

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2001 nr 9

Prosjekt sykepleiedokumentasjon

**En beskrivende studie av papirbasert og elektronisk
sykepleiedokumentasjon i praksisfelt for
sykepleiestudenter ved Høgskolen i Gjøvik**

Hans J. Øfsti
Avdeling for helsefag

Gjøvik 2001
ISSN 0806-3176

Forord

Dette prosjektet har dratt ut i tid av forskjellige grunner. Første utkast til rapport: En beskrivende studie av papirbasert og elektronisk sykepleiedokumentasjon i praksisfelt for sykepleiestudenter ved Høgskolen i Gjøvik, ble levert for ca to år siden. Det er senere bearbeidet. Innholdet anses som viktig. Det bør være tilgjengelig for flere. Etter at ny helselov har trådt i kraft er dokumentasjon i sykepleien fått en ny sentral plass i sykepleierens hverdag.

Hans J Øfsti

1.0 Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
2.0 Prosjektet: Sykepleie/ data	4
2.1 Innledning.....	4
2.2 Prosjektets problemstillinger	4
2.3 Litteratursøk.....	5
3.0 Hva viser litteraturen ?	5
3.1 Dokumentasjon i sykepleie	5
3.2 Tradisjon i å dokumentere sykepleie.....	6
3.3 Hvorfor dokumentere sykepleie ?	6
3.4 Dokumentasjonen må være nødvendig og tilstrekkelig	7
3.5 Hva må dokumenteres ?	8
3.6 Klassifikasjonssystemer	9
3.8 Elektroniske verktøy for dokumentasjon i sykepleien	10
3.8.1 Unique Omsorg.....	11
3.8.2 Gerica	11
3.8.3 RAI. Et dokumentasjonssystem som ivaretar ulike nivåer i omsorgskjeden.....	11
4.0 Design.....	12
4.2 Deskriptiv statistikk	13
4.3 Datainnsamling.....	13
4.4 Behandling av data.	14
5.0 Hva fant jeg?.....	14
5.1 Hva finnes av papirbasert og elektronisk dokumentasjon ?	14
5.2 Analyse av data.....	17
5.2 Etterord.....	18
Vedlegg 1.....	24

2.0 Prosjektet: Sykepleie/ data

2.1 Innledning

Bakgrunn for dette FoU-arbeidet er en presentasjon av elektronisk pleieplan i 1998 ved HiG, fra Lillehammer kommune. Prosjektleder utfordret høgskolen, avd. for sykepleierutdanning (nå avdeling for helsefag) på hva vi hadde tenkt å gjøre i forhold til studentene og elektronisk pasientjournal. Vi hadde ikke tenkt i noe i forhold til ny teknologi og hvordan det ville påvirke undervisningen i pleieplaner. Men en gruppe lærere begynte å snakke om dette og søkte FoU-midler ved Høgskolen. Det er også forsøkt å få midler fra Fylkeslegen i Oppland og fra Statens Helsetilsyn.

Som lærer for studenter i 1.studieenhet var jeg mest opptatt av ”sykepleieplan” på papir og data, da det er det studentene skal beherske i sin praksis på sykehjem og i hjemmesykepleien. Arbeidstittelen ble derfor; Sykepleie/ data. Pleieplan er en del av det som fremover vil være Elektronisk pasientjournal, som omfatter en sykepleieplan, men også den ”gamle” legejournal, laboratoriesvar, røntgenbilder m.m.(KITH,1999) I rapporten velger jeg likevel å bruke benevnelsen pleieplan for enkelhets skyld. I første del av prosjektet er det pleieplan for pasienter i sykehjem og hjemmesykepleie som har vært fokus. De problemstillingene som arbeidsgruppen ved vår avdeling kom frem til er følgende;

2.2 Prosjektets problemstillinger

- A) Kartlegge/ beskrive hva som finnes av papirbasert og elektronisk sykepleiedokumentasjon i praksisfeltet for sykepleiestudenter i 1. studieenhet, kommunehelsetjenesten ved HiG.**
- B) Utarbeide og tydeliggjøre innholdskomponenter som sikrer gyldig dokumentasjon av sykepleie i papirbasert og elektronisk pasientjournal.**
- C) Finne frem til systemer for føring , bruk og oppbevaring av sykepleiedokumentasjon i elektronisk og papirbasert pasientjournal basert på:
 - gyldig sykepleietenkning
 - prinsipper for kvalitetssikring**
- D) Kartlegge/ beskrive hva som finnes av papirbasert og elektronisk sykepleiedokumentasjon i praksisfeltet for sykepleiestudenter i sykehuspraksis.**

Denne rapporten omhandler problemstilling A):

Kartlegge/ beskrive hva som finnes av papirbasert og elektronisk sykepleiedokumentasjon i praksisfeltet for sykepleiestudenter i 1. studieenhet, kommunehelsetjenesten ved HiG.

2.3 Litteratursøk

Kilder for litteratursøk har vært; Bibsys, Spri, CHINAL, NSF, lokalt/ sentralt og hos kollegaer som har vært på IT-konferanser. Søkord har vært: Nursing Informatics, Computerized Nursing Documentation, sykepleie, data, pleieplan, elektronisk pleieplan, elektronisk pasientjournal (EJP). Til litteratursøk har jeg fått god hjelp av personalet på biblioteket ved HiG. Da det er søkt etter litteratur i flere omganger har jeg ikke samlet antall treff. Mitt utvalg er litteratur for prosjektet fra 1990 –1999.

