



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse
4BACH

Ellen Dehlie og Anne Jacinta Hansen

Veileder: Liv Ødbehr

«Roser i bandasjen» – blomsteruttrykk eller sykepleierens fagspråk?

«Roses in the dressing» – flower talk or nursing terminology?

Antall ord: 12572 (Fra og med Innledning til og med Konklusjon)

Bachelor i sykepleie, 6.semester

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleiere har en lovpålagt plikt til å dokumentere planlagt og utført helsehjelp.

Formål: Gjennom oppgaven ønsker vi å belyse dagens sykepleiedokumentasjon i forhold til dokumentasjonsplikten.

Metode: Litteraturstudie med utgangspunkt i pensumlitteratur for sykepleierutdanningen og selvvalgt litteratur. Vi har deretter vurdert litteraturen opp mot egne praksiserfaringer. Da sykepleiedokumentasjon er et bredt tema, presenteres dette gjennom eksempler med pasienter som har decubitus.

Resultat: Litteraturen beskriver juridiske føringer, faglige krav og etiske hensyn som skaper utfordringer for sykepleieren når hun eller han skal innfri dokumentasjonsplikten. Litteratur og forskning uttrykker at dagens sykepleiedokumentasjon er mangelfull, og at det er ulike meninger om hva som er riktig dokumentasjonspraksis. Det finnes eksisterende verktøy og muligheter, til å forbedre sykepleieres dokumentasjonshverdag, som ikke er maksimalt utnyttet.

Konklusjon: Det er ingen klar løsning på hvordan sykepleiere skal utføre riktig sykepleiedokumentasjon. Dersom sykepleiere har kunnskap og ferdigheter kan dette effektivisere dokumentasjonspraksis, og være et bidrag til økt pasientsikkerhet.

Innhold

Sammendrag.....	2
1 Innledning	5
1.1 Problemstilling.....	6
1.2 Avgrensning.....	6
1.3 Oppgavens disposisjon	8
2 Metode	9
2.1 Datasamling	9
2.1.1 Kvalitative forskningsartikler	10
2.1.2 Forskningsartikkel med kombinert kvalitativ og kvantitativ metode	11
2.1.3 Kvantitative forskningsartikler	11
2.1.4 Fagartikler	12
2.2 Kildekritikk.....	12
3 Teori.....	14
3.1 Et historisk blikk på sykepleiedokumentasjon	14
3.2 Dokumentasjonsplikt.....	14
3.2.1 Dokumentasjonsplikt og forskning	15
3.2.2 Dokumentasjonsplikt og tverrfaglig samarbeid	16
3.2.3 Dokumentasjonsplikt og etikk	17
3.2.4 Dokumentasjonsplikt og forsvarlighet.....	17
3.3 Decubitus	18
3.4 Hva er sykepleie?.....	18
3.5 Sykepleieprosessen.....	20
3.6 Dagens sykepleiedokumentasjon.....	21
3.7 Sykepleieprosessen i praksis	22
3.8 Sykepleiens uttryksform og fagspråk	23
3.9 Dokumentasjon av decubitus.....	25

3.9.1 Kartleggingsverktøy for decubitus.....	26
3.10 Tid.....	27
4 Drøfting.....	29
4.1 Kunnskap.....	29
4.1.1 Presise beskrivelser.....	29
4.1.2 Grundighet.....	30
4.1.3 Fagutvikling.....	32
4.2 Ferdigheter.....	33
4.2.1 Oppdaterte pasientjournaler.....	33
4.2.2 Gode holdninger.....	35
4.2.3 Kompetente sykepleierstudenter.....	36
4.3 Effektivitet.....	37
4.3.1 Dokumentere til rett tid.....	37
4.3.2 Tidsbesparende verktøy.....	38
4.3.3 Støtte gjennom veiledning og samarbeid.....	39
5 Konklusjon.....	41
Referanseliste.....	42
Vedlegg 1: PICO-skjema.....	51
Vedlegg 2: Søkehistorikk.....	52

1 Innledning

Florence Nightingale (1820-1910) anses for å være opphavskvinnen til dagens sykepleie (Kirkevold, 2001). Hun var også en av de første til å nedtegne sykepleieobservasjoner (Mathisen, 2006). Dokumentasjon av sykepleie har ekspandert siden Nightingales tid, både internasjonalt og nasjonalt. I 2001 fikk norske sykepleiere lovpålagt dokumentasjonsplikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a). KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) utga i 2003 en nasjonal standard for sykepleiedokumentasjonen (Bach, 2003). Det finnes i dag flere forskjellige dokumentasjonssystemer i Norge. Dette er med på å skape utfordringer for sykepleieren når hun eller han skal utføre sin dokumentasjonsplikt.

Uttrykket «to roser i bandasjen» har blitt brukt i sykepleiedokumentasjon på sykehus som fullstendig beskrivelse av gjennomblødning i en bandasje som beskytter et operasjonssår. Første gangen vi leste dette i en pasientjournal forsto vi ikke at dette faktisk beskrev blødning. Vi reagerte på manglende presisjon i uttrykksformen. Det er ikke bare i slike tilfeller vi har opplevd mangelfull dokumentasjon og lite dekkende beskrivelser i pasientjournaler. Når vi har spurt veiledende sykepleiere i praksis, har vi fått motstridende beskjeder om hva som er riktig og god sykepleiedokumentasjon. Vi har erfart utfordringen i å skulle sørge for kontinuitet i sårbehandling, når ingen tidligere eller mangelfull dokumentasjon foreligger. Mangelfull dokumentasjon gir sykepleieren et dårligere grunnlag for å gjøre en sykepleiefaglig vurdering av et sårs utvikling. Ved at nøyaktig og grundig sykepleiedokumentasjon foreligger, økes muligheten til å utføre tilfredsstillende sykepleie.

Vi har tidvis vært frustrerte over mangelfull dokumentasjon i pasientjournalen når vi har overtatt sykepleieansvaret for en pasient. Dette har videre vekket vår nysgjerrighet til å se nærmere på hva god sykepleiedokumentasjon egentlig er. Som snart ferdigutdannede sykepleiere er vi i tillegg opptatt av å oppfylle lovpålagte krav. Ved å lære mer om sykepleiedokumentasjon blir vi bedre kjent med lovverket. Sykepleiedokumentasjon er noe begge to har praksiserfaring med, noe vi syntes var viktig i forhold til valg av tema når vi skal produsere en oppgave sammen. Vi har et engasjement til selv å utføre god dokumentasjon, og ved å skrive en oppgave om sykepleiedokumentasjon håper vi å lære mer, og dermed senere kunne påvirke andre sykepleiere til god dokumentasjonspraksis.

Hensikten med vår bacheloroppgave er å undersøke både betydningen av sykepleiedokumentasjon og hvilke utfordringer sykepleiere står ovenfor i arbeidet med dokumentasjon. Videre ser vi på dagens sykepleiedokumentasjon i lys av den historiske

utviklingen. Vi har sett på noen mulig årsaker til hvorfor sykepleiedokumentasjonen ikke er optimal. Vi har også sett på styrker og svakheter, og diskuterer noen mulige tiltak for å møte svakhetene. Gjennom oppgaven ønsker vi å belyse en lovpålagt plikt sykepleiere har til å dokumentere planlagt og utført helsehjelp.

I tillegg til at sykepleiedokumentasjon har relevans i forhold til lovverk, bør sykepleieren utøve etisk refleksjon i dokumentasjonsarbeidet. Sykepleieren bør vise respekt for pasienten ved å være bevisst på hva hun eller han uttrykker i journalføringen, da det handler om å beskrive et annet menneskes anliggende. Sykepleiedokumentasjon har relevans i forhold til sykepleiefaget, fordi sykepleiere alltid vil ha behov for kunnskap og ferdigheter om dette i sin yrkesutøvelse.

1.1 Problemstilling

Tema for oppgaven er altså sykepleiedokumentasjon, og vi har valgt denne problemstillingen:

Hvordan dokumentere riktig? Et kritisk blikk på dagens sykepleiedokumentasjon.

1.2 Avgrensning

Når vi svarer på problemstillingen, tar vi utgangspunkt i sykepleiedokumentasjon i Norge, da vi som utøvende sykepleiere må forholde oss til norsk lovverk. Vi velger å belyse sykepleiedokumentasjon på sykehus, og omtaler det elektroniske dokumentasjonssystemet DIPS (Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus). Dette er fordi vi har erfaring med DIPS fra våre sykehuspraksiser. Vi velger ikke å omtale noen spesifikk sykehusavdeling. Vi velger kun å omtale klassifikasjonssystemene NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) og NIC (Nursing Interventions Classification) som er relevante for DIPS, og NOC (Nursing Outcomes Classifications) som er i ferd med å implementeres i norske systemer (Sandvand & Vabo, 2007).

Sykepleiedokumentasjon er et vidt felt, og vi har valgt å presentere temaet gjennom å vise eksempler med utgangspunkt i decubitus. God dokumentasjonspraksis kan være et bidrag til å forebygge forverring av decubitus (Jordan O'Brien & Cowman, 2011). Da denne oppgaven handler om journalføring av sykepleie, diskuterer vi ikke konkrete forebyggings- og behandlingstiltak, eller faktorer som kan påvirke sårtilheling. Kartleggingsverktøy for risiko for utvikling av decubitus går vi heller ikke inn på.

I problemstillingen tar vi utgangspunkt i myndige pasienter som kan ta autonome valg og er samtykkekompetente. Selv om eldre mennesker er mest utsatt for å utvikle decubitus

(Stubberud, 2011), velger vi ikke å definere alder da det ikke er relevant for god sykepleiedokumentasjon. Vi ser bort fra pasientens innleggelsesårsak eller andre diagnoser og tidligere sykdommer. Brukermedvirkning diskuteres ikke som begrep, men vi berører dokumentasjon av pasientens medvirkning og delaktighet i avgjørelser og målsetninger.

Samhandlingsreformen setter krav ved pasientoverføringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Selv om vi kommer inn på tverrfaglig samarbeid er ikke samhandling og pasientoverføring hovedfokus for oppgaven, og vi diskuterer ikke samhandlingsreformen i oppgaven. Vi kommer heller ikke inn på at spesialisthelsetjenesten skal veilede og undervise kommunehelsetjenesten, som er nedfelt i lov om spesialisthelsetjenesten (1999c). Dette er ikke relevant for vår problemstilling.

Lov om behandling av personopplysninger (2001) og lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (2002) setter krav til at helsepersonell behandler pasientens personopplysninger på en måte som ikke oppleves krenkende. § 10 i Forskrift om Pasientjournal (2001) sier at behandling og videreformidling av pasientopplysninger skal behandles med varsomhet. Personvern i forhold til håndtering av pasientjournal, og hvordan sensitiv informasjon eksempelvis lagres og slettes, er tekniske føringer som vi velger ikke å komme inn på.

Vi har valgt å komme inn på muntlig rapport, da dette er en anvendt metode for å overføre informasjon. Alle praksiserfaringer på sykehus er fra ulike avdelinger ved Sykehuset Innlandet. Selv om noen av praksiserfaringene vi omtaler i oppgaven er erfart av én av sykepleierstudentene har vi for å forenkle presentasjonen valgt å omtale det som begges erfaring. Sykepleier omtales som hun og pasient som han. Dette er kun for å skape flyt i språket, og for å unngå misforståelser i teksten. I praksis kan dette like gjerne være en mannlig sykepleier og kvinnelig pasient.

Vi har i utgangspunktet valgt å skrive tallord med bokstaver, bortsett fra på forsiden, ved årstall, angivelse av vedleggsnummer og for prosentandeler i statistikk. Ordene dokumentasjon og sykepleiedokumentasjon repeteres hyppig gjennom oppgaven da vi ikke har funnet dekkende synonymer på begrepene. Når vi viser til overskrifter i teksten, gjør vi dette med liten bokstav og i kursiv, her utelater vi tallkodene foran underskriftene av estetiske årsaker. PICO-skjemaet og matrisen vår i vedlegg 1 og 2 følger ikke APA-standard. Etter overskriften *decubitus*, omtales decubitus både ved selve begrepet og som trykksår.

1.3 Oppgavens disposisjon

I teoridelen har vi valgt å åpne med et historisk innblikk i sykepleiedokumentasjon. Lovverket er sentralt for sykepleieres yrkesutøvelse derfor beskriver vi dokumentasjonsplikten og denne pliktens relasjon til forskning, tverrfaglighet, etiske perspektiver og sykepleieres forsvarlighetskrav. Før vi presenterer hva sykepleie er, introduserer vi begrepet decubitus, da vi bruker dette gjentatte ganger i resten av teoridelen for å illustrere hva som menes med teorien. Deretter beskrives sykepleieprosessen som er et sentralt arbeidsverktøy sykepleiere bruker for å sikre pasienter god sykepleie. Derfor forklarer vi denne prosessen, for deretter å si litt om dagens elektroniske dokumentasjonssystemer for sykepleiedokumentasjon. Videre beskriver vi hvordan sykepleieprosessen er benyttet i behandlingsplaner i den elektroniske dokumentasjonen for så å si noe om sykepleieres uttrykksform. Til slutt i teoridelen beskriver vi hva god dokumentasjon av decubitus bør inneholde og kommer inn på tidsperspektivet i sykepleiepraksis. I drøftingen har vi så valgt å diskutere sykepleiedokumentasjon under overskriftene *kunnskap, ferdigheter og effektivitet*.

2 Metode

Vi har utført en litteraturstudie for å belyse temaet sykepleiedokumentasjon. Ifølge Olav Dalland (2012) bygger en litteraturstudie på andres teori og forskning for å besvare en problemstilling. Vi har utført en systematisk prosess med utgangspunkt i pensumlitteratur for sykepleierstudiet ved Høgskolen i Hedmark. Vi har i tillegg benyttet selvvalgt litteratur inkludert fagartikler og vitenskapelige forskningsartikler. Vi har også brukt eksempler fra egne praksiserfaringer, som beskrevet i retningslinjene for bacheloroppgaven.

2.1 Datasamling

Pensumlitteraturen som vi har valgt å benytte i denne oppgaven presenterer teori som er relevant for sykepleiedokumentasjon. Vi har benyttet oss av biblioteket og brukt BIBSYS Ask til å finne annen faglitteratur som underbygger og utfyller pensumlitteraturen. Vi har satt opp et PICO skjema, som vi tok utgangspunkt i, for å strukturere søk av forskningsartikler. Vi brukte søkeordene *sykepleie, dokumentasjon, sykepleiedokumentasjon, språk, documentation, nursing documentation, nursing process, hospital, pressure, pressure ulcer, Norway, nursing og photograph documentation*. Vi brukte søkemotoren SweMed+ til å søke etter norske artikler innenfor temaet og finne MeSH-termer. MeSH (Medical Subject Heading) er medisinske begreper som blant annet brukes til litteratursøk i databaser (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012). Vi brukte MeSH-terminene til å søke etter artikler i søkemotoren Cinahl. Vi har valgt å utforme en detaljert matrise til å presentere søkehistorikken av forskningsartikler. Se vedlegg nummer 2. Artikkelen av Davis et al. (2013) og Jordan O'Brien og Cowman (2011) var ikke tilgjengelig i fulltekst, og disse bestilte vi gjennom biblioteket.

