

Kvalitet på elektronisk sykepleiedokumentasjon hos pasienter med hoftebrudd og helsetjenesteassosiert infeksjon

FREDRIKKE COWARD

VEILEDER

Mariann Fossum

Universitetet i Agder, 2019

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Forord

Som sykepleier og student med pågående masterforløp i Klinisk helsevitenskap begynte jeg å undre meg over dokumentasjonen sykepleiere generelt gjør i pasientens elektroniske journal. Jeg begynte å stille spørsmål til hva jeg selv dokumenterte, hva jeg gjorde og hva mine kollegaer dokumenterte i forhold til hva som ble utført av pleie til pasienten. Jeg fikk en økende interesse for det pasientadministrative arbeidet og hvordan det kliniske arbeidet henger sammen med kravene til dokumentasjon og journalføring. Med tidsklemma for sykepleierne på gulvet og kravene fra helsepersonelloven om at ingenting er gjort før det er dokumentert, ønsket jeg å gjøre en journalgranskning av sykepleiedokumentasjon knyttet til pasientgruppen ortopediske pasienter som også har en tilhørende infeksjon.

Denne studien ble utført med yrkesbakgrunn som sykepleier og arbeidserfaring fra sengepost og innen Klinisk IKT. Det har vært en svært lærerik prosess som har vært utfordrende, men det har lært meg å se flere perspektiver rundt dokumentasjon og sykepleie.

Takk til familie, venner og kjæreste som har heiet på meg gjennom denne prosessen. Og ikke minst må jeg takke min veileder Mariann Fossum som har vært til stor hjelp og støtte.

Sammendrag

Prosjektets bakgrunn: Årlig innlegges omkring 9000 pasienter med hoftebrudd (Folkehelseinstituttet, 2016). Rundt 50 000 pasienter får årlig en helsetjenesteassosiert infeksjon som fører til flere liggedøgn og øker risikoen for mortalitet. Gode smittevernrutiner kan forebygge en del av infeksjonene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b). Sykepleie til disse pasientene består av en pre- og en postoperativfase hvor observasjoner av tegn til komplikasjoner er viktig (Knutstad, 2013). Forskning viser at sykepleiedokumentasjon i flere tilfeller er mangelfull, både i forhold til hva som har vært gjeldende problem og behov, og i forhold til juridiske og faglige krav (Carlsson, Ehnfors, Eldh & Ehrenberg, 2012; Förberg, Johansson, Ygge, Wallin & Ehrenberg, 2012; Gunningberg, Dahm & Ehrenberg, 2008). Folkehelseinstituttet måler to ganger årlig prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (NOIS-PIAH) (Folkehelseinstituttet, 2011).

Hensikt og problemstilling: Hensikten var å undersøke kvaliteten på dokumentasjon som ble utført av sykepleiere i elektroniske pasient journal (EPJ) til pasienter innlagt på sykehus med hoftebrudd og som får påvist en infeksjon definert gjennom NOIS-PIAH.

Metode: Det er brukt kvantitativ metode med journalgranskning og N-Catch II som granskningsinstrument. Datamateriale er presentert med beskrivende statistikk i tabeller.

Resultater: Resultatene viser at behandlingsplanen, den strukturerte måten og dokumentere på med et standardisert fagspråk, ikke samsvarer med annen dokumentasjon som kommer frem i pasientens evaluering i fritekst og behandlingsplanen er ofte ikke oppdatert under innleggelsen.

Konklusjon: Funnene i denne studien viser mangelfull dokumentasjon. Utfordringene med dokumentasjonene synes å være størst under selve innleggelsen, mens funnene viser at dokumentasjon som gjøres i innleggelsesrapporter og utskrivelsesrapporter er mer utfyllende.

Nøkkelord: Sykepleiedokumentasjon, hoftebrudd, helsetjenesteassosierte infeksjoner, N-Catch, journalgranskning

Abstract

Project background: Approximately 9000 patients with hip fractures are annually admitted to hospitals (Folkehelseinstituttet, 2016). About 50000 patients receive an annual health-related infection that can give more number of bed nights and an increased risk of mortality. Good infection control procedures can prevent some of the health related infections (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b). Nursing for these patients consists of a pre- and a postoperative period where observations of signs of complications are important (Knutstad, 2013). Research shows that nursing documentation in several cases is poor, both in relation to what has been the current patient problem and needs, and in relation to legal and professional requirements (Carlsson et al., 2012; Förberg et al., 2012; Gunningberg et al., 2008). The Norwegian Institute of Public Health measures twice the annual prevalence of health-related infections and the use of antibiotics (NOIS-PIAH) (Folkehelseinstituttet, 2011).

Purpose and problem: The aim was to describe the quality of the nursing documentation performed by nurses in the electronic healthcare journal (EHR) for patients admitted to a hospital with hip fractures and an health related infection defined by NOIS-PIAH.

Method: A quantitative method was used with record audits and N-Catch II as an audit instrument was used. The results are presented with descriptive statistics.

Results: The results show that the care plan, the structured way for documenting with a standardized language, does not correspond to other documentation that emerges in the patient's evaluation in free text notes and the care plan is often not updated during their stay.

Conclusion: The findings show that the documentation is inadequate. The documentation seems to be more challenging during the hospital stay, while the findings show that documentation made in admission reports and discharge reports are more complementary.

Keywords: Nursing documentation, hip fracture, health-related infections, N-Catch, record audit

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Forskningsspørsmål	2
1.2 Avgrensning.....	2
2.0 Teoretisk referanseramme	3
2.1 Dokumentasjon i elektronisk pasientjournal og pasientsikkerhet	3
2.2 Hoftebrudd.....	7
2.3 Infeksjoner knyttet til prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner.....	9
2.4 Tidlig identifisering av livstruende tilstander (TILT)	10
2.5 Funksjonsområder i DIPS og kodeverket NANDA/NIC.....	12
3.0 Metode	14
3.1 Vitenskapsteori	14
3.2 Design	15
3.3 Utvalg	15
3.4 Journalgranskning.....	19
3.5 Datainnsamling	20
3.5.1 Journalgranskningsinstrumentet N-Catch.....	21
3.6 Statistisk analyse.....	22
3.7 Litteratursøk.....	23
3.8 Ethiske overveielser.....	23

4.0 Funn fra journalgranskningen	25
4.1 Bortfallsanalyse	26
4.2 Bakgrunnsvariabler	26
4.3 Tekstanalyse	28
4.4 N-Catch.....	31
5.0 Diskusjon	34
5.1 Metodekritikk	47
6.0 Implikasjon for praksis	49
7.0 Videre forskning	51
8.0 Konklusjon	52
Litteraturliste	53
Vedlegg 1. Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)	1
Vedlegg 2. Godkjenning fra lokalsykehus	1
Vedlegg 3. N-Catch II	1
Vedlegg 4. Egendefinert registreringsskjema	1

1.0 Innledning

Hoftebrudd forekommer hos ca. 9000 pasienter årlig (Folkehelseinstituttet, 2016) og mortalitetene hos denne pasientgruppen er høy (Diamantopoulos, 2014). Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2008 ut *Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens* som viser til at det under behandling i helsetjenesten alltid er en viss risiko for å få en infeksjon og det antas at 50 000 pasienter årlig får en helsetjenesteassosiert infeksjon. Dette kan gi ringvirkninger som økt lidelse for pasienten, økte kostnader for samfunnet, ansatte kan bli smittet og dermed ikke være i stand til å jobbe. Videre vises det til at godt smittevernarbeid vil kunne bidra til å forebygge disse infeksjonene, og dette kan gi helsetjenesten økt kapasitet til å prioritere andre oppgave og kvaliteten på behandling kan bedres. For å kunne få effekt av forebyggingstiltak må det være god samhandling mellom ansatt i de ulike tjenestenivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b). Sykehusinfeksjoner fører til fem til ti ekstra liggedøgn og tre ganger så høy dødelighet sammenlignet med pasienter som ikke får en helsetjenesteassosiert infeksjon. I Norge i 2011 fikk minst en av ti pasienter en sykehusinfeksjon, som førte til 450 000 ekstra liggedøgn på sykehus, som igjen førte til 3,15 milliarder kroner i ekstra kostnad med bakgrunn i ekstra liggedøgn (Andersen, 2013). For å sikre god samhandling og kommunikasjon med annet helsepersonell må dokumentasjonen følge juridiske krav og føringer. I dag vet vi at dokumentasjonen som utføres ofte er mangelfull (Instefjord, Aasekjær, Espehaug & Graverholt, 2014; Wang, Yu & Hailey, 2015), rett informasjon er ikke alltid lett tilgjengelig og det er mangler i dokumentasjonen av pleien til pasienten både i forhold til juridiske krav og hva som har vært gjeldende behov og problemer (Carlsson et al., 2012; Förberg et al., 2012; Gunningberg et al., 2008). Det kan være en risiko for at viktige tiltak ikke blir fulgt opp når dokumentasjonen er manglende og dette kan føre til manglende kontinuitet i pleien. Helsetilsynet gjorde i 2012 et landsomfattende tilsyn av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd. Dette tilsynet viste at journalføringen i flere tilfeller var mangelfull og at det i flere av tilfellene også kunne vises til mangelfull praksis (Helsetilsynet, 2012).

Hensikten med denne masteroppgaven var å undersøke kvaliteten på dokumentasjon som ble utført av sykepleiere i elektroniske pasient journal (EPJ) til pasienter innlagt på sykehus med hoftebrudd og som også får påvist en infeksjon definert gjennom NOIS-PIAH. NOIS-PIAH er

prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (Folkehelseinstituttet, 2011).

1.1 Forskningsspørsmål

Ut fra hensikten ble det utarbeidet to forskningsspørsmål som har lagt grunnlaget for hvilken informasjon som ble innhentet gjennom journalgranskningen:

- Hvordan er kvaliteten på dokumentasjonen i EPJ for pasienter med hoftebrudd og en infeksjon, knyttet til prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner som blir påvist ved innleggelse, vurdert med bruk av journalgranskingsinstrumentet N-Catch?
- Hvilke vurderinger og tiltak dokumenterer sykepleiere i EPJ for pasienter med hoftebrudd og infeksjon knyttet til prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner påvist ved innleggelse?

1.2 Avgrensning

For å gjøre et utvalg av journaler til studien er det brukt ICD-10 diagnosekoder fra helsedirektoratet for å samle data. Dataene som er brukt i denne oppgaven er fra et sykehus. Det er kun inkludert pasienter med førstegangsinnleggelse/første forløp og ikke reinnleggelser. Estimerte liggedøgn for pasienter ved behov for operasjon av et hoftebrudd før utskrivelse til hjemmet eller kommunen er i dag 3-5 dager på aktuelt lokalsykehus. Sårinfeksjoner og proteseinfeksjoner er ikke inkludert da disse oppdages senere i forløpet. Pasienter med revisjonskirurgi på grunn av havari av osteosyntese materiale eller infeksjon er ikke inkludert da det kun er sett på pasienter med en førstegangsinnleggelse. Det ble kun sett på infeksjoner knyttet til prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner som urinveisinfeksjon, pneumoni og sepsis. Gjennomgående i oppgaven vil hun, sykepleier eller pleiepersonell bli bruk om personalet som dokumenterer i EPJ. Om pasienten vil det blir brukt pasienten eller hun da det er flere kvinner enn menn med lårhalsbrudd.

2.0 Teoretisk referanseramme

2.1 Dokumentasjon i elektronisk pasientjournal og pasientsikkerhet

I helsepersonelloven kapittel 8 ”dokumentasjonsplikt” står det i § 39 og 40 om plikten til å journalføre og kravene til journalens innhold. Helsepersonell plikter herunder å nedtegne opplysninger når de yter helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). ”Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendig for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I forskriften om pasientjournal fra 2000 legges det tydelige føringer for helsepersonellens dokumentasjonsplikt og innholdet i pasientjournalen. Pasientjournal er alle nedtegnede opplysninger som gjøres på en pasient i forbindelse med helsehjelp. Forskriften presiserer at journalen fortrinnsvis skal skrives på norsk (dansk og svensk kan benyttes om det er forsvarlig), og journalen skal føres uten opphold etter at helsehjelp er gitt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Videre beskrives det i «Forskriften om pasientjournal» §8 ulike opplysninger som skal være nedtegnet i pasientens journal dersom det er relevant og nødvendig. Blant annet skal journalen inneholde pasientopplysninger som gjør det mulig å identifisere og kontakte pasienten. Helsepersonell skal dokumentere når og hvordan helsehjelpen er gitt, dette gjelder alle kontakter med helsevesenet. Journalen skal inneholde bakgrunn for helsehjelpen og status gjennom hele forløpet. Dette innebærer all pleie, behandling, funn, undersøkelser og avtaler om videre oppfølging. All informasjon som er gitt til pasienten og pårørende skal dokumenteres, samt utveksling av informasjon med annet helsepersonell. Pasienten har rett til å reservere seg mot informasjon eller helsehjelp men dette må også være dokumentert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000, §8). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver profesjonsetikk og forpliktelser knyttet til god sykepleiepraksis. Sykepleie knyttet til pasient skal ivareta verdigheten og integriteten til pasienten. Videre skal dette føre til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, rett til ikke å bli krenket og rett til medbestemmelse (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Arbeidsmetoden for å ivareta dette er blant annet sykepleieprosessen. Sykepleieprosessen starter når pasienten blir innlagt i spesialisthelsetjenesten eller får et vedtak i kommunehelsetjenesten, og sykepleieren får første kontaktpunkt med pasienten. Når pasientene innlegges i spesialisthelsetjenesten skal det utføres en kartlegging av sykepleier som skal identifisere behovet for sykepleie. Målsetting

for sykepleien er viktig for riktig valg av tiltak og intervensjoner, og disse tiltakene må evalueres. Dette er den faglige rammen for sykepleie som ligger til grunn for dokumentasjon, koding og klassifisering (VAR healthcare, 2017). Sykepleieprosessen beskrives også som en problemløsning-, mellommenneskelig- og samhandlingsprosess hvor sykepleieren skal vurdere, planlegge, handle og evaluerer pasientens situasjon. Det er diskutert om dette er den beste måten å dokumentere på, eller om dokumentasjonen skulle vært mer hendelsesbasert, problem- eller prosessbasert dokumentasjon og avviksdokumentasjon. Men EPJ skal være et hjelpemiddel med beslutningsstøtte som kan bidra til at sykepleierne kan dokumentere de ulike trinnene i sykepleieprosessen på enklest mulig måte (Mølstad, Mauritzen & Angeremo, 2007).

Det har den siste tiden vært et økt fokus på pasientsikkerhet, og med det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet i helsetjenesten er målet å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten i Norge. Kampanjen heter *I trygge hender 24/7* og har flere innsatsområder blant annet *Forebygging av urinveisinfeksjoner, Trygg kirurgi, Tidlig oppdagelse av forverret tilstand og Tidlig oppdagelse av sepsis* (Aase, 2018; Helsedirektoratet, 2017).

Helsedirektoratet (2017) viser til en Dansk og Skotsk studie som viser at det er mulig å redusere forekomsten av urinveisinfeksjoner med riktige tiltak. Tiltakspakken i Norge knyttet til forebygging av urinveisinfeksjoner er utviklet fra tiltakspakken som ble utarbeidet i Danmark (Helsedirektoratet, 2017).

Ved søk etter relevant litteratur viste blant annet en studie sammenheng mellom sykepleiedokumentasjon og mortalitet hos medisinske pasienter. Av totalt 15 000 akutte pasienter hadde 145 pasienter hatt hjertestans. I dokumentasjonen ble det sett et mønster i hva som dokumenteres i EPJ, kan være med å predikere mortalitet hos pasienten. Pasientene som døde hadde et høyere antall notater i EPJ og flere registrerte vitale tegn innen 48 timer enn pasientene som overlevde. En økning av notater og vitale tegn som ble dokumentert var også forbundet med en høyere sannsynlighet for hjertestans. Studien beskriver at det finnes fellestrekk i hvordan sykepleieren dokumenterer når de er bekymret for pasientene, og denne informasjonen kan brukes til å si noe om pasienter som blir akutt dårlig. I pasientjournaler til pasienter hvor sykepleieren har dokumentert flere notater og økt antall vitale tegn er det en signifikant høyere mortalitet dokumentert hos disse pasientene (Collins et al., 2013).

Häyrinen, Lammintakanen og Saranto (2010) ønsket å evaluere om sykepleierne dokumenterer sykepleie i samsvar med den nasjonale dokumentasjonsmodellen for sykepleiere i EPJ. Studien ble gjennomført i Finland. De samlet data fra sykehus i tidsrommet 2003-2006 både fra nevrologiske og kirurgiske pasienter. De konkluderer med at den nasjonale modellen for dokumentasjon er god nok til å dokumentere sykepleietiltak og observasjoner i sykepleiedokumentasjon i EPJ. Men studien viser også til at dokumentasjonen er mangelfull når det gjelder behovsvurderinger, identifisering av formålet og tiltak. Studien konkluderer med at sykepleiere trenger mer trening i hvordan de skal dokumentere sykepleie i samsvar med sykepleieprosessen. Det er behov for en bedre terminologi for å øke pasientsikkerheten og forbedre kvaliteten på dokumentasjonen (Häyrinen, Lammintakanen & Saranto, 2010). En systematisk litteraturstudie fra 2014 trekker frem at sykepleiere trenger et standardised nursing language (SNL) for å dokumentere, og også mer opplæring i bruk av SNL. Bruk av SNL vil kunne bidra til bedre beskrivelser av sykepleietiltak i daglig pleie som igjen vil kunne bidra til økt pasientsikkerhet (Saranto et al., 2014).

I 2017 ble det utført en studie på et universitetssykehus i Norge. De så på totalt 99 journaler, 49 før og 50 etter en utdanningsintervensjon. Intervensjonen handlet om å implementere fritekst med PES-struktur. Videre brukte de N-Catch-II som også kan vurdere delvise sykepleiediagnoser. I studien ble ingen journaler skåret med 3 poeng på kvalitet, og flertallet ble skåret 1 eller 0 for både kvalitet og kvantitet når det gjaldt sykepleiediagnoser. Forskerne så på virkningen av utdanningsintervensjonen ved å sammenligne endringene i sykepleiedokumentasjonen før og etter utdanningsintervensjonen. Den største endringen var økning i poeng på elementene sykepleiediagnose og kvantitet av intervensjoner. Det var en signifikant forskjell på flere av elementene i en pre- og posttest, og evalueringsnotatene viste signifikant forbedring etter intervensjonen (Nøst, Frigstad & André, 2017). En lignende studie ble publiserte i 2018 av Nomura, Pruinelli, Barragan da Silva, Lucena og Almeida hvor målet var å evaluere kvaliteten på elektroniske sykepleierapporter. Det ble inkludert 112 sykepleiejournaler, hvor det samtidig ble implementert utdanningsintervensjon og sykepleiedokumentasjonen ble undersøkt før og etter utdanningsintervensjonen. Resultatene viser at det var en signifikant forbedring av sykepleiedokumentasjonen etter utdanningsintervensjonen. Fokus på opplæring i sykepleiedokumentasjon viste en positiv forbedring av dokumentasjonen som resulterte i bedre sykepleiepraksis. Utdanningsintervensjoner gir mer nøyaktige sykepleiediagnoser og viste en forbedring av

sykepleiedokumentasjonen knyttet til blant annet fallforebygging og smertevurdering (Nomura, Pruinelli, Barragan da Silva, Lucena & Almeida, 2018).

En tyrkisk studie fra 2013 så på hva sykepleierne utfører av stell og tiltak knyttet til personlig hygiene og hva de faktisk dokumenterer. Studien viste at kun 77.6% av det sykepleierne utførte av personlig hygiene/stell ble dokumentert. Data ble samlet fra 85 sykepleiere på intensivenheter. Artikkelen beskriver også sykepleieprosessen som en tilnæringsmetode som organiserer individualisert sykepleie ved å identifisere, forebygge, eller behandle potensielle eller fremtredende helseproblemer ved å vurdere, diagnostisere, planlegge, gjennomføre og evaluere. Dette er en kontinuerlig prosess som skal revurderes og dokumentasjonen skal synliggjøre om behovene er møtt eller ikke. Studien konkluderte med at mye av det sykepleierne utførte innen pleie og omsorg ble registrert, men det ble vist til en inkonsekvens mellom utførte aktiviteter og hva som ble dokumentert (Inan & Dinç, 2013). Lignende resultater viste også en norsk studie fra 2014 av Johnsen, Ehrenberg og Fossum. Studien som undersøkte dokumentasjonen av sykepleie i sykehjem i Norge konkluderte med at det var mangelfulle sykepleiediagnoser i behandlingsplanene. Studien viste til at kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen kan være vanskelige å stole på som kilde til nødvendig og tilstrekkelig informasjon om sykepleien til pasientene på sykehjem. Studiet så også på instrumentet N-Catch som metode for å vurdere innhold og sammenheng i dokumentasjonen fra pasientjournaler og utført en interbedømmer- og test-retest-reliabilitets vurdering som viste liten systematisk uenighet, men det var av betydning hvordan guiden til instrumentet ble forstått (Johnsen, Ehrenberg & Fossum, 2014).

Helsetilsynet gjorde i 2012 et landsomfattende tilsyn med behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd. Rapporten påpekte lovbrudd ved 19 av 23 tilsyn. De undersøkte blant annet ventetid fra innleggelse til operasjon, legemiddelbruk og behandling av delir. Helsetilsynet gjennomgikk journaler for å avdekke om dokumentasjonen av utredning og behandling var mangelfull. Ved ufullstendig eller manglende dokumentasjon var det uvisst om det var journalføringen som var sviktende eller om praksisen og behandlingen av pasienten også var sviktende. Rapporten viser til at det innenfor de ulike områdene ble funnet mangelfull journalføring som også viste mangelfull praksis (Helsetilynet, 2012).

