



BACHELOROPPGAVE:

**SYKEPLEIEDOKUMENTASJON I
HJEMMETJENESTEN**

*”Hvilke forutsetninger må være tilstede for at
kvaliteten på sykepleiedokumentasjon i
hjemmetjenesten blir tilfredsstillende?”*

FORFATTER(E):
MONICA RØNNINGEN
ANETTE BRÅTEN HAUGEN

Dato:09.05.14

SAMMENDRAG

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| Tittel: | Sykepleiedokumentasjon i hjemmetjenesten | Dato : 09.05.14 |
| | ”Hvilke forutsetninger må være tilstede for at kvaliteten på Sykepleiedokumentasjonen i hjemmetjenesten blir tilfredsstillende?” | |
| Deltaker(e)/ | Monica Rønningen Anette Bråten Haugen | |
| Veileder(e): | Siv S. Nordhagen | |
| Evt. oppdragsgiver: | | |
| Stikkord/nøkkelord (3-5 stk) | Sykepleiedokumentasjon, hjemmesykepleie, ledelse, kunnskaper, kvalitet | |
| Antall sider/ord:48/12228 | Antall vedlegg:1 | Publiseringsavtale inngått: nei |
| <p>Introduksjon: Tidligere forskning viser at sykepleiedokumentasjon ofte er mangelfull og utilstrekkelig, og dette kan true pasientsikkerheten i hjemmetjenesten.</p> <p>Hensikt: hensikten er å undersøke hva som kan hemme eller fremme kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen i kommunehelsetjenesten.</p> <p>Metode: Litteraturstudie med søk i databaser. Seks vitenskapelige artikler ble benyttet for å belyse problemstillingen. Søkeord: <i>Documentation/dokumentasjon, Nursing documentation/Sykepleiedokumentasjon, Patient safety/pasientsikkerhet, Quality/kvalitet, Home Nursing/Home care/hjemmesykepleie.</i></p> <p>Resultat: For at sykepleiedokumentasjonen skal være tilfredsstillende stilles det store krav til kommunene, tjenesten og hver enkelt sykepleier. Dokumentasjon er forpliktet i lovverket. Endring og bedring i dokumentasjonsarbeidet er krevende og tar lang tid. Ledelsen spiller en stor rolle i forhold til dokumentasjon og sykepleierens kunnskaper og holdninger er varierende.</p> <p>Konklusjon: Ledelsen har et stort ansvar. Prosedyrer og utarbeidelse av nyttige verktøy må forankres i ledelsen og synliggjøres for personalet som plikter å ta det i bruk. Det må tilrettelegges for undervisning og veiledning. Sykepleiere må ha nødvendig kompetanse for hvordan det skal dokumenteres. Tiltak som bruk av mobil teknologi og stille rapport kan være effektive tiltak for å bedre og sette fokus på dokumentasjonsarbeidet.</p> | | |

ABSTRACT

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| Title: | Nursing documentation in home care ”What conditions must be present for the quality of nursing documentation in home care are satisfiable?” | Date : 09.05.14 |
| Participants/ | Monica Rønningen Anette Bråten Haugen | |
| Supervisor(s) | Siv. S Nordhagen | |
| Employer: | _____ | |
| Keywords (3-5) | Nursing Documentation, home care, leadership, knowledge, quality | |
| Number of pages/words: 48/12228 | Number of appendix: 1 | Availability (open/confidential): No |
| <p>Introduction: Previous research shows that nursing documentation is often incomplete and inadequate, and this can jeopardize patient safety in home care.</p> <p>Purpose: The purpose is to examine what can inhibit or promote the quality of nursing documentation in community health.</p> <p>Method: Literature study with database searches. Six scientific papers were used to elucidate the problem. Keywords: Documentation, Nursing documentation, Patient Safety, Quality, Nursing Home, home care.</p> <p>Results: For nursing documentation shall be satisfactory there are great demands for municipalities, service, and each nurse. Documentation is required by law. Changes and improvements in documentation work is demanding and time consuming. Management plays a major role in the documentation and the nurse's knowledge and attitudes varies.</p> <p>Conclusion: Management has a huge responsibility. Procedures and preparation of useful tools must be secured to the lead and made visible for staff who are required to take it into use. It must be organized for instruction and guidance. Nurses must have the necessary skills for how it should be documented. Measures such as the use of mobile technology and the report can be effective measures to improve and focus on documentation work.</p> | | |

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1.0 Innledning..... | 5 |
| 2.0 Bakgrunn | 6 |
| 2.1 Sykepleiedokumentasjon | 6 |
| 2.2 Holdninger, etikk og moral | 9 |
| 2.3 Ledelse og ansvar..... | 10 |
| 2.4 Kvalitet og kvalitetssikring | 10 |
| 2.5 Fagutvikling og forskning..... | 11 |
| 2.6 Samhandlingsreformen | 11 |
| 2.7 Hjemmesykepleien..... | 11 |
| 2.8 Avklaringer | 12 |
| 2.9 Hensikt og problemstilling..... | 12 |
| 3.0 Metode..... | 13 |
| 3.1 Fremgangsmåte | 14 |
| 3.2 Forskningsetikk..... | 17 |
| 3.3 Analyse | 18 |
| 4.0 Resultater..... | 18 |
| 4.1 Tabell med inkluderte artikler..... | 19 |
| 4.2 Sammenstilling av resultater | 25 |
| 5.0 Diskusjon..... | 27 |
| 5.1 Hvilken betydning har ledelsen for kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen i hjemmetjenesten?..... | 27 |
| 5.2 Kan kompetanse og holdninger påvirke kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen i hjemmetjenesten?..... | 34 |
| 5.3 Kan kompetanseutvikling og undervisning bidra til en forbedring i sykepleiedokumentasjonen? | 36 |
| 5.4 Kritisk vurdering av valgt litteratur, forskningsetikk og metodiske overveielser | 38 |
| 6.0 Konklusjon | 39 |
| 7.0 Litteraturliste | 41 |
| 8.0 Vedlegg | 48 |

1.0 Innledning

I denne oppgaven har vi valgt å skrive om sykepleiedokumentasjon og de utfordringer det gir. Sykepleiedokumentasjon er et viktig arbeidsredskap som må benyttes riktig i arbeidet som sykepleiere. Tidligere forskning viser at sykepleiedokumentasjonen ikke holder mål. Kun deler av pasientens problem blir dokumentert og sykepleiere har mer kunnskap enn det som blir dokumentert (Dahl 2001). Som sykepleiere har man både juridiske, faglige og etisk plikt til å dokumentere sykepleie (Dahl 2002). Dokumentasjonens krav til kvalitet og innhold er hele tiden under utvikling. Det viser seg at sykepleiere har vanskelig for å holde i takt med denne utviklingen og klarer ikke å følge med (Rykkje, Brattestad og Hansen 2007). Sykepleiere har problemer med å benytte sykepleiedokumentasjonen som et verktøy i praksis (Dahl 2001).

Det moderne helsevesenet har de siste tiårene blitt mer og mer sammensatt og det innebærer nye krav og forventninger til dokumentasjonen. Skriftlig og oppdatert informasjon er nødvendig for at pasienter og pårørende skal føle seg trygge og ivaretatt (Heggdal 2012). Sykepleiedokumentasjonen i sin helhet bidrar til å ivareta pasientsikkerheten og er viktig for sikre kontinuiteten og kvalitet i behandling av pasienter (Moen, Hellesø og Berge 2008).

Som sykepleier har du funksjons- og ansvarsområder innen **undervisning og veiledning** til kollegaer for å heve kvaliteten på helsetilbudet slik at kunnskapsnivået blir høyere og økt ferdigheter.

Organisasjon, administrasjon og ledelse omfatter ansvar for å organisere, administrere og lede sykepleietjenesten i sin virksomhet. Som sykepleiere skal man ha kunnskaper om lover og regler, samt øvrige rammebetingelser som kommer innunder driften av helsetjenesten.

Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning er nødvendig for å følge opp endringer og behov som endres over tid i samfunnet. Relevant forskning, dokumentasjon, kvalitetssikring og evaluering av sykepleiearbeidet må anvendes (Kunnskapsdepartementet 2008)

Som sykepleiere har man en journalføringsplikt. Dokumentasjon skal sikre kvalitet og kontinuitet i møte med pasienten. Dokumentasjon av sykepleie er en stor del av det ansvaret som følger med utøvelsen av sykepleierfunksjonen (Heggdal 2012).

Tema for bacheloroppgaven knyttes opp mot seksjonens forskningsområder. Høgskolen i Gjøvik har tre forskningsområder; utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Høgskolen i Gjøvik 2014a). Problemstillingen relateres til forskningsområdet *kvalitet i sykepleie*, da dokumentasjon av sykepleie skal bidra til å dekke pasientens behov, samt sikkerhet, og personalets funksjon og sikkerhet.

2.0 Bakgrunn

I denne delen presenteres viktige teoretiske perspektiv og oppgavens hensikt og problemstilling.

2.1 Sykepleiedokumentasjon

Heggdal (2012) uttaler at:

Hensikten med sykepleiedokumentasjonen er at den skal være et målrettet arbeidsdokument og et dokument som faktisk beskriver sykepleie til den enkelte pasient» (s.60).

Sykepleiedokumentasjonen tjener flere hensikter. Sykepleiedokumentasjonen skal bidra til å ivareta pasientens sikkerhet. For å oppnå dette forutsettes det at helsepersonell samler relevant og gyldig informasjon og dokumenterer hvilke behov pasienten har for sykepleie.

Dokumentasjonen må kontinuerlig oppdateres etter hvert som den enkeltes tilstand forandres. Manglende og utilstrekkelig dokumentasjon kan true pasientens sikkerhet. I tillegg til dette skal blant annet sykepleiedokumentasjonen også bidra til å sikre kvalitet og kontinuitet i pleien, framstå som et juridisk dokument og synliggjøre faglig ansvar (ibid).

Dokumentasjonens form og innhold

Dokumentasjon av sykepleietjenesten skal gjenspeile observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger man gjør i møtet med pasienten. I følge Sykepleieteoretiker Florence Nightingale er det å kunne observere en av de viktigste ferdighetene en sykepleiere må ha for å kunne hente inn relevant informasjon om en pasient. Hun framhever i sin sykepleieteori at observasjon er en kontinuerlig aktivitet i sykepleien og spesielt de observasjoner man gjør ved endringer hos pasienten. Om man knytter dette til sykepleiedokumentasjonen, kan det sies at en kontinuerlig datasamling og dokumentasjon er av stor betydning (Heggdal 2012).

Det fins ulike former for sykepleiedokumentasjon. Dette er alt fra daglige observasjoner og notater til kvalitetsstandarder, prosedyrer og sykepleieplaner. Sykepleieplan er en del av pasientens journal og de aller fleste pasientjournalene er i dag elektroniske. Informasjonen blir

da lagret elektronisk og man kan benytte dataverktøy for å finne tilbake til det som er dokumentert (ibid). Den elektroniske pasientjournalen skal bidra til at dokumentasjonen blir lettere tilgjengelig for de som har behov for det og skal i sin helhet bidra til at dokumentasjonens kvalitet øker (NSFID 2007).

Det finnes forskjellige former for dokumentasjonssystemer. Uavhengig av dette vil kravene til innhold i sykepleiedokumentasjonen være det samme. I sykepleiedokumentasjonen skal pasientens behov for sykepleie komme frem, hvilke mål som er satt for pleien og hvilke ressurser man har å bygge på. Det skal også fremgå hvilke sykepleietiltak som skal utføres eller hvilke tiltak som er gjort. Tilslutt skal evaluering av pleien som er utført dokumenteres (Heggdal 2012).

Juridiske og faglige krav

I 01.01.01 ble det en lovpålagt plikt for sykepleiere og alt annet helsepersonell å dokumentere selvstendig helsehjelp i pasientjournaler. Helsepersonellovens formål er å bidra til kvalitet og sikkerhet for alle pasienter som mottar helsehjelp (Helsepersonelloven 1999). Når helsepersonell dokumenterer, vil lovens formål være i varetatt (Sandvand og Vabo 2007). Det som nedtegnes skal vise at helsepersonell har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet som er satt i helsepersonelloven (Sandvand og Vabo 2007). Som helsepersonell skal det arbeidet man utfører gå i tråd med de kravene som er satt til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven 1999 § 4).

I helsepersonelloven 1999 § 40 stilles en rekke krav til pasientjournalens innhold. Blant annet skal journalen dokumenteres i samsvar med god yrkeskikk og journalinnholdet skal inneholde nødvendige og relevante opplysninger om hver enkelt pasient. Hva en anser som nødvendige og relevante opplysninger er det helsepersonellet selv ut i fra faglige vurderinger som vurderer (Helsedirektoratet 2006). I journalen skal det komme frem hvem som har dokumentert og journalinnholdet skal lett kunne forstås av annet kvalifisert helsepersonell (Helsepersonelloven 1999 § 40). Med tanke på at pasienter har etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999) rett til innsyn egen journal. Dette gjør at helsepersonell må dokumentere med hensyn til pasienten slik at innholdet ikke kan oppleves som sårende og krenkende for den pasienten. Ordbruken i dokumentasjonen er derfor viktig. Det stilles også krav om at det som dokumenteres i journalen skal kunne forstås av pasienter og pårørende. Bruk av faguttrykk og forkortelser i dokumentasjonen må derfor anvendes med forsiktighet

(Heggdal 2012). Det er også viktig å ivareta pasientens rett til medvirkning da medvirkning er en pasientrettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999 § 3). Som sykepleiere fremmer vi brukermedvirkning når vi lar pasienten delta i planlegging av pleie og behandling, når vi dokumenterer pasientens syn på sin situasjon, anerkjenner, deres kroppslige erfaringskunnskap og forslag til løsninger (Heggdal 2012 s. 70).

