieteoretikernes rammeverk, bl.a. Hendersons teori om grunnleggende behov. I følge Heggdal (2006) beskriver teorien om sykepleieprosessen at sykepleie i praksis handler om å forene en problemløsende metode og en mellommenneskelig prosess.

Den problemløsende metoden brukes i dagliglivet i møte med et problem eller en utfordring.

Vi samler data, får oversikt over situasjonen, vurderer ulike måter å løse problemet på, og handler ut fra hva vi mener er mest fornuftig basert på det vi vet på det aktuelle tidspunktet. Som regel har vi også et mål for hva vi ønsker utfallet skal være. I ettertid vurderer vi handlingene våre opp mot mål og hva vi ønsket å oppnå. Dette beskriver en generell problemløsende metode og er ikke spesiell for sykepleie. Det som er spesielt for sykepleie er imidlertid innholdet og utfordringene vi står ovenfor. Videre er valgene og tiltakene vi igangsetter også preget av faglige ståsted. Det sykepleiefaglige perspektivet setter pasientens reaksjoner på sykdommen i fokus, ikke den medisinske diagnosen i seg selv. Følger som bl. a. smerte, kvalme og søvnløshet forsøker vi å lindre i den grad det er mulig. Sykepleie fokuserer på hvordan helseproblemet innvirker på pasientens liv, og hvordan vi kan bidra til at vedkommende kan leve med sykdommens følger. Vi er videre opptatt av hvordan pasienten handler og samhandler i sine omgivelser, og hvilke følger sykdommer har for pasientens sosiale og kulturelle liv (Heggdal, 2006).

3.4 Hvordan heve kvaliteten i dokumentasjon av sykepleie

Forutsatt at overordnede krav til dokumentasjon er tilstedeværende i praksis presenteres her forslag til hvordan en kan jobbe videre med å sikre dokumentasjonskvaliteten på institusjons- og/eller avdelingsnivå. Slikt arbeid krever motivasjon, tid og innsats fra samtlige helsepersonell, og oppfølging på ledelsesnivå (Heggdal, 2006).

3.4.1 Pleieplan

Sykepleier kan legge frem en pleieplan de selv har skrevet for sine ansatte med hensikt om å evaluere formuleringer og materialet. En måte å gjøre det på er å gå systematisk til verks og ta for seg et og et sykepleieproblem i plenum, bruke sykepleieprosessen som utgangspunkt og vurdere dokumentasjonen innenfor hvert problemområde. Det er viktig å huske på at en skal ivareta pasientens integritet og verdighet når en formulerer sykepleie (Heggdal, 2006).

3.4.2 Delaspekter innenfor dokumentasjon

I samarbeid med en eller flere av de ansatte, kan en jobbe sammen om delen av dokumenteringen en opplever vanskelig. Eksempelvis formulering av sykepleieproblem. Pasientens innkomstrappport og egne observasjoner i forhold til pasientens situasjon blir utgangspunktet for diskusjon og den enkelte i gruppen kan komme med forslag til

sykepleieproblem. Alternative løsninger begrunnes av hver enkelt. På den måten kan en lære av hverandre, både når det gjelder innhold og formuleringer. En kan avtale at slike møter skal ta for seg en ny del av dokumentasjonsprosessen hver gang. Dette åpner også for mulighetene til å evaluere hvordan dokumentasjonssystemet fungerer i praksis. Det kan synliggjøre fordeler, ulemper og behov for endring (Heggdal, 2006).

3.4.3 Organisatoriske forutsetninger

Uavhengig av tilgjengelige ressurser, vil ledelsesorganet, tilrettelegging, undervisning og veiledning måtte gå hånd i hånd ved kvalitetssikring av tjenesten. I følge Heggdal (2006) er forutsetningen at ledelsen gjennomfører internundervisning og veileder personalet over lengre tid. Årsaken er at det er tidskrevende å innføre nye rutiner og system i hverdagen på en arbeidsplass med mange ansatte. Ved bruk av elektronisk dokumentasjon kommer også utfordringen om antall datamaskiner er tilstrekkelig i forhold til behovet. Ledere bør tilstrebe å tilrettelegge forholdene for dokumentasjon, med et avlukket rom forbeholdt til dokumentering eller bruk av bærbare datamaskiner som kan flyttes hvis det er behov for arbeidsro (Heggdal, 2006).

3.5 Sykehjem som institusjon

Sykehjem som institusjon tilbyr heldøgns helsetjenester (Orvik, 2004). I følge statistisk sentralbyrå er ca. 75 % av sykehjemsbeboere over 80 år (2007) og har behov for heldøgns pleie grunnet sterkt redusert funksjonsevne og multisykdom. Sykehjem som behandlingstilbud skal innfri flere mål samtidig. Det skal gi pleieomsorg til eldre med nedsatt evne til å ivareta egne behov, og aktiv medisinsk behandling til mennesker med sammensatte sykdomsbilder. I tillegg skal institusjonen fremme et hyggelig miljø rundt pasienten med mulighet for en meningsfull og aktiv hverdag. For eldre som er innvilget plass ved sykehjem, har de krav på et tilbud som ivaretar deres vaner og ønsker, og som legger til rette for et hjemlig miljø og et skjermet privatliv (Hauge, 2010).

4 Funn

Her presenteres funn hentet gjennom analyse av innhentet data. Temaene har som hensikt å gi et helhetsbilde av hva sykepleier kan bidra med for å sikre dokumentasjon av grunnleggende behov på sykehjem. Sitater som belyser funnene mine er brukt for å få frem budskapet hos

informantene. Uttalelser fra et kvalitativt intervju er lite egnet til direkte sammenligninger. Det fanger opp individuelle ytringer og utvikler seg forskjellig (Dalland, 2007).

Under intervjuet kom det frem at samtlige informanter jobber med demensomsorg. Denne pasientgruppen ble derfor utgangspunktet for svar på spørsmålene og hvordan de dokumenterer i forhold til dem. Gerica er dokumentasjonssystemet de ansatte benytter.

4.1 Diskusjon i hverdagen

Alle informantene sier at ansatte er opptatt av å dokumentere. De har ansvar for mange pasienter og dokumentasjonen brukes gjennom hele døgnet.

”Ja, det er jo noe de gjør hver dag på jobb. Engasjementet er absolutt tilstede” – Informant 1.

”Ja. Det dokumenterer jo etter hver vakt hvor de har hatt ansvar for pasienter” – Informant 2.

”Ja, jeg opplever at det diskuteres mye i hverdagen. Det diskuteres hva man skal dokumentere og hva det skal brukes til. Vi har mange diskusjoner på det, men det er en kontinuerlig jobb å holde en standard på dokumentasjon” – Informant 3.

Det må sees på som en styrke at dokumentasjon blir tema for diskusjon. Det ligger verdi i et arbeidsmiljø hvor en kan reflektere rundt hva som er nyttig informasjon å skrive i pasientjournalen med sine medarbeidere. Det er viktig at en kan spørre sine kollegaer hvis en er usikker, og få råd hvis en er i tvil. At en utnytter de enkeltes ressurser åpner for at en kan lære av hverandre. Dialog mellom de ansatte kan da bidra til faglig utvikling.

Videre trekkes det frem hos en av informantene at ansattes holdninger er avgjørende for dokumentasjon. Det viser til betydningen av at dokumentasjonspraksis diskuteres i hverdagen.

