

Brenda Madya Choni
Kotchaporn Theangsri

Hvordan kan sykepleiedokumentasjon styrke kvalitet på helsehjelp for pasienter som bor på sykehjem?

Antall ord: 8799

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie

Veileder: Rigmor Einang Alnes

Mai 2020

Brenda Madya Choni
Kotchaporn Theangsri

Hvordan kan sykepleiedokumentasjon styrke kvalitet på helsehjelp for pasienter som bor på sykehjem?

Antall ord: 8799

Bacheloroppgave i Bachelor i Sykepleie
Veileder: Rigmor Einang Alnes
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Studiens hensikt er å utforske hvordan sykepleiedokumentasjon kan styrke kvalitet i helsehjelp som ytes til pasienter som bor på sykehjem.

Metode: Det systematiske litteratursøket resulterte i åtte forskningsartikler hvorav kvalitativ-, kvantitativ forskning, én med kombinert metode og én oversiktsstudie ble inkludert. Forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur er benyttet for å belyse problemstillingen.

Resultat: Utfordringer knyttet til dokumentasjonsarbeid på sykehjem er mangel på kultur, samt kunnskap om kvalitetsarbeid og dokumentasjon. Det er behov for tydelig struktur i dokumentasjon. Implementering av standard i dokumentasjon ved å integrere standardisert sykepleieplan og klassifikasjonssystem i de elektroniske pasientjournalssystemer kan mulig bedre fullstendigheten i dokumentasjon. Sykepleiers holdning påvirker også hvordan dokumentasjonsarbeid blir utført.

Konklusjon: Det kan være vanskelig å dokumentere om helsetilstander til eldre pasienter, særlig gjelder dette ved små endringer. For å kunne bedre dokumentasjonspraksis, er opplæring og implementering av standardisert dokumentasjon viktig. Ledelse spiller en avgjørende rolle i forbedringsarbeid. Sykepleier kan på sin side bidra til bedre dokumentasjonsrutiner på sykehjem ved å vise positiv holdning til kompetanseutvikling, samt ved å øke kunnskapsnivået blant medarbeidere og studenter gjennom undervisning og veiledning. Når utført sykepleiedokumentasjon er basert på kunnskap, vil det kunne bidra til å styrke kvaliteten i helsehjelpen.

Abstract

Aim: The purpose of this study is to explore or find out how nursing documentation can enhance the quality of healthcare provided at nursing homes.

Method: A systematic literature search resulted in eight research articles of which, quality, quantitative research, one with combined method and one overview study were included. Research articles and literature from syllabus as well as self-selected literature have been used to illustrate the issue.

Result: Challenges associated with documentation in nursing homes are lack of culture of documentation as well as knowledge about quality of work and documentation. There is the need for unambiguous structure in documentation. To implement a standard of documentation by integrating standardized nursing plan and classification systems in the electronic patient journal systems, can improve the completeness and comprehensiveness of the documentation. The end documentation work is influenced by attitude of nurses.

Conclusion: It can be difficult to document the health standards of geriatric patients, especially when there are minimal changes. In order to change the nursing documentation practice for the better, training and implementation of a standardized nursing documentation is required. Leadership has an important role to play in quality improvement. Nurses on their part can contribute to better documentation routines in nursing homes by having positive attitude towards competence development as well as increasing competence level among colleagues/staff and students by way of teaching and guidance. When nursing documentation is done based on scientific methodologies it will in the end improve the quality in health care.

Forord

Når vi tenker tilbake, har de tre årene i sykepleiestudiet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Ålesund gått som et lyn. Gjennom disse tre lærerike, utfordrende og spennende årene, har vi fått muligheten til å bli kjent med så mange dyktige forelesere og fantastiske medstudentere. Vennskapet som er skapt under studiet vil vare livet ut.

Denne bacheloroppgaven er som en markering på avslutningen på bachelorløpet i sykepleie ved NTNU i Ålesund. Oppgaven har vært krevende, men samtidig spennende og lærerikt. Vi sitter igjen med mye kunnskap som vil være i stor nytte for vår fremtidig karriere. Under arbeidet med bacheoloroppgaven har det vært mange personer som har bidratt med stor hjelp. Vår største takk går til veilederne, Rigmor Einang Alnes og Eva Walderhaug Sæther. Takk for både gode veiledninger, støtte og konstruktiv tilbakemelding, og ikke minst inspirasjon og oppmuntring som motiverte oss til å gjennomføre en best mulig bacheloroppgave. Vår nest største takk går til Hilde Gjessing som har hjupet oss med rettskrivning. Avslutningsvis ønsker vi å takke alle venner som har bidratt på vår vei.

Tusen hjertelig takk igjen til ALLE. Uten dere hadde det vært enda vanskeligere for oss å komme gjennom både oppgaven og studiet.

Innhold

1.0 Innledning	11
1.1 Bakgrunn for valg av tema	11
1.2 Hensikt med oppgaven	12
1.3 Problemstilling	12
1.4 Begrepsforklaring	12
1.5 Avgrensning og presisering	12
1.6 Organisering av oppgaven	13
2.0 Teoribakgrunn	14
2.1 Sykepleiedokumentasjon	14
2.1.1 Hensikt med dokumentasjon av sykepleie	14
2.1.2 En lovpålagt plikt	15
2.1.3 Sykepleieprosess	15
2.1.4 Struktur og standardisering av dokumentasjon	16
2.2 Ledelse og ansvar	17
2.2.1 Kvalitetsarbeid	17
2.2.2 Forbedringsarbeid og forbedringsmodell	18
3.0 Metode	19
3.1 Systematisk litteraturstudie	19
3.2 Datainnsamling	19
3.3 Kvalitetsvurdering	21
3.4 Etisk vurdering	21
3.5 Analyse	22
4.0 Resultat	23
4.1 Betydning av tydelig struktur i dokumentasjon	23
4.2 Behov for standardisering av dokumentasjon	24
4.3 Dokumentasjon er viktig for kvalitet i helsehjelp	24
4.4 Dokumentasjon som kommunikasjonsmiddel	25
4.5 Sykepleiers kunnskap, kompetanse og holdning	26
5.0 Diskusjon	28
5.1 Metodediskusjon	28
5.2 Resultatdiskusjon	29
5.2.1 Kan pasientinformasjon som dokumenteres påvirke kvaliteten på helsehjelp?	29
5.2.2 Sykepleierleder og forbedringsarbeid innen dokumentasjon	30
5.2.3 Bruk av sykepleieprosess og implantering av standardiserte sykepleieplan (SCP) i elektronisk pasientjournal (EPJ)	32

5.2.4 Sykepleiers holdning til dokumentasjonsarbeid	34
6.0 Konklusjon	35
Litteraturliste	36
Vedlegg 1: Søketablell	
Vedlegg 2: Oversikt over manuell søkning og ekskluderte artikler	
Vedlegg 3: Et eksempel på en sjekkeliste	
Vedlegg 4: Oversikt over identifisering av viktige funnene	
Vedlegg 5: Oversikt over hovedtemaer	
Vedlegg 6: Litteraturmatrise	

1.0 Innledning

Helse- og omsorgstjenestene i Norge er blant de beste i verden. Imidlertid kan det oppstå svikt i tjenester som ytes. Norske helsemyndigheter beskriver feil, svikt og mangler i helsetjenester som uønsket variasjon, noe som viser at pasienter og brukere får helsehjelpen som ikke følger anbefalte standarder (Stubberud, 2018, s. 11). På sykehjem er pasientene i stor grad på langtidsopphold, og møtepunktene mellom sykepleier og lege er mindre enn på sykehus. Sykepleiedokumentasjon er dermed et essensielt arbeidsredskap for å sikre kvalitet i helsehjelp, samt at det kan bidra til bedre og kontinuerlig pasientbehandling og sikre pasientsikkerhet (Vabo, 2018, s. 33).

Likevel er manglende dokumentasjon noe vi ofte ser i helsevesenet. Dette kan føre til en rekke konsekvenser. Pasientjournalen anses som en forsvarlig og juridisk arena for kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell, og vil være med på å skape felles forståelse og gode arbeidsrutiner for helsepersonell (Vabo, 2018, s. 43). Som sykepleier har man plikt til å dokumentere. Dokumentasjonsplikten er hjemlet i helsepersonelloven kapittel 8 og i forskrift om pasientjournal. Ved hjelp av nødvendig dokumentasjon kan pasienter få helsehjelp av god kvalitet som inkluderer tilfredsstillende og effektive pasientforløp (Pasientjournalforskriften, 2019, §1). Som sykepleier har man også en lovpålagt plikt til å sørge for kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet (helsepersonelloven, 1999, §4-2). Kvalitetsarbeid som sikter å utvikle og forbedre helse- og omsorgstjenestene er derfor nødvendig, og dokumentasjon av sykepleie og helsehjelp generelt hjelper oss i dette kvalitetsarbeidet (Stubberud, 2018, s.11 og s. 54).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi valgte temaet sykepleiedokumentasjon på grunnlag av egne erfaringer fra både praksisperioder og arbeidserfaring i helseinstitusjoner. Vi opplever at det ofte er vanskelig å finne essensiell informasjon i pasientjournalen, og informasjonen som står der fremstår mangelfull og fragmentert. Dette kan føre til dårlig oppfølging av pasienten, manglende kontinuitet i helsehjelp og forsinkelse i iverksetting av tiltak. I vår praksis opplevde vi lite gjennomgang av dokumentasjonsrutiner og veiledning. Vi opplevde høye forventninger på praktiske ferdigheter og mindre fokus på organisatoriske forhold. Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven håper vi dermed å få kunnskap om og forståelse for betydning av dokumentasjon i sammenheng med kvalitet og den helsehjelpen som gis til pasienter. Kunnskapen som vi har fått underveis i arbeidet med denne oppgaven vil komme til nytte i vår karriere som sykepleier.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan kvaliteten i helsehjelp som ytes til personer som bor på sykehjem kan styrkes gjennom sykepleiedokumentasjon, samt belyse sykepleierens ansvar knyttet til dette.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiedokumentasjon styrke kvalitet på helsehjelp for pasienter som bor på sykehjem?»

1.4 Begrepsforklaring

Sykepleiedokumentasjon: Dokumentasjon som beskriver sykepleie til den enkelte pasient og er definert som en selvstendig del av pasientjournal. Dokumentasjon av sykepleie omfatter observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger, som til sammen utgjør dette en sykepleieplan for pasienten (Heggdal, 2006, s. 60).

Kvalitet på helsehjelp: Aktiviteter og tiltak i helse- og omsorgstjenesten øker mulighetene for at man får en ønsket helsegevinst dersom tjenestene utføres i samsvar med oppdatert kunnskap (Stubberud, 2018, s. 17).

Helsehjelp: All handling som utføres av helsepersonell og som innebærer forebygging, diagnostisering, behandling, helsebevaring, rehabilitering eller pleie- og omsorgsformål (helsepersonelloven, 1999, § 3).

Pasienter i sykehjem: Pasienter i sykehjem er oftest langtidspasienter med en gjennomsnittsalder på 85 år, med stort behov for hjelp grunnet kronisk sykdom, multipel diagnose, og redusert fysisk og/eller psykisk funksjon som følges av alder og sykdom (Haugan, 2014, s.102).

1.5 Avgrensning og presisering

Oppgaven tar utgangspunkt i et sykepleieperspektiv. Det avgrenses til å gjelde sykepleiedokumentasjon på sykehjem. Grunnen til vi valgte sykehjem som vårt område, er fordi at vi erfarer at pasienter som bor på sykehjem stort sett er eldre personer som trenger pleie og omsorg på grunn av mange tilstander som følges av aldersforandringer og somatiske sykdommer. I praksis har vi erfart at kvalitet i sykepleiedokumentasjon blir påvirket av tidspress og lav kompetanse blant personalet, noe som igjen påvirker helsehjelpen som ytes til pasienter som bor på sykehjem. Ordet «dokumentasjon» vil i oppgaven omhandle både elektronisk sykepleiedokumentasjon og dokumentasjon i papirformat da det brukes om hverandre i stor grad, basert på erfaring fra praksis.

1.6 Organisering av oppgaven

Denne bacheloroppgaven er satt opp etter retningslinjer for bacheloroppgave og har APA- referansestil. Aktuell teori som presenteres i det neste kapitlet skal gi et helhetlig bilde av temaet og vil senere bli knyttet til diskusjonen av resultatet. Kapittel 3 tar for seg metodebeskrivelse og datainnsamling, samt kvalitetsvurdering og etisk vurdering. Sentrale funn presenteres i resultatdelen, som finnes i kapittel 4. I kapittel 5 presenterer vi drøftingen vår opp mot problemstillingen. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og forslag til videre forskning.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet skal det presenteres relevant kunnskap som vil brukes til å belyse problemstillingen. Dette innebærer en fremstilling av oppgavens sentrale begreper og teoretiske perspektiver, som vil danne grunnlag for diskusjonen.

2.1 Sykepleiedokumentasjon

Sykepleiedokumentasjon har vært praktisert siden Florence Nightingale, men det er ikke lenger tilbake enn til 2001 at dokumentasjonspraksis ble lovpålagt for sykepleiere (NSFID, 2007). Nightingale fikk frem hensikten med og viktigheten av dokumentering av arbeidet som ble utført, samt hennes observasjon, registrering og systematiske nedtegnelser fra arbeidet under Krimkrigen (1853-1856) ble utgangspunkt i statistikk og førte til endringer og forbedringer i sykepleierarbeid (Vabo, 2014, s. 13).

Sykepleiedokumentasjon er et skriftlig uttrykk for hva sykepleier observerer, planlegger, gjennomfører og evaluerer i samhandling med pasienten (Skaug, 2016, s.343).

2.1.1 Hensikt med dokumentasjon av sykepleie

Hensikten med journalføring er å skape en oversikt over pasientens tilstand og effekten av sykepleie som ytes til pasienten (Skaug, 2016, s.344). Sykepleiere og annet helsepersonell kan gjennom sykepleiedokumentasjon, bidra til å ivareta pasientsikkerhet, kvalitet i helsehjelp, forsvarligheten og kontinuiteten av sykepleie og behandling (Vabo, 2018, s. 35). Når det er flere som gir helsehjelp til en pasient er det viktig at informasjonen i pasientjournalen gir en god oversikt, samt oppdateres og endres etter pasientens situasjon (Vabo, 2018, s. 37). Dokumentasjon som inneholder nødvendige og tilstrekkelige informasjon vil gi et riktig bilde av bakgrunnen for helsehjelpen og hvilken helsehjelp som er planlagt, utført og evaluert (Vabo, 2018, 34). Dokumentert informasjon vil i tillegg kunne brukes som bakgrunn for både undervisning og forskning innenfor sykepleiefaget (Vabo, 2018, s. 33).

Sykepleiedokumentasjon fungerer også som et kommunikasjonsmiddel mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. Ved at informasjonen er samlet, gir det et bedre grunnlag for kommunikasjon, samhandling mellom de enkelte medvirkende og koordinering mellom nivåer i helsetjenesten. Samlet informasjon som er tilgjengelig elektronisk, gir sykepleiere, annet helsepersonell, pasient og pårørende en rask tilgang til informasjon om pasientsituasjonen (Skaug, 2016, s.345). Dokumentasjon av sykepleie vil være et utgangspunkt for ledelse og ressursstyring, samt muliggjøre kontroll og ettersyn, ved at den speiler den reelle situasjonen (Vabo, 2018, s. 33).

2.1.2 En lovpålagt plikt

Det stilles både juridiske, faglige og etiske krav til sykepleiedokumentasjon. Skaug (2016, s.344) har listet opp sentrale rammer for sykepleiedokumentasjon i pasientjournalen.

- Lov om helsepersonell, 1999, kapittel 8
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999
- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp, 2014
- Lov om behandling av personopplysninger, 2000
- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger, 2014
- Forskrift om pasientjournal, 2000
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011

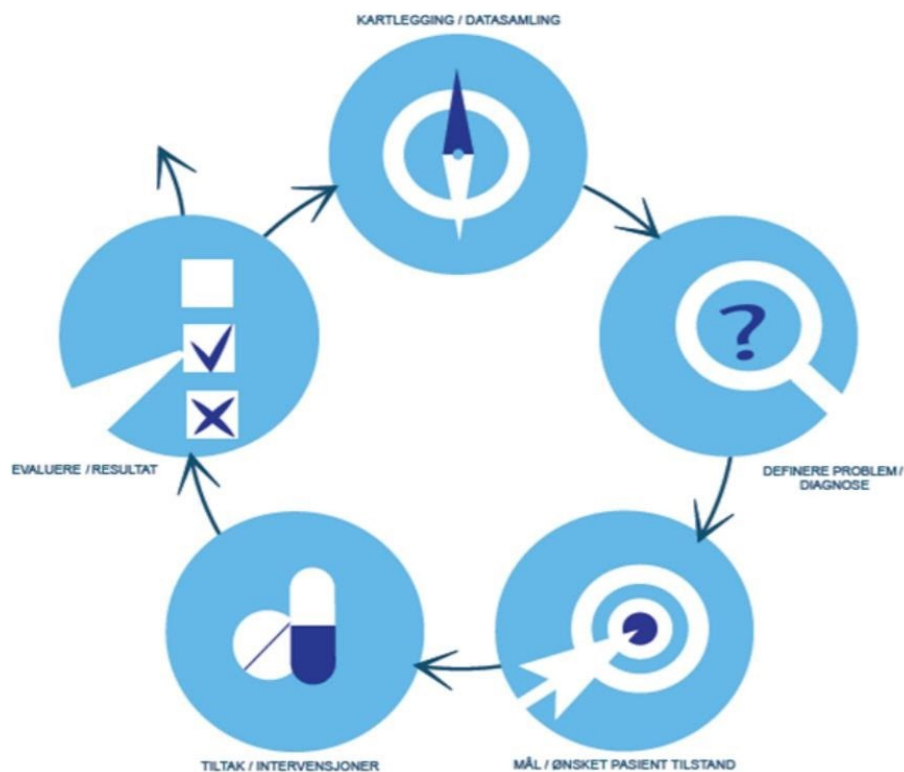
Ifølge helsepersonelloven (1999, § 39-40) har alle som utfører sykepleie og omsorg i helseinstitusjonene plikt til å dokumentere relevant og nødvendig informasjon om pasienten og helsehjelpen som er gitt, samt presentere informasjon som er nødvendig for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i samsvar med lov. Journalen skal være lett å forstå for annet helsepersonell. I pasientjournalforskriften (2019, §4 og §6) angis flere detaljer om hva pasientjournalen skal inneholde. I tillegg til biografiske opplysninger og pasientens sykehistorie skal journalen inneholde opplysninger om bakgrunnen for helsehjelpen, observasjoner, og når og hvordan helsehjelpen er gitt (Pasientjournalforskriften, 2019, §8). Skaug (2016, s. 344) påpeker at en plikt for helsepersonell innebærer også en rett for pasienter og brukere. Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- omsorgstjenester, de har rett til informasjon, samt rett til innsyn i sin journal og kan kreve at informasjon i journalen blir rettet eller slettet (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §5-1 og 5-2).