Som hovedregel skal alle virksomheter ha en journal for hver enkelt pasient og det skal dokumenteres i en og samme journal (Journalforskriften 2000 § 5). Dette for å unngå at det oppstår uklarheter og feilføringer (Moen, Hellesø og Berge 2008). Pasientens journal fungerer som et hjelpemiddel for helsepersonell da den sier noe om hva virksomheten og tjenesteyteren skal følge opp i forhold til den enkelte. Pasientjournalen skal inneholde nødvendige opplysninger som er viktig for undersøkelse, diagnostisering og behandling av den enkelte pasient (ibid). I alle helseinstitusjoner skal også være utvalgt en person med hovedansvaret for den enkeltes journal. Den utvalgte vil være den som skal ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientens journal (Helsepersonelloven 1999 § 39 andre ledd).

Når helsepersonell jobber med dokumentasjon og skal utforme en pleieplan, så anbefales det at sykepleieprosessen benyttes som ramme for dokumentasjonen (KITH 2003). Ved å benytte sykepleieprosessen vil man lettere kunne finne frem til pasientens individuelle behov og lettere kunne tilpasse sykepleie til den enkelte (Heggdal 2012).

Sykepleieprosessen som problemløsende metode består av ulike deler:

1. Kartlegging av data til problem/behov/ressurser)
2. Definisjon av problem/behov
3. Målsetting
4. valg av tiltak
5. Evaluering av tiltak/ rapport (Sandvand og Vabo 2007, s 100)

Den første fasen i sykepleieprosessen er kartleggingsfasen. Her observerer og kartlegger helsepersonell helsetilstanden til en gitt pasient. Det er viktig at man passer på så pasientens egen opplevelse av egen situasjon kommer frem. Utgangspunktet for helsehjelpen blir det pasienten uttrykker som sine problem og behov. For pasienter som er umyndige, som for eksempel demente, så er pasientens nærmeste pårørende de som kan ta del i kartleggingsfasen. Historisk data, aktuelle data, pasientens subjektive data og de objektive

dataene som sykepleiere gjør er det en gjennomført kartlegging inneholder. Pasientens ressurser er også en del av denne samlingen. Andre fase i sykepleieprosessen er å definere behov for helsehjelp. Pasienten skal om mulig være aktivt deltagende i planlegging av egen helsehjelp. Av kartleggingen som er gjort vil pasientens behov eller mangler komme frem. Pasientens pleieplan blir laget ut i fra denne kartleggingen. Når det kommer til tredje fase i sykepleieprosessen skal det settes mål for helsehjelpen. Realistiske mål er viktig og målet bør være målbart. For å strekke seg mot et mål, kan det å sette opp delmål og langsiktige mål være motiverende å gjøre det lettere for den enkelte å nå sitt mål. Fjerde fase er å velge tiltak. Tiltakene må rettes mot målene i pleieplan. Når det skal velges tiltak er det vesentlig å trekke inn pasientens ressurser. Tiltakene skal være konkrete og kortfattet. Hoveddelen av pleieplanen er utarbeidet når tiltakene er bestemt. Den femte og siste fasen er evaluering av tiltakene. Det gjøres da en vurdering av om de iverksatte tiltakene har nådd målet sitt eller ikke (Sandvand og Vabo 2007).

2.2 Holdninger, etikk og moral

“En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser”(Håkonsen 2010, s. 205). Holdninger består av våre tanker, følelser og måten man oppfører seg på. Våre holdninger kan være både positive, negative og nøytrale og de utvikler seg kontinuerlig. Ut fra blant annet erfaringer, ting i samfunnet, familie og venner, våre kunnskaper og medier utvikles holdninger. Gjennom trinnene imitering, identifisering og integrering mener psykologer at den enkelte utvikler holdninger. Imitering vil si at man tar etter andres holdninger. Ved identifisering tar man opp andres holdninger og gjør de til sine egne. Integret av holdning vil si at en holdning har blitt en del av oss og det kan være vanskelig å forandre den (Lystad 2006).

I livets løp må det tas vanskelige valg. Da kan etikken hjelpe oss til å treffe de rette valgene, slik at man handler på en riktig måte i situasjoner som er vanskelig. Etikk er det man lærer, mens moral er de praktiske levereglene som utledes fra etikken. Når man arbeider i helsevesenet har man en rekke etiske prinsipper å følge. Flere prinsipper er videreført i de forskjellige yrkesetiske retningslinjene som blant annet velgjørenhetsprinsippet, nytteprinsippet, autoritetsprinsippet, autonomiprinsippet (Lystad 2006).

2.3 Ledelse og ansvar

Ledelse handler om en prosess som består i å påvirke andre i en gruppekontekst, og at denne prosessen innebærer måloppnåelse (Northouse 2001). Ledelse skal gi medarbeiderne sine inspirasjon og noe å strekke seg etter. Sykepleiere med offentlig godkjent autorisasjon ivaretar en lederfunksjon i sitt daglige arbeid med sykepleie (Kristoffersen 2011). Begrepet ansvar betyr at man har myndighet til å utføre og ta seg av bestemte arbeidsoppgaver (Molven 2009). Som leder i en virksomhet har man et administrativt og faglig ansvar. Ledere skal blant annet til å sørge for at lover og regler, samt avtaler av personellmessig, organisatorisk og andre saker bli fulgt opp (ibid). Virksomheten er pliktet til å etablere et journalssystem, som gjør at sykepleiere og annet helsepersonell kan føre hensiktsmessig og nødvendig dokumentasjon og kunne overholde sine lovpålagte plikter til føring av dokumentasjon (Helsedirektoratet 2006). Som administrativ og faglig leder har man et ansvar for at dokumentasjonssystemet som benyttes i virksomheten er trygt og forsvarlig (Moen, Hellesø og Berge 2008).

I tillegg til at virksomheten har en administrativ leder, har de også en leder med et faglig ansvar. Som faglig leder har man ansvar for å sørge for at arbeidet som utføres, blir utført i samsvar med de faglige kravene (Molven 2009). Faglig leder kan stille krav om undervisning om dokumentasjon for å sikre at helsepersonell har nødvendige kunnskaper til å kunne utføre dette riktig og på en faglig forsvarlig måte (Moen, Hellesø og Berge 2008).

2.4 Kvalitet og kvalitetssikring

«Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov» (Helsedirektoratet 2004 s. 7). Helsedirektoratet kom i 2004 med en veileder som beskriver hva slags kvalitet det skal være på helsehjelpen som tilbys ute i kommunene. Veilederen beskriver hvordan mottakere av helsetjenester i kommunen har rettigheter i forhold til å ha dekket sine grunnleggende behov (ibid).

2.5 Fagutvikling og forskning

Ved innføring av nye dokumentasjonssystemer krever dette endringer i form av motivasjon, tid og innsats fra hver enkelt medarbeider. Legitimitet og engasjement fra lederne er nødvendig, samt oppfølging med kontinuerlig fagutvikling (Heggdal 2012).

I en studie gjort av Heggdal (2012) og sykepleiefaglig ledelse på medisinsk avdeling på Rikshospitalet i 2004, kommer det tydelig frem at fagutvikling og forskning kan forsterke hverandre i arbeidet med å øke kvaliteten på sykepleiedokumentasjon. Dersom dokumentasjonsrutinene skal kunne endres i praksis trenger en samarbeid på organisasjonsnivå, avdelingsnivå og individnivå. Avdelingssykepleiere, undervisningssykepleiere og fagutviklings- og forskningssykepleiere var svært viktig deltakere for gjennomførelsen. Erfaringer Heggdal har gjort viser at det forutsettes at undervisning og veiledning av personalet foregår over tid dersom en skal få sykepleiedokumentasjonen til å fungere.

2.6 Samhandlingsreformen

I januar 2012 kom Samhandlingsreformen og trådte i kraft. Den bygger på at det skal gjøres en tidlig innsats og forebygging fremfor å reparere. Dette fører til nye krav til helsetjenesten og det trengs et sterkere samarbeid. Den største endringen i forbindelse med reformen i kraft vil skje på kommunal sektor. Det er et stort fokus på forebyggende arbeid og tidlig intervensjon, og dette vil skje ute i kommunene der folk bor, samt gi en sterkere brukermedvirkning. Dette fører til nye krav til kompetanse, ressurser og kapasitet ute i kommunene. Denne utviklingen vil stille nye krav til ledelsen og organisasjonen, og gir samtidig en mulighet til å utvikle gode kvalitetstjenester i lokalsamfunnet som kommer befolkningen til nytte. Målet med samhandlingsreformen er at den skal kunne gi et bedre og mer helhetlig helsetilbud, rett behandling – på rett sted – til rett tid (Helse og omsorgsdepartementet 2009).

2.7 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er en virksomhet der profesjonelle yrkesutøvere gir pleie og omsorgshjelp til pasienter og deres pårørende i deres eget hjem. Hjemmesykepleien dekker en bred skala av oppgaver, men fokuset er primært rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Alle som mottar helsehjelp fra hjemmesykepleien skal registreres og kartlegges i IPLOS. Dette er

et nasjonalt standardisert informasjonssystem som kartlegger pasienters funksjonsnivå og deres behov for tjenester. (Birkeland og Flovik 2012).

Alle kommuner i Norge skal sørge for å tilby helsetjenester i hjemmet til alle de som trenger det (Helse og omsorgstjenesteloven § 3-2,1982). De som mottar hjelp fra hjemmesykepleien skal ha et vedtak som viser hvilke helsehjelp de skal motta. Uavhengig om det finnes et vedtak eller ikke har all helsepersonell en plikt til å yte nødvendig helsehjelp til alle som har behov for det (Helsepersonelloven § 7, 1999).

2.8 Avklaringer

Vi har et behov for å avklare noen av begrepene som benyttes i oppgaven.

For å skape språklig variasjon i oppgaven har vi valgt å bruke sykepleiedokumentasjon og dokumentasjon om hverandre. Det samme gjelder primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og hjemmesykepleien og hjemmetjenesten.

2.9 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hva som kan hemme eller fremme sykepleiedokumentasjonen i kommunehelsetjenesten.

Vi har ut i fra dette formulert følgende problemstilling:

”Hvilke forutsetninger må være tilstede for at kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen i hjemmetjenesten blir tilfredsstillende?”

3.0 Metode

Vilhelm Aubert definerer metode slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (1985: 196)” (Dalland 2008, s. 83).

Denne oppgaven har litteraturstudie som metode. Det vil si at man systematisk søker, kritisk gransker og sammenstiller litteraturen innenfor et valgt emne eller et problemområde (Forsberg og Wengstrøm 2013 s. 30). En litteraturstudie bygger på litteratur som allerede eksisterer. For å kunne gjennomføre en systematisk litteraturstudie, forutsettes det at det finnes nok tilgjengelige studier av tilfredsstillende kvalitet om det utvalgte temaet, for å ha mulighet til å trekke noen konklusjoner. Det er ingen bestemte regler for hvor mange artikler som må inngå en litteraturstudie. Antallet må også ses i forhold til hva den enkelte klarer å finne og hvilke funn man får i forhold til de kravene man har satt til artiklene man er på søk etter (ibid). I følge retningslinjene for bacheloroppgaver ved Høgskolen i Gjøvik skal det i denne litteraturstudien inkluderes 5-10 forskningsartikler (Høgskolen i Gjøvik 2013).

Wengstrøm og Forsberg (2013) hevder at det å gjennomføre en systematisk litteraturstudie er å arbeide seg gjennom flere trinn som inneholder:

- Å lage en problemstilling
- Lage spørsmål som skal besvares
- Danne en plan for litteraturstudien
- Bestemme seg for hvilke søkeord og søkestrategi man vil benytte
- Identifisere og velge litteratur i form av vitenskapelige artikler
- Man må kritisk vurdere, kvalitets bedømme og ta ut den litteraturen som skal benyttes
- Analysere og diskutere resultatet
- Sammenfatte og gi en konklusjon

Det er sterke og svake sider ved å benytte litteraturstudie som metode. Sterke sider er at man kan hente inn mye informasjon om et tema man er interessert i på kort tid. Svake sider er at man ofte får begrenset tilgang til relevant forskning om et gitt tema fordi utvalget kan være selektivt visst ekspertene kun velger studier som støtter deres synspunkter. Man må også ofte

stole på tolkningen som forfattere har gjort av blant annet forskningsresultatene (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Når man søker etter litteratur er det viktig at man viser evnen til å utvise god kildekritikk da dette er en forutsetning for å kunne velge ut gode og hensiktsmessige forskningsartikler. Dette skal vise at man klarer å forholde seg kritisk til den innsamlingslitteraturen man velger å benytte seg av i oppgaven. Det er viktig at litteraturen som benyttes er gyldig og at den har god relevans for problemstillingen som er valgt (Dalland 2008).

