

KAPITTEL 4

«Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det» – sykepleieres refleksjoner om sin journalføring

Ragnhild Hellesø

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Maren Sogstad

Senter for omsorgsforskning øst, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

Sammendrag: Sykepleieres journalføring har vært debattert og kritisert. I dette kapitlet søker vi å få en dypere forståelse for de underliggende prosesser og vurderinger som sykepleierne gjør, og hvordan de reflekterer over sin dokumentasjonspraksis. Hensikten er å få innsikt i og økt kunnskap om hva som påvirker de valg de tar når de skal skrive journal. Kapitlet bygger på to studier blant sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten hvor de reflekterer rundt sin journalføringspraksis. Vi ser at sykepleierne inngår i en samfunnsdiskurs som vanskeliggjør å journalføre ikke-kroppslige helseutfordringer fordi de kan være forbundet med skam. Pasientenes rett til å vite hva som er dokumentert om dem, gjør at sykepleierne må balansere ulike hensyn og interesser.

Nøkkelord: sykepleieres refleksjoner, pasientjournalen, dokumentasjonspraksis

Abstract: Nurse documentation has been debated and criticized for its lack of structure and scarce content. Analysing the latent considerations performed by nurses during the documentation process, this chapter presents knowledge on how nurses choose what information to document and what they leave out in patient records. In interviews and observations, nurses in both hospitals and municipal healthcare services described and reflected upon their documentation practice. The results show how being part of a social discourse, where non-physical health

Sitering av dette kapitlet: Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). «Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det» – sykepleieres refleksjoner om sin journalføring. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 73–89). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch4>
Lisens: CC BY 4.0

challenges to a larger degree are associated with shame, hampers the nurses' documentation of cognitive and mental issues. As well as the balancing act of different interest, knowing the patients are entitled to read their own health records.

Keywords: nurses' considerations, patient records, documentation practice

Innledning

Helsepersonell har plikt til å nedtegne planlagt og utført helsehjelp for den enkelte pasient i en pasientjournal. Pasientjournalen skal føres i samsvarende med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Tidligere førte helsepersonell fagspesifikke journaler, for eksempel legejournal eller jordmorjournal, men det er nå lovfestet at helseopplysninger skal nedtegnes i en pasientjournal. En slik navneendring indikerer et skifte hvor pasienten har rettigheter, blant annet til innsyn i det som blir skrevet om dem i pasientjournalen. Som et ledd i å gjøre opplysningene mer tilgjengelig for pasienter har det de siste årene vært arbeidet systematisk med at pasienter skal ha tilgang til sine helseopplysninger digitalt.¹ Samtidig som pasienter har fått økte rettigheter til innsyn i pasientjournalen, skal den fungere som et godt arbeidsverktøy for helsepersonell slik at pasienter sikres kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Sosial- og helsedepartementet, 1998). Pasientjournalen er således tenkt som et redskap for å sikre informasjonskontinuitet (Haggerty et al., 2003; Hellesø & Lorensen, 2005). Det er en underliggende premisse at den skal være av god kvalitet, hvilket vil si at innholdet er nøyaktig, presist og relevant.

Det er mange mulige lesere av en pasientjournal. I tillegg til at pasienten selv og ulike grupper helsepersonell kan ha rettigheter til å bruke journalen, kan tilsynsmyndighetene være potensielle lesere. At det kan være ulike lesere, har vist seg å ha betydning for hva sykepleierne velger å journalføre av opplysninger (Engesmo & Tjora, 2006; Wibe, Ekstedt & Hellesø, 2014). Det reiser spørsmål om hva helsepersonell oppfatter som relevant å dokumentere, og hvordan de reflekterer rundt sin

¹ Se <https://ehelse.no/> for mer informasjon og siste oppdatering om hvem som nå har tilgang til journalen sin digitalt.

dokumentasjonspraksis når noe dokumenteres og noe blir utelatt. Det er dette vi ønsker å utdype i dette kapitlet. Men først kan det være hensiktsmessig å kort beskrive hvordan sykepleieres journalføring tradisjonelt har vært strukturert, og hva forskere har studert når de har undersøkt sykepleierens journalføringspraksis.

