

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Strukturerte og standardiserte data gir bedre sykepleiedokumentasjon

Struktur og felles språk i den elektroniske pasientjournalen gjør dokumentasjonen tydeligere og mer pålitelig – og kan bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

Lene Laukvik

Førsteamanuensis

Institutt for helse- og sykepleievitenskap, campus Grimstad, Universitetet i Agder

Annika Brandal

Regional fagansvarlig for pasientjournal og -administrasjon, sykepleiedokumentasjon

Sørlandet sykehus HF og Sykehuspartner HF

Mariann Fossum

Sykepleier og professor

Institutt for helse- og sykepleievitenskap, campus Grimstad, Universitetet i Agder

Dokumentasjon

Digitale helsetjenester

Sykepleien 2025;113(101775):e-101775

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.101775](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.101775)

Hovedbudskap

Strukturerte og standardiserte data i den elektroniske pasientjournalen gjør sykepleiedokumentasjonen bedre og mer pålitelig og muliggjør gjenbruk av dataene – både i kunnskapsbasert praksis og forskning. Standardisert terminologi gir tydeligere kommunikasjon, bedre beslutningsstøtte og legger grunnlaget for kunstig intelligens i helsetjenesten. For å lykkes trengs god teknologisk tilrettelegging og aktiv deltakelse fra sykepleiere i utvikling og bruk av digitale verktøy.

Planlagt og systematisk dokumentasjon i den elektroniske pasientjournalen (EPJ) gjør det mulig for helsepersonell å hele tiden oppdatere og dele sin forståelse av pasientens situasjon (1). EPJ kan beskrives som en pasientsentrert journal og et system for dokumentasjon som gir en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand (2).

Norske myndigheter understreker at EPJ er helsepersonells viktigste arbeidsverktøy. Funksjonaliteten og kvaliteten på informasjonen i journalen er avgjørende for å kunne gi effektiv helsehjelp av høy kvalitet (3).

Systemene påvirker dokumentasjonskvaliteten

Kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen avhenger av at innholdet er nøyaktig og konsistent, altså i tråd med sykepleieprosessen (4). Hvis sykepleieprosessen ikke er fullt ut integrert i EPJ-systemet, kan det svekke sykepleiernes mulighet til å dokumentere viktige kliniske observasjoner og beslutninger som fremmer «beste praksis».

Når dokumentasjonen av sykepleieprosessen er presis og grundig, blir også overgangene mellom døgnskift mer effektive (5, 6).

«Når dokumentasjonen av sykepleieprosessen er presis og grundig, blir også overgangene mellom døgnskift mer effektive.»

Jo mer digitaliserte dokumentasjonsverktøyene blir, desto viktigere er det at vi tilpasser oss kravene i systemene for å kunne jobbe både teknisk og klinisk. Dette betyr at man, også i sykepleie, må ha mer oppmerksomhet på helseopplysningene som registreres.

For at brukere av EPJ-systemet skal kunne dele og utveksle relevant informasjon om pasientens helse og velvære, må systemene ha god interoperabilitet. Interoperabilitet betyr at to eller flere systemer kan dele og bruke informasjon på tvers av plattformer. Det handler om å angi formatet og strukturen på helseopplysningene slik at informasjonen kan utveksles tydelig mellom både systemer og brukere (7).

Varierende systemer skaper utfordringer

Den digitale strukturen i EPJ-systemet egner seg godt til å håndtere strukturerte helseopplysninger. Likevel registreres fortsatt en stor del av helsedata, inkludert sykepleiedata, i ustrukturert form, noe som gjør det vanskelig å gjenbruke informasjonen.

Dagens helse-IT-systemer bruker mange ulike dataformater, egne spesifikasjoner og ofte uklar terminologi.

Gjenbruk av data er viktig for å kunne analysere store datamengder og utvikle løsninger som bygger på kunstig intelligens (KI). Dette kan bidra til å nå målene om bedre helsetjenester, høyere kvalitet i pasientbehandlingen, reduserte kostnader og mer effektiv klinisk forskning (8–9).

Felles språk forbedrer datadeling

Datamaskiner fungerer best når informasjonen er strukturert og tydelig. Likevel blir mye klinisk informasjon i EPJ fortsatt registrert i ustrukturert form, ofte med et dagligdags språk. Dette gjør det vanskelig å dele og tolke informasjon på tvers av systemer og faggrupper.