3.1 Fremgangsmåte

Vi startet med å finne tema til oppgaven, som ble sykepleiedokumentasjon. Videre formulerte vi mulige problemstillinger, som i løpet av prosessen ble forkastet og fornyet til vi til slutt bestemte oss. Dette tok tid og var en frustrerende prosess. Når problemstillingen var klar startet vi med å hente ut litteratur fra pensumbøker og relevante fagbøker som kunne belyse de ulike begrepene i vår valgte problemstilling. Deretter startet vi med å foreta systematiske søk i databasene som ligger ute på Høgskolen i Gjøvik sine nettsider. Ulike databaser ble prøvd ut for å få en størst mulig bredde på søket. Databasene som resulterte i funn var: *Swemed+*, *Cinahl* og *Google Scholar*. Søkeord som ble benyttet i disse databasene var: *Documentation/dokumentasjon, Nursing documentation/sykepleiedokumentasjon, Patient safety/pasientsikkerhet, Quality/kvalitet, Home Nursing/Home care/hjemmesykepleie*. Det ble også foretatt søk i Sykepleien Fag og Forskningsarkiv hvor søkeordet *dokumentasjon* ble benyttet for å finne frem til relevante forskningsartikler. I søket etter forskningsartikler ble søkeord benyttet alene og i kombinasjon med AND. AND ble benyttet for å snevre inn søkene og for å forsikre oss om at alle søkeordene var inkludert i artiklene. Dette har vært viktig for å finne relevant forskning i forhold til oppgavens problemstilling. I tillegg ble søkene komprimert med å sette årstall som krav for artikkelsøket og ved å søke etter artikler i full tekst.

Her er en kort beskrivelse av databasene det ble gjort funn i:

Swemed+ er en referansedatabase som dekker sykepleieforskning og har artikler helt tilbake til 1982. Her kan det søkes opp i både engelskspråklige og skandinaviske artikler (Forsberg og Wengstrøm 2013).

I databasen *Cinahl*, som vi har foretatt flest søk i er en svært viktig database for sykepleiere. Databasen dekker blant annet referanser til stort sett alle engelskspråklige fag- og forskningsartikler innen fagfeltet sykepleie (Polit og Beck, 2010).

Noen databaser kan benyttes gratis via internett, Google Scholar er en slik database (Forsberg og Wengstrøm 2013). Dette er en fritt tilgjengelig database som inneholder vitenskapelig tidsskrifter og bøker fra både USA og Europa. Flere av artiklene som søkes opp i Google Scholar kan kun gis tilgang til artikkelens abstrakt. I slike tilfeller må det betales en avgift for å kunne lese artikkelen i full tekst (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Sykepleien fag og forskningsarkiv (2009) er en kanal for formidling av forskning innenfor sykepleiefaget. Dette er et vitenskapelig tidsskrift med fagfelleevaluering.

Vi valgte å sette opp en tabell med egne inklusjons og eksklusjonskriterier for å forenkle arbeidet med å finne relevante forskningsartikler til oppgaven:

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|--|---|
| Artikler publisert fra og med 2009 | Artikler publisert før 2009 |
| Artikler som er fagfellevurderte/ peer-reviewed | Artikler som ikke er fagfellevurderte/peer reviewed |
| Artikler i full tekst | Artikler uten full tekst |
| Artikler som kan sammenlignes med strukturen i det norske helsevesenet | Artikler som ikke kan sammenlignes med strukturen i det norske helsevesenet |
| Artikler med IMRaD struktur | Artikler uten IMRaD struktur |
| Artikler som er skrevet på skandinavisk eller engelsk | Artikler som ikke er skrevet på skandinavisk eller engelsk |

Det er foretatt søk i databaser i perioden februar til midten av april 2014. I søkeprosessen valgte vi å lese gjennom tittel og abstraktet i artiklene. Samt sjekket om de hadde IMRAD-struktur. Da har artikkelen en introduksjonsdel hvor det kommer frem hvorfor studien blir gjort. Deretter en metode del som sier noe om hvordan studien er gjennomført og analysert. Samt en resultatdel med studiens funn og en diskusjonsdel med tolking av resultatene (Nortvedt m.fl 2012).

For å kvalitetssikre våre funn benyttet vi NSD Publiseringskanal for å undersøke om tidsskriftene som forskningsartiklene var publisert i var vitenskapelig og hvilke vitenskapelig nivå tidsskriftet var rangert i. Ordinære vitenskapelige tidsskrifter er vitenskapelig, enten på nivå 1 eller 2 hvor nivå 2 er høyest (Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2014). Artiklene som er inkludert i denne oppgaven er alle vitenskapelig nivå 1 eller 2. I søkeperioden er det lest i underkant av 40 abstrakter, hvor 18 av disse ble gjennomlest og studert nøye. Totalt av disse 18 forskningsartiklene, ble 6 inkludert i oppgaven og 12 ekskludert på grunn av mangel på relevans i forhold til oppgavens problemstilling.

I databasen Cinahl ble søkeordene documentation AND home care AND quality benyttet. Dette søket resulterte i 7 treff. I Swemed+ ble nursing documentation AND quality brukt som søkeord og ga 20 treff. I Sykepleien Fag og Forskningsarkiv ble det utført søk på emne ord. Emneordet dokumentasjon resulterte i 36 treff. Søk ble gjort i Google Scholar med søkeordene documentation AND home nursing. Søket ble spesifisert direkte på tittel og resulterte i 10 treff. Videre i Swemed+ ble det søkt på ordet dokumentasjon og kontinuitet. Dette ga 5 treff. I samme database ble det søkt på Nursing documentation og quality som resulterte i 20 treff (Se vedlegg).

I denne litteraturstudien har vi valgt å inkludere artikler som både har kvantitativ og kvalitativ forskningsdesign. Dette blir gjort fordi de studiene som er valgt gir oss resultater som er med på å kunne besvare vår problemstilling. Litteraturstudier baserer seg på kvantitative og kvalitative metoder. Om en studie er basert på en kvantitativ forskning vil det si at metoden som er benyttet er basert på data i form av tall og statistikk. Da er metoden ofte gjort i form av spørreskjemaer (Dalland 2008). Når en forskning er kvalitativ er det menneskers subjektive erfaring, holdning og opplevelse som blir undersøkt. Her blir ofte innsamlingen av data utført i form av intervjuer (Nortvedt m.fl 2012). Kvantitativ forskning har ofte mange deltagere i forhold til en kvalitativ forskning der det som regel er få som deltar.

3.2 Forskningsetikk

Anlegget for nåtidens tenkning om etikk og forskning stammer fra Nürnbergkoden fra 1964, som senere er videreført i Helsinkideklarasjonen. Det ble utarbeidet etiske retningslinjer på grunnlag av dette. Ett av dem er etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (Dalland 2008).

Helsinkideklarasjonen fra 1964 (revidert i 1975 + 1983) innebar krav til vitenskaplig fremgangsmåter som ble brukt, samt kvalifikasjonene til det vitenskaplige personalet.

Forsøkspersonene som ble brukt fikk ett større søkelys på at helse og integriteten deres skulle ivaretas, og gå fremfor hensynet til forskningen og samfunnet. Personvern, taushetsplikt, og anonymisering er sentrale stikkord. Ny kunnskap og innsikt via forskning skal ikke gå utover personers velferd og integritet (Dalland 2008).

I Etiske retningslinjer for sykepleieforskning kan forskning defineres som en kreativ, original og systematisk prosess som har som mål å heve kunnskapen om mennesker, kultur og samfunn. Denne kunnskapen skal brukes til å utvikle nye anvendelsesmuligheter. Forskning skal gi muligheter til forskningsbasert undervisning og bistå til kunnskapsoppbygging (Sykepleiernes Samarbeid i Norden 2003). Helsesektoren finner man flere mangler. I avhandlingen ”Som en vit ros och så dår” viser Gunnel Drugge (1988) at den psykiske helsen ikke ble tatt i betraktning i forhold til den somatiske helsen i hjemmetjenesten. I følge Svensson (1998) hadde forskere flere forklaringer på dette. Manglene skyldes ukyndighet eller dovenskap, eller mangel på gode rutiner og stor utskifting av pleiepersonalet. De etterlyste bedre utdanning og arbeidsdeling, mer samspill eller bedre dokumentasjon av omsorgen de utførte.

Sykepleieforskningen i dag rettleides av de fire etiske prinsippene autonomi, gjøre godt, rettferdighet og ikke skade (Sykepleiernes samarbeid i Norden 2003). Dette er de etiske prinsippene som til syne i FNs menneskerettighetserklæring, samt Helsinkideklarasjonen. Disse gir en god etisk standard når det gjelder forskning med mennesker (Ibid).

I 1983 ble den første yrkesetiske retningslinjer fra Norsk Sykepleierforbund (Norsk sykepleierforbund 2011) godkjent. Disse gir en beskrivelse av sykepleiernes profesjonsetikk og hvilke forpliktelser som ligger en god sykepleiepraksis. I 2011 ble den revidert på nytt. Endringene som ble gjort går ut på at sykepleiens forebyggende og helsefremmende arbeid skal ha et økt fokus, samt sårbare gruppers spesielle behov, miljøhensyn, samt forespørsel om en fremtidig rekruttering.

Nortvedt (2008) tar for seg at som sykepleier har man en plikt til å hjelpe mennesker enten de er syke eller friske til å kunne ta omsorg for seg selv, eller kompensere for omsorgen der den mangler. Sykepleiernes samarbeid i Norden (2003) skriver att man har et vidt område og spenn av oppgaver som sykepleier. Sykepleie skal utøves på flere plan, med det menes det hos enkelte individ, familier, i lokalsamfunn og i samfunnet som en helhet, og det uten diskriminering. Oppgaver som sykepleieren har er alt fra helsefremmende og forebyggende, til pleie av syke og døende mennesker og ikke minst kontakt og omsorg med pasientenes pårørende.

3.3 Analyse

Ved systematiske søk i databaser var det ofte tittelen som avgjorde om vi gikk videre og om abstraktet ble lest. Mange abstrakter ble lest, og vi fikk en viss forsmak på om det var en aktuell artikkel for oppgaven vår. Flere ble lest i fulltekst, mens andre kunne utelukkes fort. Forfattere ble også vurdert, og vi fant 4 aktuelle norske artikler som ble brukt. Sykepleiedokumentasjon, hjemmetjenesten, sykepleiediagnoser, kvalitet, ledelse, undervisning og veiledning var sentrale stikkord som dukket opp i valgte artikler.

4.0 Resultater

Artikkelfunnene ble satt inn i en tabell slik at de skulle være enkle og oversiktlige å lese. Sammenligning av artikler viste at alle omhandlet sykepleiedokumentasjon, men i forskjellige retninger. Derfor ble funnene delt **inn i tre kategorier, ledelse, sykepleierens kunnskaper og holdninger, og undervisning og veiledning**. Dette forenklet arbeidet med artikkelfunnene slik at de ble oversiktlige og lettere å arbeide videre med.

4.1 Tabell med inkluderte artikler

| Referanse | Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål | Metode | Resultat/Diskusjon | Egne kommentarer |
|--|---|--|--|--|
| <p><u>Tidsskrift:</u> Journal of Clinical Nursing, 2009</p> <p><u>Tittel:</u> The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records.</p> <p><u>Forfattere:</u> Edith R Gjevjon og Ragnhild Hellesø.</p> <p><u>Land:</u> Norge</p> | <p><u>Hensikt:</u> Å undersøke hvordan samfunnets sykepleiere bruker elektronisk pasientjournal, samt helheten i dokumentasjonen.</p> | <p>Tekstanalyse etter prinsipper for kvantitativ innholdsanalyse. All tekst i forhold til det enkelte sykepleieproblem (pasientproblem og sykepleiediagnose). <u>Utvalg:</u> En av 15 bydeler i Oslo kommune. Sykepleiedokumentasjon i 182 pasientjournaler. Dette er dokumentasjon som er skrevet av forskjellige yrkesgrupper som utfører selvstendig helsehjelp og som er pålagt å dokumentere. <u>Datasamlingsmetode:</u> sykepleiedokumentasjon i den elektroniske pasientjournal. Dataene ble samlet over tid, 6 måneder fra første kontakt.</p> | <p>Alle sykepleieproblemer ble tatt med for å kunne vurdere hvordan dokumentasjonens totale innhold følger opp sykepleieprosessen struktur og myndighetenes krav til denne. Det ble benyttet en lett modifisert utgave av instrumentet Dokumentasjonens fullstendighet for det enkelte sykepleieproblem og resultatet viste av totalt 360 sykepleieproblemer er at: 7,2 % fikk 0 poeng (ingen sammenheng), 28,1 % fikk 1 poeng (problem eller tiltak), 44,2 % fikk 2 poeng (problem og tiltak), 6,4 % fikk 3 poeng (problem, tiltak og resultat), 14,2 % fikk 4 poeng (problem, planlagte og utførte tiltak, samt resultat) 0 % fikk 5 poeng (fullstendig dokumentasjon) Problem og tiltak er det som blir mest dokumentert, mens fullstendig dokumentasjon er 0 %.</p> | <p>Artikkelen tar for seg sykepleieprosessen og resultat viser 0 % som fullstendig dokumentasjon. Dette mener vi er hemmende for sykepleiedokumentasjonen. Dett er en engelsk artikkel skrevet av norske forfattere, derfor anser vi den som aktuell og realistisk i forhold til dokumentasjon i hjemmetjenesten. Forskningsprosjektet ble utført i forhold til etiske retningslinjer for helsefaglig forskning.</p> <p>Artikkelen er fagfellevurdert nivå 2 og blitt publisert i et vitenskapelig tidsskrift.</p> |