I de fleste lærebøker for sykepleiere presenteres sykepleieprosessen som et grunnlag for å journalføre planlagt og utført helsehjelp. De ulike journalsystemene tilbyr noen ulike løsninger, men i hovedsak bygger strukturene på sykepleieprosessens faser. Noen steder knyttes dokumentasjonen til tiltak som er opprettet for pasienten/brukeren i henhold til behov for behandling, pleie og oppfølging, mens i andre systemer dokumenteres det som løpende tekst i et notat. Det har gjennom de siste tiårene vært gjennomført en rekke studier som har vurdert kvaliteten på innholdet i pasientjournaler. Analyser av sykepleieres journalføringspraksis kan sies å falle inn under noen hovedtilnærminger. Den ene måten har vært å undersøke om journalføringen er strukturert og utført i tråd med sykepleieprosessens faser (Bjorvell, Thorell-Ekstrand & Wredling, 2000; Ehrenberg, Ehnfors & Smedby, 2001; Gjevjon & Hellesø, 2009; Tuinman, de Greef, Krijnen, Paans & Roodbol, 2017). Gjevjon & Hellesø (2009) tok utgangspunkt i fem faser; om det ble identifisert dokumentasjon om pasientens status/funksjonsnivå, en sykepleiediagnose, mål for sykepleien, tiltak og resultat. I tillegg undersøkte de om det var skrevet en overflyttingsrapport og en utskrivningsrapport dersom pasienten ble flyttet mellom enheter. Studien konkluderer med at sykepleiere ikke dokumenterer i tråd med sykepleieprosessens faser, og at ikke alle fasene blir brukt. Dette er i tråd med andre studier som har undersøkt kvaliteten etter samme prinsipper. Men det er også stilt spørsmål til om denne måten å vurdere kvalitet på er egnet (Gjevjon & Hellesø, 2009), noe som kan bunne i manglende enighet om hva som er gode kvalitetskriterier (De Groot, Triemstra, Paans & Francke, 2018).

Den andre tilnærmingen har vært å rette et kritisk blikk på selve innholdet i journalen for å avdekke hvilke diskurser som har kommet til uttrykk i dokumentasjonen. Denne tilnærmingen har avdekket at sykepleierne er kolonisert av et teknisk og medisinsk tankesett som gjenspeiles i journalføringen (Buus & Hamilton, 2016; Heartfield, 1996). Sykepleierne

bruker bio-medisinsk terminologi og større vektlegging av fysiske parametere og behov enn andre dimensjoner av behandling og omsorg. Selv om journalføringen viser å ha et fokus på de fysiske dimensjonene, blir det påpekt at det å ha en fullstendig og helhetlig dokumentasjon er en forutsetning for å kunne yte god, helhetlig og personsentrert behandling og omsorg (Mjølstad, Kirkengen, Getz & Hetlevik, 2013). Bedre kjennskap til pasienten gir også grunnlag for i større grad å iverksette tiltak i henhold til pasientens ønsker (Mjølstad, 2015). Sykepleiers kjennskap til pasienter, psykososiale faktorer, opplevelser og erfaringer som bygges opp over tid, blir ikke alltid journalført. Dette kan ha sammenheng med at det er uklart hva som legges i psykososiale behov (Hansen, Hauge & Bergland, 2017). Når begrepet er uklart, kan det være vanskelig å uttrykke dette skriftlig i en journal. Denne type informasjon formidles gjerne muntlig mellom helsepersonell (Mjølstad, 2015; Olsen, Hellzen, Skotnes & Enmarker, 2014). Sett i lys av studier som har analysert innholdet i sykepleieres journalføring, er det grunn til å gå mer i dybden og søke en dypere forståelse av de underliggende prosesser og vurderinger som sykepleierne gjør i dokumentasjonsarbeidet sitt. Hensikten med denne studien er å analysere hvordan sykepleiere reflekterer over sin journalføringspraksis med et særlig søkelys på hva de opplever som utfordrende.

Metode

Materialet i dette kapitlet er hentet fra to studier. Den første studien hadde som overordnet mål å undersøke hvordan sykepleiere resonnerer om sin journalføringspraksis når pasientene har behov for kommunale sykepleietjenester etter et sykehusopphold. Den andre studien handler om informasjonspraksiser i kommunehelsetjenesten. Begge studiene hadde et fokus på samhandling; den ene mellom sykehus og kommunen og den andre innad i kommunen. Gjennom analysen av de enkelte studiene ble det tydelig at det var noen underliggende forhold som hadde betydning for hva som ble dokumentert. Vi valgte derfor å analysere begge studiene på tvers for å få en dypere forståelse av problemstillingen.

I sykehusstudien er data samlet inn ved individuelle intervjuer med til sammen 14 sykepleiere. Alle arbeidet ved et universitetssykehus. De var

ansatt ved ulike medisinske sengeposter og representerte erfaring med flere ulike pasientgrupper. Data ble samlet i avdelingene som hadde flest pasienter med behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester både før og etter sykehusoppholdet.

Alle intervju med sykepleiere, unntatt ett, ble gjennomført utenom enhetene de var ansatt ved. I det intervjuet som ble gjennomført nær sengeposten, var det avbrudd underveis, i de andre var det ingen forstyrrelser. Å intervju utenfor avdelingen førte til ro rundt intervjusituasjonen. Hvert av intervjuene tok mellom en og to timer. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett før analyse.

