

KAPITTEL 6

Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien

Rose Mari Olsen

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet

Torunn Wibe

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo, Oslo kommune

Sammendrag: Journalføring er helt avgjørende for å sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten. Hensikten med denne studien var å beskrive helsepersonells oppfatninger av dokumentasjon av sykepleie på eget arbeidssted i hjemmesykepleien, og å undersøke hvordan oppfatning av dokumentasjon er assosiert med pasientsikkerhetskultur og tid brukt på dokumentasjon. Studien bygger på en spørreundersøkelse blant 161 helsepersonell ansatt i hjemmesykepleien i seks kommuner i Midt-Norge. De svarte på spørsmål om dokumentasjon av sykepleie, samt teamarbeidsklima og sikkerhetsklima – som er to dimensjoner ved pasientsikkerhetskultur hentet fra den norske versjonen av Safety Attitudes Questionnaire. Data ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk, t-test og lineær regresjonsanalyse. Resultatene viser at ansatte i hjemmesykepleien har en overveiende positiv oppfatning av dokumentasjonen ved egen arbeidsplass. Ansatte bruker i gjennomsnitt 37 minutter på dokumentasjon per vakt, og tidsbruken er signifikant høyere blant de med høyere utdanning enn de med lavere utdanning. Det er en statistisk signifikant positiv sammenheng mellom oppfatning av dokumentasjon av sykepleie og henholdsvis teamarbeidsklima og sikkerhetsklima. Hvorvidt den faktiske kvaliteten på dokumentasjonen samsvarer med de positive oppfatningene rapportert av helsepersonell i denne studien, bør utforskes gjennom systematisk journalgjennomgang. Siden dokumentasjon i pasientjournalen har stor betydning for ivaretagelse av pasientsikkerhet, er det vesentlig at dokumentasjonen gjennomgås ut fra faglige kriterier, som ledd i pasientsikkerhetsarbeidet, og at gode rammevilkår for ivaretagelse av dokumentasjon har høy prioritet blant ledere.

Nøkkelord: dokumentasjon av sykepleie, journalføring; hjemmesykepleie, teamarbeidsklima, sikkerhetsklima, pasientsikkerhetskultur

Sitering av dette kapitlet: Olsen, R. M. & Wibe, T. (2019). Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 113–130). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch6>
Lisens: CC BY 4.0

Abstract: Documentation is crucial to ensure continuity, quality and patient safety in the healthcare system. The aim of this study was to describe healthcare providers' perceptions of nursing documentation at their workplace in home care, and to investigate how perception of documentation is associated with patient safety culture, and time spent on documentation. The study is based on a survey among 161 employees in home care in six municipalities in Mid-Norway. The employees answered questions about nursing documentation, as well as teamwork climate and safety climate – which are two dimensions of patient safety culture derived from the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test and linear regression analysis. The results show that employees in home care have an overall positive perception of the documentation at their workplace. Employees spend 37 minutes on documentation per shift, and time usage is significantly higher among those with higher education than those with lower education. The results show that there is a statistically significant positive relationship between perception of documentation and teamwork climate and safety climate. Whether the actual quality of the documentation matches the positive perceptions reported by healthcare providers in this study, should be explored through systematic journal audit. Since documentation in patient records has great importance to patient safety, it is essential that the documentation is reviewed on the basis of professional criteria – as part of the patient safety work, and that managers facilitate healthcare providers' documentation practice through adequate resources.

Keywords: nursing documentation, record keeping, home care, teamwork climate, safety climate, patient safety culture

Introduksjon

Journalføring har en sentral plass i helsepersonells yrkesutøvelse, og er helt avgjørende for å sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene. Helsepersonelloven (1999) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999) pålegger dokumentasjon av gitt helsehjelp, og stiller sammen med politiske føringer og faglige standarder krav til kvaliteten på dokumentasjonen. For helsepersonell i hjemmetjenesten kan dokumentasjonsarbeidet innebære særlige utfordringer, ettersom de møter pasienten alene i pasientens hjem og gjør selvstendige vurderinger og igangsetter tiltak uavhengig av andre. De har oftest ikke tilgang til pasientjournalen online, men må vende tilbake til «basen» før de kan dokumentere og finne relevante opplysninger i journalen (Olsen, Østnor, Enmarker & Hellzen, 2013). Samtidig gjør overføring av behandlingsansvar fra sykehus til kommunehelsetjenesten at hjemmeboende pasienter i dag har mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander (Abelsen, Gaski,

Nødland & Stephansen, 2014; Næss, Kirkevold, Hammer, Straand & Wyl-ler, 2017). Dette stiller ekstra store krav til helsepersonells ivaretagelse av kvalitet og sikkerhet i helsehjelpen – og dermed også til deres dokumentasjonspraksis. Vi vil i dette kapitlet se nærmere på forholdet mellom dokumentasjon av sykepleie og pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

Öhlen, Forsberg og Broberger (2013) avdekket i en svensk studie at dokumentasjonen i hjemmesykepleien ofte var fragmentert, og at viktig informasjon ofte var vanskelig å finne. I likhet med studier av dokumentasjon av sykepleie i andre kontekster (Wang, Hailey & Yu, 2011) fant de også at dokumentasjonen ofte beskrev pasientens behov for sykepleie, men manglet sykepleietiltak og evaluering av disse. Turjamaa et al. (2015) fant at pasientens synspunkter og preferanser ikke ble dokumentert i pleieplaner for eldre hjemmeboende pasienter i Finland. Gjevjon og Hellesø (2010) fant derimot at pasientmedvirkning var godt dokumentert i en norsk hjemmesykepleie-kontekst: 70 % av sykepleienotatene var relatert til pasientens subjektive opplevelse av sin tilstand. Imidlertid var pasientens kommunikasjonsevne sjelden nevnt.

