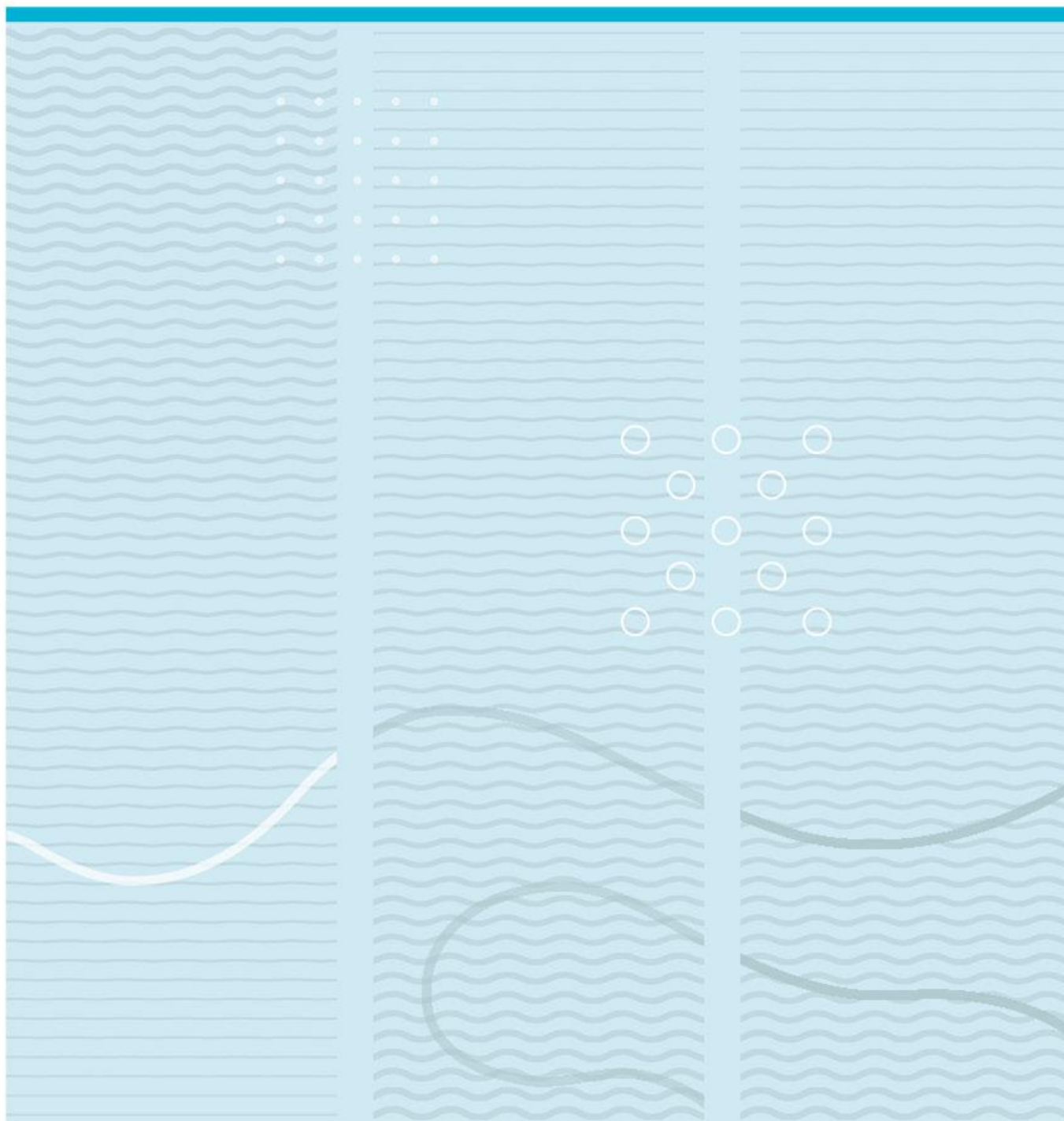


Marianne Uggen Hansen og Heidi Jakobsen Brauer

Dokumentasjon av helsehjelp i hjemmesykepleien

En kvantitativ kartleggingsundersøkelse med retrospektivt design



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2020 Marianne Uggen Hansen og Heidi Jakobsen Brauer

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Samhandlingsreformen har ført til at kommunene har fått ansvar for oppgaver som tidligere ble utført i spesialisthelsetjenesten. Dette fører til at pasienter i kommunehelsetjenesten har mer komplekse og faglig krevende helsebehov. Dette fordrer et økt behov for kompetanse i kommunehelsetjenesten. Eldre hjemmeboende er en sårbar pasientgruppe som er utsatt for varig funksjonsnedsettelse dersom akutt sykdom ikke oppdages på et tidlig nok tidspunkt. For å kunne ivareta denne pasientgruppen i hjemmesykepleien, er dokumentasjonen av pasientens helsetilstand viktig for kontinuiteten og pasientsikkerheten. En kartlegging blant ansatte i kommunehelsetjenesten viser at helsepersonell ikke har tilstrekkelig kompetanse til å oppdage endringer i pasientens tilstand. Dersom forverring av sykdom ikke oppdages, blir heller ikke de riktige tiltakene iverksatt. Studien er en kvantitativ kartleggingsundersøkelse med retrospektivt design. Hensikten med studien var å se hva helsepersonell dokumenterer i pasientjournalen til hjemmeboende eldre over 65 år i forkant av en akutt innleggelse på sykehus. Journalene til 100 inkluderte pasienter som kom direkte til korttidsopphold etter akutt innleggelse på sykehus, ble gjennomgått, og dataene ble lagt inn i statistikkprogrammet SPSS for analyse. Hovedfunnet i studien er at dokumentasjon i forkant av en akutt innleggelse er mangelfull. Vitalia dokumenteres på under halvparten av de inkluderte. Kartleggingsverktøy kan være til hjelp for å strukturere dokumentasjonen i pasientjournalen.

Abstract

The collaboration reform has led to municipalities being given responsibility for tasks that were previously carried out in the specialist health service. This means that patients in the municipal health service have more complex and professionally demanding health needs. This requires an increased need for expertise in the municipal health service. Elderly residents are a vulnerable group of patients who are susceptible to permanent disability if acute illness is not detected early enough. In order to safeguard this patient group in home nursing, the documentation of the patient's health is important for continuity and patient safety. A survey of employees in the municipal health service shows that health personnel do not have sufficient expertise to detect changes in the patient's condition. Aggravation of disease is not detected and thus the correct measures are not implemented. The study is a quantitative survey with retrospective design. The purpose of the study was to see what health professionals document in the patient record of home-aged elderly over 65 years in advance of an emergency hospital admission. The records of 100 included patients, who came directly to short-term stays after acute hospital admission were read through, and the data was entered into the SPSS statistical program for analysis. The main finding of the study is that documentation in advance of an emergency admission is deficient. Vitalia is documented on less than half of those included. Mapping tools can help structure the documentation in the patient record.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract.....	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Hensikt og problemstilling.....	9
1.3 Begrepsavklaringer	10
2 Teori	11
2.1 Dokumentasjon	11
2.1.1 Grunnlaget for dagens dokumentasjon.....	11
2.1.2 Dokumentasjonsplikt.....	11
2.1.3 Pasientsikkerhet	12
2.1.4 Sykepleieprosessen, sykepleiediagnoser og terminologi	13
2.1.5 Dokumentasjonspraksis i kommunene	14
2.1.6 Den problematiske dokumentasjonen	15
2.1.7 Dokumentasjonsopplæring	15
2.2 Hjemmesykepleie	16
2.2.1 Dokumentasjon i hjemmesykepleien	16
2.3 Den geriatriske pasienten.....	17
2.3.1 Vurdering av den geriatriske pasienten i hjemmesykepleien.....	18
3 Metode	21
3.1 Utvalget	21
3.2 Forskningsetiske vurderinger	22
3.3 Datasamling.....	23
3.4 Dataanalyse	24
4 Resultater	26
4.1 Demografiske data	26
4.2 Diagnoser registrert av lege ved innleggelse på sykehus	26
4.3 Symptomer	28
4.4 Vitalia og supplerende tester	30

5	Diskusjon	32
5.1	Hvem akutt innlegges fra hjemmesykepleien?.....	32
5.2	De fire vanligste innleggelsesdiagnosene.....	33
5.3	Hvilke observasjoner gjøres?.....	35
5.3.1	Vitale målinger	36
5.3.2	Andre funn	37
5.4	Dokumentasjon i EPJ	38
5.5	Manglende dokumentasjon	41
5.5.1	Kommunes satsning på tidlig oppdagelse	42
5.6	Studiens relevans for klinisk praksis og behovet for AKS i kommunen	44
5.6.1	Videre forskning	46
5.7	Diskusjon av metode	46
6	Konklusjon	49
	Litteraturliste	51
	Oversikt over figurer og tabeller	57
	Vedlegg	58

Forord

«My view you know is that the ultimate destination of all nursing is the nursing of the sick in their own homes» (Florence Nightingale 1867, referert i Baly 1986: 123)

Vi har valgt å starte forordet med et sitat fra Nightingale, da vi ser på henne som grunnlegger av den moderne sykepleien. Hjemmesykepleien er der vi begge har vårt største engasjement og i sitatet fra 1867 beskriver Nightingale hjemmesykepleien.

Under gjennomføringen har vi jobbet sammen. Alt arbeid har vi gjort i fellesskap, helt fra prosjektbeskrivelse til den ferdige masteroppgaven. Ideen om å skrive sammen fikk vi da vi begge fant interesse for det samme temaet. Vi ønsker å takke hverandre for godt samarbeid og støtte til å gjennomføre dette arbeidet. I løpet av arbeidet med masteroppgaven har vi lært hverandre å kjenne på godt og vondt. Underveis har vi hatt utrolig mange fine stunder sammen.

Vi vil rette en stor takk til våre kjære ektemenn Kjetil og Anders for deres tålmodighet gjennom dette arbeidet. Uten deres innsats i hjemmet hadde ikke denne masteroppgaven vært gjennomførbar. Vi må heller ikke glemme våre kjære barn; takk for deres tålmodighet under dette arbeidet. Vi lover å være mer til stede som mammaer framover.

Kjære Linda, vår fantastiske og kunnskapsrike veileder. Du har alltid stilt opp for oss når vi har vært på ville veier, og fått oss tilbake på riktig spor igjen.

Lene, vår kjære medstudent som vi har fulgt tett i oppturer og nedturer gjennom studiet. Vi setter utrolig pris på alle gode samtaler og innspill. Vi kan heller ikke glemme Trine som har vært en god motivator under arbeidet med masteroppgaven. Dine positive innspill har kommet godt med.

Drammen 13 januar 2020

Marianne Uggen Hansen og Heidi Jakobsen Brauer

1 Innledning

Denne oppgaven er en avsluttende masteroppgave for avansert klinisk sykepleie ved Universitetet i Sørøst-Norge. Studien er gjennomført i primærhelsetjenesten og er tenkt som et kvalitetsforbedringsarbeid. Oppgaven omhandler det helsepersonell i hjemmesykepleien har dokumentert av helsehjelp i elektronisk pleiejournal (EPJ). Gjennom juridiske føringer er helsepersonell forpliktet til å dokumentere utført og planlagt helsehjelp. Første kapittel omhandler bakgrunn for valg av tema, problemstilling med forskningsspørsmål og en begrepsavklaring. Kapittel to tar for seg teoretisk rammeverk for studiens tematikk. Tredje kapittel beskriver studiens design og metode. Kapittel fire presenterer studiens resultater. I kapittel fem diskuteres studiens resultater, relevans for klinisk praksis og metodebruk. Oppgaven avsluttes med en konklusjon.

1.1 Bakgrunn

Demografisk statistikk over brukere av primærhelsetjenesten viser at mer enn halvparten av de som er mellom 80 og 90 år mottar tjenester fra kommunen. For aldersgruppen over 90 år har mer enn 90% kommunale tjenester (Helsedirektoratet, 2017). I årene frem til 2040 forventes det at antall eldre vil øke fra 7% til 12% av totalbefolkningen. Eldre vil derfor være en stor del av totalforbruket av helsetjenester. Ved akutte innleggelser av ulike årsaker, vil eldre bruke fra 47% til 76% av tilgjengelige ressurser (Næss, Søvde, & Wang-Hansen, 2019). 80% av innleggelser av eldre er akutte (Balteskard, 2017).

Ikke alle eldre er geriatrike pasienter, men alle geriatrike pasienter er eldre. Den geriatrike pasienten kjennetegnes ikke av sin alder, men av kompleksiteten av helseproblemet (Wyller, 2015). Hos eldre er ofte tap av ferdigheter det første og eneste symptomet ved akutt sykdom, dette kan lett tolkes som økt pleiebehov (Wyller, 2015). Disse symptomene kan også tolkes som en del av det å bli gammel og at funksjonssvikten er blitt påfallende før situasjonen blir tatt tak i. Akutt funksjonssvikt er en alvorlig tilstand som krever rask handling, derfor er det viktig at helsepersonell er oppmerksomme på disse endringene (Fosse, 2015).

En kartlegging blant ansatte i kommunehelsetjenesten viser at helsepersonell ikke har tilstrekkelig kompetanse til å oppdage endringer i pasientens tilstand (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjark, & Foss, 2016). Forverring av sykdom oppdages ikke, og dermed iverksettes ikke de riktige tiltakene. For å følge opp den eldre fra dag til dag er det viktig å gjøre systematiske målinger og dokumentere endringer i tilstanden (Kvittingen, 2016). Det er politiske føringer på at kommunene trenger tilstrekkelig kompetanse for å ivareta pasientene og sørge for at sykdom oppdages på et tidlig tidspunkt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015). Vi ønsker derfor i oppgaven å belyse det arbeidet kommunen har iverksatt for å bedre de ansattes vurderingskompetanse. De ansattes vurderingskompetanse er helt essensielt for å kunne oppdage tidlige endringer og iverksette de rette tiltakene, for mulig å reversere og unngå innleggelse. Flere eldre får hjelp hjemme og hjemmeboende er sykere enn før. Helsepersonell trenger høy kompetanse for å ivareta disse pasientene, da dette er de sykeste og mest sårbare menneskene vi har (Kvittingen, 2016). For eldre hjemmeboende pasienter er jevnlig kontakt med helsepersonell som innehar tilstrekkelig kompetanse, en viktig faktor for å oppdage endringer tidlig og forebygge unødvendige innleggelser (Gjestsen, Brannick, & Testad, 2018; Johansen & Fagerström, 2010; Tøien, 2019). Disse pasientene har ofte kompliserte sykdomsbilder og er svingdørspasienter i omsorgsnivåene (Kvittingen, 2016). En avansert klinisk sykepleier (AKS) er et bindeledd mellom pasientene og helsevesenet og har en naturlig lederrolle i teamet rundt pasienten. Dette gjør at reinnleggelser kan reduseres og lengden på sykehusoppholdene kan forkortes slik at pasienten kan ivaretas i eget hjem (Morilla-Herrera et al.). For sårbare eldre utgjør sykehusinnleggelser en ytterligere risiko for funksjonstap, uansett hvilken sykdom som ligger til grunn (Pettersen & Wyller, 2007). Rask diagnostikk og behandling bidrar til å begrense funksjonssvikt og forebygger innleggelser på sykehus i mange tilfeller (Oslo universitetssykehus og Oslo kommune, 2014).

Bakgrunnen for at vi har valgt å gjennomføre denne studien er at vi selv ved flere anledninger har opplevd å stå i situasjoner i hjemmesykepleien der vi har savnet tilgang på nødvendig informasjon. For å gjøre vurderinger av pasientens tilstand er det i tillegg til den aktuelle situasjonen viktig med tilgang på tidligere dokumenterte opplysninger. Dersom disse ikke foreligger, vil det bli vanskeligere å oppdage endringer i pasientens tilstand. Forskning har vist at sykepleiere utfører mer helsehjelp enn det de dokumenterer. Dette til tross for at kvaliteten på det utførte arbeidet synliggjøres først når arbeidet er dokumentert (De Marinis et al., 2010).

Vår studie beskriver dokumentasjonen utført av hjemmesykepleien i forkant av akutt innleggelse på sykehus. En rapport fra helsedirektoratet viser at det er mangel på kunnskap om hvordan pasientene har blitt fulgt opp i forkant av en akutt innleggelse (Helsedirektoratet, 2019a). Denne studien er gjennomført i primærhelsetjenesten og er tenkt som et kvalitetsforbedringsarbeid. Kommunen er forpliktet til å drive med kvalitetsforbedring og systematisk pasient- og brukersikkerhet (Helse- og omsorgdepartementet, 2014-2015). Forskning på elektronisk pasientjournal kan forbedre innsikten i kvaliteten på pasientbehandling og sykepleiehandlinger. En svensk studie fant imidlertid betydelige avvik mellom sykepleiedokumentasjon og uttalelser fra pasienter. Dette kan innebære at forskning på innholdet i sykepleiedokumentasjonen er av begrenset verdi i vurderingen av kvaliteten på omsorgen. Forskning på sykepleiedokumentasjon er likevel nyttig for analyse av selve dokumentasjonen, fordi den indikerer hva sykepleiere adresserer og fokuserer på i dokumentasjonen sin (Ehrenberg, Ehnfors, & Smedby, 2001).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å undersøke dokumentasjonen i pasientjournalen. Med dette utgangspunktet har vi utarbeidet følgende problemstilling:

Hvilke pasienter over 65 år legges akutt inn på sykehus fra hjemmesykepleien, og hva dokumenterer helsepersonell om disse pasientene i elektronisk pleiejournal?

I denne oppgaven vil vi forsøke å belyse problemstillingen ved hjelp av følgende forskningsspørsmål:

- Hvem er pasientene som legges akutt inn på sykehus fra hjemmesykepleien?
- Hvilke observasjoner er dokumentert i elektronisk pleiejournal før akuttinnleggelse på sykehus?

