



Arkivfoto: Erit M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Sjukepleiarar har plikt til å dokumentere pasientens pleie og behandling i elektronisk pasientjournal. Denne dokumentasjonen skal saman med bruk av teknologi sikre samarbeidande aktørar nødvendig informasjon ved inn- og utskrivning av pasientar. Også i denne prosessen har sjukepleiarane ei viktig rolle. Men, forskning syner at det kan bli mangelfull dokumentasjon og samhandling, nokre gongar til og med feilbehandling, ved flytting av pasientar.

Hensikt: Utforske korleis sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis i sjukehus og kommunal pleie- og

omsorgsteneste utfordrar ei elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivå.

Metode: Studien er designa som ein kasusstudie. Data er samla inn gjennom individuelle semistrukturerte intervju med sjukepleiarar og sjukepleieleiarar i klinisk praksis i sjukeheim, heimesjukepleie og sjukehus.

Resultat: Studien syner at sjukepleieinformantane som oftast dokumenterar kronologisk basert på fritekst, utan fastlagt struktur. Dette utfordra sjukepleiarane ved produksjon av samhandlingsinformasjon.

Kunnskap og forståing for informasjonsbehova til samhandlande aktørar verka å vere svak. Mykje tyder på eit uutnytt potensial for bruk av teknologi i dokumentasjonsprosessen. Studien syner og at leiing av lokale endringsprosessar og integrering av IKT i eksisterande arbeidsprosessar kan synast utfordrande for sjukepleieleiarane.

Konklusjon: Studien indikerar behov for ei sterkare styring både nasjonalt og lokalt av struktur, innhald og prosess knytt til dokumentasjon og informasjonsoverføring av sjukepleie.

ENGLISH SUMMARY

Documentation of health care from an electronic coordination perspective

Background: Nurses are required to document patient care and treatment in the electronic medical record. This documentation, combined with the use of technology, has a key role related to information transfer at entry and discharge of patients. Also in this process, nurses play an important role. When patients are relocated, however, research indicates that the quality of the documentation and information transfer is reduced; in fact, the transfer might even lead to improper medical treatment.

Aim: Exploring how nurses' docu-

mentation practices in hospitals and local nursing and care services challenges an electronic cooperation across administrative levels.

Method: The study is designed as a case study. Data is collected through individual semi-structured interviews with nurses and nursing leaders in clinical practice in nursing home, home nursing and hospital.

Result: The study shows that nursing informants often documented in chronological order based on free text, without a pre-defined structure. This challenged the nurses in the resulting production of coordination information. Knowledge and understanding of the current information

needs by coordinating actors seemed to be weak. There are strong indications of untapped potential in the use of technology in the documentation process. The management of local developmental processes and the integration of ICT in current work processes seem to represent a challenge for the nursing leaders.

Conclusion: The study indicates a need for stronger leadership at national and local levels of structure, content and process related to the documentation and information transfer of nurse care.

Key words: Coordination, information technology, documentation, qualitative study.

» Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv

Forfattere: Anne-Grethe Naustdal og Grete Netteland

NØKKELORD

- Samhandling
- Informasjonsteknologi
- Dokumentasjon
- Kvalitativ studie

INTRODUKSJON

Den elektroniske pasientjournalen (EPJ) er ei sentral kjelde i dagleg pasientbehandling. Denne dokumenterer alle pasientopplýsningar, inkludert pleieopplýsningar som sjukepleiar ifylgje lov har plikt til å dokumentere (1). Dokumentasjonen skal innehalde systematiske nedteikningar av pasienten sine helseproblem, behov for helsehjelp, observasjonar, tiltak, vurderingar og resultat (2, 3). EPJ er også viktig reiskap i arbeidet med å sikre god samhandling om pasienten (4-6).

Ny teknologi har vore lansert som tiltak for å styrke samhandlinga om pasientar i helsetenesta (5, 6). Elektronisk samhandling skal betre informasjonsflyt og samheng i tenestene, auke pasientsikkerheiten og gje betre kvalitet (5). Trass i eit nasjonalt fokus på teknologi har slik samhandling primært vore avgrensa

til utveksling av medisinsk informasjon mellom sjukehus og fastlegar (7). Dette er i ferd med å endre seg. Gjennom det nasjonale ELIN-k prosjektet er det utvikla og i pilotering standardiserte elektroniske meldingar som skal nyttast i samhandlinga mellom sjukehus og den kommunale pleie- og omsorgstenesta, såkalla PLO-meldingar (8). Desse inneheld mellom anna innleggings- og utskrivingsrapportar som sjukepleiarane har ansvar for å skrive (8, 9).