2.1.3 Sykepleieprosess

Problemløsende metode for sykepleie ligger under betegnelsen sykepleieprosess. Sykepleieprosessen har vært kjent og benyttet av norske sykepleiere siden 1960-årene (Skaug, 2016, s.341). Den amerikanske sykepleieren Hildegard Peplau var den første som benyttet begrepet. Hun definerte sykepleieprosessen som "alt som skjer mellom pasient og sykepleie", og la vekt på samhandling og problemløsning mellom pasienten og sykepleie som avhengig variable (Skaug, 2016, s.341-342).

Sykepleieprosessen består av fem faser, og disse fasene skal munne ut i en sykepleieplan som skal synliggjøre og evaluere den helsehjelpen som ytes (NSF, 2017). Sykepleieprosessen innebærer dermed faglige redskaper som datasamling, problemidentifisering, identifisering av mål, gjennomføring av målrettede handlinger og tiltak, samt evaluering av handlingenes effekt-knyttet til assosierte problemer som står til hinder for pasientens evne til å ivareta sine egne grunnleggende behov og/eller å mestre konsekvenser knyttet til pasientens sykdom (Skaug, 2016, s.339). VIPS-modellen er en svensk dokumentasjonsmodell og er en spesifikk sykepleiefaglig operasjonalisering av problemløsende metode. Modellen blir tatt i bruk for dokumentasjon i pasientjournal i

flere norske virksomheter (Skaug, 2016, s. 346). Figuren nedenfor illustrerer sykepleieprosessen.



Figur 1: Sykepleieprosess (NSF, 2017)

2.1.4 Struktur og standardisering av dokumentasjon

Ifølge forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg (2015, §3) skal pasientjournalen føres elektronisk. Ulike leverandører har utviklet ulike systemer for den elektroniske pasientjournalen (EPJ). Disse har ulik utforming, og per i dag mangler det en enhetlig struktur for skriving av pasientinformasjon og behandlingsplaner (Skaug, 2016, s. 345). Selv om de ulike systemene mangler en enhetlig struktur for hvor og hvordan sykepleiedokumentasjon skal utføres, er det hensiktsmessig å benytte problemløsende metode som ramme for dokumentasjonsarbeid (Skaug, 2016, s. 345).

“Dokumentasjon av sykepleie skjer i fritekst, ved hjelp av standardiserte systemer og språk for sykepleiediagnoser, mål og tiltak, eller i en kombinasjon av fritekst og standarder. Slike standarder er utviklet i form av klassifikasjonssystemer” (Skaug, 2016, s. 345). Klassifikasjonssystemer innenfor sykepleie består av standardiserte begreper som er spesifikke for sykepleiefaget, noe som vil gi sykepleiere felles forståelse av innholdet i begrepene (Skaug, 2016, s. 345). International Classification for Nursing Practice (ICNP) er en av de klassifikasjonssystemene innenfor sykepleie som er mest kjent i Norge (Skaug, 2016, s. 346). ICNP er et klassifikasjonssystem av sykepleiediagnose, sykepleieintervensjoner og resultater som beskriver sykepleiepraksis, som NSF terminologi-råd har anbefalt å integrere i EPJ som standardisert terminologi

knyttet til dokumentasjon av helsehjelp (NSF, 2017). En felles forståelse av betydning av begreper, altså fagspråk, vil lette kommunikasjon mellom ulike ledd i helsetjenesten (Swensen, 2019).

2.2 Ledelse og ansvar

Lederer på alle nivåer i helsetjenesten har ansvar for systematisk forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid. Dette ansvaret, etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene (2016, §6-9) omfatter plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Å kunne innføre gode dokumentasjonsrutiner forutsetter at leder har oversikt og kunnskap om samfunnets krav til dokumentasjon, profesjonens krav til innhold og utførelse i forhold til dokumentasjon, valg av standard i EPJ-system som skal brukes, og valg og utforming av mal for dokumentasjon (NSF, 2017). Oppgaver for lederen i forhold til dette innebærer å etablere rutiner i forhold til dokumentasjon av planlagt og gjennomført helsehjelp, sikre at alle ansatte er innforstått med at planlegging, gjennomføring og evaluering av sykepleie skal likestilles med å dokumentere arbeidet, og sørge for at dokumenter knyttet til krav til kvalitet og dokumentasjon er kjent for alle ansatte (NSF, 2017).

2.2.1 Kvalitetsarbeid

I henhold til norske helsemyndigheter innebærer kvalitet i helsehjelp at tjenestene er virkningsfulle, involverer pasient- og brukermidvirkning, er trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, at de utnytter ressursene på en god måte og er rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Kvalitetsarbeid, som kvalitetsforbedring og kvalitetskontroll, er en kontinuerlig prosess for å utvikle og forbedre helse- og omsorgstjenester, en viktig faktor for behandlingsresultat, og har pasientsikkerheten som mål (Stubberud, 2018, s.11). Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §4-2) er ledere og helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten forpliktet til å administrere kvalitetsarbeid i virksomheten. Kvalitetsarbeid, sammen med undervisning og veiledning, og administrasjon og ledelse, ligger under sykepleierens indirekte pasientrettede arbeid (Stubberud, 2018, s.13).

Svikt i kommunikasjon, kultur uten sikkerhet, dårlig organisering og mangelfull ledelse er avgjørende for svikt i faglig kompetanse. Dette indikerer at det kreves reflekterte klinikere og dyktige ledere med en organisatorisk kompetanse og verdi-og kulturforståelse i kvalitetsarbeid (Orvik, 2015, s. 74). Påvirkende faktorer for kvalitetsarbeid er kunnskapsbasert praksis, ledelseskompetanse, samhandling, helsepersonellens kompetanse, pasient- og brukermidvirkning og teknologi (Stubberud, 2018, s.24).

2.2.2 Forbedringsarbeid og forbedringsmodell

Formålet med forbedringsarbeid er å redusere variasjonen som observeres i en prosess over tid og forbedre resultatene til ønsket nivå (I trygge hender 24-7, 2018). Bedring i helsetjenester er avhengig av at forbedringsarbeid som gjennomføres i praksis skaper varige forbedringer. Det vil si at forbedringsarbeid er blitt en vanlig måte å jobbe på, og lenger ikke oppleves som en ekstra arbeidsprosess (Stubberud, 2018, s.137).

Implementering av forbedringsarbeid er en essensiell del av selve kvalitetsforbedringsprosessen. I starten av et forbedringsarbeid må forbedringsarbeidet godkjennes i lederlinjen. Deretter formuleres en plan for implementeringen, samt barrierer mot eventuelle endringer identifiseres (Stubberud, 2018, s. 139). Et forbedringsarbeid forutsetter en leder for enheten og et forbedringsteam som skal drive forbedringsarbeidet fremover (I trygge hender 24-7, 2018). Ledelsens engasjement er viktig i prosessen for å danne en kultur som fremmer personalets motivasjon til å utføre forbedringsarbeidet, og dermed kan det være hensiktsmessig å ha representanter fra ledelsen med i forbedringsgruppen (Stubberud, 2018, s. 143).

Forbedringsmodellen er sentral for planlegging og gjennomføring av forbedringsarbeid. Modellen består av to faser. Den første handler om å planlegge HVA som skal gjøres for å skape en forbedring ved hjelp av tre grunnleggende spørsmål:



Figur 2: Forbedringsmodell, fase 1 og fase 2 (I trygge hender 24-7, 2018)

Den andre delen i forbedringsmodellen handler om å finne ut HVORDAN dette kan gjennomføres i praksis ved hjelp av PDSA-sykluser. PDSA-testing inngår i Demings teori «System of Profound Knowledge», og står for Plan (planlegge), Do (gjøre), Study (studere) og Act (handle). PDSA-metoden benyttes for systematisk innhenting av kunnskap om hvordan forbedringstiltakene kan iverksettes i praksis (I trygge hender 24-7, 2018).

3.0 Metode

I denne oppgaven benyttes systematisk litteraturstudie som metode. Gjennom systematisk litteratursøk har vi funnet åtte forskningsartikler som sammen med relevant faglitteratur skal kunne gi svar på problemstillingen. I dette kapitlet gjøres det rede for datainnsamling, kvalitetsvurdering, etisk vurdering og analyse, som skal forklarer hvordan vi har kommet frem til de valgte forskningsartiklene.

3.1 Systematisk litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie går ut på at en problemstilling er tydelig formulert besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, granske og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2016, s. 27). Å gjennomføre en systematisk litteraturstudie vil fordre arbeid på følgende trinn: avklaring av motivasjon for studien, formulering av en problemstilling som kan besvares, planlegging av litteraturstudien, utvalg av søkeord og søkestrategi, identifisering og utvalg av litteratur i form av vitenskapelige artikler, for så å kritisk vurdere og bedømme kvalitet og velge den litteraturen som er relevant. Videre kommer analyse av resultatet med påfølgende sammenfatning av funn, før den avsluttende konklusjonen (Forsberg og Wengström, 2016, s.31).

3.2 Datainnsamling

Etter å ha formulert en problemstilling ut fra vårt tema, valgte vi ut følgende aktuelle søkeord fra problemstillingen; dokumentasjon, sykepleie, kvalitet og helsehjelp. Deretter ble disse søkeord oversatt til engelsk. Følgende engelske søkeord ble brukt i det systematiske litteratursøket: Nursing documentation, nursing homes, quality of healthcare. I søkestrategien ble PICO-skjema benyttet, der C er ekskludert, grunnet at det ikke er relevant for problemstillingen (se *tabell 1*).

Tabell 1. PICO:

P Patients/population/problem	I Intervention/initiativ/action	C Comparison	O Outcome	
Pasienter på sykehjem/sykehjem	Sykepleiedokumentasjon		Kvalitet i helsehjelp	↑
Nursing homes Nursing home patients Long term care facility	Nursing documentation Documentation in nursing Electronic health record Electronic nursing documentation Nursing record		Quality in healthcare Quality in nursing care	
← AND →				↓

Databasene CINAHL, Medline og SveMed+ ble benyttet på bakgrunn av sykepleie- og helsefaglig innhold. Søkeordene kombineres med AND, og OR i noen tilfeller. Bruk av OR i søkestrategien ga ikke like godt resultat som når søkeord ble søkt individuelt og

kombinert med AND. Vi har justert søkeord og søkestrategier underveis når vi ikke fikk ønsket resultat (se vedlegg 1). Vi har laget inklusjons- og eksklusjonskriterier som vil danne en bakgrunn for begrenning og sortering av resultatene i artikkelsøk for å komme frem til aktuelle forskningsartikler (se tabell 2).

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriteriene	Eksklusjonskriteriene
<ul style="list-style-type: none"> • Artikler som er fagfellesvurdert. • Artikler som er blitt publisert f.o.m 2000 • Artikler som inneholder IMRAD-struktur. • Artikler som er skrevet på Engelsk eller Norsk. • Artikler som er publisert i vitenskapelig tidsskrift, nivå 1 eller 2. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikler som IKKE er fagfellesvurdert. • Artikler som er blitt publisert før 2000.

Artikkelsøk ble innsnevret ved å velge "peer reviewed/fagfellesvurdert" og "research article/forskningsartikkel" og begrenset språket til kun "engelsk" og "norsk". Utgivelsesårstall ble grenset fra 2000 til 2019, men etter veiledning ble de inkluderte forskningsartiklene som ble publisert før 2009, ekskludert for å sikre gyldigheten til innholdet. Ifølge Forsberg og Wengström (2016, s. 54-55) er en vitenskapelig artikkel bygd opp av; tittel, sammenfatning, innledning, bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultat, diskusjon og referanser, og dermed ser vi etter IMRAD-struktur når vi identifiserer forskningslitteratur. I tillegg til systematisk litteratursøk, har vi gjort manuell søkning ettersom vi ønsket å få en større kunnskap om sykepleiedokumentasjon knyttet til ICNP terminologien, men greide ikke å finne relaterte artikler ved å bruke den samme søkestrategien. Manuell søkning kan utføres på forskjellige måter, som for eksempel ved å studere i referanselisten til andre forskningsartikler med samme tema, eller ved å spesifikt søke etter litteratur (Forsberg og Wengström, 2016, s. 64). Vi søkte spesifikt etter relevante artikler i CINAHL-databaser og fant en artikkel (se vedlegg 2). Denne inkluderte artikkelen fra manuell søkning følger også inklusjons- og eksklusjonskriteriene beskrevet ovenfor.

3.3 Kvalitetsvurdering

Forsberg og Wengström (2016, s. 104) hevder at kvalitetsvurdering bør omfatte hensikt med studie og forskningsspørsmål, utforming, utvalg, måleinstrument, analyse og fortolkning. Metoden i artiklene vi har valgt er blant annet systematisk oversikt, kvantitativ og kvalitativ design. Tverrsnittstudie, kasus-kontroll studie og kohortstudie går under kvantitativ design, som gir en bred oversikt i allmenngyldig og generaliserbar kunnskap. Kvalitativ design går ut på å utforske erfaringer og opplevelser (Forsberg og Wengström 2016, s. 42-45). Vi benyttet en sjekkliste fra Helsebiblioteket (2016) som et hjelpemiddel til kvalitetsvurdering av forskningsartiklene. Sjekklisten viste at forskningsartiklene var relevante og pålitelige knyttet til funnet vår studie. Videre i kvalitetsvurderingen undersøkte vi om artiklene ble publisert i en godkjent publiseringskanal ved å benytte NSD, som er et norsk arkiv for forskningsdata (NSD. 2019). Dersom publiseringskanalen ikke er på nivå 1 eller nivå 2, er den regnet som ikke godkjent og artikkelen legges til side. I situasjoner hvor artikkelen ikke var oppført i NSD, sjekket vi opp om tidsskriftet var "peer reviewed" og om artikkelen var publisert som forskningsartikkel.

3.4 Etisk vurdering

Ved etisk vurdering av forskningsartikler, bør det ifølge Forsberg og Wengström (2016, s. 59) velges studier som har fått godkjennelse fra etisk komite, eller at det er utført en etisk overveielse. Seks av de åtte utvalgte artiklene er etisk godkjent av komité. De to resterende artiklene hadde ikke godkjenning fra etisk komite fordi det ikke var nødvendig for forskningen (Øygard, Andersen, Sandvoll & Ytrehus, 2017 og Öhlen, Forsberg & Broberger, 2013). Begge forskningsartiklene hadde ellers innhentet rådgivende uttalelse fra den regionale etiske komiteen (REK) og utført en etisk vurdering i forkant av studien. Et samtykke og en godkjenning fra enhetsledelse ble innhentet før datainnsamlingen. De involverte fikk muntlig og skriftlig informasjon om forskningsprosjektet, og deltakerne ga et skriftlig samtykke. Registreringene var anonymisert og data var utarbeidet på en slik måte at det ikke kunne spores til en pasient, helseopplysning, sykepleier eller institusjon.

3.5 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengstöm (2016, s.152-153) innebærer en vitenskapelig analyse å dele opp det studerte fenomenet i mindre deler og undersøke dem individuelt, for deretter å syntetisere studiene. Vi har valgt å gjennomføre synteseprosessen etter Evans beskrivelse (2002). Metodetilnærmingen gjennomføres i fire trinn:

Trinn 1: Datainnsamling

Dette trinnet tar for seg innsamling av data (Evans, 2002). Vi har formulert søkeord etter PICO-skjema (se *tabell 1*), deretter formulert inklusjon- og eksklusjonskriterier (se tabell 2), og startet datasøk (se vedlegg 1). Gjennom et systematisk litteratursøk ved hjelp av databasene og bruk av sentrale søkeord har vi kommet frem til åtte forskningsartikler som inkluderes i vår litteraturstudie.

Trinn 2: Identifisering av de viktigste funnene

Dette trinnet tar for seg gjennomlesing av artiklene til en får identifisert de viktigste funnene. gjennom gjentatte lesing skal det også utvikles en følelse av helhetlig forståelse av studien. Man lager en oversikt over de viktigste funnene dannes fra studien, resultater, fenomener og forenklet sammendrag av studien (Evans, 2002). I dette trinnet har vi lest gjennom artiklene flere ganger. Vi har benyttet oss av tankekart for å identifisere funnene i hver enkelt artikkel og deres forskningsområde. Nøkkelfunn fra hver enkelt artikkel ble notert i en tabell som presenterer identifisering av nøkkelfunn (se vedlegg 4). Dette for å få en oversikt over funnene fra hver enkelt studie. Nøkkelfunnene ville være nyttig for oss i det neste trinnet, altså til å finne hovedtema.

Trinn 3: Vurdere studiene i forhold til hverandre

I dette trinnet skal det identifiseres og kategoriseres nøkkelfunnene fra hver enkelt forskning i områder som har fellestrekk. Disse forholdene ble undersøkt ved nøkkelsestninger som forklarte fenomenet. Det skal også identifisere undertemaer, konsistens og uoverensstemmelser (Evans, 2002). Ved bruk av tabellen som presenterte identifisering av nøkkelfunnene, som vi utarbeidet i det forrige trinnet (se vedlegg 4), ble nøkkelfunn fra artiklene sortert og kategorisert basert på fellestrekk i studiene. Likhet og ulikhet som går under samme kategori ble satt opp til hverandre. Etter å ha samlet alle funnene var det mulig å oppdage hvilke hovedbegrep som fremsto som sentralt. Ut ifra dette kommet vi frem til fem hovedtemaer; betydning av struktur i dokumentasjon, standardisering av dokumentasjon, dokumentasjon er viktig for kvalitet i helsehjelp, sykepleiedokumentasjon som kommunikasjonsmiddel, sykepleiers kunnskap, kompetanse og holdning (se vedlegg 5).