1.3 Begrepsavklaringer

I vår oppgave har vi brukt begrepene helsepersonell og helsehjelp. I helsepersonelloven defineres helsepersonell som har fått autorisasjon etter å ha gjennomgått lov- eller forskriftsbestemt helsefaglig utdanning, eller elever og studenter som er under opplæring. Helsehjelp defineres som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål utført av helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999). I tillegg til å bruke helsepersonell har vi også brukt sykepleier. I samme periode som vi gjennomførte datasamlingen hadde kommunen en endring i dokumentasjonssystemet. Endringen gikk ut på at sykepleiere, som tidligere hadde egen journalkode, da skulle dokumentere med samme journalkode som annet helsepersonell. Det ble derfor vanskelig å skille på hvilke notater som var dokumentert kun av sykepleiere. Det var imidlertid mulig å skille ut dokumentasjon ført av saksbehandlere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, kreftkoordinator og geriatrisk team, og disse er derfor ikke tatt med i studien. For å få variasjon og øke lesbarheten bytter vi på å bruke helsepersonell og sykepleier.

Med akutt innleggelse mener vi innleggelser som skjer samme dag som lege blir kontaktet. Dette kan være via fastlege, legevakt eller åpen retur og trenger ikke være hastetur med ambulanse. En AKS er en sykepleier som har tilegnet seg avansert breddekompetanse og kliniske kunnskaper på masternivå (Fagerström, 2019b). En AKS har en bredere kunnskapsbase enn spesialsykepleiere etter endt utdanning. De skal kunne tolke, forstå og vurdere udiagnostiserte helseproblemer pasienten har innenfor et bredere område (Fagerström, 2019b). I oppgaven har vi brukt faguttrykk ved beskrivelse av ulike diagnoser. Et eksempel er eksaserbasjon som betyr forverring av eksisterende diagnose (Wyller, 2015). Der vi skriver hjertesvikt eksaserbasjon menes forverring av hjertesvikt.

I den perioden vi samlet inn data var kommunen i ferd med å bytte fra kartleggingsverktøyet Modified Early Warning Score (MEWS) til National Early Warning Score (NEWS). Derfor er det usikkert hvilket kartleggingsverktøy som er brukt av helsepersonellet under datainnsamlingen. NEWS er en nyere og bedre validert versjon. Vi har derfor valgt å bruke betegnelsen Early Warning Score (EWS) som felles begrep for begge. EWS forklares nærmere i kapittel 2.3.1 vurdering av den geriatriske pasienten.

2 Teori

I dette kapittelet vil vi presentere litteratur som belyser aktuelle tema som danner grunnlag for vår studie. Som nevnt innledningsvis har vi gjennomført en studie på dokumentasjon skrevet av helsepersonell i hjemmesykepleien, før pasienten innlegges akutt på sykehus. Det er derfor naturlig å beskrive litteratur som omhandler dokumentasjon, hjemmesykepleie og den geriatriske pasienten i hjemmesykepleien.

2.1 Dokumentasjon

2.1.1 Grunnlaget for dagens dokumentasjon

Florence Nightingale blir anerkjent som den moderne sykepleies grunnlegger (Kirkevold, 1998). Hun hadde stor forståelse for både hensikten og viktigheten av det arbeidet som sykepleierne utførte. Nightingale mente at observasjon av pasienten er et sentralt tiltak når pasientens behov for sykepleie skal kartlegges. Hun så at en stor andel av de skadede soldatene under Krimkrigen døde. Ved å gjennomføre grundige observasjoner og iverksette tiltak så hun stor forbedring i soldatenes helsetilstand. Hun dokumenterte grundig sine observasjoner og tiltak som hun tok med seg som statistikk videre til politikere og embedsmenn. Hun ønsket å vise at tilrettelagt sykepleie ville gi resultater (Vabo, 2018).

2.1.2 Dokumentasjonsplikt

Alle som yter selvstendig helsehjelp har en juridisk, faglig og etisk plikt til å dokumentere (Olsen, 2013). I helsepersonelloven kapittel 8 § 39 og § 40 står det at det er den som yter helsehjelpen som skal nedtegne og registrere opplysninger i pasientjournalen. Den skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, og være lett å forstå for annet helsepersonell. Det skal også fremgå hvem som har ført opplysningene inn i journalen (Helsepersonelloven, 1999). Dokumentasjonen har flere formål. På den ene siden skal dokumentasjonen oppfylle juridiske og faglige krav, og på den andre siden synliggjøre

det arbeide helsepersonell utfører. Hovedmålet med dokumentasjon er å sikre kvalitet, kontinuitet og pasientsikkerhet gjennom et sykdomsforløp (Gjevjon & Hellesø, 2010).

I forskrift om pasientjournal § 3 defineres pasientjournalen: «samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp». Pasientjournalen skal føres elektronisk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009; Pasientjournalforskriften, 2019). For å gi en kvalitativt bedre pasientjournal og et bedre verktøy for planlegging, gjennomføring og evaluering av sykepleie, ble elektronisk pleiejournal (EPJ) innført (Nøst, Blekken, & André, 2015). EPJ gir helsepersonell tilgang til nødvendig pasientinformasjon og dokumentasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015). Helsepersonell er avhengig av at nødvendig pasientinformasjon er tilgjengelig på rett sted til rett tid (Nøst et al., 2015). Tidligere ble pasientjournalen skrevet på papir. Papirversjonen av pasientjournalen er i dag mer eller mindre historisk (Vabo, 2018).

2.1.3 Pasientsikkerhet

Nøyaktig dokumentasjon av sykepleie er viktig for å overføre pasientrelatert informasjon mellom helsepersonell (Öhlén, Forsberg, & Broberger, 2013). For å sikre informasjonsutveksling mellom helsepersonell i hjemmesykepleien og fastlege/legevakt er det viktig med gode rapporteringsrutiner. Dette kan bidra til å avdekke akutt sykdomsutvikling (Kirkevold, 2014a). Nøyaktig sykepleiedokumentasjon av pasientens problemer, symptomer, klinisk status og pasientens respons på behandling er viktig for pasientsikkerheten, og er kjent over hele verden (Öhlén et al., 2013).

Dokumentasjon av planlagt, gjennomført og resultat av sykepleie, har vært en del av sykepleiernes arbeidsoppgaver lenge. Allikevel blir sykepleiedokumentasjonen kritisert for å være mangelfull (Nøst et al., 2015). Ansatte i hjemmesykepleien bør ha en realistisk oppfatning av hvorvidt dokumentasjonen oppfyller faglige kriterier, da mangelfull dokumentasjonspraksis er en trussel for pasientsikkerheten (Olsen & Wibe, 2019). I en studie der det ble belyst hva sykepleiere forbinder med kvalitet i henhold til sykepleierdokumentasjonen, kom det fram at flere sykepleiere mener at sykepleieprosessen bidrar til å bedre dokumentasjonen. Det å ha oversikt over pasientens problemer og den planlagte sykepleien er for sykepleierne viktig for kvaliteten. Til tross for dette, dokumenterer de samme sykepleierne lite i forhold til hva de har vurdert, planlagt og utført for den enkelte pasient. Selv om de begrunner hvorfor de mener sykepleieprosessen er viktig, følges ikke dette opp i praksis når de dokumenterer. Det blir da et stort gap mellom det de mener gir kvalitet, og det de praktiserer

(Drange, 2009). Det ble i en studie undersøkt årsaken til hvorfor sykepleierne unnlot å dokumentere og skrive all informasjon. Her kom det fram at pasientens innsynsrett og det at tilsynsmyndighetene kan være mulige lesere av pasientjournalen, er årsaker til at sykepleierne ikke skriver alle opplysninger i journalen (Ragnhild & Sogstad, 2019).

2.1.4 Sykepleieprosessen, sykepleiediagnoser og terminologi

Ved Yale University School of Nursing i USA ble det i 1950 årene gjennomført en studie. Studien gikk ut på å få frem prinsipper for effektiv sykepleie i praksis. Resultatet av denne studien danner grunnlaget for sykepleieprosessen. Behovet for å systematisere undervisningsplanens innhold og dermed legitimere sykepleierens yrkesgrunnlag er bakgrunn for innføringen av sykepleieprosessen i Norge (Dahl, 2009). Sykepleieprosessen er den mest beskrevne problemløsende arbeidsmetoden som det arbeides ut fra i dag (Vabo, 2018). Den bidrar til struktur for planlegging, iverksetting av tiltak, og hva som skal nedtegnes i EPJ (NSFs faggruppe for e-helse, 2017). Sykepleieprosessen består av fem ledd. Første ledd er kartlegging og datasamling. I andre ledd defineres problem eller sykepleiediagnose. Tredje ledd beskriver målet for ønsket tilstand hos pasienten. Tiltak og evaluering er prosessens fjerde og femte ledd (Andersen, 1998). Helsedirektoratet har lagt føringer om at sykepleieprosessen bør være utgangspunkt for dokumentasjon av sykepleie i EPJ (Vabo, 2018). Til tross for dette viser forskning at helsepersonell dokumenterer i kronologisk rekkefølge langs en tidsakse istedenfor å følge trinnene i sykepleieprosessen (Gjevjon & Hellesø, 2010). Selv om ikke alle fasene av sykepleieprosessen blir dokumentert, oppdateres tiltaksplanene oftere etter at en gikk over fra papirjournal til EPJ (Häyrinen, Lammintakanen, & Saranto, 2010). Standardisert terminologi brukes i varierende og relativt liten grad i Norge. I sykepleiedokumentasjonen brukes ord og begreper som sykepleierne bruker i sin daglige praksis. Uten klassifisering eller organisering av begreper kan det være store forskjeller i sykepleiernes fagspråk. Dette kan føre til ulike tolkninger av sykepleiedokumentasjonen (Laukvik, Mølsted, & Fossum, 2017). For å bedre kvaliteten og øke sikkerheten anbefaler Direktoratet for e-helse en standardisering av fagterminologien for sykepleieres praksis (Bergsagel, 2018). Den vanligste metoden for dokumentasjon i helse- og omsorgssektoren er ustrukturert fritekst. Det å dokumentere på denne måten innebærer risiko for feiltolkning av viktig informasjon og redusert pasientsikkerhet. Samtidig blir det vanskelig å trekke ut data som kan brukes i kvalitetsforbedringsarbeid og forskning (Stokke, 2018). Det er varierende hvordan den enkelte ansatte utfører dokumentasjonen. Journalføringen kan bli for detaljert, og da

er det fare for at viktig informasjon «drukner» i den mindre viktige informasjonen (Østby, 2012). Flere studier har vist at anvendelser av sykepleiediagnoser er et virkemiddel for å øke kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen (Nøst et al., 2015). En sykepleiediagnose handler om et problem, behov eller tilstand som kan avhjelpes ved sykepleie. Ved å anvende sykepleiediagnoser endres dokumentasjonen fra retrospektiv fortløpende dokumentasjon, der en beskriver hva som er utført av helsehjelp, til prospektiv dokumentasjon som beskriver den sykepleien som planlegges utført (Nøst et al., 2015).

2.1.5 Dokumentasjonspraksis i kommunene

Å lykkes med å kvalitetssikre dokumentasjonen avhenger av hvordan kommunen, og den enkelte avdeling legger til rette for dokumentasjonsarbeidet (Vee & Hestetun, 2009). En studie der det ble forsket på verdien av dokumentasjon, ut fra sykepleiere og sykepleielederens perspektiv, fant man at dokumentasjon var viktig. Samtidig også en meningsløs og uunngåelig byrde som går på bekostning av den direkte pasientkontakten (Olivares Bøgeskov & Grimshaw-Aagaard, 2019). Det er opp til hver enkelt kommune å bestemme hvordan en i praksis skal bruke pasientjournalssystemet så lenge det er innenfor kravene gitt av lover og forskrifter (Hofstad, 2011b). Dokumentasjonen i EPJ har stor betydning for ivaretagelse av pasientsikkerheten. Det er vesentlig at dokumentasjonen gjennomgås ut fra faglige kriterier som ledd i pasientsikkerhetsarbeidet. For å sørge for ivaretagelse av dokumentasjon er det viktig at ledere legger til rette for dokumentasjonsarbeidet og gir det høy prioritet (Olsen & Wibe, 2019).

En artikkel publisert i tidsskriftet Sykepleien belyser dokumentasjonspraksis i Geric. Helsepersonell skal dokumentere ved hver vakt i EPJ. Dokumentasjonssystemet gir helsepersonell muligheten til å kvittere i EPJ uten å skrive noe. I denne artikkelen er det beskrevet at det bare skal «hakes av» for oppdrag utført dersom det ikke er avvik i forhold til tiltaksplanen. Dette førte til dårligere dokumentasjon fordi det var lett bare å «hake av» og unnlate å skrive observasjoner og vurderinger i dokumentasjonen. Enkelte haker bare av automatisk uten å tenke over om det var noe som skulle vært dokumentert hos denne pasienten (Hofstad, 2011b).

2.1.6 Den problematiske dokumentasjonen

Sykepleiere opplever utfordringer med å dokumentere den helsehjelpen de planlegger og utfører. De oppgir utfordringer ved å vurdere hva som er relevant, viktig og nyttig informasjon som skal nedfelles i EPJ. Det oppleves lettere å dokumentere objektiv og konkret informasjon (Ragnhild & Sogstad, 2019). EPJ systemene skal gi helsepersonell mulighet til å følge opp faglige og juridiske forpliktelser. Helsepersonell opplever frustrasjon over at de ulike systemene ikke fungerer optimalt i forhold til hva som kreves av dem. Flere av systemene har en lite brukervennlig løsning knyttet til kartlegging av behov for sykepleie. Helsepersonell føler dokumentasjonssystemet er årsaken til at de bruker uforholdsmessig mye tid på dokumentasjon og at dokumentasjonen kan bli mangelfull (Vabo, 2018). Det har vist seg at dokumentasjon er et av områdene der helsepersonell kan ha utilstrekkelig kompetanse og at kompetansen viste seg å være dårligere i hjemmesykepleien enn på sykehjem (Bing-Jonsson et al., 2016). Sykepleierne har på de fleste arbeidsplasser et overordnet ansvar for opprettelse og oppdatering av tiltaksplaner. Mange sykepleiere kan kjenne på et særlig ansvar for at viktig informasjon blir dokumentert fra den enkelte vakt. I noen grad dokumenterer også sykepleiere informasjon som rapporteres muntlig fra annet helsepersonell (Olsen & Wibe, 2019).

2.1.7 Dokumentasjonsopplæring

I en nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning som kom i 2019, står det at sykepleiere skal dokumentere hensiktsmessige sykepleietiltak og evaluere disse. Nyutdannede sykepleiere skal kunne beherske dokumentasjonsverktøy som EPJ. De skal inneha kunnskap om standard terminologi i dokumentasjon av sykepleie (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Ifølge Norsk Sykepleierforbund oppgir 8 av 10 sykepleierstudenter at de er misfornøyde med dokumentasjons opplæringen de får i løpet av utdanningen. Utdanningsinstitusjonene bør sikre at studentene tilegner seg kunnskap og ferdighet i å dokumentere sykepleie (Drange, Hjertnes, Høyvik, & Mo, 2019). Lærere ved grunnutdanningen for sykepleiere, har uttrykt at det kan være utfordrende for studentene å lære dokumentasjon. Årsaker til dette er forskjellige dokumentasjonssystemer ved de ulike praksisstedene, og at skolene ikke har EPJ systemer der studentene kan øve på dokumentasjon (Hofstad, 2011a). Studenter har opplevd at det tar lang tid å få tilgang til EPJ. Dette medfører at studentene ikke får den treningen de trenger i løpet av praksisperioden. Før de får egen personlig tilgang, er de avhengige av å spørre om å få låne tilgangen til annet helsepersonell, noe som både er et juridisk og etisk dilemma. I helsepersonelloven står det at det skal framgå hvem som

har ført opplysningene i journalen (Helsepersonelloven, 1999). Studentenes læringsutbytte av dokumentasjon kan derfor være varierende (Westad & Saunes, 2009). Helt tilbake til 1877 skrev diakonissen Rikke Nissen i sin lærebok for sykepleiere, at diakonisseelevene måtte bruke tid på å skaffe seg ferdigheter i skriftlige og muntlige «sygeberetninger». Hun mente det var god trening i å skrive mange journalnotater (Vabo, 2018).

2.2 Hjemmesykepleie

Omtrent 45 % av tjenestemottakerne i hjemmesykepleien er over 80 år (Fermann & Næss, 2014). Eldre skal få mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig, og få støtte til å mestre hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Samhandlingsreformen har ført til at kommunene har fått et større ansvar for pasienter med betydelige og sammensatte behov. Pasienter som tidligere ble behandlet på sykehus blir nå skrevet ut og kommunen har ansvar for videre behandling, pleie og omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Oppgavene i hjemmesykepleien har derfor blitt mer komplekse (Birkeland, 2018). Helsehjelp skal i størst mulig grad ytes i pasientens hjem. Dette legger et press på kommunale helse- og omsorgstjenester, omfanget av pasienter, komplekse og sammensatte sykdomstilstander og et økt behov for kompetanse hos personalet (Solbakken, Bondas, & Kasén, 2019). Det ser ut til at hjemmesykepleien overser pasientens behov for systematisk vurdering av endringer i helsetilstanden og iverksatt behandling (Fermann & Næss, 2014). Dette kan føre til at eldre hjemmeboende pasienter utvikler funksjonssvikt som ikke behandles før tilstanden blir akutt og sykehusinnleggelse blir nødvendig (Fermann & Næss, 2014). For å møte økte behov i kommunene, ønsker regjeringen personell med bred klinisk kompetanse. AKS med breddekompetanse blir stadig viktigere i møte med økt antall pasienter med store og sammensatte behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015).

2.2.1 Dokumentasjon i hjemmesykepleien

Dokumentasjonsarbeidet kan innebære særlige utfordringer for helsepersonell i hjemmesykepleien. De møter pasientene alene i pasientens hjem der de gjør selvstendige vurderinger og igangsetter tiltak uavhengige av andre (Olsen & Wibe, 2019). Gjennom omfattende dokumentasjon blir helsehjelpen synliggjort for annet helsepersonell og tilrettelegger for kontinuitet og informasjon

(Gjevjon & Hellesø, 2010). Hjemmesykepleiens base, hvor kommunikasjon med kollegaer, lesing og skriving av journaler foregår, er atskilt fra der det kliniske arbeidet foregår (Birkeland, 2018). Dette kan vanskeliggjøre direkte informasjon mellom kollegaer, journaler og rapportsystemer. Digital personlig assistent (PDA) er en mobil løsning som sørger for kommunikasjon med dokumentasjonssystemet. Ved å bruke PDA får helsepersonell tilgang til nødvendig informasjon om pasienten. Helsepersonell kan dokumentere direkte på mobilen uten å måtte returnere til arbeidsplassen da systemet går online (Vabo, 2018).