| Referanse | Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål | Metode | Resultat/Diskusjon | Egne kommentarer |
|--|--|--|--|--|
| <p><u>Tidsskrift:</u> Sykepleien Forskning, 2013</p> <p><u>Tittel:</u> Implementering av sykepleiediagnoser i fritekst.</p> <p><u>Forfatter(e):</u> Torunn Hatlen Lene Elisabeth Blekken Beate André.</p> <p><u>Land,år:</u> Norge</p> | <p>Målet med denne studien var å undersøke om granskningsinstrumentet i studien er ømfintlig for forandringer i sykepleiedokumentasjonen etter at undervisning og veiledning ble brukt som intervensjon.</p> | <p><u>Design:</u> Kvantitativ studie med en intervensjon og pretest- posttest design. Intervensjonen var undervisning og veiledning om sykepleiedokumentasjon generelt, samt sykepleiediagnoser etter P(R)ES-struktur spesielt.</p> <p><u>Utvalg:</u> Forskere samarbeidet med ledere og superbrukere i sykepleiedokumentasjon ved avdelingen (superbruker er sykepleier som har fått særskilt opplæring i bruk av elektronisk pasientjournal og sykepleiedokumentasjon). Sykepleiedokumentasjonen som ble brukt var fra pasientjournaler som hadde vært inneliggende ved en avdeling i 48 timer eller mer.</p> <p><u>Datasamlingsmetode:</u> Det ble utført litteratursøk i samarbeid med bibliotekar for å finne granskningsinstrument for sykepleiedokumentasjon. Laget statistikk.</p> | <p>Ingen store endringer i kvalitet eller kvantitet i pasientjournalens sykepleiedokumentasjon mellom pretest og posttest. Kontinuerlig (fortløpende) dokumentasjon var bedre enn prosessorientert dokumentasjon. Granskningsinstrumentene reflekterte ikke alle endringene som ble oppfattet av forskerne i sykepleiedokumentasjonen.</p> | <p>Studien er gjort på en sykehusavdeling, men interessant for oppgaven vår da bruk av sykepleiediagnoser kan være aktuelt i sykepleiedokumentasjon andre steder også. Involverer ledelsen og superbrukere. Artikkelen er norsk og derfor høyest sammenlignbar med egne erfaringer rundt kunnskapen rundt sykepleiediagnoser og sykepleiedokumentasjon.</p> <p>Artikkelen er fagfellevurdert og publisert i vitenskapelig tidsskrift nivå 1.</p> |

| Referanse | Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål | Metode | Resultat/Diskusjon | Egne kommentarer |
|---|--|--|---|--|
| <p><u>Tidsskrift:</u> Sykepleien Forskning, 2012</p> <p><u>Tittel:</u> Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv.</p> <p><u>Forfattere:</u> Anne – Grethe Naustdal og Grete Netteland.</p> <p><u>Land:</u> Norge</p> | <p>Finne ut hvordan sykepleiedokumentasjonen fungerer i praksis i sykehus og kommunal pleie- og omsorgstjenesten og utfordringene den elektroniske samhandlingen gir på tvers av forvaltningsnivåene</p> | <p><u>Design:</u> Kasusstudie, kvalitativt design med individuelle semistrukturerte intervju. To sykehus og to kommuner innenfor samme helseforetaksområde. Kominasjon av ledere og praktikere innen sykepleie.</p> <p><u>Utvalg:</u> Spesialisthelsetjenesten med ett lokalsykehus og et sentralsykehus, og primærhelsetjenesten med et sykehjem og hjemmesykepleien i to ulike kommuner. Sykehus-sykepleierne var fra sengeposter med pleietrengende pasienter med behov for enten sykehjemsopphold eller hjemmesykepleietilbud ved utskrivning fra sykehuset. I kommunene ble det intervjuet 2 informanter fra sykehjem og 2 fra hjemmesykepleien, samt en sykepleier og en leder fra hver organisasjon.</p> <p><u>Datasamlingsmetode:</u> Individuelle semistrukturerte intervju basert på intervjuguiden med sykepleiere og sykepleieledere på sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien.</p> | <p>Pleie og behandling ble stort sett dokumentert i EPJ fortløpende og kronologisk, og sykepleieprosessens faser var dårlig utnyttet i dokumentasjonen. Årsaker til dette var blant annet dårlig tid til å dokumentere, mangelfull avdelingstrend for bruk av standardisert dokumentasjon. Sykepleieplaner ble ikke lest eller fulgt opp og motivasjonen for dokumentasjonen ble dårlig. Ingen lokale føringer for hvordan sykepleiedokumentasjonen skulle foregå fra ledelsen i sykehus og kommunehelsetjenesten. Utført pleie til dokumentert pleie tok lang tid. Mobil teknologi var lite brukt, til tross for tilgjengeligheten av disse. Endringer av dokumentasjonspraksisen var en omfattende og krevende oppgave, i følge sykepleielederne på begge nivå. Vanskelig å finne tid til tett oppfølging av dokumentasjon. Sykepleiestudenter kan få bedre opplæring i bruk av EPJ, og kunne være en ressurs og dermed inspirasjon i forhold til dokumentasjon i EPJ, slik at den bedret seg. Dårlig kunnskap og forståelse for informasjonsbehovet til samhandlende parter, dette på styrkes på tvers av forvaltningsnivåene.</p> | <p>Mobil teknologi var tilgjengelig, men lite brukt. Holdninger til sykepleierne? Ansvar fra ledelsen angående dokumentasjon må til.</p> <p>Artikkelen er fagfellevurdert og publisert i et vitenskapelig tidsskrift nivå 1.</p> |

| Referanse | Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål | Metode | Resultat/Diskusjon | Egne kommentarer |
|---|---|---|--|---|
| <p><u>Tidsskrift:</u> Karolinska Institute, 2013</p> <p><u>Forfatter (e):</u> Agneta Öhlen, Christina Forsberg, Eva Broberger.</p> <p><u>Tittel:</u> Documentation of Nursing Care in Advanced Home Care.</p> <p><u>Land:</u> Sverige</p> | <p>Å beskrive dokumentasjon av sykepleie som ble gjort innenfor AHC (avansert hjemmesykepleie der det kreves et multiprofesjonalt team som er tilgjengelig for pasienten og pårørende hele døgnet).</p> | <p><u>Design:</u> Beskrivende og kvalitativ studie. Induktiv tilnærming.</p> <p><u>Utvalg:</u> Seksti sykepleie-poster fra to AHC-enheter i Sverige.</p> <p><u>Datasamlingsmetode:</u> Dokumentanalyse med påvirkning fra innholdsanalyse til Elo og Kyngås</p> | <p>Dokumentasjon var plukket fra et bredt spekter av utført avansert sykepleie. Dette var fra både planlagt sykepleie og akutt sykepleie i AHC. Kvalitet og innhold på sykepleiedokumentasjon var varierte fra sykepleier til sykepleier. En nøyaktig sykepleiedokumentasjon er viktig for å kunne evaluere sykepleien og for å sikre pasientsikkerheten. Av og til kan denne informasjonen være vanskelig å finne og dette kan være en potensiell risiko for nøyaktig pasientbehandling og pasientsikkerhet. Omsorgsbehovet ble ofte beskrevet i sykepleiedokumentasjonen, men manglet ofte intervensjoner og evaluering.</p> | <p>Hjemmetjenesten i Sverige har en annen struktur enn den vi er vant til å jobbe med i Norge slik vi forstår den, men velger å ta med denne artikkelen likevel da dokumentasjonsproblemet er like aktuelt i våre distrikt. Vi kjenner oss igjen i flere punkter under resultatene. Artikkelen tar for seg hjemmesykepleien som er spesiell med at sykepleiere og annet helsepersonell besøker pasienten hjemme til forskjellige tider i døgnet, dette fører til at det er enda viktigere at pasientens status og oppfølging er tydelig og dokumentert. Vi ser at videreutvikling og forskning av sykepleiedokumentasjonen er høyst viktig og nødvendig. Pluss for at artikkelen hadde et lite avsnitt om etiske problemstillinger.</p> |

| Referanse | Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål | Metode | Resultat/Diskusjon | Egne kommentarer |
|--|--|--|---|--|
| <p><u>Tidsskrift:</u> Sykepleien Forskning, 2013</p> <p><u>Forfattere:</u> Merethe Rusdal.</p> <p><u>Tittel:</u> Kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold.</p> <p><u>Land:</u> Norge</p> | <p>Ta for seg hvordan kontinuiteten i sykepleie til pasienter med vekselopphold blir tatt vare på. Hvordan kan eventuelle mangler føre til forskjellige former for risiko.</p> | <p><u>Design:</u> Kvalitativt eksplorerende.</p> <p><u>Utvalg:</u> Undersøkelsen ble gjort i et sykehjem og hjemmesykepleiedistrikt i et tilhørende geografisk område. Fire sykepleiere og to hjelpepleiere fra hver enhet, samt fastlege og sykehjemslege.</p> <p><u>Datasamlingsmetode:</u> Tre faser undersøkelse. 1) kartlegging og beskriving av konteksten vekselpleie, 2) studere skrevet tekst i sykepleiejournaler fra de aktuelle enhetene, 3) intervju av de ansatte i enhetene</p> | <p>Sykepleieprosessen var knapt brukt som metode ved dokumentering, og dokumentasjonen var sparsommelig, lite systematisk og hadde mangler i forhold til journalforskriften. Dette førte til at kontinuiteten mellom enhetene ble dårlig, da det var lite å forholde seg til i dokumentasjonen til pasientene man tok imot. Manglende eller ulike mål for pleien var et problem, samt tiltakene for de satte målene. Mangel på tid til å lese i pasientjournalen og dokumentere, samt strukturelle forhold som å måtte vente på ledig maskin var årsaker til dårlig dokumentasjon og kontinuitetsbrudd som kom frem i studien. Enhetene hadde felles elektronisk journalsystem, så utgangspunktet for god dokumentasjonsinformasjon var til stedet, men det forlanger relevante dokumentasjonsopplysninger. Vekselpleien innehar kontinuitetsbrudd, som igjen kan føre til risiko for pasientsikkerheten.</p> | <p>Hjemmesykepleiepasienter har ofte avlastningsopphold på sykehjem, her ser en hvor viktig dokumentasjonen er i forhold til kontinuiteten av pleien, og hva som kan hemme dokumentasjonen på arbeidsplassene. Er det for dårlig kan det gå utover pasientsikkerheten.</p> <p>Artikkelen er fagfellevurdert og publisert i vitenskapelig nivå 1.</p> |

| Referanse | Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål | Metode | Resultat/Diskusjon | Egne kommentarer |
|---|--|---|---|--|
| <p><u>Tidskrift:</u> Vård i Norden (2009)</p> <p><u>Forfatter (e):</u> Sandvoll Vee, T. Hestetun, M.</p> <p><u>Tittel:</u> Struktur og rutiner, - naudsynte føresetningar for å sikra sjukepleiedokumentasj onen.</p> <p><u>Land:</u> Norge</p> | <p>Målet med intervensjonsstudien var å undersøke om en kvalitetsprosedyre og bruk av superbruker kunne forbedre dokumentasjonsarbeidet. Et delprosjekt i et større kvalitetsutviklingsprosjekt.</p> | <p><u>Design:</u> Kvalitativ metode basert på spørreskjema. Spørreskjema inneholdt 10 ulike spørsmål hvor en skulle svare ut i fra en femdel skala. En gradering fra "helt enig" til "helt uenig". Om en ikke var enig i noen av alternativene, var det også en "vet ikke" kategori utenom de 5.</p> <p><u>Utvalg:</u> Av totalt 134 ansatte i pleie og omsorgstjenesten var det 83 av disse i som ble utvalgt til undersøkelsen. Kun 63 % av de 83 ansatte svarte på undersøkelsen.</p> <p><u>Datasamlingsmetode:</u> Skjemaet skulle fylles ut innen 14 dager og leveres til de ansvarlige for studien.</p> | <p>Studien visste at 84,6 % av de alle deltagerne opplevde at sykepleiedokumentasjonen var nyttig i jobben sin og det kommer frem at de dokumenterer hver dag. -Kun 51,9 % var helt enig i at sykepleiedokumentasjonen var en vektlagt oppgave i avdelingen.</p> <p>-De aller fleste kjente til superbrukeren, men bare litt over halvparten benyttet seg av superbrukeren som veileder. -Kun halvparten av deltagerne visste hvordan de skulle dokumentere i Gerica. Ingen av omsorgarbeiderne og assistentene visste hvordan man skulle skrive sykepleieplan i Gerica, kun sykepleierne</p> | <p>Det var interessant for oss å se om implementering av kvalitetsprosedyre og superbruker kunne bidra til økt fokus og bedre dokumentasjonsarbeidet for de ansatte og om det fungerte i praksis.</p> <p>Artikkelen er fagvurderert og er publisert i et vitenskapelig tidskrift nivå 1.</p> |

4.2 Sammenstilling av resultater

Ledelse

Sandvoll Vee og Hestetun (2009) tar for seg at dersom man skal komme godt ut med sykepleiedokumentasjonen er man avhengig av hvordan kommunene, tjenesten og hver enkelt avdeling blir organisert, og at det ligger til rette for sykepleiedokumentasjonsarbeidet som pleieansatte har ansvaret for. Det er en omfattende prosess som er både tidkrevende og langvarig. I studien gjort av Naustdal og Netteland (2012) kommer det frem at lokale endringsprosesser og integrering av IKT i arbeidet som allerede gjøres, virker for å være spesielt krevende og utfordrende oppgave for sykepleielederne på de forskjellige enhetene. Det virker for at det trengs en grundigere styring på nasjonalt og lokalt av struktur, prosess og innhold relatert til sykepleiedokumentasjon og ved informasjonsoverføring av sykepleie (Ibid).