I likhet med studier gjort i andre deler av helsetjenesten fant Gjevjon og Hellesø (2010) at sykepleiere i hjemmesykepleien dokumenterte kontinuerlig langs en tidsakse, i stedet for å følge strukturen i sykepleieprosessen. Det vil si at dokumentasjonen i liten grad inneholdt noen kartlegging og plan som tydeliggjorde pasientens behov for sykepleie, mål, tiltak og evaluering av tiltak.

Dokumentasjon av sykepleie har avgjørende betydning for informasjonskontinuitet – det å ha relevant informasjon tilgjengelig til enhver tid slik at en kan ivareta omsorgen for den enkelte pasient (Freeman et al., 2007; Haggerty et al., 2003). Dette er særlig viktig ved lite mulighet for relasjonell kontinuitet, det vil si når mange forskjellige helsepersonell er involvert i helsehjelpen til den enkelte pasient og man ikke kan oppnå at alle har god personlig kjennskap til pasienten. En norsk studie (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2014) viste at den relasjonelle kontinuiteten oppleves svært lav av hjemmeboende eldre.

I en slovensk studie gjennomført i sykehus (Petkovšek-Gregorin & Skela-Savič, 2015) rapporterte sykepleiere at de så på dokumentasjonen som en viktig del av arbeidet, og at den bidrar til transparens, kvalitet,

kontinuitet og pasientsikkerhet i omsorgen. I samme studie ble det funnet en negativ sammenheng mellom tid brukt på dokumentasjon og positiv holdning til dokumentasjon. Sykepleiere har oppgitt at tidspress, stor arbeidsmengde og policy i organisasjonen kan hindre dokumentasjon og informasjonsutveksling (Blair & Smith, 2012; Olsen et al., 2013). Imidlertid opplever sykepleiere i hjemmesykepleien det som positivt at de har mulighet til å påvirke arbeidssituasjonen og gjøre prioriteringer i det daglige arbeidet (Norell, Ziegert & Kihlgren, 2013).

Dokumentasjon i pasientjournalen er avgjørende for pasientsikkerheten. Enkelt sagt handler pasientsikkerhet om «frihet fra behandlingsrelatert skade eller risiko for skade» (Saunes, Svendsby, Mølsted & Thesen, 2010). En slik beskrivelse av pasientsikkerhet innebærer at både gitt helsehjelp og mangel på helsehjelp kan forårsake skade eller risiko for skade på pasienten. For å fremme pasientsikkerheten er måling og forbedring av *pasientsikkerhetskulturen* i helse- og omsorgstjenestene fremhevet både nasjonalt og internasjonalt (NOU 2015:11, 2015; NPSF, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; 2018). Pasientsikkerhetskultur kan defineres som «et integrert mønster av individuell og organisatorisk atferd, basert på felles oppfatninger og verdier som hele tiden søker å minimalisere pasient-skade som følge av pasientbehandlingen» (EUNetPAS, 2010, s. 23).

Gjennom internasjonale studier er det påvist at en sterk pasientsikkerhetskultur gir færre uønskede hendelser og økt trygghet i pasientbehandlingen (Colla, Bracken, Kinney & Weeks, 2005; Hessels & Larson, 2016). Blant annet er det rapportert at en positiv sikkerhetskultur har ført til færre fall og mindre bruk av tvang i sykehjem (Thomas et al., 2012), og redusert forekomst av medikamentfeil og urinveisinfeksjoner i sykehusavdelinger (Hofmann & Mark, 2006). De fleste studier av pasientsikkerhet er gjennomført i sykehus, og fåtallet som er gjort i primærhelsetjenesten omhandler i hovedsak sykehjem og omsorgsinstitusjoner (Aase, 2015). Det er imidlertid rapportert at helsepersonell i hjemmetjenesten har en mer positiv oppfatning av pasientsikkerhetsklimaet ved eget arbeidssted enn helsepersonell i andre deler av helsetjenesten (Olsen & Bjerkan, 2017a).

Det synes som at de fleste studier relatert til dokumentasjon av sykepleie har fokusert på innhold og struktur og i liten grad beskrevet helsepersonell sine oppfatninger av dokumentasjonen. Etter hva vi kjenner

til, er det heller ingen som har undersøkt hvorvidt oppfatning av dokumentasjon av sykepleie kan kobles til pasientsikkerhet. Hensikten med denne studien var derfor å beskrive helsepersonells oppfatninger av dokumentasjon av sykepleie på eget arbeidssted i hjemmesykepleien, og å undersøke hvordan oppfatning av dokumentasjon er assosiert med pasientsikkerhetskultur og tid brukt på dokumentasjon.