Standardisert terminologi (ST) gir helsetjenesten et felles språk, slik at dokumentasjonen blir mer strukturert og data lettere kan brukes om igjen og analyseres.

Derfor anbefaler norske helsemyndigheter å bruke SNOMED CT, et omfattende, maskinlesbart terminologisystem utviklet av helsepersonell. Det inneholder over 350 000 begreper og kan også koples sammen med andre kodeverk som ICPC-2, ICD-10 og ICNP (10).

«Mye klinisk informasjon i den elektroniske pasientjournalen blir fortsatt registrert i ustrukturert form, ofte med et dagligdags språk.»

Norske helsemyndigheter og Norsk Sykepleierforbund (NSF) understreker at ST er avgjørende for nasjonal standardisering av dokumentasjon og informasjonsutveksling i helsetjenesten (11–12).

I denne sammenhengen er ICNP anbefalt for bruk i sykepleiedokumentasjon. Terminologien inneholder begreper som beskriver observasjon, vurdering, tiltak og evaluering som er relevante for sykepleie. Disse begrepene er i dag koplet til internasjonale klassifikasjonssystemer som SNOMED CT, og de bidrar til å støtte kunnskapsbasert praksis (13–14).

Standardisering forbedrer pasientbehandlingen

En sykepleieplan er viktig for å kunne planlegge og gi god sykepleie. Den bygger på kliniske observasjoner og vurderinger i møte med pasienten og inneholder både prioriteringer og mål basert på de identifiserte sykepleiediagnosene.

Sykepleiediagnoser er en form for standardisert tekst i sykepleie. De beskrives som et anerkjent begrep som uttrykker sykepleierens kliniske vurdering (15). En slik diagnose bør være kort og tydelig og forklare hvordan sykepleieren vurderer pasientens reaksjoner på faktiske eller mulige helseproblemer eller livsprosesser.

Med et slikt grunnlag kan sykepleiere lettere finne riktige tiltak for å oppnå ønskede resultater – enten alene eller i samarbeid med andre helsearbeidere (16).

Også pasientmål, tiltak og resultater kan struktureres og standardiseres. Pasientmål bidrar til å sikre gode helseresultater, tiltakene er konkrete handlinger for å gi riktig pleie, og resultatene vurderes gjennom evaluering av hvordan pasienten reagerer på tiltakene (17).

Veiledende planer styrker standardiseringen

I 2015 tok NSF et viktig skritt mot nasjonale standarder for EPJ ved å starte utviklingen av standardiserte veiledende planer (VP) basert på ICNP-terminologi. VP-ene er bygd opp etter elementene i sykepleieprosessen, og arbeidet med utviklingen involverte sykepleiere fra både klinisk praksis og forskning og utdanning.

Samarbeidet bidro til at VP-ene ble utviklet med høy faglig kvalitet og relevans. For å sikre at innholdet var i tråd med nasjonale retningslinjer og faglige prosedyrer, ble det gjennomført en grundig valideringsprosess. Denne prosessen inkluderte bruk av oppslagsverk og systematiske kunnskapsoppsummeringer for å sikre at VP-ene ble kunnskapsbaserte (18).

«I dagens kliniske praksis blir VP-ene kontinuerlig utviklet og oppdatert med SNOMED CT-kodede begreper.»

I dagens kliniske praksis blir VP-ene kontinuerlig utviklet og oppdatert med SNOMED CT-kodede begreper gjennom et samarbeid mellom sykepleiere med spesialkunnskap i helseinformatikk og sykepleiere som arbeider pasientnært. En slik oppdateringen sikrer at terminologien er presis og i tråd med internasjonale standarder, og at VP-ene er både relevante og anvendelige i daglig sykepleiepraksis (19).

Til tross for innsatsen for å utvikle standardiserte VP-er er de foreløpig bare delvis implementert i EPJ-systemene i Norge. Det finnes også begrenset forskning på erfaringer med bruk av standardisert struktur og språk i EPJ i klinisk praksis, særlig innen kommunehelsetjenesten og blant sårbare pasientgrupper (20–21).

Studien undersøker sykepleieres erfaringer

I 2021 gjennomførte vi en studie for å undersøke hvordan sykepleiere opplevde bruken av EPJ i det daglige arbeidet. Vi så også på hvordan de erfarte bruken av pleieplaner med standardisert struktur og begreper (VP) i planlegging og dokumentasjon av sykepleie (27).