Sjukepleiarane sin dokumentasjon i EPJ er viktig grunnlag når sjukepleiarane skal gje informasjon vidare til samarbeidspartnarar. Mange studiar syner diverre at sjukepleiedokumentasjon er mangelfull og av varierende kvalitet (10-14). Gjevjon & Hellesø (10) viser til manglande heilskap og struktur og Stevenson & Nilsson (13) til manglande dokumentasjon av vitale teikn som temperatur, puls, respirasjon og blodtrykk. Törnvall (11) fann store mengder notat om rutinemessige aktivitetar og manglande oppfølging av juridiske krav, medan Braaf, Manis & Riley (12) fann talrike studiar der sjukepleiedokumentasjonen var unøyaktig,

ufullstendig og av lav kvalitet. Svikt i dokumentasjonen kan føre til mangelfull og feil informasjon om pasienten (12, 15).

Eit interessant funn i nyare forskning er at mangelfull sjukepleiedokumentasjon kan føre til mangelfull samhandlingsinformasjon mellom ulike omsorgsgjevarar (12, 16-20). Til dømes fann Carlsson et al. (17) at pasientar sine spiseproblem etter hjerneslag var mangelfullt og unøyaktig dokumentert i overgangen mellom sjukehus og pleie- og omsorgstenesta i kommunen. Direkte studiar på

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at dokumentasjon av sjukepleie i EPJ, i sjukehus så vel som i kommunal pleie- og omsorgsteneste, er kjenneteikna av ustrukturert forteljande tekst i eit kronologisk tidsperspektiv, og at dokumentasjons- og samhandlingsutfordringane er mange.

Mer om forfatterne:

Anne-Grethe Naustdal er førstelektor på Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag. Grete Netteland er førsteamanuensis og instituttleiar på Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for samfunnsfag. Kontakt: anne.naustdal@hisf.no.

samanhengen mellom kvalitet på samhandlingsinformasjonen og kvalitet på den direkte pleien er det få av (12, 21, 22). Det er likevel grunn til å tru at god kvalitet på dokumentasjonen sikrar kontinuitet og sikkerheit i sjukepleiepraksis (15, 21, 22). Müller-Staub (22) trekk eksempelvis fram studiar som beskriv korleis nøyaktig framstilling

potensialet som ligg i bruk av standardiserte sjukepleieplanar.

Men implementering av standardiserte sjukepleieplanar tar tid, og eigne ord og formuleringar er framleis mykje nytta (10, 18, 19, 21, 27). Potensialet i dagens EPJ-system vil såleis vere vanskeleg å nytte (22). Difor er det behov for meir kunnskap om sjukepleiarane sin doku-

for å ha optimalt utgangspunkt for generalisering (32), valde vi heller å studere dokumentasjonspraksisen i to sjukehus og to kommunar innanfor same helseføretaksområde, frå eit praktikarnivå og eit leiarnivå. Studien er basert på eit kvalitativt design med individuelle semistrukturerte intervju (33). Ein intervjuguide vart nytta som utgangspunkt, særskilt tilpassa praktikarar og leiarar. Ved å kombinere leiarar og kliniske praktikarar i intervju-samanheng, oppnådde vi å få innsikt både i formell og uformell organisasjonspraksis.

” Det er ikkje tradisjon for å bruke data inne på pasientromma.

av sjukepleiediagnosar styrkar kvaliteten på dokumentasjon av tiltak, pasientvurderingar og kvaliteten på den direkte pasientpleien.