Metode

Studien har et tverrsnittsdesign, og bygger på en spørreundersøkelse gjennomført i perioden desember 2015 til februar 2016.

Utvalg og datainnsamling

Utvalget består av helsepersonell, med ulikt utdanningsnivå, ansatt i hjemmesykepleien i seks kommuner i Midt-Norge. Kommunene er del av et større nasjonalt utvalg av omsorgsforskningkommuner. Utvalget er etablert av Senter for omsorgsforskning (www.omsorgsforskning.no), og er ut fra størrelse og beliggenhet representativ for norske kommuner. Målt i innbyggertall var én av de inkluderte kommunene liten (< 5000), tre mellomstore (mellom 5000 og 19 999) og to store (20 000 eller flere).

Ledere for hjemmesykepleien i de deltakende kommunene oppga lister med e-postadresser over samtlige ansatte som ivaretok omsorgsoppgaver og hadde direkte pasientkontakt i sine stillinger. De som kun utøvde praktisk bistand, ble ekskludert. Spørreskjemaet ble så distribuert via e-post ved hjelp av programmet Analyzer (www.analyzer.com/no) som sikret deltakernes anonymitet. Til gitte tidspunkt ble det sendt ut inntil tre automatiske påminnelser via Analyzer til de som ikke hadde svart.

Spørreskjema

Denne studien er basert på et spørreskjema som omfatter både spørsmål om pasientsikkerhetskultur og dokumentasjon av sykepleie, i tillegg til bakgrunnsvariabler.

Pasientsikkerhetskultur

For å måle pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien anvendte vi skalaene teamarbeidsklime (seks påstander) og sikkerhetsklima (syv påstander) fra den norske versjonen av Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version, Short Form 2006 (Deilkås & Hofoss, 2008). Teamarbeidsklime og sikkerhetsklima anses å være de viktigste dimensjonene når en skal måle pasientsikkerhetskultur (Kristensen & Bartels, 2010). Mens sikkerhetsklima refererer til hvor lett helsepersonell synes det er å snakke om risiko og uønskede hendelser ved arbeidsplassen, handler teamarbeidsklime om de ansattes oppfatninger av samarbeid og støtte fra sitt team for å prioritere trygg pasientbehandling (Sexton et al., 2006).

SAQ er et av de hyppigst brukte instrumentene for måling av pasientsikkerhetskultur (Kristensen & Bartels, 2010). Den originale SAQ ble utviklet i USA for bruk i intensivavdelinger (Sexton et al., 2006), men er senere oversatt og validert til mange land og ulike kontekster i helsetjenesten. For å tilpasse SAQ til en hjemmesykepleiekontekst gjorde vi noen små endringer i ordlyden på noen av påstandene, ved at «sykehusansatte» ble erstattet med «ansatte», og «legene og de andre ansatte» ble erstattet med «de andre ansatte». Svar på påstandene ble gitt på en 5-punkts Likert-skala: 1 = Svært uenig, 2 = Litt uenig, 3 = Nøytral, 4 = Litt enig og 5 = Svært enig. Under bearbeidingen av data ble SAQ-skårene omregnet til en skala fra 0 til 100: 1 = 0, 2 = 25, 3 = 50, 4 = 75 og 5 = 100. «Spørsmålet passer ikke» var også et svaralternativ, og dette ble kodet som «missing». Det ble regnet ut faktorskår kun for de respondenter som hadde svart på alle spørsmålene innenfor en faktor. En individuell faktorskår på 75 eller høyere ble ansett som en «positiv» skår (Sexton et al., 2006). Variablene ble kalt «Teamarbeidsklime» og «Sikkerhetsklima».

Dokumentasjon av sykepleie

Spørreskjemaet inkluderte elleve spørsmål relatert til dokumentasjon av sykepleie. Svar på påstandene ble gitt på en 5-punkts Likert-skala, fra «Svært uenig» til «Svært enig» – tilsvarende som beskrevet for SAQ ovenfor. Også her ble skårene omregnet til en skala fra 0 til 100, og

svaralternativet «Spørsmålet passer ikke» ble kodet som «missing». For å redusere antall uavhengige variabler i analysen konstruerte vi en skala bestående av 5 enkeltvariabler (se Tabell 1) ved hjelp av eksplorerende faktoranalyse (med promax-rotasjon). Kun variabler som ladet på én faktor ble inkludert, og samtlige av disse hadde høy faktorladning (fra 0,8 til 0,9). Den nye variabelen ble kalt «Oppfatning av dokumentasjon». Faktorskår går fra 0 til 100, hvor høy skår indikerer en positiv oppfatning av dokumentasjon på eget arbeidssted.

Fra spørreskjemaet ble det også inkludert et spørsmål hvor respondentene ble bedt om å anslå hvor lang tid (i antall minutter) de bruker til dokumentasjon i løpet av en «normal» arbeidsdag. Variablene ble i analysen kalt «Tidsbruk dokumentasjon».