Studien var en del av et doktorgradsarbeid som omhandlet hvordan sykepleiere planlegger og dokumenterer pleie for pasienter med demens på sykehjem (22). Det ble gjennomført individuelle intervjuer med 14 sykepleiere på deres respektive arbeidsplasser, alle ved spesialavdelinger for personer med demens. Sykepleierne arbeidet i direkte pasientkontakt.

EPJ-systemet de brukte i det daglige, var strukturert etter sykepleieprosessens fem faser, men åpnet også for fritekst. VP-ene var tilgjengelige i systemet, men ble presentert som et valg – et alternativ til å utvikle og skrive pleieplanen i fritekst.

Dataene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Vi fant at sykepleierne stort sett var fornøyde med at de kunne lagre informasjon og hente frem historiske data om pasienten i EPJ. De pekte på fire områder som særlig viktige for å sikre god daglig dokumentasjon av sykepleie i EPJ.

Sykepleiere etterlyser mer opplæring

For å sikre oppdatert informasjon og trygg oppfølging av pasientene mente sykepleierne at utdanning og opplæring – både i sykepleie og teknologi – er avgjørende for god planlegging og dokumentasjon i EPJ.

Sykepleierne understreket også at god kommunikasjon forutsetter at alle som deltar i pasientbehandlingen, leser sykepleiedokumentasjonen.

Flere deltakere pekte på at manglende datakunnskaper kan føre til at viktig informasjon ikke blir registrert. De beskrev også utfordringer med å skrive på en måte som både er forståelig for alle og samtidig ivaretar pasientens verdighet. Dette var særlig krevende når de skulle dokumentere forhold knyttet til pasientens mentale og sosiale velvære.

Avbrudd og tidspress hemmer dokumentasjonen

Sykepleierne var enige om at lokal ledelse og tydelige retningslinjer for dokumentasjonsarbeid er avgjørende for en god arbeidsflyt. Flere beskrev utfordringer med mangel på tid og egnede steder for å kvalitetssikre pleieplaner og fullføre dokumentasjonen i EPJ. Deltakerne trakk særlig frem de mange avbruddene fra pasienter eller kollegaer under dokumentasjonsarbeidet.

Funnene tyder også på at hyppige endringer og beslutninger fra lokal ledelse om dokumentasjonspraksis i EPJ skaper usikkerhet om hva som skal dokumenteres, og hvordan. Flere deltakere påpekte at beslutninger tatt uten involvering av sykepleierne som faktisk dokumenterer, reduserer motivasjonen og engasjementet i det daglige EPJ-arbeidet.

«Flere beskrev utfordringer med mangel på tid og egnede steder for å kvalitetssikre pleieplaner og fullføre dokumentasjonen i EPJ.»

Å få tilgang til, administrere og å finne relevant informasjon ble av deltakerne oppfattet som viktige begrensninger ved systemet. Dette førte ofte til utfordringer med planlegging av pleie og til tidkrevende dokumentasjonsarbeid.

Deltakerne uttrykte frustrasjon over dobbeltdokumentasjon og fragmentert informasjon. I mange situasjoner opplevde de derfor behov for å dokumentere utenfor EPJ – både muntlig og skriftlig.

Sykepleiere vurderer nytte og begrensninger

Sykepleierne snakket særlig om hvordan standarder kan støtte kognitive prosesser som kreativitet og hukommelse. Flere uttrykte at slike standarder kan bidra til at relevant informasjon blir dokumentert, spesielt ved å gi forslag til aktuelle sykepleiediagnoser.

En slik funksjon ble opplevd som særlig nyttig når det gjaldt psykososiale behov, som mange syntes var vanskelig å huske, planlegge for og formulere i fritekst.

En annen fordel var at sykepleiestandarder kunne gjøre det mulig å utvikle gode pleieplaner som er gunstige for overføring av ulike typer kunnskap, som teoretisk, praktisk og personlig kunnskap om pasienten.

Sykepleierne var generelt positive til bruk av sykepleiestandarder i EPJ, men flere uttrykte bekymring for at standardene kunne redusere behovet for kritisk tenkning i dokumentasjonsarbeidet.