Rusdal (2010) diskuterer i sin artikkel om ledelsen i studien kunne stilt større krav om at sykepleiedokumentasjonen skal kunne videreføres og etterprøves, og synliggjort dette videre. Mulig ville det ført til forbedring? I artikkelen kommer det også frem at ledelsen har krav og må tilrettelegge for at de ansatte skal oppnå mere kunnskap om sykepleiedokumentasjon, og at dette skal kunne gi grobunn for bedre kontinuitet, og dermed økt pasientsikkerhet.

Öhlen, Forsberg og Broberger (2013) konkluderer i sin studie at videreutvikling, forskning og kunnskapsbasert praksis innenfor sykepleiedokumentasjon må til for å bedre kvaliteten på sykepleiedokumentasjon.

Kunnskap og holdninger

I funnene til Sandvoll Vee og Hestetun kommer det frem at 84,6 % av deltagerne synes at dokumentasjon var nyttig i forhold til arbeidet de utførte, mens bare 51,9 % av de var helt enige i at sykepleiedokumentasjon var en prioritert del av arbeidet sitt i avdelingen. 84,6 % sa at de dokumenterte sykepleien de utførte hver dag, men under halvparten hadde kunnskaper om hvordan de skulle skrive sykepleieplan i Geric. Omsorgsarbeidere og assistentene hadde ingen kunnskaper om hvordan skrive en sykepleierplan (Ibid).

Manglende tid var hovedårsaken til ufullstendig og mangelfull dokumentasjon i studien gjort av Rusdal (2010). Dette sammen med kunnskaper gir ulike rammebetingelser for sykepleiedokumentasjonen for pasienter som mottar vekselpleie i form av

sykehus/hjemmetjenesten/sykehjem. Konklusjonen til Rusdal (2010) ender med at mangelfull sykepleiedokumentasjon medvirker til kontinuitetsbrudd til vekselpasienter som mottar sykepleie.

Resultatet i studien til Naustdal og Nettelund (2012) viser at sykepleiedokumentasjonen oftest blir dokumentert kronologisk på fritekst, uten en fastlagt struktur. For dårlig tid og mangel på avdelingsrutiner ble nevnt som grunner til dette. Bruk av mobil teknologi var lite benyttet, til tross for god tilgjengelighet. Öhlen m. fl (2013) fant i sin studie at dokumentasjonen ofte var fragmentert, dette førte til at informasjonen ble vanskelig å finne, og sykepleieprosessen ble verre å følge. Derfor var det å skape en helhetlig og nøyaktig sykepleiedokumentasjon av stor betydning innenfor AHC-tjenesten.

I hjemmesykepleien der sykepleiere (og annet helsepersonell) besøker pasientene i sitt eget hjem til alle døgnets tider, er det spesielt viktig at opplysninger vedrørende pasientens status og oppfølging er tydelig (Öhlen m. fl (2013)). Videre kommer det fram at dette ikke alltid var tilfelle, og at dette kan true pasientsikkerheten.

Hellesø og Gjevjon (2009) ville undersøke kvaliteten og helheten i sykepleiedokumentasjonen i hjemmetjenesten. Det ble gjort ved hjelp av et instrument basert på VIPS-modellen. Der fant de at det ofte ble dokumentert problem og tiltak (44,2 % av 360 dokumenter), mens ingen journaler inneholdt en fullstendig dokumentasjon med problem, planlagte og utførte tiltak, resultat og evaluering. Hatlen, Blekken og André finner i sin pilotstudie at det er mangel på kunnskaper i forhold til sykepleiedokumentasjon, samt arbeidsverktøy som sykepleierne kan benytte ute i arbeidsfeltet sitt.

Undervisning og veiledning

Opplæring og månedlige fagmøter på avdelingsnivå var intervensjoner som ble satt i verk i studien til Sandvoll Vee og Hestetun. Dette var retta til tre målgrupper, avdelingssykepleiere, superbrukere/primærkontakter og ansatte uten helsefaglig bakgrunn. Formidling av plikter og ansvar i forhold til sykepleiedokumentasjon var formålet med denne intervensjonen.

Naustdal og Nettelund (2012) skriver om at lederne hadde dårlig med tid til en tettere oppfølging i forhold til sykepleiedokumentasjonen. Her var lederne opptatt av at sykepleiestudentene burde få en bedre opplæring på å skrive sykepleieplaner, samt inn- og utskrivingsrapporter, og at de vart aktive med bruk av EPJ i sine praksisstudier. Dette mente lederne kunne føre til at studentene inspirerte resten av kollegaene sine slik at EPJ-systemet

ble bedre utnyttet og brukt som redskap. Dermed kunne sykepleiedokumentasjonen muligens bli forbedret.

I pilotstudien til Hatlen, Blekken og André (2013) benytter man veiledning og undervisning som intervensjon i forhold til bruk av sykepleiediagnoser i fritekst. Dette var i samarbeid med forskere og ledere, samt superbrukere i forhold til sykepleiedokumentasjon. Selve pilotstudien foregår over seks måneder, i små grupper på max 8 personer. Man får engasjert deltagerne i stor grad, men dette er veldig ressurskrevende for avdelingene. Sykepleiernes opplevelse ved bruk av sykepleiediagnoser i fritekst og undervisningsintervensjonen kommer i en senere artikkel. Konklusjonen viser at det er behov for mer tid med tanke på undervisningsintervensjonen, og i hovedstudien skal effekten av undervisningen studeres, samt fokus på krav om samhandling i helsetjenesten fremover relatert til samhandlingsreformen. Det henvises til tidligere forskning i artikkelen som beskriver kompetanse og kunnskap relatert til behovet for hvordan dokumentasjon kan være et verktøy i forhold til samhandling, og denne pilotstudien til Hatlen, Blekken og André (2013) støtter dette.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi drøfte resultatene fra analysen i forhold til teoretisk perspektiv og annen relevant forskning. Det vil også trekkes inn egne relevante praksiserfaringer.

5.1 Hvilken betydning har ledelsen for kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen i hjemmetjenesten?

Ledelsen og den enkelte ansatt har ansvar for at kravene i kvalitetsforskriften overholdes. Ledelsen må utarbeide skriftlige prosedyrer som ivaretar kravene i kvalitetsforskriften. Hver enkelt ansatt har et selvstendig og faglig ansvar for helsehjelpen de gir, og må følge opp prosedyrer som er lagt (Helsedirektoratet 2004). I Sandvoll Vee og Hestetun (2009) kommer det frem at dersom sykepleiedokumentasjonen skal fungere godt er man avhengig av kommunene, tjenesten og hvordan hver enkelt enhet blir organisert, og at det legges til rette for sykepleiedokumentasjon. I lover og forskrifter som regulerer dokumentasjonsplikten står det at den ansvarlige for virksomheten må legge til rette slik at dokumentasjonen kan skrives i henhold til krav gitt i lov og forskrift, og at vær enkelt helsepersonell som gir helsehjelp innen kommunehelsetjenesten er pliktet til å dokumentere når helsehjelpen er gitt (Helsedirektoratet 2006).

Sandvoll Vee og Hestetun (2009) presenterer et delprosjekt av et større kvalitetsutviklingsprosjekt som er basert på ideer på grunnlag av nasjonale undervisningssykehjem. Utvikling av kvalitetsprosedyre relatert til sykepleiedokumentasjon ble gjort. Prosedyren ble hengt synlig ved datamaskiner som ble brukt, men de ble i liten grad brukt. Noen avdelinger som deltok under prosjektet hadde en superbruker.

I Hatlen, Blekken og André (2014) ble det også benyttet superbruker, men i begge artiklene tolker vi det slik at rollen som superbruker er lite synlig. Hos Sandvoll og Hestetun (2009) vet resten av personalet hvem som er superbruker, men de blir ikke benyttet i den graden som egentlig trengs, da ansatte ikke bruker dem selv om de var usikre på hvordan det skulle dokumenteres. Hvordan superbrukere ble benyttet av personalet i pilotstudien til Hatlen, Blekken og André (2014) kommer ikke frem slik vi tolker det. Superbrukere skal være en ressursperson for ledelsen i forhold til sykepleiedokumentasjon og være tilgjengelige for resten av personalet til undervisning og veiledning. Det stilles spørsmål om hvor vidt bruk av superbrukere er utbredt, og hvordan man kan synliggjøre dem mer for andre ansatte. Superbrukere kan være en stor ressurs for ledelsen i forhold til opplæring ved nyansettelse, undervisning og veiledning relatert til dokumentasjon. Dette kan frigjøre dyrbar tid for ledelsen.

I tillegg ser vi at Hatlen, Blekken og André (2014) og Bjerga m.fl (2013) kjører studier og prosjekter i samarbeid med høgskoler for bachelorutdanning i sykepleie. Naustdal og Netteland (2012) får frem at sykepleielederne på de forskjellige avdelingene var opptatt av at sykepleiestudentene burde få en bedre opplæring i å skrive sykepleieplaner og at de var mer aktive brukere av EPJ. Dette ville inspirere andre ledere og ansatte til å utnytte mulighetene som ligger i EPJ-systemene, og dermed få økt kvalitet på sykepleiedokumentasjonen. Det er helt klart en gevinst her med å ta i bruk dette i samband med sykepleiestudenter, men da må det være tydelig at avdelingen og lederen har fokus rundt det, slik at studentene ikke blir urettferdig behandlet og står for opplæringen av personalet i forhold til EPJ. Som student i praksis er man åpen og klar for ny lærdom, og kan absolutt være en ressurs for avdelingen og personalet. Nyttig lærdom man tar med seg etter endt utdanning og ut i arbeid. Det er flott at ledelsen ser på studenter som en ressurs, merker man det i praksis blir man kanskje mer inspirert selv også til å gjøre en ekstra innsats, og dette vil igjen komme avdelingen, arbeidsmiljøet og dokumentasjonskulturen til nytte.

Vi viser til at hver enkelt sykepleier er pliktet til å dokumentere den helsehjelpen de gir, samt følge prosedyrer som blir ført (Helsedirektoratet 2004), men er de nok opplyste rundt dette? Mangel på kunnskaper eller dårlige holdninger? Sandvoll Vee og Hestetun (2009) tar for seg viktigheten av struktur og rutiner, men vi mener at sykepleierne selv også må ta tak og påvirke dokumentasjonen. Dette samsvarer med Riddervold (2010) hvor det er viktig å bruke teknologiens potensial, og det må baseres på fagkunnskap. Fokuset må være på pasienten og det trengs felles retningslinjer og felles kunnskapsbase (Ibid).

Helsetjenesten er også pliktet til å ha et internkontrollsystem som bør sikre forhold som kan bidra til at dokumentasjon skjer i forhold til lover og forskriftskrav de er pålagt, f eks etablere journalsystemer, ha ressursbruker/superbruker blant personalet, utarbeide rutiner, prosedyrer, maler og instruksjoner (Helsedirektoratet 2006). Forskriften viser til gode tiltak som kan iverksettes fra ledelsen sin side for å bedre kvaliteten på dokumentasjon. Sandvoll Vee og Hestetun viser til slike tiltak som ble gjort, men vi ser at det fortsatt står igjen mye arbeid for at personalet skal kunne bli integrert i arbeidet. Effektive tiltak som f eks superbrukere og prosedyrer må gjøres mer synlig for sykepleierne i praksis. Altså, ledelsen er en viktig forutsetning for at dokumentasjonen skal kunne bli bedre. Vi ser for oss at dette arbeidet er en evig prosess og som må settes i fokus fra ledelsen sin side for at sykepleierne i praksis skal kunne bruke det i arbeidet sitt. Samtidig må hver enkelt sykepleier være klar over tjenesten de yter og plikter rundt dette. Naustdal og Nettelund (2012) samsvarer med Sandvoll Vee og Hestetun (2009) med at det trengs tydelige føringer og forankring fra ledelsen, og at dette kan redusere store forskjeller i dokumentasjonsarbeidet lokalt.