Spørreskjemaet inkluderte også følgende bakgrunnsvariabler: kjønn; alder: ≤ 19 , 20–29, 30–39, 40–49, 50–59, ≥ 60 år; utdanning: sykepleier, vernepleier, hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider, annet (spesifiser); antall års yrkeserfaring i helsetjenesten: angitt i tall; erfaring fra nåværende arbeidssted: < 1 , 1–2, 3–4, > 4 år. Variabelen utdanning ble omgjort til en dikotom variabel: høy utdanning (sykepleiere og vernepleiere) og lav utdanning (hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider og sykepleiestudenter og assistenter).

Analyse

Data er beskrevet som frekvenser og prosenter for kategoriske variabler, og gjennomsnitt, standardavvik (SA) og konfidensintervall (KI) eller median og variasjonsbredde for kontinuerlige variabler. For å undersøke intern konsistens for faktorene teamarbeidsklima, sikkerhetsklima og oppfatning av dokumentasjon ble det gjort reliabilitetstest hvor Cronbach's alfa på minimum 0,7 ble ansett som akseptabelt. Forskjeller i gjennomsnittsskår for teamarbeidsklima, sikkerhetsklima, tidsbruk dokumentasjon og oppfatning av dokumentasjon – mellom de med høy og de med lav utdanning – ble undersøkt ved hjelp av *t*-test for uavhengige utvalg. Lineær regresjonsanalyse (Enter-metode) ble utført for å undersøke om det er en sammenheng mellom teamarbeidsklima og sikkerhetsklima (uavhengige variabler) og oppfatning av dokumentasjon (avhengig variabel) og

mellom teamarbeidsklima og sikkerhetsklima (uavhengige variabler) og tidsbruk dokumentasjon (avhengig variabel). En tosidig p-verdi <0.05 ble ansett å være signifikant. De statistiske analysene ble gjort ved hjelp av SPSS versjon 24.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Etiske overveielser

Informasjon om studien, frivillig deltakelse og behandling av data ble gitt til respondentene sammen med forespørselen om deltakelse. Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (prosjektnummer 44114).

Resultat

Totalt 170 (25.4 %) ansatte svarte på spørreundersøkelsen, hvorav 161 besvarte alle deler knyttet både til dokumentasjon og pasientsikkerhet – og ble inkludert i denne studien. Disse 161 fordelte seg på 157 kvinner og fire menn, hvor 64 % var 40 år eller eldre. Lengden på respondentenes yrkeserfaring fra helsetjenesten var gjennomsnittlig 17 år (median 16, variasjonsbredde 0–45 år), og 72 % hadde mer enn 4 års erfaring fra nåværende arbeidsplass. I alt 77 respondenter hadde høyere utdanning (74 sykepleiere og tre vernepleiere), mens 84 hadde lavere utdanning (81 hjelpepleiere/helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere, to sykepleiestudenter og en ufaglært assistent).

Helsepersonells oppfatning av dokumentasjonen av sykepleie på eget arbeidssted

Som vist i Tabell 1 var det en overveiende høy gjennomsnittsskår på alle variabler som inngår i faktoren «Oppfatning av dokumentasjon». Gjennomsnittsskår for faktoren var 74,8 (SA = 21,6; 95 % KI = 71,5–78,2). Maksimumsskår var 100, mens minimumsskår var 0. Intern konsistens for faktoren var god, med en Cronbach's alfa på 0.91.

Påstand	Gj.snitt	(SA)	Missing
Total			
Dokumentasjonen her hos oss gjør det lettere for meg å vurdere pasientens aktuelle tilstand.	74,2	(25,3)	1
Dokumentasjonen her hos oss gjør det enklere for meg å se hvilke sykepleietiltak som er planlagt for pasienten.	75,3	(25,3)	2
Dokumentasjonen her hos oss gir økt sikkerhet for pasientene.	74,5	(25,3)	1
Dokumentasjonen her hos oss gir økt kvalitet ved overføring av informasjon om pasientene.	74,7	(25,5)	0
Dokumentasjonen her hos oss gjør at jeg lettere kan vurdere ulike sykepleietiltak.	75,3	(24,4)	1

Tabell 1. Svar på de fem påstandene i faktoren «Oppfatning av dokumentasjon» (N = 161).

Skår fra 0 til 100, hvor høy skår indikerer en positiv oppfatning av dokumentasjonen. SA = Standardavvik.

Tabell 2 gir en oversikt over forskjeller i gjennomsnittsskår på faktoren «Oppfatning av dokumentasjonen» – etter utdanningsnivå. Her ser vi at de med lavere utdanning har en mer positiv oppfatning (høyere gjennomsnittsskår) av dokumentasjonen på eget arbeidssted enn de med høyere utdanning, men forskjellen er ikke statistisk signifikant ($p = 0,178$).

Tid brukt på dokumentasjon

De ansatte brukte i gjennomsnitt 36,7 minutter på dokumentasjon i løpet av en «normal» arbeidsdag (SA = 32,6; KI = 31,6–41,8). Gjennomsnittlig tidsbruk var signifikant høyere i gruppen ansatte med høyere utdanning enn i gruppen med lavere utdanning ($p = 0,031$) (se Tabell 2).