Trinn 4: Beskriver fenomenet

Evans (2002) skriver at i dette siste trinnet benyttes funnene til å beskrive fenomenet forskningsartiklene tar for seg. Det vil si at de hoved hovedtemaene, som resultat av analysen, presenteres og gjøres rede for.

4.0 Resultat

I dette kapitlet blir det tatt utgangspunktet i analysen av artiklene. Hovedfunnene fra hver av de åtte forskningsartiklene vil bli presentert. Resultatet belyser fem hovedtemaer som vil være en del av diskusjonen i det påfølgende kapitlet

4.1 Betydning av tydelig struktur i dokumentasjon

Studier påpeker at struktur har betydning og er helt avgjørende for å skape god kvalitet i sykepleiedokumentasjon (Naustdal & Netteland, 2012; Thoroddsen, Sigurjonsdottir, Ehnfors, & Ehrenberg, 2013; Kelley, Brandon & Docherty, 2011; Öhlen, Forsberg & Broberger, 2013). Funnet i to av studiene viser at dokumentasjonen av sykepleie oftest blir dokumentert i kronologisk rekkefølge på fritekst, uten en fastlagt struktur (Naustdal & Netteland, 2012; Thoroddsen et.al., 2013).

Dokumentasjon av sjukepleie i EPJ, i sjukehus så vel som i kommunal pleie- og omsorgsteneste, er kjenneteikna av ustrukturert forteljande tekst i eit kronologisk tidsperspektiv. Dette til tross for at forskning over tid har hevda at meir standardisering av sjukepleiedokumentasjonen kan betre ikkje berre struktur og prosess, men også innhold i dokumentasjonen (Naustdal & Netteland, 2012).

Resultatet i studien til Naustdal og Netteland (2012) viser at sykepleiere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og på sykehuset brukte sjeldent fasene i sykepleieprosessen som mal for dokumentasjon. Det lignende funnet angående bruk av sykepleieprosessen i dokumentasjon er påvist i studien til Thoroddsen et.al. (2013); «In only one of 45 patient records were pressure ulcers described appropriately in all phases of the nursing process. There was no description of pressure ulcers in any phase of the nursing process» (Thoroddsen et.al., 2013). Studien til Öhlen et al. (2013) viser at dokumentasjonen ofte var fragmentert, noe som førte til at informasjon om pasienter ble vanskelig å finne, og vanskeliggjorde at sykepleieprosessen kunne følges. Thoroddsen et.al. (2013) hevder i sin studie at det krever struktur i dokumentasjon i samsvar med sykepleieprosessen. Sykepleiere dokumenterte etter VIPS-modellens struktur selv om det så ut til at sykepleiere tolket nøkkelordene i modellen ulikt, noe som førte til at kvaliteten og innholdet i dokumentasjonen var forskjellig mellom sykepleiere (Öhlen et.al., 2013). Lav kunnskap om og forståelse for behov for dokumentasjon, tidspress, mangel på avdelingskultur for bruk av standardisert dokumentasjon, varierende kunnskapsnivå og ulike fokus fra ledelse er nevnt som årsaker til manglende dokumentasjon og dokumentasjon uten struktur (Naustdal & Netteland, 2012; Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Øygard, Andersen, Sandvoll & Ytrehus, 2017; Öhlen et.al. 2013).

4.2 Behov for standardisering av dokumentasjon

Studier viser at det er behov for standardisert elektronisk dokumentasjon for å forbedre dokumentasjonskvalitet, øke fullstendighet i dokumentasjon, og redusere overflødig informasjon (Jakobsson, J. & Wann-Hansson, C., 2013; Thoroddsen et al., 2013; Rabelo-Silva, E.R., Cavalcanti, A.C.D., Caldas M.C.R.G. & Lucena A.D.F., 2016). «Manglende bruk av standardisering føre til at det er uoversiktlig og vanskelig å finne aktuelle pasientopplysninger i den daglige behandlingen og at innholdet i tekstene kunne oppfattes ulikt» (Naustdal & Netteland, 2012).

Forskningsresultatet til Jakobsson og Wann-Hansson (2013) viser at de fleste av sykepleierne generelt hadde positive oppfatninger med å jobbe i henhold til standardisert sykepleieplan (standardized care plan/ SCP) da verktøyet fungerer som en sjekkliste, samt at det er angitt som enkelt å dokumentere og sikre kvaliteten på helsehjelp. Det er derimot ikke stadfestet at SCP gir positiv effekt i sykepleiepraksis, fordi man ikke hadde optimale datasystemer for å støtte bruk av SCP, og implementeringsprosessen manglet opplæring av sykepleierne. (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013).

Litteraturstudier viser mange barrierer for bruk av standardisert sykepleieplan (Naustdal & Netteland, 2012; Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Rabelo-Silva et.al., 2016; Bruylands M., Paans W., Hediger H. & Müller-Staub M., 2013). Sykepleiere var ofte ikke i stand til å dokumentere nødvendig pasientinformasjon fordi den forhåndsbestemte nedtrekksmenyen i standardisert sykepleieplan ikke fanger opp det sykepleieren ønsker å fremstille (Kelley, et.al, 2011; Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). Studien gjennomført av Rabelo-Silva et al. (2016) viser et tilfredsstillende resultat for bruk av standardiserte terminologier, ICNP og NANDA-I/NIC, integrert i standardisert elektronisk dokumentasjon. Dette minimerer eller løser problemet knyttet til sykepleiediagnose. Inngrepene ble tydelig beskrevet, planlagt og dokumentert etter fullføring av sykepleie. Imidlertid kan manglende nøyaktighet i ICNP-diagnoser forstyrre faglige beslutninger som er en forutsetning for å oppnå høy kvalitet for pasientutfall, samt at kvaliteten på sykepleieresultat var lavt dokumentert på grunn av manglende løsning i standardisert sykepleiedokumentasjon (Rabelo-Silva et.al., 2016).

4.3 Dokumentasjon er viktig for kvalitet i helsehjelp

Studier indikerer at tilstrekkelig dokumentasjon støtter kontinuitet og sikkerhet for omsorg og øker antall relevante sykepleietiltak (Jakobsson, J. & Wann-Hansson, C., 2013; Thoroddsen et.al., 2013; Öhlén et.al., 2013). Forskning av Moody et.al. (2004) viser at 81% av sykepleierne mente at elektronisk dokumentasjon fungerte som en sjekkliste og var nyttig i pasientbehandling. «Nursing documentation is both a quality indicator and an instrument for achieving high quality patient care and safety» (Öhlén et.al., 2013).

Imidlertid viser studier lite gunstig kvalitet i dokumentasjonspraksis (Naustdal & Netteland, 2012; Thoroddsen et.al., 2013; Øygard et al., 2017; Kelley et.al., 2011; Öhlen et.al. 2013). Forskning av Øygard et.al. (2017) viser at bare 10,6% av fall var dokumentert i samsvar med sykehjems retningslinjer, altså både i pasientjournal og i skaderegistrerings skjema, og i de fleste tilfeller bare når fall førte til skade. Resultat i studien til Thoroddsen et.al. (2013) viser at trykksår med lav alvorlighetsgrad var mest

utbredt og ofte observert, men mest underrapportert i dokumentasjon. Risikofaktorer for trykksår var registrert i pasientjournal, men ikke spesifikt identifisert til trykksår eller registrert i pleieplaner for å forhindre eller behandle problemet. Öhlen et.al. (2013) fant i sin studie at omsorgsbehovet var ofte dokumentert, men manglet tiltak, oppfølging og evalueringer. «From a quality standpoint, lack of consistency influences care continuity, nursing process documentation and patient safety» (Rabelo-Silva et.al., 2016).

Dessuten, viser resultatet i studien til Kelley et.al. (2011) at kopier-og-lim inn-funksjonen i det elektroniske dokumentasjonssystem gjør at sykepleiere kan kopiere tidligere dokumenterte data og lime dem inn i gjeldende tidsramme. Lignende funnet ses i studien til Öhlen et.al. (2013). «The same information could be found under several headings. Furthermore, some information was sometimes documented over and over again, while other information, concerning care and follow-up of patients was not documented at all» (Öhlen et.al., 2013, s. 173). For å kunne bedre kvaliteten på dokumentasjon av sykepleie, krever det kunnskapsbasert praksis, forskning og videreutvikling innenfor sykepleiedokumentasjon (Öhlen et.al., 2013).

4.4 Dokumentasjon som kommunikasjonsmiddel

Et gjentagende funn i litteraturen viser at formålet med dokumentasjon er for å registrere, kommunisere og støtte flyten av informasjon i pasientjournal (Naustdal & Netteland, 2012; Kelley et.al., 2011; Öhlén et.al. 2013; Bruylants et.al., 2013). Sykepleieren uttrykker vanskeligheter med å hente inn tidligere dokumentert informasjon fra intervensjon til evaluering (Naustdal & Netteland, 2012; Kelley, et.al. 2011; Öhlén et.al., 2013).

Den fortløpende kronologiske rapportskrivninga og mangel på sjukepleieplaner gjorde at våre informanter opplevde det som uoversiktleg og vanskeleg å få tak i pasientopplysningar. Viktig pasientinformasjon vart gløymd siden det ikke står i behandlingsplanen. Ein må lese gjennom fleire dagsrapportar for å få tak i det (Naustdal & Netteland, 2012).

Morrison et.al. (2008) avslørte redusert verbal kommunikasjon mellom sykepleiere og tilbydere etter implementering av elektronisk sykepleiedokumentasjon. I pasient-sykepleier relasjon, gir sykepleier uttrykk for at elektroniske sykepleiedokumentasjon var lite nyttig for å kommunisere de personlige aspektene ved pasienten (Kelley & Brandon 2010; Korst et.al., 2003). Studien fremhever behovet for større kunnskap om informasjonshullene om hvorfor visse typer informasjon ikke er lokalisert i dokumentasjon (Kelley, et.al. 2011). Innenfor avansert hjemmesykepleie der sykepleiere og andre helsepersonell besøker pasientens hjem til forskjellige tider er det ennå viktig at informasjon om pasientstatus og oppfølging er tydelig (Öhlén et.al. 2013). Lignende funn ble presentert i studien av Naustdal og Netteland (2012), at mangelfull journalføring av sykepleieren gjorde det vanskelig å lage en fullstendig og nøyaktig inn -eller utskrivningsrapport, noe som skapte problem for de som skulle ta imot pasienten, og dette påvirker kvaliteten på sykepleie og samhandling.

Elektronisk pasientjournal er et viktig redskap i arbeidet med å sikre samhandling i avdeling og på tvers av forvaltningsnivå, noe som er delvis preget av individuelle og lokale praksiser (Naustdal & Netteland, 2012). Studien hevde at dette kan komme av lite samordning eller manglende formelle rutiner for informasjonsstandard og at sykepleierne undervurderer sykepleiedokumentasjon for å sikre informasjonsflyt under den elektroniske samhandlingen (Naustdal & Netteland, 2012). Keenan et.al. (2008), Anderson et.al. (2009) og Kelley et.al. (2011) skriver at sykepleieprosessen basert på standardiserte sykepleiespråk, vil muliggjøre bruk av universelle, validerte konsepter og tolkning av sykepleiereregistre på tvers av forskjellig institusjoner og behandlingsnivå.

4.5 Sykepleiers kunnskap, kompetanse og holdning

Et gjentakende element i artikler er at sykepleiers kunnskap, kompetanse og holdning innenfor dokumentasjon påvirker hverandre, samt har en innflytelse på dokumentasjonskvalitet (Naustdal & Netteland, 2012; Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Thoroddsen et.al., 2013; Øygard et.al., 2017; Öhlen et.al. 2013; Bruylands et al., 2013). Resultatet i studien til Naustdal og Netteland (2012) viser at sykepleiere utførte sykepleiedokumentasjon i kronologisk rekkefølge på fritekst, uten å forstå at standardisert dokumentasjon kunne bidra til å øke kvalitet og gi et bedre utgangspunkt for elektronisk samhandling mellom aktører og på tvers av forvaltningsnivået. Sykepleieleder mente at det var utfordrende å finne tid til kontroll av sykepleiedokumentasjon (Naustdal & Netteland, 2012).

Sjølvs om nokon forbetringar allereie kan vere iverksette som følgje av pasientsikkerheitsprogrammet, indikerer dette likevel at det er behov for opplæring, repetisjon av kriterium og rutinar og tilbakemelding på korleis rutinane vert overhaldne, i tillegg til ein heilskapleg prosess for å setje dei i verk (Øygard et.al., 2017).

Studien til Kelley et.al. (2011) viser at tidlige studier fant ingen signifikant forhold mellom sykepleierens alder knyttet til holdninger til elektronisk dokumentasjon, men i fra starten av 2000- tallet viser det at yngre sykepleiere hadde bedre holdning til datastyring enn eldre sykepleiere (Moody et.al., 2004). I studien til Jakobsson og Wann-Hansson (2013) viser det at flertall av sykepleiere som har en positiv holdning til å arbeide i tråd med standardisert sykepleieplan er særlig nyutdannede og nyansatte. Sykepleiere med lang arbeidserfaring mener at de vil benytte seg først og fremst av deres egen arbeidserfaring fremfor å arbeide i tråd med standardisert sykepleieplan (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013).

Det er behov for opplæring og pedagogisk tilnærming i dokumentasjon til ansatte for å kunne forbedre kvalitet i dokumentasjonspraksis (Øygard et.al., 2017; Öhlen et.al., 2013; Bruylands et.al., 2013). Studien til Bruylands et.al. (2013) påviste at undervisningsprogrammet hadde en positiv effekt på kvaliteten i sykepleieprosessen. Men forskerne klarte ikke å bekrefte en varig effekt av undervisningen på kvaliteten i dokumentert sykepleieprosess. Den gruppen som hadde gjennomført opplæringsprogrammet med to års mellomrom, viser høyest kvalitet på dokumentert sykepleieprosess. Imidlertid kan innføringen av et elektronisk dokumentasjonssystem

bidra til å optimalisere sykepleieprosessen, men det kan ikke erstatte støtte i kritisk tenking og klinisk refleksjon (Bruylands et.al., 2013).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Vi gjennomførte et systematisk litteratursøk ved å ta utgangspunkt i boka til Forsberg og Wengström (2016). Databaser, CINAHL og SveMed+ ble brukt fordi disse var godt kjent fra før av. Vi fant et begrenset antall treff knyttet til vår problemstilling og norsk forskning. Derfor valgte vi å utvide studieområdet til å omfatte også internasjonal forskning. Dette førte til et større antall treff i overgangsperioden fra håndskrevet pasientjournal til EPJ. Vi leste kritisk gjennom artiklene slik at vi valgte ut forskningsartikler som lignet på den norske modellen, herunder forskning gjennomført i I-land, Norske studier eller at forskningsstedet er anerkjent av "Joint Commission International". Analysemetoden til Evans (2002) ble brukt som mal i analyseprosessen. Vi har gjennomført et manuelt søk for å dagsaktualisere vår studie, på bakgrunn av det nye dokumentasjonssystemet "Helseplattformen" vil bli innført fra høsten 2021 i Helse Midt-Norge (NSF, 2017). Systemet vil preges av mer strukturert dokumentasjon basert på VIPS modellen integrert med ICNP-veiledende planer (NSF, 2017).

En svakhet ved vår oppgave er at de valgte artiklene presenterer forskning fra ulike demografiske områder. Dette kan føre til ulik kultur og tolkning, ulike verdier, regler og/eller prioriteringer. I tillegg til det, har vi inkludert studier gjennomført i sykehus og hjemmesykepleie, selv om vårt fokusområde er i sykehjem. Vi anser likevel artiklene for å være pålitelige, fordi sykepleieformål og verdier er likt.

Helsedirektoratet har foreslått at et dokumentasjonssystem skal gjelde for hele riket i fremtiden, samt "én innbygger- én journal" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 10). Vi har derfor valgt å fokusere på elektronisk dokumentasjon i standardisert format. Ved å inkludere både kvalitative, kvantitative data og én oversiktsartikkel, fanger vi opp et større perspektiv knyttet til problemstillingen. Bruk av både kvalitativ og kvantitativ metode kan riktignok også føre til ulikhet i tolkning av data, men vi mener det vil gi drøftingen en større bredde.

5.2 Resultatdiskusjon

I løpet av resultatdiskusjonen vil vi forsøke å svare på problemstillingen «Hvordan kan sykepleiedokumentasjon styrke kvalitet på helsehjelp for pasienter som bor på sykehjem? Gjennom syntesen fant vi at en strukturert dokumentasjon har stor betydning for kvaliteten på helsehjelpen (Naustdal & Netteland, 2012; Thoroddsen et.al., 2013, Kelley et.al. 2011; Öhlen et.al.,2013). Det er behov for å standardisere dokumentasjonen fordi det kan bidra til å sikre god dokumentasjon om av pasienters helsetilstander (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Thoroddsen et.al., 2013; Rabelo-Silva et.al. 2016). Flere av studiene påpeker at dokumentasjon er et viktig kommunikasjonsmiddel mellom helsepersonell (Naustdal & Netteland, 2012; Kelley et.al., 2011; Öhlén et.al. 2013; Bruylands et.al., 2013). Sykepleiers kunnskap og kompetanse om dokumentasjon er viktig for å sikre kvalitet i journalføringen, og holdningen sykepleier har til å dokumentere påvirke dokumentasjonskvalitet (Naustdal & Netteland, 2012; Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Thoroddsen et.al., 2013; Øygard et.al., 2017; Öhlen et.al. 2013; Bruylands et.al.,2013).

5.2.1 Kan pasientinformasjon som dokumenteres påvirke kvaliteten på helsehjelp?

Pasienter i sykehjem er ofte multisyke med redusert fysisk og kognitiv kapasitet. Pasientens helsetilstand kan svinge mellom stabile og ustabile perioder, og symptomene kan være diffuse og uspesifikke, noe som krever kontinuerlig oppfølging av personalet (Hauge, 2015, s.271). Helse- og omsorgsdepartementet (2012, s.9) uthever at helse- og omsorgstjenesten har utviklet seg i brukerorientert retning, men at det fremdeles er forbedringspotensialer. Helsepersonell skal ha en enkel og sikker tilgang til pasientopplysninger, samt sikre best mulig pasientbehandling under hele behandlingsforløpet. Ifølge Rabelo-Silva et.al. (2016) og Thoroddsen et.al. (2013) vil konsistens i sykepleiedokumentasjon påvirke pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelp. Dette skapes gjennom en fullstendig og strukturert sykepleieprosess.