Som matrisen viser (vedlegg nummer 2) fikk vi høye antall treff ved søk etter forskningsartikler. For å bruke kvalitetsgodkjente artikler, valgte vi kun å inkludere fagfelleverderte artikler. Øien og Lilleviks (2009) artikkel er ikke fagfelleverdert, og vi fant den ved å avgrense årstall. Da vi valgte fagfelleverdert var den ekskludert fra trefflisten.

Etter å få for mange treff på fagfelleverderte artikler, har vi så avgrenset til varierende årstall for utgivelsesår av nyere dato. Dersom søket fremdeles ga et høyt antall treff, avgrenset vi videre til artikler som var tilgjengelig med fulltekst. Ved søket av artikkelen av Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors og Ehrenberg (2012), gjorde vi i tillegg en geografisk avgrensning for å få ned antall treff.

Etter å ha avgrenset søkene studerte vi deretter overskriftene for å velge ut relevante artikler. Dersom en tittel fanget vår interesse, leste vi sammendraget for å undersøke nærmere om artikkelen kunne ha relevans for vår problemstilling. Vi utelukket alle artikler som ikke var på engelsk eller norsk. Vi utelukket også artikler som krevde betaling for å få tilgang til fulltekst.

Vi har benyttet både kvantitativ og kvalitativ forskning for å besvare problemstillingen vår. Den kvantitative forskningen gir oss konkrete tall på dokumentasjonspraksisen til sykepleiere (Larsen, 2007). Den kvalitative forskningen forteller oss om sykepleieres syn på og erfaring med dokumentasjonspraksis, og gir oss et innblikk fra sykepleieres ståsted (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). De artiklene vi har valgt ut presenterer vi nedenfor under overskriftene *Kvalitative forskningsartikler*, *Forskningsartikkel med kombinert kvalitativ og kvantitativ metode*, *Kvantitative forskningsartikler* og *Fagartikler*.

2.1.1 Kvalitative forskningsartikler

Studien til Von Krogh og Nåden (2011) utføres med en pretest-posttest design. I denne norske studien undersøkes hermeneutisk fortolkning av sykepleiebeskrivelser i elektronisk pasientjournal (EPJ) før og etter innføringen av denne. Studien ser også på sykepleiedokumentasjonens innflytelse på kvalitetssikring og problemløsningsprosessen.

Øien og Lillevik (2009) bruker en fenomenologisk hermeneutisk metode for sin studie. De undersøker hvordan sykepleiere opplever og forholder seg til språket i et standardisert klassifikasjonssystem som NANDA i DIPS. Studien ser også på hvordan sykepleiernes opplevelser påvirker praksis. Denne artikkelen er ikke fagfellevurdert, og presenterer heller ikke et tydelig fokus i sammendraget. Vi har likevel valgt å bruke den da den presenterer et interessant kritisk perspektiv på standardisert sykepleieterminologi i Norge.

Naustdal og Netteland (2012) utfører en casestudie med kvalitativ design med individuelle semistrukturerte (halvstrukturerte) intervjuer. Hensikten med studien var å utforske hvordan sykepleieres dokumentasjonspraksis i sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester utfordrer en elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivåer. Studien sier på et tidspunkt at bare en tredjedel hadde behandlingsplaner. Disse skulle sammenlignes opp mot hverandre. Når bare tre avdelinger er inkludert i studien, kan dette være et tynt grunnlag for å angi prosentandeler.

2.1.2 Forskningsartikkel med kombinert kvalitativ og kvantitativ metode

Jordan O'Brien og Cowman (2011) presenterer en mixed method (mulitmetode) studie fra Irland som består av både kvantitativ og kvalitativ metode. Den deskriptiv kvantitative undersøkelsen benyttet en sjekklister for å se på grundigheten og kvaliteten i sykepleiedokumentasjon av decubitus. Den kvalitative undersøkelsen utforsket sykepleiernes syn på hva som påvirket dokumentasjonen ut fra funnene fra den kvantitative delen. De fant at dokumentasjon av decubitus ikke er standardisert og at denne sykepleiedokumentasjonen bør videreutvikles.

2.1.3 Kvantitative forskningsartikler

Gunningberg, Fogelberg-Dahm og Ehrenberg (2009) har utført en deskriptiv tverrsnittstudie i Sverige. De sammenlignet kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen av decubitus før og etter innføring av EPJ på sykehus. De undersøkte også bruken av dokumentasjonssmaler for journalføring av decubitus i EPJ. Studien viste at sykepleiedokumentasjon av decubitus ble betydelig forbedret etter innføring av EPJ.

Li og Korniewicz (2013) foretok en deskriptiv pilotstudie utført på en medisinsk-kirurgisk avdeling på et sykehus i Miami. I studien vurderte de om sykepleiedokumentasjonen av decubitus inneholdt nødvendig informasjon, som for eksempel lokalisasjon og sårstørrelse. De undersøkte også om sykepleiedokumentasjon av decubitus var mer utfyllende i EPJ, sammenlignet med håndskrevet pasientjournal. Li og Korniewicz (2013) konkluderte med at hverken EPJ eller håndskrevne pasientjournaler inneholdt tilfredsstillende sykepleiedokumentasjon av decubitus. De foreslo dermed å styrke undervisning og veiledning i bruken av EPJ blant sykepleiere.

Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors og Ehrenberg (2012) utførte en deskriptiv, tverrsnittstudie på Island for å vurdere nøyaktigheten i dokumentasjon av decubitus i EPJ. De fant at sykepleiedokumentasjonen var lite nøyaktig, ufullstendig og manglet kontinuitet. Vi har en skepsis til artikkelens pålitelighet da forfatterne sier at ingen forskning beviser at bedre dokumentasjon fører til bedre pleie, omsorg, praksis og mer effektiv pasientbehandling. De antar likevel det motsatte. Dette strider mot annen forskning vi har lest. Vi har likevel valgt å bruke studien fordi den hadde noen interessante funn om samsvar mellom faktisk utført sykepleie sammenlignet med sykepleiedokumentasjon.

Alvey, Hennen og Heard (2012) foretok en deskriptiv studie i USA av et nytt verktøy for dokumentasjon av decubitus. Studien evaluerte et dataprogram konstruert som en støtte til

klinisk informasjon for klassifisering av decubitus. Konklusjonen var at et slikt dataprogram kunne bidra til å heve kvaliteten på sykepleiedokumentasjon og nøyaktigheten i klassifisering av decubitus.

Davis, Nishimura, Seton, Goodman, Ho og Bogie (2013) utførte i USA en prospektiv kohort studie for å vurdere påliteligheten av én type tredimensjonal fotografering for å kartlegge sårstørrelse, og om dette er et brukervennlig verktøy for klinisk bruk. De tok utgangspunkt i pasienter med decubitus. De fant at dette verktøyet kunne øke kontinuiteten, når flere er involvert i sårbehandlingen.

Jesada, Warren, Goodman, Iliuta, Thurkauf, McLaughlin, Johnson og Strassner (2013) foretok en tverrsnittstudie i USA, for å se om sykepleieres fotografier av decubitus kunne brukes til å angi karakteristikker av sår og klassifisere alvorlighetsgraden av sårene. Disse fotografiene ble senere vurdert av en gruppe ekspertsykepleiere på sår. Studien sammenlignet så om ekspertgruppens vurdering basert på kun å se fotografier, samsvarte med en sårsykepleiers pasientnære kliniske bedømmelse av såret. Konklusjonen var at et fotografi alene ikke kunne brukes for karakterisering og gradering av decubitus.

2.1.4 Fagartikler

Eriksen og Sagmo Larsen (2012) analyserte papirbaserte og elektroniske sykepleiedokumenter før og etter innføring av EPJ for å se om det var en forbedring i sykepleiedokumentasjonen. De konkluderte med at det var en forbedring, men at det er behov for mer undervisning for å imøtekomme kravene fra norsk lovverk. I tillegg etterlyser de en videreutvikling av standardisert klassifikasjonsterminologi i EPJ. Grunnen til at vi har benyttet denne fagartikkelen i vår oppgave, er at den beskriver en studie utført i Norge og den berører temaet standardisert sykepleieterminologi i dokumentasjonssystemer.

Bjerga, Gausel, Gilje Heggland og Rossavik (2013) beskriver et prosjekt ved Stavanger universitetssykehus som aktivt har prøvd å forbedre elektronisk dokumentasjonspraksis ved en avdeling. Vi valgte å bruke denne fagartikkelen da vi syntes det er relevant å se på tiltak som kan forbedre sykepleiedokumentasjon.

2.2 Kildekritikk

Gjennom oppgaveskrivingen har vi etterstrebet å benytte primærkilder, da en primærkilde gir førstehåndsinformasjon. I sekundærkilder kan informasjon være fordreid til forfatterens

fordel. Vi har eksempelvis valgt å benytte en litteraturkilde fra 1916, som var henvist i en referanseliste selv om denne er nesten hundre år gammel.

Vi har valgt å ikke bruke skjønnlitteratur, da vi oppfatter at temaet sykepleiedokumentasjon krever konkrete fakta. Selv om vi har benyttet litteratur av eldre dato, har vi valgt kun å benytte forskningsartikler og fagartikler av nyere dato. De eldste forskningsartiklene er fra 2009. Vi har bevisst valgt nyere forskning da temaet sykepleiedokumentasjon krever at vi er oppdaterte, fordi de elektroniske dokumentasjonssystemene stadig utvikles og endres. Selv om vi skriver om sykepleiedokumentasjon i Norge, har vi brukt sykepleieforskning fra andre land i tillegg da vi ser en overføringsverdi i disse studiene.

I utgangspunktet så vi for oss kun å benytte oss av sykepleieforskning. Vi hentet imidlertid en artikkel fra «Journal of wound care». Dette er ikke sykepleieforskning, men vi har likevel valgt å benytte den, da den gir et visjonært forslag til kartlegging av decubitus.

For vurdering av forskningsartikler har vi overveid å bruke sjekklister. Vi har forsøkt dette verktøyet på én artikkel. Her er et eksempel: «Er kohortstudie en velegnet design for å besvare problemstillingen/spørsmålet?», hentet fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008). Vi opplevde ved dette forsøket at vi ikke har kompetanse til å svare nøyaktig på denne typen spørsmål. Derfor har vi valgt å se på artiklene med kritiske øyne i forhold til pålitelighet, troverdighet og relevans for problemstillingen vår. Dalland (2012) beskriver pålitelighet som at en datainnsamling i en studie må være nøyaktig. Troverdighet sier om funnene i en studie samsvarer med intensjonen for studien, og om det kan trekkes en generell konklusjon ut fra funnene (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). Relevans i denne sammenheng beskriver at vi har vært kritiske til om funnene i forskningen kan gi oppgaven vår interessante perspektiver.

3 Teori

3.1 Et historisk blikk på sykepleiedokumentasjon

Ordet *dokumentasjon* betyr skriftlig bevisføring eller å gjøre informasjonsmateriale tilgjengelig (Guttu, 1998). I helsevesenet brukes dokumentasjon for å beskrive pasientens tilstand gjennom sykdom og behandling som pasienten mottar (Molven, 2012). Sykepleiedokumentasjon beskriver sykepleierens særegne fagområder innenfor pasientbehandlingen (Egerod, 2001).

Vi ser at sykepleiedokumentasjon har gjennomgått en henrivende utvikling fra 1800-tallet fram til dag. Den har røtter tilbake til Florence Nightingales tid, da hun utførte sykepleie under Krimkrigen fra 1854 til 1856 (Moen, Hellesø, Berge, & Quivey, 2008; Sandvand & Vabo, 2007; Dossey, 2005). Nightingale formidlet selvstendige sykepleieobservasjoner til legen. Disse observasjonene skrev hun ned, og hun utarbeidet senere statistikk ut fra dette (Mathisen, 2006).

Inspirert av Nightingale utgav norske Rikke Nissen (1834-1892) «Lærebog i Sygepleie for Diakonisser» i 1877 (Sandvand & Vabo, 2007; Wyller, 1990). I Norge var hun pådriver for at datidens sykepleiere skulle skrive sykepleieberetninger fra yrkesutøvelsen (Sandvand & Vabo, 2007). Nissen (2000) beskriver i en revidert utgave av sin bok at å dokumentere sykepleieobservasjoner er like viktig som selve observasjonene. Utover 1900-tallet utviklet sykepleiedokumentasjonen seg i Norge både muntlig og skriftlig. Dokumentasjonsundervisning ble en integrert del av lærebøker i sykepleie (Sandvand & Vabo, 2007). I senere tid har nødvendigheten av dokumentasjon ført til at sykepleiere i dag har dokumentasjonsplikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a).

Rammeplan for sykepleierutdanningen (2008) er en offentlig føring utgitt av Kunnskapsdepartementet. Den setter krav til hvilken kompetanse sykepleiere skal besitte etter endt utdanningsforløp, herunder ferdigheter og kunnskaper. Ifølge rammeplanen skal sykepleiere etter endt utdanning kunne dokumentere eget arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2008).

3.2 Dokumentasjonsplikt

I sin yrkesutøvelse må sykepleieren innfri juridiske, faglige og etiske krav. Dette skal gjenspeiles i sykepleiedokumentasjonen (Hellesø, 2011). I 2001 fikk sykepleiere dokumentasjonsplikt. Sammen med annet helsepersonell ble sykepleiere juridisk bundet til et

krav om dokumentasjon av planlagt og utført helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a; Bach, 2003). Sykepleien skal dokumenteres i en pasientjournal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Den skal inneholde vesentlige opplysninger om pasientens helsetilstand og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a). Kravet til innholdet i pasientjournalen ble presentert da forskrift om pasientjournal ble en del av lovverket i 2001 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Hva som er vesentlige helseopplysninger, er en faglig vurdering og en balansegang mellom *for* detaljert dokumentasjon, og det som faktisk er nødvendig å dokumentere.

Lov om spesialisthelsetjenesten (1999c) pålegger sykehusene å ha forsvarlige journalsystemer. Dermed tilrettelegges det for at sykepleiere kan utføre sin dokumentasjonsplikt. Formålet med dokumentasjonsplikten er å bidra til økt pasientsikkerhet ved å gjøre sykepleie tilgjengelig for evaluering (Sandvand & Vabo, 2007). Pasientjournalen er dermed et juridisk dokument for ettersyn (Li & Korniewicz, 2013). Et annet formål med dokumentasjonsplikten er å bedre kvaliteten i helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a). Kvaliteten økes ved at dokumentasjonen bidrar til kontinuitet i behandlingen pasienten mottar (Sandvand & Vabo, 2007; Heggdal, 2006; Gunningberg, Fogelberg-Dahm, & Ehrenberg, 2009).

3.2.1 Dokumentasjonsplikt og forskning

Dokumentasjonsplikten bidrar til å gjøre sykepleie tilgjengelig for forskning (Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors, & Ehrenberg, 2012). Som et ledd i kvalitetssikring finnes det på sykehusavdelinger skriftlige prosedyrer for hvordan sykepleiere skal utføre ulike sykepleiehandlinger. Grundig dokumentasjon av effekten av disse sykepleiehandlingene kan brukes i forskningsprosjekter for å evaluere prosedyrene (Sandvand & Vabo, 2007).