2.3 Den geriatriske pasienten

Eldre bor hjemme lenger og hjemmesykepleien må rustes opp for å ivareta eldre i sitt eget hjem (Solbakken et al., 2019). Hjemmeboende eldre med hjemmesykepleie som akutt innlegges på sykehus er en skrøpelig gruppe pasienter med høy dødelighet innen ett år etter innleggelse (Næss et al., 2019). Hos eldre pasienter er kontinuitet i omsorgen spesielt viktig. Svikt i fysiske og mentale funksjoner krever spesifikke tilnærminger til det kliniske arbeidet. Derfor er god informasjonsutveksling og dokumentasjon om status hos den geriatriske pasienten viktig (Østby, 2013). Det er mange eldre som rapporterer at de har god funksjonsevne, samtidig er det flere som lever lengre med kronisk sykdom (Tøien, 2019). Sykdommer som tidligere innebar en tidlig død, er nå med bedret behandling blitt kroniske sykdommer som øker med en aldrende befolkning (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2015). Når kroppen eldes vil funksjonen i alle organsystemene avta (Holm & Henriksen, 2017). Det betyr at organenes funksjonelle reservekapasitet blir mindre. (Andersen-Ranberg & Matzen, 2016). I starten vil ikke dette merkes da kroppen har stor reservekapasitet, det er først når sykdom setter økte krav til organene den lave kapasiteten er merkbar (Andersen-Ranberg & Matzen, 2016). Det kan være vanskelig å skille på hva som er aldersforandringer og hva som er symptomer på sykdom (Wyller, 2015). Overordnet målsetning hos geriatriske pasienter er størst mulig opplevelse av livskvalitet og funksjonsevne (Matzen & Rønholt, 2016). Ved akutt sykdom hos eldre kan symptomer og tegn være annerledes enn hos yngre (Ranhoff, 2014a). Pasienten som tidligere hadde høy grad av selvstendighet i hverdagen blir til en immobil, pleiekrevende og kanskje forvirret pasient (Andersen-Ranberg & Matzen, 2016). Aldersforandringer og sykdom kan begge føre til funksjonssvikt (Ranhoff, 2014b).

Multimorbiditet er ofte karakteristisk ved de geriatriske pasientene. Dette betyr at de har flere kroniske sykdommer som krever medisinsk behandling (Heppner, Cornel, Peter, Philipp, & Katrin, 2013). Denne kompleksiteten gjør pasientene mer avhengige av koordinerte og målrettede tjenester (Poulsen & Jastrup, 2017). En pasient kan kalles skrøpelig hvis minst 3 av 5 følgende kriterier er oppfylt: vekttap, redusert muskelkraft, lavt aktivitetsnivå, langsom ganghastighet og utmattelse. For å unngå overbehandling av skrøpelige gamle eller underbehandling av spreke gamle, er det viktig å vurdere skrøpeligheten for å bestemme behandlingsnivået (Rostoft & Skaar, 2016). Geriatriske pasienter kan lide av flere sykdommer og ha høy grad av sårbarhet. De vil derfor kreve en helhetlig tilnærming (Nygaard & Skogen, 2012).

Skrøpelige eldre kan virke relativt friske og oppegående, men sammenlignet med de ikke-skrøpelige eldre har de en økt risiko for funksjonssvikt dersom de utsettes for selv små påkjenninger eller hendelser som påvirker kroppens funksjoner (Andersen-Ranberg & Matzen, 2016). Det å fastslå når skrøpeligheten starter kan være vanskelig (Husebø, Erdal, Kjellstadli, & Bøe, 2017). For å hindre funksjonssvikt og kunne reversere begynnende funksjonssvikt, er det viktig at sykepleiere har kompetanse til å identifisere endringer i pasientens tilstand så tidlig som mulig og iverksette tiltak (Husebø et al., 2017).

2.3.1 Vurdering av den geriatriske pasienten i hjemmesykepleien

Sykepleieren er eller bør være i posisjon til kontinuerlig å kunne observere pasientsituasjonen ved større eller mindre endringer (Næss et al., 2019). For å kunne gjøre en god vurdering og kartlegging av skrøpelige hjemmeboende pasienter, er det viktig med en baseline av pasientens vitale målinger. Dette kan gi informasjon om det er endringer i pasientens tilstand i forhold til det som er normalt. På den måten kan helsepersonell oppdage endringer i pasientens funksjon på et tidlig tidspunkt og kan iverksette tiltak (Gill et al., 2002). For å gjøre en god vurdering må sykepleieren ha tilstrekkelig kompetanse til å stille de rette spørsmålene (Næss et al., 2019).

Aldring kjennetegnes av svekket evne til å opprettholde fysiologisk homeostase. Dette ser vi ved at akutt syke gamle får symptomer andre steder i kroppen enn der den akutte sykdomsprosessen finnes (Nygaard & Skogen, 2012). Utslagene vises da gjerne i de organsystem som er mest svekket fra før. Endringer i habituell nivå er hos mange eldre det første tegnet på bakenforliggende sykdom.

Kunnskap om at symptomer hos eldre ikke nødvendigvis er representert som i lærebøker er viktig for at dette ikke skal feiltolkes som forverring av kjent sykdom eller som normale aldersforandringer (Andersen-Ranberg & Matzen, 2016). Sykdom og svikt i et organsystem kan raskt få en skrøpelig balanse til å tippe. Dersom pasienter som tidligere har vært mobile og stort sett vært selvhjulpne blir brått immobile, pleiekrevende og kanskje deliriske, må man tenke på at det kan skyldes underliggende sykdom (Andersen-Ranberg & Matzen, 2016).

Som beslutningsstøtte for å kunne avdekke tidlige tegn på akutt og kritisk sykdom er det utviklet ulike hjelpemidler. Et av disse kartleggingsverktøyene er ALERT (Kirkevold, 2014c). ALERT står for Acute Life-threatening Events- Recognition and Threatment, og er et dagskurs som setter fokus på kunnskap om gjenkjenning og behandling av eldre pasienter med kritisk sykdom (Smith, Osgood, & Crane, 2002). ALERT består av tre kartleggingsverktøy. Disse er ABCDE, NEWS og ISBAR. ABCDE vurderer kroppens vitale funksjoner, NEWS vurderer pasientens kliniske alvorlighetsgrad og ISBAR skal bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell på tvers av behandlingsnivåene. Som nevnt i begrepsavklaringen vil vi videre i oppgaven omtale NEWS og MEWS som EWS. EWS er et verktøy for systematisk observasjon av vitale tegn som blodtrykk (BT), puls, respirasjonsfrekvens (RF), oksygenmetning i blodet (SpO₂) og temperatur (temp). Dette verktøyet kommer fra England og ble i hovedsak brukt på pasienter innlagt på sykehus. EWS følger i utgangspunktet prinsippene til ABCDE, og er en viktig kartlegging for å oppdage sykdom og vurdere alvorlighetsgraden på et tidlig tidspunkt (Ridley, 2005). På grunn av eldre har svekket evne til å opprettholde homeostasen, og den generelle reservekapasiteten er liten, kan alle avvik fra det normale være alvorlig nok i seg selv, uten bruk av EWS (Kirkevold, 2014c).

Hjemmeboende og skrøpelige eldre er en utsatt pasientgruppe, som står i fare for å utvikle akutt funksjonssvikt. For å kunne vurdere hvorvidt status er endret, er det avgjørende at helsepersonell har kjennskap til pasientens habituelle tilstand (Østby, 2013). Et av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet «i trygge hender 24/7» er tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Her inngår tiltakspakker med EWS og ISBAR (Helsedirektoratet, 2019b). Det er laget lommekort med disse verktøyene slik at helsepersonell kan ha dette lett tilgjengelig i sin arbeidshverdag. Oslo kommune har i samarbeid med Oslo universitetssykehus gjennomført et kvalitetsutviklingsprosjekt for tidlig oppdagelse av akutt funksjonssvikt. Prosjektet har hatt fokus på å styrke den faglige kompetansen. Gjennom dette prosjektet har de kommet fram til et verktøy (SAFE) som har til hensikt å avdekke tidlige tegn på subakutt og akutt funksjonssvikt hos eldre. Verktøyet gir en systematisk oversikt over

observasjonsområder som har betydning for pasienter med endringer i funksjonsnivå. Målet med utviklingen av sjekklisten er å standardisere rutiner for når lege skal kontaktes. Det er spesielt viktig med kartlegging av en baseline for å kunne registrere endringer i pasientens helsetilstand. Sjekklisten skal være enkel å forstå, det er brukt fargekoder for alvorlighetsgrad av de ulike observasjonene (Oslo universitetssykehus og Oslo kommune, 2014). Kartleggingsverktøy brukes i liten grad i hjemmesykepleien. Årsaker til dette kan være manglende forståelse av hvor viktig systematisk vurdering og dokumentasjon er (Kirkevold, 2014a).

I tillegg til bruk av kartleggingsverktøyer som SAFE og EWS, brukes også supplerende tester som urinstix ved mistanke om urinveisinfeksjon, og CRP kan hjelpe til med å avdekke infeksjoner. FAST og NRS er tester som ikke krever noen form for utstyr. FAST er en rask undersøkelse for å avdekke symptomer på hjerneslag. Bokstavene i FAST står for face, arm, speech og time (ansiktsskjevheter, parese i arm og språkvansker), og er et identifiseringsverktøy som kombinerer tre av de vanligste symptomene ved hjerneslag (Faiz & Sundseth, 2013). NRS er en numerisk skala fra 0-10 som kan hjelpe til med å vurdere styrken på pasientens smerter (Torvik & Bjørø, 2014). Siden lavt blodsukker kan føre til forvirring, falltendens og psykiatriske symptomer er det behov for å kontrollere blodsukkeret ved vurdering av pasienten (Wyller, 2012).

3 Metode

Vi har gjennomført en kvantitativ kartleggingsundersøkelse med retrospektivt design. Dette er en vitenskapelig studieform der en ser tilbake på handlinger som allerede har skjedd (Polit & Beck, 2017). Kvantitativ forskning handler om analyse og fortolkning av kvantitative data (Bjørnnes & Gjevjon, 2019).

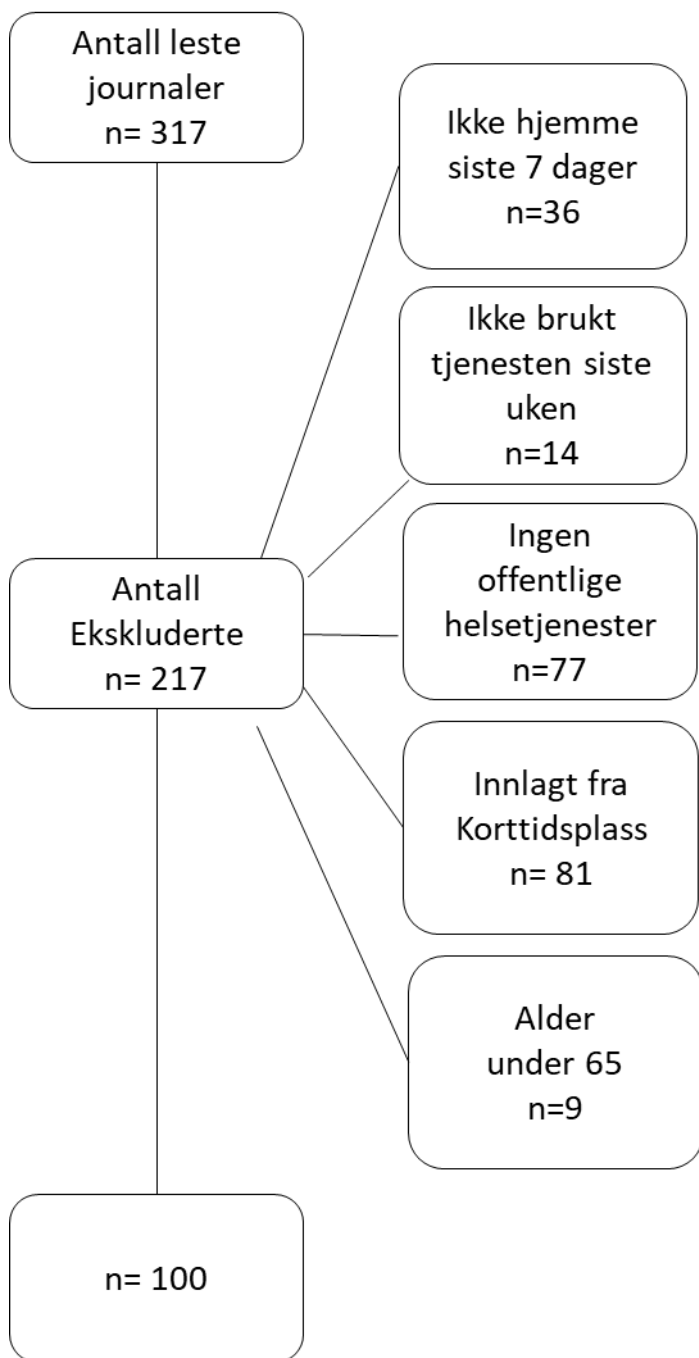
3.1 Utvalget

Vi fikk en liste fra institusjonen med oversikt over pasienter som var overført fra sykehuset til korttidsopphold i hele 2018. Denne listen viste innleggelser etter dato i kronologisk rekkefølge fra 1 januar og videre utover året fram til 31 desember. For å nå målet vi hadde satt på 100 inkluderte EPJ leste vi 317 journaler. De inkluderte pasientene som fikk korttidsopphold i perioden fra januar til juni.

Vi satt følgende inklusjonskriterier: pasientene skulle komme direkte fra sykehuset til korttidsopphold på institusjon. De måtte ha vedtak på hjemmesykepleie og/eller trygghetsalarm. I tillegg måtte de ha brukt hjemmesykepleie og/eller trygghetsalarm før innleggelsen, samt vært hjemme i egen bolig sammenhengende i syv dager. Nedre aldersgrense ble satt til 65 år. Dette er den alderen som WHO har satt som grense for å betegnes som eldre (Rostgaard, 2016). Pasienter som ikke fylte inklusjonskriteriene ble ekskludert fra studien.

Da vi begynte å samle data, kontrollerte vi først om alderen til pasienten var innenfor inklusjonskriteriene. Deretter sjekket vi om pasienten hadde aktive tjenester i kommunen før innleggelsen på sykehus. Det siste vi undersøkte var om pasienten hadde vært hjemme lenge nok. For ytterligere informasjon over inkluderte og ekskluderte se figur 3.1.

Figur 3.1 Flytskjema over inklusjon (n=100) og eksklusjon (n=217)



3.2 Forskningsetiske vurderinger

Studentforskning er, slik som ved all annen forskning, regulert av etiske normer og verdier. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) ble oppnevnt for ivaretagelse av dette (Everett & Furseth, 2012). Formålet med prosjektet vårt er kvalitetsforbedring i kommunen. Ved forskning som fører til kvalitetsforbedring i helsesektoren er det ikke nødvendig å

innhente samtykke fra pasientene (NSD, 2018). Formålet med pasientjournalloven er ivaretagelse av pasientens personvern (Pasientjournalloven, 2015). Vi har sett på hva helsepersonell dokumenterer i EPJ i møte med pasienter som innlegges akutt på sykehus. Personvernombudet ble kontaktet, og vi hadde et personlig møte der vi gikk gjennom personvernkonsekvensene knyttet til masteroppgaven. I etterkant av dette fikk vi tilsendt et skriv der personvernombudet mente behandlingen av personopplysninger i denne masteroppgaven var i tråd med personvernforordningen, og at det var truffet tekniske og organisatoriske tiltak i henhold til personopplysningsikkerhet (vedlegg 1) (Personopplysningsloven, 2018). I tillegg har virksomhetsleder ved institusjonen i kommunen gitt skriftlig godkjenning til innsamling av data fra EPJ (vedlegg2).

Som tidligere nevnt i kapittelet om utvalget, fikk vi en liste fra institusjonen med oversikt over pasienter som var overført fra sykehuset. Denne pasientoversikten, som kun inneholdt ID nummer og innleggelses dato, ble oppbevart innelåst på institusjonen under datasamlingen og makulert da alle data var innsamlet. Ved gjennomlesing av EPJ vil ikke personopplysninger registreres, kun observasjoner og tiltak som helsepersonell dokumenterer om pasientens tilstand. For å ivareta anonymiteten til de inkluderte har vi valgt ikke å registrere eksakt alder, men gruppere disse i aldersgrupper. Av samme grunn ble heller ikke kjønn registrert.

3.3 Datasamling

For å kunne samle inn data fra 100 ulike EPJ på likest mulig måte utarbeidet vi et avkryssingsskjema for datainnsamling. Avkryssingsskjema skulle sikre at all dokumentasjon ble gjennomgått etter de samme kriteriene (vedlegg 3). Denne studien har bestått av sekundærdata da det var allerede eksisterende data. Dette i form av dokumentasjon i EPJ, som har blitt analysert (Drageset & Ellingsen, 2009). Bortsett fra alder og innleggelsesdiagnose, er alle innsamlede data er hentet fra fortløpende dokumentasjon. Kommunen benytter seg av dokumentasjonssystemet Gerica. Datainnsamlingen ble gjennomført våren 2019, og var kun mulig på kommunens interne nett. Derfor måtte dette foregå på institusjonen der vi jobber. Under datainnsamlingen satt en og leste fortløpende dokumentasjon i EPJ på de inkluderte. Den andre krysset av beskrivelser som passet med skjemaet. For at datainnsamlingen skulle være likest mulig for alle inkluderte, valgte vi at det var samme person som leste all dokumentasjon, og den samme som krysset av på alle skjemaene (Polit & Beck, 2017). Vi

startet med innleggelsesdagen som var dag 7 på vårt skjema, og jobbet oss bakover dag for dag til dag 1 som var en uke før innleggelse. Det første som ble registrert, var pasientens alder.