Vi vet at informasjon innenfor helsefag og sykeleie ikke alltid er like lett tilgjengelig, og uten strukturert journal og enhetlig terminologi vil kvaliteten kunne forringes og rett informasjon

vil ikke være lett tilgjengelig (Ehnfors et al., 2015). Ehnfors et al. (2015) konkluderte med at en rekke studier som har sett på kvaliteten av innholdet i journaler viser at det i helse- og omsorgstjenesten mangler i dokumentasjon av pleien til pasientene. Dette gjelder både med tanke på juridiske krav, og hvilke behov og problemer som har vært gjeldende (Ehnfors et al., 2015). En del av denne litteraturen begynner å bli av eldre dato, og det vil derfor være interessant og undersøke om det er endringer knyttet til tilgjengelighet og kvalitet på dokumentasjonen cirka 20 år etter at EPJ ble innført i sykehus.

2.2 Hoftebrudd

Lårhalsbrudd eller hoftebrudd forekommer hos cirka 9000 pasienter årlig, og 7 av 10 hoftebrudd forekommer hos kvinner og hyppigheten øker etter 70 år. Det er etter tusenårsskifte sett en reduksjon av hoftebrudd hos kvinner på 20.4% og hos menn en nedgangen på 10.8% målt fra 1999-2013 hos personer over 50 år. Antallet hoftebrudd per år er likevel det samme som tidligere år da det i dag finnes flere personer over 70 år (Folkehelseinstituttet, 2016). Forekomsten av hoftebrudd på verdensbasis regnes med å øke fra 1.66 millioner i 1990, til 6.26 millioner i 2050 på verdensbasis. Mer enn 90% av alle hoftebrudd kan forklares med osteoporose og fallrisiko. Det er også høy mortalitet forbundet med hoftebrudd, både på kort- og langsikt opp mot fem år etter hendelsen. Menn har høyere dødelighet etter hoftebrudd enn kvinner. Det sees en sammenheng med høyere dødelighet hos menn med osteoporose og høy alder, og demens og høy alder hos kvinner (Diamantopoulos, 2014). Det er mindre forekomst av hoftebrudd i Sør-Norge enn i Oslo, men det er likevel en høy forekomst av hoftebrudd i Sør-Norge sett i forhold til verdensbasis (Diamantopoulos, 2014). Det er flere risikofaktorer forbundet med hoftebrudd. Folkehelseinstituttet viser til at kjønn, alder, fall, tidligere brudd, etnisitet, røyking, fysisk aktivitet og vekt er forbundet med økt risiko for brudd (Folkehelseinstituttet, 2016).

Pasientforløpet starter allerede ute på skadested, pasienter angir smerter i hofteregionen og det kan sees feilstilling og utadrotert ben. Pasientene med mistanke om hoftebrudd fraktes direkte til sykehus for videre behandling. Hoftebrudd går under kategorien øyeblikkelig hjelp kirurgi og legeforeningen viser til at operasjon innen 1-2 døgn og tidlig mobilisering gir redusert mortalitet. Om pasienten ikke opereres innen 24 timer øker 30 dagers mortaliteten og farene

for komplikasjoner stiger (Legeforeningen, 2018). Sykepleie til pasienter med hoftebrudd består av en pre- og en postoperativfase. Pasienter med hoftebrudd er komplekse. Noen av sykepleierens oppgaver i den preoperative fasen er smertelindring, bearbeidelse av pasientens opplevelse samt at påkjenning med ventetiden før en operasjon kan være krevende for pasienten. Samtidig gjør sykepleieren en helhetsvurdering av pasienten med tanke på ernæringsstatus, pasientens ADL (Activities of Daily Living) og funksjonsstatus. Sykepleieren skal også måle vitale tegn og gjøre en hudvurdering. I den postoperative fasen må sykepleieren ha målrettet fokus på mobilisering, smertelindring, god ernæringsstatus og væskebehandling. Sykepleieren må også observere tegn til komplikasjoner som dypvenetrombose, lungeemboli, urinveisinfeksjoner, pneumoni og akutt forvirring (Knutstad, 2013). Gjennomsnittlig liggedøgn for denne pasientgruppen varierer mellom sykehus viser en rapport fra Riksrevisjonen i 2013-2014. Det er en variasjon på fem til ti døgn liggetid ved operasjon av hoftebrudd. Hadde alle sykehusene hatt samme liggetid som sykehuset med kortest ville det ført til en reduksjon på 11000 liggedøgn som tilsvarer 19%. Rapporten viser også til at kvaliteten på behandlingen ikke er dårligere hos det sykehuset som har lavest antall liggedøgn (Riksrevisjonen Norge, 2013).

Vi vet at pasienter med hoftebrudd har en kompleks tilstand og ofte har tilleggsdiagnoser. Sykepleiere må observere tegn til komplikasjoner og starte raskt med mobilisering, samt sørge for god ernæringsstatus (Knutstad, 2013). Samtidig viser forskning til at dokumentasjonen som blir gjort knyttet til sykepleie er mangelfull (Ehnfors et al., 2015; Knutstad, 2013). Hva blir dokumentert i pasientens EPJ, og kan mangelfull dokumentasjon føre til ringvirkninger for pasienten slik at for eksempel tegn til komplikasjoner, dårlig ernæringsstatus og mobilisering hos denne pasientgruppen ikke kommer frem i EPJ? Om ikke dokumentasjon er fullstendig og sykepleierne lett kan finne relevant informasjon kan en undres om relevante tiltak blir iverksatt til rett tid og om man kan man gjenfinne hvilken pleie og behandling pasienten har fått under innleggelsen.

2.3 Infeksjoner knyttet til prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner

I 2014 opplevde 13.7% av pasienter som var innlagt på norske sykehus en pasientskade.

Legemiddelrelatert skade var hyppigst forekommende og urinveisinfeksjoner den nest hyppigste forekomne pasientskaden (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016).

Helsetjenesteassosierte infeksjoner fører til økte kostnader og unødvendig plage for pasientene. Det antas at 50 000 pasienter årlig får en helsetjenesteassosiert infeksjon etter innleggelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b).

Folkehelseinstituttet måler to ganger i året prevalens på helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk, prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (NOIS-PIAH). NOIS-PIAH ser på forekomsten av urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner (inkluderte pneumoni og neonatal-pneumoni), infeksjon i operasjonsområder, blodbaneinfeksjoner (både primære og sekundære) (Folkehelseinstituttet, 2011). Det ble ifølge folkehelseinstituttet sett en nedgang av forekomst av alle infeksjonstyper fra tidligere målinger, men det var vanskelig å si om dette hadde sammenheng med forebyggende tiltak eller om endringene var signifikante endringer. Høsten 2016 var det en forekomst på 1.9% sårinfeksjoner etter operasjon, 1.2% forekomst av nedre luftveisinfeksjoner (lungebetennelse, bronkitt eller annen infeksjon i nedre luftveier) og 0,9 prosent forekomst av urinveisinfeksjoner (Helsedirektoratet, 2016).

I følge folkehelseinstituttet kan helsetjenesteassosierte infeksjoner forebygges med blant annet bedre håndhygiene med tanke på stell av urinveiskateter og operasjonssår (Helsedirektoratet, 2016). Som nevnt tidligere er noen av målene til pasientsikkerhetskampanjen å forebygge urinveisinfeksjoner og tidlig oppdage andre infeksjoner. Rundt 80% av helsetjenesteassosierte infeksjoner er relatert til urinveisinfeksjoner. Det finnes egne tiltakskort som skal bidra til forebygging på alle disse områdene (Helsedirektoratet, 2017). Det anslås at 20-30% av disse infeksjonene kan forbygges ved gode smittevernrutiner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b).

Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd publisert av legeforeningen i 2018 beskriver de mest vanlige postoperative infeksjonstilstandene knyttet til hoftebrudd. Postoperativt er de vanligste infeksjonstilstandene sårinfeksjon, pneumoni og

urinveisinfeksjon. Pneumoni oppstår oftest 2. eller 3. postoperative dag. Tegn på pneumoni kan være hoste og rask respirasjonsfrekvens og infiltrater sees ikke alltid på røntgen. Urinveisinfeksjon diagnostiseres ofte på bakgrunn av symptomer og urinprøver. Disse pasientene har ofte ikke de vanligste tegnene på urinveisinfeksjon, blant annet kan urinretensjon være et symptom. Det anbefales at urinkateter seponeres 1. postoperative dag for å unngå urinveisinfeksjon. I noen tilfeller får pasientene feilaktig antibiotikabehandling, da svie rundt urinrørsåpningen og vannlatningstrang etter at de har hatt urinveiskateter mistolkes som vanlige symptomer på urinveisinfeksjon (Legeforeningen, 2018).

Schneider gjennomførte en studie i 2012 hvor sykepleiere ble opplært i å bruke spesielle urinkateterprotokoller som kan føre til redusert bruk av urinveiskateter. Eldre pasienter med hoftebrudd og komplikasjoner vil få et økt antall liggedøgn på sykehusoppholdet og de medisinske kostnadene og mortaliteten vil øke som følge av dette. Det ble utført et utviklingsprosjekt hvor målet var å demonstrere at økt kunnskap knytte til innleggelse og vurdering av urinveiskateter ville føre til redusert forekomst av urinveisinfeksjoner hos denne pasientgruppen. Resultatet tydet på at utdanning og implementering av konkrete vurderinger og tiltak førte til reduksjon av urinveisinfeksjoner (Schneider, 2012).

2.4 Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander (TILT)

Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander (TILT) ble utarbeidet i 2013-2014 ved Sørlandet Sykehus. Hensikten er å tidlig kunne se tegn til livstruende tilstander og sikre at det foretas en systematisk måling og registrering av de vitale parameterne. Ved bruk av TILT foretar man en mer objektiv vurdering av pasientens tilstand. Hvor hyppig pasientens vitale tegn skal måles og når lege skal kontaktes blir hentet fra et skjema ut fra et skåringssystem. Modified early warning score er skåringssystemet som er brukt i TILT. Dette verktøyet ble første gang publisert i 2001 og er et validert skåringssystem (Pedersen, Thoresen, Johansson & Olsen, 2018). Skårene som pasienten får på respirasjonsfrekvens, blodtrykk, puls, bevissthetsnivå og temperatur blir regnet sammen til en totalskår. Det er denne skåren som er utgangspunktet for hvor hyppige målinger som skal tas, og når lege skal kontaktes.

Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander							
TILT-score							
	3	2	1	0	1	2	3
Resp. frekvens		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Puls		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Syst. BT	<70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Temp		<35		35-38,4		≥38,5	
CNS				Våken og oppmerksom	Reagerer på tiltale	Reagerer på smerte	Reagerer ikke

HVIT **TILT-score 0** - Ny kontroll om et døgn

GUL **TILT-score 1** - Ny kontroll om 8-12 timer

ORANGE **TILT-score 2** – Ny kontroll om 4-8 timer

RØD **TILT score 3-4** – Ny kontroll om 1-4 timer, evt kontakt med lege

TILT score > 4 – Kontakt lege

TILT systemet består også av en observasjonskurve og et e-læringskurs med basal fysiologi, sykdomslære, opplæring i hvordan TILT skjemaene skal føres og hvordan informasjonen som er innhentet skal kommuniseres og dokumenteres (Pedersen, 2014; Pedersen et al., 2018). I en litteraturstudie av Granaas, Vatn og Lund fra 2016 viste de til studier som dokumenterte at MEWS ga et økt antall målinger hos pasienter innlagt på sengeposter. Når målingene blir systematisert kan dette føre til en bedre kommunikasjon mellom sykepleier og lege, og tydeliggjøre den kliniske endringen hos pasienten. Det er likevel noen faktorer som må være tilstede som blant annet at målingen gjøres på en forskriftsmessig måte og minst to ganger per døgn. Det ble likevel vist til i denne studien at respirasjonsfrekvens ble målt sjeldnere enn andre vitale parametere, selv om denne målingen økte med implementering av MEWS. Det blir også vist til en nedgang av reoperasjoner og mortalitet postoperativt etter at MEWS ble implementert (Granaas, Vatn & Borgen Lund, 2016). Funnene til Granaas et al. (2016) viste tegn til at systematiske målinger som ble innført med MEWS førte til en bedre oppfølging og tidligere igangsetting av nødvendige tiltak. Det var likevel en utfordring knyttet til ufullstendige dokumentasjon av MEWS skårene, som kunne være mangelfulle i timer før en klinisk forverring oppsto. Likevel konkluderte litteraturstudien med at det ikke er enighet om

bruk av MEWS kan føre til en tidligere identifisering, og dermed også forebygge en forverring av den kliniske tilstand hos pasientene. Nytteverdien synker når ikke alle parameterne er fullstendig dokumentert. MEWS betegnes som et hjelpemiddel og ikke en erstatning av faglige vurderinger og ved bruk av MEWS kan det være enklere å se forandringene og målinger som er utenom det vanlig og sette i gang nødvendig tiltak tidligere (Granaas et al., 2016). Det er i en Amerikansk studie på tre universitetssykehus observert en signifikant nedgang i dødelighet etter at MEWS ble innført. Ved en skår over 4 ble sykepleiere oppfordret til å kontakte lege og øke den kliniske overvåkingen. I denne studien legges det også frem at MEWS kan bidra til kortere liggedøgn på sykehus (Stiver et al., 2014).

2.5 Funksjonsområder i DIPS og kodeverket NANDA/NIC

Funksjonsområdene i DIPS dekker ikke hele sykepleieprosessen, men de dekker en status om pasienten. Funksjonsområdene mangler tydelige målsettinger og evaluering av målene for å få en full oppfølging av pasienten knyttet til hele sykepleieprosessen (Mølstad et al., 2007).

Funksjonsområdene, som er navnet på de 12 punktene som er malen som brukes ved sykepleiedokumentasjon i DIPS, er ikke en faglig validert og diskutert struktur for sykepleiepraksis, men en variasjon av VIPS-modellens gamle søkeordstruktur inkludert administrative elementer. VIPS står for Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhet.

Funksjonsområdene er en variasjon av delen i VIPS-modellens som omhandler pasientstatus/brukerens helsestatus (Ehnfors et al., 2015). VIPS-modellen har disse områdene knyttet til brukerens helsestatus: Kommunikasjon, kunnskap/utvikling,

Respirasjon/sirkulasjon, Ernæring/matinntak, Eliminasjon, Hud/Vev, Aktivitet/ADL, Søvn/hvile, Smerte/sanseinntrykk, seksualitet/reproduksjon, Psykososialt, Roller/relasjoner, Åndelig/kulturelt, Sikkerhet, Sammensatt status (Ehnfors et al., 2015). Funksjonsområdene som er brukt i malen i DIPS på aktuelt lokalsykehus er listet opp i tolv punkter:

1. Kommunikasjon/sanser:
2. Kunnskap/utvikling/psykisk:
3. Åndedrett/sirkulasjon:
4. Ernæring/væske/elektrolyttbalanse:
5. Eliminasjon:

6. Hud/vev/sår:
7. Aktivitet/funksjonsstatus:
8. Smerte/søvn/hvile/velvære:
9. Seksualitet/reproduksjon:
10. Sosialt:
11. Åndelig/kulturelt/livsstil:
12. Annet/legedelegert:

De ulike behandlingsplanelementene i NANDA og NIC er knyttet til de tolv funksjonsområdene som ligger i malen til evalueringsnotatene i DIPS. NANDA står for North American Nursing Diagnosis Association og dette klassifikasjonssystem har en svensk og en norsk oversettelse av sykepleiediagnosene. NANDA systemet inneholder over 200 sykepleiediagnoser, som er delt i problemdiagnoser, risikodiagnoser og ressursdiagnoser, men de omfatter ikke hele sykepleiefeltet (Ehnfors et al., 2015). Nursing Intervention Classification (NIC) handler om sykepleietiltak og kategoriserer intervensjoner som sykepleiere utfører. NIC inneholder seks hovedgrupper, som videre er delt i 30 klasser og cirka 500 presiserte sykepleieaktiviteter (Ehnfors et al., 2015). En retrospektiv deskriptiv dokumentanalyse ble utført ved en psykiatrisk avdeling i Norge for å se om EPJ med bruk av NANDA og NIC i elektronisk sykepleiedokumentasjon (ESD) var bedre enn papirbasert dokumentasjon uten klassifikasjonssystemer (Eriksen & Larsen, 2012). I studien til Eriksen og Larsen (2012) ble det sett på hva som var dokumentert, hvor ofte og kvaliteten på dokumentasjonen. Resultatene knyttet til dokumentasjon på de samme funksjonsområdene på papir og EPJ viser at ESD har høyere poengskår enn sykepleiedokumentasjon ført på papir. Behandlingsplanelementene innenfor problemføring og gjennomførte tiltak sammenlignet med papirbasert dokumentasjon hadde en høyere poengskår, med unntak av målformulering der den papirbaserte dokumentasjonen hadde en høyere skår (Eriksen & Larsen, 2012).

3.0 Metode

3.1 Vitenskapsteori

Som forsker må en være bevisst egen forforståelse og at dataene blir skapt av forsker og er bindeleddet mellom virkeligheten, og analysen og tolkningen forskeren har av virkeligheten. Data som alder, høyde og vekt er lette å registre. All data er ikke like lett å registrere, da data ikke er selve virkeligheten, men en representasjon av virkeligheten. Forforståelse er en faktor som er sentral og er knyttet til oppfatning av data. Et fenomen kan oppfattes på ulike måter knyttet til for eksempel hvor fokuset til forskeren er, og eventuelle forhåndsoppfatninger forskeren har av et fenomen. Som sykepleier vil forståelseshorisonten påvirke hva som blir observert. Forskerens forforståelse vil påvirke hvordan observasjonene som gjøres blir vektlagt og tolket. Dataene som blir brukt blir påvirket av forskerens forhåndsoppfatning, men dataene er innhentet ved bruk av forskningsmessige prosedyrer (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015).

Innenfor kvantitativ forskning blir studier utført innenfor en empiristisk og post-positivistisk tradisjon (Creswell, 2014; Thornquist, 2018). Med dette vitenskapsteoretiske synet skal det være mulig å kartlegge virkeligheten på en objektiv måte uavhengig av forståelseshorisonten til forskeren (Creswell, 2014; Thornquist, 2018). Empirisme kjennetegnes med at det som er kilden til kunnskap er erfaring. Positivismen på fra 18/1900-tallet er en videreføring av empirismen fra 1700-tallet. Det de har til felles er at erfaring handler om det som kan observeres, konstateres og som er målbart (Thornquist, 2018).

Ved bruk av journalgranskning er det brukt et skåringsinstrument som gir kvantitative og kvalitative data i form av tekst. Men journalene er lest av forskeren som videre setter skår på dataene ut fra kriterier. En må derfor erkjenne at forskerens forforståelse og hvordan teksten tolkes vil være tilstede. Det er derfor gjort endel metodisk arbeid for å minimere denne utfordringen og dette arbeidet vil bli redegjort for videre i metodekapittelet.

3.2 Design

Studien har et beskrivende design med innsamling av kvalitative og kvantitative data. Hensikten med denne type studie er å observere, beskrive og dokumentere aspekter av en situasjon, i mitt tilfelle dokumentasjon hos pasienter innlagt med hoftebrudd (Polit & Beck, 2014). Det ble gjort et strategisk utvalg av journaler, hvor pasienten må ha vært innlagt på sykehus, påvist et hoftebrudd og også ha en infeksjon knyttet til infeksjoner som måles med prevalensundersøkelsen NOIS-PIAH som ikke var behandlet før innleggelsen. Dette er forutsetninger for at journalen kunne inkluderes i studien. Journalene er gransket retrospektivt systematisk ved hjelp av et journalgranskingsinstrument.

3.3 Utvalg

I denne studien er det gjort et strategisk utvalg av pasientjournaler fra pasienter som var innlagt på sykehus med diagnosekode S72 og som også hadde diagnosekode knyttet til infeksjonstilstander som blir beskrevet i dette kapittelet. Et strategisk utvalg blir ofte brukt i sykepleieforskning, hvor forskeren bruker en ikke randomisert utvalgsmetode (Polit & Beck, 2014). Utvalgsmetoden gir ikke mulighet for å generalisere resultater, men resultatene kan si noe om dokumentasjonen til den aktuelle pasientgruppen innlagt i den utvalgte perioden (Polit & Beck, 2014). Ved bruk av strategisk utvalg er ikke representativitet utgangspunktet, men utvalget baseres på hva som er hensiktsmessig og relevant (Christoffersen et al., 2015). Pasientene som ble inkludert i denne studien er pasienter som har vært innlagt på aktuelt lokalsykehus innenfor en gitt tidsperiode. Tidsperioden er valgt ut fra hvilket år jeg kunne få pasientjournaler fra. TILT - Tidlig identifisering av livstruende tilstander ble implementert i mai 2014, og derfor er utvalget av pasientjournaler fra mai 2014 til uttrekket ble tatt 12/12-2017.

I denne studien ble kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen undersøkt i elektronisk pasientjournal ved ett lokalsykehus for en bestemt gruppe pasienter. Pasientgruppen var innlagt på en somatisk, ortopedisk avdeling på ett lokalsykehus. For å gjøre et utvalg av journaler til studien ble det brukt diagnosekoder ICD-10 fra helsedirektoratet for å samle data. Oppgaven ble avgrenset til kun å se på pasienter som ble innlagt med diagnosekoden brudd i

lårhals og som også fikk en helsetjenesteassosiert infeksjon og/eller infeksjon knyttet til prevalensundersøkelsen NOIS-PIAH (Direktoratet for E-helse, 2017; Folkehelseinstituttet, 2011).

