



«Hva skjer når jeg ikke er her?»

- Florence Nightingale

Hvordan kan sykepleiere bidra til god dokumentasjon på sykehjem?

Kandidatnummer: 203

VID vitenskapelige høyskole

Fredensborg

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2016

Antall ord: 8467

Innleveringsfrist: 24.05.2019

Sammendrag/abstract

Bakgrunn: Erfaring fra praksis viste mangelfull dokumentasjon på sykehjem.

Hensikt: Økt kunnskap om sykepleiedokumentasjonens hensikt og forutsetninger på sykehjem.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til god dokumentasjon på sykehjem?

Metode: Litteraturstudie, systematisk søking etter vitenskapelige artikler og litteratur.

Resultater: Utfordringer knyttet til dokumentasjon på sykehjem er autonomi, ressurser og utdanning. Standardisering forenkler dokumentasjonsarbeidet og kan danne grunnlag for statistikk og videre utvikling.

Drøfting: Sykepleiedokumentasjonens struktur og juridiske rammer, ressursmangel og møtet med fremtidens helsetjeneste.

Konklusjon: Sykepleiere har mange oppgaver og begrensede ytre ressurser. Ledelse spiller en viktig rolle i både veiledning og undervisning av ansatte og studenter. Dagens dokumentasjonsstruktur understøtter ikke sykepleieprosessen. Helsepolitiske visjoner stiller økte krav til fremtidens sykepleiere innen dokumentasjon, standardisering og ledelse.

Background: Experience from clinicals show inadequate nursing documentation in nursing homes.

Purpose: To gain increased knowledge about the purpose and prerequisites of nursing documentation.

Research question: How can nurses contribute to good documentation in nursing homes?

Method: Systematic search for scientific articles and other literature.

Results: Challenges related to documentation in nursing homes are autonomy, resources and education. Standardization simplifies the documentation workload and can create the basis for statistical data and further development.

Discussion: The structure of nursing documentation and legal terms, lack of resources and meeting new requirements of future health care services.

Conclusion: Nurses have many tasks and limited resources. Leadership plays a key role in education and guidance of employees and students. Today's documentation structure does not support the nursing process. Health political development create new requirements for future nurses' skills in documentation, standardization and leadership.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensning av oppgaven.....	2
1.4	Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans	2
1.5	Begrepsavklaring.....	3
1.6	Oppgavens videre struktur	4
2	Metode.....	5
2.1	Beskrivelse og valg av metode	5
2.2	Litteratursøk og valg av litteratur	5
2.3	Kildekritikk	8
3	Teori	10
3.1	Florence Nightingale	10
3.2	Lovverk	11
3.3	Sykepleier som leder og veileder	12
3.4	Sykepleieprosessen.....	13
3.5	Standardisering av sykepleiedokumentasjon	14
3.6	Artiklenes funn.....	15
4	Diskusjon/drøfting.....	19
4.1	Juridiske krav og struktur	19
4.1.1	Forståelse av lovverk.....	19
4.1.2	Sykepleieprosessen og autonomi	19
4.1.3	Standardisering.....	20
4.1.4	Dokumentasjonsarbeid	21
4.2	Mangel på ressurser.....	22
4.2.1	Sykepleierens arbeidsoppgaver	22
4.2.2	Fordeling av arbeidsmengden	23
4.2.3	Prioriteringer	23
4.2.4	Kompetanse	24
4.3	Å møte fremtidens helsetjeneste	25
4.3.1	Sykepleieres holdninger	25
4.3.2	Opplæring i dokumentasjon	26
5	Konklusjon	28
	Litteraturliste	29

1 Innledning

Fra 1870-tallet i Norge finner vi såkalte «sygeberetninger». De inneholdt kortfattet informasjon om pasienten, sykdom og en liten rapport. Disse «beretningene» var tilsynelatende mest for legens skyld. Dokumentasjon på den tiden var legens område. Sykepleierne skulle hovedsakelig pleie og informere legen om pasientens tilstand. Medisinske fremskritt 10 år senere gjorde at sykepleierne fikk en mer assisterende funksjon og faget var sterkt preget av et medisinsk fokus. Dokumentasjon som tema var nedprioritert i både utdanning og praksis. På 1940-tallet ble derimot dokumentasjon trukket frem igjen, gjennom lærebøker som omhandlet skriftlig og muntlig rapport. Som et resultat av dette ble det utarbeidet retningslinjer for sykepleiedokumentasjon. Fra 50-tallet og utover kom begrepene «sykepleieprosessen» og «pleieplan» inn i det norske sykepleievokabularet. Sykepleierne så tidlig viktigheten av dokumentasjon og man kan se likhetstrekk mellom «sygeberetningene» og dagens sykepleiedokumentasjon: Nøyaktige observasjoner og nedtegnelser som ble presentert slik at alle som ga helsehjelp kunne forstå dem (Vabo, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det var i min siste praksisperiode på åtte uker, i fokusbasert praksis, hvor jeg fant tema for oppgaven. Jeg hadde sittet i to dager sammen med en medstudent og lest i journaler. Vi forsøkte å få oversikt over pasientene på sykehjemmet, men samme hvor mye vi leste kom vi ingen vei. Vi innså etter hvert at det handlet ikke om oss. Noen pleieplaner hadde ikke blitt oppdatert på flere år. Dokumentasjon var gjort sporadisk, ofte med flere ukers mellomrom. Flere pasienter benyttet ifølge pleieplanen rullator, men fra erfaring så vi at de mer eller mindre var lenket til en rullestol. Vi kjente på følelsen av å se på noe som ikke fungerte, uten helt å kunne sette fingeren på hva eller hvor svikten lå. Jeg begynte å repetere lovverk og pensumlitteratur i håp om å få en bedre forståelse av hva som manglet dokumentasjonen. Jo mer jeg lærte, dess mer lurte jeg på. Gjennom arbeidet med oppgaven håper jeg å oppnå mer kunnskap og forståelse for dokumentasjonens betydning og grunnlag. Kanskje kan denne kunnskapen, og oppgaven, også komme andre til nytte.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen ble dermed som følger:

Hvordan kan sykepleiere bidra til god dokumentasjon i sykehjem?

1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven omhandler pasienter på offentlig sykehjem. Dokumentasjon er et ord som kan romme svært mange kategorier som igjen kan være egne oppgaver i seg selv. Grunnet oppgavens størrelse og faglige relevans velger jeg å spesifisere dokumentasjonen videre som sykepleiedokumentasjon. Innenfor dette er pleieplaner og journalføring relatert til planene, den delen av sykepleiedokumentasjonen jeg kommer til å fokusere på. Dokumentasjonen vil omhandle både elektronisk pasientjournal og papirform da dette, ut fra erfaring, brukes om hverandre i svært stor grad. Avvikshåndtering er et område innenfor dokumentasjon som kunne vært relevant i oppgavens besvarelse, særlig med hensyn til prioriteringer og ressurser. Grunnet oppgavens størrelse velger jeg allikevel ikke å ta det med.

1.4 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans

Stadig flere sykepleiere vil i årene som kommer arbeide i kommunehelsetjenesten. De som mottar kommunale helsetjenester har som regel svært sammensatte behov. Flere overlever sykdom og ulykker, og den aldrende befolkningen øker. Dette resulterer i flere kronisk syke og funksjonshemmede. God koordinering, planlegging og gjennomføring av pleie vil derfor være nødvendig for å ivareta kontinuitet og kvalitet i pleien (Kristoffersen, 2016).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver sykepleierrollen opp mot profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere og arbeidsstedet. Blant annet er sykepleieren ansvarlig for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleieren skal også holde seg oppdatert om forskning og lovverk innen eget fagområde, samt bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2016). I 2001 ble dokumentasjon av sykepleie hjemlet i lov. Hensikten med dokumentasjon er å gi oversikt over pasientens tilstand, planlagt og gjennomført behandling samt effekt av denne. Mangelfull dokumentasjon truer pasientsikkerheten og dermed kravet om faglig forsvarlighet (Skaug, 2016).

Viktigheten av sykepleiedokumentasjon kommer frem gjennom kravene i yrkesetiske retningslinjer og lovverk. Terminologi, standardisert språk og pleieplaner er også viktige temaer i litteratur og politiske visjoner innen helsetjenesten.

