

”Korthuset”

Sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis.



Bodil Hansen Blix

Desember 2005.

Mastergradsoppgave

Avdeling for sykepleie og helsefag

Institutt for klinisk medisin

Det medisinske fakultet

Universitetet i Tromsø

INNHold.

SAMMENDRAG.

SUMMARY.

Takk for hjelpa.

Tallrekken.

1.0. INNLEDNING	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema.	1
1.2. Avgrensninger.	2
1.3. Oppgavens oppbygning.	3
1.4. For ordens skyld – noen avklaringer.	4
2.0. NOEN TEORETISKE BETRAKTNINGER RUNDT SENTRALE BEGREP.	5
2.1. Sykepleiedokumentasjon.	5
2.1.1. Sykepleiedokumentasjon status presens.	6
2.1.2. En tidsreise i sykepleiens lærebøker.	9
2.1.2.1. Rikke Nissens lærebok. En bok om sykepleie, for sykepleiere, skrevet av en sykepleier.	9
2.1.2.2. Legene tar over.	10
2.1.2.3. NSF's lærebokserie. Lærebøker for sykepleiere, i all hovedsak skrevet av sykepleiere.	12
2.1.2.4. Sykepleieprosessen inntar lærebøkene.	14
2.1.2.5. Tanker ved reisens slutt.	19
2.1.3. Elektronisk sykepleiedokumentasjon – fremtidens dokumentasjonsform.	21
2.2. Forståelser av sykepleiepraksis, kunnskap og organisering av pleien.	26
2.2.1. Sykepleie forstått som sykepleie <i>prosess</i> .	27
2.2.2. Sykepleieprosessens kunnskapsgrunnlag.	28
2.2.3. Oppgjøret med prosessen – et alternativt kunnskapssyn.	31
2.2.4. Sykepleiepraksis, dokumentasjon og kunnskap - også et spørsmål om organisering av arbeidet.	36

3.0. METODE.	39
3.1. Tema og bakenforliggende spørsmål.	39
3.2. Aktuell forskning på området.	39
3.3. Min tilnærming – det kvalitative forskningsintervju.	42
3.4. Beskrivelse av forskningsfeltet og gjennomføringen av intervjuene.	43
3.5. Metodiske innvendinger.	44
3.6. Bearbeiding av intervju og analyseprosess.	46
3.7. Overførbarhet og relevans.	48
4.0. TEMATISK ANALYSE.	50
4.1. Korthuset.	50
4.2. Sykepleiedokumentasjon.	52
4.3. Elektronisk sykepleiedokumentasjon. Nytt verktøy – ny praksis?	55
4.4. Ny organisering av pleiarbeidet: primærsykepleie.	60
4.5. Ny rapportform: fra muntlig til ”stille rapport”.	64
4.6. ”Det som gjelder”, og rutineene som får ”det som gjelder” til å fungere.	67
5.0. DOKUMENTASJON OG ARBEIDSFORMER I KORTHUSET.	
ET SPØRSMÅL OM KUNNSKAP OG ANSVAR.	72
5.1. Oppstykkningen av den syke.	73
5.2. Oppstykkning av den syke eller systematisk, nøyaktig og oversiktlig dokumentasjon? Et spørsmål om kunnskapssyn.	77
5.3. Oppstykkningen av pleiefellesskapet.	80
5.4. Oppstykkning av pleiefellesskapet eller effektivisering? Et spørsmål om hvordan man forstår effektivitet.	88
5.5. Omsorgsansvaret – det som ikke lar seg stykke opp.	90
5.6. Nye rutiner – et forsøk på å samle det som er stykket opp?	93
6.0. NOEN AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER.	98
LITTERATUR.	

Vedlegg:

Vedlegg 1: Kvittering fra Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Vedlegg 2: Forespørsel til avdelingssjefen ved Avdelingen.

Vedlegg 3: Svar fra avdelingssjefen ved Avdelingen.

Vedlegg 4: Informasjonsbrev.

Vedlegg 5: Samtykkeerklæringer.

Vedlegg 6: Intervjuguide.

Vedlegg 7: Selvvalgt pensum.

SAMMENDRAG.

Denne mastergradsoppgaven tar utgangspunkt i følgende tema:

Sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon (ESD) i egen praksis. Betydningen av nytt dokumentasjonsverktøy for utveksling og utvikling av kunnskap i praksis.

Arbeidet tar utgangspunkt i halvstrukturerte intervju med seks sykepleiere som bruker ESD i sin praksis. Tema for intervjuene er sykepleiernes egne erfaringer med det nye dokumentasjonsverktøyet. Innføringen av nytt dokumentasjonsverktøy har ført til endringer i sykepleiedokumentasjonen jeg omtaler som *oppstykking av den syke*. Lagringen av rapporter som enkeltdokumenter pleierne må åpne og lukke gjør at pasientens forløp fremstår som oppstykket. Pleien fremstår som atskilte oppgaver fordi sykepleierne, for hver gang de har gjort noe hos pasientene, skriver dette i dokumentasjonen. Funksjonsområdene som brukes i dokumentasjonen får pasienten til å fremstå som oversiktlig og forståelig. Fjerning av informasjon som ikke lenger er aktuell med "delete" – funksjonen bidrar ytterligere til dette. Det skapes en orden som ikke nødvendigvis eksisterer i virkeligheten. Overgangen til nytt dokumentasjonsverktøy i Avdelingen ledsages av innføring av primærsykepleie og fjerning av den muntlige rapporten. Disse endringene omtaler jeg som *oppstykking av pleiefelleskapet*. Hver sykepleier har nå ansvar for et gitt antall pasienter og starter vaktene med å sette seg foran datamaskinen og lese om "sine" pasienter. Jeg omtaler nytt dokumentasjonsverktøy, ny organiserings – og rapportform som en *treenighet*. De tre bestanddelene av treenigheten forutsetter at kunnskap og ansvar kan deles opp og overføres fra en pleier til en annen. Til grunn for sykepleiernes praksis ligger imidlertid en kunnskap og et omsorgsansvar som ikke lar seg stykke opp. Sykepleierne bruker ord som "ensomhet" og "korthus" for å beskrive følgene av treenigheten. Mangelen på samsvar mellom det som er sykepleiernes kunnskap og opplevelse av ansvar og det kunnskapssynet og forståelsen av ansvar som ligger til grunn for treenigheten skaper *dissonans*. Gjennom rutiner som skriftlige støttesystem og bruk av egen fritid til dokumentasjonsarbeid forsøker pleierne å oppveie dissonansen. På bakgrunn av dette arbeidet er min oppfatning at nye elektroniske dokumentasjonssystemer ikke overflødiggjør, men snarere forsterker viktigheten av tradisjonelle arbeidsformer som det å jobbe sammen og den muntlige rapporten.

Nøkkelord: sykepleiedokumentasjon, elektronisk sykepleiedokumentasjon, sykepleieprosess, primærsykepleie, muntlig rapport, kunnskap, ansvar.

This thesis takes as its starting point the following subject:

The experience of nurses with electronic nursing documentation (END) in their practice. The impact of a new documentation tool for the exchange and development of knowledge in practice.

The thesis takes as its starting point semi-structured interviews with six nurses who use END in their practice. The subject of the interviews is the nurses' own experiences with the new documentation tool. The introduction of a new documentation tool has resulted in changes in the nursing documentation which I refer to as *fragmentation of the sick*. The storing of reports as separate documents the nurses must open and close has, as its consequence that the patient's development appears as fragmented. The nursing care thus appears as separated tasks because the nurses, each time they have done something for the patient, record this in the documentation. The function areas which are used in the documentation make the patient appear as surveyable and understandable. Using the "delete" function to remove information which is no longer of topical interest, is a further contribution to this. An order is established which does not necessarily exist in reality. The transformation to a new documentation tool in the ward is accompanied by the introduction of primary nursing and the removal of the oral report. I refer to these changes as *fragmentation of the nursing community*. Each nurse is now responsible for a given number of patients and starts her shift by sitting down in front of the PC and read about "her" patient. I refer to the new documentation tool, new form of organisation and new form of reporting as a *trinity*. The three components of the trinity presuppose that knowledge and responsibility can be divided and transferred from one nurse to another. The basis of the nurses' practice, however, is knowledge and caring responsibility which is not possible to divide. The nurses use words like "loneliness" and "house of cards" to describe the consequences of the trinity. The lack of connection between the knowledge of the nurses, the feeling of responsibility, the approach to knowledge and understanding of responsibility, which form the basis of the trinity, cause *dissonance*. Through routines like a written support system and use of one's own spare time for documentation work, the nurses try to compensate for this dissonance. Based on the work with my thesis I believe that new electronic documentation systems do not make redundant, but rather increase the importance of traditional working methods like working together and the oral report.

Key words: Nursing documentation, electronic nursing documentation, nursing process, primary nursing, oral report, knowledge, responsibility.

Takk for hjelpa.

Varm takk til sykepleierne ved Avdelingen, som tok seg tid til å snakke med meg i en travel hverdag. Tusen takk til en handlekraftig assisterende avdelingssykepleier som la alt til rette for meg.

Takk til alle på ASH som har sett meg og tatt vare på meg fra første stund. Dere gjør ASH til et godt sted å lære. Spesiell takk til professor Torunn Hamran som har vært alt hva man kan ønske seg av en veileder. Tydelig, ryddig, klok og forståelsesfull.

Tusen takk til medstudenter og medsøstre Solveig Heimdal, Elisabeth Nordmo, Anne Gerd Karlsen og Bernhard Sætre for gode samtaler og mye latter.

Men mest av alt – takk til Signe, Bendik og Egil for at dere er.

Tromsø desember 2005.

Tallrekken ler av oss
og vil forklare alt.
Den har kjeve av jern og tenner
som det klirrer i.

Vi spør og vi spør
og tallene svarer.
Men ikke om fiolinene
eller om lykken mellom to armer.
Da hoster det på skjermen:
- Uklart spørsmål
- Spør igjen.

Rolf Jacobsen

1.0. INNLEDNING.

1.1. Bakgrunn for valg av tema.

Informasjons – og kommunikasjonsteknologien (IKT) har i løpet av det siste tiåret fått en sentral plass i samfunnet vårt. Begrepet *informasjonssamfunn* blir av enkelte brukt for å synliggjøre denne teknologiens nøkkelrolle i alle typer produksjon (Eriksen 2001). Helsevesenet, som en del av samfunnet, stiller ikke i noen særstilling hva angår informasjonsteknologi (IT)¹. Datateknologi blir brukt i utredning, diagnostisering og behandling av syke. I tillegg brukes denne teknologien i stadig større omfang til utveksling og formidling av informasjon. Innføring av elektroniske pasientjournaler (EPJ) ved alle norske sykehus innen 2006 er et uttalt mål for helse – og sosialmyndighetene (Sosial – og Helsedepartementet 2001). Sykepleiedokumentasjonen utgjør i henhold til Helsepersonelloven en del av pasientens journal (Befring og Ohnstad 2001). Denne skal dermed også over i ny, elektronisk form.

Både myndighetene og sykepleiernes egen fagorganisasjon har store forventninger knyttet til innføringen av elektronisk pasientjournal, og dermed også til elektronisk sykepleiedokumentasjon (ESD) (Sosial – og Helsedepartementet 1996, 2001, Helsedepartementet og Sosialdepartementet 2004, Norsk Sykepleierforbund 1995, 2002). Gjennom formuleringer som ”raskere, bedre, sikrere og mer rasjonell pasientbehandling” (Sosial – og Helsedepartementet 1996: 23) tegner myndighetene et bilde av informasjonsteknologien som vanskeliggjør kritiske betraktninger rundt den. Det er vel ingen som er motstander av at syke mennesker får rask, god og sikker behandling. Et søk med utgangspunkt i søkeordet ”sykepleiedokumentasjon” i den elektroniske utgaven av sykepleiernes eget tidsskrift *Sykepleien*, eller på søkesenter som for eksempel *Google*, resulterer i en rekke artikler. En fellesnevner for mange av disse er at de bærer bud om at sykepleiere sliter med å dokumentere egen praksis. Elektronisk sykepleiedokumentasjon blir

¹ Begrepene *informasjons – og kommunikasjonsteknologi, informasjonsteknologi og datateknologi* brukes om hverandre i oppgaven.

ikke sjelden presentert som en mulig medisin mot de alvorlige symptomene sykepleiernes dokumentasjon lider under².

Til tross for alvorlige symptomer, men utsikt til snarlig bedring, er det grunn til å stoppe opp ved sykepleiedokumentasjonen og dvele litt ved forholdet mellom dokumentasjonsverktøyet og dokumentasjonens innhold og funksjon. Innføring av nye verktøy virker inn på forholdet mellom menneskene som bruker disse (Hamran 1991, Elstad 1996). Det er ingen grunn til å tro at informasjonsteknologien er noe unntak i så henseende. Denne oppgaven er nettopp et forsøk på å synliggjøre at innføringen av nytt dokumentasjonsverktøy i sykepleiepraksis har betydning både for selve bruken av dokumentasjonen, og for forholdet mellom menneskene som bruker det nye verktøyet. Arbeidet har følgende utgangspunkt:

**Sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis.
Betydningen av nytt dokumentasjonsverktøy for utveksling og utvikling av kunnskap i praksis.**

Arbeidet er basert på intervju med seks sykepleiere ved en generell indremedisinsk sengepost høsten 2004. Sengeposten blir i oppgaven omtalt som Avdelingen.

1.2. Avgrensninger.

Intensjonen med dette arbeidet er å få kjennskap til hvordan sykepleiere som bruker ESD opplever at det nye dokumentasjonsverktøyet fungerer i praksis. Jeg har ikke til hensikt å si noe om hvordan sykepleiedokumentasjonen faktisk ser ut, hva som i realiteten vektlegges og hvordan pleierne formulerer seg i dokumentasjonen. Det er sykepleiernes *egne erfaringer* som er det interessante i denne sammenheng. En studie med utgangspunkt i de faktiske sykepleiedokumentene, gjerne i kombinasjon med tilnærmingen som er brukt i denne sammenheng, ville imidlertid kunne gi et mer komplett bilde av verktøyets betydning for kunnskapsutvikling og – utveksling i sykepleien. Et så omfattende arbeid er det dessverre ikke mulig å gjennomføre innenfor rammene av mastergradsstudiet.

² Det gjøres nærmere rede for dette i kapittel 3.2.

Jeg vil, i forbindelse med dette arbeidet, ikke belyse og drøfte selve dokumentasjonsverktøyet, systemet som brukes ved det aktuelle sykehuset. Det er flere systemer i bruk ved norske sykehus i dag. En presentasjon og drøfting av et eller flere av disse systemene faller utenfor rammene for denne oppgaven. Jeg vil ikke gjøre kjent hvilket system som er i bruk ved Avdelingen, da jeg ikke ønsker at det skal komme frem av oppgaven hvilket sykehus intervjuene er gjennomført ved. Det er selvfølgelig mulig at sykepleiernes erfaringer ville vært annerledes med et annet system enn det som er i bruk i Avdelingen. Jeg velger likevel, ut fra det som kommer frem gjennom intervjuene, å tro at typen system er av underordnet betydning. Viktigere enn *hvilket* system som er i bruk er, i denne sammenheng, overgangen fra penn og papir til tastatur og skjerm, kombinert med endringer i sentrale arbeidsformer i Avdelingen. Jeg ser imidlertid ikke bort fra at dokumentasjonsverktøyets utforming er av betydning for dokumentasjonens form og funksjon, noe som kommer frem i kapitlene 5.1. og 5.2.

Flere har påpekt at ESD åpner for bruk av klassifikasjonssystemer for sykepleiediagnoser, sykepleietiltak og resultater (Ruland 2000, Moen m. fl. 2002, NSF 2002). Dette er en tematikk som i liten grad vil berøres i denne oppgaven. Bruken av klassifikasjonssystemer, og konsekvenser dette måtte ha for sykepleiepraksis generelt og sykepleiedokumentasjon spesielt, er et tema det er viktig å se nærmere på i fremtiden. Bruken av slike klassifikasjonssystemer i ESD er et forholdsvis nytt fenomen i sykepleien. Noen har likevel allerede sett på bruken av slike (Perander 2005). Det vil bli spennende å se hva som blir sagt om bruk av klassifikasjonssystem i ESD når dette har vært i bruk en tid.

1.3. Oppgavens oppbygning.

Veien til en forståelse av sykepleiernes erfaringer med bruk av ESD i egen praksis går først via en nærmere titt på sykepleiedokumentasjon. I oppgavens teorikapittel leter jeg etter ulike forståelser av sykepleiedokumentasjon generelt, og elektronisk sykepleiedokumentasjon spesielt, i statlige retningslinjer, tiltaksplaner og i dokumenter fra sykepleiernes egen fagorganisasjon. Jeg foretar også en reise i tid gjennom lærebøker som har vært og er i bruk i norsk sykepleierutdanning. Her forsøker jeg å få innsikt i hvordan man har sett på utveksling og utvikling av kunnskap og informasjon i sykepleien opp gjennom historien. Denne

tidsreisen munner ut i en redegjørelse for ulike forståelser av sykepleie. Jeg vil vise at ulike forståelser av sykepleie innebærer ulike kunnskapssyn, og at dette også nedfeller seg i organiseringen av sykepleien.

I oppgavens metodekapittel belyser jeg fremgangsmåten som er brukt i forbindelse med arbeidet, og jeg knytter valg av metode til hensikten med arbeidet. Veien til en forståelse av sykepleiernes erfaringer med bruk av ESD går videre gjennom en tematisk analyse. Her kommer sykepleierne til orde, dels som gjenfortelling, og dels gjennom direkte sitat fra intervjuene. Dette munner ut i en drøfting av noen sentrale tema fra den tematiske analysen med støtte i begrep fra oppgavens teorikapittel. Jeg forsøker å synliggjøre at det nye dokumentasjonsverktøyet i sykepleien ikke kan forstås som et isolert fenomen, men som noe som anvendes i en kontekst bestående av flere arbeidsformer, og dermed også kunnskapsformer.

1.4. For ordens skyld – noen avklaringer.

Før ferden gjennom denne oppgaven starter kan det være på sin plass med noen mindre avklaringer. Øvrige begrepsavklaringer gjøres underveis.

I sammenhenger der det ville vært naturlig å bruke navnet på systemet som anvendes til dokumentasjon i Avdelingen bruker jeg betegnelsene *ESD – verktøyet* eller *dokumentasjonsverktøyet*³.

Jeg bruker *sykepleier* og *pleier* om hverandre. Der det er av betydning for sammenhengen, om det er sykepleier eller hjelpepleier det er tale om, bruker jeg de respektive yrkestitlene.

Jeg omtaler pasienten som han og pleierne som hun.

³ Jfr. avsnitt 1.2.

2.0. NOEN TEORETISKE BETRAKTNINGER RUNDT SENTRALE BEGREP.

Utarbeiding av prosjektbeskrivelse og intervjuguide innebærer valg i forhold til hvilke tema som skal være sentrale i en studie. I intervjuene blir enkelte av temaene ytterligere aktualisert og andre dukker opp. Den tematiske analyseprosessen, som det vil redegjøres for i kapittel 3, medfører en ytterligere utkrystallisering av tema gjennom lokalisering av meningsbærende elementer.

Oppgavens hovedtema er

Sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis. Betydningen av nytt dokumentasjonsverktøy for utveksling og utvikling av kunnskap i praksis.

Temaet inviterer til at det tas en nærmere titt på begreper som sykepleiedokumentasjon, kunnskap og sykepleiepraksis. I det følgende gis det en teoretisk redegjørelse for disse nøkkelbegrepene, i den tro at det vil bidra til en utvidet forståelse av det som formidles av sykepleierne i intervjuene.

2.1. Sykepleiedokumentasjon.

Ny lov for helsepersonell ble iverksatt 1. januar 2001. I og med denne lovens paragraf 39 er alle som yter selvstendig helsehjelp forpliktet til å nedtegne dette i pasientens journal (Befring og Ohnstad 2001). Med den nye loven har sykepleiere fått en lovfestet plikt til å dokumentere egen virksomhet.

Jeg skal i det følgende se på sykepleiedokumentasjon, slik det forstås i dagens lærebøker, av sykepleiernes egen fagorganisasjon og i retningslinjer fra myndighetene. Videre vil jeg vende blikket bakover, og se hvordan det som vi i dag kaller *dokumentasjon* er omtalt i lærebøker som har vært og er i bruk i norsk sykepleierutdanning. Til slutt vil jeg vende blikket fremover, og se på den elektroniske dokumentasjonen, og den forståelsen av sykepleie som ligger til grunn for denne.

2.1.1. Sykepleiedokumentasjon status presens.

Ifølge en av dagens lærebøker på området er sykepleiedokumentasjon det skriftlige uttrykket for sykepleieres vurderinger og handlinger (Moen m. fl. 2002). Formen kan være rapporter, pleieplaner og ulike kurver. Dokumentasjonen kan ha funksjoner utover det som er knyttet til pleien av den enkelte pasient. Noen skiller mellom spesiell og generell dokumentasjon (Moen m. fl. 2002), mens andre skiller mellom sykepleiedokumentasjonens primære og sekundære brukere (Andersen 1995). Med spesiell sykepleiedokumentasjon menes dokumentasjonen knyttet til den enkelte pasient. Denne skal synliggjøre pasientens behov for sykepleie, samt reflektere den hjelpen som pasienten har fått og skal få. Det å sikre kontinuitet i pleie og behandling holdes frem som en viktig målsetning for spesiell sykepleiedokumentasjon. Generell dokumentasjon omtales som generelle retningslinjer for praksis som prosedyrer, kliniske retningslinjer og liknende, samt ”spesifisering og organisering av pasientflyt, og planleggingsverktøy” (Moen m. fl. 2002: 14). Andersen skiller mellom sykepleiedokumentasjonens primære og sekundære brukere for å synliggjøre dokumentasjonens funksjon utover det å sikre at den enkelte pasient får god og trygg pleie og behandling. Hun viser til sykepleiedokumentasjonens funksjon i forhold til ressursfordeling i samfunnet, og mener at den er et redskap sykepleiere kan bruke til å ”legitimere sin virksomhet” (Andersen 1995: 49). Hun hevder også at sykepleiedokumentasjon utgjør en ”grunnstein i alt kvalitetssikringsarbeid” (ibid.: 50). Dette ikke er det eneste stedet ordet *kvalitet* dukker opp i forbindelse med dokumentasjon. Kvalitet oppfattes her som noe som kan *sikres*, og at dokumentasjon har en sentral funksjon i så henseende. Jeg vil komme tilbake til kvalitet og dokumentasjon senere i oppgaven.

Norsk Sykepleierforbund legger også vekt på sykepleiedokumentasjonens mange funksjoner i sin veileder for *Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen* (NSF 2002).⁴ I følge NSF skal dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen:

- inneholde systematiske nedtegnelser av pasientens helseproblemer, observasjoner og tiltak, vurderinger som legges til grunn, og resultater av disse tiltakene
- gi beslutningsstøtte til planlegging av pleien
- kunne brukes til evaluering av kvaliteten av sykepleie og resultatorientering

⁴ I resten av oppgaven omtales denne som ”NSFs veileder”.

- bidra til kontinuitet i sykepleien til pasientene og koordinering av pasientrettede tiltak
- danne grunnlag for forskning og fagutvikling
- være et juridisk dokument og kilde for tilsynsmyndigheter

(NSF 2002: 17)

NSF knytter begreper som observasjoner, tiltak og resultater til sykepleiedokumentasjonen. Dette er begreper som har sitt opphav i *sykepleieprosessen*. Jeg vil senere vende tilbake til forståelsen av sykepleie som sykepleieprosess. Også i NSF's veileder dukker ordet *kvalitet* opp, denne gangen sammen med ordet *resultatorientering*. I dette ligger kanskje en kime til forståelse av hva som legges i begrepet kvalitet i denne sammenheng. Det kan etter mitt skjønn se ut som om man anser sykepleie å ha god kvalitet hvis den medfører oppnåelse av definerte resultater. Følgelig vil sykepleie som ikke gir de ønskede resultater måtte anses å være av dårlig kvalitet. Denne oppfatningen av kvalitet fordrer en forståelse av sykepleie som summen av mange enkelttiltak. Hvert enkelt tiltak kan observeres, og effekten av hvert tiltak kan måles i forhold til om de fører til et resultat som er fastsatt på forhånd. Dette må synliggjøres i dokumentasjonen der "Sammenhengen mellom observasjoner, vurderinger, tiltak og resultater må fremgå" (ibid.: 16). Når det gjelder "sikring av (sykepleiedokumentasjonens) kvalitet, er det begreper som kontinuitet og sikkerhet, etterprøvnbarhet og kontroll som er viktige" (l.c.). Tanken er at sykepleiedokumentasjonens bestanddeler må være av en slik art at enhver sykepleier skal kunne studere bestanddelene enkeltvis, sette de sammen igjen, og komme til samme resultat. Idealet for kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen gjennom etterprøvnbarhet og kontroll er med andre ord den *analytisk – syntetiske metode*. Den analytisk – syntetiske metode er en fremgangsmåte som "består i at vi deler opp et fenomen i komponenter, studerer hver enkelt komponent, og så setter dem sammen igjen" (Fjelland og Gjengedal 2000: 80).