3.0 Hva viser litteraturen ?

3.1 Dokumentasjon i sykepleie

Begrepet dokumentasjon kan defineres som *framlegging av dokumenter som bevismateriale eller til understøttelse av en oppfatning* (Berulfsen og Gundersen 1985) (Her fra Kristoffersen, 1995).

Dokumentasjon i pasientbehandling innebærer at personalet samler, skriver ned opplysninger (data), tiltak og virkning av tiltakene.

Sykepleiere dokumenterer i form av; pleieplaner, rapporter, observasjonsskjema, kurver og diverse lister. (Kristoffersen, 1995).

”Sykepleieplaner er sykepleierens arbeidsredskap, og de er basert på sykepleieprosessen”.

(Ruland og Hoy 1993, s.83)

”Sykepleieplanen er kjernen i sykepleieplanleggingen og hensikten med den er;

- At sykepleien planlegges og utføres etter en systematisk plan
- At kontinuiteten i sykepleien blir ivaretatt og tiltak blir fulgt opp

- At sykepleietiltak og pasientens fremgang evalueres og tiltakene eventuelt endres på bakgrunn av evalueringsresultatene
- At utøvelsen av sykepleie dokumenteres. Sykepleieplanen er et rettslig dokument.”
(Ruland og Hoy 1993, s.82)

Dokumentene kan samles i en mappe (kardex) eller elektronisk, på ”data”.

3.2 Tradisjon i å dokumentere sykepleie

I middelalderen var det krav om at munk og nonne som arbeidet med de syke, måtte være lese- og skrivekyndige, slik at de kunne notere viktige opplysninger om sine pasienter. Florence Nightingale understreket nødvendigheten av å observere og rapportere nøyaktig. Dette for å hjelpe legene i å bestemme medisinsk behandling, men også for å bidra til forsvarlig sykepleie. I 1877; Rikke Nissen ga ut den første lærebok for diakonisser med tilsvarende syn som Florence Nightingale til å observere og rapportere (Kristoffersen, bind 2. 1995 s.45).

”Sykepleie forbliver ligesom keiserens nye klæder usynlige- en illusion- hvis vi ikke bliver i stand til at dokumentere, at sykepleiersker dagligt medvirker til at fremme og bevare sundhed i befolkningen ” (Andersen 1986). (Her fra Kristoffersen, bind 2. 1995 s. 46).

3.3 Hvorfor dokumentere sykepleie ?

Å dokumentere sykepleie er en faglig og etisk plikt (Kristoffersen, 1996). Hovedhensikten er å sikre kvaliteten i utøvelsen av sykepleien. Dokumentasjonen blir da et arbeidsredskap for å sikre kvaliteten.

I rundskriv (I-13/97) fra Statens helsetilsyn om ”Kvalitet i pleie og omsorgstjenesten” heter det blant annet; ”De skriftlige prosedyrer skal sikre at pasientene blant annet får ; oppleve trygghet, muligheten til å ivareta sin egenomsorg og nærmere angitte grunnleggende behov, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes helsetilstand”. (Her fra; NSF-serien 1-1998 s.22)

Videre heter det; ”Økt krav til produktivitet, kvalitet, økonomikontroll og planlegging i pleie og omsorgstjenesten har ført til et stort behov for dokumentasjon. De ulike dokumentasjonssystem må være egnet til å synliggjøre befolkningens behov, tjenesteproduksjon og ressursbruk, slik at det frembringes relevante data som gir pålitelig

informasjon om kommunens prioriteringer og produktivitet.” Dette er kommunens ansvar ovenfor staten. (NSF-serien 1-1998 s.85)

Pasientdokumentasjon kan ha flere funksjoner; NSF-serien 1-1998 s.86)

- Å sikre at personalet har relevante opplysninger som gir grunnlag for diagnostikk, behandling og pleie.
- Å gi grunnlag for kommunikasjon mellom helsepersonell.
- Å tjene som bevis for hva som er utført.
- Kvalitetssikring.
- Å dokumentere pleietyngde og derved behovet for ressurser.
- Grunnlag for forskning.

Det er nå vedtatt ny lov om helsepersonell (Førland, 1999) som vil trå i kraft 01.01.01. Det vil medføre juridisk plikt for sykepleiere og annet helsepersonell til å dokumentere. Desto viktigere blir det hva vi dokumenterer.

3.4 Dokumentasjonen må være nødvendig og tilstrekkelig

Kristoffersen (1995) sier at sykepleieren må bruke sitt faglige skjønn for å vurdere hvilke opplysninger det er naturlig å registrere skriftlig. Hun viser til spørsmålet; ”Trenger andre å vite dette?”. Det kan være til hjelp for å avgjøre hva som skal med eller ikke. Hun viser videre til at dokumentasjonen må være systematisk, oversiktlig, nøyaktig, presis og objektiv.

(Kristoffersen, bind 2. 1995 s. 51). Den skriftlige dokumentasjonen skal gjøre sykepleieren i stand til å skaffe seg en oversikt over pasientens situasjon, de handlinger som er iverksatt, og de som skal iverksettes. (Kristoffersen, bind 2. 1995 s. 52).