Studien til Öhlen et.al. (2013) viser at planlagte oppgaver eller akutt pleie gjennomført av sykepleiere i stor grad var forhåndsbestemt av lege og kolleger, og at dokumentasjonen hovedsakelig inneholdt tekniske medisinske begrep. Mindre akutte situasjoner ble ofte bare dokumentert med selve tiltaket og evalueringen. Bakgrunnen for utført pleie og videre pasientforløp var ofte ikke dokumentert (Thoroddsen et al., 2012; Öhlen et.al., 2013). Naustdal og Netteland (2012) jf. Stevenson og Nilsen (2012) belyser i sine studier at sykepleienotatene inneholdt i stor grad rutinemessige aktiviteter, mens registrering av vitale tegn og juridiske krav manglet. Ifølge Öhlén et.al. (2013) er nøyaktig sykepleiedokumentasjon av pasientens problem, symptomer, reaksjoner på omsorg viktig med tanke på pasientsikkerhet og trivsel.

Sykehjem har en stor ansattgruppe som jobber i turnus. Pasienter møter ulike faggrupper og sykepleiere til enhver tid. Ifølge Kelley, et.al (2011) utgjør kommunikasjon mellom sykepleiere og andre tilbydere en viktig del av helsehjelpen, og innebærer en høy risiko for medisinske feil. Dermed er nøyaktig sykepleiedokumentasjon viktig for å sikre pasientrelatert informasjon mellom sykepleiere og annet helsepersonell (Öhlén et.al.,

2013). Uklar eller unøyaktig dokumentasjon kan føre til manglende omsorgseffektivitet, og evaluering av sykepleieplan blir hemmet (Rabelo-Silva et.al., 2016).

I praksis har vi erfart at sykepleiere opplever tidspress på jobb og lite tid til dokumentasjon. Funn i studien av Naustdal og Netteland (2012) viser at sykepleier opplyser om at det tar lang tid fra pleien er utført til det blir dokumentert. Dette kan medføre at viktig pasientinformasjon blir glemt. Selv om Ipad og annet digitalt dokumentasjonsutstyr er tilgjengelig, er dette så langt ikke i vanlig bruk, sier lederne i artikkelen. Forskeren poengterer den velkjente problemstillingen at det var tendens til å finne feilinformasjon i pasientjournal. De fremhever kjennskapet til at sykepleienotat oftest kan oppfattes som subjektive vurderinger av pasienten, men at dersom de hadde benyttet seg av digital dokumentasjon ville det kunne bidra til at dokumentasjonen ble mer objektiv og nøyaktig (Naustdal & Netteland, 2012). Dette mener vi vil kunne støtte brukerens rett til medvirkning, jf. pasient og brukerrettighetsloven (2001, § 3-1). Kirkevold (2016, s.274) fremhever seks egenskaper for en god sykepleie, bl.a. sykepleie som involverer og lar pasienten få ha innflytelse over egen helse. Dette fører til at pasientens integritet og verdighet ivaretas. Rabelo-Silva et.al. (2016) påpeker at evidensbasert beslutningsstøtte i sykepleieprosessen ikke bare sikrer konsistens i sykepleiedokumentasjon. For sykepleieren vil det i tillegg fremme kritisk tenkning og føre til profesjonell vekst, noe som også øker kvaliteten i helsehjelpen.

5.2.2 Sykepleierleder og forbedringsarbeid innen dokumentasjon

Aldersforandringer hos eldre i sykehjem kan gjøre det vanskeligere å observere og vurdere pasientens tilstand. Det blir dermed vanskelig å formidle endringene i pasientens tilstand til lege og kolleger, samt å skrive dokumentasjon (Ranhoff, 2015, s.83). Manglende dokumentasjon skyldes ikke mangel på kunnskap om risiko for pasientskader og forebygging, men manglende kunnskap om kvalitetsarbeid og dokumentasjon (Øygard et.al., 2017). Studier hevder at endring av praksis krever at en kompetanseutvikling tilpasses den spesifikke konteksten, med oppfølging, veiledning, medvirkning og støtte for de som skal iverksette intervensjonen. I denne prosessen vil ledelsen ved institusjonen være sentral (Naustdal & Netteland, 2012; Øygard et.al., 2017).

Leder har på sin side ansvar for å følge opp den enkelte sykepleier gjennom opplæring, tilrettelegging og annen oppfølging slik at helsetjenesten fungerer forsvarlig og i henhold til lovverket (Befring, 2015, s.45). Målet med endring av dokumentasjonspraksis er å anvende standardisert dokumentasjon i henhold til forbedringsmodellen. Tiltak som kan føre til måloppnåelse er at leder legger til rette for opplæring og at det etableres en felles forståelse i dokumentasjonsarbeidet. Implementering av et forbedringsarbeid forutsetter både samhandling mellom ledelse og personalet, og det å endre daglige arbeidsrutiner (Stubberud, 2018, s. 142). En utfordring knyttet til dette er å frigjøre deltakerne i forbedringsgruppen fra deres vanlige arbeidsoppgave. En forbedringsgruppe med engasjert ledelse skal dermed utarbeide strategier for å overkomme barrierer mot endringer, samt bidra til opplæring av personalet i forbedringstiltakene (Stubberud, 2018, 143). En annen utfordring knyttet til forbedringsarbeid innen dokumentasjon er at det er en tidkrevende oppgave (Naustdal & Netteland, 2012; Øygard et.al., 2017; Bruylands et.al., 2013). Tids- og ressursbruk skal avtales med ansvarlige leder (Stubberud, 2018, 139).

I studiepraksis på sykehjem opplevde vi at de ansatte har ulike oppfatninger av hva som er nødvendig å dokumentere. Pasientskader med lav alvorlighetsgrad og små sykepleieutøvelser var ofte ikke dokumentert (Öhlén et.al., 2013; Thoroddsen et.al., 2013; Øygard et.al., 2017). Vi anser derfor dette som svikt i kvalitet, ihht. helsepersonelloven (1999, §40) og pasientrettighetsloven (2001, §1). Leder må dermed legge til rette for at hver enkelt helsemedarbeider har kunnskap om sine plikter, herunder dokumentasjonsplikt og forsvarlighet (helsepersonelloven, 1999, §2 og § 16). I tillegg til betydning av opplæring i dokumentasjon, må sykepleiere få kunnskap om hvordan dokumentasjonsarbeid påvirker samfunnet og hvilke konsekvenser det måtte medføre på grunn av mangelfull nøyaktighet (Øygard et.al.,2017). Registrering og dokumentasjon av avvik er viktig i kvalitets- og forbedringsarbeid, og å jobbe med meldekultur er viktig for å kunne lære av uønskede hendelser. Med dette vil man bidra til at meldingene kan gi økt pasientsikkerhet ved å bli brukt i forbedringsarbeid og til å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen (NSF, 2018).

Ifølge Kristoffersen (2016, s.222) har leder ansvar for å tydeliggjøre organisasjonens og avdelingens mål, samt følge opp sine medarbeidere og tilrettelegge for at sykepleiere holder seg faglig oppdatert. I studien til Naustdal og Netteland (2012) påpeker avdelingsleder at de ikke har tid til tett oppfølging av dokumentering blant sykepleiere, men heller er opptatt av at sykepleierstudenter skal få bedre opplæring i å skrive sykepleieplaner og påmeldings- og utskrivningsrapporter. Konkret ønsket de at sykepleiestudentene i praksis skulle være mer aktive i bruk av EPJ, for å påvirke sykepleierne i avdeling til å dokumentere ihht. standardiserte sykepleieplan (Naustdal & Netteland, 2012). På bakgrunn av funn i studien til Naustdal og Netteland (2012), hvor informanter opplyser om manglende lokale retningslinjer om hvordan sykepleiedokumentasjon skal utføres i EPJ, vil vi foreslå en sterkere føring fra ledelsen omkring retningslinjer knyttet til dokumentasjonsprinsipper og systemet, slik at alt sykepleiedokumentasjon i sykehjem blir samkjørt.

Sykepleiere har, både som ledere og praktikere, ansvar for undervisning til og veiledning av medarbeidere og studenter, fordi å heve kunnskapsnivået hos de ansatte bidrar til å øke kvaliteten på helsehjelp (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2016, s.19). I løpet av studiepraksis, har vi erfart at sykepleierstudenter får signifikant ulik oppfølging av læringsmålene i dokumentasjon. Studien av Naustdal og Netteland (2012) viser at noen sykepleiere ønsker at sykepleierstudenter skal få god opplæring i standardisert dokumentasjon, og benytter dette aktivt under praksisperioden for å påvirke andre sykepleiere på avdelingen. Studien viser også at sykepleierstudenter uttrykker et ønske om en godt integrert avdelingskultur for bruk av standardisert dokumentasjon i praksisperioden for å tilegne seg bedre ferdigheter i dokumentasjon (Naustdal & Netteland, 2012). Vi mener at det er svært relevant at sykepleierstudenter får kunnskap og ferdigheter knyttet til standardisert dokumentasjon under studieperioden, for dette vil kunne lette deres motivasjon til å integrere egne ferdigheter under praksisperioden.

Ledelseskompetanse som fremmer kvalitetsarbeid ifølge Stubberud (2018, s. 27) innebærer at lederen inkluderer og motiverer medarbeidere i forbedring av tjenester, utvikler en organisasjonskultur som støtter læring, refleksjon og forbedring, samt sikrer riktig kompetanse hos utøveren. I forbedringsarbeid og implementeringsprosess er det hensiktsmessig å inkludere tilbakemelding og medvirkning til sykepleiere som er utøvere i intervensjonen (Jakobsson & Wann-Hansson 2013; Øygard et.al., 2017). Det ble påvist

i studien til Jakobsson og Wann-Hansson (2013) at sykepleiere ikke ble inkludert under utviklingen av standardisert sykepleieplan og dokumentasjon, noe som førte til at implementeringsprosessen ikke ble optimal. Det er dermed viktig at sykepleiere får mulighet til å gi uttrykk for hva de mener er hensiktsmessig å knytte til dokumentasjonsarbeid, fordi sykepleiere i sykehjem er med på å sette standard for fagutøvelse både i direkte møte med den enkelte pasient og på avdelingsnivå i form av faglig ledelse og samarbeid med andre faggrupper (Hauge, 2015, s.269)

5.2.3 Bruk av sykepleieprosess og implantering av standardiserte sykepleieplan (SCP) i elektronisk pasientjournal (EPJ)

Systematisk og strukturert dokumentasjon gjør at sykepleiere har likt fokus og like gjøremål, noe som vil gi bedre kvalitet på helsehjelp (Thoroddsen et.al., 2013). Basert på faglig kunnskap vi har tilegnet oss ønsker vi å tilføre at god struktur i sykepleiedokumentasjon kan oppnås ved å anvende problemløsende metode. Sykepleieprosessen ses ikke bare som arbeidsmetode for utøvelsen av sykepleie, men også som modell for dokumentasjon (NSF, 2017). Selv om det å anvende sykepleieprosess er anbefalt, viser flere funn i vår studie at det kan være vanskelig å få dette til i praksis. Basert på vår erfaring og forskning av Naustdal og Netteland (2012) og Thoroddsen et.al. (2013), er det sjeldent at helsepersonell dokumenterer etter en fast struktur. NSF (2017) skriver at det er nødvendig å dokumentere en fullstendig sykepleieprosess som skal gjenspeile pasientens nåværende situasjon, samt pasientens fremtidige behov. I studieforløpet har vi hatt flere repetisjoner om sykepleieprosessen, noe som har vært et fokusområde i undervisningsplan og evalueringssamtaler i praksisperiodene. Vi antar derfor at manglende bruk av fast struktur i dokumentasjon kan skyldes tap av tidligere tilegnede ferdigheter slik det fremkommer i studien til Bruylands et.al. (2013).

Etter innføring av EPJ ble det både nasjonalt og internasjonalt lagt føringer for strukturering av innholdet i journalen gjennom standardisert terminologi, klassifikasjoner og koder. Det ble også utarbeidet sykepleieplaner for de mest vanlig pasientproblemer med pre-formulerte sykepleieproblem, mål og tiltak for en pasientgruppe eller en medisinsk diagnose (Naustdal & Netteland, 2012). Jf. Helse- og omsorgsdepartementet (2012, s.9) som tar for seg IKT-systemet i helse og omsorgstjenesten, skal rette fokus mot pasientsikkerhet og kvalitet. I dag benyttes VIPS-modellen som mal der sykepleiere dokumenterer i fritekst. Ifølge NSF (2017) er NANDA og NIC de eneste klassifikasjonssystemer som er integrert i Norsk EPJ (DIPS), men på grunn av manglende oversettelse til Norsk, har oppdateringer og klassifikasjoner ikke vært oppgradert siden år 2004. NSF har derfor anbefalt integrasjon av ICNP i EPJ knyttet til sykepleiedokumentasjon. Helseplattformen vil dekke mange områder i VIPS-modellen og levere et komplett system for klinisk dokumentasjon, herunder strukturert dokumentasjon med mulighet for fritekstkommentar og notat, pleieplan, screeninger, legemiddelhåndtering, pasientoversikter, oppgavelister med tidspunktpåminnelse, veiledende planer til ICNP. Ifølge Sigurd Berge Engen, kommunikasjonssjef i Helseplattformen, framhever målet i mer strukturert dokumentasjon som registreres en gang, men kan sammenstilles i mange ulike visninger (e-post, 4. mai, 2020).

Studien til Jakobsson og Wann-Hansson (2013) viser at til tross for sykepleiernes positive holdninger til standardisert sykepleie, er det tvilsomt om standardisert sykepleieplan gir positiv effekt i sykepleiepraksis. Thoroddsen et.al. (2013) hevder at sykepleiere benyttet fri-tekstformat i dokumentasjon fordi de opplevde systemet som begrenset, noe som førte til problemer med duplikasjon av pasientopplysninger og pasientjournalen ble uoversiktlig. Forskerne skriver videre at i pasientjournal basert på fri-tekstformat er det ikke lett å hente ut pasientens essensielle og aktuelle opplysninger for gjenbruk. Dette kan føre til fragmentert omsorg og svekket pasientsikkerhet. Vi anser derfor at sykepleiedokumentasjon basert på fri-tekstformat i EPJ ikke oppfyller formålet med dokumentasjon knyttet til å styrke kvaliteten i helsehjelp for pasienter i sykehjem, og ønsker derfor å fremheve en optimal implementering av standardisert sykepleieplan.

Naustdal og Netteland (2012) belyser at SCP kan redusere tidsbruk ved dokumentasjon, samt øke dokumentasjonskvalitet og forbedre muligheten til å gjenfinne informasjon. NSF har utarbeidet den femte utgaven av sykepleie-veilederen for EPJ innholds- og meldingsstandard som skal sikre en felles forståelse av strukturert og ustrukturert informasjon i EPJ-systemet, og dermed sikre kommunikasjon i helsesektoren (NSF, 2017), herunder internt i avdeling, på tvers av institusjoner, og innen ulike yrkesgrupper.

Studien av Rabelo-Silva et.al. (2016) viser at standardiserte terminologier iverksatt i sykepleieplan kunne forbedre kvaliteten på sykepleiedokumentasjon, muliggjøre kontinuitet i helsehjelpen og bidra til konsistens i skriftlig kommunikasjon. Til tross for forbedring av kvaliteten i sykepleiedokumentasjon etter innføring av standardisert terminologi i sykepleieplan med gjentakende pedagogisk tilnærming, viser studien av Bruylands et.al. (2013) en nedgang i nøyaktighet av sykepleiediagnose etter innføring av elektronisk dokumentasjonssystem for sykepleie og suspensjon av pedagogisk tilnærming. Lignende funn fremkommer i studien til Rabelo-Silva et.al (2016) for sykepleiere som var spesialisert i sitt fagfelt og benyttet ICNP. Disse hadde et overlegent resultat i kategorien "sykepleiediagnose som prosess". Dette kan tyde på at de spesialiserte sykepleierne hadde større evne til å fange opp spesifikke tegn og symptomer som kjennetegnes hos den spesifikke pasientgruppen. Men samme forskning viser til at disse sykepleierne scoret lavere på "sykepleiediagnose som produkt". Dette beviser at erfaring nødvendigvis ikke fører til bedre dokumentasjon, da sykepleieprosessen ikke nødvendigvis gjenspeiler pasientens sykdomsetiologi. Studien avslører imidlertid vanskeligheter med bruk av standardiserte terminologier i klinisk praksis og indikerer at sykepleiere trenger opplæring for å anvende sykepleieprosessen, ettersom den krever diagnostisk kunnskap og kritisk tenkning i arbeid med sykepleieprosessen (Rabelo-Silva et.al. 2016; Bruylands et.al. 2013).

Studien til Bruylands et.al. (2013) påpeker imidlertid at tilegnet kritisk tenkning er ferdigheter som ikke har ikke langvarig effekt på kvaliteten på sykepleieprosessen. Disse ferdigheter tapes dersom sykepleierne ikke stimuleres til å vedlikeholde sine ferdigheter i kritisk tenkning og nøyaktig sykepleiedokumentasjon, slik resultatet av forskning viste for sykepleiere som fikk introdusert elektronisk dokumentasjonssystem uten pedagogisk tilnærming i kritisk-klinisk tenkning. Studien viser at sykepleierne hadde mistet de ferdigheter de hadde tilegnet seg allerede 3 år etter siste pedagogiske opplæring.