I dag er forskning en viktig del av kunnskapsbasert praksis, som er en forankring av sykepleierens yrkesutøvelse for å kunne begrunne sykepleiehandlinger (Mikkelsen & Hage, 2011). I tillegg til forskning skal sykepleierens kunnskapsbaserte praksis bygge sitt arbeid på erfaringsgrunnlag gjennom refleksjon over yrkesutøvelsen. Pasientens medvirkning og ønsker i forhold til helsehjelpen er den tredje delen av kunnskapsbasert praksis (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012).

Eksempelet under er fra 1800-tallet, og vi mener det viser utførelsen av en slags forløper til kunnskapsbasert praksis. Gjennom sin innsats ved militærsykehusene under Krimkrigen, observerte Nightingale at hygiene hadde innvirkning på pasientenes dødelighet. Statistikken

Nightingale utarbeidet i forbindelse med Krimkrigen er en grafisk fremstilling som viser at dødsfall kunne vært forhindret ved bedre hygieniske forhold (Kopf, 1916). Nightingale observerte unødvendig dødelighet i praksis, som en klinisk erfaringsbasert kunnskap. Statistikken ga bevis for hennes antakelser og kan ses som forskningsmateriale i datidens sammenheng. Brukermedvirkningsperspektivet trer ikke like godt fram, men pasienten skal i dagens kunnskapsbaserte praksis kunne ta et informert valg om helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b). Dersom soldatene hadde hatt Nightingales statistikk tilgjengelig, antar vi at de hadde ønsket bedre hygienevilkår på militærpsykehusene.

3.2.2 Dokumentasjonsplikt og tverrfaglig samarbeid

Dokumentasjonsplikten har betydning for tverrfaglig samarbeid (Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors, & Ehrenberg, 2012). Tverrfaglig samarbeid i helsevesenet betyr at helsepersonell fra forskjellige fagdisipliner jobber mot en målsetning om best mulig behandlingsforløp for pasienten (Krøll, 2007). Dokumentasjon blir i tverrfaglig sammenheng et kommunikasjonsmiddel for utveksling av relevant pasientinformasjon (Bach, 2003). Relevant informasjon i denne forbindelsen innebærer kun pasientopplysninger som er nødvendige for formålet om best mulig pasientbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a).

Dagens dokumentasjonssystemer ivaretar helsehjelpen internt hos den enkelte aktør (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Det finnes løsninger for å sende informasjon mellom to helseaktører, for eksempel PLO (Pleie- og omsorgsmeldinger) som er et informasjonsutvekslingsverktøy mellom blant annet spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (KITH, 2011). Informasjonen er da tilgjengelig for disse to aktørene, og andre instanser har ikke tilgang (Helsedirektoratet, 2011). Dette vanskeliggjør samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Nasjonal kjernejournal er under utprøving i Trondheimsområdet høsten 2013 og i Stavangerområdet våren 2014 (Helsedirektoratet, 2014a). Etter evaluering av utprøvingene, skal kjernejournal bli en elektronisk ordning for helse- og omsorgssektoren i hele Norge. Nasjonal elektronisk kjernejournal gjør vesentlige helseopplysninger tverrfaglig tilgjengelig, uavhengig av hvilken tjenesteyter som har nedtegnet disse i pasientjournalen. Dette kan være helseopplysninger som resepter, allergier og kroniske tilstander (Helsedirektoratet, 2014b).

Forskrift om nasjonal kjernejournal (2013) gir rettslige føringer for hvem som skal ha tilgang til kjernejournal og hva en slik tilgang innebærer. Den gir også pasienten rett til å se hvilket

helsepersonell som har benyttet seg av pasientens helseopplysninger i kjernejournalen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette er med på å sikre personvernet til pasienten.

3.2.3 Dokumentasjonsplikt og etikk

Lov om helsepersonell (1999a) sier at dokumentasjonen skal skje i tråd med god yrkesskikk. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) gir en indikasjon på hva god yrkesskikk for sykepleiere innebærer. Ifølge grunnlaget for sykepleie i disse retningslinjene skal blant annet pasienters verdighet ivaretas (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det er altså ikke alle fortrolige opplysninger pasienten deler som skal dokumenteres. Dette gjelder også måten sykepleieren dokumenterer sensitiv pasientinformasjon på. Hun bør bruke formuleringer som ikke krenker pasienten. Hun skal være objektiv i pasientdokumentasjonen, og forsøke ikke å la personlige meninger prege måten hun ordlegger seg på. Dette vil si at sykepleieren skal dokumentere faktiske observasjoner og tiltak, og ikke komme med egne tolkninger (Bjørvell, 2011). Nissen (2000) var tidlig ute med å beskrive dette.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999b) sier at pasienten har selvbestemmelsesrett til å avgjøre om han ønsker å motta helsehjelp, og å medvirke i hvilke behandlingsmetoder som skal benyttes. Sykepleieren har plikt til å dokumentere pasientens medvirkning i beslutningsprosessen (Lindholm, 2004). I et etisk perspektiv vektlegges pasientens selvbestemmelse gjennom autonomiprinsippet (Brinchmann, 2012). Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999b) gir også pasienter rett til innsyn i alle nedtegnelser utført av dokumentasjonspliktig helsepersonell i egen pasientjournal (Syse, 2009). Da får pasienten anledning til å se om sin medvirkningsrett er ivaretatt i dokumentasjonen. Dersom pasienten behøver det, har vedkommende også rett til forklaring av uforståelig fagspråk (Molven, 2011).

3.2.4 Dokumentasjonsplikt og forsvarlighet

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999b) gir pasienten klagerett dersom vedkommende mener at han har fått feil eller ufullstendig helsehjelp. I slike tilfeller kan sykepleiedokumentasjonen bli avgjørende når det skal vurderes om sykepleieren har handlet forsvarlig. Krav om forsvarlig helsehjelp er nedfelt i lov om helsepersonell m.v. (1999a) og lov om spesialisthelsetjenesten (1999c). Dersom det blir stilt spørsmål ved en sykepleiers faglige forsvarlighet, kan den utførte helsehjelpen sammenlignes med hva majoriteten av likt kvalifisert helsepersonell ville gjort i en tilsvarende situasjon (Befring & Ohnstad, 2010). Dersom sykepleieren har utført grundig, nøyaktig og saklig dokumentasjon i pasientjournalen,

kan dette være skriftlig bevis på at sykepleieren har vist tilfredsstillende standard på helsehjelpen.

Det er usikkert om det alltid er samsvar mellom dokumentasjon og den faktisk utførte sykepleien i praksis (Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors, & Ehrenberg, 2012). En studie av Jordan O'Brien og Cowman (2011), som gransket sykepleiedokumentasjon av decubitus ved et irsk sykehus, viste at sykepleien ikke alltid ble dokumentert selv om den var forsvarlig utført. En grunn til slik manglende føring kan være at en pasientkurve ofte er utilgjengelig, fordi den blir brukt under legevisitt (Jordan O'Brien & Cowman, 2011).

3.3 Decubitus

Huden er menneskekroppens største organ, og danner en barriere mellom omgivelsene og kroppens indre (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2006; Scemons & Elston, 2009). Når hudbarrieren brytes har pasienten et sår (Oland, 2001). Dette er en inngangsport for mikroorganismer som naturlig ikke hører hjemme i kroppen, og kan føre til sykdom (Elstrøm, 2009; Stordalen, 2009). Når en pasient har et sår, bruker sykepleieren sykepleieprosessen og setter sårtilheling som et mål for sykepleien. Ideelt utseende for sårtilheling er at såret har rosa, myke og hele kanter som fremmer vekst av celler til friskt vev (Oland, 2001). For å kunne nå denne målsetningen bør sårtypen klassifiseres, da ulike sår krever ulik behandling (Lindholm, 2004).

Decubitus, også kalt trykksår, er en type sår. Ordet har latinsk opprinnelse. *De* betyr fra, og *cubitus* kommer fra cubare som betyr å ligge (Nylenna, 2006). Den latinske betydningen av dette ordet viser hvordan sårene ofte oppstår, nemlig ved sengeleie, og kalles derfor også liggesår (Stubberud, 2011). Vedvarende og direkte trykkbelastning mot en kroppsdel kan gjøre at blodsirkulasjonen til det trykkutsatte vevet reduseres eller opphører (Lindholm, 2004; Borge, 2011). Redusert blodtilførsel fører til oksygenmangel for cellene i dette vevet, og kan føre til celledød og vevsdød (Stubberud, 2011; Bertelsen, 2011). I 2012 døde cirka sekstisyv mennesker over sekstifem år i Norge med fastslått dødsårsak trykksår, sår på underekstremitet eller andre kroniske hudsår (Statistisk Sentralbyrå, 2014).

3.4 Hva er sykepleie?

Virginia Henderson (1897-1996) var en av de første som definerte sykepleie som selvstendig fagområde i sin bok «Basic Principles of Nursing Care» (Sitzman & Eichelberger, 2011). Med dette har hun hatt innflytelse på senere sykepleieteorier (Kirkevold, 2001). Hun fikk sin praktiske sykepleieerfaring fra datidens hjemmesykepleie i New York, og dette la grunnlaget

for hennes synspunkter. Hun underviste senere i sykepleiefaget, og deltok i ulike forskningsprosjekter innenfor fagfeltet (Sitzman & Eichelberger, 2011). Hun var også blant de første til å hevde at sykepleie som selvstendig fag trengte egen forskning (Mathisen, 2011). Henderson (1993) definerer sykepleie slik:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskap eller vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (s.9)

Vi mener at dette er en dekkende beskrivelse av hva vi selv har opplevd sykepleie omhandler i moderne tid. Dagens direkte sykepleiefunksjon skal være behandlende, forebyggende, rehabiliterende og lindrende (Bach, 2003; Moen, Hellesø, & Berge, 2008). Når Henderson favner om den syke, den friske og den døende pasienten, og bruker begrepene helse og helbredelse, ser vi en sammenheng til alle fire sykepleiefunksjonene. Slik vi forstår det, tar hun høyde for at sykepleie er mye mer enn bare å pleie den syke pasienten. Når Henderson sier noe om rask rekonvalesens viser hun en målorientert tilnærming til sykepleie. Hun uttrykker at sykepleierens ekspertise er å se den oppståtte svakheten hos pasienten. Hun mener videre at sykepleieren skal fysisk støtte og assistere pasienten, gi pasienten økt innsikt og viten i egen situasjon og motivere pasienten. I våre praksisperioder har vi fått veiledning i å involvere pasienten i så stor grad som mulig, og samtidig støtte opp der pasienten trenger det, enten det er psykisk eller fysisk.

En lite mobil slagpasient på sykehus har utviklet et decubitus. Han mangler foreløpig kroppsfunksjonen til selvstendig å kunne endre stillingsleie i sengen. Sykepleieren hjelper pasienten fysisk med stillingsendring og gjennom samtale informerer hun pasienten om den aktuelle situasjonen og svarer på spørsmål han har. Pasienten har ikke kunnskap og innsikt i komplikasjoner og konsekvenser av decubitus. Etter et slag opplever mange motløshet og en tapsfølelse på grunn av nedsatt kroppsfunksjon (Kirkevold, 2008). Sykepleieren favner også den psykiske delen av mennesket ved å møte denne motløsheten og støtte pasienten gjennom den. Her assisterer sykepleieren den slagrammede pasienten både med krefter, kunnskap og vilje. Sammen med pasienten jobber sykepleieren mot at pasienten skal bli mest mulig selvhjulpent etter hjerneslaget så fort som mulig. Vi synes dette eksempelet viser at Hendersons definisjon på sykepleie fremdeles har gyldighet for dagens sykepleiepraksis.

Henderson definerte fjorten grunnleggende menneskelige behov. Hun mente sykepleieren, med en helhetlig tilnærming til pleie og omsorg, skulle assistere pasienten med å dekke disse behovene (Sitzman & Eichelberger, 2011; Henderson, 1995). Et av disse definerer hun som «å hjelpe pasienten å holde huden ren og velstelt og å beskytte huden» (Henderson, 1993, s. 27). Vi nevner dette her fordi det er relevant for behandling av trykksår. Hendersons teori er omtalt som en enkel og strukturert teori om sykepleie (Kirkevold, 2001). Vi forstår at det er nettopp denne enkelheten som gjør henne anerkjent. Hendersons grunnleggende behov danner et fundament for hvordan dagens sykepleiedokumentasjon er organisert, som vi i praksis har gjenkjent i ulike dokumentasjonssystemer.

3.5 Sykepleieprosessen

I 1961 ga Ida Jean Orlando-Pelletier (1926-2007) ut «The Dynamic Nurse-Patient Relationship». Sykepleieprosessen var en av teoriene hun lanserte i denne boken (Schmieding, 2011; Sitzman & Eichelberger, 2011). Hun sa at sykepleie består av en tretrinnsprosess basert på pasientens atferd, sykepleierens reaksjon på pasientens atferd og sykepleiehandlinger (Orlando, 1990). Denne teorien ble siden anerkjent av Henderson (Schmieding, 2011). Henderson (1978) beskriver noe lignende i sin bok «Principles and Practice of Nursing». Her sier hun at diagnose, prognose og behandlingstiltak er sykepleierens ansvarsområder (Henderson & Nite, 1978).

Sykepleieprosessen er siden Orlando videreutviklet til en femtrinnsprosess og ble tatt i bruk i Norge på 70-tallet (Heggdal, 2006). Den er et problemløsende arbeidsverktøy for dagens sykepleie (Sandvand & Vabo, 2007; Bach, 2003). Sykepleieren samler informasjon om pasientens tilstand og vurderer denne informasjonen (Wilkinson, 2001). Utfra dette setter sykepleieren en sykepleiediagnose på en helseutfordring hos pasienten. Sykepleiediagnosen beskriver pasientens reaksjon på helseproblemet (Rotegård & Solhaug, 2011). Sammen med pasienten settes et mål for bedring av helseutfordringen. Målsetningen skal være konkret og målbar (Wilkinson, 2001). Deretter vurderer sykepleieren hvilke intervensjoner som kan medvirke til best mulig måloppnåelse for pasienten. Sykepleieintervensjonene bør være konkrete og så langt det er mulig gjøre pasienten delaktig i handlingene (Rotegård & Solhaug, 2011). Femte ledd i sykepleieprosessen går ut på å evaluere om tiltakene og sykepleien pasienten mottar er tilfredsstillende for måloppnåelse. Henderson var forut for sin tid i forhold til dette. Hun holdt fast ved at sykepleie alltid skal dokumenteres, slik at det kan være evaluert (Mathisen, 2011). Selv om Hendersons teori kom før sykepleieprosessen ble et begrep, sa hun at hennes oppdeling av grunnleggende behov kan benyttes til evaluering av

sykepleien (Henderson, 1995). Sykepleieprosessen er fleksibel og sykepleieren vurderer kontinuerlig gyldigheten av tiltakene og gjør endringer underveis. Prosessen er heller ikke alltid kronologisk og noen ganger må sykepleieren utføre alle fem fasene samtidig (Wilkinson, 2001). Femtrinnsprosessen består altså av at sykepleieren kartlegger situasjonen, angir en sykepleiediagnose, setter et mål, bestemmer intervensjoner for å nå målet, og til slutt vurderes effekten av tiltak for måloppnåelse.