Pleieplanen er en skriftlig plan for sykepleien med utgangspunkt i sykepleieprosessen som ramme og struktur, og pasientens mestring av de grunnleggende behov.

Det pleieplanen skal inneholde er;

- Pasientopplysninger
- Datasamling
- Pleieplan
- Rapport

(Kristoffersen, bind 2. 1995 s. 52-3).

I den papirbaserte pleieplanen er det ofte rubriserte ark i en perm. Et av systemene heter Kardex. I forbindelse med kvalitetssikring og i økende grad overgang til IT-systemer i helsevesnet, har en blitt mer oppmerksom på den skriftlige dokumentasjon og dens betydning. Det er i den sammenheng nedsatt flere komiteer som jobber med flere sider av problematikken. Det er sett på behov for dokumentasjon/ journaler i kommunehelsetjenesten. NSF (1998) beskriver pleie og omsorgstjenesten i kommunene.

Der er det vist til; "Pasientjournal, Individuelle planer og Omsorgsplaner." (NSF 1998 S.86-88) Dokumentasjonen beskrives slik;

"Pasientjournal: Kardexkort erstattet med egne dokumenter for sykepleie (inkomstrappor/ sykepleienotater, sykepleiesammenfatning og sykepleieplan). Dette var beregnet på sykehus. Tilsvarende skulle utarbeides for kommunehelsetjenesten (Hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg).

Individuelle planer: Det pålegges kommunene å utarbeide individuelle planer for personer med langvarige og sammensatte behov. Disse bør utvikles samarbeid mellom 1. og 2. linjetjeneste.

Omsorgsplaner: Individuelle omsorgsplaner er tenkt brukt i pleie og omsorgstjenesten for å gjøre det klarere hva en kan forvente av kommunale tjenester. (Sosial og helsedep. 1998)

3.5 Hva må dokumenteres ?

Det er ovenfor vist til visse faktorer som er nødvendig i sykepleiedokumentasjon. Men innføring av elektronisk pasientjournal setter i gang en ny diskusjon om innhold, kvalitet og sikkerhet. Det gir en mulighet til å forbedre de systemer vi har i dag.

Når en skal bestemme hva som skal nedskrives å dokumenteres på en datamaskin må en først bestemme hvilken dokumentasjon som er nødvendig. En må finne ut hva som er dokumentert manuelt, og hvilke skjemaer som er opprettholdt. "Programkoordinatoren" må overveie hva som må endres og prøve å forutse den videre dokumentasjonen som en trenger. Dvs. hva en ikke trenger lenger, hva som ikke er dokumentert, men som er nødvendig å dokumentere. Også revisjon av den nåværende dokumentasjon og hvilke endringer vedrørende utstyr og teknikker som behøver dokumenteres (operasjonssykepleie). (Latz, 1992)

Kommunen som sådan har et visst krav for hva de vil ha ut av et slikt system. Legene har likeledes ønsker eller krav om tilgjengelighet og de behov de har i et slikt system for dokumentasjon. Og legene ser ut til å ligge foran i å beskrive behov for hva de forventer av en

elektronisk pasientjournal. Den samme problematikken må overveies i kommunehelsetjenesten: hvem andre trenger tilgang på data enn sykepleiere og lege.

3.6 Klassifikasjonssystemer

Et av problemene med sykepleieplan og elektronisk pasientjournal er det inneholder språk og begreper som bør forstås av alle. Det jobbes med felles klassifikasjonssystem, i Norge og i andre land.

Klassifikasjonssystem defineres som; ”et system der fenomenene er identifisert og ordnet i grupper basert på deres forhold til hverandre”(Gordon 1994 s.285) (Her fra Moen,1999). Starten var USA i midten av 70-tallet. Det er flere systemer; NANDA; Nursing diagnosis som er rettet mot pasientproblemer/ sykepleiediagnoser, NIC; Nursing Intervention Classification som er rettet mot sykepleieintervensjoner og NOC; Nursing Outcome Classification som er rettet mot pasientresultater på grunn av sykepleie. ICN`s system; International Classification og Nursing Practice har samlet begreper fra ulike klassifikasjonssystemer for pasientproblemer, handlinger og resultater.

Det er også arbeid for systemer som omfatter begreper for relevante problemer, handlinger og resultater hos pasienter i primærhelsetjenesten.

I de klassifikasjonssystemene som er foreslått per i dag er de identifiserte ordene og begrepene ordnet i hierarkiske mønstre med gjensidig utelukkende og uttømmende klasser som har en viss homogenitet internt i klassen. Klassifikasjonssystemene inneholder definisjoner av problemstillinger, intervensjoner eller resultater av sykepleie med tilhørende kjennetegn eller karakteristika. Begreper for vurderingene og observasjonene vi gjør eller de utsagn som pasienten kommer med, intervensjonene som planlegges eller iverksettes eller resultater, grupperes i subkategorier. Subkategoriene tilhører `en, og bare en, av de overordnede klassene.

Anne Moen (1999) sier; ”Arbeidet med klassifikasjonssystemer er et av flere initiativ for å identifisere og utvikle et mer formalisert språk i sykepleie. Språket bidrar til felles forståelse for målet med sykepleie og forteller hva sykepleiere utretter i forhold til spesielle menneskelige behov”.

Klassifikasjonssystemene representerer et eksempel på språkutvikling og en ny dimensjon i sykepleien (Moen 1999).