Uttrekket av data ble gjort ved hjelp av enhet for virksomhetsdata. De kunne ikke trekke rapporter eldre enn 2013. Datagrunnlaget ble gjort på alle pasienter innlagt med hoveddiagnose S72 Brudd i lårben (femur) med underpunkter fra 2013-2017. Hoveddiagnosen skulle være en av disse diagnosekodene hentet fra ICD-10:

- S720 Brudd i lårhals
- S721 Pertrokantært brudd (fractura pertrochanterica)
- S722 Subtrokantært brudd (fractura subtrochanterica femoris)
- S723 Brudd i lårbensskaft
- S724 Brudd i nedre ende av lårben
- S727 Flere brudd i lårben
- S728 Brudd i andre spesifiserte deler av lårben
- S729 Brudd i lårben, uspesifisert del

(Direktoratet for E-helse, 2017).

Rapporten viste også alle bi-diagnoser. Dataene var anonymisert og viste en norsk pasient register id (NPR-id), kjønn, fylke, bostedskommune og fødselsår. Det ble undersøkt om det var mulig å få ICD-10 kodene som ble brukt på aktuelt sykehus for å diagnostisere infeksjoner som er knyttet til prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Det fantes ingen eksakt oversikt over hvilke infeksjoner som var helsetjenesteassosierte, da dette ble kodet svært ulikt på de ulike avdelingene. Uttrekket ble derfor gjort med alle bi-diagnoser sortert i egen kolonne. Inklusjonskriteriene for infeksjon som bidiagnose ble valgt ut ifra de infeksjonene som er knyttet til prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner på aktuelt lokalsykehus som er infeksjonstypene som er inkludert i NOIS-PIAH. Det er ikke tatt med infeksjonskoder som handler om infeksjoner knyttet til protese/implantat eller sårinfeksjoner. Ved å gå igjennom all rådata med ulike søk og filtreringer, ble disse ICD-10 kodene funnet for å kode infeksjoner hos pasientene med S72 som hoveddiagnose:

- N390 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon

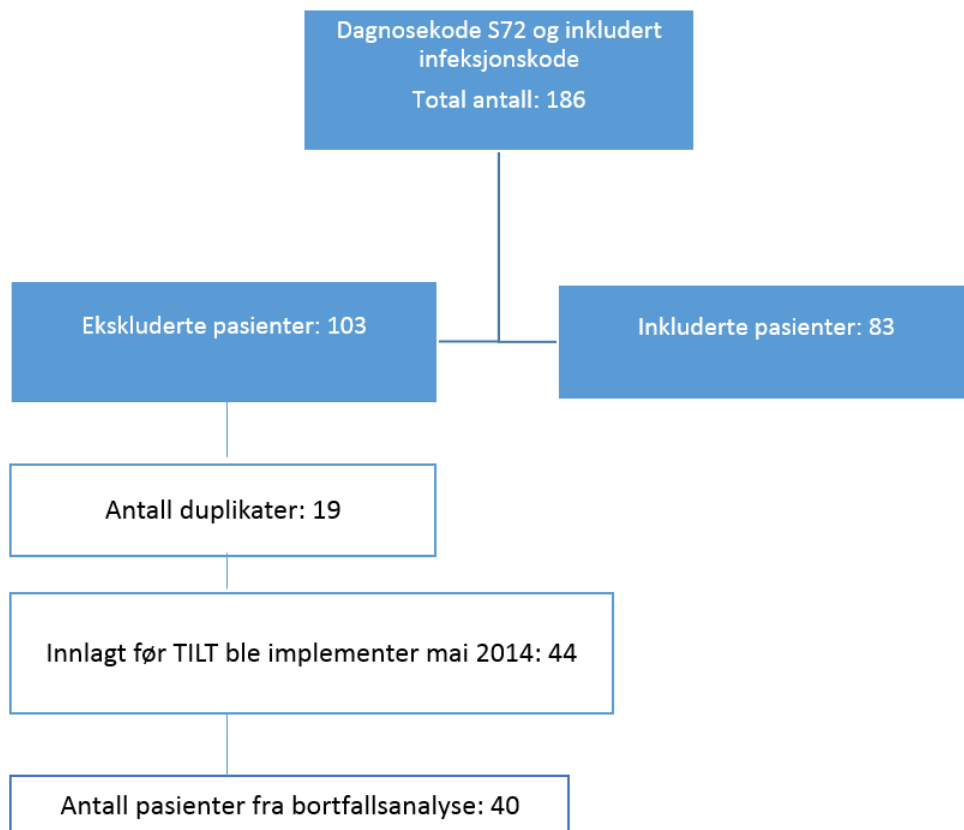
- J22 Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier
- A499 Uspesifisert bakterieinfeksjon
- J440 Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier
- A498 Annen bakterieinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon
- A415 Sepsis som skyldes annen gram-negativ organisme
- Y95 Nosokomial tilstand eller infeksjon
- N300 Akutt Cystitt
- N309 Uspesifisert cystitt
- J159 Uspesifisert bakteriell pneumoni
- J189 Uspesifisert pneumoni

Videre ble det filtrert på hoveddiagnose S72 og de ni ulike bi-diagnosene som er nevnt ovenfor.

Datautvalget besto av 186 pasientjournaler til pasienter innlagt med hoftebrudd på somatisk avdeling. Etter at utvalget av data ble gjort, ble duplikater fjernet. Det ble sett på NPR-ider med flere innleggelser. Totalt var det 19 NPR-ider som ble fjernet, og det ble kun tatt med NPR-ider med førstegangsinnleggelse. Det er ved gjennomgang av datagrunnlaget blitt ekskludert 44 pasienter som var innlagt før mai 2014. Årsaken til dette er at TILT ikke ble implementert før 19. mai 2014. Da TILT skåren ble brukt som en bakgrunnsvariabel i denne oppgaven for å undersøke om vurderinger og tiltak ble dokumentert på pasienter som hadde en høyere TILT skår, ble det besluttet å ekskludere pasienter som var innlagt før implementeringen av TILT. Med innføring av TILT ble det også innført en ny måte og dokumentere vitale tegn og parametere. Det ville derfor bli vanskelig å sammenligne dokumentasjonen før og etter implementering av TILT.

Journalene ble gjennomgått med inklusjonskriterier og til sammen ble 40 journaler ekskludert på grunn av at pasienten var under behandling for infeksjon ved innleggelse, overflyttet til/fra ekstern enhet eller det ble sett ved gjennomgangen av journalen at pasienten ikke var behandlet for infeksjon under innleggelsen. Pasienter som ble overflyttet til/fra annen avdeling som fikk en ny hoveddiagnose ble også ekskludert. Pasienten med langt opphold på intensiv ble ekskludert fordi det ble brukt andre skjemaer og dokumentasjonsformer slik at dokumentasjonen ikke lot seg sammenligne. Tilslutt ble det gjort en journalgranskning av 83

journaler. Det har vært en forutsetning at journalene er sammenlignbare og har samme kriterier for inklusjon. Antall journaler ble valgt ut fra det antall journaler som var tilgjengelig. Se figur 1. for en oversikt over ekskluderte journaler og årsaker.



Figur 1. Gir en oversikt over antall journaler som ble inkludert og ekskludert, samt årsaker til eksklusjon.

Det ble valgt å ta med pasienter som får påvist en infeksjon ved innkomst i akuttmottak, men som ikke har startet behandling/var diagnostisert prehospitalt. Det er lite dokumentert om pasientene som kommer inn i akuttmottak kan ha hatt infeksjonen ved innkomst akuttmottak eller om den er sykehuservvert da dokumentasjonen eller kodingen ikke skiller dette tydelig. De fleste av infeksjonene påvises etter minimum et til to døgn på sykehus, men det er en usikkerhet rundt om det også kan ha vært tegn til dette ved innleggelsestidspunktet. På grunn av dette vanskelige skille er det valgt å ikke ekskludere pasientene som får påvist en infeksjon ved innleggelse. Dokumentasjonen på tegn og vurderinger i forhold til infeksjon, om den er

sykehuservervet eller ikke, har like forutsetninger for sykepleiedokumentasjonen under den videre innleggelsen.

3.4 Journalgranskning

Forskeren må finne en metode for hvordan dataene skal samles, og en må tenke over hvem som samler dataene og om dataene som ble samlet er valide og nøyaktige (Polit & Beck, 2014). Journalgranskning kan brukes for å overvåk og forbedre kvaliteten innen egen virksomhet og i forskningssammenheng. Dataene som ligger i journalene til pasienten vil være tilgjengelig selv etter at pasientene er utskrevet fra sykehus, men det må være samsvar mellom det som er dokumentert og den pleie/omsorg som er utført for at dataene skal være meningsfulle (Ehnfors et al., 2015). En studie av Weiskopf og Weng (2013) viser at journalgranskning som metode gir lite potensiale for å kunne generalisere ved å se på pasientjournaler. Forskning ved bruk av journalgranskning krever bruk av kvalitetsvurderingsmetoder for å kunne si noe om dataene er egnet til bruk i forskning. Av 95 artikler som ble inkludert var 73% av artiklene strukturerte data som kodeverk eller andre numeriske data og 22% var en kombinasjon av strukturerte og ustrukturerte data som fritekst. Forskeren må være oppmerksom på oppgaveavhengigheten ved kvaliteten på dataene og integrere arbeid med datakvalitetsvurdering fra andre felt. Metoden må være systematisk, empirisk drevet og bruke statistiske metoder for å vurdere kvaliteten på dataene som blir innhentet (Weiskopf & Weng, 2013). Gearing et al. (2006) påpeker at retrospektiv forskning ofte er undervurdert i barne- og ungdomspsykiatrien, selv om det finnes store mengder relevante kliniske data i pasientjournaler. De har beskrevet en systematisk og vitenskapelig forskningsmetodikk for psykiatri som viser til at retrospektiv journalgranskning er en viktig metode med klare fordeler og potensiale. De utviklet en nitrinns metode for journalgranskningen som handler om oppfatningen av retrospektiv forskning med litteratur gjennomgang og utvikling av påfølgende av prosjektplan, utvikle instrument for innhenting av data samt protokoller og retningslinjer for veiledning av hvordan dataene skal innhentes. De siste trinnene fokuserer på fundamentet av den retrospektive journalgranskningen og inkluderer instrumentet, problemer knyttet til datasamling, etiske overveielser og viktigheten av en pilotstudie. Modellen skal ifølge forskerne sørge for å maksimere fordelene og

minimere begrensningene journalgranskning kan gi. Det vil være sentralt at forskeren har satt seg inn i utformingen av eksisterende helsejournaler og hvordan disse dataene blir registrert (Gearing, Mian, Barber & Ickowicz, 2006).

Et annet kriterium knyttet til denne type forskning handler om validitet. Validitet handler om i hvilken grad instrumentet måler det den skal måle. Reliabilitet og validitet er ikke uavhengige kriterier til et instrument. En måleenhet som ikke er reliabel kan ikke være valid, men det kan likevel være et valid instrument selv om det ikke er reliabelt. Validitet er vanskeligere å dokumentere, og forskeren bør vise til gyldighetsinformasjon fra utviklerne av et instrument i sitt studie (Polit & Beck, 2014). Før det ble valgt å bruke N-Catch ble det undersøkt reliabilitet og validitet knyttet til instrumentet, og det ble sett på tidligere forskning som viste at det N-Catch er et egnet måleinstrument for å vurdere sykepleiedokumentasjon (Nøst et al., 2015; Paans, Sermeus, Nieweg & van Der Schans, 2010). Artikkelen til Vassar og Holzmann (2013) viser til ti vanlige feil som ofte kan gjøres når man utfører en journalgranskning. Det er noen fallgruver som man må være oppmerksom på som kan påvirke kvaliteten på forskningen og validiteten og påliteligheten av data som innhentes. De ti punktene som beskrives i artikkelen handler om at det bør være veldefinerte og tydelige forskningsspørsmål, kriterier for utvalget, operasjonelle variabler inkluder i retrospektiv gjennomgang, sørge for standardisert instrument, lage en datasamlingsprotokoll, eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier, interater og test-retest reliabilitet, pilottest, konfidensialitet og etiske hensyn (Vassar & Holzmann, 2013). Det har i denne studien vært bevissthet knyttet til fallgruvene Vassar og Holzmann referer til slik at disse fallgruvene kunne unngås.

3.5 Datainnsamling

I denne studien ble det brukt en kvantitativ metode hvor data ble samlet inn ved bruk av journalgranskning. Det ble benyttet N-Catch II, et måleinstrument for å samle data (Nøst et al., 2014). Totalt 10% av journalene ble også gjennomgått av to granskerer. Granskerne satt sammen og gikk gjennom journalene for å sikre at instrumentet ble brukt på en så lik måte som mulig, og for å sikre nøyaktigheten, reliabiliteten, i datasamlingen. Uenighet mellom de to granskerne ble løst gjennom diskusjon. Reliabilitet i kvantitativ forskning er et kriterium for kvalitet. Et instruments pålitelighet avhenger av variasjonen et instrument produserer ved

gjentatte målinger, og skal gi sanne poeng ved å minimere muligheten for at man skårer feil. Intern konsistens, stabilitet og ekvivalens er tre viktige aspekter knyttet til pålitelighet ved kvantitativ forskning (Polit & Beck, 2014).

Under journalgranskningen ble det systematisk notert på hver pasient hvilke vurderinger, tiltak, intervensjoner og funksjonsområder som ble brukt knyttet til infeksjonen. Det var ikke alle journalene som inneholdt vurderinger og/eller tiltak knyttet til infeksjon. Det var en variasjon i bruken av funksjonsområder, men alle funksjonsområdene som ble brukt var knyttet til rett tematikk. De ulike vurderingene og tiltakene er satt opp i tabeller med frekvens for antall ganger disse er dokumentert.

3.5.1 Journalgranskingsinstrumentet N-Catch

Det er brukt N-Catch (vedlegg 3) for å samle inn data. N-Catch er et granskingsinstrument som er oversatt fra engelske D-Catch (Nøst et al., 2015). Målet med N-Catch er å vurdere kvalitet og kvantitet på sykepleiedokumentasjon. Granskingsinstrumentet kan anvendes på alle typer journalsystemer og alle typer strukturer i sykepleiedokumentasjonen og regnes for være et godt redskap når man skal evaluere blant annet forbedring av praktisk sykepleiedokumentasjon (Nøst et al., 2015). N-Catch II har to hoveddeler, i første delen legges det inn generell informasjon og beskrivelse av sykehus, avdeling, klinikk. Den andre delen handler om kvalitet og kvantitetens skår og omhandler innhold av planverktøy, notater, evalueringer eller rapporter og utskrivningsnotater, og ett veiledningsdokument. Variablene som legges inn er blant annet mål eller forventede resultater og evaluering av resultater, sykepleietiltak som inneholder hva, hvordan, når, hvor og med hvem. N-Catch er et granskingsdokument som kan brukes i alle deler av helsetjenesten og det er presisert at det er basert på en internasjonal standard samt nasjonale, faglige og juridisk krav (Nøst et al., 2015). Paans et al. (2010) publiserte en rapport hvor resultatet viste at D-Catch er et gyldig og pålitelig måleinstrument for å vurdere sykepleiedokumentasjon hos pasienter på sykehus. I rapporten beskrives det at to Delphi-paneler har vurdert måleinstrumentet hos 245 pasientjournaler på 7 ulike sykehus i Nederland. Det ble utført ulike statistiske analyser for å se om D-Catch er et egnet måleinstrumentet for å vurdere sykepleiedokumentasjon (Paans et al., 2010). Med denne bakgrunnen ble det valgt å bruke N-Catch i denne studien som et

validert og testet instrument for å se på kvaliteten på sykepleiedokumentasjon i EPJ. Det ble innhentet tillatelse til å bruke N-Catch II.

Det er tatt utgangspunkt i sykepleieprosessen når det ble utarbeidet et registreringsskjema for innhenting av deskriptive data og sett på mål, vurdering, tiltak/intervensjon i EPJ med tanke på urinveisinfeksjon, pneumoni, uspesifisert infeksjon og sepsis som helsetjenesteassosierte infeksjoner i forbindelse med innleggelse på sykehus med hoftebrudd (VAR healthcare, 2017). Det egendefinerte registreringsskjema (vedlegg 4) besto av registreringer knyttet til deskriptive data med alder, kjønn, antall diagnoser, antall medikamenter ved innleggelse og utskrivelse og hvilken type infeksjon pasientene hadde. Videre ble TILT skåringen til pasientene registrert samt hvilke typer vurderinger, tiltak og intervensjoner som ble registrert knyttet til infeksjon og under hvilke funksjonsområder vurderinger, tiltak og intervensjoner ble dokumentert utført.

3.6 Statistisk analyse

De statistiske analysene er gjort i SPSS versjon 25. Beskrivende statistikk ble brukt for å beskrive bakgrunnsopplysningene hentet fra pasientjournalene. Bakgrunnsopplysningene er presentert i tabeller som oppsummeringer (frekvenser og prosent). I denne studien er det meste av statistiske analyser oppsummeringer av skåringene fra instrumentet N-Catch brukt på pasientjournalene. Dataene er presentert med frekvens og prosent, eller gjennomsnitt og standardavvik som mål for spredning av verdiene, men det er også beregnet konfidensintervaller. Konfidensintervallet i denne studien er satt til 95%. Et 95% konfidensintervall angir intervallet vi med 95% sannsynlighet kan si at gjennomsnittet for populasjonen ligger innenfor (Polit & Beck, 2014). Konfidensintervallene forteller noe om feilmarginene til en måling, i denne sammenheng om gjennomsnittene på skåringene av informasjon fra journalene, hvor presise dataene våre er (Polit & Beck, 2014).

3.7 Litteratursøk

Litteratursøket er gjort ved hjelp av bibliotekar. Det ble først utarbeidet et PICO skjema som ble utgangspunktet for litteratursøk i ulike databaser. Artikkelen som ut ifra abstraktet hadde relevans ble videre lest i full tekst for å se om artikkelen skulle inkluderes i oppgaven. Det ble sett på de ulike artiklenes siteringer for å finne mer litteratur som kunne være relevant. Det ble også sett på hvilke nøkkelord de relevante artiklene hadde før et nytt søk ble foretatt med disse nøkkelordene. Det var lite treff på sykepleie og dokumentasjon knyttet til hoftebrudd og infeksjoner. Artikkelen som er valgt ut har tematikk knyttet til de ulike punktene under teoretisk rammeverk og dokumentasjon av sykepleie.

Prevalens undersøkelsen NOIS-PIAH til folkehelseinstituttet gir ikke ut tall knyttet til ulike sykehus, disse tallene må søkes om og det må begrunnes grundig før folkehelseinstituttet gir ut disse tallene. I denne oppgaven er det derfor vanskelig å sammenligne prevalensen av NOIS-PIAH fra ulike sykehus. Dette er årsaken til at det kun er beskrevet en generell statistikk av NOIS-PIAH for alle helseforetak hentet fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2016).

3.8 Etiske overveielser

I 1964 utformet verdens legeforening Helsinkideklarasjonen og den er revidert flere ganger, siste gang i 2013 (Førde, 2014). Deklarasjonen bygger på Nürnbergkodeksen som ble utarbeidet etter andre verdenskrig. Det meste sentrale i Nürnbergkodeksen er informert samtykke. Helsinkideklarasjonen retter seg mot klinisk forskning og forskning på friske, samt informert samtykke og legger det forskningsetiske ansvaret på forskeren. Behovet for ny vitenskapelig kunnskap og ny kunnskap i samfunnet kan aldri forsvare at deltakeren eller den det forskes på utsettes for unødig ubehag og risiko (Førde, 2014).

Med journalgranskning vil taushetsplikten jmfør § 7 i helseforskningsloven være viktig. Ingen andre får adgang eller kjennskap til personopplysninger som ble brukt i dette forskningsprosjekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008a). Retningslinjene i kapittel 3 i helseforskningsloven §9, 10 og 12 er fulgt. Disse paragrafene gir en føring for søknader til

regional etisk komite, krav om forhåndsgodkjenning og det er sendt inn sluttmelding og rapport etter endt studie. Når det gjelder søknadsplikt til regional etisk komite sier loven §33 at det bes om en forhåndsgodkjenning for å bruke allerede innsamlede opplysninger i helse- og omsorgstjenesten. Dette er med forbehold om at forskning er av vesentlig interesse både for samfunnet og det skal sikres at hensynet til velferd og integritet til deltakeren er ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008a). Søknader ble sendt til Norsk Senter for Forschungsdata (NSD), Forskningsetisk komité Universitet i Agder og aktuelt lokalsykehus for innhenting av data. Alle søknader ble godkjent før arbeidet med masteroppgaven startet. Svar på godkjent søknad til Universitet i Agders forskningsetiske komité ble kunngjort i læringsplattformen. Godkjenning fra Norsk Senter for Forschungsdata (NSD) og lokalsykehus ligger som vedlegg 1. og 2.

4.0 Funn fra journalgranskningen

Før journalgranskningen ble det sett på ulike rapporter som kunne gi en indikasjon på om sykepleiedokumentasjonen var opprettet og oppdatert under innleggelsen. Det ble kjørt flere ulike rapportert i EPJ som kunne gi noen tall på om innkost/behandlingsplan var opprettet innen 24 timer etter innleggelsen, om behandlingsplan var opprettet innen de første 24 timene, om behandlingsplanen var oppdatert under innleggelsen og hvor hyppig NANDA diagnosen knyttet til infeksjon ble brukt. Rapportene kan ikke gi noen indikasjon på hva som er opprettet eller hvilke endringer som er gjort. Rapportene brukes som en indikator for bruk av behandlingsplaner og opprettelse av innkost dokumentasjon. Rapporter ble kjørt med tidsrom på et år fra 20.12-16 til 20.12-17. Rapporten så på tre ulike kirurgiske avdelinger (avdeling a, b og c). Rapporten viste at det ble opprettet en innkost/behandlingsplan innen 24 timer på de tre ulike avdelingene 92.7% (avdeling a), 86.6% (avdeling b) og 95.2% (avdeling c) av pasientene. På de samme tre avdelingene fikk 71.3% (avdeling a), 49.9% (avdeling b) og 49.7% (avdeling c) opprettet en behandlingsplan innen de første 24 timene de var innlagt på sykehus. Oppdaterte behandlingsplaner på samme tre avdelinger i løpet av hele innleggelsen viste at av disse var kun 30.8% (avdeling a), 11.5% (avdeling b) og 14.5% (avdeling c) oppdatert under innleggelsen.