Sykepleieprosessen kan illustreres gjennom et eksempel fra praksis på sykehus. I en situasjon der sykepleieren hjelper en sengeliggende pasient med personlig hygiene, oppdager hun et decubitus på pasientens høyre hæl. Hun inspiserer trykksåret nærmere og snakker med pasienten om sårets opprinnelse. Sykepleieren vurderer den innhentede informasjonen og konkluderer med at det er risiko for sårkontaminasjon. Både sykepleieren og pasienten ønsker at såret skal gro, og har dette som en målsetning. Ut fra sin faglige kompetanse utfører sykepleieren tiltak som fremmer sårtilhelingen, som for eksempel avlastning, rensing og tildekking av trykksåret. Sykepleieren evaluerer underveis om tiltakene bidrar til måloppnåelse, altså om trykksåret heles eller forverres.

Siden begynnelsen av 2000-tallet har det vært stort fokus på utvikling av den elektroniske pasientjournalen (EPJ) som har gitt sykepleiere nye muligheter til å bedre sin dokumentasjonspraksis (Sandvand & Vabo, 2007). Sykepleieprosessen danner rammen for den elektroniske sykepleiedokumentasjonen (Heggdal, 2006). Dette gjøres blant annet i behandlingsplaner i pasientjournalen på en strukturert og oversiktlig måte (Moen, Hellesø, Berge, & Mølsted, 2008a). Med innføringen av elektronisk sykepleiedokumentasjon har også risikoen for misforståelser blitt betraktelig redusert, ved at mengden håndskrevet dokumentasjon er begrenset (Eriksen & Sagmo Larsen, 2012). Ved tre sykehus i Sverige sammenlignes kvaliteten på dokumentasjonen av trykksår før og etter omleggelse til elektronisk dokumentasjon. Allerede etter ett år, viste denne undersøkelsen en signifikant kvalitetsforbedring av sykepleiedokumentasjonen (Gunningberg, Fogelberg-Dahm, & Ehrenberg, 2009).

3.6 Dagens sykepleiedokumentasjon

I 2003 ga Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH) ut «Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie – Nasjonal Standard» (Bach, 2003). Den setter krav til oppbygning og innhold av elektroniske dokumentasjonssystemer. Der konstateres det at sykepleieprosessen skal ligge til grunn for sykepleiedokumentasjon. Det samme presiseres i

«Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal» utgitt av Norsk Sykepleierforbund i 2007 (Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for IKT og Dokumentasjon, 2007). Disse to utgivelsene har dermed påvirket utformingen av dokumentasjonssystemene i Norge.

DIPS er et dokumentasjonssystem som brukes ved flere norske sykehus (Sandvand & Vabo, 2007; DIPS ASA, 2014). Det er blant annet i bruk ved Sykehuset Innlandet (DIPS ASA, 2014). DIPS er utviklet for å imøtekomme alle funksjonene ved et sykehus, fra ledelse og administrasjon til lege- og sykepleiedokumentasjon (Øien & Lillevik, 2009). Sykepleiedokumentasjonen er oppdelt i 12 kategorier for nedskrivning av aktuell informasjon i pasientjournalen (Sandvand & Vabo, 2007). Vi gjenkjenner Hendersons grunnleggende behov i denne kategoriinndelingen.

DIPS integrerer sykepleieprosessen ved bruk av NANDA og NIC ved flere norske sykehus (DIPS ASA, 2014). NANDA og NIC er en standardisering av sykepleierterminologi i dokumentasjon (Sandvand & Vabo, 2007). NANDA klassifiserer sykepleiediagnoser fra sykepleiernes praksis og er anerkjent internasjonalt innenfor sitt felt (NANDA, 2003). NIC kategoriserer sykepleieintervensjonene (Heggdal, 2006). NOC er et kodeverk for målsetningen for sykepleien på lik linje med hva NANDA og NIC er for henholdsvis diagnoser og intervensjoner. NANDA, NIC og NOC er utviklet i USA med utgangspunkt i det engelske språket. NOC er i ferd med å bli en del av det norske systemet (Sandvand & Vabo, 2007). Norsk redaksjonsutvalg for klassifikasjonssystemene NANDA, NIC og NOC ble opprettet i 2002, for å oversette og tilpasse terminologien og klassifikasjonene til norske forhold (NANDA, 2003).

3.7 Sykepleieprosessen i praksis

En behandlingsplan skal være et skriftlig uttrykk og manifestasjon av den faktiske sykepleieprosessen som utføres i praksis (Hellesø, 2011). Den skal være en plan for helhetlig, individuell sykepleie til en pasient, og skal sikre kontinuitet i helsehjelpen (Wilkinson, 2001). En behandlingsplan skal inneholde sykepleiediagnoser, mål og tiltak til en aktuell pasientsituasjon for å sikre gjennomtenkt og planlagt sykepleie til pasienter (Rotegård & Solhaug, 2011). Behandlingsplaner avspeiler sykepleierens faglighet, ved at begrunnelser for sykepleien kommer tydelig fram (Egerod, 2001). Det er ikke åpenbart hvordan en god behandlingsplan skal se ut, selv om KITHs (2003) utgivelse har lagt føringer for hva den bør inneholde.

DIPS er utformet slik at veiledende behandlingsplaner for sykepleie kan benyttes (DIPS ASA, 2014). Veiledende behandlingsplaner er forhåndsformulerte oversikter over forventet sykepleie til spesifikke pasientsituasjoner (Moen, Hellesø, Berge, & Mølsted, 2008b). Disse inneholder sykepleiediagnoser, mål og tiltak ut fra de tolv grunnleggende behovsområdene som strukturer sykepleiedokumentasjonen i DIPS. Sykepleietiltakene skal spesifiseres med konkrete forordninger tilpasset den enkeltes behov. Ved å bruke veiledende behandlingsplaner som møter forskjellige helseutfordringer i pasientens tilstand, kan sykepleieren utarbeide en fullstendig behandlingsplan med individuelle tilpasninger (Sandvand & Vabo, 2007).

I praksis ble en åtti år gammel dame lagt inn på ortopedisk avdeling med konstatert lårhalsbrudd. I påvente av operasjon satte sykepleieren opp en behandlingsplan ved bruk av veiledende behandlingsplaner. Sykepleieren fant ikke veiledende behandlingsplan i DIPS for pre-operativ sykepleie til pasienter med lårhalsbrudd. Hun valgte å bruke behandlingsplan for «stabil bekkenfraktur hos eldre over sekstifem år». Her fant sykepleieren blant annet «risiko for svekket hudkvalitet» som en foreslått behandlingsplandiagnose. Hun spesifiserte denne til «risiko for svekket hudkvalitet relatert til nedsatt bevegelsesevne» for å individualisere sykepleiediagnosen. Behandlingsplanmål og forventet resultat var at «pasienten opprettholder hel hud på trykkutsatte områder». Fra den veiledende behandlingsplanen valgte hun behandlingsplantiltaket «forebygge trykksår», og en av forordningene hun satte opp var «stillingsendring av pasient etter skjema hver andre time». Dette eksemplet viser hvordan sykepleiere kan bruke veiledende behandlingsplaner i praksis.

Litteraturen beskriver at NANDA, NIC og NOC har et formål om å optimalisere sykepleierens dokumentasjonsarbeid, og er utarbeidet på grunnlag av forskning. Gjennom dokumentasjonssystemer som DIPS med veiledende behandlingsplaner forenkles og kvalitetssikres dette arbeidet (Sandvand & Vabo, 2007). KITH (2003) og Norsk Sykepleieforbund (2007) tar initiativ til å heve kvalitetsnivået på norsk sykepleiedokumentasjon.

3.8 Sykepleiens uttrykksform og fagspråk

Noen sykepleiere opplever standardisert sykepleieterminologi i behandlingsplaner som ukjent og vanskelig å bruke, og synes det er enklere å formulere seg i fritekst (Gunningberg, Fogelberg-Dahm, & Ehrenberg, 2009). NANDA (2012) fraråder helsepersonell å skape egne begreper når sykepleiediagnoser skal stilles. De forsvarende dette med at et standardisert språk med nøyaktige beskrivelser, kan gi en felles begrepsforståelse hos de som skal yte sykepleie.

Når sykepleiere unnlater å bruke et standardisert språk, kan det føre til at behandlingsplaner og de ønskede resultatene ikke blir optimale, og blir vanskelige å evaluere. Det er også utfordrende å basere forskning på selvutviklede sykepleiebegreper (NANDA, 2012).

I tillegg til behandlingsplaner blir mye av sykepleiedokumentasjonen i sykehus utformet i fritekst. En studie av Gunningberg, Fogelberg-Dahm og Ehrenberg (2009) viste at 91 % av trykksårdokumentasjon var skrevet i fritekst, med uspesifikke formuleringer som «rødhet» og «har et sår». Dokumentasjonen reflekterte ikke kunnskapsbasert praksis (Gunningberg, Fogelberg-Dahm, & Ehrenberg, 2009). Kronologisk fritekst uten fastbestemt struktur gjør det utfordrende for sykepleieren å finne tilbake til aktuelle opplysninger når hun må lese gjennom flere dagers dokumentasjon (Naustdal & Nettelund, 2012). Sykepleierens språk har stor betydning for kvaliteten på friteksten.

Under Nightingales tid var språket utformet fra legens medisinske fagspråk (Egerod, 2001). Legenes medisinske fagspråk bygger på gresk og latinsk, og er dermed internasjonalt forenelig (Björvell, 2011). Til sammenligning er sykepleiernes språk utsprunget fra grunnleggende behov og hverdagslige gjøremål, noe som kan være en årsak til at språket oppleves uformelt og at det er vanskelig internasjonalt å finne en felles plattform for fagspråket (Egerod, 2001). Denne svakheten i sykepleiespråket gir rom for bruk av egne begreper i dokumentasjonen, dermed øker risikoen for feiltolkninger mellom sykepleiere (Björvell, 2011).

Faglige kvalifikasjoner skal avspeiles i språket som brukes i pasientjournalen (Egerod, 2001). Sykepleieren skal unngå å dokumentere subjektive meninger og dømmende kommentarer (Ousey, 2005). Sykepleieren bør også unngå forkortelser i dokumentasjonen (Lindholm, 2004). Egenkomponerte formuleringer, begreper og forkortelser kan over tid urettmessig bli en del av fagspråket innad i sykehusavdelinger. Uttrykkene kan gi mening for sykepleierne tilknyttet avdelingen, men kommer det noen utenfra kan disse uttrykkene virke uforståelige ut fra et faglig ståsted (Björvell, 2011). Eksempelet i innledningen om «to roser i bandasjen» synes vi illustrerer dette.

Muntlig rapport kan bidra med utfyllende informasjon til den skriftlige sykepleiedokumentasjonen. Ifølge von Krogh og Nåden (2011) skal skriftlig dokumentasjon være en objektiv illustrasjon av praksis, og bygge på virkeligheten. Klassifiseringssystemer og det at sykepleiere skal dokumentere faktiske observasjoner gjør at den intuitive og skjønnsmessige sykepleieutøvelsen blir borte fra den skriftlige sykepleiedokumentasjonen.

Ved å utelate muntlig rapport, kan en kanal for å formidle sykepleiens skjønnsmessige omsorgsperspektiv bli borte. Dokumentasjonen av sykepleieprosessen bør struktureres slik at den favner omsorgsfunksjonen til sykepleieren, da omsorg sies å være det som gjør sykepleie til sitt distinkte fagområde (von Krogh & Nåden, 2011).

Dersom omsorgsperspektivet utelates fra sykepleiedokumentasjonen, kan det utad gi signaler om sykepleierrollen som kald og følelsesløs (von Krogh & Nåden, 2011). Uten dette perspektivet i sykepleiedokumentasjonen blir det en teknisk presentasjon uten å reflektere pasienten som et unikt individ. Når von Krogh og Nåden (2011) uttrykker at et av dagens fokus på dokumentasjon i sykehus er det juridiske kravet til objektivitet, kan det være utfordrende å favne sykepleierens omsorgsrolle i sykepleiedokumentasjonen.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999b) beskriver at pasientens preferanser og ønsker for velvære og lindring bør synliggjøres. Dette er blant annet for å skape økt forståelse for pasienten og sikre at han blir møtt med medmenneskelighet uansett anliggende, som er et krav til sykepleiere i sykepleiens grunnlag i Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3.9 Dokumentasjon av decubitus

Dokumentasjon av decubitus er essensielt for overvåking av sårtilheling eller forverring (Ousey, 2005). En studie av dokumentasjon av decubitus på en medisinsk-kirurgisk avdeling i USA viste at sykepleiedokumentasjon av sår ikke var tilfredsstillende. Informasjonen i pasientjournalene manglet presisjon og var ufullstendig, og førte til dårligere kontinuitet i sårbehandlingen (Li & Korniewicz, 2013). Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors og Ehrenberg (2012) fant at bare 60 % av identifiserte trykksår var dokumentert i pasientjournalene ved et sykehus på Island. Li og Korniewicz (2013) skriver at kun 16,8 % av pasientjournalene i deres studie inneholdt mål av sårstørrelsen, bare 20 % hadde beskrivelse av form og dybde, og 12,6 % beskrev om såret var under forverring eller under tilheling. Disse tallene viser tydelig at sykepleiedokumentasjonen av decubitus og nedtegnelse av behandlingsevalueringen er mangelfull, og en utfordring som må forbedres. Dette er fordi det truer pasientsikkerheten.

Ved at en prosedyre blir fulgt sikres lik behandling uavhengig av hvilken sykepleier som utfører et sårskift (Oland, 2001). Dersom en sykepleier velger å ikke følge en sårprosedyre for stell av et decubitus, skal hun på grunnlag av forsvarlighetskravet og dokumentasjonsplikten i lov om helsepersonell (1999a) dokumentere dette og faglig begrunne hvorfor hun ikke har

fulgt prosedyren. Dokumentasjon av decubitus bør utføres minimum ved hvert sårstell og alltid ved forverring. Ved sykepleierens sår dokumentasjon er lokalisasjon av trykksår noe av det første som bør presiseres (Li & Korniewicz, 2013). I tillegg er det viktig å dokumentere utseende av sår bunn, sårkanter og hudområdet rundt såret, og hva slags kvalitet de ulike vevene har. Sårets størrelse, dybde og form må beskrives presist (Oland, 2001; Scemons & Elston, 2009). En måte å dokumentere størrelse på kan for eksempel være å måle trykksåret slik at diameteren eller eventuelt lengde og bredde oppgis dersom såret er asymmetrisk (Oland, 2001). For å konstatere sårets størrelse og form, foreslår Oland (2001) alternativt å benytte en gjennomsiktig plastfilm som legges over såret, og sårkanten markeres deretter med en tusj. Fotografering er en relativt ny metode for dokumentasjon av størrelse og utseende til decubitus. Li og Korniewicz (2013) mener fotografier bør være standard for vurdering av sårstørrelse og evaluering av behandling. Ved å kombinere digitale fotografier med kliniske observasjoner, kan nøyaktigheten økes i selve kartleggingen (Lindholm, 2004). Dermed kan også dokumentasjonen av trykksår bli mer presis (Jesada, et al., 2013). Tredimensjonal fotografering er en nyere og mer utviklet teknologi for kartlegging av sår. Davis et al. (2013) presenterer forskning om tredimensjonal fotografering av sår. Bildene viser sårets omkrets, flateareal og dybde.