Standardisering synliggjør sykepleiernes bidrag

Helsepersonell, inkludert sykepleiere, bør i større grad kreve muligheten til å bruke standardisert struktur og terminologi i EPJ-systemene for å spare tid og forbedre dokumentasjonen.

Bruken av standardisert terminologi vil også bidra til å synliggjøre sykepleiernes bidrag til pasientens helse og velvære, ved at man i større grad kan hente ut data til kvalitetsforbedring og ressursallokering i helsetjenesten.

Samtidig må EPJ-systemene ta høyde for at helsepersonell, med sin unike fagkunnskap, skal kunne bruke kritisk tenkning når de benytter standardiserte verktøy i dokumentasjonsarbeidet. Det innebærer at systemene bør tilby både beslutningsstøtte og mulighet for utdyping i fritekst.

«For å fremme utviklingen av digital teknologi anbefaler vi å etablere samarbeidsarenaer mellom sykepleiere og teknologer.»

For å fremme utviklingen av digital teknologi i klinisk praksis anbefaler vi å etablere samarbeidsarenaer mellom sykepleiere og teknologer. Slike samarbeid kan bidra til å forbedre EPJ-systemene ved å optimalisere utvekslingen og analysen av relevant informasjon om pasientens helse.

Etablering av slike partnerskap vil skape synergieffekter gjennom deling av domenekunnskap og legge grunnlaget for en bærekraftig digitalisering av helsetjenestene – særlig ved implementering av KI-teknologi.

KI-utvikling krever strukturerte helsedata

Utviklingen av KI-løsninger for helsetjenesten er avhengig av omfattende datatrening. De store språkmodellene som brukes i dag, er imidlertid lite egnet for trening på helsedata, som for eksempel data fra EPJ. Årsaken er både etiske og juridiske begrensninger, men også at

tradisjonelle språkmodeller, som GPT, ikke er tilstrekkelige for kunnskapsdrevne oppgaver i helsetjenesten.

Slike språkmodeller kan føre til feiltolkninger og såkalte «hallusinasjoner» under datatreningen, noe som understreker behovet for mer spesialiserte tilnærminger i utviklingen av KI for helsetjenesten (23).

Ved å inkludere den omfattende og strukturerte helsefaglige kunnskapen i SNOMED CT kan man gjøre store språkmodeller bedre i stand til å forstå helsefaglig terminologi, sammenhenger mellom kliniske begreper og domenespesifikke kontekster (23).

For at en slik utvikling skal lykkes, må helsepersonell, inkludert sykepleiere, gjøre seg kjent med og ta i bruk helsedatastandarder som SNOMED CT.

Selv om initiativet i stor grad må komme fra fagpersonene selv, er det viktig at ledere i helsetjenesten legger til rette for dette arbeidet.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



NØKKEL TIL KVALITET: Den elektroniske pasientjournalen er sykepleiernes viktigste arbeidsverktøy. Når dokumentasjonen av sykepleieprosessen er presis og grundig, blir overgangene mellom vakter enklere. Likevel skrives mye informasjon fortsatt i fritekst og med dagligdags språk, noe som gjør det vanskelig å dele og tolke informasjon på tvers av systemer og faggrupper. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB*

1. Laukvik LB, Rotegård AK, Lyngstad M, Slettebø Å, Fossum M. Registered nurses' reasoning process during care planning and documentation in the electronic health records: a concurrent think-aloud study. J Clin Nurs. 2023;32(1-2):221-233. DOI: [10.1111/jocn.16210](https://doi.org/10.1111/jocn.16210)
2. Helsedirektoratet. Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2023 [hentet 15. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-elektroniske-pasientjournalssystemer-og-deres-stotte-for-nasjonale-e-helselosninger/>
3. Meld. St. 9 (2012-2013). Én innbygger – én journal [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012 [hentet 15. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
4. De Groot K, Triemstra M, Paans W, Francke AL. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: a systematic review of systematic reviews. J Adv Nurs. 2019;75(7):1379-93. DOI: [10.1111/jan.13919](https://doi.org/10.1111/jan.13919)
5. Müller-Staub M, de Graaf-Waar H, Paans W. An internationally consented standard for nursing process-clinical decision support systems in electronic health records. Comput Inform Nurs. 2016;34(11):493-502. DOI: [10.1097/cin.0000000000000277](https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000277)
6. Hants L, Bail K, Paterson C. Clinical decision-making and the nursing process in digital health systems: An integrated systematic review. J Clin Nurs. 2023;32(19-20):7010-35. DOI: [10.1111/jocn.16823](https://doi.org/10.1111/jocn.16823)
7. Lehne M, Sass J, Essenwanger A, Schepers J, Thun S. Why digital medicine depends on interoperability. NPJ Digit Med. 2019;2:79. DOI: [10.1038/s41746-019-0158-1](https://doi.org/10.1038/s41746-019-0158-1)
8. de Oliveira JM, da Costa CA, Antunes RS. Data structuring of electronic health records: a systematic review. Health Technol. 2021;11(6):1219-35. DOI: [10.1007/s12553-021-00607-w](https://doi.org/10.1007/s12553-021-00607-w)
9. Macieira TGR, Chianca TCM, Smith MB, Yao Y, Bian J, Wilkie DJ, et al. Secondary use of standardized nursing care data for advancing nursing science and practice: a systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2019;26(11):1401-11. DOI: [10.1093/jamia/ocz086](https://doi.org/10.1093/jamia/ocz086)
10. Helsedirektoratet. SNOMED CT i Norge [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; u.å. [hentet 15. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/helsefaglig-terminologi/snomed-ct-i-norge>