5.2.4 Sykepleiers holdning til dokumentasjonsarbeid

I helsepersonelloven og forskriften stilles det en rekke krav til sykepleiers yrkesutøvelse med angivelse av reaksjoner dersom kravene ikke overfylles. Den enkelte sykepleier må på sin side kjenne etter og oppfylle kravene til profesjonell praksis som står i lov, forskrift og yrkesretningslinjer (Befring, 2015, s. 45). Sykepleieres holdninger er varierende i praksisfeltet, noe som igjen påvirker oppfatninger om dokumentasjon og hvordan dokumentasjonen blir utført. Yngre og nyutdannede sykepleiere viser å ha en positiv holdning til å dokumentere ved bruk av nye metoder og datasystemer (Moody et.al., 2004; Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). En slik positiv holdning er i tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleier punkt 1.7 (NSF, 2019) som sier at en sykepleier skal være klar over grenser for egen kompetanse, øve innenfor disse og søke veiledning når situasjoner blir vanskelige. Sykepleiere med lengre arbeidserfaring, viser derimot å ha mer tillit til egen arbeidserfaring og samarbeid med kolleger (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). Dette kan være problematisk dersom sykepleiere med lengre erfaring i avdelingen gir feil veiledning til nyansatte, fordi deres kunnskap ikke er oppdatert. Gjennom både lov og yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere plikt til å utøve sitt arbeid i tråd med krav til faglig forsvarlighet (helsepersonelloven, 1999, § 4-1), holde seg faglig oppdatert og anvende ny kunnskap i praksis (NSF, 2019, § 1.4). Når det gjelder positiv holdning blant yngre sykepleiere, anser vi at denne gruppen som en god ressurs institusjonsleder kan benytte seg av, for å styrke implementeringsprosessen og for utvikling av dataverktøyet.

Ifølge sykepleiere i studien til Naustdal og Netteland (2012) var det ikke lokale retningslinjer fra avdelingsledelse for sykepleiedokumentasjon, mens resultatet funnet av Øygard et.al. (2017) påviser at personalet ved sykehjem ikke er godt kjent med sykehjemmets retningslinjer når det gjelder å dokumentere og registrere avvik. Ut fra dette kan vi konkludere at selv om det finnes en lokal retningslinje for dokumentasjon i avdeling, er det en viss sannsynlighet for at det ikke blir tatt i bruk av personalet. Lite tid, stor arbeidsmengde og manglende kunnskap om dokumentasjon er av flere nevnt som grunner til at dokumentasjon ikke blir utført. I praksis observerte vi at, det skrives ofte kort og ufullstendig informasjon i EPJ, også i sykepleieplan, selv om sykepleiere har god tid til dokumentasjon. Dette begrunnes med at det er lite tid til å lese lengre beskrivelser. I studien til Naustdal og Netteland (2012) uttrykker sykepleiere som har skrevet fullstendig pleieplan at de har mistet motivasjonen til å fortsette med skriving av sykepleieplan når den ikke leses eller følges opp av kollegaene.

Man kan spørre om det er ytre forutsetninger eller holdninger til personalet som legger føringer for om sykepleiedokumentasjon og oppfølging av den blir gjort eller ikke. Negative holdninger blant sykepleiere fører til at sykepleiedokumentasjon og arbeid med sykepleieplan blir nedprioritert. En utfordring knyttet til ulike holdninger er at det fører til redusert samkjør av dokumentasjonsrutiner i avdelingen. Mangel på engasjement for kvalitetsarbeid kan skyldes at sykepleiere har ulik forståelse for hva som er kvalitet, samt hvordan systematisk kvalitetsforbedring kan gjennomføres (Stubberud, 2018, s. 29). Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §4-2) understreker at alle som yter helsehjelp skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

6.0 Konklusjon

Ufullstendig, manglende dokumentasjon av sykepleie var gjentakende funn i vår studie. Vår studie viser lav kultur for dokumentasjon av uønskede hendelser med lav alvorlighetsgrad. Dette setter pasientsikkerhet, kontinuitet og kvalitet i helsehjelp i fare, og hindrer flyten i sykepleieprosessen.

Sykepleiedokumentasjon kan styrke kvalitet i helsehjelp som gis til pasienter som bor på sykehjem ved at den har en tydelig struktur og standard. Ledelse spiller en viktig rolle i forbedringsarbeid innen dokumentasjon, og leder har ansvar for å sørge for at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om dokumentasjon gjennom forbedringsarbeidet. Innholdet i sykepleiedokumentasjon kan forbedres ved innføring av sykepleieprosess med standardiserte klassifikasjonssystemer. Kunnskap og kompetanse blant personalet er essensielt. For å kunne få dette til i praksis er det nødvendig at tiltak for forbedringsarbeidet inneholder opplæring og undervisning til sykepleiere og sykepleierstudenter. Det kan være nødvendig med felles opplæring fremfor individuelt, for å få en samkjøring i dokumentasjonskulturen. Innføring av systematisk struktur og standard i dokumentasjon, samt mulighet til å kunne gi tilbakemelding og få erkjennelse av at deres gode dokumentasjonsarbeid blir verdsatt, kan sannsynligvis endre sykepleieres holdning til dokumentasjon.

Forbedringsarbeid innen dokumentasjon forutsetter ressurser i form av egnede arbeidsforhold, tilstrekkelig personell og tid, samt tilgjengelig teknologi. Dermed er det viktig med videre forskning på effekten av tiltakene i forbedringsarbeidet. Ikke minst gjelder dette for å heve kunnskapen om hvilke iverksettningstiltak som gir best effekt i forbedring av dokumentasjonsarbeid, som igjen øker kvaliteten i helsehjelp. Vi anser det nødvendig i framtiden å gjennomføre flere forskninger om kvaliteten i helsehjelpen i Norge basert på evalueringer av sykepleiedokumentasjon.

Litteraturliste

- Anderson, C.A., Keenan, G. & Jones J. (2009). Using biometrics to support your selection of a nursing terminology set. *Computers, Informatics, Nursing*. 27, s. 82–90.
- Befring, A.K. (2015). *Helsepolitikk og ledelse - styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bruylands M., Paans W., Hediger H. & Müller-Staub M. (2013). Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation. *International Journal of Nursing Knowledge*. 24 (3). Hentet 10. desember 2019 fra <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01248.x>
- Evans, D. (2002) Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2), s. 22- 26. Hentet fra <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C. & Y. Wengstrøm. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier – vardering, analys och presentation om omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg. (2015). Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten. (FOR-2015-07-01-853) Hentet fra 18. mai <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra 18. mai <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Haugan, G. (2014). Helsefremming blant mentalt klare langtidspasienter i sykehjem. Rannestad T.(red) & Haugan G. *Helsefremming i kommune- helsetjenesten* (1. utgave). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hauge, S. (2015). Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utgave, s. 265-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon* (1. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Én innbygger – én journal Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. (Meld. St. 9 (2012-2013)). Hentet 18. mai fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04c/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (LOV-2011-06-24-30). Hentet 11. mai 2020 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistene. Hentet 10. desember 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Helsedirektoratet (2014, oktober). Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten. Status, utfordringer og behov. Hentet 11. desember 2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten/>

Helseforskningsloven. (2009). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Hentet 11. mai fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.

I Trygge hender 24-7. (2018). Forbedringsguiden. Teorier, tips og verktøy for forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. *Pasientsikkerhetsprogrammet*. Hentet 10. mai 2020 fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden/_/attachment/inline/c4726dfa-407b-49c8-b141-6ee3ff384871:c32236efd604d926b9803254ff6ca25121108570/forbedringsguide-n-juli-2018-lavoppl.pdf

Jakobsson, J. & Wann-Hansson, C. (2013). Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27, s. 945–952. Hentet 10. desember 2019 fra <https://doi.org/10.1111/scs.12009>

- Keenan G, Tschannen D & Wesley ML (2008) Standardized nursing terminologies can transform practice. *The Journal of Nursing Administration*. 38, s. 103–106.
- Kelley, T., & Brandon, D. (2010). *Knowing the pediatric patient through nursing documentation*. Unpublished manuscript, Duke University School of Nursing.
- Kelley T.F., Brandon D.H. & Docherty S.L. (2011). Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *Journal of Nursing Scholarship*. 43(2), s.154-162. Hentet 10. desember 2019 fra <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01397.x>
- Kirkevold, M. (2016). Kapittel 6: Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleie- fag og funksjon* (3.utgave, s. 264- 304). Gyldendal Akademisk.
- Korst, L. M., Eusebio-Angels, A. C., Chamorro, T., Avadin, C. E., & Gregory, K. D. (2003). Nursing documentation time during implementation of an electronic medical record. *Journal of Nursing Administration*. 33(1), s. 24–30.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind1. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 193- 266). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2014). Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" 2011-2013. Hentet fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7/_/attachment/inline/f6f29887-cc7c-4a78-b821-6bf90ae76053:511346d1c3a71542e5087a1b730c00f38421fb55/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-2011-2013.pdf.

- Moody, L. E., Slocumb, E., Berg, B., & Jackson, D. (2004). Electronic health records documentation in nursing: Nurses' perceptions, attitudes, and preferences. *Computers, Informatics, Nursing*. 22(6), s. 337–344.
- Morrison, C., Jones, M., Blackwell, A., & Vuylsteke, A. (2008). Electronic patient record use during ward rounds. *Critical Care*. 12(6).
- Naustdal, A.G. & Nettelund, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning*. 7(3), s. 270-277. Hentet 10. desember 2019 fra <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/1069031.pdf?c=1410453150>
- Norsk Sykepleierforbund. (2018). FORSVARLIGHET - Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie. Hentet fra 12. mai 2020 fra: https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20191202100138/NSF%20Forsvarlighetshefte-april_2018..pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2017). Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ. (5.1 versjon). NSFs faggruppe for e-helse. Hentet 24. april 2020 fra: [https://www.nsf.no/vis-artikkel/3258399/663310/Veileder-for-klinisk-dokumentasjon-av-sykepleie-i-EPJ-\(2017\)](https://www.nsf.no/vis-artikkel/3258399/663310/Veileder-for-klinisk-dokumentasjon-av-sykepleie-i-EPJ-(2017))
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 30. april 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon (NSFID). (2007). Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. (3. utg). Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>
- NSD. (2019). Om NSD. Hentet 11. desember 2019 fra <https://nsd.no/om/>
- Orvik, A. (2015). Kapittel 3: Pasientperspektivet: kvalitet og verdighe (s. 71 - 96). I: Orvik, A. *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter. (LOV-201806-15-38). Hentet 11.05.2020 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pasientjournalforskriften. (2019). Forskrift om pasientjournal. (FOR-2019-03-01-168) Hentet fra 18. mai <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Revidert 2017. Strategi 2014-2018 Hentet 24.04.2020 fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7/_/attachment/inline/49d137ef-c0d1-49a1-99c2-3fb6279e3a12:cba21b50e78a83fa6079c274f1b32b1e8dec4585/revidert-strategi-2014-2018.pdf

Rabelo-Silva E.R., Cavalcanti A.C.D., Caldas M.C.R.G., Lucena A.D.F. (2016). Advanced Nursing Process Quality: Comparing the international Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NAND-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *Journal of Clinical Nursing*. Vol.26(3-4), s.379–387. Hentet 24. April 2020 fra <https://doi.org/10.1111/jocn.13387>

Ranhoff, A.H. (2016). Den gamle pasienten. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (2016). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utgave, s.79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Sosial- og helsedirektorat (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Hentet 4. mai 2020 fra : https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf

- Stevenson, J.E., Nilsson, G (2012) Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 68, s. 667–676.
- Stubberud, D.G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Swensen, N. (2019). Nano-læringskurs for internasjonal klassifisering for sykepleiepraksis (ICNP). NSF. Hentet 28. april 2020 fra [https://www.nsf.no/vis-artikkel/4223507/559785/Nano-laeringskurs-for-internasjonalt-klassifisering-for-sykepleiepraksis-\(ICNP\)-er-naa-tilgjengelig!](https://www.nsf.no/vis-artikkel/4223507/559785/Nano-laeringskurs-for-internasjonalt-klassifisering-for-sykepleiepraksis-(ICNP)-er-naa-tilgjengelig!)
- Thoroddsen, A., Sigurjónsdóttir, G., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2013). Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 27(1), 84-91. Hentet 22. mars 2020 fra <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01004.x>
- Vabo, Grete. (2014). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Vabo, Grete. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Øygard, S. H., Andersen, J. R., Sandvoll, A. M. & Ytrehus, S. (2017). Manglande registrering av fall i sjukeheim. *Sykepleien Forskning*. 12. s.1-12. Hentet 10. desember 2019 fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/06/manglande-registrering-av-fall-i-sjukeheim>
- Öhlén A., Forsberg C., & Broberger E. (2013). Documentation of Nursing Care in Advanced Home Care. *Home Health Care Management & Practice*. 25 (4), s.169-175. Hentet 10. desember 2019 fra <https://doi.org/10.1177/1084822313490729>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søketabell

Merknad: *Inkludert avgrensning = peer reviewed, research article, dato: 2000 – 2019. Ved smertelindring av rusavhengige pasienter har sykepleier en del faktorer å forholde seg til.

Database og Dato	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstracter (nr)	Leste artikler (nr)	Inkluderte artikler (forfatter og årstall)
CINAHL 26.11.2019	S1	Nursing home patiens	12 562			
	S2	Quality improvement	57 246			
	S3	Nursing care	290 468			
	S4	Documentation in nursing	161			
	S5	S1+S2+S3+S4 (inkludert avgrensning)	1	1	1	

Database og Dato	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstracter (nr)	Leste artikler (nr)	Inkluderte artikler (forfatter og årstall)
Svemed+ 26.11.2019	S1	Sykehjem (inkludert avgrensning)	654			
	S2	Sykepleiedokumentasjon	1	1	1	

	S3	Sjuepleiedokumentasjon (inkludert avgrensning)	2	1	1	1 inkludert artikkel <u>Forskingsartikkel 1:</u> Naustdal A-G., Netteland G, 2012.
	S4	Dokumentasjon (inkludert avgrensning)	735			
	S5	Sykepleie (inkludert avgrensning)	2798			
	S6	Kvalitet (inkludert avgrensning)	644			
	S7	Helsehjelp (inkludert avgrensning)	1105			
	S8	S1+S4+S5+S6+S7	1	1	1	
	S9	S4+S5+S6+S7 (inkludert avgrensning)	2	1	1	1 inkludert artikkel <u>Forskingsartikkel 2:</u> Jakobsson, J. & Wann-Hansson, C., 2013.
Svemed+	S10	S4+S5+S7 (inkludert avgrensning)	6	3	1	
	S11	S4+S6	5	3	1	1 inkludert artikkel

						Forskingsartikkel 3: Thoroddsen, A., Sigurjonsdottir, G., Ehnfors, M. & Ehrenberg, A, (2013).
--	--	--	--	--	--	---

Database og Dato	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstracter (nr)	Leste artikler (nr)	Inkluderte artikler (forfatter og årstall)
CINAHL 26.12.2019	S1	Nursing homes	25 857			
	S2	Nursing documentation OR Electronic health records OR Nursing record	24844			
	S3	Quality of healthcare OR Quality of nursing care	88340			
	S4	S1+S2+S3	0			
	S5	S1+S2	0			
	S6	S2+S3	0			

Database og Dato	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstracter (nr)	Leste artikler (nr)	Inkluderte artikler (forfatter og årstall)
Svemed+	S1	Nursing homes	1134			

04.12.2019		(inkludert avgrensning)				
	S2	Nursing documentation (inkludert avgrensning)	177			
	S3	Quality of healthcare (inkludert avgrensning)	35205			
	S4	S1+S2+S3 (inkludert avgrensning)	20	4	2	1 inkluderte artikler <u>Forskingsartikkel 4:</u> Öygard, S.I H., Andersen, J. R., Sandvoll, A. M.& Ytrehus. S., 2017.

Database og Dato	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstracter (nr)	Leste artikler (nr)	Inkluderte artikler (forfatter og årstall)
CINAHL 04.12.2019	S1	Nursing homes	25 857			
	S2	Nursing documentation OR Electronic Health records	22119			
	S3	Quality of healthcare	698409			
	S4	S1+S2+S3 (inkludert avgrensning)	16	4	3	1 inkludert artikkel

						<u>Forskningsartikkel 5:</u> Kelley, T. F., Brandon, D.H. & Docherty, S. L. 2011.
	S5	Documentation in nursing	161			
	S6	S1+S3+S5	1	1	1	
	S7	S3+S5 (inkludert avgrensning)	17	6	3	2 inkludert artikler (Den andre er ekskludert etter veiledning) <u>Forskingsartikkel 6:</u> Ohlen A., Forsberg C., Broberge E. 2013 <u>Ekskludert forskningsartikkel etter veiledning:</u> Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, M. A., & van Achterberg, T, 2009)

Database og Dato	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstracter (nr)	Leste artikler (nr)	Inkluderte artikler (forfatter og årstall)
CINAHL 05.12.2019	S1	Nursing homes (Tittel)	3608			
	S2	Nursing documentation (Tittel)	177			
	S3	Quality of healthcare OR quality of nursing care (Tittel)	860			
	S4	S1+S2+S3	0			

	S5	S1+S2 (inkludert avgrensning)	5	2	2	
	S6	S2+S3 (inkludert avgrensning)	6	4	2	1 inkludert artikkel <u>Forskningsartikkel 8</u> : Bruylands M., Paans W., Hediger H. & Müller-Staub M. 2013.