Det ble også sett på hvor mange prosent av pasienter innlagt knyttet til ortopedi som fikk NANDA diagnosen *00004- risiko for infeksjon* på samme avdelinger. På samme tidsrom fikk 14.8% (avdeling a), 6.1% (avdeling b) og 10.2% (avdeling c) opprettet risiko for infeksjon i sin behandlingsplan. Totalt på sykehuset uavhengig av avdelingstilhørighet er *risiko for infeksjon* en av de 3. mest brukte NANDA-diagnosene i samme tidsrom med 6.4%.

4.1 Bortfallsanalyse

Etter journalgranskningen ble det sett på bakgrunnsvariabler og laget en bortfallsanalyse over pasienter som ble ekskludert i løpet av granskningen. Totalt ble pasientjournalene til 40 pasienter, 19 kvinner (47.5%) og 21 menn (52.5%), ekskludert underveis i journalgranskningen. Tabell 1. viser årsakene til eksklusjon og antall pasienter fordelt på kjønn.

Tabell 1. Årsaker til ekskludering av pasienter fordelt på kjønn (N=40)

Kjønn	Årsaker til ekskludering				
	Infeksjonsbehandlet ved innkost	Overflytning til/fra annen avdeling	Langt opphold på intensiv	Overflytting til/fra ekstern enhet	Gjennomgang av journalen viste ingen infeksjonsbehandling under aktuell innleggelse
Kvinne	9	6	0	1	3
Mann	6	9	1	5	0
Total	15	15	1	6	3

4.2 Bakgrunnsvariabler

Totalt ble 83 pasientjournaler gransket, 57 kvinner (68.7%) og 26 menn (31.3%). Deres alder var fra 51 år til 102 år, med et gjennomsnitt på 83.1 år (SD 10.47).

Gjennomsnittlig liggedøgn var på 5.8 døgn (SD 1.97), men en variasjon fra minimum et døgn til 13 døgn. Antall diagnoser ved innleggelse var gjennomsnittlig 5.4 (SD 2.45).

Gjennomsnittlig antall medikamenter ved innkost og utreise var 7.7 (SD 4.83) ved innleggelse og 10.3 (SD 4.39) ved utskrivelse, se tabell 2.

Tabell 2. Antall diagnoser ved innleggelse og medikamenter ved innleggelse og utskrivelse (N=83)

Variabler	Antall	n
	Gjennomsnitt (SD)	
Liggedøgn	5.8 (1.97)	83
Antall medikamenter ved innleggelse	7.7 (4.83)	83
Antall medikamenter ved utskrivelse	10.3 (4.39)	81
Antall diagnoser ved innleggelse	5.4 (2.45)	83

Tabell 3 viser en fordeling av kjønn fordelt på type helsetjenesteassosierte infeksjoner som ble kodet under innleggelsen. Det var flest pasienter med urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon 47 (39 kvinner, 7 menn) etterfulgt av 15 (8 kvinner, 7 menn) med uspesifisert bakteriell pneumoni og 12 (3 kvinner, 9 menn) med uspesifisert pneumoni.

Tabell 3. Ulike typer helsetjenesteassosierte infeksjoner fordelt på kjønn (N=83)

Ulike type helsetjenesteassosierte infeksjoner	ICD-10 kode	Kjønn		
		Kvinne Antall	Mann Antall	Totalt Antall
Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon	N390	39	8	47
Uspesifisert bakteriell pneumoni	J159	8	7	15
Uspesifisert pneumoni	J189	3	9	12
Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier	J22	1	2	3
Akutt cystitt	N300	3	0	3

Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier	J440	2	0	2
Uspesifisert bakterieinfeksjon	A499	1	0	1

Det ble også sett på TILT skåringer som var dokumentert. Første innleggelsesdag hadde 81 (97.5%) (N=83) pasienter en eller flere TILT målinger. Tredje dag manglet seks av pasientene som fremdeles var inneliggende en TILT skår, men resterende pasienter var skåret en eller flere ganger. Totalt 23 (28.4%) av pasientene hadde en TILT skår 3 eller høyere tredje innleggelsesdag. Av disse hadde 22 (27.2%) en vurdering relatert til TILT skår og dette ble fulgt opp med iverksetting av tiltak som ble dokumentert i pasientens journal.

4.3 Tekstanalyse

De ulike vurderingene og tiltakene, og funksjonsområdene disse er dokumentert under ble strukturert i ulike tabeller. Flere journaler hadde flere tiltak og vurderinger. De tre hyppigste forekommende vurderingene gjort i pasientens journal var *stigende respirasjonsfrekvens og synkende SaO2* (24 ganger), *temperaturstigning* (16 ganger) og *lukt fra urinen* (10 ganger), se tabell 4.

Tabell 4. Totalt antall ganger vurderingene knyttet til infeksjon var dokumentert i pasientenes journal (N=83)

Type vurderinger	Frekvens*
Stigende respirasjonsfrekvens og synkende sa02	24
Temperaturstigning	16
Lukt fra urinen	10
Urinstix tatt ved innleggelse	9
Konsentrert diurese	7
Urinstix	7
Hoste	7
Høy TILT	7

Surklete respirasjon	7
Svie og hyppig vannlatning	6
Ekspektorat	6
Økende CRP	4
Sløv	3
Tungpust	3
Klam/svett	2
Tachykardi	2
Grumsete urin	2
Ubehag	1
Svimmel	1

*En og samme journal kan ha flere vurderinger dokumentert.

De mest brukte tiltakene var *antibiotika* (63 ganger) og *tilsyn av lege* (12 ganger), se tabell 5.

Tabell 5. Totalt antall ganger tiltakene knyttet til infeksjon er dokumentert i pasientens journal (N=83)

Type tiltak	Frekvens*
Antibiotika	63
Tilsyn av lege	12
Cpap	9
Oksygen	8
Øke væskeinntak per os	8
Thorax leie	2
Lungefysio	2
Forstøver	2
Drikke/diurese liste	2
Pepfløyte	1
Væskebehandling	1
Kateter seponering	1
Hyppigere målinger	1

*En og samme journal kan ha flere vurderinger dokumentert.

Under funksjonsområdene var dokumentasjon rundt punkt 5. *Eliminasjon* mest brukt (48 ganger) sammen med punkt 12. *Annet/legedelegerte oppgaver* (40 ganger) og 3. *Åndedrett/sirkulasjon* (37 ganger), se tabell 6.

Tabell 6. Viser de ulike funksjonsområdene fra pasientjournalene hvor de ulike vurderinger og tiltak var dokumentert

Funksjonsområder	Frekvens*
1. Kommunikasjon/sanser	0
2. Kunnskap/utvikling/psykisk	3
3. Åndedrett/sirkulasjon	37
4. Ernæring/væske/elektrolyttbalanse	0
5. Eliminasjon	48
6. Hud/vev/sår	1
7. Aktivitet/funksjonsstatus	2
8. Smerte/søvn/hvile/velvære	2
9. Seksualitet/Reproduksjon	0
10. Sosialt	0
11. Åndelig/kulturelt/livsstil	0
12. Annet/legedelegerte oppgaver	40

*En og samme journal kan ha flere tiltak og vurderinger dokumentert.

4.4 N-Catch

For å få en oversikt over skårene i N-Catch har jeg satt opp en tabell som viser skår, dokumentasjon, kvantitet og kvalitet. Se tabell 8. Tabellen viser at i 70 (84.3%) av pasientjournalene forelå det informasjon om personopplysninger, inntkomststatus, behandlingsplan, og resultater og evaluering samt et utskrivningsnotat. Den gjennomsnittlige skåren på spørsmålet om elementene i sykepleiejournalen foreligger var 2.84 (CI 2.76-2.92) og formulerte sykepleiediagnoser hadde en gjennomsnitt skår på 2.23 (2.04-2.42) (kvantitet) og 2.37 (2.19-2.56) (kvalitet). Totalt 81 (97.6%) av journalene inneholdt fullstendig utfylte personopplysningsfelt. Totalt 72 (86.8%) av inntkomstnotatene fikk 3 poeng ved vurdering av kvantitet, men 67 (80.7%) av inntkomstnotatene fikk 3 poeng med ved vurdering av kvalitet. Totalt 72 (86.6%) av journalene hadde en behandlingsplan, men kun 30 (36.1 %) av disse fikk skår «Ja», behandlingsplanene var oppdatert, og 32 (38.6%) fikk *Ja*, behandlingsplanen var *individualisert*. Behandlingsplanen til 24 (28.9%) var *delvis oppdatert* og 31 (37.4%) var «delvis individualisert». Totalt 42 (50.6%) (kvantitet) og 49 (59.1%) (kvalitet) av journalene hadde tydelig formulerte sykepleiediagnoser, og kun 28 (33.7%) hadde mål/forventet resultat beskrevet. Totalt 26 (31.3%) av journalene manglet helt beskrivelse av mål/forventet resultat, men 83(100%) hadde en evaluering av mål/forventet resultat. Av disse evalueringene hadde 41 (49.4%) kvantitet god nok til en skår på 3 poeng og kun 15 (18.1%) kvalitet god nok til en skår på 3 poeng. Totalt 31 (37.4%) (kvantitet) og 38 (45.8%) (kvalitet) av journalene hadde relevante tiltak beskrevet som ble skåret med 3 poeng.

Tabell 8. N-Catch skår og innhold i sykepleiedokumentasjonen (N=83)

Punktene i N-Catch instrumentet	Skala	Dokumentasjon	Poeng gjennomsnitt, (95% CI)	Poeng 0, antall (%)	Poeng 1, antall (%)	Poeng 2, antall (%)	Poeng 3, antall (%)
Elementer av sykepleiejournal foreligger	0-3		2.84 (2.76-2.92)	0	0	13 (15.7)	70 (84.3)
Personopplysninger	0-2		1.96 (1.92-2.0)	0	2 (2.4)	81 (97.6)	
Innkomsnotat							
Kvantitet (%)	0-3		2.82 (2.70-2.94)	2 (2.4)	0	9 (10.8)	72 (86.6)
Kvalitet (%)	0-3		2.76 (2.63-2.88)	2 (2.4)	0	14 (16.9)	67 (80.7)
Sykepleieplan/Behandlingsplan							
Ja (%)		72 (86.6)					
Nei (%)		11 (13.3)					
Oppdatert							
Ja (%)		30 (36.1)					
Nei (%)		29 (34.9)					
Delvis (%)		24 (28.9)					
Individualisert							
Ja (%)		32 (38.6)					
Nei (%)		20 (24.1)					
Delvis (%)		31 (37.4)					

Formulerte sykepleiediagnoser	0-3					
Kvantitet (%)		2.23 (2.04-2.42)	2 (2.4)	19 (22.9)	20 (24.1)	42 (50.6)
Kvalitet (%)		2.37 (2.19-2.56)	2 (2.4)	14 (16.9)	18 (21.7)	49 (59.0)
Mål/forventet resultat beskrevet (%)	0-3	1.63 (1.35-1.90)	26 (31.3)	7 (8.4)	22 (26.5)	28 (33.7)
Korrekt tiltak beskrevet						
Kvantitet (%)	0-3	2.07 (1.89-2.26)	1 (1.2)	23 (27.7)	28 (33.7)	31 (37.4)
Kvalitet (%)	0-3	2.01 (1.77-2.25)	11 (13.3)	12 (14.5)	22 (26.5)	38 (45.8)
Foreligger det evaluering av mål/resultat						
Ja (%)			83 (100)			
Nei (%)			0			
Typedokument						
Vaktrapport/evaluering	2					
Utskrivningsnotat	0					
Sykepleiesammenfatning	4					
Overflytningsnotat	0					
Vaktrapport/evaluering og sykepleiesammenfatning	77					
Evalueringer av oppnådd mål/resultat						
Kvantitet (%)		2.23 (2.04-2.41)	0	22 (26.5)	20 (24.1)	41 (49.4)
Kvalitet (%)		1.63 (1.42-1.83)	12 (14.5)	22 (26.5)	34 (41)	15 (18.1)

5.0 Diskusjon

Funn fra denne studien viser at det er flere utfordringer med kvaliteten på dokumentasjonen. Journalføring har både juridiske krav og faglige føringer, samt at informasjonen skal være lett tilgjengelig for annet helsepersonell, og pasienten skal selv ha innsyn i egen journal (Direktoratet for E-helse, 2019a; Helse- og omsorgsdepartementet, 2000, 2017). Noen av journalene som er undersøkt i denne studien er ført i samsvar med gjeldende krav og føringer, men en stor andel av dokumentasjonen tilfredsstillende ikke kravene og får ikke full skår på hverken kvalitet eller kvantitet. I dette kapittelet blir funnene diskutert med fokus på de utfordringene som er knyttet til resultatene som viser mangelfull dokumentasjon av sykepleie og hvilke konsekvenser mangelfull sykepleiedokumentasjon har i nåtid og fremover. Det er mange aspekter knyttet til dokumentasjon i EPJ, men denne studien har kun sett på kvaliteten ved bruk av journalgranskingsinstrumentet N-Catch og hvilke opplysninger en får ved å lese journalen samt å se på tiltak, vurderinger og intervensjoner som er dokumentert hos pasientgruppen med hoftebrudd og infeksjon på sykehus. Ved å granske journalen med et spesielt instrument må en erkjenne at det kan være andre faktorer knyttet til kvaliteten på dokumentasjonen denne studien ikke kan beskrive.

N-Catch som granskingsinstrument er testet i tidligere studier og resultater fra testingen viser at det er et gyldig og pålitelig instrument for å måle kvaliteten på sykepleiedokumentasjon (Nøst et al., 2015; Paans et al., 2010). En kan diskutere om funnene knyttet til N-Catch er den hele sannheten og om resultatene alene kan si noe om kvaliteten på dokumentasjonen. Det kan synes å være et mønster som kan vise at innkomstrutiner er bedre forankret hos helsepersonell enn tiltak, vurderinger og evaluering som dokumenteres fortløpende. Det ble funnet at 86.8% av innkomstnotatene fikk 3 poeng på kvantitet, og 80.7% av innkomstnotatene fikk 3 poeng på kvalitet. I 84.3% av pasientjournalene foreligger det informasjon om personopplysninger, innkomststatus, behandlingsplan, og resultat evaluering samt et utskrivningsnotat. Dette kan tyde på at rutinen på hva som skal opprettes av dokumenttyper er godt innarbeidet, men innholdet i dokumentasjon knyttet til oppdatert og individualisert behandlingsplan samt fritekst dokumentasjonen videre under innleggelsen var mangelfull. Utfordringen knyttet til sykepleiedokumentasjon kan observeres når behandlingsplaner skal oppdateres underveis og individualiseres slik at den samstemmer med pasientens diagnoser, aktuelle tiltak og mål under innleggelsen. Målformuleringen som skal struktureres i behandlingsplanen var

mangelfull. Likevel har samtlige journaler fått opprettet evalueringsnotater, men kvaliteten og kvantiteten på evalueringene som er opprettet var ofte ikke tilfredsstillende til full poengskår. Dette er i samsvarer med studien til Ehnfors et al. (2015) som viser til at kvaliteten på dokumentasjonen av pleien til pasienten har mangler knyttet til hvilke behov og problemer som har vært aktuelle. Uten strukturert journal og enhetlig terminologi blir kvaliteten dårligere og informasjonen vil ikke være tilgjengelig på en enkel måte. Flere studier viser til at kvalitetene i journalene er mangelfulle både med tanke på juridiske krav og hva som faktisk har vært gjeldende problemer for pasientene under innleggelsen (Carlsson et al., 2012; Förberg et al., 2012; Gunningberg et al., 2008).

I Finland finnes det en nasjonal dokumentasjonsmodell som brukes til å dokumentere sykepleietiltak og observasjoner i EPJ, likevel trenger sykepleiere i Finland mer trening i hvordan de skal dokumentere sykepleie i samsvar med sykepleieprosessen, og det er også identifisert behov for bedre terminologi for å øke pasientsikkerheten og forbedre kvaliteten på dokumentasjonen (Häyrinen et al., 2010). Denne utfordringen synes også å forekomme i denne studien. Funn i denne studien knyttet til manglende behovsvurdering og identifisering av tiltak viser at 86.8% av journalene hadde en behandlingsplan, men 34.9% av planene var ikke oppdatert underveis. Ser man på hele pasientforløpet hos denne pasientgruppen skal bestå sykepleie av en pre- og en postoperativ fase (Knutstad, 2013) som vil kreve en endring i behandlingsplanen under innleggelsen. Under 60% av journalene har tydelig formulerte sykepleiediagnoser, og under 40% av mål/forventet resultat er dokumentert. Det mangler derfor informasjon som er nødvendig for helsepersonell for å sikre kontinuitet i behandlingen til pasientene og for å kunne gå tilbake retrospektivt å se på hvilke fokusområder og diagnoser pasienten har hatt under innleggelsen, og hvilke vurderinger og tiltak som er gjort i innleggelsesperioden. Relevante tiltak som ga en fullstendig skår var kun registrert på 37.4% (kvantitet) og 45.8% (kvalitet) av journalene, og 31.3% av journalene manglet helt beskrivelse av mål/forventet resultat. Dette skaper en bekymring for veien videre knyttet til dokumentasjon av sykepleie og om det er mulig å stole på dokumentasjonen som kilde til viktig informasjon. Ser man kun på fritekst dokumentasjon hadde 100% en evaluering av mål/forventet resultat.

Resultatene knyttet til N-Catch viser en utfordring med tanke på lovverket og de juridiske kravene. Det grunnleggende i dokumentasjonen av sykepleie er Helsepersonelloven kapittel 8

”dokumentasjonsplikt”. §39 og 40 presiserer tydelig plikten til å journalføre og kravene til hva journalene skal inneholde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Funn i denne studien viser at sykepleiedokumentasjonen ved flere tilfeller ikke er i samsvar med de juridiske kravene. I lov om helsepersonell (2017) står det at ”journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendig for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Likevel ser man i denne studien at pasientjournalene som er gransket har mangler når det gjelder kravene til at alle relevante og nødvendige opplysninger skal være nedtegnet. Det er ikke bare denne loven som er med på å beskrive de juridiske kravene til sykepleiedokumentasjon, men også forskriften om pasientjournal beskriver tydelig at helsepersonell blant annet skal dokumentere når og hvordan helsehjelpen er gitt og bakgrunnen for helsehjelpen samt status gjennom hele forløpet, all pleie, behandling, funn og undersøkelse skal være nedskrevet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Når funnene i denne studien viser at kun 36.1% av journalene har en oppdatert behandlingsplan og kun 38.6% har en individualisert behandlingsplan må en dessverre erkjenne at de resterende journalene ikke følger de juridiske kravene eller faglige føringene om hva pasientjournalene skal inneholde. Det er ikke tilstrekkelig med kun delvis oppdatert og individualisert behandlingsplan knyttet til fokusområde, tiltak og mål som er aktuelle for pasienten. Ved å lese behandlingsplanen skal sykepleieren få en fullstendig oversikt over hvilke behandling og pleie som skal utføres og hvilke problemstillinger som er aktuelle. På den andre siden viser også funnene knyttet til sykepleiedokumentasjon at pleiepersonell er flinke til å opprette de aktuelle dokumentene gjennom innleggelsesperioden og nedtegne fullstendige personopplysninger men kvaliteten på innholdet er utfordrende. Dette er i samsvar med forskriften om pasientjournal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Tilsynsrapporten til helsetilsynet (2012) viste også at mangelfull journalføring dessverre også viste en manglende praksis (Helsetilsynet, 2012). En kan i denne studien ikke si noe om dette er tilfellet, men om man baserer dokumentasjonen på om pasientene har fått tilstrekkelig behandling og pleie under innleggelsen kan det gi bekymring.

Det har vært uttrykt frustrasjon over kodeverket NANDA/NIC og brukervennlighet som en mulig årsak til hvorfor behandlingsplan med strukturert journal og standardisert språk ikke blir brukt slik det er tiltenkt. Forskning viser at det er hensiktsmessig med bruk av strukturert

journal og et mer standardisert språk for enkelt å kunne gjenfinne informasjon og for å bedre kvaliteten på dokumentasjonen samt sikre god pasientbehandling (Johnsen et al., 2014; Törnvall & Jansson, 2017; Universitet i Agder, Undervisningssykehjem og hjemmetjenesten i Vestfold & NSF Fag- og helsepolitisk avdeling, 2019). Som Saranton et al. (2014) viser til vil standardisert språk være nødvendig for bedre å kunne beskrive intervensjoner og bedre pasientsikkerheten (Saranto et al., 2014). Likevel viser funnene i denne studien at strukturert dokumentasjon i behandlingsplanene ikke er tilfredsstillende. Det brukes mer fritekst dokumentasjonen og denne måten og dokumentere på er ved flere tilfeller innholdsrik og gir en beskrivelse av pasientens helsestatus, problemområder og eventuelle tiltak som er iverksatt. Men evalueringene ved bruk av fritekst inneholder mange ord og forklaringer og denne måten og dokumentenere på ved flere tilfeller repeterende og gjøre det vanskelig å finne frem til den relevante informasjonen. Dette gjøre det vanskelig å få en oversikt over pasientens situasjon og hvilke problemer, tiltak og vurderinger som er gjeldende når sykepleieren er avhengig av å lese hele journalen for å finn frem til den informasjonen som skal sikre helsehjelp på best mulig måte.