Klassifikasjonssystemene inneholder begreper med definisjoner, tilhørende karakteristika og egenskaper ved fenomenene som kan beskrive den enkelte pasient. De er som oftest knyttet til dokumentasjon av sykepleier/ pasienthandlinger.

Sentrale utviklingstrekk har de siste år bidratt til å øke oppmerksomheten omkring klassifikasjonssystemene i norsk sykepleie er blant annet utvikling og innføring av elektroniske pasientjournaler. Utvikling av elektroniske systemer ser også ut til å være katalysator for diskusjon om klassifikasjonssystemer, fordi IT-systemene gjerne bidrar til noe formalisering og standardisering. Videre er NSF's arbeid med ICN's initiativ til å systematisere et verdensomspennende sykepleiespråk- gjennom prosjektet; ICNP- International Classification og Nursing Practice- med på å sette temaet på dagsorden. En tredje faktor er oppmerksomheten omkring de resultater de tilbydde tjenester til den enkelte pasient. Økt behov for å fremskaffe oversikt over det en utretter i forhold til nye finansieringssystemer.

Internasjonalt er klassifikasjonssystemene allerede benyttet i elektroniske systemer til sykepleiedokumentasjon, fordi det kan forenkle skrivingen. Bruk av klassifikasjonssystemer til dokumentasjon tilrettelegger for å sortere og ordne kodene for de fenomenene man har identifisert, med tilhørende mulighet for etterbruk av informasjonen til flere formål enn dokumentasjon av sykepleier/ pasientsamhandling. I de elektronisk systemene er det relativt enkelt å telle opp og lage oversikter over de registrerte opplysningene.

Systemene som er i bruk i dag tar mest utgangspunkt i grunnleggende behov og fysiologiske problemer.

Det vil også være nødvendig å diskutere nærmere hvilke verdier i sykepleien, og hvilket syn på sykepleier/ pasientsamhandling det er som reflekteres i klassifikasjonssystemene.

3.8 Elektroniske verktøy for dokumentasjon i sykepleien

IT (Informasjonsteknologi) er kommet for å bli (NSF 1995). Det blir derfor et spørsmål om hvordan vi skal ta det i bruk. Sykepleierne kan ikke stille seg på sidelinjen å vente at andre skal utvikle systemer som tilfredsstiller de behov vi har for dokumentasjon ovenfor pasient og de vi samarbeider med.

Overhage (1997) peker på 4 fordeler ved å ta i bruk elektronisk pasientjournal; "Bedret effektivitet, økt fleksibilitet, forbedre omsorgen (care prosess) og igangsette endringer i sykepleieprosessen. (Min oversettelse).

Det er derfor viktig at vi setter oss inn i hva IT er, og hvordan vi kan utnytte dette verktøy best mulig. Vi må være i stand til å definere hvilke oppgaver IT skal løse. Vi bør derfor delta i alle faser, fra start på utvikling til å ta i bruk et ferdig verktøy. (NSF 1995).

Her følger en kort beskrivelse av tre programmer beregnet på behov i kommunehelsetjenesten.

3.8.1 Unique Omsorg

Et av de programmene som er i ferd med å bli tatt i bruk i sykehjem der vi har våre studenter er Unique Omsorg (Unique AS, 1999), som inneholder: En pleieplan, en journaldel beregnet for legen og en del for føring av medisiner. Den administrative del av programmet har vært brukt i kommunen i lengre tid. Pleiedelen er til dels generell og skal kunne brukes av et bredt spekter av pleiepersonell. Det er mulighet til å legge inn mer detaljer i pleieplanen. Men den har ikke en ”spesiell” sykepleiedel, som det bare er sykepleierne som har ansvar for, som de har for administrativ pleieplan i dag. Det er en generell pleiedel som kan brukes av flere grupper blant pleiepersonalet. Fysioterapeut, ergoterapeut kan ha egne deler, som bare de kan skrive i.

3.8.2 Geric

Geric er et lignende program som Unique omsorg, som er i bruk på andre steder der våre studenter utøver praktisk sykepleie. Geric er et omfattende program som kan brukes til saksbehandling i kommunen. Det kan også brukes til journalføring for ulike områder i helsevesnet som lege, sykepleie, ergoterapi, fysioterapi, psykiatri, osv. Journalen kan tilpasses for de enkelte yrkesgrupper. Geric for windows kan også leveres med håndterminal som kan brukes til registrering f.eks. i hjemmetjenesten.

3.8.3 RAI. Et dokumentasjonssystem som ivaretar ulike nivåer i omsorgskjeden

Et annet system som er under utprøving er: (men ikke Oppland fylke)

”RAI (Resident Assessment Instrument) er et helhetlig, standardisert, reproducerbart vurderingsinstrument innen geriatri som foruten medisinske data om funksjon, dekker emosjonell tilstand, kognitive og sosiale forhold.