Oppgaven er ment å belyse sykepleiedokumentasjonens hensikt og forutsetninger i sykepleieres arbeid på sykehjem. Pleieplan og notater i pasientjournal er grunnleggende verktøy og ansvarsområder hos en sykepleier. Spørsmålet er om standardisering av dokumentasjonen kan være et positivt bidrag i møte med dagens krav og forventninger til kommunehelsetjenesten. Jeg anser det derfor som et spennende og aktuelt tema sett i lys av praksis, nye krav til utdanning, yrkesetiske retningslinjer og lovverk.

1.5 Begrepsavklaring

Noen sentrale begreper anses som viktige å avklare med tanke på besvarelse av problemstillingen. Begrepsavklaringen har også som hensikt å danne en felles forståelse av begrepene betydning i oppgaven. Begrepene betydning er hentet fra litteraturen.

Dokumentasjon

"Dokumentasjon av helsehjelp er en fortløpende registrering av det som skjer av betydning for pasienten i et sykdoms- og behandlings- og pleieforløp. Å dokumentere innebærer kort uttrykt å skrive ned eller på annen måte registrere observasjoner, prosedyrer, funn, overveielser og tiltak, herunder resultatene og virkning av disse" (Mølven, 2016, s. 185).

Pasientjournal

«*Pasientjournal/journal*: samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 40 første ledd» (Forskrift om pasientjournal, 2001, §3)

Tiltaksplan har flere begreper i de ulike elektroniske pasientjournalssystemene. Eksempler på dette kan være «pleieplan», «behandlingsplan» og «sykepleieplan», men de referer til det samme (Skaug, 2016). For bedre tekstflyt vil derfor disse begrepene benyttes om hverandre i oppgaven.

1.6 Oppgavens videre struktur

Oppgaven er delt inn i fem kapitler. I andre kapittel beskrives metode, søksstrategi og kildekritikk. Tredje kapittel er oppgavens teoridel hvor pensumlitteratur, funn fra forskningen og annen relevant litteratur presenteres. Fjerde kapittel inneholder drøfting hvor teorien settes opp mot oppgavens problemstilling, samt mine erfaringer fra praksis. Femte kapittel avslutter oppgaven med en konklusjon.

2 Metode

Kapittelet gir en innføring av metode som begrep, samt redegjørelse for valg av metode i oppgaven. Deretter vil fremgangsmåten i oppgaven presenteres og kapittelet avsluttes med en kildekritisk analyse.

2.1 Beskrivelse og valg av metode

Vilhelm Aubert sier følgende: «En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2015, s.111). Denne oppgaven er en litteraturstudie og tar derfor utgangspunkt i allerede eksisterende litteratur og forskning. Videre drøftes disse opp mot problemstillingen min.

Valg av metode skjer på bakgrunn av hva slags type informasjon vi er ute etter. Det skilles mellom *kvantitativ* og *kvalitativ* metode. *Kvantitativ* metode gir målbar data med fokus på systematikk og gjerne smal informasjon om et bredt felt. *Kvalitativ* metode fokuserer på dypere forståelse og det særegne ved situasjonen. Begge metodene bidrar på sin egen måte til økt forståelse for samfunnets, individets, gruppers og institusjoners handlinger og samhandling (Dalland, 2015).

2.2 Litteratursøk og valg av litteratur

Her presenteres søkestrategien for de vitenskapelige artiklene, samt en kort presentasjon av annen valgt litteratur.

Jeg opplevde det som utfordrende å finne relevant forskning for oppgaven. Jeg har funnet lite forskning på pleieplaner i sykehjem. Jeg har sett at pleieplaner har blitt forsket mest på ved sykehus. Dokumentasjon i sykehjem handlet hovedsakelig om legemiddelhåndtering og fall, noe som ikke var relevant for oppgaven. Søk ble utført i CINAHL, SweMed+, Sykepleien.no og PubMed. Ulike strategier har blitt benyttet i databasene i håp om finne flere aktuelle forskningsartikler. Søk i Sykepleien.no og PubMed ga ingen relevante treff. Jeg har lest sammendrag basert på overskrifter. Deretter valgte jeg ut de jeg anså som relevante og pålitelige.

“Nurses’ perceptions of working according to standardized care plans” (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013).

Jeg brukte CINAHL under «advanced search». Videre huket jeg av for *Suggest Subject Terms*. Deretter kombinerte jeg «Nurse Attitudes» og «Nursing Care Plans» med «AND». Jeg huket av for *peer reviewed*, *english language* og *research article*. Publiseringsdato ble satt fra 2009-2019. Dette resulterte i 19 treff. Artikkelen var nummer tre. Forskningen er basert på en tverrsnittstudie med mulighet til å skrive egne kommentarer. 116 sykepleiere med erfaring fra arbeid med standardiserte pleieplaner deltok i studien. Undersøkelsen ble gjort ved et universitetssykehus i Sverige. Formålet med studien var å undersøke sykepleiernes oppfattelse av å arbeide med standardiserte pleieplaner relatert til brukervennlighet, dokumentasjon, kvalitet av pleie og selve implementeringsprosessen av pleieplanene (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). Artikkelen ble valgt fordi jeg ønsket kunnskap om hvordan standardiserte pleieplaner fungerer i praksis, sett fra sykepleieres perspektiv.

“Impacts of structuring nursing records: a systematic review” (Saranto, Kinnunen, Kivekäs, Lappalainen, Liljamo, Rajalahti & Hyppönen, 2014).

Søket ble utført i databasen SweMed+ under «advanced search». Ordene «Nursing Process» og «Care plans» ble kombinert. Jeg huket av for *peer reviewed* og satte publiseringsdato fra 2009-2019. Da fikk jeg 9 treff. Artikkelen var nummer seks. Dette er en litteraturstudie av 61 studier fra 16 forskjellige land. Litteratursøk ble foretatt i 15 ulike databaser inkludert PubMed, Cinahl, Cochrane, ProQuest, Science Direct, Linda og Web of Science. Majoriteten av studiene de fant var gjort i USA og Sverige. Data fra studiene var samlet fra ulike nivåer i helsetjenesten. Artikkelens hensikt er å undersøke hvilken innvirkning ulike struktureringsmetoder har på elektroniske pleieplaner og sykepleienotater (Saranto, et. al., 2014). Bakgrunn for valg av artikkel er at jeg ønsket kunnskap om det fantes en type dokumentasjonsstruktur som fungerte bedre enn andre, og eventuelt hvorfor.

“Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study” (Slettebø, Kirkevold, Andersen, Pedersen, Halvorsen, Nordhaug & Nortvedt, 2010)

Søket ble utført i databasen SweMed+ under «advanced search». Jeg kombinerte ordene «Prioritization» og «Nursing Home». Jeg huket av for *peer reviewed* og satte publiseringsdato fra 2009-2019. Da fikk jeg to treff. Artikkelen var nummer to. Studien benyttet kvalitativ beskrivende metode og er en del av en større studie blant helsepersonell i sykehus og

sykehjem i Norge. Artikkelen tar for seg funn fra intervjuer gjort av helsepersonell i seks forskjellige sykehjem. Seks leger og fem sykepleiere deltok. Sykepleierne hadde minimum 10 års arbeidserfaring, legene varierte fra tre til 30 år med arbeidserfaring. Målet med studien var å beskrive sykepleieres og legers erfaringer med faktorer som påvirket prioriteringer i sykehjem (Slettebø, et al., 2010). Bakgrunnen for valg av artikkel var å se om deres erfaringer for snart ti år siden hadde endret seg sammenlignet med egne opplevelser i praksis.

“Nothing to complain about? Residents’ and relatives’ views on a “good life” and ethical challenges in nursing homes” (Bollig, Gjengedal & Rosland, 2016).

Søket ble gjort i databasen CINAHL under «advanced search». Jeg huket av for *Suggest Subject Terms*. Deretter kombinerte jeg søkeordene «Norway», «Attitude» og «Nursing Home Patients» med «AND». Jeg huket av for *peer reviewed, english language* og *research article*. Publiseringsdato ble satt til 2009-2019. Fikk 9 treff. Artikkelen var nr. 8.

Forskningen er basert på kvalitativt design. Semistrukturerte, individuelle intervjuer ble gjort av 24 beboere på 9 ulike sykehjem i fem forskjellige fylker. Dybdeintervju ble gjort av 18 pårørende til beboerne på tre av disse sykehjemmene. Studien ønsket å utforske hva pasienter og pårørende mente innebar «et godt liv» og etiske utfordringer i sykehjem, inkludert behandling ved livets slutt (Bollig, et.al., 2016). Bakgrunn for valg av artikkel var at jeg ønsket å vite om sykehjemspasienter opplevde å få dekket sine behov på sykehjem.