Vi ble inspirert av kartleggings skjema SAFE under utarbeidelse av vårt avkrysnings skjema. SAFE er validert for å kunne oppdage funksjonssvikt på et tidlig tidspunkt (Gjevjon et al., 2019). Vi tok med generelle symptomer fra de ulike organsystemene på avkrysnings skjemaet vi utarbeidet. Under datasamlingen krysset vi av symptomer som var dokumentert i EPJ. Målinger av vitalia og supplerende tester som blodsukker, CRP, urinstix, NRS og FAST ble også registrert dersom det var dokumentert utført. Det ble ikke tatt hensyn til verdier eller vurdering av resultatet. Hvordan pasientene kom i kontakt med hjemmesykepleien, om det var ordinært besøk, ekstra besøk, trygghetsalarm, telefonkontakt fra pasienten selv eller pårørende ble avkryset. Hvilken vurdering helsepersonell gjorde i de forskjellige situasjoner ble registrert, om det skulle forventes til neste ordinære besøk, sette inn ekstra besøk, kontakte sykepleier eller lege, bestille ambulanse eller ringe 113. Til slutt ble pasientens innleggelsesdiagnose fra epikrisen registrert.

3.4 Dataanalyse

For å analysere datamaterialet ble innsamlede data lagt inn i dataprogrammet IBM SPSS versjon 26. Dette er et dataprogram for statistisk analyse av kvantitative data (Johannessen, 2007). Pasientens alder ble hentet fra EPJ. Dokumenterte symptomer, kontaktårsak, vurdering, vitale målinger og supplerende tester ble registrert fra journalnotater i dokumentasjonssystemet. Det er helsepersonell i kommunen som har skrevet disse opplysningene i pasientenes journal. Innleggelsesdiagnosen ble hentet fra epikrisen som fulgte pasienten til korttidsopphold. I vår studie har vi ikke tatt hensyn til eventuelle tidligere eller underliggende sykdommer, kun aktuell innleggelsesdiagnose som er registrert i epikrisen.

Alder er intervall variabel med et intervall på 5 år i hver klassifisering. Innleggelsesdiagnose er en nominal variabel der hver pasient har registrert en diagnose. De ulike innleggelsesdiagnosene fra epikrisene er: pneumoni, urinveisinfeksjon (UVI), lårhalsbrudd (FCF), sepsis, kols eksaserbasjon, hjertesvikt eksaserbasjon, akutt funksjonssvikt, hjerneslag, «annet», fraktur, delirium, dehydrering, hjerte, kreft og uspesifisert infeksjon. Dokumenterte symptomer fra EPJ ble satt som variabler. Disse

var: svimmel, forvirret, ustø, fall, sløv, nedsatt allmenntilstand (AT), nedsatt matlyst, hoste, hallusinasjon/delirium, immobil, slapp, smerter, kvalme, oppkast, dyspnoe, nyoppstått inkontinens, skjelving, brystmerter, ødem, nedsatt ADL, endret stemningsleie, ukontaktbar, trøtt/søvn, fraværende, avføringsinkontinens, diaré, obstipasjon, hud, sover i stol og ekspektorat. Vitalia fra EPJ var: BT, puls, RF, SpO2 og temp. I tillegg registrerte vi om det var dokumentert supplerende tester blodsukker, CRP, urinstix, FAST, NRS.

Med unntak av alder og innleggelsesdiagnose var alle våre variabler dikotome.

Det vil si at de kun har to verdier som er ja eller nei (Johannessen, 2007). Vi valgte å ha dikotome variabler da vi ønsket å undersøke hva som var dokumentet utført og ikke verdien av målingene. Målenivå er ikke relevant for dikotome variabler, men har betydning for hvilke analyser det er mulig å gjennomføre (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010; Solbakken, 2019). Vi har utført frekvensanalyser på alder og innleggelsesdiagnoser. Khikvadrattest av krysstabeller ble brukt for å undersøke om det fantes sammenheng mellom innleggelsesdiagnoser og symptomer, vitalia og supplerende tester. For å undersøke sammenheng mellom antall symptomer og diagnoser utførte vi One-Way ANOVA. Vi har satt signifikansnivå på 0,05 (Johannessen, 2007). Det ble ikke utført signifikanstest på symptomer som kun var registrert på en pasient blant alle de inkluderte.

4 Resultater

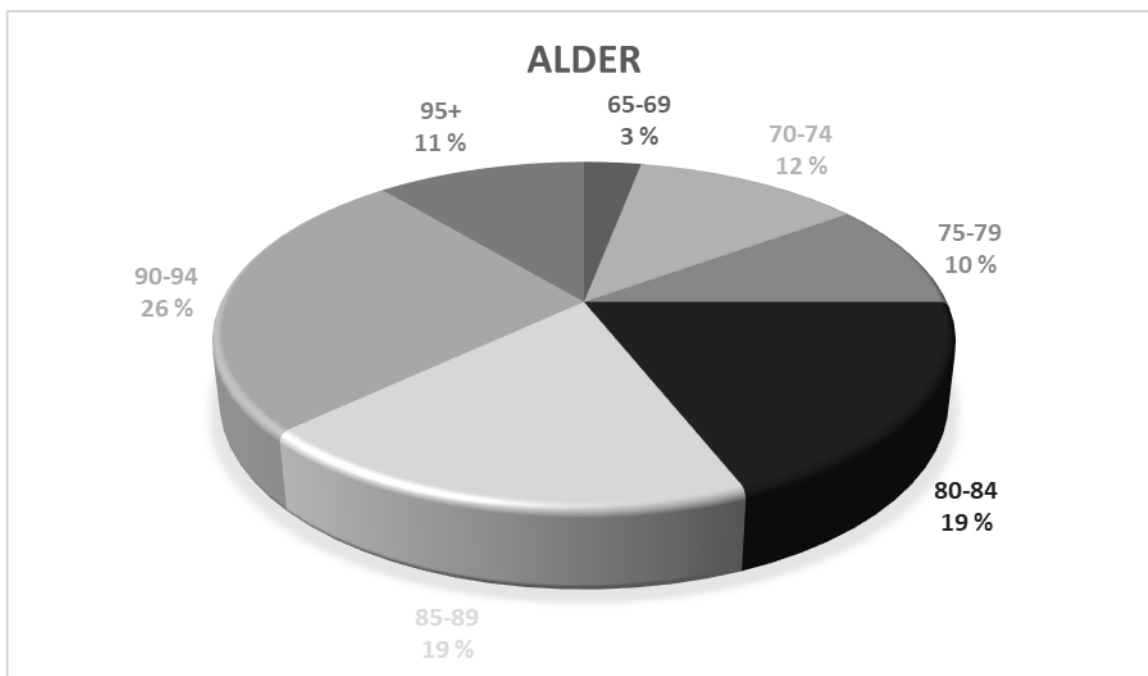
4.1 Demografiske data

I figur 4.1 presenteres aldersfordelingen blant de 100 inkluderte pasientene.

Den største gruppen deltagere var 90-94 år, omtrent en av fire innlagte var i denne aldergruppen.

56% av de som ble lagt inn på sykehus fra hjemmesykepleien var over 85 år.

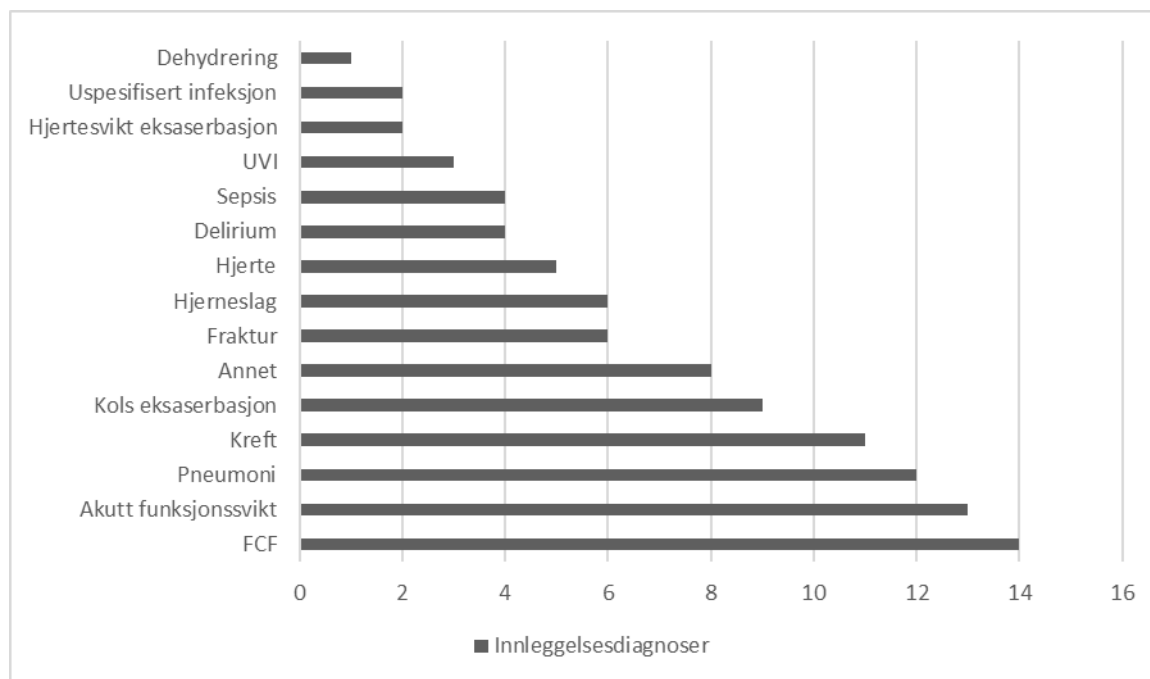
Figur 4.1 Aldersfordeling (n=100)



4.2 Diagnoser registrert av lege ved innleggelse på sykehus

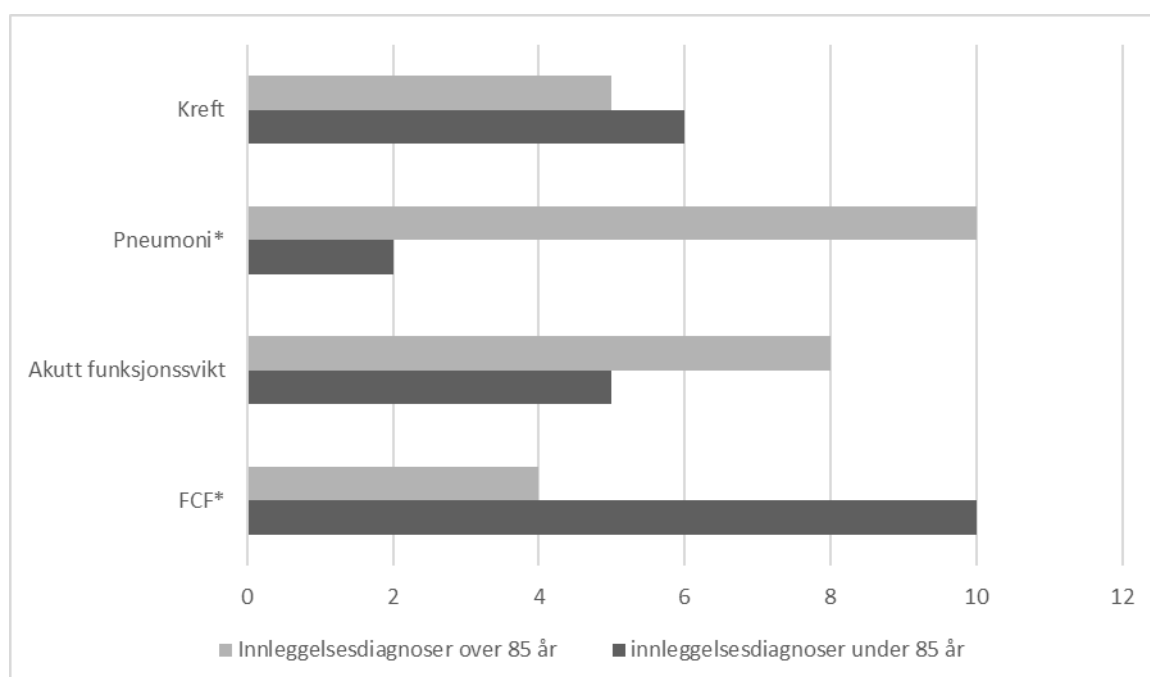
I figur 4.2 presenteres innleggelsesdiagnoser pasientene ble innlagt med i stigende rekkefølge fra færrest til flest antall pasienter per diagnose. Under diagnose «annet» har vi samlet forverring av neurologisk sykdom, rus, hematemes, elektrolyttforstyrrelse, anemi, hodetraume, subduralt hematom og gjenopplivning.

Figur 4.2 Prevalens av innleggingsdiagnoser (n=100)



Vi har valgt å ta med videre de fire vanligste innleggingsdiagnosene som var FCF, akutt funksjonssvikt, pneumoni og kreft. Til sammen dekker disse 50% av de inkluderte. Videre undersøkte vi om alder hadde betydning for hvilke diagnoser pasientene ble innlagt med, dette er presentert i figur 4.3. Rekkefølgen på innleggingsdiagnosene er lik som i figur 4.2.

Figur 4.3 Prevalens av innleggingsdiagnoser for pasienter etter alder under 85 år, og over 85 år fordelt på de fire vanligste innleggingsdiagnosene (n=50).



Blant de under 85 år var FCF og kreft de vanligste innleggelsesdiagnosene. Dette skiller seg fra de eldste eldre over 85 år der pneumoni og akutt funksjonssvikt var de vanligste innleggelsesdiagnosene. Pasienter under 85 år ble signifikant oftere innlagt med FCF ($p=0,026$) og pasientene over 85 år ble signifikant oftere innlagt med pneumoni ($p=0,042$).

4.3 Symptomer

Vi har utført khikvadrattest av krysstabellen for å se på sammenhengen mellom de ulike diagnosene og hvilke symptomer som var dokumentert. Resultatene presenteres i tabell 4.1.

Tabell 4.1 Dokumenterte symptomer ved de fire vanligste innleggelsesdiagnosene (n=50)

Registrerte symptomer	FCF (n=14)	Akutt funksjonssvikt (n=13)	Pneumoni (n=12)	Kreft (n=11)
Svimmel	0	0	1	1
Ustø	2	1	1	3
Forvirret	0	4	1	2
Fall	12*	4	2	1
Sløvhhet	0	2	0	3*
Nedsatt AT	1*	4	5	4
Nedsatt Matlyst	0	2	3	2
Hallusinasjon/delir	0	1	1	0
Immobil	1	0	1	2
Slapp	0	4	4	2
Smerter	13*	6	1*	8
Kvalme	0	0	2	4*
Oppkast	0	0	1	1
Dyspne	0*	1	3	3
Nyoppstått inkontinens	0	0	0	0
Brystsmerter	0	0	0	0
Nedsatt ADL	2	3	4	4
Endret stemningsleie	0	0	0	0
Trøtt/søvn	0	1	1	1
Fraværende	0	0	1	0
Avføringsinkontinens	0	0	0	0
Diare	0	1	0	0
Obstipasjon	0	1	0	0
Sover i stol	0	0	1	1
Hud	3	3	4	4
Hoste	0	0	3*	0
Ekspektorat	0	1	2	0
Skjelving	0	0	0	0
Ukontaktbar	0	1	0	0
Ødem	0	1	2	1

* $p < 0.05$

Blant pasientene med diagnosen FCF var fall ($p=0,001$) og smerter ($p= 0,001$) dokumentert signifikant oftere enn ved de andre diagnosene. Nedsatt allmenntilstand ($p=0,044$) og dyspnoe ($p=0,032$) var signifikant sjeldnere dokumentert ved FCF.

Pasientene som ble innlagt med pneumoni hadde signifikant oftere dokumentert hoste ($p=0,001$), mens smerter var signifikant sjeldnere dokumentert ($p=0,003$) hos denne pasientgruppen. Kvalme ($p=0,004$) og sløvhhet ($p=0,005$) var dokumentert signifikant oftere hos pasientene som ble innlagt med kreftsykdom. Frekvensanalyse over antallet symptomer fordelt på diagnosene er presentert i tabell 4.2.

Tabell 4.2 Antall symptomer ved de fire vanligste innleggesdiagnosene

	Minimum antall symptomer	Maximum antall symptomer	Gjennomsnitt antall symptomer
FCF	1	5	2,43
Akutt funksjonssvikt	0	7	3,15
Pneumoni	1	6	3,67
Kreft	0	8	4,27

Det ble dokumentert gjennomsnittlig færrest antall symptomer ved FCF. Pasientene med diagnosen kreft hadde i snitt flest dokumenterte symptomer. For å finne ut om det var sammenheng mellom antallet symptomer og diagnoser ble det utført en One-Way ANOVA test som viste at det ikke var signifikante forskjeller mellom antall symptomer og diagnoser ($p=0,082$).

4.4 Vitalia og supplerende tester

Av alle vitalia ble det oftest dokumentert blodtrykk og puls. Disse ble dokumentert målt på 45% av pasientene. Det blir sjeldnere dokumentert RF, SpO2 og temperatur. Dette presenteres i tabell 4.3. Dette betyr at det ikke er dokumentert noen målinger på 55 % av pasientene. Det dokumenteres RF på 1/3 av pasientene.

Tabell 4.3 Antall vitalia og supplerende tester (n=100)

	Ja	%
Vitalia		
Blodtrykk	45	45
Puls	45	45
RF	32	32
SpO2	26	26
Temp	22	22
Andre tester		
Blodsukker	6	6
CRP	10	10
Urinstix	5	5
NRS	1	1
FAST	10	10

Tabell 4.4 Vitalia og supplerende tester på de fire vanligste innleggelsesdiagnosene

	FCF (n=14)	Akutt funksjonssvikt (n=13)	Pneumoni (n=12)	Kreft (n=11)
Vitalia				
BT	3	4	7	4
Puls	3	4	7	4
RF	1*	3	6	4
Spo2	1	3	2	3
temp	0*	2	3	3
Andre tester				
Blodsukker	0	1	1	1
CRP	1	0	2	0
Urinstix	0	1	1	1
NRS	0	0	0	0
FAST	0	1	1	0

* $p < 0.05$

Ved de fire vanligste innleggelsesdiagnosene var det ved FCF signifikant sjeldnere dokumentert måling av RF ($p=0,032$) og temperatur ($p=0,032$). Ved sammenligning av de fire diagnosene med antallet symptomer, vitalia og supplerende tester er det kun hos pasientene med FCF som skiller seg fra de andre.