Sykepleieren skal observere etter indikatorer for lokal sårinfeksjon, slik som rubor (rødhet), calor (varme), tumor (hevelse) og dolor (smerte) (Brubakk, 2011). Årsaken til dette er at hun tidlig kan oppdage tegn til infeksjon, og igangsette adekvate tiltak. Ved sårskift skal sykepleieren dokumentere hvor stor andel av bandasjen som er gjennomtrukket av blod eller sekret. Dersom det kommer sekret fra såret, skal farge, lukt og konsistens nedskrives (Scemons & Elston, 2009). Er såret tørt, skal dette også dokumenteres (Lindholm, 2004).

3.9.1 Kartleggingsverktøy for decubitus

For å kunne gjøre en optimal dokumentasjon av decubitus, bør altså overnevnte elementer beskrives grundig. Kartleggingsverktøy for alvorlighetsgrad av trykksår kan tydeliggjøre disse elementene for sykepleieren (Ousey, 2005). Lindholm (2004) sier at sykepleierens dokumentasjon av trykksår bør struktureres skjematisk, og dette kan gjøres ved bruk av kartleggingsverktøy. Det finnes flere kartleggingsverktøy for å bestemme grad av decubitus, for eksempel EPUAPs (European Pressure Ulcer Advisory Panel) inndeling (Lindholm, 2004). Slike kartleggingsverktøy har som formål å bestemme alvorlighetsgraden av et sår, for dermed å kunne ta en faglig begrunnet avgjørelse på hvilken behandling som er best egnet. Slike verktøy kan også brukes til å evaluere utviklingen av trykksår, om det foregår en

forverring eller tilheling, og kan være en hjelp i sykepleierens dokumentasjonsarbeid (Ousey, 2005).

Decubitus er ifølge EPUAP inndelt i fire forskjellige grader etter alvorlighetsgraden på utviklingen (Lindholm, 2004; Langøen & Gottrup, 2006). Ved decubitus grad en er huden fremdeles hel, men rødlig. Dersom såret utvikler seg til grad to, er sår dybden gått ned til lærhuden. Ved decubitus grad tre er vevet skadet ned til underhuden og det kan forekomme sekret. Ved den alvorligste tilstanden av decubitus er såret dypt og går ned til muskelhinner og noen ganger inn i muskler. Dette klassifiseres som grad fire. Såret kan blottlegge knokler og være en uthulet lomme med sekret og infeksjon (Langøen & Gottrup, 2006). Alvorlighetsgraden bør framkomme i dokumentasjonen (Ousey, 2005).

Det er utviklet dataprogrammer som kan hjelpe sykepleieren i arbeidet med sårbehandling og dokumentasjon. Alvey, Hennen og Heard (2012) utførte en studie som evaluerte et dataprogram, med klinisk støtte for klassifisering av trykksår, som et systematisk verktøy for dokumentasjon av trykksår. Sykepleieren kan krysse av forskjellige alternativer for beskrivelser av dybde, farge og trykksårets øvrige utseende. Ut fra hvilken informasjon hun legger inn i programmet vil dette oppgi hvilket stadium et trykksår er i. Studien viser at dataprogrammer med innprogrammerte kartleggingsverktøy kan bidra til å effektivisere sykepleien ved at sykepleieren hurtigere kan klassifisere et trykksår, og dermed starte riktig behandling (Alvey, Hennen, & Heard, 2012). Davis et al. (2013) fant at tredimensjonal fotografering av sår hadde høy pålitelighet. Det kunne bidra til nøyaktige målinger av sårstørrelse, da helsepersonell hadde varierende erfaring eller ekspertise i å klassifisere sår.

3.10 Tid

Det er vanskelig å finne tid til å dokumentere *alt* sykepleiere gjør (Jordan O'Brien & Cowman, 2011). Selv om mange sykepleiere har en hektisk jobbhverdag, kan dokumentasjon og planlegging være en hjelp til å organisere arbeidet og tilgjengelige ressurser (Bjerga, Gausel, Gilje, & Rossavik, 2013; Heggdal, 2006). En logisk fordeling av arbeidsressurser kan føre til bedre effektivitet (Lindholm, 2004).

Forskrift om pasientjournal (2001) pålegger sykepleiere å dokumentere fortløpende i pasientjournaler. Fjørtoft (2012) sier at dersom det går for lang tid mellom hendelse og nedtegning i pasientjournalen, kan konsekvensen bli at viktige detaljer blir utelatt. Mobilteknologi er et verktøy som kan redusere tidsdifferansen mellom hendelse og dokumentering av situasjonen, og dermed sikre at viktig informasjon blir nedtegnet (Fjørtoft,

2012). Dersom sykepleieren i tillegg utfører dokumentasjon i samhandling med pasienten, kan mobilteknologi føre til større brukermedvirkning i dokumentasjonen, samtidig som risiko for mangelfull dokumentasjon blir redusert (Naustdal & Netteland, 2012).

Lov om spesialisthelsetjenesten (1999c) gir arbeidsgiver et ansvar for å sikre veiledning og undervisning slik at sykepleiere kan imøtekomme forsvarlighetskravet. Det er altså et lederansvar å legge til rette for at sykepleiere i avdelinger på sykehus har kunnskaper og ferdigheter til å utføre tilfredsstillende dokumentasjonspraksis, og at organiseringen av avdelingen sikrer at sykepleiedokumentasjon ikke nedprioriteres i en hektisk jobbsituasjon. Forskning viser at regelmessig veiledning og undervisning på arbeidsplassen øker kvaliteten på sykepleiedokumentasjon (Jordan O'Brien & Cowman, 2011; Eriksen & Sagmo Larsen, 2012). En studie utført ved et sykehus i Sverige viste at ledelsens engasjement for dokumentasjon førte til hurtigere forbedring i dokumentasjonskvaliteten etter overgang til elektronisk pasientjournal (Gunningberg, Fogelberg-Dahm, & Ehrenberg, 2009).

4 Drøfting

Problemstillingen vår er: *Hvordan dokumentere riktig? Et kritisk blikk på dagens sykepleiedokumentasjon.* Vi har, som nevnt i oppgavens disposisjon, valgt å drøfte ut fra hovedoverskriftene *kunnskap, ferdigheter og effektivitet.*

4.1 Kunnskap

Ifølge Mathisen (2011) mente Henderson at dersom sykepleiere har felles kunnskap om hva god sykepleie er, kan dette forbedre sykepleiepraksis. Henderson mente også at anskaffelsen av ny kunnskap er en livslang søken (Henderson & Nite, 1978). Dette er i tråd med dagens kunnskapsbaserte praksis, nemlig at sykepleiere skal holde seg oppdaterte på sitt fagfelt (Mikkelsen & Hage, 2011). I dette kapitlet drøfter vi *presise beskrivelser, grundighet og fagutvikling.*

4.1.1 Presise beskrivelser

Vi har inntrykk av at sår dokumentasjon kan være tilfeldig utfra sykepleierens kunnskaper og oppfatninger omkring hva som er relevant, og hvilke ord og uttrykk hun innehar i sitt fagspråk og sår vokabular. For å beskrive sårstørrelse har vi sett dette dokumentert: «Pasienten har et trykksår på høyre hæl på størrelse med en fingernegl.» Ordet fingernegl er et eksempel på at et hverdagslig uttrykk blir brukt til å dokumentere sykepleien. Om dette er en passende formulering for å uttrykke sykepleien skriftlig kan diskuteres, men vi mener det egner seg dårlig for å konstatere sårstørrelse.

Det er stor forskjell på størrelsen på tommel- og lillefingerneglen til et menneske. I tillegg er størrelsen på for eksempel en lillefingernegl varierende mellom mennesker. Derfor blir det for upresist bare å beskrive sårstørrelse som en negl. Oland (2001) beskriver å ta konkrete mål av sår, som for eksempel diameter, eller å bruke plastfilm for avtegning av sårstørrelse, som et alternativ for nedtegnelse av størrelse i EPJ. Da kan ikke sårstørrelsen mistolkes av andre sykepleiere. Vi mener at en sårbeskrivelse som for eksempel «en 10-krone» ligger i grenseland. Myntens diameter er konkret, men variasjon i sykepleieres evne til øyemål gjør denne vurderingen usikker.

Li og Korniewicz (2013) sier at lokalisasjon av et sår skal dokumenteres. Vi har erfart i praksis at sårlokalisasjon ble presist avtegnet på et ark med bilde av en menneskekropp. En slik avtegning gjorde det klart hvor trykksåret befant seg. Dersom det utviklet seg nye trykksår, kunne disse avmerkes på kroppskartet. Avtegningen befant seg sammen med sårprosedyren på pasientrommet for å sikre kontinuitet i sårbehandlingen.

Fotografering ved hvert sårstell kan være til hjelp for å følge med utviklingen av et decubitus (Lindholm, 2004). Vi har i løpet av våre praksisperioder ikke sett digital fotografering av trykksår i bruk. Ifølge Li og Korniewicz (2013) sin undersøkelse inneholdt syv av etthundreogtrettini journaler digitale fotografier og sårlokalisasjon. Til gjengjeld manglet disse syv journalene beskrivelse av sårstørrelsen. Dette viser at sårokumentasjonen var mangelfull i forhold til lokalisasjon og størrelse. Tredimensjonal fotografering av trykksår kan bidra til mer detaljert informasjon i sykepleiedokumentasjon. Ved videreutvikling av denne teknologien, med tilpasninger som gjør det effektivt og hygienisk å bruke i praksis, kan dette bli noe framtidens sykepleiere tar i bruk (Davis, et al., 2013). I nærstående framtid ser vi likevel ikke for oss denne typen tredimensjonal fotografering som et bidrag i sykepleiedokumentasjon. Dette forklarer vi med at digital fotografering heller ikke ennå har blitt en del av praksis, selv om denne teknologien har vært tilgjengelig gjennom flere tiår.

4.1.2 Grundighet

Vi oppfatter at lov om helsepersonell (1999a) sin beskrivelse av dokumentasjonsplikten ikke er utformet konkret nok til å utelukke sykepleiernes egne tolkninger av hva som er betydningen av relevant dokumentasjon. Som Naustdal og Netteland (2012) beskriver, har vi erfart at noen sykepleiere dokumenterer fyldig og grundig, mens andre skriver svært lite.

Sykepleierens sårokumentasjon bør inneholde en terminologi som presist gjengir sårstatus på en forståelig og profesjonell måte (Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors, & Ehrenberg, 2012). I praksis har vi sett at dette ikke alltid er tilfelle. Det kan ha betydelig negativ innflytelse på kvalitet og pasientsikkerhet når sykepleiere har stor variasjon i språkbruk (Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors, & Ehrenberg, 2012). Naustdal og Netteland (2012) sier at bruk av standardisert terminologi utnytter mulighetene som finnes i elektroniske systemer. Standardisering av sykepleiedokumentasjon kan altså forbedre strukturen, sykepleieprosessen og selve innholdet (Naustdal & Netteland, 2012). Selv om standardisert sykepleieterminologi har en klar nytteverdi, fungerer ikke NANDA, NIC og NOCs begreper automatisk i Norge. Begrepene i NANDA, NIC og NOC har opprinnelse i det engelske fagspråket innen sykepleie, og fungerer ikke nødvendigvis i Norge da det norske språk inneholder egne ord og uttrykk.

Ifølge Øien og Lillevik (2009) blir NANDA, NIC og NOCs standardisering av sykepleiespråket kritisert for å ha et diagnostiserende menneskesyn. Kritikerne er redd for at pasientens subjektivitet og individualitet forsvinner fra sykepleiedokumentasjonen. I tillegg

frykter kritikerne at diagnoseperspektivet på sykepleie kan virke stigmatiserende for måten sykepleieren ser pasienten på (Øien & Lillevik, 2009). Et eksempel på dette er en pasient med en sterk mening eller overbevisning mot en leges behandlingsforslag. I behandlingsplanen i DIPS setter sykepleieren sykepleiediagnosen «ikke samarbeidsvillig – følger ikke legens forordninger». Dette eksemplet kan illustrere hvordan standardiserte sykepleiediagnoser kan komme i veien for pasientens subjektivitet. Dette er ikke grundig dokumentasjon, da den ikke inkluderer pasientens perspektiver. Pasienten ville sannsynligvis ikke satt pris på denne formuleringen i sin journal, da den ikke beskriver pasientens ståsted, men sykepleierens tolkning.

Vi har beskrevet at ut fra lov om pasient- og brukerrettigheter (1999b), skal pasienten gis mulighet til å delta i beslutningene i sykepleieprosessen. I situasjoner hvor pasientens stemme ikke blir hørt, brytes dermed lovverket (Molven, 2012). Ifølge Ousey (2005) involveres sjelden pasienten i beslutningsprosessen. Vi har selv opplevd det som varierende i hvor stor grad pasientens autonomi vektlegges, og at pasientens eventuelle medvirkning ofte utelates fra sykepleiedokumentasjonen. Konsekvensen av dette er at det er uvisst i hvilken grad pasienten har blitt inkludert. Vi har også opplevd fravær av dokumentasjon selv om pasienten har fått informasjon eksempelvis om behandlingsmetode og forestående undersøkelse. Når sykepleieren spør pasienten om han er informert, viser det seg at han har fått informasjon uten at dette er dokumentert i journalen. Da kan sykepleierne framstå som uprofesjonelle.

Von Krogh og Nåden (2011) sier at sykepleiedokumentasjon skal illustrere praksis. Vi har erfart at ikke all utført sykepleie dokumenteres. Et utbredt sykepleietiltak ved trykksår er å bruke puter for avlastning av det trykkutsatte hudområdet. Selv om dette tiltaket har vært benyttet i alle tilfeller av trykksår vi har deltatt i pleien av i praksisperioder, har vi til gode å finne puteavlastningen nedtegnet i sykepleiedokumentasjonen. Dette er et eksempel på at sykepleiedokumentasjon ikke er en fullstendig gjengivelse av utført sykepleie.

Ufullstendig dokumentasjon kan også relateres til sykepleieres holdninger til grundighet. Yrkesetiske retningslinjer forklarer hva god yrkesskikk innebærer, men sykepleiere kan likevel ha forskjellige oppfatninger av hva dette betyr i praksis. Alle sykepleiere har ikke samme arbeidsmoral til å utføre sine arbeidsoppgaver, og en plikt blir ikke alltid fulgt opp. Vi har sett at prosedyrer for sårskift og sårstell blir ignorert, fordi det er uenighet hos sykepleierne i om prosedyren er optimal. Oland (2001) sier at dette også kan forklares med at

en prosedyre har blitt evaluert og endret, uten at den som skal utføre sårbehandlingen er kjent med dette.