”Hvis vi tenker at dokumentasjon ikke er så viktig, så nedprioriteres det. At ledere er fremme og sier noe om hva standarden skal være og hva som forventes av oss er svært viktig”

– Informant 3.

4.2 Hva og hvordan skal det dokumenteres?

Ved spørsmål om når dokumentasjon er tilfredsstillende er det vanskelig å formulere klare svar, nettopp fordi vi står ovenfor et bredt spekter av pasienter og individuelle behov.

Dokumentasjonen må tilpasses pasienten.

”Jeg tenker i forhold til vår målgruppe som er demente pasienter, så kan det hende at sykehuset ville de ha sagt at vår dokumentasjon ikke holder mål. Vi prioriterer ikke å dokumentere vitale tegn, det er ikke interessant for oss. Vi jobber med miljøterapi. Da er det interessant om pasienten hadde ro til å sitte å høre på avislesingen eller om de var oppe å gikk. For oss er det behandlingen, det er miljøterapien. Ikke blodtrykket. Vi tilpasser det”

- Informant 1.

”På sykehjem må vi vite mer enn hjerterytme og saturasjon. Det er ikke nok å vite hvordan kroppen har det, vi må beskrive hvordan mennesket har det” – Informant 2.

Dette utsagnet sier noe som er viktig for all sykepleie. Det grunner ut i å se hele mennesket og både deres fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. En pasient på sykehjem har ofte færre ressurser og et større hjelpebehov som går under flere av deres funksjonsområder, sammenlignet med de fleste pasienter i andre helseinstanser som er innlagt for spesifikk behandling. Hva som skal dokumenteres må vurderes ut fra situasjonen og virksomheten en er i.

”Det er alltid muligheter for forbedring og nå har vi jo kommet dit hen at en ser at personorientert omsorg, det å se hver enkelt pasient, gjør at en må frem med livshistorien, man må vite interessefeltene deres og ut i fra det tilrettelegge aktiviteter. Når vi går ut å sier at aktivitet og innhold er like viktig som medisin, så dokumenterer vi både på medisin og på innhold, og hva vi faktisk gjør. Så det er fokusert mye mer de tre siste årene her enn før”

- Informant 3.

Informanten oppsummerer her hva hun mener er viktig å dokumentere

”Det må stå samhandlingen vår med pårørende. Det at en har informert og hva en faktisk har informert om. Det må stå hvordan en kommuniserer med pasienten. Det må stå de gangene vi lykkes og de gangene man ikke lykkes i forhold til personer med demens. Det er også læring i hva vi gjør når vi ikke lykkes, og hvordan gjør vi det egentlig når vi lykkes. Det

grunnleggende i forhold til somatikk kommer i tillegg. For eksempel hvis en skal dokumentere om en infeksjon, da skal alle parameterne være med – temperatur, CRP, pustearbeid o.l.”

- Informant 3.

Det er av stor betydning å dokumentere det mellommenneskelig møte med pasienten og deres pårørende. Et annen moment er å utnytte de faglige kunnskapene en sitter inne med, og sørge for at de observasjonene en har gjort også kommer i pasientens journal. En av informantene trekker frem sykepleieprosessen.

”Symptomer, observasjoner, hva ser vi, hvordan vurderer vi det, hva tenker vi om det vi ser, hva er målet og eventuelle tiltak som vi iverksetter. Det er også viktig å dokumentere hvis legen for eksempel har gjort endringer i medisiner og behandling - at vi er observant og evaluerer dette” - Informant 1.

Her eksemplifiserer det når dokumentasjon blir mangelfull.

”For eksempel hvis det står ”Pasienten var urolig hele vekten”. Da vil jeg gjerne vite hvordan urolig vedkommende mener. Er det motorisk uro eller annen type uro. Hvordan artet den seg og hva gjorde vedkommende med pasienten uro. Hva prøvde de, var det ting som hjalp, var det noe som ikke hjalp” - Informant 1.

I denne sammenheng er informasjonen ovenfor svært nyttig for ansatte som kommer på jobb og møter pasienten. Vedkommende før har kartlagt de opplysningene de har innhentet om pasientens tilstand og vaktskiftet vet da på forhånd hvordan problemet er forsøkt løst. Det informantene sier viser til at en må også begrunne og forklare observasjoner og handlinger som blir gjort i forhold til problemet.

Hvordan en dokumenterer er av betydning utover samarbeidet innad i avdelingen pasienten befinner seg på.

”Pårørende skal ha innsyn i pasientjournalen. Det skal kunne brukes til legevisitt og til overføring til sykehus. Det betyr at det må holde en god kvalitet. Da er spørsmålet ”Hva er god kvalitet?”. Det kan ikke bare stå ”som tidligere”, eller ”drukket godt, spist godt”. Det må være utfyllende og uten gjentakelser av ”selvfølgeligheter”. Det er vesentlig. Det skal

være forståelig og korrekt” - Informant 3.

4.3 Bruk av tiltaksplan

Fullverdige pleieplaner letter dokumentasjonen og planlegging av arbeidsdagen. Det forutsetter at de blir brukt. Informantene forklarer at de har skriftlig rutiner for dokumentasjon og rapportgivning. I dette sitatet kommer det frem hos en av informantene at det er et forbedringspotensial i å utnytte tiltaksplanenes verdi i dokumentasjonsarbeidet.

”Vi lager veldig utfyllende tiltaksplaner. De følger hver pasient og oppdateres etter faste standarder. Vi har en jobb å gjøre i det at alle gjør seg kjent med hver tiltaksplan. Jeg vil at de skal vite hva som virkelig står der. Hvis vi ikke vet hva som er kartlagt som pasientens behov så følger vi ikke det som er planlagt. Vi har en jobb å gjøre med at hver og en er kjent med de ulike tiltaksplanene” - Informant 3.

Det fremgår hos en av de andre informantene at de opplever sortering av dokumentasjonen som utfordrende.

”Vi skal bruke tiltaksplanen slik at vi dokumenterer etter funksjonsområdene til pasienten. Det er ikke like lett i det daglige å sortere dokumentasjonen under hver funksjonsområde, men vi prøver å gjøre det. Spesielt på viktige ting” - Informant 1.

4.4 Avviksføring

Å føre avvik medfører ikke direkte til bedre praksis, men det synliggjør at endring er nødvendig. Det viser hvor forbedringspotensialet ligger. En av informantene fremhever bruken av dette.

”Det at det skrives avvik når en ikke finner dokumentasjonen en leter etter er viktig. I forrige uke fikk jeg et avvik som gikk på at en pasient hadde fått en alvorlig soppinfeksjon og det ikke var dokumentert tidligere. Det var da spørsmål om det var observert eller ikke, men da kom det jo frem fra to av de ansatte at de hadde observert det. Da må vi ut i personalgruppen og spørre oss selv hva vi gjør med dette og understreke at det skal dokumenteres ved endring”
- Informant 3.

En annen av informantene forteller at de nå dokumenterer ernæring som funksjonsområde svært grundig etter at deres avdeling fikk et avvik på dette. På den måten sikret de at et lignende ikke skulle skje igjen.

” Vi måler opp alt de drikker i løpet av et døgn og dokumenterer hva de har spist. Noen vil sikkert si dette er å over-dokumentere, men det er veldig god informasjon å ha i møte med pårørende og lege” - Informant 1.

