



Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal

En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon

3. utgave

februar 2007

Forord

Sykepleietjenesten står overfor utfordringer både i forhold til lovverk og teknologi. Det stilles større krav til dokumentasjon av sykepleie, og i denne sammenheng kan det være behov for noen avklaringer. Den enkelte sykepleier er ansvarlig for å sikre sin egen generelle IKT kompetanse og kunnskap om dokumentasjon.

Norsk Sykepleierforbunds Forum for IKT og Dokumentasjon (NSFID) fikk tildelt frie midler fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) til å utvikle «Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen» høsten 2001 og dette arbeid ble ferdigstilt i august 2002. I 2003 fikk styret midler til å foreta en revisjon av veilederen, hvor det ble foretatt strukturelle endringer. Vinteren 2007 foreligge det enda en ny versjon med endringer i strukturen og innhold. Temaer som ledelse, samhandling, informasjonssikkerhet og helsetilsynets arbeid er gitt mer oppmerksomhet.

Veilederen er skrevet primært for sykepleiere. Den skisserer noen generelle prinsipper og føringer som har betydning for arbeidet med å utvikle dokumentasjon av sykepleiernes helsehjelp.

Ragnhild Hellesø har skrevet kapitelet om samhandling, mens Heidi Fugli fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus har skrevet om tilsyns arbeid. Tidligere styremedlemmer har bidratt til veilederen og enkelte medlemmer i NSFID har bidratt med kommentarer og synspunkter.

Styret i NSFID håper at leserne finner veilederen nyttig når det skal utvikles gode systemer for dokumentasjon i en travel og utfordrende hverdag.

På vegne av styret sender vi en stor takk til alle bidragsytere.

Redaksjonskomiteen ved
Kathryn Mølstad
Anne May Mauritzen
Lilly Marit Angermo

31. januar 2007, Hamar

Innholdsfortegnelse

INTRODUKSJON	5
1.0 DOKUMENTASJON - PROSESS OG STRUKTUR	7
1.1 SYKEPLEIEPROSESSEN	7
1.2 INDIVIDUALISERT OMSORG OG PASIENTMEDVIRKNING	9
1.3 DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE I PASIENTJOURNALEN	10
1.4 KARTLEGGING AV BAKGRUNNSINFORMASJON OG PASIENTSTATUS.....	12
1.5 SYKEPLEIEDIAGNOSE.....	13
1.6 FORVENTET RESULTAT/SYKEPLEIEMÅL	14
1.7 SYKEPLEIETILTAK/INTERVENSJONER.....	14
1.8 RESULTAT/EVALUERING	15
1.9 STATUS VED UTSKRIVNING – SYKEPLEIESAMMENFATNING/EPIKRISE.....	16
1.10 VIPS – EN MODELL FOR DOKUMENTASJON	16
1.12. KULTURENS INNFLYTELSE PÅ DET FAGLIGE INNHOLDET I DOKUMENTASJONEN.....	17
1.12.1 Rapport/informasjonsutveksling.....	17
2. ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL (EPJ)	18
2.1 FORDELER VED INNFORING AV ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL.....	19
2.2 DOBBELTREGISTRERING	20
2.3 KVALITETSSIKRING AV DATAREGISTRERING	21
2.4 UTVIKLING AV ET MINIMUM DATASETTE	21
2.6 SYKEPLEIER, PASIENT OG PC.....	23
3.0 STANDARDISERT SPRÅK	23
3.1 STANDARDISERT SPRÅK I SYKEPLEIE	25
3.2 NANDA – NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION.....	26
3.3 NIC – NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION	26
3.4 NOC – NURSING OUTCOME CLASSIFICATION	28
3.5 SABAKLASS	29
3.5 ICNP® VERSJON 1	29
3.6 ANDRE KLASSEKATEGORISERINGSSYSTEMER I HELSETJENESTEN.....	30
3.6.1 <i>International Classification of Diseases (ICD)</i>	30
3.6.2 <i>International Classification of Primary Care (ICPC)</i>	30
3.6.3 <i>International Classification of Functioning and Health (ICF)</i>	30
3.6.4 <i>SNOMED CT</i>	31
4. BESLUTNINGSSTØTTE – ET HJELPEMIDDEL	31
4.1. FAGLIGE STANDARDER	32
4.2. FORVENTET FORLØP	33
4.3 VEILEDENDE SYKEPLEIEPLANER.....	33
5. SAMHANDLING	35
5.1 KOMMUNEHJELSETJENESTEN	35
5.2 SPESIALISTHJELSETJENESTEN	36
5.3 SAMHANDLING MELLOM SPESIALIST- OG KOMMUNEHJELSETJENESTEN	36
6.0 LEDELSE OG ENDRING	37
6.1 TEORETISK RAMME.....	38
6.2 ENDRING OG ENDRINGSSTRATEGIER	39

6.3 ENDRING OG LÆRING	40
6.4 MOTSTAND MOT ENDRING	41
6.5 TEORI KNYTTET TIL INNFORING AV IKT I EN ORGANISASJON.....	41
7. INFORMASJONSSIKKERHET	43
7.1 HOVEDOMRÅDER.....	43
8. FORMELLE KRAV TIL DOKUMENTASJON OG DOKUMENTASJONSSYSTEMER.....	45
8.1 LOVER	45
8.1.1 Lov om helsepersonell mv.	45
8.1.2 Lov om pasientrettigheter.....	46
8.1.3 Lov om helsetjenesten i kommunene	46
8.1.4 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.	46
8.1.5 Lov om psykisk helsevern	46
8.1.6 Lov om sosiale tjenester	46
8.1.7 Lov om helseregister	46
8.1.8 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker.....	47
8.1.9 Lov om arkiv m/forskrifter.....	47
8.2 FORSKRIFTER.....	47
8.2.1 Forskrift om pasientjournal	47
8.2.2 Forskrift om individuelle planer	47
8.2.3 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten	48
8.2.4 Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk ...	48
8.3 VEILEDERE	48
8.3.1 Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten.....	48
8.3.2 Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie.....	48
8.3.3 Veileder i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.	48
8.4 NASJONALE STANDARDER	49
8.4.1 EPJ-standard.....	49
8.4.2 Kravspesifikasjon for dokumentasjon av forskrivning og administrering av legemidler mv.	49
8.4.3 Kravspesifikasjon for elektronisk journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.	49
8.4.4 Kravspesifikasjon for dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen.....	50
8.4.5 Kravspesifikasjon for pleie- og omsorgssystemer.....	50
8.4.6 Noark-4-standarden (Norsk Arkivstandard)	50
8.5 TILSYNSMYNDIGHETENS ROLLE OG JOURNALFØRINGSPLIKTEN	51
LITTERATURLISTE.....	53
VEDLEGG 1.....	59
VEDLEGG 2.....	61
VEDLEGG 3.....	62
VEDLEGG 4.....	63
VEDLEGG 5.....	64
VEDLEGG 6.....	70

INTRODUKSJON

Pasienten har krav på kvalitet og kontinuitet. For å oppnå dette, trenger den enkelte helsearbeider tilstrekkelig og nødvendig informasjon. Elektronisk pasientjournal (EPJ) skal bidra til at kvaliteten på dokumentasjonen blir bedre, og at den blir lettere tilgjengelig for de som trenger den. God dokumentasjon gir også bedre grunnlag for forskning og ressursbesparelser (Ball m.fl., 2000). Sykepleierne må kjenne til og forstå hvilket forbedringspotensiale som finnes ved bruk av elektronisk dokumentasjon og samarbeid i helsetjenesten.

Et overordnet mål er at kvaliteten på den behandlingen og sykepleien den enkelte pasient mottar, skal være best mulig ut fra tilgjengelige ressurser. Utøvelsen av sykepleie skal være faglig forsvarlig og etterprøvable. God kvalitet på dokumentasjon av sykepleien er et virkemiddel for å oppnå dette. Målsetting for veilederen er å:

- Sikre pasientens helsehjelp gjennom god dokumentasjon.
- Skape felles plattform for strukturering av innhold i dokumentasjon av helsehjelp.
- Bidra til at dokumentasjon støtter klinisk praksis.
- Bidra til felles forståelse av begreper.
- Øke sykepleiernes kunnskap om EPJ, slik at sykepleiere kan delta i arbeidet med kravspesifikasjoner og systemutvikling.

Veilederen tar hensyn til både myndighetskrav og standard for elektronisk pasientjournal (EPJ). Hovedfokuset er Elektronisk Pasient Journal, men veilederen kan også brukes i forhold til papirbasert dokumentasjon.

Anbefalingene i etterkant av kapitlene er ment som råd fra NSFID. De representerer samlet sett en liste over momenter som bør være med i en faglig diskusjon rundt utvikling av dokumentasjonssystemene, og de må ses i sammenheng med teksten for øvrig. De angir også en retning for de valgene som må tas, basert på situasjonen i dag slik bidragsyterne ser den. Veilederen peker på noen av de viktigste områdene som bør vurderes og diskuteres når man skal utarbeide eller revidere kravene til dokumentasjon av sykepleie på det enkelte arbeidssted.

Fordi sykepleierne arbeider og dokumenterer innenfor svært ulike arenaer i helsevesenet, vil behovene for utvikling av dokumentasjon av sykepleie variere. Likevel må dokumentasjon av sykepleiernes helsehjelp inneholde et minimum av informasjon for å innfri de faglige og juridiske kravene som stilles til denne.

Den økte innflytelsen informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) har fått innen helsevesenet, har vært med på å bidra til at sykepleieprosessen har fått en ny renessanse fordi man ser nødvendigheten av systematikk for å utnytte IKT som verktøy (Moen, 1999). Målet med sykepleieprosessen er å flytte fokus fra medisinske diagnoser og oppgavesentrert sykepleie, til fokus på pasientenes reaksjon på sin sykdom og konsekvenser for dagliglivet. Man ønsker å finne fram til pasientenes individuelle behov og i større grad tilpasse sykepleien til den enkelte pasient (Kirkevold, 1992). I det første kapitlet i veilederen vil vi se nærmere på forholdet mellom sykepleieprosessen og dokumentasjon.

I kapittel 2 diskuteres fenomenet EPJ, som er meget komplekst. Utviklingen og innføringen av elektronisk pasientjournal vil i årene fremover medføre endrede rutiner og innhold i dokumentasjon. Det pågår arbeid med dette både nasjonalt og internasjonalt. Det er viktig at sykepleiernes dokumentasjon av helsehjelp avspeiler ansvar og funksjon, og at den kan fungere som en naturlig del av sykepleien til pasientene. For å sikre dette, må personellet i sykepleietjenesten fortsatt bidra med sin unike sykepleiefaglige kompetanse og engasjere seg aktivt i den videre utvikling.

Bruk og utvikling av standardisert språk er diskutert i kapittel 3. I fremtiden vil det gis mer oppmerksomhet rundt dette tema, og det er derfor viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om dette. Behov for beslutningsstøtte er økende, og ulike metoder for dette er gjennomgått. Disse verktøyene skal angi normer for god praksis innen ulike områder og dermed sikre at kvaliteten holder mål.

Kapittel 4 handler om viktigheten av beslutningsstøtte for sykepleierne.

Elektronisk samhandling skal bidra til at de tjenestene pasienten får innenfor kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten henger sammen som en enhetlig kjede. Vi vil i denne veilederen (kapittel 5) illustrere noen av de problemene manglende eller unøyaktig informasjonsutveksling kan medføre for pasienter; først i kommunehelsetjenesten, så i spesialisthelsetjenesten og deretter i samhandlingen mellom disse to tjenestene.

Å implementere et EPJ-system er en tid- og ressurskrevende oppgave. I kapittel 6 er det beskrevet endringsprosesser. Lederen må sette av tid til å gå aktivt inn i prosessen og følge opp fortløpende. Det vil også være nødvendig å arbeide med innhold i dokumentasjonen parallelt med fokus på arbeidsprosesser, opplæring i IKT og den aktuelle applikasjonen.

Det gis en enkel innføring i temaet informasjonssikkerhet i kapittel 7.

I det siste kapitlet er lover og forskrifter kort nevnt. I denne versjonen er helsetilsynsarbeid og metode beskrevet.

1.0 DOKUMENTASJON - PROSESS OG STRUKTUR

Dokumentasjon og kvalitetsforbedrende arbeid har en helt sentral plass i sykepleietjenesten. Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven stiller krav til kvalitet. Utøvere av sykepleie har et etisk og faglig ansvar for å yte tjenester av høy kvalitet til pasienten. Pasienter eller hjelpetrequende og pårørende, representerer den svake part og står i et avhengighetsforhold til yrkesutøverne. Å teste og arbeide for en bedret kvalitet på tjenesten er påkrevd fordi helsetjenestens primære oppgave er av humanitær karakter (Lerheim, 1980). I de senere år stilles sykepleietjenesten overfor økte krav om pasientmedvirkning og at pasienten skal kunne ta ansvar for egen helse, som bl.a. ses ved oppretting av lærings- og mestringssentre. Dokumentasjonen skal dessuten synliggjøre god pasientsentrert og etisk forsvarlig sykepleie (Kärkkäinen 2005).

Det har de siste 10 årene vært flere studier i Norge som har vist at sykepleiernes dokumentasjon sjelden holder mål. Kun en del av pasientens problemer ble dokumentert, eller dokumentasjonen var ikke hensiktsmessig (Dahl 2001, Drange 2002, Stokke 1999). Dokumentasjon skal tjene flere formål, men «Omvårdnadsdokumentationens viktigaste funktion är att vara ett arbetsunderlag för vårdpersonalen i det direkta vårdarbetet» (Ehnfors et. al 2000, s. 35). Det blir derfor viktig at innholdet er av en slik art at det understøtter kontinuiteten og kvaliteten. Sykepleieprosessens faser og struktur er et hjelpemiddel for å sikre kvaliteten av dokumentasjon.

1.1 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er en problemløsningsprosess og en mellommenneskelig- og samhandlingsprosess. *”Når en skal beskrive karakteristiske trekk ved sykepleiens atferd, må en legge vekt på så vel handlemåten som væremåten. Dette kan prinsipielt beskrives som problemløsning og samhandling. Til sammen dekker disse begrepene innhold i sykepleieprosessen”*(Andersen i Kristoffersen 1995). Den mellommenneskelig del av sykepleieprosessen er avhengig av blant annet sykepleierens ansvarsfølelse, respekt, personlig engasjement og empati.

Ida Jean Orlando (1961) fremhevet at samhandlingen mellom pasient og sykepleier var av avgjørende betydning for å fremme helse eller lindring. Sykepleieren må sammen med pasienten bestemme om de handlinger som blir planlagt eller iverksatt, har relevans for pasientens behov. Sykepleieren skal vurdere om handlingene er effektive, og om pasientens problemer er redusert, lindret eller fjernet.

Sykepleieprosessen er et rammeverk for vurdering og utførelse av sykepleie og bygger på en problemløsningsprosess. Dette omfatter en strukturering av informasjonsinnhenting, sykepleiediagnostisering, planlegging og gjennomføring av sykepleietiltak og evaluering av resultat. Pasientens egenopplevelse av helse er vektlagt. Sykepleieprosessen danner grunnlaget for sykepleie og gir en struktur for synliggjøring og dokumentasjon av sykepleie (Meleis 1997). Dokumentasjon av informasjon innhentet i de enkelte fasene av prosessen er en viktig forutsetning for kontinuitet og kvalitet i sykepleien (Dahl 2002, Drange 2002, Lofthus 1998).

Sykepleieprosessen	Beskrivelse av fasene:
Fase 1 Vurderingsfasen	Identifisering og definering av pasientens ressurser, problemer og behov, og vurdering om disse har gyldighet. Vurderingen av gyldighet gjøres i samarbeid med pasienten. Informasjonen innhentes via en systematisk datasamling som baseres på pasientens subjektive opplevelse, og på sykepleierens objektive vurderinger og observasjoner. Vurdering av problemer og behov krever at sykepleierens teoretiske og praktiske kunnskapsgrunnlag blir anvendt.
Fase 2 Planleggingsfasen	Består av problemprioritering, målsetting og valg av sykepleietiltak eller intervensjon, ut i fra pasientens ressurser. Med problemprioritering menes at sykepleier sammen med pasienten rangerer problem og behov. Målsettingen avgjøres av hva man ønsker å oppnå. Målsettingen bør være tidsavgrenset. Ved valg av sykepleietiltak (intervensjon) bestemmes hvilke handlinger som skal iverksettes. Disse må samsvare med målene. Tiltakene (intervensjonene) må tilpasses den enkelte pasients ressurser og behov.
Fase 3 Handlingsfasen	Iverksetting og gjennomføring av sykepleietiltakene (intervensjoner). Tiltakene krever samhandling med pasienten og skal føre til at mål og resultat oppnås.
Fase 4 Evalueringsfasen	Evaluering av prosessen. Forutsetningen for å evaluere er at det er satt opp konkrete mål. Var vurderingen av problemene og behovene korrekte? Var problemprioriteringen riktig? Fungerte de iverksatte og gjennomførte tiltakene? Denne prosessen foregår hele tiden både i forhold til nye og gamle data. Hensikten er å vurdere fortløpende om sykepleien som blir gitt er effektiv, og eventuelt endrer strategiene der det er nødvendig.

(Lyngstad 2002)

Dokumentasjon av sykepleie har vært praktisert siden Nightingale, men det er likevel ikke lenger tilbake enn til 2001 at denne praksis ble lovfestet for sykepleiere. Det er flere lover som nå regulerer dokumentasjon av helsehjelp, og de viktigste er: Helsepersonelloven, Forskrift om pasientjournal og Pasientrettighetsloven. De gir føringer for hva som skal dokumenteres i pasientens journal. De mest sentrale føringene er knyttet til pasientens rett til informasjon og medvirkning, og helsepersonell sin plikt til å dokumentere selvstendig helsehjelp.

I Forskrift om pasientjournal § 8 (Helse- og sosialdepartementet, 2000) er det konkretisert krav til journalens innhold, og der står det blant annet at pasientstatus ved innleggelse og utskrivning, ...pleie som settes i verk og resultatet av dette (ibid. ledd e) og f)) skal dokumenteres. Det stilles også eksplisitte krav til hvilke trinn i helsehjelpen som skal dokumenteres. Relatert til dokumentasjon av sykepleie framgår det at de ulike leddene i sykepleieprosessen skal dokumenteres. Tabellen synliggjør at kravene i forskrift om pasientjournalen bygger på en allerede etablert dokumentasjonspraksis i sykepleie.

Sammenligning mellom sykepleieprosessen og forskrift om pasientjournalen § 8, etter Lyngstad (2002)

Sykepleieprosessen	Forskrift om pasientjournalen § 8
--------------------	-----------------------------------

Vurderingsfasen	Årsak til helsehjelp Pågående behandling Beskrivelse av pasientens tilstand Status ved innleggelse Foreløpig diagnose Diagnose
Planleggingsfasen	Plan for videre oppfølging Individuell plan
Handlingsfasen	Observasjon Undersøkelse Behandling Behandlingsforløp Pleie og omsorg Råd og informasjon Annen oppfølging
Evalueringsfasen	Resultater Status ved utskriving Årlig status hos langtidspasienter Epikrise, utveksling av informasjon med annet helsepersonell.

Mer utfyllende liste over lover, forskrifter og veiledere finner du i kapittel 8.

Selv om sykepleieprosessen er mye brukt som modell for sykepleieplanlegging, hersker det uenighet om hvorvidt den gir det beste grunnlaget for dokumentasjon. Det kan være tidkrevende å dokumentere alle trinnene i prosessen, og den kan oppfattes som en for rigid metode (Ehnfors et al. 1998). Mange sykepleiere har problemer med å anvende sykepleieprosessen i praksis, og det er ikke alltid den reflekterer arbeidsprosessene i sykepleie (Allen 1998).

Det finnes forskjellige metoder for dokumentasjon: hendelsesbasert, problem- eller prosessbasert dokumentasjon og dokumentasjon ved avvik. Uansett hvordan man velger å dokumentere, må trinnene i sykepleieprosessen dokumenteres på en måte som sikrer at sammenhengen mellom dem fremgår.

Sykepleieprosessen integrert i et EPJ-system skal være et hjelpemiddel, og det bør derfor ikke bli noen motsetningsforhold mellom disse. Beslutningsstøtte i form av veiledende sykepleieplaner, maler eller klassifikasjonssystemer kan gjøre det lettere å dokumentere de ulike trinnene i sykepleieprosessen. Det er imidlertid avgjørende at beslutningsstøtten som gis, er utformet slik at det skal tilpasses individuelt den enkeltes pasients behov og ønsker.

1.2 Individualisert omsorg og pasientmedvirkning

Et av målene en ønsker å oppnå ved å bruk sykepleieprosessen er individualisert omsorg. Individualisert omsorg blir i teoretisk litteratur beskrevet som en essensiell komponent i sykepleie (Meleis, A. 1997). Virginia Henderson understreker dette når hun i sin definisjon av sykepleierens særegne funksjon sier at det er: «... å hjelpe personer, syke eller friske, med de daglige gjøremål, som de selv ville ha gjort om de hadde hatt nødvendige krefter, kunnskap og vilje» (Fagermoen og Nord 1998). Forskning har vist at sykepleiere som klarer å utvikle individualiserte omsorgsstrategier, bidrar til å 1) fremme helse, 2) heve kvalitet på pleien og 3) opprettholde funksjonsnivå og autonomi. I tillegg gir det gevinst i form av tid til rådighet

for pasienten, livskvalitet og pasienttilfredshet (Suhonen et al. 2002). Sykepleie er fundamentert på at sykepleieren klarer å få tak i hvilke plager pasienten har og hva han ønsker å få hjelp til. Det å kjenne pasientens behov og ønsker er grunnleggende for å nå målene for sykepleien. I den sammenheng er det rimelig å anta at sykepleien til den enkelte pasient blir bedre om de problemstillingene som vi jobber med, er relevante for pasienten.

Pasientmedvirkning er et av virkemidlene for å oppnå individualisert omsorg. Ideen om å ta vare på pasientens interesser er ikke ny innenfor behandling og omsorg, men måten en forholder seg til pasienten på har forandret seg mye de siste årene. I nyere forskning og litteratur finner en henvisninger til at pasienterfaringer med helse og problemer er å regne som en gullstandard (Malterud og Hollnagel 2004, Kennedy 2003, Jack et al. 2003, Larsen et al. 2004). I det ligger det en anerkjennelse av den individuelle erfaringen som den enkelte pasient gjør seg i forbindelse med sykdom og plager. Sykdom er en subjektiv erfaring som påvirker pasientens livsverden, og «Livsverdenperspektivet anvendt i helsetjenesten retter søkelyset på at pasienters gjennomlevde sykdom og lidelse kan være forskjellig fra den generaliserte objektive oppfatning som en finner i faglitteraturen og blant helsepersonell» (Vatne 1998). Kennedy (2003) skriver i sin artikkel at det er to typer kunnskap som møtes i relasjonen mellom klinikere og pasienter. Begge er eksperter på hvert sitt område. Klinikeren er ekspert på kliniske anliggender, mens pasienten er ekspert på sine egne erfaringer, ønsker, håp og frykt.

I «Pasienten først» (NOU 1996) beskrives 10 grunnleggende prosesser hvor pasienten bør forvente å bli tatt med i forhold til informasjon og medvirkning i møte med helsevesenet. For at en skal kunne snakke om pasientmedvirkning, er det en forutsetning at pasientens egenopplevelse og preferanser blir anerkjent og integrert i pasientbehandlingen (Ruland 2005). Studier har vist at den informerte og deltagende pasient er mer fornøyd, har bedre helse status og redusert sosial isolasjon (Braud et al. 2003, Suhonen et al. 2002, Ruland 2005).

Det er gjort studier på hva som fremmer og hemmer pasientmedvirkning. Noen viktige faktorer å trekke frem i forhold til det som virker fremmende er: om helsepersonell oppmuntrer til deltagelse, om pasientene blir behandlet som likeverdige og om helsepersonell har nok tid til pasienten. Hemmende faktorer er om pasienten opplever å bli behandlet upersonlig, om behandlingen er rutinepreget eller om det er mangel på tid. Faktorer ved pasienten som kan hindre deltagelse er likegyldighet, psykisk ubalanse eller sjenanse (Gerteis et al. 1993, Ruland 1999, Ruland 2005).

Pasienter og pårørende ser også likebehandling som viktig. Likebehandling knyttet til dokumentasjon av sykepleie kan ses som en påminnelse om behovet for en gjennomgang av det språket en benytter i dokumentasjonen. Språket skal være entydig og dermed ha samme betydning hver gang det brukes. Det krever økt grad av standardiseringer i det språket som benyttes i dokumentasjonen. Når utøverne har samme forståelse av begrepet hver gang det brukes, vil det øke både sikkerheten og forutsigbarheten i pleien. Dokumentasjonen skal være preget av en samordning og struktur som gir forutsigbarhet og kontinuitet både for den som skal skrive og for pasienten.

1.3 Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen

Dokumentasjon skal synliggjøre sykepleie som er gitt. Dokumentasjonen skal være målrettet og med systematiske nedtegnelser over pasientens helseproblemer, de vurderinger som legges

til grunn for tiltak som iverksettes og valg av tiltak og resultat av disse. Dokumentasjonen skal synliggjøre ansvar, bidra til individualisering av sykepleien og kvalitet i det sykepleiefaglige handlingsforløp.