Det kan ofte være mange sykepleiere involvert i behandlingen av et decubitus. Konsekvensen kan bli at ingen har et overordnet oppsyn med trykksåret og dets utvikling. Dette kan videre true kontinuiteten i dokumentasjonen (Oland, 2001). Ved at en sykepleier, med utvidet kompetanse om sår og sårbehandling, er ansvarlig for sykepleien rettet mot behandlingen av trykksåret, kan kontinuiteten og kvaliteten i behandlingen forsterkes (Lindholm, 2004). Lindholm (2004) uttrykker imidlertid at dette kan føre til at helheten i sykepleieperspektivet kan forsvinne, da ansvaret for sykepleien til en pasient stykkes opp mellom flere.

4.1.3 Fagutvikling

Det kan være vanskelig for sykepleieren å avgjøre om informasjonen hører hjemme i behandlingsplanen, eller burde uttrykkes i fritekst når hun skal beskrive en situasjon eller hendelse (Naustdal & Netteland, 2012). Dette har vi selv opplevd i praksis. Det er heller ikke alltid tydelig hvilken kategori i DIPS som er passende til å beskrive en bestemt situasjon når sykepleieren skal benytte seg av fritekst (Naustdal & Netteland, 2012). Som sykepleierstudenter i praksis bestemte vi oss for å bruke fritekst i DIPS til sår dokumentasjon av et decubitus. Vi ble usikre på om dette burde føres under kategorien «Sirkulasjon» eller «Hud/vev/sår». Da vi spurte veileder fikk vi motstridende svar på hva som var riktig. En slik meningsforskjell kan føre til at dokumentasjonspraksis blir forskjellig mellom sykepleiere, og sykepleiedokumentasjonen kan bli vanskelig å navigere i. Ved å ha en felles avdelingspraksis kan slike misforståelser og uenigheter unngås.

Et prosjekt på Stavanger universitetssykehus ble gjennomført med hensikt om å skape en vedvarende forbedring av dokumentasjonspraksisen til sykepleierne (Bjerga, Gausel, Gilje, & Rossavik, 2013). Dette prosjektet fokuserte på personalets fagutvikling og kvalitet på dokumentasjonen. I tillegg vektla prosjektet praksisstudenters læringsmulighet. Personalet og studentene hadde faglige diskusjoner med fokus på læring og refleksjon der de sammen gikk gjennom dokumentasjonseksempler fra praksis. Prosjektet førte til gradvis forbedring av dokumentasjonen som ble mer konkretisert og individualisert ettersom sykepleierne utviklet sine dokumentasjonskunnskaper og ferdigheter. Evalueringen av prosjektet viste at samarbeid, vilje til endring og prioriteringsevne var viktige faktorer for dokumentasjonsforbedring (Bjerga, Gausel, Gilje, & Rossavik, 2013). Vi mener at dette prosjektet viser betydningen av refleksjon over praksis som en kilde til økt kunnskap og kvalitetsutvikling. Vi har ikke sett

tilsvarende fokus på forbedring av dokumentasjonspraksis i våre praksisperioder, liknende prosjektet på Stavanger universitetssykehus.

Ved at sykepleiere har gode fagkunnskaper slik at de kan uttrykke seg presist i sin journalføring, kan dette hjelpe dem til en grundig dokumentasjonspraksis. Dersom sykepleiedokumentasjon i tillegg settes på agendaen på arbeidsplasser, kan dette være et ytterligere bidrag til utbedret dokumentasjonspraksis hos sykepleiere.

4.2 Ferdigheter

For at sykepleieren skal være profesjonell må hun inneha ferdigheten i å kunne evaluere om hennes sykepleiehandlinger er til hjelp for pasienten. Hun må også kunne anerkjenne når tidspunktet kommer at pasienten ikke lenger har behov for sykepleie (Orlando, 1990). Det Orlando her beskriver, forstår vi som ferdigheter som er nødvendige for sykepleiere å besitte. Det er altså ikke nok bare å ha kunnskap om sykepleie. Dersom sykepleieren mangler ferdigheter i å bruke kunnskapen sin, mister kunnskapen sin verdi og hennes faglige plattform står uten forankringer til praksis. Vi har valgt å drøfte sykepleieres ferdigheter i dokumentasjon under *oppdaterte pasientjournaler, gode holdninger og kompetente sykepleierstudenter*.

4.2.1 Oppdaterte pasientjournaler

Utfyllende behandlingsplaner med mange sykepleiediagnoser, mål og tiltak kan oppleves lange og uoversiktlige (Bjerga, Gausel, Gilje, & Rossavik, 2013). Det kan medføre at viktig informasjon drukner i mengden. Når pasientene har kortere behandlingsplaner tydeliggjøres sykepleien, da listen over sykepleiediagnoser, mål og tiltak blir mer oversiktlig. Bjerga, Gausel, Gilje og Rossavik (2013) beskriver at korte behandlingsplaner også fører til økt forståelse for hensikten med å oppdatere disse planene. Samtidig har vi opplevd at dersom behandlingsplanene er for korte kan essensiell informasjon utebli.

I praksis på sykehus har vi opplevd varierende kontinuitet i oppdatering av behandlingsplaner. De fleste sykepleierne hadde fokus på å ajourføre behandlingsplanene til pasientene ved hver vakt, slik at de samsvarte med situasjonen til enhver tid. Vi har erfart at en sykepleier unnlot å dokumentere på en kveldsvakt når hun skulle på dagvakt neste dag. Dersom sykepleieren med en slik dokumentasjonspraksis skulle bli syk over natten og essensiell informasjon er utelatt fra EPJ, blir det en sårbar situasjon for pasienten. Når Jordan O'Brien og Cowman (2011) sier at behandlingsplaner forbedrer dokumentasjonen ved at god planlegging øker sykepleierens

selvtillit og tro på gode pasientresultater, er dette enda en grunn til å ajourføre behandlingsplaner.

Kun en av tre sykehusavdelinger i en studie gjort av Naustdal og Netteland (2012) hadde behandlingsplaner. De beskriver videre at manglende avdelingskultur til å utarbeide gode behandlingsplaner for pasientene kan være en forklaring på dette. En annen årsak var at det ikke fantes lokale føringer for sykepleiedokumentasjon på avdelingene. Noen av sykepleierne som oppdaterte behandlingsplaner mistet motivasjonen fordi de opplevde at få sykepleierkollegaer leste dem. Dermed så de ikke nytten av å utføre dette arbeidet (Naustdal & Netteland, 2012). Vi har selv opplevd i praksis å jobbe godt med behandlingsplaner, uten at disse ble benyttet i videre arbeid med pasientbehandlingen. Vi har dermed forståelse for frustrasjonen noen sykepleiere uttrykker i Naustdal og Nettelands (2012) artikkel.

I likhet med at ikke oppdaterte behandlingsplaner skaper utfordringer, kan også håndskrevet dokumentasjon bidra til vanskeligheter. Eriksen og Sagmo Larsen (2012) beskriver at papirdokumentasjon noen ganger kan ha uleselig håndskrift. Selv om det meste av dagens sykepleiedokumentasjon føres elektronisk, kan uleselig håndskrift fremdeles være en utfordring ved føring av informasjon i pasientkurver på sykehus. I praksis har sykepleiere veiledet oss til å bruke blokkbokstaver ved føring av pasientkurvene, for å minimere risiko for feiltolkninger. Dette ble ikke alltid respektert av kollegaer, og dermed har ikke et slikt tiltak full effekt.

Når sykehus opererer med både EPJ i DIPS og håndskrevet pasientkurve, kan misforståelser oppstå for hvor ting skal dokumenteres. Dette kan resultere i manglende dokumentasjon eller dobbeltføring. Slik Jordan O'Brien og Cowman (2011) beskriver har vi selv opplevd å måtte utsette journalføring av en klinisk observasjon inn i pasientkurven når legevisitt pågår. Da har det hendt at vi faktisk har glemt å dokumentere dette i pasientkurven senere. I praksis på sykehus har vi fått veiledning i å føre for eksempel blodtrykk i pasientkurven. Vi fikk motstridene svar fra sykepleiere på om det i tillegg skulle dokumenteres i elektronisk sykepleienotat som blir ført gjennom hver vakt. For å være sikre på at sykepleiedokumentasjonen er tilfredsstillende, har vi i slike situasjoner valgt å dobbeltføre. Vi mener forskjellige oppfatninger om hvor pasientinformasjon skal dokumenteres, viser at det er usikkerhet rundt hva som er god dokumentasjonspraksis for sykepleiere. Denne usikkerheten beskriver også Naustdal og Netteland (2012) i sin artikkel.

4.2.2 Gode holdninger

God dokumentasjonspraksis kan også diskuteres gjennom et eksempel på en trykksårbeskrivelse vi har utformet. I praksis har vi sett tilfeller som kan minne om dette utsagnet: «Såret var stort og så veldig stygt ut. Det luktet så død og fordervelse at undertegnede nesten synkoperte.» Vi mener dette er dokumentasjon uten faglig tyngde, og dersom det hadde blitt skrevet i vår egen pasientjournal, ville vi opplevd det som krenkende. Her utviser ikke sykepleieren god yrkesskikk som lov om helsepersonell (1999a) pålegger henne. Det er fordi hun ikke ivaretar pasientens integritet. Det er heller ikke relevant informasjon hun skriver ned, og tonen i språket opplever vi som respektløs. Det kan se ut som om sykepleieren ikke er bevisst på egne formuleringer, og hvordan andre oppfatter hennes uttrykksform. Sårbeskrivelsen i eksempelet over er heller ikke grundig, nøyaktig eller saklig. Sykepleieren utviser ikke faglig forsvarlighet i sin dokumentasjonspraksis. Hun har ikke fulgt opp dokumentasjonsplikten, og ville hatt et forklaringsproblem, både ovenfor pasienten og rettsvesenet.

Som ved usaklige nedtegnelser i pasientjournalen, kan også språket i muntlig rapport tidvis oppleves krenkende. Studien til Naustdal og Netteland (2012) viste at sykepleiere var lite selvkritiske til egen skriftlig dokumentasjon, men vi har opplevd en respektløs uttrykksform oftere ved muntlige rapporter enn i skriftlig sykepleiedokumentasjon. Vi har erfart gjentatte ganger i alle praksisperioder at sykepleiere deler usaklige, latterliggjørende og nedverdiggende kommentarer om pasienter i vaktskifter. Det kan virke som om noen sykepleieres kritiske vurdering til egen meningsytring svekkes ved muntlige rapporter. Dermed kan andre sykepleiere påvirkes av rapportholders subjektive syn på pasienten.

I praksis har vi opplevd å ha fått inntrykk av at en pasient var kravstor og vanskelig fra en sykepleier som holdt muntlig rapport. Sykepleieren uttrykte at hun gjennom vekten hadde blitt ringt etter utallige ganger av en immobil pasient, fordi han ønsket justering av liggestillingen sin. Hun var tydelig brydd av dette. På grunnlag av sykepleierens muntlige rapport hadde vi en forutinntatt holdning da vi møtte pasienten. Pasienten fortalte oss at sykepleieren fra forrige vakt var veldig brå, og ikke hadde tid til å legge ham i en behagelig stilling for trykkavlastning da hun var inne for å snu på ham. Han hadde ringt på alarmen fordi han fremdeles ikke lå godt, til tross for hjelp til endring av sengeleie. Sykepleierens framstilling stemte altså ikke med pasientens opplevelse av situasjonen.

Eksempelet over viser at subjektive ytringer kan gå i en usaklig retning ved muntlig rapport. Likevel stiller von Krogh og Nåden (2011) seg kritiske til å utelate muntlig rapport. Ved å unnlate muntlig rapport kan den erfaringsbaserte sykepleien forsvinne fra optimal kunnskapsbasert praksis (Lindholm, 2004). Ved kun å ha skriftlig og stille informasjonsoverføring mellom vaktskiftene, kan sykepleiedokumentasjonen oppleves som den ikke er utfyllende nok. Dette er fordi muntlig overføring av informasjon kan være nyttig for å formidle omsorgsperspektivet i sykepleien (von Krogh & Nåden, 2011).

4.2.3 Kompetente sykepleierstudenter

Selv om dokumentasjonsundervisning har blitt en integrert del av sykepleierutdanningen i Norge, føler vi oss ikke kompetente nok til å dokumentere arbeidet vårt slik rammeplanen tilsier at vi skal kunne. Gjennom sykepleierutdanningen og arbeidserfaringer har vi aldri sett et eksempel på hvordan optimal dokumentasjon av trykksår kan se ut, slik vi har beskrevet i teoridelen. Sårdokumentasjon virker å være utfordrende for sykepleiere. En informant i studien til Naustdal og Netteland (2012) foreslår økt bruk av sykepleiefaglig dataverktøy i selve undervisningen. Dette tror vi kan være en god introduksjon for spirende sykepleiere til å utvikle gode dokumentasjonsferdigheter som senere yrkesutøvere, da dette er noe vi har savnet i vår sykepleierutdanning.

Vi ser for oss at for å optimalisere sykepleiedokumentasjon videre, kan et felles nasjonalt dokumentasjonssystem være nyttig. Ved å innføre et slikt felles system, kan opplæring i dette integreres i sykepleierutdanningen. Studentene vil videre møte systemet i praksisperioder. Når ferdigutdannede sykepleierstudenter så går ut i arbeidslivet, har de allerede opparbeidet en kompetanse i bruken av systemet og det blir lettere å utvikle brukerferdighetene. Vi ser også fordeler når dagens sykepleiere ofte skifter arbeidsplass, og allerede kan bruke det tenkte nasjonale dokumentasjonssystemet. Dette vil være ressurs- og tidsbesparende for arbeidsgiverne. Dette tenkte nasjonale dokumentasjonssystemet nevner vi kun som en idé til sentralisert og effektivisert sykepleiedokumentasjon. Det vil være svakheter ved et slikt system. Dersom det skulle bli sikkerhetsbrudd i programvaren, er dette en stor risiko for personvern når sensitiv informasjon er samlet i ett felles system.

En dokumentasjonspraksis der sykepleiere innehar gode holdninger kan føre til at behandlingsplaner blir prioritert. Kompetente sykepleierstudenter med gode dokumentasjonsferdigheter vil være et positivt bidrag, både for studentenes praksisplasser og senere når studentene skal utøve yrket som ferdigutdannede sykepleiere.

4.3 Effektivitet

I Hendersons definisjon av sykepleie, beskriver hun at pasienten skal bli uavhengig så fort som mulig. I «Principles and Practice of Nursing» sier hun at et felles kunnskapsgrunnlag er essensielt for effektiv helsehjelp (Henderson & Nite, 1978). Begge disse poengene viser at det allerede på Hendersons tid var en forventning om at sykepleiere skulle jobbe effektivt. Dette er fremdeles aktuelt i dag. Dokumentasjon av sykepleie tar tid. Effektivisering av sykepleiedokumentasjon gjør at sykepleiere kan bruke ressursene sine på andre arbeidsoppgaver. Derfor drøfter vi effektivitet i forhold til sykepleiedokumentasjon. I dette kapitlet presenterer vi *dokumentere til rett tid, tidsbesparende verktøy og støtte gjennom veiledning og samarbeid*.