Å sammenligne faglig standarder utarbeidet på arbeidsplassen med hva som dokumenteres vanskeligjgjøres hvis dokumentasjonen ikke er fullverdig. Her viser en av informantene til et tilfelle hvor det ikke var mulig å kvalitetssikre arbeidet grunnet mangelfull dokumentasjon.

Vi har hatt avvik i forhold til sårbehandling hvor det har stått ”Har skiftet på såret”, og funnet flere gjentakelser av det. Det holder ikke. En må dokumentere hva en har observert – sekresjon, størrelse og lignende. Vi har standarder på hva dokumentasjon av sår skal inneholde. Det er sånn vi jobber for å forbedre oss”- Informant 3.

4.5 Lederens rolle

To av informantene bruker de muntlige rapportene som en måte å kvalitetssikre hva som dokumenteres. I deres lederstillinger er de kun på jobb på dagtid. De holder rapport ved vaktskiftet hver dag. Først og fremst er det for å ha oversikt og kjennskap til pasientene, men de registrer også da hva som dokumenteres av de ansatte.

”Jeg er med på rapportene hver morgen og gir rapporten før jeg går hjem. Jeg går gjennom det de ansatte har skrevet og ut ifra det gir jeg rapport. Da kjenner jeg pasientene og får også god kontakt med de som jobber her” – Informant 1.

”Vi har veldig god oversikt over hva som skrives” – Informant 2.

Som ved annen faglig utvikling fremheves det av alle informantene at en må bruke lederrollen til å stå frem som et forbilde og vise vei for de ansatte.

”Som avdelingsleder må man være pådriver. Jeg må være fremme og si ”Det her er sånn vi

skal gjøre det". Jeg må hjelpe personalet til å finne løsninger på ting. Jeg må også kunne systemene godt slik at jeg hele tiden kan vise når noen står fast. Jeg må ha en holdning til at dette er nyttig og nødvendig. Vi har ingen andre mulige snarveier og det kan ikke gjøres på en annen måte. Jeg må dele kunnskap og sette meg inn i lovverk, undervise på det og ta det opp i daglige diskusjoner" – Informant 3.

Her fremheves et viktig poeng. Det er lovpålagt å dokumentere. Helsevesenet og sykepleierens hverdag reguleres av lovverket. Dokumentasjonskvaliteten skal sikres i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

Ved spørsmål om hvilke muligheter de har til å bidra til at ansatte dokumenterer er individuell veiledning fremtredende. Det beskrives også at det undersøkes hva som kan være årsaken til at vedkommende kanskje ikke dokumenterer.

"Hvis vi ser at noen trenger hjelp, er det er jo veiledning 1 til 1 vi gjør. Hvis vi får avvik innenfor vårt dokumentasjonssystem tar vi det opp i kvalitetssirkelen. Da ser vi på om vi kan gjøre ting på en ny måte, trenger vi nye rutiner, eller det er det en menneskelig svikt som gjør at vi får avvik" – Informant 1.

"Det kan være mange måter manglende dokumentering kommer frem på. Vi har jo hatt over år de som ikke vil dokumentere, men nå skal alle delta. Skal du jobbe som hersepersonell, må du dokumentere, det er ingen ved utenom. Det vi har gjort er å gi individuell opplæring, sittet ved siden av ansatte og lært dem opp. Gitt dem det vi har av maler, og fulgt dem opp i forhold til opplæringen de har fått. Da har vi laget individuelle avtaler og hatt flere opplæringsbulker, for så å slippe de mer løs til slik at de får jobbe på egenhånd. Det har vi lykkes kjempegodt med" – Informant 3.

Informantene peker også på ros som et motiverende element, å fremheve dokumentasjonsinnlegg som kan virke inspirerende for de ansatte.

"Når jeg sitter å leser rapportene og ser et fantastisk fint journalinnlegg så løfter jeg den personen frem. Det er viktig å ikke kun reagere når noe er for dårlig, når vi også ser de kjempefine innleggene. Forhåpentligvis inspirerer det kanskje andre" – Informant 1.

4.6 Teknologi som påvirkende faktorer i dokumentasjonsarbeidet

Når elektronisk pasientjournal ble innført var det for mange en stor omstilling. Tidligere ble alt skrevet i kardex, pasientjournaler i papirform. Samtlige informanter meddelte at dette har vært en utfordring og en lang omstillingsprosess for deres ansatte. Spesielt for de som har vært lenge i yrket.

”Det har vært en kjempeutfordring innenfor helse. Det å få de ansatte, inkludert meg til å forstå at vi er nødt til å dokumentere elektronisk. Vi har brukt tid på kursing, individuelle opplæringer og laget standard-maler for hvordan dokumentasjonen skal se ut. Med den eldre generasjonen har det vært en kjempestor jobb. Det har vært noe som har gjort kvaliteten dårligere over mange år. Vi ser også at de som er av den yngre generasjonen tar dette enkelt når de kommer og får opplæring. Så vi bruker de unge som kjempegode eksempler, og lærer opp hverandre. Det er veldig mye som skal læres. De er jo oppdratt i en helt annen tradisjon og i et annet fokus, så jeg har stor forståelse for dem” – Informant 3.

”Det er enkelte som fortsatt synes det er vanskelig. Enkelte av den eldre garde av våre arbeidstakere. For de som er ung er det ikke et tema” – Informant 1.

Videre mener informanten at denne overgangsprosessen har gjort noe med hvordan vi forholder oss til dokumentasjon.

”Når det ble innført elektronisk pasientjournal skjedde det noe med måten vi tenkte på. Det ble viktigere med god dokumentasjon og at ting ble bevart for ettertiden. Det har kanskje hjulpet oss til å skrive noe annet enn ”alt ok”. Det føles litt mer alvorlig å dokumentere”
– Informant 1.

5 Drøfting

Her settes i teori og forskningslitteratur opp mot funn fra det gjennomførte intervjuet. Dette er også hvor egne meninger og erfaringer kommer frem i teksten. Hensikten med denne delen av oppgaven er å reflektere rundt innhentet kunnskap og se tema fra ulike synsvinkler. I utgangspunktet vurderer jeg noen av artiklene som er brukt til være utgått med tanke på årstall. Har likevel valgt å bruke de for å belyse funn og praksis i dagens helsetjeneste.

5.1 Sykepleieprosessen og sykepleieplaner

Sykepleieprosessen har en gjenkjennelig oppbygging. Dens struktur er i tråd med Helsepersonelloven (1999) og Forskrift om pasientjournal (2000) som inkluderer datainnsamling (vurdering), problemformulering (diagnose), tiltak (handling) og mål/evaluering (resultat). I følge Drange (2002) er anvendelse av sykepleieprosessen ved dokumentering et kriterium for kvalitet. Hans studie viste at nivået på pleien økte når sykepleieprosessen ble benyttet i utarbeidelse av sykepleieplaner. Drange (2002) poengterer videre at det å bruke sykepleieprosessen gjør innhold i dokumentasjonen mer oversiktlig. Med systematisk fremstilling av behov for sykepleie er det lettere å finne frem planlagt pleie og hva som skal gjennomføres.