Dokumentasjonen skal vise kontinuitet i oppfølging av pasienten og koordinering av pasientrettede tiltak, men samtidig gi mulighet til å vurdere og evaluere effekt av sykepleietiltak. For at sykepleie kan sies å være av god kvalitet, må det kliniske arbeidet være kunnskapsbasert, omsorgsfullt, systematisk og nøyaktig. At det er omsorgsfullt innebærer at det tas hensyn til pasientens ønsker, og at man legger opp til et samarbeid der pasienten deltar aktivt etter evne.

Risiko for redusert kvalitet oppstår hvis dokumentasjonen ikke følges opp av sykepleierne, hvis dokumentasjonen er sporadisk og/eller mangelfull, eller at man på arbeidsstedet har mangelfulle rutiner for dokumentasjon. Komplisert eller mangelfull struktur på dokumentasjonssystemet gir ofte brudd i kontinuiteten. Manglende eller for enkel struktur gjør at en vil miste nødvendig og viktig informasjon. Innholdet i dokumentasjonen skal være slik at alle med innsynsrett kan bedømme og vurdere det sykepleiefaglige handlingsforløp, inklusive ansvarsforhold.

Dokumentasjonen må være detaljert nok til at alle som yter helsehjelp kan forstå sykepleiediagnosen og tiltakene (intervensjonene). Sammenhengen mellom observasjoner, vurderinger, tiltak (intervensjon) og resultater må framgå. Vi velger å bruke begrepet sykepleietiltak. I enkelte klassifikasjoner, som for eksempel NIC (Nursing Intervention Classification), brukes begrepet intervensjon. Intervensjoner beskriver overordnede tiltak med tilknyttede aktiviteter. Se for øvrig kapittel 3 om Standardisert språk..

Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen skal, sammen med dokumentasjonen fra annet helsepersonell, gi grunnlag for å svare på spørsmål som:

- Hvorfor og når ble tiltak iverksatt eller ikke iverksatt?
- Hvem besluttet?
- Hvem gjennomførte beslutningen, og hva ble følgene?
- Hva visste pasienten om sin situasjon?

Dette er sentrale spørsmål i forhold til så vel medisinske diagnoser og behandling, som selvstendige sykepleiefaglige vurderinger og handlinger. Den som har observert, mottatt opplysninger eller gjennomført en handling, skal som hovedregel selv dokumentere (sykepleier, hjelpepleier eller andre faggrupper). Det skal også være mulig å identifisere hvem som til enhver tid har hatt det sykepleiefaglige ansvaret, hvilke tiltak som er utført og konsekvensene av disse.

Dokumentasjonen skal reflektere pasientperspektivet ved å gjengi pasientens ønsker og kommentarer, mens systematikken ivaretas gjennom strukturering av den skriftlige informasjonen. Dokumentasjonen i en elektronisk pasientjournal skal i tillegg være et informasjons- og kommunikasjonsverktøy for helsepersonell og grunnlag for forskning, kvalitetssikring, internkontroll, opplæring og ledelsesinformasjon (Lov om helsepersonell, 2001).

Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen skal:

- Inneholde systematiske nedtegnelser av pasientens helseproblemer, observasjoner og tiltak/intervensjon, vurderinger som legges til grunn, og resultater av disse tiltakene.

- Gi beslutningsstøtte til planlegging av sykepleien.
- Kunne brukes til evaluering av kvaliteten av sykepleie og resultatorientering.
- Bidra til kontinuitet i sykepleieutøvelsen og koordinering av pasientrettede tiltak.
- Danne grunnlag for forskning og fagutvikling.
- Være et juridisk dokument og kilde for tilsynsmyndigheter.

(Hellesø 2000, Ruland 2000).

Sykepleiere skal dokumentere når de vurderer, beslutter og utfører handlinger som ikke er utført etter delegasjon fra lege. Forberedelse, gjennomføring og oppfølging av forordnet diagnostikk eller medisinsk behandling – der det kreves at sykepleieren gjør selvstendige vurderinger, beslutninger eller justeringer – skal det også dokumenteres. Pasientjournalen skal være et arbeidsdokument som brukes gjennom hele dagen. Tidligere registrerte relevante opplysninger, vurderinger og planlagte tiltak må lett kunne hentes fram.

For å bevare og utvikle kvaliteten på dokumentasjon av sykepleie må den jevnlig evalueres. Evalueringen skal avdekke om systemet en har, og måten en dokumenterer på, fanger opp tilstrekkelig og nødvendig informasjon. Dette må gjøres enten systemet er papirbasert eller elektronisk for å kunne overvåke og rapportere om kvaliteten av tjenesten. Ved utvikling av metoder for å evaluere dokumentasjonssystemet bør det fokuseres både på struktur og innhold i dokumentasjonen.

1.4 Kartlegging av bakgrunnsinformasjon og pasientstatus

Kartleggingsnotater eller innkomstnotat er en systematisk datasamling om pasienten, og er dermed det første leddet i vurderingsfasen. Hvilke data det er behov for ved de forskjellige virksomheter, vil variere. Journalforskriften krever at opplysningene skal være relevante og nødvendige. Ledelsen i den enkelte virksomhet har et ansvar for å avklare hvilke opplysninger som skal registreres.

Journalforskriften slår fast at bakgrunn for helsehjelp, status ved innleggelse, observasjoner og funn skal dokumenteres. For å yte sin del av helsehjelpen må opplysninger som sykepleier har innhentet og dokumentert, beskrive pasientens helsetilstand og vurdere behovet for sykepleie. Sykepleieanamnese og sykepleiestatus ved innkomst bør inngå i et Sykepleiefaglig innkomstnotat/kartleggingsnotat.

Det bør lages praktiske innholdsmaler som lett kan hentes fram. En innholdsmal er et fastlagt arbeidsmønster som gir omrissene av det dokument som skal opprettes. Systemansvarlige på enheten kan utarbeide malen med de overskrifter, avsnitt og struktur som kreves for å dokumentere ønskede data. Dette danner grunnlag for vurderinger, tiltak m.m. som skal dokumenteres senere. Utarbeidelse av innholdsmaler krever god kunnskap både innen fag og IKT.

Personopplysninger, opplysninger om pårørende, bosted, medisinsk diagnose, kontaktpersoner m.m. vil vanligvis være lagret et annet sted i EPJ-strukturen og skal ikke gjentas her, med mindre det har direkte relevans til tiltakene. Innhenting av relevante opplysninger kan følge fra før definerte maler, men det viktigste er at det blir praktisk anvendbart for den praktiserende sykepleier og virksomheten.

Det er en forutsetning at man ikke innhenter og registrerer samme informasjon flere ganger. Relevante data bør være tilgjengelig for dem som har behov for det, så snart dataene er registrert. Sykepleieren må ha tilgang til andre yrkesgruppers dokumentasjon.

Pasientens ressurser er avgjørende for valg av ønsket resultat og tiltak. En systematisk registrering av pasientens ressurser vil naturlig inngå i et sykepleiefaglig inntakstnotat/kartleggingsnotat. Ved å ta utgangspunkt i ressursene blir pasientens identitet og selvaktelse bekreftet. Pasienten kan også ha ytre ressurser som det er viktig å dokumentere.

1.5 Sykepleiediagnose

Etter å ha kartlagt pasientens problemer, ressurser eller risikoer for helsesvikt, er det viktig å sette et mål for sykepleien som skal gis til pasienten. Det innebærer en analyse og prioritering av de data som ble innhentet under vurdering av pasienten og dokumentert i sykepleiefaglige kartleggingsnotatet.

Bruk av begrepet sykepleiediagnose er forholdsvis nytt i Norge. Det har vært reist en del kritikk mot begrepet, men det har etter hvert fått fotfeste både i nasjonale og internasjonale sykepleiemiljøer. Hovedkritikken mot bruken av begrepet går dels på at det leder tanken bort fra sykepleie og over mot medisinsk språkbruk, og dels på at det kan virke statisk og muligens reduksjonistisk (Ehnfors et al. 1998).

En sykepleiediagnose baseres på innsamlede data og sammenfatter ulike typer informasjon på samme måte som en medisinsk diagnose. Diagnosen gir ikke all informasjon om den aktuelle pasienten, men den gir en beskrivelse som angir retningen for tiltakene (intervensjonene). En pasient kan ha flere ulike sykepleiediagnoser.

En sykepleiediagnose må bygge på spesifikke kjennetegn som er dokumentert gjennom forskning eller erfaringsbasert kunnskap. De data man bygger sin sykepleiediagnose på skal også nedtegnes i journalen, slik at en annen sykepleier som leser journalen skal kunne komme fram til samme diagnose.

Det er tre viktige kriterier for sykepleiediagnoser:

- Det handler om et problem eller behov som kan avhjelpes med sykepleie.
- Problemet eller behovet baseres på dokumenterte innsamlede data.
- Sykepleiediagnosen utvikles i samarbeid med og bekreftes av pasienten der dette er mulig.

Sykepleiediagnosen kan være en del av en veiledende sykepleieplan. Sykepleiediagnoser kan også utformes i fritekst eller hentes fra et sett med forhåndsdefinerte diagnoser som for eksempel ICNP (International Classification for Nursing Practice), NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Nursing Diagnoses, m.fl.

Det er hensiktsmessig å formulere sykepleiediagnosen slik at problem, årsak og symptom framkommer i diagnosen.

Eksempel:

Søvnproblemer relatert til kreftdiagnose som fører til tretthet.
(Ehnfors et al. 1998)

P(R)ES-strukturen er en internasjonalt anerkjent metode å bruke for å formulere sykepleiediagnoser.

Det kan formuleres tre typer sykepleiediagnoser:

Problemdiagnose, risikodiagnose og ressursdiagnose.

Problemdiagnose tar utgangspunkt i et allerede kjent problem hos pasienten. Det er meningen å kunne vise til de logiske sammenhengene mellom de forskjellige problemområdene til pasienten.

Eksempel:

Problemer med å sovne relatert til sterke smerter som fører til tretthet og nedsatt matlyst.

Risikodiagnoser tar utgangspunkt i pasientens status og sykepleierens kunnskap om det pasient skal gjennom. Dette er et område som er underrepresentert i sykepleiernes dokumentasjon, men hvor sykepleierens kunnskap er viktig for nettopp å begrense potensielle plager og problemer for pasienten og dermed sikre en raskere rehabilitering.

Eksempel:

Risiko for immobilisering relatert til smerter og kvalme.

Ressursdiagnose er en annen måte å fokusere på pasientens ressurser (beskriver ressurser relatert til et problem). En ressursdiagnose tar tak i pasientens ressurser og bruker den for å oppnå et helsemessig resultat.

Eksempel:

Er motivert til å ta over ansvaret for administrering av sine medisiner.

1.6 Forventet resultat/sykepleiemål

Beskrivelse av forventet resultat/mål for sykepleien skal dokumenteres. Av rent logiske og profesjonelle hensyn er det nødvendig å presisere ønsket resultat for å vite hva man vil oppnå, for dermed å kunne overveie hvilke tiltak som bør settes inn. Et ønsket resultat må kunne måles, derfor må det være realistisk, konkret, motiverende og ha et tidsaspekt. Et ønsket resultat bør videre være basert på prognostiske vurderinger (Bjørkdahl 1999) og være koblet opp mot de tiltak som planlegges.

Eksempel:

Går opp og ned trapper med stökk innen 4 uker.

Sykepleiens resultatområde ligger innenfor:

Funksjonsevne, helsestatus, mestring og velvære.

Å sette ord på sykepleieresultatet og få til målbare resultater i sykepleien er en stor utfordring. God trening i å dokumentere etter sykepleieprosessen er en forutsetning for å kunne evaluere sykepleieplanen under pasientens opphold (Bjørvell 2002).

1.7 Sykepleietiltak/intervensjoner

Planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av sykepleietiltak er helt nødvendig for å ha en synlig sykepleietjeneste (Warren, 2003). Tiltakene viser hva sykepleiere gjør for å bidra til pasientresultater. Definerede fokus og mål er grunnlaget for å velge hensiktsmessige sykepleietiltak. Sykepleieprosessen danner således grunnlaget for sykepleie og gir en struktur for synliggjøring og dokumentasjon av sykepleie (Meleis, 1997).

Begrepet sykepleierintervensjoner er et samlebegrep for ulike begrep som tiltak, handling, behandling, terapi og aktivitet. Til forskjell fra enkelttiltak består sykepleieintervensjoner av en rekke ulike aktiviteter som bevisst er satt sammen for å løse et helseproblem. Dette omfatter:

- Selvstendige tiltak initiert av sykepleieren selv som resultat av en sykepleiediagnose.
- Samarbeidende tiltak der andre helsearbeidere også deltar.

- Delegerte tiltak der sykepleieren utfører forordnede tiltak fra lege eller andre samarbeidspartnere i behandling av pasientene.

Det omfatter også utførelse av daglige, essensielle funksjoner for pasienten og som pasienten ikke selv kan utføre (Heggdal 1999).

Tiltak kan beskrives med fritext eller hentes fra klassifikasjonssystemer, veiledende sykepleieplaner, forventede forløp, prosedyrer og andre retningslinjer. Detaljeringsnivået må være slik at kontinuiteten kan ivaretas. Som hovedregel skal dokumentasjonen av sykepleieintervensjoner/tiltak angi:

- Hva som skal gjøres.
- Hvordan det skal gjøres.
- Hvem som skal gjøre det.
- Når det skal gjøres.

Ifølge journalforskriften skal behandling, sykepleie og annen oppfølging som settes i verk, dokumenteres i pasientjournalen. Forskriften sier videre at råd og informasjon gitt til pasient og pårørende skal dokumenteres. Overveielser som har ført til tiltak som avviker fra gjeldende retningslinjer, skal også dokumenteres. Det bør i tillegg komme fram hvilke planlagte tiltak som eventuelt ikke ble iverksatt, og hvorfor de ikke ble iverksatt.

Å dokumentere sykepleietiltak innebærer med andre ord å beskrive tydelig hvilke tiltak som planlegges gjennomført, hvilke tiltak som har blitt gjennomført, eventuelle avvik fra planen og begrunnelser for disse.

Uansett om man benytter prosedyrer, veiledende sykepleieplaner eller klassifikasjonssystemer, er det i tillegg viktig å dokumentere en individuell tilpasning til den enkelte pasient (Heggdal 1999).

1.8 Resultat/evaluering

Ifølge journalforskriften skal resultat av de forskjellige tiltak dokumenteres i EPJ. Dersom et ønsket resultat er tilstrekkelig presist formulert, vil det være forholdsvis enkelt å vurdere om resultatet er oppnådd.

Ved evaluering kartlegges pasientens respons sykepleie og annet behandling. Evalueringen skal gi et grunnlag for forandring og utvikling ved å vurdere om ønsket resultat er helt, delvis eller ikke nådd. Evaluering innebærer å:

- Samle data.
- Vurdere effekten av sykepleie.
- Anbefale forbedringer.
- Dokumentere.

Ifølge Heggdal (1999) har evaluering følgende viktige kjennetegn:

- Evaluering er systematisk og gjøres kontinuerlig.
- Pasientens respons på intervensjoner dokumenteres.
- Effekten av intervensjoner dokumenteres i forhold til ønsket resultat.
- Pasient, helsepersonell og pårørende er involvert i evalueringsprosessen.
- Nye data om pasienten benyttes til å revidere sykepleiediagnoser, ønsket resultat og tiltak.
- Endring dokumenteres i sykepleieplan.

Evalueringen skal beskrive om og hvorfor et ønsket resultat er oppnådd eller ikke. Var målet realistisk eller urealistisk? Har intervensjonene blitt gjennomført på riktig måte? Var ikke intervensjonene de riktige til dette formålet?

1.9 Status ved utskrivning – Sykepleiesammenfatning/Epikrise

Pasientjournalforskriftens § 8 krever at uttalelser som gis om pasienten, status ved utskrivelse, og all informasjon som utveksles med annet helsepersonell skal dokumenteres. I forskriftens § 9 presiseres det at ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp.

Sykepleiere skriver sammenfatning av den helsehjelp som sykepleier har hatt ansvar for, med tanke på anvendbarhet for den som skal følge opp pasienten etter utskrivelse. Det skal skrives resymé av den helsehjelp som er gitt (sykepleiers del av denne), pasientens status (resultat av sykepleieintervensjon), sykepleiers vurdering av eventuelle oppfølgingsbehov, og det skal tydelig gå fram hvem som mottar kopi av dokumentet.

Epikrise bør følge pasienten ved utskrivelsestidspunktet. Pasientens status ved utskrivning skal beskrives, uavhengig av om pasienten skal ha oppfølging annet sted.

1.10 VIPS – en modell for dokumentasjon

VIPS er en dokumentasjonsmodell som bygger på sykepleieprosessen. Modellen er utviklet på bakgrunn av forskning på sykepleiedokumentasjon (Ehnfors et al. 2000). Det foreligger gode resultater av undersøkelser om validitet og reliabilitet og den er brukt i mange studier for å evaluere dokumentasjon av sykepleie (Bjorvell et al. 2000; Bjorvell et al. 2003; Ehrenberg et al. 2001; Stokke & Kalfoss 1998).

VIPS er et akronym som står for Velbefinnende, Integritet, Profylakse og Sikkerhet. Disse fire nøkkelbegrepene finnes i ulike former i en stor del av sykepleielitteraturen og representerer innholdet i sykepleie. Modellen bygger ikke på en spesiell sykepleieteori eller definisjon. Den kan dermed benyttes sammen med ulike teoretiske perspektiver, dokumentasjonssystemer og innenfor ulike spesialområder (Ehnfors et al. 1998).

Modellen bidrar til en type ensretting av innholdet i sykepleiernes dokumentasjon ved å gi standard termer for funksjonsområder hos pasienten og tiltaksområder for sykepleietiltak (Bentzen 2001), og består av en struktur på tre nivåer. Disse tre nivåene er: (1) «Hovedsøkeord» – som er en gjenspeiling av sykepleieprosessen, (2) «Søkeord» – som er en definering av innholdet i de enkelte delene av sykepleieprosessen og (3) «Undersøkeord» – som er eksempler på innhold under hvert søkeord.

Hensikten med å benytte søkeord er å bedre tilgjengeligheten og oversikten i dokumentasjonen (Ehnfors et al. 1998). Det blir lettere å finne informasjonen og å følge pasientenes problemer eller behov over tid. VIPS-modellen kan også kombineres med klassifikasjonssystemer. Sykepleietjenesten ved universitetssykehusene har valgt å basere sin dokumentasjon på VIPS-modellen. I tillegg vurderer flere kommuner å ta modellen i bruk.

Handlingsbegrepene i VIPS-modellen er forankret i empirisk forskning. Søkeordene for sykepleietiltak i modellen er definert i 10 kategorier:

Medvirkning, Informasjon/undervisning, Støtte, Miljø, Stell/egenomsorg, Trening, Observasjon/overvåking, Spesiell sykepleie, Legemiddelhåndtering og Koordinering.

Under hver kategori er det gitt eksempler på type tiltak som inngår i kategorien (Ehnfors et al. 2000). Grobe & Hughes (1993) brukte blant annet disse 10 tiltakskategoriene for å validere de domene de hadde kommet frem til i Nursing Intervention Lexicon & Taxonomy (NILT).

Tiltaksområdene brukes i dag som en hjelp til å kvalitetssikre innhold i blant annet veiledende sykepleieplaner. Ved å strukturere tiltakene etter tiltakskategoriene i VIPS får en raskt en oversikt over type tiltak som er planlagt og ev. tiltak som er fraværende.

1.12. Kulturens innflytelse på det faglige innholdet i dokumentasjonen

Informasjonsutveksling og dokumentasjon påvirkes av den enkelte sykepleieres holdning, kunnskap og erfaring. I tillegg preges den av kulturen på arbeidsplassen. Dersom kulturen vektlegger muntlig informasjonsoverføring, vil den skriftlige sykepleieplanen kunne oppfattes som unødvendig og dermed lite brukt. Sykepleiernes fokus vil ha en avgjørende betydning for hva som oppfattes som relevante og nødvendige data å nedtegne i pasientjournalen. Ledere har et særlig ansvar for å sette standarder for dokumentasjon.

Medisinsk informasjon har ofte vært en prioritert del av dokumentasjon og rapport, men sykepleie må også formidles og prioriteres. Det er derfor viktig med en bevisst refleksjon rundt hva som skal formidles om den enkelte pasient. Dette er uavhengig av hvilket IKT-redskaper eller standarder/klassifikasjoner som benyttes.

Hva den enkelte sykepleier velger å nedtegne som relevante og nødvendige data avhenger av flere faktorer. Kulturen på arbeidsplassen påvirker sykepleiernes holdninger og motivasjon. Det innvirker på hvorvidt faglig dokumentasjon anses som en viktig del av sykepleien til pasienten. Og det er avgjørende for hvorvidt sykepleierne opplever dokumentasjon som et nyttig arbeidsredskap i hverdagen. Sammenhengen mellom kultur og faglig identitet omtales i flere studier og artikler (Blix 2005; Christensen 2004; Drange 2001; Fiskum 2002; Lykkeslet 2005).

1.12.1 Rapport/informasjonsutveksling

Å gi rapport til neste vakt har vært et etablert system i de fleste helseinstitusjoner i mange år. Rapportene har ofte vært basert på en muntlig gjennomgang av dagens vakt, mer eller mindre støttet av dokumentasjon. Noen steder har rapporten kun vært basert på muntlig informasjonsmidling; det vil si at det ikke støttes av det som er nedskrevet.

Rapporten har ofte hatt en varierende målsetting fra å være et sted til å diskutere pasienten til en enveis kommunikasjon til de som skal overta ansvar.

Flere studier viser at det er en nær sammenheng mellom hva sykepleierne faktisk nedtegner i pasientens journal og den måten rapportsystemene benyttes på (Fiskum 2002; Grønvold 2000; Gundersen 1997). Muntlig språk under informasjonsutveksling i rapportsituasjoner fører lett til at relevante og nødvendige data sykepleierne synes det er vanskelig å beskrive skriftlig, kun overleveres muntlig. Forhold rundt pasientens psykiske behov er underestimert i den skriftlige dokumentasjonen.

Studier viser at slike fokus ofte diskuteres kun i rapportsituasjonen uten at vurdert, planlagt eller gjennomført sykepleie relatert til dette aspektet, nedtegnes i tilstrekkelig grad i journalen. Nedtegnelsene gir ikke et helhetlig bilde av den sykepleien pasienten mottar. De muntlige rapportene har også en tendens til å ta utgangspunkt i pasientens medisinske diagnose og behandlingsforløp relatert til denne. Rapportsituasjonene kan føre til et reduksjonistisk

perspektiv på pasienten og sykepleien (Heggdal 2006; Karoliussen 2002; Nortvedt og Grimen 2004). Stille rapport kan være én ny variant av informasjonsutveksling mellom vaktskifter. Faglige fokus overført i rapport situasjonen vil avhenge av hva dokumentasjonen vektlegger, samtidig som rapportformen i seg selv påvirker hva sykepleierne faktisk velger å nedtegne skriftlig og hva de kun overleverer muntlig.

Forskning har vist at med muntlig overføring av informasjon blir ikke sykepleieplaner brukt. Rikshospitalet har gjennomført et prosjekt om stille rapport, og evaluering viser at dokumentasjon blir brukt i større grad enn før og at tidsbruk gikk ned. I tillegg ble den skriftlige dokumentasjon også bedre (Solvang 2005).

Ved stille rapport innhenter sykepleiere informasjon selv fra pasientjournalen. Dette krever at en har systemer som kan tilby gode informasjonssammenstillinger (dette varierer). Rapporten brukes til å belyse og diskutere enkeltfenomener hos pasienter

Anbefalinger

- Utvikle systemer som sikrer at sykepleieprosessen blir brukt som et arbeidsredskap i dokumentasjon. Dette bidrar til å oppfylle kravene i journalforskriften.
- Utvikle systemer som sikrer at informasjonsformidling er basert på dokumentasjon.
- Sikre arenaer for faglige diskusjoner og refleksjoner over ulike faktorer som har betydning for sykepleiernes dokumentasjonspraksis.
- Sette søkelys på kulturens innflytelse på dokumentasjon og hvilken betydning det har for din arbeidsplass.
- Ledere legger til rette for og skape kultur for gode dokumentasjonsrutiner og effektiv informasjonsutveksling.
- Høyskolene bør gi sykepleierstudenter opplæring i elektronisk dokumentasjon og bevisstgjøre studentene på viktigheten av kvalitet i dokumentasjon og informasjonsutveksling.

2. ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL (EPJ)

Pasientjournalforskriften (2001) definerer pasientjournalen som en «*samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 40 første ledd...*» En elektronisk pasientjournal (EPJ) er det samme, men der data er lagret elektronisk. Fenomenet EPJ er meget komplekst og under kontinuerlig utvikling og debatt.

EPJ-standarden (KITH 2001) beskriver elektronisk pasientjournal som helseopplysninger som er lagret på en slik måte at de kan gjenfinnes og gjenbrukes ved hjelp av dertil egnet programvare. EPJ-standarden er en minimumsstandard i forhold til hvilke krav som bør stilles til et EPJ-system.

EPJ-standarden (ibid.) sier også at en elektronisk pasientjournal minimum må inneholde informasjonsobjekter tilsvarende all informasjon som kan arkiveres i papirbaserte pasientjournaler. Det bør også inngå – direkte eller ved referanse – informasjon som vanligvis

ikke legges inn i de papirbaserte journalene, men som det refereres til fra nedtegnelser i journalen, eller som på annen måte benyttes i behandlingen av pasienten. Eksempler på slik informasjon kan være røntgenbilder, lydopptak, video etc.

