

At navigere i kompleksiteten af sygeplejefaglig journalføring, når patienten har adgang til indholdet

DASYS Dokumentationskonference 2024

Birgitte Lerbæk, sygeplejerske og seniorforsker i Enhed for Psykiatrisk Forskning, Psykiatrien – Aalborg Universitetshospital



PUBLISHED

Læs artiklen om studiet her:

<https://onlinelibrary.wiley.com/share/7GWH32DT7GTU4IXBV9DD?target=10.1111/jan.16502>

Udgivet online d. 1. oktober 2024



EMPIRICAL RESEARCH QUALITATIVE **OPEN ACCESS**

Navigating the Complexities of Nursing Documentation When Patients Have Access to the Content: A Qualitative Study

Birgitte Lerbæk^{1,2} | Kathrine Hoffmann Kusk³ | Lone Jørgensen^{3,4} | Britt Laugesen^{3,5}

¹Unit for Psychiatric Research, Psychiatry—Aalborg University Hospital, Aalborg, Denmark | ²Research Unit Thisted, Aalborg University Hospital, Thisted, Denmark | ³Clinical Nursing Research Unit, Aalborg University Hospital, Aalborg, Denmark | ⁴Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark | ⁵Centre for Clinical Guidelines, Aalborg University, Aalborg, Denmark

Correspondence: Birgitte Lerbæk (birgitte.lerbaek@rn.dk)

Received: 28 March 2024 | **Revised:** 13 August 2024 | **Accepted:** 14 September 2024

Funding: The authors received no specific funding for this work.

Keywords: documentation | focus groups | nurse–patient interaction | qualitative approaches

ABSTRACT

Aim: To explore how Danish registered nurses (RNs) in hospitals experience documenting nursing care in electronic patient records when the content is accessible to patients.

Methods: In a qualitative research design, data were generated in six focus groups conducted in late 2022 and early 2023, comprising 31 RNs employed in inpatient wards at a university hospital in Denmark. Subsequently, qualitative content analysis was applied to the gathered data.

Results: The findings include three themes: (1) weighing one's words, (2) building trust or triggering conflicts and (3) risking loss of knowledge. Together, these three themes illustrate the complexities that RNs navigate when patients have access to the content of nursing documentation.

Conclusion: Patients' access to nursing documentation requires RNs to navigate a complex interplay of factors, including awareness of language-use, influence on the nurse–patient–relative relationships, and the risk of losing essential knowledge. Therefore, although patients' access to nursing documentation can induce a positive change in terms of strengthening the professional focus on documentation, it can also result in changes in documentation practices in ways that may compromise nursing documentation as a working tool.

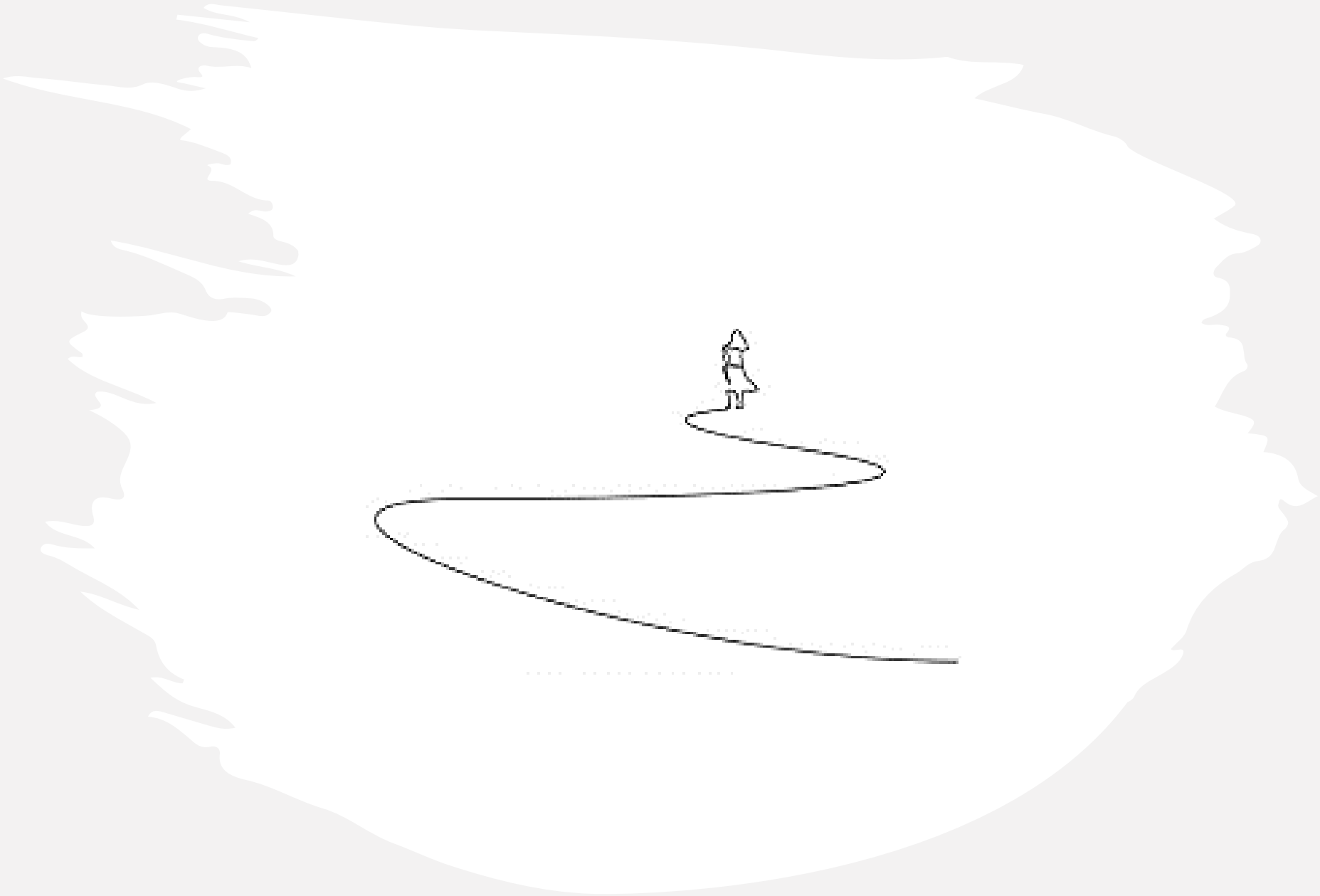
Implications for the Profession and Patient Care: The findings emphasize an urgent need to explore and discuss how sensitive nursing observations can be shared in a safe and appropriate way when patients have access to the documentation. Furthermore, to prevent misunderstandings and conflicts with patients, it is essential to focus on and prioritize patient involvement in nursing documentation.