Beslutningsstøtte til planlegging av pleien er ifølge NSF en av sykepleiedokumentasjonens funksjoner. Dette kan forstås på flere måter. På den ene side kan det rett og slett bety at sykepleiere bruker sykepleiedokumentasjonen for å få kunnskap om de pasientene de har ansvar for. Dette minner om det jeg har vist at enkelte omtaler som spesiell sykepleiedokumentasjon. Når NSF velger å bruke begrepet *beslutningsstøtte* er det trolig i en noe snevrere betydning. I sin egen omtale av beslutningsstøtte bruker de eksempler som "faglige retningslinjer (clinical guidelines), prosedyrer, veiledende sykepleieplaner og utstrakt bruk av maler i planlegging, utføring og dokumentasjon av sykepleien til den enkelte pasient"

(NSF 2002: 18). Denne funksjonen vil jeg vende tilbake til i behandlingen av elektronisk dokumentasjon.

I NSF's veileder trekkes forskning og fagutvikling frem som mulige bruksområder for informasjon fra sykepleiedokumentasjonen. Implisitt i dette ligger en bestemt oppfatning av hva som skal kjennetegne sykepleiedokumentasjonens innhold. Hvis det skal være mulig å bruke informasjon fra en kontekst i en annen, må denne informasjonen være av en slik art at den ikke får sin mening ut fra hvilken kontekst den opptrer i. Det må med andre ord være tale om objektive "data". Jeg skal vise at denne forståelsen av sykepleiedokumentasjon, som bestående av objektive "data", kommer igjen i andre sammenhenger.

Når det gjelder krav til sykepleiedokumentasjonen tar både nyere lærebøker (Andersen 1995, Moen m. fl. 2002) og NSF's veileder utgangspunkt i retningslinjer fra Statens helsetilsyn (Statens helsetilsyn 1994). Flere forskningsprosjekt bruker Statens helsetilsyns anbefalinger som mål på om sykepleiedokumentasjonen "holder mål" (Børmark 2003, Stokke og Kalfoss 1999). I følge helsetilsynets retningslinjer skal det i dokumentasjonen defineres klare sykepleieproblemer og mål for sykepleien, pasientens ressurser skal beskrives, det skal gjøres rede for sykepleietiltak og effekten av tiltakene skal evalueres kontinuerlig. "Sykepleiedokumentasjonen er forutsatt å dekke fysiske, psykiske, sosiale / kulturelle behov og knyttes til pasientens evne til å dekke disse behovene selv" (Statens Helsetilsyn 1994: 34). Med utgangspunkt i helsetilsynets anbefalinger organiseres pasientens journal i ti dokumentgrupper. Disse er merket med bokstavene fra A til J, der for eksempel A er sammendrag, B er legejournal og C er prøvesvar. Sykepleiedokumentasjonen er dokumentgruppe G. Helsetilsynet krever at sykepleiedokumentasjonen inneholder tre dokumenttyper: G1 pasientopplysninger, G2 innkomstrapport / sykepleienotater og G3 sykepleieplan. Sykepleiesammenfatninger ved overflytting eller utskrivning av pasienter sorteres som A5 sammen med andre sammendrag.

Bruk av ord som sykepleieproblem, mål, ressurser og sykepleietiltak i beskrivelsen av sykepleiedokumentasjonens innhold antyder at *sykepleieprosess*tenkningen er en inspirasjonskilde. Dette gjenspeiles også i dokumentasjonens struktur. På G1 skal pasienten presenteres. G3 skal gjengi problemer, ressurser og tiltak, og effekten av tiltakene evalueres fortløpende på G2. Som i NSF's veileder knyttes også her ordet effekt til tiltak. Jeg vil komme nærmere inn på sykepleieprosessen i kapittel 2.2.1.

2.1.2. En tidsreise i sykepleiens lærebøker⁵.

Selv om dokumentasjon av egen virksomhet relativt nylig ble en lovfestet plikt for sykepleiere, har man i sykepleien lange tradisjoner for å beskrive egen praksis. Ved å ta en titt i lærebøker fra ulike tidspunkt i sykepleiens historie kan man få et innblikk i *idealene* som til enhver tid har vært rådende. Idealene sier ikke nødvendigvis noe om realitetene, men kan likevel si noe om hvordan man tenker rundt og forstår sykepleie i de ulike tidsepokene.

2.1.2.1. Rikke Nissens lærebok. En bok om sykepleie, for sykepleiere, skrevet av en sykepleier.

Rikke Nissen skrev den første norske lærebok i sykepleie. *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser* kom ut i 1877. Nissen skriver om *sykeberetningen*, at den skal være ”sand, korrekt og kortfattet” (Nissen 2000: 192). Hun mener sykeberetningen alltid har sitt utgangspunkt i *iakttakelse* av den syke. Kun gjennom samvittighetsfull observasjon av pasienten kan sykepleieren gi en pålitelig beskrivelse. Hun sier at dette er viktig i all sykdom, men

i Sygdomme, der ikke have en bestemt Gang, er det ikke blot vigtigt, men væsentlig, at de Kjendsgjærninger, som alene Sygepleiersken kan iagttage, blive baade nøiagtig iagttagne og nøiagtig berettede (ibid.: 193).

Nissen mener også at diakonissene, i tillegg til å kunne forfatte en nøyaktig sykeberetning, skal kunne skille det vesentlige fra det uvesentlige (ibid.). Hensynet til den syke og viktigheten av å sikre han sikker behandling og pleie er det viktigste målet for sykeberetningen. I tillegg har nedtegnelsene en funksjon utover den enkelte pasient. Nissen viser også til sykeberetningens rolle i utvikling av kunnskap når hun maner diakonissene til å ”iagttage den Syge og for hver Dag samle nye Erfaringer for sit Kald, hvorved hun kan sættes i stand til at udføre sin Gjærning mer og mer fuldkomment” (ibid.: 198). Sykeberetningen har med andre ord også betydning for diakonissene selv, og utviklingen av selvstendig kunnskap for og i praksis.

⁵ Dette avsnittet er ikke en fyldestgjørende historisk gjennomgang av lærebøker i sykepleie, men snarere eksempler på tilnæringer til det vi i dag kaller ”dokumentasjon”, representert i lærebøker som har vært, og er i bruk i norsk sykepleierutdanning.

2.1.2.2. Legene tar over.

Nissens lærebok blir i 1901 erstattet av en lærebok for sykepleiere skrevet av legen Hans Ridderwold Waage⁶. Hans *Lærebog i Sygepleie* ble tatt i bruk ved mange sykepleierskoler (Martinsen 2000). Waage innleder med å slå fast at sykepleieren i hovedsak har to plikter – for det første ”at pleie syge”, og for det andre ”at give Lægen Besked om den syges Tilstand” (Waage 1905: 1). Sykepleiernes rapportering blir av Waage knyttet til den andre av pliktene, å kunne gi legen beskjed om den sykes tilstand. At rapporteringen ikke anses å være av betydning for selve pleien av den syke henger sammen med Waages forståelse av sykepleiernes arbeid, og kunnskapsgrunnlaget for dette. Han skriver at sykepleiernes arbeid på den ene side dreier seg om å ”saa nøiagtigt som mulig følge de Forskrifter, som Lægen har givet med Hensyn til Behandlingen af den syge” (ibid.: 2). På den andre side kan legen ”selvfølgelig ikke i alle Detaljer veilede Sygepleiersken” (ibid.: 3). Sykepleierne handler fritt overfor pasienter ”hvis Pleie ikke netop stiller saa store Fordringer til Sygepleierskens Kundskaber, men hvor det hovedsagelig kommer an paa hendes mer personlige Omsorg for den syge” (ibid.: 5). For Waage er de sidene av pleiarbeidet der sykepleierne er autonome samtidig de sidene som ikke krever at sykepleierne har kunnskaper. De sidene av arbeidet som er knyttet til sykepleierens assistering av legen krever imidlertid at hun er ”i Besiddelse af saadan Insigt, at hun forstaar, hva der i hvert Tilfelde er af Interesse for Lægen at have Rede paa” (ibid.: 8). Sykepleien har ifølge Waage ikke et eget kunnskapsgrunnlag.

I 1921 utgir dr. med. Kr. Grøn og dr. med. Sofus Widerøe *Haandbok i Sykepleien*. Grøn og Widerøe omtaler sykepleiernes observasjon av den syke som *iakttakelse*. ”Ved siden av den egentlige sykepleie er dette (sykepleiernes) viktigste og vanskeligste oppgave” (Grøn og Widerøe 1921: 78). Observasjon er altså noe som skal skje ”ved siden av” sykepleien, for å kunne gi legen rapport. Hva som skal observeres avgjøres av legen. ”Som regel vil lægen gi den nødvendige veiledning om hva der særlig skal iagttages ved hver enkelt sykdom” (ibid.: 79). Grøn og Widerøe skiller seg dermed ikke fra Waage når det gjelder oppfatning av sykepleiens kunnskapsgrunnlag. Den *egentlige* sykepleien krever ikke observasjon av den syke, og det er legen som bestemmer hva som skal observeres av sykepleierne. Dette er kanskje årsak til at rapport mellom pleierne ikke blir omtalt i boken. Rapport handler, for

⁶ Det vises i denne sammenheng til andre utgave av boken. Denne kom ut i 1905.

Grøn og Widerøe, om rapport fra sykepleier til lege. Rapporten er muntlig og ”maa være klar og grei, fullstendig og paa samme tid saa kort som mulig” (l.c.).

I 1941 blir *Lærebok for sykepleiersker* i tre bind utgitt. Overlege dr. med. Anton Jervell er redaktør. Boken kommer i ny utgave i 1960, denne gangen utvidet til åtte bind, fremdeles med Jervell som redaktør⁷. Jervell vier et eget, lite kapittel til ”rapportgiing” (Jervell 1941: 85), hvor han både skriver om rapporten fra nattsøster og rapport ved legevisitt. For Jervell er ”rapport” både skriftlig og muntlig. Rapport til legen er muntlig, og da må sykepleieren

åndelig og legemlig være i ’giv akt’ – stilling (og) snakke tydelig og konsist. Hun skal rapportere alt saklig og vokte seg for å si noe som kan oppfattes som forslag til diagnose eller behandling. Når lægen gir sine ordrer, må hun være ytterst oppmerksom og straks notere hva som blir sagt. Ordrene må snarest innføres i en bok som er tilgjengelig for alle sykepleierskene (ibid.: 87).

Det er ansvarshavende sykepleiers oppgave å sørge for at legenes ordre fra visitten blir fulgt opp av de sykepleierne som pleier pasientene, ”stuesøstrene”. Når det gjelder nattsøsters rapport er den både muntlig og skriftlig. Jervell sier at denne er

av svært stor betydning. Mye av dagens behandling avgjøres på grunnlag av den. Rapporterer hun for eksempel at en pasient som var oppført til en større operasjon, har hostet om natten, vil det sannsynligvis medføre at operasjonen utsettes. Hennes rapport om en pasient som er suspekt på ileus, kan bidra til å påskynde en operasjon eller til å iverksette andre behandlinger (l.c.).

Gjennom utdragene fra Jervells lærebok får man et lite gløtt inn i idealene for en sykehuspraksis. Ved første øyekast kan det se ut som en praksis der sykepleierne er fullstendig underkastet legene. Men ved nærmere ettersyn vil denne oppfatningen nyanseres. Sykepleiernes observasjoner er i aller høyeste grad med på å sette dagsorden. Nattsøsters rapport vil, ifølge Jervell, ha stor betydning for den videre medisinske og kirurgiske oppfølgingen av pasienten. Rapportens utforming og innhold påvirkes av hvem den skal gis til:

For lægene og avdelingens sykepleiersker er det av største betydning å få nøyaktig underretning om pasientens tilstand gjennom vekten. For den sykepleierske som skal

⁷ Her er det første utgave fra 1941 det tas utgangspunkt i.

overta stellet av pasienten i kommende vakt, betyr det mye *dessuten* å få beskjed om alle detaljer i stellet (ibid.: 86).

Viktigst for rapportens utforming er imidlertid pasienten. Jervell beskriver en praksis der nyopererte eller ”særlig dårlige” har en sykepleier som sitter ”fast” hos seg. ”Hvor inngående hennes rapport skal være, avhenger av pasientens sykdom” (ibid.: 88).

2.1.2.3. NSF's lærebokserie. Lærebøker for sykepleiere, i all hovedsak skrevet av sykepleiere.

I 1960 blir en ny lov om offentlig godkjenning av sykepleiere vedtatt. En av hensiktene med den nye loven er å øke mengden teoretisk undervisning i utdanningen, og å gjøre undervisningen ved landets sykepleierskoler mer ensartet (Melby 1990). På bakgrunn av dette satte Norsk Sykepleierforbund i 1964 ned en komitè som skulle redigere en ny serie lærebøker (i det følgende omtalt som ”NSF's lærebok”). Dr. Jervells lærebøker ble ”velvilligst stilt til disposisjon for NSF” (Hauen 1969: forord), og var dermed utgangspunktet for komiteens arbeid. Legeprofesjonen hadde en representant i komiteen⁸, de øvrige tre var alle sykepleiere og lærere ved ulike sykepleierutdanninger⁹ (ibid.). Hvem som har skrevet de ulike kapitlene i bøkene kommer ikke frem¹⁰.

Rapportsystemet i sykeavdelingen omtales i NSF's lærebok. Det kommer tydelig frem at det er tale om både muntlige og skriftlige rapporter, og det gjøres rede for krav til gjennomføringen av begge. Et godt rapportsystem er ifølge den nye læreboken en forutsetning for trygg sykepleie.

Rapporten er bindeleddet mellom vaktene. Selv om sykepleierne skifter, vil en god rapport ved vaktskiftene gi kontinuitet. Når pasienten merker at alle er godt orientert, opparbeides *trygghet og tillit* (ibid.: 97).

Forfatteren fremhever betydningen av sykepleiernes rapport for at legen skal kunne stille riktig diagnose. Størst vekt legges imidlertid på den betydningen et godt rapportsystem, som består av både skriftlig og muntlig rapport, har for sykepleien. Rapportsystemet beskrives som det som binder pleiefellesskapet sammen. ”*Godt samarbeid* er avhengig av et godt

⁸ Christian Borchgrevink, dr. med., assistentlege ved Ullevål sykehus.

⁹ Kjellaug Lerheim, lærer ved Norges Høyere Sykepleieskole (komiteens formann), Olli Breiland, lærer ved Statens Helsesøsterskole, Reidun Juvkam, førstelærer ved Aker Sykepleieskole

¹⁰ Avdelingsleder Anne Elisabeth Hauen står imidlertid som forfatter av bind 1.

rapportsystem. Det gir trygghet for den enkelte og fremmer følelsen av delaktighet og medansvar” (ibid.: 99). Det presiseres at det ”ikke er *en* sykepleier, men en pleiegruppe som tar seg av pasienten i løpet av døgnet 24 timer” (ibid.: 98). Ansvaret for pasientene forstås som noe kontinuerlig og kollektivt. Pleien av pasienten strekker seg over hele døgnet og er et felles anliggende for pleiefellesskapet. Pasientens plager er sammensatte og i kontinuerlig forandring. Alle som tar del i pleien sitter derfor på kunnskap som er viktig for at pleierne skal få et best mulig bilde av pasienten. ”Et godt rapportsystem gir muligheter for at *alle observasjoner* kan komme fram. Alle som har med pasienten å gjøre, må derfor være innbefattet i rapportsystemet” (l.c.).

I NSF’s lærebok er ansvar og kunnskap to sider av samme sak, og delaktighet er en forutsetning for begge. Rapportformen må involvere alle som har med pasienten å gjøre. For det første fordi den enkelte sykepleier kan bidra med noe som kan øke fellesskapets forståelse for pasienten. For det andre fordi den enkelte sykepleier gjennom rapporten får utvidet sin forståelse av pasienten. For det tredje fordi rapporten bidrar til den enkelte sykepleiers opplevelse av ansvar. Jeg forstår, i lys av dette, rapporten som en forutsetning for en sykepleie som er rettet inn mot pasientens sammensatte og foranderlige plager – det jeg vil kalle en *helhetlig sykepleie*. Helhetlig sykepleie er imidlertid et begrep som brukes av andre, med annet innhold. Dette vil jeg komme tilbake til.

Kunnskapsutveksling og kunnskapsutvikling er, ifølge læreboken, sentralt i rapporten. Dette har igjen betydning for *kvalitet* i sykepleien.

Rapportsystemet innebærer gode muligheter for undervisning og derved for å bedre kvaliteten i sykepleien. Like viktig som at legen og den ansvarlige sykepleier får opplysninger slik at nødvendige pleie og behandlingsmessige tiltak kan bli satt i verk, er det å være sikker på at den enkelte som skal ha med pasienten å gjøre, forstår hvordan han skal utføre pleie og behandling (ibid.: 99).

Her dukker ordet *kvalitet* opp igjen. I NSF’s veileder fra 2002 knyttes kvalitet til ”resultatorientering”. I NSF’s lærebok fra 1969 knyttes kvalitet til *hvordan* pleien utføres. Forstått på denne måten er det ikke i resultatet, men i selve pleien kvaliteten ligger. Hvis kvalitet knyttes til resultat er det mulig å måle denne utenfor virksomheten. Pleien har god kvalitet hvis den medfører gitte resultater. Hvis kvalitet derimot knyttes til selve pleien er det pleierne selv, og pasientene, som er best egnet til å si noe om det.

2.1.2.4. Sykepleieprosessen inntar lærebøkene.

På 1980 – tallet ble NSF's lærebøker erstattet av amerikanske Pamela Mitchells *Grunnleggende Sykepleie 1 og 2* i norsk sykepleierutdanning¹¹. *Sykepleieprosessen* er bærende element i Mitchells lærebok. Hun har til hensikt å presentere

et detaljert rammeverk som sykepleieren kan bruke til å identifisere og fastslå sykepleiebehov hos pasienter, for på grunnlag av dette å utarbeide en hensiktsmessig og effektiv plan for sykepleien. Rammeverket er lagt opp etter den metoden som er mest vanlig i vitenskapelig arbeid, nemlig først å identifisere problemet og så løse det (Mitchell 1980: 80).

Sykepleieprosessen strømlinjeform blir tydelig når Mitchell sier:

Enkelte ganger kan sykepleieren etter bare en kort kontakt med pasienten ha hele sykepleieplanen klar i tankene. Hun er raskt i gang med vurdering, diagnose og tiltak, og kan ofte på forhånd si noe om resultatet (ibid.: 249).

For Mitchell er problemanalyse og pleieprosess to atskilte ting. Hun sier at "(p)leieprosessen begynner på det tidspunktet hvor problemanalysen eller diagnosen blir avsluttet" (ibid.: 201). Skillet mellom tenkning og handling, planlegging og utførelse, har sitt utgangspunkt i et bestemt kunnskapssyn, noe jeg vil komme tilbake til senere i oppgaven. I denne omgang holder det å bemerke at Mitchell med dette har tatt oss tilbake til Waages og Grøn og Widerøes univers, der kunnskap og handling er to atskilte ting. Forskjellen mellom Waage, Grøn og Widerøe og Mitchell ligger bare i *hvem* som utfører problemanalysen. For Waage, Grøn og Widerøe er det legen som står for tenkningen og sykepleierne som handler. For Mitchell er problemanalyse en sykepleieoppgave, men den trenger ikke utføres av samme sykepleier som den som handler. Gjennom sykepleieprosessen kan tenkning og handling atskilles både i tid og i rom. Sykepleieprosessen vil utdypes i kapittel 2.2.1.

Mitchells forståelse av sykepleie gjenspeiles i hennes "problemorienterte rapport" som er basert på fire deler: "Database eller informasjonsgrunnlag. Initialplan eller startplan. Framskrittsnotater. Avsluttende sammendrag" (ibid.: 251). Organisering av informasjon med utgangspunkt i pasientens problem, for eksempel "ødemer", gjør det, ifølge Mitchell, "lettere å vurdere om behandlingen og sykepleien er effektiv" (ibid.: 253). *Effektivitet* må i denne sammenheng forstås som et uttrykk for om sykepleietiltakene har ført til oppnåelse av de

¹¹ Boken ble utgitt i 1973, og oversatt til Norsk i 1974. Kom senere ut i nye utgaver i 1980 og 1983. Jeg tar her utgangspunkt i 1980 – utgaven.

målene for sykepleien som ble fastsatt på forhånd. Dette minner om forståelsen av *kvalitet* som er representert i NSF's veileder for *Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen*. Denne typen effektivitet lar seg måle utenfor virksomheten.

For Mitchell er *diagnostiseringen* selve utgangspunktet for sykepleien. Med diagnostisering mener hun ”systematisk undersøkelse for å angi en saks beskaffenhet eller særlige kjennetegn” (ibid.: 130). Hun sier videre at ”(d)et viktigste ved denne prosessen er (1) å bruke en systematisk metode og (2) å *bestemme* beskaffenheten eller årsaken (til et problem)” (l.c., min utheving). Mitchell uttrykker gjennom dette en stor tro på at alle fenomener i sykepleien kan årsaksforklares. Hun mener diagnostisering skiller seg fra vurdering ved at det i å diagnostisere stilles krav om nettopp årsaksforklaring. Diagnostisering og årsaksforklaring danner grunnlag for ”å vurdere om behandlingen og sykepleien er effektiv”. Mitchell sammenlikner diagnostisering i sykepleien med en rørleggers leting etter og fastslåing av årsaken til et tett toalett. Den systematiske metode som brukes til å samle data består ifølge Mitchell av intervju og observasjon / undersøkelse. Intervjuet skal brukes for å samle ”sykehistorien og de *subjektive* opplysningene (klientens følelser og opplevelser)” (ibid.: 163). ”Undersøkelse og observasjon brukes for å samle *objektive* opplysninger, dvs. data som kan ses og måles” (l.c.). Som ”en hjelp til å huske hvilke funksjonsområder en bør undersøke” (ibid.: 165) presenterer Mitchell en oversikt over områder for datasamling bestående av over 200 punkter. Disse punktene samles under følgende overskrifter: Psykososial tilstand, mental og emosjonell status, miljø, sensorisk tilstand, motorisk tilstand, ernæringstilstand, eliminasjon, væske – og elektrolyttbalanse, blodsirkulasjon, respirasjon, temperatur, hud, hår, negler, og søvn og hviletilstand. Jeg tolker Mitchell slik at hun mener den enkelte sykepleier gjennom en kartlegging av disse punktene vil få en *helhetlig* forståelse av pasienten. Jeg har tidligere pekt på at pleiefellesskapet i NSF's lærebok er en nøkkel til forståelse av pasientens sammensatte og foranderlige plager – det jeg har kalt *helhetlig* sykepleie. Hvis en *helhetlig* forståelse kan oppnås gjennom intervju og observasjon av drøyt 200 punkter får imidlertid pleiefellesskapet mindre betydning. Kartleggingen av pasientens plager gjennom intervju og observasjon kan gjøres av en enkelt sykepleier. Jeg forstår de 200 punktene som et forsøk på å favne plagenes sammensatte karakter. Hvordan ulike plager henger sammen, og at plagene er i forandring, kan imidlertid, etter mitt skjønn, vanskelig beskrives gjennom Mitchells metode.

En fordel ved den problemorienterte rapporten er, ifølge Mitchell, at

systematikken gjør det lett å kode data for eventuell bruk av EDB, for lagring og for å finne igjen data når det er behov for dem. Denne typen lagring gjør dataene lettere tilgjengelige for statistisk bearbeiding og forskning på mange områder (l.c.).

Jeg har allerede, i forbindelse med NSFs veileder, vist at ideen om gjenbruk av ”data” i for eksempel forskning forutsetter en forståelse av informasjonen i sykepleiedokumentasjonen som kontekstuavhengige ”data”. Jeg vil senere komme tilbake til ideen om gjenbruk av ”data” fra rapporter. Dette blir aktualisert ved innføringen av ESD. I så henseende er forståelsen av informasjon fra sykepleiedokumentasjonen som ”data” mer aktuell enn noensinne. Den problemorienterte rapport er en skriftlig rapport. Mitchell sier ikke noe om muntlig rapportering.