Ut over de fire vanligste innleggelsesdiagnosene så vi at det var fire andre diagnoser som utmerket seg. Vi har valgt å presentere disse resultatene selv om de ikke kommer fram i tabell 4.4. Blant pasientene som ble innlagt med kols eksaserbasjon var puls og RF registret dokumentert på 8 av 9 pasienter, noe som tilsvarer 88 %. Puls ble registrert dokumentert hos alle pasienter som ble lagt inn med hjertesykdom. FAST er dokumentert tatt på 5 av 6 eller 83% av pasientene som ble innlagt med hjerneslag. Ingen av pasientene innlagt med UVI hadde dokumentasjon i EPJ om at det var tatt urinstix.

5 Diskusjon

Vi har valgt å dele diskusjonskapittelet inn i syv deler. Først vil vi ta for oss forskningsspørsmålene og belyse resultatene fra vår studie med eksisterende forskning og litteratur. Deretter diskuteres dokumentasjonen og studiens metode. Til slutt vil vi diskutere oppgavens relevans for avansert klinisk sykepleie.

5.1 Hvem akutt innlegges fra hjemmesykepleien?

Resultatene fra vår studie viser at 75% av de inkluderte, som ble akutt innlagt og var i behov av korttidsopphold etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten, var over 80 år. Mange eldre som legges inn på sykehus har behov for å komme på korttidsopphold etter utskrivelse (Tøien, 2019). I teorien beskrives den «vanlige» utskrivningsklare pasienten som over 70 år, og har vært innlagt på grunn av en akutt sykdom, eller forverring av kjent situasjon. Redusert funksjonsnivå kan være årsak til at mange utskrivningsklare pasienter er i behov av et høyere omsorgsnivå etter utskrivelse (Olsen, 2013). En studie publisert i 2019 undersøkte alle eldre pasienter som ble akutt innlagt på sykehus. I den studien var den største gruppen pasienter mellom 86 og 90 år (Næss et al., 2019). I vår studie har vi valgt å ekskludere pasienter som ikke var i behov av korttidsopphold etter sykehusinnleggelsen. Dersom disse pasientene hadde vært inkludert, kunne aldersfordelingen sett annerledes ut. Vi ser i vår arbeidshverdag at det er de eldste eldre som er i behov av korttidsopphold etter et sykehusopphold. De yngre eldre kan oftere ivaretas i hjemmet med forsterket hjelp fra hjemmesykepleien. Som nevnt i teoridelen kan mulige årsaker til dette kan være at de eldre trenger lenger tid på å komme tilbake til sin habituelle tilstand.

En relativt ny utfordring for primærhelsetjenesten er oppfølging og vurdering av multisyke hjemmeboende med stort behov for helsehjelp. Til tross for stort behov for helsehjelp og funksjonssvikt på mange områder, er det i dag langt vanligere for eldre å bo hjemme (Næss, Bing-Jonsson, & Gyltnes, 2011). Sykepleiere i hjemmesykepleien står foran større utfordringer siden avansert pleie og behandling i økende grad utføres i pasientens hjem. Forskning indikerer at sykepleierne opplever å ha et stort ansvar overfor pasientene. Samtidig viser studier at sykepleierne

opplever at de kommer til kort når det gjelder kartlegging og vurdering av pasientens tilstand. (Andersson, Lindholm, Pettersson, & Jonasson, 2017). Medisinske fremskritt har ført til bedre behandling og dette er årsaken til at eldre stadig lever lenger med sine kroniske sykdommer (Stevenson & Nilsson, 2012). På bakgrunn av at brukerne av kommunehelsetjenesten er stadig sykere, er det et større behov for breddekompetanse i kommunen (Helsedirektoratet, 2017). Økende alder assosieres med økende behov for spesialisert pleie (Gjestsen et al., 2018).

5.2 De fire vanligste innleggelsesdiagnosene

Denne studien viste at eldre ble akutt innlagt med mange ulike diagnoser, og at FCF, akutt funksjonssvikt, pneumoni og kreft var de fire vanligste innleggelsesdiagnosene. Dette sammenfaller med resultatene fra en studie gjennomført i Stavanger, der de også fant de samme fire innleggelsesdiagnosene som de vanligste (Gjestsen et al., 2018). En annen studie viste at eldre som var over 85 år hadde dobbelt så stor sjanse for å komme til akuttmottak enn eldre under 85 år (Vilpert et al., 2013). Av de inkluderte i vår studie er 56% over 85 år og 44% under 85 år. Vi ser at det er forskjell på aldersfordelingen i forhold til hvilke diagnoser disse blir lagt inn med. Pasientene under 85 år ble oftere innlagt med FCF og kreft. Det kan tyde på at det er de eldste eldre som bli oftere innlagt på sykehus.

FCF var innleggelsesdiagnosen til 14% av de inkluderte i vår studie. Resultatene viste at denne diagnosen var den vanligste innleggelsesdiagnosen hos eldre under 85 år. Mulige årsaker til at FCF opptrer hyppigere i aldersgruppen under 85 år, kan være at de har et høyere aktivitetsnivå, og forflytter seg mer på egenhånd enn de over 85 år. Flere av de eldste eldre kan trenge bistand og føle seg utrygge ved mobilisering, og kan ha personale til stede ved forflytning. Hos pasienter der det er registrert økt fallfare er gjerne helsepersonell ekstra oppmerksomme på fall og kan sette inn ekstra tiltak som kan forebygge fall. De fleste fallulykkene skjer oftest i eget hjem. Omtrent hver tredje hjemmeboende over 65 år faller minst en gang årlig. Kartlegging av pasientens fallrisiko er derfor spesielt viktig hos eldre (Husebø et al., 2017). Den hyppigste skaden ved fall er hoftebrudd. Fall kan være første tegn på akutt underliggende sykdom (Helbostad, 2014). Økt falltendens kan være et av symptomene på akutt funksjonssvikt (Wyller, 2015). Siden fall er et symptom på akutt funksjonssvikt

kan det være at pasientene som er innlagt med FCF har symptomer fra andre organsystemer som kan være tegn på akutt sykdom.

Blant alle de inkluderte i denne studien var akutt funksjonssvikt den nest vanligste innleggelsesdiagnosen. Det var også den nest vanligste innleggelsesdiagnosen for pasienter over 85 år, da vi delte inn etter alder over eller under 85 år. Den typiske pasienten med akutt funksjonssvikt er eldre hjemmeboende med flere diagnoser og har hjelp fra hjemmesykepleien. I denne studien fant vi at det er dokumentert opp til 7 ulike symptomer på pasienter med denne diagnosen. Vi ser ut ifra dette at det i praksis kan være utfordrende for helsepersonell å vurdere disse pasientene. Endringer i habituell tilstand kan skje gradvis eller brått. Muligens er det lettere å oppdage de brå endringene enn små snikende endringer. Pasienter som gradvis trenger mer hjelp tolkes som et tegn på økt behov for pleie i stedet for å tenke på at det kan være uttrykk for underliggende sykdom. Litteraturen sier at akutt funksjonssvikt har diffuse symptomer som kan være vanskelig å oppdage (Wyller, 2015). Som tidligere beskrevet, er eldre med akutt funksjonssvikt ofte i behov av rehabilitering da de trenger lenger tid på å komme tilbake til habituell tilstand (Ranhoff, 2014b). Siden vi har samlet data fra pasienter som kom på korttidsopphold etter utskrivelse fra sykehus, samsvarer dette med våre funn.

I vår studie fant vi at aldersgruppen under 85 år oftere innlegges med en kreftdiagnose enn de over 85 år. Til tross for at risikoen for kreft øker med økende alder, er det mange som dør med sin kreftsykdom, men noen oppnår kanskje ikke så høy alder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Omtrent halvparten av pasienter med nyoppdaget kreft er 70 år eller mer (Wyller, 2015). Mulig årsak til at pasientene i aldersgruppen under 85 år oftere innlegges med kreftdiagnose kan være at de er i mer aktiv behandling enn pasienter over 85 år. Mange av de eldste tåler kreftbehandling dårlig og aktiv behandling er ofte avsluttet (Moe, 2018). Disse pasientene har ofte gått over til palliativ behandling med symptomlindring i hjemmesykepleien. Pasientene med denne innleggelsesdiagnosen hadde i gjennomsnitt flest antall dokumentert symptomer. Årsaken til dette kan skyldes bivirkninger av behandlingen. Det kan også være at pasienter over 85 år med kreft ikke er hjemmeboende, men er på sykehjem.

Tall fra vår studie viser at pasienter over 85 år legges oftere inn med pneumoni enn pasienter under 85 år. Dette sammenfaller med at pneumoni blir vanligere ved høyere alder, og er en vanlig årsak til innleggelse (Ranhoff, 2014a; Tøien, 2019). Pasientene vi møter i hjemmesykepleien kan ha økt risiko

for å få pneumoni. Vanlige årsaker til at pasienter kan få pneumoni er KOLS, svelgeproblemer og influensa (Ranhoff, 2014a). Hos geriatriske pasienter er pneumoni dominerende. Vi tenker at mulig forklaring til at det er de eldste eldre i denne studien som innlegges med pneumoni, henger sammen med at aldersforandringer gir økt risiko for pneumoni. Infeksjoner hos de eldste eldre forekommer hyppigere, er mer alvorlig og assosieres med høyere mortalitet enn hos yngre (Heppner et al., 2013). I gjennomsnitt hadde pasientgruppen innlagt med pneumoni i underkant av 4 ulike dokumenterte symptomer. Dette kan illustrere våre erfaringer om at eldre legges akutt inn på sykehus med diffuse endringer i sin habitualtilstand. Slike diffuse endringer kan være økt forvirring, økt falltendens, redusert allmenntilstand og redusert funksjonsnivå. En stor andel av innleggelsene i spesialisthelsetjenesten i 2017 var eldre over 80 år med diagnosen pneumoni og FCF (Helsedirektoratet, 2019a).

5.3 Hvilke observasjoner gjøres?

I vår studie er det i gjennomsnitt dokumentert færre symptomer hos pasienter innlagt med FCF enn ved kreft, akutt funksjonssvikt og pneumoni. Det er flest ulike symptomer dokumentert hos pasienter innlagt med kreft. Noe av grunnen til dette kan være at det ved FCF ofte er klassiske symptomer som fall og lokale smerter i hofteregionen. Det er signifikant oftere dokumentert smerter og fall hos pasienter innlagt med FCF. Litteraturen sier at dette er vanlige symptomer ved FCF (Wyller, 2015). Dette kan tyde på at helsepersoll har dokumentert de aktuelle symptomene pasienten hadde. Ved de andre diagnosene enn FCF kan symptombildet ofte være mer diffust. Dette gjør det mer utfordrende å observere og vurdere tilstanden til pasienten, alvorlighetsgraden og når lege må kontaktes. Det blir også vanskeligere å dokumentere og formidle endringer i pasientens tilstand til lege og kollega på en tydelig måte (Kirkevold, 2014c). Symptomer på akutt funksjonssvikt er uspesifikke (Ranhoff, 2014a). I denne studien var det dokumentert opp til 7 ulike symptomer på en og samme pasient. Det var ingen symptomer som var signifikant oftere eller sjeldnere dokumentert. De vanligste symptomene dokumentert i vår studie ved akutt funksjonssvikt var forvirring, fall, nedsatt AT, slapphet og smerter. Disse symptomene gir ingen indikasjon på en spesifikk diagnose. Dette sier noe om hvor diffust sykdomsbildet er og hvor vanskelig det kan være å forstå alvorlighetsgraden ved akutt funksjonssvikt (Wyller, 2015). Ofte legges eldre inn med uspesifikk diagnose som akutt funksjonssvikt eller redusert allmenntilstand (Ranhoff, 2014a). Hos pasienter

innlagt med pneumoni ble det i denne studien signifikant oftere dokumentert hoste enn ved de andre diagnosene. Dette sammenfaller med litteraturen som sier at hoste er vanlig ved pneumoni (Lange, 2016). Smerter i forbindelse med respirasjon vanlig ved pneumoni, men i vår studie er det signifikant sjeldnere dokumentert smerter hos denne pasientgruppen (Wyller, 2015). Både ved akutt funksjonssvikt og pneumoni kan det hos eldre være asymptomatisk symptombilde, noe resultatene i denne studien kan tyde på. Pasientene innlagt med kreftdiagnose hadde signifikant oftere dokumentert kvalme og sløvhet. Det er dokumentert at 8 av 11 i denne pasientgruppen hadde smerter. Vi har sett at mange pasienter med kreftdiagnose bruker sterke smertestillende og sløvhet er blant annet bivirkning av disse medisinene.

Ved alle akutte tilstander er det nødvendig med gode subjektive og objektive observasjoner. Gode observasjoner av pasientens tilstand i form av god kartlegging er avgjørende for pasientens videre behandlingsforløp (Kirkevold, 2014c). De skrøpelige eldre er sårbare og har lett for å få økende funksjonssvikt. På bakgrunn av dette har de behov for å behandles med den største varsomhet og den beste kompetanse (Ranhoff, 2014a). AKS i kommunene har dybdekunnskap i sykdomslære og farmakologi og har på den måten en annen forutsetning for å kunne vurdere eldre i hjemmesykepleien (Tøien, 2019).

5.3.1 Vitale målinger

Blant de inkluderte i denne studien har vi sett at vitale målinger er dokumentert i pasientjournalen hos under halvparten av pasientene. Under analysene fant vi kun signifikans ved vitalia hos pasienter med FCF. Hos denne pasientgruppen er vitalia signifikant sjeldnere dokumentert i EPJ enn ved de andre diagnosene. Som tidligere nevnt, er det ved FCF ofte så klare symptomer at det ikke er noen tvil om diagnosen, og ambulansen blir tilkalt med en gang. Det at pasientene sendes raskt på sykehus kan være årsak til at helsepersonell ikke måler vitalia hos denne pasientgruppen. Ved FCF er det stor fare for større blødninger og derfor er det viktig å måle vitalia for å kunne observere situasjonens utvikling med tanke på pasientens sirkulasjon (Ranhoff, Helbostad, & Martinsen, 2014). Lårhalsbrudd er forbundet med stor dødelighet (Jakobsen & Carlsen, 2016).

Resultatene fra analysene i vår studie viste at BT og puls var oftere dokumentert i pasientjournalen enn RF, SpO2 og temp. 2 andre studier viste at MEWS score sjelden er fullstendig dokumentert. En eller flere vitale målinger manglet ved nesten halvparten av observasjonene. Erfaringen vår fra

hjemmesykepleien er at BT og puls oftere blir tatt enn andre vitalia. Vi fant at RF ofte utelates, da det ikke er dokumentert RF på 68% av pasientene. Litteraturen beskriver at endringer i respirasjonen, både hurtighet og dybde, er det vitale parameter som mest presis kan forutse alvorlig forverring innen de neste 24 timer (Granaas, Vatn, & Borgen Lund, 2016; Mushta, Rush, & Andersen, 2018). Vi undrer oss derfor over hvorfor RF måles så sjelden. For å måle RF er klokke det eneste nødvendige utstyret. Vi antar at årsaken til manglende dokumentasjon av RF kan være manglende kunnskap hos helsepersonell, om at økt RF er kroppens første kompensasjon ved sykdom (Granaas et al., 2016).

I senere tid har det vært fokus på hvordan helsetjenesten kan optimaliseres, slik at pasientene mottar best mulig kvalitet på pleie og behandling. Utallige undersøkelser viser at kontinuerlig systematisk observasjon av pasientenes tilstand er en løsning. En observasjonsstudie utført på Herlev Hospital i Danmark, viste at det manglet systematisk observasjon av pasientene. Hos opptil 43% hadde pasientene kritiske svingninger i vitale målinger uten at sykepleiere visste om det. Undersøkelsene viste også at sykepleierne manglet kunnskap om hva resultatet av målingene betydde og hva de skulle gjøre med det i praksis (Andersen, 2012). Stadig sykere brukere setter høyere krav til generalistkompetanse når de mottar tjenester i eget hjem (Helsedirektoratet, 2017).

5.3.2 Andre funn

I studien gjorde vi funn som vi fant veldig interessant, og som for oss utmerket seg veldig. Dette var ikke blant de fire diagnosene vi gikk videre med, men vi velger allikevel å presentere disse funnene. I vår studie fant vi ut at FAST er dokumentert på totalt 10 pasienter og 6 av disse ble lagt innlagt med diagnosen hjerneslag. FAST er en viktig undersøkelse ved mistanke om pasienten har hjerneslag (Faiz & Sundseth, 2013). Hvert år rammes 15000 av hjerneslag. Blant eldre er hjerneslag en av de mest utbredte og alvorlige sykdommene, og er en av de viktigste årsakene til funksjonsnedsettelse og død. Ved hjerneslag kommer symptomene raskt og 90% av pasientene som får slag har ett eller flere symptomer på FAST (Kirkevold, 2014b). En av pasientene som ble innlagt med hjerneslag var det ikke dokumentert at FAST ble utført. Det betyr at halvparten av pasientene der FAST ble dokumentert hadde ikke hjerneslag som innleggelsesdiagnose. I vår studie har vi ikke registrert sykehistorien og vet derfor ikke om disse pasientene har hatt hjerneslag tidligere. Vi tenker at av svekket homeostase kan ha gitt pasientene positivt utslag på FAST uten at det var et nytt hjerneslag. Symptomene på hjerneslag er innlysende, og helsepersonell trenger ikke noe utstyr for å gjennomføre denne testen.

Helsedirektoratets kampanjer for å øke allmennkunnskapen blant befolkningen kan være medvirkende årsak til at helsepersonell også er ekstra oppmerksomme på symptomer som kan skyldes hjerneslag.