En god forankring i politiske miljø, ledere og fagfolk i kommunehelsetjenesten er en nødvendighet for at samhandlingsreformen skal lykkes med de nye oppgavene ute i kommunene (Sæterstrand 2010). Det kommer frem i artikkelen (Sæterstrand 2010) at små kommuner med få fagfolk vil kreve tett samhandling med andre kommuner for å komme godt ut av reformen. I våre hjemkommuner begynner vi nå å se virkningene etter reformen trådte i kraft. Pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus blir raskere utskrevet, og vi har inntrykk av at mange flere har behov for hjemmesykepleie. Pasientgruppene er mangfoldige og krever ofte samhandling med andre innen helsetjenesten. Dette gjør at det stilles nye og større krav til sykepleiere med tanke på dokumentasjon og samhandling med andre faggrupper. I

Naustdal og Netteland (2014) og Öhlen, Forsberger og Brobekker (2013) og får fram viktigheten av en bedre sykepleiedokumentasjon og informasjonsoverføring.

Det viser seg også at brukernes behov samstilles ofte ikke i samsvar i forhold til budsjettet og hjemmesykepleien. Derfor er det viktig å dokumentere at omsorgen og pleien man gir ikke står i samsvar i forhold til rammer som må følges. Dette for å synliggjøre det i det offentlige helsesystemet slik at man blir klar over problemet og at man på sikt må kunne gjøre noe med det (Monstad 2007). Dette er et annet viktig argument for å belyse dokumentasjonen slik at helsesystemet blir obs over situasjonen hjemmesykepleiere jobber i.

En faktor som ser ut til å hemme kvaliteten på sykepleiedokumentasjon er manglende tid til dokumentasjon (Naustdal og Nettedal 2010, Rustad 2013, og Sandvoll og Vee 2009). Sykepleiere og helsefagarbeidere opplever at den daglige dokumentasjonen tar tid (Vabo 2013). Mange pasientbesøk i løpet av en dag gjør at dokumentasjonen ofte ikke blir utført før like før vaktskifte og tiden fra pleien gis til det dokumenteres inn i pasientjournalen er ofte lang (Naustdal og Netteland 2010). Det hevdes at tiden til sykepleiedokumentasjonen går på bekostning av tiden til den enkelte pasient (Dahl 2001, Rustad 2013). Vi ser utfordringene sykepleiere står ovenfor når de ofte må velge mellom hvor tiden skal vektlegges. På den ene siden har vi et lovverk som stiller krav til dokumentasjon (Helsepersonelloven 1999). Men på en annen side så har vi også pasienten, som på sin måte har rett på den hjelpen han eller hun måtte ha behov for (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Vår erfaring fra ute i praksisfeltet er at tiden man bruker hos pasienten ikke alltid er lett å forutse og at det er varierende. På hver vakt får vi en liste over pasienter med oversikt over tildelt tid til hver pasient. Slik vi har erfart har vi liten tid til rådighet utenom den anslåtte tiden. Når uforutsette ting skjer, har man svært liten tid å gå på. For oss har dette resultert i mindre tid til dokumentasjon og noen ganger overtid for å få dokumentert nødvendige opplysninger. Er dette riktig? Hva kan gjøres for å lette dette tidspresset? Vi vil hevde at færre pasienter per helsepersonell ville bidratt til mer tilgjengelig tid til dokumentasjon. Likevel ser vi at dette er urealistisk fordi det kreve et økt behov for bemanning. Et av hovedinnsatsområdene som blir løftet frem i omsorgsplan 2015 er at regjeringen i perioden 2008- 2015 har som mål å øke bemanningen i den kommunale omsorgstjenesten med 12000 nye årsverk (Helse og omsorgsdepartementet 2006). Ser man på tallet over antall eldre over 80 år som vil fordobles i løpet av de neste 35 årene så kan man jo sette spørsmål ved om tidspresset vil øke ytterligere.

Dette fordi veksten på antall eldre og syke sannsynligvis vil vokse raskere enn bemanningen. Selv om tid er en mangelvare, kommer det likevel ikke frem om dokumentasjonen hadde blitt bedre om det ble mer tilgjengelig tid (Rustad 2012). Noen hevder likevel at tid og rom er en forutsetningen for å lykkes med sykepleiedokumentasjonen (Solvang 2005). I denne sammenheng skal likevel andre muligheter løftes frem. I artikkel til Solvang (2005) kommer det frem at innføring av ”stille rapport” bidro til å frigjøre noe av tiden til dokumentasjon. Kan bruk av mobil teknologi som nettbrett på sikt være tidsbesparende? I praksis opplever vi fortsatt at mye av dokumentasjonen blir ført på papir og deretter ført inn på datamaskinen når de kommer tilbake på enheten. Dette til tross for at de har tilgjengelig nettbrett som de kan ta med ut til brukerne. Vi vil hevde at ved å benytte mobil teknologi så kan tid spares fordi det kan dokumenteres rett inn pasientjournalen utenfor enheten.

Med hjemmesykepleien som arena innenfor sykepleiedokumentasjon stilles det store krav til dokumentasjonsarbeidet, og i studien til Naustdal og Netteland (2012) tar for seg at det å foreta lokale endringer og integrering av IKT i et allerede eksisterende arbeid er en krevende og utfordrende oppgave for sykepleielederne. Dette gjelder både på en sengeavdeling i spesialisthelsetjenesten, ute i hjemmesykepleien og på sykehjem i primærhelsetjenesten. Mobil teknologi som bærbar pc og PDA (personlig digital assistent) var godt tilgjengelige som arbeidsredskaper, men lite brukt (Ibid). Under praksisstudie i primærhelsetjenesten var vi vitner til at mobil teknologi som smarttelefoner og nettbrett var på god vei inn i hjemmesykepleien, men i samsvar til Naustdal og Netteland (2012) svært lite benyttet i det praktiske arbeidet. Vi opplevde heller ingen opplæring i, eller fokus rettet mot bruk av mobil teknologi under praksisstudie som varte i 9 uker. Rusdal (2013) tar opp temaet om samhandling og kontinuitet i hjemmesykepleien for vekselpasienter. Dokumentasjonen var ikke tilfredsstillende og dette hindret en god flyt i samhandling med andre helsetjenester, f eks en hjemmesykepleiepasient som skal ha et avlastningsopphold på et sykehjem.

Et feltforsøk i Alta (Nyheim 2004) tok for seg bruk av standardisering og ny teknologi for å se om det kunne bidra til en kvalitetsforbedring i forhold til sårbehandling og dokumentasjonen. Det ble også vurdert hvordan dette forsøket kunne styrke sykepleiernes faglige bevisstgjøring i hjemmesykepleien, og om det kunne komme pasientene til gode. Det skulle sjekkes ut om dette var noe som kunne benyttes i hjemmesykepleien videre fram i tiden (Ibid). Digitalt kamera og bredbåndsteknologi til overføring av bilder ble benyttet. Siden

artikkelen er fra 2004 er den veldig gammel med tanke på forskningen og utviklingen. Men det interessante er resultatene som kommer frem, sammenlignet med studien til Naustdal og Netteland (2012). Det ble utviklet en elektronisk sårmap som ble brukt i forhold til dokumentasjon sammen med digitale bilder som sykepleierne tok. Det viste seg at en standard for vurdering la til rette for mer nøyaktig dokumentasjon og ga et kvalitetsløft. Malen fungerte godt som en veileder med tanke på hva som burde dokumenteres i forhold til sår. Det viste seg også at det var enklere å finne frem i elektroniske dokumenter, og det ble samhandlet med fastlege. Dokumentasjonsmalen og digitale bilder kvalitetssikret oppfølgingen og det førte til en rask korrigerende under behandlingen dersom det trengtes. I tillegg opplevde pasientene det tilfredsstillende å ha mulighet til behandling hjemme og i hjemkommune. Dette ga dem brukervedvirkning og en økt trygghet (Ibid). Forsøket er flere år før samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet 2009) kom på bane, men man ser en hensiktsmessig samhandling mellom helsetjenesten allerede her.

Allerede i 2004 var de i gang med bruk av mobil teknologi (Nyheim 2004), men Naustdal og Netteland (2012) viser at sykepleieledelsen må ta tak i integrering og bruk av IKT både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Her registrerer vi at utviklingen med IKT og mobil teknologi har fulgt samfunnet, men at utviklingen ikke samsvarer i forhold til tidsperspektivet. Vanskelig å vite hvor svikten ligger. Kommunen? Helsetjenesten? Avdelingsenhetene? Sykepleiernes holdninger?

Ved innføringen av samhandlingsreformen er bruk av IKT et viktig og nødvendig virkemiddel for å kunne realisere mål om helhet og samhandling i helse og omsorgstjenesten. IKT og annen teknologi skal gi tilgang til informasjon som er nødvendig for å kunne gi en god pasientbehandling og pleie, og kommunikasjonen mellom enhetene skal foregå elektronisk (Helse og omsorgsdepartementet).

Konklusjonen til Öhlen, Forsberg og Broberger (2013) sier noe om at det er veldig viktig at dokumentasjonen i hjemmetjenesten er nøyaktig i forhold til pasientens status og oppfølging, siden forskjellige helsepersonell (sykepleiere, leger, helsearbeidere og terapeuter) besøker pasienten i eget hjem til alle døgnets tider. Dette er i samsvar med at pleieplanene til pasienter i hjemmetjenesten skal være arbeidsredskapen som blir benyttet daglig av alle som er innom pasienten er det helt nødvendig at den er oppdatert. Vi mener derfor at mobil teknologi som bruk av nettbrett kan være en viktig forutsetning for å fremme sykepleiedokumentasjonen og

samhandling med andre faktorer i helsetjenesten. Da har man anledning til å dokumentere på stedet når helsehjelpen er gitt, i stedet for å samle opp all dokumentasjon når man kommer inn igjen på hjemmetjenestekontoret. Dette kan også forhindre at viktige opplysninger blir glemt og ikke dokumentert. Ser man på resultatene i studien til Gjevjon og Hellesø (2009) hvor det kommer frem at 70 % av pleienotatene til sykepleierne i hjemmesykepleien kan oppfattes som subjektive vurderinger av sykepleierne så vil vi hevde at anvendelse av mobil teknologi også kan bidra til en mer objektiv dokumentasjon fordi man dokumenterer sammen med pasienten.

Mobil teknologi gir en umiddelbar tilgang på pasientjournaler og annen nyttig informasjon. En studie gjort av (Mickan m.fl 2013) tar for seg bruk av håndholdte datamaskiner og mobile enheter i klinisk praksis. Resultatet av denne viser gode forbedringer på pasientdokumentasjon, pasientomsorg, søk etter informasjon og profesjonelle arbeidsmønstre. Dette støtter våre tanker om bruk av mobil teknologi i forbindelse med dokumentasjon og kvalitetsforbedring. Men det er viktig å ta til betraktning at utviklingen av teknologien er raskere enn forskningen på området (Ibid).

I artikkelen (Rusdal 2013) kommer det frem at rapporten ved vaktskifte foregikk muntlig. Muntlig rapport er vi godt kjent med etter noen år som arbeidstakere innen helsetjenesten på sykehjem og i hjemmetjenesten. Solvang (2005) har gjort en evaluering av bruk av stille rapport. Ved stille rapport leser man nødvendige opplysninger og dokumentasjon om pasientene man utfører sykepleie til, og tidligere forskning har vist at personalet satt igjen med en bedre holdning til dokumentasjonen etter at stille rapport ble tatt i bruk. Ingen av funnene våre har skrevet noe om stille rapport, men vanlig muntlig rapport (Rusdal 2013), og vi stiller oss undrende til dette. Erfaringsmessig har vi benyttet stille rapport ved praksisstudier ved spesialisthelsetjenesten på ulike avdelinger, og vi stiller oss positive til det i samsvar med Solvang (2005). Resultater viser sykepleieplaner av høyere kvalitet, presise formuleringer. Dokumentasjonen ble fulgt nøyere opp og man ble forberedt til å møte pasienten på en bedre måte (Ibid). Kanskje er stille rapport noe ledelsen i primærhelsetjenesten bør bli kjent med, og burde vurdere å innføre på enkelte avdelinger. Vi stiller spørsmål om stille rapport også kunne bedret samhandlingen mellom de ulike helsetjenestene, da studien til Solvang (2005) viser at sykepleiedokumentasjonen blir av en bedre kvalitet, og dette ville muligens føre til bedre kontinuitet for vekselpasienter, med tanke på funnene til Rusdal (2013). Vi stiller oss spørsmål om hva som må til for å få endret den eksisterende muntlige rapportkulturen rundt om i primærhelsetjenesten, men ser at det finnes

begrensninger. Det forutsetter f.eks. at det er nok datamaskiner tilgjengelige for personalet, samt plass til disse, og ikke minst økonomi. Ansattes holdninger må også trekkes med. Solvang (2005) viser til at personalet var kritiske til endring av rapporten. Dette var relatert til usikkerhet på om den skriftlige dokumentasjonen var god nok, redd for at sentral informasjon om pasientene skulle bli borte, og at de skulle miste oversikten over pasientene. Men allerede en uke etter innføringen var resultatet av dokumentasjonen forbedret. Vi håper dette er en form for rapport som blir lagt merke til og ønsker mer forskning på området. En stor endring i gamle vaner, men med et veldig spennende resultat! Men som det kommer frem hos Markussen (2005) så er det ledere som må bidra til å skape en evidensbasert kultur på avdelingen. Forskning og funn må kobles opp mot erfaringsbasert kunnskap, samt pasientpreferanser. Organiseringen og strukturen må være støttende og inkluderende for at dette skal kunne fungere.