I dagens sykepleierutdanning skal det fokuseres på dokumentasjon. I *Rammeplan for grunnutdanning i sykepleie* er det en målsetning at sykepleiere etter endt utdanning skal kunne ”observere, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere pleie og omsorg til pasienter og pårørende” (Utdannings – og forskningsdepartementet 2004: 6). Videre heter det at studentene etter endt utdanning skal kunne ”dokumentere, kvalitetssikre og evaluere egen sykepleieutøvelse” (ibid.: 7). Igjen dukker ordet *kvalitet* opp i forbindelse med dokumentasjon, og som hos Andersen (1995) omtales kvalitet også her som noe som kan sikres.

I dag brukes *Generell Sykepleie 1, 2 og 3*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, ved mange sykepleierutdanninger¹². Her oppsummeres grunnprinsippene for dokumentasjon under følgende punkter:

- Dokumentasjonen må være gyldig.
- Dokumentasjonen skal inneholde nødvendige og tilstrekkelige data med tanke på å kunne yte god sykepleie.
- Dokumentasjonen må være systematisk, oversiktlig, nøyaktig, presis og objektiv.

(Andersen 1995: 50)

¹² Læreboken i tre bind ble utgitt i 1995 og 1996, og hele verket ble revidert i 2005. Det er første utgave jeg legger til grunn. Kapitlet *Sykepleieprosessen*, som handler om sykepleiedokumentasjon, er skrevet av Irene Dahl Andersen.

Dokumentasjonens gyldighet handler, ifølge Andersen, om hvorvidt innholdet er relevant ut fra sykepleiens referanserammer. Hun mener ”det er fagets begrepssystem som peker på hva utøveren har plikt til å være oppmerksom på og forstå” (ibid.: 51), men at dokumentasjonen alltid må ”være i samsvar med virkeligheten” (l.c.). Andersen representerer i sin tilnærming til dokumentasjon i så henseende en motsats til Nissen og Jervell. For Nissen er utgangspunktet for sykeberetningen alltid iaktakelsen av den syke, og Jervell mener at rapportens utforming avhenger av pasientens sykdom. For Andersen er det fagets *begrepssystem* som avgjør hva sykepleieren skal observere og dermed dokumentere.

Når det gjelder kravet til at ”data” skal være ”nødvendige og tilstrekkelige” trekker Andersen inn sykepleierens faglige skjønn. Hun mener sykepleieren må vurdere hvilke opplysninger det er ”nødvendig å registrere skriftlig” (l.c.). Andersen omtaler krav til systematikk og objektivitet under samme punkt. Det er interessant, og det kan se ut som om Andersen mener at de henger sammen. Hun sier at ”de opplysningene som blir nedtegnet, skal være nøytrale og ikke bære preg av subjektive tolkninger hos sykepleieren” (ibid.: 52). Denne forståelsen gjenfinnes også i bruken av et ord som ”data” om dokumentasjonens innhold. Dette indikerer at Andersen mener det finnes objektive sannheter som kan registreres uten at de har vært gjenstand for tolkning hos sykepleieren. Hvis det er slik at ”data” består av objektive sannheter vil de ikke være avhengig av å stå i en bestemt kontekst for å få sin mening. Faste systemer for organisering av informasjonen, der alle ”data” har en bestemt plassering, blir dermed mulig. Det er denne forståelsen av dokumentasjonens innhold som ligger til grunn for ideen om gjenbruk av ”data” fra sykepleiedokumentasjon i for eksempel forskning.

I likhet med Mitchell presenterer forfatterne av *Generell Sykepleie* en ”Datasamlingsguide”¹³. Datasamlingsguiden dekker de samme områdene som Mitchells oversikt, men nå under overskrifter som: Mental kapasitet, kommunikasjonskapasitet, bevegelseskapasitet, respirasjon, sirkulasjon, temperatur, ernæring, eliminasjon, personlig hygiene, smerter, sosial kontakt, identitet og verdier, livsstil og aktivitetsmønster, søvn og hvile, og pasientens subjektive opplevelse og mestringsmotivasjon. Andersen er mer eksplisitt enn Mitchell om at datasamlingsguiden skal hjelpe sykepleieren til å ”få et mest mulig *helhetlig* bilde av pasientens situasjon, og hvilken hjelp han trenger” (ibid.: 25 min utheving).

¹³ Det presiseres i boken at datainnsamlingsguiden er utarbeidet i fellesskap av forfatterne av *Generell Sykepleie*.

I likhet med Mitchell legger Andersen *sykepleieprosessen* til grunn for sykepleiedokumentasjonen, som hun mener skal utformes som en *pleieplan*.

En pleieplan har sykepleieprosessen som rammeverk både med hensyn til innhold og struktur. (...) Planen skal gi et bilde av pasientens situasjon og vise klart hva han har behov for av sykepleie. Den skal også vise hvilke tiltak som er valgt i den aktuelle situasjonen. Dessuten skal pleieplanen gi en fortløpende evaluering av pasientens tilstand og av de tiltakene som er iverksatt. (...) Sykepleieprosessen er også modell for pleieplanens form og oppbygging. Leddene i problemløsningsprosessen fungerer som struktur for planen (ibid.: 52f).

Som hos Mitchell er det også hos Andersen pasientens problem som er utgangspunktet for den skriftlige rapporten. Den skriftlige rapporten skal fungere som en evaluering av de sykepleietiltakene som er iverksatt. Dokumentasjon i pleieplanen har til hensikt å samordne observasjoner som er gjort, noe som skal gjøre det ”lettere å danne seg et *helhetlig* bilde av hvordan pasienten har det” (ibid.: 48 min utheving). Gjennom å samordne ”sine observasjoner, tiltak og vurderinger (blir sykepleierne) i stand til å gi en maksimalt enhetlig pleie og omsorg. De kan følge opp hverandre og samarbeide” (ibid.: 47f). Dokumentasjonen skal ifølge Andersen gjøre sykepleierne ”i stand til å handle effektivt, riktig og raskt uavhengig av om(de) har hatt mye eller lite med den aktuelle pasienten å gjøre” (l.c.). Ordet *helhetlig* brukes av forfatteren selv, men ordet har trolig her en noe annen betydning enn da jeg knyttet det til NSF’s lærebok fra 1969. I NSF’s lærebok er rapporten noe kollektivt. Det er en forutsetning for en god rapport at alle som er involvert i pleien av pasienten deltar. Jeg har satt dette i sammenheng med at pasientens plager er sammensatte og foranderlige. Forståelsen av den syke må dermed være en kontinuerlig og kollektiv prosess. Andersen ser i så henseende det hele i motsatt perspektiv. For henne er observasjoner noe som kan gjøres av enkeltpleiere og så skrives ned. Ved å lese disse nedtegnelsene blir andre enkeltpleiere i stand til å handle *effektivt, riktig og raskt*, uavhengig av om de kjenner pasienten eller ikke. Andersen forstår *helhet* som et resultat av summering av enkeltobservasjoner. Andersen omtaler samarbeid som et resultat av denne typen summering. I NSF’s lærebok, derimot, er samarbeid *både* en forutsetning for *og* et resultat av et godt rapportsystem. Andersens forbindelse mellom det å handle *effektivt* og det å handle *riktig og raskt*, gir en pekepinn om en bestemt oppfatning av *effektivitet*, som jeg tidligere har påpekt hos Mitchell. Andersen forstår effektivitet som et uttrykk for om sykepleiehandlingene har gitt resultater, og bruken av ordet *riktig* antyder at disse resultatene må være definert i forkant av handlingene.

Andersen mer enn antyder et en - til - en - forhold mellom dokumentasjon og praksis når hun sier at ”Gjennom det å skulle skrive pleieplaner blir sykepleieren ’presset’ til å arbeide mer bevisst, systematisk og målrettet” (ibid.: 54). En praksis som ikke har sitt avtrykk i en dokumentasjon med struktur og innhold i tråd med sykepleieprosessen anses dermed å være usystematisk, ubevisst og uten mål. Dette er et syn Andersen ikke er alene om, men som er representert også hos andre. Dette vil jeg komme tilbake til.

2.1.2.5. Tanker ved reisens slutt.

Det er nå, ved slutten av denne reisen i tid gjennom et utvalg lærebøker brukt i norsk sykepleierutdanning, på sin plass å gjøre noen oppsummeringer av de ulike forfatternes omtale av det som i dag kalles sykepleiedokumentasjon. For Rikke Nissen danner *iakttakelsen* av den syke utgangspunkt for det hun kaller *sykeberetningen* – sykepleierens beretning om den syke. I dette ligger en anerkjennelse av sykepleierens aktive rolle som iakttaker. Denne forståelsen skiller seg fra Mitchells og Andersens forståelse av sykepleiedokumentasjon som bestående av *objektive data*. Objektive data kan og *skal* registreres uten noen form for fortolkning fra sykepleierens side. Nissen forstår sykeberetningen som *åpen*, og understreker iakttakelsens betydning i forhold til sykdommer som ikke har en bestemt gang. Mitchell og Andersen utgjør i så måte en motsats til Nissen. Mitchell mener at sykepleieren ”enkelte ganger kan (...) etter bare en kort kontakt med pasienten ha hele sykepleieplanen klar i tankene (...) og kan ofte på forhånd si noe om resultatet”¹⁴. Andersen forfekter samme syn når hun sier at det er ”fagets begrepssystem som peker på hva utøveren har plikt til å være oppmerksom på”¹⁵. For Andersen er det ”fagets begrepssystem”, mens hos Grøn og Widerøe er det ”lægen (som) vil gi den nødvendige veiledning om hva der særlig skal iagttages”¹⁶. Alle disse opererer med et skille mellom tenkning og handling. Først kommer planen, og handling er iverksetting av denne. Dr. Jervell beskriver, i sin lærebok, et rapportsystem som er åpent i den forstand at form og innhold påvirkes av hvem rapporten skal gis til (lege og ledende sykepleiere, eller sykepleierne som skal stelle pasientene) og pasientens tilstand. I NSF’s lærebok legges det vekt på rapportens sammenbindende funksjon, både i forhold til pleiegruppen gjennom ”følelsen av delaktighet og medansvar” og i forhold til den enkelte

¹⁴ Jfr. sitat i avsnitt 2.1.2.4.

¹⁵ Jfr. sitat i avsnitt 2.1.2.4.

¹⁶ Jfr. sitat i avsnitt 2.1.2.2.

pasient fordi den ”gir muligheter for at alle observasjoner kan komme fram”¹⁷. Fellesskap er her både en forutsetning for og et resultat av rapporten. Hvis dokumentasjonen består av objektive data som summeres til å utgjøre en helhet er imidlertid ikke fellesskapet av samme betydning. Det ligger i sakens natur at objektive data er de samme, uavhengig av hvem som registrerer og leser dem. Denne typen dokumentasjon kan derfor sies å verken *forutsette* eller *være en forutsetning for fellesskap*.

Det er interessant å merke seg språkbruken i lærebøkene, og at endringer i begrepene som brukes også reflekterer endret forståelse av fenomenene som omtales. Nissen bruker begrepet *beretning*. I Aschehoug og Gyldendals Store Norske Ordbok defineres *beretning* som ”fremstilling eller redegjørelse” (Gutte 1991). Å berette er ifølge ordboken synonymt med å *fortelle*, noe som forutsetter at det finnes *en forteller*. Det er interessant å merke seg at en av betydningene av *en forteller* er ”skuespiller som binder sammen enkeltscener” (ibid.). Det å *binde sammen* kan altså sies å være sentralt i beretningen. Waage bruker ikke noe eget begrep på sykepleierens plikt til ”at give Lægen Besked” (Waage 1905: 1), mens både Grøn og Widerøe og Jervell bruker ordet rapport. Grøn og Widerøe skriver bare om rapport fra sykepleier til lege. Jervell omtaler imidlertid både rapport fra sykepleier til lege og intern rapport blant pleierne. For Jervell er rapporten både muntlig og skriftlig. I ordboken defineres *rapport* som ”(inn)beretning eller referat” (Gutte 1991). I fremmedordboken brukes ord som ”uttalelse, melding, redegjørelse, forbindelse, overensstemmelse” om rapport (Berulfsen og Gundersen 2000). Det er interessant å merke seg at *rapport* også er et ord som brukes i veving. Der angir rapport den minste del, enhet, som fullstendig viser mønsteret eller hvordan trådene går i en vevnad (ibid.). *Sammenheng* eller *helhet* blir dermed også et sentralt ord for å beskrive rapporten. Når det gjelder lærebøkene som er gjennomgått her er det først hos Andersen ordet *dokumentasjon* dukker opp. Mitchell bruker ordet *rapport*, men da spesifikt om ”en skriftlig rapport om diagnose, behandling, sykepleietiltak og virkninger” (Mitchell 1980: 249f). Meningen Mitchell legger i *rapport* er etter mitt skjønn identisk med Andersens forståelse av *dokumentasjon*, som hun hevder ”innebærer at personalet skriver ned opplysninger (data), tiltak og virkninger av tiltakene” (Andersen 1995:45). *Dokumentasjon* omtales i fremmedordboken som ”fremlegging av dokumenter som bevismiddel eller til understøttelse av en oppfatning” (Berulfsen og Gundersen 2000). Begrepet passer i så henseende godt til både Mitchells og Andersens forståelser av sykepleie som en prosess hvor

¹⁷ Jfr. sitat i avsnitt 2.1.2.3.

man ”ofte på forhånd (kan) si noe om resultatet” og ”det er fagets begrepssystem som peker på hva utøveren har plikt til å være oppmerksom på og forstå”¹⁸.

Jeg har allerede pekt på den manglende anerkjennelse av et eget kunnskapsgrunnlag i sykepleien i Waages og Grøn og Widerøes lærebøker. Det at de ikke anser at sykepleien har et eget kunnskapsgrunnlag springer ut fra en helt bestemt oppfatning av hva kunnskap *er*. De andre lærebøkene representerer også ulike kunnskapssyn. Disse er imidlertid aldri gjort eksplisitt, noe jeg i det følgende skal vise også gjelder for andre dokumenter. Jeg vil senere i oppgaven gjøre rede for ulike forståelser av kunnskap.

2.1.3. Elektronisk sykepleiedokumentasjon – fremtidens dokumentasjonsform.

Elektronisk pasientjournal (EPJ) kan defineres som ”en pasientjournal der informasjonen er elektronisk lagret på en slik måte at den kan gjenfinnes ved hjelp av dertil egnet programvare” (KITH 2001: 20). I helsepersonelloven fra 2001 åpnes det i paragraf 46 for elektronisk føring av pasientjournal (Befring og Ohnstad 2001).

Myndighetenes målsetning om innføring av elektroniske pasientjournaler har kommet til uttrykk gjennom en trilogi av tiltaksplaner. I den første av disse, *Mer helse for hver bIT*, skisserer Sosial – og Helsedepartementet handlingsplanen for perioden 1997 – 2000 (Sosial – og Helsedepartementet 1996). Her heter det at ”(e)lektroniske pasientjournaler og kliniske og pasientadministrative informasjonssystemer er sentrale verktøy i forhold til flere overordnede helsepolitiske mål” (ibid.: 22). Blant annet hevdes det at EPJ vil frigjøre mer av helsepersonellens tid til pasienten. Det forventes også at systemene i seg selv vil utgjøre et bedre informasjons – og beslutningsgrunnlag for diagnostisering, behandling og oppfølging, samt for forskning og kvalitetssikring. Slik oppnår man ”raskere, bedre, sikrere og mer rasjonell pasientbehandling” (ibid.: 23). Den neste tiltaksplanen, *”Si @!”*, dekker perioden 2001 – 2003 (Sosial – og Helsedepartementet 2001). Her gjøres målsetningen om EPJ ved alle landets sykehus innen 3 – 5 år eksplisitt. Siste tilvekst i den statlige trilogien om informasjonsteknologi i helse – og sosialsektoren er *S@mspill 2007* (Helsedepartementet og

¹⁸ Mitchell og Andersen, tidligere sitert i avsnitt 2.1.2.4.

Sosialdepartementet 2004). Dette er den statlige strategien for perioden 2004 – 2007. I følge denne tiltaksplanen er en umiddelbar gevinst av EPJ – innføring av rutinearbeid som skriving av resepter, sykemeldinger og liknende går raskere. I tillegg forventes positive effekter som økt lesbarhet, samt at ”legene finner journalen når de trenger den” (ibid.: 15). Tiltaksplanen hevder at innføring av EPJ har gevinster utover automatisering. Blant annet trekker man frem muligheten for å bruke data fra EPJ i forskning, ledelse og planlegging.

Gjennom EPJ kan innsamling av data i stor grad automatiseres og utvides. Videre kan organisering av data og informasjon som framkommer under utredning, diagnostikk, behandling og evaluering av pasienter anvendes til å synliggjøre kvalitet og kostnad på de tjenester som ytes (l.c.).

Ideen om gjenbruk av ”data” er den samme som hos Mitchell og i NSF’s veileder. Denne gangen mener man at ”data” kan brukes i forbindelse med synliggjøring av *kvalitet* og *kostnad* på behandling. Behandling omtales for øvrig som *de tjenester som ytes*. Det er grunn til å tro at *kvalitet* også i denne sammenheng forstås som et uttrykk for grad av måloppnåelse. I tillegg er det verd å merke seg bruken av ord som *kostnad* og *tjenester*, en sjargong som gir assosiasjoner til et marked. Oversatt til dagligspråk er departementenes budskap at ”data” fra EPJ kan brukes til å sjekke om ”behandlingen pasientene får er verd pengene”.

Tiltaksplanen uttrykker stor optimisme hva angår potensialet som ligger i EPJ. Blant annet heter det at

en gjennomgående og helhetlig innføring av EPJ antas å ha størst gevinstpotensial av alle IT – satsinger i helse – og sosialsektoren. EPJ i hele helsetjenesten er en forutsetning for helhetlig pasientforløp generelt og spesielt for pasienter med kroniske lidelser eller kompliserte og sammensatte behov (l.c.).

Her brukes ordet *helhetlig* igjen, denne gangen om pasientforløp. Jeg forstår dette dit hen at departementene tenker seg en gjenbruk av informasjon om pasienten på ulike steder i helsevesenet. En forutsetning for denne forståelsen av helhet er at informasjon fra en kontekst betyr det samme i en annen, at informasjonen med andre ord ikke får sin mening ut fra hvilken kontekst den opptrer i. Dette er en måte å tenke om pasientinformasjon som er i tråd med NSF’s veileder, Mitchell og Andersen. Jeg vil imidlertid gjennom kapittel 2.2.2. og 2.2.3. vise at det finnes kunnskap i sykepleiepraksis som ikke kan overføres i tid og rom uten å miste sin mening.

I de statlige tiltaksplanene nevnes ikke elektronisk sykepleiedokumentasjon spesielt. Overgangen til ESD henger imidlertid sammen med innføringen av EPJ i og med at sykepleiedokumentasjonen, i henhold til helsepersonelloven, er en del av pasientjournalen. Det må, i tråd med Helsetilsynets anbefalinger fra 1994, være mulig for sykepleiere å skrive innkomstrapport, sykepleienotater, sykepleieplan, samt sammenfatning i den elektroniske pasientjournalen.

Det hevdes fra flere hold at elektronisk sykepleiedokumentasjon fordrer en høyere grad av *systematisering* av dokumentasjonens innhold, blant annet gjennom bruk av *klassifikasjonssystemer og kodeverk* (Ruland 2000, Moen m. fl. 2002, NSF 2002). EPJ – systemene som er i bruk ved norske sykehus i dag¹⁹ åpner for en kombinasjon av fri tekst og klassifikasjonssystemer. Tilgjengelige klassifikasjonssystemer er NANDA for sykepleiediagnoser²⁰, NIC for sykepleietiltak²¹, NOC for pasientresultater²² og ICNP²³. Da ingen av disse klassifikasjonssystemene enda er tatt i bruk av sykepleierne som er intervjuet i forbindelse med dette arbeidet vil det ikke bli gjort nærmere rede for disse. Jeg vil bare påpeke at det fra flere hold anbefales å bruke klassifikasjonssystemer med utgangspunkt i sykepleieprosessen. Fra Norsk Sykepleierforbund heter det at

den økte innflytelsen informasjonsteknologi har fått innen helsevesenet, har vært med på å bidra til at sykepleieprosessen har fått en ny renessanse fordi man ser nødvendigheten av systematikk for å utnytte IT som verktøy (NSF 2002: 6).

¹⁹ Pr. i dag er det flere systemer i bruk ved norske sykehus. Jeg vil, som påpekt i kapittel 1.2., i denne oppgaven ikke gi en presentasjon av disse systemene, heller ikke systemet som brukes ved sykehuset intervjuene ble gjennomført.

²⁰ NANDA: North American Nursing Diagnosis Association. Gruppe bestående av forskere og såkalt ”kliniske eksperter” som hvert andre år gir ut *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. Boken oversettes til norsk av *Norsk redaksjonsutvalg for klassifikasjonssystemene NANDA, NIC og NOC* (NANDA 2003).

²¹ NIC: *Nursing Interventions Classification*. Klassifikasjonssystem for sykepleietiltak utviklet av en gruppe forskere ved Universitetet i Iowa, assistert av kliniske eksperter. Fjerde, og foreløpig siste utgave, inneholder 514 intervensjoner (Dochterman og Bulechek 2004). Er enda ikke oversatt til norsk.

²² NOC: *Nursing Outcome Classification*. Klassifikasjonssystem for pasientresultat utgitt ved Universitetet i Iowa. Tredje, og foreløpig siste, utgave inneholder 330 resultater (Moorhead, Johnson og Maas 2004). Ikke oversatt til norsk.

²³ ICNP: International Classification of Nursing Practice. Integrerer klassifikasjonssystemer for pasientproblemer, sykepleiehandlinger og pasientresultater. Målet er å ”tilby et verdensomspennende språk for sykepleie og samtidig være et integrerende rammeverk for ulike kode – og klassifikasjonssystemer og legge til rette for sammenlignbarhet gjennom etablering av synonymer og kryssreferanser” (Moen m. fl. 2002).

Andre går lenger i å understreke sammenhengen mellom ESD og utviklingen av klassifikasjonssystemer:

Å kunne definere sykepleie og andre fagområder med eksakte og dekkende begreper er blant annet en forutsetning for utviklingen av elektroniske pasientjournaler eller andre informasjonssystemer (Ruland 2002: 132).

Klassifikasjonssystemer i sykepleie er aktualisert gjennom innføringen av ESD. Arbeidet med å utvikle slike systemer går imidlertid langt tilbake. Sykepleiernes samarbeid i Norden (SSN) gir allerede i 1986 uttrykk for ”nødvendigheten av å akkumulere ervervet viten om sykepleie” (SSN 1986: 54). De hevder i rapporten *Dokumentation av och i omvårdnad* at det ”er nødvendig at sykepleierdata registreres og kategoriseres slik at de kan inngå i en database for sykepleiepraksis” (l.c.). Det understrekes at dersom man skal ”bygge datasystemer for å dokumentere sykepleien, forutsetter det klart definerte mål for virksomheten og et avgrenset problem” (ibid.: 57). Det anbefales derfor at det utvikles ”nomenklaturer for sykepleie (f. eks. sykepleiediagnoser)” (ibid.: 45). Optimismen knyttet til utviklingen av klassifikasjonssystemer har med andre ord allerede levd lenge i deler av fagmiljøet. Norsk Sykepleierforbund har også lenge ivret for økt bruk av informasjonsteknologi i sykepleietjenesten. Allerede i 1995 går NSF i heftet *Informasjonsteknologi som verktøy i sykepleiertjenesten* (NSF 1995) langt i å anbefale bruken av denne typen teknologi og ferdigformulerte pleieplaner²⁴ sydd om sykepleieprosessens lest. Den positive tonen føres videre inn i det nye tusenåret med veilederen for *Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen* (NSF 2002). Her heter det at

Sykepleiere bør tilstrebe økt bruk av standardiserte begreper i tillegg til fritekst. Sykepleietjenesten nasjonalt bør i størst mulig grad benytte felles klassifikasjonssystemer, foreløpig ser NANDA, NOC og NIC mest aktuelle ut. Sykepleiere bør engasjere seg i videreutviklingen av klassifikasjonssystemer ved å teste dem ut og melde tilbake forslag, endringer, tilføyelser (ibid.: 42).

²⁴ Ferdigformulerte eller veiledende pleieplaner kan defineres som:

en preformulert oversikt over sannsynlige sykepleiediagnoser / problemer og relevante sykepleietiltak / forordninger for en pasientgruppe. En pasientgruppe kan for eksempel defineres ut fra medisinsk diagnose, ut fra operativt inngrep eller medisinsk prosedyre pasienten skal gjennomgå, eller ut fra andre kriterier. En kan også ha veiledende pleieplaner for mer avgrensede problemer og fenomener, for eksempel for en spesiell sykepleiediagnose eller for ulike prosedyrer (Flø 2005).