Samtlige av informantene fra Bodø kommune har skriftlige rutiner for dokumentasjon ved sin arbeidsplass. Blir det signalisert at noe ikke fungerer slik det skal, blir dette tatt opp i kvalitetssirkel eller personalgruppe for å finne løsningsmetoder. De beskriver å finne årsaken til eventuell svikt som en del av deres jobb. En slik lederrolle og system i hverdagen var ikke et funn i studien av Naustdal og Netteland (2012). Fasene i sykepleieprosessen ble lite brukt som mal for skriftlig dokumentasjon og det fantes ingen lokale føringer for dokumentasjon i EPJ, verken fra institusjons- og eller avdelingsledelsen. Dette strider i mot nasjonale føringer for dokumentasjonspraksis. Videre viste studien av Naustdal og Netteland (2012) at sykepleiere som utarbeidet tiltaksplaner mistet motivasjonen til å fortsette når flertallet av de ansatte verken leste eller fulgte opp planene. Årsaken til dette ble begrunnet ut fra tidspress og manglende avdelingskultur for bruk av standardisert dokumentasjon.

Som student og ansatt har jeg sett hvor verdifull sykepleieplaner er og erfart konsekvensene av mangel på systematisk fremstilling av pasientenes behov og problemområder. På en side har jeg arbeidet ved en institusjon som bruker pleieplanene aktivt i pasientenes hverdag. Samtlige av de ansatte er kjent med pleieplanene og inneforstått med de enkeltes pleiebehov. De har skriftlig rutiner for oppdatering av problemområdene og evaluering av tiltakene som er planlagt for pasientene. Ved den andre institusjonen er det kun utarbeidet sykepleieplaner på et fåtall av pasientene, og disse er ikke oppdatert. Som ny student på denne arbeidsplassen var det få holdepunkt å ta tak i og vanskelig å vite hvilken sykepleie jeg skulle gi den enkelte pasient. Pasientens behov ble videreformidlet gjennom muntlige beskjeder. Jeg opplevde at sykepleien som ble gitt var avhengig av hvem som var på jobb. Det gjør at pasientene får liten grad av kontinuitet i pleien. Det medfører også at dokumentasjonen blir tilfeldig og sporadisk,

og informasjonen ikke lar seg anvende i praksis. Dette samsvarer med funn av Drange (2002). Å ha oppdatert oversikt over hvilke problemer pasienten har og hvilke sykepleietiltak som skal gjennomføres er en forutsetning for å kunne gi pasienten den helsehjelpen de har behov for.

Blant sykepleielederen som deltok i studien av Naustdal og Netteland (2012) ble det gitt uttrykk for at de så på endring i dokumentasjonspraksis som spesielt omfattende oppgave. En av dem meddelte at hun kontinuerlig måtte sjekke at dokumentasjonen var utført korrekt, og helst sitte sammen med sykepleieren, for å få de til å utarbeide pleieplaner. Lederne mente det var vanskelig å realisere såpass tett oppfølging i praksis. Ledelseinstanser kan legge til rette for dokumentasjon og bidra med veiledning og løsningsmetoder, men i utgangspunktet har hver enkelt sykepleier ansvar for egen yrkesmessige funksjon, inkludert det å dokumentere.

I intervjuet av avdelingssykepleierne i Bodø kommune kom det frem at de ansatte laget utfyllende pleieplaner, som ble oppdatert etter faste standarder. Utfordringen lå i å benytte seg av pleieplanen. Dette var også et funn i studien gjort av Karkkainen m. fl. (2005). Med hensikt om å innføre sykepleieplanen som et aktivt arbeidsredskap i hverdagen ble det gjennomført et prosjekt ved Alderspsykiatrisk post ved Universitetssykehuset Nord Norge (Wangensteen & Nivison, 2008). Det innebærte opplæring og visuell framvisning av pleieplanen som en del av vaktskifterapporten. Hvis sykepleieplanen blir hyppigere tatt i bruk vil det også være naturlig å anta at den representerer mer aktuell og nøyaktig informasjon. Resultatene viste at denne innføringen bidro til å øke de ansattes tilfredshet med sykepleieplanene og medvirket til at flere brukte planene mer aktivt i hverdagen (Wangensteen & Nivison, 2008). Dette kan være en metode å sikre at pleieplanene blir tatt i bruk i pasientenes hverdag.

Det som nedfelles i pleieplanene blir synlig, på godt og vondt (Drange, 2002).

Sykepleiedokumentasjon avslører faglig ståsted. Det kan oppleves som vanskelig å formulere sykepleie dersom en ikke har den nødvendige kompetansen som trengs. Siden denne oppgaven ikke innebærer noen form for gjennomgang av dokumentasjonsmateriale, er det informantenes formuleringer jeg har å støtte meg på for vurdering av faglig innhold. Slik jeg tolker svarene deres har informantene et systematisk blikk på hvordan sykepleie skal beskrives, i tråd med overordnede krav for dokumentasjon. Det som fortelles ivaretar helhetlig omsorg og er tilpasset den pasientgruppen de står ovenfor. Faglige

sykepleiekunnskaper blir en forutsetning for å kunne utarbeide pleieplaner av kvalitet som beskriver observasjoner og vurderinger gjort i samråd med pasienten, og ut fra datainnsamlingen sette opp en systematisk oversikt over pasientens behov. Utarbeidelse av pleieplaner gjør at en må innhente oppdatert kunnskap som er teori- og forskningsbasert. I en slik sammenheng tjener også dokumentasjon som en læringsprosess (Drange, 2002). Utforming av pleieplaner bevisstgjør sykepleieren for hvilke områder en har behov for å lære mer om. Hvis bruk av pleieplaner resulterer i at ansatte oppdaterer fagkunnskapene sine og lærer ved hjelp av utformingen, kan arbeid med pleieplan i seg selv være en løsning for å heve kvaliteten av sykepleietjenesten. Heggdal (2006) har i sin bok om dokumentasjon utarbeidet eksempler på hvordan dokumentasjon av sykepleie kan formuleres i utarbeidelse av sykepleieplaner. Dette er litteratur verdt å lese hvis en har vanskeligheter med å beskrive sykepleie skriftlig. ”*Det er pasientens reaksjon og situasjon, og våre faglige vurderinger av dette som er styrende for hva vi skal dokumentere*” (2006, s. 28).

5.2 Innhold i dokumentasjon

Forskrift om pasientjournal § 8 (2000) gir føringer for hva som skal dokumenteres, men dette blir noe generelt i praksis hvis en tenker på dokumentasjonsformuleringer. Det er vanskelig å finne et entydig svar på spørsmålet om hva dokumentasjonsinnholdet til den enkelte pasient skal være og hva som er tilfredsstillende. Informantene fra Bodø kommune viser med sine uttalelser at dette er en faglig og etisk overveielse den enkelte sykepleier gjør. Informantene fremhever likevel sentrale føringer som er viktige å belyse nærmere.