Fleire studiar syner også at struktur, prosess og innhald i sjukepleiedokumentasjonen vert forbetra ved meir standardiserte dokumentasjonssystem (18, 22, 23). Ved innføring av EPJ vart det både nasjonalt og internasjonalt lagt føringar for strukturering av innhaldet i journalen gjennom standardisert terminologi, klassifikasjonar og kodar (24, 25). Det er også utarbeidd rettleiande sjukepleieplanar for dei mest frekvente pasientproblema (26), med preformulerte sjukepleieproblem, mål og tiltak for ei pasientgruppe eller ein medisinsk diagnose (3, 26). Sjølv om standardiserte planar kan redusere tida sjukepleiarane brukar til å dokumentere, auke dokumentasjonskvaliteten og forenkla det å finne fram pasientinformasjon (11, 21, 27, 28), gjev standardisering også utfordringar. Paans et al. (29) fann unøyaktig dokumentasjon sjølv om det var innført system for strukturert dokumentasjon. Ifylgje Müller-Staub et al. (30) er utdanning og organisatorisk støtte nødvendig for å hente ut

mentasjonspraksis, særleg når elektronisk utveksling av PLO-meldingar skal bli muleg dei næraste åra (5, 31). Hensikta med artikkelen er nettopp å utforske korleis sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis i sjukehus og kommunal pleie- og omsorgsteneste utfordrar ei slik elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivå. Studien har fylgjande forskingsspørsmål: 1) Korleis dokumenterer sjukepleiarane pasienten sitt behov for pleie og behandling i EPJ? 2) Korleis støttar dokumentasjonspraksisen samarbeidspartnarane sitt behov for informasjon? 3) Kva utfordringar representerer denne praksisen når all skriftleg samhandling vert elektronisk?

METODE

Design

For å kunne belyse problemstillinga, blei sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis, internt og ved inn- og utskrivning av pasientar, studert gjennom ein kasusstudie. Målet var å få innsyn i ulike kulturalar for formell og uformell dokumentasjonspraksis, internt og ved samhandling på tvers av forvaltningsnivå. Framfor å velje mest like eller mest ulike einingar

Utval

For å få fram variasjon i dokumentasjonspraksis på tvers av organisasjonar og på tvers av forvaltningsnivå, vart spesialisthelsetenesta representert med eit lokal- og eit sentralsjukehus, primærhelsetenesta med sjukeheimen og heimesjukepleietenesta i to ulike kommunar (34). Etter løyve frå institusjonsnivået i helseføretaket vart leiarar ved tre sengepostar kontakta. Desse kom med forslag til sjukepleiarar med erfaring frå elektronisk dokumentasjon og inn- og utskrivning av pasientar (35). Sjukehusinformantane er alle frå sengepostar som har pleietrengande pasientar med behov for kommunale omsorgstenester ved utskrivning. I kvar av kommunane intervjuar vi to informantar frå sjukeheim og to frå heimesjukepleien, ein sjukepleiar og ein leiar i kvar organisasjon. Rådmannen rekrutterte leiarane som var førstelinleiarar (36), det vil seie sjukepleiarane sin næraste leiar. Gjennom sin daglege kontakt med sjukepleiarane er førstelinleiararen ein sentral aktør for kvalitetssikring av dokumentasjonspraksis og

informasjonsoverføring.

Datainnsamling

Før intervju med sjukepleiarane og deira leiarar og for å bli kjent med feltet (35), gjennomførte vi bli kjent-intervju med tre helseføretakstilsette, alle administrative og med oppgaver knytt til samhandling og elektronisk dokumentasjon. Hausten 2010 gjennomførte vi deretter intervju på 1,5 time med dei 14 informantane, basert på intervjuguiden. Intervjua bar preg av samtale, og det ble stilt supplerande og utdjupande spørsmål. Intervjua vart tatt opp på band og deretter fullstendig transkribert av forfattarane. Begge forskarane var med på dei tre førebuande bli kjent-intervjua og dei fire fyrste intervjua for å oppnå ei felles tilnærming til intervjusituasjonen.

Analyse

Analysen, som føregjekk i fleire trinn, starta allereie under intervjusituasjonen ved at vi stilte informantane oppklarande spørsmål og gjorde oppsummeringar undervegs. Dei transkriberte tekstane vart fyrst lest for å få eit heilskapsinntrykk, deretter diskutert og analysert i fellesskap. Vi grovkategoriserte materialet etter forskningsspørsmåla i studien. Innanfor kvar grovkategori vart tekst merka, klipt ut og sortert gjennom meningsfortetning og meningskategorisering (34, 35). I analysen søkte vi å sjå etter mønster eller ulikskapar i materiale knytt til forskningsspørsmåla. Ved at alt materiale er lest, kategorisert og analysert av begge forskarane, den eine med utdanning innan IKT, den andre innan sjukepleie, meiner vi å ha eit godt utgangspunkt for å kunne avdekke nyansar i datamateriale.

rialet. Samstundes har det at vi har ulike ståstadar gjort oss medvitne på at vår forforståing kan påverke tolkingane (34). Vi opplever at kunnskapshorizonten vert gjensidig utvida og at det vert skapt eit reflekterande og spørjande forhold både til forskingsmaterialet og til våre respektive fortolkingar (35).