Informasjonsobjektene kan være på ulike format slik som tekst, diagrammer, lyd, bilder, video etc. Det kan også inngå objekter med sin egen indre struktur som er tilpasset andre kliniske eller administrative systemer, inkludert tekstbehandlere og bildebehandlingsprogram.

Begrepet elektronisk pasientjournal kan betegnes som en samling pasientrelatert informasjon i elektronisk form, som oppstår og som lagres i ett eller flere datasystemer. På et stort sykehus og i noen kommuner vil dette kunne dreie seg om flere systemer. Både det pasientadministrative systemet, laboratoriesystemet, diverse spesialsystemer og de systemene som i dagligtale kalles pasientjournalssystemer, inneholder biter av den elektroniske pasientjournalen. Nesten ingen organisasjoner har en strategi der all denne informasjonen skal ende opp i ett av systemene til slutt. I stedet snakker man om «systemintegrasjon», det vil si at systemene skal kunne utveksle informasjon. Enkelte har som mål at nesten all pasientrelatert informasjon skal kunne vises fram innenfor ett miljø, selv om den fysisk befinner seg i ulike systemer.

Hovedregelen er at det skal føres én felles journal for hver pasient i den enkelte helseinstitusjon. EPJ blir derfor å betrakte som et tverrfaglig dokumentasjonsredskap med dokumentasjon av sykepleie som en integrert del.

Et EPJ-system vil være det mest sentrale informasjons- og kommunikasjonsverktøy for helsepersonell i den daglige pasientbehandlingen, utøvelsen av sykepleie og service til pasienter. I tillegg er det et unikt verktøy til å registrere, lagre, gjenfinne, sammenstille og gjenbruke data. Dette er nyttig styringsinformasjon for ledere på alle nivåer i faglig og økonomisk øyemed. Det vil også kunne benyttes til fagutvikling/forskning innen ulike helsefaglige områder.

Et EPJ-system kan bli et mer effektivt og kraftfullt redskap enn et papirmedium, fordi man kan utnytte informasjonsteknologiens iboende muligheter til lagring, gjenbruk og nye alternativ til sammenstilling av data.. Dette må ligge til grunn for forståelsen av EPJ som et verktøy til å støtte den daglige praktiske utøvelsen av sykepleie, ledelse og videreutvikling av sykepleiefaget.

2.1 Fordeler ved innføring av elektronisk pasientjournal

Datamaskiner gir nye muligheter for presentasjon av informasjon og pasientopplysninger. Dette vil komme sterkere til uttrykk ettersom de elektroniske løsningene utvikles. Det finnes flere eksempler fra utlandet på spesialiserte presentasjoner av journalinformasjon. Ett eksempel er fra Stena Diabetesklinikk utenfor København som har en samlet presentasjon av diabetesrelatert informasjon per pasient i sitt EPJ-system. All den viktigste informasjonen fra ulike yrkesgrupper relatert til oppfølging presenteres i ett oversiktlig skjermbilde. Noen informasjonselementer kan redigeres i dette skjermbildet, men man kan også enkelt navigere herfra til informasjonens hjemsted i journalen.

Et annet eksempel på informasjonssammenstillinger i EPJ kan være et skjermbilde som inneholder alle pasienter knyttet til en sengepost eller et team, med utvalgt informasjon for

disse pasientene. Dette kan skrives ut og erstatte mye av de notatene som den enkelte sykepleier gjør i forbindelse med vaktskiftene, men målsetting bør være minst mulig utskrifter for å hindre feil kilder.

Tilgjengelighet av pasientjournalen blir bedre etter innføring av EPJ. Tradisjonelt har dokumentasjon av sykepleie blitt oppbevart i egne permer på vaktrommet under oppholdet, og er da tilgjengelig for den som trenger det. Det gir tilgjengelighet for sykepleierne på den aktuelle posten, men det betyr at dokumentasjon av sykepleie ofte ikke er en del av den tilgjengelige dokumentasjonen når for eksempel journalen følger en pasient til en undersøkelse under et opphold.

I en elektronisk løsning (der man ikke baserer seg på papirjournalen som primær informasjonskilde, dvs. «original») vil dette endres. All dokumentasjon skal være tilgjengelig i alle sammenhenger når systemet er ferdig utbygd og støtter alle deler av journalen. Det innebærer at sykepleieres dokumentasjon blir synlig for alle faggrupper, og det bør få konsekvenser for hvordan dokumentasjonen utformes og dens innhold. For eksempel bør begreper som benyttes ikke være så lokale og spesielle at de ikke blir forstått av sykepleiere som jobber med andre problemstillinger til daglig. Dette krever at sykepleieledelsen ved de enkelte foretak og institusjoner samarbeider om felles standarder og språkbruk.

2.2 Dobbelregistrering

En papirbasert pasientjournal inneholder mye dobbeltregistrering av informasjon. Særlig er det en tendens til at de ulike yrkesgruppene registrerer mye av den samme informasjonen i «sine» deler av journalen. Dobbelregistrering innebærer både ekstra arbeid og risiko for feil og inkonsistens. Dersom for eksempel årstallet for et tidligere inngrep korrigeres i legejournalen, er det stor sjanse for at det ikke korrigeres andre steder hvor det er oppført. Ved innføring av elektroniske løsninger forsøker man å redusere graden av dobbeltregistrering så mye som mulig, og man satser i stedet på å gjenbruke informasjonen i de sammenhenger der det er relevant. Oppdateres den ett sted, skal også alle andre forekomster av informasjonselementet oppdateres automatisk.

I dokumentasjon av sykepleie betyr dette i praksis at man kan forvente at deler av den informasjon sykepleierne før samlet inn og dokumenterte, hentes fra annen dokumentasjon. I tillegg vil informasjonen som sykepleiere dokumenterer bli benyttet i større grad av andre yrkesgrupper.

Sykepleietjenesten kan enten gå til andre deler av journalen for å finne informasjon som andre har registrert, eller den vises fram innenfor en sammenheng som primært retter seg mot sykepleietjenesten. For eksempel ved at pasientens allergier registreres av lege på et eget sted i journalen, men at denne informasjonen vises også i tilknytning til sykepleierens dokumentasjon. De fleste systemer har eget dokument kalt kritisk informasjon. Dette dokumentet fylles også ut av sykepleier – hvis det ikke er registrert tidligere – og linker informasjonen til sykepleie delen av journalen.

Før registrering må det vurderes om informasjonen allerede er tilgjengelig og i en form som dekker sykepleietjenestens behov. Hvis ikke, må det ses på i hvilken sammenheng den burde registreres. Og noe som er svært viktig: hvilke andre grupper kan ha nytte av den. Det gjelder både i forhold til yrkesgrupper og i forhold til om dette er informasjon som også kan være til nytte for sykepleietjenesten ved andre avdelinger dersom pasienten overflyttes.

Utvikling og innføring av elektronisk dokumentasjon av helseopplysninger skal ha et tverrfaglig perspektiv som inneholder den helsehjelp som er gitt til pasienten. Det skal redusere graden av dobbeltregistrering og fokusere på informasjon uavhengig av tradisjonell kategorisering, faggrupper og profesjon. Viktig spørsmål å stille er: Hvem er det som registrerer informasjonen, hvem er det som forholder seg til den, og hvordan bør den utformes for å dekke felles behov? I hvilke sammenhenger skal den presenteres?

Verken pasienter, sykepleietjeneste eller samarbeidende helsepersonell er tjent med at de ulike yrkesgruppene, avdelingene eller institusjonene tenker isolasjonistisk når de elektroniske løsningene skal utvikles. Utviklingen vil høyst sannsynlig gå mot flere fellesdokumenter og felles løsninger for planlegging av pasientbehandling IKT handler om *informasjon* og *kommunikasjon*, og det er i dette perspektivet løsningene må vurderes. Det betyr ikke at faglige krav reduseres. Det skal være tillatt med monofaglig i en tverrfaglig journal.

2.3 Kvalitetssikring av dataregistrering

For å bidra til å sikre kvaliteten på datagrunnlaget kan man benytte det som kalles *inputkontroll* eller *feltvalidering*. Det betyr i praksis at man enten setter bestemte krav til hva som kan registreres i et felt (f.eks. at en mann ikke kan være gravid), eller at man ikke lar brukeren komme videre før et felt er utfyllt. Man skal være svært forsiktig med å ta i bruk slike mekanismer, og tenke godt igjennom de praktiske konsekvensene. Når man benytter valg fra en liste må man være sikker på at valgene dekker behovene til alle som skal benytte listen eller åpne for fritekstregistrering (som i praksis vil inkludere muligheten for å la det stå blankt), noe som vil ha negative konsekvenser for datagrunnlaget ved søk for statistiske formål.

Enda mer forsiktig skal man være med å gjøre felt obligatoriske, det kan i verste fall føre til at brukerne enten registrerer vilkårlige data i dette feltet dersom det er mulig eller at de bare tar det lettest tilgjengelige valget i en liste for å komme videre, selv om dette er åpenbart feil. Et praktisk eksempel på dette er et program som er i bruk ved flere av landets fødeavdelinger. Der har denne type input-kontroll har ført til en astronomisk økning av kvinner med blødning over 1500 ml under fødselen (Kilde: Tidsskrift for Jordmødre 12/01).

Det er videre et viktig poeng at datakvaliteten ikke blir bedre enn det som er registrert inn i et datasystem. Alle som benytter et system har plikt til å sikre at de opplysninger de registrerer er korrekte og oppdaterte (jf. Helseregisterloven § 16, 2001).

2.4 Utvikling av et minimum datasett

IPLOS (se også 8.2.4.) sørger for data om pasientens funksjonsnivå, men det hadde vært en fordel å vite hvilke problemstillinger sykepleiere hjelper pasientene med, hva sykepleiere utfører av oppgaver og hvilke resultater sykepleierne oppnår. I dag bestemmes mye av helsepolitikk ut i fra statistikk om medisinske diagnoser, hyppighet osv. Tenk om vi visste hvor mange pasienter får hjelp med ernæring i sykehjem og i kommunehelsetjenesten, lokalt og nasjonalt. Slik statistikk ville hjelpe ledere i planlegging av tjenester, bedre ressursbruk og kanskje til og med et bedre tilbud til pasientene. Dette kunne også bidra til en større forståelse av pasientens behov.

En SMDS (Sykepleie-Minimum-Data-Sett) ville sørge for informasjon om pasientens problemer som sykepleiere arbeider med og hva de gjør for å hjelpe pasienten, lokalt eller på nasjonalt nivå. I tillegg vil SMDS kunne gi informasjon om resultater sykepleiere har oppnådd.

En SMDS er definert som:

«(...) et minimum datasett med deler av informasjon med uniforme definisjoner og kategorier om spesifikke dimensjoner av sykepleie, som møter informasjonsbehovet av multi-databrukere i helsetjenesten. En SMDS inkluderer de spesifikke deler av informasjon som er brukt på normal basis av de fleste sykepleiere, på tvers av alle steder hvor helsehjelp er gitt.» (Goosen 1997).

Disse dataene ville igjen sørge for statistikk om sykepleie som vil bidra til utvikling av helsepolitikk i Norge. I dag vet vi lite om hva sykepleiere gjør og hva de oppnår av resultatene. Formålet med SMDS er å sørge for slik informasjon. (Berge og Mølstad 2006).

Et annet eksempel kunne være at det registreres forekomsten av en postoperativ komplikasjon hos bestemte pasientkategorier, og at dette gjøres på identisk måte ved ulike, men sammenlignbare avdelinger. Dersom det gjennom slike målinger avdekkes signifikante forskjeller, kan det dannes et veldig godt grunnlag for fagutviklingsprosesser i avdelingene.

Det er fem aspekter som er viktig for en SMDS:

1. Det må være definert hvilke informasjon det er behov for (identifiserte variabler).
2. Variablene må være nøyaktig definert.
3. Variablene må ha en definert verdi eller spesifikke data må være bestemt, for eksempel fra en terminologi.
4. Pasientdata er dokumentert med bruk av terminologier for spesifikke variabler.
5. Pasientdata fra den enkelte journal må kunne aggregeres. (Goosen 1997).

I dag brukes ofte spesifikke systemer for spesifikke formål (for eksempel for pleietyngdemåling), og registreringen må skje eksplisitt for dette formålet. Når elektronisk dokumentasjon av sykepleie blir tatt i bruk, kan man tenke seg at denne type statistikk i stedet hentes fra registrering, for eksempel ut fra definerte sykepleiediagnoser og tiltak og vektning av disse. Det kreves nøye planlegging og god opplæring og oppfølging av brukerne for å få bra kvalitet på denne type statistikk. Den kan brukes til å synliggjøre ressursbehov og å planlegge bemanning – og er etterspurt blant mange sykepleieledere.

Det er rimelig at alle som benytter dokumentasjonssystemet er innforstått med at data som registreres også blir benyttet til slike formål og hvordan dette foregår. Helseregisterloven gir regler for hva man kan bruke registrerte opplysninger til utover det formålet de ble registrert for. Likeledes stiller personvernlovgivningen krav på dette området.

Helsemyndighetene vil også kunne pålegge innrapportering av bestemte data til nasjonale formål. Jf. Helseregisterloven.

Gjenbruk av informasjon til statistikkformål fører til et behov for en klar, entydig og felles forståelse av hva man legger i ulike begreper. Dette er en av de vanligste fellene å gå i.

2.6 Sykepleier, pasient og PC

I dag skriver de fleste sykepleiere sjelden dokumentasjonen sammen med pasienten. Det er grunn til å tro at dette vil endres noe i tiden framover. Blant annet er det naturlig å tenke seg at dokumentasjon utført på data, i større grad vil oppdateres løpende og ikke bare i form av oppsummering. Det har blant annet sammenheng med introduksjon av aktivitets- og prosesselementer i dokumentasjonen. Introduksjon av mobil teknologi i den kliniske hverdagen vil trolig skje i økende tempo i årene som kommer. Det legger til rette for at dokumentasjon kan skje fortløpende og i nærvær av og i samarbeid med pasienten. Derfor vil mange sykepleiere etter hvert oppleve å samhandle med en pasient mens de samtidig betjene en PC.

Sykepleietjenesten må aktivt ta ansvar for at EPJ og elektronisk dokumentasjon av sykepleie blir brukt slik at krav til sikkerhet, kvalitet og forsvarlighet ivaretas pasienter, pårørende og sykepleierne selv. Fokuset må fortsatt være pasienten og ikke verktøyet.

Dersom en dokumentasjonsløsning baserer seg på en høy grad av strukturering, og dokumentasjonen i datasystemet skjer i etterkant av for eksempel en innkomstsamtale, kan det være et svært nyttig tips å sørge for at struktur på en intervjuguide eller lignende samsvarer med strukturen i den elektroniske løsningen. Hvis ikke, kan mindre erfarne brukere oppleve å bruke mye tid på å få notatene til å «passe» med datasystemet.

3.0 STANDARDISERT SPRÅK

Helsevesenet står overfor store endringer i forhold til implementering og utnytting av elektroniske informasjonssystemer. For sykepleietjenesten er det mange utfordringer som følger med disse endringene; både informasjonsflyt og arbeidsflyt må utvikles og endres.

Sykepleiere har lang tradisjon for å skrive beretninger; fortellinger om den enkelte pasient. Forskning viser at sykepleiere skriver uformelt, og at de dokumenterer i et muntlig språk (Moen 2002; Barnett D.E 1993). I seg selv er ikke dette nødvendigvis negativt, men det impliserer at dokumentasjon av sykepleie er uformelt skrevet (Egerod 2001). Mye ustrukturert fritekst kan bidra til forvirring, tvetydige meninger og misforståelser i journalen (van Bommel & Musen).

Når daglige begreper knyttes til et fagspråk, kalles disse begrepene termer. En kode er et forut avtalt system av ord, tall eller andre tegn. Forskjellen på en term og en kode er at en term er knyttet til et begrep innenfor et spesifikt fagområde. En samling av termer er et terminologisystem, og en sammenstilling av koder utgjør et kodeverk. Forskjellen på terminologi og kodeverk er at i et kodeverk er hver begrepsdefinisjon knyttet til en unik kode.

EPJ-standard krever mindre bruk av fritekst, mer standardisert og kodet tekst. Det er en utfordring for alle som arbeider i helsevesenet, men kanskje spesielt for sykepleiere. Sykepleie er en bred, omfangsrik profesjon hvor det er nødvendig å bruke mange ulike begreper for å beskrive praksis.

Det har i løpet av de siste tiårene vokst frem en stadig sterkere erkjennelse om at sykepleietjenesten har behov for å utarbeide et felles språk for å beskrive hva sykepleie er

(Clark & Lang 1992c; Casey & Hoy 1997; Ruland 2001; Coenen 2003). Språk brukes for å håndtere mening, system og sammenheng i den virkelige verden. Kompleksitet blir brutt ned i enklere elementer som er forståelige og håndterbare, og på den måten gjør språk det mulig å kommunisere med andre (Christensen 2003). På den samme måten har en argumentert for at det er viktig å systematisere og strukturere innholdet i sykepleie, slik at en kan kommunisere om hva sykepleie er.

International Council of Nursing (ICN) sa allerede i 1994 at: «Uten et språk vil sykepleie være usynlig i helsevesenet, og sykepleiens verdi og viktighet vil ikke bli anerkjent eller belønnet» (siteret i Gordon 2003).

Noen viktige grunner for å utvikle et felles språk:

1. Mer effektiv kommunikasjon mellom profesjonelle.
2. Sammenligning av «likt med likt» for revisjon og kvalitetsforbedringer.
3. Øke muligheten for å kunne drive forskning
4. Representasjon av sykepleie i elektroniske informasjonssystemer (Meerabeau et al. 1997; Ruland 2001; Clark & Lang 1992a)

Ozbolt (2000) argumenterer at sykepleiers usynlighet i helsedatabaser skyldes manglende standardiserte data om sykepleie i pasientjournalen og ikke vrang vilje mot sykepleie. Norma Lang sa i 1991 at: «*If you can't name it, you can't control it, finance it, teach it, research it, or put it into public policy*» (Clark & Lang 1992b, s. 109). Både Ozbolt og Lang erklærer at det er behov for valide, sammenlignbare data som kan brukes på kryss av informasjonssystemer, for å støtte kliniske beslutninger og evaluering av prosesser og helsehjelp. Disse dataene kan også brukes i klinisk forskning og i utvikling av praksisbasert sykepleie kunnskap (Hardiker et al. 2006).

Sykepleiere bruke forskjellige termer for å beskrive pasientproblemer og sykepleieaktiviteter. Følgende eksempel illustrerer hvordan sykepleiere bruker fritekst for å beskrive en pasient som ikke spiser tilstrekkelig på grunn av kreft: Pasienten spiser lite; pasienten har dårlig appetitt; pasienten får ikke i seg tilstrekkelig med mat; pasienten er kvalm har behov for oppfølging. En terminologi vil gi mulighet til å bruke et sett av termer for å beskrive pasientens problem: «Høy risiko for feilernæring.» Målsetting er at pasienten mottar best mulig sykepleie.

Pasienter har en lovbetinget rett til kontinuitet i helsehjelpen. Det betyr at helsepersonell må kommunisere på et språk som sikrer felles forståelse (Helsepersonelloven 1999, § 40). Bruk av terminologier kan bidra til dette fordi de anvender definerte termer. I fremtiden vil en sykepleier som arbeider på sykehus og i kommunehelsetjenesten, kunne utveksle informasjon om pasienter i samme språk (termer).

I EPJ er mulighetene store når det gjelder utnyttning av standardisert språk. Både når det gjelder effektivisering og gjenbruk av informasjon, er det hensiktsmessig å kunne utnytte ferdigdefinert innhold. Det er mye fokus på effektivisering i helsevesenet og klassifikasjoner vil kunne bidra til å oppnå en effektivisering på sikt (Clark & Lang 1992d). Det er ikke hensiktsmessig å bruke mye tid på å skrive «like» ting i fritekst.

Definisjon av terminologi:

Et sett av termer som representerer et system av konsepter (ISO 1087).

Definisjon av klassifikasjon:

En tildeling av termer i grupper basert på karakteristika som er felles, for eksempel opprinnelse, sammensetning, struktur og funksjon (ISO 11179-1).

De siste årene har sykepleieterminologier og sykepleieklassifikasjonssystemer fått oppmerksomhet i Norge. I andre land har utvikling av terminologier pågått i mange år. Det undervises lite om dette temaet i Norsk bachelorstudier og enda mindre i videreutdanninger. Det er derfor viktig at sykepleiere blir oppmerksom på temaet. Helsemyndigheter har vist interesse for enkelte sykepleieklassifikasjonssystemer gjennom «Kode og kodeverkprogrammet» (2004) og har bidratt med midler, slik at spesifikke sykepleieklassifikasjonssystemer har blitt oversatt til norsk. Noen leverandører har implementert klassifikasjonssystemer i sine systemer, og det bør bidra til en aktiv debatt om temaet.

I de elektroniske verktøyene kan det være klare fordeler med å ta i bruk klassifikasjonssystemer for at systemene skal være effektive EPJ systemer. Behovet for systematisering og strukturering av dokumentasjonen er en av utfordringene vi møter. To sentrale spørsmål er: Hva gjør sykepleiere, hva er sykepleiens bidrag til pasientresultatet og hvordan dokumenteres dette?? (Grobe 2003).

Det er mange utfordringer knyttet til utvikling, valg og bruk av klassifikasjonssystemer. Det er viktig å vurdere disse systemene opp mot norsk sykepleiepraksis, lover og forskrifter. Vi må vite:

- Beskriver klassifikasjonssystemer norsk sykepleiepraksis? Hva mangler?
- Beskriver systemene helsehjelp, slik det forstås i Norge?
- Kulturforskjeller, er de av betydning eller ikke?

De fleste kjente klassifikasjonssystemer er utviklet i USA, og de reflekterer helsevesenet der de er utviklet. Det vil si at det kan være elementer i systemene som ikke passer i vårt helsevesen, av både kulturelle hensyn og myndighetskrav. Det er mange utfordringer knyttet til bruk av klassifikasjonssystemer, og det derfor avgjørende med forskning for å kartlegge kvalitet og anvendbarhet. Det er av stor betydning at ledere og utdanningspersonell har kunnskap om dette tema.

NSF mener at det er viktig at sykepleietjenesten er med på å avgjøre hvilke terminologier som skal brukes i fremtiden. Det vil være et vesentlig bidrag til å spre kunnskap.

3.1 Standardisert språk i sykepleie

Det legges ned mye arbeid med å beskrive sykepleie, og det har blant annet resultert i flere ulike klassifikasjonssystemer. Klassifikasjonssystemer i sykepleie er utviklet for å skape et felles språk med enhetlige definisjoner på hva sykepleie er, og med tanke på at de skal kunne benyttes i elektroniske systemer. Innholdet representerer forskjellige aspekter ved sykepleie, og det finnes klassifikasjoner for sykepleiediagnoser, sykepleietiltak og sykepleieresultater. Vi er ennå tidlig i fasen med å utnytte klassifikasjonssystemer i sykepleietjenesten. Kunnskap om og forståelse av dekningsgraden i klassifikasjonene er viktig for at de skal bli tatt i bruk på en hensiktsmessig måte.

Klassifikasjonssystemer tilfredsstillt krav til standardisert fagspråk, men dekker ikke alt sykepleiere skriver om. Det finnes i dag mange forskjellige klassifikasjonssystemer for sykepleiediagnoser, sykepleietiltak/intervensjoner og sykepleieresultater. Ingen av klassifikasjonene er komplette, og de er utviklet med forskjellige fokus på praksis (Benner 2004a; Henry & Mead 1997; Ruland 2001). Tidligere er det gjort flere studier som konkluderer med begrensningene i klassifikasjonssystemer (Benner 2004b; Henry et al. 1998; Henry & Mead 1997), men klassifikasjonene er i stadig utvikling.

I den grunnleggende drøftingen om klassifikasjonssystemer skal brukes og i diskusjoner rundt bruk av det enkelte klassifikasjonssystem, er det flere forhold som må klargjøres. Ruland bygger på Zielstorff (1998) når hun sier at:

«For å kunne innarbeide klassifikasjonssystemer for sykepleie i en elektronisk pasientjournal, og for at disse skal være nyttige til dokumentasjon av helsehjelp, må de fylle visse kriterier. Klassifikasjonssystemer må være fullstendige, tillate at et fenomen kan uttrykkes med flere synonyme begreper, være tilstrekkelig detaljerte, og være kortfattede. Videre skal de ikke inneholde overflødige og tvetydige begreper, begrepene skal kunne nyanseres, og det må finnes regler som bestemmer hvordan begrepene kan settes sammen.»

(Ruland 2000)

I tillegg til disse egenskapene er praktisk anvendbarhet et viktig kriterium for klassifikasjonssystemer. De fleste systemene, med unntak av ICNP, er utviklet i USA på bakgrunn av teoretiske modeller. Det er med på å påvirke innholdet.

3.2 NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NANDA står for *North American Nursing Diagnosis Association* (www.nanda.org). Organisasjonen NANDA er utgiver av klassifikasjonssystemet NANDA, som inneholder klassifiserte definisjoner av standardiserte sykepleiediagnoser. En sykepleiediagnose tilsvarer identifisering av pasientens sykepleieproblem og hjelpebehov. Hver diagnose beskrives med en kode, et navn, en definisjon, forskjellige kjennetegn og relaterte faktorer. De ulike sykepleiediagnosene er utarbeidet og utprøvd av et stort antall sykepleiere over lengre tid. NANDA dekker kun diagnostiseringsdelen av sykepleieprosessen.