Vedlegg 2: Oversikt over manuell søkning og ekskluderte artikler

Søkestrategi	Lest abstracter	Lest artikler	Inkludert/ ekskludert artikler	Begrunnelse
CINAHL 31.03.2020 Søke ord: S1:International classification. S2: nursing practice. Antall treff: 544 Avgrensning: Research article Peer reviewed English 01-2010-04.2020	A case study of the introduction of the International Classification for nursing Practice in Poland Kilanska D., Gaworska-Krzeminska A., Grabowska H., Gorzkowicz B. (2016) http://dx.doi.org/10.1111/inr.12261	lest	ekskludert	Abstrakten i artikkelen var en god interessevekker. Artikkelen løfter frem helsepolitikk og helsehistorisk trekk i Polen og derfor valgte å ekskludere denne artikkelen.
	The construction of a subset of ICNP for patients with dementia: a Delphi consensus and a group interview study Laukvik L.B., Mølsted K., Fossum M. (2015) DOI 10.1186/s12912-015-0100-z	lest	ekskludert	Opplever artikkelen relevant til vår oppgave. Men valg en annen artikkelen til fordel siden vi var kommet langt i arbeidsprosessen.
	The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' experience and Attitudes—Survey II: Evaluation of Standardizes Nursing Terminologies. Thede L.Q., Schwieian P.M. (2016) http://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01InfoCol01	-	ekskludert	Valgte en annen artikler til fordel, ettersom vi hadde flere mer relevante artikler
Opplevde artikkelen av Kilanske D. m.fl (2016) interessante,	Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP ®-ICNP® cross-mapping.	-	ekskludert	Vi valgte et nyansert artikkelen til fordel, i tillegg til valgte artikkelen inneholde systemets terminologi som vi kjente til.

fikk flere
relaterte artikler
på treffet som
ledet til valgt
artikkelen
Rabelo-Silva
E.R (2016)

Wieteck P. (2008) https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00639.x			
Communication gaps in nursing home transfers to the ED: impact on turnaround time, disposition, and diagnostic testing Nelson D., Washton D., Jeanmonod R. (2013)		Ekskludert	
Advanced nursing proses quality: comparing the international classification for nursing practice (ICNP) with the NANDA-international (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC) Rabelo-Silva E.R., Cavalcanti A.C.D., Caldas M.C.R.G., Lucena A.D.F. (2016).	Lest	Inkludert.	
The standardized Nursing Terminologies: A national survey of Nurses' Experiences and Attitudes Schwiran P.M., Thede L. (2011)	lest	ekskludert	Masse relevante synsvinkel i artikkelen knyttet til vårt oppgaven. Vi valgte dessverre et annet artikkelen til fordel ettersom vi hadde nok artikler og var kommet langt i arbeidsprosessen.
Dokumentasjon og oppfølging av bebuarar med diabetes i sykeheim Sykepleien Fagfelleverdert forskning. (2019)	lest	ekskludert	Vi valgte et annet artikkelen til fordel ettersom vi var kommet langt i arbeidsprosessen og har allerede to artikler som er rettet til en spesifikt pasientgruppen.
Experiences with electronic health records Early adopters in lang-term care facilitie	lest	ekskludert	

	Innovative leadership and management in a nursing home	Lest	ekskludert	
	Nursing acceptance of electronic of electronic health record technology: a literature review Strudwick G., Hall L.M (2015) DOI: 10.1177/1744987115615658		Lest ekskludert	
	Nursing documentation in nursing homes- state-of-the-art and implications for quality improvement. Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. (2004).	lest	ekskludert	Artikkelen fremhever konsekvenser som følge av uadekvat sykepleiedokumentasjon og uregelmessig dokumentering, samt kommer med tiltak som vil øke kvalitet i sykepleiedokumentasjon. Vi oppfatter flere av funnene fortsatt dagsaktuelt, men noen av funnene er trolig foreldet. Vi har derfor ekskludert denne artikkelen, til fordel for andre nyere forskning.
	Understanding the impact of nurses´ perception and technological capability on nurses´ satisfaction with nursing information system usage: a holistic perspective of alignment. Hsien-Cheng I., Jeng-Yuan C., Chia-Chen C., Chen-Wei Y. (2016).	lest	ekskludert	Artikkelen belyse sammenheng mellom sykepleieoppfatning og ytelsesevne av dokumentasjonssystemet. På grunnlag av avgrensninger i oppgaven har vi valgt å ekskludere denne artikkelen, artikkelen er fortsatt relevant for helhetlig forståelsen av i ulike deler av organisasjon (system -organisasjon) som også bidra til å forbedre kvalitet på klinisk omsorg og pasientsikkerhet.
	Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO.	Lest	ekskludert	Artikkelen er meget berikende knyttet til vår problemstilling. Vi opplever at funnene i artikkelen beveger seg mer mot kontroll av kvalitet og teknisk system verktøyet som leder i

	Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2009).			helseorganisasjon kan implementere. Vi har derfor valgt å ekskludere denne artikkelen fra vårt studien.
	The effekt of a VIPS implementation programme on Nurses ´knowledge and attitudes towards documentation Darmer, M.R., Ankersen, L., Nielsen, B.G., Landberger, G., Lippert, E. & Egerod I. (2004). DOI: 10.1111/j.1471-6712.2004.00289.x	lest	ekskludert	Masse av innholder i artikkelen er relevant for vår problemstilling. Valgt å ekskludere artikkelen på grunn av større behovet for nyansert av forskning

Vedlegg 3: Et eksempel på en sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Naustdal, A.G. & Netteland, G. (2012).

Documentation of health care from an electronic coordination perspective/Sjuepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning Vol. 7(3), s. 270-277.

Forskningsspørsmål i studiene er 1) hvordan dokumenterer sykepleiere pasienten sitt behov for pleie og behandling i elektronisk pasientjournal? 2) hvordan støtter dokumentasjonspraksisen informasjonsbehov til samarbeidsparter? 3) Hvilke utfordringer representerer denne praksisen når all skriftlig samhandling er elektronisk?

Bakgrunn på studien er at noen ganger kan det oppstå mangelfull sykepleiedokumentasjon, samhandling, og i noen tilfeller feil behandling, internt og ved flytting av pasienter. Problemstillingen er relevant med vår problemstilling da det går ut på kvalitet i informasjon, samhandling og helsehjelp som ytes

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Det ble gjort en kasusstudie, der dokumentasjonspraksis av sykepleie, internt og ved inn- og utskrivning av pasienter, ble studert for å få innsyn i ulike kulturer for formell og uformell dokumentasjonspraksis på tvers av forvaltningsnivå.

Studien er også basert på et kvalitativt design med individuelle semistrukturerte intervju, der både praktikere (de som utfører sykepleie) og sykepleieledere i sykehus og i kommunale omsorgstjenester, ble intervjuet. Ved å intervju både ledere og praktikere, får studien innsikt både i formell og uformell organisasjonspraksis.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA UKLART NEI

I metode-delen i artikkelen er det beskrevet design, utvalg, datasamling og analyse.

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

Det har vært gjort rede for utvalg i studien. For å få frem variasjon i dokumentasjonspraksis på tvers av organisasjoner og på tvers av forvaltningsnivå, har studiene inkludert spesialisthelsetjeneste med et lokal- og et sentralsykehus og primærhelsetjeneste med sykehjem og hjemmesykepleietjeneste i to ulike kommuner. Sykepleieledere fra tre sengeposter i sykehus ble intervjuet etter godkjenning fra institusjonsnivået i helseforetaket. I hver av kommunene ble det intervjuet to informanter fra sykehjem og to informanter fra hjemmesykepleie, en sykepleier og en leder fra hver organisasjon. Det har vært begrunnet på hvorfor deltakerne ble valgt. Kombinasjon av ledere og praktikere(sykepleiere) i sammenheng med intervju ville kunne gi innsikt både i formell og uformell organisasjonspraksis, samt å få frem synspunktet til ulike parter.

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA UKLART NEI

Ja. Datainnsamlingen ble gjort på den måten at det kunne besvare problemstillingen.

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Problemstillingen i artikkelen er hvordan sykepleiers dokumentasjonspraksis i sykehus og i kommunale pleie- og omsorgstjenester utfordrer en elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivå, og for å få innsyn i ulike kulturer av dokumentasjonspraksis på tvers av forvaltningsnivå og på tvers av organisasjoner, ble data innsamlet gjennom individuelle semistrukturerte intervju med sykepleieledere og sykepleiere(praktikere) i klinisk praksis på sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie.

Det ble brukt en intervjuguide på intervju med informantene. Intervjuguiden var særskilt tilpasset praktikere og ledere. Intervjuene preget av samtale der det ble stilt supplerende og utdypende spørsmål. Spørsmål i intervjuguide ble IKKE beskrevet i artikkelen. Det ble tatt lydopptak av intervjuene og deretter utførte forfatterne transkribert av intervjuene.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA UKLART NEI

Det ble beskrevet i analyse-delen at forskernes utdanningsbakgrunn kunne påvirke tolkningen av forskningsmaterial. Den ene forfatter er utdannet innen IKT og den andre innen sykepleie, noe som de var bevisst på at egne forståelser kunne påvirke fortolkningen av data. Forfatterne opplevde at kunnskapshorisonten ble gjensidig utvidet og at det ble skapt et refleksjon og spørsmål både til forskningsmaterialet og til deres respektive fortolkninger.

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) godkjente studien. Forskningsprosjektet hadde fått godkjenning fra den øverste ledelse i helseforetaket og rådmannen fra de to kommunene for å få tilgang til forskningsfelt. Deltakerne hadde fått skriftlig informasjon om forskningsprosjektet og forespørsel om å delta i prosjektet. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne før iverksetting av forskningen. Deltakerne var anonymiserte.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

I analyse-delen er det beskrevet at analysen ble gjort i flere trinn. Forskerne begynte å analysere data allerede under intervjuene, der oppklarende spørsmål ble stilt til informanter og det ble gjort oppsummeringer underveis. Det er ikke påvist på hvilken type analyse som ble benyttet. Etter at intervjuene ble transkribert av forskerne, ble tekstene gått gjennom for å få et helhetsinntrykk, deretter analysert og diskutert i felleskap.

Det er beskrevet at innsamlet opplysninger ble grovkategorisert. Tekster ble klistret ut og sortert gjennom meningsamling og meningskategorisering. Forskerne skrevet at i analysen, søkte de etter ulikhet i materialer knyttet til forskningsspørsmål.

Vi savnet forskerne sine ekspertise i analysen av data, noe som gjør oss uvisst på en sammenheng mellom forskningsmaterialer og kategoriene som forskerne hadde kommet frem til.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Funnene er godt presentert i resultatet som et fortellende og beskrivende format.

Tidligere relevante forskninger ble tatt opp i introduksjonen og diskusjonen. Paans et al. (29) fann unøyaktig dokumentasjon sjølv om det var innført system for strukturert dokumentasjon

Funnene ble diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen, at intern dokumentasjon av sykepleie fremdeles utarbeidet i kronologisk rekkefølge med fritrøkt, uten fastlagt struktur og uten å vise hensyn til at standardisert sykepleiedokumentasjon kan bidra til å øke kvaliteten i informasjon om pasient og gi et bedre utgangspunkt for elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivå. Det har også vært diskutert om at selv om det er påvist fordeler med standardisert plan, men implementering av standardisering ga også utfordringer og regnet som omfattende og tidskrevende.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Resultatet i studien er nyttig i praksis da det belyser utfordringer i forbindelse med sykepleiedokumentasjon, i både internt og i samhandling på tvers av forvaltningsnivå, at mangel på struktur i intern dokumentasjonspraksis påvirker gjenbruk av EPJ-data til produksjon av samhandlingsinformasjon.

Selv om implementering av standardisering er tidskrevende og omfattende er det viktig at sykepleiere har god kunnskap og forståelse for informasjonsbehov til samarbeidsparter og sykepleieleidere må ha mer kunnskap og trening i ledelsen av lokale utviklingsprosesser og i integrering av IKT i eksisterende arbeidsprosesser, da dette vil kunne bidra til å sikre kvaliteten i dokumentasjonspraksis og informasjonsoverføring, og ikke minst kvalitet i helsehjelp som ytes til pasienter.

Vedlegg 4: Oversikt over identifisering av viktige funnene

Artikkel	Nøkkelfunn
<p>Forskningsartikkel 1: Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det dokumenteres oftest kronologisk basert på fritekst, uten fastlagt struktur • Forskning tyder på manglende kunnskap og forståelse for informasjonsbehovet til samhandlende aktører, dermed et svak potensial forbruk av teknologi i dokumentasjonsprosessen. • Det var manglende avdelingskultur for bruk av standard dokumentasjon og manglende organisatorisk innføring av hvordan sykepleie skulle dokumentere i EPJ. både i institusjon og sykehus. • Lokale, delvis individuelle praksiser dominerer når det gjelder sykepleiedokumentasjon og samhandling på tvers av forvaltningsnivå, og kan skyldes manglende eller uklare formelle rutiner
<p>Forskningsartikkel 2: Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rapportert en positiv holdning i å jobbe i hht. SCP, særlig for nyansatte. Dette fungerte som en sjekklister for å sikre kvaliteten på omsorgen • Dokumentasjon ble opplevd: enkel, mindre tidkrevende, mindre overflødig av informasjon, lite fleksibelt og utilstrekkelig for enkelte derfor nødvendig å skrive et parallelt notat. • Flertall rapportert om at de ikke var involvert i utviklingen av SCP. Implementeringsprosessen var ikke optimalt, og det var tvilsomt om SCP ga positive bivirkninger. • Flertall har tillit til egen arbeidserfaring enn og jobber i hht. SCP. • Flertall er enig i at SCP gjør det lettere for ny sykepleier i å ta vare på en pasient enn uten.
<p>Forskningsartikkel 3: Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientjournaler manglet dokumentasjon på eksisterende trykksår. • Manglende nøyaktighet og struktur på dokumentasjon i pasientjournal. • Kvaliteten på informasjonen i pasientjournaler inkluderer nøyaktighet, fullstendighet og forståelse. • Dokumentasjon skal være nøyaktig, oppfyllende og gyldig for å kunne benyttes i videre arbeid. • Gyldig og pålitelig informasjon som samles inn, lagres, administreres og hentes er grunnleggende for å forbedre pasientsikkerheten. • Krever struktur i dokumentasjon i samsvar med sykepleieprosessen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Litt under halvparten av pasienter med trykksår hadde ordlyden i sykepleiediagnose som ikke åpenbar beskriver trykksår, dette hemmer påliteligheten av diagnosen og vil sannsynligvis gi unøyaktige revisjon av pasientjournaler for trykksår. • Pasienten hadde en lang gjennomsnittlig liggetid i avdelingen, dette indikerer alvorlighetsgraden av deres sykdom. Den akkumulerte sykepleies erfaringskunnskap ble ikke satt ord på. Dette er informasjon som skulle støtte kontinuitet, kvalitet og omsorgssikkert.
<p>Forskningsartikkel 4: Manglende registrering av fall i sjukeheim</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 32% av utvalget hadde fallet, hvor 28% av fall var assosiert med smerte, kutt eller brudd. 25-29% av pasienter som hadde fallet, hadde fallet to eller flere ganger. • Sykehjemmene følger ikke sin egen dokumentasjon kriterier ved fall, men fall med bruddskader var assosiert med riktig dokumentasjonspraksis • signifikant forskjeller mellom sykehjemmene registreringsskjema kan skyldes kulturforskjeller, kunnskapsnivå, ulike fokus fra ledelse.
<p>Forskningsartikkel 5: Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av Donabedians modell for å evaluere kvalitet i helsetjenesten. • Sammenheng mellom struktur, prosess og resultat i dokumentering av sykepleie • Sammenligning av dokumentasjon i papirform og elektronisk dokumentasjon (konsekvenser ved bruk av elektronisk dokumentasjon). • Sykepleiedokumentasjon i kommunikasjon mellom sykepleiere • Dokumentasjonsstandard for å kunne vurdere effekt av elektronisk dokumentasjon • Sykepleiers holdning og relasjon til bruk av elektronisk sykepleiedokumentasjon • Strukturerte formatet av den elektroniske sykepleiedokumentasjonen beskrevet som potensial til å begrense den fulle beskrivelsen av pasientens helsetilstand. • Klipp og lim funksjoner gir mulighet til at sykepleier kan kopiere og lime inn tidligere informasjon i den nåværende dokumentasjon.
<p>Forskningsartikkel 6: Documentation of Nursing Care in Advanced Home Care</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentasjon av sykepleie ved å følge VIP modell • Sykepleiedokumentasjon som kommunikasjonsmiddel mellom sykepleiere og andre profesjoner.

	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentering om utført sykepleieprosedyrer, informasjon, samt dialog med og veiledning som gis til pasient og pårørende. • Sykepleie dokumenterte hovedsakelig i tekstform om planlagt medisinske tekniske intervensjoner, etterfulgt med sykepleieres vurderinger og påfølgende intervensjoner. • Mangel av og/eller vansker med å finne pasientinformasjon påvirker sykepleieprosess og oppfølging. • Gjentakelse av samme informasjon i dokumentasjon. • Samme informasjon ble funnet under flere overskrifter. • Omsorgsbehovet var ofte beskrevet, men manglet tiltak, oppfølging og evalueringer. • Noen informasjon ble dokumentert om og om igjen, mens annen informasjon om pleie og oppfølging av pasienter ikke ble dokumentert i det hele tatt. • Sykepleie dokumenterte ofte om komplekse situasjoner og beskrev omsorgsbehovet, men manglet ofte inngrep og evaluering, data var fragmentert.
<p>Forskningsartikkel 7: Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) With the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EPJ gir søkedataene og bidra til mer nøyaktige kliniske beslutninger. • Studien avslører noen vanskeligheter med bruk av NANDA-I/NIC og ICNP standardiserte terminologier fra kliniske sykepleie. • Kvaliteten av sykepleieprosessen basert på NANDA-I/NIC ga et bedre resultat sammenlignet med sykepleieprosessen basert på ICNP standardiserte terminologi • Studien viser tilfredsstillende resultater for begge standardiserte terminologien for sykepleieprosessen, herunder høy kvalitet av sykepleiediagnoser, intervensjoner og utfall • Journalføring krever sykepleiers subjektive og objektive tolkning, styring tilnærming som standardformat. • Manglende bruk av standardisert sykepleiespråk for dokumentasjon av pasientens resultat ønsket eller oppnådd etter sykepleieinngrep. • Bruk av standardisert sykepleiespråk terminologi av høy kvalitet, vil mest sannsynlig sikre konsistens i kommunikasjon og dokumentasjon, og dermed sikre pasienten sikkerhet og resultatorientert planlegging av klinisk praksis.

Forskningsartikkel 8: Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation.

- Elektronisk dokumentasjonssystem gir adekvat støtte ved bruk i sykepleiediagnoser, men undervisningsprogrammet GCR hadde en bedre effekt på kvaliteten på sykepleieprosessen.
- Effekter av GCR: sykepleiervurderinger ble forbedret, sykepleiediagnoser var mer spesifikke og nøyaktige og sykepleieinngrep var mer diagnostisk / etiologisk spesifikk og derfor mer effektive.
- Pedagogisk tilnærming gir en positiv effekt på kvalitet på sykepleieprosessen, samt forbedre sykepleiernes diagnostiske kompetanse.
- Det er viktig med kontinuitet i undervisning og opplæringsaktiviteter blant sykepleiere for adekvat bruk av sykepleieprosess og dokumentasjon.