Etiske betraktningar


Studien vart godkjend av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD). Den øvste leiinga i helseføretaket og rådmannen i dei to kommunane gav tilgang til forskingsfeltet. Det vart sendt skriftleg informasjon og førespurnad om å delta i prosjektet. Skriftleg informert samtykke vart innhenta. Den einskilde informant er ikkje muleg å identifisere i framstillinga.

RESULTAT

Struktur, prosess og innhald

Sjukepleiarane i den kommunal pleie- og omsorgstenesta og i sjukehus fortalde at dei i hovudsak dokumenterte pleie og behandling i EPJ ved å skrive fortløpande kronologisk rapport om kvar pasient. Fasane

til å halde fram når kollegaene verken leste planane eller følgde dei opp. I fylgje informantane låg det ingen lokale føringar for korleis sjukepleien skulle dokumenterast i EPJ verken frå institusjons- eller avdelingsleiing. I staden verka slike vurderingar å bli gjort av den einskilde sjukepleiar. Informantar kunne vidare fortelje om stor avstand i tid mellom utført pleie og dokumentasjon. Ein sjukepleiar i heimesjukepleien fortalde at ho kunne ha 15 pasientbesøk før ho på slutten av dagen journalførte opplysningane. Ein liknande praksis fann vi i sjukehusa og sjukeheimane der mykje av den skriftlege dokumentasjonen skjedde like før vaktskiftet. Mobil teknologi, som berbar PC og PDA (personleg digital assistent) var i liten grad teken i bruk i dokumentasjonsprosessen. Fleire informantar fortalde at berbare PC'ar og PDA'ar var tilgjengelege, men mulegheita for å dokumentere i EPJ saman med pasienten, på pasienten sitt rom eller i heimen til vedkomande, vart ikkje brukt. Ein leiar i sjukehus sa det slik: «Det er ikkje tradisjon for å bruke data inne på pasientromma».

 Det kan vere ting vi gløymer sidan det ikkje står i behandlingsplanen.

i sjukepleieprosessen vart lite nytta som mal for dokumentasjonen. Det var til dømes berre ei av tre avdelingar i sjukehus som skreiv sjukepleieplanar. Grunnane var todelt; nokre sjukepleiarar skulda på liten tid til dokumentasjon, andre på manglande avdelingskultur for bruk av standardisert dokumentasjon. Sjukepleiarar som hadde skrive sjukepleieplanar, sa at dei mista motivasjonen

Sjukepleielearane gav tydeleg uttrykk for at endring av dokumentasjonspraksis var ei spesielt krevjande oppgave. For å få sjukepleiarane til å skrive sjukepleieplanar, fortalde ein leiar i sjukehus at ho kontinuerleg måtte sjekke at dokumentasjonen var korrekt utført; helst burde ho sitte saman med sjukepleiarane under arbeidet. Ein annan leiar sa: «Ein må mase på dei heile tida for å få det til».

Leiarane fann det vanskeleg å finne tid til slik tett oppfølging. Spesielt var dei opptatt av at sjukepleiestudentar burde få betre opplæring i å skrive sjukepleieplanar og inn- og utskrivingsrapportar. Konkret ynskte dei at studentane, i sine praksisstudiar, var meir aktive brukarar av EPJ. I fylgje leiarane ville dette kunne inspirere sjukepleiarane til betre utnytting av mulighetene i EPJ-systema, noko som igjen vil kunne bidra til å forbetre dokumentasjonen.

Potensielle konsekvensar

Den fortløpande kronologiske rapportskrivinga og mangel på sjukepleieplanar gjorde at våre informantar opplevde det som uoversiktleg og vanskeleg å få tak i pasientopplysningar. Sjukepleiarane meinte at denne praksisen førte til at viktig pasientinformasjon vart gløymd: «Det kan vere ting vi gløymmer sidan det ikkje står i behandlingsplanen (sjukepleieplanen). Ein må (nemleg) lese igjennom fleire dagsrapportar for å få tak i det.»