Den andre studien, fra kommunehelsetjenesten, var en feltstudie med observasjoner og intervjuer. Det ble gjennomført deltagende observasjon i fire ulike kommuner og ved til sammen 10 ulike korttids enheter/avdelinger, totalt 145 timer, alle i løpet av dagvakter. Vi skrev feltnotater underveis (Hellesø, Melby & Hauge, 2015). Fokuset i observasjonen var hvordan informasjon genereres, formidles og dokumenteres i avdelingen. Observasjonen ble i hovedsak utført på enhetenes vaktrom, men i perioder på dagen der det var stille på vaktrommet, utførte vi også observasjon i fellesrom som kjøkken og stue. Som en integrert del av observasjonen, som oftest knyttet til konkrete observasjoner, ble det stilt spørsmål til de ansatte om deres dokumentasjonspraksis, blant annet deres refleksjoner rundt daglig dokumentasjon, muntlig informasjonsutveksling og informasjonsflyt ved overføring av pasienter til andre kommunale tilbud.

Pasienter som beveger seg mellom tjenester i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike tilbud i kommunen, er i de fleste tilfeller pasienter med komplekse og sammensatte helseproblemer (Grimsmo, 2018). Dette er en pasientgruppe som er økende, og som med sin kompleksitet kan innebære særlige utfordringer i journalføringen. Dette gjør det relevant å studere journalføringspraksisen til denne pasientgruppen nærmere.

Analyse

Journalføringspraksisen kan ikke ses isolert fra den kontekst og tradisjon journalføringen skjer innenfor. Det skjer for eksempel en økende formalisering og lovregulering av helsevesenet. Kravet til hvordan helsepersonell

skal journalføre, kan ses som et uttrykk for myndighetenes behov for å få innsikt i hvordan helsetjenesten fungerer. Myndighetene har en forventning om at innholdet i journalen beskriver den planlagte og utførte helsehjelpen en pasient har fått. Vi har i vår analyse særlig lagt til grunn hvordan sykepleiere definerer, forstår og velger ut hva de vil journalføre om pasienten. Og spesielt hvordan de argumenterer for sine valg. Tekster er uttrykk for sosialt organiserte mønster og representerer fastlagte konvensjoner. Det betyr at sykepleieres journalføring følges av faglige normer, forventninger og begrepsbruk.

Gjennom å lete i intervjuene etter hvordan sykepleierne snakket om pasientene, og hvordan de begrunnet hva de velger å journalføre, kunne vi avdekke hvordan de tar språket i bruk. Hvordan de snakket om sin journalføring, kan forstås som et uttrykk for den praksisen de inngår som en del av.

Vi gikk dypere inn i materialet etter utsagn som viste noe om betingelser for hva som gis forrang og blir ansett som relevant informasjon å nedtegne i pasientjournalen. For vår del handlet dette om å avdekke hvordan helsepersonell snakker om de observasjoner de gjør, og hva som fremstår som «sannhetsregimer» i deres journalføring. Foucault var opptatt av å avdekke reglene for hva som ble ansett for å være sant og falskt. Sannheten oppstår som en diskursiv konstruksjon der de forskjellige vitensregimer bestemmer hva som er sant og falskt (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). I diskursanalyse er det oftest tekster som er analyseenheten, men vi er opptatt av hvordan helsepersonell snakker om pasienter og hva de velger å skrive om pasientene. Foucault skisserer i «Diskursens orden» hvordan diskurser regulerer seg gjennom organisering, klassifisering og distribuering av språkbruken (Foucault & Schaanning, 1999). Dermed blir spørsmålet om hvordan eksklusjonsprosedyrer trer fram i diskursen, et redskap for å få innsikt i hva som velges ut av informasjon i dokumentasjonsarbeidet. Analysen ledet oss til diskurser knyttet til normalisering.

Etiske overveielser

Begge studiene har vært meldt til Norsk senter for forskningsdata. Alle som har deltatt, har gitt sitt informerte samtykke. De har blitt rekruttert av sine ledere før de kom i kontakt med oss.

Resultat

Gjennom analyseprosessen kom det fram at sykepleierne snakker fram motsetninger og spenninger mellom den kroppslige og psykiske dimensjonen hos pasienten. De forholder seg til en «todelt» pasient som presenterer en kroppslig og fysisk dimensjon og en psykisk ikke-kroppslig dimensjon. Den kroppslige og fysiske dimensjonen beskrives som noe forutsigbart, noe som kan måles, noe man kan ha en kontroll over og som man lett kan skrive noe eksakt om i journalen. Derimot er den psykiske dimensjonen av en annen karakter som ikke er håndfast på samme måte som den fysiske. Den er uforutsigbar, kan endre seg raskt, og sykepleierne mangler (til en viss grad) det samme konkrete språket og målingene som de har tilgjengelig for den fysiske dimensjonen. Den psykiske dimensjonen gir derfor utfordringer i dokumentasjonsarbeidet. I den videre presentasjonen utdyper vi de to dimensjonene.