Impact: RNs navigate complex practices when patients have direct online access to nursing documentation content. It is crucial to clarify which content nursing documentation should entail and how sensitive nursing observations can be shared in a safe and appropriate way.

Reporting: The COREQ checklist was used for reporting.

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

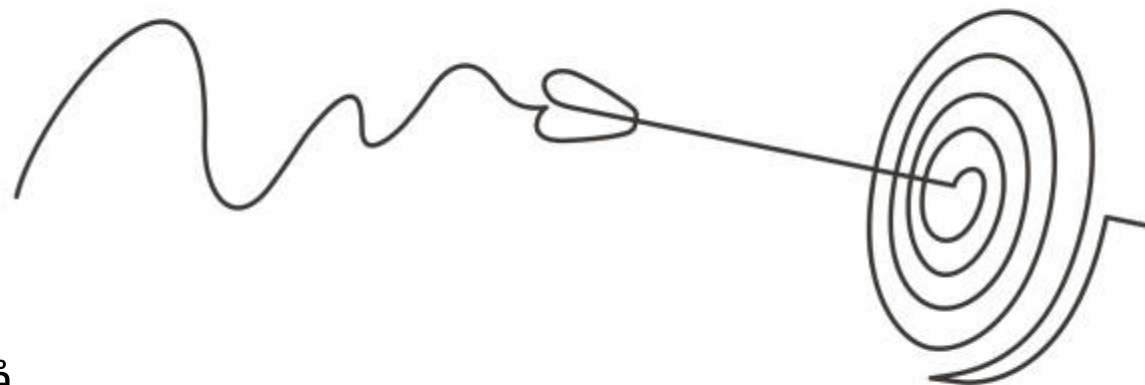
© 2024 The Author(s). *Journal of Advanced Nursing* published by John Wiley & Sons Ltd.



Formål: at undersøge hospitalsansatte sygeplejerskers erfaringer med at dokumentere sygepleje, når patienter kan tilgå den sygeplejefaglige dokumentation online

Metode: Seks fokusgrupper (2022-2023) med 4-7 deltagere i hver.

Grupperne blev faciliteret af tematikker med fokus på dokumentationspraksis, fordele, ulemper og dilemmaer, der kan opstå, når patienter kan tilgå dokumentationen online



Deltagere: 31 sygeplejersker ansat på somatisk eller psykiatrisk sengeafsnit med interesse for sygeplejefaglig dokumentation

Dataanalyse: Kvalitativ indholdsanalyse som beskrevet af Graneheim, Lindgren og Lundman