Som nevnt i resultatkapittelet, var det ikke dokumentert at det var tatt urinstix hos noen av pasientene innlagt med UVI. Symptomer på UVI hos eldre skrøpelige pasienter kan være økt forvirring og falltendens. Her er symptomene ukarakteristiske og ofte uten symptomer fra urinveiene (Skotnes, Omli, Einarsen, & Dahlhaug, 2014). Vi erfarer at det ofte tas urinstix ved mistanke om at pasienten har UVI. Dette avviker fra de funnene gjort i denne studien. Mulige forklaringer på våre funn kan være at disse pasientene får behandling hjemme, eller at det ikke er dokumentert i EPJ. Hvis sykepleier og andre som hjelper pasienten i det daglige ikke har kunnskaper om hva de skal observere og vurdere, er det fare for at sykdomsutvikling kan bli oversett (Næss et al., 2011).

5.4 Dokumentasjon i EPJ

Under datainnsamlingen så vi at det var stor variasjon på struktur og kvalitet på dokumentasjonen i EPJ. I enkelte journaler manglet det totalt observasjoner og vurderinger på innleggelsesdagen. Det at det mangler dokumentasjon eller at dokumentasjonen er mangelfull på innleggelsesdagen er i denne studien et funn. Gro Næss har i sin forskning som er utgitt i 2008 skrevet at et vesentlig funn var at mange pasienter kom til sykehus med lite dokumentasjon fra sykepleier (Næss, 2008). Denne forskningsrapporten ble skrevet for over 10 år siden, og vi gjør mange av de samme funnene i vår studie. Vi stiller oss undrende til hvorfor det ikke har skjedd noen endring i forhold til dette. Mulige årsaker til dette kan være dårlige innarbeidete rutiner, tidspress som fører til nedprioritering av dokumentasjon, for lite kunnskap om dokumentasjon, eller for dårlig forankring av dokumentasjon hos ledelsen. Tidlig oppdagelse av forverret sykdom er viktig, spesielt hos de eldre pasientene. Våre funn viser at dokumentasjon av vitalia og supplerende tester ikke foreligger. Vi tenker dette kan vanskeliggjøre vurdering av endringer i tilstanden til pasienten. Ifølge forskrift om pasientjournal skal EPJ inneholde relevante og nødvendige opplysninger som symptomer, observasjoner og funn ved undersøkelser, diagnostiske overveielser og andre medisinske opplysninger og vurderinger (Pasientjournalforskriften, 2019).

Dokumentasjonssystemet skiller ikke på yrkesgruppe, og alle skriver under samme rolle som helsepersonell. Vi antar at det er forskjell på dokumentasjonen til de ulike yrkesgruppene, men at det som er dokumentert innleggelsesdagen i hovedsak er skrevet av sykepleiere. Dette da det erfaringsvis er sykepleiere som vurderer pasientens tilstand før en eventuell innleggelse. Samtidig kan det også være forskjell i kvalitet på dokumentasjonen utført av ulike sykepleiere (Öhlén et al., 2013). Ifølge stillingsbeskrivelsen til sykepleiere i kommunen har de ansvar for å sikre at dokumentasjon og rapportering er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.

Flere studier de siste 15 år har vist at sykepleiernes dokumentasjon er mangelfull og ikke tilstrekkelig. (Remlo & Olsen, 2018). En rapport fra utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms har sett på dokumentasjon av helsehjelp. Bakgrunnen for dette prosjektet var frustrasjon over manglende kunnskap og fokus på dokumentasjon. Deres prosjekt baserte seg også på gjennomgang av pasientjournal, noe vår studie også gjorde. Resultatene fra kvalitetsforbedringsprosjektet var at de så en klar forbedring av dokumentasjonen i løpet av prosjektperioden (Remlo & Olsen, 2018). Utfordring knyttet til dokumentasjon av helsehjelp er sammensatt. Det er vanskelig å skille hva som skyldes grunnleggende kompleksitet i fagfeltet, lite funksjonell teknologi, lav kompetanse, utdaterte rutiner og en tradisjon for å fokusere på direkte pasientarbeid i stedet for papir og dataarbeid (Remlo & Olsen, 2018).

Det er forventet at utviklere av EPJ legger sykepleieprosessen til grunn når de lager systemene, slik at sykepleierne kan følge opp faglige og juridiske forpliktelser (Vabo, 2018). I hjemmesykepleien er personlig digital assistent (PDA) et essensielt utstyr i det daglige arbeidet. Den fungerer som telefon og gir personalet direkte tilgang til dokumentasjonssystemet der de er, uten at det er behov for PC tilgang. Dette gjør det mulig å utføre dokumentasjonsplikten rett etter utført helsehjelp hos pasienten. Når dokumentasjonen skrives rett på PDA blir ikke alltid dokumentasjonen lagt under det riktige tiltaket, og det kan bli vanskeligere å finne igjen viktig informasjon senere. Dette kan være medvirkende årsak til at helsepersonell velger å utsette dokumentasjonsarbeidet til de kommer inn på basen. Samtidig er det noen som synes det er vanskelig å skrive med små taster slik det er på mobiltelefoner. Lite display gjør det utfordrende å se sammenheng i det man skriver. Enkelte av PDAene har hatt liten batterikapasitet, noe som fører til at PDAen går tom før strøm dersom den brukes til å utføre dokumentasjon. Hvis helsepersonell «kvitterer ut» for hver pasient de har vært hos, og avventer selve dokumentasjonsarbeidet til de er tilbake på basen, oppstår det i tillegg et

behov for tilstrekkelige tilganger på PC. Dersom det ikke dokumenteres underveis etter hvert pasientbesøk, er det fare for at helsepersonell kan glemme enkelte opplysninger. Eventuelt kan det kanskje være risiko for å blande sammen informasjon fra de ulike pasientene hvis personalet har vært innom flere pasienter før dokumentasjonen nedfelles i EPJ. Vi erfarer at det er vanlig med rundt 20 pasientbesøk i løpet av en vakt. Hvis ikke det dokumenteres etter hver pasient, kan det være fare for at ikke alle detaljer dokumenteres eller at enkelte observasjoner om pasienten ikke skrives i EPJ før personalet går av vakt. Helsepersonell i alle aldre jobber i hjemmesykepleien. Ikke alle er like vant med å bruke EPJ eller PDA. De som har jobbet i mange år lærte først å dokumentere på papir, enkelte kan synes det er utfordrende å lære seg nye dokumentasjonssystemer. Vi erfarer at det settes av lite tid til opplæring av helsepersonell der de kan lære nye systemer. På grunn av knappe ressurser i helsevesenet kan det være vanskelig å spørre kollegaer om hjelp. Det kan også oppleves ydmykende å be om hjelp til dette arbeidet, spesielt dersom man ikke får det til med en gang. Dette kan vanskeliggjøre dokumentasjonsarbeidet.

Ved tilsynssaker der det er spørsmål om pasienter har fått forsvarlig helsehjelp er det den skrevne dokumentasjonen som blir gjennomgått. Fylkesmannen i Oslo og Viken gjennomgikk en klagesak der pårørende til en kvinne som bodde på sykehjem klagde på den helsehjelpen kvinnen hadde fått. Her skrev fylkesmannen at det ikke var journalførte observasjoner da kvinnen ble dårligere (Knudsen, 2019). De fant at det var flere dager der det ikke var dokumentert pasientens helsetilstand, og påpekte i denne sammenhengen at det er vanskelig å følge med på utviklingen av tilstanden til pasienten da observasjoner ikke blir journalført. Konsekvenser av mangelfull observasjon og dokumentasjon kan være at forverring av pasientens tilstand ikke fanges opp. Denne hendelsen skjedde på et sykehjem, men er aktuell også for hjemmesykepleien. Her skriver fylkesmannen om hva de ser etter når de går gjennom saker der det stilles spørsmål om pasienten har fått nødvendig helsehjelp. De går gjennom EPJ og ser ut fra denne hvilken helsehjelp pasienten har fått. I tidsskriftet Sykepleien ble det høsten 2019 skrevet om en eldre kvinne som hadde tilkalt hjemmesykepleien via trygghetsalarm der fylkesmannen konkluderte, etter gjennomgått dokumentasjon, med at hun ikke fikk forsvarlig helsehjelp (Fonn, 2019).

5.5 Manglende dokumentasjon

I den praktiske hverdagen kan dokumentasjon av helsehjelp være utfordrende. Selv om lovverket og teorien ligger til grunn oppfattes likevel kvaliteten på det som er dokumentert lite tilfredsstillende (Remlo & Olsen, 2018). Vi undrer oss litt over at vi i EPJ ikke finner dokumentasjon på at vitalia er målt på flere av pasientene. Dette strider mot vår erfaring fra arbeidshverdagen i hjemmesykepleien der vi opplever at helsepersonell bruker EWS som beslutningsstøtte i vurdering av pasienter. Ved kontakt med fastlege og legevakt er dette opplysninger som etterspørres. Dersom helsepersonell ikke har utført vitale målinger, blir henvendelsen avvist med beskjed om å ta re kontakt når disse målingene er utført. Ved kontakt med annet helsepersonell ved ulike behandlingsnivå, brukes ALERT for å sikre en strukturert og muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell om pasientobservasjoner (Kirkevold, 2014c). Tidligere opplevde vi rapporter der pasienter var «pjuske» og at helsepersonell hadde en «dårlig magefølelse» for pasientens tilstand. Etter innføringen av ALERT har vi merket en endring på måten helsepersonell kommuniserer, og hvordan de vurderer pasientene. Selv i de tilfellene der pasienten har åpen retur til sykehuset, vil sykehuset også etterspørre en vurdering av pasienten

I henhold til helsepersonelloven har dersom henvisningen kommer fra hjemmesykepleien. På bakgrunn av dette, kan det være at målingene er utført uten at det er dokumentert i EPJ. En studie gjennomført i Italia viste at 40% av observasjoner og handlinger utført av sykepleiere aldri ble dokumentert i pasientjournalen (De Marinis et al., 2010). Helsepersonell i hjemmesykepleien opplever ofte at tiden er knapp, og systemiske og organisatoriske forhold legger ikke alltid til rette for at helsepersonell har tid til å gjøre andre oppgaver enn tiltak rettet mot pasienten. Tildelingskontoret tildeler vedtakstid, og det er den tiden som er beregnet for å utføre den helsehjelpen pasienten er vurdert til å trenge. Det er ikke alltid rom for å gjøre vurderinger og ekstra observasjoner. Med disse resultatene fra vår studie, kan vi anta at helsepersonell ikke har nok kompetanse til å utføre og dokumentere systematiske observasjoner. På den andre siden legges det heller ikke til rette for at helsepersonell skal kunne dokumentere disse viktige observasjonene de har gjort.

helsepersonell dokumentasjonsplikt og skal dokumentere utført helsehjelp fortløpende i EPJ (Helsepersonelloven, 1999). Juridisk sett er derfor handlinger som ikke er dokumentert er heller ikke utført (De Marinis et al., 2010). Resultatene fra utførte målinger noteres muligens på papir som

sendes med pasienten i ambulansen til legevakt eller sykehus. En annen mulig årsak til mangelfull dokumentasjon kan være at hendelsene skjer midt i vaktskiftet, og at utførte målinger kun formidles muntlig og ikke skrives ned i EPJ. I en artikkel publisert i tidsskriftet *Sykepleien* belyses det at formidling av pasientinformasjon i vaktskiftet kan foregå muntlig. I denne artikkelen beskrives det at den muntlige rapporten kan gå på bekostning av den skrevne dokumentasjonen i EPJ (Solvang, 2009). En undersøkelse ved et tysk universitetssykehus viste blant annet manglende samsvar mellom muntlige rapporter og det som ble dokumentert skriftlig, og det ble påvist feil eller fravær av viktig informasjon. På basis av studien mente forskeren at noe av det største problemet for pasienter er det som ikke dokumenteres og eller ikke følges opp (Johannesen & Ryen, 2019). Manglende skriftlig dokumentasjon betyr at informasjonen er neglisjert skriver Laitinen. Gjennom daglige observasjoner kunne forskerne dokumentere at viktige hendelser i pasientomsorgen ikke ble dokumentert. Manglende dokumentasjon kunne bryte kontinuiteten i pasientbehandlingen og kunne også ha alvorlige konsekvenser (Laitinen, 2014). Kommunikasjon mellom helsepersonell har betydning for pasientens behandlingsutfall. Dårlig kommunikasjon har negativ effekt, mens god kommunikasjon assosieres med bedre behandlingsutfall (Husebø et al., 2017).

Tidligere forskning viser at vitalia i større grad dokumenteres i pasientjournalen, mens symptomer dokumenteres i varierende grad (Johannesen & Ryen, 2019). Dette skiller seg fra de funnene vi gjorde i vår studie, der pasientenes symptomer ble dokumentert i større grad, mens vitalia og supplerende tester ble dokumentert sjeldnere. Det betyr at våre funn var motsatt av funnene det refereres til i denne artikkelen (Johannesen & Ryen, 2019).

5.5.1 Kommunes satsning på tidlig oppdagelse

I 2014 iverksatte kommunen, hvor vår studie er gjennomført, et vurderingskompetansekurs for å øke kompetansen til sykepleierne. De ulike virksomhetene i kommunen hadde merket de økte kravene til kompetanse etter innføringen av samhandlingsreformen, og trakk frem betydningen av kompetanse i forhold til akutt og kritisk syke. Hensikten med kurset var å styrke og videreutvikle sykepleiernes kliniske kompetanse. For å få til dette trengte sykepleierne kompetanse til å anvende kunnskap i forhold til observasjoner, ferdigheter til å beskrive observasjoner, ta ansvar for å dokumentere og følge opp tiltak. Etter gjennomført kurs fikk sykepleierne ansvar for å gjennomføre

systematisk opplæring på egen arbeidsplass. ALERT inngikk som et av temaene på kurset. Etter at sykepleierne hadde gjennomført ALERT fikk sykepleierne i hjemmesykepleien eget utstyr til bruk for å gjøre egne vurderinger hjemme hos pasientene (Landmark & Stegen, 2017). For å kunne gjøre gode vurderinger må sykepleierne ha nødvendig utstyr. Utstyret må være tilgjengelig, og det må være i orden. Vi har opplevd at sykepleierne ikke har med seg utstyret ut til pasientene. Da vil det heller ikke være mulig å gjøre de vurderingene som det forventes at sykepleierne gjør (Bing-Jonsson et al., 2016). Etter prosjektslutt i 2016 ble det anbefalt å videreføre vurderingskompetansekurset. Virksomhetene mente kurset hadde vært verdifullt for å styrke sykepleiernes faglige identitet som førte til økt faglig bevissthet. Det ble også satt som et argument at det var behov for avansert kompetanse for å møte den akutte, sårbare geriatriske pasienten ute i kommunehelsetjenesten (Landmark & Stegen, 2017). Våre funn viser at det er manglende dokumentert måling av vitalia i EPJ. Vi undrer oss derfor over hvorfor dette kurset ikke ble videreført. Kurset ble avsluttet i 2016 og siden da har det vært opp til hver virksomhet hva slags kurs de ønsker å bruke ressurser på. Mange nyansatte sykepleiere i kommunen har ikke hatt mulighet til å gjennomføre kurset. Vi vet ikke hvor mange av sykepleierne som har gjennomført kurset og som fortsatt jobber i kommunen. Da vi samlet data i vår studie, er det derfor usikkert hvor mange sykepleiere som har dette kurset. Det er også usikkert hvordan denne nye kunnskapen ble anvendt i klinisk praksis. Kunnskap er ikke nok dersom ikke kunnskapen brukes. Det kan ta flere år før retningslinjer er implementert i tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Sykepleierne som nå utdannes har systematiske kliniske undersøkelser og vurdering som en del av utdannelsen (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019).

Det er viktig med breddekompetanse på høyt nivå slik at pasienter med sammensatte behov mottar de tjenestene de trenger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015). Til tross for at kommunen har overtatt ansvar fra spesialisthelsetjenesten, er ikke den medisinske kompetansen i kommunene bygget opp i tilstrekkelig grad (Helse- og omsorgsdepartementet, 05/2015). Sett i forhold til sykepleiere som jobber med barn og unge, som har videreutdanning innen helsesykepleie og jordmødre, har sykepleiere som jobber i kommunen der pasienter med stadig mer sammensatte behov, er det fåtallet som har videreutdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015).

5.6 Studiens relevans for klinisk praksis og behovet for AKS i kommunen

I vår studie har vi undersøkt hva helsepersonell dokumenterer i EPJ. Vi har funnet ut at dokumentasjonen er varierende og til dels mangelfull. Studien startet med en tanke om at det skulle være et kvalitetsforbedringsprosjekt i kommunen. Som tidligere nevnt har vi erfart at vi har savnet enkelte opplysninger i EPJ. Det vi ønsket å oppnå ved gjennomføringen av studien var at ved å sette fokus på dokumentasjon blir helsepersonell mer bevisst på hvor viktig dette arbeidet er. Vi har erfart at man i perioder har fokus på ulike temaer som for eksempel ernæring, sårbehandling munnhygiene og dokumentasjon. I periodene man har fokus på et tema ser vi at helsepersonell blir mer bevisst i forhold til det temaet man har fokus på. I et av kommunens distrikter skriver leder i en oppsummering av året som har gått at de har hatt en runde med ALERT kurs. De skriver at de har opplevd en tredobling av bruk av EWS som hjelpemiddel etter gjennomføringen. Dette viser at man ser effekt av å rette fokus mot et område.