Konkrete eksempler som ses i journalene knytte til mangelfulle dokumentasjon er blant annet at det i de fleste sykepleiejournalene ikke føres opp risiko for infeksjon, eller at pasientene har en infeksjon. I denne studien vet en at dette var en problemstilling og det er derfor svært synlig at dette er manglende i dokumentasjonen. Sykepleiediagnoser (sykepleieproblem) i denne studien er ved flere andre områder også manglende, og viser ikke til en fullstendig vurdering av pasienten. Törnvall og Jansson (2017) sin litteraturstudie konkluderte med at det var nødvendig med standardisert sykepleie språk for å beskrive pleien og resultatet av pleien på en systematisk måte (Törnvall & Jansson, 2017). Likevel viser funnen i denne studien bruk av fritekst fremfor bruk av behandlingsplan med standardisert språk. Det ble observert at det i flere journaler står dokumentert i fritekst en setning om at det eksempelvis endres fra en type antibiotika intravenøst til en annen type antibiotika per os. Men det er ikke dokumentert noe om årsak, oppstart av antibiotika eller infeksjonsobservasjoner som følge av denne infeksjonen. I noen journaler står det kun at det skal tas urinstix eller pasientene har økende CRP, men videre dokumentasjon knyttet til problemstillingene er ikke funnet, før det i epikrise fremkommer at pasienten skrives ut med pågående antibiotikabehandling. Behandlingsplanene er likevel opprettet, men med generelle diagnoser som for eksempel operasjon, hoftebrudd og dato, pasienten skal mobiliseres, trykkavlastning og at pasienten har

innlagt kateter. Men leser man også evalueringsnotatene sees det flere områder som skulle vært lagt inn i en behandlingsplan som for eksempel at pasienten har en påvist urinveisinfeksjon som behandles, hvilket hjelpemiddel pasienten har behov for og dette er ikke beskrevet i behandlingsplanen som gir lite individualiserte behandlingsplaner. Denne informasjonen kan en kun tilegne seg kjennskap til ved å lese all fritekst fra innkomstnotat til siste evaluering og dette fører ikke til at sykepleieren som skal overta pasienten kan tilegne seg informasjon på en enkle måte. Men det ble observert i denne studien at når informasjon skulle samles og dokumenteres i utskrivningsrapporter knyttet til Pleie og omsorgsmeldinger (PLO og sykepleiesammenfatninger/overflyttinger var dokumentasjonen tilfredsstillende og ga en god beskrivelse med tanke på den totale helsestatusen til pasienten. Men denne oppsummerende dokumentasjonen vil kun være tilgjengelig når pasienten er utskrevet. Forskning har vist at kun 77.6% av det sykepleiere utfører knyttet til hygiene og stell blir dokumentert. Studien viser til en inkonsekvens mellom utførte aktiviteter og hva som blir dokumentert (Inan & Dinç, 2013). Dette kan synes å være tilfelle i denne studien også, da en vet at pasientene har fått behandling for blant annet infeksjon selv om dette ikke er beskrevet fullstendig i journalene.

Det er i Helse Sør-Øst krav om at behandlingsplanene skal være opprettet 24 timer etter innleggelse. Dette finnes det også rapporter på og som et par ganger årlig skal rapporteres til Helse Sør-Øst regionalt. I denne studien viser funn at behandlingsplanene i flere tilfeller ikke er opprettet før flere dager etter innleggelse og at de sjeldent er avsluttet ved utreise selv også der det i evalueringen fremkommer at diagnoser, tiltak og mål/forventet resultat skulle vært avsluttet. Det er likevel vanskelig å vurdere om årsaken til at behandlingsplanen ikke er avsluttet før utreise kan dreie seg om at diagnoser, tiltak og mål/forventet resultat ikke er ferdigstilt, eller om funnene viser til et mønster om at dette ikke er en rutine som er innarbeidet og utføres når pasienten skrives ut. En utfordring med dette med tanke på DIPS som EPJ er at behandlingsplanen som var gjeldende ved forrige innleggelse dukker opp igjen ved neste innleggelse knyttet til samme område. Utfordringen vil da være at behandlingsplanelementene som skulle vært avsluttet ved forrige innleggelse blir stående i behandlingsplanen som aktive ved neste innleggelse. Dette kan potensielt føre til feilinformasjon og risiko for feil pleie og behandling til pasienten om en kun leser behandlingsplanen. Dette krever at sykepleieren som oppretter det første dokumentet på pasienten oppdager dette og tar stilling til behandlingsplanelementene og videre oppdaterer

behandlingsplanen slik at den gjenspeiler de aktuelle problemene og behovene for den aktuelle innleggelsen.

Det ble i denne studien sett at en høy TILT-skår i 22 av 23 tilfeller hang sammen med at en vurdering ble gjort i pasientens journal. Dette kan samsvare med funnene som Collins et al. (2013) viser til at pasienter med høyere mortalitet også hadde økt dokumentasjon av vitale tegn og fritekst (Collins et al., 2013). Videre kunne en se at manglende informasjon i behandlingsplanene var knyttet til infeksjon og andre fokusområder som ikke handlet om hoftebrudd eller problemstillinger som er generelle hos pasienter med hoftebrudd.

Vurderingene og tiltakene som ble gjort i forbindelse med infeksjon ble dokumentert på relevante funksjonsområder med ikke oppført i behandlingsplanen. For øvrig kan det synes å være økt dokumentasjon i fritekst knyttet til forverringstilstander enn andre fokusområder.

Bakgrunnsvariablene knyttet til antall gjennomsnittlige medikamenter på 7.7 for utvalget og antall gjennomsnittlig diagnoser ved innleggelse på 5.4 kan gi rom for å anta at pasientene inkludert i denne studien har en kompleks sykdomstilstand. Dette stemmer også med beskrivelsen av pasienter med hoftebrudd fra annen litteratur (Diamantopoulos, 2014; Knutstad, 2013; Legeforeningen, 2018). Årsakene til at sykepleierne velger å dokumenter i fritekst og ikke i strukturert journal er uvisst, men studiet til Collins et al. (2013) viser også til at dokumentasjon i fritekst øker når pasientene er dårligere. Det kan være årsaken til at man i dette studiet observerte at sykepleierne oftere dokumenterte i fritekst hos denne pasientgruppen. Dette støttes også av en studie gjort av Bingham, Fossum, Barrat og Bucknall (2015) hvor resultatene viste at sykepleiere i liten grad dokumenterer intervensjoner når pasienter skårer vitale tegn utenfor anbefalt referanseområde (Bingham, Fossum, Barratt & Bucknall, 2015). Tilsynet til helsetilsynet (2012) som så på skrøpelig eldre med hoftebrudd kunne påpeke lovbrudd ved 19 av 23 tilsyn ved gjennomgang av dokumentasjonen. I dette tilfellet ble det sett på ventetid på operasjon, legemiddelbruk og behandling av delir, men det er likevel urovekkende at det er stadfestet at utredning og behandling er mangelfull både med tanke på praksis og dokumentasjon (Helsetilynet, 2012).

Med pasientsikkerhetsprogrammet kom et økt fokus på pasientsikkerheten i Norge.

Innsatsområdene knyttet til forebygging av urinveisinfeksjoner og tidlig oppdage forverrede tilstander og sepsis ble etablert (Aase, 2018; Helsedirektoratet, 2017). Femtitte av 83 pasienter i utvalget hadde urinveisinfeksjon og dette var den hyppigste årsaken til infeksjon.

Fra pasientsikkerhetsprogrammet er det også dokumentert at den nest hyppigste årsaken til pasientskade er urinveisinfeksjon. Spørsmålet som en kan stille seg er om disse infeksjonen kunne vært unngått. Schneider (2012) viser at opplæringsintervensjoner hos sykepleiere kan redusere bruken av kateter og dermed også forekomsten av urinveisinfeksjon. For å redusere urinveisinfeksjon må konkrete tiltak og vurdering hos sykepleiere være tilstede (Schneider, 2012). Funn i denne journalgranskningen viste at under 60% av behandlingsplanene hadde diagnoser, og under 50% hadde tiltak som gir 3 poeng. Om behandlingsplanene hadde vært mer oppdatert og individualisert samt at tiltak og vurderinger hadde vært mer presise, hadde det vært interessant å se om dette kunne ført til en reduksjon av urinveisinfeksjoner. Med tiltakskortene til pasientsikkerhetsprogrammet ved forebygging av urinveisinfeksjoner skal det være en adekvat indikasjon, daglig vurdering av behov for blærekateter og en systematisk opplæring i de lokale retningslinjene for blærekateter som er gjeldende tiltak for pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2017). Dette dokumenteres sjelden i behandlingsplanen, men i fritext observeres det at frekvensen er høy på dokumentasjon utført på funksjonsområde 5. som er eliminasjon, men vurderingene som utføres på dette punktet dekker ikke den daglig vurderingen av behov for blærekateter. På en presentasjon av pasientsikkerhetskampanjen til Akershus universitetssykehus beskriver helsepersonell at de utfører mye av tiltakene og risiko vurderingene av pasientene, men at de ikke har klart å finne en god måte å dokumentere det på. Dette er også funn som er observert i denne studien. Det er ikke systematisk dokumentert, men flere av tiltakene og vurderingene blir gjort, men det er ikke dokumentert på en enhetlig måte og informasjonen kan da være vanskelig å gjenfinne. Det kan tenkes at helsepersonell står ovenfor utfordringer når vurderingene og sykepleieproblemene ikke blir dokumentert på en strukturert og god måte. For sykepleierne som skal overta pasientene kan man anta at det kan være vanskelig å få oversikt over tidligere vurderinger og tiltak som er gjort hos pasientene.

Kunnskap fra tidligere forskning gjør at man bør vurdere om utdanningsintervensjoner kunne ha gitt en positiv effekt på forebygging av infeksjoner og om det vil kunne bedre kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen som igjen kan føre til en positiv forbedring av sykepleiepraksisen (Nomura et al., 2018; Nøst et al., 2017). Når en ser på denne pasientgruppen og hvilke vurderinger og tiltak som blir dokumentert, er hoftebruddspasienter risikopasienter i seg selv samt at de også har en risiko for komplikasjoner. For å forebygge og sikre kontinuitet for disse pasientene bør overføringen av informasjon til påtroppende helsepersonell være så

smidig som mulig, samt at hensikten må være at en kan tilegne seg opplysninger på mest effektiv og enklest måte. I forlengelsen av hva annen forskning viser ville det vært interessant å se om ulike utdanningsintervensjoner kunne vært med å bedre dokumentasjonen som ble gransket i denne studien. En signifikant forskjell ble observert på flere av elementene i en pre- og posttest. Evalueringsnotatene hadde en signifikant forbedring etter utdanningsintervensjon på et universitetssykehus i Norge (Nøst et al., 2017). Et annet studie indikerer at fokus på opplæring på sykepleiedokumentasjon viste en positiv forbedring av dokumentasjonene og bedre sykepleiepraksis og mer nøyaktige sykepleiediagnoser samt forbedring av dokumentasjonen knytte til forebygging av fall og smertevurdering (Nomura et al., 2018). Vi har klare eksempler på at økt fokus og opplæring knyttet til dokumentasjon av sykepleie har en positiv effekt. For å se på utfordringene knyttet til opplæring vil en mulighet være at problemstillingene kan være mester- lærling tradisjonen. Som sykepleierstudent og nyutdannet sykepleier er man ikke fullstendig utlært og en er avhengig av en mester- lærling tradisjon fra sykepleiere som har lengre erfaring. Den kliniske erfaringen og kompetansen til erfarne sykepleiere overføres til sykepleiestudenter og nyutdannede sykepleiere og det utføres en kompetanseoverføring. Men i situasjonen knyttet til digitalisering bør en kanskje snu situasjonen om hvem som er mester og hvem som er lærling. Tveiten (2013) beskriver at kunnskap og ferdigheter deles med en mestertilnærming, og lærlingen følger nøye mesterens arbeid for å kunne utføre det samme etterpå mens mesteren gir instruksjoner og råd (Tveiten, 2013). Mesterlæren har en betydelig vekt på observasjon og imitasjon samt at man lærer ved å utføre selvstendige handlinger (Andersen, 2003). En utfordring kan være at den erfarne sykepleieren som naturlig er «mesteren» ikke er av den generasjonen som er oppvokst med data og digitalisering på samme måte som mange av de nyutdannede sykepleierne. En skal ikke mange årene tilbake i tid før penn og papir var det gjeldende, mens nå er det økt fokus på å digitalisere. På et universitet har det også vært et prøveprosjekt som gir studentene mulighet for å øve seg i en kursbase med DIPS før de skal ut i praksis. Her er det et fokus på strukturert journal og studentene skal lære å dokumentere på en enhetlig måte. Det kan tenkes at sykepleiestudenter kan komme i en konflikt når de kommer ut i praksis når kontaktsykepleieren har en annen dokumentasjonspraksis enn det studenten er blitt opplært til under studiene. Tilgangsstyringen i EPJ for studenter gir ingen selvstendig rett til dokumentasjon, og de må derfor kanskje dokumentere slik «mesteren» gjør det. Dokumentasjonsmåten og endringene i læringsplanen er forhåpentligvis i takt med den økende digitaliseringen, men denne måten å dokumentere på blir forringet av mesterens

dokumentasjonsmetode som kan være tenkelig at henger igjen i «gammel vane». Når studentene ikke har mulighet til å dokumentere selvstendig kan de bli tilsidesatt og må utføre andre oppgaver mens kontaktsykepleier dokumenterer. Det må tidlig settes fokus på dokumentasjon og gode dialoger, gode forbilder med fokus på digitalisering og ved bruk av standardisert språk vil man trolig kunne se en forbedring på kvaliteten i årene fremover. For å skape gode tradisjoner for dokumentasjon kreves det også at læreren på utdanningsstedet og kontaktsykepleieren innehar kompetanse på dette området. For å sørge for utvikling i helseinformatikk er en avhengig av at de som bruker IKT-systemene har god kompetanse på hva som faktisk er mulig i dag og bruker systemene på best mulig måte. Når de som skal bruke systemene har en forståelse av hva som mangler og hvor hindringene er vil man på sikt kunne bidra til å utvikle gode systemer som støtter opp om strukturert journal og gode beslutningsstøtte verktøy som også fungerer i praksis.

Konseptutredningen og anbefalingen fra Direktoratet for e-helse presiserer behovet for at terminologien som skal brukes i behandlingsplaner må dekke hele sykepleieprosessen. I denne utredningen kommer det frem at kun International Classification of Nursing Practice (ICNP) dekker hele sykepleieprosessen og at dagens kodeverk med NANDA ikke er tilfredsstillende på alle områder som er nødvendig for å dokumentere sykepleie og at dagens terminologi med NANDA ikke har pasientvennlig termer (Direktoratet for E-helse, 2018a, c). Innføring av terminologien ICNP vil kunne gjøre det lettere for personer som jobber innen samme fagfelt og kommunisere. Konseptutredning som har fått tilslutning fra helse- og omsorgssektoren anbefaler en kombinasjon av ICNP og SNOMED CT som terminologi for dokumentasjon i sykepleiepraksis (Direktoratet for E-helse, 2018a). Utredningen til Direktoratet for e-helse konkluderte med at det kun er ICNP terminologien som dekker sykepleieprosessen fullstendig og behovene i sykepleiepraksisen på best mulig måte (Direktoratet for E-helse, 2018c). Rapporten som er utarbeidet på bakgrunn av kartleggingen til Direktoratet for e-helse viser også til at det i liten grad brukes standardisert terminologi i sykepleiepraksis, og den ustrukturerte friteksten, som er den vanligste metoden i helse- og omsorgssektoren, gjør det vanskeligere å få oversikt over behovene som pasientene har, utarbeide planer og gi helsehjelp (Direktoratet for E-helse, 2018a). Resultatene som denne rapporten viser til er i samsvar med funnene som er beskrevet i denne studien knyttet til bruk av fritekst som dokumentasjonsmetode. Med et bedre standardisert språk for å dokumentere sykepleie vil det være tenkelig at bruken av behandlingsplaner vil øke og fritekst vil kunne

reduseres. Det er også i denne studien vist til en utfordring knyttet til dokumentasjon av hele sykepleieprosessen og at deler av prosessen som gir et helhetlig bilde er mangelfullt dokumentert. Det kan tenkes at dagens dokumentasjonsmåte ikke nødvendigvis er den beste måten å dokumentere sykepleie på, og man må kanskje se på andre løsninger og metoder for å dokumentere sykepleie som kan bidra til å øke kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen. Dagens prosesser innenfor sykepleie som skal være en helhetlig prosess med vurdering, planlegging, handling og evaluering av situasjonen til pasienten, stiller også NSF spørsmål til om det er den beste måten å dokumentere på. EPJ skal like fullt bidra til at sykepleieprosessen skal kunne dokumenteres på enklest mulig måte i fremtiden (Mølstad et al., 2007). Som Inan og Dinç viser til er sykepleieprosessen en tilnæringsmetode som organiserer den individualiserte sykepleie på alle plan og dette er en kontinuerlig prosess som skal revurderes og dette skal synliggjøres i dokumentasjonen (Inan & Dinç, 2013). Studien til Gjevjon og Hellesø (2010) så på dokumentasjon i hjemmesykepleien hvor de analyserte i tre faser; systematisering av ustrukturerte data, strukturering av tekst i henhold til sykepleieprosessen og vurderte nytten av et validert instrument. Resultatene viser at sykepleierne dokumenterte hendelsene etter et tidsforløp i stedet for å strukturere dataene knyttet til sykepleieprosessen. De konkluderer med at dokumentasjonen er ufullstendig når den blir vurdert mot trinnene i sykepleieprosessen (Gjevjon & Hellesø, 2010). Dette kan være en av årsakene til at funnene i denne studien viser at dokumentasjonen er mangelfull. En annen årsak til manglende dokumentasjon og økt bruk av fritekst som sees i dette studiet kan være at NANDA/NIC ikke fullstendig dekker sykepleieprosessen eller sykepleiepraksisen. En kan erkjenne at NADA/NIC kodeverket er mangelfullt og muligens også utdatert da den siste oversettelsen til norsk er fra 2008. Når dokumentasjon innenfor sykepleie ikke er strukturert inn i et standardisert språk er det vanskelig å hente ut statistikker knyttet til dette området. Törnvall & Jansson (2017) mener at om standardisert terminologi og felles begreper blir implementert vil det være avgjørende for å måle, avklare og forstå sykepleie (Törnvall & Jansson, 2017).

I denne studien i likhet med andre studier knyttet til kvaliteten på sykepleiedokumentasjon observeres tydelige mangler (Carlsson et al., 2012; Förberg et al., 2012; Häyrinen et al., 2010). Å lese behandlingsplanene og friteksten gir svært ulikt bilde av pasienten, der behovene, tiltakene og vurderingene i den strukturerte journalen ikke samsvarer med friteksten. På den ene siden kommer totalbildet tydelig frem, men dokumentasjonen i fritekst bygger på en narrativ fortelling og ikke på en objektiv fremstilling av hendelse, tiltak og

vurdering. På den andre siden kan en se at fritekst gir muligheter som ikke ligger i dagens kodeverk knyttet til behandlingsplan hvor NANDA/NIC ikke bruker pasientvennlig termer og heller ikke dekker sykepleieprosessen fullstendig. Med et økende fokus på pasientinvolvering, *empowerment* og digitalisering vil pasientene få et innblikk i den journalføringen som frem til nå ikke har vært lett tilgjengelig for pasientene. Når behandlingsplanene er generelle handler ikke lenger behandlingsplanen om en konkret pasient og pasientenes helseproblemer.

Stortingsmelding 9 «én innbygger – én journal» tydeliggjør at nødvendige opplysninger skal følge pasientene gjennom hele pasientforløpet (St. meld nr. 9 2012-2013, 2012). Direktoratet for e-helse skriver at dagens IKT-systemer i liten grad støtter disse målene som skal sikre at helsepersonell har enkel og sikker tilgang til pasient opplysninger og journal (Direktoratet for E-helse, 2019a). I tillegg skal innbyggerne selv ha enkel og sikker tilgang til digitale tjenester. En kan stille spørsmål ved om pasientene kan navigere seg gjennom dokumenter og lange journaler for å finne relevant informasjon når også helsepersonell har utfordringer med å enkelt gjenfinne relevant informasjon i pasientenes journal.

Studier har vist til at hvis man bruker verktøy som bidrar til at man bruker samme målinger for vitale parametere og samme språk vil dette kunne bidra til at informasjonsutveksling forenkles (DeLone & McLean, 2003; Granaas et al., 2016). For å sikre god informasjonsflyt er man derfor avhengig av at man snakker samme språk og forstår informasjonen på samme måte. Dagens DIPS (EPJ system) som brukes på sykehusene har eget kodeverk for strukturert journal med NANDA/NIC og egne maler med funksjonsområder for dokumentasjon i fritekst som er en variasjon av VIPS-modellen. I kommunene har de et eget system og egne kodeverk for å beskrive pasienten. Dette fører også til at sykepleiere må lære seg flere ulike standardiserte språk for å dokumentere sykepleie. Kommunen bruker det lovbestemte helseregisteret IPLOS (Helsedirektoratet, 2019), og innleggelsesrapporter som sendes fra sykepleiere i kommunen til sykepleierne på sykehus inneholder skårene fra IPLOS. Her er ulike funksjonsområder skåret og disse skårene gir relevant informasjon om pasienten. Skårene som IPLOS gir er ofte ukjente for sykepleierne på sykehus og derfor liten verdi når man ikke forstår om lave eller høye tall er positive eller negative. Dette kan føre til at relevant informasjon og dokumentasjon fra kommunens helsepersonell ikke blir overført videre til den sykepleieren som skal gi den videre pleien og behandlingen til pasienten. Studiet til Granaas et al. (2016) viser at kommunikasjonen mellom helsepersonell blir bedre når de snakker samme språk. Deres studie har vist at MEWS, skåringssystemet som er brukt i TILT, førte til

bedre kommunikasjon mellom helsepersonell, og en av årsakene til dette er at helsepersonell med MEWS-skåring snakket samme språk (Granaas et al., 2016) . Med ulik praksis i kommuner og sykehus er vi avhengig av å vite hvilken informasjon som er relevant for den andre parten samt at vi bruker samme skåringsverktøy og kodeverk innen samme yrkesgruppe så langt det lar seg gjøre. Forskjellige kodeverk, maler og systemer fører til ulik praksis i dokumentasjonen av sykepleie. Når Direktoratet for e-helse ble opprettet for et par år siden, var ønske at dette forhåpentligvis kan bidra til å sette mer fokus på digitalisering og legge nasjonale føringer for journalføring, og sørge for en enhetlig terminologi for dokumentasjon av sykepleie. Direktoratet for e-helse har blant annet EPJ-løftet som skal bidra til kvalitet i behandlingen for pasienten, mer effektiv ressursbruk, og bidra til å understøtte samhandling og formidling av informasjon mellom alle aktørene i helsesektoren (Direktoratet for E-helse, 2018b). Den mangelfulle dokumentasjonen som er funnet i denne studien vil kunne være et hinder for formidlingen av sentral informasjon mellom aktører både internt på sykehuset og eksternt med for eksempel sykepleiere i kommunen, og kan påvirke effektiv og sikker pasientbehandling.