Table 4: Characteristics of focus groups and participants

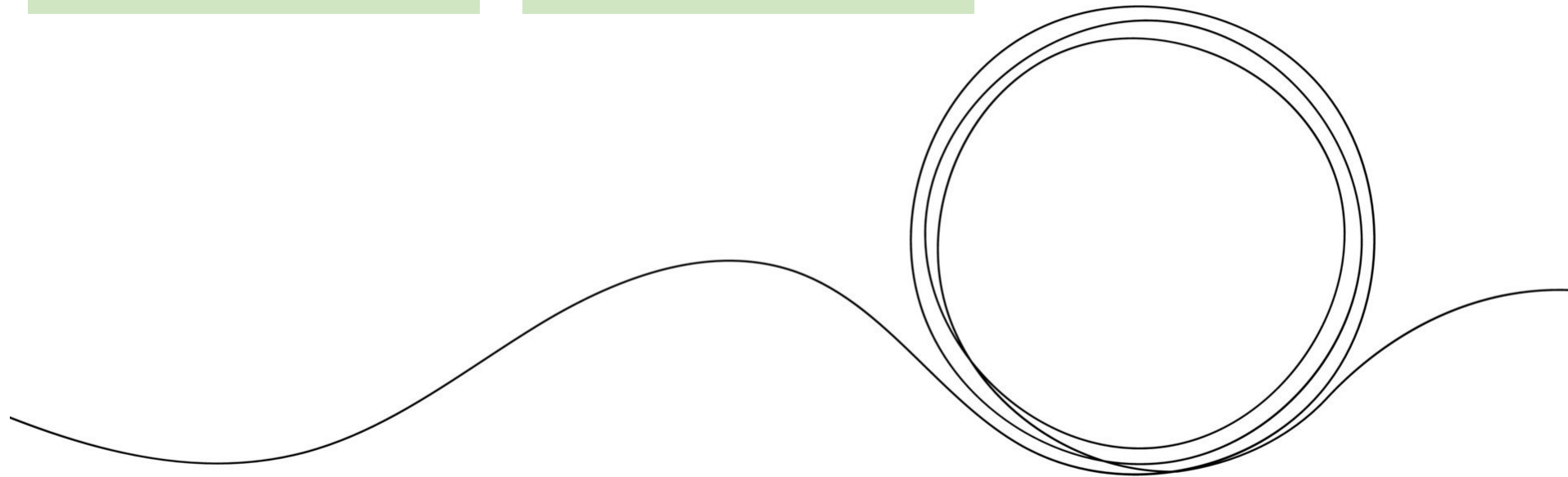
Focus group	Participants (n)	Age Mean (range)	Years as RN Mean (range)	Years in ward Mean (range)	Hospital	Hospital departments	Duration
1	4	30 (24-38)	6 (1-12)	2 (1-6)	Medical	Emergency Medical Surgical	0:47:51
2	6	42 (29-52)	19 (5-29)	7 (0-22)	Medical	Medical Surgical Oncology Haematology	0:55:05
3	5	53 (46-61)	30 (21-38)	9 (1-15)	Medical	Emergency Medical Surgery Intensive care	0:54:49
4	4	52 (39-65)	29 (16-42)	11 (2-23)	Medical	Neurology Gynecology Oncology	0:54:28
5	5	33 (24-57)	4 (1-10)	4 (1-10)	Mental health	Child – and adolescent psychiatry Affective disorders Psychosis Intensive care Emergency	1:19:54
6	7	42 (26-63)	13 (2-31)	6 (0-17)	Mental health	Psychosis Affective disorders Mixed diagnosis Acute, intensive Intensive	1:17:36
Total	31	43 (24-65)	17 (1-42)	7 (0-22)			6:09:43

AT NAVIGERE I KOMPLEKSITETERNE AF SYGEPLEJEFAGLIG DOKUMENTATION

At veje sine ord

At opbygge tillid
eller udløse
konflikt

At risikere tab af
viden



At veje sine ord

”Vi tænker rigtig meget over sproget. Altså, hvilke ord skal jeg nu bruge. Og det kan jo faktisk være sundt nok, at du bliver tvunget til at forholde dig til hvilket sprog du bruger, når du henviser til patienterne på skrift”

(Sygeplejerske 3, fokusgruppe 3)

”Altså, det handler rigtig meget om at skrive ‘jeg ser’, ‘jeg hører’. Så, hvad jeg observerer uden en fortolkning. Og i vores afdeling kunne det også være noget i retningen af: ‘Mor hørte ikke barnet græde. Sov fortsat. Sov tungt.’ Så noget med at være beskrivende i stedet for konkluderende. I stedet for at skrive: ‘jeg blev bekymret over, at hun ikke hørte barnet’, så skrive hvad jeg ser, hører og oplever og hvordan hun reagerer, når jeg vækker hende.”