Det heter videre at:

systemet legger også til rette for at det kan legges inn veiledende pleieplaner i systemet. Når en sykepleier sitter ved skjermen og planlegger pleien til en pasient kan hun lett hente opp en slik veiledende pleieplan, og velge de sykepleiediagnosene, tiltakene / forordningene hun vil ha med for aktuelle pasient (l.c.).

Klassifikasjonssystemer og ferdigformulerte pleieplaner innebærer en videreføring av skillet mellom tenkning og handling, planlegging og utførelse, som er representert i Mitchells og Andersens lærebøker. Med klassifikasjonssystemene og de ferdigformulerte pleieplanene gjøres dette skillet enda tydeligere. Sykepleiediagnosene, tiltakene, resultatene og pleieplanene er formulert av personer som aldri har sett pasienten de skal anvendes på, og som aldri skal delta i pleie og behandling av den aktuelle pasienten.

NSF går langt i å anbefale bruken av klassifikasjonssystemer i sykepleiedokumentasjon. Det påpekes imidlertid at ”klassifikasjonssystemer utgjør bare en del av det totale dokumentasjonssystemet” (NSF 2002: 39). I dette ligger en åpning for at ikke all sykepleie lar seg fjerne av klassifikasjonssystemene. Det som faller utenfor må dokumenteres som fritekst.

En måte å strukturere innholdet i sykepleiedokumentasjonen uten bruk av klassifikasjonssystemer er *strukturert ikke – kodet tekst*. Et eksempel på denne typen struktur er den som presenteres i VIPS – modellen²⁵ (Moen m. fl. 2002, KITH 2003). Her struktureres datasamlingen ved hjelp av søkeord for å avklare ”hvordan *status for pasienten* er på et gitt tidspunkt” (Moen m. fl. 2002). Status for pasienten dokumenteres i VIPS – modellen under følgende overskrifter: Kommunikasjon, kunnskap / utvikling, respirasjon / sirkulasjon, ernæring, eliminasjon, hud / vev, aktivitet, søvn, smerte / sanseintrykk, seksualitet / reproduksjon, psykososialt, åndelig / kulturelt, velvære og sammensatt status (ibid.). I sykepleiedokumentasjon basert på VIPS – modellen skal sykepleierne skrive fritekst innenfor de strukturerte områdene. Selv om det ikke stilles bestemte krav til *språket* som brukes i dokumentasjonen, legger dokumentasjonsverktøyet likevel føringer på *hva* som skal dokumenteres. Modellen er således i tråd med Andersens oppfatning av at det er fagets begrepssystem som bestemmer hva sykepleieren skal observere, og dermed også dokumentere.

Systemet for elektronisk sykepleiedokumentasjon som er i bruk ved Avdelingen fordrer denne typen strukturert ikke – kodet tekst. Kategoriene det legges til rette for er imidlertid ikke

²⁵ VIPS står for velvære, integrasjon, prevensjon og sikkerhet. Disse begrepene betegner i følge modellen de overordnede målene for sykepleien. Jeg vil ikke gjøre nærmere rede for denne modellen i denne sammenheng. Jeg bare konstaterer at VIPS er ”en forskningsbasert modell for dokumentation av omvårdnad i patientjournalen” (Ehnfors, Ehrenberg, Thorell – Ekstrand 1998). Det er av interesse å se at modellen er basert på sykepleieprosessen, og at den har den struktur og innhold som er anbefalt av Statens helsetilsyn (Stokke 1999).

identiske med de som beskrives i VIPS – modellen. Forskjellene er ikke omfattende, og er ikke av betydning i denne sammenheng. Jeg vil derfor ikke gjøre rede for disse her.

Betydningen som tillegges sykepleiedokumentasjon blir tydelig når det fra enkelte hold hevdes at ”(i) sin ytterste konsekvens er *ikke dokumentert* sykepleie likestilt med *ikke utført* sykepleie” (NSF 2002: 43). Til grunn for dette utsagnet ligger en bestemt forståelse av sykepleie og kunnskap. Andersen gir uttrykk for samme en – til – en – forhold mellom dokumentasjon og praksis når hun hevder at sykepleiere gjennom å skrive pleieplaner vil jobbe mer ”bevisst, systematisk og målrettet”²⁶. Dette hviler i et bestemt kunnskapssyn, noe som vil belyses nærmere i det følgende.

2.2. Forståelser av sykepleiepraksis, kunnskap og organisering av pleien.

En drøfting av sykepleiedokumentasjon fordrer at det gjøres rede for *sykepleiepraksis*. Hvordan man forstår sykepleiepraksis vil legge føringer for hvordan man forstår dokumentasjon av denne praksisen. Hvordan man forstår dokumentasjon er også et uttrykk for hvordan man forstår praksis. En drøfting av sykepleiepraksis er, etter mitt skjønn, ikke mulig uten samtidig å belyse *kunnskapen* faget er fundert i. Hva som anses som gyldig dokumentasjon av faget henger sammen med hva som oppfattes som fagets kunnskapsgrunnlag. Sykepleiepraksis og kunnskap vil derfor i det følgende behandles side om side. Sykepleiepraksis innebærer imidlertid også *organisering* av pleiearbeidet. Organisasjonsformene i sykepleien er tett forbundet med fagets kunnskapsgrunnlag, og det er tenkelig at visse organisasjonsformer fremmer noen kunnskapsformer og hemmer andre. Jeg vil i det følgende belyse sammenhengen mellom praksis, kunnskap og organisering.

²⁶ Jfr. sitat i avsnitt 2.1.2.4.

2.2.1. Sykepleie forstått som sykepleieprosess.

Kunnskap og språk har vært sentrale begreper i mye av kritikken som har vært reist mot sykepleiedokumentasjon. Det hevdes blant annet at sykepleiere ikke evner å synliggjøre kunnskapen som ligger til grunn for våre handlinger, gjennom en dokumentasjon som er ustrukturert og nærmest har dagbokpreg (Stokke 1999). Effektbeskrivelser og evalueringer av sykepleietiltak er noe av det som etterlyses i sykepleiedokumentasjonen (Stokke 1999, Stokke og Kalfoss 1999 og Børmark 2003, Karlsen 2004), med andre ord en klarere formulering av forholdet mellom årsak (sykepleietiltak) og virkning (effekt). Sykepleieprosessen beskrives av flere som hensiktsmessig for forståelse og fremstilling av sykepleie (Stokke og Kalfoss 1999, Ammenwerth m. fl. 2001), og det hevdes at informasjonsteknologiens inntog i sykepleien har ført til en renessanse for sykepleieprosessen (NSF 2002).

Begrepet "nursing process" ble først brukt av Peplau i 1952 (Fagermoen 1980). Peplau beskriver sykepleie som en målrettet prosess mellom den som gir sykepleie og den som blir pleiet. Prosessen er *interpersonlig*, det vil si at minst to personer er involvert. Videre er den *terapeutisk* og *innsiktskapende* fordi den sikter mot at pasienten enten skal overkomme eller lære å leve med sitt helseproblem. Orlando sier, ifølge Fagermoen, i 1961 dette om sykepleieprosessen:

A nursing situation is comprised of three basic elements: 1) the behavior of the patient, 2) the reaction of the nurse and 3) the nursing actions which are designed for the patient's benefit. The interaction of these elements with each other is nursing process (ibid: 57).

Sykepleieprosessen er en teoretisk konstruksjon. Gjennom prosessen beskrives sykepleie som handlinger rettet inn mot å nå et på forhånd bestemt mål. Sykepleie forstås som en problemløsende metode med den vitenskapelige metode som ideal. "Den problemløsende metoden er systematisk og målrettet. Den kan beskrives som en prosess, der hvert ledd bygger logisk på det forrige leddet" (Andersen 1995: 13). Sentrale begreper i sykepleieprosesstenkingen er *problem*, *mål*, *ressurs*, *tiltak* og *evaluering*. Fremgangsmåten beskrives i den tidligere omtalte *Generell Sykepleie* på følgende måte:

Etter å ha samlet inn relevante opplysninger (data) fra og om pasienten, kartlegger sykepleieren hvilke spesielle behov pasienten har for sykepleie. Videre vurderer en

situasjonen og planlegger med tanke på å sette opp mål og å iverksette tiltak for å nå målene. Til slutt evaluerer en målene (l.c.).

Det er lett å se at den vitenskapelige metode med sin observasjon, hypoteseformulering og hypotesetesting er idealet for sykepleieprosessen. At sykepleieprosessen er basert på en vitenskapelig prosess forsøkes illustrert av Beland som, ifølge Fagermoen, setter opp trinnene i sykepleieprosessen på følgende måte:

Steps: 1. observe 2. measure and quantify 3. communicate 4. classify data 5. predict 6. infer 7. formulate hypothesis 8. develop a plan of care 9. carry out plan 10. evaluate plan and change (Fagermoen 1980: 58).

Gjennom sykepleieprosessen ønsker man å synliggjøre at sykepleie er basert på rasjonelle handlinger, og at det er mulig og nødvendig å formulere prinsippene som ligger til grunn for disse. Sykepleiernes samarbeid i Norden uttalte i sin tid:

Pleien av mennesker er en intellektuell prosess som krever kjennskap til sykepleiehandlinger, som ikke baseres på intuisjon, ritualer og tradisjoner (...) men på systematisk problemløsning (SSN 1986: 53).

Den systematiske problemløsningen er uttrykk for en 'mål – middel – tenkning', der sykepleiehandlingene nettopp er middel for å oppnå definerte mål. Handlingene er altså ikke et mål i seg selv, men et middel for å oppnå noe annet. Handlingene er instrumentelle.

Prinsippene som ligger til grunn for handlingene, sammenhengen mellom årsak og virkning, verbaliseres gjennom sykepleieprosessen.

2.2.2. Sykepleieprosessens kunnskapsgrunnlag.

Et prinsipp er gyldig uavhengig av tid og sted. Hamran snakker om "en bestemt type rasjonalitet; et syn på kunnskap, og dermed på menneskelivet, som statisk, sikker, entydig og gitt, som kan overføres ovenfra og ned, og på tvers av tid og rom" (Hamran 1996: 46). Språket som prinsippet verbaliseres gjennom må være entydig og kontekstfritt. Sykepleieprosessen må, etter mitt skjønn, være som skapt for informasjonsteknologien, i og med at denne forutsetter at man kan "definere sykepleie (...) med eksakte og dekkende begreper" (Ruland 2002: 132). Formulering av kontekstfrie prinsipper med universell gyldighet fordrer en atskillelse av kunnskap og handling. Kunnskapen formuleres som planer,

og handlinger forstås som iverksetting av planene. Jeg har tidligere vært inne på at denne forståelsen av kunnskap og handling er representert i omtalen av klassifikasjonssystemer for sykepleiediagnoser, sykepleietiltak, resultater og ferdigformulerte pleieplaner.

Idealet om rasjonalitet, entydighet og kontekstfrihet er grunnlagt i et bestemt kunnskapssyn. Dette tematiseres imidlertid i liten grad. Hamran (1993) hevder at dette henger sammen med at dette kunnskapsbegrepet blir tatt for gitt i vår kulturkrets, og at det derfor danner målestokk for hva som skal telle som kunnskap. Det eksisterer et kunnskapshierarki med kunnskap i form av generelle prinsipper, påstander og regler på toppen, og konkrete erfaringer på bunnen. Dette kunnskapshierarkiets selvsagte plass i den vestlige verden gjør at man snarere kan snakke om et normativt enn et analytisk kunnskapsbegrep (ibid.). Molander (1996) knytter dette kunnskapsbegrepet til det han kaller *den vestlige teoretiske kunnskapstradisjon*. Han hevder at den vitenskapelige revolusjon på 1500 – og 1600 – tallet medførte et radikalt nytt syn på kunnskap. En empirisk kunnskapsteori blir fra da av grunnlaget for det ”klassisk moderne” vitenskapsbegrepet (Molander 1996: 66). Det vil si at det er gjennom observasjoner, gjerne i form av eksperimenter, og ikke fornuften, det avgjøres hva som er sannheter. Troen på evige sannheter erstattes av den nye vitenskapens avdekking av iakttakbare og målbare regelmessigheter. Den nye vitenskapen karakteriseres av en målrasjonlighet der teorier og lover lages for å sette mennesket i stand til å forutsi, og dermed gripe inn i, naturen. I en slik forståelsesramme er mennesket ikke lenger en del av naturen. Mennesket står overfor naturen som observatør og manipulator, mens naturen er det som observeres og manipuleres. Naturen gjøres til objekt og mennesket er subjekt. Denne objektiveringen av naturen medfører også et skille mellom fakta og verdier. Fakta ligger der ute, klare til avdekking. Verdiene tilhører derimot subjektet, og er derfor ikke av interesse for den nye vitenskapen. Skjervheim sier det slik: ”i vitenskapen viser det seg på den måten at det ikke lenger er respektabelt å vurdere, å delta i menneska sine vurderingar, men derimot å handsame vurderingane som fakta” (Skjervheim 1996: 78). Videre sier han:

Om ein difor objektivierer si omverd, dei andre og samfunnet, så stiller ein seg utanfor, samfunnet framtrer då som det for ein sjølv framande, det framande er nettopp det som ein ikkje deltek i, eller er i stand til å delta i. I dette perspektivet framtrer vidare samfunnet og dei andre som determinerte, som fylgjande ubrytelege ’naturlovar’ (ibid.: 80).

Molander oppsummerer *den vestlige teoretiske kunnskapstradisjon* under følgende punkter: For det første en 'subjekt – objekt – dualisme' der kunnskap er kunnskap om noe som er atskilt fra subjektet. Dernest preges den av et skille mellom kunnskap og anvendelse. Kunnskap ses som en avbildning av virkeligheten, og det er mulig å formulere kunnskap i ord. Fundamentalt i denne kunnskapstradisjonen er ønsket om å formulere lover og regelmessigheter.

Grimen mener, med henvisning til Aristoteles' skille mellom tre typer kunnskap – *episteme*, *techne* og *phronesis*, at vår oppfatning av kunnskap er preget av "arven fra antikken" (Grimen 1991: 24). Grimen viser til *Den Nikomachiske Etikk* der episteme brukes når det vi har kunnskap om "is not capable of being otherwise" og når "the object of scientific knowledge is of necessity" og "therefore it is eternal" (ibid.: 25). Techne er en praktisk kunnskap. Det er tale om kunnskapen om hvordan man lager ting. Denne kunnskapen er ikke universell og evig. Phronesis er også praktisk, men den skiller seg likevel fra techne. "Phronesis er kunnskap om hvordan en person gjennom handlingar kan sikre måla for eit menneskeleg liv. Dette er ein type praktisk visdom" (ibid.: 26). Phronesis er en type kunnskap som ikke bare handler om det universelle, men i like stor grad det spesielle. Grimen mener det først og fremst er ideen om episteme som henger igjen i dagens oppfatninger av kunnskap. Forestillingen om et kunnskapshierarki der kunnskap om generelle prinsipper, påstander og regler ligger på toppen og konkrete erfaringer ligger på bunnen er arven fra antikken.

Johannessen (2000) mener det han kaller "det tradisjonelle kunnskapssynet" krever at to vilkår må være oppfylt for at noe skal kunne kalles nettopp kunnskap. "Det må alltid være mulig å uttrykke kunnskapen i verbalspråklig eller notasjonsmessig form, og vi må alltid kunne belegge vår viten på erfaringsmessig eller formalt grunnlag" (Johannessen 2000: 24). Når det gjelder forholdet mellom språk og kunnskap råder "et ideal om klarhet som er kjemisk fritt for enhver kontekstuell begrensning" (l.c.). Johannessen hevder at Leibniz' universelle tegnspråk, *characteristica universalis*, har fått fornyet aktualitet gjennom informasjonsteknologien. Det har fra flere hold blitt påpekt at informasjonsteknologiens inntreden i sykepleiedokumentasjonen har ført til en renessanse for sykepleieprosessen gjennom klassifikasjonssystemer, "systematikk" og "eksakte og dekkende begreper"²⁷. Satt på spissen kan sykepleieprosessen således tjene som sykepleiens *characteristica universalis*.

²⁷ Det vises her til sitat fra NSF og Ruland i avsnitt 2.1.3.

Den kunnskapen som består en gyldighetstest i det tradisjonelle kunnskapssynet er det enkelte har omtalt som *påstandskunnskap* (Josefson 1990, Johannessen 2000). Påstandskunnskap er, som navnet indikerer, all kunnskap som kan formuleres som påstander. I likhet med Aristoteles' episteme er påstandskunnskapen kunnskap om *det som ikke kan være annerledes*. Påstandskunnskapen kan ifølge Johannessen (ibid.) uttrykkes i språklig form, og kan dermed også inngå i tekstlig sammenheng. Det skulle dermed ikke være vanskelig å formidle denne typen kunnskap i dokumentasjon, uansett om denne er papirbasert eller elektronisk.

Den objektive kunnskapen har uten tvil en viktig plass i sykepleien. Mye av kunnskapen sykepleiere anvender i sin praksis er kunnskap om *det som ikke kan være annerledes*. Dette er kunnskap som lar seg favne i "eksakte og dekkende begreper". Poenget er at dette bare gjelder en del av den kunnskap som lever i sykepleiepraksis. Det kan imidlertid se ut som om nyere forståelse av dokumentasjon forutsetter at *all* kunnskap i sykepleiepraksis er av en slik karakter.

2.2.3. Oppgjøret med prosessen – et alternativt kunnskapssyn.

En dokumentasjon av sykepleie innenfor rammene av sykepleieprosessen forutsetter at all relevant kunnskap i sykepleien kan formuleres som påstandskunnskap. Sykepleieprosesstenkningen har imidlertid vært gjenstand for kritikk, og har blitt omtalt som "den 'nye' positivismen i sykepleien" (Martinsen 1993: 42). Sykepleieprosessens mål – middel – tenkning og klare og entydige begreper utfordres av en tenkning rundt sykepleie der begreper som *erfaringskunnskap*, *fortrolighetskunnskap*, *skjønn* og *taus kunnskap* er sentrale. Denne tenkningen representerer en protest mot forestillingen om at sykepleiens kunnskapsgrunnlag kan formuleres i påstands form, og at det dermed er mulig å gjøre rede for pleien av syke gjennom sykepleieprosessen. I artikkelen *Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring* (Martinsen 1990) brukes begreper som *menneskekunnskap*, *erfaring* og *forståelse* for å beskrive sykepleiens kunnskapsgrunnlag. Martinsen sier:

Menneskekunnskap læres gjennom 'riktig omdømme' eller *skjønn* som er knyttet til erfaring. For den faglærte yrkesutøveren vil hun også ha med seg sitt fags regler, prosedyrer og faktakunnskap i *skjønn*. Men reglene og prosedyrene danner intet system, og bare ut fra erfaring kan vi anvende dem riktig (ibid.: 193).

Menneskekunnskapen kan ikke formuleres i ”eksakt språkbruk og presise og entydige begreper”, men formidles best gjennom eksempler og forbilder (ibid.). Denne formen for kunnskapsformidling er det lang tradisjon for i sykepleien, både i utdanningen av sykepleierstudenter og opplæring av nye sykepleiere. Sykepleie læres blant annet ved å ”gå sammen med” erfarne sykepleiere i praktiske situasjoner.

Sykepleieprosessen blir presentert som et alternativ til en praksis som ikke er kunnskapsbasert, men som er basert på ”intuisjon, tradisjon og ritualer” (SSN 1986: 53). Denne tankegangen er, ifølge Martinsen (1990), et uttrykk for at man ikke skiller mellom ulike kunnskapsformer, men setter likhetstegn mellom kunnskap og den kunnskap som kan beskrives som generelle regler – påstandskunnskap. Godt omdømme er imidlertid basert på en *fortrolighetskunnskap*. Ifølge Johannessen (2000) kan fortrolighetskunnskap ikke fullt ut artikuleres gjennom språket. Den kan skaffes gjennom konkret omgang med de fenomener som skal begripes, og den kan dels overføres til andre gjennom analogier og eksempler. Martinsen sier: ”Skjønnets faglighet læres i levende, kliniske sammenhenger” (Martinsen 1993: 141). Hun viser til Aristoteles’ *phronesis*, som hun betegner som *praktisk – moralsk handlingsklokskap*. I den praktisk – moralske handlingsklokskap forenes teoretisk kunnskap og praktiske erfaringer. Martinsen sier at teoriene i denne sammenhengen ikke er

ytre modeller som binder oss til fikserte handlingssett(...) Hvis all kunnskap var strengt systematisert og fiksert, ville jeg bare se det jeg på forhånd hadde bestemt meg for å se (l.c.).

Når man handler godt mot andre arbeider ifølge Martinsen fagkunnskapene sammen med medfølelsen, barmhjertigheten, tilliten og ærligheten.

Flere har befattet seg med de sidene av vår kunnskap som ikke fullt ut kan artikuleres gjennom språket, og mange har tatt til orde for et kunnskapsbegrep som også favner om en praktisk og kroppslig kunnskap (Hamran 1987, Grimen 1991, Josefson 1991, Molander 1996, Johannessen 2000). Først ute var imidlertid Polanyi, som allerede i 1958, i sitt hovedverk *Personal knowledge*, lanserte begrepet ”tacit knowledge”, på norsk *taus kunnskap*. Polanyi er kjent for følgende formulering: ”We can know more than we can tell” – vi kan vite mer enn vi kan utsi (Thornquist 2002, Nortvedt og Grimen 2004). Grimen (1991) utlegger tre mulige forståelser av taus kunnskap. For det første kan kunnskap være taus hvis den bevisst holdes skjult. Dette er tesen om bevisst underartikulering. Bevisst underartikulering av kunnskap kan av og til være nødvendig for å opprettholde sosiale relasjoner – Grimen bruker ekteskapet

som eksempel på en relasjon som kanskje ikke ville tåle at de involverte partene fortalte hverandre absolutt alt. Han mener imidlertid at denne forståelsen av taus kunnskap har mindre kunnskapsteoretisk relevans. I den andre mulige forståelsen av taus kunnskap ser man denne som en viktig bestanddel av vår horisont. Grimen beskriver tesen om epistemologisk regionalisme på følgende måte:

Kvar enkelt av oss har reflektert oversikt over og kan verbalt artikulera bestemte regionar av vår totale viten, men ingen av oss er i stand til å artikulera heile systemet samstundes, for det finst ikkje noko perspektiv som dette kan gjerast frå (Grimen 1991: 8).

Ifølge denne forståelsen av taus kunnskap finnes det ikke kunnskapselementer som i prinsippet er uartikulerbare. Det finnes imidlertid ikke et perspektiv som gjør det mulig å artikulere all vår viten på en gang. Den tredje, og mest radikale tolkningen, av Polanyis tause kunnskap er at det finnes elementer av viten som det i prinsippet ikke er mulig å artikulere verbalt. Grimen mener det er tvilsomt at Polanyi selv hadde en så radikal forståelse av taus kunnskap.

Molander (1996) skisserer også tre mulige måter begrepet taus kunnskap kan brukes på. For det første snakker Molander om virkelighetens uuttømmelighet. Det vil alltid være noe som det ikke er mulig å beskrive med ord. "Ingen beskrivning eller annen gestaltning uttømmer till exempel ett visst yrkeskunnande" (Molander 1996: 43). Denne forståelsen av taus kunnskap minner om Grimens mest radikale tolkning. Molanders andre forståelse av taus kunnskap handler om det underforståtte eller taust forutsatte. Det taust forutsatte er det som vi bare er indirekte bevisste på, i og med at vi har vår oppmerksomhet rettet mot noe annet. Denne kunnskapen utgjør horisonten for våre handlinger. Denne forståelsen av taus kunnskap minner om Grimens tese om epistemologisk regionalisme. Molanders tredje forståelse av taus kunnskap handler om "det som inte har fått röst eller tillåtits få röst" (ibid.: 44). Her gjør Molander et poeng av at krav om at kunnskap skal artikuleres faktisk kan føre til at visse typer kunnskap blir taus. Uten et språk som er forankret i den virksomheten det skal beskrive vil mye kunnskap bli taus.

Alle de tre forståelsene av taus kunnskap kan gi innsikter i sykepleiepraksis. For det første: Det er trolig noe uuttømmelig i enhver praksis, også sykepleieres. For det andre: Sykepleierhandlinger skjer alltid på bakgrunn av en horisont som ikke lar seg artikulere til fulle. For det tredje: Forsøkene på å artikulere sykepleiens virksomhet i et vitenskaplig språk,

for eksempel gjennom klassifikasjonssystemer for sykepleiediagnoser, tiltak og resultater, vil føre til at de områdene av virksomheten som ikke lar seg artikulere på denne måten blir enda tausere.