11. Helsedirektoratet. Helsefaglig terminologi [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; u.å. [hentet 15. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/helsefaglig-terminologi>
12. Norsk Sykepleierforbund (NSF). E-helse og teknologi [internett]. Oslo: NSF; u.å. [hentet 15. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/e-helse-og-teknologi>
13. SNOMED International. New ICNP-SNOMED CT nursing practice refset is first product from recent agreement [internett]. London: SNOMED International; 21. oktober 2021 [hentet 15. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.snomed.org/news/new-icnp-snomed-ct-nursing-practice-refset-is-first-product-from-recent-agreement>
14. Verdens helseorganisasjon (WHO). International Classification for Nursing Practice (ICNP) [internett]. Genève: WHO; u.å. [hentet 15. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-for-nursing-practice>
15. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. J Clin Nurs. 2017;26(23–24):3764–83. DOI: [10.1111/jocn.13717](https://doi.org/10.1111/jocn.13717)
16. Cachón-Pérez JM, Gonzalez-Villanueva P, Rodriguez-Garcia M, Oliva-Fernandez O, Garcia-Garcia E, Fernandez-Gonzalo JC. Use and significance of nursing diagnosis in hospital emergencies: a phenomenological approach. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(18):9786. DOI: [10.3390/ijerph18189786](https://doi.org/10.3390/ijerph18189786)
17. Toney-Butler TJ, Thayer JM. Nursing process. In: StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2022 [hentet 15. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>
18. Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT Vestfold). Utvikling og testing av veiledende planer med integrasjon av International Classification of Nursing Practice (ICNP): et pilotprosjekt [internett]. Vestfold: NSF og USHT Vestfold; 2017 [hentet 15. september 2025]. Tilgjengelig fra: https://www.usht-vestfold.no/_f/p3/i4115bfff-acf3-48b1-a0e2-552d577df5b4/prosjektrapport-030517-godkjent.pdf
19. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Utvikling av veiledende planer for sykepleiepraksis – nasjonal veileder [internett]. Oslo: NSF; 2023 [hentet 15. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-04/utvikling-av-veiledende-planer-for-sykepleiepraksis-nasjonal-veileder-v2.0.pdf>
20. Laukvik LB, Lyngstad M, Rotegård AK, Fossum M. Utilizing nursing standards in electronic health records: A descriptive qualitative study. Int J Med Inform. 2024;184:105350. DOI: [10.1016/j.ijmedinf.2024.105350](https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105350)

21. Østensen E, Hardiker NR, Bragstad LK, Hellesø R. Introducing standardised care plans as a new recording tool in municipal health care. *J Clin Nurs*. 2020;29(17–18):3286–97. DOI: [10.1111/jocn.15355](https://doi.org/10.1111/jocn.15355)
22. Laukvik LB. Nurses' care planning and documentation processes in electronic health records of patients living with dementia [doktoravhandling]. Grimstad: Universitetet i Agder; 2024.
23. Chang E, Sung S. Use of SNOMED CT in large language models: scoping review. *JMIR Med Inform*. 2024;12:e62924. DOI: [10.2196/62924](https://doi.org/10.2196/62924)