Eksempel:

Diagnose: Risiko for forstyrrelse i væskebalansen, kode 00025

Definisjon: *Risiko for reduksjon, økning eller rask svingning fra det ene til det andre i intravaskulær, interstitiell og/eller intracellulær væske. Dette refererer til tap eller økning av kroppsvæske, eller begge deler.*

Kjennetegn: *Risiko for reduksjon, økning eller raske svingning i intravaskulær, interstitiell, og/eller intracellulær væske. Dette refererer til tap eller økning av kroppsvæske, eller begge deler.*

Risikofaktorer: *Planlagte store invasive prosedyrer og andre eventuelle risikofaktorer.*

NANDA, versjon 2002, er oversatt til norsk og tilgjengelig i bokform. Systemet er lisensbelagt.

3.3 NIC – Nursing Intervention Classification

NIC er en klassifikasjon for sykepleieintervensjoner. Den er utviklet ved at en har samlet beskrivelser av sykepleietiltak fra lærebøker, veiledende sykepleieplaner og informasjonssystemer (Dochterman & Bulechek 2004). Tiltakene ble så vurdert, foredlet og navngitt av sykepleiere i praksis. Deretter er tiltakene klinisk testet, validert og gruppert av et ekspertpanel (Krogh & Dale 2001). Sykepleietiltak defineres på to nivåer: Intervensjoner og

aktiviteter. Forholdet mellom dem er slik at intervensjoner er overordnede tiltak som består av flere aktiviteter.

Eksempel:

Intervensjon: *Overvåke væskebalanse* kode 4130.

Definisjon: *Samle og analysere pasientdata for å regulere væskebalansen.*

Aktiviteter:

- Kartlegge opplysninger om mengde og type væskeinntak og eliminasjonsvaner.
- Avgjøre mulige risikofaktorer for forstyrret væskebalanse (f.eks. hypertermi, diuretisk terapi, nyrepatologi, hjertesvikt, svetting, funksjonsforstyrrelser i leveren, anstrengende trening, varmeeksponering, infeksjon, postoperativ tilstand, polyuri, oppkast og diaré).
- Overvåke vekt
- Overvåke inntak og utskillelse
- Overvåke serum- og urinelektrolyttverdier, om relevant
- Overvåke serumalbumin- og totalproteinnivåer, om relevant
- Overvåke serum- og urinosmolalitetnivåer, om relevant
- Overvåke blodtrykk, puls og respirasjon
- Overvåke ortostatisk blodtrykk og endring i hjerterytme, om relevant
- Overvåke invasive hemodynamiske parametere, om relevant
- Føre nøyaktig registrering over inntak og eliminering
- Overvåke slimhinner, hudturgor og tørste
- Overvåke farge, mengde og egenvekt av urin
- Overvåke for halsvenestuvning, knatrelyder over lungene, perifert ødem og vektøkning
- Overvåke sentralt venekateter, om relevant
- Overvåke for tegn og symptomer på ascites
- Registrere tilstedeværelse eller fravær av svimmelhet ved oppreisning til stående stilling
- Administrere væske, om relevant
- Begrense og fordele væskeinntaket, om relevant
- Opprettholde forordnet intravenøs infusjonshastighet
- Administrere farmakologiske midler for å øke urinproduksjonen, om relevant
- Administrere dialyse, om relevant, og registrere pasientens respons (NIC 2005)

Klassifikasjonen har i dag definert 514 intervensjoner og ca. 12 000 aktiviteter. Det er lagt vekt på at intervensjonene skal dekke et bredt spekter av sykepleiepraksis. Dette er nødvendig for å gi et godt bilde av hvor rik og variert sykepleiepraksis er, men det er også med på å gjøre klassifikasjonen utfordrende å bruke i praksis. Derfor er det nødvendig å gjøre en gjennomgang av eksisterende dokumentasjon for å finne ut av hvilke NIC-intervensjoner som er anvendbare i praksis. Det vil være med å øke brukervennligheten på både EPJ og klassifikasjonen.

Angermo (2006) fant i en forskningsundersøkelse at kun 20 % av tiltak beskrevet i sykepleiernes dokumentasjon, var inkludert i NIC.

NIC, versjon 2004, er oversatt til norsk og tilgjengelig i bokform. Systemet er lisensbelagt.

3.4 NOC – Nursing Outcome Classification

Utviklingen av klassifikasjonssystemet tok cirka seks år og ble ledet av sykepleieprofessorene Marion Johnson og Meridean Maas. Utviklingsmetoden er mye lik den som ble anvendt for å utvikle NIC; først deduktiv og så induktiv metode. Områdene kildene ble hentet fra var sykepleiebøker, veiledende sykepleieplaner og data fra sykepleieinformasjonssystemer. Fra disse kildene ble det ekstrahert 282 sykepleieresultatutsagn. Disse ble vurdert og foredlet til 190 resultatutsagn som er relevante for klinisk sykepleie.

Til sist ble resultatutsagnene klinisk testet og validert av ekspertgruppen, Iowa Outcomes Project (Johnson og Maas 1997). NOC revideres hvert fjerde år. NOC er knyttet til NANDA-diagnosene og NIC-intervensjonene. En pasient som har et diagnosesett vil også ha et sett av ønskede resultater. I klinisk bruk velges de indikatorene til hvert resultatutsagn som passer til hvert enkelt pasienttilfelle. Sykepleieren merker av hvilken skåre pasienten oppnår på hver indikator ved innleggelse og ved utskrivelse. Slik kan man få et bilde av hvor langt pasienten når helsemessig på aktuelle områder. Dette er et nyttig instrument for å kunne vurdere effekten av sykepleie og/eller vurdere andre faktorer som kan ha virket inn på resultatoppnåelsen.

«Med utviklingen av NOC ble de standardiserte sykepleiebegrepene i sykepleieprosessen komplettert. Disse begrepene er nødvendige for å utvikle et elektronisk informasjonssystem i sykepleie og vil kunne harmonere med en elektronisk basert pasientjournal» (Krogh & Dale 2001).

Oversettelsen av NOC fra engelsk til norsk antas å være ferdig tidlig i 2007. Systemet er lisensbelagt. Nedenfor er et eksempel på et resultat.

Utholdenhet (0001)

Domene: Funksjonell helse (I) Mottaker av helsehjelp:

Klasse: Opprettholdelse av energi (A) Datakilde:

Skala(er): Alvorlig svekket til Ikke svekket (a) og Alvorlig til Ingen/Intet (n)

Definisjon: Kapasitet til å opprettholde fysisk aktivitet

ØNSKET RESULTATMÅL: Opprettholde på _____ Øke til _____

Samlet vurdering 1 2 3 4 5

INDIKATORER:

000101 Utførelse av vanlige gjøremål	1	2	3	4	5	IR *
000102 Aktivitet	1	2	3	4	5	IR
000103 Uthvilt utseende	1	2	3	4	5	IR
000104 Konsentrasjon	1	2	3	4	5	IR
000105 Interesse for omgivelsene	1	2	3	4	5	IR
000106 Muskulær utholdenhet	1	2	3	4	5	IR
000107 Spisemønster	1	2	3	4	5	IR
000108 Libido	1	2	3	4	5	IR
000109 Gjenvinning av energi etter hvile	1	2	3	4	5	IR
000112 Oksygeninnhold i blod	1	2	3	4	5	IR
000113 Hemoglobin	1	2	3	4	5	IR
000114 Hematokrit	1	2	3	4	5	IR
000115 Blodsukker	1	2	3	4	5	IR
000116 Serum elektrolytter	1	2	3	4	5	IR
000110 Utslitt	1	2	3	4	5	IR
000111 Letargi	1	2	3	4	5	IR
000118 Fatigue	1	2	3	4	5	IR

1. utgave 1997. Revidert 3. utgave

*IR: Ikke relevant

Referanser:

NANDA, NIC og NOC

Det er også utgitt flere bøker med koblinger fra NANDA-diagnosene til ønskede resultat (NOC), og fra ønsket resultat til anbefalte tiltak (NIC). Denne metodikken skal gi beslutningsstøtte, men krever samtidig at sykepleieren har høy kompetanse innen begrepene i NANDA, NIC og NOC.

3.5 SABAKLASS

Dr Virginia Saba har utviklet Clinical Care Classification (CCC), og den kalles derfor SABAKLASS på norsk. Systemet utgjør et standardisert rammeverk med en kodelstruktur for vurdering, dokumentasjon og klassifisering. Systemet består av klassifikasjon for sykepleiediagnoser og sykepleietiltak som utfyller hverandre. Kodestrukturen er hentet fra ICD-10 (fem alfanumeriske tegn) for klassifikasjon og koding i taksonomien for sykepleiediagnoser og sykepleietiltak. Systemet omfatter beskrivelse av vurdering, diagnose, målsetting, gjennomføring av tiltak og fastsetting av resultat/evaluering på en konsistent og helhetlig måte (Saba 2007).

Sykepleiediagnosene og tiltakene inneholder fokus og definisjon. Ingen kjennetegn eller aktiviteter er beskrevet; det må suppleres med fritekst. SABAKLASS har kombinasjonsmuligheter som gir fleksibilitet.

Eksempel:

Diagnose: *Risiko for redusert væskevolum* kode: F15.2

Definisjon: *Økt sannsynlighet for å bli dehydrert*

Intervensjon: *Inntak/tap* kode: F15.2

Definisjon: *Handlinger utført for å måle væske- og matinntak og tap*

Vurdere/observere inntak/tap kode: F15.2.1

Behandle inntak/tap kode: F15.2.2

Undervise/veilede inntak/tap kode: F15.2.3

Koordinere/henvisse inntak/tap kode: F15.2.4

Resultat: Forbedret, Stabilisert eller Forverret

Systemet er tilgjengelig på Norsk ved www.sabacare.com. Klikk på Translations, Norwegian. Det er ingen lisens knyttet til bruken av dette klassifikasjonssystemet. Det må kun søkes om en brukstillatelse.

3.5 ICNP® Versjon 1

ICNP® Versjon 1 er et klassifikasjonssystem utviklet i regi av ICN (The International Council of Nurses) (<http://www.icn.ch/icnp.htm>). I ICNP® Versjon 1 hentes termer fra syv akser som kombineres til sykepleiediagnoser, sykepleieintervensjoner og sykepleieresultater. Coenen (2003, side 1) definerer ICNP® «som en klassifikasjon av sykepleiefenomener, sykepleiehandlinger og sykepleieresultater som beskriver sykepleiepraksis».

I ICNP® Versjon 1 settes termer sammen. Det gjør at systemet har høy fleksibilitet og stor grad av kombinasjonsmuligheter. Systemet gir muligheter til å uttrykke svært detaljerte vurderinger, intervensjoner og resultater som vil gi grunnlag for statistikk (Coenen 2003). Et

eksempel: «Akutt smerte i høyre arm». Ved bruk av ICNP® Versjon 1 vil hver av disse termene ha en unik kode: akutt, smerte, høyre og arm. SABAKLASS og NANDA har ikke samme mulighet til fleksibilitet; her kan bare «akutt smerte» bli kodet.

ICNP® Versjon 1 gir ingen form for beslutningsstøtte eller koblinger mellom diagnose, resultat og tiltak. For å få beslutningsstøtte, må det utvikles kataloger. Kataloger vil gjøre at systemet er lett å bruke for sykepleiepraksis i hjemmetjenesten, sykehus, onkologi og andre spesialiteter (ICN 2005). Utvikling av kataloger er allerede i gang i mange land. Foreløpig er det ikke avgjort når ICNP® Versjon 1 skal oversettes til Norsk.

3.6 Andre klassifikasjonssystemer i helsetjenesten

3.6.1 International Classification of Diseases (ICD)

Verdens helseorganisasjon (WHO) koordinerer revisjonene av ICD. ICD ble vedtatt av Verdens helseforsamling i 1990, og det nordiske samarbeidet med oversettelsen av ICD begynte samme år. I 1989 ble det opprettet et nordisk klassifikasjonssenter som har som oppgave å samordne arbeidet med de nordiske versjonene. ICD er revidert for 10. gang (ICD-10).

Den norske utgaven tilpasset norske forhold, ble tatt i bruk i 1999, og det ble foretatt enkelte endringer i utgaven som kom i 2000. ICD-10 har koder for pasientproblemer som sykepleiere tradisjonelt behandler. Et eksempel på det er ICD-10-koden *L89 Dekubitalsår*.

3.6.2 International Classification of Primary Care (ICPC)

ICPC-2 er i utstrakt bruk i legetjenesten, fortrinnsvis i primærhelsetjenesten i Norge. ICPC skal benyttes ved innrapportering av IPLOS-data (Individbasert Pleie- og Omsorgstatistikk) til SSB. Norsk Selskap for Allmenntidmedisin har i samarbeid med Kompetansesenter for IT i helsesektoren utarbeidet en elektronisk versjon av ICPC som kan inngå i IT-systemer.

3.6.3 International Classification of Functioning and Health (ICF)

ICF (tidligere ICIDH-2) er spesielt utviklet for klassifisering av funksjonsnivå og funksjonshemming.

ICF er utviklet og anbefalt av Verdens Helseorganisasjon (WHO), og norske myndigheter har gitt sin tilslutning til bruk av denne klassifikasjonen. ICF er oversatt til norsk og egner seg godt som ramme for tverrfaglig dokumentasjon fordi det gir en felles forståelse av pasientens situasjon. Både fysioterapeuter og ergoterapeuter lærer om ICFs struktur i sin grunnutdanning, og flere steder brukes denne som en ramme for dokumentasjonen. Selve kodene i ICF er imidlertid ikke tatt i bruk i Norge ennå.

På rehabiliteringsavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har de utviklet en tverrfaglig dokumentasjon med rehabiliteringsplan, daglig dokumentasjon og sluttrapport som sykepleien er en integrert del av. Denne brukes av det samlede tverrfaglige teamet som består av sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionom, logoped og psykolog. Denne dokumentasjonen er organisert etter strukturen i ICF. Det brukes fritekst, ikke klassifikasjon/koding.

3.6.4 SNOMED CT

SNOMED Clinical Terms er en omfattende samling kliniske termer (faguttrykk) utviklet som en forent terminologi som skal støtte utviklingen av en integrert tverrfaglige EPJ www.snomed.org. Intensjonen er at termene skal beskrive omsorg og behandling av pasienter og bidra til et tverrfaglig språk som kan anvendes til å understøtte tverrfaglig global samhandling. Systemet er en referanseterminologi, det vil si at det er en overordnet terminologi som kan «binde» sammen de mer fagspesifikke terminologiene. SNOMED CT er ikke oversatt til norsk.

SNOMED CT inneholder 366 170 helsebegreper med unike betydninger og formelle definisjoner organisert i hierarkier. Noen av disse handler om sykepleie. Flere klassifikasjonssystemer har blitt inkludert i SNOMED: NANDA, NIC, NOC og SABAKLASS og i fremtiden ICNP.

Strukturen tillater integrering av sykepleieinnhold fra standardisert sykepleiespråk. Sykepleiebegreper med like betydninger er plassert i samme hierarkier. Sykepleieintervensjoner er funnet innenfor «Procedures», og Sykepleieresultater er modeller innenfor «Observable entity». www.snomed.org/clinical/nursing

Den Danske sunnhetstyrelsen har bestemt at SNOMED CT skal brukes i alle sykehus i landet. De regner med at det tar over tre år å oversette hele systemet. England har også bestemt at systemet skal brukes både på sykehus og i kommunehelsetjenesten. www.nhs.uk/snomed/pages/ct

Anbefalinger

- Sykepleiere, ledere og utdanningspersonell må tilegne seg kunnskap om klassifikasjonssystemer.
- Sykepleiere bør engasjere seg i videreutviklingen av klassifikasjonssystemer og kodeverk ved å teste dem ut og melde tilbake forslag, endringer, tilføyelser.
- Sykepleiere delta i utprøving av klassifikasjonssystemer.
- Sykepleiere må være pådrivere og premissleverandører overfor leverandører ved integrasjon og tilrettelegging av klassifikasjonssystemer i eksisterende pasientjournalssystemer.

4. BESLUTNINGSSTØTTE – ET HJELPEMIDDEL

EPJ som et arbeidsredskap, vil være en viktig kilde til beslutningsstøtte fordi sykepleierne som samarbeider, vil ha tilgang til relevante opplysninger og tidligere vurderinger. IKT-basert beslutningsstøtte kan være både direkte og indirekte. Direkte beslutningsstøtte vil bety at man får konkrete råd eller påminnelser basert på den informasjonen man registrerer i et elektronisk journalssystem. Indirekte beslutningsstøtte innebærer at pasientspesifikke opplysninger er bedre tilgjengelige og kan inkorporeres i den videre samhandlingen med pasienten (Moen 1999).

Faglige retningslinjer (clinical guidelines), prosedyrer, veiledende sykepleieplaner og utstrakt bruk av maler er andre eksempler på beslutningsstøtte i planlegging, utføring og dokumentasjon av sykepleien til den enkelte pasient.

Et eksempel på beslutningsstøtte er PPS (Praktiske prosedyrer for sykepleiere www.akribe.no). Systemet er en database for dokumentasjon og kvalitetssikring av sykepleieprosedyrer og inneholder ca. 300 grunnleggende prosedyrer.

Disse verktøyene skal angi normer for god praksis innen ulike områder og dermed sikre at kvaliteten holder mål. Helsepersonelloven setter krav til hver enkelt om å påse at yrkesutøvelsen er faglig forsvarlig, og det er slike normer som blant annet vil bli lagt til grunn for å vurdere forsvarligheten ved en ev. klagesak.

I et EPJ-system kan slike faglige retningslinjer legges lett tilgjengelige som *normativ informasjon*. Ved dokumentasjonen i den enkeltes journal kan man da vise til eller implementere gjeldende retningslinjer eller prosedyrer og eventuelt bare dokumentere avvik. Veiledende sykepleieplaner og maler kan på samme måte enkelt tilpasses pasienten. I EPJ-standarden er det et krav at EPJ-systemene skal kunne håndtere slik normativ informasjon og holde rede på de ulike versjonene til enhver tid. Dette kan forenkle dokumentasjonen og høyne kvaliteten på sykepleien.

Flere av NSF's faggrupper arbeider med å utvikle faglige retningslinjer innen sine respektive områder. Sosial- og helsedirektoratet har forankret arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer i en egen avdeling. Flere virksomheter har begynt å utarbeide veiledende sykepleieplaner, forventet forløp eller maler.

Kodeverk og klassifikasjonssystemer er også en del av en beslutningsstøtte.

4.1. Faglige standarder

Med *faglig standard* menes et allment akseptert kvalitetsnivå for ulike prosedyrer, metoder eller tiltak. Nasjonale veiledere og yrkesetiske retningslinjer utgjør en form for faglige standarder.

I sykepleietjenesten finnes også faglige standarder i form av kvalitetskriterier, prosedyrepermer, metodebøker, veiledende sykepleieplaner og faglige retningslinjer. Etter hvert finnes også elektroniske versjoner, og i EPJ-standarden omtales dette som en del av den *normative informasjonen* som kan ligge integrert i et EPJ-system. I den enkelte EPJ kan det da refereres til gjeldende faglig standard i stedet for å gjengi hele prosedyren. Dersom prosedyren fravikes, må dette dokumenteres som avvik.

Faglige standarder må ses i sammenheng med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. Forsvarlighetskravet angir en minstestandard. Hvis denne ikke oppfylles, inntrer uforsvarlighet. For å sikre at man hele tiden holder seg godt innenfor det som anses forsvarlig, også ut i fra økonomiske og ressursmessige hensyn, bør faglige standarder ta utgangspunkt i nyere forskning og erfaringsbasert kunnskap og angi hva som anses som *god praksis*.

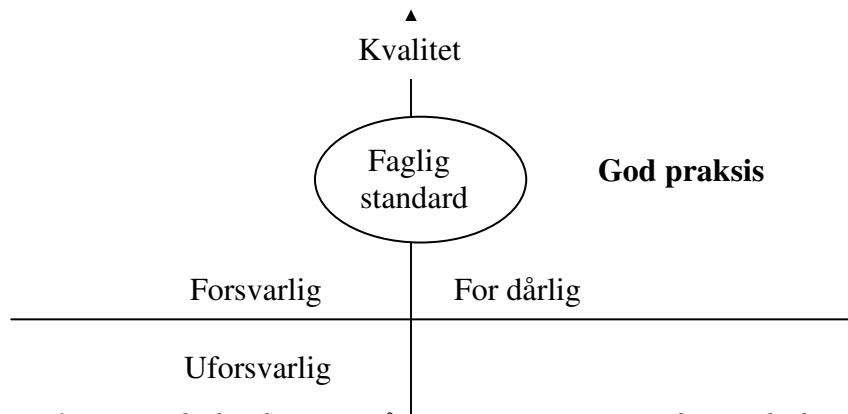


Fig. 1 Forsvarlighet kan ses på som en grense mot uforsvarlighet. Å ligge nær denne grensen vil gi for dårlig kvalitet. Den faglige standarden skal angi kvalitetsnivået for god praksis (Larsen og Guldvog 2001).

4.2. Forventet Forløp

Ved Rikshospitalet har man arbeidet med Forventet Forløp siden 1997. Forventet Forløp er en overordnet plan for pasientens behandling på tvers av avdelinger i sykehuset. Den konkretiseres for en pasientkategori og beskriver forventet pasientresultat i de enkelte fasene i forløpet.

Det karakteristiske ved Forventet Forløp er at dokumentasjonen:

- omfatter hele sykepleiekjeden som pasienten møter i sykehuset, det vil si alle poster og sykepleieenheter som er involvert i pasientforløpet fra mottak til avreise.
- identifiserer ønsket pasientresultat ved avsluttet opphold så vel som milepæler for den enkelte fase i pasientforløpet.
- trekker inn forventet ressursbruk som del av sykepleieplanen, målt som liggetid i ulike sengekategorier.

Utvikling av sykepleiefaglige Forventet Forløp forbereder til arbeid med tverrfaglige pasientforløpsbeskrivelser. Arbeidsmetode og struktur fra Forventet Forløp er nå blitt videreført i tverrfaglig sammenheng (Mathisen 2001).

4.3 Veiledende sykepleieplaner

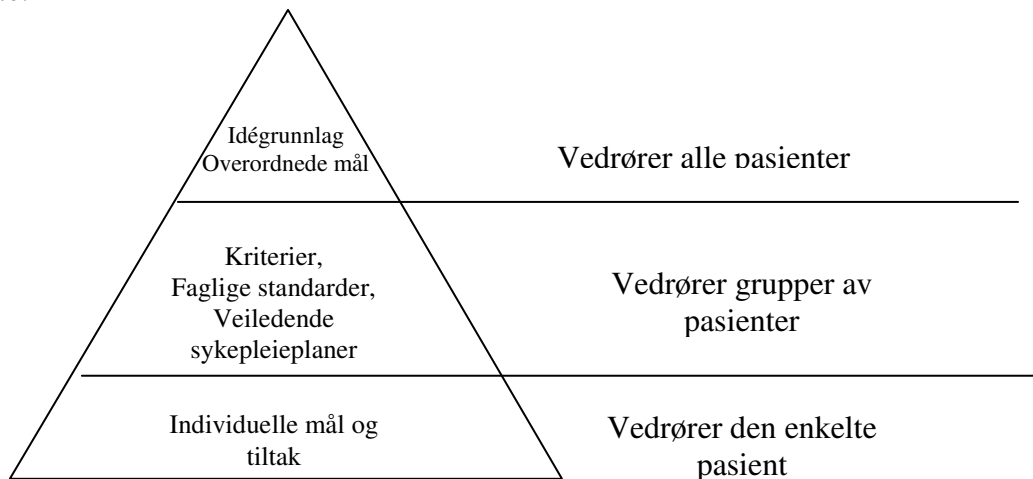
Standard sykepleieplan, eller *veiledende sykepleieplan* som det kalles i Norge, er uttrykk for et konkret, realistisk kvalitetsnivå for den rutinemessige sykepleien som er felles for en gruppe pasienter i en bestemt situasjon. Veiledende sykepleieplaner bygger på fellestrekk hos en gruppe pasienter og er retningsgivende for sykepleierens planlegging av den individuelle sykepleien og helsehjelp. Se vedlegg 1, 2 og 3.

Med veiledende sykepleieplaner menes sykepleieplaner der alt eller deler av en sykepleiediagnose, mål, ressurser og tiltak er ferdig utarbeidet, slik at den er klar til bruk. Planene skal individualiseres gjennom observasjon og samtaler med pasienten og pårørende, ved utvalg av elementer fra den veiledende planen og tilføyelse av fritekst (Mølsted 1998). Den individuelt tilpassede sykepleieplanen er dokumentasjon på kvaliteten av sykepleien til den enkelte pasient (Grove og Topsøe Jensen 1996).