Vurderinger og dokumentasjon av pasientens psykiske helse

Et kjennetegn for mange av de pasientene sykepleierne møter i sin hverdag, enten de legges inn på sykehus eller har en sykehjemsplass, er at de kan ha ulike grader av kognitiv svikt, eller de har manglende selvinnsikt. Sykepleierne fortalte at de hadde erfaringer med at mange pasienter veksler mellom å være klar og uklar, og at skiftet mellom disse to tilstandene var fluktuerende. Dette uttrykkes på følgende måte:

Men det er jo noen som er sånn at de, noen som er uklare og klare om hverandre. I det ene øyeblikket så kan du jo ha en samtale med dem og de er her og nå, men andre ganger så snakker de ikke sammenhengende setninger engang. (sykepleier, sykehus)

Jeg synes dette er vanskelig. Jeg kan jo oppleve at pasienten er litt surrete her hos oss, men jeg vet jo ikke om det fremdeles vil være slik når han kommer hjem. Jeg synes det er vanskelig å sette ord på. Man skal liksom være sikker før en skriver noe slikt i journalen, det blir jo stående der for alltid. (sykepleier, kommune)

Dette med mental tilstand er ikke alltid så lett. Vi ser jo ofte at omgivelsene også har mye å si her. Pasientene fungerer ulikt når de er inne her hos oss enn det de gjør hjemme. Vi har særlig rulleringspasienter der vi ikke helt kjenner igjen beskrivelsen vi får fra hjemmetjenesten. Så, da blir det ikke så lett å skrive om heller, vi må liksom se det an fra sted til sted. (sykepleier, kommune)

Ved å gå enda dypere inn i problematikken finner vi altså at pasientens psykiske helse ikke fremstår som noe som er *konstant*. En sykepleier reflekterer over dilemmaer som oppstår mellom kravet til å dokumentere og hensynet til pasienten:

Det er litt ubehagelig, synes jeg, å skrive det på den, under psykisk, at de er veldig uklare og sånn når de føler at de er helt okey selv. Ja, det er, jeg har ofte tenkt når jeg skriver, vi må jo også skrive noe om det kognitive. Og ofte kan du si at de er litt glemsk og gjør sånn, og de tenker kanskje ikke det selv. Det spørres om de synes det er noe særlig å lese det. «Nei, jeg er jo ikke glemsk». «Jeg roter jo ikke med noen ting». Kanskje de ikke har innsikt i det. Og da er det sikker ikke noe å lese om det. Så jeg tror det er litt sånn litt følsomt tema. Og så er det såpass mange eldre som også prøver gjerne å skjule det litt, da. Og ikke si for mye for de skjønner at de forstår ikke helt hva som foregår, men jeg bare er med på dette her, sånn at ... Ja. De skjønner ofte selv at det begynner å gå litt rundt, da. Men jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om. Det er ... man er alltid litt forsiktig hvis det har vært en episode for eksempel hvor du skriver «pasienten hallusinerer», så er det viktig å skrive hva de hallusinerer, tenker jeg, eller skal man på en måte bare holde seg til fakta. (sykepleier, sykehus)

Sitatet illustrerer at det skjer en forhandling om hvem som eier sannheten om pasientens psykiske situasjon. Vi ser at pasientens posisjon ikke har samme styrke som helsepersonells utsagn gjennom denne uttalelsen: '... de er veldig flinke til å snakke for seg'. Det oppstår en asymmetri der helsepersonells vurderinger har større styrke enn pasientene, og det får betydning for hva som journalføres, men samtidig er det en viss reservasjon for å bli for påståelig. Et modifierende moment for sykepleieren i sine valg er at pasienten kan komme til å lese det som er skrevet. Dette leserforholdet tar forfatterne, dvs. sykepleierne, hensyn til. Måten å løse det på er å beskrive pasienten i nøytrale termer fordi nøytrale termer oppfattes som fakta.

Så jeg tenker hele tiden på at de (pasientene) til enhver tid kan titte på det. Så jeg prøver å være nøytral og riktig, og når jeg skriver om for eksempel smerter, så sier jeg at pasienten har ikke gitt uttrykk for smerter. Og da holder jo jeg meg på riktig vei. For pasienten kan jo ha hatt smerter, men ikke sagt noe til meg. Pasienten har *ikke* gitt uttrykk for smerter. (sykepleier, sykehus)

Neste sitat viser hvordan sykepleierne reflekterer rundt kravet til gyldig journalføring og samtidig ønsket om å unngå å skrive noe som kan være krenkende for pasienten.

Og hvis det er for eksempel forvirring, så kan jeg jo skrive at pasienten virker litt forvirret på tid og sted, eller trolig grunnet nytt opphold, nytt sted. Altså jeg må jo dokumentere at de ikke er klare, men det er jo skummelt. Jeg kan ikke si at de er demente, for å si det sånn. Jeg må bare si at de er uklar for tid og sted, her og nå. Det kan endre seg. Når, når pasienten roer seg i post. (sykepleier, sykehus)

Når sykepleier kvier seg for å skrive ut fra egne observasjoner at en pasient er kognitivt svekket, står dette i kontrast til styrken i standardiserte vurderinger av pasientens psykiske status. Sykepleierne gir uttrykk for at når pasienter blir vurdert ut fra for eksempel minimal mental test (MMS) og skårer over et visst tall, da gis det tillatelse til å trekke en konklusjon, og da er det enklere å dokumentere at pasienten faktisk har kognitive utfordringer. Det som kan vurderes og settes et mål på ved en skår eller et tall, er lettere å journalføre enn det som ikke er målt eller tallfestet.