” Det er ikkje alltid pasienten kan utrykke seg sjølv.

Ved flytting av pasienten mellom sjukehus og kommunal pleie- og omsorgsteneste, skal sjukepleiarane utarbeide ein inn- eller utskrivingsrapport. Alle sa dei hadde tilgang til eit elektronisk eller papirbasert skjema for slik rapportering. Dei fleste sjukepleiarane som nytta elektroniske skjema sa dei ikkje nytta mulighetene til å klippe og lime inn aktuell informasjon frå EPJ. I staden skreiv dei ny tekst. Nokre grunnlag

dette med manglande kunnskap om mulegheitene for gjenbruk, andre med at sjukepleieplanar enten mangla eller ikkje var oppdaterte, og at dei slik uansett måtte supplere eksisterande EPJ-data: «Det kan liggje ei sårbehandling der (i sjukepleieplanen), men han har ikkje sår denne pasienten.»

Sjukepleiarane sa dessutan at mangelfull journalføring gjorde det vanskeleg å lage ein nøyaktig og fullstendig inn- eller utskrivingsrapport, noko som skapte problem for dei som skulle ta imot pasienten. Oversendt skriftleg informasjon vart ikkje opplevd som tilstrekkeleg og dette kunne få fylgjer: «Det er ikkje alltid pasienten kan utrykke seg sjølv, om dei kan stå på beina i det heile tatt, og då vert det veldig mykje prøving. Vi må stå to stykk og prøve å halde i dei ... vi må sjå om dei kan ete sjølv og det går ei stund for å bli kjent med pasienten ... det går sjølvsagt utover kvaliteten i pleia. Eg ser at det hadde letta vårt arbeid veldig om vi hadde hatt betre opplysningar.» Naudsynt informasjon om pasienten sine pleiebehov kunne vere fråværande. Eit generelt trekk var at informantane var meir fornøgd med informasjonen dei sjølv sendte enn den dei mottok.

Samla sett indikerer resultatane våre ikkje berre ein svak relasjon mellom sjukepleiedokumentasjonen i EPJ og inn- og utskrivingsrapportane, men og at innhaldet i både sjukepleiedokumentasjonen og i samhandlingsdokumenta hadde for låg kvalitet.

DISKUSJON

Resultata i vår studie tyder på at dokumentasjons- og samhandlingsutfordringane er mange.

Vi fann at dokumentasjon av sjukepleie i EPJ, i sjukehus så vel som i kommunal pleie- og omsorgsteneste, er kjenneteikna av ustrukturert forteljande tekst i eit kronologisk tidsperspektiv. Dette til tross for at forskning over tid har hevda at meir standardisering av sjukepleiedokumentasjonen kan betre ikkje berre struktur og prosess, men og innhald i dokumentasjonen (18, 22, 23). Materialet vårt tyder på at det er lite tradisjon blant sjukepleiarane til å bruke preformulerte oversiktar over aktuelle sjukepleieproblem og relevante tiltak for ei pasientgruppe. I fylgje informantane kunne manglande bruk av standardisering føre til at det vart uoversiktleg og vanskeleg å finne att aktuelle pasientopplysningar i den daglege behandlinga og at innhald i tekstane kunne oppfattast ulikt. Problemet er påvist i fleire studiar (10, 11, 21, 27).

Ein annan konsekvens av denne praksisen, som kanskje har fått mindre merksemd, er at mangelfulle EPJ-data gjer både gjenbruk av data og produksjon av inn- og utskrivingsrapportar vanskeleg. Dette påverkar kvaliteten på pleieinformasjonen som skal overførast (10-13, 20). I eit elektronisk samhandlingsperspektiv, der pleie- og omsorgsmeldingar skal overførast elektronisk mellom forvaltningsnivå (5, 8), kan dette bli ein potensiell fare for pasientsikkerheita. Hellesø, Sørensen og Lorensen (20) syner at mangelfull og unøyaktig informasjon frå sjukehuset til heimesjukepleien gjorde at sjukepleiarar måtte gjere nye vurderingar av pasienten. Ein føresetnad for god samhandling er at EPJ-data i avsenderinstitusjonen, og i neste instans i