Med studien ønsket vi å rette oppmerksomhet mot dokumentasjon både for helsepersonell og ledere i kommunen. Vi håper lederne er oppmerksomme på hvor viktig det er at de viser interesse og legger til rette for dokumentasjonsarbeidet. Svikt i dokumentasjon og dokumentasjonsflyt synes å være en av de største truslene mot sikker pasientbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Kommunehelsetjenesten yter helsetjenester til innbyggerne i kommunen, og det er behov for nødvendig faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester. I følge Helse- og omsorgstjenesteloven har kommunen ansvar for systematisk kvalitetsforbedringsarbeid (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kunnskapsbasert praksis er en forutsetning for å kunne levere trygge og sikre helsetjenester av god kvalitet. For at dette er mulig må det være personale med tilstrekkelig kompetanse, og som vet hvordan man driver systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, og hvordan ny kunnskap tas i bruk. Behovet for økt kompetanse i kommunene er grunnen til at regjeringen har satsset på at kommunalt ansatte sykepleiere skal kunne ta masterutdanning i avansert klinisk sykepleie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015). En avansert klinisk sykepleier jobber kunnskapsbasert (Fagerström, 2019a). Kliniske beslutninger skal baseres på den beste og mest aktuelle faktakunnskapen. Dette innebærer innhenting av oppdatert forskning og sikrer at den helsehjelpen som ytes er «best practice». Implementering av ny og aktuell kunnskap kan ta lang tid i helsevesenet. AKS kan bidra til å fremme et arbeidsmiljø som verdsetter kunnskapsbasert praksis og kan på denne måten bidra til at implementeringsarbeidet kan gå raskere (Fagerström, 2011). Støtte fra ledelsen vil

kunne være med på lette dette arbeidet. Ferdigheter i forskning og fagutvikling er et av kompetanseområdene til AKS. I helsevesenet blir denne kompetansen stadig viktigere da det fortsatt er behov for forbedring og videreutvikling av kunnskapsbasert praksis, og implementering av forskningsresultater. Dette vil være med på å bedre pasientsikkerheten (Fagerström, 2019c). Politikerne har lagt føringer for fremtidens helsetjenester. Etter innføring av samhandlingsreformen har de vektlagt behovet for økt kompetanse, spesielt i primærhelsetjenesten. Det å fange opp pasientenes fall i funksjonsnivå, så tidlig at forverrelse og innleggelse kan unngås, kan være faglig krevende. En kunnskapsbasert praksis forutsetter at kunnskap finnes, i tillegg må det være personell med tilstrekkelig kompetanse som vet hvordan ny kunnskap tas i bruk og driver systematisk kvalitetsforbedringsarbeid (Helse- og omsorgdepartementet, 2014-2015). Personell med høyere og bredere klinisk utdanning vil bli viktige for å skape en mer kunnskapsbasert praksis, fylle nye roller og bidra til opplæring og kompetanseheving hos øvrige personell (Helse- og omsorgdepartementet, 2014-2015).

Som tidligere nevnt, vil andelen eldre over 85 år øke i tiden framover. Våre funn viste at disse pasientene oftere ble innlagt med akutt funksjonssvikt og pneumoni enn pasientene under 85 år. I hjemmet til brukeren gis et stadig mer avansert tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2017). Dette viser at det er behov for AKS kompetanse i kommunene for å kunne ivareta disse pasientene. Som avanserte kliniske sykepleiere har vi fått dybdekunnskap i farmakologi, patofysiologi og klinisk vurderingskompetanse. Dette gjør oss som AKS mer rustet til å ivareta skrøpelige hjemmeboende eldre pasienter. Som AKS har vi et mer bevisst forhold til hvordan aldringsprosess, sykdomsprosess og legemiddelbehandling påvirker pasientene. Dokumentasjonen er en viktig del i vurdering av pasientsituasjonen.

AKS er en forholdsvis ny utdanning i Norge (Fagerström, 2011). For oss er rollen ny og kommunen har heller ikke erfaring med hvordan AKS kan brukes. I samarbeid med kommunen må den nye AKS rollen utvikles. I vår arbeidshverdag som AKS er det viktig å ikke ta fra sykepleierne deres vanlige sykepleieoppgaver. Rollen som AKS må, skapes uten at det skal gå utover ansvarsområdet til sykepleierne. Det kan tenkes at dersom sykepleierne er redde for å miste sykepleieroppgaver til AKS, kan samarbeidet påvirkes ved at sykepleierne ser på AKS som en trussel. Vi har derfor under utdanningen hatt et bevisst forhold til at vi ikke skal erstatte sykepleierne og deres arbeidsoppgaver, men ønsker å være en støttespiller ved siden av. Vår oppgave som AKS er å delta i vurderingen av

komplekse pasientsituasjoner, og bidra til at pasienten får den forsvarlige helsehjelpen han eller hun er i behov av. I tillegg kan vi jobbe med å utvikle en rolle der opplæring og undervisning på egen arbeidsplass er en del av ansvarsområdet.

5.6.1 Videre forskning

I litteraturen har vi funnet vi mye forskning som omhandler temaet dokumentasjon i pasientjournalen. Det er gjennomgående tema at dokumentasjonen er mangelfull, men også at helsepersonell synes det er utfordrende å dokumentere. Forskning viser at bruk av sjekklister i helsetjenesten er med på å øke pasientsikkerhet og samtidig være et effektivt middel for å øke kvaliteten på helsetjenestene (Oslo universitetssykehus og Oslo kommune, 2014). SAFE sjekklisten kan bidra til struktur på dokumentasjonen og på den måten lette dokumentasjonsarbeidet. Vi opplever at det er mange som ikke kjenner til SAFE- sjekklisten. Etter gjennomført studium ønsker vi å se på om SAFE kan implementeres i det daglige arbeidet, og på den måten strukturere dokumentasjonsarbeidet.

Det kunne være spennende å gjennomføre dokumentasjonsopplæring i kommunen. I etterkant av opplæringen vært interessant å gjennomføre det samme prosjektet for å se om resultatene har endret seg. Samtidig vil det antagelig innen dette også være flere AKS som jobber i kommunen.

5.7 Diskusjon av metode

Med denne masteroppgaven ønsket vi å besvare problemstillingen som handler om hva helsepersonell i hjemmesykepleien dokumenterer i EPJ før akuttinnleggelse i sykehus. Vi har gjennomført en kvantitativ kartleggingsundersøkelse med retrospektivt design. For å få svar på problemstillingen, leste vi det som helsepersonell hadde dokumentert i EPJ. En del forskning går på å spørre ansatte enten via spørreskjema eller intervju hvordan de ville handlet i en gitt situasjon. Vi har valgt å se etter hva helsepersonell dokumenterer i pasientenes journal. Tanken ved å bruke pasientjournalen i stedet for spørreskjemaer er fordi helsepersonell ofte ønsker å fremstille seg bedre enn de egentlig er (Polit & Beck, 2017). Ved å gjennomføre en slik studie kan vi undersøke ulike sider ved praksis slik den faktisk er (Thornquist, 2003).

Vi er klare på at våre funn ikke nødvendigvis gjenspeiler den helsehjelpen pasienten har fått, men det helsepersonell har dokumentert i EPJ. Det kan godt være at helsepersonell har observert symptomer og handlet ut ifra disse uten at dette står nedfelt i EPJ. Det kan være at vurderinger og eller målinger er utført, men ikke registrert inn i EPJ, eller kan være dokumentert et annet sted slik at vi ikke fikk dette opp da vi leste EPJ. Vi jobber selv i kommunen og har erfart at det blir gjort gode observasjoner og vurderinger i praksis som ikke blir dokumentert.

I starten på datainnsamlingen brukte vi tid på å finne ut hvordan vi enklest mulig kunne finne fram til pasienter som falt inn under inklusjonskriteriene. Vi fant ut at det var lettest å sjekke alder først, deretter når kommunale tjenester var tildelt. Det neste vi sjekket var innleggingsdato fra epikrisen for å se hvilken dag vi skulle starte datainnsamlingen. Ved å samle data retrospektivt har vi ingen påvirkning på det som allerede er dokumentert i EPJ. Vi forsøkte å være så konsekvente som mulig under datainnsamlingen ved at vi hadde den samme arbeidsfordelingen gjennom hele arbeidet. I følge Polit og Beck har dette betydning for studiens validitet (2017). Vi hadde også en dobbeltkontroll av hverandre for å sikre at vi samlet inn de riktige dataene og minke risiko for bias. Den som leste så over at det var krysset av riktig på avkryssingsskjema, og den som satt med avkryssning leste over EPJ. Det ble også utført dobbeltkontroll under plotting av data i SPSS for å redusere fare for menneskelige feil.

For å kunne klare å få tak i oversikt over pasienter som ble akuttinnlagt fra hjemmesykepleien så vi oss nødt til å sette det som et inklusjonskriterie at pasientene skulle på korttidsopphold. Dette fordi det lettet arbeidet med å finne utvalget. Samtidig ønsket vi å ha med pasienter som ikke kunne skrives ut til hjemmet etter sykehusopphold da vi ønsket å inkludere de skrøpeligste pasientene. Vi inkluderte pasienter over 65 år, men vi kan ikke vite om disse pasientene kan betegnes som geriatriske pasienter. Årsaken til at pasientene måtte ha hjemmesykepleie eller trygghetsalarm før innleggelse, var at det kun er pasienter med tjenester som har dokumentasjon i EPJ.

Vi ville se i dokumentasjonen hvilke opplysninger og handlinger som var dokumentert, ikke faglige vurderinger. Derfor registrerte vi om det fantes dokumentasjon eller ikke og variablene ble derfor dikotome. Analyser på våre data måtte være ut fra det datamaterialet vi hadde. Med dikotome

variabler kunne vi undersøke sammenhenger. Frekvensanalysene illustrerte fordeling av alder og innleggelsesdiagnoser.

Å bruke akutt funksjonssvikt som egen innleggelsesdiagnose ser vi nå at kan ha dekket over andre diagnoser. Akutt funksjonssvikt kan sees på som et paraplybegrep, samtidig kan andre diagnoser ha dekket over pasienter som hadde akutt funksjonssvikt. For eksempel er fall regnet som et symptom på akutt funksjonssvikt. Pasienter med FCF kan ha FCF som innleggelsesdiagnose, mens de kanskje i utgangspunktet samtidig hadde symptomer på akutt funksjonssvikt. Ofte legges eldre inn med uspesifikk diagnose som akutt funksjonssvikt eller redusert allmenntilstand (Ranhoff, 2014a)

Siden det var brukt mange ulike ord med samme betydning, har vi hatt behov for å kunne tolke enkelte ord. Eksempel på slik tolkning er da det var dokumentert «ikke i form» registrerte vi dette som «nedsatt allmenntilstand». «trenger støtte», «sjangle» eller «holder seg fast i rekkverket» ble registrert som ustø. Selv om manglede data i denne studien er et funn, er det samtidig nødvendig å nevne at det kan være naturlige årsaker til at data mangler i EPJ. Pasienter eller pårørende kan selv ha tatt kontakt med lege uten bistand fra hjemmesykepleien. I disse tilfellene vil det ikke være dokumentasjon i EPJ.

6 Konklusjon

I denne kvantitative retrospektive kartleggingsundersøkelsen har vi samlet og analysert hva som registreres i EPJ. Hovedfunnene vi har kommet frem til, er at det vies plass i EPJ til pasientens symptomer, og at det kommer frem lite observasjoner og vurderinger. De vanligste innleggelsesdiagnosene hos pasienter over 65 år som legges inn fra hjemmesykepleien er FCF, akutt funksjonssvikt, pneumoni og kreft. Analysene viste at det er forskjell på hvilke diagnoser pasienter over 85 år og under 85 år innlegges med. Pasientene over 85 år ble oftest innlagt med akutt funksjonssvikt og pneumoni. De eldste har en innleggelsesdiagnose hvor symptomatologien kan være diffus, og endringer i tilstanden kan være utfordrende å oppdage. Disse pasientene kan være alvorlig syke uten at de gir uttrykk for det i form av klare symptomer. De kan heller uttrykke at de føler seg slappe og ikke orker å stå opp av sengen. Dette er viktige observasjoner som helsepersonell må være oppmerksomme på. En brå endring i pasientens tilstand må oppfattes som tegn på sykdom og må kartlegges for å utelukke alvorlig sykdom som trenger behandling. Hvis helsepersonell gjør dette og ikke oppfatter pasientens endringer som et økt behov for pleie, kan enkelte sykehusinnleggelser forebygges.

Ut fra analysene ser vi at dokumentasjonen er mangelfull, og at dette også samsvarer med den litteraturen vi har gjennomgått. Under gjennomgangen av pasientjournalene, så vi at personalet i liten grad refererte til EWS som beslutningsstøtte i vurderingen av pasientene. Det var også lite henvisning til systematiske kliniske undersøkelser. Systematisk bruk av kartleggingsverktøy vil hjelpe personalet med å strukturere dokumentasjon. Den forskningen og litteraturen vi har lest beskriver også dokumentasjonen som ustrukturert og mangelfull. Samtidig leser vi at det er stort fokus på hvordan det er mulig å forbedre dokumentasjonen. Her kommer bruk av felles terminologi inn. Det jobbes også med å forbedre kommunikasjonen mellom elektroniske dokumentasjonsprogrammer slik at det er mulig å utveksle informasjon mellom behandlingsnivåer.

De dokumenterte symptomene i denne studien sammenfaller med de symptomene faglitteratur beskriver ved de ulike diagnosene. Ut fra resultatene i denne studien kan vi kanskje anta at helsepersonell har dokumentert pasientens symptomer ved de ulike diagnosene. Helsepersonells totale vurdering kommer ikke frem gjennom dokumentasjonen.

God dokumentasjon gir bedre informasjonsflyt mellom helsepersonell. Dersom helsepersonell ser gevinsten av det gode dokumentasjonsarbeidet, vil det muligens bidra til en positiv holdningsendring. Der fokuset på dokumentasjonen går fra å være en pålagt plikt, til en spennende og interessant del av arbeidet. I praksis kan det oppleves som at dokumentasjonen kan gå på bekostning av direkte pasientkontakt, og dokumentasjonen kan derfor bli nedprioritert. Det er nødvendig at studenter og nyansatte får god og grunnleggende opplæring i dokumentasjonsarbeid, og at ledelsen legger til rette slik at dette arbeidet kan utføres.

Litteraturliste

- Andersen-Ranberg, K., & Matzen, L. E. (2016). Den geriatriske patient. I E. A. Holm & F. Rønholt (Red.), *Geriatriske* (s. 47-56). København: Munksgaard.
- Andersen, G. D. (2012). Tid til forandring – Systematisk observation. *Klinisk Sygepleje*, 26(1), 45-52 ER.
- Andersen, I. D. (1998). Sykepleieprosessen. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Generell sykepleie 2* (s. 11-61). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Andersson, H., Lindholm, M., Pettersson, M., & Jonasson, L.-L. (2017). Nurses competencies in Home health care: An interview study. *Bmc Nursing*, 16(65). doi: 10.1186/s12912-017-0264-9
- Balteskard, L. (2017). *Eldrehelsetatlas for Norge: En oversikt og analyse av somatiske helsetjenester for befolkningen 75 år og eldre for årene 2013–2015*. (Nr2/2017). Hentet fra https://helseatlas.no/sites/default/files/eldrehelseatlas_rapport.pdf
- Bergsagel, I. (2018). International Classification for Nursing Practice (ICNP): Anbefaler standardisert terminologi for sykepleie. *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/06/anbefaler-standardisert-terminologi-sykepleie>
- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjark, I. T., & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff.(Report). 15(5). doi: 10.1186/s12912-016-0124-z
- Birkeland, A. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bjørnnes, A. K., & Gjevjon, E. R. (2019). Kvalitet i kvantitativ metode – et innblikk. *Sykepleien forskning [elektronisk ressurs]*, 1-9.
- Dahl, K. (2009). Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv. *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/dokumentasjon-og-prosess-dilemmaer-i-et-historisk-perspektiv>
- De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D., . . . Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1544-1552. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2015). *Folkehelsemeldingen : mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt.
- Drange, B. B. (2009). Kvalitet, eller...? *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kvalitet-eller>
- Drange, B. B., Hjertnes, A.-M., Høyvik, E., & Mo, K. (2019). Studenter lærer å dokumentere sykepleie enklere. *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/studenter-laerer-dokumentere-sykepleie-enklere>
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Smedby, B. (2001). Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 133-141. doi: 10.1046/j.1471-6712.2001.00011.x

- Everett, E. L., & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven : hvordan begynne - og fullføre* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagerström, L. (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska : avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Fagerström, L. (2019a). Avansert klinisk sykepleie- et begrunnet behov. I L. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (1. utg., s. 17-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagerström, L. (2019b). Hva er avansert klinisk sykepleie. I L. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (1. utg., s. 39-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagerström, L. (2019c). Sentrale kompetanseområder i avansert klinisk sykepleie. I L. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (1. utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Faiz, K. W., & Sundseth, A. (2013). Hvor ble det av tiden? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2013/05/kommentarartikkel/hvor-ble-det-av-tiden>
- Fermann, T., & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 238-261). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fonn, M. (2019). Pasient døde: Magnhild (85) fikk ikke forsvarlig helsehjelp av hjemmesykepleien. *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/09/pasient-dode-magnhild-85-fikk-ikke-forsvarlig-helsehjelp-av-hjemmesykepleien>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Fosse, A. (2015). Funksjonssvikt hos eldre ; målrettet utredning i førstelinjetjenesten. *Utposten*, 44(1), 17-20.
- Gill, T. M., Baker, D. I., Gottschalk, M., Peduzzi, P. N., Allore, H., & Byers, A. (2002). A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home. *The New England Journal of Medicine*, 347(14), 1068-1074. doi: 10.1056/NEJMoa020423
- Gjestsen, M. T., Brannick, K., & Testad, I. (2018). Characteristics and predictors for hospitalizations of home-dwelling older persons receiving community care: a cohort study from Norway.(Report). *BMC Geriatrics*, 18(1). doi: 10.1186/s12877-018-0887-z
- Gjevjon, E. R., & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 100-108. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x
- Gjevjon, E. R., Linnerud, S. C. W., Andersen, E., Klev, M. S., Johansen, S., & Borglin, G. (2019). SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Sykepleien*(76084), e-76084. doi: 10.4220/Sykepleiens.2019.76084
- Granaas, M., Vatn, L., & Borgen Lund, S. (2016). Fanger opp forverring tidligere. *Sykepleien*(6), 54 57. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.57777
- Helbostad, J. L. (2014). Bevegelse og aktivitet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 340-358). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (05/2015). *Omsorg 2020, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (Meld. St 47,). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*. (Meld. St. 6 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24 juni 2011 nr 30*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2017). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgstjenesten 2016*. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1340/2016_Analyse%20av%20Utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%20.pdf
- Helsedirektoratet. (2019a). *Helhet og sammenheng: Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helhet-og-sammenheng-utvikling-og-variasjon-i-bruk-av-helse-og-omsorgstjenester-blant-pasienter-med-behov-for-helhetlige-tjenester>
- Helsedirektoratet. (2019b). *I trygge hender 24-7: innsatsområde: tidlig oppdagelse av forverret tilstand*. fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heppner, H. J., Cornel, S., Peter, W., Philipp, B., & Katrin, S. (2013). Infections in the Elderly. *Critical Care Clinics*, 29(3), 757-774. doi: 10.1016/j.ccc.2013.03.016
- Hofstad, E. (2011a). Altfor lange journaler truer pasientsikkerhet. *Tidsskriftet sykepleien*, 99(13), 20-22. Hentet fra <https://sykepleien.no/2011/11/altfor-lange-journaler-truer-pasientsikkerhet>
- Hofstad, E. (2011b). Oppdrag utført - uheldig praksis. *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2011/11/oppdrag-utfort-uheldig-praksis>
- Holm, E., & Henriksen, L. (2017). Sygdom hos den geriatriske patient. I S. Jastrup & E. Holm (Red.), *Sygepleje til ældre* (1. utg., s. 53-63). København: Munksgaard.
- Husebø, B. S., Erdal, A., Kjellstadli, C., & Bøe, J. B. (2017). *Helsehjelp til eldre. Kunnskapsoppsummering*. Universitetet i Bergen: Senter for alders- og sykehjemsmedisin.
- Häyrynen, K., Lammintakanen, J., & Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 79(8), 554-564. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2010.05.002
- Jakobsen, S., & Carlsen, T. L. (2016). Ortogeriatrici. I E. A. Holm & F. Rønholt (Red.), *Geriatrici* (s. 399-407). København: Munksgaard.
- Johannesen, L. M., & Ryen, E. (2019). Pasienters synlighet og medvirkning i vaktskifterapporter. I R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten - en arbeidshverdag i endring* (s. 33-47): Cappelen Damm Akademisk.
- Johannessen, A. (2007). *Introduksjon til SPSS : versjon 14, 15 og 16* (3. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johansen, E., & Fagerström, L. (2010). An investigation of the role nurses play in Norwegian home care. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 497-502. doi: 10.12968/bjcn.2010.15.10.78742
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad notam Gyldendal.