	Høyere utdanning				Lavere utdanning				p-verdi
	n	Gj.sn.	SA ^b	95% KI ^c	n	Gj.sn.	SA	95% KI	
Oppfatning av dokumentasjon	77	72,4	24,2	66,9–77,9	84	77,1	18,8	73,0–81,1	0,178
Tidsbruk dokumentasjon ^a	77	42,5	27,9	36,2–48,8	84	31,4	35,8	23,7–38,2	0,031
Sikkerhetsklima	77	71,3	18,0	67,2–75,4	84	72,9	18,0	69,0–76,8	0,562
Teamarbeidsklima	77	79,5	17,5	75,5–83,5	84	78,8	16,8	75,1–82,4	0,799

Tabell 2. Forskjeller i oppfatning av dokumentasjon, sikkerhetsklima, teamarbeidsklima og tid brukt på dokumentasjon (N = 161).

^aAntall minutter brukt på dokumentasjon av sykepleie i løpet av en arbeidsdag; ^bstandardavvik; ^c95 % konfidensintervall.

Teamarbeidsklima og sikkerhetsklima

Gjennomsnittsskår på de to faktorene i SAQ var 79,1 på teamarbeidsklima (SA = 17,1; 95 % KI = 76,5-81,8) og 72,1 (SA = 18,0; 95 % = 69,3-74,9) på sikkerhetsklima. Mens maksimumsskår var på 100 for begge faktorer, var minimumsskår 17. Intern konsistens for faktorene var tilfredsstillende, med Cronbach's alfa 0,80 på sikkerhetsklima og 0,73 på teamarbeidsklima. Som vist i Tabell 2 var det ingen signifikant forskjell i gjennomsnittsskår mellom utdanningsgruppene på verken teamarbeidsklima ($p = 0,799$) eller sikkerhetsklima ($p = 0,562$).

Sammenheng mellom oppfatning av dokumentasjon, sikkerhetsklima, teamarbeidsklima og tid brukt på dokumentasjon

Resultatene viser at det er en statistisk signifikant positiv sammenheng mellom teamarbeidsklima og oppfatning av dokumentasjon ($p < 0,001$). Teamarbeidsklima forklarer 20,3 % av variasjonen i oppfatning av dokumentasjon. Det er også en signifikant positiv sammenheng mellom sikkerhetsklima og oppfatning av dokumentasjon ($p < 0,001$). Sikkerhetsklima forklarer 32,1 % av variasjonen i oppfatning av dokumentasjon. Det er ingen signifikant statistisk sammenheng mellom tid brukt på dokumentasjon og teamarbeidsklima ($p = 0,464$) eller sikkerhetsklima ($p = 0,568$). Vi fant heller ingen sammenheng mellom tid brukt på dokumentasjon og oppfatning av dokumentasjon ($p = 0,390$).

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å beskrive helsepersonells oppfatninger av dokumentasjon av sykepleie på eget arbeidssted i hjemmesykepleien, og å undersøke hvordan oppfatning av dokumentasjon er assosiert med teamarbeidsklima, sikkerhetsklima og tid brukt på dokumentasjon. Vi fant at ansatte i hjemmesykepleien har en overveiende positiv oppfatning av dokumentasjonen ved egen arbeidsplass. En logisk slutning ut fra dette vil være at dokumentasjonen i enhetene faktisk er av god kvalitet – og at

helsepersonellets oppfatning av kvalitet samsvarer med de faglige standardene. Men trenger det nødvendigvis å være slik? Tidligere granskning av dokumentasjon i hjemmesykepleien (Gjevjon & Hellesø, 2010; Öhlén et al., 2013) har for eksempel avdekket at dokumentasjonen ofte mangler beskrivelse av mål, tiltak og evaluering av tiltak i sykepleien for pasienten.

Ansatte inkludert i vår studie hadde lang arbeidserfaring fra helsetjenesten (gjennomsnitt 17 år) og de fleste (72 %) hadde også mer enn fire års erfaring fra nåværende arbeidssted. Kan dette være med og forklare informantenes overveiende positive oppfatning av dokumentasjonen på eget arbeidssted? I en tidligere studie basert på deler av samme datamateriale (Bjerkan & Olsen, 2017) ble det funnet at de som hadde lengre erfaring fra nåværende arbeidssted, tenderte til å svare mer positivt på generelle holdningsspørsmål knyttet til dokumentasjon enn de som hadde jobbet kortere periode hos samme arbeidsgiver. Imidlertid var det ett unntak: På spørsmål som gikk på *egen* dokumentasjonspraksis, rapporterte helsepersonell med kortere ansettelsesforhold større tilfredshet enn de med lengre fartstid. Overført til denne studien kan en tenke at man blir mer blind for svakheter i dokumentasjonspraksis ved eget arbeidssted etter mange år «i tralten». Nærmere bestemt at det å ha jobbet lenge på arbeidsstedet vil kunne ha en konserverende effekt – at man i større grad er fornøyd med tingenes tilstand – i dette tilfellet dokumentasjonen av sykepleie på arbeidsstedet.