Først og fremst må dokumentasjonsbehovet sees i lys av pasienten og deres behandlingstilbud. Pasienter ved sykehjem kan ha omfattende behov som stadig er i endring, mens andre har avgrensede behov og et sykdomsbilde som holder seg forholdsvis stabilt. Det fremheves i mine funn fra studien at det er utslagsgivende at endringer dokumenteres. Som pasient over lengre tid er det fare for at endringer i deres situasjon blir forsømt. Fra dag til dag ser det muligens ut som det ikke har skjedd noe nytt med pasienten, men hvis det settes i et tidsperspektiv kan endring ha skjedd gradvis som ikke har vært synlig. Skriftlige rutiner for dokumentasjon og oppdatering av den enkeltes sykepleieplan er derfor nødvendig, slik at disse endringene blir fanget opp (Fjørtoft, 2006). Dette understrekte samtlige av informantene fra Bodø kommune som en del av deres dokumentasjonsrutiner. Ved langtidsomsorg har pasienten krav på en individuell plan jf. pasientrettighetsloven § 2-5 (1999). Det er tydelig at

personorientert omsorg må stå i fokus når sykepleieplanene utarbeides. Informantene fremhever at dette styrker dokumentasjonen. Det bidrar til at pasienten får den pleien den har behov for, samtidig som det hjelper oss å se hva som er viktig å prioritere når en dokumenterer (Heggdal, 2006).

I en metaanalyse gjort av Karkkainen m. fl. (2005) pekte funnen mot at individualisert pasientomsorg ikke synliggjøres i sykepleierens dokumentasjon. Gjennomgang av 14 kvalitative dokumentasjonsrapporter viste at beskrivelser om hvilke oppdrag som var utført dominerte, mens pasientopplevelser var manglende i dokumentasjonen. Det ble også avdekket uoverensstemmelser mellom hva pasient og sykepleier oppfattet som pasientens behov. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) sier at pasienten har rett til å medvirke i gjennomføringen av egne helse- og omsorgstjenester. Pleieplanene burde utarbeides i samråd med pasienten i den grad det er mulig.

At pasientperspektivet ikke kommer synlig nok frem i dokumentasjonen stemmer overens med egne praksiserfaringer hvor jeg har observert at ansatte ofte dokumenterer deres subjektive opplevelse av pasientens følelser. Eksempelvis; *"Pasienten har hatt en fin dag"*, *"Pasienten er blid og fornøyd"*, *"Pasienten er nedstemt i dag"* *"Pasienten har sovet godt hele natten"*. Så fremst at pasienten har gitt uttrykk for dette selv ivaretar ikke slik dokumentasjon pasientperspektivet, men beskriver hvordan vi oppfatter situasjonen. En måte å løse dette på er å bruke pasientens forståelse og oppfatning av egen helsetilstand som utgangspunkt når en dokumenterer. Våre vurderinger og observasjoner med bakgrunn i fagkunnskap må selvfølgelig også dokumenteres, men da må det også tydeliggjøres og begrunnes hvorfor vi tolker som vi gjør. En egenskap en kan tilegne seg av er å fremheve hvilket perspektiv en baserer dokumentasjonen på (Dahl & Vatne, 2007). En skal være oppmerksom på hvordan en formulerer det en skriver; er det noe pasienten selv har uttrykt, er det basert på pasientens helsehistorie eller er det egne observasjoner og vurderinger. Det skal også nevnes at ikke alle pasienter er i stand til å uttrykke egne følelser. Da kan løsningen være å beskrive pasientens non-verbale uttrykk og ut i fra dette presentere hvordan en tolker det.

Virginia Henderson var en av de første sykepleieteoretikerne som beskrev sykepleiens særegne funksjon etter Florence Nightingale. I følge Henderson er sykepleierens overordnede mål å sørge for å ivareta de behovene pasienten ikke er i stand til å ivareta selv. Hvis det ikke er mulig å hjelpe mennesket til uavhengighet, er målet å lære pasienten å leve med

konsekvensene av sykdommen eller skaden (Heggdal, 2006). Denne behovstenkningen om å ivareta mennesket som helhet med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov kommer til uttrykk også i avdelingssykepleiernes formuleringer. Ved spørsmål om når dokumentasjon er tilfredsstillende sa en av informantene fra Bodø kommune at det ikke var nok å vite hvordan kroppen har det, en må beskrive hvordan mennesket har det. En ser her at både sykepleieteori og avdelingssykepleieren fra Bodø kommune flytter fokuset fra helse som fravær av sykdom, til også å innebære pasientens psykososiale og åndelige dimensjoner.

Jeg ser på Hendersons teori og de 14 grunnleggende behovene som brukbar i praksis. Maler for datainnsamling er ofte sentrert rundt pasientens grunnleggende behov. Hendersons teori fungerer som en enkel disposisjon for dokumentasjonsarbeid og den kan benyttes gjennom hele dokumentasjonsprosessen. En kan innhente data ut fra listen over funksjonsområdene og pasientens opplevelse av situasjonen, vurdere hvilke funksjonsområder det er svikt i og formulere sykepleieproblem ut fra dette. Videre defineres målene ut fra pasientens funksjonsnivå og hva som er realiserbart. Tiltakene tar sikte på å dekke de formulerte behovene og evalueringen gjøres på grunnlag av funksjonsområdene. Hvis den benyttes på denne måten er det et oversiktlig hjelpemiddel i møte med pasienten.

Funnene i det kvalitative intervjuet jeg gjennomførte viser at det er individuelle forskjeller i dokumentasjonskvaliteten blant de ansatte. Mange av dem er forbilledlige flink, mens andre har en del å gå på. Drange (2002) viser til sine funn om at det er et for stort gap mellom hva sykepleiere mener er kvalitet og hva de egentlig praktiserer. Han mener det er nødvendig med debatt og refleksjon om hvordan en på best mulig måte kan beskrive sykepleie slik at den holder en standard som oppfyller både kvalitetskriterier og krav nedfelt i lovverket. Dette kommer frem i mitt intervju hvor informantene understreker diskusjon i hverdagen som en viktig del av deres dokumentasjonspraksis. At ansatte forenes om et felles mål for hva dokumentasjonen skal inneholde og sammen setter en standard for hva en kan forvente av sine medarbeidere, kan være hensiktsmessig. Kvalitetssikring av en tjeneste forutsetter at ansatte på arbeidsplassen samarbeider (Jacobsen, 2005). En undersøkelse gjort av Person & Nilsen (2006) i en avdeling ved Rikshospitalet viste at nyutdannede sykepleiere ønsker mer utfyllende rapporter enn erfarne sykepleiere. Slike funn fremstiller hvor viktig det er å diskutere dokumentasjonspraksisen med de en arbeider sammen med.

5.3 Informasjonsutveksling

I følge NSFID (2007) bidrar muntlig informasjonsutveksling til at sykepleieplaner ikke blir brukt. De fleste institusjoner har som tradisjon å benytte seg av både skriftlig og muntlig rapport. I en avdeling ved Rikshospitalet ble det innført nye dokumentasjonsrutiner som tok sikte på å heve bruken av sykepleieplaner, sikre at all dokumentasjon ble nedfelt skriftlig og effektivisere arbeidstiden. Bakgrunn var at deres rutiner ikke så ut til å fremme ønskelig standard på dokumentasjon. Lange muntlige rapporter og skriftlig dokumentasjon som ikke alltid ble lest førte til prosjektet "Stille rapport" (Solvang, 2006). Det innebærte fullstendig avvikling fra muntlig rapport. Det ble satt av "stille time" på dagtid hvor ansatte hadde mulighet for å dokumentere og fagmøter hvor sykepleierne hadde mulighet å ta opp ønskelige pasientsituasjoner og veiledning i forhold til dokumentering. Enkelte av sykepleierne gav tilbakemelding på at de ikke var fornøyd med å ikke få rapport om alle pasientene slik de tidligere hadde fått før prosjektet ble iverksatt. Andre satt pris på å bli spart for informasjon de ikke hadde behov for. Forbedringer i den skriftlige dokumentasjonen ble poengtert allerede etter den første uken. Sykepleierne uttrykte at dokumentasjonen inneholdt mer nøyaktige formuleringer og mente at sykepleieplanene hadde høyere kvalitet. Samtlige var enige i at dokumentasjonen ble hyppigere brukt og de opplevde at de var bedre forberedt i møte med pasientene (Solvang, 2006).