Instrumentet består av MDS,; et **minimum data sett** som vurderer klientens funksjonsmessige dimensjoner. En bestemt status på den vurderte funksjoner aktiverer ”triggere” i dataprogrammet og RAI-manualen veileder personalet ved valg av nødvendige hjelpetiltak; Funksjonsområder; Vurdering, Trigger, Metodeoversikt, Problemidentifisering og underliggende årsaker, Handlingsplan.”
(Sørbye, L W 1998) (Prekonferanse II, 3. september 1998, Oslo, NSF-serien)

Som en oppsummering på programmer til bruk i sykepleie kan det være på sin plass med et sitat fra NSF;

”Målet med bruk av Edb-baserte støttesystemer må være å bygge opp under sykepleiens verdigrunnlag. Det må være samsvar mellom verdigrunnlaget og de hjelpemidler faget benytter seg av. Dette bør være den viktigste rettesnor ved all utvikling av Edb-systemer”.
(NSF 1995 s. 25)

4.0 Design

Jeg har samlet data fra primærhelsetjenesten, først å fremst fra sykehjem og noe fra hjemmesykepleien. Det innsamlede materialet er det praksisstedene har sendt meg. Om det er andre skjemaer som også er i bruk vites ikke og er en mulig feilkilde.

Design for dette FOU-arbeider er en beskrivende studie, med kvoteutvelgelse. Beskrivende studie er i følge Polit & Hungler (1991);

”Descriptive research; Research studies that have as their main objective the accurate portrayal of the characteristics of persons, situations, or groups, and the frequency with which certain phenomena occur.” (Polit & Hungler, 1991s. 643)

“The purpose of descriptive studies is to obtain information about the current status of phenomena of interests”. (Polit & Hungler, 1991 s.182)

” The researcher who conducts a descriptive investigation observes, describes and perhaps, classifies. (Polit & Hungler, 1991 s.19)

”Deskriptiv problemformulering (formålet er å forklare eller beskrive noe). Hensikten er å få frem detaljert informasjon om de aspektene en allerede har”. (Bø, 1995 s.22)

En beskrivende studie er valgt på bakgrunn av problemstillingen; ”Kartlegge/ beskrive....”

Enhet; Det enkelte praksissted for sykepleierstudenter fra HiG i kommunehelsetjenesten, 1. studieenhet vår 1999.

Antall enheter; 27 praksisplasser tilskrevet.

Ressurser til disposisjon; 50% stilling i 3 mnd og innehar kompetanse i form av embetseksamen i sykepleie.

Opplegg; Åpent for objektet.

Datatype; Harde data; Kvantitative data.

Bearbeiding; Statistikkprogrammet SPSS. (Statistical Packages for Social Science)

Datamengden er begrenset, men SPSS er tilgjengelig, og det kan lages kodebok via SPSS.

Målenivå; nominalnivå.

Tolkning; Induktivt, fra det spesielle til det generelle.

Kildetype; Primærdata.

Datainnsamlingsmetode; Kvantitativ, ”spørreskjema”, dvs.; brev med få spørsmål (se vedlegg). Samt tilhørende litteraturstudie om hva som er gjort på feltet (fra 1990-1999). (Bø, 1995, s.33-63).

4.2 Deskriptiv statistikk.

”Noen statistiske metoder brukes for å gi en tallmessig beskrivelse/ svar på problemstillingen. Det kalles *deskriptiv statistikk*. (Bø, 1995 s.71-72)

Den grunnleggende operasjonen i de fleste kvantitative analyser er en opptelling av antall enheter som er med i undersøkelsen, og så fastslå hvordan enhetene fordeler seg ut fra undersøkelsens hensikt. Dette kalles henholdsvis *frekvensopptelling* og *frekvensfordeling*. Begge deler er brukt i analysen av innsamlede data. (Bø, 1995 s.78)

4.3 Datainnsamling

Institusjoner i Oppland fylke, begrenset til praksisplasser for studenter i 1. studieenhet, kommunehelsetjenesten, våren 1999, er tilskrevet for innsamling av papirbasert, evt. elektronisk dokumentasjon for sykepleie. I alt 27 praksisplasser er tilskrevet. Brevet er stilt til sykepleiefaglig leder ved praksisplassen. Det er spurt etter;

”Eksisterende skjemaer de bruker til sykepleiedokumentasjon, inklusiv pleieplanen.

Dersom de har begynt med elektroniske pleieplaner/ pleieplaner på data ber jeg om navnet på programmet de bruker, hvilken dokumentasjon de kan få ut av systemet og hva de eventuelt savner”.

18 praksisplasser har svart, etter purrebrev, som gir en svarprosent på ca. 66%.

4.4 Behandling av data.

Til behandling av data er det brukt statistikkprogrammet; SPSS. Det er laget kodebok fortløpende etter som svar/ flere forskjellige skjemaer er kommet inn.

Dataene ble deretter punchet inn i SPSS og deretter statistisk behandlet.

5.0 Hva fant jeg?

5.1 Hva finnes av papirbasert og elektronisk dokumentasjon ?

Her følger et utvalg av tabeller over funn fra det innsamlede materiale. Det var totalt 32 forskjellige skjemaer.

Tabell 1. Hovedkort

Hovedkort					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	15	83,3	100,0	100,0
Missing	0	3	16,7		
Total		18	100,0		

Tabellen viser at 15 bruker hovedkort og 3 ikke.

Tabell 2. Pleieplan

Pleieplan, 70326/2038					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	11	61,1	68,8	68,8
	nei	5	27,8	31,3	100,0
	Total	16	88,9	100,0	
Missing	0	2	11,1		
Total		18	100,0		

Tabellen viser at 11 av de 18 som svarte brukte pleieplan og 5 ikke. 2 har ikke svart.