Annen litteratur

Pensumlitteraturen jeg har valgt har relevans for oppgavebesvarelsen. Vabo sin bok «Dokumentasjon i sykepleiepraksis» står som anbefalt litteratur på utdanningsinstitusjonens pensumliste. Jeg har valgt boken på bakgrunn av bokens tema og svært relevante innhold. «Grunnleggende sykepleie Bind 1» av Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø er pensumlitteratur som benyttes tidlig og gjennom hele det treårige studieforløpet. Den gir en helhetlig oversikt over sykepleierens ulike kompetanseområder. Særlig kapittelet om dokumentasjon av Skaug inneholder kunnskap som er sentral for oppgavens problemstilling. Molvens «Sykepleie og jus» går nærmere inn på lovverk som angår sykepleiere. Dette gir en bedre forståelse for anvendelsen av lovverk, noe som har vært viktig for å forstå dokumentasjonens juridiske rammer. Av selvvalgt litteratur har jeg lest Florence Nightingale «Notater om sykepleie». Jeg ønsket å få dypere forståelse for hennes teori og syn på sykepleie. Det at hun er en sentral figur i sykepleiedokumentasjonens utvikling gjør at jeg anser hennes arbeid som viktig og relevant.

2.3 Kildekritikk

Alt som kan bidra til oppgaven er kilder. Kilder kan gi opphav til kunnskap, men det er viktig å forholde seg kritisk til materialet man bruker. For å vite om de er brukbare må de vurderes i forhold til relevans, holdbarhet og gyldighet (Dalland, 2015).

Her presenteres de valgte kildenes styrker og svakheter som jeg mener er viktige for oppgaven.

“Nurses’ perceptions of working according to standardized care plans” (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). Undersøkelsen ble gjort ved et sykehus. Ettersom oppgaven min dreier seg om sykehjem kan dette være en svakhet. Studien fokuserer på temaer knyttet til dokumentasjonen fremfor faktorer og rammer på sykehus, noe som gjør at jeg tenker at funnene likevel er relevante. I tillegg kan studien overføres til norske forhold gjennom å være utført i Sverige. Overførbarhet var et kriterium jeg hadde for valg av litteratur og noe jeg mener er en styrke. Studien er etisk gjort rede for, samt etisk godkjent. Dette styrker kilden som en kvalitativ studie. Antall sykepleiere som deltok i undersøkelsen var relativt lavt. Dette kan sees som en svakhet ved at det ikke gir et korrekt helhetlig bilde.

“Impacts of structuring nursing records: a systematic review” (Saranto, et. al., 2014) Kriteriene for valg av litteratur gjorde at studiene var fra land med lignende økonomi som Norge. I tillegg skulle forskningen kun fokusere på helsepersonells synspunkter og erfaringer. Videre benyttet forskningen PRISMA-retningslinjer for kvalitetssikring. Den er også godkjent av forskningsetisk komité ved universitet i Malmö. Dette mener jeg styrker kilden. En svakhet ved kilden er at litteraturen som er benyttet ble publisert mellom 1989 og 2010. Det kan derfor være forskning av nyere dato som ikke har kommet med i studien. Artikkelen presiserer også vanskeligheter med litteratursøket relatert til søkeord innen dokumentasjon i sykepleie. Sykepleiedokumentasjon er et vidt begrep og relevante artikler kan ha gått tapt i søksprosessen. Dette kan tenkes å svekke kilden ytterligere.

“Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study» (Slettebø, et. al., 2010) Studien hadde få deltakere. Dette er en svakhet som gjør det vanskelig å generalisere. Artikkelen er fra 2010, noe som kan være en svakhet ved at forskningen ikke er helt ny og heller ikke sett i lys av nye politiske endringer. Undersøkelsene er gjort geografisk spredt i landet, både i landlige og urbane deler av Norge. Dette gjør det mulig å

trekke felles konklusjoner for et større område. Det mener jeg er en styrke. Etiske betraktninger er med i artikkelen. Deltakerne var med frivillig og ble gitt anonymitet. Ettersom deltakerne var helsepersonell var det ikke nødvendig med etisk godkjenning, dette blir det gjort rede for og studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata. Dette anser jeg som en kvalitetsindikator. Artikkelen vurderes som relevant for sammenligning med empirisk kunnskap og belyser utfordringer som fremdeles er aktuelle relatert til arbeidsoppgaver på sykehjem.

“Nothing to complain about? Residents’ and relatives’ views on a “good life” and ethical challenges in nursing homes” (Bollig, et. al., 2016). Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Deltakerne samtykket skriftlig til å være med og ble informert om at de kunne avslutte intervjuet når de ønsket. Dette mener jeg styrker kilden som kvalitativ studie. Relativt få pasienter og pårørende gjør at funnene ikke er generaliserbare, dette kan anses som en svakhet. Sykehjemmene var derimot geografisk spredt, i landlige og urbane deler av Norge, noe som gir mest mulighet for variasjon av data og minsker faren for at funnene er lokalt betinget. Dette er en styrke ved kilden. Kognitivt svekkede pasienter ble utelatt fra studien, noe som kan vurderes som både en styrke og svakhet.

3 Teori

I dette kapittelet presenteres oppgavens teori. Den knyttes opp mot problemstillingen og er basert på Florence Nightingales arbeid med dokumentasjon, lovverk, yrkesetiske retningslinjer og pensumlitteratur. Forskningsartiklenes funn blir også presentert.

3.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale var tydelig på at det ikke var nok å anerkjenne at sykdom fantes, hun mente man måtte ha forståelse for hvorfor. Hun beskrev observasjoner som en del av sykepleierens plikter, både av pasient og omgivelsene rundt. Årsaken til observasjonene var for å redde liv og fremme helse (Nightingale, 1997). Hennes observasjoner og nøyaktige nedtegnelser fra arbeidet under Krimkrigen dannet statistikk. Disse dataene la grunnlaget for forslag til forbedringer som senere ble anerkjent og førte til endringer (Vabo, 2018).

Nightingale beskriver også andre ansvarsområder hos sykepleiere. Hun forklarer at sykepleieren, som den ansvarlige, må spørre seg selv: «hva skjer når jeg ikke er her?» (Nightingale, 1997, s. 75). Å være ansvarlig betyr ikke kun å utføre de rette oppgavene selv, men sørge for at alle andre også gjør det. Stoltheten til en sykepleier bør ikke ligge i det å være «uunnværlig», men i å strukturere arbeidsoppgavene slik at de kan utføres av alle. En sykepleier er ikke et *løfteapparat*. Sykepleieren skal sikre at pasienten får godt stell, ikke ta over oppgaver for alle andre. Sykepleie er en spesialitet, og en sykepleier skal ikke gjøre annet enn å drive sykepleie ifølge Nightingale. Hun viser til et eksempel mellom leger og sykepleiere. Tidligere var feltleger satt til å undersøke lagerbeholdning og kontrollere økonomi. Heldigvis for de syke er legene frigjorte fra denne oppgaven. Hun stiller videre spørsmål om sykepleierens oppgaver, til tross for å være underordnede, er mindre viktige (Nightingale, 1997).

3.2 Lovverk

Sykepleierens omsorg reguleres også av lover. Jussen gir uttrykk for grunnleggende menneskerettigheter og kulturelle verdier (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016).

Sykepleiedokumentasjon skal sørge for kontinuitet og kvalitet i pleien og dermed ivareta pasientsikkerheten (Molven, 2016). Helsepersonell må handle omsorgsfullt og faglig forsvarlig ut ifra sine kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2001, §4). Lovverket viser også til likestillingen mellom yrkesgruppene. Plikten til å dokumentere gjelder for alle som yter helsehjelp. Det fremgår også at det skal utpekes en som er ansvarlig for journalen og som avgjør hva som skal dokumenteres (Helsepersonelloven, 2001, §39). I sykehjem vil det være mest hensiktsmessig med en ledende sykepleier. Dersom sykepleier og hjelpepleier samarbeider om å gi helsehjelp er det viktig å vite hvem som er ansvarlig for utføring av dokumentasjonen. Som regel er det sykepleier eller den med mest kompetanse som skal journalføre. Hvis en hjelpepleier utfører selvstendig arbeid og tilegner seg informasjon som kan være av betydning for helsehjelpen, skal hjelpepleieren dokumentere dette (Molven, 2016).