I sitatet under får vi et tydelig innblikk i hvordan sykepleierne resonnerer over hva som er vanskelig. Samtidig viser sitatet når det kommer til et vendepunkt som tydeliggjør at noe må journalføres:

Ja, det kommer litt an på hva de begynner å rote og tulle med. Men hvis det er seriøse ting, og at de tuller med medisiner og tar doble doser, de glemmer å ta de. Så da er det veldig viktig å gi beskjed da, syns jeg. Eller hvis det går på personlig hygiene, det er viktig, at hvis de tuller med det, og ikke vasker seg, og tror de kanskje har gjort det. Ja. Sånne ting, det er viktig. (sykepleier, sykehus)

Når pasienter ikke holder orden på medisiner, eller når deres kognitive funksjon går ut over kroppslige forhold på andre måter, opplever sykepleierne at dette legitimerer dokumentasjon i pasientjournalen.

Sykepleierne uttrykte at det er vanskelig å dokumentere om pasientens psykiske helse, dersom det ikke allerede var kjent at pasienten hadde en psykisk sykdom eller lidelse.

Nei, psykisk helse, vi oppretter ikke noe tiltak på det om det ikke allerede er kjent problematikk. Er ikke så lett for oss å skrive så mye om det. Jeg skriver jo av og til sånn «hun ville ikke stå opp i dag», men ikke så mye mer enn det. (sykepleier, kommune)

Vurderinger og dokumentasjon av pasientens fysiske helse

Mens helsepersonell snakker om vanskene med å journalføre pasientenes psykiske situasjon, trer dette ikke fram på samme måte når det gjelder pasientenes fysiske problemer. Dette til tross for at pasientens problemer kan oppfattes som sårbare eller skambelagt. Et eksempel kan illustrere dette. For pasienter som har en urininkontinens, er det for sykepleierne ikke problematisk å beskrive dette i detalj. Urininkontinens anses som en følge av det å bli gammel og syk, det er i mye større grad en akseptert tilstand og anses ikke som særlig problematisk verken å snakke om eller å journalføre. Ifølge sykepleierne er dette noe som pasientene heller ikke legger skjul på, og de prøver ikke å dekke over det, slik de av og til prøver å gjøre ved kognitive utfordringer. Som denne sykepleieren uttrykker det:

Eh, du vet, inkontinent, da vet pasienten det selv. Hvis hun bruker bind eller et eller annet, så sier jo pasienten selv, jeg bruker et innlegg. De som ikke vet det når de går ut i stellet, jo, okay, de bruker bleier. Og så skriver jeg inkontinent, kanskje trenger hjelp til å følge på wc. (sykepleier, sykehus)

Mange av de observasjoner og vurderinger sykepleierne gjør og nedtegner i pasientjournalen, er informasjon om pasientens kroppslige funksjon. Dette er informasjon som også har betydning under legevisitten. Sykepleiere uttrykker at de har en viktig rolle i utføring og dokumentasjon av ulike type informasjon som forberedelse til legevisitten. På bakgrunn av pasientens behov og oppfølgingsplan utarbeider de en oversikt over

pasientens fysiske situasjon, og oppsummerer eventuelle spørsmål og bekymringer som de ønsker å ta opp med legen i forbindelse med visitten.

Jeg bruker en god del tid på å forberede meg til legevisitten. Jeg går gjennom journalen, forsikrer meg om at vi har gjort og dokumentert alle målinger som er nødvendige, og at jeg har oversikt over de ulike pasientene. Og så går jeg gjennom boka der vi noterer spørsmål til legevisitten. Det dreier seg jo mye om oppfølging og endring av medisiner. (sykepleier, kommunehelsetjenesten)

I kommunehelsetjenesten har også funksjonsnivå stort fokus, særlig i korttidsavdelinger der pasienter i de fleste tilfeller skal skrives ut til eget hjem. Da poengteres det at man trenger å ha oversikt over hva pasienten kan greie selv, og hva han eventuelt må ha hjelp til. Vurderingen av behov har hovedvekt på fysisk funksjonsevne.