Utvikling og bruk av veiledende sykepleieplaner kan bidra til mer enhetlig dokumentasjon og bedre kontinuitet sykepleien. Uten beslutningsstøtte vil valg av sykepleietiltak, dokumentasjon og utforming av planer variere sterkt ut fra sykepleierens erfaring, kunnskap og kultur. Ved bruk av veiledende planer sikrer man mer standardiserte forløp og entydighet i begrepsbruk

Ved implementering av veiledende sykepleieplaner er det viktig at sykepleierne involveres i utforming av planene i forkant, og at de har forståelse for hvordan planene skal individualiseres, endres og evalueres (Hestetun og Mølsted 2004) (Wibe, T. et al 2005). Det krever dessuten dedikerte sykepleiere som forstår hensikten og har egeninteresse av å bruke sykepleieplanen i praksis (Lee 2005). Gyltnes (2006) fant at veiledende sykepleieplaner bidrar til økt bruk av pasientens ressurser. I tillegg fant hun at sykepleiere forstår bruk av veiledende sykepleieplaner på to forskjellige måter, som en dynamisk verktøy eller en instruksjon. Det er viktig å forske på hvilke virkning og konsekvenser slike planer har for utøvelse av sykepleie og betydningen for pasientens helsehjelp.

Fig. 2 viser sammenheng mellom overordnede mål, faglige standarder og den individuelle sykepleie.



Anbefalinger

- Ved innføring av EPJ bør sykepleietjenesten definere klare mål for hva man forventer å oppnå av forbedringer/høyere kvalitet i utøvelse og dokumentasjon.
- Hver enkelt enhet bør gå gjennom en grundig prosess for å avgjøre hva som er nødvendig og relevant å dokumentere i forhold til juridiske krav, faglige krav og virksomhetsmål.
- Man må strebe etter å utvikle tydelige kriterier for vurdering av pasientens behov for sykepleie og å tydeliggjøre handlingene og effekten av disse.
- Det bør forskes mer på bruk av maler og veiledende sykepleieplaner og hvilken betydning de har for dokumentasjon av helsehjelp.
- Høgskolene må undervise og bidra til videreutvikling av veiledende sykepleieplaner.

5. SAMHANDLING

Pasienter skal møte en helse- og sosialtjeneste som kjennetegnes av kvalitet. Det betyr at den blant annet skal være virkningsfull, trygg og sikker, den skal involvere brukerne, være samordnet og preget av kontinuitet (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Samhandling handler om de tjenestene pasienten får innenfor kommunehelsetjenesten og/eller i spesialisthelsetjenesten. Utfordringen ligger i at pasienter også skal oppleve at spesialist- og kommunehelsetjenesten fungerer som en sammenhengende tjeneste. Informasjonsutveksling er en nøkkelfaktor for å bedre samhandlingen.

Det er hensiktsmessig å skille mellom intra- og interorganisatorisk samhandling. Intraorganisatorisk samhandling skjer innenfor samme organisasjon som for eksempel innenfor et sykehus. Interorganisatorisk samhandling skjer på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjoner for å koordinere et pasienttilbud. I arbeidet med å sikre at faglig forsvarlighet i sykepleietjenesten ivaretas, arbeides det med å avklare hvilke meldingstyper sykepleietjenesten trenger og innholdet i meldingen. Innholdet skal ivareta både sykepleiefaglig og tverrfaglig informasjonsbehov for å sikre hensiktsmessig og tilstrekkelig informasjonsutveksling i sykepleietjenesten med utgangspunkt i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Prosjektet omtales som ELIN-k. Forkortelsen står for Elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Prosjektet er initiert av Norsk Sykepleierforbund og er nasjonalt med sentrale myndigheter representert i styringen av prosjektet. Arbeidet forventes slutført i 2008. Det vil bli brukt eksempler fra spesifiseringen av hvilken informasjon som skal utveksles både intra- og interorganisatorisk.

5.1 Kommunehelsetjenesten

Innad i kommunen har det vist seg at det er mangelfull informasjonsutveksling mellom fastleger og hjemmesykepleien. Det resulterer i at pasienter får feil legemidler eller ikke får god nok oppfølging etter et legebeseøk. Informasjonsbrist går også fra hjemmesykepleien til pasientenes fastlege. Det kan være vanskelig å få tak i fastlegen per telefon når for eksempel resepter skal fornyes eller det er faglige spørsmål sykepleieren ønsker å drøfte med fastlegen. Dette resulterer i forsinkelser og unødig tidsbruk for å komme i kontakt med rette personen. I prosjekter der man har prøvd ut elektronisk informasjonsutveksling ved at hjemmesykepleieren for eksempel kan sende elektronisk post i sikre nettverk, har det vært lettere og gått raskere å få avklart spørsmål (Hellesø 2005).

Utvexling av informasjon mellom hjemmesykepleien og kommunens legevakt er nødvendig dersom en pasient blir henvist dit. Leger som undersøker pasienter på legevakten, har ofte ingen eller mangelfulle opplysninger om pasienten. De kjenner ikke til pasientens hjemmeforhold eller hvilket hjelpebehov vedkommende har. Da kan løsningen bli at pasienten for raskt blir lagt inn på sykehus med de påkjenninger det kan ha for enkelte eldre pasienter.

ELIN-k definerer for eksempel hvilke informasjonselement som kan standardiseres i EPJ for utveksling av informasjon både mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlege og mellom pleie- og omsorgstjenesten og legevaktleger. I tillegg til de foreslåtte informasjonselementene, vil det være behov for å kunne skrive i fritekst.

5.2 Spesialisthelsetjenesten

Pasienter som legges inn i sykehus, må gjerne forholde seg til flere avdelinger eller enheter. At det er tilgjengelig og relevant informasjon til de som har et behandlings- eller sykepleieansvar for pasienten, er en forutsetning for å yte forsvarlig helsehjelp. Det har imidlertid vist seg at sykepleiere i sykehus ikke nødvendigvis tenker på at mange pasienter beveger seg gjennom flere avdelinger/poster. En inneliggende pasient som gjennomgår et kirurgisk inngrep, er innom flere enheter. De ulike enhetene utarbeider egne dokumentasjonsskjemaer og systemer, for eksempel har det vist seg at sykepleiere i operasjons-/anestesiavdelingene har utarbeidet egne skjemaer. Her dokumenteres mye informasjon om hva som har skjedd under operasjonen, men det er ikke nødvendig at all denne informasjonen er tilgjengelig for de sykepleierne som skal følge opp pasienten etter operasjonen. Hvordan sykepleierne ivaretar pasientens behov for integritet, velvære, forebygging av komplikasjoner, fare for komplikasjoner eller forflytningstiltak dokumenteres sjelden selv om sykepleierne mener det er viktig (Spjelkavik 2004 a; Spjelkavik 2004b).

Noen ganger skriver sykepleierne et overflyttingsnotat etter at operasjonen er avsluttet, men det er ikke tradisjon for å gjøre det (ibid.). Detaljer som dokumenteres under operasjonen trenger ikke være av umiddelbar betydning for oppfølgingen på post, men det kan være sentral informasjon om man i etterkant vil vurdere kvaliteten av hva som er gjort under operasjonen. Derfor vil et ekstrakt og oppsummeringsnotat eller overflyttingsnotat være nyttig informasjon i videre forløp. Det skal sikre at sykepleierne på post får tilstrekkelig og nøyaktig informasjon om operasjonsforløpet og hva som skal følges opp videre.

Et annet eksempel er pasienter som flyttes fra en hjerteovervåkning til en sengepost. Da vil det være av betydning for oppfølgingen at det er informasjon om hva som har skjedd med pasienten mens vedkommende var innlagt i overvåkningsavdelingen og hva som skal følges opp. Det eksisterer systemer som høster informasjon om pasientens vitale funksjoner rett inn i pasientens journal. Men dette kan være på et høyt detaljeringsnivå og ikke alltid nyttig for mottakende sykepleier. Da har sykepleieren på overvåkningsenheten ansvar for å skrive et overflyttingsnotat som summerer opp den sentrale informasjonen.

De samme prinsippene vil være nødvendige å følge uansett hvilke avdelinger en pasient forflyttes mellom. Skal en pasient flyttes mellom avdelinger, er mottakende avdeling avhengig av at det følger med relevant informasjon. Flere av pasientjournalssystemene (også EPJ) tilbyr muligheter for å skrive overflyttingsnotat.

5.3 Samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

Et økende antall pasienter med kroniske sykdommer vil ha behov for helsetjenester på tvers av organisatoriske nivåer. Dette gjelder blant annet eldre med sammensatte helseproblemer, hjerte- og lungesyke, psykisk syke og kreftpasienter. Mange pasienter opplever imidlertid å måtte forholde seg til to forløp. Det ene er sykdomsforløpet og det andre er forløpet gjennom helsetjenesten.

Mangelfull og motstridende informasjon til pasienter om deres helsesituasjon og hva som er forventet forløp etter et sykehusopphold fører til at pasienter opplever manglende kontinuitet i behandlingen. Mangler i informasjonsutvekslingen mellom helsearbeidere på ulike nivå i helsetjenesten bidrar også til redusert kvalitet og diskontinuitet i behandlingen. Studier har vist at organisatoriske forhold og uklarheter om hvilken informasjon som skal utveksles når pasienter for eksempel trenger kommunale helsetjenester etter et sykehusopphold,

kompliserer samhandlingen. Fra myndighetene er samhandlingsproblematikken pekt på gjennom utredninger (Wisløffutvalget), og det er utarbeidet planer for å bedre samhandlingen (S@mspill 2007). I en utredning fra Norsk Senter for elektronisk pasientjournal ved NTNU på oppdrag for Nasjonal IKT er det utarbeidet en strategi for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I denne rapporten er bedring av samhandlingen omkring pasientforløpet mellom de ulike nivåene i omsorgstjenesten pekt på som det området hvor man kan oppnå størst gevinst både for pasientene og helseforetakene.

Sykepleiere som arbeider i sykehus og hjemmetjenesten, er gjensidig avhengige av hverandre når pasienter trenger oppfølging på tvers av organisasjonsnivåene. Innhentning og utveksling av informasjon i løpet av en pasients sykehusopphold er en vedvarende prosess som starter ved pasientens innleggelse i sykehus. Likevel viser forskning at utskrivningsplanleggingen ofte skjer ad hoc. I tillegg er det også uklarer om hvilken rolle og ansvar sykepleierne har i dette arbeidet. Ulike helsepersonellgrupper og pasienter og pårørende deltar i denne prosessen

Både ved innleggelse i og ved utskrivelse fra sykehus rapporteres det om mangler og uklarer i informasjonsutvekslingen mellom sykepleiere (Atwal 2002). Sykepleierne har en sentral rolle i utskrivningsplanleggingen, men det har vist seg at pasienter som trenger videre oppfølging av helsetjenester etter utskrivelse fra sykehus, ikke alltid blir identifisert eller henvist (Anderson & Helms 1995; Turpin 2000; Moen *et al.* 2002).

Tradisjonelle verktøy for bruk av informasjonsutveksling er bruk av ulike typer epikriser. I ELIN-k prosjektet foreslås det at det utvikles en tverrfaglig epikrise der både sykepleiere og leger skriver i samme dokument når pasienter trenger sykepleie i kommunene. Det er spesielt sykepleiere i hjemmetjenesten som får mangelfull informasjon, og det er et problem i dag. De bruker mye ekstra tid på å innhente nødvendig informasjon etter at pasientene er skrevet ut fra sykehus.

Anbefalinger:

- Samhandling blir et tema i sykepleieutdanningen.
- Sykepleiere deltar aktivt i utprøving og evaluering av informasjonssystemer som kan bedre i informasjonsflyten i helsetjenesten.
- Sykepleiere har innsikt i de legale plikter knyttet til informasjonsutveksling.
- Sykepleietjenesten arbeider aktivt for å klargjøre informasjonsbehovet sykepleiere har både intra- og interorganisatorisk.

6.0 LEDELSE OG ENDRING

Skal man lykkes med implementering av et nytt omfattende IKT-system, er det flere forutsetninger som må være tilstede. Det er den enkelte leder som må sørge for at disse oppfylles.

- Forankring i ledelsen. Både toppledelse og på mellomledernivå.
- Lederen må kunne «selge» prosjektet til sine medarbeidere. Dette krever i første rekke at ledere får kunnskaper og forståelse nok og at de adopterer prosjektet som sitt eget.
- Fokus på arbeidsprosesser; gjennomføre en arbeidsgangsanalyse i forkant av prosjektet og bruke tid i personalgruppen på å utarbeide nye rutiner for arbeidsflyt og innføre disse.

- Nødvendige arbeidsstasjoner og utstyr må være på plass. Behov for stasjonære arbeidsstasjoner kontra bærbare, og mulighet for trådløst nettverk må vurderes.
- Opplæring motivering og oppfølging av brukere er avgjørende for hvordan prosjektet lykkes.

Ledelsen har en nøkkelrolle i forhold til å gi prosjektet legitimitet, legge forholdene tilrette og sørge for gjennomføring. Erfaring tilsier at det er ikke nok å gi tilslutning til prosjektet. Lederen må vise entusiasme, ha tro på prosjektet og på at det vil gjøre en forskjell og fortløpende være pådriver for at tiltak følges opp i henhold til innføringsplanen. Det er derfor essensielt at alle involverte ledere i forkant er godt opplært og har ønskede holdninger til prosjektet.

Å implementere et EPJ-system er en tid- og ressurskrevende oppgave. Lederen må sette av tid til å gå aktivt inn i prosessen og følge opp fortløpende. Det vil også være nødvendig å arbeide med innhold i dokumentasjonen parallelt med fokus på arbeidsprosesser, opplæring i IKT og den aktuelle applikasjonen.

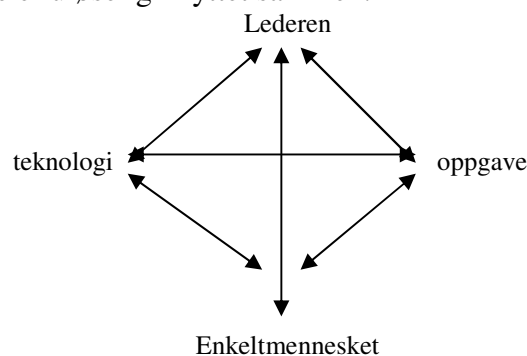
Det anbefales at ca. 20 % av de ansatte plukkes ut som ressurspersoner/superbrukere (dvs. 6 personer på en post med 30 årsverk). Ressurspersonene får grundig opplæring i bruk av systemet (minimum 2 hele dager + tid til e-læring). De får et overordnet ansvar for å lære opp medarbeidere, skrive og legge inn veiledende pleieplaner og gi fortløpende hjelp og støtte til sine medarbeidere. Ved at det læres opp så mange, har man også tatt høyde for at noen kan falle fra (turnover, ferie, sykdom, permisjoner m.m.).

For de øvrige ansatte anbefales det opplæring delvis som e-læring og 2-3 timers bolker med undervisning i datarom.

6.1 Teoretisk ramme

I det følgende presenteres teori som omhandler endringer i en organisasjon og teori om det å innføre IKT i en organisasjon. Det å stå ansvarlig for innføring av IT i en avdeling, betyr at en skal være med å lede en endring som i dag må sees på som ganske omfattende. En trenger kunnskap om endringsprosesser og en bør vite hva som skal til for at en slik endringsprosess skal bli vellykket.

Leavitts diamant visualiserer hvordan de forskjellige delene av en organisasjon påvirker hverandre, og hvordan de er uløselig knyttet sammen.



Endring i teknologien står for påvirkningen av de andre delene og fører til en endring både for lederen, enkeltmennesket og oppgaven som skal utføres.

Endringsteori kan deles inn i to hovedområder. Det ene er endringsstrategier, det vil si måter å endre en organisasjon på. Det andre er hva endring innebærer i en organisasjon, det vil si hva som må til for at endring skal skje.

6.2 Endring og endringsstrategier

Det er laget mye teori om hvordan å endre en organisasjon. Først kan en si at det finnes forskjellige typer endring. De er kategorisert ut i fra om endringen er planlagt eller ikke planlagt, og realisert eller ikke realisert.

Nedenfor er disse variantene satt opp i to dimensjoner:

	Realisert	Ikke realisert
Planlagt	Lærebok-varianten	Hyllefyll-varianten
Ikke planlagt	Oppdagelses-varianten	Understrøms-varianten

(Thoresen og Keul 1992)

- Lærebokvarianten er den konvensjonelle oppfatningen av utviklingsarbeid – åpent, metodedrevet og mer eller mindre demokratisk.
- Hyllefyllvarianten er for eksempel mislykte forsøk på endring, eller en plan som er laget som en symbolsk handling.
- Oppdagelsesvarianten er endring som ikke er forutsett, eller for eksempel gode muligheter eller løsninger som en «snubler» over.
- Understrømsvarianten er endringer som kommer, men som ikke er observert ennå, eller endringer som ikke er åpent uttrykt; de er strømninger i organisasjonen.

Lærebokvarianten fører videre inn i teori som gir eksempler på ulike endringsstrategier. De forskjellige endringsstrategiene kategoriseres etter ulike kvaliteter ved en endringsprosess. En måte å kategorisere endringsstrategier på er om endringen preges av konflikt eller samarbeid, og om den er inkrementell eller revolusjonær. Det gir oss disse endringsstrategiene:

	Inkrementell	Revolusjonær
Samarbeid	Organisasjons-utvikling	Karismatisk revolusjon
Konflikt og tvang	Inkrementell utvikling	Diktatorisk endring

(Jacobsen og Thorsvik 1997)

- Organisasjonsutvikling preges av god tid, små justeringer og lite konflikt.
- Karismatisk revolusjon finner sted der det trengs en stor endring og hvor en har en karismatisk leder.
- Inkrementell utvikling benyttes der det skal gjøres små endringer, men med stor motstand.
- Diktatorisk endring er basert på at en elite analyserer situasjonen, kommer med forslag til endring og har makt til å tvinge endringen gjennom.

Når det gjelder innføring av IKT i en organisasjon, vil den ofte være en revolusjonær endring. Graden av brukermedvirkning vil kunne si noe om endringen blir gjennomført ved hjelp av samarbeid eller tvang.

Endringen er som oftest godt planlagt, men det typiske for innføring av IKT er at det alltid dukker opp uventede momenter. Det kan f.eks. være at den uformelle maktbalansen i en

organisasjon forskyves ved at unge gjerne behersker det nye lettere og raskere enn eldre. En slik form for endring kommer inn under oppdagelsesvarianten og er et eksempel på at avdelingsleder også står overfor ikke planlagte endringer i forbindelse med innføring av IKT.

Planlagt endring er den typen endring en finner mest om i organisasjonsteorien. Den handler om endring som er basert på læring, hvor en går aktivt inn og prøver å tilpasse organisasjonen til nye forhold. I forhold til innføring av IKT, gjør en dette ved å legge opp opplæringsprogrammer som de ansatte skal gjennom for å sikre at systemene vil fungere som en ønsker.

6.3 Endring og læring

Endringer i en organisasjon oppstår når organisasjonen lærer, det vil si at organisasjonen øker sin evne til problemløsning og måloppnåelse.

All organisatorisk læring må basere seg på at individer i organisasjonen lærer.
(Jacobsen og Thorsvik 1997)

Det er derfor sentralt å forstå individuelle læringsprosesser når en skal gjennomføre en endring i en organisasjon.

En av teoriene som sier oss noe om dette er den kognitive læringsteorien. Den er opptatt av hvordan mennesket lærer ut fra hvordan hjernen lagrer og organiserer kunnskap. Den har kategorisert måten vi lærer på i tre punkter:

1. *Vi lærer ved å utvikle helt nye kart eller hovedområder, for eksempel når vi lærer et helt nytt fagfelt på skolen.*
2. *Vi lærer ved å utvide eksisterende kart, for eksempel når vi tilegner oss mer kunnskap på samme område.*
3. *Vi lærer ved å bygge opp nye kognitive kart i stedet for gamle. (...) man må forkaste tidligere kunnskap og sette inn ny kunnskap i stedet.*

(Jacobsen og Thorsvik 1997)

Kognitiv læringsteori har gitt et viktig bidrag til å forstå hvorfor dramatiske endringer i en organisasjon ofte er vanskelig å gjennomføre, fordi det er en tung prosess for individet å skulle avlære tidligere kunnskap for så å tilegne seg ny.

Innføring av IKT er for mange en slik avlærings- og nylæringsprosess, da det å bruke IKT er en annerledes måte å arbeide på. Bare det å skulle taste inn informasjon på en skjerm i stedet for å skrive i en bok er en stor overgang for mange.

Fordi det å skulle bygge opp nye kognitive kart er krevende, er det viktig at individet er motivert for endringen. Det blir en hvis en har forventning om at det å endre atferd vil ha positiv betydning.

Motivasjon oppstår når man forventer å oppnå noe som man verdsetter.
(Jacobsen og Thorsvik 1997)

6.4 Motstand mot endring

Endring i en organisasjon kan ofte føre til motstand mot forandring. Det som er kjent og trygt blir byttet ut med noe som er nytt og som i noen tilfeller kan virke truende. Jo mer omfattende en endring er, desto sterkere kan en anta at motstanden mot endring vil bli.

Det er derfor en utfordring i forhold til valg av endringsstrategi å velge en strategi som kan minimere motstand, eller at en klarer å gjennomføre endringen på tross av motstand. Da vil makt være et sentralt begrep.

6.5 Teori knyttet til innføring av IKT i en organisasjon

Mye av teorien som omhandler innføring av IKT i en organisasjon er lik den om endring, siden innføring av IKT innebærer store forandringer. Men i tillegg er den mer spesifikk på de problemene som ofte kan dukke opp i forbindelse med IKT-innføringen. Her er noen faktorer som vil bidra til en mest mulig vellykket innføring:

- **Brukermedvirkning**

Når en skal innføre et nytt IKT system i en avdeling, er det viktig at en gjør det ved å involvere de som skal være brukere av systemet. Dette har flere positive sider, for det første får de som skal bruke systemet kjennskap til systemet før det er kommet i drift ved egen avdeling, og de blir mer trygge på hva det er fremtiden vil bringe og de ansatte mestrer IKT-endringen bedre. For det andre vil de kunne være med og gi nyttig input til de som utvikler systemene om hva som må til for at systemene skal være funksjonelle i den aktuelle avdelingen.

Teknologikvaliteten kan forbedres ved å involvere brukerne mer i utviklings- og utprøvningsprosessen. Personer i alle aldre bør medvirke fordi kvaliteten på IKT-systemet bedømmes forskjellig i ulike aldersgrupper (Solberg 1999).

- **Eierforhold**

For at systemene skal fungere best mulig, dvs. holdes vedlike og oppdateres, er det viktig at avdelingene opplever at de eier systemet, og at det er til nytte for dem. Hvis ikke, blir interessen for å være med på å utvikle systemet liten.

Involvering skaper at brukeren får et eierforhold til systemet og muliggjør at det fremkommer informasjon som kan være uvurderlig for den som har ansvar for utvikling og innføring av nye systemer (Solberg 1999).

- **Teknologikvalitet**

Med teknologikvalitet menes at funksjonen og oppbyggingen av programmene er hensiktsmessige. Det betyr at systemet bør være lett å lære, effektivt og at det er til nytte for brukeren.

Kvaliteten på IKT-systemet påvirker de ansattes evne til å mestre IKT-endringer. Dårlig kvalitet fører til økt teknostress, flere negative og færre positive konsekvenser av IKT-endring. (Solberg 1999).

- **Opplæring**

Opplæring av brukerne er en kritisk suksessfaktor da det er grunnlaget for at en skal få et gitt program til å fungere som det var ment.

Dårlig eller lite tilpasset opplæring blir sett på som en «ny» stressfaktor (...) dette kan forklares med at brukerne føler at de sløser bort tid, de opplever økt arbeidsbelastning, det tar lenger tid enn antatt å lære systemet. (Solberg 1999)

- **Forankring i ledelsen**

Når en skal gjennomføre en endring i en organisasjon, er det avgjørende at endringen er akseptert av ledelsen. Hvis lederen er engasjert, vil det smitte over på de ansatte. Den lokale lederens holdning til endring vil derfor ha en avgjørende betydning.

...man må legge forholdene til rette (...) for at ledelsen har en konkret mulighet til å være pådriveren i innføringsprosessen. Motivasjonsoppbyggende tiltak samt analyser av kost og nytte er viktige komponenter i å engasjere ledelsen i en organisasjon (Sørgaard et al. 1996)

Det verdt å nevne at de mer generelle suksessfaktorene som motivasjon og tid, også er viktige i forhold til innføring av IT.

- **Motivasjon**

Det er viktig å motivere brukerne når en skal innføre et nytt system i en organisasjon. Det kommer av at brukerne ofte vil oppleve det som en «kostnad» å skulle lære seg noe nytt. Måten teknologien blir innført på vil også påvirke brukernes motivasjon til å bruke systemet. Derfor er det viktig med informasjon om systemenes muligheter og begrensninger.

Den viktigste utfordringen i en innføringsprosess er å få personene i en organisasjon til å tro på at dette kommer til å føre til en bedre hverdag. Dersom personene føler at de har fått vært med å påvirke prosessen underveis, er det større mulighet til at de aksepterer systemet og bruker det.... Ledelsens holdninger og evne til informasjon er viktig for de ansattes motivasjon

(Solberg 1999)

- **Tidspunkt**

Det er viktig at organisasjonen ser behovet for å innføre IT, og at den er motivert for det nye. Det er også viktig å velge riktig tidspunkt for opplæring; det er med å opprettholde motivasjonen.

Det er uheldig at det går for lang tid fra opplæringen skjer til systemet eller programmet blir tilgjengelig. Det må være koordinering mellom gjennomføring av kurset og innføring av nytt system. (Solberg 1999)

Til slutt en liste med noen av de sentrale betingelsene som er viktige å følge for at endring i en organisasjon skal gå i riktig retning. Punktene vil også gjelde ved innføring av IT.