Funksjonaliteten som ligger i dagens EPJ kan tenkes å ha mangler som kunne gjort dokumentasjonen for sykepleie enklere og økt kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen. Med ny terminologi i strukturert journal vil det muligens være en bedre støtte for sykepleiere slik at de på kan dokumentere tilstrekkelig i behandlingsplanen og få dekket hele sykepleieprosessen fullstendig med ny terminologi. For å snu en trend som dette er en avhengig av *superbrukere* som går først og baner vei. Funnene i denne studien på pasienter med hoftebrudd og tilhørende infeksjon er svært lik funnene fra tidligere forskning som det er vist til i denne oppgaven, og som også dessverre har vært gjeldende i en årrekke. Instefjord et al. (2014) konkluderer i en studie at den manglende sykepleiedokumentasjonen som er funnet på andre pasientgrupper også er gjeldende i psykiatrien, og den må forbedres for å sikre kontinuitet og pasientsikkerhet (Instefjord et al., 2014). For å løse denne utfordringen med manglende dokumentasjon som forekommer hos flere pasientgrupper, er vi avhengig av blant annet en nasjonal satsning for å øke kvaliteten på sykepleiedokumentasjon. Direktoratet for e-helse mener også at dagens journaløsning må være nasjonal. For å løse utfordringene i helse Norge må vi sette fokus på digitalisering. I dag er det mange ulike systemer og dagens IKT-systemer utnytter ikke ressursene godt nok. Direktoratet for e-helse mener at utfordringen ligger i tungvinne, mangelfulle og begrensende arbeidsverktøy. Dette fører til dårlig utnyttelse av

kompetansen som kan brukes til andre ting enn dobbeltføring og utfordringer med IKT-systemer (Direktoratet for E-helse, 2019a). Det finnes i dag ulike IKT-systemer som en sykepleier er avhengig av for å dokumentere behandlingen til pasienten. En utfordringen er at det er mangelfulle integrasjoner mellom ulike systemer internt på sykehuset, og i kjølevannet av dette dukker det opp nye problemstillinger som dobbeltføringer. Med dobbeltføring både i ulike elektroniske systemer og papirjournaler vil det være en risiko for feilkilde når noe skal dokumenteres flere steder. Dette kan være en av årsakene til den mangelfulle kvaliteten på dokumentasjon av sykepleie. Flere delprosjekter startes opp i Helse Sør-Øst blant annet for å standardisere de ulike helseforetakene, slik at man på sikt kan nå målet om «én innbygger – én journal». Men selv om blant annet dokumenter blir standardisert, er ikke innholdet i dokumentene en del av standardiseringen. På den ene siden kan dette være nyttig da ulike fagfelt har ulike behov for dokumentasjon. På den andre siden kan dette skape utfordringer når det ikke er en enighet om hva dokumentene skal inneholde. Dette kan også sees å være en utfordring på tvers av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med samhandlingsreformen skal kommune og stat samarbeide tettere om pasientene og flere oppgaver overføres til kommunen (St.meld.nr 47 2008-2009, 2009). Med samhandlingsreformen har kommunene fått ansvaret for å sørge for en helhetlig tenkning hvor forebygging, tidlig intervensjon og diagnostikk, samt behandling og oppfølging i størst mulig grad skal ivareta det helhetlige pasientforløpet innen best effektiv omsorgsnivå (BEON) (St.meld.nr 47 2008-2009, 2009). Det er viktig at dokumentasjonen synliggjør problemstillingene til pasienten på sykehus, slik at annet helsepersonell eller kommunen kan overta den videre behandlingen for pasienten så raskt og effektivt som mulig. For dårlig dokumentasjon kan forringe prosessen for effektiv behandling og kontinuitet. Om dokumentasjonen er mangelfull vil det være en risiko for at informasjonen ikke blir videreført og dette kan føre til manglende pleie og behandling, som videre kan føre til re-innleggelser. Når ikke informasjonen fra annet helsepersonell er tilgjengelig, vil man stadig måtte rykke frem til start og man kommer ikke videre i sykepleieprosessen. Helsepersonell gir uttrykk for at de bruker mye tid på dokumentasjon, og fyldig bruk av fritekst som det observeres i evalueringsnotatene i denne studien kan støtte dette. En analyse gjennomført som en antropologisk studie med observasjonsstudier og dybdeintervju av 5 sykepleiere på 3 hjerteavdelinger i Danmark i 2015, viste at 2 timer av dagen (31%) ble brukt til dokumentasjon og administrasjon som var den mest tidkrevende arbeidsoppgaven. En time og 4 minutter daglig ble brukt til å dokumentere, og 51 minutter ble brukt til å lese seg opp på 5-

6 pasienter. Denne analysen viser at ulike systemer som det skal dokumenteres i, og dobbeltarbeidet dette medfører er en av årsakene til den høye tidsbruken som brukes på administrasjon og dokumentasjon (Wilke, 2015). En kan undres over funnene knyttet til mangelfull dokumentasjon når analysen til Wilke (2015) viser at det blir brukt svært mye tid på dokumentasjon og administrative oppgaver. Nasjonale retningslinjer for journalføring som Direktoratet for e-helse jobber for, vil på sikt sørge for at vi får «én innbygger - én journal» (Direktoratet for E-helse, 2019a). En kan håpe at dette vil kunne være med å redusere dokumentasjonsmengden og dobbeltføringen i ulike systemer, og informasjonen vil være mer tilgjengelig for hele helsetjenesten.

Det er gjort forskning og undersøkelser som har sett på fullintegreerte beslutningsstøttesystemer som viser at beslutningstøtte kan bidra til at dokumentasjon blir forenklet og kvaliteten på dokumentasjonen vil øke (Fossen, 2012). Det er også undersøkt papir dokumentasjon versus elektronisk dokumentasjon, hvor funnene viser at elektronisk dokumentasjon er bedre, og strukturert journal gir en bedre kvalitet på dokumentasjonen (Eriksen & Larsen, 2012). Funnene i denne studien viser at det er utfordrende å få et helhetlig bilde av pasientene, og en blir usikker på om dokumentasjonen er til å stole på.

5.1 Metodekritikk

Med erfaring som sykepleier har man en forståelse av hvor i journalen man kan finne informasjonen som er nødvendig. Det kan derfor være lettere å gjøre en systematisk lesning av journalene. Dokumentasjonen og måten de er skrevet på er gjenkjennelig, men det var svært viktig å være bevisst på at dette ikke skulle påvirke hvilken informasjon som var dokumentert i journalen, men skåre etter gjeldende guide i instrumentet. Med bakgrunn i vitenskapsteorien er en bevisst forforståelsen som kan påvirke forskeren og det er viktig at dette er tydelig for leseren (Christoffersen et al., 2015).

Med et strategisk utvalg er det ikke tilfeldig hvem som blir med i studien (Polit & Beck, 2014). For å kunne se spesielt på en pasientgruppe med samme forutsetning for dokumentasjon var et strategisk utvalg med klare inklusjon og eksklusjonskriterier viktig. Det

er derfor viktig å være bevisst dette og være kritisk til resultatene en får ut fra denne utvalgsmetoden.

Reliabilitet og validiteten til instrumentet spiller inn på resultatene. Det er derfor gjort en grundig undersøkelse av instrumentet som er brukt for å sikre dette på best mulig måte. Når denne studien ble utført var N-Catch II det instrumentet som ble sett på som det beste for denne studien og det var i to tidligere studier utført en test-retest-reliabilitets vurdering som viste liten systematisk uenighet, men at forståelsen av guiden til instrumentet vil ha betydning for resultatene (Instefjord et al., 2014; Johnsen et al., 2014). For å sikre høyest mulig reliabilitet og validitet ble 10% av journalene gjennomgått med at to granskere satt sammen og skåret instrumentet (Polit & Beck, 2014). Ved uenigheter diskuterte granskerne skåren og ble enige om en konsensuskår. Det optimale hadde vært at det hadde blitt gjort en test-retest i denne studien også, men det var ikke mulig å gjennomføre da journalene kun var tilgjengelig for masterstudenten. Det var derfor kun mulig å gjennomføre en felles gjennomgang av journalene. Det er en begrensning at det kun er journaler som er grunnlaget for datasamling i denne studien. Det er ikke mulig å få mer utfyllende informasjon, og en må akseptere at det som blir vurdert er det som er nedtegnet. Det ble gjort et valg knyttet til hvilken informasjon som ble gransket i journalen. Kjennskap til systemet og dokumenttypene samt hvordan det blir dokumentert har gitt mulighet for en best mulig validitet i denne studien.

Tidlig i granskningen ble det observert at det kunne bli en utfordring med N-Catch skår i behandlingsplanen og informasjonen en fikk av å lese journalene i fritekst. N-Catch tar høyde for noen av disse faktorene, som for eksempel om tiltak, mål er dokumentert i fritekst, eller om det er motstridende informasjon i behandlingsplanen og evalueringen. Men N-Catch fanger blant annet ikke opp om behandlingsplanen blir opprettet flere dager etter innleggelsen og om all informasjon som er i fritekst kommer inn i behandlingsplanen. Det kan derfor stilles spørsmål ved om resultatene fra N-Catch gir et helhetlig bilde av sykepleiedokumentasjon.

6.0 Implikasjon for praksis

I denne studien er det sett på dokumentasjonen på en spesiell pasientgruppe med tilleggs diagnoser knyttet til infeksjon. ICNP-terminologien er en nasjonal anbefaling fra direktoratet for e-helse (Direktoratet for E-helse, 2018a). Ved forskning på ulike pasientgrupper og dokumentasjonen som gjøres, vil dette kunne bidra til å lage en ICNP-katalog som omhandler hoftebruddspasienter og infeksjonsobservasjoner. N-ICNP viser til fem trinn som må følges for å utvikle en slik katalog. Disse trinnene handler om å identifisere pasientgruppen og helseområder, samle begreper og konsepter, kartlegge identifiserte begreper og konsepter, modellering av nye begreper og tilslutt kunne ferdigstille en katalog. For å kunne opprettholde ICNP og ha en stadig utvikling og mulighet for å lage kataloger knyttet til ulike pasientgrupper, er man avhengig av forskning og utvikling (Universitet i Agder et al., 2019). ICNP fokuserer på et tett samarbeid med kliniske eksperter innen sykepleie og kataloger skal være klinisk validert og begrepene som er knyttet til de ulike områdene innen sykepleie må være relevante og brukervennlige (International Council of Nurses, 2019). Funnene i denne studien kan være med på å bygge opp en slik katalog knyttet til hoftebruddspasienter og infeksjonsobservasjoner.

Samhandlingsreformens helsepolitiske mål krever kompetanse og innovasjon hos helsepersonell. Dette fordrer også at det blir satt mer fokus på dette i utdanningen. Det må være en forutsetning at helsepersonell har en økende kompetanse innen helseinformatikk slik at ikke digitalisering blir en hindring for god dokumentasjon i EPJ, men et løft (St.meld.nr 47 2008-2009, 2009). Men selv om vi ser at det fra regjeringen kommer reformer og planer som de siste årene skal bidra til å øke helseinformatikken sees det per i dag ikke en forbedring av dokumentasjon i EPJ og det er fremdeles for mye dobbeltføring og manglende integrasjoner mellom IKT-systemer. Systemene snakker ikke sammen, og det er helle ikke en enhetlig bruksmåte for hvordan systemene skal brukes og hva som skal dokumenteres hvor. Kanskje kan et økt fokus på EPJ og e-helse bidra til en nødvendig bedring av dokumentasjon og sørge for en bedre kommunikasjon mellom helsepersonell. Det er i dag flere prosjekter knyttet til velferdsteknologi og dette vil øke i tiden fremover. Telemedisinsk behandling knyttet til poliklinikk vises å være positivt. Pasientene rapporterer om å være medvirkende og slippe reisevei. Primærhelsetjenesten viser til en kompetanseheving, bedre samhandling og økt trygghet og forutsigbarhet i behandling av pasienten. Telemedisinsk behandling har også vist

seg å være økonomisk gunstig og bringer spesialisthelsetjenesten nærmere pasienten (Irgens, Kleven, Sørli, Stanghelle & Rekand, 2015). Telemedisinsk oppfølging er bare en av mange velferdsteknologiske satsninger. Dette vil synliggjøre et nytt aspekt i dokumentasjonsfeltet når selvrapporing fra pasientene møter dagens dokumentasjon. *Rapport utviklingstrekk 2019* fra Direktoratet for e-helse viser til et mål om at helseopplysninger skal følge pasientene gjennom hele forløpet og stortingsmelding 9 «én innbygger-én journal» setter tydelige mål for helsevesenet i Norge innen IKT utvikling (Direktoratet for E-helse, 2019b; St. meld nr. 9 2012-2013, 2012). Videre viser rapporten også til mer digitalisering, pasientenes innsyn i egen journal og fokus på personvern og en helsetjeneste med en mer forbrukerorientert utvikling. Med mer kompetanse om egen helse kan dette føre til at brukerne av helsetjenestene forventer mer fleksibilitet både rundt hvilke tjenester som blir tilbudt samt tilgang til egne helseopplysninger (Direktoratet for E-helse, 2019b). Fokuset og kravene til dokumentasjon vil kun øke i tiden fremover, og helsevesenet må henge med i den raske utviklingen innenfor e-helse og digitalisering.

7.0 Videre forskning

Temaet sykepleiedokumentasjon bør studeres videre. Det bør gjøres en kombinasjonsstudie hvor man ser på hva sykepleierne gjør, og hva og hvordan dette blir dokumentert. Det ville vært nyttig og nødvendig å gjøre et observasjonsstudie. Da vil man muligens ha mulighet til å se hvilke vurderinger, tiltak og intervensjoner som faktisk blir utført, og sammenligne dette med hva som blir dokumentert i pasientjournalen. Det bør også gjøres studier som favner en større del av helse- og omsorgssektoren. Det ville også være nyttig å gjøre samme studie i ulike nordiske land sammen med observasjonsstudier og en kvantitativ vurdering for å se på hva som blir dokumentert i forhold til hvilken sykepleiepraksis som blir utført. For å løse denne utfordringen kunne det vært interessant å se på ulike systemer for EPJ for å se om noen systemer støtter strukturert journal og beslutningstøtte på en annen måte som kan før til bedre kvalitet på sykepleiedokumentasjonen og lettere tilgang på relevant informasjon. En bør tidlig studere kvaliteten på dokumentasjonen etter innføring av ICNP som terminologi slik at det tidligst mulig kan forbedre mulighetene for å bruke standardisert språk knyttet til hele sykepleieprosessen.

8.0 Konklusjon

Dokumentasjonen synes å være mangelfull, men ikke i alle deler av sykepleieprosessen. Utfordringene med dokumentasjonene synes å være størst under selve innleggelsen, mens funnene viser at dokumentasjon som gjøres i innleggelsesrapporter og utskrivelsesrapporter er mer utfyllende. Et stort antall av journalene fikk opprettet en behandlingsplan, men en stor andel av disse var ikke oppdatert eller individualisert. Alle journalene hadde en evaluering av mål/forventet resultat, men relevante tiltak sykepleieren skulle utføre var mangelfullt dokumentert. Resultatene samsvarer med annen forskning på sykepleiedokumentasjonen i helse- og omsorgssektoren. Ser en på tidligere forskning og funnene i denne oppgaven må en erkjenne at dokumentasjonen av sykepleie, uavhengig av pasientgruppe, har endel vesentlige mangler som kan være utfordrende for pasientsikkerheten. Selv etter mange års forskning på området er det fremdeles endel spørsmål som er uløste når det gjelder hva som skal til for å forbedre dokumentasjonspraksis. Det er et håp om at videre fokus på strukturert journal og standardisert terminologi vil bidra til forbedret dokumentasjon av sykepleie, og at denne forbedringen vil øke kvaliteten på pleien til pasientene.

Litteraturliste

- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Andersen, B. M. (2013). Manglende kontroll av sykehusinfeksjoner. *Sykepleien*, 101(07), 49-50. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0058>
- Andersen, K. (2003). *Innføring i mesterlære, yrkesdidaktikk og veiledning* Oslo: Høyskoleforlaget.
- Bingham, G., Fossum, M., Barratt, M. & Bucknall, T. (2015). Clinical review criteria and medical emergency teams: evaluating a two-tier rapid response system. *Critical Care and Resuscitation*, 17(3), 167.
- Carlsson, E., Ehnfors, M., Eldh, A. C. & Ehrenberg, A. (2012). Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 21-31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03648.x>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.
- Collins, S. A., Cato, K., Albers, D., Scott, K., Stetson, P. D., Bakken, S. & Vawdrey, D. K. (2013). Relationship between nursing documentation and patients' mortality.(Report). *American Journal of Critical Care*, 22(4), 306.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4. utg.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- DeLone, W. H. & McLean, E. R. (2003). The DeLeone and McLean model of Information Systems Success: A ten year update. *Journal of Management Information System*, 19(4), 9-30.
- Diamantopoulos, A. P. (2014). *The epidemiology of fragility hip fracture in Southern Norway : a study on incidence, mortality and predictors of mortality* Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Department of Neuroscience, Trondheim.

Direktoratet for E-helse. (2017). ICD-10, Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Hentet 7. mai 2017 fra

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

Direktoratet for E-helse. (2018a). *Anbefaling - Terminologi innen sykepleiepraksis* Hentet fra

<https://ehelse.no/nyheter/anbefaling-terminologi-innen-sykepleiepraksis>

Direktoratet for E-helse. (2018b). Om EPJ-løftet. Hentet 20.januar 2019 fra

<https://ehelse.no/epj-loftet/om-epj-loftet>

Direktoratet for E-helse. (2018c). *Terminologi for sykeleipraksis*. Hentet fra

<https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/29/Rapport%20Terminologi%20for%20sykeleipraksis.pdf>

Direktoratet for E-helse. (2019a). Hva er Én innbygger - én journal? , ehelse.no. Hentet fra

<https://ehelse.no/strategi/n-innbygger-n-journal/hva-er-n-innbygger-n-journal#sentrale-dokumenter-fra-utredningen-av-én-innbygger---én-journal->

Direktoratet for E-helse. (2019b). Rapport Utviklingstrekk 2019. Hentet fra

<https://ehelse.no/Documents/E-helsekunnskap/Rapport%20Utviklingstrekk%202019%20Direktoratet%20for%20ehelse.pdf>

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I., Thorbjørnsen, K. M., Fossum, M. & Rotegård, A. K. (2015). *Nye VIPS-boken : velvære, integritet, profylakse, sikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Eriksen, I. M. & Larsen, K. S. (2012). Sykepleiedokumentasjon ; papir versus elektronisk dokumentasjon. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(4), 297-306.

Folkehelseinstituttet. (2011, 09/01-2019). Sykehus: Prevalensundersøkelser av

helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus NOIS-PIAH, . Hentet 20.mars 2019 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/nois/prevalens-nois-piah/om-prevalensundersokelsene-av-helse/>

- Folkehelseinstituttet. (2016, 20/10-16). Beinskjørhet og brudd - fakta om osteoporose og osteoporotiske brudd, . Hentet 1. april 2017 fra <https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd--fakta-om-os/#9000-hoftebrudd-i-aaret>
- Fossen, S. (2012). Standardiseringens kritiske punkt: Når blir elektronisk beslutningsstøtte hensiktsmessig? Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/253035>
- Förberg, U., Johansson, E., Ygge, B. M., Wallin, L. & Ehrenberg, A. (2012). Accuracy in documentation of peripheral venous catheters in paediatric care: an intervention study in electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1339-1344. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03949.x>
- Førde, R. (2014, 10. oktober 2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet 5. april 2017 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Gearing, R. E., Mian, I. A., Barber, J. & Ickowicz, A. (2006). A methodology for conducting retrospective chart review research in child and adolescent psychiatry. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 15(3), 126.
- Gjevjon, E. R. & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 100-108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>
- Granaas, M., Vatn, L. & Borgen Lund, S. (2016). Fanger opp forverring tidligere. *Sykepleien*, (6), 54-57. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.57777>
- Gunningberg, L., Dahm, M. F. & Ehrenberg, A. (2008). Accuracy in the recording of pressure ulcers and prevention after implementing an electronic health record in hospital care. *Quality and Safety in Health Care*, 17(4), 281.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2000, 01/01-2017). Forskrift om pasientjournal, . Hentet 5. april 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008a, 01/01-2016). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). Hentet 5. april 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008b). *Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*, . Lovdata.no. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8
- Helsedirektoratet. (2016). *Sykehusinfeksjoner*. Direktoratet for E-helse,. Hentet fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/infeksjoner/sykehusinfeksjoner#Hovedfunn>
- Helsedirektoratet. (2017). Pasientsikkerhetsprogrammet: I trygge hender 24/7, . Hentet 25. mars 2017 fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Helsedirektoratet. (2019). IPLOS-registeret. Hentet 21. januar 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret>
- Helsetilsynet. (2012). Behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd. Hentet 25. oktober 2018 fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/tilsynsmelding/2012/eldre_hoftebrudd.pdf
- Häyrinen, K., Lammintakanen, J. & Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 79(8), 554-564. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.05.002>
- Inan, N. K. & Dinç, L. (2013). Evaluation of nursing documentation on patient hygienic care. *International Journal of Nursing Practice*, 19(1), 81-87. <https://doi.org/10.1111/ijn.12030>

Instefjord, M. H., Aasekjær, K., Espehaug, B. & Graverholt, B. (2014). Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit. *BMC Nursing*, 13, 32-32.