Muntlig språk i rapport situasjoner kan føre til at relevant og nødvendig informasjon ansatte syns er vanskelig å formulere skriftlig, kun videreføres muntlig. NSFID's veileder (2007) skriver "*forhold rundt pasientens psykiske behov er underestimert i den skriftlige dokumentasjonen*" (2007, s. 17). En av informantene sa under intervjuet at hun opplevde dokumentasjon av somatiske deler av sykepleie som tilfredsstillende, og at de nå fokuserte mer på å dokumentere effekten av aktiviteter o.l. pasienten deltok på. Hvis en skal vurdere dette opp mot Hendersons 14 grunnleggende behov og Maslows behovshierarki, tyder dette på at fysiologiske behov som respirasjon, ernæring og eliminering er lettere å dokumentere siden det er målbare observasjoner. Det er vanskeligere å sette ord på det mellommenneskelige. Det som ikke er målbart, som pasientens opplevelse av trygghet og fellesskap, selvbilde og verdighet. Det en kan gjøre er å anvende pasientens egne ord i dokumentasjonen som nevnt tidligere i oppgave. Da er det pasienten selv som formulerer ordene og belyser deres omsorgsbehov, så fremst at pasientens tilstand muliggjør det (Dahl & Vatne, 2007). At denne problemstillingen kom frem under intervjuet viser at informanten er bevisst om å ivareta hele mennesket og fokuserer på at dokumentasjonsarbeidet skal

gjenspeile helhetlig sykepleie. Det står i sammenheng med Hendersons tenkning om sykepleierens funksjon.

5.4 Organisatoriske forhold

Systematisering og utvikling av sykepleiedokumentasjonen er en pågående og kontinuerlig prosess i følge avdelingssykepleierne. Skal dokumentasjon fungere som en styrke i sykepleierens og pasientens hverdag, er en nødt til å jobbe aktivt med eget kunnskapsnivå og evnen til å kunne planlegge, beskrive og synliggjøre sykepleie. Både for den enkelte sykepleier og ledere av sykepleietjenesten er dette en stor faglig utfordring. Informantenes lederrolle kommer tydelig frem i intervjuene og ut fra deres formuleringer er min oppfattelse at de er bevisst sitt ansvar som leder og hva som kreves av dem i deres rolle. De fremhever avviksføring som et viktig hjelpemiddel for kvalitetssikring, fordi det viser hvor det er behov for ressurser og veiledning. Avvik beskriver mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Målet med avviksføring er å gjøre tjenesten bedre. Til tross for at det er lovpålagt, viser derimot litteraturen at det er et fåtall som melder avvik (Larsen, 2011; Østby, Bryne & Bloch, 2011).

5.5 Internkontroll

Dagens helsetjeneste har kontinuerlig utfordringer rettet mot nye reformer, retningslinjer, omorganisering, tverrfaglig utvikling, økte krav til evidensbasert praksis, og en forventning om effektiv og kvalitetsmessige tjenester innenfor et økonomisk rammeområde – alle organisatoriske utfordringer som det forventes at sykepleier og skal håndtere og forholde seg til. Helsetjenesten skal ha både interne og eksterne tiltak for tilsyn og kontroll av yrkesutøvelsen. I Tilsynsloven § 3 står det nedfelt at *”enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift”*. Videre står det i § 4 at virksomhetens forutsetning og utarbeidelsen av kontrollsystemet skal gjøres på bakgrunn av pasient og pårørendes behov. Dette er viktig å fremheve i sammenheng med dokumentasjonspraksis. Hensikten med internkontroll er å sikre faglig forsvarlighet og kontinuitet i bedring av institusjon og drift. Det er arbeidsgiverens ansvar at internkontrollsystemet inneholder gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer, at personalet er kjent med innholdet og at det gjøres tilgjengelig for dem hvis oppdateringer tilkommer. En av informantene fra Bodø kommune beskriver og

fremhever dette ansvaret som en del av jobben. Internkontroll er et lovpålagt styringsverktøy og dermed innenfor ledelsens ansvarsområde. De områdene som er regulert gjennom interntrollsystemet er også innenfor sykepleierens kompetanserammer, og dermed angår det også sykepleiere (Orvik, 2004).

5.6 Kvalitetssikring av datakompetanse

Dersom bruk av elektronisk pasientjournal skal være et positivt element i sykepleierens hverdag, må en som helsepersonell være forberedt på å benytte seg av datateknologien. Det er lederens ansvarsområde å bidra til slik opplæring (NSFID, 2007). En av informantene ved sykehjemsinstitusjonene fremhever at dette har vært en lang omstillingsprosess, og at det fortsatt er enkelte som synes dette er problematisk å gjennomføre i praksis. Lederen har derfor tilrettelagt for tilbud om kursing og individuelle opplæringer blant de ansatte og utarbeidet standard-maler for hvordan dokumentasjonen skulle gjennomføres. Vedkommende fremhever unge og nyutdannet helsepersonell som gode eksempler og muligheten for å lære av hverandre. Slik nødvendig kompetanseheving er en forutsetning for kvalitetssikring av dokumentasjon, fordi elektronisk pasientjournal er kommet for å bli og det bidrar til et mer oversiktlig og effektivt oppsett av pasientens sykdomsbilde. Rykkje, Brattestad og Hansen (2007) erfarte at innføring av EPJ resulterte i en nedgang i dokumentasjonskvalitet. Deres funn peker på at det ble skrevet færre sykepleieplaner. Årsaken begrunnes ut fra at krav om dokumentasjonens innhold og kvalitet stadig er under utvikling og i praksis klarer ikke sykepleierne å følge med. Videre peker de på at dokumentasjonen preges av manglende faglig innhold hvor sentrale føringer i pleieplan ikke er dokumentert og at dokumentasjonen representeres av dagboknotater som ikke har inneholder gjeldende og verdifull informasjon. Som løsning på dette problemet foreslås det at dokumentasjonsveiledning burde individualiseres med mål om at kompetansehevingen blir mer treffsikker. På den måten kan en ivareta sykepleierens individuelle behov for veiledning i dokumentasjon (Rykkje, Brattestad og Hansen, 2007). Dette er hvordan informantene beskriver hvordan de løser denne type problemstillinger, med en til en veiledning.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg hatt som mål å belyse hva som karakteriserer tilfredsstillende dokumentasjon og hvordan en kan sikre kvaliteten på sykepleierens dokumentasjon av

grunnleggende hos pasienter ved sykehjem. Jeg valgte å hente opplysningene mine fra praksis gjennom å utføre kvalitative intervju.