- Gode analyser av utgangspunktet og målsetting.
- De som berøres må ha et eierforhold til prosessen.
- «Belønningen» for innsatsen må overstige «kostnadene».
- Nok ressurser (penger, tid og mennesker).
- Sterk endringsledelse.

- Klare ansvarsforhold.
- Evaluerings- og tilbakemeldingsrutiner.

Anbefalinger:

- Endringer må forankres i ledelsen.
- Det legges vekt på arbeidsgangsanalyser og arbeidsprosesser i forkant av innføring av et nytt IKT prosjekt.
- Ledere må ha tro på endring som skal iverksettes.
- Ledere må involvere seg i endringsprosessen og følge opp gjennom innføring og konsolidering av systemet.

7. INFORMASJONSSIKKERHET

Stadig mer av arbeidet i helsesektoren er basert på elektronisk behandling av pasientopplysninger. Samtidig arbeides det mot mer elektronisk samhandling mellom ulike virksomheter og forvaltningsnivåer. Opplysninger blir lettere tilgjengelige, oppdateringer er enklere og raskere, informasjonen blir mer helhetlig og mange har tilgang samtidig. Dette gir store muligheter for kvalitetsforbedring, samhandling og effektivisering, men det skaper også nye utfordringer med å ivareta informasjonssikkerheten hos virksomhetene. Utfordringen ligger blant annet i å sikre at opplysningene ikke kommer uvedkommende i hende.

For å sikre tilfredsstillende informasjonssikkerhet i helsesektoren har Sosial- og helsedirektoratet initiert arbeidet med å etablere «Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren» (Shdir 2006). Normen er laget av representanter for sektoren, herunder Den norske lægeförening, representanter for de regionale helseforetak, Norsk Sykepleierforbund, Norges Apotekerforening og KS. I tillegg har Datatilsynet, Helsetilsynet, Rikstrygdeverket og Sosial- og helsedirektoratet deltatt i arbeidet. Alle som er tilknyttet Norsk Helsenett AS forplikter seg til å følge normen. Normen gjelder for alle virksomheter i helsesektoren som ved avtale har forpliktet seg til å følge normen. Normen beskriver og stiller krav til virksomhetenes arbeid med informasjonssikkerhet for helse- og personopplysninger som behandles i forbindelse med pasientbehandling. For ytterligere informasjon vises det til [Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren](#). Informasjonssikkerhet finner vi også tydelig uttalt i lov om Helsepersonell og lov om Helseregister (se kap. 8).

7.1 Hovedområder

Informasjonssikkerhet omhandler følgende hovedområder: Autentisering, konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og kvalitet. I tillegg er pålitelighet en forutsetning for informasjonssikkerhet. Et sikkert system må være stabilt, robust og feilfritt.

1. Autentitet

Autentitet handler om å være sikker på at personer som behandler data er den de gir seg ut for å være. Dette sikres gjennom rutiner for tilgangskontroll med brukernavn og passord.

2. Konfidensialitet

Konfidensialitet er å sikre at opplysninger ikke kommer på avveie; at kun autorisert personell har tilgang til opplysningene, og at personell har kunnskap og etisk gode holdninger knyttet til taushetsplikt om personopplysninger. Ledere i helseinstitusjoner har et særlig ansvar for at

alle ansatte følger instruksjoner for datasikkerhet. Dette må sikres gjennom opplæring, prosedyrer, kontrollrutiner og system for avvikshåndtering.

3. Integritet

Det må være sikkerhet for at informasjonen er ekte og pålitelig. Det som nedtegnes i pasientens journal må være korrekt, og man må ha sikkerhet for at det ikke nedtegnes data om feil pasient eller ukorrekte medisinske opplysninger. Både den som legger opplysninger inn i et system og den som skal hente dem ut er ansvarlige for at opplysningene har og beholder sin integritet.

4. Tilgjengelighet

Sikker tilgjengelighet innebærer at dataene er tilgjengelige når helsepersonell og pasienter trenger dem. Spesielt helseopplysninger er det viktig at man kan få tak i raskt. Da er man avhengig av at både datamaskiner og nettverk er tilgjengelig, at opplysninger er lagret trygt og riktig slik at man kan hente dem fram når man trenger dem, og at påliteligheten i det IT-tekniske er god nok. Dette handler også om nødprosedyrer ved for eksempel strømbrudd, kabelbrudd, planlagt eller uforutsett nedetid i systemet.

5. Kvalitet

Kvalitet henspiller på at personopplysninger henføres til rett person, at de føres i henhold til kodeverket og at de er korrekte, fullstendige og ajourført. De skal være kontrollrutiner i virksomheten som sikrer at krav til kvalitet overholdes. Kvalitet innebærer også sporbarhet, dvs. å sikre at det er mulig å finne tilbake til opprinnelse eller ansvarlig for endring

Samhandling er det minst utviklede IKT-området innen helsesektoren, men det er under stadig utvikling og noen punkter bør nevnes:

Elektronisk overføring av sensitive opplysninger stiller krav:

- Intern sikkerhet for at kun de korrekte opplysninger sendes ut.
- Kommunikasjonsleverandør må ha tilfredsstillende sikkerhet når det gjelder adressering, integritet og tilgjengelighet.
- Krypteringsmekanismer må være på plass.
- Mottaker må ha tilfredsstillende sikkerhetsrutiner når det gjelder behandling av konfidensielle opplysninger og autentisering.

Hvert enkelt helseforetak er pålagt å ha definerte mål og sikkerhetsrutiner som konkretiseres i et sett av strategier. Disse skal revideres jevnlig som følge av erfaring og organisasjonsmessig og teknologisk utvikling.

Målene og akseptkriteriene som helseforetaket (virksomheten) har definert, konkretiseres i et sett av strategier, f.eks.:

- *All adgang til elektronisk informasjon skal foregå via en personlig identifikasjon av den enkelte ansatte eller bruker.*
- *Utstyr som benyttes til behandling av personopplysninger skal sikres mot uautorisert tilgang.*
- *All pasientinformasjon skal lagres i databaser på sentrale lagringsmedia. Skal også omfatte pasientinformasjon på medisinsk teknisk utstyr.*

De ansatte skal kjenne målene og støtte dem. Dette sikres gjennom en aktiv medvirkning i målformuleringsprosessen. De ansattes motivasjon og aksept for sikkerhetsarbeidet er i stor

grad betinget av ledelsens evne til å forene liv og lære, dvs. omsette målsettingene til synlig praktisk handling.

Anbefalinger

- Kjenner til myndighetskrav i forhold til informasjonssikkerhet.
- Bidra til at alle pasientopplysninger er kun tilgjengelige for helsepersonell som har behov for informasjon.
- Bidra til gode arbeidsrutiner som sikre taushetsplikt og konfidensialitet.

8. FORMELLE KRAV TIL DOKUMENTASJON OG DOKUMENTASJONSSYSTEMER

Det finnes en rekke standarder og formalkrav som må oppfylles med utgangspunkt i lovverket. Dette kapitlet vil ikke være uttømmende, men gi en oversikt over de viktigste bestemmelsene som får konsekvenser for sykepleiernes dokumentasjon og bruk av EPJ.

Forskrift om pasientjournalen er av vesentlig betydning for dokumentasjonsarbeidet. Deler av forskriften er svært detaljert mht. krav til innhold i dokumentasjonen. Hele § 8 er derfor gjengitt som vedlegg (4) i denne veilederen. De øvrige lovene og forskriftene kan hentes på <http://www.lovdatab.no>.

Kompetansesenteret for IT i Helsevesenet (KITH) utvikler standarder og kravspesifikasjoner på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Sosial- og helsedirektoratet har det overordnede ansvaret for gjennomføringen av tiltaksplanen *S@mspill 2007*.

De ferdige standardene og kravspesifikasjonene kan hentes på <http://www.kith.no/>. Hvert år utfører helsetilsynet tilsyn ved mange helseinstitusjoner og deres arbeid er viktig i forbedringsarbeid av dokumentasjon.

8.1 Lover

Her følger en oversikt over lover og forskrifter som har betydning for samhandling og dokumentasjon.

8.1.1 Lov om helsepersonell mv.

I tidligere lovgivning har dokumentasjonsplikten vært knyttet til enkelte helsepersonellgrupper som for eksempel leger, jordmødre, psykologer og tannleger. I helsepersonelloven knyttes ansvaret for journalføring til *den som yter helsehjelp*, ikke til enkelte profesjonsgrupper. Dermed har et helt nytt prinsipp blitt innført. Bakgrunnen er et ønske om å sette pasienten i sentrum. Det viktige er at relevante og nødvendige opplysninger blir nedtegnet, ikke *hvem* som nedtegner dem.

Lov om helsepersonell slår fast at helsepersonell som yter selvstendig helsehjelp plikter å føre journal. Unntaket er når en arbeider etter instruksjon/rettledning av annet helsepersonell som plikter å føre journal.

8.1.2 Lov om pasientrettigheter

Lov om pasientrettigheter regulerer bl.a. pasientens rettigheter i forhold til journalens innhold. I pasientrettighetsloven er definisjonen av helsehjelp utvidet til også å omfatte handlinger som har pleie- og omsorgsformål. Dette innebærer at «brukere» av pleie- og omsorgstjenester som mottar helsehjelp, er pasienter og kommer inn under denne loven.

8.1.3 Lov om helsetjenesten i kommunene

Lov om helsetjenesten i kommunene gir rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen en person oppholder seg i. I hovedsak dreier det seg om hjemmesykepleie, psykiatrisk sykepleie som gis i hjemmet, og opphold i sykehjem.

8.1.4 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Lov om spesialisthelsetjenesten stiller krav til at helseinstitusjoner som omfattes av loven skal sørge for journal- og informasjonssystem er forsvarlige. Det kan med hjemmel i loven gis forskrifter om drift, innhold og opprettelse av journal- og informasjonssystemer. Det kan også i forskrift fastsettes nærmere bestemmelser om elektronisk journal.

8.1.5 Lov om psykisk helsevern

Lov om psykisk helsevern inneholder en rekke bestemmelser om konkrete forhold/vedtak som skal nedtegnes. Dette gjelder blant annet:

- Alle vedtak om bruk av tvang, inkludert vedtak om undersøkelse/behandling uten pasientens samtykke.
- Vedtak om kontroll av post mv.
- Vedtak om beslag, ransakelse og begrensning i kontakt med omverdenen.

Det skal utarbeides individuell plan for hver enkelt pasient som er underlagt psykisk helsevern.

Loven stiller også krav om pasientens underskrift i forhold til samtykke ved frivillig psykisk helsevern.

8.1.6 Lov om sosiale tjenester

Sosialtjenesteloven kommer til anvendelse innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Den inneholder bestemmelser som innebærer at forhold som kan berettige til tvangstiltak, må dokumenteres. Loven inneholder videre bestemmelser som gir rett til praktisk hjelp og bistand, avlastningstiltak, støttekontakt, opphold i aldershjem eller boliger med heldøgns tjenester, samt omsorgslønn. Disse tiltakene skal saksbehandles etter forvaltningslovens regler. Dette innebærer bl.a. at det skal gjennomføres utredninger og dokumentasjon av pasientenes/brukernes helsetilstand for å vurdere riktig nivå på tjenestetilbudet. Loven inneholder for øvrig ikke eksplisitte bestemmelser som pålegger kommunen å dokumentere den løpende tjenesteyting.

8.1.7 Lov om helseregister

Helseregisterloven gjelder for hel eller delvis elektronisk behandling av helseopplysninger og må ses i sammenheng med personopplysningsloven.

8.1.8 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker

Forvaltningsloven gjelder for all forvaltningsvirksomhet. Den stiller en rekke formelle krav til saksbehandlingsprosessen og dokumentasjon av denne. Dette har innvirkning på blant annet dokumentasjonen i kommunehelsetjenesten.

Forvaltningsloven sidestiller elektronisk informasjon med papirbasert informasjon, forutsatt at informasjonen kan bevares for ettertiden. Loven åpner også for bruk av elektronisk kommunikasjon i saksbehandlingen så langt partene er enige om dette og kravene til informasjonssikkerhet overholdes.

8.1.9 Lov om arkiv m/forskrifter

Alle offentlige (statlige, fylkeskommunale og kommunale) organer plikter å ha arkiv. I arkivloven defineres arkiv som dokumenter som blir til som ledd i en virksomhet. Dokumenter defineres som «Ei logisk avgrensa informasjonsmengde som er lagra på et medium for senere lesing, lyding, framsyning eller overføring». Dokumentene skal være ordnet og innrettet slik at dokumentene er sikret som informasjonskilder for samtid og ettertid.

Arkivloven

Uten hjemmel i arkivforskriften kan en ikke avhende, kassere eller rette arkivmateriale på en slik måte at informasjon som har hatt betydning for saksforberedelse, vedtak, eller annet som bør kunne dokumenteres, går tapt.

8.2 Forskrifter

De følgende underkapitlene omhandler forskrifter som har betydning for dokumentasjon av helseopplysninger i pasientjournalen. Kapitlet tar for seg de mest sentrale forskriftene.

8.2.1 Forskrift om pasientjournal

Pasientjournalforskriften er hjemlet Lov om helsepersonell, Lov om spesialisthelsetjenesten, Lov om helsetjenesten i kommunene, Lov om pasientrettigheter og Lov om tannhelsetjenesten.

Pasientjournalforskriften gir blant annet nærmere regler om helsepersonells dokumentasjonsplikt, herunder innhold i og håndtering av pasientjournaler, samt virksomhetenes ansvar i forhold til opprettelse og organisering av journalsystem.

8.2.2 Forskrift om individuelle planer

Forskriften er hjemlet i Lov om helsetjenesten i kommunene, Lov om spesialisthelsetjenesten, Lov om pasientrettigheter og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Pasient med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Plikten til å utarbeide denne ligger hos kommunen og/eller helseforetaket. Pasienten har rett til å delta ved utarbeidelse av planen. Den individuelle planen skal inngå i pasientens journal.

8.2.3 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

Forskriften er utarbeidet for pleie- og omsorgstjenesten med hjemmel i lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenesten i kommunene. Den inneholder krav til at det skal finnes prosedyrer som ivaretar den enkelte brukers grunnleggende behov i henhold til individuell plan, hvis en slik finnes. Forskriften stiller krav om at kommunene skal dokumentere hva som blir gjort for å sikre gode tjenester.

8.2.4 Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

Denne forskriften etablerer et landsomfattende pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). Forskriften gir bestemmelser for innsamling og behandling, utlevering og lagring av opplysninger i registeret.

Formålet med IPLOS-registeret er å samle inn og behandle data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt pleie- og omsorgstjenester for å gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av sosial- og helsetjenesten og sosial- og helseforvaltningen og gi grunnlag for forskning.

8.3 Veiledere

Kapitlet skisserer de mest sentrale veilederne som omhandler dokumentasjon av helseopplysninger.

8.3.1 Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten

Veilederen er utarbeidet for pleie- og omsorgssektoren i kommunene etter ønske fra saksbehandlere, ledere i kommunene og politikere. Bakgrunnen for at den ble laget er at pleie- og omsorgstjenestene må forholde seg til omfattende lovverk som for eksempel sosialtjenestelov, kommunehelsetjenestelov, forvaltningslov og offentlighetslov. Det er derfor behov for at det finnes en grundig gjennomgang av lovverket og hvordan det skal anvendes i tjenestene. Veilederen tar for seg både regler for saksbehandling og dokumentasjon av helseopplysninger.

8.3.2 Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie

Veilederen er en oppfølging av kravspesifikasjon for dokumentasjon av sykepleie i EPJ. Veilederen er laget som et hjelpemiddel for de som ikke har erfaring eller kunnskap om hvordan dokumentasjon av sykepleie kan gjøres elektronisk. Veilederen inneholder praktiske eksempler både på dokumentasjon basert på klassifikasjonssystemer og dokumentasjonsmodeller med søkeord og tekst. Veilederen fremhever at dokumentasjon av sykepleie skal være en del av den elektroniske pasientjournalen.

8.3.3 Veileder i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Veilederen er en revisjon av «Journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» og ble ferdigstilt i 2004. Veilederen bygger på helselovreformen fra 2001. En stor del av veilederen er en samling av myndighetskrav knyttet til dokumentasjonsplikt, informasjonsplikt,

opplysningsplikt, samtykkekompetanse – informert samtykke, taushetsplikt, innsynsrett og overføring og utlån av journalopplysninger. Videre inneholder veilederen konkret informasjon om utfylling av Helsekortet. Siste del omhandler journal i videregående skole.

8.4 Nasjonale standarder

Det er etter hvert utarbeidet en rekke standarder og kravspesifikasjoner for elektronisk dokumentasjon av helseopplysninger. De er kun de som er aktuelle for sykepleietjenesten som nevnes her.

8.4.1 EPJ-standard

EPJ-standard er utarbeidet av en prosjektgruppe ledet av KITH på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Den norske lægeforening, Norsk Sykepleierforbund, Helsetilsynet og Riksarkivet var representert i arbeidsgruppen, og en bredt sammensatt referansegruppe ga innspill underveis. Standarden har vært ute til bred høring og ble ferdigstilt juni 2001. Sosial- og helsedirektoratet har sendt ut et rundskriv (Rundskriv IS-1/2002) om standarden, hvor det pekes på at standarden foreløpig er veiledende. I rundskrivet står det blant annet:

«Standarden viser den måten Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at kravene i lov og forskriftsverk ivaretas på. Det kan på et senere tidspunkt være aktuelt å fastsette i medhold av helsepersonelloven at deler av standarden må følges. Inntil dette eventuelt skjer, kan den enkelte virksomhet selv stille krav til sine leverandører om at standarden, eller deler av denne skal følges. Spesielt anbefales det at virksomheter som skal anskaffe nytt EPJ-system, refererer til denne standarden.»

Standarden tar utgangspunkt i lover og forskrifter, samt relevante norske og internasjonale standarder. Den skal kunne benyttes for:

- Alle typer pasientjournaler.
- Innenfor alle typer virksomheter i helsevesenet.

8.4.2 Kravspesifikasjon for dokumentasjon av forskrivning og administrering av legemidler mv.

Kravspesifikasjonen ble godkjent i 2002. Hensikten er å bidra til å sikre legemiddelhandtering, samt legge tilrette for elektronisk utveksling av legemiddelopplysninger mellom samarbeidende helsepersonell. Standarden bygger på EPJ-standard og inneholder detaljerte krav til:

- Forskrivninger
- Legemidler
- Dosering
- Seponering
- Dose
- Legemiddeladministrering
- Cave
- Legemidler i bruk
- Tidligere forskrivninger

8.4.3 Kravspesifikasjon for elektronisk journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Kravspesifikasjonen beskriver hva som skal finnes i et journalsystem for helsestasjons- og skolehelsetjenesten når det gjelder registrering, organisering og bruk av informasjon i et

elektronisk journalsystem. Standarden bygger på EPJ-standarden og inneholder detaljerte krav til:

- Journalinnhold
- Vaksinasjon/SYSVAK
- Forhold rundt fødsel
- Funksjonshemming
- Somatiske undersøkelser
- Laboratorieprøver
- Tilgangsstyring

8.4.4 Kravspesifikasjon for dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen

Kravspesifikasjonen er utarbeidet av Sørlandet sykehus og KITH. Kravspesifikasjonen er tuftet på sykepleieprosessen som struktur for sykepleiedokumentasjon. Den bygger på EPJ-standardens og inneholder detaljerte krav til:

- Sykepleieoversikt
- Ressurser/behov/problem
- Sykepleiemål
- Sykepleietiltak
- Evaluering

Den har videre tatt med krav til legemiddeladministrering, notater, målinger/registreringer/observasjoner. Kravspesifikasjonen omtaler også tilgangsstyring, meldingsutveksling, rapporter og statistikker. Kravspesifikasjonen er i skrivende stund ikke godkjent som nasjonal standard.

8.4.5 Kravspesifikasjon for pleie- og omsorgssystemer

Kravspesifikasjonen inneholder krav til saksbehandling og dokumentasjon av helsehjelp. Kravspesifikasjonen er utformet på en slik måte at den delen av tjenstedokumentasjonen som utgjør pasientjournalen, ved behov kan skilles fra dokumentasjon som kun gjelder tjenester som ikke kan betegnes som helsehjelp. Dette skal ikke være til hinder for at den komplette dokumentasjon av tjenester for en tjenstemottaker framstår som en helhet under vanlig bruk. Kravspesifikasjonen bygger på EPJ-standardens og har svært like krav til dokumentasjonsstruktur som kravspesifikasjon for dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen. Kravspesifikasjonen er i skrivende stund ikke godkjent som nasjonal standard.

8.4.6 Noark-4-standardens (Norsk Arkivstandard)

Noark-4-standardens er en omfattende, todelt standard som hjemles i arkivforskriften. Standardens inneholder detaljerte krav til:

- Postjournal og saksarkiv
- Arkivstruktur
- Periodisering, bortsetting og avlevering
- Utvalgsbehandling
- Integrasjon med saksbehandling
- Styring av tilgang til saksarkivet
- Integrasjon med elektronisk post

Standarden setter også strenge krav til journal/arkivsystem og rutiner og støtter opp om korrekt praktisering av offentlighetsloven.

8.5 Tilsynsmyndighetens rolle og journalføringsplikten

Helsetilsynet i fylket (tidligere Fylkeslegen) utfører tilsyn med helse- og sosialtjenestene i kommunene, med hjemmel i lov om statlig tilsyn § 2. Myndigheten som tilsynsorgan i fylkene etter helselovgivningen ligger til Helsetilsynet i Fylket, direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Tilsynsmyndigheten skal ha oversikt over sosiale forhold, befolkningens helsetilstand og befolkningens behov for tjenester, følge med på hvordan tjenestene og personellet utøver sin virksomhet og gripe inn ovenfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomheten i strid med lovgivningen.

Tilsyn og rådgivning basert på erfaringer fra tilsyn skal medvirke til at:

- Befolkningens behov for helsetjenester ivaretas.
- Helsetjenestene ivaretas på en forsvarlig måte.
- Svikt i helsetjenestene forbygges.
- Ressursene i helsetjenestene brukes på en forsvarlig og effektiv måte.

(jf. meny helsetilsynet/myndighet www.helsetilsynet.no)

Valg av tilsynstema/område blir til gjennom en prosess i samarbeid mellom Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket. Da bli det bl.a. vurdert hvor stor risikoen for svikt er i de ulike tjenestene. Dette gir grunnlag for årlige landsomfattende tilsyn, og da er det samme temaet likt for hele landet. Helsetilsynene i fylket oppretter også egeninitierte tilsyn på bakgrunn av risikovurderinger og hendelser. Tilsynene rettes mot både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Tilsynene blir utført som **systemrevisjoner**, dvs. en systematisk, uavhengig og dokumentert prosess for å fremskaffe revisjonsbevis og bedømme om revisjonskriteriene er oppfylt.

Metoden tar utgangspunkt i ISO 19011:2002.

Revisjonskriteriene er de kravene som følger av helse- og sosiallovgivningen og som revisjonsbevis vurderes opp mot.

Revisjonsbevis er informasjon om faktiske forhold som er relevant for revisjonskriteriene og som er tilstrekkelig sannsynliggjort.

Revisjonsfunn ved tilsyn med virksomheter kategoriseres som:

- **Avvik** – mangel på oppfyllelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.
- **Merknad** – forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring.

Når tilsyn blir gjennomført som systemrevisjon, undersøkes det om virksomheten gjennom sin internkontroll sikrer at tjenestene er i henhold til kravene i lovgivningen. Dette gjøres ved dokumentgranskning, intervjuer og observasjon. Ved undersøkelse av om virksomheten har sikret at helsepersonellet dokumenterer nødvendige og relevante opplysninger, blir et antall journaler gjennomgått og vurdert opp mot kriteriene i helsepersonelloven og journalforskriften.

Det vises til vedlagte rapporter fra tilsyn med pleie- og omsorgstjenester, der mangelen på dokumentasjon gir grunnlag for avvik (se vedlegg 5 og 6). Det vises videre til uttalelser fra Statens helsetilsyn i tilsynsmelding 2005 s. 11 og tilsynsinfo nr. 1-2006, der de uttaler at et grunnleggende krav til alt helsepersonell er at de må yte forsvarlig helsehjelp. En forutsetning for dette er at personellet har oversikt over hvilke tiltak som tidligere er iverksatt og hvilke observasjoner og vurderinger som er gjort. Dette forutsetter at det er ført journal.

Journalen skal videre bl.a. tjene som kommunikasjon mellom helsepersonell. Pasientjournalen er også et viktig verktøy som del av internkontroll og kvalitetssikring av virksomheten, og som grunnlagsmateriale i forbindelse med det tilsyn tilsynsmyndigheten skal føre med helsevesenet.

Helsetilsynet har gjennom sin virksomhet registrert at journalføringen ofte er mangelfull. I hendelsesbaserte tilsynssaker mot helsepersonell kan manglende eller mangelfull dokumentasjon virke i skjerpene retning. I 2005 hadde mangelfull journalføring alene, eller sammen med andre kritikkverdige forhold, dannet grunnlag for reaksjonen advarsel i 18 saker.

Alle som fører journal bør som et minstekrav være kjent med innholdet i journalforskriften. Ledere må legge til rette for at journalene blir ført på en forsvarlig måte og etablere systemer som sikrer at det er mulig å avdekke svikt. Helsepersonellet må også i større grad ta ansvar for å dokumentere nødvendige opplysninger.