Brødrene Dreyfus beskriver i *Mind over Machine* (Dreyfus og Dreyfus 1986) en modell for utvikling av kompetanse gjennom fem stadier: novise, avansert begyner, kompetent utøver, dyktig utøver og ekspert. Kort fortalt skjer utviklingen fra novise til ekspert ved at personen gjennom erfaring erstatter kontekstfrie regler med en holistisk situasjonsforståelse som utgangspunkt for kunnskap. Modellen er tatt videre inn i sykepleien av Benner i *From novice to expert* (Benner 1984)²⁸. Dreyfusbrødrenes poeng er at læring av nye ferdigheter ikke er et sprang fra regelstyrt ”knowing that” til erfaringsbasert ”knowing how”, men en vandring gjennom fem stadier med kvalitativt forskjellig måte å oppfatte oppgaver og ta avgjørelser på (Dreyfus og Dreyfus 1986: 19). De tidlige stadier i en læringsprosess kjennetegnes ifølge Dreyfusbrødrene av en analytisk atferd. Det vil si en bevisst oppdeling av det som skal forstås i gjenkjennbare elementer. Handlingene til subjektet styres av abstrakte regler som lar seg artikulere. Den andre enden av læringsprosessen kjennetegnes av involvert, dyktig atferd basert på akkumulerte konkrete erfaringer. Nye situasjoner gjenkjennes ubevisst på bakgrunn av at de likner tidligere situasjoner. Kunnskapen til eksperten lar seg vanskeligere artikulere. Dreyfusbrødrene skiller mellom rasjonell og arasjonell handling. Begrepet rasjonell kommer av det latinske *ratio*, som betyr å kalkulere. Begrepet viser til forsøk på å skape en helhetlig forståelse gjennom å kombinere deler. Arasjonell handling, som ikke må forveksles med irrasjonell, viser til handling som ikke er basert på en analytisk oppdeling. I de tidlige stadier av læring er kunnskapen i stor grad artikulerbar, i og med at den i hovedsak er regelbasert. Ekspertens holistiske og intuitive forståelse er det vanskelig å artikulere. Det er imidlertid ikke umulig. Når eksperten møter uventede eller vanskelige problemer vil analyse og overveielse bli nødvendig, og dermed også en større grad av artikulering av kunnskapen.

SSN insisterer på at sykepleiehandlinger er basert på systematisk problemløsning, og ikke intuisjon, tradisjon og ritualer. Det å forstå sykepleie som systemtastisk problemløsning vil plassere sykepleiekunnskap på de laveste nivå i Dreyfusmodellen. Mens det som for Dreyfusbrødrene er uttrykk for ekspertise, nemlig intuisjon og erfaring, vil for SSN ikke være ”kunnskapsbasert”. SSN og brødrene Dreyfus må på bakgrunn av dette kunne sies å være

²⁸ Jeg vil ikke gå detaljert inn på modellen i denne oppgaven. Modellen er svært kjent, så jeg forutsetter derfor at ”kortversjonen” er tilstrekkelig for at leseren skal kunne følge det videre resonnementet.

representanter for to forskjellige kunnskapstradisjoner. SSN representerer det vi tidligere har sett omtalt som den vestlige teoretiske kunnskapstradisjon, mens Dreyfusbrødrene hører hjemme i det Molander (1996) omtaler som en praktisk kunnskapstradisjon. På tross av at dette aldri har vært *en* samlet tradisjon oppsummerer han *den praktiske kunnskapstradisjonen* under følgende punkter: For det første en viss avstandstagen fra dualismen subjekt – objekt; altså skillet mellom subjektet som har kunnskap og objektet som subjektet har kunnskap om. Kunnskapen bygger på deltakelse og dialog med andre mennesker, samt bruk av verktøy og materialer. Videre preges den praktiske kunnskapstradisjonen av en enhet mellom kunnskap og anvendelse. Kunnskap er *kunnskap – i – handling*. Kunnskap er taus, selv om ord og matematisk språk kan være hjelpemidler. Den praktiske kunnskap har ifølge Molander sin forankring i levende tradisjoner.

For å oppsummere: Uenigheten mellom representantene for sykepleieprosesstenkingen og kritikerne av en slik forståelse av sykepleie kan sies å handle om noe så grunnleggende som rekkefølgen mellom ord og handling. I sykepleieprosessen kommer ordene før handlingen. Pasientens behov, gjerne uttrykt som en sykepleiediagnose, blir styrende for hvilke handlinger som iverksettes. I en sykepleie forstått som praktisk – moralsk handling kommer ord etter handling, og kanskje ikke en gang da. Noe praktisk – moralsk handling kan ikke uttrykkes med ord, men må formidles nettopp i handling. En forståelse av sykepleie der ord kommer forut for handling innebærer et skille mellom tenkning og handling, mellom intellektuelt og manuelt arbeid. Det er dette som kommer til uttrykk i følgende utsagn på hjemmesiden til en av systemleverandørene av elektroniske dokumentasjonsverktøy for helsetjenesten: ”Når en sykepleier sitter ved skjermen og planlegger pleien til en pasient (...)” (Flø 2005). Her forstås sykepleie som problemløsning. Sykepleie som problemløsning blir summen av de tiltak som iverksettes for å løse et på forhånd definert problem. Hvilke tiltak dette dreier seg om følger av hva som i utgangspunktet defineres som problemet. Den enkelte sykepleier blir her å betrakte som en som utfører tiltak. Pasienten på sin side skal være sikret å få den samme pleien uavhengig av hvilken sykepleier som er på vakt. Gjennom et språk basert på presise og entydige begreper tenker man å sikre seg mot at kunnskapen er knyttet til den enkelte sykepleier, men i stedet er tilgjengelig for alle gjennom begrepene som brukes. Dette forutsetter at all nødvendig kunnskap lar seg uttrykke i begreps form, og dermed er objektivt tilgjengelig for alle, ”på tvers av tid og rom”.

I en sykepleie forstått som praktisk – moralsk handling skjer ikke tenkningen forut for handlingen – planleggingen skjer ikke ved skjermen. Dette betyr imidlertid ikke at handlingene er ureflekterte. Martinsen snakker om refleksjon i handling, som igjen gir opphav til ”på – stedet – eksperimentering” (Martinsen 1990a: 69). På - stedet – eksperimentering er handling i foranderlige situasjoner der problemene endres og målene ikke kan defineres på forhånd. Denne refleksjonen kan ofte ikke uttrykkes i ord. I ettertid er det imidlertid mulig å reflektere over handlinger i ord. Dette er en ”dialog mellom tenkning og handling, som gjør at både større dyktighet og teori for praksis kan vinnes” (l.c.). Denne dialogen mellom tenkning og handling må skje i et språk som er åpent for det foranderlige. Det er det ifølge Martinsen bare det fortellende dagligspråket som er. Hun sier:

Vitenskapens språk er for trivielt til å representere konkrete og komplekse sykepleiesituasjoner. Det blir unøyaktig i sykepleiehverdagen fordi det tilstreber permanent entydighet og presisjon. ... Den kvalitative forsker, fenomenologens beskrivelser, sykepleierens rådslagninger, rapportskrivinger og nedtegnelser av sykepleieeksempler har alle dagligspråket som sitt viktigste uttrykksmiddel (ibid.: 77).

Martinsens *refleksjon i handling* minner om det Molander (1996) kaller *levende kunnskap*. For Molander er levende kunnskap noe foranderlig, noe som skapes i konkrete situasjoner gjennom løsning av oppgaver. Molander bruker begrepet *kunnskap – i – handling* for å illustrere at kunnskapen ikke kan skilles fra kunnskapsbyggingsprosessen, og at kunnskap i handling ikke kan løsrives fra det handlende subjektet (ibid.: 243).

2.2.4. Sykepleiepraksis, dokumentasjon og kunnskap – også et spørsmål om organisering av arbeidet.

Sykepleiedokumentasjon og forståelse av sykepleie er tett forbundet med hverandre. Implisitt i de ulike forståelsene av sykepleie og dokumentasjon ligger ulike syn på kunnskap. Dette kommer ikke alltid like tydelig frem, noe som dels kan forstås som uttrykk for at et visst kunnskapssyn tas for gitt, og dermed utgjør målestokk for hva som kan regnes som kunnskap.

Sykepleiepraksis er ikke utelukkende et spørsmål om kunnskap og handling, men også om *arbeidsformer*. Arbeidsformer er, i likhet med dokumentasjonsformer, uttrykk for ulike

kunnskapssyn og forståelser av sykepleie. Hamran omtaler arbeidsform som ”måten pleiepersonalet arbeider sammen, fordeler arbeidet og avløser hverandre på” (Hamran 1995: 16). Dette omtales også som fagets *struktur*. Arbeidsformene i sykepleien er tett forbundet med om hvorvidt iakttakelsen anses å være utgangspunkt for pleien, eller om sykepleien har sitt utgangspunkt i begreper og vitenskaplige teorier.

Sammenhengen mellom organisering av pleien på den ene siden, og kunnskapsutvikling og – utveksling på den andre berøres flere steder i litteraturen jeg har gjennomgått i forbindelse med dette arbeidet. Jervells lærebok gir et innblikk i en sykehuspraksis hvor sykepleierne, til tross for krav om ”lydighet” overfor legene, har makt til å ”påskynde en operasjon eller til å iverksette andre behandlinger”²⁹ gjennom sine iakttagelser av pasienten. Muligheten til å iaktta pasienten ligger i arbeidsformen. Stuesøstrenes nærhet til pasienten gjennom pleien har en livsviktig funksjon i en praksis som må være åpen og foranderlig, slik som pasientens tilstand. Det kollektive ansvaret for pasienten ivaretas i en struktur der stuesøstre rapporterer til ansvarlig sykepleier, som igjen sørger for at legen får beskjed. I NSF’s lærebok fra 1969 gjøres forholdet mellom rapportform, kunnskap, ansvar og organisering av pleien mer eksplisitt. Rapporten beskrives som det som binder pleiefellesskapet sammen, noe som igjen er en forutsetning for kontinuitet i pleien. Også her er iakttakelsen av pasienten det primære. Den enkelte sykepleiers iakttagelser tas inn i pleiefellesskapet gjennom rapporten, slik at alle får en følelse av ”delaktighet og medansvar”. At det felles ansvaret for pasienten er nedfelt i arbeidsformen kommer til uttrykk når det påpekes at det ”ikke er en sykepleier, men en pleiegruppe som tar seg av pasienten i løpet av døgnet 24 timer”³⁰.

Med sykepleieprosessen skapes det et skille mellom tenking og handling i sykepleien. Dette får konsekvenser for organiseringen av pleiarbeidet. Oppsplittingen mellom planlegging og utføring, kombinert med en sterk tro på at sykepleien lar seg begrepsfeste som objektive data, gjør en oppstyking av sykepleiefellesskapet mulig. Kravet til samarbeid og drøfting blir mindre når sykepleie forstås som iverksetting av tiltak, ut fra ønske om å nå et resultat fastsatt på forhånd. En dokumentasjon bestående av objektive, nødvendige og tilstrekkelige data stiller ingen krav til dialog. Dette vil gjenspeile seg i arbeidsformene. Arbeidsformer som har vært sentrale i sykepleien, så som den muntlige rapporten og det å gå sammen i pleien, risikerer ikke bare å bli overflødige. De kan endog betraktes som et hinder for effektivitet.

²⁹ Jfr. sitat i avsnitt 2.1.2.2.

³⁰ Jfr. sitat i avsnitt 2.1.2.3.

Dette kommer blant annet til uttrykk ved at man ved flere sykehus har fjernet den muntlige rapporten til fordel for en praksis hvor hver enkelt sykepleier sitter alene foran en dataskjerm og leser om "sine" pasienter, såkalt *stille rapport* (Fonn 2004). Organisering av pleierne ved en avdeling i grupper, som har ansvar for flere pasienter i fellesskap, såkalt *gruppesykepleie* erstattes flere steder av ordninger der enkeltsykepleiere alene har ansvar for et mindre antall pasienter, såkalt *pasientansvarlig sykepleier* eller *primærsykepleie* (Orvik 2004, Perander 2005). Jeg kommer tilbake til dette senere i oppgaven.

Kunnskap, arbeidsdeling og ansvar er sentrale tema i denne oppgaven. Drøftingen av empiri, fremkommet gjennom en tematisk analyse av intervju med seks sykepleiere, vil vise at de tre er tett forbundet med hverandre.

3.0. METODE.

3.1. Tema og bakenforliggende spørsmål.

Tema for denne mastergradsoppgaven er sykepleieres erfaringer med bruk av elektronisk sykepleiedokumentasjon. Jeg vil fokusere på hvordan sykepleiere selv mener at dokumentasjonsverktøyene fungerer i deres praksis og om bruken av dem har medført endringer i praksis. Jeg er særlig opptatt av hvilken kunnskap som danner basis for sykepleiernes praksis, og om ESD har betydning for utveksling og utvikling av denne. Jeg er også interessert i om det er en sammenheng mellom ESD, kunnskap, ansvar og organiseringen av sykepleiernes arbeid. Oppgaven er basert på intervju med seks sykepleiere som bruker ESD i sin praksis.

Gjennom arbeidet ønsker jeg å få svar på noen grunnleggende spørsmål av typen:

- Kan endret dokumentasjonsverktøy medføre endringer i hvilken kunnskap som utveksles mellom sykepleiere og hvordan dette gjøres?
- Kan endret dokumentasjonsverktøy føre til endringer i utvikling av sykepleiekunnskap?
- Hvilken rolle spiller dokumentasjonsverktøyet i organiseringen av pleiarbeidet?

Til grunn for disse spørsmålene ligger en anerkjennelse av at sykepleiepraksis huser flere kunnskapsformer. Spørsmålet er om ESD evner å favne alle disse like godt.

3.2. Aktuell forskning på området.

Det publiseres stadig studier som beskriver dokumentasjon som et problematisk felt i sykepleiepraksis. Ved en gjennomgang av den elektroniske utgaven av tidsskriftet *Sykepleien* for perioden 1999 – 2004 finner man mange artikler som gir uttrykk for at dokumentasjon ikke er uproblematisk. Titler av typen *Den problematiske sykepleiedokumentasjonen* (Dahl 2001, Moen, Mølsted og Dale 2003) og *Sykepleiedokumentasjonen holder sjelden mål* (Stokke 1999) bekrefter inntrykket av at sykepleiere sliter med å dokumentere egen praksis.

Felles for mange av artikkelforfatterne er at de etterlyser kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen. Kvalitet synes å være synonymt med at dokumentasjonen følger retningslinjer for innhold og struktur som er utarbeidet utenfor selve virksomheten, for eksempel av Statens Helsetilsyn (Statens Helsetilsyn 1994).

En tilnærming til forskning på sykepleiedokumentasjon er å undersøke om den oppfyller ferdigformulerte krav til hva den skal inneholde. Dette er gjort av blant andre Børmark (2003). Formålet med hennes studie var å finne ut om bruk av indikatorer i et internkontrollsystem av sykepleiejournalen har effekt på kvaliteten av sykepleiedokumentasjonen. Hun konkluderer med at sykepleiedokumentasjonen for det første påvirkes av utformingen av selve dokumentasjonsverktøyet. I hvor stor grad innholdet er operasjonalisert og utformingen av sykehusets retningslinjer for dokumentasjon er viktige faktorer her. Mangel på standardiserte pleieplaner er i følge Børmark et hinder for god dokumentasjon. For det andre påvirkes dokumentasjonen av sykepleiernes egne forutsetninger; deres kunnskaper, utdanning og kultur. Hun konkluderer med at mye av det hun finner, som fungerer dårlig, vil bedres ved innføring av ESD. Særlig gjelder dette problemer knyttet til systematisering og tilgjengelighet av informasjon. Sykepleiedokumentasjon blir i Børmarks studie vurdert ut fra hvorvidt den oppfyller kriterier for god dokumentasjon som er formulert utenfor selve virksomheten. Kriteriene er utarbeidet på bakgrunn av Statens Helsetilsyns nasjonale standard for innhold i og oppbevaring av pasientjournal³¹.

Stokke og Kalfoss gjorde høsten 1995 og våren 1996 en studie av 55 sykepleiejournaler der de vurderte hvorvidt disse var i tråd med anbefalinger fra Statens Helsetilsyn og VIPS – modellen, en ”forskningsbasert modell” for dokumentasjon av sykepleie (Stokke og Kalfoss 1999). Stokke og Kalfoss konkluderer med at studien viser at sykepleiedokumentasjon ikke skjer i tråd med anbefalingene fra Statens Helsetilsyn, og derfor må forbedres. Særlig etterlyses bedre dokumentasjon når det gjelder identifisering av sykepleiemål, sykepleieresultat og oppdatering av sykepleiestatus. Forfatterne mener VIPS – modellen kan ”contribute to a reliable and uniform model for nursing care documentation and enhance systematic documentation which presently lacking in Norwegian records” (ibid.: 23).

³¹ Omtalt i avsnitt 2.1.1.

Karlsen har funnet at sykepleiedokumentasjonen ved psykiatriske avdelinger er preget av “upresise og unøyaktige” pleieplaner, der problem, mål og tiltak ofte ikke er klart formulert (Karlsen 2004). Han ”finner sjelden rapporter som viser sammenheng mellom iverksatt tiltak og ønsket / ikke ønsket effekt. Resultat av tiltak dokumenteres ikke” (ibid.: 54). Videre påpeker han at rapportene noen ganger er ”skjemmet av vage formuleringer som kan tolkes på mange måter” (l.c.). Karlsen mener skriftliggjøring av sykepleien ”høyner bevisstgjøringen”, og at ”ved å skrive pleieplaner blir vi tvunget til å definere faget” (ibid.: 55).

Haslemo og Gjermundsen har ved hjelp av spørreskjema og intervju undersøkt personalet, det vil si sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter, sin endringsvillighet ved innføring av IKT – system på et sykehus (Haslemo og Gjermundsen 2003). Endringsvillighet forstås som medarbeidernes vilje, interesse og evne til å endre arbeidsrutiner, maktfordeling og personlig status i forbindelse med implementering av nytt IKT – system. Det ligger altså i kortene at innføringen av IKT – systemet *vil* medføre endringer i rutiner, maktfordeling og status. Det konkluderes med at det største hinderet for endringsvillighet er frykt for mangelfull opplæring i forbindelse med oppstart. Forskningsrapporten går ikke nærmere inn på hva endringer i arbeidsrutiner, maktfordeling og status innebærer.

Perander har intervjuet sykepleiere om deres erfaringer med bruk av elektronisk sykepleiedokumentasjon og klassifikasjonssystemer for sykepleiediagnoser og tiltak (Perander 2005). Hun finner at sykepleierne, til tross for både positive og negative erfaringer med det nye systemet, ikke uttrykker noe ønske om å gå tilbake til det gamle systemet. Perander diskuterer informasjonsteknologi opp mot tidsbruk. Hun finner at teknologien er tidsbesparende ved at informasjon gjenbrukes i flere sammenhenger og at informasjon fra andre yrkesgrupper er tilgjengelig. På den andre side erfarer sykepleierne i varierende grad at bruken av den nye teknologien i seg selv er tidkrevende. Sykepleierne opplever at språket i klassifikasjonssystemene er fremmed, og at de bruker tid på å finne riktige sykepleiediagnoser og tiltak i klassifikasjonssystemene. Informasjonsteknologien gjør ifølge Perander den dokumenterte sykepleie mer synlig. Sykepleierne uttrykker at muligheten til å gjenbruke informasjon fra sykepleiedokumentasjonen i statistikker og liknende gjør at de opplever at andre har kontroll over deres virksomhet.

Christensen har studert konsekvenser av innføring av datateknologi i hjemmebaserte omsorgstjenester (Christensen 1999). Hun fant blant annet at muntlig rapportering ble erstattet

av ”rapportering til datamaskinen” ved innføring av datateknologien. Hun fant også at innføring av datateknologi medførte en sterkere forhåndsplanlegging av arbeidet. Christensen mener det med bruken av informasjonsteknologi følger en regelorientering og informasjonsoppsplitting, og at bruken av denne teknologien derfor alltid vil medføre en viss grad av standardisering og rutinisering av arbeidet. Hun mener videre at dette kan føre til at man får mindre kunnskap om den enkelte pasient, noe som vil svekke mulighetene for å imøtekomme det unike hos den enkelte.

3.3. Min tilnærming – det kvalitative forskningsintervju.

I Børmark og Stokke og Kalfoss sine studier vurderes sykepleiedokumentasjon opp mot kriterier formulert utenfor selve virksomheten, nærmere bestemt Statens Helsetilsyn og VIPS – modellen. Jeg er derimot interessert i hvordan *de som bruker dokumentasjonsverktøyene* i sin praksis mener at de fungerer. Det kvalitative forskningsintervju synes å være en hensiktsmessig metode for å tilnærme seg problemstillingen da formålet med dette er ”å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra den intervjuedes eget perspektiv” (Kvale 2001:37).

Hensikten med det kvalitative forskningsintervju er å frembringe et empirisk materiale som består av den intervjuedes egne beskrivelser. Det vil derfor være ønskelig at sykepleierne kommer mest mulig til orde. Forskningsintervjuet skiller seg imidlertid fra en alminnelig samtale på sentrale områder. Viktigst er kanskje mangelen på gjensidighet i valg av tema for samtalen. Det er jeg som har initiert samtalen fordi jeg ønsker å vite mer om helt bestemte områder av sykepleierens erfaringer, og det er jeg som velger tema for samtalen. I tillegg gjør bevisstheten, både hos meg og sykepleieren jeg intervjuer, om at samtalen først tas opp på bånd, deretter transformeres til tekst og til slutt fortolkes, sitt til at den skiller seg fra annen samtale. Samtalen i det kvalitative forskningsintervju forløper ikke helt fritt. En intervjuguide gir en ramme for samtalen (Vedlegg 6). Intervjuene er med andre ord halv – strukturerte. Intervjuguiden er utarbeidet på bakgrunn av spørsmålene som er skissert i kapittel 3.1.

Kvale sier at

sammenlignet med hverdagslige samtaler, kjennetegnes forskningsintervjuet av metodisk bevissthet rundt spørreformen, fokusering på dynamikken i interaksjonen

mellom intervjueren og den intervjuede, og en kritisk innstilling til det som blir sagt (Kvale 2001:31).

3.4. Beskrivelse av forskningsfeltet og gjennomføringen av intervjuene.

Jeg valgte å intervju seks sykepleiere ved en generell indremedisinsk sengepost på et norsk sykehus. Sykehuset ble valgt ut fra at sykepleierne ved det aktuelle sykehuset på intervjutidspunktet hadde brukt ESD i et år, og dermed hadde opparbeidet seg en viss erfaring med å bruke det. Valg av avdeling ble gjort på bakgrunn av egen yrkeserfaring. Jeg har selv mesteparten av min yrkeserfaring fra medisinsk sengepost. Jeg antok at kjennskap til fagfeltet kunne være en fordel i og med at tema for intervjuene i stor grad var knyttet opp mot kunnskap. Kaarhus skriver:

Hvis det er slik at kunnskap er viktig – og intervjuer er ett inntak til intervjupersoners kunnskap om verden – må også forskerens kunnskap betraktes som en ressurs i en intervjusituasjon. Det betyr at det eksemplariske intervju ikke nødvendigvis er det intervjuet en hvilken – som – helst intervjuer kunne gjort hvor – som – helst (Kaarhus 1999: 48f).

Jeg mener min erfaring fra en praksis ikke ulik sykepleiernes bidro til å åpne opp for tema og problemstillinger som en uten tilsvarende praksis kunne komme til å overse. Samtidig var det et poeng å ikke gjennomføre intervjuene i den avdelingen og ved det sykehuset jeg selv har mesteparten av min yrkeserfaring fra. Field sier om feltarbeid i egen kultur at "the research should be conducted in a similar setting but in a different institution" fordi dette "decreases the risk of thinking that the researcher already knows the setting" (Field 1991: 92). Det samme kan sies om å gjennomføre intervju i "egen kultur". Gjennom å være en fremmed ønsket jeg å unngå at sykepleierne jeg intervjuet skulle tro at jeg allerede visste de "riktige" svarene på det jeg spurte om.

Alle sykepleierne som ble intervjuet hadde minimum to års erfaring som sykepleiere. I og med at tema for oppgaven er kunnskap, praksis og dokumentasjon var det ønskelig å snakke med sykepleiere med en viss erfaring fra praksisfeltet. Den sykepleieren med lengst erfaring hadde jobbet i ni år som sykepleier, den med kortest hadde to års erfaring. I tillegg hadde alle sykepleierne jobbet ved avdelingen siden ESD ble innført for et år siden. Alle hadde med

andre ord erfaring med papirbasert sykepleiedokumentasjon, vært med på innføringen av det nye dokumentasjonsverktøyet og hadde ved intervjutidspunktet et års erfaring med bruken av det.