Studien indikerer at ansatte med høyere utdanning er mindre tilfreds med dokumentasjonen ved eget arbeidssted enn de med lavere utdanning, men dette utgjør ikke noen signifikant forskjell. Interessant i denne sammenhengen er at i analysen som tidligere er gjort på deler av samme datamateriale (Bjerkan & Olsen, 2017), så var det tre variabler hvor det var signifikante forskjeller mellom ansatte med høyere og lavere utdanning. Dette gjaldt: at dokumentasjon (generelt) gjør det enklere å se hvilke tiltak som er planlagt for pasienten, at dokumentasjon gir økt kvalitet ved overføring av informasjon om pasientene, og at dokumentasjon gjør det lettere å vurdere ulike sykepleietiltak. Ansatte med høyere utdanning var i mindre grad enig i disse påstandene enn de med lavere utdanning. Den mest nærliggende forklaringen på dette synes å være at de med høyere utdanning stiller større krav til dokumentasjonen eller ser større mangler

med måten det generelt dokumenteres på og eventuelt også knyttet til det EPJ-systemet de har erfaring med, enn de med lavere utdanning. De fleste i gruppen med høyere utdanning i vår studie var sykepleiere. Det kan tenkes at dokumentasjon er særlig vektlagt i sykepleierutdanningen, sammenlignet med f.eks. hjelpepleier- eller helsefagarbeiderutdanning.

Men er utdanning i seg selv en garanti for ansattes kompetanse? I en kompetansekartlegging i sykehjem og hjemmesykepleie avdekket Bing-Jonsson et al. (2016) at dokumentasjon er et av områdene hvor både sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og assistenter kan ha utilstrekkelig kompetanse – og at kompetansen generelt var lavere i hjemmesykepleie enn i sykehjem. De konkluderte blant annet med at utdanning og opplæring alene synes å ha begrenset innvirkning på kompetansen, og at dette kan skyldes at helsepersonell har uklare roller og mangelfulle standarder for å måle egen kompetanse. De utfører mange av de samme arbeidsoppgavene uavhengig av formell kompetanse basert på utdanning. Overført til denne studien kan en tenke seg at sykepleiere som utfører oppgaver som for eksempel helsefagarbeidere kan utføre – *i tillegg* til oppgaver som kun sykepleiere kan utføre (for eksempel knyttet til medikamenthåndtering) – vil det kunne gå på bekostning av tid til bruk og oppdatering av sykepleieplaner og/eller generelt mangelfull dokumentasjon. På de fleste arbeidsteder vil sykepleier ha et overordnet ansvar for opprettelse og oppdatering av sykepleieplaner, og mange sykepleiere vil nok også kjenne et særlig ansvar for at viktig informasjon blir dokumentert fra den enkelte vakt. I en viss utstrekning dokumenterer sykepleiere også informasjon som blir rapportert muntlig til dem fra annet personell, noe som i vår studie gjenspeiles i at de med høyere utdanning brukte statistisk signifikant lengre tid på dokumentasjon enn de med lavere utdanning. Samtidig vet vi fra tidligere studier at arbeidsforholdene i hjemmesykepleien er preget av både tidspress og uforutsigbarhet (Holm, 2017). Bøgeskov og Grimshaw-Aagaard (2018) utforsket hvilken verdi sykepleiere og sykepleieledere i sykehus synes dokumentasjonen av sykepleie har, og presenterte sine funn som to tema: viktig oppgave og meningsløs byrde. Dokumentasjon ble betraktet som et viktig redskap i sykepleie, men samtidig en meningsløs uunngåelig byrde som hindrer dem fra å fokusere på «den virkelige verden» – det vil si kontakt med

pasientene. Det er liten grunn til å tro at sykepleiere i hjemmesykepleie opplever dette annerledes.

Vi fant at ansatte hadde en overveiende positiv skår på både teamarbeidsklima og sikkerhetsklima – noe som samsvarer med funn i tidligere studier fra andre deler av samme materiale (Olsen & Bjerkan, 2017a, 2017b). Det ble der antydnet at høy skår på teamarbeidsklima kan forklares med at arbeidssituasjonen i hjemmesykepleien fremelsker det som Katzenbach og Smith (2005) benevner som «ekte team»: Medlemmene deler et felles mål og tilnærming, de har komplementære ferdigheter, og betrakter hverandre som likeverdig ansvarlig for resultatene. Det er usikkert hvordan teamarbeidsklimaet henger sammen med den flate strukturen som ofte karakteriserer hjemmetjenesten, det vil si at ansatte med høyere og lavere utdanning utfører mye av de samme oppgavene. Det kan tenkes at det er vanskelig for ansatte med høyere utdanning å kritisere faglig praksis eller påpeke feil som blir gjort på eget arbeidssted av hensyn til arbeidsmiljøet (Jones & Kelly, 2014; Olsen & Bjerkan, 2017a), særlig om man har jobbet sammen i mange år. En høy gjennomsnittsskår på sikkerhetsklima og teamarbeidsklima er ikke nødvendigvis et uttrykk for god ivaretagelse av pasientsikkerhet. Det kan også være uttrykk for resignasjon og en lite kritisk holdning til faglig praksis ved arbeidsstedet (Olsen & Bjerkan, 2017a). Skårene avslører ikke nødvendigvis manglende faglig kompetanse eller mangel på faglig oppdatering, som jo også sterkt vil påvirke ivaretagelse av pasientsikkerhet.

