

Introduksjon: Digitalisering i sykepleietjenesten

Helsetjenesten er inne i en brytningstid hvor betingelser endres og etablerte måter å arbeide på er satt under press. Den demografiske utviklingen og endringer i sykdomspanorama er en kjent utfordring. En annen er den økende digitaliseringen hvor nye informasjonssystemer lever parallelt med papirbaserte og analoge systemer. En tredje utfordring er kravet til økt standardisering. Endringene har betydning for både helsearbeider og pasient, og kan gi nye utfordringer i samspillet imellom dem.

Selv om pasienter med behov for sykepleie finnes i alle deler av helsetjenesten, vil denne antologien konsentrere seg om tre områder vi mener er vesentlig i sykepleiepraksis: pasientens medvirkning, sykepleierens journalføring og noen sentrale verktøy som har betydning for kvalitet og for samhandling med andre aktører.

Det er store forventninger til at digitalisering kan bidra til å forbedre kvaliteten på helsetjenesten og å styrke beredskapen for å møte tjenestens fremtidige utfordringer (Hauge, 2017). Samtidig skal helsepersonell innfri myndighetsforventninger slik de er nedfelt i styrende dokumenter. Et sentralt krav fra myndighetene er helsepersonells plikt til å føre pasientjournal (Helsepersonelloven, 1999). Hva innebærer det i den digitaliserte helsetjenesten? Hvilken rolle har pasientjournalen i det moderne informasjonssamfunnet? Og hvilken betydning har det for journalføringen at helsetjenesten blir mer sammensatt, spesialisert og fragmentert? Og ikke minst: har endring i forventninger som følge av diskursen om pasientens helsetjeneste innvirkning på hva og hvordan sykepleiere journalfører? I denne antologien setter vi søkelys på aspekter som har betydning for sykepleietjenestens nåværende og fremtidige informasjons- og dokumentasjonsarbeid.

Vi har samlet bidrag fra flere forskere som representerer et bredt spekter av fagområder, og som har erfaring fra ulike nivå i helsetjenesten og fra ulike miljøer fra forsknings- og utdanningssektoren. Disse bidrar

med perspektiver og kunnskap fra flere forskningstradisjoner. Antologien gir ingen oppskrift på løsninger. Et mål med å velge ut et spekter av områder og temaer er at vi ønsker at antologien skal reflektere noe av mangfoldet sykepleiere møter i sin praksis; både av informasjons- og dokumentasjonsarbeid, men også belyse den mangefasettede virkeligheten hvor for eksempel pasientenes medvirkning endrer vilkårene for etablerte praksiser. Uten innsikt og forståelse for nye trender er det vanskelig å kunne vite noe om muligheter og begrensninger teknologier kan gi i en etablert profesjon og praksis. For eksempel utfordres sykepleiens relasjonelle arbeid hvor økt samhandling er nødvendig for at mange pasienter skal få dekket sine helsetjenestebehov (Bjørnsdottir, 2018). Tidligere var sykepleiernes relasjon til pasienten kjennetegnet av en «en-til-en»-relasjon, mens dagens virkelighet er at pasientenes helse-tilstand krever en «mange-til-mange»-relasjon (Allen, 2015; Hellesø & Lorensen, 2005). Samarbeid og tverrfaglig virksomhet er sentralt i helse-tjenesten, men også samarbeid innad mellom sykepleiere kan by på både faglige og kulturelle utfordringer (Hellesø & Fagermoen, 2010). Flere av bidragene belyser ulike former for samspill mellom helsetjenestens aktører og mellom aktører og pasienter med utgangspunkt i sykepleiernes informasjonsarbeid.

I tråd med kriterier for vitenskapelig antologi presenterer de enkelte kapitlene ny kunnskap og innsikt. Men for å fremme kreativitet og mangfold i bidragene har vi valgt å ikke la forfatterne være bundet til strenge rammer for struktur som gjerne forbindes med tradisjonell vitenskapelig publisering (såkalt IMRaD-struktur). Selv om mange kapitler bygger på denne strukturen, håper vi variasjonen kan bidra til å skape interesse og gjøre antologien leseverdilig for flere enn de som vanligvis leser forskningsartikler.