Tabell 3. Rapportark

		Rapportark			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	10	55,6	62,5	62,5
	nei	6	33,3	37,5	100,0
	Total	16	88,9	100,0	
Missing	0	2	11,1		
Total		18	100,0		

10 av 18 bruker rapportark. 6 bruker ikke og 2 har ikke svart.

Tabell 4.

		sykepleier rapport			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	1	5,6	6,3	6,3
	nei	15	83,3	93,8	100,0
	Total	16	88,9	100,0	
Missing	0	2	11,1		
Total		18	100,0		

Bare 1 av avdelingene brukte sykepleier rapport og 15 ikke. 2 har ikke svart.

Tabell 5. Evalueringsskjema

		Evalueringsskjema/ rapport			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	3	16,7	18,8	18,8
	nei	13	72,2	81,3	100,0
	Total	16	88,9	100,0	
Missing	0	2	11,1		
Total		18	100,0		

Bare tre av 16 brukte et kombinert evalueringsskjema / rapport. 2 har ikke svart.

Tabell 6. Hjelpebehov**Hjelpebehov, mht. tiltak, avvik. Pleieplan? 70306**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	11,1	12,5	12,5
	nei	14	77,8	87,5	100,0
	Total	16	88,9	100,0	
Missing	0	2	11,1		
Total		18	100,0		

2 brukte dette skjema, og 14 ikke. 2 mangler tilbakemelding.

Tabell 7. Medikamentkort**Registreringskort for medikamenter**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	13	72,2	81,3	81,3
	nei	3	16,7	18,8	100,0
	Total	16	88,9	100,0	
Missing	0	2	11,1		
Total		18	100,0		

13 brukte medikamentkort og 3 ikke. 2 har ikke svart.

Tabell 8. Medikamenter gitt.**Kort for medikamenter gitt**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	7	38,9	43,8	43,8
	nei	9	50,0	56,3	100,0
	Total	16	88,9	100,0	
Missing	0	2	11,1		
Total		18	100,0		

Bare 7 hadde registreringskort for medikamenter gitt, mens 9 hadde ikke. 2 har ikke svart.

Tabell 9. Kurve for temperatur, puls osv.**Egen kurve for temp, puls, vekt, etc.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	4	22,2	25,0	25,0
	nei	12	66,7	75,0	100,0
	Total	16	88,9	100,0	
Missing	0	2	11,1		
Total		18	100,0		

4 hadde egen kurve for registrering av temperatur, puls osv. 12 hadde ikke .2 har ikke svart.

Tabell 10. Papirbasert eller elektroniske pleieplaner.

Papirbasert/ elektroniske pleieplaner

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Papirbasert	13	72,2	72,2	72,2
elektronisk/pc	3	16,7	16,7	88,9
har papirbasert, el. i 1999	2	11,1	11,1	100,0
Total	18	100,0	100,0	

13 hadde papirbasert pleieplaner, 3 hadde elektroniske pleieplaner og 2 ville i løpet av 1999 gå over til elektroniske pleieplaner.

5.2 Analyse av data

Da dette er en beskrivende studie om hva som forefinnes av papirbasert og elektronisk pasientjournal, kan jeg ikke si noe om årsaker til hvorfor det er som det er. Det må bli mer eller mindre kvalifiserte gjetninger, selv om litteraturen kan peke på noen av årsakene. Det gir en del spørsmål, som kan grunnlag for videre studier.

Det er 32 forskjellige skjemaer som til sammen er i bruk blant de 18 praksissteder som har svart, selv om ikke alle bruker alle skjemaer. Det tyder på at det er liten samordning mellom praksisstedene i hva som er nødvendig å dokumentere (Rikshospitalet 1998 s.4/8).

Det er 13 av 18 som har papirbaserte pleieplaner. 3 har elektroniske pasientjournaler og 2 vil få det i 1999. Det er ikke spurt om hvorfor de bruker det systemet de bruker. Det er derfor vanskelig å si hva som ligger til grunn for at ikke flere praksissteder har gått over til elektronisk pleieplan. Det kan være motstand mot nytt og skremmende system, eller kommunenes dårlige økonomi.

10 eller flere av 18 har;

”Hovedkort, pleieplan, rapportark, medikamentkort og laboratorieark”.

7 av skjemaene brukes på 7 forskjellige steder. Det kan være forskjellige avdelinger som hver bruker ett skjema som andre ikke bruker. Bare 4 har kurve for; temp, puls, vekt, etc. Er det fordi det er pasienter som har en stabil helse, hvor det er unødvendig å dokumentere tilstanden? Eller er det fordi ikke dokumenterer slike viktige data?

Jeg har ikke spurt om hva som styrer sykepleien, hva de har som ”Sykepleiefilosofi” ved de enkelte avdelinger eller hva som styrer bruken av de forskjellige skjemaer. Men med så mange skjemaer, er det nærliggende å tenke at de styres av oppgavene som skal gjøres, og ikke av synet på sykepleie. Mitt spørsmål foreløpig er; er alle disse skjemaene nødvendig? Det som er det største grunnlaget i dokumentasjon av sykepleie, er i tillegg til inntomsdata

på hovedkort og en evt. inkomstrappport, er pleieplanen. Kan den utnyttes bedre? Kan noen av skjemaer* som er i bruk til ”gjøremål” i forhold til pasienten bli overflødige? Eksempel på slike skjemaer er;

Kostliste, prosedyre sårbehandling, øyedråpeliste, kommunikasjonsark med andre faggrupper, observasjonsark for; dusj, bad, fotpleie, sengeskift, avføring.