Vedlegg 5: Oversikt over hovedtemaer og innholdet

Hovedtema	Likhet i funn (artikkelnr.)	Ulikhet i funn (artikkelnr.)
Behov for tydelig struktur i dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Lite bruk av fasene i sykepleieprosessen i dokumentasjon (1,3) • Manglende nøyaktighet og struktur på dokumentasjon i pasientjournal (3, 4, 5, 6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Klassifikasjonssystemer, NANDA-I/NIC og ICNP, viser å ha høy kvalitet i sykepleie dokumentasjon som prosess og struktur (7)
Standardisering i dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv holdning i å jobbe i henhold til standardisert sykepleiedokumentasjon (2,7,8) • Standardisert klassifikasjoner gir nøyaktig formulering og dermed bidra til en felles forståelse (7,8) 	<ul style="list-style-type: none"> • Standardisert sykepleiedokumentasjon kan ikke erstatte sykepleiers evne til å tenke kritisk og reflekterende over den kliniske situasjon gjennom sykepleieprosessen (2, 3, 8) • Lite tradisjon for bruk av preformulerte oversikter over aktuelle sykepleieproblem og relevante tiltak (1) • Negative trekk ved bruk av standardisering i dokumentasjon (2, 5, 8)
Kvalitet i helsehjelp	<ul style="list-style-type: none"> • Årsaker til manglende og/eller ufullstendig dokumentasjon skyldes lite tid til dokumentasjon eller manglende avdelingskultur (1,3) • Manglende bruk av standardisering dokumentasjon fører til at det er uoversiktlig og vanskelig å finne aktuelle pasientopplysninger i det daglig behandling, samt inneholder i tekster kunne oppfattes ulikt (1) • Sykepleierne rapporterer om vanskeligheten med å lage en nøyaktig og fullstendig inn eller utskrivningsrapport, noe som skapte problemet for de som skulle ta imot pasienten og påvirker kvaliteten på pleieinformasjonen som må overføres (1) • Mangelfull registrering av risikofaktorer og dokumentasjon av pasientskade (3, 4) • Sykepleierens frustrasjoner knyttet til dokumentasjon i sammenheng med å tilby 	<ul style="list-style-type: none"> • En andel av sykepleie opplever det lettere å ta vare på en pasient med standardisert sykepleieplan enn uten. (2,5)

	<p>pasientbehandling, samt vanskeligheter med å hente inn tidligere inngått informasjon (1,5, 6)</p>	
<p>Dokumentasjon som kommunikasjonsmiddel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formål med dokumentasjon for å registrere, kommunisere og støtte flyten av informasjon i pasientjournal mellom helsepersonell i avdeling og på tvers av forvaltningsnivå ble ikke oppfylt (1,3,6,5) • Kommunikasjon og kontinuitet formålet ble ikke oppfylt. En del av dokumentasjon ble utført elektronisk og andre håndskrevet, derfor ikke godt leselig (6,7) • Redusert verbal kommunikasjon mellom sykepleiere og tilbydere etter implementering av elektronisk sykepleiedokumentasjon (5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk dokumentasjon gir økt oversikt og tilgang til informasjon om innlagte pasienter og de pasientene som ankommer fra en annen enhet (5)
<p>Kvalitet i dokumentasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avstand mellom utført pleie og dokumentasjon, viktig pasientinformasjon vært glemt (1, 6). • Funn i studiet indikerer behovet for nødvendig oppfølging for pasientgruppen i sykehjem grunnet høy alder (4). • Journaler manglet nøyaktighet, fullstendighet og/eller kontinuitet og forståelse som kan true pasientsikkerhet og/eller kvalitet i omsorg (2,7, 6) • Gjentakelse av samme informasjon i dokumentasjon, som ikke presenterer gyldighet i pasientens nåværende tilstand. (5,6). • Kvaliteten og innholdet i sykepleiedokumentasjon skilte seg mellom sykepleie (1, 3, 4, 6). • manglende bruk av standardisert sykepleiespråk for dokumentasjon av pasientens resultat ønsket eller oppnådd etter sykepleieinngrep (7) • Gjentakelse av samme informasjon (5,6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuerlig periodisk pedagogisk tilnærming i dokumentasjon og refleksjon av sykepleieprosessen viser å forbedre betydelig kvalitet av dokumentert sykepleieprosessen (4, 8). • Ved å nytte optimalt det elektroniske dokumentasjonssystemet og ha dokumentasjonsstandarder basert på pasientinformasjon, gi sikkerhet og pleie av høy kvalitet (5).
<p>Sykepleiers holdning og kompetanse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lav kunnskap om og forståelse for behov for dokumentasjon(1,4) 	

	<ul style="list-style-type: none">• Differensiell holdning til elektronisk dokumentasjon og standardisering av dokumentasjon virker til å være knyttet til sykepleiers alder og arbeidserfaring (2,5)	
--	---	--

Vedlegg 6: Litteratormatrise

Forskningsartikkel 1: Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Naustdal, A.G. & Netteland, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv.</p> <p><i>Sykepleien Forskning</i></p> <p>Vol. 7(3), s. 270-277.</p> <p>DOI: 10.4220/sykepleinf.2012.0133</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske hvordan dokumentasjonspraksis fungerer i sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjeneste, og hvordan det utfordrer en elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivåer.</p>	<p>Samhandling, Informasjonsteknologi, Dokumentasjon, Kvalitativ studie</p>	<p>En kasusstudie, basert på kvalitativ design med individuelle semistrukturert intervju. Det ble gjennomført intervju på 1,5 time med 14 informanter i henhold til en intervju-guide.</p> <p><u>Utvalg:</u> Studien tar for seg bruk av elektronisk sykepleiedokumentasjon i to norske sykehus og to kommuner innenfor samme helseforetaksområde, både internt og ved inn- og utskrivning av pasienter.</p> <p>For å få innsikt i ulike kulturer for formell og uformell dokumentasjonspraksis, internt og ved samhandling på tvers av organisasjoner, ble spesialisthelsetjenesten representert med et lokalt og et sentralsykehus og primærhelsetjenesten ble representert med et sykehjem og en hjemmesykepleie fra to ulike kommuner. Det ble kombinert med informanter fra et praksisnivå og et ledernivå. Tre sykehusinformanter var ledere ved sengeposter med pleietrengende pasienter som har behov for kommunale omsorgstjenester etter utskrivning. Lederne kom med forslag til sykepleiere med erfaringer fra elektronisk dokumentasjon og inn- og utskrivning av pasienter.</p> <p>I hver kommune ble det intervjuet to informanter fra sykehjem og to informanter fra hjemmesykepleien; en sykepleier og en leder fra hver organisasjon.</p>	<p>Resultatet av studien viser at:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sykepleiedokumentasjon ble ofte gjennomført kronologisk basert på fritekst, uten fastlagt struktur. Faser i sykepleieprosessen ble lite benyttet som mal for dokumentasjon. Ifølge informanter var det ingen lokale retningslinjer for hvordan sykepleie skulde dokumenteres i EPJ, verken fra ledelse i kommunehelsetjeneste eller sykehus. Kunnskap og forståelse for informasjonsbehov til samhandlende aktører virker å være svak. Det finnes mer potensial for bruk av teknologi innen dokumentasjonsprosess enn det som har blitt tatt i bruk. Sykepleieplaner ble ofte ikke lest eller fulgt opp, noe som førte til redusert motivasjon til å utøve dokumentasjon. Lite tid til dokumentasjon eller stor avstand i tid mellom utført pleie og dokumentasjonsføring. <p>Ifølge sykepleielederne fra begge nivå var endring av dokumentasjonspraksis i eksisterende arbeidsprosess en omfattende og tidskrevende oppgave.</p>	<p>Vi vil bruke denne artikkelen til å belyse faktorer som kan påvirke forbedring av kvalitet i dokumentasjon og informasjonsoverføring, som igjen vil kunne styrke helsehjelp som ytes til pasienter.</p> <p>Artikkelen vil også benyttes til å løfte opp diskusjon rundt utfordringer i forhold til endring av dokumentasjonspraksis, at selv om det er påvist fordeler med standardisert plan, krever implementering av standardisering tid og er en omfattende oppgave.</p>

Forskningsartikkel 2: Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Jakobsson, J. & Wann-Hansson, C. (2013). Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study.</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</i></p> <p>Vol. 27, s. 945–952</p> <p>DOI: 10.1111/scs.12009</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres oppfatning av å jobbe i henhold til standardisert pleieplan (standardized care plan/SCP), med tanke på brukskvalitet, dokumentasjon, kvalitet på omsorgen og implementeringsprosessen.</p>	<p>Clinical guidelines, Care pathways, Multiprofesjonal care, evidence-based, Practice, Quality of care.</p>	<p>Det ble gjennomført en tverrsnittstudie blant sykepleiere ved et universitetssykehus i Sverige, der 225 sykepleiere ble valgt ut, fordelt på 8 forskjellige avdelinger fra 7 ulike klinikker og hadde hatt erfaring med bruk av SCP i klinisk praksis i minst 6 mnd. Etter to påminnelser ble 130 spørreskjemaer (57,7 %) returnert.</p> <p>Deltakerne ble bedt om å svare på et spørreskjema med mulighet til å gi skriftlige kommentarer.</p> <p>Inkluderingskriteriet var at sykepleierne skulle ha erfaring med å bruke standardisert pleieplan i egen avdeling. Dermed ble 14 spørreskjemaer ekskludert da disse sykepleierne uttalte at de ikke hadde noen erfaring med å jobbe i henhold til standardisert pleieplan.</p> <p>Endelig resultat på undersøkelsen ble svar fra 116 sykepleiere som tilsvarer en svarprosent på 51,5 %.</p>	<p>Sykepleierne, særlig nyansatte rapporterte positiv effekt i bruk av SCP. Verktøyet gjorde det lettere i arbeidet og fungerer som en sjekkliste for å sikre kvaliteten på omsorg. 62,0–84,5 % av sykepleierne opplevde SCP verktøyet i arbeidet som enkelt, mindre overflødig for informasjon og tidseffektivt. 60,3 % av sykepleierne var helt eller delvis enig i at det er lettere og raskere å få kunnskap om en pasient ved bruk av standardisert pleieplan, enn uten. 92,2 % av sykepleierne var helt eller delvis enig i at SCP bidrar med å gjøre det lettere å ta vare på en pasient, enn uten.</p> <p>Implementeringsprosessen av SCP ble rapportert som tilfredsstillende, men det var likevel et flertall av sykepleierne som ikke var aktivt engasjert i å arbeide med utvikling av standardisert pleieplan. SCP ble noen ganger opplevd som ustabil, lite fleksibelt, utilstrekkelig, og mangler passende nøkkelord for dokumentasjon.</p> <p>Implementeringsprosessen av SCP i de ulike klinikkene var ikke optimal i henhold til resultatet. Studien konkluderer med at det er tvilsomt om SCP gir positiv effekt. Imidlertid fremhever studien behov for etablering av et godt utformet og testet instrument for evaluering, samt involvering av helsepersonell under videre utviklingen av SCP.</p>	<p>Det er lovpålagt å utarbeide dokumentasjon i pasientjournal, herunder sykepleiers observasjoner og handlinger. Pleieplan er en viktig del av sykepleieprosessen og har blitt implementert som standard i flere helseinstitusjoner med hensikt til å optimalisere kvalitet i helsehjelp. Pleieplan kan fungere som et effektivt kommunikasjonsmiddel mellom sykepleiere og andre teammedlemmer, noe som er avgjørende for optimal kvalitet i sykepleieomsorg.</p> <p>Vi vil bruke denne artikkelen til å drøfte fordeler med bruk av SCP, samt tiltak som kan bidra til å øke bruken av SCP blant sykepleiere, fordi kontinuerlig oppdatering av pleieplan viser å forberede kvaliteten i helsehjelp.</p>

Forskningsartikkel 3: Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record.

Referanse	Studien s hensikt /mål	Nøkkel - begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Thoroddsen, A., Sigurjonsdottir, G., Ehnfors, M. & Ehrenberg, A. (2013). Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</i></p> <p>Vol. 27(1), s. 84–91</p> <p>DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01004.x</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive nøyaktighet, fullstendighet og forståelse av informasjon om trykksår dokumentert i pasientjournaler.</p>	<p>Accuracy, Completeness, Comprehensiveness, Documentation, Patient record, Pressure ulcer.</p>	<p>Empirisk forskning, med tverrsnittsstudie. Studien inkluderte vurdering av hud til pasienter (ved å bruke screeningsverktøy), samt retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler til pasienter identifisert med trykksår. Deltakerne var pasienter med alder over 18 år som hadde vært innlagt på sykehus i mer enn 48 timer på kirurgiske, medisinske, geriatriske eller rehabiliteringsavdelinger (totalt 29 avdelinger) på et universitetssykehus i Island. 219 deltakende pasienter signerte et informert samtykke til å få huden deres inspisert for tegn på trykksår (110 menn og 106 kvinner, manglende data = 3). 47 av 219 pasienter identifisert med trykksår. To av 47 pasientjournaler kunne ikke være lokalisert. Dermed etterlot en sluttprøve på 45 pasientjournaler for retrospektiv gjennomgang av tilsvarende dokumentasjon.</p>	<p>Innholdet i alle inkluderende pasientjournaler (n = 45) hadde organisert på samme måte og i kronologisk rekkefølge. Medisinske notater og pleieplaner i pasientjournalen var elektronisk skrevet, men medisinske ordrer, sykepleiervurderinger og fremdriftsnotater var håndskrevet og var derfor ikke enkelt å innhentes som det maskinskrevne materialet. Sykepleieinnholdet var ellers strukturert i samsvar med sykepleieprosessen i alle pasientjournalene (vurdering, diagnose, mål, pleieplan og evaluering av utfall i fremdriftsnotater).</p> <p>Tilstedeværelse av trykksår ble for det meste dokumentert i sykepleievurdering (når de var til stede ved innleggelse) eller under pågående notater (når de oppstod under sykehusopphold). Risikofaktorer for trykksår ble ofte dokumentert i fritekst i sykepleiens fremdriftsnotater.</p> <p>Imidlertid viser studien at det er kun 27 (60%) av 45 pasienter som identifisert med trykksår hadde blitt dokumentert i pasientjournalene. Tegn, symptomer, sykepleiediagnoser og fremdriftsnotater relatert til trykksår og en forebyggingsplan for trykksår ble funnet hos 42% (n = 19) til 44% (n = 20) av pasientjournalene.</p> <p>Funnene i studien viser at data (informasjon) i pasientjournalene for å støtte identifikasjon av trykksår, risikofaktorer og pleieplaner for å forhindre eller behandle et trykksår var lite, noe som viser dårlig fullstendighet i pasientjournalen. Det ble registret mangel på nøyaktighet i dokumentasjonen, særlig for trykksår i stadium en.</p>	<p>Selv om artikkelen har lagt vekt på registrering av trykksår og dokumentert informasjon om trykksår i pasientjournaler, har artikkelen også belyst viktighet av tilgjengelig og fullstendig informasjon i forbindelse med kommunikasjon og kvalitetsforbedring. Studien er basert på data hentet fra sykehusavdelinger, men er også relevant i sykehjem fordi dokumentasjon for innsatsområder i pasientsikkerhetsprogram gjøres i relativt like stor grad gjennom helsevesenet.</p> <p>Artikkelen vil brukes i drøfting om hvordan informasjonskvalitet, dokumentasjonsstruktur og standardisering i dokumentasjon påvirker kvalitet og kontinuitet i helsehjelp og hvordan kan nøyaktighet, fullstendighet og forståelse av data i pasientjournalen forbedres.</p>

Forskningsartikkel 4: Manglende registrering av fall i sjukeheim

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Øygaard, S. H., Andersen, J. R., Sandvoll, A. M. & Ytrehus, S. (2017).</p> <p>Manglende registrering av fall i sjukeheim.</p> <p><i>Sykepleien Forskning</i></p> <p>Vol. 12. s.1-12.</p> <p>DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.62446</p>	<p>Målet med denne studien var å beskrive dokumentasjonspraksis for fall i sykehjem og drøfte i hvilken grad denne var i samsvar med sykehjemmenes egen kriterier for dokumentasjon. De identifiserte faktorer som var assosiert med riktig dokumentasjonspraksis.</p> <p>I tillegg var målet med studien å undersøke om beboernes alder og kjønn, type fall og sykehusinnleggelse var forbundet med utfyllingen av skaderegistreringsskjemaet.</p>	<p>Dokumentasjon, Fall, Sykehjem</p>	<p>Et kvalitetsforbedringsprosjekt, som benyttet seg av retrospektiv deskriptiv metoden (case-control). Analysegrunnlaget ble hentet fra 652 pasienter, i alder over 65 år, fra tre forskjellige sykehjem i en norsk kommune i tidsrommet fra august 2010 til juli 2011. De tre sykehjemmene har samme datasystem for dokumentasjon og oppfølging av hver enkelt beboer. De skriftlige prosedyrene til sykehjemmene mht. dokumentasjon av fall, var at alle fall skal dokumenteres etter gjeldende rutiner til sykehjemmet. Fall skulle dokumenteres som en uønsket hendelse både i pasientjournal og i skaderegistreringsskjema, og ble kjent for alle ansatta ved i opplæring.</p> <p>Data ble samlet ved å søke i fritekst på ordene «falt» og «ramlet» fra anonymiserte journaler og skaderegistreringsskjema i gjeldende tidsperiode.</p> <p>Både journalene og skaderegistreringsskjemaene ble nøye gjennomgått og kontrollert opp mot hverandre. Dette gjorde det mulig å undersøke om fallet ble registrert begge steder eller bare et sted.</p>	<p>208 av 652 pasienter har opplevd å falle i sykehjem. Det var til sammen 556 registrerte fall, noe som betyr at flere av beboerne har falt mer enn én gang. Funnet viser en vesentlig underrapportering av fall i skaderegistreringsskjema sammenlignet med fall rapportert i pasientjournal. I 26 % av de dokumenterte fallene påførte pasienten skade (smerter, skade med eller uten brudd), og bare 10,6 % av fallene var dokumentert i tråd med sykehjemmenes dokumentasjonskriterier (både i pasientjournal og skaderegistreringsskjema). 91,4 % av fallhendelsene ble beskrevet i pasientjournal, og totalt 19,2 % av fallhendelsene ble dokumentert i skaderegistreringsskjema.</p> <p>Det var stor variasjon i dokumentasjonspraksis mellom sykehjemmene. Det ble også funnet en klar sammenheng mellom alvorlighetsgrad av skaden og utfylling av skaderegistreringsskjema. Resultatene viser at ansatte ved sykehjemmene ikke oppfyller sine egne dokumentasjonskrav. Fall med brudd var mer assosiert med korrekt dokumentasjonspraksis.</p> <p>Mangelfull registrering av fall kan bety at det ikke har vært gjennomført risikovurdering og at nødvendige forebyggende tiltak derfor ikke har blitt iverksatt. Dette medfører at en ikke får riktig kunnskap om omfanget av problemet og konsekvenser av dette.</p>	<p>Studien i artikkelen tar utgangspunktet i kvalitetsforbedring av dokumentasjon på sykehjem, i sammenheng med pasientsikkerhet. Dermed er denne artikkelen aktuell med tanke på at vår problemstilling handler om å styrke kvaliteten i helsehjelp gjennom sykepleiedokumentasjon.</p> <p>Det kreves oppfyllende dokumentasjonspraksis av sykepleie for å kunne gjennomføre forebyggende tiltak knyttet til fall. Artikkelen vil bli brukt til å belyse/fremheve tiltakene som er drøftet i «Vegen videre», og til å belyse hva sykepleiedokumentasjon forteller om sykepleierollen.</p>