Under krav til journalens innhold sier lovverket at journalen «skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov». Den skal i tillegg være forståelig for annet kvalifisert helsepersonell (Helsepersonelloven, 2001, §40). Dokumentasjon av sykepleie må inneholde et minimum av informasjon for å innfri de faglige og juridiske kravene som stilles. Dette innebærer bakgrunnen for helsehjelpen, innholdet i helsehjelpen og resultatet av helsehjelpen (NSF, 2017).

Ettersom journalen er med på å utforme behandling og pleie må det som står der være korrekt (Molven, 2016). Helsepersonell som oppdager feilaktige eller mangelfulle opplysninger skal rette dette. Pasienter som oppdager det selv kan også kreve retting (Helsepersonelloven, 2001 §42-43). Pasienter har også rett til medvirkning. Pasientens mening rundt helsehjelpen skal vektlegges og tilbudet skal utformes etter pasients ønske så langt det er mulig. Nærmeste pårørende kan medvirke dersom pasienten ikke er samtykkekompetent (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

3.3 Sykepleier som leder og veileder

God dokumentasjon av helsehjelp avhenger av organisasjonens ledelse. Lederen er den som setter standarden for om dokumentasjon blir en prioritert oppgave eller ikke (Vabo, 2018). Alle autoriserte sykepleiere er faglige ledere i sitt daglige arbeid. Dette medfører ansvar for å motivere medarbeidere, bidra til endring og utvikle tjenesten. Veiledning og undervisning er også en del av sykepleieres funksjon. Dette er rettet mot pasienter og pårørende, men også studenter og medarbeidere (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Yrkesetiske retningslinjer sier også at sykepleieren skal ivareta «et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner» (NSF, 2016). Veiledning og undervisning er med på å heve kvaliteten på tjenesten gjennom økt kunnskapsnivå hos de ansatte (Kristoffersen et. al., 2016).

I 2019 kom ny forskrift om nasjonale retningslinje for sykepleieutdanningen. I den stilles det tydelige krav innen faglig ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet. Det forventes blant annet kunnskap og ferdigheter innen lovverk, terminologi og utøvelse av dokumentasjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §14-15). Opplæring i dokumentasjon er et samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisstedene. De erfarne sykepleierne kan fungere som veiledere ved opplæring av dokumentasjon og tiltaksplaner hos studenter og medarbeidere. Dagens studenter kan på sin side bidra med gode teknologiske ferdigheter som kan komme praksisfeltet til gode. Studier viser at studenter er misfornøyde med forholdet mellom utdanning og praksis. De føler seg ikke godt nok forberedt for dokumentasjon i praksis (Vabo, 2018). Utdanningsinstitusjonene får kritikk for å ikke forberede studenter på virkeligheten. En studie som fulgte nyutdannede sykepleiere over et år viste at det ikke var tilrettelagt for fortsatt læring, og at praksisen baserte seg på bachelorutdanningen (Kristoffersen, 2016). Ifølge Kristoffersen (2016) må arbeidsgiver også tilrettelegge for kompetanseheving innenfor sykepleierens turnus. Sykepleiere som får faglig veiledning opplever mindre stress, trygghet i yrkesrollen og større jobbtilfredshet (Kristoffersen, 2016).

Et fåtall av utdanningsinstitusjonene har kjøpt inn et system for elektronisk pasientjournal (EPJ). I tillegg benytter kommunene ulike EPJ-systemer. Dette vanskeliggjør samkjøringen mellom praksisfeltet og utdanningen. Utfordringer knyttet til EPJ ligger hos ledelsen, i selve systemet og på nasjonalt nivå. Det helsepersonell kan gjøre er å arbeide kunnskapsbasert, følge rutiner, samt holde seg oppdatert på fag og jus (Vabo, 2018).

3.4 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er også kjent som *den problemløsende metode* og kan beskrives som samhandlingen mellom pasient og sykepleier (Skaug, 2016). Det er denne modellen som anbefales ved planlegging av helsehjelp og er i tillegg med på å ivareta juridiske krav til dokumentasjon (NSF, 2017). Prosessen er syklisk, og inndeles i fem faser:

- 1: Datasamling
- 2: Definere problem/diagnose
- 3: Definere mål/ønsket pasienttilstand
- 4: Tiltak for å nå målene
- 5: Evaluering av tiltakene

Det er disse fem delene som danner grunnlaget for tiltaksplanen (Vabo, 2018).

Datasamlingen er fundamentet for problemløsningen. Den innebærer at sykepleier eller annet helsepersonell, ut ifra sine kvalifikasjoner, kartlegger pasientens behov for sykepleie. Den kan foregå gjennom observasjon og samtale. Datasamlingen kan skje gjennom pasienten selv, pårørende og kollegaer i helseteamet (Skaug, 2016). Ifølge Vabo (2018) skal opplysningene være relevante, holdbare, gyldige, tilstrekkelige og nødvendige. Hun beskriver dette videre:

- Pasientens tidligere sykdommer som kan påvirke nåværende situasjon
- Forhold som gjelder helsehjelpen her og nå
- Pasientens egne opplevelser av situasjonen
- Objektive data som vitale målinger og kliniske observasjoner
- Pasientens indre og ytre ressurser

På bakgrunn av denne informasjonen utformes pasientens behov for sykepleie eller sykepleiediagnose. Det må være et problem som kan avhjelpes med sykepleie og, der det er mulig, bekrefte av pasienten (Vabo, 2018). Det er viktig å prioritere ut ifra en totalvurdering av pasienten. Noen problemer kan ikke løses før et annet er tatt tak i. Dette kan også føre til at sykepleiediagnoser endrer seg etter hvert som ny informasjon kommer frem eller etter endring i pasientsituasjonen (Skaug, 2016). Målformuleringen beskriver hvilken tilstand eller

situasjon pasienten ønsker å være i. Målet må være realistisk og målbart. Målene er utgangspunktet for tiltakene som iverksettes. En god regel for å sikre tiltakenes relevans er å sammenholde dem med informasjonen i datasamlingen. Kartleggingen bør gi dekning for alle tiltak i pleieplanen. Tiltakene skal beskrive hva som skal gjøres, hvordan, av hvem og når. På den måten blir pleieplanen et arbeidsredskap i praksis. Den daglige helsehjelpen som utføres følger dermed tiltakene under de ulike behovs- og problemområdene i pleieplanen (Vabo, 2018).

Evaluerings har som hensikt å bedømme effekten av noe. Dette gir videre grunnlag for endring og utvikling (Skaug, 2016). Ved god formulering av mål og tiltak vil denne vurderingen være enkel. Dersom tiltakene hadde effekt og målet er nådd er det viktig at tiltaket avsluttes. Hvis et mål ikke oppnås må tiltakene endres. Alle slike endringer må dokumenteres. Dette gir helsepersonell god oversikt over hvilke tiltak som fungerer best og er i tillegg faglig forsvarlig sykepleie. Denne informasjon kan videre brukes i kvalitetssikring, undervisning og fagutvikling (Vabo, 2018).

3.5 Standardisering av sykepleiedokumentasjon

I dag er kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen varierende. Sykepleie dokumenteres også hovedsakelig i fritekst. Informasjonen presenteres dermed ikke kronologisk og gjør det vanskelig å få oversikt over effekten av tiltakene (Vabo, 2018). Flere systemer der pasientjournalen føres får kritikk for ikke å være brukervennlige. Dokumentasjon i fritekst støtter ikke opp om den problemløsende metode fordi dokumentasjonssystemene er uoversiktlige (Skaug, 2016). Standardisert sykepleieterminologi i EPJ forbedrer innholdet på sykepleiedokumentasjon (NSF, 2017). Hensikten med å benytte ferdig utformede sykepleiediagnoser og tiltak er blant annet å bidra til god informasjonsflyt (Vabo, 2018).

I 2017 startet en treårig forskningsperiode for hvordan standardisert terminologi skal innføres i Norge. Samme år ble Norge medlem i SNOMED International. SNOMED CT er en standardisert terminologi som består av koder, termer, synonymer og definisjoner. Den er maskinlesbar og gjør at informasjon kan gjenbrukes og benyttes på tvers av ulike systemer (Direktoratet for e-helse, 2019). NSF har gjennom en kartlegging konkludert med at International Classification for Nursing Practice (ICNP) er best egnet for norsk sykepleiepraksis og utforming av pleieplaner. ICNP kan sammenlignes med en ordliste.