* Rikshospitalet (1998) kaller skjemaer for arktyper.

En av de spørsmål det kunne være interessant å se videre på er: Hva styrer sykepleien ved det enkelte praksissted ?

5.2 Etterord

Som nevnt innledningsvis var vi en gruppe lærere ved vår avdeling (Den gang; avd. for sykepleierutdanning HiG) som satte i gang en prosess og utviklet starten på prosjektet som ga problemstillingene. Uten dem hadde det ikke blitt noe prosjekt. Det hadde vært ønskelig å utnytte den kunnskap og erfaring disse lærerne sitter inne med. Jeg vil takke for starten på prosjektet og at de lot meg gå videre. Uten tilgang på mere ressurser kunne de ikke bli med i den videre prosessen. Om de resterende problemstillinger blir gjennomført er det vanskelig å si noe sikkert om. Det er fra avd. for Helsefag HiG, ”bevilget” 10% til videre oppfølging, tillagt min stilling. Jeg vil derfor starte på problemstilling B) så snart som mulig;

”Utarbeide og tydeliggjøre innholdskomponenter som sikrer gyldig dokumentasjon av sykepleie i papirbaserte og elektronisk pasientjournaler”.

Del B) vil bygge på det arbeidet som er gjort i del A) og videre litteraturstudie.

Det var stillet 50% stilling i 3 mnd. til rådighet for dette prosjektet. Det har begrenset tid til å gå i dybden/ mengden i litteraturstudien og analysen av funn.

Jeg vil til slutt takke FOU-utvalget og avdeling for helsefag ved Høgskolen i Gjøvik for mulighet til å gjennomføre del A) i dette prosjektet.

6.0 Litteraturliste

- Andersen, Irene Dahl (1995) Sykepleieprosessen; Dokumentasjon i sykepleien s.45-61
Generell sykepleie 2 Kristoffersen, Nina Jahren (red.) Oslo, Universitetsforlaget.
- Bernick, Laurie and Richards, Pat (1994) Nursing Documentation: A Program to Promote and Sustain Improvement The Journal of Continuing Education in Nursing Volume 25, Number 5, Sept/okt. 1994.
- Bliss-Holtz, J. Taylor, S G. McLaughlin, K. (1990) Validation nursing theory for use within a computerized nursing information system. Advanced Nursing Science. s. 46-52. Vol. 13 (2) USA Aspen publ.
- Bliss-Holtz, J. Taylor, S G. McLaughlin, K. (1992) Nursing Theory as a Base for a Computerized Nursing Information System. Nursing science quarterly. S. 124-128 1992 No. 5 USA Baltimore.
- Bliss-Holtz, J (1995) Using Orem`s Theory to generate Nursing Diagnoses for Electronic Documentation. Nursing science quarterly. S.121-125 1995 No. 9 USA Baltimore.
- Bloch Kjeldsen, Susanne (1999) Fremtidens pasienjournal. S.28-30 Sygepleiersken Nr. 18 1999
- Bloch Kjeldsen, Susanne (1999) Journalen ligger i computeren. S.22-27 Sygepleiersken Nr. 18 1999
- Bø, Olav (1995) FOU metodikk. Oslo, Tano.
- Curran, M.A. et al. (1994) Homeless patients: Designing a Database for Nursing Documentation USA AMIA, Inc. (0195- 4210/94).
- Davis, Bryn D. Billings, J R. Rydland, R K. (1994) Evaluation of Nursing Process

- documentation Journal of Advanced Nursing 1994 no. 19, s.960-968.
- Enfors, Margareta (1998) Nursing Informatics Combining Clinical Practice Guidelines and Patient Preferences Using Health Informatics. Stocholm. Spri.
- Gerdin, Ulla Tallberg, Marianne Wainwright, Paul (1997) Nursing Informatics. The Impact of Nursing Knowledge on Health Care Informatics Amsterdam, IOS Press .
- Halvorsen, Knut (1996) Forskningsmetode for helse og sosialfag. Oslo. Cappelen Akademiske forlag.
- Hovenga, E.J.S. Hannah, K.J. McCormick, K.A. Ronald, J.S.(1991) Nursing Informatics '91.Proceedings of fourth International Conferance on Nursing Use of Computers and Information Science, Melbourne, Australia, Aåril 14-17, 1991. Berlin Springer – Verlag.
- Latz, Paula Anne. RN (1992) Computerized Nursing Documentation Systems. Development, Implementation. AORN Journal aug. Vol. 56 NO 2.
- Mølstad, Kathy (1998) Veien til veiledende sykepleieplaner Tidsskriftet Sykepleien Nr. 15 1998.
- Moen, Anne (1999) Klassifikasjonssystemer i sykepleien. s.50-53. Tidsskriftet Sykepleien. Oslo. NSF.
- Moen, Anne. Østbye, Truls. Erikssen, Gunnar og Hurlen,Petter (1998) Evaluation of nurses` use of an electronic health care record system. Vård I Norden 4/1998 No. 50 Vol. 18 No. 4 s.36-40.
- Norsatrøm, G. Gardulf, A (1996) Nursing Documentation in Patients Records. Scandinavian Journal of Caring Science. Scandinavian University Press.
- Norsk Sykepleieforbund (1992) Kvalitet i sykepleietjenesten. En innstilling fra Norsk Prosjekt, sykepleie/dokumentasjon. HJØ.1999/01