Intervjuene ville ikke berøre konkrete pasienter eller annen taushetsbelagt informasjon så det ble ikke funnet nødvendig å legge mastergradsprosjektet frem for Regional Etisk Komité for forskningsetikk. Meldeskjema ble imidlertid sendt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (Vedlegg 1). Etter registrering av prosjektet hos NSD sendte jeg en forespørsel til avdelingssjefen ved avdelingen jeg ønsket å gjennomføre intervjuene i (Vedlegg 2). Ved klarsignal fra avdelingssjefen (Vedlegg 3) kontaktet jeg avdelingssykepleier ved den aktuelle avdelingen. Jeg redegjorde for prosjektet skriftlig og muntlig for henne. Videre sendte jeg informasjonsbrev (Vedlegg 4) og samtykkeerklæringer (Vedlegg 5) til henne, som hun igjen delte ut til sykepleiere som passet til mine ønsker. I informasjonsbrevet gjorde jeg rede for hva jeg ønsket med prosjektet. Jeg oppga telefonnummer og e – postadresse slik at sykepleierne hadde mulighet til å ta kontakt hvis det var noe de lurte på. Bare en av sykepleierne tok kontakt med meg på telefon for å stille spørsmål i forkant av intervjuene. Sykepleierne som ønsket å la seg intervjuet sendte samtykkeerklæringer tilbake til meg og avdelingssykepleier ordnet tidspunkt og lokaler for gjennomføring av intervjuene.

Intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden til sykepleierne. Avdelingen stilte et rom til disposisjon, slik at vi kunne snakke uforstyrret sammen. Alle sykepleierne var på forhånd informert om at jeg ville ta samtalene opp på bånd og godkjente dette. Hvert intervju varte i omtrent en time.

3.5. Metodiske innvendinger.

Intensjonen med dette arbeidet er å få kjennskap til hvordan de som bruker ESD i sin praktiske hverdag opplever at de fungerer. Jeg er imidlertid ikke i stand til å si noe om hvordan dokumentasjonen ser ut, hva som faktisk dokumenteres, hvordan dette gjøres og hva som i realiteten vektlegges i dokumentasjonen. Det er hele tiden *sykepleiernes erfaringer med ESD* jeg er ute etter. Det kvalitative forskningsintervju er en god inngangsport til andres

erfaringer. Det ville vært svært interessant å også studere selve sykepleiedokumentasjonen, for å se om man kunne kjenne igjen noe av det som sykepleierne sier i det som de har skrevet. En slik tilnærming ville gjort det mulig å belyse problematikken fra flere sider. Dessverre kunne jeg ikke finne dette mulig innenfor rammene av mastergradsstudiet. Bevisstheten om at det er sykepleiernes erfaringer med ESD som utgjør materialet er imidlertid med meg gjennom analyseprosessen og drøftingen.

Analyse og drøfting er basert på seks intervju, noe man kan hevde er et begrenset materiale. Målet med studien er ikke å kunne gjøre generelle slutninger av typen man gjør fra spørreundersøkelser og forskning av mer kvantitativ art. Formålet er ”å gå i dybden”, ikke i bredden. Tanken er at akkurat de seks sykepleierne som ble intervjuet kan bidra til innsikt i temaet for studien. Sykepleierne som ble intervjuet var med andre ord et strategisk utvalg. Antallet sykepleiere som skulle intervjues ble bestemt i forkant. Det ideelle ville være å ikke avgjøre dette på forhånd, men å vurdere hvor mange intervju som er nødvendig for å belyse problemstillingen underveis. En slik tilnærming lot seg imidlertid ikke gjøre innenfor rammene for mastergradsoppgaven. En fortløpende vurdering av antall intervju fordrer også mer tid mellom hvert intervju enn det jeg hadde til rådighet.

Intensjonen var å bruke en uke på å gjennomføre intervjuene, slik at det ikke ble nødvendig å gjøre mer enn et intervju hver dag. Slik ville jeg ha mulighet til å lytte gjennom hvert intervju før jeg gjorde et nytt, og på den måten være i stand til å gjøre endringer i intervjuguiden hvis det skulle være nødvendig. Dette lot seg imidlertid av mange grunner ikke gjøre. Alle seks intervjuene ble gjennomført i løpet av to dager, tre intervju hver dag. Dette har trolig hatt konsekvenser for hva som kom ut av intervjuene. Intervjuene som ble gjennomført dag to preges av at jeg i mindre grad er bundet av intervjuguiden enn i de tre første intervjuene, og at jeg dermed lar sykepleierne snakke mer fritt. Med frigjøring fra intervjuguiden mener jeg ikke at sykepleierne fritt fikk velge hva de ville snakke om. Det er snarere en løsriving fra en bestemt måte å stille spørsmål og introdusere tema jeg sikter til.

Det ville også vært hensiktsmessig å gjennomføre et prøveintervju, slik at det eventuelt kunne gjøres justeringer på intervjuguiden før resten av intervjuene skulle gjennomføres. Dette ville kunne bidratt til en mer fokusert intervjuguide. Geografi og andre forhold gjorde at det ikke ble prioritert å gjennomføre prøveintervju.

Det jeg etterlyser gjennom disse metodiske innvendingene er det Kaarhus omtaler som *intervjuserie* (Kaarhus 1999). Dette er en fremgangsmåte hvor ”etterarbeidet etter et gjennomført intervju (... går) over i forarbeidet til et nytt intervju” (ibid.: 55). Slik blir ”ny informasjon, nye perspektiver, fortolkninger og innspill fra en intervjuperson *skrevet inn* i den teksten som (danner) utgangspunktet for neste intervju” (l.c.). Intervjuserien inngår dermed i ”en hermeneutisk prosess hvor både intervjuer og intervjupersoner bidrar i utformingen av prosessens retning” (ibid.: 57).

3.6. Bearbeiding av intervju og analyseprosess.

Analyseprosessen må ikke betraktes som noe som starter etter at intervjuene er gjennomført. Analyse av materialet foregår hele tiden, parallelt med gjennomføring av intervjuene. I denne studien ble, som påpekt, intervjuene gjennomført i løpet av svært kort tid, noe som medførte lite tid til refleksjon mellom hvert intervju. Intervjuene som var gjennomført ble nok likevel med inn i neste intervju som deler av en ny forståelseshorisont. Hvis man likevel skal snakke om en egen analyse, kan denne forstås som at forskeren systematisk stiller spørsmål til materialet (Malterud 1993). Spørsmålene stilles for å oppnå en ”interaction between the material and the theoretical frame of reference” (ibid.: 204).

De tre første intervjuene ble gjennomlyttet før gjennomføring av de tre siste. Dette medførte, som jeg allerede har pekt på, noen endringer på dag to. Viktigst av disse var en større frigjorthet i forhold til intervjuguiden. Selve transkriberingen startet umiddelbart etter at alle seks intervjuene var gjennomført. Den korte avstanden i tid var en fordel med tanke på å huske ting fra intervjusituasjonene, som mimikk og kroppsspråk hos sykepleierne. I transkriberingen skrev jeg intervjuene ordrett ut fra båndene. Gjennom denne prosessen opplevde jeg å komme inn i intervjuene på nytt, men på en ny måte. Jeg la merke til ting jeg ikke hadde lagt merke til i intervjusituasjonene.

I transkripsjonsprosessen gjøres samtalene om til en skrevet tekst. En tekst kan inneholde mening på mange nivå. Det kreves mange gangers gjennomlesning av teksten, kanskje med ulikt fokus hver gang, for å få grep om noen av disse. Derfor - når transkriberingen var fullført

startet jeg første gjennomlesning av teksten. Etter å ha lest gjennom alle intervjuene, og skrevet et sammendrag av hvert intervju, skrev jeg ned tema som syntes å tre frem i teksten. Eksempler på slike tema er ”ESD som redskap”, ”muntlig rapport”, ”primærsykepleie” og ”rutiner”. Etter å ha gjort dette med alle intervjuene leste jeg intervjuene på nytt. Denne gangen med de enkelte tema som utgangspunkt. Var det enkelte tema som gikk igjen? Var det noe felles for måten de ulike sykepleierne snakket om de ulike temaene? Og like viktig – var det motsetningsforhold mellom ulike tema sykepleierne snakket om?

Analyseprosessen er inspirert av det som av Malterud (2003) omtales som *systematisk tekstkondensering*. Den kan beskrives gjennom følgende fire trinn: *helhetsinntrykk*, *meningsbærende enheter*, *kondensering* og *sammenfatning*. På analyseprosessens første trinn leste jeg gjennom intervjuene og skapte meg et bilde av tema som gikk igjen. På andre trinn av analyseprosessen ble det nødvendig å skille ut de delene av teksten som ikke så ut til å belyse mitt tema. De delene av teksten som så ut til å være relevant i forhold til problemstillingen ble delt inn i *meningsbærende enheter*, som igjen ble markert med ulike fargekoder. Kodene hadde sitt utgangspunkt i de temaene som hadde skilt seg ut i første trinn av analyseprosessen. Tredje trinn i analyseprosessen er det Malterud kaller *kondensering*. Her var målet å fortette meningen i de meningsbærende enhetene som ble kodet med farger. Jeg sammenfattet innholdet i de meningsbærende enhetene i det Malterud kaller ”kunstige sitat – et artefakt forankret i data” (Malterud 2003: 107). Disse kunstige sitatene var arbeidsnotater for meg selv, og var kun et utgangspunkt for den videre presentasjonen av materialet. På analyseprosessens siste trinn, fasen Malterud kaller *sammenfatning*, var målet nettopp å sammenfatte det jeg hadde funnet. Metoden kan også kalles en *tematisk analyse*. Formålet med den tematiske analysen er å finne de bakenforliggende mønstre i materialet gjennom ”seriell hypoteseafprøving” (Schmidt og Rsmussen 1988: 24). Dette innebærer å ta utgangspunkt i ”intuitive fornemmelser og ideer i materialet” (l.c.) for så å søke bekræftelse for disse i materialet.

Temaene fra intervjuene blir i kapittel 4 presentert som en beskrivelse av innholdet i de meningsbærende enhetene jeg lokaliserte i intervjuene. Sykepleiernes stemmer vil tydeliggjøres gjennom utvalgte sitater som belyser temaene. Gjenfortellingen skal være lojal mot det sykepleierne har fortalt meg. Samtidig skal den åpne for en utvidet forståelse av det enkelte intervju gjennom at det blir sett i sammenheng med det som er blitt fortalt i de andre

intervjuene. I kapittel 5 følger en drøfting av enkelte av linjene i den tematiske analysen opp mot relevant teori.

3.7. Overførbarhet og relevans.

Intensjonen med dette arbeidet er å få kjennskap til sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis, og ut fra det si noe om det nye redskapets betydning for kunnskapsutveksling og – utvikling i klinisk praksis. Arbeidet berører ikke selve sykepleiedokumentene.

Arbeidet er basert på intervjuer med et begrenset antall sykepleiere. Sykepleierne som ble intervjuet var et strategisk utvalg, det vil si at de ble forespurt om å delta ut fra at de oppfylte visse kriterier som var definert på forhånd. Det var for eksempel en forutsetning for deltakelse at sykepleierne hadde minimum to års praksis som sykepleiere, og at de hadde jobbet på den aktuelle avdelingen i det siste året. God kjennskap til sykepleie og til dokumentasjon, samt erfaring med elektronisk sykepleiedokumentasjon er forutsetninger for å kunne si noe om fenomenene som er sentrale i oppgaven.

Det er ikke en målsetning for dette arbeidet å komme frem til resultater som har allmenn gyldighet forstått som generaliserbarhet. Det er ikke tale om funn som kan overføres tilbake til en utgangspopulasjon. Overførbarhet er imidlertid en forutsetning for at kunnskap skal kunne deles (Malterud 2003). Gjennom et vellykket strategisk utvalg skapes grunnlaget for ”å kunne forstå betingelser og forutsetninger for de funn vi gjør – altså rammene for den eksterne gyldighet” (ibid.: 64).

Elektronisk sykepleiedokumentasjon er et forholdsvis nytt fenomen, men det er et fenomen som stadig griper om seg i utbredelse. Det er derfor nødvendig å få kunnskap om sykepleiernes erfaringer med bruken av dette verktøyet – hvordan det fungerer og om det medfører endringer i sykepleiepraksis. Studier av sykepleieres erfaringer har stor relevans når det gjelder å få en forståelse av hvordan systemene fungerer i en klinisk virkelighet. Det er sykepleierne som kjenner den virkeligheten verktøyene brukes i. De vet hvilke krav

virkeligheten stiller til verktøyene, og de har erfaringer med hvordan verktøyene møter disse kravene.

4.0. TEMATISK ANALYSE.

Utgangspunkt for denne analysen er, som beskrevet i kapittel 3, intervju med seks sykepleiere ved en generell indremedisinsk sengepost. Med en intervjuguide som utgangspunkt var jeg interessert i å få innsyn i sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis. Hensikten med arbeidet er å få innsikt i det nye dokumentasjonsverktøyets betydning for utveksling og utvikling av kunnskap i sykepleiepraksis.

I denne delen av oppgaven skal sykepleierne få komme til orde. Sykepleiernes erfaringer formidles dels gjennom en gjenfortelling og dels gjennom sitater fra intervjuene³². Kapittelets struktur gjenspeiler temaene som ble lokalisert gjennom analyseprosessen.

4.1. Korthuset.

Avdelingen blir av en av sykepleierne beskrevet som et korthus. Hva hun kan ha ment med det skal vi komme tilbake til. I første omgang skal vi ta en nærmere titt på dette korthuset.

Korthuset er, som tidligere beskrevet, en generell indremedisinsk avdeling ved et norsk sykehus. Avdelingen er, som andre avdelinger av sitt slag, preget av mange inneliggende pasienter og korridorpasienter. Det varierer hvor lenge pasientene ligger i avdelingen. Noen skrives ut etter relativt kort tid, mens andre blir liggende lenge. Avdelingen fungerer også, ikke uventet, som venteplass for pasienter som kommunehelsetjenesten ikke kan ta seg av. Med andre ord; en typisk avdeling av sitt slag.

Det jobber omlag 40 pleiere ved avdelingen. Noen få av disse er hjelpepleiere, resten er sykepleiere. Avdelingen har i tillegg til avdelingssykepleier en assisterende avdelingssykepleier. Alle sykepleierne ved avdelingen jobber tredelt turnus, det vil si at de har en turnus bestående av både dag -, kvelds – og nattevakter. Avdelingen er delt i to sengeposter. Hver av disse sengepostene har egen fagutviklingssykepleier. Pleiegruppene ved

³² Tallene i parentes bak sitatene angir hvilken av de seks sykepleierne som er sitert.

de to sengepostene er to atskilte enheter som de selv omtaler som to "sider". De to "sidene" samarbeider ikke med hverandre i det daglige arbeidet. Pleiergruppene på de to sidene har ingen fora for informasjonsutveksling seg imellom. På natten er avdelingen bemannet med en sykepleier på hver side, samt en hjelpepleier som "går imellom", det vil si hjelper til på begge sidene. Heller ikke på natten får pleierne rapport om pasientene på den siden de ikke hører til, men de skal likevel hjelpe hverandre ved behov.

Avdelingen beskrives av sykepleierne som en svært hektisk arbeidsplass med stort arbeidspress. Det fortelles om dager uten matpause, der brødiskiva spises "i farta". Sykepleierne forteller også om pasienter som ikke får medisinene sine til riktig tidspunkt og pasienter som blir liggende lenger enn nødvendig i Avdelingen fordi ingen har tid til å gi dem den opplæringen de må ha før de kan skrives ut. Dette er forhold som sykepleierne dokumenterer i form av avviksmeldinger. Til tross for det store arbeidspresset har Avdelingen rett i forkant av intervjuene fått beskjed om at helseforetaket planlegger å kutte i antallet pleierstillinger. Hver sjette pleierstilling ved Avdelingen er foreslått fjernet. Dette er naturligvis noe sykepleierne er opptatt av, og temaet dukker stadig opp under intervjuene.

Sykepleierne ved Avdelingen har brukt ESD i litt over et år på tidspunktet for intervjuene. Innføringen av ESD er en trinnvis prosess, og i Avdelingen er bare første trinn unnagjort. Systemet som brukes åpner for, og anbefaler, bruk av klassifikasjonssystemer, samt ferdigformulerte pleieplaner³³. Dette ligger foreløpig i fremtiden, og bare en av sykepleierne jeg snakker med har kjennskap til disse systemene. Til å begynne med var det bare sykepleierne som skrev ESD, men nå forventes det at hjelpepleierne også skal dokumentere elektronisk.

Begge sidene av avdelingen har inntil nylig vært organisert etter *gruppesykepleieprinsippet*. Denne organisasjonsformen innebærer at personalet er delt inn i grupper som ledes av en gruppeleder. Gruppene ved avdelingen var oftest sammensatt av to sykepleiere og en hjelpepleier. Det har vært vanlig praksis for pleierne på hver side å samles til en felles muntlig rapport på starten av hver vakt. Etter denne rapporten gikk gruppene hver til sitt for å planlegge dagen og fordele oppgaver. En vanlig arbeidsdeling har vært at hjelpepleieren og en av sykepleierne hadde ansvaret for pleien til pasientene på deres gruppe, mens den andre

³³ Se kapittel 2.

sykepleieren fungerte som gruppeleder og hadde ansvaret for å gå previsitt og visitt sammen med legene.

En tid før mitt møte med avdelingen hadde organiseringen av pleie og rapport vært gjenstand for endringer. Som et prøveprosjekt var gruppesykepleiemodellen erstattet med et system som sykepleierne omtalte som *primærsykepleie*. I tillegg var den muntlige rapporten redusert til et minimum. Tidligere møttes alle pleierne til felles muntlig rapport på starten av hver vakt. Her ble alle pasientene gjennomgått i fellesskap før de ble fordelt på gruppene av pleiere. I det nye systemet får hver sykepleier tildelt et visst antall pasienter på hver vakt. Pasientene fordeles mellom sykepleierne av nattevaktene. Ved starten av vekten leser nattevakten opp navn, fødselsdato og diagnose på alle pasientene, før sykepleierne går til hver sin datamaskin for å lese om de pasientene de har fått tildelt. Resten av dagen har sykepleierne det totale ansvar for de pasientene de har fått tildelt. Dette innebærer at hver sykepleier sørger for pleie, stell, medisiner og samarbeid med lege og andre yrkesgrupper for de pasientene de har ansvaret for³⁴.

Jeg skal i det følgende sette endringene i organisering og rapport i sammenheng med innføringen av elektronisk sykepleiedokumentasjon. Men før det skal jeg gå litt nærmere inn på hva sykepleierne selv sier om tema som dokumentasjon, organisering og rapport.

4.2. Sykepleiedokumentasjon.

Alle sykepleierne som intervjues har minimum to års erfaring som sykepleiere. Den sykepleieren med kortest erfaring har jobbet i to år ved avdelingen og den med lengst erfaring har jobbet der i ni år. Alle har med andre ord jobbet i avdelingen mens de brukte papirbasert sykepleiedokumentasjon, og alle har vært med på innføringen av ESD og har ved

³⁴ Primærsykepleie er en organisasjonsmodell som kjennetegnes ved ”at en fast sykepleier er tillagt det helhetlige ansvaret for planlegging, utøvelse og evaluering av den daglige sykepleie til en bestemt gruppe pasienter fra innkost til utskrivning, eventuelt død” (Digernes 1987: 15). Ut fra det sykepleierne forteller ser det ikke ut til at det er denne bestemte meningen de legger i begrepet *primærsykepleie*. Den nye organisasjonsformen i Avdelingen minner nok mer om såkalt *pasientansvarlig sykepleier* (Orvik 2004, Perander 2005). Begrepet *primærsykepleie* vil likevel brukes i teksten, da dette er ordet sykepleierne selv bruker for å beskrive organisasjonsformen.

intervjutidspunktet brukt ESD i ett år. Mitt inntrykk er at sykepleierne er opptatt av dokumentasjon, og at de synes at dette er et viktig område av egen praksis.

Jeg starter alle intervjuene med å be sykepleierne fortelle hva de legger i sykepleiedokumentasjon. De seks sykepleierne svarer ganske likt på dette. Alle nevner den daglige skriftlige rapporten fra hver enkelt vakt. Overflyttingsrapport, en rapport som skrives når pasienten flytter til annen avdeling eller til annen institusjon, nevnes også som eksempel på sykepleiedokumentasjon. Sykepleierne forteller at det også skrives et resymé hvis pasienter har vært innlagt lenge i avdelingen.

Når det gjelder innhold og struktur i dokumentasjonen viser alle sykepleierne til inndelingen i funksjonsområder der 1 er sirkulasjon, 2 er respirasjon, 3 er ernæring og så videre. Dokumentasjonen består ifølge sykepleierne i "datasamling på pasienten" og "hva vi har gjort". (4)

Sykepleiedokumentasjon handler først og fremst om å sørge for at pasientene skal få sikker og god pleie og behandling.

Jeg må jo skrive det som er viktig å formidle. Jeg må jo tenke på hva de andre trenger å vite for å behandle denne pasienten – for å forstå helheten. Det er jo det som er viktig for de andre å vite. Både det fysiske, psykiske og det sosiale rundt pasienten. (2)

I tillegg har den en funksjon som av en sykepleier ble omtalt som

å dokumentere for å ha ryggen fri. (3)

En annen beskriver sykepleiedokumentasjonens mange funksjoner slik:

Jeg skal ikke bare tenke på pasientene og hva jeg dokumenterer der, men jeg må faktisk tenke dokumentasjon på vegne av meg selv. Hvis det blir noen ting, så har jeg det nedtegnet. At ingen skal kunne ta meg på noen ting. (6)

Når sykepleieren blir bedt om å utdype dette sier hun:

Av og til diskuterer vi ting som vi velger å ikke gjøre. Da er det viktig å dokumentere at vi har snakket om det, vi har vurdert det, men på grunn av "sånn og sånn" har vi valgt å ikke gjøre noen ting med det. Så ingen kan komme tilbake og si "Hvorfor er ikke det gjort, har dere ikke tenkt på det?" (6)

Flere av sykepleierne gjør et skille mellom hva sykepleiere og hva hjelpepleiere dokumenterer. Sykepleierne sier at deres dokumentasjon i stor grad er knyttet til den

medisinske behandlingen av pasientene. Særlig legges det vekt på å skrive gode referat fra previsit og visit med lege. Hjelpepleiernes dokumentasjon er, ifølge sykepleierne, knyttet til observasjoner av pasientenes tilstand og grunnleggende stell og pleie. En av sykepleierne sier at hun dokumenterer

det som har skjedd under visit og kanskje litt planer fremover, og selvfølgelig observasjoner. Om sirkulasjon, ødemer, ernæring og sånne ting blir det kanskje mer hjelpepleier som får observasjoner om. (1)

En annen sier:

Hvis du har en hjelpepleier sammen med deg, skriver gjerne de om matsituasjonen, stell, toalett og sånne ting. Da har du nesten bare sånt som er bestemt på visit, mer sykepleiefaglige ting. (2)

Forskjellen på hva sykepleierne og hjelpepleierne i avdelingen dokumenterer er i seg selv interessant. Enda mer interessant blir den sett i lys av at samtlige av sykepleierne snakker om hjelpepleiernes motvilje mot å dokumentere i ESD. Alle sykepleierne er opptatt av at innføringen av ESD har vært spesielt vanskelig for hjelpepleiergruppen.

Vi har jo mange – spesielt hjelpepleiere – som er godt voksne, og som over hode ikke har tatt i en datamaskin før. De fikk litt panikk. (2)

Sykepleierne er opptatt av at innføringen av ESD har vært krevende for hjelpepleierne i avdelingen - faktisk så krevende at enkelte unngår å dokumentere, og i stedet har utviklet strategier for å slippe å skrive rapport selv.

Det er noen som har vært så lur underveis og bare har kommet til sykepleieren som har gruppa og sagt 'Sånn og sånn var det med pasienten i dag, og det og det har jeg observert. Du skriver vel bare.' De har prøvd å unngå det selv. (2)

Det er altså ting som tyder på at sykepleiere og hjelpepleiere skriver om forskjellige ting i dokumentasjonen. Et utsagn fra en av sykepleierne kan tyde på at hjelpepleiernes dokumentasjon ikke anses å være viktig:

Det er jo ikke noe spesielt som står der. Det er jo om de har spist, om de har vært oppe. Det kan være om hjelpepleieren har observert noe. Fall eller sånt. De beskriver hva de har sett. (3)

Samtidig, i neste åndedrag, på spørsmål om hun synes dokumentasjon er tidkrevende, svarer samme sykepleier:

Det er bedre nå, hvis hjelpepleierne skriver det de vet. Da hjelper det godt på. (3)

Dette tyder på at hjelpepleiernes dokumentasjon likevel anses å være av betydning.