Hensikten med ICNP er å utvikle et felles språk for sykepleiedokumentasjon. Etter en utredning av flere ulike klassifikasjonssystemer ble det konkludert med at en kombinasjon av SNOMED CT og ICNP var å anbefale (Vabo, 2018). Alle sykehus i Helse Sør-Øst, som den eneste regionen, benytter standardiserte begreper i utforming av pleieplaner i DIPS EPJ-systemet. Disse kalles North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) og Nursing Intervention Classification (NIC) (Vabo, 2018).

Dersom sykepleieprosessen skal fungere i praksis er gode dokumentasjonssystemer og standard terminologi nøkkelen til suksess. Det benyttes i dag ikke klassifikasjoner eller standard terminologi i kommunehelsetjenesten. Det foreligger heller ingen nasjonale føringer for bruk av kodeverk i sykepleie (NSF, 2017).

Helseplattformen er nå et pågående prosjekt som skal innføre en felles pasientjournal for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Dette inkluderer sykehus, kommuner, fastleger og avtalespesialister. Etter planen skal innføringen av helseplattformen skje i siste halvdel av 2021 (Helse Midt-Norge, 2019).

3.6 Artiklenes funn

“Nurses’ perceptions of working according to standardized care plans” (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). Administrativt arbeid, som blant annet dokumentasjonsarbeid, beskrives som en stor del av sykepleie og er svært tidkrevende. Dette reduserer tiden sykepleier kan bruke på pasientene. Standardiserte pleieplaner har som hensikt å redusere tiden brukt på dokumentasjon i tillegg til å gjøre det enklere.

Pleieplanene var enten i papirform, elektroniske eller brukt om hverandre. Majoriteten av sykepleierne i studien hadde en positiv holdning til standardiseringen og opplevde at det lettet arbeidet deres. Nyutdannede sykepleiere opplevde at standardiserte pleieplaner ga dem trygghet i arbeidet ved at de kunne følge en form for sjekkliste. Mer erfarne sykepleiere uttrykte å stole mer på sin egen og kollegaers kunnskap, fremfor standardiserte protokoller.

I tilbakemeldingen kom det også frem at systemet ofte føltes rigid, lite fleksibelt og det ble nødvendig med tilleggsnotater. Dette gjaldt særlig for psykososiale behov. De opplevde også at individuelle behov kunne forsvinne i et slikt system. De som arbeidet med pleieplan i

papirform uttrykte at en elektronisk utgave kunne gjort dokumentasjon enklere. Studien konkluderer med at standardiserte pleieplaner burde integreres i EPJ for økt brukervennlighet. De med elektronisk format etterspurte et enda mer oversiktlig oppsett. De opplevde at dokumentasjonen ikke sto i riktig rekkefølge og trengte bedre struktur. Funnene indikerer et stort behov for optimale dataprogrammer som understøtter standardiserte pleieplaner. I fremtiden blir det også viktig med kunnskap om forutsetninger for en god implementeringsprosess (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013).

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

Studien forklarer at klinisk data må kodes slik at det kan gjenbrukes i administrasjon og statistikk. ICNP blir i studien fremhevet som et godt verktøy som muliggjør databehandling av sykepleienotater i fritekst. NIC fremstår som en svært god metode sammenlignet med fritekstnotater. Der kombinasjonen av NANDA og NIC ble sammenlignet med fritekstnotater kom standardiseringsmetodene godt ut gjennom å være mer grundige. Dette gjaldt særlig formulering av sykepleiediagnoser, tiltak og mål. Fritekstnotatene var til gjengjeld raskere å gjennomføre. Artikkelen konstaterer at standardisert språk forenkler kommunikasjon mellom ulike kliniske områder, noe som bevarer kontinuitet i pleien samt pasientsikkerheten. Dette gjelder særlig for situasjoner der flere profesjoner innen helsetjenesten samarbeider.

Studien påpeker at bruk av sykepleieprosessen i dokumentasjonen ikke var tilstrekkelig. Dette til tross for å være en anerkjent metode som har eksistert lenge. Sykepleierstudenter opplevde et godt utbytte med elektroniske dokumentasjonssystemer med standard terminologi for å forbedre pasientenes pleieplaner. Stort sett var sykepleiernes holdning positiv til standardisert terminologi. Sykepleiernes negative holdninger til elektronisk dokumentasjon ble sett i sammenheng med undervisning. Studien konkluderer med at sykepleiere trenger mer opplæring og støtte fra ledelsen for å ha utbytte av standardisert sykepleieterminologi og pleieplaner (Saranto, et. al., 2014).

“Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study» (Slettebø, et. al., 2010). Artikkelen hevder at det har blitt gjort lite forskning på hva som påvirker prioriteringene på et sykehjem blant de ansatte. Helsetjenesten er under mye press, både fra en økende eldre befolkning med komplekse sykdomstilstander, i tillegg til et økonomisk press. Helsepersonell måtte vurdere kostander opp mot valgene de tok. Dette skapte mye frustrasjon på arbeidsplassen ettersom økonomiske kutt som oftest gikk utover de

ansatte. Artikkelen ønsker dermed å vite hvordan dette påvirker arbeidshverdagen til helsepersonell på sykehjem. Studien avdekket problemer med å sikre god og helhetlig omsorg.

Sykepleierne måtte prioritere fysiske behov og hadde sjeldent tid til å ta opp psykososiale problemstillinger. Mange pasienter måtte også sendes til sykehus til tross for at de kunne blitt behandlet på sykehjemmet. Dette skyldtes mangel på tid og kvalifisert personell. Oppgaver rundt grunnleggende behov og pleie måtte ofte gis til pleieassistenter og helsefagarbeidere ettersom sykepleierne måtte prioritere de medisinske oppgavene. Sykepleierne i studien forteller at det ikke var tid til å gi opplæring og veiledning til helsefagarbeiderne og assistentene, noe som gikk ut over kvaliteten på pleien.

Dårlig strukturerte programmer og dokumentasjonssystemer ble også tatt opp som et problem. Det lå ikke til rette for å kommunisere og dokumentere prioriteringene som ble gjort. Legene og sykepleierne beskrev som regel hva som ble gjort med pasienten, noen få ganger ble det også dokumentert hvorfor. En av legene i studien forteller at begrensninger i pleien alltid blir dokumentert, som for eksempel når pleie går over i palliativ fase. Avgjørelser basert på prioriteringer blir aldri belyst.

Rutiner for å håndtere få ressurser var fraværende, noe som førte til at ansvaret for arbeidsoppgavene ble skjøvet lenger ned i systemet på de enkelte ansatte. Dette førte til at sykepleiere fikk ansvar for enda flere oppgaver. Ofte var ikke de andre ansatte kompetente nok til å assistere. Sykepleierne hadde derfor ikke tid til å følge opp aktiviteter som for eksempel trening. Deltakerne fortalte også at bemanningen til tider var så lav at pasienter, mot sin vilje, var nødt til å ligge i sengen hele dagen. Artikkelen viser at økonomiske kutt øker presset på de ansatte og deres prioriteringer av arbeidsoppgaver. Dokumentasjonen av disse prioriteringene blir ikke gjort (Slettebø, et. al., 2010).

“Nothing to complain about? Residents’ and relatives’ views on a “good life” and ethical challenges in nursing homes” (Bollig, et. al., 2016). Beboerne opplevde store forskjeller rundt omfanget av autonomi og brukarmedvirkning, selv innad i ulike avdelinger på samme sykehjem. Noen følte de kunne bestemme mye selv, mens andre opplevde å ikke ha kontroll på noen områder i sitt eget liv. De daglige rutinene på sykehjemmet stod i sterk kontrast til

hvordan de ønsket å leve. De pårørende fortalte om pasienter som måtte legge seg kl 18 fordi bemanningen var for lav. De mente at mangel på ressurser truet beboernes autonomi. Beboerne i studien uttrykte et savn etter kontakt med de ansatte og opplevde å motta altfor lite hjelp. Mangel på ressurser har ifølge beboere og pårørende også ført til at fysioterapeuter, syrom og andre tilbud har forsvunnet. En beboer forteller at de blir sittende i en stol hele dagen, av mangel på noe å gjøre. Beboerne uttrykker både fysiske og psykososiale behov, hvorav sistnevnte ikke blir dekket. Artikkelen poengterer at ressursmangel ikke nødvendigvis direkte fører til mindre kontakt mellom pasient og sykepleier. Det legger heller press på tidsrommet sykepleieren har i løpet av en dag til å gjennomføre sine ulike oppgaver, deriblant dokumentasjon (Bollig, et. al., 2016).