Antologien har tre deler. Første del handler om hvilken betydning pasienters medvirkning har i møtet mellom informasjon, dokumentasjon og språklig tilgjengelighet. I kapittel 1, med tittelen *Informasjonssystemer er fortellinger om pasienten*, retter Andreassen søkelys på to pågående endringsprosesser i helsesektoren: pasientsentrering og digitalisering. Hun argumenterer for at det eksisterer en spenning mellom disse to: ideen om å sette den individuelle pasienten i sentrum på den

ene siden, og idealet om objektive standarder for digital dokumentasjon på den andre. Med utgangspunkt i litteraturgjennomgang på feltet legger hun opp til en diskusjon og refleksjon rundt de faglige og praktiske utfordringene sykepleiere står overfor når de på en og samme tid forventes å sentrere sin aktivitet rundt pasienten, dokumentere digitalt, og bygge egen profesjonskunnskap.

Det å sette pasienten i sentrum innebærer også å la pasienten medvirke ved helse- og omsorgstjenester. Pasientmedvirkning er både en rettighet for pasienten og en plikt for helsepersonell – men gjenspeiles dette i sykepleieres journalføring, og kommer pasienten til orde? Dette belyses av Johannesen og Ryen i kapittel 2, *Pasienters synlighet og medvirkning i vaktskifterapporter*. Med utgangspunkt i vaktskifterapporter forfattet av sykepleiere med norsk som førstespråk og sykepleiere med norsk som andrespråk, undersøker de hvordan og i hvilken grad pasienters ytringer og følelsesmessige reaksjoner refereres. Her reflekterer de også over forskjeller i rapportering mellom førstespråklige og andrespråklige, og belyser utfordringer knyttet til journalskriving når norsk er andrespråk.

Reell brukermedvirkning forutsetter at pasienten får den informasjon vedkommende trenger for å kunne medvirke og ta riktige valg i bestemmelser som angår egen helse og behandling. Målet er å ivareta informasjonsbehov og styrke autonomi. Fra den tiden hvor pasienten nærmest måtte be pent om å få innsyn i egen journal, er situasjonen i dag slik at mange pasienter har elektronisk tilgang og kan lese journalen fra sin egen stue. Denne muligheten er snart tilgjengelig for alle norske innbyggere. I kapittel 3, «*Sannheten kan være brutal*» – *klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienter*, ser Wibe og Hellesø nærmere på hvilke synspunkter pasienter og helsepersonell har på tilrettelegging for klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienten. I deres studie argumenterer både pasienter og helsepersonell for at helsepersonell må kunne fortsette å bruke fagspråk i pasientjournalen, selv om pasienter i større grad skal regnes med som lesere. Selv om språklige barrierer kan reduseres ved hjelp av elektroniske hjelpemidler både i og utenfor journalen, foreslår forfatterne at sykepleiere og annet helsepersonell gjerne uttrykker seg på vanlig norsk i sin dokumentasjon, der det finnes likeverdige norske uttrykksmåter.

I del to av antologien beveger vi oss over til sykepleieperspektivet, hvor vi ser på sykepleieres praksiser og erfaringer knyttet til deres dokumentasjonsarbeid. Sykepleiere har lang tradisjon for å journalføre sine pasientobservasjoner, og det er skrevet flere bøker og lærebokkapitler om hvordan sykepleiere bør dokumentere basert på faglige krav og legale føringer. Fra de første «sygeberetningene» kom mot slutten av 1800-tallet og frem til i dag med bruk av elektroniske pasientjournaler, har det vært mange debatter om hvordan sykepleiere skal eller bør dokumentere i pasientjournalen (Moen, Berge & Hellesø, 2008). Mye arbeid har vært lagt ned for å utarbeide hensiktsmessige måter å strukturere pasientjournalen på. Likevel har det vist seg vanskelig å få til systemer som oppfattes å være lette å bruke. Felles for mye av den eksisterende litteraturen er at journalføring og normer for hvordan sykepleiere skal journalføre, ses på og beskrives som en isolert oppgave løsrevet fra sykepleierens praksis (Østensen, Bragstad, Hardiker & Hellesø, 2019).