4.3.1 Dokumentere til rett tid

Naustdal og Netteland (2012) peker på at tidsperspektivet mellom en pasienthendelse og dokumentasjonen av denne ofte blir for lang. Hele hendelser kan bli glemt når sykepleieren utsetter dokumentasjonsarbeidet til slutten av en vakt. Mobilteknologi kan bidra til at sykepleieren får bedre kontinuitet i dokumentasjonsarbeidet gjennom en vakt. Fjørtoft (2012) og Naustdal og Netteland (2012) beskriver mobilteknologien i forbindelse med hjemmesykepleie, men vi ser også for oss nytteverdi på sykehus. Dersom pasientkurven er tilgjengelig på mobil dokumentasjonsteknologi, kan sykepleieren legge inn målt blodtrykk med en gang. Da blir informasjonen umiddelbart tilgjengelig for sykepleierkollegaer og andre tverrfaglige samarbeidspartnere som kan ha nytte av denne informasjonen. Vi har også opplevd nytten av å ha tilgang til felleskatalogen på internett ved mobilteknologi. Da kan sykepleieren straks søke opp informasjon dersom hun for eksempel har spørsmål om virkninger eller bivirkninger av et medikament.

På sykehus har vi opplevd en dokumentasjonsutfordring med dagens elektroniske teknologi, når systemene og datamaskinene ikke fungerer optimalt. Datamaskiner kan henge seg opp eller innloggingshastigheten kan være langsom. Vi har erfart å måtte restarte datamaskiner flere ganger uten resultat. Slike utfordringer forsinker sykepleierens dokumentasjonsprosess og gjør den lengre enn nødvendig. Vi har også opplevd at datasystemer på en hel avdeling var ute av drift, og at sykepleierne ikke fikk dokumentert i EPJ. Alternativet ble å notere dagens hendelser på papir sammen med en utfyllende muntlig rapport. Når den elektroniske sykepleiedokumentasjonen brytes av håndskrevet informasjon, trues kontinuiteten og sammenhengen i EPJ. Det blir tidkrevende å finne igjen opplysninger senere. Samtidig fører

slike hendelser til at sykepleieres journalføring blir forsinket og ikke forløpende, slik forskrift om pasientjournal (2001) tilsier.

4.3.2 Tidsbesparende verktøy

Vi har tidligere nevnt hvordan sykepleieprosessens struktur og planlegging kan være tidsbesparende for dokumentasjonsarbeidet til sykepleiere (Bjerga, Gausel, Gilje, & Rossavik, 2013; Heggdal, 2006). For at den skal være en hjelp må sykepleierne kjenne til datasystemet som benyttes på arbeidsplassen. Da kan hun utnytte mulighetene systemene gir til å strukturere pasientinformasjonen i EPJ (Sandvand & Vabo, 2007).

Ved ortopedisk avdeling på sykehus har vi i praksis en positiv erfaring med at pasientinformasjon dokumenteres oversiktlig i behandlingsplanen i DIPS. Der finnes et sykepleietiltak som heter «planlegge utskrivelse». På avdelingen la sykepleierne inn utskrivningsplanen for pasienten som en forordning under dette tiltaket. Dersom sykepleierne lurte på noe angående pasientens planlagte utreise, kunne de hente denne informasjonen fra behandlingsplanen. Sykepleierne unngikk dermed å måtte lese gjennom flere notater i fritekst for å finne informasjon om dette. Pasienten ble spart for gjentatte spørsmål om utreise. Dette eksempelet viser en praksis som effektiviserte sykepleiedokumentasjonen da alle sykepleierne på avdelingen fulgte denne måten å dokumentere på.

Veiledende behandlingsplaner kan sikre fullstendige behandlingsplaner for sykepleie i EPJ. Det kan være tidsbesparende for sykepleieren å bruke en veiledende behandlingsplan som tilpasses pasientens individuelle sykepleiebehov. Da trenger hun ikke å starte med blanke ark når hun skal sette opp en helhetlig behandlingsplan og fullstendiggjøre sykepleieprosessen (Sandvand & Vabo, 2007). Dette kjenner vi oss igjen i, da vi finner det raskere å redigere en eksisterende behandlingsplan enn å produsere en ny.

Veiledende behandlingsplaner kan være en veiviser for sykepleieren til hva som er relevant å ha med i en behandlingsplan for en konkret pasientsituasjon. Etter å ha brukt DIPS i praksis har vi opplevd at det kreves kunnskap og erfaring for best mulig å nyttiggjøre mulighetene i veiledende behandlingsplaner. Som nybegynnere opplevde vi navigasjon i DIPS som forvirrende og utfordrende å finne fram i. Det er ikke utarbeidet veiledende behandlingsplaner for alle aktuelle situasjoner, og da må sykepleieren selv ta utfordringen å sette sammen en fullstendig behandlingsplan (Naustdal & Nettelund, 2012). Dette kan hun gjøre ved å benytte likeartede veiledende behandlingsplaner som tilpasses den individuelle pasientsituasjonen.

Dersom sykepleieren har manglende ferdigheter i å benytte veiledende behandlingsplaner, kan bruken bli tidkrevende istedenfor tidsbesparende.

Et annet tidsbesparende verktøy kan være standardiserte dokumentasjonssystemer. Innenfor sykepleien etterlyses standardiserte dokumentasjonssystemer for trykksår (Jordan O'Brien & Cowman, 2011; Gunningberg, Fogelberg-Dahm, & Ehrenberg, 2009). Vi har ikke erfaring med at kartleggingsverktøy blir brukt i praksis, selv om begge har sett flere tilfeller av ulike grader av trykksår. Hvorfor slike verktøy ikke er innarbeidet som en del av sykepleiedokumentasjonen, har vi ikke funnet svar på. Ut fra forskningen vi har lest, mener vi dette kunne lette dokumentasjonsarbeidet til sykepleiere.

Når det i en avdeling på et sykehus befinner seg en pasient med et trykksår, kan en sykepleier med utvidet kompetanse innen sår og sårbehandling ha ansvar for å utføre sårbehandlingen og dokumentasjonene av dette (Lindholm, 2004). Samtidig må sykepleiere med lite sårkunnskap få mulighet til å utvikle sine ferdigheter, slik at avdelingen har en bredere kompetanse (Oland, 2001). Selv om dette krever tidsressurser der og da kan det på lang sikt være tidsbesparende. Dersom en ekspertsykepleier på sår faller fra med sykemelding, står dermed flere igjen med ekspertisen til å erstatte vedkommende.

4.3.3 Støtte gjennom veiledning og samarbeid

Vi har opplevd i praksis at noen sykepleiere synes bruk av datasystemer og EPJ er utfordrende og vanskelig, og dermed kan sykepleiedokumentasjonen bli tidkrevende. Lov om spesialisthelsetjenesten (1999c) pålegger arbeidsgivere å gi ansatte opplæring og undervisning. Studien fra Stavanger, som omtales under overskriften *fagutvikling på arbeidsplasser*, er et eksempel på hvordan ledelse har forsøkt å ta veiledningsansvaret av sine ansatte på alvor (Bjerga, Gausel, Gilje, & Rossavik, 2013).

Vi har sett at dokumentasjonskulturen på sykehusavdelinger påvirkes av sykepleieres individuelle dokumentasjonspraksis basert på ulike meninger og varierende ferdigheter. Når sykepleierne får tilbakemeldinger på sin dokumentasjonsutførelse fra avdelingsledelsen, kan dette forbedre praksis (Gunningberg, Fogelberg-Dahm, & Ehrenberg, 2009). Utfra studien til Gunningberg, Fogelberg-Dahm og Ehrenberg (2009) er det sannsynlig at manglende engasjement fra avdelingsledelser til å forbedre kvaliteten i sykepleiedokumentasjon, kan føre til stagnasjon av fagutviklingen og ineffektiv pasientbehandling. Veiledning og undervisning krever ressurser og tid, men på lang sikt mener vi sykepleiere med kunnskap og ferdigheter på dokumentasjon effektiviserer sykepleiedokumentasjon.

Naustdal og Nettelund (2012) fant at sykepleiere vurderte egne skriftlige prestasjoner til å være bedre enn andre sykepleieres dokumentasjon. Dette var i sammenheng med overføringsdokumenter fra sykehus. Mottakerne i kommunen fant ikke disse tilfredsstillende. Årsaken til mangelfull informasjon ved overføring av pasienter, kan være at det er vanskelig å utarbeide gode samhandlingsdokumenter når tidligere sykepleiedokumentasjon fra pasientopphold ikke er optimal. Når overføringsinformasjon ikke er fullstendig, må informasjonsmottaker gjøre nye vurderinger, og dette utgjør unødvendig merarbeid (Naustdal & Nettelund, 2012). Ut fra dette mener vi at sykepleiere bør være selvkritiske når nødvendig informasjon skal gis ved overføring av pleieansvar. En hjelp for sykepleieren ved slike anledninger, kan være at en annen sykepleier leser over dokumentet slik at sykepleieren får dobbeltvurdert om relevant informasjon er inkludert. Dermed kan sykepleiedokumentasjon optimaliseres og bidra til bedre informasjonsutveksling mellom forskjellige helseaktører.

I praksis på sykehus har vi i DIPS benyttet PLO for å formidle pasientopplysninger til kommunal pleie- og omsorgssektor. Sykepleiere vil sannsynligvis i framtiden hente bestemte pasientopplysninger fra nasjonale kjernejournaler. Ved å ha tilgang til disse, kan tverrfaglig samhandling i helsesektoren forenkles og effektiviseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Det har vært en utvikling innen elektronisk teknologi og datasystemlagring. I og med at KITHs «Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie – Nasjonal Standard» er fra 2003, stiller vi spørsmål ved om denne standarden er foreldet. Dersom KITH hadde kommet med nyere og oppdaterte krav, kunne dette være en hjelp når ledelsen i sykehusavdelinger skal heve kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen.

Dersom sykepleiere dokumenterer til rett tid, kan dette sikre at viktig pasientinformasjon inkluderes i sykepleiedokumentasjonen. Tidsbesparende verktøy bør være tilgjengelige, men sykepleieren må ha kjennskap til hvordan disse kan nyttiggjøres. Dersom arbeidsgiver legger til rette for veiledning i nåværende og framtidige dokumentasjonssystemer, kan dokumentasjonsarbeidet til sykepleiere effektiviseres.

5 Konklusjon

Gjennom denne bacheloroppgaven har vi kommet fram til at det ikke finnes noen klar fasit på hvordan sykepleiere skal dokumentere riktig. Sykepleieprosessen er rammen rundt selve arbeidsprosessen til sykepleiere og danner et fundament for dokumentasjonssystemene. Lovverket setter krav til at sykepleiere skal nedtegne sykepleien og hva pasientjournalen skal inneholde. Ved å følge lovverket utviser sykepleieren forsvarlighet i sin praksis. Sykepleiere skal utøve kunnskapsbasert praksis, dermed må hun kunne dokumentere slik at hennes dokumentasjon kan benyttes til forskning. Midt i alt dette skal dokumentasjonen favne det aller viktigste, nemlig pasienten. Sykepleieren skal verne om pasientens integritet, og dette skal i avspeiles i pasientjournalen.

Mange arbeidsoppgaver og prioriteringen av disse kan påvirke sykepleiedokumentasjonen. For at dagens krav til sykepleiedokumentasjon skal oppfylles, mener vi at kunnskap, ferdigheter og tid er forutsetninger for at god sykepleiedokumentasjon skal kunne foreligge. Ved å reflektere over egen dokumentasjonspraksis, kan sykepleieren bidra til økt kvalitet og bedre kontinuitet, og dermed kan sykepleiedokumentasjon være ett bidrag til økt pasientsikkerhet. Ved å spisse dokumentasjonsundervisningen i sykepleierutdanningen står nyutdannede sykepleiere bedre rustet til å oppfylle kravet til dokumentasjon. Ved at ledelse tilbyr grundig opplæring og veiledning i sykepleiedokumentasjon på arbeidsplassene, kan sykepleiere opprettholde og videreutvikle det fundamentet de har med seg etter endt utdanning.

Referanseliste

- Alvey, B., Hennen, N., & Heard, H. (2012). *Improving Accuracy of Pressure Ulcer Staging and Documentation Using A Computerized Clinical Decision Support System*. Hentet mars 25, 2014 fra Journal of wound, ostomy, and continence nursing 39 (6): 607-612: <http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=FNKMPDHGKHFILKGFNMKADAGBIGIAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.19.20%257c0%257c00152192-201211000-00005%26S%3dFNKMPDHGKHFILKGFNMKADAGBIGIAA00&directlink=http%3a%2f>
- Bach, G. (2003). *KITH - Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. Arendal: KITH - Informasjonsteknologi for et bedre helsevesen.
- Befring, A., & Ohnstad, B. (2010). *Helsepersonelloven med kommentarer (3.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Bertelsen, B. (2011). Grunnleggende sykdomslære. I S. Ørn (Red.), J. Mjell (Red.), & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (ss. 43-60). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjerga, G., Gausel, M., Gilje, M., & Rossavik, B. (2013). *Dokumentasjon ga bedre pleie*. Hentet mars 25, 2014 fra Sykepleien 101 (09): 47-49: <http://www.sykepleien.no/Content/1289921/dokumentasjon%20ga%20bedre%20pleie.pdf>
- Björvell, C. (2011). *Sjuksköterskans journalføring och informationshantering - en praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur.
- *Borge, A. (2011). Personlig hygiene. I I. Holter (Red.), & T. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1 (4.utg.)* (ss. 614-639). Oslo: Akribe.
- *Brinchmann, B. (2012). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien (3.utg.)* (ss. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- *Brubakk, O. (2011). Infeksjoner. I S. Ørn (Red.), J. Mjell (Red.), & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (ss. 69-90). Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving (5.utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davis, A., Nishimura, J., Seton, J., Goodman, B., Ho, C., & Bogie, K. (2013). Repeatability and Clinical Utility in Stereophotogrammetric Measurements of Wounds. *Journal of Wound Care, Vol.22, No 2*, ss. 90-97.
- DIPS ASA. (2014). *DIPS*. Hentet april 3, 2014 fra <http://www.dips.no/>
- Dossey, B. (2005). Florence Nightingale's three tenents: healing, leadership, global action. I B. Dossey (Red.), L. Selanders (Red.), D.-M. Beck (Red.), & A. Attewell (Red.), *Florence Nightingale today* (ss. 6-28). Silver Spring, Maryland: American Nurses Assosiation.
- Egerod, I. (2001). Språk og klinisk sykepleie. I E. Gjengedal (Red.), & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie - praksis og utvikling* (ss. 95-104). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- *Elstrøm, P. (2009). Smittekjeden. I M. Steen (Red.), & M. Degré (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (ss. 95-102). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksen, I., & Sagmo Larsen, K. (2012). *Sykepleiedokumentasjon - papir versus elektronisk dokumentasjon, Nr. 4, Vol. 2, side 297-306*. Hentet april 3, 2014 fra Nordisk Sygeplejeforskning:
http://www.idunn.no/file/pdf/58009181/Sykepleiedokumentasjon_Papir_versus_elektronisk_dokumenta.pdf
- *Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie (2.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gunningberg, L., Fogelberg-Dahm, M., & Ehrenberg, A. (2009). *Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care*. Hentet mars 25, 2014 fra *Journal of Clinical Nursing*, 18, ss 1557-1564:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=3b1635ea-a653-4243-a473-19ac08a49eff%40sessionmgr112&hid=120>
- Guttu (Red.), T. (1998). *Norsk ordbok - med 1000 illustrasjoner*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