- Kirkevold, M. (2014a). Gammel og syk. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 22-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2014b). Hjerneslag. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 464-478). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2014c). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122-143). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Knudsen, S. L. (2019). Pasient fikk ikke forsvarlig helsehjelp: -Det er bare å beklage, *Drammens Tidende*. Hentet fra <https://www.dt.no/nyheter/helse-og-omsorg/liertun/pasient-fikk-ikke-forsvarlig-helsehjelp-det-er-bare-a-beklage/s/5-65-134158>
- Kvittingen, I. (2016). – Syke eldre får ikke den hjelpen de trenger. Hentet fra <https://forskning.no/helse-aldring-sykepleie/syke-eldre-far-ikke-den-hjelpen-de-trenger/440806>
- Laitinen, H. (2014). *The Significance of Proximity and Timeliness for Patient-focused Nursing Care and Electronic Documentation in Acute Care Wards*. Paper presentert.
- Landmark, B., & Stegen, A. (2017). *Vurderingskompetanse - evalueringsrapport*. Drammen: Utviklingsenheten skap gode dager.
- Lange, P. (2016). Lungesykdomme. I E. A. Holm & F. Rønholt (Red.), *Geriatri* (s. 91-111). København: Munksgaard.
- Laukvik, L. B., Mølstad, K., & Fossum, M. (2017). Felles fagspråk i sykepleie-dokumentasjon. *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/05/felles-fagsprak-i-sykepleiedokumentasjon>
- Matzen, L. E., & Rønholt, F. (2016). Geriatri. I E. A. Holm & F. Rønholt (Red.), *Geriatri* (s. 37-44). København: Munksgaard.
- Moe, L. (2018). Etterlyser mer dokumentasjon av kreftbehandling for eldre. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/062/26/etterlyser-mer-dokumentasjon-for-kreftbehandling-av-eldre/>
- Morilla-Herrera, J. C., Garcia-Mayor, S., Martín-Santos, F. J., Kaknani Uttumchandani, S., Leon Campos, Á., Caro Bautista, J., & Morales-Asencio, J. M. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 290-307. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010
- Mushta, J., Rush, K. L., & Andersen, E. (2018). Failure to rescue as a nurse-sensitive indicator. *Nursing Forum*, 53(1), 84-92. doi: doi:10.1111/nuf.12215
- NSD. (2018). *Norsk senter for forskningsdata*. fra <http://www.nsd.uib.no/>
- NSFs faggruppe for e-helse. (2017). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ*.
- Nygaard, H. A., & Skogen, O. R. (2012). Geriatri som klinisk fag. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri : en innføring* (s. 81-105). Bergen: Fagbokforlaget.
- Næss, G. (2008). Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket? : Høgskolen i Vestfold.
- Næss, G., Bing-Jonsson, P. C., & Gyltnes, K. A. Ø. (2011). *Bedre samhandling om multisyke eldre : kvalitetssikring av medikamentell behandling og vurdering av helsetilstand i primærhelsetjenesten* (B. 03/2011): Høgskolen i Vestfold.
- Næss, G., Søvde, Å. K., & Wang-Hansen, M. S. (2019). *Akutt syke eldre som kommer til sykehus : hva kjennetegner deres helsetilstand og behovet for helsehjelp?* . Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

- Nøst, T. H., Blekken, L. E., & André, B. (2015). Sykepleieres erfaringer med innføring av sykepleiediagnoser. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 89-103. doi: 10.7557/14.3482
- Olivares Bøgeskov, B., & Grimshaw-Aagaard, S. L. S. (2019). Essential task or meaningless burden? Nurses' perceptions of the value of documentation. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1), 9-19. doi: 10.1177/2057158518773906
- Olsen, R. M. (2013). *Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter* (Doktoravhandling). Sundsvall: Mittuniversitetet, Sundsvall.
- Olsen, R. M., & Wibe, T. (2019). Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien. I R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten - en arbeidshverdag i endring* (s. 113-130): Cappelen Damm Akademisk.
- Oslo universitetssykehus og Oslo kommune. (2014). *Sluttrapport for prosjektet Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre 2012-2013*. Oslo universitetssykehus ved Stab samhandling og internasjonalt samarbeid, i samarbeid med Oslo kommune ved Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, bydelene Nordre Aker, Østensjø og Bjerke og fastlegene i samme bydeler.
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal*. (FOR-2019-03-01-168). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168>
- Pasientjournalloven. (2015). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) av 20 juni 2014 nr 42*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Pettersen, R., & Wyller, T. B. (2007). Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(5), 600-603.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Poulsen, C. T., & Jastrup, S. (2017). Omsorg for ældre. I S. Jastrup & E. Holm (Red.), *Sygepleje til ældre* (1. utg., s. 31-41). København: Munksgaard.
- Ragnhild, H., & Sogstad, M. (2019). "Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det" - sykepleieres refleksjoner om sin journalføring. I R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten - en arbeidshverdag i endring* (s. 73-89): Cappelen Damm Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2014a). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 225-236). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2014b). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-90). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ranhoff, A. H., Helbostad, J., & Martinsen, M. I. (2014). Osteoporose og brudd. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 511-518). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Remlo, L., & Olsen, K. J. (2018). *Dokumentasjon av helsehjelp -et kompetanse- og kvalitetsforbedringsprogram for kommunene i Troms*. Tromsø.
- Ridley, S. (2005). The recognition and early management of critical illness. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 87(5), 315-322. doi: 10.1308/003588405X60669
- Rostgaard, T. (2016). Alderdomsafgrænsning, sociologiske aldringsmodeller aldringspolitik. I E. A. Holm & F. Rønholt (Red.), *Geriatrici* (s. 29-35). København: Munksgaard.
- Rostoft, S., & Skaar, E. (2016). Er pasienten min skrøpelig? *Indremedisinen*, 4, 26-29.

- Skotnes, L. H., Omli, R., Einarsen, E. K., & Dahlhaug, L. (2014). Eliminasjonsproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 324-337). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smith, G. B., Osgood, V. M., & Crane, S. (2002). ALERT™—a multiprofessional training course in the care of the acutely ill adult patient. *Resuscitation*, 52(3), 281-286. doi: 10.1016/S0300-9572(01)00477-4
- Solbakken, R., Bondas, T., & Kasén, A. (2019). Hvordan kan ledere forebygge feil i hjemmesykepleien? *Sykepleien* 05/19, 106-110. doi: 10.4220/Sykepleiens.2019.78400
- Solbakken, S. S. (2019). *Statistikk for nybegynnere*. Bergen: Fagbokforl.
- Solvang, A. (2009). Stille rapport. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/stille-rapport>
- Stevenson, J. E., & Nilsson, G. (2012). Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study.(Report). *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 667.
- Stokke, A. (2018). *Terminologi for sykepleiepraksis- konseptutredning*.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 390-405). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tøien, M. (2019). Helsefremmende og forebyggende sykepleie i eldreomsorg. I L. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (1. utg., s. 178-198). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Vee, T. S., & Hestetun, M. (2009). Struktur og rutinar, - naudsynte føresetnader for å sikra sjukepleiedokumentasjonen. *Vård i Norden (trykt utg.)*, 29(3), 50-52.
- Vilpert, S., Ruedin, H. J., Trueb, L., Monod-Zorzi, S., Yersin, B., & Büla, C. (2013). Emergency department use by oldest-old patients from 2005 to 2010 in a Swiss university hospital. *BMC health services research*, 13(1), 344-344. doi: 10.1186/1472-6963-13-344
- Westad, B., & Saunes, J. (2009). Studenter uten passord. *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/studenter-uten-passord>
- Wyller, T. B. (2012). Eldre og legemidler. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri : en innføring* (s. 131-140). Bergen: Fagbokforlaget.
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici : en medisinsk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Öhlén, A., Forsberg, C., & Broberger, E. (2013). Documentation of Nursing Care in Advanced Home Care. *Home Health Care Management & Practice*, 25(4), 169-175. doi: 10.1177/1084822313490729
- Østby, B. A. (2012). Rapport og dokumentasjon koster milliarder. *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2012/10/rapport-og-dokumentasjon-koster-milliarder>
- Østby, B. A. (2013). Hjemme-sykepleien dropper pasient-rapport. *Tidsskriftet sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2013/06/hjemmesykepleien-dropper-pasientrapport>

Oversikt over figurer og tabeller

Figur 4.1: Aldersfordeling	s 27
Figur 4.2: Prevalens av innleggelsesdiagnoser	s 28
Figur 4.3: Prevalens av innleggelsesdiagnoser for pasienter etter alder under 85 år, og over 85 år fordelt på de fire vanligste innleggelsesdiagnosene	s 28
Tabell 4.1: Dokumenterte symptomer ved de fire vanligste innleggelsesdiagnosene	s 30
Tabell 4.2: Antall symptomer ved de fire vanligste innleggelsesdiagnosene	s 31
Tabell 4.3: Antall vitalia og supplerende tester	s 31
Tabell 4.4: Vitalia og supplerende tester på de fire vanligste innleggelsesdiagnosene	s 32

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra personvernombudet i kommunen

Hei Heidi og Marianne

Takk for møtet i dag, hvor vi diskuterte personvernkonsekvensene knyttet til forskningsprosjektet/masteroppgaven om akutt funksjonssvikt. Min funksjon som personvernombud i Drammen kommune er å «informere og gi råd» til den behandlingsansvarlige (kommunen ved rådmannen) «om de forpliktelsene de har i henhold til denne forordning» <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38/gdpr/a39>.

Jeg har gjennomgått de prosessene og dokumentene dere har sendt når det gjelder Drammen kommunes behandling av personopplysninger i prosjektet. Jeg konkluderer følgende:

1. Kommunen har behandlingsgrunnlag i personvernforordningens artikkel 6 e). Artikkel 9 (2) (j) gjør det mulig å behandle helseopplysninger til forskningsformål.
2. Det er ikke mulig å automatisere uttrekket av 100 pasienter i informasjonssystemet Gerica. Utvelgelsen må derfor gjøres manuelt.
3. Et utvalg på 100 personer gjør at personopplysningene i skjemaet for registrering av dokumentasjon er anonymisert i henhold til artikkel 89 (1).
4. Begge forskerne har opplæring i behandling av pasientopplysninger og er underlagt taushetsplikt.

Det er min tolkning at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i tråd med personvernforordningen og at det er truffet nødvendige tekniske og organisatoriske tiltak i henhold til artikkel 32.

Vennlig hilsen



Nils G. Indahl

Personvernombudet i kommunene Drammen, Nedre Eiker og Svelvik
Mobil: 984 20 780
Engene 1, 3008 Drammen

<https://www.drammen.kommune.no/personvernombud>

Marianne Uggen Hansen
Heidi Jakobsen
Studenter i Avansert Klinisk Sykepleie

Virksomhetsleder Vigdis Jægersborg
Fagrådgiver Siobhan Brazill

10.10.2018

Søknad om tillatelse for innhenting av data til masteroppgave.

Viser til samtale med Siobhan Brazill og tidligere virksomhetsleder Jan Berg som har godkjent prosjektet muntlig.

Vi er to studenter i Avansert Klinisk sykepleie som har hatt klinisk praksis ved Drammen Helsehus i 13 uker. Til daglig jobber vi i hjemmetjensten i Drammen kommune, henholdsvis på natt og dag/kveld.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse at akutt funksjonssvikt er et vanlig problem i hjemmesykepleien som kan være vanskelig å oppdage. Det kreves kompetanse for å kunne igangsette de riktige tiltakene når symptomene oppstår. Formålet vil være å sette fokus på hvor viktig det er at akutt funksjonssvikt relateres til sykdom. Problemstillingen vi har utarbeidet er «Hvordan dokumenteres tegn på akutt funksjonssvikt av helsepersonell i hjemmesykepleien?» For å få svar på dette vil vi bruke dokumentasjonen fra elektronisk pasientjournal som analyseres med kvantitativ metode. Utvalget er pasienter som kommer inn på korttids plass direkte fra sykehuset. I vår studie har vi et mål om 100 inkluderte pasienter.

Med denne studien ønsker vi å se hva vi som avanserte kliniske sykepleiere kan bidra med for å øke kompetansen på akutt funksjonssvikt, da det er viktig at dette oppdages på et tidlig tidspunkt. Vi håper at denne oppgaven kan brukes som en del av et kvalitetsforbedringsprosjekt i kommunen.

For å kunne gjennomføre prosjektet ber vi om dispensasjon fra taushetsplikten for å kunne innhente data fra elektronisk pasientjournal.

Vennlig hilsen

Marianne Uggen Hansen

Marianne Uggen Hansen

Heidi Jakobsen

Heidi Jakobsen

Drammen Helsehus godkjenner at Marianne Uggen Hansen og Heidi Jakobsen kan gjennomføre prosjektet.

Drammen helsehus, 10/10-18 Sigdis Bjerke Jøgersberg

Vedlegg 3: Avkryssningsskjema

Deltager nummer

Dag

Alder:

65-69

70-74

75-79

80-84

85-89

90-94

95-

Symptomer:

Svimmel <input type="checkbox"/>	Forvirret <input type="checkbox"/>	Ustø <input type="checkbox"/>	Fall <input type="checkbox"/>	Sløv <input type="checkbox"/>
Nedsatt alm. <input type="checkbox"/>	Nedsatt matlyst <input type="checkbox"/>	Hoste <input type="checkbox"/>		
Hallusinasjon/delir <input type="checkbox"/>	Immobil <input type="checkbox"/>	Slapphet <input type="checkbox"/>	Smerter <input type="checkbox"/>	
Kvalme <input type="checkbox"/>	Oppkast <input type="checkbox"/>	Dyspnoe <input type="checkbox"/>	Nyoppstått inkontinens <input type="checkbox"/>	Skjelving <input type="checkbox"/>
Brystmerter <input type="checkbox"/>	Ødem <input type="checkbox"/>	Nedsatt ADL <input type="checkbox"/>	Endret stemningsleie <input type="checkbox"/>	
Ukontaktbar <input type="checkbox"/>	Trøtt/søvn <input type="checkbox"/>	Fraværende <input type="checkbox"/>	Avføringsinkontinens <input type="checkbox"/>	
Diaré <input type="checkbox"/>	Obstipasjon <input type="checkbox"/>	Hud <input type="checkbox"/>	Sover i stol <input type="checkbox"/>	Ekspektorat <input type="checkbox"/>

Kontaktårsak:

Ordinært besøk <input type="checkbox"/>	Trygghetsalarm <input type="checkbox"/>	Telefon <input type="checkbox"/>
Varsel fra pårørende/andre <input type="checkbox"/>	Ekstraordinært besøk <input type="checkbox"/>	

Vurdering:

Se an til neste besøk <input type="checkbox"/>	Kontakte sykepleier <input type="checkbox"/>	Kontakte lege <input type="checkbox"/>
Ambulansebestilling <input type="checkbox"/>	113 <input type="checkbox"/>	Ekstra tilsyn <input type="checkbox"/>

Vitalia:

BT <input type="checkbox"/>	Puls <input type="checkbox"/>	RF <input type="checkbox"/>	SpO2 <input type="checkbox"/>	Temp <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Supplerende tester:

Blodsukker <input type="checkbox"/>	CRP <input type="checkbox"/>	Urinstix <input type="checkbox"/>	FAST <input type="checkbox"/>	NRS <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Innleggelsesdiagnose:

Pneumoni <input type="checkbox"/>	UVI <input type="checkbox"/>	FCF <input type="checkbox"/>	Sepsis <input type="checkbox"/>	Kols eksaserbasjon <input type="checkbox"/>
Hjertesvikt eksaserbasjon <input type="checkbox"/>		Akutt funksjonssvikt <input type="checkbox"/>		Hjerneslag <input type="checkbox"/>
Annet <input type="checkbox"/>	Fraktur <input type="checkbox"/>	Delirium <input type="checkbox"/>		Dehydrering <input type="checkbox"/>
Hjerte <input type="checkbox"/>	Kreft <input type="checkbox"/>	Infeksjon uspes. <input type="checkbox"/>		