Ja, vi følger jo med på hvordan det går. Vi har fokus på å skrive litt om hva de spiser, særlig om vi har tiltak på ernæring, da, og så skriver vi jo hvordan det fungerer i stell-situasjoner, om pasienten klarer å reise seg, stå selv, om de klarer å vaske seg og sånn. Jeg skriver for eksempel som beskrivelse i tiltaket «står ved vasken, vasker seg selv oventil, må ha hjelp til vask nedentil», så lenge dette stemmer, skriver vi ikke noe, men om det er en dag han ikke klarer å reise seg, at han ikke vil vaske seg, eller jeg ser at nå står han så støtt at han også kan vaske seg nedentil, så skriver jeg det. Og så ser vi jo litt på hva de gjør i løpet av dagen, om de er oppe og går og sånn. Men vi kan jo ikke skriv alt heller. Jeg tenker på at det ikke må bli for mye. Det skal jo være nyttig for de som leser det senere, så jeg prøver å ha fokus på det som betyr noe. (sykepleier, kommunehelsetjenesten)

Vi ser her at sykepleierne reflekterer over hva som er relevant og nyttig å ha journalført.

Diskusjon

Funnene våre viser at sykepleierne møter på noen grunnleggende utfordringer og dilemmaer i sin journalføringspraksis – uavhengig om de arbeider i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. De opplever at det er vanskelig å dokumentere det som ikke er konkret og fysisk, mens pasientens fysiske problemer og utfordringer ikke skaper samme utfordring.

Det er spesielt interessant å løfte fram hvordan sykepleierne snakker fram en todelt pasient. Det er utviklet en forståelse av og syn på at sykepleiere er holistisk i den forstand at sykepleiere skal se sammenhengen mellom fysiske, psykologiske, sosiale og åndelige dimensjoner hos pasienten (Hyde et al., 2005). Hvordan kan vi forstå denne todelingen av pasienten når det gjelder hva og hvordan de skal føre journal? En måte å forstå det på kan føres tilbake til en forståelse av sykdom og kropp (Wifstad, 2018). Vi kan si at sykepleierne strever mellom ulike diskurser. En diskurs som trer tydelig fram, er kravet om å være nøytral, altså at det som skrives om pasienten, skal være objektivt i den forstand at det skal være konkret, det de dokumenterer skal kunne måles og tallfestes. Wifstad (2018) viser innflytelsen Nightingale fortsatt har, at sykepleieren skal være presis i sine beskrivelser, en arv hvor man streber etter objektiv helsefaglig kunnskap. Da er det enklere å skrive om fysiske dimensjoner, ulike målbare parametere og om konkrete hjelpetiltak. Den todelte pasienten kan dyppest sett forstås som arven fra Descartes' kropp/sjel-dualism. Hans tenkning var at naturen, inkludert kroppen, er å forstå som et mekanistisk system. Selv om man i dag nyanserer og ikke ser dualistisk på mennesket, illustrerer funnene våre at sykepleierne er sosialisert til å tenke kropp og sinn (Thornquist, 2018).

Sykepleierne reflekterer over og gir uttrykk for at det er vanskelig å dokumentere ikke-kroppslige fenomen fordi pasienten kan komme til å lese og reagere på noe som vedkommende ikke kjenner seg igjen i. Vi er inne i en brytningstid med økt pasientmedvirkning, noe som synes å komme til uttrykk ved en varsomhet når sykepleierne velger ut hva som skal journalføres (Blommaert, 2005). Pasienter kan nå i økende grad lese egne journaler på internett. Sykepleierne gir uttrykk for at de vil skjerme pasienten for ubehagelige opplevelser, og derfor velger de å ikke dokumentere dersom det kan støte pasienten i ettertid. Dette er en reell bekymring, for det har vist seg at pasienter kan oppleve å ikke bli respektert når de leser om seg selv i journalen (Wibe, Hellesø, Slaughter & Ekstedt, 2011). Sykepleierne ga også uttrykk for at de syntes det var vanskelig å vurdere og dokumentere pasienters psykiske helse, fordi de opplevde at denne var varierende og ikke et statisk fenomen (Rubensson & Salzmann-Erikson, 2019). Ut fra sykepleiernes utsagn kan det se ut som om de er redde for å trekke konklusjon om og dokumentere at en pasient er uklar, fordi det vil være noe som kan hefte ved pasienten

for alltid. Det som dokumenteres, må oppfattes som «sant». På den annen side var det ingen som vegret seg for å dokumentere måling av et blodtrykk, selv om dette også er en parameter som vil kunne variere over tid. Dette illustrerer igjen hvordan den gjeldende diskursen om hva som er tabubelagt og som kan virke støtende, påvirker valgene sykepleiere gjør i sin dokumentasjonspraksis.