- Sykepleieforbund. Oslo, NSF-serien
- Norsk Sykepleieforbund (1994) Informasjonsteknologi i sykepleietjenesten. Norsk Sykepleieforbunds prinsipielle syn. Oslo, NSF-serien
- Norsk Sykepleieforbund (1995) Informasjonsteknologi som verktøy i sykepleietjenesten. Oslo, NSF-serien
- Norsk Sykepleieforbund (1995) Kvalitet i helsetjenesten. Et brukerfokuset system for kontinuerlig forbedring av kvalitet. Oslo, NSF-serien
- Norsk Sykepleieforbund (1998) ”Sykepleiedokumentasjon og klassifikasjonssystemer” Prekonferanse II, 3. september 1998, Oslo, NSF-serien
- Norsk Sykepleieforbund (1998) Pleie og omsorgstjenesten i kommunene. Oslo, NSF-serien
- Overhage, J. M. Synopsis. (1997) Computer- Based Patient Records. Yearbook of Medical Informatics. Indianapolis IN USA
- Polit, D.F & Hungler, B. P (1991) Nursing Research. Principles and Methods. 4.edition Philadelphia, J.B. Lippincott Company.
- Ruland, Cornelia (1989) Informasjonsteknologi i sykepleie redskap, utfordring eller trussel ? Bakgrunnsmateriale til temadagene ved SSN`s representantskapsmøte 20-22. sept. 1989 København, Danmark. SSN.
- Ruland, Cornelia (1991) Qualitative Approach to Patient Classification based on standards of Care. S. 237-249. Lectures Notes in Medical Informatics. No. 42. Edit; E.J.S. Hovenga et al. Berlin. Springer-Verlag.
- Sainfort, F C et al (1990) Decision Support Systems Effectiveness; Conceptual Framework and Empirical Evaluation. S 232-252. Organizational behavior and Human decision process. Academic Press Inc.

Taylor, Susana G. (1991) The structure of Nursing Diagnosis from Orem`s Theory. Nursing science quarterly. S. 24-32 1991 No. 4 USA.Baltimore

Therkelsen, Lise (1999) Sygeplejen er satt i system. S.32-34 Sygepleiersken Nr. 18 1999

Trofino, Joan (1993) Voice- Activated Nursing Documentation: On the Cutting Edge. Nursing Management. Volume 24. No 7

Vibe, Olaug Elisabeth (1995) RAI – Resident Assessment Instrument. Et internasjonalt multidimensjonelt instrument til bruk i geriatri. Rapport del1. Utprøving i Norge. Oslo. Diakonhjemmet.

Yancey, R. Et al. (1998) Computerized Documentation for a Rural Nursing Intervention Project. Computers in Nursing Vol. 16 No.5 s.275-284 Lippincott Williams & Wilkins.

Den nye journalen. Organ for Siemens Nixdorf og Medakisprosjektet
Nr. 3 juni 1997.

Den nye journalen. Organ for Siemens Nixdorf og Medakisprosjektet
Nr. 4 desember 1998

Fra Fagavdelingen (1999) Brukerkrav – Elektronisk pasientjournal. Tidsskriftet Sykepleien
s.47 nr.6 1999

KITH (1999) Elektronisk pasientjournal standardisering. Del 1: Enkel arkivstandard Verson
3.0 Høringsutkast. Trondheim

Ot. Prp. Nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m v. (helsepersonellloven) Oslo.

Rikshospitalet (1998) Fellessystem for sykepleiedokumentasjon. Nivå 1 Kvalitetssystemet.
Oslo.

Sosial og Helsedepartementet (1996) Mer helse for hver bIT. Informasjonsteknologi for en
bedre helsetjeneste. Oslo.

Sosial og Helsedepartementet (Udatert) Veiledende retningslinjer for individuelle omsorgsplaner

Strategirapport, 23. august 1996 Handlingsplan for Elektroniske Patientjournaler.
Sundhedsministeriet København.

Sentralsykehuset i Hedmark. (1998) Basisdokument for sykepleietjenesten 1E. Strategi for utviklingsområder. Elverum.

Sentralsykehuset i Hedmark. (1997) Veileder, sykepleiedokumentasjon. Elverum.

Unique Omsorg. Pleieplan, journal og medisiner. Versjon E2000. Sandnes. Unique AS.

Vedlegg 1.

Til Sykepleiefaglige leder ved;

.....

**Vedrørende FoU prosjekt;
Videreutvikling av Papir/elektroniske pasientjournaler for dokumentasjon av sykepleie.**

Jeg sendte ut en forespørsel om å få tilsendt; **Et eksemplar av eksisterende materiell dere bruker til sykepleiedokumentasjon.** Jeg har hittil fått 5 tilbakesvar. Jeg kan ikke se at jeg har mottatt noe fra deres ”institusjon”. Jeg håper at dere kan gjøre det, for at vurderingsgrunnlag kan bli best mulig.
Imøteser svar innen 29/1-99.

Med vennlig hilsen

Hans J Øfsti
Høgskolelektor

HiG Avd. for Sykepleierutdanning.

Gjøvik 18. januar 1999