inn- eller utskrivingsrapporten, fangar opp den informasjonen som mottakarinstitusjonen har behov for og som dei opplever som relevant (17). Carlsson et al. (17) syner at samhandlingsinformasjonen var ustrukturert, uspesifikk og hadde inkonsekvent bruk av terminologi. Manglande mal for struktur og innhald i samhandlingsinformasjon av denne type kan gjere det vanskeleg å planlegge for vidare behandling og samordning og kontinuitet kan bli svekka (37). Westra et al. (38) syner til at bruk av standardar, spesielt i forhold til terminologi, er ein av dei viktigaste komponentane med tanke på å få utbytte av dei elektroniske systema for dokumentasjon og samhandling og slik sikre nøyaktig pasientinformasjon.

Informantar gav konsekvent inntrykk av å vere meir nøgde med den informasjon dei sjølv sendte enn den dei mottok frå samhandlande institusjon. Dette tyder på behov for å komplettere og kvalitetssikre både innhald og struktur i samhandlingsinformasjonen. Med ulike oppfatningar av kva for informasjon som er viktig å utveksle aukar risikoen for feil (37, 39). Ulike individuelle og organisatoriske perspektiv kan føre til at sjukepleiarane støttar seg til andre informasjonskjelder (40).

Ei anna identifisert utfordring er sjukepleiarane sin manglande bruk av teknologi i dokumentasjonsprosessen. Sjølv med berbart utstyr tilgjengeleg, nytta ingen av informantane dette til å dokumentere direkte i journalen saman med pasienten. Når vi veit at 70 prosent av pleienotatane til sjukepleiarar i heimesjukepleien kan oppfattast som sjukepleiarane sine subjektive vurderingar (10), kan bruk

av mobilteknologi i dialog med pasienten kanskje bidra til ein meir «objektiv» dokumentasjon og meir nøyaktige data. Det at ein av våre sjukepleiarar frå heimesjukepleien fortalte at ho hadde inntil 15 pasientbesøk før ho dokumenterte, aktualiserer dette temaet. Forsking har peikt på at sjukepleiarar strevar med å ta ny teknologi effektivt i bruk (41-43). Det er også kjent at ny teknologi ikkje automatisk fører til endra arbeidspro-

samhandling (42). Ei anna forklaring kan vere, slik vår studie indikerer, at sjukepleieleiarane undervurderer viktigheita av sjukepleiedokumentasjonen for elektronisk samhandling. Til dømes verkar det som utviklinga av lokale praksisar heng saman med korleis sjukepleieleiinga vektlegg dette arbeidet. Eit av sjukehusa i vår studie deltok eksempelvis i pilotprosjekt for utvikling og utprøving av rettleiande sjukepleieplanar i DIPS-

” Eg ser at det hadde letta vårt arbeid veldig om vi hadde hatt betre opplysningar.

sessar (21, 43). Men, bruk av ny teknologi føreset ofte endring i både arbeidsmåte og organisering (44, 45), med andre ord: at leiarane er i stand til å skape slike endringar. Dette er ikkje enkelt. Grunnen er delvis at arbeidsmiljøet, som det vert peikt på i vår studie, er tradisjonsbunde. Ein veg å gå kan vere å følgje opp forslaget frå ein av våre informantar om å krevje meir sjukepleiefagleg IKT-bruk i sjukepleiarutdanninga. Studentane kan alt i praksisperioden vere gode førebilete og bidra til fornying av arbeidsprosessane på den aktuelle praksisplassen. Slik det er no, saknar sjukepleiestudentar ein kultur og støttestruktur kring bruk av IKT i arbeidet slik at dei får utvikla nødvendige IKT-ferdigheiter som sjukepleiarar (46-48).