Vi fant en statistisk signifikant sammenheng mellom oppfatning av dokumentasjon av sykepleie på arbeidsstedet og teamarbeidsklima og sikkerhetsklima. Dokumentasjon er en vesentlig forutsetning for kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene, og bidrar i tillegg til transparens (Petkovšek-Gregorin & Skela-Savič, 2015). Mangelfull dokumentasjon i betydningen mangelfull utveksling av relevant og nødvendig informasjon for de som skal gi helsehjelp til pasienten, er utvilsomt en trussel mot pasientsikkerheten i seg selv. Denne koblingen er også rapportert gjennom studier av dokumentasjon og uønskede hendelser i primærhelsetjenesten: Andersson et al. (2018) gransket avviksmeldinger i sykehjem i Sverige, og fant at ufullstendig eller manglende dokumentasjon og mangel på kompetanse var de to hyppigst medvirkende faktorene til uønskede hendelser.

Det at faktorene teamarbeidsklima og sikkerhetsklima forklarte henholdsvis 20,3 % og 32,1 % av variasjonen i oppfatning av dokumentasjon, indikerer at det også er andre forhold som har betydning for ansattes oppfatning av dokumentasjonen på arbeidstedet. For eksempel kan en tenke seg at den faglige ledelsen i enhetene kan påvirke de ansattes oppfatninger. Opplever ansatte at ledelsen har fokus på dokumentasjon, og erfarer de at ledelsen støtter og tilrettelegger for dokumentasjonsarbeid? Ansatte med høyere utdanning angir i vår studie å bruke mer tid på dokumentasjon enn ansatte med lavere utdanning. Man kan likevel spørre seg om de bruker tid nok, og om dokumentasjonen holder faglig mål (Gjevjon & Hellesø, 2010; Öhlén et al., 2013). Det er et kjent fenomen at dokumentasjon basert på fortløpende rapportering uten bruk av sykepleieplan kan være vel så tidkrevende (og gi dårligere oversikt), enn å legge arbeid i å opprette og holde oppdatert en sykepleieplan, særlig hvis man skal gi helsehjelp til pasienten over lengre tid. Dersom det ikke blir prioritert og lagt til rette fra ledelsens side at sykepleieplaner skal brukes aktivt, kan man se for seg at man ender opp med fortløpende rapportering uten bruk av plan, slik Gjevjon og Hellesø (2010) fant.

Hvilke konklusjoner som kan trekkes på bakgrunn av studien, begrenses av at vi ikke har data om den faktiske kvaliteten på dokumentasjonen ved det enkelte arbeidsted. En gjennomgang av dokumentasjonen kunne gi nyttig tilleggsinformasjon, men tilgjengelige ressurser til datasamling tillot ikke dette. Studiens utvalgsstørrelse og svarprosent gjør at en ikke kan trekke sikre konklusjoner og uten videre generalisere resultater til andre kontekster. Vi mener likevel at diskusjonen av funnene i denne studien tilfører ny og nyttig kunnskap innenfor dette lite utforskede feltet.

Konklusjon

Studien indikerer at det i hjemmesykepleien er en sammenheng mellom helsepersonells oppfatning av dokumentasjon av sykepleie på arbeidstedet og pasientsikkerhetskultur (målt som skår på teamarbeidsklima og sikkerhetsklima). Sammenholdt med tidligere forskning kan det imidlertid stilles spørsmål ved om oppfatningen av dokumentasjon på eget arbeidsted er mer positiv enn den burde være ut fra faglige kriterier.

Mangelfull dokumentasjonspraksis er en trussel mot pasientsikkerheten, og det er derfor av betydning at ansatte i hjemmetjenesten har en realistisk oppfatning av hvorvidt dokumentasjonen oppfyller faglige kriterier. Systematisk gjennomgang av dokumentasjonen er nødvendig for å få svar på dette.

Implikasjoner for sykepleiepraksis

Til tross for at ansatte med høyere utdanning i denne studien brukte mer tid på dokumentasjon enn de med lavere utdanning, kan det stilles spørsmål ved om tiden er anvendt så godt som den kunne vært. Om man sammenholder med funn fra en tidligere studie basert på andre deler av samme datamateriale (Bjerkan & Olsen, 2017), synes det som sykepleiere som har vært ansatt kortere tid ved det aktuelle arbeidssted, kan være mer kritisk til nytten av dokumentasjon enn de som har jobbet lenge ved arbeidsstedet. Dette kan indikere en viss resignasjon hos de som har vært lenge på samme arbeidssted, og at de ikke i samme grad stiller spørsmål ved gjeldende dokumentasjonspraksis. Tatt i betraktning at dokumentasjon i pasientjournalen har stor betydning for ivaretagelse av pasientsikkerhet, er det vesentlig at dokumentasjonen gjennomgås ut fra faglige kriterier, som ledd i pasientsikkerhetsarbeidet, og at gode rammevilkår for ivaretagelse av dokumentasjon har høy prioritet blant ledere.