4.3. Elektronisk sykepleiedokumentasjon. Nytt verktøy - ny praksis?

Alle sykepleierne uttaler seg relativt positivt om informasjonsteknologi som verktøy for sykepleiedokumentasjon. Sykepleierne forteller at de i begynnelsen var skeptiske til det nye verktøyet, men at de etter et års bruk synes at det er et godt hjelpemiddel. Særlig legger de vekt på at sykepleiedokumentasjonen har blitt mer ryddig og lesevennlig etter at den ble elektronisk.

Det er veldig oversiktlig og det er veldig greit. I de gamle papirene vi skrev med penn var det overstreking. Det ble mye rot. (2)

Folk skriver jo forskjellig. Noen har jo en uleselig skrift. Det er klart det blir jo mer lettleselig for alle. (1)

Alle sykepleierne blir spurt om de tror at innføringen av ESD har ført til at de dokumenterer annerledes enn tidligere. Mange svarte i første omgang negativt på dette.

Det er ikke sånn at man skriver annerledes når man skriver på data enn når man skriver på papir. Det synes jeg ikke. Ikke for mitt vedkommende i hvert fall. (2)

Ting tyder imidlertid på at sykepleierne dokumenterer annerledes i ESD enn i den tradisjonelle papirjournalen. Endringene har skjedd på to plan. For det første snakker sykepleierne om at innføringen av ESD har ført til endringer i *hvordan de tenker rundt dokumentasjon* og en ny bevissthet i forhold til *hva som skrives i dokumentasjonen*. Mange sier at de er mer opptatt av hva de skriver enn det de var tidligere. De sier at de nå, i større grad enn tidligere, oppfatter sykepleiedokumentasjonen som en del av pasientens journal. Det at sykepleiedokumentasjonen er en del av pasientjournalen er ikke noe nytt, noe sykepleierne også vet. Men de har likevel en opplevelse av at dokumentene deres har fått en mer "offentlig" karakter etter innføringen av ESD. Når jeg ber dem utdype hva de legger i "offentlig" viser mange til pasientens innsynsrett i egen journal.

Du må være klar over at pasienten, pårørende og andre kan lese det her. Så du må dokumentere det som er viktig. (4)

Mange mener også at legene i større grad enn tidligere leser sykepleiedokumentasjonen, og det gjør at sykepleierne formulerer seg annerledes. En av sykepleierne svarer slik når jeg spør om hun tror hun skriver annerledes i ESD enn hun gjorde i papirjournalen:

Ja det tror jeg. Det blir jo lagt i journalen til pasienten! Det har det jo for så vidt gjort en stund, men det blir på en måte mer offentlig. Før gikk vel ikke legene inn og så i sykepleiedokumentasjonen på samme måte som de gjør nå. Sånn sett tenker man vel mer gjennom hva man skriver enn man gjorde tidligere. (3)

Bevisstheten omkring pasientens journalinnsyn, samt troen på at legene i større grad enn tidligere leser sykepleiedokumentasjonen, fører til endringer i det som dokumenteres. En av sykepleierne sier det slik:

Man føler at det er et dokument, men det var jo like mye et juridisk dokument når man skrev på ark. Men jeg føler at folk er mer skjerpa. Legene leser jo hva de skriver! Det tror jeg mange ganger jeg har tenkt på selv også. Når vi begynte å skrive på data gikk det enda mer opp for meg at jeg må være konkret, rett og slett. Ikke skrive det som er unødvendig. (4)

Når jeg spør henne hva hun mener med unødvendig svarer hun slik:

Du må skrive en observasjon. Alle observasjoner du gjør må du skrive. Men du trenger ikke skrive hva du synes. (4)

Skillet mellom ”det som er” og ”det de synes” går igjen i flere av intervjuene. Idealet om en dokumentasjon basert på objektive observasjoner av ”det som er”, ikke subjektive oppfatninger, råder tilsynelatende blant sykepleierne. Sykepleierne sier at de er forsiktige med å skrive skjønnsmessige vurderinger. De mener likevel at slike vurderinger kan ha en funksjon for kollegaene som skal overta ansvaret for pasienten. En sykepleier sier:

Jeg kan jo ikke skrive at jeg mener at personen er deprimert. Det er jo min personlige mening. Det utbroderer jeg ikke. Jeg pleier å være ganske nøktern. Men det er jo mer for at de som kommer på vakt etterpå skal bli oppmerksom på det. (1)

Noen vurderinger er det også vanskelig å skrive ned, selv om det er vurderinger den som skal overta pasienten etterpå kan ha nytte av.

Det er jo ikke alt som er så lett å skrive. Der er jo ikke alt du skriver heller. Noe bare vet du! ... Alt kan vi ikke dokumentere skriftlig. Det går bare ikke! (3)

Det at dokumentasjonen er elektronisk kan også ha gjort noe med måten sykepleierne formulerer seg på. Flere sier at de ikke vil bruke et dagligdags språk i den skriftlige dokumentasjonen. De mener et beskrivende dagligspråk ikke hører hjemme i sykepleiedokumentasjon, men at det kan brukes i muntlig rapport.

Det er litt med hvordan du ordlegger deg. Vi sier det muntlig at sånn var det, men vi pakker det litt finere inn når vi skriver. (6)

Man passer jo på hvordan man skriver når man skriver i et dokument som tilhører pasienten, og som andre skal lese. Dagligdags språk, det synes jeg ikke... Det bruker jeg ikke. (2)

Den andre endringen som ESD har medført er knyttet til *hvordan sykepleierne rent praktisk bruker det nye dokumentasjonsverktøyet*. Flere av sykepleierne beskriver at det nye verktøyet har ført til en helt ny dokumentasjonspraksis. Den papirbaserte sykepleiedokumentasjonen ble skrevet dels som fortløpende nedtegnelser i løpet av dagen, og dels ved skriving på slutten av hver vakt. Flere nevner at de tidligere hadde med seg sykepleiekardex på previsitt, slik at de kunne skrive ned ting av betydning som ble tatt opp der, noe som ikke er praktisk mulig etter overgangen til ESD. Notering underveis førte til en del korrigeringer i form av overstrekinger og nye beskjeder. Dette blir av flere betegnet som ”rotete”.

Jeg synes jo det var greit sånn som det var før – at jeg kunne skrive rett inn. Men det ble jo rotete. Du kunne jo ikke redigere det. Det du hadde skrevet måtte jo stå der. (1)

Avdelingen har i løpet av året som har gått siden innføringen av ESD fått flere PCer til bruk for sykepleierne. Visse perioder av døgnet innebærer likevel større trengsel ved PCene enn andre. Mot slutten av hver vakt og etter previsitt er typiske perioder da ”alle” trenger en PC. Sykepleierne har utviklet egne rutiner for å møte dette problemet. Det er vanlig å opprette et dokument for hver pasient på starten av hver vakt, og så skriver de i dokumentene etter hvert som de har noe å skrive i løpet av dagen.

Man skjønnte at man kunne opprette dokumenter og skrive etter hvert. Fra hver gang man gjorde noe. Hadde man vært inne på et rom og tatt ut matbrettet kunne man gå tilbake til dataen og skrive at denne pasienten har spist all frokost. ... Og så etter at vi har gått visitt setter jeg meg ned og skriver det som er bestemt på visitten. ... For jeg synes det er veldig viktig at man får skrevet ned alt som har skjedd i løpet av dagen og det som er bestemt. Sånn at andre har muligheten til å gå tilbake. (5)

Sykepleierne beskriver en dokumentasjonspraksis som etter overgangen til ESD har fått preg av å være referering av enkelthendelser. Dette kan på den ene siden medføre større nøyaktighet i det som refereres og at mindre glemmes. På den andre siden medfører denne dokumentasjonspraksisen en mulighet for at sykepleiedokumentasjonen kun blir referering av enkeltstående hendelser som ikke settes i sammenheng med hverandre.

Endringer i løpet av en vakt, som i den papirbaserte sykepleiedokumentasjonen ville ført til korrigeringer i form av overstrekinger eller nye beskjeder, vil i ESD ikke etterlate spor. Det man før satte en strek over fjernes nå med et tastetrykk, og blir dermed ikke tilgjengelig for den som skal lese dokumentet i ettertid. De ferdige dokumentene blir på denne måten, som sykepleierne selv påpekte, mer ryddige og lesevennlige. En mer utilsiktet effekt av dette kan imidlertid være at dokumentene i større grad får preg av å være presentasjon av ferdige resultater, og at veien frem mot resultatene og resonnementene ikke blir synlige for ettertiden.

Det som er kjekt med dataen er at du kan gå inn og rette. Du går bare inn på dokumentet og sletter. ... Så jeg kan gå inn og slette hvis det er noe som blir omgjort eller bestemt. Før har jeg skrevet at sånn og sånn er bestemt til i morgen, og så blir det ikke det likevel. Da sletter jeg det bare, så slipper det å stå der. (2)

ESD gjør det lettere å bruke inndelingen i funksjonsområder av typen '1. sirkulasjon', '2. respirasjon', '3. ernæring' osv enn den papirbaserte sykepleiedokumentasjonen. Inndelingen ligger klar i dokumentasjonsverktøyet, og sykepleierne kan bare fylle inn under hvert funksjonsområde hver gang de er inne i dokumentet. Tallsystemet var også i bruk i den papirbaserte sykepleiedokumentasjonen, men sykepleierne mener det ble brukt mindre da.

Nå har de jo nummerering fra en til ti på de der hovedområdene, men sånn var det jo ikke før. Vi nummererte jo da også, men da kom kanskje det om sirkulasjon og så kom det plutselig om visitt og sånn. Det ble veldig rotete. (1)

Funksjonsområdene. Når vi skrev for hånd hadde vi dem i bakhodet, men så kunne vi skrive litt om ernæring og så kom det litt om mobilisering, og så kom det litt nytt om ernæring. (3)

Utsagn som dette kan tyde på at rekkefølgen i den papirbaserte sykepleiedokumentasjonen ble styrt av hva som skjedde i løpet av en vakt. I ESD er det selve dokumentasjonsverktøyet som bestemmer rekkefølgen.

Så langt har jeg vist hvordan sykepleierne beskriver sin bruk av ESD som verktøy for å dokumentere egen praksis. Sykepleiedokumentasjonen brukes imidlertid også fra den andre siden – sykepleierne leser andre sykepleieres dokumentasjon. Alle sykepleierne forteller at de bruker andre sykepleieres dokumentasjon aktivt i sin egen praksis. Særlig har kollegaers dokumentasjon blitt viktig etter at den muntlige rapporten ble redusert til et minimum, noe vi skal se nærmere på senere. Overgangen fra papirbasert dokumentasjon til ESD har imidlertid også her ført til endringer. Flere trekker frem at det var lettere å ”skaffe seg et bilde av pasienten” ved å bla tilbake i den papirbaserte sykepleiedokumentasjonen. I ESD ligger rapportene lagret som enkeltdokumenter, som må åpnes et og et. Det er uvant for sykepleierne å få pasientenes forløp presentert stykkevis og delt.

Det er sikkert en vanesak, men vi synes det var litt enklere å få en rask oversikt over pasienten tidligere, ved at vi fortløpende kunne lese oss tilbake i den håndskrevne rapporten. Mens nå må vi klikke oss inn på nytt dokument for hver gang. (3)

Skal jeg lese tilbake i rapportene, så må jeg inn på hver enkelt dato, på hver enkelt vakt. Når jeg hadde papirjournalen foran meg flyttet jeg bare blikket oppover sida. Så det å lese den daglige rapporten gikk mye kjappere, synes jeg. (6)

Fenomener som fortløpende dokumentasjon av enkelthendelser, fjerning av informasjon som ikke lenger er ”gyldig” ved hjelp av ”delete – funksjonen”, lagring av rapporter som enkeltdokumenter og større bruk av funksjonsområder i beskrivelser av pasienter kan resultere i en fragmentert fremstilling av pasienten. Dette vil drøftes nærmere senere i oppgaven som *oppstykkningen av den syke*. Det vil diskuteres om oppstykkning av denne typen kan ha konsekvenser for utvikling og utveksling av kunnskap i sykepleiefellesskap.

En annen endring ESD har medført er at sykepleiedokumentasjonen brukes mindre i previsitt. Det har vært vanlig at sykepleierne har hatt med seg sykepleiedokumentasjonen til previsitt, og at de har brukt denne som kilde til informasjon.

Under previsittene, spesielt, savner vi sykepleierne det der med å kunne slå opp hvis legene spør hvordan pasienten har hatt det i det siste. Da kunne du slå tilbake og lese hva vaktene før har skrevet. Men det kan du jo ikke nå. Da sitter gjerne legene ved skjermen, så da kan ikke vi begynne å slå opp på rapporten og se. (2)

Sykepleierne forteller at de etter overgangen til ESD i større grad enn tidligere leser legenes notater i pasientjournalen. Dette henger sammen med økt tilgjengelighet sammenliknet med tidligere.

Og så har vi tilgang på alle legepapirene. Alt de skriver, små notater og tanker de har. Og røntgenundersøkelser og beskrivelser – alt ligger jo der. Alt ligger på data. ... Så den bruker jeg ganske mye. (1)

Jeg brukte den (legenes dokumentasjon) aldri før vi begynte å skrive selv. Den er blitt mer tilgjengelig fordi vi er så ofte inne. Vi er blitt mer drevne på dette med å bruke datamaskin til både å innhente opplysninger og til å skrive opplysninger. (3)

Disse to tendensene kan til sammen føre til at det legges mindre vekt på sykepleiedokumenter, og større vekt på legenes dokumentasjon, i praksis. Legenes dokumentasjon er en kilde til kunnskap om pasienten som er viktig i sykepleiepraksis. Den utgjør imidlertid bare en del av den kunnskapen sykepleierne trenger. En forskyving av tyngdepunktet fra sykepleiedokumentasjon i retning legenes dokumentasjon kan dermed forhindre utveksling og utvikling av kunnskap som er viktig i pleien av syke.

4.4. Ny organisering av pleiarbeidet: primærsykepleie.

Avdelingen hadde en tid før gjennomføringen av intervjuene gjort forandringer i organiseringen av pleiarbeidet. Den nye måten å organisere arbeidet på blir av pleierne omtalt som primærsykepleie. En av sykepleierne sammenfattet det nye systemet på følgende måte:

Jeg har tre pasienter, og da har jeg alt. Da har jeg stell, visitt, medisiner, mat, rommet, tørke støv, søppel. Alt! Alt med den pasienten. De pasientene har jeg. (2)

Organiseringen innebærer at sykepleierne jobber mindre sammen enn tidligere. Hver sykepleier med sine pasienter utgjør en egen enhet som i stor grad skal operere uavhengig av andre. Det er imidlertid et unntak fra dette. På de pasientene som hjelpepleierne tar hånd om har sykepleierne ansvar for medisiner, previsitt og visitt – en funksjon sykepleierne omtaler som ”å stå bak hjelpepleierne.”

Nattevakt eller kveldsvakt kvelden i forveien fordeler pasientene til pleierne som kommer på dagvakt. Det er mange hensyn som skal tas i fordelingen. Man ønsker størst mulig grad av kontinuitet både for pasienter og pleiere, samtidig som man forsøker å unngå at en sykepleier får flere av de sykeste pasientene, de som trenger mest pleie. At fordelingen ikke er lett uttrykkes av en sykepleier på følgende måte:

Det blir helt kaos! Du må tenke på alle. Ta hensyn til alt! (2)

Innføringen av primærsykepleie er ment som et middel til å redusere arbeidsbelastningen for sykepleierne i avdelingen. Omorganiseringen er en del av et større prosjekt som har til hensikt å gjøre pleiernes hverdag lettere, samt ”frigjøre” mer av pleiernes tid til direkte pasientkontakt. Dette prosjektet vil i det følgende, for å bevare avdelingens anonymitet, ikke omtales med sitt egentlige navn, men som ”Prosjektet”. Gjennom å innføre primærsykepleie tenker man at sykepleierne får færre pasienter å forholde seg til – færre baller å holde i luften på en gang. Samtidig kan denne organiseringsformen føre til at hver sykepleier blir stående veldig alene med ansvaret for pasientene de har. En sykepleier veier fordeler og ulemper med det nye systemet på denne måten:

Når jeg har færre pasienter blir det jo færre beskjeder. Nå kan jeg jo si: 'Det er ikke jeg som har den pasienten. Kan du spørre Lisa eller Ole?' Så det trykket er blitt borte – det at jeg skal ordne alt. ... Men så er det sånn at på de pasientene føler du at du står litt alene. For det er ikke sikkert at de andre har tid. Det er klart, det er fordeler og ulemper. Jeg vet ikke hva som er verst over tid. (4)

En av sykepleierne omtalte den nye måten å organisere pleien i avdelingen på følgende måte:

Det er veldig avhengig av at man har den faste bemanningen, at folk ikke blir syke.

For da faller korthuset vårt sammen. ... – hvis ikke alt går på skinner. (5)

Et korthus er som kjent ingen solid konstruksjon. For at korthuset skal bli stående må man ikke gjøre forandringer i forhold til hvordan det ble satt opp i utgangspunktet. Tar du bort et av kortene vil korthuset falle sammen. Sykepleiernes erfaring er altså at primærsykepleiesystemet gjør avdelingen dårlig rustet til å tåle uforutsette forandringer i pleiegruppen. Det er ikke bare i pleiegruppen det kan skje forandringer i en sykehusavdeling. Blant pasientene skjer det endringer hele tiden. Dette dreier seg om endringer på individnivå eller gruppenivå. Tilstanden til enkeltpasienter endrer seg og pasientgruppen endrer sammensetning ved at pasienter skrives ut og nye pasienter legges inn. Sykepleierne gir uttrykk for at også denne typen endringer gjør at Korthuset vakler.

En pasient kan være stabil, men så kan han plutselig bli ustabil. Noen kan være dårlig, men stabil. ... Når det oppstår ting på dagen blir det vanskeligere å få folk til å hjelpe deg. Det opplever jeg nå. (4)

Sykepleierne gir uttrykk for at de synes det er litt fremmed å bare skulle ha ansvar for et begrenset antall pasienter. Flere opplever det både vanskelig og kunstig å ikke skulle ”bry seg med” de pasientene de ikke har fått tildelt. Sykepleierne snakker om at de føler et ansvar både for pasientene som ligger i avdelingen og for kollegaene sine.

Det er jo faktisk sånn at vi er *en* avdeling. Vi jobber sammen, i lag. Og da synes jeg at det er veldig greit at jeg vet noe om de pasientene som faktisk er hos oss. Ikke bare de som jeg har over flere dager. ... For jeg føler jo at vi alle har et ansvar for de pasientene som er her. ... Jeg vil jo gjerne være delaktig og hjelpe til der som det er noe. (5)

En av sykepleierne gjør et skille mellom det å *ha* ansvar for en pasient og det å *føle* ansvar. I det nye systemet har kanskje sykepleierne et formelt ansvar for færre pasienter, men opplevelsen av ansvar er ikke med det tatt fra dem.

Det er mennesker vi holder på med! Vi kan jo ikke... Det blir litt svart – hvitt i en del situasjoner. Jeg har ikke ansvar, men jeg føler et ansvar. Det er mennesker, syke mennesker du holder på med! (6)

Det kan synes som om sykepleiernes ansvarsfølelse er mer robust enn Korthuset. Avdelingen kan kanskje være oppstykket ”på papiret” (les: skjermen), men opplevelsen av ansvar er det vanskeligere å stykke opp. Innføringen av primærsykepleie gjør at sykepleiernes opplevde ansvar ikke har et formelt motstykke i organiseringen av pleien.

En side ved den nye organiseringen som nesten alle sykepleierne trekker frem er opplevelsen av å være ensom på jobb. Tidligere hadde sykepleierne ansvar for flere pasienter, men de hadde også kollegaer sammen med seg, som de delte ansvaret med. Etter overgangen til primærsykepleie har hver sykepleier færre pasienter, men de er til gjengjeld alene med ansvaret for disse pasientene. Flere av sykepleierne bruker faktisk ordet ”ensom” når de beskriver denne opplevelsen.

De tre pasientene som jeg har alene nå, de er det ingen andre som har noen ting å gjøre med. De er mine. Og da blir jeg veldig ensom i jobben min. Jeg har jo ikke noen jeg samarbeider med når det gjelder de pasientene. (6)

Ensomhetsfølelsen er knyttet til tre ting. Det ene er opplevelsen av å være alene med *ansvaret* for pasienten.

Når jeg var på visitt og pasienten var dårlig. Hvem ser til pasienten så han ikke kveles av slim? (4)

Det andre er følelsen av å ikke ha *noen å rådføre seg med* i vanskelige situasjoner.

Man er mer alene. Man føler at tipsene blir borte. Vurderingssamtalene - 'hvordan skal jeg løse det her?' (4)

Flere av sykepleierne trekker frem "det å gå sammen med noen" som grunnleggende for kunnskapsutveksling i sykepleien. Det ytres på bakgrunn av dette bekymring for kårerne for kunnskapsutveksling i primærsykepleiesystemet.

Når vi jobber i team så får du med deg det de andre gjør. Vi jobber sammen. Det jeg ikke kan, det kan du. Men når du jobber alene må du selv gå ut og søke hjelp. (6)

Bekymringen er særlig knyttet til de nye sykepleierne som "jo virkelig burde få lov til å jobbe i team." (6)

Den tredje siden ved ensomhet flere av sykepleierne viser til er opplevelsen av å være alene når *situasjonen plutselig endres*, for eksempel fordi pasientens tilstand forverrer seg. Det kan, som tidligere påpekt, synes som om sykepleierne opplever at den nye organiseringen er mer rigid enn den gamle. Rigiditeten blir tydeligst når man plutselig trenger hjelp og opplever at alle er opptatt på sine hold.

Nå er liksom alle opptatt. Det er det jeg føler. Alle er opptatt. Jeg vet liksom ikke hvem jeg skal spørre. ... 'Vent litt!' Alle har liksom en dårlig pasient, alle har en pleiepasient. Nå når man har delt seg inn så veldig vet man ikke hvor... Det her med å "time" alt. (4)

Den sterke inndelingen av pleiegruppen har gjort at sykepleierne til tider opplever å være ensomme på jobb. Inndelingen kan, som vi har sett, gjøre "timingene" vanskelig, være til hinder for god flyt i arbeidet. Det å jobbe sammen har en verdi både når man trenger en ekstra hånd og når man trenger et ekstra hode. En av sykepleierne sier det på denne måten:

Er vi to, så er vi mer enn dobbelt så mange. På alle vis. Både når det gjelder fysikk, faglig, når det gjelder alt! (6)

Samarbeid synes å være en forutsetning for flyt i arbeidet. Flyt beskrives på denne måten av en sykepleier:

Vi kan jobben, vi jobber godt i lag. Vi trenger ikke å snakke så mye, for ting går av seg selv. Det er trygt. Det er faglig trygt, og det er sosialt trygt. Vi har det veldig bra sammen. (6)

Oppdelingen av avdelingen i enheter bestående av en sykepleier og hennes pasienter kan være til hinder for denne typen ”flyt” i arbeidet. Denne tendensen forsterkes trolig ytterligere når den muntlige rapporten, som vi skal se i det følgende, reduseres til et minimum.

4.5. Ny rapportform: fra muntlig til ”stille rapport”.

Muntlig rapport. Den har vi egentlig mistet. Den er veldig, veldig kort. Vi får bare navn på pasientene og en innleggsdiagnose. (6)

Som et ledd i ”Prosjektet” ble det, samtidig som det ble innført primærsykepleie, bestemt at den muntlige rapporten i avdelingen skulle kuttes ned til et minimum. I det gamle systemet ga nattevaktene en muntlig rapport om alle pasientene i avdelingen til dagvaktene, før disse delte seg inn i to grupper ofte bestående av to sykepleiere og en hjelpepleier. Hver gruppe hadde ansvar for et visst antall pasienter. I det nye rapportsystemet leser bare nattevakten opp navn og diagnose på pasientene i avdelingen. Etterpå går sykepleierne hver til sitt og setter seg foran hver sin dataskjerm og leser om pasientene de skal ha ansvar for. Pasientene er fordelt til sykepleierne av nattevakten eller gårsdagens kveldsvakt. Denne rapportformen omtales av enkelte som ”stille rapport”³⁵.