Hva påvirker de valg sykepleiere tar når de skal skrive i pasientjournalen? Dette spørsmålet belyses av Hellesø og Sogstad i kapittel 4, «*Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det*» – *sykepleieres refleksjoner om sin journalføring*. Utgangspunktet er to studier blant sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten hvor de reflekterer over sin journalføringspraksis. Resultatene viser blant annet at sykepleierne forholder seg til en «todelt» pasient når de skal dokumentere: den kroppslige fysiske dimensjonen som man lett kan skrive noe om, og den psykiske ikke-kroppslige dimensjonen som er utfordrende å dokumentere. Pasientenes innsynsrett gjør at sykepleierne må balansere ulike hensyn og interesser. Ikke-kroppslige helseutfordringer oppleves krevende å journalføre fordi de kan være forbundet med skam, men også fordi en mangler et tydelig begrepsapparat for psykososiale forhold.

Dagens helsetjeneste preges av stadig økende krav om standardisering. Samtidig som en ønsker høy grad av individualisering med «pasienten i sentrum», ønsker en på den andre siden å minimere praksisvariasjoner og forbedre kvaliteten på tjenesten som tilbys. I sykepleietjenesten har standardisering av dokumentasjon og EPJ lenge vært et satsingsområde. Bruk av innholdsstandarder i pasientjournalen skal gjøre behovet for fritekst mindre, og bidra til at sykepleiere og annet helsepersonell

kommuniserer på en måte som kan gi felles forståelse (NSFs faggruppe for eHelse, 2017). Hva skjer med dokumentasjonen når sykepleiere må forholde seg til en standardisert tiltaksplan i pasientjournalen? I kapittel 5, *Dokumentasjonspraksis og bruk av elektronisk tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem – En mysteriefokusert studie*, presenterer Brattgjerd, Danielsen, Næss og Olsen resultater fra et implementeringsprosjekt som hadde til formål å innføre en elektronisk tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem. Samtidig som helsepersonellet opplevde at tiltaksplanen var et krevende dokumentasjonsverktøy, blant annet på grunn av sin rigiditet og manglende tilpasning til kontekst, hadde helsepersonellet en gjennomgående positiv holdning til det. Dette hevder forfatterne skyldes tiltaksplanens funksjon som symbol på tillit og legitimering av praksis.

Innholdet i sykepleieres journalføring har vært gjenstand for granskning i en rekke studier, og det rapporteres om dokumentasjon som er både mangelfull og unøyaktig. Men hvilke oppfatninger har sykepleierne selv av det som dokumenteres? Og kan deres oppfatning av dokumentasjonen kobles til pasientsikkerhetskulturen på arbeidstedet? Disse spørsmålene behandles av Olsen og Wibe i kapittel 6, *Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien*. Utgangspunktet er en spørreundersøkelse gjennomført i hjemmetjenesten – en kontekst hvor dokumentasjonsarbeidet kan by på særlige utfordringer ettersom helsepersonellet møter pasientene i deres hjem og oftest uten tilgang til EPJ. Mer alvorlige, komplekse og behandlingsskrevende sykdomstilstander blant pasientene stiller også ekstra store krav til ivaretagelse av kvalitet og sikkerhet i helsehjelpen – og dermed også til hva som journalføres. Olsen og Wibe sin artikkel viser at oppfatning av dokumentasjonen i hjemmesykepleien er overveiende positiv, og at det er en sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og oppfatning av dokumentasjon. Studien indikerer at kvalitetsutvikling av dokumentasjonspraksis bør være en naturlig del av helsetjenestens pasientsikkerhetsarbeid.

Antologiens tredje del tematiserer digitaliseringens betydning for sykepleieres informasjonsarbeid om samhandling ved å presentere noen sentrale verktøy. Sykepleiere innehar en viktig rolle når det gjelder å legge forholdene til rette for god informasjonsutveksling og samhandling både innad i tjenestene og mellom tjenestenivå når pasienter overføres.