Studien synleggjer vidare at lokale, delvis også individuelle praksisar, dominerer når det gjeld sjukepleiedokumentasjon og samhandling på tvers av forvaltningsnivå. Dette kan skuldast uklare, lite samordna eller manglande formelle rutinar for dokumentasjon og

systemet i åra 1999–2001 (49). I fylgje informantane hadde ikkje dette gjeve varig endring av dokumentasjonspraksisen. Det ligg nær å tru at sterkare føring på føretaks- og kommuneleiingsnivå kan redusere utviklinga av lokale praksisar, spesielt dersom sjukepleiarane i tillegg får ei kollektiv opplæring i korleis og kvifor dei må endre praksisen (45, 50). Men dette er tidkrevjande prosessar. Innføring av standardisert bruk av terminologi i sjukepleiedokumentasjonen krev systematisk arbeid over tid (22, 51-53). Det faktum at nokre av sjukepleiarane mista motivasjonen og slutta å skrive sjukepleieplanar på grunn av at sjukepleiekollegaane ikkje følgde opp, indikerer at den lokal sjukepleieleiinga verken er tilstrekkeleg tydeleg på å støtte slike initiativ, eller signaliserer klart kva praksis dei faktisk ønskjer.

AVGRENSINGAR

Studien er lokalisert til eitt fylke, med to sjukehus og to kommunar innanfor same helseføretak, og har såleis klare avgrensingar. Resultata kunne

blitt annleis ved gjennomføring av studien andre stader. Trass desse svakheitene, meiner vi at utfordringane studien har avdekket er eit viktig argument for at sjukepleietenesta bør førebu seg på ei framtidig elektronisk samhandling og korleis dette kan gjerast.

KONKLUSJON

Denne studien dokumenterer at intern sjukepleiedokumentasjon i delar av landet framleis

vert skriven i kronologisk rekkefølge med fritekst, utan å ta omsyn til at standardisert dokumentasjon kan bidra til auka kvalitet og gje eit betre utgangspunkt for elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivå. Det viktigaste aspektet ved denne studien er likevel at den peikar på nokre utfordringar ved slik praksis:

- Ustrukturert dokumentasjonspraksis opnar på liten grad for enkel gjenbruk av

EPJ-data til produksjon av samhandlingsinformasjon.

- Kunnskap og forståing for informasjonsbehova til samhandlande aktørar på tvers av forvaltningsnivå må styrkast.
- Tydelegare føringar frå institusjons- og føretaksnivå kan redusere omfanget av lokale og individuelle praksisar.
- Sjukepleieleiarar må skulerast i leing av lokale endringsprosessar og i integrering av IKT i eksisterande arbeidsprosessar.

REFERANSER

1. Lovdata. Lov om helsepersonell 2. juli 1999 nr. 64. (Helsepersonelloven). <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-0.html> [Nedlastet 07.03.12]
2. Lovdata. Forskrift om pasientjournal. 2001. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldes?doc=/sf/sf-20001221-1385.html> [Nedlastet 07.03.12]
3. KITH. Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Nasjonal standard. del 1. 2003. http://www.kith.no/upload/1101/R12-03DokumentasjonSykepleie-rev1_1-Nasjonal-Standard.pdf [07.03.12]
4. Helse og omsorgsdepartementet. Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse – og omsorgssektoren 2008–2013. Strategiplan. 2008. Oslo.
5. Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan. St.meld. 16 [2011–2015], 2011.
6. Helse og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. 47 [2008–2009], 2009.
7. Norsk senter for Elektronisk Pasientjournal. Oversikt over utbredelse og bruk av IKT i helsetjesnesten. EPJ Monitor 2008. Trondheim: NTNU, 2009.
8. Skarsgaard S, Lyngstad M. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. ELIN-k prosjektet – Sluttrapport. 2011, Norsk Sykepleierforbund og KS.
9. Brugman S, Maarud JW, Richter J, Vøyvik AG, Pran E, Venjum

- ML. Veileder for implementering av pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner. Akershus universitetssykehus HF, kommunene på Romerike og i Follo og Campus Kjeller: Oslo, 2012
10. Gjevjon ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:100–8.
11. Törnvall E. Carrying out Electronic Nursing Documentation: Use and Development in Primary Health Care. Linköping: University Medical Dissertations (Doktoravhandling), 2008.
12. Braaf S, Manias E, Riley R. The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:1024–38.
13. Stevenson JE, Nilsson G. Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68:667–76.
14. Bollig G, Ester A, Landro IS. Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem. *Sykepleien Forsking*. 2010;4:304–11.
15. Zegers M, de Bruijne MC, Spreuwenberg P, Wagner C, Groenewegen PP, van der Wal G. Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care? *BMJ Quality & Safety*. 2011;20:314–8.
16. Carlsson E, Ehnfors M, Ehrenberg A. Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with