Lover og forskrifter beskriver rammeområdene dokumentasjon skal utøves innenfor. Hvordan en velger å formulere sykepleie, og hva en vurderer som viktig å dokumentere, er en del av sykepleierens yrkesmessige funksjon. Det er en faglig og etisk avgjørelse hos den enkelte. Sykepleier har en selvstendig dokumentasjonsplikt. Hver enkelt bør kjenne den ansvarsrollen en selv har for å holde seg faglig oppdatert og bidra til å utvikle praksis slik at pasientenes helsehjelp preges av kvalitet og kontinuitet.

Hva som forstås med relevante og nødvendige helseopplysninger må ses i sammenheng med pasientens situasjon, helsehjelpen vedkommende mottar og sykepleierens kunnskapsnivå. Skal sykepleier utvikle kompetanse i å bedre kunne vurdere hvordan og hva en skal dokumentere, må en utvikle egen faglige identitet og tydeliggjøre hva eget bidrag i helsehjelpen til pasienten er.

Bruk av sykepleieprosessen som utgangspunkt for utarbeidelse av pleieplaner bidrar til systematikk i hverdagen. Forutsetningen for å ivareta pasientens grunnleggende behov er forståelsen av mennesket som helhet med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. En måte å innarbeide rutine for å bruke pleieplanen som et aktivt redskap i hverdagen er å ta frem pleieplanen i muntlige rapporter og diskutere innholdet og formuleringer. Diskusjon er viktig i hverdagen, å være åpen for å lære av hverandre gir rom for nye innfallsvinkler. Å la pasientene være med i utarbeidelsen av egen pleie og ivareta pasientperspektivet, bidrar til at sykepleier og pasient arbeider mot samme mål. Det gir pasienten den individuelle omsorgen den har krav på og gjør det lettere å se de enkeltes behov.

En sterk og synlig lederrolle kan vise vei og bidra til at sykepleiere motiveres til dokumentering som er anvendbar i praksis. Gjennom internkontroll og avviksføring kan vedkommende i lederrollen avdekke hvor det er rom for forbedring. Dette krever rutinemessig gjennomgang av dokumentasjonsinnholdet. Sammenlagt er disse funnene viktige momenter som vil drive arbeidet fremover og bidra til å sikre kvaliteten på dokumentasjonen. Det er den enkelte sykepleier selv som må være med å påvirke til en dokumentasjonspraksis preget av kvalitet, mens lederfunksjonen skal legge til rette for muligheten til utvikling.

7 Litteraturhenvisninger

Pensumlitteratur

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A, K. (2006) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Fagbokforlaget: Bergen.

Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., Brodtkorb. & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden? Om kvalitet, endring og temaarbeid i sykepleieledelse*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Selvvalgt litteratur

Drange, B. B. (2002). *Kvalitet, eller...? Sykepleien*, 90(21b), 42-44. (3 sider). Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121863 Dato: 05.04.13.

Dahl, K. & Vatne, S. (2007). *Mangel på pasientperspektiv*. *Sykepleien*, 95(18),70-72. (3 sider). Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118346/mangel-pa-pasientperspektiv> Dato: 16.03.13.

Henderson, V. (1997). *Basic principles of nursing care*. Geneva: International Council of Nursing. (7 sider).

Karkkainen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. (2005). *Documentation of Individualized Patient Care: A qualitative metasynthesis*. *Nursing Ethics*, 12(2), 123-32. (10 sider).

Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15791782> Dato: 24.03.13

Leland, A. (2003). *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. (KITH-rapport nr. 14/03). **(43 sider)**. Tilgjengelig fra: <http://www.kith.no/upload/1105/R14-03VeilederElektroniskDokSykepleie-v1.pdf> Dato: 01.04.13

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk. **(32 sider)**.

Larsen, L. S. (2011). Avviksregistreringens betydning for god sykepleie. (Masteroppgave, Universitet i Tromsø). **(2 sider)**. Tilgjengelig fra: <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/3516/thesis.pdf;jsessionid=5BB82EFE4074848B13057DF59FEEE2A3?sequence=1> Dato: 16.04.13.

Lerdal, A. & Karlsson, B. (2008). *Bruk av fokusgruppeintervju*. *Sykepleien*, 3(3), 172-175. **(4 sider)**. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/nyttestoff/116749/bruk-av-fokusgruppeintervju> Dato: 23.03.13

Naustdal, A. G. & Netteland, G. (2012). *Sjuepleiedokumentasjon i et elektronisk samhandlingsperspektiv*. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 270-277. **(8 sider)**.

Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1012200/sjuepleiedokumentasjon-i-eit-elektronisk-samhandlingsperspektiv> Dato: 12.03.13

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. NSF. **(10 sider)**.

Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for IKT og dokumentasjon (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Norsk Sykepleierforbund. (3. utg.). **(48 sider)**.

Tilgjengelig fra:

<https://www.sykepleierforbundet.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf> Dato: 20.03.13.

Nystadnes, T. (2007). EPJ Standard del 1 – Introduksjon til EPJ standard. Rapport nr. 05/05. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet. **(33 sider)** Tilgjengelig fra: http://www.kith.no/upload/4003/R05-05_EPJ2-Del1-introduksjon-v1.pdf Dato: 07.04.13.

Person, L. & Nilsen, M. (2006). *Noe å rapportere?* *Sykepleien*, 94(05), 74-75.

(2 sider). Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117568/noe-a-rapportere?> Dato: 01.04.13

Rykkje, L., Brattestad, A. & Hansen, S. (2007). *Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS*. *Sykepleien*, 95(15), 69-71. **(3 sider)**.

Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118256/mindre->

dokumentasjon-etter-innforing-av-epj-og-vips Dato: 04.04.13.

Sandvand, E. & Vabo, G. (2007). *Dokumentasjon i sykepleien. En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget. (71 sider).

Solvang, A. (2005). *Stille rapport*. Sykepleien, 93(19), 58-60. (3 sider).

Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118607/stille-rapport>
Dato: 08.04.13.

Sosial- og helsedirektoratet. (2004); *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. IS-1201, Veileder. (6 sider).

Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Sider/default.aspx> Dato: 10.04.13.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. IS-1162, Veileder. (8 sider)

Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx> Dato: 11.04.13.

Wangensteen, G. & Nivison, M. (2008). *Aktiv bruk av pleieplan*. Sykepleien, 96(03), 62-64. (3 sider).

Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/116286/aktiv-bruk-av-pleieplan> Dato: 28.03.13.

Østby, B. A., Bryne, L. & Helmers, A. K. (2011). *Kommunen som aldri lærer*. Sykepleien, 9(11), 26-36. (11 sider). Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/697081/Kongsberg%20kommune.pdf> Dato: 10.04.13.

Sum for selvvalgt pensum: 310 sider.

Lover og forskrifter

Forskrift om pasientjournal (2000). *Forskrift om pasientjournal*.

fra: <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.htm> Dato: 15.03.13.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 7. februar 1999 nr. 64*. Tilgjengelig fra:

<http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-064.html> Dato: 10.02.2013.

Internkontrollforskriften. (1996). *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*.