(Sygeplejerske 1, fokusgruppe 4)

”Vi har talt en del om manglen på sygepleje-specifik dokumentation. Vi har været rigtig gode til at skrive det som lægerne synes var vigtigt og hvad, der var besluttet ved stuegang. Vi har bare ikke været gode til at beskrive hvordan patienten faktisk har det og hvad vi har gjort [...] Så det var med det udgangspunkt at vi kunne sige: ”nu er vi nødt til at stoppe op, og vi er nødt til at være mere fokuserede på hvad det er for en sygepleje vi udfører.” (Sygeplejerske 3, fokusgruppe 3)

At opbygge tillid eller udløse konflikt

”Det er ikke fordi jeg siger til patienten: ‘nu skriver jeg sådan her’. Hvis jeg er på stuen, så kan det godt være, at jeg spørger: ‘er det okay, hvis jeg skriver det sådan her? Eller skal jeg forstå det anderledes?’ Bare for at være sikker på, at jeg skriver det på den rigtige måde. Men ellers gør jeg det ikke, selvom vi teknisk set skal”

(Sygeplejerske 1, fokusgruppe 1)

”Vi ved bare at mange af vores patienter har enormt dårlig egenomsorg. Det der med at beskrive, at de har ikke vasket tøj, og de har ikke været i bad, det kommer der også konflikter ud af. Eller: ‘det er ikke rigtigt det, I dokumenterer’ eller ‘det skal ikke stå i min journal’. Vores patienter har dårlig egenomsorg. Det er selvfølgelig et tabu ude i offentligheden og i systemet, at man ikke kan formå det, men ikke at skrive det, gør jo så også, at de ikke får den rigtige hjælp på den anden side.”

(Sygeplejerske 1, fokusgruppe 5)

”Jeg har haft en patient i røret i dag, som var truende, altså virkelig aggressiv. Normalt ville jeg måske have skrevet et lille notat ind, som en telefon konsultation, men det gjorde jeg faktisk ikke, fordi jeg brød mig ikke om at mit efternavn også skulle fremgå, så patienten kunne se, hvem det var vedkommende havde talt med.”

(Sygeplejerske 3, fokusgruppe 3)

At risikere tab af viden

”Det er meget de der fornemmelser. Ting man ikke er helt sikre i, som man før, i det gamle system, hvor patienterne ikke læste med, godt kunne skrive. Det kan være mange ting. Det kan være, at man har en fornemmelse af, at en mor siger, at hun gerne vil amme, men alt på hende stritter. Det kunne man godt sådan skrive, at ‘jeg har en fornemmelse af, at det måske ikke er hende’, eller at ‘hendes kropssprog siger noget andet’, eller et eller andet. Det kunne jeg ikke finde på at skrive i dag, hvor jeg ved mor kigger med. Det måske være noget, som jeg lige giver videre til aftenvagten, når hun møder ind. Prøv lige at være obs på, hvad hun egentlig tænker om det. Så det er meget fornemmelserne, som vi ikke får skrevet nu..”

(Sygeplejerske 2, fokusgruppe 4)

”Så sent som forleden dag, havde vi en patient inde for noget, som er meget håndterbart. Men så finder vi ud af, at det står helt galt til derhjemme i en ellers ressourcestærk familie. Der er en af de her forældre, som udtaler sig meget uhensigtsmæssigt overfor barn og personale vedrørende sit eget barn, og i sådan en grad, at man på baggrund af det, og nogle andre ting begynder at overveje, om barnet skal fjernes fra hjemmet. Og det har aldrig været på tale før. Det er normalvis en meget velfungerende familie inden det her sygdomsforløb. Der har vi valgt at vente indtil vi har fundet ud af, hvad det er der foregår. Vi har derfor ventet med at dokumentere. Så vi kører mailkorrespondancer med dokumentation eller laver det som kladder i dokumentationssystemet, hvor man gemmer det som kladde, så det ikke bliver offentliggjort før, at vi har fundet ud af, hvad der er hoved og hale i det hele. Både i forhold til det, men også hvis der er nogle beslutninger, som er blevet taget i forbindelse med diagnostiske konferencer, men at lægerne siger, at de først har tid i morgen til at give en tilbagemelding til både forældre og barn..”

(Sygeplejerske 2, fokusgruppe 5)



Der rejser sig nye spørgsmål

- Hvordan undgår vi at miste viden?
- Hvordan bliver vi bedre til at inddrage patienter og pårørende i dokumentationen, så vi undgår misforståelser?
- Hvordan ser god sygeplejefaglig dokumentation ud?
- Hvilke erfaringer gør patienterne sig med at kunne tilgå den sygeplejefaglige dokumentation?



Tak for opmærksomheden!

TAK til:

Lone Jørgensen, lektor i klinisk sygepleje i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling

Kathrine Hoffman Kusk, specialkonsulent og sociolog i Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje

Britt Laugesen, lektor i klinisk sygepleje i Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje

Kontakt:

Birgitte Lerbæk på mail: birgitte.lerbaek@rn.dk