Referanser

- Aase, K. (2015). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (2. utg., s. 13–21). Oslo: Universitetsforlaget.
- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I. & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS – 2014/382. IRIS Samfunnsforskning, Stavanger*. Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/samhandlingsreformen/forskning-og-evaluering/iris-2014-382-samhandlingsreformens-konsekvenser.pdf>
- Andersson, Å, Frank, C, Willman, A. M., Sandman, P. O. & Hansebo, G. (2018). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e354–e362. <https://doi.org/10.1111/jocn.13914>

- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjork, I. T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15, 5. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bjerkan, J. & Olsen, R. M. (2017). Patient documentation in home health nursing in Norway – a study of attitudes among professionals. I H. Gilstad, S. Khodambashi & J. Bjerkan (Red.), *Proceedings of the 4th European workshop on practical aspects of health informatics (PAHI 2017)*. Hentet fra <http://ceur-ws.org>
- Blair, W. & Smith, B. (2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160–168. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.2.160>
- Bøgeskov, B. O. & Grimshaw-Aagaard, S. L. S. (2018). Essential task or meaningless burden? Nurses' perceptions of the value of documentation. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1), 9–19. <https://doi.org/10.1177/2057158518773906>
- Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M. & Weeks, W. B. (2005). Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*, 14(5), 364–366. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>
- Deilkås, E. & Hofoss, D. (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the safety attitudes questionnaire (SAQ), generic version (short form 2006). *BMC Health Services Research*, 8, 191–191. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-191>
- European Network for Patient Safety. (EUNetPaS). (2010). *A general guide for education and training in patient safety*. Hentet fra <http://www.eu-patient.eu/whatwedo/Projects/completed-projects/EUNetPaS/>
- Freeman, G. K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J., . . . Tarrant, C. (2007). *Continuity of care 2006: What have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D*. London: NCCSDO.
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren, T. I. & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553–563. <https://doi.org/10.1111/jan.12214>
- Gjevjon, E. R. & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. 19(1–2), 100–108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>
- 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. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 10 2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). Kvalitet og pasientsikkerhet 2017 (Meld. St. 11 2018–2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-6). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hessels, A. J. & Larson, E. L. (2016). Relationship between patient safety climate and standard precaution adherence: A systematic review of the literature. *Journal of Hospital Infection*, 92(4), 349–362. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.08.023>
- Hofmann, D. A. & Mark, B. (2006). An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*, 59(4), 847–869. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2006.00056.x>
- Holm, S. (2017). *Knapt med tid i hjemmetjenesten – om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress: En dokumentanalyse av enkeltvedtak og ukeprogram* (Doktoravhandling), Nord universitet, Bodø.
- Jones, A. & Kelly, D. (2014). Whistle-blowing and workplace culture in older peoples' care: Qualitative insights from the healthcare and social care workforce. *Sociology of Health and Illness*, 36(7), 986–1002. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12137>
- Katzenbach, J. R. & Smith, D. K. (2005). *The wisdom of teams: creating the high-performance organization*. London: McGraw-Hill.
- Kristensen, S. & Bartels, P. (2010). Use of patient safety culture instruments and recommendations. Results of the EUNetPaS project. Hentet fra <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2016/eunetpas/WP1-REPORT%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recommendations%20-%20March%20%202010.pdf>
- Norell, M., Ziegert, K. & Kihlgren, A. (2013). Care priorities – registered nurses' clinical daily work in municipal elderly care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 388–395. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01051.x>
- NOU 2015:11. *Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- National Patient Safety Foundation (NPSF). (2015). *Free from harm: Accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human*. National Patient Safety Foundation, Boston, MA. Hentet fra <http://www.npsf.org/>
- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J. & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: Observational study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 645. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>
- Olsen, R. M. & Bjerkan, J. (2017a). Patient safety culture in Norwegian home health nursing: A cross-sectional study of healthcare provider's perceptions of the teamwork and safety climates. *Safety in Health*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40886-017-0066-5>
- Olsen, R. M. & Bjerkan, J. (2017b). Sikkert nok? – en kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(1), 6–17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-01-03>

- Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I. & Hellzen, O. (2013). Barriers to information exchange during older patients' transfer: Nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19–20), 2964–2973. <https://doi.org/10.1111/jocn.12246>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Petkovšek-Gregorin, R. & Skela-Savič, B. (2015). Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2). <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.50>
- Saunes, I. S., Svendsby, P. O., Mølsted, K. & Thesen, J. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., . . . Thomas, E. J. (2006). The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- Shekelle, P. G., Wachter, R. M., Pronovost, P. J., Schoelles, K., McDonald, K. M., Dy, S. M., . . . Winters, B. D. (2013). *Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices*. In *Report/Technology Assessment (211)* (s. 1–945). Hentet fra <https://archive.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>
- Thomas, K. S., Hyer, K., Castle, N. G., Branch, L. G., Andel, R. & Weech-Maldonado, R. (2012). Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *The Gerontologist*, 52(6), 802–811. <https://doi.org/10.1093/geront/gns007>
- Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A. M. (2015). Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 317–324. <https://doi.org/10.1111/scs.12165>
- Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9):1858–1875). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>
- Öhlén, A., Forsberg, C. & Broberger, E. (2013). Documentation of nursing care in advanced home care. *Home Health Care Management & Practice*, 25(4), 169–175. <https://doi.org/10.1177/1084822313490729>