eating difficulties. *Journal of Interprofessional Care*. 2010;24: 298–310

17. Carlsson E, Ehnfors M, Eldh AC, Ehrenberg A. Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;21:21–31.
18. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67:1858–75.
19. Thoroddsen A, Sigurjonsdottir G, Ehnfors M, Ehrenberg A. Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;1–8.
20. Hellesø R, Sørensen L, Lorensen M. Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. *International Journal of Integrated Care*. 2005;5:1–14.
21. Saranto K, Kinnunen UM. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65:464–76.
22. Müller-Staub M. Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2009;20: 9–15.
23. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Content and Completeness of Care Plans After Implementation of Standardized Nursing Terminologies and Computerized Records. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*.

2011;29:599–607.

24. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56:514–31.

25. Thoroddsen A, Saranto K, Ehrenberg A, Sermeus W. Models, Standards and Structures of Nursing Documentation in European Countries. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2009;146:327–31.

26. DIPS. Veiledende behandlingsplaner. 2012. <http://dips.no/nor/vare-losninger/klinisk-dokumentasjon/behandlingsplan> (Nedlastet 18.08.12)

27. Häyrinen K, Lammintakanen J., Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation–nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*. 2010;79:554–64.

28. Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:1826–38.

29. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, van der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66:2481–89.

30. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63:291–301.

31. Helsedirektoratet. Handlingsplan 2011 – Meldingsløftet i kommunene 2010–2011. Oslo: Avdeling eHels, 2011.

32. Andersen SS. Casestudier og generalisering: Forskningsstrategi og design. Bergen: Fagbokforlaget, 1997.

33. Yin RK. Case study research: design and methods. Thousand Oaks, Calif: Sage; 1994.

34. Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzel, 2009.

35. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

36. Vøxted S. Den nye mellemlæder. København: Hans Reitzel, 2007.

37. Hellesø R, Fagermoen MS. Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10:1–10

38. Westra BL, Delaney CW, Konicek D, Keenan G. Nursing standards to support the electronic health record. *Nursing Outlook*. 2008;56:258–66.

39. Danielsen B, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien*

Forskning, 2010;1:28–34.

40. Hellesø R, Sørensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*. 2005;74: 960–72.

41. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sjukehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten. Dokument nr 3:7 (2007–2008), 2008.

42. Paulsen B, Grimsmo A. God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sjukehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Trondheim: Sintef, 2008.

43. While A, Dewsbury G. Nursing and information and communication technology (ICT): A discussion of trends and future directions. *International Journal of Nursing Studies*. 2011; 48: 1302–10.

44. Melby L, Hellesø R. Elektronisk samhandling på tvers av helsetjenesten. Erfaringar frå fyrårnsprosjektene.: NTNU og Norsk senter for elektronisk pasientjournal, 2008.

45. de Veer AJE, Francke AL. Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47:846–54.

46. Jacobsen H, Andenæs R. Sykepleierstudentenes vei mot informasjonskompetanse. *Sykepleien Forskning*. 2011;6:238–44.

47. Ragneskog H, Gerdnert L. Competence in nursing informatics among nursing students and staff at a nursing institute in Sweden. *Health information and libraries journal*. 2006; 23: 126–32.

48. Bond SC. Nurses, computers and pre-registration education. *Nurse Education Today*. 2009; 29:731–4.

49. DIPS. Veiledende behandlingsplaner – pilotprosjekt. 2012. http://dips.no/nor/varelosninger/klinisk-dokumentasjon/behandlingsplan/id%C3%A9bank_-_veiledende-behandlingsplaner (Nedlastet 19.08.12).

50. Törnvall E, Wahren LK, Wilhelmsson S. Impact of primary care management on nursing documentation. *Journal of Nursing Management*. 2007; 15: 634–42.

51. Keenan G, Tschannen D, Wesley ML. Standardized Nursing Terminologies Can Transform Practice. *The Journal of Nursing Administration*. 2008; 38: 03–6.

52. Courtney KL, Alexander GL, Demiris G. Information technology from novice to expert: implementation implications. *Journal of Nursing Management*. 2008; 16: 692–9.

53. Törnvall E, Wahren LK, Wilhelmsson S. Advancing nursing documentation—An intervention study using patients with leg ulcer as an example. *International Journal of Medical Informatics*. 20