<https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-32>

International Council of Nurses. (2019). About ICNP. Hentet 1.mai 2019 fra

<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnp/about-icnp>

Irgens, I., Kleven, L., Sørli, H., Stanghelle, J. K. & Rekand, T. (2015). Telemedisin bringer spesialisthelsetjenesten hjem til pasienten. *Tidsskrift for Den norske legeforening*,

135(19), 1716-1717. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0770>

Johnsen, K. F., Ehrenberg, A. & Fossum, M. (2014). Dokumentasjon av sykepleie i sykehjem ; en vurdering av innhold og kvalitet på sykepleiedokumentasjonen og vurdering av reliabiliteten til instrumentet N-Catch. *Vård i Norden*, 34(2), 27-32.

Knutstad, U. (2013). *Sykepleieboken : 3 : Utøvelse av klinisk sykepleie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Legeforeningen. (2018). Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd.

Hentet fra

<http://legeforeningen.no/PageFiles/329853/Norske%20retningslinjer%20for%20tverrfaglig%20behandling%20av%20hoftebrudd.pdf>

Mølstad, K., Mauritzen, A. M. & Angermo, L. M. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Sykepleiernes forum for IKT og*

Dokumentasjon (3 utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra

<https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>

Nomura, A. T. G., Pruinelli, L., Barragan da Silva, M., Lucena, A. d. F. & Almeida, M. d. A. (2018). Quality of Electronic Nursing Records: The Impact of Educational

Interventions During a Hospital Accreditation Process. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(3), 160-160. <https://doi.org/10.1097/01.NCN.0000527996.33368.a6>

- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 20. februar 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nøst, T. H., Frigstad, S. A. & André, B. (2017). Impact of an education intervention on nursing diagnoses in free-text format in electronic health records: A pretest–posttest study in a medical department at a university hospital. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2), 100-108. <https://doi.org/10.1177/2057158516668081>
- Nøst, T. H., Haugan, B., Oppheim, A. E., Tettum, B. I., Woldstad, K., Mikkelsen, J., ... Rotegård, A. K. (2014). N-Catch II. Granskningsinstrument for vurdering av sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ).
- Nøst, T. H., Tettum, B. I., Frigstad, S. A., Woldstad, K., Haugan, B., Oppheim, A. E., ... Rotegård, A. K. (2015). D-Catch blir norsk. *Tidsskriftet sykepleien*, (5), 42-45.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B. & van Der Schans, C. P. (2010). D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of advanced nursing*, 66(6), 1388. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05302.x>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2016, 22/09-2016). Øker innsatsen mot de mest alvorlige pasientskadene. Hentet 10. november 2018 fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/%C3%B8ker-innsatsen-mot-de-mest-alvorlige-pasientskadene>
- Pedersen, L. (2014). Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander (TILT). (Kurskompendiet, versjon 1) [Kurskompendiet]. Kristiansand: Sørlandets sykehus.
- Pedersen, L., Thoresen, M., Johansson, L. S. & Olsen, H. (2018). *Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander (TILT)*. SSHF.no. Hentet fra <http://kvalitet2.sshf.no/docs/pub/dok41211.pdf>

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (8. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksrevisjonen Norge. (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus*
Riksrevisjonen.
- Saranto, K., Kinnunen, U. M., Kivekäs, E., Lappalainen, A. M., Liljamo, P., Rajalahti, E. & Hyppönen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 629-647.
<https://doi.org/10.1111/scs.12094>
- Schneider, M. (2012). Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Patients With Hip Fractures Through Education of Nurses to Specific Catheter Protocols. *Orthopaedic Nursing*, 31(1), 12-18. <https://doi.org/10.1097/NOR.0b013e3182419619>
- St. meld nr. 9 2012-2013. (2012). *Én innbygger – én journal*. Hentet fra
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-9-20122013.html?id=708609>
- St.meld.nr 47 2008-2009. (2009). *Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stiver, K., Sharma, N., Lemeshow, S., Ijioma, N., Chucta, S. & Husa, R. (2014). Abstract 12630: Implementation of Modified Early Warning Score (MEWS) Reduces in Hospital Mortality and Hospital Length of Stay. *Circulation*, 130(Suppl_2 Suppl 1), A12630-A12630.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning : - mer enn ord* (4. utg.). Bergen: Fagbokforl.

- Törnvall, E. & Jansson, I. (2017). Preliminary Evidence for the Usefulness of Standardized Nursing Terminologies in Different Fields of Application: A Literature Review. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(2), 109-119.
<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12123>
- Universitet i Agder, Undervisningssykehjem og hjemmetjenesten i Vestfold & NSF Fag- og helsepolitisk avdeling. (2019). Velkommen til nano-kurs om ICNP®. Hentet 10. mars 2019 fra
<https://flightplan.junglemap.com/LessonViewer/?da=335603&du=3807464&key=jewwi62eawsue6vm&mode=1>
- VAR healthcare. (2017). Dokumentasjon av sykepleie Hentet 21. juni 2017 fra
<https://www.varnett.no/portal/content/7970/12>
- Vassar, M. & Holzmann, M. (2013). The retrospective chart review: important methodological considerations. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 10. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2013.10.12>
- Wang, N., Yu, P. & Hailey, D. (2015). The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study. *International Journal of Medical Informatics*, 84(8), 561-569.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.04.004>
- Weiskopf, N. G. & Weng, C. (2013). Methods and dimensions of electronic health record data quality assessment: enabling reuse for clinical research. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(1), 144-151. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2011-000681>
- Wilke. (2015). Hva bruker sykepleierne tiden sin på? Analyse av arbeidsoppgaver og tidsbruk. Hentet 20. februar 2019 fra
<https://www.ascom.com/content/dam/ascom/ws/ready-for-use/regions/nordic/norway/cases-article/Wilke%20rapport%20NO.pdf>

Vedlegg 1. Godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD)



Mariann Fossum
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 04.09.2017

Vår ref: 55486 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.08.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>55486</i>	<i>Kvalitet på dokumentasjon i sykehus</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Mariann Fossum</i>
<i>Student</i>	<i>Fredrikke Coward</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53 / kjersti.haugstvedt@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Fredrikke Coward, Fredrikke.coward@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 55486


Ifølge opplysningene du har avgitt i meldeskjema skal du utelukkende få tilgang til anonymiserte pasientdata. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven eller helseregisterloven. Vi forutsetter likevel at tilgangen til opplysningene er klarert med sykehuset, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted i forbindelse med studien.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)

Vedlegg 2. Godkjenning fra lokalsykehus

 Fredrikke Coward 📎 2 | 27.11.2017

VS: 17/08913-1 - Masteroppgave - Hvilke vurderinger og tiltak dokumenterer sykepleiere i elektronisk pasientjournal på sykehus hos pasienter m...

📌 Du svarte på meldingen 18.12.2017 12:35.

📎 Søknad om datainnsamling side 1 Fredrikke Coward.pdf 583 KB

📎 Søknad om datainnsamling side 2 Fredrikke Coward.pdf 462 KB

Hei

Vedlegger signert søknadsskjema med signatur til [redacted]
E-posten under er fra forskningssjefen som skriver at «studien er godkjent fra vår side»

Lykke til med datainnsamlingen.

Mvh

Fra:
Sendt: 21. november 2017 16:00
Til:
Kopi:
Emne: SV: 17/08913-1 - Masteroppgave - Hvilke vurderinger og tiltak dokumenterer sykepleiere i elektronisk pasientjournal på sykehus hos pasienter med hoftebrudd og helsetjenesteassosierte infeksjoner? - Fredrikke Coward

Jeg kan ikke se at denne har vært innom 360.
NSD legger vekt på at det skal samles inn anonymiserte data og at det dermed ikke er fremleggspliktig

Studien er godkjent fra vår side

Mvh

Vedlegg 3. N-Catch

SAMARBEIDSAVTALE

MELLOM

**HØGSKOLEN I SØR-TRØNDELAG, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF OG ST.
OLAVS HOSPITAL HF**

OM

UTVIKLING OG FORVALTNING AV N-CATCH II

1. PARTER

Denne samarbeidsavtalen ("**Avtalen**") inngås i dag, [27/11 2014], av

1. Høgskolen i Sør-Trøndelag, org. nr. 975 264 750,
2. Oslo Universitetssykehus HF, org. nr. 993 467 049, og
3. St. Olavs Hospital HF, org. nr. 883 974 832,

samlet benevnt «**Partene**» og hver for seg en «**Part**».

2. BAKGRUNN

Partene har samarbeidet om utvikling av N-Catch II – et granskningsinstrument for vurdering av kvalitet og kvantitet i sykepleiedokumentasjonen i Norge – basert på det grunnleggende granskningsinstrumentet D-Catch.

N-Catch II er utformet på norsk både språklig og kulturelt, og er tilpasset nasjonale krav og regelverk, samt internasjonale standarder for sykepleiediagnose og -dokumentasjon. N-Catch II er videreutviklet til bl.a. å inkludere ISO-standardene for vurdering av sykepleiediagnose, i tillegg til PES-standardene som ble brukt i D-Catch.

N-Catch II omfavner alle systemene for sykepleiedokumentasjon i et sykehus uavhengig av om fritekst eller klassifikasjonssystemer anvendes.

Granskningsinstrumentet N-Catch II er vedlagt som vedlegg 1.

For å sikre forutsigbarhet inngår Partene denne avtalen for å regulere deres respektive rettigheter og plikter omkring bruken av N-Catch II.

3. PARTENES RETTIGHETER TIL N-CATCH

Partene anerkjenner at de i fellesskap har utviklet og innehar rettighetene til N-Catch II, herunder eventuelle immaterielle rettigheter som måtte foreligge eller oppstå, og at de har like rettigheter knyttet til utnyttelsen av granskningsinstrumentet. En eventuell lisensiering av instrumentet til tredjeparter forutsetter samtykke fra samtlige av Partene. Partene legger til grunn at utviklingen av N-Catch II ikke krenker opphavsrettigheter, herunder for utviklere av D-Catch og at opphavsretten til den norske oversettelsen derfor ligger til Partene. Partene har gjennom e-post korrespondanse og muntlig kontakt med Paans fått samtykke til oversettinga av D-Catch til norsk kultur og språk.

Partene kan ikke gi andre rettigheter til N-Catch II til andre uten skriftlig samtykke fra de øvrige parter. Samtykke kan ikke nektes uten saklig grunn.

Partene kan sammen eller hver for seg videreutvikle N-Catch II. Den eller de Parter som har forestått slik videreutvikling beholder de fulle rettighetene, herunder alle immaterielle rettigheter som dermed måtte foreligge eller oppstå, til den/de nye versjonen(e) av N-Catch II. Dette gjelder også rett til å gi rettighetene til den videreutviklende versjon videre til tredjepart, uten samtykke fra øvrige parter.

4. PARTENES BRUK AV N-CATCH II

Partene kan sammen og hver for seg fritt benytte N-Catch II i deres respektive virksomheter, herunder i undervisning, forskning og øvrig daglig drift.

Enhver bruk, utnyttelse eller videreutvikling av N-Catch II kan skje uten betaling av vederlag til øvrige parter, og Partene har for øvrig ingen økonomiske forpliktelser overfor hverandre. I den grad N-Catch II skulle medføre inntekter skal slike deles likt mellom Partene.

Med begrepet N-Catch II i denne avtalens punkt 4 menes det granskningsinstrument som foreligger på avtaletidspunktet, og som Partene i fellesskap har utviklet, ikke videreutviklede versjoner som eventuelt forestås av den enkelte Part. For slike versjoner gjelder avtalens punkt 3 annet avsnitt.

5. OPPLYSNINGSPLIKT

Partene har en gjensidig opplysningsplikt og plikter å holde hverandre orientert om deres respektive bruk av N-Catch II, herunder om funn som avdekker svakheter ved instrumentet som kan påvirke resultatene, og om enhver videreutvikling av instrumentet som den enkelte Part forestår. Enhver av partene kan, innenfor rimelighetens grenser, kreve opplyst om status fra de andre parter. Svar skal gis uten unødig opphold, og senest i løpet av tre uker.

6. KUNNGJØRINGER OG PUBLISERING

Partene tar sikte på å samarbeide om pressemeldinger og andre offentlige uttalelser, samt publisering, om N-Catch II og deres samarbeid etter denne avtalen.

Ingen av Partene kan foreta eller tillate utstedelsen av pressemeldinger, annen offentlig uttalelse eller kunngjøring for øvrig om N-Catch II og denne avtalen uten de øvrige parters forutgående skriftlige samtykke, med mindre kunngjøringen av slik informasjon er påkrevd av offentlige myndigheter eller på annen måte etter gjeldende lov og forskrift.

Ved publisering i fagtidsskrift e.l. skal den publiserende Part henviser til de øvrige Partene i avtalen som bidragsyttere til utviklingen av N-Catch II.

7. KONFIDENSIALITET

Partene forplikter seg til å bevare taushet om og ikke røpe, kommunisere eller formidle til noen part, eller bruke eller utnytte til egne eller andres formål, informasjon av en åpenbart konfidensiell natur som de blir gjort kjent med av en annen Part eller på annen måte får kjennskap til gjennom Partenes samarbeid om N-Catch II.

Konfidensialitetsforpliktelsen gjelder også etter avtalens opphør.

8. AVTALENS VARIGHET OG OPPHØR

Denne avtalen varer frem til den blir terminert av to av Partene eller Partene i fellesskap. Opphør av avtalen er uten betydning for eventuelle intellektuelle rettigheter som måtte foreligge eller oppstå i løpet av avtaleperioden. For øvrig kan avtalen kun avvikles gjennom heving, hvilket kan gjøres dersom det foreligger vesentlig mislighold.

9. TVISTELØSNING OG VERNETING

Enhver tvist som måtte oppstå om Partenes rettigheter og plikter etter denne avtalen skal søkes løst ved forhandlinger. Dersom tvisten ikke lar seg løse ved forhandlinger skal den avgjøres ved de alminnelige domstoler med Sør-Trøndelag tingrett som avtalt verneting.

10. UNDERSKRIFTER

Denne avtalen underskrives i tre eksemplarer – som alle er originaler – og hver Part beholder ett eksemplar hver.

Sted / dato

Høgskolen i Sør-Trøndelag:



Navn: Helge Klungland
Tittel: Rektor

Oslo Universitetssykehus HF:



Navn: Kjell Magne Tveit
Tittel: Fagdirektør

St. Olavs Hospital HF:



Navn: Petter Aadahl
Tittel: Forskningsdirektør

N-Catch II

Granskningsinstrument for vurdering av sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ)

Oversatt og tilrettelagt av:

Torunn Hatlen Nøst, MSc, sykepleier. St. Olavs Hospital, Kirurgisk klinikk, torunn.nost@stolav.no

Bente I. Tøttum, Cand. San, anestesisykepleier, Avdeling for anestesisykepleie, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus. uxbtet@ous-hf.no

Sigrun Aasen Frigstad, MSc, Høgskolelektor, sykepleier. Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), Avdeling for sykepleierutdanning

Kristin Woldstad, MNsc, fagutviklingsykepleier, Nyre- og gastromedisinsk sengepost, Krefit- kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus

Berit Haugan, Cand. San, sykepleier, prosjektrådgiver, Hospitalitet AS

Ann Elise Oppheim, Cand. San, sykepleier, helsefaglig rådgiver, Medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus

Ann Kristin Rotegård, PhD, avdelingssjef, sykepleier, PPS, Cappelen Damm

Beate André, PhD, Førsteamanuensis, psykiatrisk sykepleier, Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), Avdeling for sykepleierutdanning, beate.andre@hist.no

KVANTITET: 3= Fullstendig,
KVALITET: 3= Veldig bra,

2= Delvis,
2= Bra,

1= Av og til,
1= Moderat / litt

0= Ingen/ Aldri
0= Dårlig

N-Catch II

Granskningsinstrument for vurdering av sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ)

Dato:

Sykehus:

Klinikk:

Avdeling:

Journalkode:

Nummer i SPSS:

Koden til granskeren:

Det er alltid en mulighet for en viss grad av subjektivitet ved granskning av pasientjournaler.

Det er derfor viktig at granskningen foretas av to sykepleiere uavhengige av hverandre.

Konsensuskår gjennomføres til slutt.

Granskningen må ta aktivt stilling til om:

- A) granskningen av sykepleiediagnoser og tiltak skal gjøres i sykepleieplanen, i fortløpende notat eller begge steder.
- B) vurdering av sykepleiediagnoser skal gjøres ut fra spørsmål 5a) eller 5b). Velg ett av to:

a. Sykepleiediagnosen vurderes på bakgrunn av den globale ISO standard (minimumskrav for sykepleiediagnose), bruk del 5a).

b. Sykepleiediagnosen vurderes på bakgrunn av PES- strukturen, bruk del 5b).

1) Hvilke elementer av sykepleiejournalen foreligger?

KVANTITET: 3= Fullstendig,
KVALITET: 3= Veldig bra,

2= Delvis,
2= Bra,

1= AV og til,
1= Moderat / litt

0= Ingen/ Aldri
0= Dårlig

3 poeng:

Journalen inneholder følgende 4 punkter:

1. **Personopplysninger** (Personopplysninger A1 / Pasientopplysninger F5)
2. **Innkommst:** Status (pasientens helsestilstand) og opplysninger om anamnese i innkomstnotat/ kartleggingsnotat
3. **Pleieplan** sykepleie/ Veiledende Pasientplan; sykepleie (VPS)/Behandlingsplan (elektronisk eller scannet)- heretter kalt *sykepleieplan*.
4. **Resultater og evaluering:**
 - Vaktrapport/evaluering eller sykepleienotat/evaluering - heretter kalt *vaktrapport*.
 - OG**
 - Utskrivningsnotat (utskrivning fra sykehus) og/eller sykepleiesammenfatning ved ekstern overflytting (tilsvarer A5 og/ eller overflyttingsnotat ved intern overflytting).

2 poeng:

Journalen inneholder 3 av punktene som er nevnt ovenfor.

1 poeng:

Journalen inneholder 2 av punktene som er nevnt ovenfor.

0 poeng:

Journalen inneholder 1 av punktene som er nevnt ovenfor.

Skår her:	3	2	1	0
Skår her konsensuskår:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:.....

2) Personopplysninger: Foreligger fullstendig utfylte opplysninger i A1/F5?

2 poeng:

Ja

1 poeng:

Nei

0 poeng:

Mangler helt

KVANTITET: 3= Fullstendig, 2= Delvis, 1= Av og til, 0= Ingen/ Aldri
KVALITET: 3= Veldig bra, 2= Bra, 1= Moderat / litt, 0= Dårlig

Skår her: 2 1 0
Skår her konsensusskår:

Eventuelle kommentar:

3) Innkomstnotat sykepleie / kartleggingsnotat

Kvantitet

3 poeng: Anamnese, årsak til innleggelse og status er fullstendig nedtegnet.

2 poeng: Anamnese, årsak til innleggelse og status er nedtegnet, men synes mangelfull.

1 poeng: Notatet inneholder to av elementene nevnt under 3 poeng.

0 poeng: Notatet inneholder kun ett av elementene nevnt under 3 poeng.

Skår her kvantitetsskår 3 2 1 0
Konsensus kvantitetsskår

Eventuelle kommentarer:

Kvalitet

3 poeng: Notatet er tydelig og språklig korrekt. Inneholder all relevant informasjon og har ingen overflødig informasjon.

2 poeng: Notatet er tydelig og språklig korrekt, men inneholder ikke all informasjon som er relevant.

1 poeng: Notatet er tydelig, men ikke språklig korrekt og inneholder lite relevant informasjon.

0 poeng:

KVANTITET: 3= Fullstendig,
KVALITET: 3= Veldig bra,

2= Delvis,
2= Bra,

1= Av og til,
1= Moderat / litt

0= Ingen/ Aldri
0= Dårlig

Notatet er mangelfullt, det er utydelig, ikke språklig korrekt og relevant informasjon mangler.

3

2

1

0

Skår her kvalitetsskår

Konsensus kvalitetsskår

Eventuelle kommentarer:

4) Inneholder pasientjournalen en sykepleieplan?

Ja

Nei

Hvis ja:

Elektronisk sykepleieplan

Papirbasert- skannet

Er sykepleieplanen oppdatert?

Ja

Nei

Delvis

Er den individualisert?

Ja

Nei

Delvis

KVANTITET: 3= Fullstendig,
KVALITET: 3= Veldig bra,

2= Delvis,
2= Bra,

1= Av og til,
1= Moderat / litt

0= Ingen/ Aldri
0= Dårlig

0 poeng:

Sykepleiediagnosen er nevnt, men ikke støttet av relevante notater, eller står i motsetning til andre notater i samme journal eller er språklig ukorrekt, eller mangler helt.

	3	2	1	0
Skår her kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

b) Sykepleiediagnose med PES-struktur

(merk: se også guide A & B som supplement for sykepleiediagnoser etter PES)

Kvantitet:

3 poeng:

Et problem, en etiologi/ årsak (relatert faktor) og tegn/ symptom er klart og tydelig beskrevet i teksten; sykepleiediagnosen innebærer muligheten for et tiltak.

2 poeng:

Et problem, en etiologi/ årsak (relatert faktor) og tegn/ symptom er beskrevet, men ingen (planlagte) tiltak er beskrevet. Alternativt; en etiologi/ årsak (relatert faktor) eller tegn/ symptom med referanse til et mulig tiltak eller med referanse til et uklart beskrevet tiltak/ intervensjon.