Forskningsartikkel 5: Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Kelley T.F., Brandon D.H. & Docherty S.L. (2011). Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> Vol.43(2), p.154-162 DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01397.x</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke påstanden om at elektronisk sykepleiedokumentasjon har forbedret kvaliteten på omsorg som ble gitt til sykehusinnlagte pasienter.</p> <p>Studien legger vekt på viktigheten ved å undersøke eksisterende litteratur om bruk av elektronisk sykepleiedokumentasjon for å yte kvalitetspleie til innlagte pasienter.</p>	<p>Administration, informatics, informasjonsteknologi, nursing practice, quality improvement.</p>	<p>Oppsummert forskning. Det ble gjennomført en integrerende gjennomgang av litteraturen. Forskerne undersøkte forholdet mellom elektronisk sykepleiedokumentasjon og kvalitet på omsorgen som ble gitt til innlagte pasienter. Donabedians kvalitetsrammeverk, «bakovervendt» ble brukt til å organisere empirisk litteratur. Denne strukturen er nødvendig for å belyse resultatet, der man beskriver utfall (hva man ønsker å oppnå), etterfulgt av prosess og struktur.</p> <p>24 studier ble inkludert for gjennomgang. Artiklene måtte ha vært publisert i de siste 30 årene. Artiklene ble gjennomgått og organisert i henhold til konstruksjon av forskningsspørsmålet adressert i studien. Bare artikler som studerte bruk av elektronisk sykepleiedokumentasjon i sykehusinnstilling ble valgt for gjennomgang.</p> <p>Artikkelen oppsummerer forskningsresultater, og drøfter funnene knyttet til dokumentasjonsprosesser og strukturelle komponenter.</p>	<p>Til studiens tidspunkt var bruk av elektronisk sykepleiedokumentasjon for å forbedre pasientutfall uklart. Dette var på grunn av begrensning i eksisterende empirisk litteratur om evaluering av pasientens helseutfall som resultat av elektronisk dokumentasjon.</p> <p>Sykepleieres tilfredshet med elektronisk dokumentasjon var preget av frustrasjon over utfordringer knyttet til elektroniske egenskaper, de mente likevel at elektronisk dokumentasjon var til hjelp med tilbudet av pasientbehandling. Dokumentasjonen ble bedre og mer effektiv som et resultat av det elektroniske formatet. Sykepleiernes varierende mengde og tid for dokumentering var avhengig av innfatning av omsorg og pasientens tilstand. Imidlertid uttrykket sykepleiere at informasjonsbehovet i den daglige praksis ikke oppfylles, organisering av dokumentasjonssystemet ikke var en nøyaktig fremstilling av sykepleiepraksisen, samt lite nyttig for å kommunisere de personlige aspektene ved pasienten.</p> <p>Forskerne konkluderer med at fremtidig forskning bør undersøke den daglige interaksjonen mellom sykepleiere og elektronisk sykepleiedokumentasjon for levering av kvalitetspleie til innlagte pasienter, forsyning av pleieomsorg (forstå hvordan sykepleiere bruker elektronisk sykepleiedokumentasjon for å gi omsorg), sykepleiekommunikasjon, holdning til elektronisk sykepleiedokumentasjon og systemets funksjonalitet og brukervennlighet.</p>	<p>Artikkelen dekker alle relevante områder av vår problemstilling. Begrensningen vi har med denne artikkelen, er at studiet ble gjennomført før det var lovpålagt for helsepersonell å utarbeide kun en pasientjournal og studien ble gjennomført i overgangsperiode fra papirdokumentasjon til elektronisk. Derfor bør vi være kritiske til funnene, fordi funnene kan med en viss sannsynlighet være utdatert. Vi synes likevel at denne studien er relevant for vår oppgave, da den vil hjelpe oss med å strukturere diskusjonsdelen, løfter opp relevante holdepunkter nyttig til vår problemstilling.</p>

Forskningsartikkel 6: Documentation of Nursing Care in Advanced Home Care

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Key-words	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Öhlén A., Forsberg C., & Broberger E. (2013)</p> <p>Documentation of Nursing Care in Advanced Home Care.</p> <p><i>Home Health Care Management & Practice.</i></p> <p>Vol. 25 (4), s.169-175</p> <p>DOI:10.1177/1084822313490729</p>	<p>Målet med denne studien er å beskrive sykepleiedokumentasjon i hjemmesykepleie .</p> <p>Samt å analysere for å sammenligne pleieinnholdet som var rapportert av hjemmesykepleie-enheter til landsstyret for helse og velferd.</p>	<p>Nursing documentation, Advanced home care, Interprofessional communication, Content analysis, Patient safety, Evidence-based practice</p>	<p>Forskerne i denne studien har gjennomført en beskrivende kvalitativ studie, hvor sykepleienotater fra 60 pasienter i 2 målbevisste hjemmesykepleie-enheter i Stockholm meldte seg på.</p> <p>Dokumentasjonsinnhold ble analysert ved hjelp av den induktive tilnærmingen. I den første fasen ble notatene analysert manuelt med koding i kategori. Abstraksjon av data ble utført ved å søke etter passende overskrift i kategoriene. Siste trinn av analyse innebar å sammenligne kategoriene og en endelig sortering av tekstene.</p> <p>Utvalget av pasienter var registrert i hjemmesykepleie i periode mellom 25-208 dager, hvor pasientene var innlagt pga. ulike kroniske sykdommer.</p>	<p>Sykepleienotatene viste et bredt spekter av sykepleieinformasjon av både planlagt og akutt omsorg. Forhåndsbestemt omsorg inneholdt hovedsakelig dokumentasjon av medisinske tekniske inngrep. Akutt omsorg dokumentasjon består av mer tekst der sykepleieres vurderinger og påfølgende intervensjoner kan være fulgt.</p> <p>Det ble imidlertid funnet at sykepleiedokumentasjon ofte var fragmenter og vanskelig å finne informasjon fra intervensjon til evaluering. Dette kan være en mulig påvirkning for nøyaktig pasientbehandling og pasientsikkerhet. Omsorgsbehovet var ofte beskrevet, men manglet tiltak, oppfølging og evalueringer. Kvaliteten og innholdet i sykepleiedokumentasjon skilte seg mellom sykepleie.</p> <p>Dataene viste hva sykepleiere dokumenterte, men ikke nøyaktig hva de faktiske utførte. Resultatet kan overføres til andre hjemmesykepleie enheter, der det er viktig å påpeke at data ble analysert fra perspektivet til sykepleiedokumentasjon, og ikke i henhold til pasienthelse problemer.</p>	<p>Vi ønsker å bruke denne artikkel fordi vi erfarer at dokumentasjonskultur og kompetanse er ganske lik i hjemmesykepleie som i sykehjem.</p> <p>Vi ønsker derfor å fremheve funnene som ble gjort i denne studien for å berike tiltakene som kan iverksettes i sykehjem for å optimalisere sykepleiedokumentasjon, samt kvaliteten i pasientens omsorg og sikkerhet.</p>

Forskningsartikkel 7: Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) With the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans i vårt oppgave:
<p>Rabelo-Silva E.R., Cavalcanti A.C.D., Caldas M.C.R.G., Lucena A.D.F. (2016).</p> <p>Advanced Nursing Process Quality: Comparing the international Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC).</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>Vol.26(3-4), s.379-387. Doi:</p>	<p>Denne studie vil bidra med å sammenligne kvaliteten på sykepleieprosessen som en funksjon av forskjellig standardiserte terminologien «NANDA-Internasjonal med NIC og ICNP klassifiseringer i to sykehus.</p> <p>Resultatet fra en slik studie vil kunne brukes til å definere en optimal strategi for å synliggjøre sykepleieres arbeid, resultatorientert planlegging av klinisk praksis og for</p>	<p>Classification , Internatonal classification for Nursing Practice, NANDA-Intenational, Nursing Ontervention s Classification , Nursing process, Nursing records, Quality of Diagnoses, Intervention s, and Outcomes instrument.</p>	<p>Tverrsnittstudie, utført ved to Brasilianske sykehus. Totalt 138 sykehusposter.</p> <p>Senter 1: 69 poster ble samlet inn i periode 2012-2013, fra helsejournalen til onkologipasienter med brystneoplasmer som var innlagt på kliniske eller kirurgiske avd i minst 4 påfølgende dager. Disse brukte EHR i kombinasjone med NANDA-I med NIC-klassifisering.</p> <p>Senter 2: 69poster ble samlet i periode 2010-2012. Sykepleierne brukte både håndskrevet og EHR registrer basert på ICNP.</p> <p>Begge forskningsentre er anerkjent internasjonal under JCI for sin dyktighet innen pasientbehandling. Valg av forskningsperioden ble bestemt av tidspunkt for JCI-akkreditering på sykehusene, ettersom begge hadde gjennomført opplæringsaktiviteter knyttet til dokumentasjon i foregående år.</p>	<p>Pålitelighetsanalyse viste tilfredsstillende resultater for begge standardiserte terminologier for sykepleieprosessen, med tanke på maksimal poengsum av 58 poeng.</p> <p>Senter 1: hadde et overlegent resultat angående anvendelse av den avanserte sykepleieprosessen. Q-DIO score 35/58</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Større diagnostisk nøyaktighet. ○ Benyttet subjektiv, objektiv, tolkning og styring tilnærming som standardformat for daglig journalføring ○ Høyere kvalitet og pålitelighet i sykepleiediagnoser (ND) som produkt, grunnet nødvendige attributter for ND ○ Lavere score i sykepleiediagnoser som prosess. Vi må likevel ikke anser dette score som underordnet grunnet sykepleierens resonnement og kritisk tankeprosess blir ikke automatisk dokumentert av systemet, men det elektroniske systemet oppretter automatisk et diagnose etter NANDA-I klassifisering. <p>Senter 2: Q-DIO score 31/58</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Benyttet subjektiv, objektivt, vurderings- og plan format ○ Betydelig høyere score i sykepleiediagnoser som prosess (dette området innebærer fritekst av anamnese, oftest var håndskrevet), sykepleieren trenger ikke å fastslå en årsak eller symptom som støtte diagnosen. Diagnoser blir etablert i hht koblingene mellom fokus og dømmekraft, diagnostiske ledetråder er åpne og snarere enn målrettet. 	<p>Vi ønsker å benytte denne artikkelen til å begrunne viktigheten av avansert standardiserte terminologien for sykepleieprosessen. Forskning viser at standardiserte terminologien kan forbedre kvaliteten på sykepleieregistrere, muliggjøre kontinuitet i pleien, konsistensen i skriftlig kommunikasjon kan forbedre sikkerheten for både pasienter og tilbydere.</p>

<p>10.1111/jocn.13387</p>	<p>å evaluere sykepleieomsorgens kvalitet og effektivitet.</p>		<p>Eksklusjonskriterier: uleselig håndskrevet poster, elektroniske poster som ikke samsvarte med pasienter kliniske diagnose av malignitet i nevnte periodene, poster fra pasienter utenfor stedet.</p> <p>Data for sykepleiediagnoser til Q.DIO ble samlet gjennom historien og fysiske undersøkelse for pasienter som ikke kunne intervjues av ulike helsemessig årsak.</p> <p>Etisk vurdering: godkjent av den lokale forskningsetiske komiteen. Alle etterforskere signerte et avtale for databruk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sykepleiediagnoser som produkt: ved ikke å beskrive etiologien (relatert faktorer/ risikofaktorer) for ND, blir nøyaktigheten til ICNP-diagnoser i fare <p>Det var signifikante forskjeller i sykepleieintervensjoner og sykepleieresultater. Begge senteret viser at sykepleieintervensjonene løste eller minimerte årsaken til problemet som ND. Inngrep ble tydelig foreskrevet, planlagt og utført deretter og dokumentert etter fullføring av sykepleierne.</p> <p>Lave score for Sykepleieresultatene ved begge senteret, men kan utledes med manglende bruk av SNL for dokumentasjon av resultatene. Dette fremhever behovet for bedre utfallsindikatorer i ND</p> <p>Forskere knytter den høyeste poengsummen i senter 1 til den datastyrte sykepleiedokumentasjon. EPJ gir søkedataene og bidra til mer nøyaktige kliniske beslutninger.</p> <p>Resultatene fra denne studien avslører noen vanskeligheter med bruk av NANDA-I/NIC og ICNP standardiserte terminologier fra kliniske sykepleie. Den gir bevis på kvaliteten i sykepleiedokumentasjon med NANDA-I og ICNP standardiserte terminologier.</p>	
---------------------------	--	--	---	---	--

Forskningsartikkel 8: Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Bruylands M., Paans W., Hediger H. & Müller-Staub M. (2013).</p> <p>Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation.</p> <p><i>International Journal of Nursing Knowledge</i></p> <p>Vol 24 (3)</p> <p>DOI: 10.1111/j.2047-3095.2013.01248.x.</p>	<p>Hensikten med studien er å evaluere om effekten av utdanningsprogrammet «Guided clinical Reasoning» (GCR) har en varig effekt under hele sykepleieprosessen og om innføringen av et smartfunksjonselektronisk sykepleiedokumentasjonssystem (e-Doc) gir effekt på kvalitet på sykepleieprosessen.</p> <p>Forskningsspørsmålene er:</p> <p>1.Hadde GCR en betydelig, varig effekt på kvalitet på sykepleieprosessen mellom 2005-2011?</p> <p>2.Hvor ofte og nøyaktig brukte sykepleier ND (sykepleie diagnose)</p>	<p>Electronic health record, nursing diagnosis, nursing record, Q-DIO, WiCare Doc</p>	<p>Kohortstudie. Evalueringen av den varige effekten av GCR knyttet til kvalitet i sykepleieprosessen ble utført ved 3 målepunkter i år 2005, 2006 og 2011. Data ble hentet fra et sykehus i Sveits. Gruppe 1 (2005) består av resultatene av 36 Q-DIO, vedtatt fra tidligere studie utført av Müller. Staub m.fl(2007). Et år etter implementering av GCR.</p> <p>Gruppe 2 (2006) omfatter 36 tilfeldig Q-DIO datasett hentet fra en tidligere studie utført av Müller. Staub m.fl(2008). Det var også gitt et avansert GCR knyttet til denne studie.</p> <p>Gruppe 3 (2011) består av tilfeldig tildelt sykepleiedokumentasjoner etter introduksjon av e-Doc. Data fra gruppe 3 ble brukt to ganger for å svare på 2-4 forskningsspørsmål. Disse analyse ble gjennomført ved streng bruk av NANDA-taksonomien.</p>	<p>GCR viste de beste Q-DIO score. Ingen langsiktig effekt ble funnet etter opphør av GCR.</p> <p>Funnene i 2006 etter den andre opplæringen med GCR viste å ha de høyeste nivåene av kvalitet på dokumentert sykepleieprosess.</p> <p>Gruppe 1 og gruppe 3 var nesten på samme nivå i kvalitet på dokumentert sykepleieprosess.</p> <p>Gruppe 1 viste signifikant bedre vurderingskvalitet herunder intervensjoner og pasientresultater enn gruppe 3.</p> <p>Gruppe 3 viste bedre ferdigheter i å oppgi nøyaktig ND i forhold til gruppe 1 og 2, men en betydelig nedgang i kvalitets vurderingene.</p> <p>Gruppe 2 og 3 viste ingen signifikant forskjell i nøyaktighet av ND bruk.</p> <p>Resultatet av forskningsspørsmål 2 viste at sykepleiere valgte maksimalt 5 forskjellige ND, i de fleste tilfeller var bare en ND riktig.</p> <p>Resultatet av forskningsspørsmål 3 viste at e-Doc nådde 61,5 % på nøyaktighet for å antyde den hypotetiske ND. Smartfunksjonen av e-Doc identifiserte totalt 30,22 % nøyaktig ND.</p> <p>Resultatet i forskningsspørsmål 4 viste et gjennomsnitts forhold mellom nøyaktige forslag fra e-Doc og ND av sykepleiere utgjorde 6,6: 1.</p>	<p>Vi vil benytte denne artikkelen til å støtte GCR intervasjon i dokumentasjon skvalitet, da dette viser å forbedre nøyaktig diagnoser og intervensjons-effektivitet, noe som fører til bedre pasientresultat.</p> <p>Artikkelen vil også bli brukt til å belyse faktorer som støtter og hindrer sykepleiere ved bruk av elektronisk dokumentasjon i sykepleieprosessen. Samt tiltak som kan bidra til å styrke GCR</p>

	<p>med støtte fra e-Doc i 2011?</p> <p>3.Hvor ofte og nøyaktig antyder e-Doc ND i 2011?</p> <p>4.Sammenlignet med den faktiske bruken av ND, hvor mange nøyaktige ND antydet e-Doc i 2011?</p>		<p>(Q-DIO= forskningsbasert instrument for standardisert evaluering av kvalitet på den dokumentert sykepleieprosessen)</p>	<p>Det konkluderes med at konstant støtte fra sykepleiere, en bevissthet om barrierer for å gjennomføre sykepleieprosessen og bruk av smart beslutningsstøtteverktøy riktig, er avgjørende for en høy kvalitet i sykepleieprosessedokumentasjon.</p>	<p>innervasjon med langsikt effekt.</p>
--	--	--	--	--	---