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19961206-1127.html>

Dato: 08.04.2013.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 7. Februar 1999 nr. 63.*

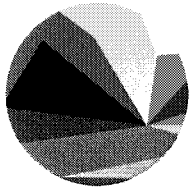
Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-063.html> Dato: 10.02.2013

8 Vedlegg

- I Intervjuguide
- II Søknad om tillatelse for innhenting av data
- III Svar på søknad om tillatelse for innhenting av data
- III Forskrift om pasientjournal § 8 (Krav til innhold)

Intervjuguide

- Har du inntrykk av at ansatte er opptatt av å dokumentere?
- Hvordan vil du beskrive kvaliteten på dokumentasjonen ved avdelingen?
- Er det noen områder dokumentasjonen er bedre på enn andre?
- Hvilke faktorer påvirker dokumentasjonen?
 - Tid/arbeidsmengde
 - Teknologi
 - Holdninger
- Hvor viktig synes du det er å dokumentere sykepleie?
- Kan du som leder si noe om når dokumentasjon er tilfredsstillende?
- Hva er din rolle som leder i forhold til kvalitetssikring av dokumentasjon?
 - Leser du gjennom hva de ansatte skriver
 - Rutiner/internkontroll
 - Avviksføring
- Hvilke muligheter har du som leder til å bidra til at ansatte dokumenterer?



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen

Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____ Institusjonsleder, Bodø Kommune _____
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave _X_
- 2.) Deleksamen __
- 3.) Semesteroppgave __
- 4.) Prosjektarbeid __

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: 10H Studiested: Universitet i Nordland

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters

rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving. Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: Bakgrunn for denne søknaden er utarbeidelse av en bachelor oppgave i sykepleie. Jeg er interessert i å skrive om sykepleiedokumentasjon og kvalitetssikring. Dokumentasjon er både en juridisk, faglig og etisk plikt som gjelder alle sykepleiere. Basert på egne erfaringer som sykepleierstudent i kommunehelsetjenesten er sykepleiedokumentasjon et område det kan være behov for å rette søkelyset mot. Dette er jeg interessert i å se nærmere på. Oppgavens hensikt er å undersøke sykepleiedokumentasjon på sykehjem i. Dette innebærer en fremstilling av hva som dokumenteres og i hvilket omfang, samt kvaliteten på dokumentasjonen. Videre vil jeg gå inn på faktorer som kan påvirke hvordan dokumentasjon utøves. Med problemstillingen er ønsket også å belyse hva sykepleier/avdelingsleder kan gjøre for å sikre kvaliteten av sykepleiedokumentasjon hvis situasjonen tilsvarer at det er behov for det. Med dette som bakgrunn lyder problemstillingen som følger: *"Hvordan kan sykepleier styrke kvaliteten i dokumentasjon av grunnleggende behov hos pasienter innenfor kommunehelsetjenesten?"*

Metode v/ datainnsamlingen: Det planlegges å bruke kvalitativ metode, gjennom et intervju. Spørsmålene er utarbeidet på en måte som forutsetter at en avdelingssykepleier er respondenten, og er delt opp i to områder. En del av spørsmålene er rettet mot hvordan lederen oppfatter at ansatte forholder seg til dokumentasjon og en del om sykepleier i en lederrolle. Årsaken til valgt metode er ønsket om å gå i bygden og innhente mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. I følge Dalland (2007) får denne fremgangsmåten frem en større sammenheng og helhet, og dette samsvarer med oppgavens hensikt siden emnet er sammensatt og det er flere faktorer å ta hensyn til.

Respondenter / intervjupersoner: Jeg ønsker å intervju 3 tre avdelingsledere på sykehjem i Bodø kommune. Informantene skal ha bachelor i sykepleie og vært ansatt i jobben minst 1 år.

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: Intervju-spørsmål (lagt som vedlegg), båndopptaker

NB! Spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Tidsrom: 40 min. Tidspunkt: Etter avtale. Helst gjennomføres innen uke 9 eller 10.

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: 6/1-2013_

Til

Student: [redacted]

Adresse: [redacted]

Postnr. / poststed: [redacted]

Kopi til:

Faglærer: [redacted]

Høgskole: [redacted]

Postboks [redacted]

8049 Bodø

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtaket: Søknaden innvilges.

Evt. merknader knyttet til vedtaket: To kontaktet med [redacted] for å uttale.

And. leder [redacted] sett av tice til deg [redacted]

Kirsten Willensson
Underskrift Institusjonsleder Underskrift

Forskrift om pasientjournal § 8. (Krav til journalens innhold)

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

- A. Tilstrekkelige opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten, blant annet pasientens navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer, telefonnummer, sivilstand og yrke.
- B. Opplysninger om hvem som er pasientens nærmeste pårørende, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b og lov om psykisk helsevern § 1-3, og hvordan vedkommende om nødvendig kan kontaktes.
- C. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, skal det nedtegnes hvem som samtykker på vegne av pasienten, jf. pasientrettighetsloven kapittel 4.
- D. Når og hvordan helsehjelp er gitt, for eksempel i forbindelse med ordinær konsultasjon, telefonkontakt, sykebesøk eller opphold i helseinstitusjon. Dato for innleggelse og utskriving.
- E. Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskriving.
- F. Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.
- G. Opplysninger som nevnt i § 6 fjerde ledd.
- H. Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer.
- I. Om det er gitt råd og informasjon til pasient og pårørende, og hovedinnholdet i dette, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Pasientens eventuelle reservasjon mot å motta informasjon.
- J. Om pasienten har samtykket til eller motsatt seg nærmere angitt helsehjelp. Pasientens alvorlige overbevisning eller vegring mot helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven § 4-9. Pasientens samtykke eller reservasjon vedrørende informasjonsbehandling. Pasientens øvrige reservasjoner, krav eller forutsetninger.
- K. Om det er gjort gjeldende rettigheter som innsyn i journal og krav om retting og sletting, utfallet av dette, ved avslag at pasienten er gjort kjent med klageadgangen, og

eventuell klage i slik sak.

- L. Utveksling av informasjon med annet helsepersonell, for eksempel henvisninger, epikriser, innleggelsesbegjæringer, resultater fra rekvirerte undersøkelser, attestkopier m.m.
- M. Pasientens faste lege. Det helsepersonell som har begjært innleggelse eller har henvist pasienten.
- N. Individuell plan etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 eller kommunchelsetjenesteloven § 6-2a.
- O. Sykmeldinger og attester.
- P. Uttalelser om pasienten, for eksempel sakkyndige uttalelser.
- Q. Om det er gitt opplysninger til politi, barneverntjenesten, helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten mv., og om samtykke er innhentet fra pasienten eller den som har kompetanse til å avgi samtykke i saken. Det skal angis hvilke opplysninger som er gitt.
- R. Tvangsinnleggelse, annen bruk av tvang, det faktiske og rettslige grunnlaget for slik tvang og eventuelle kontrollkommisjonsvedtak, jf. lov om psykisk helsevern.
- S. En faglig begrunnelse i de tilfellene legen har reservert seg mot apotekets generiske bytterett.
- T. Opplysninger om hvorvidt pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn.
- U. Opplysninger om foreldrene som har konsekvens for barnets behandlingssituasjon, herunder nødvendige opplysninger om foreldrenes helsetilstand.

Arbeidsdokumenter, pasientens egendokumentasjon, røntgenbilder, video- og lydopptak mv. er å anse som del av journalen inntil nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte.

Andre opplysninger enn de som er nevnt i første og andre ledd skal tas inn i journalen i den utstrekning de er relevante og nødvendige.