5.2 Kan kompetanse og holdninger påvirke kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen i hjemmetjenesten?

For at en dokumentasjon skal framstå som faglig og juridisk forsvarlig, må helsepersonell ha kunnskaper om hvordan de skal dokumentere for innfri disse kravene (Sandvand og Vabo 2007). En faktor som ser ut til å hemme kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen er manglende kunnskap om dokumentasjon og bruk av elektroniske verktøy (Rustad 2013). I studien konkluderes det med at ufullstendig dokumentasjon medvirker til kontinuitetsbrudd for vekselpasienter. Dette anser vi som bekymringsverdige resultater og støtter Rustad (2013) på at det må arbeides med å styrke kunnskapen om sykepleiedokumentasjon hos helsepersonell for å oppnå kontinuitet. Mangelfull og lite systematisk dokumentasjon er også gjennomgående i flere studier (Naustdal og Netteland 2012 og Sandvoll Vee og Hestetun 2009). Vi har erfart varierende kunnskaper hos helsepersonell knyttet til sykepleiedokumentasjon og ferdigheter i forhold til data verktøy gjennom noen år som ansatte i helsevesenet. Vi opplever at det er et sterkt skille mellom sykepleiere og helsepersonell som er utdannet det siste tiåret i forhold til de som tok utdannelsen for flere ti år tilbake. Innføring og forståelse av IKT og EPJ har skapt en del utfordringer for helsepersonell. Spesielt med tanke på de som ikke har hatt dette som en del av utdannelsen eller som aldri har tatt i et data verktøy tidligere. Datavegring blant helsepersonell presiseres som et problem i artikkelen til Krokmyrdal og Mjøen Larssen (2003). Alle må lære seg å bruke IT- verktøy, enten de vil eller ikke. Dette er noe arbeidsgiver for hver virksomhet må sørge for. I prosjektet som presenteres

i denne artikkelen ble det satset på å iversette tiltak, som datakursing for å kvalitetssikre datakunnskapene til helsepersonell. God opplæring i det grunnleggende økte interessen for mer opplæring og skapte interesse for data som arbeidsverktøy (ibid). Helt fra vi begynte i helsevesenet har vi også opplevd negative holdninger i forhold til bruken av slike verktøy. Vi har ofte hørt flere ansatte si: ”Det var mye bedre da vi dokumenterte på papir”. Vi forstår at vaner og praksismønstre som helsepersonell har hatt over lengre tid kan være vanskelig å endre, fordi det nærmest gror fast i en gammel vane. I følge Lystad (2006) er det ikke enkelt å forandre holdninger. Man kan bestemme seg for å endre en holdning, men det betyr ikke at atferden forandrer seg for det.

Bruk av pleieplaner ser ut til å være varierende ut i fra det som kommer frem i studien til Naustedal og Netteland (2012). Sykepleiere i studien sier at det er bare 1 av 3 avdelinger som benytter seg av pleieplaner. De mister motivasjonen til å skrive pleieplaner når ingen leser eller oppdaterer de (ibid). Funnet i artikkel til Hatlen m.fl (2013) viser at sykepleiere ofte velger å dokumentere fortløpende sykepleienotater istedenfor å lage pleieplaner, også etter intervensjonen ble gjort. Ut i fra det som kommer frem i disse to studiene vil det si at pasienter i svært liten grad får en pleieplan med målrettet sykepleiebehandling. Vi mener dette er bekymringsverdig og undrer oss over hvorfor sykepleiere nedprioriterer dette arbeidet. Er det mangel på kunnskaper som er årsaken til at det nedprioriteres? Man kan jo også sette spørsmål ved hvorfor ikke pleieplaner som er utarbeidet ikke oppdateres? Det er sammensatte årsaker til hvorfor pasienter ikke har oppdaterte pleieplaner. Det kan være lite prioritert tid til å utarbeide pleieplaner, eller økonomi og lite personalressurser. Eller det kan være negative holdninger og lite tradisjoner for å dokumentere helsehjelp som er årsaken til hvorfor (Sandvan og Vabo 2007). Vi vil jo hevde negative holdninger vil resultere i en kultur som nedprioriterer det å skrive pleieplaner. Ved alderspsykiatrisk post ved universitetssykehuset i Nord-Norge ble det arbeidet med å lage en formell og systematisk struktur for at pleieplanen skulle fungere som et verktøy i dokumentasjonsarbeidet. De undersøkte hvorvidt man kunne benytte en del av vaktskifterapporten til opplesing og visuell framstilling for å endre helsepersonellens holdninger til og bruk av pleieplaner. I dette tilfellet hadde det positiv effekt. Det viste seg at ved å innføre en relativt liten endring på fokuset på pleieplanene i daglige arbeidet, så kunne helsepersonell få økt tilfredshet med bruk av pleieplan som verktøy og det kunne bidra til at flere brukte planene mer aktivt (Wangesteen og Nivison 2008). Tar ledelsen ansvar for å legge opp til en slik opplesing og framstilling som en obligatorisk del av

vaktskifterapportene i hjemmesykepleien vil vi tro at dette på sikt vil komme helsepersonellet til gode og gjøre pleieplanene til et godt arbeidsverktøy i praksis. Når omsorgsarbeidere og pleiemedhjelpere i artikkelen til Sandvoll Vee og Hestetun (2009) svarer at de ikke har kjennskap til hvordan de skriver en pleieplan, mener vi det understreker behovet for å øke kompetansen hos helsepersonell. Vi mener det er en forutsetning at alle kan skrive en pleieplan for at kvaliteten på sykepleiedokumentasjon skal bli tilfredsstillende og framstå som helhetlig.

5.3 Kan kompetanseutvikling og undervisning bidra til en forbedring i sykepleiedokumentasjonen?

Innføringen av samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet 2009) satte nye krav til kompetanse i primærhelsetjenesten. Öhlen m fl. (2013) samsvarer med Hatlen, Blekken og André (2014) i at det trengs forskning, videreutvikling, kompetanse og kunnskap for å kunne fremme kvaliteten på sykepleiedokumentasjon. Bruk av forskningslitteratur så vi svært lite til under praksisforløpene i kommunehelsetjenesten, dette er noe vi kommer til å ta til etterretning ved endt utdanning. Vi ser viktigheten av sykepleiedokumentasjon ute i praksis og at forskning på sykepleiedokumentasjon gir oss kunnskap og en mulighet til å jobbe med kunnskapsbasert praksis, hvilket er et godt utgangspunkt for fagutvikling og kompetanseheving.

Som sykepleiere påvirker man pasientresultat og system, og dette bør benyttes til pasientenes beste (Nortvedt og Jamtvedt 2009). God sykepleie bygges på nødvendige kompetanse og evne til å ta velinformerte beslutninger. Nortvedt og Jamtvedt (2009) får frem at dette er kjernen i kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er i vekst både nasjonalt og internasjonalt, og det er f eks blitt mer implementert i utdanning av helsepersonell. Regionale helseforetak har fokus på å fremme kunnskapsbasert praksis, Helse Sør-Øst har dette som satsningsområde (Ibid).

Norsk Sykepleieforbund (NSF) tar aktivt opp kunnskapsbasert praksis og gir ut fagtidsskrift, temanummer, holder prosjekter og konferanser (Nortvedt og Jamtvedt 2009). Kanskje Sykepleien fag og forskningsarkiv (2009) kan være et godt utgangspunkt for å finne forskningslitteratur. Nettsiden er godt tilgjengelig og kjent for sykepleiere, og ikke minst vitenskaplige artikler som er norskspråklige. Sykepleiens artikler er også godt sammenlignbart med arbeidet vårt, da det er stort sett norske og skandinaviske artikler som

publiseres. Det må jobbes videre med å få sykepleiens artikler kjent slik at de kan integreres i større grad i arbeidsfeltet. Samtidig har Eines (2012) presentert i en fagartikkel at forskning og fagutvikling som har utgangspunkt i å endre praksis, kan komme til å føre til konflikt og diskusjon man ikke har regnet med på forhånd. Dette viser kanskje at bruk av forskning og fagutvikling er litt nytt på enkelte steder, og at det er noe som må jobbes med fremover. Det å kunne arbeide kunnskapsbasert er en viktig faktor for den kontinuerlige kvalitetsforbedringsprosessen i praksis. Nøkkelord for å kunne bruke denne kvalitetsforbedringsprosessen er organisasjon, ledelse og prosess (Eines 2012). De regionale helseforetakene har kunnskapsbasert som satsningsområde, men vi har ikke funnet noe lignende for kommunehelsetjenesten. Som tidligere nevnt var det lite fokus på bruk av forskning i klinisk sammenheng i kommunehelsetjenesten, mens spesialisthelsetjenesten ser vi kjører mer aktivt med kurs og forskjellige prosjekt. Vi ønsker at det var mer fokus på kunnskapsbasert praksis i primærhelsetjenesten i forhold til dokumentasjon, og viser til konklusjonen til Öhlen, Forsberg og Broberger (2013).

Ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) tar de for seg et prosjekt i forbindelse med innføring av det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS, hvor hensikten var å forbedre en allerede etablert dokumentasjonspraksis og oppnå en varig bedring (Bjerga 2013). Prosjektet var i samarbeid med Universitetet i Stavanger (UiS) og foregikk på en sengepost ved SUS som også var en studentpost for sykepleierstudenter (Ibid). Naustdal og Netteland (2012) tar for seg at det å foreta lokale endringer og integrering av IKT i et eksisterende arbeid er en krevende og utfordrende oppgave for sykepleielederne, noe som også viser seg i dette prosjektet ved SUS. Det viser seg at lederne som sitter med det faglige og administrative ansvar har vanskeligheter med å finne tid nok til fagutvikling. Det handler om prioritering. Ved innføring av elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS) ble lederne forpliktet til å ta tak i dokumentasjonsarbeidet, da man som helsepersonell plikter i forhold til helsepersonelloven § 40. 1.ledd (Bjerga 2013).

Prosjektet ved SUS ble todelt, der ledelsen ved assisterende avdelingssykepleier hadde et stort fokus på personalet med tanke på fagutvikling og kvalitet på dokumentasjonen.

Universitetslektor og veiledning-, etikk og studentkoordinator hadde i utgangspunkt studentenes læring. Tidsmessig foregikk dette prosjektet i studieåret 2009 – 2010.

Konklusjonen til Bjerga (2013) ender med at prosjektgjengen var motiverte for å gjennomføre prosjektet og satte av tid, samt andre nødvendige ressurser som måtte til. Dette førte til at

faglige ledere fikk en god kompetanse på elektronisk dokumentasjon og andre tekniske funksjoner i programmet. De følte det givende å bruke tid på faglige diskusjoner som var preget av administrasjon (Ibid).

Dette prosjektet viser til en lengre tidsbruk enn andre studier, f.eks. pilotstudien til Hatlen, Blekken og André (2014), hvor undervisning og veiledning ble brukt som intervensjon i forhold til dokumentasjon generelt, og implementering av sykepleiediagnoser i sykepleiedokumentasjonen sto i fokus. Intervensjonen var i samarbeid med forskere, ledere og superbrukere ved den aktuelle enheten. Hele pilotstudien hadde en varighet på seks måneder, der tiden fra første til siste undervisning var på 9 uker. Siden det ble brukt små grupper på intervensjonen ble de ansatte godt kjent med undervisningsmaterialet, men konklusjonen viser at det gav ingen store endringer verken på kvantitativt- eller kvalitativt nivå.

Det er helt klart at det vil bli forskjell i resultat på to undersøkelser som har så forskjellige tidsbruk. Pilotstudien med sine seks måneder blir for lite. Som tidligere nevnt så er forandringer og integrering av IKT omfattende prosess som er tidkrevende for ledelsen (Sandvoll Vee og Hestetun 2009), men det blir interessant å se hva som blir resultat og konklusjon i hovedstudien til Hatlen m. fl. som kommer senere. Den tar for seg effekten av undervisningsintervensjonen. Hva er riktig tidsbruk? Studien til Bjerga (2013) gikk over et skole år med motiverte ledere, og ga et helt annet resultat enn Sandvoll Vee og Hestetun (2009).

5.4 Kritisk vurdering av valgt litteratur, forskningsetikk og metodiske overveielser

Arbeidet med denne oppgaven har vært utfordrende. Det fins nye forskning på området sykepleiedokumentasjon, men våre funn i forhold til vår problemstilling har vært noe begrenset. I teoridelen i oppgaven har vi konsekvent prøvd å holde oss til litteratur fra nyere tid, gjerne ikke eldre enn femten år. Ved å gjøre dette klarer vi og holde oss oppdatert på den nyeste forskningen innen tema. Litteraturkildene til bakgrunnsteorien og deler av diskusjonsdelen er av både primær- og sekundærkilder. Ved å benytte sekundærkilder må en være observant på at i noen tilfeller kan budskapet være tolket på en annen måte fordi litteraturen er presentert av andre enn forfatteren selv. I tillegg kan vi ikke utelukke at våre

egne vurderinger kan inneholde feiltolkninger heller. For å kunne diskutere og komme frem til svar på vår problemstilling har bakgrunnskunnskapen vært avgjørende.