Funnene om hvordan sykepleierne snakker om psykiske lidelser, inngår i en samfunnsdiskurs, og denne diskursen får betydning for deres journalføringspraksis. Både fra myndighetenes (Helse- og omsorgsdepartementet & Omsorgsplan 2015, 2006) og fra helsepersonells perspektiv er det understreket at pasienters psykososiale situasjon skal ivaretas og inngå som en del av helsehjelpen, men det er uavklart hvordan psykososiale behov kan beskrives (Hansen et al., 2017). Når det ikke er entydig hva som legges i begrepet, og heller ikke hvordan man dokumenterer behovet, kan det være enklere å utelate det. I en studie der personer fra bestillerkontor (de som tildeler helse- og omsorgstjenester i kommunen) dokumenterte og gjorde vedtak om tildeling av helsehjelp til pasienter med demens, fant forskerne at det noen ganger var vanskelig å dokumentere at pasienter hadde en demenslidelse. De argumenterte for at det kunne være hensiktsmessig å utelate slike opplysninger fordi det var tabubelagt. Noen ganger valgte de derfor å dekke over budskapet om at pasienten hadde en diagnose fordi det kunne oppfattes støtende (Hansen, Hauge & Bergland, 2016). På den ene siden er begrepet uklart, og på den andre siden tas det hensyn til at det kan oppfattes støtende for pasienten fordi det er forbundet med tabu og skam å ha ikke-kroppslige helseutfordringer.

Å forholde seg til tabubelagte områder oppleves vanskelig for sykepleiere, ikke bare når det handler om pasientens psykiske utfordringer, men også i tilfeller av fysiske og konkrete problemer pasienten har. Breievne fant at sykepleiere manglet et begrepsapparat for å beskrive pasientsituasjoner de møtte i sin hverdag, for eksempel begreper som handlet om illeluktende sår (Breievne, Heggen & Bondevik, 2018). Hjemmesykepleierne oppfattet at vond lukt i hjemmet, enten det var fra pasienten selv eller fra omgivelsene, var forbundet med skam. Sykepleierne opplevde at det var brudd på deres yrkesetiske plikter når de kjente avsky ved vond lukt. De manglet språk som uttrykte hva de luktet, og var redde for å

opptre som respektløse og stigmatiserende. Valget var at de ble tause og ikke snakket om det med pasientene. Å bidra til utvikling av et presist språk med relevante begreper som sykepleierne kan hjelpe seg med i journalføringsarbeidet, kan være et nyttig hjelpemiddel. Men det er ikke tilstrekkelig i seg selv; hvordan helsepersonell forholder seg til stigmatiserende tematikker, er et arbeid som må gå parallelt.

En annen faktor som kan ha betydning for hva sykepleierne velger å journalføre, er om strukturen i journalsystemene er bygget opp slik at pasientenes hjelpebehov i stor grad knyttet til fysiske aspekter som ernæring, medisiner, stell og mobilisering. I denne studien har vi ikke sett spesielt på slike sammenhenger, men vi vet at det er mange faktorer som har betydning for hvilke valg sykepleierne gjør (Østensen, Bragstad, Hardiker & Hellesø, 2019).

Helsetjenesten, både i sykehus og i kommunene, blir stadig mer spesialisert. Dette kan også være en medvirkende faktor når vi ser på diskursene og hvordan sykepleierne prioriterer og snakker om hva som journalføres. Studiene våre ble gjennomført ved medisinske sengeposter i sykehus og ved korttidsavdelinger i kommunehelsetjenesten, der flere av avdelingene var spesialiserte, enten for rehabilitering, eller forsterkede somatiske enheter (typisk for oppfølging av pasienter etter sykehusopphold). Helsetjenesten deles gjerne inn i somatisk og psykisk helse. De enhetene vi har undersøkt, faller inn under kategorien somatisk. Funnene våre må forstås ut fra den konteksten de utgår fra. Begrenset dokumentasjon av psykososiale forhold kan også være et uttrykk for at sykepleiere i en somatisk, spesialisert kontekst ikke i samme grad definerer dette inn som en del av sitt ansvarsområde. Helsetjenestene har i stor utstrekning høyt arbeidspress. I en hektisk hverdag, der man kontinuerlig må prioritere mellom ulike gjøremål, kan konteksten en jobber i, og de gjeldende diskursene i den gitte konteksten, være av stor betydning for hva man velger både å prioritere og dokumentere.

Studiens begrensninger

Denne studien tar utgangspunkt i sykepleieres refleksjon over egen dokumentasjonspraksis. Disse refleksjonene vil også være preget av de normer og forventninger som er etablert i de avdelingene sykepleierne jobber i.

Det er derfor viktig å ha i mente at data i denne studien er samlet i en somatisk kontekst.

Konklusjon

Studien viser at sykepleiere opplever utfordringer i forhold til å dokumentere helsehjelpen de planlegger og yter. Dette dreier seg i stor grad om å vurdere hva som er relevant, viktig, nyttig og som kan leses av alle aktørene som kan gjøre bruk av journalen til ulike formål. Det fremgår tydelig at jo mer konkret og objektiv informasjonen oppfattes, jo lettere er det å dokumentere. Sykepleiernes vurderinger er at journalføring knyttet til psykiske helse er utfordrende. Dette kan skyldes både mangel på et tydelig begrepsapparat for psykososial helse og frykten for å trekke feilaktige slutninger, som kan virke støtende for personen det gjelder. Innsikt vi har fått gjennom disse studiene, kan gi retning for hva man må arbeide med for at ansatte i sykepleietjenesten kan ha et reflektert syn på og gjøre relevante nedtegnelser i journalføringsarbeidet sitt.