- *Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Hellesø, R. (2011). Pasientjournalen og sykepleieres journalføring. I I. Holter (Red.), & T. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1 (4.utg.)* (ss. 213-246). Oslo: Akribe.
- *Helse- og omsorgsdepartementet. (1999a). *LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (2013)*. Hentet april 4, 2014 fra Lovdata: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>
- *Helse- og omsorgsdepartementet. (1999b). *LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (2012)*. Hentet april 4, 2014 fra Lovdata: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999c). *LOV-1999-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) (2012)*. Hentet april 7, 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Forskrift om pasientjournal (2013)*. Hentet april 4, 2014 fra FOR-2000-12-21-1385: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2002). *LOV-2001-05-18-24: Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) (2014)*. Hentet april 7, 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-24>
- *Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet april 9, 2014 fra <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Meld. St. 9 (2012-2013): Én innbygger - én journal. Digitale tjenester i helse og omsorgssektoren*. Hentet april 8, 2014 fra <http://www.regjeringen.no/pages/38146106/PDFS/STM201220130009000DDDPDFS.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *FOR-2013-05-31-563: Forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften)*. Hentet april 8, 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-05-31-563>
- Helsedirektoratet. (2011). *Veiviser - Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen*. Hentet april 9, 2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiviser--hvordan-komme-i-gang-med-elektronisk-meldingsutveksling-i-kommunen/Publikasjoner/veiviser%E2%80%93hvordan-komme-i-gang-med-elektronisk-meldingsutveksling-i-kommunen.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014a). *Helsedirektoratet*. Hentet april 8, 2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/it-helse/kjernejournal/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Helsenorge.no - den offentlige helseportalen*. Hentet april 8, 2014 fra <https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kjernejournal/Om-kjernejournal.aspx>
- Henderson, V. (1993). *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Henderson, V. (1995). *The nature of nursing - Overvejelser etter 25 år*. København: Munksgaard.
- Henderson, V., & Nite, G. (1978). *Principles and practice of nursing, (6.utg.)*. New York: Macmillan Publishing co.
- Jenssen, T. (2007). Legemidler ved immunologiske sykdommer. I H. Nordeng (Red.), & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (ss. 107-118). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jesada, E., Warren, J., Goodman, D., Iliuta, R., Thurkauf, G., McLaughlin, M., . . . Strassner, L. (2013). *Staging and Defining Characteristics of Pressure Ulcers Using Photographs by Staff Nurses in Acute Care Settings*. Hentet mars 27, 2014 fra *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, Mars/April 40 (2): 150-156: <http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.11.0a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HPBHPDFMFMHFLMJIFNMKOHFPJBCAAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.22.23%257c0%257c00152192-201303000->

00006%26S%3dHPBHPDFMFMHFLMJIFNMKOHFPJBCAAA00&directlink=http%3a%2

- Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4.utg.)*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Jordan O'Brien, J., & Cowman, S. (2011). An exploration of nursing documentation of pressure ulcer care in an acute setting in Ireland. *Journal of Wound Care, Vol. 20, No 5*, ss. 197-205.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2001). *LOV-2000-04-14-31: Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) (2013)*. Hentet april 4, 2014 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysning*
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Kirkevold, M. (2008). Hjerneslag. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (ss. 406-417). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- KITH. (2011). *Anbefaling til retningslinjer for bruk av Pleie- og omsorgsmeldinger, versjon 2.0*. Hentet april 25, 2014 fra http://www.kith.no/upload/4508/KITH_R06-08-2011-v2_0-Retningslinjer-PLO-meldinger.pdf
- Kopf, E. (1916). *Florence Nightingale as Statistician, Vol.15, No. 116, Dec. 1916*. Hentet april 4, 2014 fra Publications of the American Statistical Association: <http://www.jstor.org/stable/2965763>
- Krøll, V. (2007). Integrert kvalitetsutvikling. I I. Egerod (Red.), *Dokumentation og kvalitetsutvikling (2.utg.)* (ss. 173-189). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet april 25, 2014 fra http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

- *Langøen, A., & Gottrup, F. (2006). Sårtilheling, klassifikasjon og diagnostisering. I A. Langøen (Red.), *Huden - pleie, pleiemidler og sårbehandling (3.utg.)* (ss. 158-200). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, A. (2007). *En enklere metode - Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Li, D., & Korniewicz, D. (2013). *Determination of the Effectiveness Of Electronic Health Records To Document Pressure Ulcers*. Hentet mars 25, 2014 fra Medsurg Nursing vol.22/No.1: 17-25:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=4aa6b9bd-532f-49cf-be9e-83ff9d1afe0f%40sessionmgr4003&hid=4101>
- *Lindholm, C. (2004). *Sår (2.utg.)*. Otta: Akribe.
- *Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie - ideer - mennesker - muligheter (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I I. Holter (Red.), & T. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1 (4.utg.)* (ss. 149-168). Oslo: Akribe.
- *Mikkelsen, J., & Hage, I. (2011). Prosesskunnskap i sykepleie. I I. Holter (Red.), & T. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1 (4.utg.)* (ss. 247-265). Oslo: Akribe.
- Moen, A., Hellesø, R., & Berge, A. (2008). Faglige krav og prinsipper i sykepleieres journalføring. I A. Moen (Red.), R. Hellesø (Red.), & A. Berge (Red.), *Sykepleieres journalføring - Dokumentasjon og informasjonshåndtering* (ss. 95-140). Oslo: Akribe.
- Moen, A., Hellesø, R., Berge, A., & Mølsted, K. (2008a). Dokumentasjon i praksis. I A. Moen (Red.), R. Hellesø (Red.), & A. Berge (Red.), *Sykepleieres journalføring - Dokumentasjon og informasjonshåndtering* (ss. 37-76). Oslo: Akribe.
- Moen, A., Hellesø, R., Berge, A., & Mølsted, K. (2008b). Hjelpemidler i journalføringsarbeidet. I A. Moen (Red.), R. Hellesø (Red.), & A. Berge (Red.), *Sykepleieres journalføring - Dokumentasjon og informasjonshåndtering* (ss. 77-94). Oslo: Akribe.

- Moen, A., Hellesø, R., Berge, A., & Quivey, M. (2008). Fra papirbaserte «sygeberetninger» til elektronisk journalføring. I A. Moen (Red.), R. Hellesø (Red.), & A. Berge (Red.), *Sykepleieres journalføring - Dokumentasjon og informasjonshåndtering* (ss. 21-36). Oslo: Akribe.
- *Molven, O. (2011). Pasienters rettigheter og plikter. I I. Holter (Red.), & T. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1 (4.utg.)* (ss. 105-138). Oslo: Akribe.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus (4.utg.)*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- NANDA. (2003). *Sykepleiediagnoser: Definisjoner & klassifikasjon 2001-2002*. (M. Gordon, K. Avanat, H. Herdman, L. Hoskins, M. Lavin, S. Sparks, & J. Warren, Red.) Oslo: Akribe.
- NANDA. (2012). *Nursing Diagnosis - definitions and classifications 2012-2014 (9.utg.)*. (T. Herdman, Red.) Chichester: Wiley-Blackwell.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). *Kunnskapssenteret*. Hentet mai 11, 2014 fra Sjekklister for vurdering av forskningsartikler: <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Naustdal, A.-G., & Netteland, G. (2012). *Sykepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv*. Hentet mars 25, 2014 fra Sykepleien forskning nr.3; 7: 270-277: http://www.sykepleien.no/Content/1069031/12fo3_art._nausdal_826.pdf
- Nissen, R. (2000). *Lærebog i Sykepleie for Diakonisser (Med etterord av Kari Martinsen)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for IKT og Dokumentasjon. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. (K. Mølstad, A. M. Mauritzen, & L. M. Angeremo, Red.) Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- *Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! (2.utg.)*. Oslo: Akribe.

- Nylenna (Red.), M. (2006). *Store Medisinske Leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Oland, I. (2001). *Sår og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Orlando, I. (1990). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship*. New York: National League for Nursing.
- Ousey, K. (2005). *Pressure Area Care*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Rotegård, A., & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I. Holter (Red.), & T. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1 (4.utg.)* (ss. 190-212). Oslo: Akribe.
- *Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., & Bjålie, J. (2006). *Menneskekroppen - fysiologi og anatomi (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sandvand, E., & Vabo, G. (2007). *Dokumentasjon i sykepleien - En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Scemons, D., & Elston, D. (2009). *Nurse to Nurse wound care - Expert interventions*. New York: McGraw Hill Medical.
- Schmieding, N. (2011). Ida Jean Orlando (Pelletier) Teorien om sykeplejeprocessen. I A. M. Tomey (Red.), & M. R. Alligood (Red.), *Sykeplejeteoretikere - Bidrag og betydning for moderne sykepleie (Oversat af Stig W. Jørgensen)* (ss. 381-406). København: Munksgaard Danmark.
- Sitzman, K., & Eichelberger, L. W. (2011). *Understanding the Work of Nurse Theorists - a creative beginning (2.utg.)*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Statistisk Sentralbyrå. (2014). *Statistisk sentralbyrå: Statistikkbanken*. Hentet mars 25, 2014 fra Dødsfall, etter alder, dødsårsak, tid og statistikkvariabel: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectout/ShowTable.asp?FileformatId=2&Queryfile=201448151755592714450DodsfallDetaljAld&PLanguage=0&MainTable=DodsfallDetaljAld&potsize=5>
- *Stordalen, J. (2009). *Den usynlige fare - smittevern og hygiene (4.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.

- *Stubberud, D.-G. (2011). Sirkulasjon. I I. Holter (Red.), & T. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1 (4.utg.)* (ss. 390-436). Oslo: Akribe.
- Syse, A. (2009). *Pasientrettighetsloven med kommentarer (3.utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thoroddsen, A., Sigurjónsdóttir, G., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2012). *Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record*. Hentet mars 25, 2014 fra Scandinavian Journal of Caring Sciences; 27; 84-91: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4077076e-ee31-4dda-91ab-1362f4f6a4cf%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4209>
- von Krogh, G., & Nåden, D. (2011). *The use of hermeneutic interpretation statements in EPR documentation to capture qualities of caring*. Hentet mars 25, 2014 fra Journal of Clinical Nursing, 20, 3523-3531: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7259015e-6697-44f6-9bbc-d0af12e8b037%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4209>
- Wilkinson, J. (2001). Sykepleieprosessen. I E. Gjengedal (Red.), & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie 1 - praksis og utvikling* (ss. 105-132). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Wyller, I. (1990). *Sykepleiens historie i Norge (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal.
- Øien, L., & Lillevik, O. (2009). *Språklige og verdimeslige utfordringer ved innføring av klassifikasjonssystemet NANDA*. Hentet april 3, 2014 fra Nordisk Tidsskrift for helseforskning nr.2, 5.årgang: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/download/241/231>

Vedlegg 1: PICO-skjema

PICO-skjemaet er hentet fra helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no). Vi har redigert skjemaet, og tilpasset det til vårt bruk.

PICO-skjema:			
Fullstendig spørsmål:			
Hvordan dokumentere riktig? Et kritisk blikk på dagens sykepleiedokumentasjon			
P	I	C	O
pasient/problem	intervensjon/eksposisjon	evt. sammenligning	Utfall
decubitus/trykksår ufullstendig/upresis/man gelfull dokumentasjon sykehus Norge	sykepleie(r) sykepleieprosessen kunnskapsbasert praksis/sykepleie elektronisk pasientjournal behandlingsplan/pleiepla n fotografier struktur		optimalisert/optimal behandling kontinuitet kvalitetssikring pasientsikkerhet
pressure ulcer/pressure sore insufficient, inadequate, deficient documentation hospital Norway	nurse/nursing nursing process evidence-based-nursing electronic patient record e-health clinical data patient care planning medical records photograph structure		optimized/optimal treatment optimized health care continuity quality assurance (health care) patient safety

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Dato for søk	Hvilke data-baser	Søkeord	Antall treff før avgrensning	Avgrensninger	Antall treff etter avgrensning	Inkluderte eller valgte artikler (antall)
25.03.2014	Cinahl	document* AND nursing process	6833	fagfelle-vurdert, 2008-dags dato, fulltekst europa, kontinentale europa	26	1 (Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record, Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfors & Ehrenberg, 2012)
25.03.2014	Cinahl	documentation AND hospital* AND pressure ulcer*	327	fagfelle-vurdert, 2008-dags dato, fulltekst	48	2 (Determination of the Effectiveness Of Electronic Health Records To Document Pressure Ulcers, Li & Korniewicz, 2013 AND Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care, Gunningberg, Fogelberg-Dahm & Ehrenberg, 2009)
25.03.2014	Cinahl	documentation AND hospital* AND norw*	217	fagfelle-vurdert, 2008-dags dato, fulltekst	75	1 (The use of hermeneutic interpretation statements in EPR documentation to capture qualities of caring, von Krogh & Nåden, 2011)
25.03.	Swe-	nursing AND	411	fagfelle-	27	1

2014	Med+	documentation		vurdert, 2010-2014		(Sjuepleiedokumentasj on I eit elektronisk samhandlingsperspektiv , Naustdal & Netteland, 2012)
25.03. 2014	Cinahl	nurs* AND documentation AND pressure ulcer	639	fagfelle- vurdert, 2010-2014, fulltekst	47	1 (Improving Accuracy of Pressure Ulcer Staging and Documentation Using A Computerized Clinical Decision Support System, Alvey, Hennen & Heard, 2012)
27.03. 2014	Cinahl	pressure ulcer* AND nurs* AND photograph	26	fagfelle- vurdert, 2009-2014	9	1 (Staging and defining characteristics of pressure ulcers using photographs by staff nurses in acute care settings”, Jesada, Warren, Goodman Iliuta, Thurkauf, McLaughlin, Johnson & Strassner, 2013)
03.04. 2014	Swe- Med+	sykepleie AND språk	129	2009-2014	31	1 (Språklige og verdimessige utfordringer ved innføring av klassifikasjonssystemet NANDA, Øien & Lillevik, 2009)
08.04. 2014	Journal of Wound Care	documentation AND pressure AND nurs	500+	2013-2014, fulltekst	21	1 (Repeatability and clinical utility in stereophotogrammetric measurements of wounds, Davis, Nishimura, Seton, Goodman, Ho & Bogie, 2013)
08.04. 2014	Cinahl	documentation AND pressure AND nurs*	960	fagfelle- vurdert, 2011-2014, fulltekst	87	1 (An exploration of nursing documentation of pressure ulcer care in an acute setting in Ireland, Jordan O’Brien

						& Cowman, 2011)
--	--	--	--	--	--	-----------------