Mye av tiden har gått til søk i databaser, og det har vært en nødvendighet for å kunne gjøre de funnene som er gjort. Vi ser at de inkluderte artiklene er noe forskjellige og kan sprike litt. Men likevel mener vi at de har viktige elementer som bidrar til å besvare vår problemstilling. Det har vært utfordrende å finne rette søkeord, og vi tar i betraktning at dette kanskje er årsaken til våre begrensede funn. Vi føler oss trygge på at alle artikler er pålitelige kilder, da alle har et vitenskapelig nivå 1 eller 2. Det har også vært en stor fordel for oss at flere av våre artikler i resultatdelen er skrevet på norsk. Oversetting av artikler har vært tidkrevende og vanskelig, og vi kan ikke utelukke feil i oversettelsen, da språk er en utfordring for begge. Vi har prøvd å finne statistikk over hvor mange omsorgsarbeider/hjelpepleiere/pleiemedhjelpere det er i forhold til sykepleiere i hjemmetjenesten, men vi fant ingen oversikt over dette. En statistikk ville muligens styrket vår diskusjon.

6.0 Konklusjon

”Hvilke forutsetninger må være tilstede for at kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen i hjemmetjenesten blir tilfredsstillende?”

Ledelse og tilrettelegging er sentrale punkt. Dokumentasjon må forankres fra ledelsens sin side og må prioriteres. Lovverk stiller store krav til ledelsen og hver enkelt sykepleier i forhold til dokumentasjonsarbeidet. Ledelsen må kunne ta ansvar for opplæring av nyansatte, og bruk av ressurspersoner/superbrukere kan være et effektivt tiltak som burde iverksettes og synliggjøres mer. Tilrettelegging i praksis må skje med tanke på praktiske utformelser på arbeidsplassen som f.eks. nok datamaskiner i forhold til antall ansatte. Her spiller videre forskning og fagutvikling en nødvendighet. Tidsperspektiv spiller også en stor rolle. Endringer som kan føre til bedring i kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen kan være tidkrevende og helsepersonellet må integreres i arbeidet.

Etter at samhandlingsreformen kom i 2012 ga dette kommunehelsetjenesten nye utfordringer i forhold til samhandling og informasjonsoverføring. Kontinuiteten for vekselpasienter er dårlig og det går utover pasientsikkerheten. Samhandlingsreformen har fått større plass i oppgaven enn forventet, men vi ser ringvirkningene som begynner å komme i kommunehelsetjenesten

og hjemmesykepleien. Dette stiller større krav til sykepleieres kunnskaper og holdninger, samt dokumentasjonskulturen på arbeidsplassene. Det er en viktig forutsetning at både sykepleiere og annet helsepersonell har nødvendige kunnskaper om hvordan det skal dokumenteres slik at pasientens pleieplan fremstår som helhetlig.

Tiltak som mobil teknologi er kommet for å bli, men også viktig å huske på at teknologien utvikles raskere enn forskningen på området. Det er viktig at sykepleiere og helsepersonell har en positiv holdning til dokumentasjonsarbeidet og bruk av mobil teknologi. Vi mener at mobil teknologi kan lette dokumentasjonen og gi en forbedret dokumentasjonspraksis innen hjemmetjenesten.

Endring av muntlig rapport til stille rapport kan være et tiltak som både er fremmende på sykepleiedokumentasjonen og frigjør tid til sykepleiedokumentasjonen i en hektisk arbeidsdag. Tid er alltid en stor utfordring, både for ledelsen og ansatte ellers.

7.0 Litteraturliste

Birkeland, A og A.M Flovik (2012) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe AS

Bjerga, G.H., M., Kro Gausel, M., Gilje Heggland og B., Rossavik. (2013) Dokumentasjon ga bedre pleie. I: *Sykepleien* [online] 101 (09) :47-49. URL:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/1289908/dokumentasjon-ga-bedre-pleie>
(07.04.14)

Bjøro, K. og M. Kirkevold (2011) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie I: Kristoffersen, N., F. Nordtvedt og E.-A Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 344-383

Dahl, K. (2002) Dokumentasjon og prosess: dilemmaer i et historisk perspektiv. I: *Sykepleien* [Online]. 90 (3) s 46-50. URL:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/119586/dokumentasjon-og-prosess:-dilemmaer-i-et-historisk-perspektiv> (31.03.14)

Dahl, K. (2001) Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. I: *Sykepleien* [Online] 89 (1) s 54-58. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121868/den-problematiske-sykepleiedokumentasjonen> (27.02.14)

Dahl, K. og E., A Skaug (2012) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F og E. A., Skaug (red) *Grunnleggende sykepleie, b 2*. Oslo: Gyldendal, s. 16-59.

Dalland, O. (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk

Drugge, G (1988) *Som en vit ros och så dår... 52 patienters upplevelser av sin cancersjukdom och vården omkring den. Institutionen för socialt arbete*. Umeå universitet 1888

Eines Fløystad, T. (2012) Forskning kan føre til konflikt. I: *Sykepleien* [online] 100 (03) :68-69. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/824607/forskning-kan-fore-til-konflikt> (26.04.14)

Forsberg, C. og Y. Wengstrøm. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier – vardering, analys och presentation om omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur og Kultur.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*[online] <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (02.04.14)

Forskrift om pasientjournal (2000) *Forskrift om pasientjournal* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385> (01.04.14)

Gjevjon, E., R og R., Hellesø (2009) The quality of home care nurses`documentation in new electronic patient records. I: *Journal of Clinical Nursing* [online] 19. s. 100-108. URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&sid=4d015dde-9fdf-4065-9dc2-cf1a57fee685%40sessionmgr4002&hid=4209&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010510239> (28.03.14)

Hatlen T., L.B., Blekken og B., André. (2014) Implementering av sykepleiediagnoser i fritekst. I: *Sykepleien* [online] 9 (1) :44-52. URL: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1459993/implementering-av-sykepleiediagnoser-i-fritekst> (15.03.14)

Heggedal, Kristin (2012) *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet (2004). *Veileder for forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteytingen etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. [Online]. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf> (27.04.14)

Helsedirektoratet (2005) *...OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. URL:<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx> (03.04.14)

Helsedirektoratet (2006) *Veileder for saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenesten*. [Online]. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester/Publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf> (28.03.14)

Helse og omsorgsdepartementet (2006) *Omsorgsplan 2015*. St. meld. nr. 25 (2005-2006) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Helse og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen "Rett behandling- på rett sted – til rett tid*. St. meld. Nr 47 (2008 – 2009) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Helse og omsorgstjenesteloven (1982) *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m* [Online]. Lovdata. URL: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven*#KAPITTEL_4 (03.04.14)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* [Online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (01.03.14)

Hig (2014) *Beskrivelse av databasene* [online]. URL: http://www.hig.no/biblioteket/databaser2/database_info (27.04.14)

Høgskolen i Gjøvik (2013) *Forskning: kvalitet i sykepleie* [Online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (10.03.14)

Høgskolen i Gjøvik (2013) *Undervisningsplan 2013, studieenhet 3, Bachelor i sykepleie 10HBSPLD*. Høgskolen i Gjøvik, HOS, seksjons for sykepleie.

Håkonsen, K., M. (2009) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal

KITH- rapport (2003) *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. [Online]. URL: <http://www.kith.no/upload/1105/R14-03VeilederElektroniskDokSykepleie-v1.pdf> (01.03.14)

Kristoffersen N.J (2012) *Sykepleie-kunnskap og kompetanse*. I: Kristoffersen N.J., F. Nortvedt, E-A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Krokmyrdal, K. A. og B.M. Larssen (2003) Kvalitetssikring av datakompetanse. I: *Sykepleien* [Online] 91 (5) s 36-39. URL:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118483/kvalitetssikring-av-datakompetanse> (28.04.14)

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. [Online] URL:

http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (25.03.14)

Lystad, A. M. (2006) *Håndbok i konflikthåndtering*. Oslo: Akribe.

Markussen, K. (2005) Kvalitet krever endring. I: *Sykepleien* [online] 93 (05):64-65. URL:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/116748/kvalitet-krever-endring> (26.04.14)

Mickan, S., JK., Tilson, H., Atherton, NW., Roberts, og C., Heneghan. (2013) Evidence of effectiveness of health care professionals using handheld computers: a scoping review of systematic reviews. I: *Journal of medical Internett research*. [online] 28:15 (10): e212. URL:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24165786> (07.04.14)

Moen, A., R., Hellesø og A., Berge (2008) *Sykepleieres journalføring – Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe AS

Molven, O. (2009) *HELSE og JUS*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Monstad, N. (2007) Hjemmesykepleiere i klemma. [online]I: *Sykepleien* 95 (13) :59-61. URL:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118035/hjemmesykepleiere-i-klemma> (26.04.14)

Naustdal A-G., G. Netteland (2012) Sykepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv I: *Sykepleien* [online] 7 (3) :270-277 URL:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1012200/sykepleiedokumentasjon-i-eit-elektronisk-samhandlingsperspektiv> (23.02.14)

Norsk Sykepleieforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: Norsk sykepleieforbund, 1 (11), s. 1.

Northouse, P. (2001). *Leadership: Theory and practice* (2nd ed.). London: Sage

Nortvedt, M. og G., Jamtvedt (2009) I: *Sykepleien*. [online] 97 (07) :64-69. URL: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=160590 (06.05.14)

Nortvedt, M.W, G. Jamtvedt, B. Graverholt, L.V. Nordheim og L.M. Reinart (2012) *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribes AS

Nortvedt, P (2008) *Sykepleiens grunnlag- historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS

NSFID (2007) *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. 3. Utgave. [Online] URL: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/135844/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>

NSD (2014) *Publiseringskanaler – dokumentasjon* [Online]. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (20.04.14)

Nyheim, B., N., Line og H., Ørnes. (2004) Standardisering og ny teknologi for å oppfylle dokumentasjonskrav. I: *Sykepleien* [online] 90 (4):58-61. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/119846/standardisering-og-ny-teknologi-for-a-oppfylle-dokumentasjonskrav> (26.04.14)

Öhlen, A., C., Forsberg og E., Broberger (2013) Documentation of nursing care in advanced home care. I: *Home health care management*. [online] 25 (4) s. 169-175. URL: <http://hhc.sagepub.com/content/25/4/169.short> (05.04.14)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [Online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (20.03.14)

Polit, D. F og C.T, Beck (2010) *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riddervold, H. (2010) Sykepleiere må være med å påvirke. I: *Sykepleien* [online] 98 (04) :62-65. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/340888/sykepleiere-ma-vare-med-a-pavirke-> (27.04.14)

Rusdal, M. og K. Aase (2013) Kontinuitet til pasienter med vekselopphold. I: *Sykepleien* [online] 8 (2) :124-130. URL: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1192606/kontinuitet-i-sykepleien-til-pasienter-med-vekselopp hold> (23.02. 14)

Rykkje, L., A. Brattestad og S. Hansen (2007) Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS. I: *Sykepleien* [online]. 95 (15) s 69-71. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118256/mindre-dokumentasjon-etter-innforing-av-epj-og-vips> (02.03.14)

Sandvand, E og G. Vabo (2007) *Dokumentasjon i sykepleien- en basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Sandvoll Vee, T., og M., Hestetun (2009) Struktur og rutinar, -naudsynte føresetnader for å sikre sykepleiedokumentasjon. I: *Vård i Norden* [online] 29 (3) 50-2. URL: http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=sandvoll%20AND%20vee&query=sandvoll%20vee&start=0&rows=10&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=112507&pos=0 (04.04.14)

Solvang, A (2005) Stille rapport. I: *Sykepleien* [online] 93 (19) s. 58-60. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118607/stille-rapport> (25.02.14)

Sykepleien (2009) *Forskning*. [Online] URL: <http://www.sykepleien.no/forskning> (28.03.14)

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003) Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. I: *VARD I NORDEN* , 23 (4), S. 8.

Svensson, R (1998) *Samfunn, medisin, sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Sæterstrand, T (2010) Mer samhandling gir bedre kommunehelsetjeneste. I: *Sykepleien* [online] 98 (14) :56-57 URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/548491/mer-samhandling-gir-bedre-kommunehelsetjeneste> (27.02. 14)

Vabo, G (2013) *Dokumentasjon i sykepleie- Et aksjonsforskningsprosjekt i Setesdal*. [Online]. URL: <http://www.omsorgsor.no/nyheter/dokumentasjon-av-sykepleie-et-aksjonsforskningsprosjekt-i-setesdal> (01.05.14)

Wangensteen, G og M Nivison (2008) Aktiv bruk av pleieplan. I: *Sykepleien* [Online]. 96 (03) s 62-64. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/116286/aktiv-bruk-av-pleieplan> (02.05.14)

8.0 Vedlegg

Søking og resultater (dato)

| Søkeord | Database | Kombinasjoner | Antall treff |
|---|--------------------------------------|---------------|--------------|
| 1. Documentation 2. home care 3. quality | Cinahl | 1 and 2 and 3 | 7 |
| 4. Nursing documentation 5. Quality | SveMed+ | 4 and 5 | 20 |
| 6. Dokumentasjon | Sykepleien Fag og Forskningsarkiv | | 36 |
| 7. Documentation 8. Home nursing | Google Scholar | 7 and 8 | 10 |
| 9. Dokumentasjon 10. Kontinuitet | Swemed+ | 9 and 10 | 5 |
| 11. Nursing documentation 12. quality | Swemed+ | 11 and 12 | 20 |