(Jf. Tilsynsinfo nr 1-2006 og Tilsynsmelding 2005 s 11, www.helsetilsynet.no)

Anbefalinger fra styre:

- Kjenner til Helse- og sosialmyndigheters arbeid med lovverk, veiledere og standarder for dokumentasjon og EPJ.
- Sykepleiere setter seg inn i formelle og juridiske krav for dokumentasjon av helseopplysninger.
- Arbeider for at dokumentasjonsarbeidet er nedfelt i virksomhetsplaner, handlingsplaner og opplæringsplaner.
- Sykepleiere må delta i arbeidet med å utforme lokale retningslinjer.

Litteraturliste

- Allen, D. (1998). *Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards*, Journal of Advanced Nursing, 27, s. 1223–1230.
- Anderson, M.A., Helms L.B.. (1995). *Communication between continuing care organizations*. Research in Nursing & Health. 18 (1): 49-57.
- Angermo, L. (2006). *Er NIC nok? Gevinster og risiker ved innføring av sykepleieklassifikasjoner*. Universitetet i Oslo.
- Aquilino, M.L. & Keenan, G. (2000). *Having our say: nursing's standardized nomenclatures*. American Journal of Nursing, 2000 Jul; 100, 33-38.
- Atwal, A. (2002). «Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital.» Journal of Advanced Nursing. 39(5): 450-8.
- Ball, M., J., Hannah, K.J., Newbold, S. K. & Douglas, J. V. (Red.) (2000). *Nursing Informatics. Where Caring and Technology Meet*. New York: Springer-Verlag.
- Barnett, D.E. (1993). *The need for a defined terminology for the nursing profession*. Volume 5, 3: s6-s8. www.bcsnsg.org.uk/itin05/barnett2.htm Retrieved January 28th 2006.
- Benner, P. (2004b). *Current controversies in critical care. Designing formal classification systems to better articulate knowledge, skills, and meanings in nursing practice*. American Journal of Critical Care, 2004 Sep; 13, 426-430.
- Benner, P. (2004a). *Current controversies in critical care. Designing formal classification systems to better articulate knowledge, skills, and meanings in nursing practice*. American Journal of Critical Care, 2004 Sep; 13, 426-430.
- Bentzen, M.M. (2001). *VIPS-modellens anvendelsesområde*. In E.Gjengedal & R. Jakobsen (Eds.), *Sykepleie - praksis og utviklig* (pp. 213-233). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Berge, M., og Mølstad, K. (2006). *The use of nursing terminologies in Norway: Where are we and what is the next step*. Skrevet i forbindelse med studie om Nursing Terminologies, ved Univseristy of Colorado, upublisert
- Bjorvell C., Wredling R., Thorell-Ekstrand I. (2002). *Long-term increase in qulality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention*. Scand J Caring Sci; 16; 34-42.
- Bjorvell, C., Thorell-Ekstrand I., & Wredling, R. (2000). *Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record*. Quality in Health Care, 9, 6-13.
- Bjorvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2003). *Improving documentation using a nursing model*. Journal of Advanced Nursing, 43, 402-410.
- Björkdal, A. (1999). *Psyk-VIPS – att dokumentera psykiatrisk omvårdnad enligt VIPS-modellen*, Studentlitteratur.
- Blix, B.H. (2005). *Korthuset. Sykepleieres erfaringer med elektrisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis*. Masteroppgave. Avdeling for sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin. Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Braud, A.C., Genre, D., Leto, C., Nemer, V., Cailhol, J.F., Macquart-Moulin, G.et al., (2003). *Nurses' repeat measurement of chemotherapy symptoms - Feasibility, resulting information, patient satisfaction*. Cancer Nursing, 2003, 26, 468-475.
- Bødker K., Kensing F., Simonsen J. (2000). *Professionel IT-forundersøgelse – grundlaget for bæredygtige IT-anvendelser*. Fredriksberg: Samfundslitteratur ISBN 87-593-0854-0.
- Casey, A. & Hoy, D. (1997). *Language for research and practice*. Journal of Interprofessional Care, 1997 Apr; 11, 35-42.

- Christensen, B., (2004). *Sykepleiernes yrkesetikk svekkes av jussen*. Sykepleien nr. 8.
- Christensen, J. (2003). *An introduction to nursing language*. In Clark J. (Ed.), Naming Nursing- proceedings of the first ACENDIO Ireland/UK Conference held September 2003 in Swansea, Wales, UK (pp. 57-70). Bern: Verlag Hans Huber.
- Clark, J. & Lang, N. (1992c). *Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice*. Int.Nurs Rev., 39, 109-11, 128.
- Clark, J. & Lang, N. (1992b). *Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice*. Int.Nurs Rev., 39, 109-11, 128.
- Clark, J. & Lang, N. (1992a). *Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice*. Int.Nurs Rev., 39, 109-11, 128.
- Clark, J. & Lang, N. (1992d). *Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice*. Int.Nurs Rev., 39, 109-11, 128.
- Clark, J., Lang, N. (Red) (1996/1999): *International Classification in Nursing Practice*, ICN.
- Coenen, A. (2003). Guest editorial. Building a unified nursing language system: the ICNP. International Nursing Review, 2003 Jun; 50, 65-66.
- Dahl, K. (2001). *Den problematiske sykepleiedokumentasjon*. Tidsskriftet Sykepleien (01)
- Dochterman, J. M. & Bulechek, G.M. (2004). *Development, Testing and implementation of NIC: 1987-2002*. In J.M.Dochterman & G. M. Bulechek (Eds.), Nursing interventions classification (NIC) (4. ed., pp. 21-43). St. Louis: Mosby.
- Drange, B. (2002). *Kvalitet eller....?* Tidsskriftet Sykepleien nr. 21
- Egerod, I. (2001). *Språk og klinisk sykepleie*. In Gjengedal, E. & Jakobse, R. (eds) *Sykepleie – praksis og utvikling*. Oslo, Cappelen.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken : om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Smedby, B. (2001). *Auditing nursing content in patient records*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15, 133-141.
- Fagermoen, M. S., Nord, R., Hanestad, B. R., & Bjørnsborg, E. (1998). *Fra kunst til kolikk : norsk sykepleieforskning i fokus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fiskum E (2002). *Pasienten først? En kvalitativ studie av sykepleiernes dokumentasjonspraksis ved kirurgisk avdeling*. Hovedfagsoppgave vår 2002, Hovedfag Helsevitenskap, Norges teknisk-vitenskapelige universitet, NTNU.
- Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen. Oslo 2001-06-08-676.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 2003.
- Forskrift om pasientjournal. FOR 2000-12-21 nr. 1385.
- Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Helse- og omsorgsdepartementet, 2006-02-17 nr. 204.
- Gerteis, M. & et al. (1993). *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gjengedal, E. og Jakobsen, R. red. (2001): *Sykepleie, praksis og utvikling*. Bind 1. Cappelen Akademisk Forlag.
- Glomsås, H.S. (2001). *Er ICNP velegnet for klassifikasjon av sykepleiedokumentasjonen ved et norsk somatisk sykehus?* Universitetet i Oslo.
- Goossen, Epping, Van den, H., Feuth, Frederiks, & Hasman (2000). *Development of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items*. Journal of Advanced Nursing, 31, 536-547.

Goossen, W.T.F., Epping, P.J.M., & Dassen, T. (1997). *Criteria for nursing information systems as a component of the electronic patient record: an international Delphi study*. *Computers in Nursing*, 1997 Nov-Dec; 15, 307-315.

Goosen, W.T.F., Epping, P.H.M.M., Feuth, T. Dassen, T.W.N., Hasman, A., & Van Den Heuvel, W. (1997). *A comparison of nursing minimal data sets*. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 5:152-163. Retrieved February 25th 2006.

Gordon, M. (2003). *Capturing patient problems: Nursing diagnosis and functional health patterns*. In Clark J. (Ed.), *Naming Nursing- proceedings of the first ACENDIO Ireland/UK Conference held September 2003 in Swansea, Wales, UK* (pp. 87-94). Bern: Verlag Hans Huber.

Grobe, S.J. (2003). *Nursing care described: Using nursing interventions from the Nursing Intervention Lexicon & Taxonomy (NILT)*. In Clark J. (Ed.), *Naming Nursing- proceedings of the first ACENDIO Ireland/UK Conference held September 2003 in Swansea, Wales, UK* (pp. 105-111). Bern: Verlag Hans Huber.

Grobe, S.J. & Hughes, L.C. (1993). *The Conceptual Validity of A Taxonomy of Nursing Interventions*. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1942-1961.

Grove M. og Topsøe-Jensen N. (1996). *Sygeplejefaglig ordbog*. Gyldendal Undervisning.

Grønvold L. (2000). «Rapport handler om at noe er viktig» en kvalitativ studie av hvordan sykepleiere rapporterer og hva kjennetegner innholdet i de muntlige og skriftlige rapportene. Hovedoppgave Embetsstudiet i sykepleievitenskap ved Universitetet i Tromsø, avdeling for sykepleie-helsefag, april.

Gundersen S.Ø, (1997). *Rapporten – arena for refleksjon?* Publikasjonsserie 30/1997, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

Gyltnes, K., (2006). *Veiledende pleieplaner og ivaretagelse av pasientressurser*. Universitetet i Oslo.

Hardiker, N.R., Bakken S. & Coenen, A. (2006). *Advanced terminology Systems*. In Saba, V.K. & McCormick (Eds) *Essentials of Nursing Informatics* (pp. 517- 532). New York: McGraw-Hill.

Heggdal, K. (1999). *Dokumentasjon av sykepleie*. Universitetsforlaget, Oslo.

Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. Gyldendal Akademisk.

Hellesø, R. (2000). *Sluttrapport fra prosjektet SykIT Elektronisk dokumentasjon av sykepleie i Medakis*.

Hellesø, R. (2005). *Ord over skigard. Informasjonsutveksling og samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før og etter innføring av elektronisk pasientjournal*. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

Henry, S.B. & Mead, C.N. (1997). *Nursing classification systems: necessary but not sufficient for representing «what nurses do» for inclusion in computer-based patient record systems*. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 1997 May-Jun; 4, 222-232.

Henry, S.B., Warren, J.J., Lange, L., & Button, P. (1998). *A review of major nursing vocabularies and the extent to which they have the characteristics required for implementation in computer-based systems: focus on implementation of nursing vocabularies in systems*. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 1998 Jul-Aug; 5, 321-328.

Hestetun, M., Mølsted K. (2004). *Veiledende sykepleieplaner, et vektøy for å kvalitetssikre dokumentasjonen av sykepleie i sykehjem*, Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, nr. 1/04.

ICD-10 (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*, WHO, Geneva.

ICN (2005) *International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Version 1*Book. ICN: Geneva.

- International Standard Organization (2003), the ISO 18104:2003 International Standard, Health informatics – *Integration of a reference terminology model*.
- Jack, B., Ellershaw, J.E., & Murphy, D. (2003). *A comparison of cancer patients and nurse specialist's symptom-assessment scores, in an acute hospital*. European Journal of Oncology Nursing, 7(2):130-1, 2003 Jun.(12 ref), 130-131.
- Jacobsen, D.I., Thorsvik, J. (1997). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget, Bergen - Sandviken.
- Johnson, M., Maas, M. (1997/2000). *Nursing Outcome Classification, NOC*, Mosby, St. Louis.
- North American Nursing Diagnosis Association (2001). *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2001–2002*.
- Karoliussen, M. og Lislerud Smebye, K. (1981). *Sykepleie, fag og prosess*, Universitetsforlaget.
- Kennedy, I. (2003). *Patients are experts in their own field*. British Medical Journal, 326, 1276.
- Kärkkäinen O, Bondas T, Eriksson K. *Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis*. Nursing Ethics 2005 12 (2).
- Kirkevold, M. (1998/1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*, Gyldendal/Ad Notam.
- KITH, (2001). *Elektronisk pasientjournal standard; Arkitektur, arkivering og tilgangsstyring; Del I Funksjonsrettet beskrivelse*.
- KITH (2002). *Kravspesifikasjon for dokumentasjon av forskrivning og administrering av legemidler mv.*
- KITH (2001). *Kravspesifikasjon for elektronisk journal i helsestasjons- og skolehelsetjeneste*.
- Kristoffersen, N. J. (1995) Generell sykepleie 2; Kap 9: Andersen, I.D.: Sykepleieprosessen. Universitets forlag
- Kyrkjebø, J.M. (1989). *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Larsen B. I og Guldvog, B. (2001). *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratets rolle, innspill til Kvalitetsutviklingskonferanse arrangert av Norsk Akkreditering*. 25. september.
- Larsen, J., Nordstrom, G., Ljungman, P., & Gardulf, A. (2004). *Symptom occurrence, symptom intensity, and symptom distress in patients undergoing high-dose chemotherapy with stem-cell transplantation*. Cancer Nursing, 27, 55-64.
- Lee, T-T, Chang P-C. (2005). *Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan*. J of Clinical Nursing, 13, 33-40.
- Lerheim, K. (1980). *Kvalitetsaspekter i omvårdnadsarbeidet*. Forelesninger ved Nordiska Hälsovårdhögskolan, Göteborg.
- Lofthus, E. (1994). *Dokumentasjon i sykepleie. En beskrivende studie av hvordan sykepleiere dokumenterer sykepleie*. Hovedoppgave i sykepleievitenskap, Universitet i Oslo.
- Lov om arkiv mv. Oslo 1992 12-04-126.
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningsaker Oslo 1967-02-10.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Oslo 1999.07.02 nr. 062.
- Lov om helsepersonell m.v. Oslo 1999.07.02 nr. 064.
- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger Oslo 2001.05.18 nr. 024.
- Lov om helsetjenesten i kommunene Oslo 1982-11-19-66.
- Lov om pasientrettigheter Oslo 1999.07.02 nr. 063.
- Lov om sosiale tjenester Oslo 1991-12-13-81.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Oslo 1999.07.02 nr. 061.
- Lykkeslet E. (2005). *I prefabrikert for aldri situasjon her og nå en viktig plass*. Tidsskriftet Sykepleien nr. 5.

- Lyngstad, M. (2002). *Sykepleiedokumentasjon og informasjons- og kommunikasjonsteknologi i sykehjem*. Hovedfagsoppgave Helsefag. Universitet i Bergen.
- Malterud, K. & Hollnagel, H. (2004). *Positive self-assessed general health in patients with medical problems - A qualitative study from general practice*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 22, 11-15.
- Mathisen L., Hjortnæs A.K., Berge A.W., Skogstad A. (2002). *Forventet forløp; en 2. generasjons sykepleieplan*. Tidsskriftet Sykepleien nr. 3.
- McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. (eds.) (2000). *Nursing Intervention Classification (NIC)*, Mosby, St. Louis.
- Meerabeau, L., Casey, A., & Old, S. (1997). *Language for research and practice: the English experience*. NT Research, 1997 Sep-Oct; 2, 345-353.
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing : development and progress*. Philadelphia: Lippincott.
- Moen, A. (1999). *Informasjonsteknologi i sykepleietjenesten, utfordringer og muligheter*, Akribe forlag.
- Moen A. (2001). *Nursing Leadership when an Electronic Patient Record System is Introduced in Norwegian Hospitals*. University of Oslo, Faculty of Social Science.
- Moen, A., Hellesø, R., Quivey, M., Berge, A. (2002). *Dokumentasjon og informasjonshåndtering*, Akribe.
- Moorhead S. et al. (2004). *NOC. Nursing Outcomes Classification*. Third Edition. Mosby.
- Mølstad, K. (1998). *Veien til veiledende sykepleieplaner*, Tidsskriftet Sykepleien nr. 15.
- NANDA (2002). *Sykepleiediagnoser. Definisjoner og klassifikasjon*. Norsk utgave Oslo, Akribe.
- NIC (2006). *Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner*. Norsk utgave. Oslo, Akribe.
- Norsk Sykepleierforbund (2001): *Kvalitetsutvikling og organisering*, Delhefte 3: Nye helselover og utfordringer for helsetjenesten.
- Norsk Sykepleierforbund (2001): *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
- Nortvedt P., Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon, Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- NOU (2005:3). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU (1997:2). *Pasienten først, Ledelse og organisering i sykehus*. Sosial- og helsedepartementet 1996.
- Orlando, I. J., (1961), *The Dynamic Nurse-Patient Relationship – Function, Process and Principles*. G. P. Putnam's sons, New York
- Ozbolt, J. (2000). *Terminology standards for Nursing: Collaboration at the Summit*. Journal of the American Medical Informatics Association, 7 (6) 517-522.
- Ruland, C.M. (2000). *Helse- og sykepleie informatikk. Hvordan IKT kan bidra til utvikling av en bedre helsetjeneste*. Gyldendal akademisk Forlag.
- Ruland, C.M. (2001). *Evaluating the Beta version of the INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE for domain completeness, applicability of its axial structure and utility in clinical practice: a Norwegian project*. International Nursing Review, 2001 Mar; 48, 9-16.
- Ruland, C.M. (2005). *CHOICES: Assisting patients and clinicians in shared care planning at the point of care*. In D. Lewis, G. Eysenbach, R. Kukafka, Z. Stavri, & H.E. Jimison (eds.). Consumer Health Informatics (pp. 208-217). New York: Springer-Verlag.
- Saba, V. (2007). *Clinical Care Classification (CCC) System Manual. A guide to nursing documentation*. Springer Publishing Company, New York.

Solberg, Linn Anette m.fl. (1999). *IT-endringer i bedrifter, Forskningsrapport*, SINTEF, Avd. For helse, teknologi og brukskvalitet, Trondheim.

Solvang, A. (2005). *Stille rapport*. Tidsskriftet Sykepleien, nr. 19.

Sosial og helsedepartementet (1996). «Mer Helse for hver bIT.» *Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste. Handlingsplan 1997–2000*.

Sosial og helsedepartementet (1999). «SI@!». *Elektronisk samhandling i helse- og sosial sektoren*. Statlig tiltaksplan 2001–2003.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten*.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *S@mspill 2007*, <http://www.shdir.no/index.db2?id=9921>.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*.

Spjelkavik, M.L. (2004)a; Spjelkavik, M.L. (2004)b. *Bak lukkede dører*. Prosjektrapport.

Statens helsetilsyn (1994). *Pasientjournalen. Innhold, gruppering og arkivering av pasientdokument*. Statens helsetilsyn.

Stokke, T.A. & Kalfoss, M.H. (1998). *Structure and content in Norwegian nursing care documentation*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1999; 13, 18-25.

Suhonen, R., Valimaki, M., & Leino-Kilpi, H. (2002). «*Individualised care*» from patients', nurses' and relatives' perspective -- a review of the literature. International Journal of Nursing Studies.39(6):645-54, 2002 Aug. (62 ref), 645-654.

Sundhedsministeriet (1996). *Handlingsplan for Elektroniske Patientjournaler (HEP)*. Strategirapport..

Sørggaard, P., Solheim, I., Kluge, A., Hellman, R. (1996). *IT i offentlig sektor –ny hverdag med ny teknologi*, Universitetsforlaget.

Thoresen, K., Keul, V. (red.) (1992). *Omstilling med IT*, NKS-forlaget, Oslo.

Turpin, PMG. (2002). *Information needs across health care settings: the pursuit of continuity of patient care*. The University of Texas at Austin Ph.D. p 209.

Van Bommel, J.H. & Musen M.A. (ed.) (1997). *Handbook of Medical Informatics*. Springer: Heidelberg.

Van Krogh, Gunn og Dale, Cecilie (2001). *Klassifikasjonssystemer i sykepleie*, red. Gjengedal, E. og Jakobsen, R. Sykepleie - praksis og utvikling. Bind 1. Cappelen Akademisk Forlag.

Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv* Fagbokforlag, Bergen.

Warren, J.J. (2003). *Preparing for the electronic health record: the USA experience*. In Clark J. (ed.), Naming Nursing-proceedings of the first ACENDIO Ireland/UK Conference held September 2003 in Swansea, Wales, UK (pp. 71-85). Bern: Verlag Hans Huber.

Yura, H., Walsh, M. B., 1978, *The nursing process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluation*. Appelton-Crofts, USA.

Wibe, T, Holmgren Iversen, I, Medby, AO. (2005)Utvikling av veiledende sykepleieplaner til bruk i elektronisk pasientjournal. Den 7. Sykepleiekongressen september, Lillestrøm, abstract

Zielstorff, R. (September 30, 1998). *Characteristics of a good nursing nomenclature from an informatics perspective*. Online Journal of Issues in Nursing. Retrieved from http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_4.htm on January 28th 2006

Vedlegg 1

VEILEDENDE BEHANDLINGSPLAN: BRYSTSMERTER, ANGINA PECTORIS, USTABIL ANGINA PECTORIS OG HJERTEINFARKT

SYKEPLEIEDIAGNOSER:

00132	Akutt smerte	s.179
00134	Kvalme	s.130
00029	Redusert minuttvolum	s.141
00032	Ineffektivt respirasjonsmønster	s.157
00146	Angst	s. 53
00126	Mangelfulle kunnskaper (spesifiser) – Om sykdommen, komplikasjonsfare, kosthold, livsførsel etterpå	s. 129
00092	Aktivitetesintoleranse	s. 46
00108	Mangelfull egenomsorg: Personlig hygiene	s. 74

TILTAK:

2300	Administrere medisiner	
	Forordning:	- Smertestillende per.os/i.v - Blodfortynnende per.os/i.v - Betablokker per.os/i.v. - OBS! Virkning og bivirkning
1450	Pleie ved kvalme	
	Forordning:	- Frisk luft - Administrere kvalmestillende - Tilby ønskekost
4040	Pleie ved akutt hjerteinfarkt: Coronar Syndrom	
	Forordning:	- Evaluere bryst smerter: Intensitet, varighet, lokalisasjon, utløsende faktor - Rytmeovervåkning m/ sengescop OBS! Arytmier - Rytmeovervåkning m/ telemetri OBS! Arytmier - Følge opp infarktstatus med bl.prøver og EKG - EKG ved bryst smerter - Sjekke blodsukker - Hjertekost
6680	Overvåkning: Vitale tegn	
	Forordning:	- BT, Puls og tp - Observere hud: klam, kald, svett, farge, cyanose på lepper, hender, føtter - Ødemutvikling - Bevissthet
3320	Oksygenterapi	
	Forordning:	- Brillekatetere - Puritanfukter
3350	Respiratorisk overvåkning	
	Forordning:	- Observere SpO ₂ , resp.frekvens, hyper/hypoventilasjon og bruk av hjelpemuskler - Ta blodgasser

- 4130 Overvåke væskebalanse
 - Observere effekt av behandlingen
 - Forordning:
 - Adm. væske i.v.
 - Måle drikke og diurese
 - Væskeregnskap x1/dg
- 5820 Redusere angst
 - Forordning:
 - Her-og-nå-informasjon om forløp, hva vi gjør og hvorfor
 - Rolig miljø
 - Formidle trygghet
 - Adm. beroligende medikamenter
- 5240 Rådgivning: Informasjon
 - Forordning:
 - Muntlig informasjon om hjerteinfarkt
 - Skriftlig informasjon om hjerteinfarkt
 - Henvise fysioterapeut for informasjon om hjertetrin
 - Informasjon om Hjerteskolene
 - Gi informasjon til pårørende
 - Informasjon om bruk av medikamenter i bruk etter utskrivning
- 4046 Pleie ved hjerteinfarkt: Rehabilitering
 - Forordning:
 - Vær oppmerksom på hvor mye aktivitet pas. tåler ut i fra klinisk
 - Tilstand og alder
 - Sengeleie
 - Forsiktig mobilisering v/ nedadgående, eller normale hjertemarkører
 - Mobiliseres på rommet
 - Full mobilisering
- 1800 Egenomsorgsassistanse
 - Forordning:
 - Hjelp til stell og tannstell x2/døgn
- 7370 Planlegging av utskrivning: til PCI/Angio ved Rikshospitalet
 - Forordning:
 - Eget skjema som sendes med pas. fylles ut
 - Skriftlig informasjon til pas. og pårørende deles ut

Vedlegg 2

Emneord: Utskrivning
Sykehuset Innland HF, Hamar

Utarbeidet av: Medisin H1 Godkjent

Dato Initialer	Sykepleiediagnose	Dato Initialer	Tiltak/avtaler (handle, støtte, veilede, undervise)
	<p>Problem: Endret funksjonsnivå. Behov for tilrettelegging ved utskrivelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hjemmet Institusjon Annet..... 		<ul style="list-style-type: none"> Sende henvisningsskjema, ringe samtidig til kommunehelsetjenesten innen 24 timer, utført: Informere pasienten og pårørende at henvisningsskriv er sendt til..... Medisinsk/kirurgisk ferdigbehandlet, dato.....
	<p>Kjennetegn:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hjelp til grunnleggende behov : Hjelpemidler Hjelp til administrering av medisiner Hjelp sårstell / tekniske prosedyrer 		<ul style="list-style-type: none"> Kontaktet hjemmesykepleien, datoer Kontakt i hjemmesykepleien: navn:..... Tlf. :kommune har tiltaksmøte følgende dag..... Avtalte møter/vurderingsmøter datoer: Kontaktes ved utreisetidspunkt/utskrivelsesdag: Avtale om forenklet innleggelse (åpen retur), gitt dato :..... Informere pasient og pårørende om tilbud og avtaler, datoer: OBS – huskeliste til alvorlig syke pas. Link
	<p>Årsak:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
	<p>Konsekvenser:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er redd for å komme hjem 		
	<p>Ressurser (krefter, kunnskap og vilje)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ønsker å reise hjem/institusjon/annet Har støtte av familie/venner/naboer Har forståelse/er motivert for: Har følgende hjelpemidler: 		<ul style="list-style-type: none"> Kontakte Hjelpemiddelsentralen om følgende teknisk/e hjelpemiddel/hjelpemidler: Kommunehelsetjenesten tar ansvar for tilrettelegging av følgende hjelpemidler: Kontaktet opptreningscenter..... dato:
	<p>Mål</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasient og pårørende er trygge ved utskrivelsen 		
			Andre opplysninger