Referanser

- 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(1), 6–13. <https://doi.org/10.1136/qhc.9.1.6>
- Blommaert, J. (2005). *Discourse: A critical introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Breivne, G., Heggen, K. M. & Bondevik, H. (2018). Slik håndterer sykepleiere og brukere vond lukt i hjemmet. *Sykepleien forskning*, 13(e-65987). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65987>
- Buus, N. & Hamilton, B. E. (2016). Social science and linguistic text analysis of nurses' records: A systematic review and critique. *Nursing Inquiry*, 23(1), 64–77. <https://doi.org/10.1111/nin.12106>
- De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W. & Francke, A. L. (2018). Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*. 1–15. <https://doi.org/10.1111/jan.13919>
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Smedby, B. (2001). Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 133–141. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00011.x>

- Engesmo, J. & Tjora, A. H. (2006). Documenting for whom? A symbolic interactionist analysis of technologically induced changes of nursing handovers. *New Technology, Work and Employment*, 21(2), 176–189. <https://doi.org/10.1111/j.1468-005X.2006.00171.x>
- Foucault, M. & Schaanning, E. (1999). *Diskursens orden: Tiltredelsesforelesning holdt ved Collège de France 2. desember 1970* (Vol. 3). Oslo: Spartacus.
- Gjevjon, E. R. & Hellesø, R. (2009). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1–2), 100–108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>.
- Grimsmo, A. (2018). Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(02), 102–106. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-03 ER>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hansen, A., Hauge, S. & Bergland, A. (2016). Balancing the use of language to enable care: A qualitative study of oral and written language used in assessments and allocations of community healthcare services for persons with dementia. *BMC Health Services Research*, 16(1), 391. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1659-0>
- Hansen, A., Hauge, S., & Bergland, A. (2017). Meeting psychosocial needs for persons with dementia in home care services – a qualitative study of different perceptions and practices among health care providers. *BMC Geriatrics*, 17(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0612-3>
- Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice: A discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 98–103. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.15113.x>
- Hellesø, R. & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807–822. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.005>
- Hellesø, R., Melby, L. & Hauge, S. (2015). Implications of observing and writing field notes through different lenses. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 189–197. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s82107>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Én innbygger – én journal*. (Meld. St. 9 2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. (St.meld. nr. 25 2005–2006). Oslo: Departementet.
- Hyde, A., Treacy, M., Scott, P. A., Butler, M., Drennan, J., Irving, K., . . . Hanrahan, M. (2005). Modes of rationality in nursing documentation: Biology, biography

- and the voice of nursing'. *Nursing Inquiry*, 12(2), 66–77. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00260.x>
- Mjølstad, B. P., Kirkengen, A. L., Getz, L. & Hetlevik, I. (2013). Standardization meets stories: Contrasting perspectives on the needs of frail individuals at a rehabilitation unit. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 8, 21498. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21498>
- Mjølstad, B. P. (2015). *Knowing patients as persons: A theory-driven, qualitative study of the relevance of person-related knowledge in primary health care*. Avhandling for graden philosophiae doctor, Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Trondheim.
- Olsen, R. M., Hellzen, O., Skotnes, L. H. & Enmarker, I. (2014). Breakdown in informational continuity of care during hospitalization of older home-living patients: A case study. *International Journal of Integrated Care*, 14, Februar. <https://doi.org/10.5334/ijic.1525>
- Rubensson, A. & Salzman-Erikson, M. (2019). A document analysis of how the concept of health is incorporated in care plans when using the nursing diagnosis classification system (NANDA- I) in relation to individuals with bipolar disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. May 6. <https://doi.org/10.1111/scs.12697>
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om lov om helsepersonell mv.* (Ot.prp nr 13 1998–99). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-13-1998-99-/id159428/>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Tuinman, A., de Greef, M. H. G., Krijnen, W. P., Paans, W. & Roodbol, P. F. (2017). Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care. *Geriatric Nursing*, 38(6), 578–583. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.04.007>
- Wibe, T., Ekstedt, M. & Hellesø, R. (2014). Information practices of health care professionals related to patient discharge from hospital. *Informatics for Health & Social Care*, 40(3), 198–209. <https://doi.org/10.3109/17538157.2013.879150>
- Wibe, T., Hellesø, R., Slaughter, L. & Ekstedt, M. (2011). Lay people's experiences with reading their medical record. *Social Science and Medicine*, 72(9), 1570–1573. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.006>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforl. Samfundslitteratur.
- Østensen, E., Bragstad, L. K., Hardiker, N. R. & Hellesø, R. (2019). Nurses' information practice in municipal health care – a web-like landscape. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13–14), 2707–2716. <https://doi.org/10.1111/jocn.14873>