Samhandlingsreformen medførte at pasienter utskrives raskere fra sykehus og har større behov for helsehjelp enn før, og dette stiller ekstra store krav til kommunikasjon og samhandling mellom nivåene. Melby, Hellelø, Brattheim og Toussaint ser i kapittel 7, «Irrelevant, dårlig strukturert og for sent kommet informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner», nærmere på hva som hemmer og fremmer samhandling, og spør: Hva oppleves som problematisk for de aktørene som skal samhandle, og hva fungerer godt? Med utgangspunkt i to kvalitative studier beskriver forfatterne tre hovedutfordringer knyttet til å skape god informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune: (1) at innholdet i den skriftlige informasjonen en får tilsendt, samsvarer ikke med det informasjonsbehovet en har, (2) at mottakerne har behov for mer utfyllende og bedre strukturert informasjon, og (3) at mottakerne opplever at informasjonen kommer for sent i hende.

Mens Melby et al. belyser dagens utfordringsbilde, tar Hellelø, Lyngstad, Melby og Brattheim et tilbakeblikk og beskriver i kapittel 8, *Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen*, hvordan utvekslingen av informasjon mellom sykepleiere i sykehus og kommunehelsetjeneste har endret seg før, under og etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012. Med utgangspunkt i tre kvalitative studier finner de at både sykepleiernes redskaper for samhandling og selve samhandlingsklimaet har endret seg. Samtidig som en har gått fra papirbasert til hovedsakelig elektronisk informasjonsutveksling, har også sykepleiernes oppmerksomhet på behovet for informasjonsutveksling økt, og samhandlingen er satt mer i system – den er blitt «rutinisert». Men ifølge forfatterne er det fortsatt behov for faglige diskusjoner om hva *innholdet* i informasjonen bør være.

Nært knyttet til sykepleiers dokumentasjonsarbeid, og essensielt for pasientsikkerheten, er kunnskapsbaserte prosedyrer, retningslinjer og veiledende planer som skal understøtte beslutninger i klinisk praksis. Et eksempel på slik beslutningsstøtte er VAR Healthcare, tidligere kalt Praktiske Prosedyrer i Sykepleien. Avslutningsvis, i kapittel 9, *Fra oppslagsverk til beslutningsstøtte – VAR Healthcare som case*, beskriver Rotegård og Fossum erfaringer med implementering og bruk av beslutningsstøttesystem i utdanning og praksis. Fra verktøyet ble introdusert på starten av

2000-tallet, har det ikke minst bidratt til enklere beslutningsprosesser i dokumentasjon av sykepleie. Men forfatterne løfter også frem eksempler på utfordringer knyttet til implementering av verktøyet, og understreker i den forbindelse behovet for å fremme kunnskapsoppsummeringene og videreutvikle teknologien for å oppnå kunnskapsbasert praksis og pasientsikkerhet.

Vi håper denne antologien vil være en nyttig ressurs for alle som er opptatt av informasjons- og dokumentasjonsarbeid i helsetjenesten. Den primære målgruppen er sykepleiere, men også annet helsepersonell, undervisere og forskere vil kunne dra nytte av antologien fordi den kaster lys over den mangefasetterte digitale hverdagen alle aktører i helsetjenesten må forholde seg til.

Referanser

- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses. Hospitals, organisation and healthcare*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Bjørnsdottir, K. (2018). 'I try to make a net around each patient': home care nursing as relational practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 177–185. <https://doi.org/10.1111/scs.12443>
- Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-6)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: Implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*, 10, e036. <https://doi.org/10.5334/ijic.508>
- Hellesø, R. & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807–822. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.005>
- Moen, A., Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- NSFs faggruppe for eHelse (2017). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ*. Veileder v5.1. Faggruppe for eHelse, Norsk sykepleierforbund. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder_v5.1..pdf
- Østensen, E., Bragstad, L. K., Hardiker, N. R. & Hellesø, R. (2019). Nurses' information practice in municipal health care – a web-like landscape. *Journal of Clinical Nursing*, [Epub før trykk]. <https://doi.org/10.1111/jocn.14873>