4 Diskusjon/drøfting

Her vil jeg diskutere funnene fra artiklene og egne erfaringer fra praksis. Dette skal videre drøftes opp mot problemstillingen som er «*Hvordan kan sykepleiere bidra til god dokumentasjon i sykehjem?*»

4.1 Juridiske krav og struktur

Pasienter på sykehjem står i stor fare for å bli neglisjert og risikerer at behovene deres ikke blir møtt (Slettebø, et. al., 2010). Sykepleier skal, ifølge yrkesetiske retningslinjer, ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2016). Disse behovene kommer til uttrykk gjennom pasientjournalen, tiltaksplaner og dokumentasjonen i henhold til denne.

4.1.1 Forståelse av lovverk

Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Helsepersonelloven, 2001, §40). Hva som anses å være relevant og nødvendig informasjon, kan tenkes å skape usikkerhet hos helsepersonell. I praksis opplevde jeg store forskjeller rundt hva det de ansatte mente var viktig å dokumentere. Mange mente at det kun var nødvendig å dokumentere hvis det hadde skjedd noe spesielt eller unormalt for pasienten. Mange pleieplaner var ikke oppdaterte og små endringer var ikke dokumentert. Over tid ble disse små endringene til store avvik fra pleieplanen. I praksis opplevde jeg også at det var forvirring rundt hvem som skulle journalføre hva. §39 i Helsepersonelloven (2001) sier at det skal utpekes en journalansvarlig. Det fremstår derfor som viktig at ansvarsområdene er tydelig avklart. Jeg har opplevd at helsefagarbeidere er primærkontakter, men at ansvaret for å opprette og oppdatere en tiltaksplan er fraværende. Helsefagarbeiderne har trodd at dette er sykepleierens ansvarsområde. Tydeliggjøring for ansatte av lovverkets betydning kan derfor tenkes å bidra til god dokumentasjon.

4.1.2 Sykepleieprosessen og autonomi

I studien til Bollig et. al. (2016) ble autonomi trukket frem av både pasientene og deres pårørende som en stor utfordring. Pasienter har rett til å medvirke i sin behandling og tilbudet skal formes etter pasientens ønske, så langt det er mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven,

1999, §3-1). NSF mener at sykepleieprosessen er en modell som ivaretar de juridiske kravene som loven stiller (NSF, 2017). I datasamlingen innhentes blant annet pasientens egne opplevelser og ressurser (Vabo, 2018). På den måten blir pasienter, og eventuelt pårørende, medvirkende i pleie- og omsorgstilbudet. Dette kan resultere i følelse av verdighet og kontroll over eget liv hos pasienter (Bollig et. al., 2016). Mangelfull datasamling, lite konkrete tiltak med uklare mål vil kunne føre til brudd på kontinuitet av pleien. Pleien vil heller ikke kunne evalueres og kravet om faglig forsvarlighet blir dermed ikke møtt (Skaug, 2016). Det ser ut til at sykepleier burde ha gode kunnskaper om sykepleieprosessen. For at dokumentasjonen skal bli juridisk tilfredsstillende, burde metoden i tillegg brukes aktivt.

Ifølge Saranto et. al. (2014) benyttes allikevel ikke sykepleieprosessen tilstrekkelig i dokumentasjonsarbeid blant sykepleiere. Årsaken til dette kan tenkes å være at metoden ikke fungerer like godt i praksis som i teorien. Mangel på faglig eller teknologisk kunnskap kan også være en påvirkning. Dette så jeg ofte i praksis. Flere helsepersonell på sykehjem sa at de ikke forstod seg på teknologi og virket lite motiverte for å lære seg journalsystemet. Det kan samtidig også være ytre faktorer som dataprogrammer, tid eller ledelse som avgjør hvor mye en slik metode blir brukt eller ikke. Spørsmålet er om det finnes andre løsninger som fungerer bedre enn sykepleieprosessen i dagens sykehjem.

4.1.3 Standardisering

Sykepleiedokumentasjon skal sørge for kontinuitet og kvalitet i pleien og dermed ivareta pasientsikkerheten (Molven, 2016). Standardisering har som hensikt å gjøre dokumentasjonsarbeidet enklere. Det forenkler kommunikasjonen og bevarer kontinuiteten i pleien. Standardisering bidrar dermed til å ivareta pasientsikkerheten (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). Sykepleierstudenter opplevde et godt utbytte med elektroniske dokumentasjonssystemer med standard terminologi for å forbedre pasientenes pleieplaner. Kombinasjonen av NANDA og NIC kom bedre ut enn fritekstnotater, gjennom gode formuleringer av sykepleiediagnoser, tiltak og mål (Saranto, et. al., 2014). Nyutdannede sykepleiere opplevde i tillegg at standardisering som en sjekkliste ga dem trygghet i arbeidet (Bollig, et al., 2016). Det kan derfor se ut som om standardisering er en bedre egnet metode enn sykepleieprosessen. Det virker som om standardisering kan strukturere helsepersonells arbeid og ivareta pasientens juridiske rettigheter.

Standardiserte planer kan på en annen side komme til kort ved å ikke gi nok rom for individualitet. Det ble vanskelig å dokumentere psykososiale behov. Systemene føltes ofte rigide, lite fleksible og tilleggsnotater måtte ofte benyttes (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). I motsetning til sykehus hvor pasienter legges inn for gjerne én bestemt ting og behandles for dette, må de ansatte på sykehjem ta stilling til mennesket som helhet i mye større grad. Komplekse sykdomstilstander skaper mange diagnoser, mål og tiltak. Dersom standardiseringsprogrammene ikke dekker de psykososiale behovene blir ikke kravet om helhetlig omsorg møtt. For eksempel kan en pasient ha et behov som ikke beskrives tilstrekkelig i et standardisert skjema. Det kan hende at sykepleier dermed blir nødt til å velge den diagnosen eller tiltaket som ligner mest. Dette kan potensielt føre til at behovet ikke dekkes godt nok, eller at pasientens ønsker rundt behovet ikke blir belyst. Dette kan tenkes å være årsaken til at standardisering og kodeverk ikke benyttes i kommunehelsetjenesten i dag.

4.1.4 Dokumentasjonsarbeid

Administrativt arbeid, deriblant dokumentasjonsarbeid, er tidkrevende og en stor del av sykepleiernes arbeidshverdag. Dette reduserer tiden sykepleier kan bruke på pasientene (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013).

Datasamling må gjøres for å kunne forme resten av tiltaksplanen. Programmer som ikke gjør dokumentasjonsarbeidet enklere kan tenkes å føre til at helsepersonell unngår å dokumentere. Dersom det blir så tidkrevende at det går utover andre arbeidsoppgaver kan det også gjøre at tiltaksplaner ikke oppdateres. Dette var et gjennomgående problem jeg så i flere av mine egne praksisperioder. Årsakene til manglende dokumentasjon eller tiltaksplan var, ifølge sykepleierne, at systemene var trege og brukte for lang tid. Mange ansatte visste heller ikke hvordan det skulle gjøres. Det kan på bakgrunn av dette se ut som sykepleiere settes i en vanskelig situasjon når det kommer til dokumentasjon. Tid brukt på dokumentasjon vil kunne frarøve de ansatte tid til observasjon og samtale. Manglende datasamling gir ikke grunnlag for dokumentasjon, og kan dermed føre til brudd på juridiske krav. Det kan på bakgrunn av dette virke som om idealet er et EPJ-system med en standardiseringsmetode som understøtter sykepleieprosessen. Basert på forskningen til Jakobsson & Wann-Hansson (2013) kan det tenkes å bidra til å dekke pasientens helhetlige behov, lovverkets krav og hjelpe på sykepleiernes tidspress.

På en annen side kan sykepleiere bruke kollegaer til å gjøre observasjoner, som igjen kan videreformidle og dokumentere disse. På den måten kan dokumentasjonsarbeid gjøres av alle, ikke kun sykepleiere. Dette kan også tenkes å lette informasjonsflyten internt på sykehjemmet, slik at alle bidrar til at kunnskapen om pasientene er oppdatert og korrekt. Dette forutsetter at det blir satt av tid og ressurser til at helsefagarbeidere og assistenter får grundig opplæring i lovverk, observasjon og dokumentasjonsarbeid.