1 poeng:

Et problem og enten en etiologi/ årsak eller et tegn/ symptom er beskrevet med referanse til enten et planlagt tiltak eller et utydelig beskrevet tiltak.

0 poeng:

En nedtegnelse relatert til et problem er beskrevet uten forklarende tekst. Ingen referanse til tiltak er gjort.

Kvalitet:

3 poeng:

Sykepleiediagnosen støttes av en eller flere relevante notater fra den aktuelle journalen. Notatene står ikke i motsetning til andre notat i samme journal/ blir ikke motsagt av andre notater i samme journal. Sykepleiediagnosen er språklig korrekt.

2 poeng:

Sykepleiediagnosen står ikke i motsetning til andre notater i samme journal.

1 poeng:

Forslag til sykepleiediagnose foreligger i et notat i journalen, men er utydelig eller ikke språklig korrekt.

N-Catch II

2014. Nøst, Haugan, Oppheim, Tettum, Woldstad, Mikkelsen, Frigstad, André og Rotegård

KVANTITET: 3= Fullstendig,
KVALITET: 3= Veldig bra,

2= Delvis,
2= Bra,

1= Av og til,
1= Moderat / litt

0= Ingen/ Aldri
0= Dårlig

0 poeng:

Forslag til sykepleiediagnose foreligger, men er ikke støttet av, eller står i motsetningsforhold til andre notater i samme journal, eller er ikke språklig korrekt.

Vennligst skår diagnosen på tilleggskjema for presise sykepleiediagnoser.

6. Er mål/forventet resultat beskrevet?

3 poeng:

Hvert mål/forventet resultat er målbart, realistisk, tidsangitt og står i forhold til sykepleiediagnosen. Målene beskriver en ønsket tilstand for pasienten;

- a) funksjonsevne/helsestatus, eller
- b) mestring av sykdom og helseproblemer, eller
- c) mestring av livsstilsforandringer og egenomsorg, eller
- d) opplevelse av velvære og tilfredshet.

2 poeng:

Minst 50 % av mål/forventet resultat imøtekommer krav som ved 3 poeng.

1 poeng:

Under 50 % av mål/forventet resultat imøtekommer krav som ved 3 poeng

0 poeng:

Ingen mål/forventet resultat imøtekommer krav som ved 3 poeng, eller målbeskrivelser mangler helt.

Skår her kvalitetsskår	3	2	1	0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

7) Er korrekt tiltak beskrevet?

Kvantitet:

3 poeng:

Hvert sykepleietiltak er knyttet til eller kan direkte relateres til en sykepleiediagnose. Tiltakene står i forhold til beskrevet mål som skal oppnås og er et logisk resultat av diagnosen.

2 poeng:

KVANTITET: 3= Fullstendig, 2= Delvis, 1= Av og til, 0= Ingen/ Aldri
KVALITET: 3= Veldig bra, 2= Bra, 1= Moderat / litt 0= Dårlig

Minst 50 % av sykepleietiltakene er knyttet til eller kan direkte relateres til en sykepleiediagnose. Tiltakene står i forhold til beskrevet mål som skal oppnås og er et logisk resultat av diagnosen.

1 poeng:

Sykepleietiltakene er beskrevet, men mindre enn 50 % er relatert til en sykepleiediagnose. Mål som tiltakene skal oppnå er utdelige.

0 poeng:

Ingen sykepleietiltak er nevnt.

Skår her kvantitetsskår	3	2	1	0
Konsensus kvantitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

Kvalitet:

3 poeng:

Sykepleietiltakene er tydelige, språklig fullstendige og inneholder all informasjon som er nødvendig for å kunne utføre sykepleietiltakene; Tiltaket er konkretisert med hva, hvordan (middel), når (tid), hvor (lokalisering), og ev. av hvem (inkl pasient og / eller pårørendes medvirkning). Tiltaket er datert.

2 poeng:

Minst 50 % av notatene imøtekommer kravene beskrevet overfor. Noen beskrivelser kan inneholde unødvendige ord eller mangler relevant informasjon (konkretisering); språket er ikke korrekt (som bruk av ikke vanlige forkortelser eller termer / ord som kan misforstås).

1 poeng:

Mindre enn 50 % av notatene imøtekommer kravene beskrevet overfor. Tiltaket er IKKE konkretisert med hva, hvordan (middel), når (tid), hvor (lokalisering), og/ eller ev. av hvem (inkl pasient og / eller pårørendes medvirkning).

0 poeng:

Tiltakene er generelt uklare eller mangler helt, er språklig mangelfulle og mangler relevant informasjon.

Skår her kvalitetsskår	3	2	1	0
Konsensus kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

KVANTITET: 3= Fullstendig,
KVALITET: 3= Veldig bra,

2= Delvis,
2= Bra,

1= Av og til,
1= Moderat / litt

0= Ingen/ Aldri
0= Dårlig

8) Er evaluering av oppnådd mål / resultat beskrevet? (Vaktrapport/evaluering, utskrivningsnotat sykepleie (utskrivning fra sykehus) og/eller sykepleiesammenfatning (ekstern overflytting) og/eller overflyttingsnotat (intern overflytting)

Foreligger det et notat?

Ja

Nei

Velg aktuelt notat:

Vaktrapport/evaluering

Utskrivningsnotat (også ved død)

Sykepleiesammenfatning (ekstern overflytting)

Overflyttingsnotat (intern overflytting)

Kvantitet:

3 poeng:

Evalueringene rapporterer oppnådd mål / resultat av sykepleie relatert til sykepleiediagnoser. Evaluering / resultater er beskrevet i henhold til pasientens helsestatus og er et logisk resultat av sykepleiediagnose og -tiltak.

2 poeng:

Minst 50 % av evalueringene i form av sykepleieresultat er knyttet til sykepleiediagnoser. Evaluering / resultater er beskrevet i henhold til pasientens helsestatus og er et logisk resultat av sykepleiediagnose og -tiltak.

1 poeng:

Evalueringene er ufullstendige; i mindre enn 50 % av evalueringene er pasientens helsestatus beskrevet som resultat. Det er ingen logisk sammenheng mellom sykepleiediagnoser og -tiltak.

0 poeng:

Evalueringer er ikke tilgjengelige. Ingen resultat er nevnt.

	3	2	1	0
Skår her kvantitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvantitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

KVANTITET: 3= Fullstendig,
KVALITET: 3= Veldig bra,

2= Delvis,
2= Bra,

1= Av og til,
1= Moderat / litt

0= Ingen/ Aldri
0= Dårlig

Kvalitet:

3 poeng:

Evalueringene er tydelige, språklig korrekt, fullstendige og inneholder all relevant informasjon for å forstå pasientens helsestatus. Evalueringen har bidratt til justert / oppdatert sykepleieplan i form av endret mål, endret tiltak og/ eller oppnådd mål/resultat og dermed avsluttet (seponert) sykepleiediagnose. Evalueringsdatoen er angitt.

2 poeng:

Minst 50 % av notatene imøtekommer kravene beskrevet overfor. Noen notater kan inneholde unødvendige ord eller relevant informasjon mangler; språket er i noen notater ikke språklig korrekt (som ufullstendige setninger, bruk av ikke vanlige forkortelser som kan misforstås).

1 poeng:

Mindre enn 50 % av notatene er skrevet slik beskrevet ovenfor; det er noen korrekte notater.

0 poeng:

Notatene er generelt uklare, språklig ikke korrekt og relevant informasjon mangler.

	3	2	1	0
Skår her kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsensus kvalitetsskår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer:

Slutt på granskning

Veileder for bruk av N-Catch II

Anbefalinger for gjennomføring av granskningen:

- Granskningen gjøres retrospektivt.
- Sykepleiedokumentasjonen i den enkelte pasientjournal kopieres og aidentifiseres. Hvert notat kodes og gis et nummer i SPSS.
- Notatene legges i samme rekkefølge i to eksemplarer. Hver journal får eget N-Catch skjema.
- Alle notatene skal foreligge i riktig mal for å gi skår. For eksempel hvis inntaknotat foreligger i vaktrapport-mal, skal det ikke gis skår.
- Granskningen må inkludere hele oppholdet fra innskrivning til utskrivelse.
- Kvalifisering av granskere: Sykepleiere som skal kjenne fagområdet som granskningen skal utføres på. Det anbefales at de to som skal granske uavhengig av hverandre gjør en test først på for eksempel 5 journaler og ser om de har mest mulig lik forståelse/ vurderer likt.

Til spørsmål 2) Personopplysninger

Med fullstendig utfylte opplysninger i A1/ F5 menes sivilstatus, yrke, telefon pasient, helsekontakt, pårørendeinformasjon (slektskap, navn, telefon).

Til spørsmål 3) Inntaknotat sykepleie / kartleggingsnotat

Med fullstendig utfylt pasientstatus må det vurderes faglig hvilken informasjon som er nødvendig og tilstrekkelig jf Journalforskriften. Ved anvendelse av VIPS-modellen anbefales at kontaktårsak, helsehistorie/ pleieerfaring, nåværende sykepleie, overfølsomhet, sosial bakgrunn er beskrevet i sykepleieanamnese, og kommunikasjon, kunnskap, ernæring, eliminasjon, aktivitet, søvn, psykososialt er beskrevet i pasientstatus. Andre funksjonsområder anvendes når det er relevant for den unike pasienten.

Til spørsmål 4) Inneholder pasientjournalen en sykepleieplan?

For å vurdere om sykepleieplanen er oppdatert må man sjekke følgende:

- a) **Oppdatert sykepleieplan.** Er tiltakene vurdert i forhold til mål/ forventede resultater som er satt? Vises endringer i sykepleieplanens mål, tiltak og/eller diagnoser på bakgrunn av oppdatert status/ evaluering. Dette finner du ved å sammenligne vaktrapporten/ evalueringen med sykepleieplanen. Eks. Er tiltak justert eller seponert? Er målene justert/ seponert? Er nye tiltak påført? Er sykepleiediagnosen avsluttet, og viser statusbeskrivelsen at mål er nådd?

Er sykepleieplanen oppdatert i mindre enn 50 % av liggedøgnene gis skår "Delvis".

- b) **Individualisert sykepleieplan.** For å vurdere om aktuell sykepleieplan er individualisert gjelder følgende:

Skannede sykepleieplaner må både være datert og signert for å oppnå skår. Det er ikke tilstrekkelig kun med datering av en pre- formulert sykepleiediagnose fra en veiledende plan. En pre- formulert diagnose med tilhørende mål og tiltak kan være tilstrekkelig individualisert for å gi skår.

Dokumentasjonen må understøtte at sykepleiediagnosen er relevant for den aktuelle pasient.

Tilpasningen viser seg ved en spesifisering av diagnosen, f.eks. når, i forhold til hvilke situasjoner, hvor er problemet, vurdering av omfang.

Eksempel; nekrotisk (vurdering) sår (fokus), ca. 5 cm i diameter (vurdering) på høyre fot (stedet = individualisert) som medfører problemer med å bevege foten (vurdering i dette tilfellet hos denne pasienten).

Til spørsmål 5 a) Sykepleiediagnose

Foreta en gjennomsnittsskår for alle sykepleiediagnosene.

Fokus: Er et fenomen, et område som sykepleier har ansvar for og som vi retter vårt fokus på, eks. pasientens funksjoner/ status, prosesser, roller (eks. foreldrerollen), mestring og egne ressurser og/ eller begrensninger.

Vurdering: Med vurdering menes om fenomenet er et problem, en risiko eller en ressurs. I tillegg kan vurderingen innebære Nivå (eks høyt, lavt), Gradering(mild, moderat etc.), Utstrekning (delvis, total), størrelse (eks. på et sårliten, stor).

Lokalisering: Med lokalisering menes Posisjon (øvre del, nedre del, ensidig eller bilateralt, perifert eller sentralt osv.), Struktur (kroppsdel, Psykososial struktur som relasjoner, tilhørighet). Lokalisering er ikke aktuelt i alle sykepleiediagnoser.

Til spørsmål 5 b) Foreta en gjennomsnittsskår for alle sykepleiediagnosene.

Guide for sykepleiediagnoser

En sykepleiediagnose kan være en problemdiagnose, en risikodiagnose eller en ressursdiagnose. Det vil si at det første ledd "P" kan være enten et problem, en risiko eller en ressurs. Ved risikodiagnoser og ressursdiagnoser kreves kun andre ledd "E" (Etiologi) for å få full skår.

Kvantitet (Hovedspørsmål: "Er PES-komponentene for sykepleiediagnosen tilstede?")
(P = Problem, E = Etiologi, S = Symptom og tegn, ST = refererer til et potensielt sykepleieiltak)

3 poeng:	$(P + E + S) \rightarrow (ST)$	Fullstendig
2 poeng:	$(P) + (E) + (S) \rightarrow (?)$	Delvis fullstendig
	eller	
	$(P) + (E) + (?) \rightarrow (ST)$	
	eller	
	$(P) + (?) + (S) \rightarrow (ST)$	
1 poeng:	$(P) + (?) + (?) \rightarrow (ST)$	Ufullstendig
	eller	
	$(P) + (E) + (?) \rightarrow (?)$	

eller

(P) + (?) + (S) → (?)

0 poeng: (P) + (?) + (?) → (?) Ingen

Kvalitet (Hovedspørsmål: Hva er kvaliteten på beskrivelsen i henhold til relevans, nøyaktighet og korrekt språk?).

3 poeng:
(relevant) + (fullstendig nøyaktig) + (språklig korrekt) Svært bra

2 poeng:
(relevant) + (ikke nøyaktig) + (språklig korrekt) Bra

1 poeng:
(uklar, men relevant) + (unøyaktig) + (språklig ukorrekt) Moderat

0 poeng:
(ikke relevant) + (unøyaktig) + (språklig ukorrekt) Dårlig

1. En sykepleiediagnose skal utgjøre en fullstendig tekst. Dette betyr at teksten skal være klar og sammenhengende og inneholde sammenbindingsord som "fordi", "grunnet", "deretter", "derfor", "på grunn av", "relatert til (r/t)" osv. Sykepleiediagnosen som begrep bør komme foran sammenbindingsord (sammenbindingsord kan erstattes av piler, komma, bindestrek).

2. Setninger som kommer etter hverandre og/ eller fraser uten sammenbindingsord som likevel utgjør en sammenhengende hel tekst, kan leses som en sykepleiediagnose. For eksempel " Pasienten hadde akutte smerter. Pasienten fomlet med lakenet. Pasienten var urolig". Det kommer tydelig frem av disse eksemplene at det diagnostiske begrepet er akutt smerte og setningene som kommer etter refererer til tegn/ symptomer.

3. Uklare setninger uten sammenbindingsord blir ikke vurdert som en sammenhengende helhet, men som separate setninger. Derfor skåres denne type setninger separat.

4. Forslag til sykepleiediagnoser forbundet med parentes eller komma – for eksempel "vevsskade (sår)" eller "vevsskade, sår" skåres som sykepleiediagnoser, ikke som tegn/ symptomer. Tegn/ symptomer kan likevel være med i parentes - for eksempel "vevsskade, sår på føttene (dårlig/ nedsatt blodsirkulasjon perifert vev, varierende blodsukkernivå)".
Bruk av parentes vurderes i hvert enkelt tilfelle.

5. I journaler hvor sykepleiediagnoser og påfølgende tiltak fremkommer på ulike steder, men hvor disse sykepleiediagnosene er bakgrunn for de identifiserte tiltakene, vurderes teksten som klar og sammenhengende slik som i punkt 1 og skåres deretter.

Ingen skår/ poeng:

- All sykepleiedokumentasjon som tydelig beskriver en observasjon uten forslag til sykepleiediagnose. For eksempel: "250 ml urin i urinposen", "pasienten røyker", "pasienten gikk i korridoren".
- All sykepleiedokumentasjon som viser til tekniske aktiviteter. For eksempel: "kan ikke koble til intravenøs væske", "drenet er tett", "gjennomsviv i bandasjen".

Vedlegg 4. Egendefinert registreringskjema

Registreringskjema deskriptive data

Tabell 1. Bakgrunnsvariabler

Journal nummer	Alder	Kjønn (mann 0- kvinne 1)	Antall ICD-10 diagnoser	Antall medikamenter ved innleggelse	Antall medikamenter ved utskrivelse	Type infeksjon

Tabell 2. Tidlig identifisering av livstruende tilstander, TILT*

Innkost sengepost	1.postoperative dag	2. postoperative dag	3.postoperative dag

*TILT gir poeng fra 0-4 på parameterne; respirasjon, blodtrykk, puls, bevissthetsnivå, temperatur. Poengsummen legges sammen til en score.

TILT skriv inn score. Flere score per dag skrives inn med <tall,>

Registreringsskjema Helsetjenesteassosierte infeksjoner

Tabell 4. Vurdering, tiltak og intervensjoner/veiledning knyttet til infeksjon og funksjonsområde dette dokumenteres under*

Vurderinger	Tiltak	Intervensjoner/veiledning	Funksjonsområde

*Hvilke vurderinger gjøres ift tegn til infeksjon (skrives med ord), hvilke sykepleietiltak blir iverksatt ift observasjoner gjort med tanke på infeksjon (skrives med ord), hvilke intervensjoner/veiledninger blir gitt ift funnene over (skrives med ord). Under hvilke funksjonsområder dokumenteres vurdering, tiltak og intervensjoner/veiledning (skrives med tall)

Beskrivelse av vurdering, tiltak og intervensjoner som kan observeres ved de ulike infeksjonene inkludert i denne studien

Urinveisinfeksjon

Vurdering:

Normal urin skal være uten lukt og klar gul. Urin med mørkere farge kan være tegn på dehydrering. Ved tegn på infeksjon kan urinen være grumsete og uklar, pyuri, som er et tegn på at leukocytter i urinen. Urin som er blodig, grumsete og blakket kan også være tegn på urinveisinfeksjoner. Ubehagelig lukt fra urinen gir også indikasjon for infeksjon i urinveiene, bakteri. Hyppig og svie ved vannlatning og forvirringstilstand hos eldre er også tegn på en mulig urinveisinfeksjon (VAR healthcare, 2017). Ingen vurdering 0- utføres en av disse vurderingene 1.

Tiltak:

Ved mistanke om urinveisinfeksjon skal det tas en urinstrimmelprøve (1). Om urinprøven har utslag skal det sendes en bakteriologisk prøve av urinen (2) til dyrkning for å se etter type bakterie og eventuell resistens mot typer antibiotika. Urinprøver skal tas på bestemte måter, men det er ikke valgt å se på om urinprøvene er tatt etter retningslinjer (VAR healthcare, 2017).

Intervensjon:

Ved intervensjon har jeg kun sett på om lege er kontaktet og eventuelt startet opp med behandling(1) og om det er gitt veiledning til pasienten (2).

Pneumoni

Vurdering:

Symptomer på pneumoni tungpust, hoste og feber og dårligere saturasjon. Pasienten kan føle seg trett og svak, nedsatt matlyst og drikker lite. Smerter i brystet ved inn- og utpust er også symptom på pneumoni (Helsebiblioteket, 2014).

Tiltak:

Oksygenbehandling. Pasienter med mye slim må instrueres i å bruke PEP eller CPAP for slimmobilisering og/eller henvises til fysioterapeut for lungefysio (Sørlandet sykehus HF & Pedersen, 2016).

Intervensjon/veiledning:

Ved intervensjon har jeg kun sett på om lege er kontaktet og eventuelt startet opp med behandling(1) og om det er gitt veiledning til pasienten (2).

Uspesifisert infeksjon

Vurdering:

Generelle tegn til infeksjon. Tempstigning, varm, klam, rødme, nedsatt almenntilstand, sløv, trøtt, økt respirasjonsfrekvens, forhøyet TILT score, nedsatt matlyst. Stigende CRP, stigende leukocytter.

Tiltak:

Temperaturmåling, parametermålinger. Blodprøver, røntgen thorax, urinprøve, hudstatus.

Intervensjon/veiledning:

Ved intervensjon har jeg kun sett på om lege er kontaktet og eventuelt startet opp med behandling (1) og om det er gitt veiledning til pasienten (2).

Sepsis

Jeg har valgt å kun se om pasienten har vært septisk med underliggende infeksjon ved urinveisinfeksjon, pneumoni eller uspesifisert infeksjon.

Jeg har sett på ICD-10 diagnoses sepsis, eller om det er dokumentet at pasienten har vært/er septisk. På Sørlandet sykehus har de gått over til å bruke Quick SOFA kriterier, men tidligere ble det brukt SIRS. Jeg vil derfor ha begge disse vurderingskriteriene med i data innsamlingen. Quick SOFA er med på å gjøre en vurdering om pasienten har behov for høyintensiv behandling. I q-SOFA måles det respirasjonsfrekvens over 22/min, Glasgow Coma Scale under 13, systolisk blodtrykk under 100 (Norsk elektronisk legehåndbok, 2016). SIRS står for Systemisk Inflammatorisk Respons Syndrom og består av fire kriterier; temperatur over 38°C eller under 36°C, pulsfrekvens ved sinusrytme over 90/minutt, respirasjonsfrekvens over 20/minutt, leukocytter over 12. Pasienten har SIRS om pasientene har to av disse kriteriene (Norsk elektronisk legehåndbok, 2012).

Litteraturliste

- Helsebiblioteket. (2014). Lungebetennelse (pneumoni). Hentet 5. juli 2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/infeksjon/lungebetennelse>
- Norsk elektronisk legehåndbok. (2012). SIRS. Hentet 21. juni 2017 fra <http://nevro.legehandboka.no/handboken/skjema/skarings skjema/sirs/>
- Norsk elektronisk legehåndbok. (2016). Sepsis. Hentet 21.juni 2017 fra <https://legehandboka.no/informasjon/alle-faglige-tips/sepsis/>
- Sørlandet sykehus HF & Pedersen, L. (2016). Penumoni prosedyre, SSHF.
- VAR healthcare. (2017). Urinprøvetaking: indikasjoner og praktiske momenter. Hentet 21. juni 2017 fra <https://www.varnett.no/portal/content/6816/14>