Dato Initialer	Sykepleiediagnose	Dato Initialer	Tiltak/avtaler (<i>handle, støtte, veilede, undervise</i>)
	<p><i>Mangelfull egenomsorg: Personlig hygiene</i></p> <p>Definisjon: Svekket evne til å utføre eller fullføre aktiviteter knyttet til å vaske seg selv</p> <p>Kjennetegn Manglende evne til å</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaske kroppen eller kroppsdeler • Sørge for vann • Regulere vanntemperatur • Tørke kroppen • Mangler krefter til å stelle seg • Å gå inn og ut av baderommet • _____ • _____ <p>Relatert til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redusert eller manglende motivasjon • Svakheter eller tretthet • Angst • Kognitiv svekkelse • Smerte 		<p>Morgenstell: Morgenstell ca. kl.: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Smertestillende før stell hvis nødvendig • Med tilrettelegging: ved vasken/på toalett/sitte på sengekanten/i seng • _____ • _____ • Trenger veiledning slik at han/hun kan utføre oppgaver selv _____ • _____ • Trenger hjelp/veiledning til oventil/nedentil vask • Trenger hjelp/veiledning til å dusje/like å dusje ofte/sitter på dusjstol: _____ • _____ • Hårvask ved behov _____ • Administrere fotbad ved dusjing _____ • Vær spesielle oppmerksom på: _____ • _____ • _____ • Rens neglene daglig/klipp neglene ved dusj • _____ • Ta på nyvasket briller • Trenger hjelp til å gre håret med børste/kam • Frisør: _____ • Trenger hjelp til bruk av deodorant _____ • Trenger hjelp til barbering _____ • Bruk hudkrem ved utsatte steder/tørre hud områder: _____ • _____ • _____ • Observere dype hudfolder (mage/bryst), vask og tørk godt _____ • Observere hudens tilstand under bading/vask • Observere funksjonsevnen under bading/vask • _____ <p>Munnstell: Har proteser (ja/nei) _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pusser tennene selv (med veiledning) • Trenger hjelp til tannpuss • Tannprotesen settes inn om morgen • Pusse tennene om morgen/kveld • Tannprotesen brukes/fjernes om kvelden • _____ <p>Kveldsstell ca. kl.: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaske nedentil (med vaskekrem) • Vask med våt klut i ansikt og hender • _____
	<p>Ressurser (krefter, kunnskap og vilje)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setter pris på godt stell • Er ofte i utgangspunkt uvillige, men setter pris på det etterpå • Står på bena • Klarer å utføre følgende selv: _____ • _____ • _____ • _____ 		
	<p>Mål</p> <ul style="list-style-type: none"> • Følelse av velvære • Opprettholde selvbilde • Dette innebærer _____ • _____ • Vedlikeholde/øke egenomsorgsnivå • Opplevelse av kroppskontakt • Opprettholde hel hud • _____ 		

(De aktuelle punktene skal understrekes, dateres og signeres)

Emneord: **Personlig hygiene**

Vedlegg 4

Forskrift om pasientjournal § 8

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

a)	Tilstrækkelige opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten, blant annet pasientens navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer, telefonnummer, sivilstand og yrke.
b)	Opplysninger om hvem som er pasientens nærmeste pårørende, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b og lov om psykisk helsevern § 1-3, og hvordan vedkommende om nødvendig kan kontaktes.
c)	Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, skal det nedtegnes hvem som samtykker på vegne av pasienten, jf. pasientrettighetsloven kapittel 4.
d)	Når og hvordan helsehjelp er gitt, for eksempel i forbindelse med ordinær konsultasjon, telefonkontakt, sykebesøk eller opphold i helseinstitusjon. Dato for innleggelse og utskriving.
e)	Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskriving.
f)	Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.
g)	Opplysninger som nevnt i § 6 fjerde ledd.
h)	Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer.
i)	Om det er gitt råd og informasjon til pasient og pårørende, og hovedinnholdet i dette, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Pasientens eventuelle reservasjon mot å motta informasjon
j)	Om pasienten har samtykket til eller motsatt seg nærmere angitt helsehjelp. Pasientens alvorlige overbevisning eller vegring mot helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven § 4-9. Pasientens samtykke eller reservasjon vedrørende informasjonsbehandling. Pasientens øvrige reserverasjoner, krav eller forutsetninger.
k)	Om det er gjort gjeldende rettigheter som innsyn i journal og krav om retting og sletting, utfallet av dette, ved avslag at pasienten er gjort kjent med klageadgangen, og eventuell klage i slik sak.
l)	Utveksling av informasjon med annet helsepersonell, for eksempel henvisninger, epikriser, innleggelsesbegjæringer, resultater fra rekvirerte undersøkelser, attestkopier m.m.
m)	Pasientens faste lege. Det helsepersonell som har begjært innleggelse eller har henvist pasienten.
n)	Individuell plan etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 eller kommunehelsetjenesteloven § 6-2a.
o)	Sykmeldinger og attester.
p)	Uttalelser om pasienten, for eksempel sakkyndige uttalelser.
q)	Om det er gitt opplysninger til politi, barneverntjenesten, sosialtjenesten mv., og om samtykke er innhentet fra pasienten eller den som har kompetanse til å avgi samtykke i saken. Det skal angis hvilke opplysninger som er gitt.
r)	Tvangsinnleggelse, annen bruk av tvang, det faktiske og rettslige grunnlaget for slik tvang og eventuelle kontrollkommisjonsvedtak, jf. lov om psykisk helsevern.

Arbeidsdokumenter, pasientens egendokumentasjon, røntgenbilder, video- og lydopptak mv. er å anse som del av journalen inntil nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte.

Andre opplysninger enn de som er nevnt i første og andre ledd, skal tas inn i journalen i den utstrekning de er relevante og nødvendige.

0 Endret ved forskrift 20. des. 2001 nr. 1580 (i kraft 1. jan. 2002).

Hele forskriften finnes på Lovdatas nettsted: <http://www.lovdata.no/for/sf/hd/xd-20001221-1385.html>

Vedlegg 5

Innhold

Rapport fra tilsyn med helsehjelp til brukere med behov for pleie- og omsorgstjenester i Bydel Nordstrand (2006)

Helsetilsynet i Oslo og Akershus

Oppfølging av tilsynet

Ved dette tilsynet ble det konstatert avvik fra lov eller forskrift. Tilsynsmyndigheten har vurdert de tiltakene som er satt i verk som tilstrekkelige. Tilsynet er derfor avsluttet.

Virksomhetens adresse: Postboks 98 Nordstrand, 1112 Oslo

Tidsrom for tilsynet: 07.04.06 – 03.08.06

Kontaktperson i virksomheten: Spesialkonsulent Sissel Badendyck

Innhold

[Sammendrag](#)

[1. Innledning](#)

[2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold](#)

[3. Gjennomføring](#)

[4. Hva tilsynet omfattet](#)

[5. Funn](#)

[6. Regelverk](#)

[7. Dokumentunderlag](#)

[8. Deltakere ved tilsynet](#)

Sammendrag

Helsetilsynet i Oslo og Akershus har gjennomført tilsyn med helsetjenester til brukere som er i behov av pleie- og omsorgstjenester i Bydel Nordstrand. Tilsynet var begrenset til bestillerenheten og hjemmesykepleien, distrikt Vest. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon og følgende område ble revidert:

Om bydelen sikrer nødvendig helsehjelp, herunder tildeling av helsehjelp, til pasienter som er i behov av pleie- og omsorgstjenester ved at den:

- fanger opp og vurderer nye henvendelser.
- foretar en tilstrekkelig utredning av tjenestebehovet.
- ivaretar pasientenes rett til medvirkning ved utformingen av tjenester.
- fatter vedtak som tilrettelegger for tjenester og tiltak.
- har forsvarlig saksbehandling.
- yter tjenester i henhold til vedtakenes innhold og endrer vedtakene om behovet endrer seg.
- har oversikt og fører kontroll med tjenesten.

Denne rapporten beskriver de avvik og merknader som ble påpekt innen de reviderte områdene. Det ble funnet to avvik fra myndighetskravene:

Avvik 1

Forvaltningslovens krav til utredning og begrunnelse av enkeltvedtak følges ikke ved tildeling og endring av tjenester.

Avvik 2

Bydelen har ikke et system som avdekker og retter opp svikt i dokumentasjonens innhold i hjemmesykepleien.

Revisjonsteamet har merket seg at bydelen har et styringssystem med omfattende prosedyrebeskrivelser av arbeidsprosesser. Det er imidlertid ulik forståelse av hvordan enkelte rutiner innenfor de reviderte områdene skal utføres i praksis, og en del av prosedyrene er lite kjent. Det er revisjonsteamets inntrykk at bydelen kan arbeide videre med implementering av prosedyrer/rutiner og sette forbedringsarbeidet i tjenesten mer i system.

Dato: 03.08.06

Gudny Fløttum
revisjonsleder

Egil Storås
revisor

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Bydel Nordstrand i perioden 07.04.06–03.08.06. Revisjonen inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Helsetilsynet i Oslo og Akershus gjennomfører i inneværende år.

Helsetilsynet i fylket er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfattet undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter.
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres.
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes.

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift.
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring.

2. Beskrivelse av virksomheten – spesielle forhold

Bydel Nordstrand hadde i 2005 en svært vanskelig økonomisk situasjon med et merforbruk ved utgangen av året på ca 50 mill. kroner. For å bedre denne situasjonen ble det satt i gang effektiviseringstiltak, reduksjonstiltak og budsjettjusteringer. Videre satte bydelsdirektøren i gang en omfattende omstillingsprosess som omfattet alle deler av bydelens virksomhet. Sykepleiere og hjelpepleiere i pleie- og omsorgstjenesten ble ikke berørt av ansettelsesstoppen som enkelte andre etater ble pålagt.

I budsjett for 2006 heter det:

«Dekningsgraden i hjemmetjenesten og forbruk av sykehjemsplasser ligger en del høyere enn bygjennomsnittet. I det foreslåtte budsjettforslaget er det hensyntatt at dekningsgradene må reduseres til under bygjennomsnittet. Det vil være en stor utfordring for organisasjonen å ivareta befolkningens behov innenfor denne rammen.»

Andel over 67 år i bydelen er blitt færre i perioden 2002–2005, men andel eldre over 90 år har økt i hele perioden.

I avdeling for Velferd og sosiale tjenester er det 8 avdelinger. Hjemmetjenesten som ledes av en seksjonsleder, er inndelt i tre distrikt med en avdelingsleder for hvert distrikt. Hvert distrikt er inndelt i to grupper.

Bestillerenheten ble organisert som egen avdeling høsten 2005, underlagt avdelingssjef for Velferd og sosiale tjenester. Bestillerenheten har fullmakt til å treffe alle vedtak om helsehjelp. Bestillerenheten har eget budsjett for sin virksomhet.

Når søknader/henvendelser kommer inn til bestillerenheten, blir det skrevet et foreløpig oppdrag for hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien skal ut fra dette gjennomføre en vurdering av pasientenes reelle behov for helsehjelp. Denne vurderingen, samt forslag til vedtak, sendes så tilbake til bestillerenheten som fatter vedtak.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 07.04.06. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Verifikasjoner ble utført i bydelen 12.06.06.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Åpningsmøte ble avholdt 14.06.06.

Intervjuer

10 personer ble intervjuet.

Sluttmøte ble avholdt 14.06.06.

4. Hva tilsynet omfattet

Tilsynet skal avklare om bydelen sikrer nødvendig helsehjelp, herunder tildeling av helsehjelp, til pasienter som er i behov av pleie- og omsorgstjenester:

- Fanger opp og vurderer nye henvendelser.
- Foretar en tilstrekkelig utredning av tjenestebehovet.

- Ivaretar pasientenes rett til medvirkning ved utformingen av tjenester.
- Fatter vedtak som tilrettelegger for tjenester og tiltak.
- Har forsvarlig saksbehandling.
- Yter tjenester i henhold til vedtakenes innhold og endrer vedtakene om behovet endrer seg.
- Har oversikt og fører kontroll med tjenesten.

5. Funn

Avvik 1

Forvaltningslovens krav til utredning og begrunnelse av enkeltvedtak følges ikke ved tildeling og endring av tjenester.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Forvaltningsloven §§ 17, 24 og 25, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd.

Avviket bygger på følgende:

- Flere vedtak er fattet uten innhenting av utfyllende opplysninger. De er datert samme dag som henvendelsen var registrert. Hjemmesykepleien har da ikke hatt anledning til å innhente eller vurdere behovet.
- Vedtakene ved tildeling av tjenester er ikke faglig begrunnet med beskrivelse av pasientens funksjonssvikt og bakgrunnen for helsehjelpen som tildeles. Ved gjennomgang av 13 vedtak manglet 10 vedtak begrunnelse for tjenesten.

Avvik 2

Bydelen har ikke et system som avdekker og retter opp svikt i dokumentasjonens innhold i hjemmesykepleien.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a, jf journalforskriften §§ 4 og 8 og internkontrollforskriften § 4 g.

Avviket bygger på følgende:

- Ved gjennomgang av 8 journaler fant vi manglende dokumentasjon av diagnoser, helsetilstand og rapport/evaluering av tjenesten.
- Flere av de intervjuede uttalte at de hadde hatt bruk for opplysninger om pasientenes diagnoser uten å finne dem. Dette gjaldt særlig når pasienter var i behov for legetilsyn.
- Det finnes retningslinjer for dokumentasjonens innhold, men disse følges ikke og de ansvarlige har ikke gjennomført nødvendig forbedring.

6. Regelverk

- Lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven).

- Lov av 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven).
- Forskrift av 20. desember 2002 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskriften).
- Forskrift av 27. juni 2003 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften).
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
- Forskrift av 21. desember 2000 om pasientjournal.

7. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Kvalitetssystem for VST-avdelingen.
- Organisasjonskart.
- Delegasjon av fullmakter.
- Standard og kriterier for tildeling av sykehjem, hjemmetjenester, dagsenter og aldershjem.
- Stillingsbeskrivelse for ledere og ansatt personell.
- Oversikt over ansatte i bestillerenheten og hjemmesykepleien.
- Oversikt over klager siste år.
- Oversikt over avviksmeldinger siste år.

Dokumentasjon som ble gjennomgått før revisjonsbesøket:

- Siste 10 innkomne søknader med vedtak.
- Oversikt over søknader i 2006 med dato for søknaden og når vedtak er fattet.
- 8 journaler for pasienter med omfattende behov for helsehjelp.

Korrespondanse mellom virksomheten og Helsetilsynet i Oslo og Akershus:

- Varsel om tilsyn i brev av 07.04.06.
- Mottatt dokumentasjon fra bydelen i brev av 24.05.06.
- Program for tilsynet i brev av 06.06.06.

8. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
------	---------------------	-------------	----------	-----------

Margrethe Lyholt	Seksjonsleder, bestillerenheten (BE)	Ja	Ja	Ja
Bente Sandmo	Fagkonsulent, BE	Ja	Ja	Ja
Sissel Badendyck	Spesialkonsulent	Ja	Nei	Ja
Ingrid Køhler Knutsen	Fagkonsulent, BE	Ja	Ja	Ja
Heidi Pettersen	Avdelingssykepleier, hjemmesykepleien (Hj.spl)	Ja	Ja	Ja
Karin Gabrielsen	Seksjonsleder, Hj.spl.	Ja	Ja	Ja
Eva Fjeldheim	Omsorgsarbeider, Hj.spl	Ja	Ja	Ja
Heidi Hårseth Omland	Sykepleier, Hj.spl.	Ja	Ja	Ja
Heidi Beichmann	Sykepleier, Hj.spl.	Ja	Ja	Ja
Anita Hagerup	Hjelpepleier, Hj.spl.	Ja	Ja	Ja
Bente Aldrin	Avdelingssjef, Velferd og sosialtjenesten	Ja	Ja	Ja

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Egil Storås, seniorrådgiver/lege (revisor)

Heidi Fugli, rådgiver/sykepleier (revisor)

Anita Syversen, førstekonsulent/jurist (revisor)

Gudny Fløttum, seniorrådgiver/sykepleier (revisjonsleder)

Vedlegg 6

Rapport fra tilsyn med helsetjenester til pasienter i hjemmesykepleien i Oslo kommune, Bydel Sagene, Sagene hjemmetjeneste (2006)

Helsetilsynet i Oslo og Akershus

Oppfølging av tilsynet

Ved dette tilsynet ble det konstatert avvik fra lov eller forskrift. Tilsynsmyndigheten har vurdert de tiltakene som er satt i verk som tilstrekkelige. Tilsynet er derfor avsluttet.

Virksomhetens adresse:	Vøyensvingen 6, 0458 Oslo
Tidsrom for tilsynet:	22.02.06 – 29.06.06
Kontaktperson i virksomheten:	Distriktsleder Kristin Bremer

Innhold

[Sammendrag](#)

[1. Innledning](#)

[2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold](#)

[3. Gjennomføring](#)

[4. Hva tilsynet omfattet](#)

[5. Funn](#)

[6. Regelverk](#)

[7. Dokumentunderlag](#)

[8. Deltakere ved tilsynet](#)

Sammendrag

Denne rapporten beskriver de avvik og merknader som ble påpekt innen de reviderte områdene. Systemrevisjonen omfattet følgende områder:

- Medisinsk undersøkelse og behandling.
- Samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegen.
- Medikamentell behandling utført av hjemmesykepleien.
- Medikamenthåndtering herunder utdeling av medikamenter.

Ved tilsynet ble det funnet to avvik fra de gitte myndighetskrav:

- Hjemmesykepleien har ikke lagt til rette for at helsepersonell kan oppfylle journalforskriftens krav til dokumentasjonens innhold.
- Hjemmesykepleien har ikke skriftlige prosedyrer som søker å sikre at pasientene får nødvendig medisinsk behandling.

Bydel Sagene har et internkontrollsystem som har potensialet for å sikre brukerne nødvendig og forsvarlig medisinsk behandling. Det er bl.a. innarbeidet rutiner for samarbeid med fastlegene om legemiddelbruk som skal forebygge svikt i sårbare områder ved pasientenes medikamentbehandling.

Dato: 29.06.06.

Gudny Fløttum
revisjonsleder

Egil Storås
revisor

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon i Oslo kommune, Bydel Sagene, Sagene hjemmetjeneste i perioden 22.02.06–29.06.06. Revisjonen inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Helsetilsynet i Oslo og Akershus gjennomfører i inneværende år.

Helsetilsynet i fylket er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfatter undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter.
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres.
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes.

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift.
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring.

2. Beskrivelse av virksomheten – spesielle forhold

Hjemmetjenesten i Sagene bydel er inndelt i fire geografiske avdelinger med en avdelingsleder for hver avdeling. Ledernivået over er distriktsleder, som også har ansvar for avdeling for psykisk utviklingshemmede. I hver avdeling er det en koordinerende sykepleier som har det faglige ansvaret, samt sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere. Psykiatrisk sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut er administrativt lagt til hver sin avdeling.

Bydelen har hatt en kraftig reduksjon i eldrebefolkningen de siste årene. Andel innbyggere 80 år og over som mottar hjemmetjenester, har imidlertid ikke endret seg siden 2003, men antall som mottar hjemmetjenester har økt.

Hjemmetjenesten i Sagene bydel har i budsjettåret 2005 måttet tilpasse seg store budsjettkutt. En av konsekvensene har vært bemanningsreduksjoner:

- 1 team i nattjenesten (4 stillinger).
- 8,5 hjemmehjelpstillinger .

- 1 stilling avdelingsleder.
- 0,5 merkantil stilling.
- 0,5 fysioterapeut.
- 2 stillinger i samlokaliserte boliger.

Bydelen gjennomførte en intern kvalitetsrevisjon 22. november 2005 der tema var medikamenthåndtering i hjemmetjenesten i henhold til gjeldende lover, forskrifter og dokumenter i bydelens eget kvalitetssystem. Det ble funnet 7 avvik og gitt 5 merknader (observasjoner). Bydelen hadde frist til 1. april 2006 for å sette i verk korrigerende tiltak.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 09.02.06. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Åpningsmøte ble avholdt 11.05.06.

Intervjuer

10 personer ble intervjuet.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Sluttmøte ble avholdt 12.05.06.

4. Hva tilsynet omfattet

- Om bydelen/hjemmesykepleien har organisert og lagt til rette for at pasientene får forsvarlig medisinsk undersøkelse og behandling.
- Om bydelen/hjemmesykepleien har organisert og lagt til rette for at medikamentell behandling forordnet av fastlegen, blir fulgt opp av hjemmesykepleien.
- Om journalene inneholder nødvendige og relevante pasientopplysninger.
- Om hjemmesykepleien har prosedyrer for legemiddelhåndtering.
- Om hjemmesykepleien har retningslinjer for opplæring i legemiddelhåndtering.
- Om legemiddelhåndteringen er forsvarlig.

5. Funn

Avvik 1

Hjemmesykepleien har ikke lagt til rette for at helsepersonell kan oppfylle journalforskriftens krav til dokumentasjonens innhold.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a, jf. journalforskriften §§ 4 og 8.
- Internkontrollforskriften § 4 g.

Avviket bygger på følgende:

- Det finnes godkjente retningslinjer for hva som skal dokumenteres.
- De intervjuede kjente ikke til disse retningslinjene og de uttalte at det skrives lite rapport, bortsett fra registrering av tid
- Ved gjennomgang av 10 journaler ble det registrert mangler ved dokumentasjon av bl.a.:
 - Diagnoser.
 - Indikasjon for medikamentell behandling.
 - Virkning og bivirkning av medikamentell behandling.

Avvik 2

Hjemmesykepleien har ikke skriftlige prosedyrer som søker å sikre at pasientene får nødvendig medisinsk behandling.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Kvalitetsforskriften § 3.
- Internkontrollforskriften § 4 g.

Avviket bygger på følgende:

- Det ble ikke lagt fram skriftlig prosedyre.
- Gjennom intervju ble det bekreftet at skriftlig prosedyre for medisinsk behandling ikke finnes, bortsett fra tilkalling ved Ø-hjelp.
- Ved intervju ble det beskrevet noe forskjellig om hvem som kunne kontakte fastlegen.

6. Regelverk

- Lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven).
- Lov av 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven).
- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker.
- Forskrift av 20. desember 2002 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskriften).
- Forskrift av 27. juni 2003 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften).
- Forskrift av 18. november 1987 om legemiddelforsyningen mv. i den kommunale helsetjeneste.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

- Forskrift av 21. desember 2000 om pasientjournal.

7. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Mål for pleie og omsorgstjenesten i bydelen.
- System for internkontroll.
- Årsmelding.
- Organisasjonskart.
- Stillingsbeskrivelser.
- Oversikt over bemanning.
- Prosedyrer for dekking av grunnleggende behov.
- Prosedyrer og rutiner for legemiddelhåndtering.
- Siste rapport fra farmasøytisk tilsyn.
- Siste rapport fra internrevisjon.
- Oversikt over avviksmeldinger.
- Oversikt over klager siste år.
- Journaler for 10 pasienter i hjemmesykepleien med omfattende medikamentell behandling.
- Journaler for de samme pasientene fra deres fastleger

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Signerte medikamentlister.
- Avdelingens medikamentperm.
- Signeringsark for dosering og utdeling.
- Signerte avtaler med pasientene.
- Prosedyre for rapportering og dokumentasjon.
- Prosedyre for tiltak for å ivareta akutt helsehjelp hjemme hos bruker.

Korrespondanse mellom virksomheten og Helsetilsynet i Oslo og Akershus:

- Varsel om tilsynet i brev av 22.02.06.
- Oversendelse av dokumentasjon, mottatt 09.03.06.
- Program for tilsynet i brev av 24.03.06.
- Dato for tilsynet ble endret i telefonkontakt med bydelen. (Det var først planlagt til 5. og 6. april 2006).

8. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Camilla Johansen	Koordinerende sykepleier	Ja	Ja	Ja
Eli Sand	Hjelpepleier	Ja	Ja	Ja
Grethe Skarpnes	Avdelingsleder	Ja	Ja	Ja
Helge Øfsti	Hjelpepleier	Nei	Ja	Nei
Adrian Scherwin	Sykepleier	Ja	Ja	Ja
Kristin Bremer	Distriktsleder	Ja	Ja	Ja
Gunnar Bjaaland	Fastlege	Nei	Ja	Nei
Arvid Hauge	Fastlege	Nei	Ja	Nei
Terje Johansen	Fastlege	Nei	Ja	Nei
Mary Kolbeinsen	Avdelingsleder	Nei	Nei	Ja
Nina Lhr	Fag, kvalitet-og utv.leder	Nei	Nei	Ja
Anna Jansen	Hjelpepleier	Nei	Ja	Nei

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Egil Storås, seniorrådgiver/lege

Heidi Fugli, rådgiver/sykepleier

Anita Syversen, førstekonsulent/jurist

Gudny Fløttum, seniorrådgiver/sykepleier (revisjonsleder)