4.2 Mangel på ressurser

Helsetjenesten er presset i møtet med en økende eldre befolkning og økonomiske kutt. Sykepleiere må prioritere medisinske, akutte problemstillinger foran andre oppgaver. Rutiner for å håndtere lite ressurser var i studien til Slettebø, et. al. (2010) fraværende. Dette førte til at ansvaret for arbeidsoppgavene ble skjøvet lenger ned i systemet på de enkelte ansatte. Dette gjorde at sykepleiere fikk ansvar for enda flere oppgaver. Oppgaver rundt grunnleggende behov ble ofte overlatt til pleieassistenter og helsefagarbeidere (Slettebø, et. al., 2010). Dersom mangel på ressurser fører til flere arbeidsoppgaver på sykepleierne, kan dette tenkes å påvirke hvor mye tid som blir satt av til dokumentasjon. På en annen side frigir pleieassistenter og helsefagarbeidere tid hos sykepleieren og muliggjør dokumentasjonsarbeidet. Spørsmålet er om de andre oppgavene tar så mye tid at dokumentasjonen allikevel ikke blir prioritert.

4.2.1 Sykepleierens arbeidsoppgaver

I studien til Bollig et. al. (2016) og Slettebø et. al. (2010) sier både pasienter og sykepleiere at mangel på ressurser har ført til at fysioterapeuter og andre aktivitetstilbud har forsvunnet. Ansvaret for trening og aktivitet ble dermed gitt til sykepleierne. De fortalte at de ikke klarte å følge opp dette, og at de fikk lite hjelp fra de andre ansatte grunnet manglende kompetanse (Bollig, et. al., 2016; Slettebø et. al., 2010). Nightingale mener at en sykepleier ikke skal gjøre annet enn å drive sykepleie (Nightingale, 1997). Sykepleiere prioriterer medisinske oppgaver på sykehjemmet, til tross for ansvaret for å ivareta andre grunnleggende behov og dokumentasjon (Slettebø, et. al., 2010). Det kan på bakgrunn av dette være aktuelt å spørre om hvorvidt sykepleieren har begynt å overta andres oppgaver på bekostning av sykepleiefaget. I praksis så jeg sykepleiere haste fra den ene oppgaven til den andre. Jeg opplevde flere sykepleiere som på slutten av dagen kunne si at de skulle dokumentere neste

dag fordi de var så slitne og ønsket bare å dra hjem. Dette så jeg ofte bli glemte fordi det neste dag var nye oppgaver som måtte utføres og dokumentasjonen ble dermed ikke gjort. Det er mange juridiske og etiske krav en sykepleier må forholde seg til. Man kan derfor spørre om det er sykepleiers holdninger eller ytre forutsetninger som legger føringene for om dokumentasjonen blir gjort eller ikke.

4.2.2 Fordeling av arbeidsmengden

Sykepleierens ansvar er blant annet å kunne delegere og strukturere arbeidet, ifølge Nightingale. En sykepleier må sørge for at det som skal gjøres, også gjøres riktig av andre (Nightingale, 1997). Dette samsvarer med yrkesetiske retningslinjer som sier at sykepleieren har et ansvar for å veilede og undervise medarbeidere (NSF, 2016). Sykepleiere forteller derimot at det ikke er tid til eller tilrettelagt for å gi opplæring og veiledning til helsefagarbeiderne og assistentene, noe som går ut over kvaliteten på pleien (Slettebø, et. al., 2010). Det kan på bakgrunn av dette se ut som at sykepleierne, som faglige ledere, bør kunne strukturere arbeidet slik at det kan utføres av andre. Her kan sykepleiedokumentasjonen tenkes å bidra med gode tiltaksplaner som praktiske verktøy med tydelige tiltak og mål. Slik kan arbeidsoppgaver og behov tydeliggjøres for alle.

På en annen side kan krav om faglig forsvarlighet i både lovverk og etiske retningslinjer trues dersom helsepersonell får oppgaver de ikke er kompetente nok til å utføre. Det kan derfor tenkes å være utfordrende for sykepleiere å skulle delegere arbeidsoppgaver, dersom ikke ledelsen legger til rette for undervisning og veiledning.

4.2.3 Prioriteringer

Deltakerne i studien til Slettebø et. al., forteller at begrensninger i pleien alltid dokumenteres, som for eksempel når pleie går over i palliativ fase. Arbeidsoppgaver og avgjørelser basert på prioriteringer blir aldri belyst (Slettebø, et. al., 2010). Det virker som om prioriteringsarbeidet verken vises gjennom dokumentasjon eller andre skriftlige forum. Tydelig dokumentasjon, både av prioriteringer og utført helsehjelp, kan tenkes å gi et bilde av hvor ressursene bør legges.

I praksis opplevde jeg at informasjonsutveksling hovedsakelig foregikk muntlig. De ansatte sa at det gikk fortere enn å dokumentere i pasientjournalen. De sa også at dersom de skulle bruke

tid på dokumentasjon måtte de prioritere ned andre oppgaver de anså som viktigere. Dette var også samme forklaring på hvorfor de ansatte ikke leste det som var dokumentert i pasientens EPJ i forkant av vekten. Manglende dokumentasjon førte til at ingen faktisk benyttet seg av dokumentasjonsprogrammet. Når jeg som student skulle oppdatere pleieplaner var det derfor lite dokumentasjonsgrunnlag å bygge på. Mangel på tid hos sykepleierne gjorde at de måtte prioritere pasientene fremfor veiledning av studenter. Som et resultat av dette opplevde jeg min egen kompetanse innenfor dokumentasjon som lav ved endt praksisperiode.

Nightingales observasjoner og nøyaktige nedtegnelser dannet statistikk. Disse dataene la grunnlaget for forslag til forbedringer som senere ble anerkjent og førte til endringer (Vabo, 2018). Per dags dato benyttes det ikke klassifikasjoner eller standard terminologi i kommunehelsetjenesten (NSF, 2017). Med utgangspunkt i Nightingales arbeid er det derfor interessant å se dokumentasjonens funksjon i møtet med mangelen på ressurser og prioriteringene som gjøres på sykehjem. Det er mulig å forestille seg at kodeverk integrert i pleieplaner kunne hatt en positiv innvirkning på dokumentasjonens kvalitet og tidsbruk rundt dokumentasjon. Standardisering og kodeverk kan effektivisere dokumentasjonsarbeidet ifølge en av artiklene (Saranto, et. al., 2014). Dette kan potensielt føre til at det dokumenteres mer. Det kan være lettere å både opprette og vedlikeholde pleieplaner, som igjen kan vise de ansatte hva som skal dokumenteres. Kodeverket kan også tenkes å belyse utfordringene og arbeidsmengden sykepleiere står ovenfor. I debatten omkring ressursfordeling kan dette tenkes å være et viktig arbeidsredskap.

4.2.4 Kompetanse

Sykepleierne i praksis uttrykte ofte frustrasjon over tidspress, arbeidsoppgaver og lav kompetanse hos de andre ansatte. Denne problematikken kan gjenkjennes i den snart 10 år gamle artikkelen til Slettebø et. al. (2010). Dette kan indikere et behov for endring. Ledere i mine praksisperioder forklarte at årsaken til manglende ressurser lå høyere opp i systemet. Dette bekreftes av Vabo (2018) som sier at mangel på ressurser ligger både på system og politisk nivå. Ettersom kommunehelsetjenesten ikke benytter standardiserte planer eller språk i dag, er det naturlig å anta at det vil kreve ressurser å implementere. Dersom dette tas i bruk forutsettes det at sykepleiere er positivt innstilt og ser hensikten med kodeverk og terminologi. Dette kan tenkes å gjøre implementeringen mer effektiv.

Sykepleiere skal ifølge yrkesetiske retningslinjer holde seg oppdatert på fag og kunnskapsbasert praksis (NSF, 2016). God kompetanse gjennom kunnskap kan potensielt skape et grunnlag for endringsvilje og videreutvikling av sykepleiefaget og dokumentasjonskulturen. Ifølge Kristoffersen (2016) må arbeidsgiver tilrettelegge for kompetanseheving innenfor sykepleierens turnus. Sykepleiere som får faglig veiledning opplever mindre stress og større jobbtilfredshet (Kristoffersen, 2016). Problemene som beskrives i forskningen til Slettebø et. al. (2010) kan tenkes å lettes gjennom kompetanseheving på sykehjemmet. Ved at erfarne sykepleiere og nyutdannede får økt kompetanse på nødvendige områder kan det potensielt føre til en god dokumentasjonskultur. Videre kan de igjen veilede andre ansatte for dermed å vedlikeholde og videreføre kunnskapene. Dette har jeg sett flere eksempler på når det kommer til sårsykepleiere. Ansatte henvender seg ofte til den som er kjent for å ha god og oppdatert kunnskap. Kanskje kunne en sykepleier med høy kompetanse på dokumentasjon og administrativt arbeid være med på å bidra til god dokumentasjon på sykehjem.

4.3 Å møte fremtidens helsetjeneste

Fremtidens studenter forventes å ha kompetanse innen terminologi og utøvelse av dokumentasjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §14-15). Dette gir indikasjoner på at helsepolitiske mål er rettet mot økt samhandling og kommunikasjon. Ettersom Helseplattformen også skal omhandle pasientjournaler i kommunen kan det tenkes at standardisering og terminologi vil implementeres her for å gi de ulike enhetene ett felles fagspråk (Helse Midt-Norge, 2019). Derfor kan det bli aktuelt for studenter, autoriserte sykepleiere og ledere å være innstilt på økt bruk av dette.

4.3.1 Sykepleieres holdninger

Den praktiske ferdigheten i dokumentasjon oppnås i praksisfeltet (Vabo, 2018). Nyutdannede og nyansatte sykepleiere opplevde at standardiserte pleieplaner var gode veiledere og gjorde at de følte seg tryggere i arbeidet. De som hadde lengre arbeidserfaring stolte mer på sin egen kunnskap og samarbeid med kollegaer fremfor protokoller (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). Det kan derfor tenkes at de mer erfarne sykepleierne ikke ser hensikten med standardisering og dermed ikke benytter det i like stor grad. Dette kan igjen være problematisk dersom de erfarne sykepleierne ikke kan veilede de nyansatte, noe som

potensielt kan føre til at prosedyrer ikke blir fulgt og dokumentasjonen blir mangelfull. Dette fører til at institusjonen ikke følger krav om oppdatert og kunnskapsbasert praksis.

På den andre siden er alle sykepleiere pliktet både gjennom lov og etiske retningslinjer å utøve dokumentert praksis og anvende ny kunnskap. Yrkesetiske retningslinjer sier i tillegg at sykepleier skal engasjere seg i sosial- og helsepolitisk utvikling, lokalt, nasjonalt og internasjonalt (NSF, 2016). I studien til Saranto et. al. (2014) hadde sykepleierne en positiv holdning til standardisert terminologi. De trenger allikevel god opplæring og støtte fra ledelsen for å ha utbytte av standardisert sykepleieterminologi og pleieplaner (Saranto, et. al., 2014). Forskningen til Jakobsson & Wann-Hansson (2013) har vist at helsepersonell må delta aktivt under hele innføringsprosessen. Kunnskaper gir trygghet som igjen skaper en positiv holdning til ny dokumentasjonsform (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013).

4.3.2 Opplæring i dokumentasjon

Studier viste at det ikke var tilrettelagt for fortsatt læring etter endt utdanning. Praksisen baserte seg på bachelorutdanningen (Kristoffersen, 2016). Det kan derfor være aktuelt å se til utdanningsforløpet. For å møte helsepolitiske krav er det kanskje nødvendig å forberede studenter enda bedre på terminologi og elektroniske pasientjournaler. Ifølge Vabo (2018) blir det vanskelig å samkjøre utdanningsinstitusjoner og praksis når de ulike kommunene bruker forskjellige EPJ-systemer. Felles journalsystemløsninger som Helseplattformen er fremdeles kun et prosjekt. Det er derfor mulig å anta at fragmenterte journalsystemer vil være realiteten en god stund fremover.

Egen erfaring viser at sykepleieprosessen omtales tidlig i studieforløpet, men får svært lite oppmerksomhet i de to påfølgende årene. Dokumentasjon blir belyst samtidig med dette, men kompetanse på dokumentasjonsarbeid føles lav når man kommer ut i praksis.

Det stilles mange krav til sykepleiere, juridiske og etiske. Det kan hende at kravene er så mange at sykepleiere ikke er i stand til å aktivt søke etter ny og oppdatert kunnskap på alle nødvendige områder. Dersom studenter har god kompetanse i dokumentasjon før de kommer ut i praksis, kan de tenkes å fungere som kilde til fagutvikling på praksisstedene. Slik kan studenter bidra med ny kunnskap og sykepleiere kan veilede i praktisk anvendelse. Sykepleiere kan være bevisst de kravene som stilles til studenter innen dokumentasjon.

Dermed kan sykepleiere i større grad aktivt oppdatere seg på ny kunnskap, og trekke det inn i den daglige veiledningen. Slik kan sykepleier tenkes å bidra til at studentene ser sammenhenger med dokumentasjon i utøvelse av sykepleie på et tidlig stadium i utdanningen. Det er mulig å forestille seg at dette kan fremme en dokumentasjon som tilfredsstillende nåværende og fremtidige krav til tjenesteutøvelsen.

Dette gjøres til en viss grad allerede i praksisperioder. Egen erfaring har vist at sykepleiere og annet helsepersonell burde ha en positiv innstilling til studentenes kunnskaper for at en slik ordning skal gi vekst og utvikling. Det burde også tilstrebes å tilrettelegge på sykehjemmet for at sykepleier skal kunne prioritere veiledning og refleksjon med studentene. Jeg har flere ganger opplevd at ansatte på sykehjem ikke har vært innstilt på fagutvikling som studenter kommer med. Dette har vært utfordrende som student å oppleve og gjort at det har føltes vanskelig å komme med ny kunnskap. Der sykepleier har vist en positiv holdning har jeg tydelig sett at dette påvirker de andre ansatte og gjort fagutviklingen lærerik for både ansatte og studenter.

5 Konklusjon

Sykepleiedokumentasjonen har flere hensikter. Den skal synliggjøre pleien, gi struktur på arbeidet og bidra til informasjonsflyt. Den kan også benyttes i kvalitetsarbeid og undervisning. God sykepleiedokumentasjon forutsetter først og fremst at det blir tatt i bruk. Videre bør en tilstrebe at kunnskaper om og praktisk bruk av sykepleieprosessen vektlegges i utdanningen. Dette burde følges opp av nyansatte på sykehjem og de andre ansatte for å øke kompetansen.

Gode datasystemer som understøtter sykepleieprosessen kan ivareta pasientenes individuelle behov. Brukervennligheten er viktig for at dokumentasjon skal bli gjort. Nå virker det ikke som om det finnes et dokumentasjonssystem som kan understøtte sykepleien på sykehjem. En videreutvikling av dataprogrammene kan være en løsning for å møte krav til dokumentasjonen i sykehjem.

Ledelsen har ansvaret for kompetanseheving og har muligheten til å tilrettelegge for en god dokumentasjonskultur. Dokumentasjonskulturen avgjør om dokumentasjon blir en prioritert oppgave eller ikke. Sykepleier kan på sin side bidra til god dokumentasjonskultur gjennom å ha en positiv holdning til fagutvikling og kompetanseheving.

Kodeverk i standardisering kan også tenkes å skape grunnlag for målbare tall. Disse tallene kan evaluere helsehjelp og prioriteringer i det kommunale helsevesenet. Basert på Nightingales arbeid med statistikk kan et slikt evalueringsverktøy tenkes å være en viktig faktor for å bedre rutinene i dokumentasjon på sykehjem.

Litteraturliste

Bollig, G., Gjengedal, E., & Rosland, J. H. (2016). Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(2), 142–153. <https://doi.org/10.1177/0969733014557719>

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Direktoratet for e-helse. (10. april 2019). SNOMED CT. Hentet fra <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/helsefaglige-kodeverk/snomed-ct>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412?q=forskrift%20om%20sykepleierutdanning>

Forskrift om pasientjournal. (2001). Forskrift om pasientjournal (FOR-2000-12-21-1385). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-21-1385/§3>

Helse Midt-Norge. (2019, 5. mars). Helseplattformen - Ofte stilte spørsmål. Hentet 21. april 2019 fra <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen/ofte-stilte-sporsmal>

Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Jakobsson, J., & Wann-Hansson, C. (2013). Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 945–952. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1111/scs.12009>

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunneleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 139-192). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 193- 266). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 89- 138). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 15- 28). Oslo: Gyldendal Akademisk

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk

Nightingale, F. (1997). *Notater om Sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Norsk Sykepleierforbund. (2017). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder_v5.1..pdf

Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>

Saranto, K., Kinnunen, U.-M., Kivekäs, E., Lappalainen, A.-M., Liljamo, P., Rajalahti, E., & Hyppönen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 629–647. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1111/scs.12094>

Skaug, E.-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s.337-376). Oslo: Gyldendal Akademisk

Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 533–540. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x>

Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleien* (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.