Hovedårsaken til endringene i den muntlige rapporten er, ifølge sykepleieleidelsen ved avdelingen og sykepleierne selv, at den tradisjonelle muntlige rapporten tok for lang tid. Man ønsker gjennom den nye ordningen å oppnå at sykepleierne kommer fortere ut til pasientene. Alle sykepleierne trekker frem den tidsbesparende effekten av å kutte den muntlige rapporten. Det virker som det hersker unison enighet blant sykepleierne som ble intervjuet om at muntlig rapport, slik den tidligere har blitt gjennomført, har tatt for mye tid, og at dette har gått på bekostning av tid sykepleierne kunne brukt hos pasientene. Sykepleierne sier at de faktisk er

³⁵ Rapporten i Avdelingen er ikke helt ”stille” i og med at pasientenes navn og diagnose leses opp for pleierne i fellesskap. Begrepet ”stille rapport” vil likevel brukes i denne oppgaven, siden dette er navnet enkelte av sykepleierne selv bruker i intervjuene. Begrepet ”stille rapport” vil markeres med anførselstegn for å synliggjøre dette.

tidligere ute hos pasientene nå som den muntlige rapporten er kuttet ned. I det nye systemet bruker de tiden til å lese om de pasientene de selv skal ha, og ”sløser” dermed ikke bort tid på å høre om pasienter de ikke skal ha noe med å gjøre. ”Stille rapport” og primær sykepleie er således som skapt for hverandre. Begge delene bidrar til befestingen av enheten ”sykepleier med sine pasienter”.

Alle sykepleierne mener i utgangspunktet at ”Stille rapport” medfører besparelser i tid. I løpet av intervjuene blir imidlertid dette bildet noe nyansert. Det nye rapportsystemet er tidsbesparende når sykepleierne kjenner pasientene de skal ha ansvaret for fra før. Skal de derimot ha ansvar for pasienter som er nye for dem kan det bli relativt tidkrevende å ”lese seg opp”.

Da må du lese tilbake. Og har jeg ikke vært her på ei uke, da tar det lenger tid før jeg kan gå ut i arbeid og begynne å stille og ta tablettene. For da må jeg jo nesten se hva som har skjedd, for det er jo ingen som kan fortelle meg noen ting. ... Så må jeg sette meg da, foran en maskin, alene. (4)

Den nye rapportformen er heller ikke tidsbesparende når det skjer uforutsette ting i avdelingen slik at det blir nødvendig med omrokninger.

For da må du sette deg inn i de pasientene du overtar, som du aldri har hatt rapport på. Så det er liksom det jeg prata om – det korthuset mitt, som faller sammen hvis ikke alt går på skinner. Hvis noen er syk eller noe skal skje, så faller det. (5)

Dokumentasjonsverktøyet er lagt til rette for at sykepleierne skal kunne sende elektroniske beskjeder til de som kommer på neste vakt. Det kan være tale om spesielle beskjeder knyttet til enkeltpasienter, ting det er viktig at den som overtar pasienten er oppmerksom på – den type beskjeder det har vært vanlig å gi i den muntlige rapporten. Ingen av sykepleierne som blir intervjuet benytter seg av dette hjelpemidlet i sin praksis. Muligheten for uforutsette forandringer i personalgruppen oppgis som årsak til at sykepleierne ikke rapporterer ved å sende elektroniske beskjeder til hverandre.

Det som kan gjøres er at man sender en beskjed til neste sykepleier som kommer på vakt. Jeg har aldri gjort det! Det som det er avhengig av da er jo at det er akkurat den sykepleieren som kommer på vakt. At ikke hun er blitt syk. For da faller det jo bort igjen. (3)

Det kan se ut som om denne typen kommunikasjon ikke er egnet for Korthuset.

En forutsetning for kuttingen i den muntlige rapporten er at det er mulig å lese seg frem til all informasjon som er nødvendig for å gi pasienten pleie og behandling i journalen hans. Det er med andre ord en forutsetning at det ikke blir sagt noe av betydning i den muntlige rapporten som ikke like gjerne kan skrives ned. Dette går sykepleierne selv ikke nødvendigvis god for.

For meg er den muntlige rapporten viktig. Du får frem en del andre nyanser – ting som er mye lettere å formidle muntlig enn skriftlig. ... Når jeg gir muntlig rapport og vi kan spille litt på lag, så får du input. Du får en annen bevisstgjøring. Sitter du og hører rapport sammen med andre, så gjør du deg tanker selv. Det er jo litt det her med å dra erfaring fra hverandre. Jeg føler på en måte at den muntlige biten er litt undervurdert.

(6)

Det å ”spille litt på lag” og dele erfaringer med andre er verdier ved å ta del i et fellesskap som flere av sykepleierne trekker frem. Også i rapportsituasjonen kan det se ut som om sykepleierne mener at ”å være to er mer enn dobbelt så mange.” Den muntlige rapporten beskrives som et sted der sykepleierne gjennom innspill og diskusjoner er ”blikkåpnere” for hverandre. Sykepleierne har kompetanse på forskjellige områder. Den muntlige rapporten kan være et sted der pleiefellesskapets kompetanse forenes, økes og videreutvikles. Flere av sykepleierne trekker frem at det er gjennom denne forente kompetansen at pasienten sikres ”helhetlig omsorg”.

Det som henger litt i luften. Noen ganger kan du jo ha en pasient i to dager, og så kommer en annen og sier at ’Han har jo spist ganske lite de siste dagene.’ ... Det er jo sånne ting som det kan være greit å bli påminnet. Man er kanskje opptatt av at han er dårlig og slimer, infeksjon og pårørende. Du har kanskje mye tanker fra kvelden i går, og så er du opptatt av det i dag. Men så er det alltid andre ting. ... Jeg er kanskje opptatt av hygieneprensipp, og kanskje er noen andre opptatt av at de får nok proteiner og næring. For de hører jo sammen. Har du dårlig ernæring så får du jo lett decubitussår. Alt henger jo sammen. Men det er ikke bare å komme på alt. (4)

Denne sykepleieren snakker om helhet på to nivå. Helhet er for det første knyttet til den syke. Det er ofte ikke slik at pasientens problem kan defineres og avgrenses. Problemene er komplekse og de henger sammen med hverandre. ”Alt henger jo sammen.” Helhet er også knyttet til pleiefellesskapets kompetanse. En kan mye om ernæring, en annen er opptatt av hygiene. Pleierne hjelper hverandre å huske, for ”det er ikke bare å komme på alt.” I dette

sitatet gjør sykepleieren sammenhengen mellom ”helhetlig pleie” og et pleiefelleskap eksplisitt.

Flere av sykepleierne sier at det er legene som har blitt deres diskusjonspartnere etter at den muntlige rapporten ble kuttet. Previsitt er imidlertid ikke det beste forum for undring og diskusjon. Her skal beslutninger tas, og det forventes at sykepleier stiller informert, så hun kan fungere som premissleverandør for avgjørelsene.

Det er legene man får diskutert med. Og det er for så vidt greit, men legene er jo opptatt av at vi skal være forberedt. (4)

Primärsykepleie og individuell, stille rapport vil i det følgende omtales som *oppstykkningen av pleiefelleskapet*. Som vi har sett gir noen av sykepleierne uttrykk for bekymring for at denne oppstykkningen i verste fall kan være til hinder for at pasienten får helhetlig omsorg. Dette er en bekymring som vil drøftes senere i oppgaven.

4.6. ”Det som gjelder”, og rutinene som får ”det som gjelder” til å fungere.

Sykepleierne i intervjuene omtaler ESD som noe som ble innført uavhengig av hva de selv måtte mene om saken. Dette kommer til uttrykk i utsagn av typen:

Så blir det der tredd de over hodet. (1)

De fikk uttrykkelig beskjed om at ’Dere skal faktisk skrive rapport, så det her må dere bare lære dere’. (2)

Sykepleierne er pålagt å dokumentere sin praksis elektronisk, og det som dokumenteres elektronisk omtales av sykepleierne som ”det som gjelder.” (4) Vi har imidlertid sett at ESD trolig har ført til endringer i sykepleiernes dokumentasjonspraksis, og at sykepleierne ikke bare opplever det nye dokumentasjonsverktøyet som et gode.

Sykepleierne snakker om et trekk ved ESD som er vel verd å merke seg. Samtlige av sykepleierne som blir intervjuet snakker om opplevelsen av at informasjon som dokumenteres i ESD forsvinner. En omtaler ESD som ”det store intet.” (3) En annen sier

For vi opplever at når vi skriver på data blir det borte. (4)

Erfaring tilsier altså at viktige beskjeder går tapt i den elektroniske dokumentasjonen. Dette betyr ikke at beskjedene rent faktisk blir borte, men at de av en eller annen grunn ikke blir lest. Kuttingen av muntlig rapport øker faren for tap av viktig informasjon, samtidig som den nye organiseringen av arbeidet gjør at informasjon ikke lenger kan utveksles mellom pleierne når de ”jobber i lag”. (5, 6) Det kan være flere grunner til at beskjedene ikke blir lest. Man kan spekulere i om det kan ha med selve dokumentasjonsformatet å gjøre. Vi har tidligere sett at sykepleierne synes det er vanskelig å skaffe seg et helhetlig bilde av pasientenes forløp ved å klikke seg inn i og ut av enkeltdokumenter. Tidspres kan også spille en viktig rolle.

Man føler at man ikke har oversikt før man føler seg tvunget til å gå ut i pleien. (4)

For å møte problemet med at informasjon forsvinner i ”det store intet” har sykepleierne i avdelingen utviklet noen rutiner. Et papirbasert støttesystem er etablert som en rutine. Dette ble ikke innført sammen med ESD, men har etter overgangen fra papirbasert dokumentasjon gradvis utviklet seg til den formen det har i dag. Ved overgangen til ESD valgte man å beholde pasientens ”hovedkort” i papirform³⁶. Dette er et ark med personalia, diagnoser, opplysninger om pårørende og liknende. Hovedkortet har samme form som det hadde da all sykepleiedokumentasjon var papirbasert. Man har imidlertid utviklet et helt nytt system på baksiden av hovedkortet. Dette blir beskrevet slik:

På baksida står det mer om hjelpebehovet til pasienten. Der skal du skrive om de er oppegående, hva de trenger hjelp til i matsituasjonen, om de bruker høreapparat, alt om sanser og om de er klar og orientert. Det er veldig mange opplysninger å hente ut av det arket som er på baksida av hovedkortet. Så det blir nesten som en pleieplan. (2)

Disse papirene er et direkte svar på problemet med at informasjon forsvinner i ”det store intet”.

Vi har valgt å beholde to ark som vi kaller informasjonsark om pasienten. Det er fordi viktige beskjeder faller bort hvis man hele tiden skal gå inn og lese i rapportene, fra vakt til vakt. Hvis det er noe spesielt viktig skriver vi det på arket. ... Du kan ikke lite på at alle har mulighet til å gå ei uke eller mer tilbake i tid i rapportene. Det har vi ikke tid til. ... Hvis vi ikke hadde hatt de, så tror jeg det hadde vært vanskelig å få med seg all informasjonen slik som systemet er i dag. (3)

³⁶ Dokument G1 i dokumentgruppene anbefalt av Statens Helsetilsyn (1994) som er omtalt i kapittel 2.

På spørsmål om hvilke beskjeder det kan være aktuelt å skrive på disse arkene gis eksempel som

Obs ernæring. Gi ernæringsdrikk! (3)

Noen av sykepleierne sammenlikner informasjonsarkene med pleieplaner. Det har ikke vært vanlig å bruke pleieplaner i avdelingen, men enkelte peker på at den nye arbeidsformen har generert et behov for slike.

Jeg blir alene. Og da, for å kunne formidle en del ting pleiemessig, tror jeg dette med pleieplan kommer mer inn. (6)

Sykepleiernes erfaringer tilsier at et papirbasert støttesystem er nødvendig for at informasjon ikke skal bli borte. Det er likevel den elektroniske dokumentasjonen som oppfattes som den egentlige dokumentasjonen.

Det viktigste er jo at vi skriver det på dataen. For det er jo liksom det som gjelder. (4)
Det som fungerer i praksis er med andre ord ikke nødvendigvis det som gjelder. Selv om det papirbaserte støttesystemet ikke "gjelder" har det en viktig funksjon – det gjør at den dokumentasjonen som gjelder også fungerer i praksis. Støttesystemets funksjon er å forhindre at viktig informasjon forsvinner i "det store intet".

"Stille rapport" kombinert med primærsykepleie gjør at sykepleierne har lite kjennskap til de andre pasientene som ligger i avdelingen. Vi har sett at dette strider mot sykepleiernes ansvarsfølelse, og at det kan skape problemer hvis uforutsette ting oppstår slik at omfordeling av ansvaret for pasientene blir nødvendig. Dette blir faktisk aktualisert i forbindelse med gjennomføringen av et av intervjuene. En av sykepleierne har i forkant av intervjuet problemer med å overlate ansvaret for sin pasient til en av de andre pleierne. Hun sier:

Han kjente ikke mine pasienter, for han har jo ikke lest på dem. (4)

Et rapportsystem basert på at hver sykepleier leser om "sine" pasienter i ESD fører ikke bare til at sykepleierne mister informasjon om enkeltpasienter. De mister også den mer totale oversikten over avdelingen - hvordan avdelingens pasientgruppe til enhver tid er sammensatt. Vi har vært inne på at dette er kunnskap som er viktig for flyten i arbeidet. Sykepleierne får utlevert en ferdig utfylt pasientliste når de kommer på jobb. Denne listen er en utskrift av pasientlisten som til enhver tid ligger lagret i det elektroniske dokumentasjonssystemet. Listen

inneholder navn og diagnose på alle pasientene som ligger i avdelingen. Sykepleierne forteller imidlertid at det etter hvert har blitt vanlig å skrive flere opplysninger på denne listen.

Vi har fått lov til å skrive en del opplysninger under merknad. Blant annet målinger, klar og orientert, pleie, oppe med rullator. Vi har fått lov til å skrive ganske mye opplysninger. Hjelp til mat og sånt. Kort. (1)

Sykepleierne har erfart at det er nødvendig å også vite noe om de pasientene de ikke har. Rutinen med å skrive opplysninger i merknadsfeltet på pasientlisten kan kanskje forstås som et forsøk, fra sykepleiernes side, på å motvirke oppstykkningen som har oppstått i kjølevannet av de nye systemene. Om dette er tilstrekkelig er imidlertid en annen sak.

Sykepleiere og sykepleieledelse ved avdelingen oppgir ønske om å spare tid som årsak til endringene i den muntlige rapporten. De fleste bekrefter at ”stille rapport” gjør at de kommer fortere ”ut til pasientene”, i alle fall ”når alt går på skinner”. Vi har også sett at knapphet på datamaskiner enkelte perioder av døgnet har skapt nye dokumentasjonsrutiner. Sykepleierne skriver i større grad enn tidligere rapport underveis i vakta. Når de har gjort noe skriver de det ned. Til tross for dette forteller sykepleierne om stor bruk av overtid for å få skrevet dokumentasjon. Samtlige av sykepleierne sier at de relativt ofte sitter igjen etter arbeidstid for å få unnagjort sykepleiedokumentasjonen.

Det blir jo ofte til at jeg setter meg ned og skriver på overtid. ... Jeg tenker at hvis jeg har sykepleiegjøremål, så må jo de gå foran dokumentasjonen. Dokumentasjonen kan jeg jo tross alt ta når vakta er over. (1)

Dokumentering på overtid synes å være en så utbredt praksis at det er fristende å omtale det som en rutine. Det er imidlertid vanskelig å få et mål på utbredelsen av overtidsdokumenteringen da sykepleierne oppgir at de ikke skriver denne overtiden på timelistene sine.

Hvis det blir inntil et kvarter, så bryr jeg meg ikke. (1)

Overtidsbruken er uoffisiell og kan dermed bidra til det offisielle bildet av at det nye dokumentasjons – og rapportsystemet er tidsbesparende.

Jeg vil i neste kapittel drøfte forholdet mellom nye dokumentasjons -, organiserings – og rapporteringsformer, og rutinene som har utviklet seg i Avdelingen. Dette vil drøftes opp mot kunnskapsbegrepet. Drøftingen tar utgangspunkt i det som er avdekket gjennom den tematiske analysen – at det nye dokumentasjonssystemet, samt ny organiserings- og

rapportform, er dårlig egnet til utveksling og utvikling av all den kunnskap som lever i sykepleiernes praksis.

Det nye dokumentasjonsverktøyet hviler på en bestemt oppfatning av kunnskap, og bruken av systemet vil dermed også favorisere visse områder av sykepleiernes kunnskap. At de nye organiserings – og rapportformene er basert på samme kunnskapssyn, og dermed er med på å forsterke en slik favorisering vil også belyses. Jeg vil også knytte drøftingen til forståelse av ansvar i sykepleiepraksis.

5.0. DOKUMENTASJON OG ARBEIDSFORMER I KORTHUSET. ET SPØRSMÅL OM KUNNSKAP OG ANSVAR.

I forbindelse med planlegging og gjennomføring av dette arbeidet har jeg gjennomgått en del litteratur. Mye av denne litteraturen er presentert i kapittel 2. Lærebøker i sykepleie, offentlige handlings – og tiltaksplaner, statlige retningslinjer, rammeplan, veileder fra fagorganisasjon og systemleverandørers hjemmesider er eksempler på kilder som har bidratt til å gi meg en bakgrunnsforståelse av sykepleiedokumentasjon generelt og den elektroniske sykepleiedokumentasjonen spesielt. Gjennomgangen av denne litteraturen viser at sykepleiedokumentasjon er forankret i en forståelse av sykepleie og kunnskap. Denne forankringen artikuleres imidlertid ikke. Dette er belyst i denne oppgavens kapittel 2. I oppgavens kapittel 4 presenteres en analyse av mine intervju med seks sykepleiere som bruker elektronisk dokumentasjon i sin praksis. Gjennom den tematiske analysen blir disse sykepleiernes forståelse av dokumentasjon, sykepleie og egen praksis synliggjort.

I intervjuene som ligger til grunn for denne oppgaven ble det ikke brukt begrep av typen *kunnskapsformer* eller *kunnskapstradisjoner*. Dette kan kanskje synes paradoksalt i et arbeid med et tema der *kunnskap* er nøkkelord. Det var imidlertid et bevisst valg fra min side å unngå å bruke denne typen begrep i intervjuene. Kunnskap, kunnskapsformer og kunnskapstradisjoner er alle teoretiske begrep. Jeg ønsket ikke å introdusere denne typen teoretiske begrep i samtalen med sykepleierne. Jeg ønsket heller å få innblikk i kunnskapen i sykepleiernes praksis via samtale *om praksis*. Dette har bakgrunn i et ønske om å innta et ”nedenfraperspektiv” i forståelsen av kunnskap, praksis og sykepleiedokumentasjon. I disse samtalene, som på et grunnleggende vis handlet om kunnskap, kom arbeidsdeling, effektivitet og ansvar til å bli sentrale tema. Det ble tydelig at sykepleiernes forståelse av *kunnskap*, *arbeidsdeling* og *ansvar* var tett forbundet med hverandre.

Jeg starter denne drøftingen med å etablere en treenighet bestående av elektronisk sykepleiedokumentasjon, primærsykepleie og ”stille rapport”. Jeg vil i det følgende knytte denne treenigheten til forståelser av kunnskap, effektivitet og ansvar i et sykepleiefellesskap.

Jeg har i dette arbeidet vært nødt til å foreta noen valg. Dette innebærer at enkelte tema som blir presentert i den tematiske analysen ikke tas med inn i den videre drøftingen. Trusselen om

nedskjæringer er et slikt tema. Dette betyr ikke at jeg ikke anser dette som viktig. Jeg vil imidlertid ikke spekulere i sammenhengen mellom denne trusselen og sykepleiernes erfaringer knyttet til det nye dokumentasjonsverktøyet i praksis. De angivelige forskjellene i sykepleiernes og hjelpepleiernes dokumentasjon er et annet område jeg lar ligge uberørt i den videre drøftingen. Det samme gjelder sykepleiernes økte bruk av legenes dokumentasjon, og det at sykepleiedokumentasjonen brukes mindre i fora som previsitt og visitt etter overgangen til ESD. Jeg erkjenner at jeg gjennom å legge disse temaene til side kan gå glipp av viktige innfallsvinkler til oppgavens hovedtema. Av hensyn til omfanget av drøftingen har jeg likevel vært nødt til å gjøre dette valget.

5.1. Oppstykkningen av den syke.

Gjennom den tematiske analysen kommer det frem at overgangen til ESD har ført til forandringer i sykepleiedokumentasjonen knyttet til den enkelte pasient. De viktigste forandringene er etter mitt skjønn:

- Presentasjon av pasienten gjennom bruk av funksjonsområder.
- Fjerning av informasjon ved hjelp av ”delete” – funksjonen.
- Fortløpende dokumentasjon av enkelthendelser.
- Lagring av rapporter som enkeltdokumenter.

Disse forandringene har jeg valgt å omtale som *oppstykkningen av den syke*. I det følgende vil det gjøres rede for hva jeg legger i det.

Det nye dokumentasjonsverktøyet legger til rette for bruk av *strukturert ikke – kodet tekst*. I de daglige rapportene presenteres pasientene ved hjelp av såkalte *funksjonsområder* inspirert av VIPS - modellen. Sykepleierne skriver sine rapporter under overskrifter som ”sirkulasjon”, ”respirasjon”, ”ernæring” og så videre. Inndelingen i funksjonsområder er i seg selv ikke noe nytt som har kommet med ESD, men sykepleierne forteller at inndelingen brukes mer nå enn tidligere. Mens funksjonsområdene tidligere ble presentert i vilkårlig rekkefølge, alt etter hvordan dagen forløp, muliggjør informasjonsteknologien derimot en ryddig og oversiktlig fremstilling av pasientens funksjonsområder. Bruken av funksjonsområder skaper orden og

systematikk i fremstillingen – en orden og systematikk som ikke nødvendigvis eksisterer i det virkelige liv.

Dokumentasjon i sykepleie handler om ”produksjon av skriftlige tekster om et praktisk arbeid, et handlingsfelt” (Hamran 1996: 45). Når levende, bevegelig praksis skal dokumenteres vil det alltid innebære en abstraksjon. Det ligger i sakens natur at man ikke kan skrive ned absolutt alt, så dokumentasjon innebærer i praksis alltid valg. Pasientens tilstand og sykepleien som ytes er i kontinuerlig bevegelse. Dokumentasjon vil alltid være et ”stillbilde”. Språket som brukes, og måten det brukes på, vil imidlertid ha betydning for hvor ”stille” bildet blir. Thornquist sier at skriften ”fikserer uttrykket” (Thornquist 1998: 217), og hun peker på at nedtegning skaper en tendens til at fenomener blir oppfattet som mer stabile enn det de faktisk er. Hamran sier det slik:

Situasjoner er ikke statiske. Vurderingen må ikke fremstå som avsluttet – lukket eller objektiv. For å kunne formidle ansvar – overføre ansvar – være på vakt i dobbel forstand, må ikke situasjonen lukkes, - beskrives i statiske termer som definerer en lukket og avsluttet tilstand (Hamran 1992: 81).

En fremstilling av situasjoner basert på begreper og systemer som er bestemt på forhånd kan føre til en tillukking av situasjonene. Selv om funksjonsområdene delvis utgår fra naturlige prosesser som for eksempel respirasjon, sirkulasjon og eliminasjon er inndelingen like fullt menneskeskapt. Funksjonsområdene er konstruksjoner, men fremstår som ”naturgitte” og objektive, og dermed av allmenn gyldighet. Dette kan føre til at det blir funksjonsområdene, og ikke situasjonene som styrer hva som skrives ned. En sykepleier uttrykte dette slik: ”Vi prøver jo å få noe ned på de punktene som det er noe å få ned på.” (1) Man kan forledes til å tro at alt som skal dokumenteres kan sorteres under et av funksjonsområdene, og at ting som ikke hører hjemme under noen av overskriftene dermed ikke skal dokumenteres. Det som utelates blir det vi tidligere har sett Molander omtale som ”det som inte har fått röst eller tillåtits få röst” (Molander 1996: 44). De tause områdene i sykepleien blir på denne måten enda tausere. Hvis man, som NSF's veileder, hevder at ikke dokumentert sykepleie er likestilt med ikke utført sykepleie, får dette alvorlige konsekvenser for videre forståelse av sykepleie. Man har skapt en nedadgående spiral, eller det Sæther omtaler som en ”reduksjonistisk sirkel” (Sæther 1989). Ting utelates fra dokumentasjonen fordi de ikke er i tråd med dokumentasjonsverktøyets begrepsapparat, noe som gjør at begrepsapparatet ikke forandres gjennom påvirkning fra den virkeligheten det er ment å dokumentere. Dette er for så vidt helt

i tråd med ordbokens definisjon av dokumentasjon, som fremlegging av dokumenter til understøttelse av en oppfatning. Dokumentasjon forstått på denne måten kan imidlertid ha begrenset verdi når det gjelder å ”hver Dag samle nye Erfaringer for sit Kald”, som Nissen uttrykte det. Dette kan få alvorlige konsekvenser for utviklingen av ny kunnskap i sykepleien. Enda alvorligere er det hvis funksjonsområdene blir styrende for hva som blir lagt merke til ved pasienten. Man kan da komme til å se med det Martinsen kaller ”tvilens øye” (Martinsen 2000a: 33). Tvilens øye tror ikke på det som det ser, hvis dette ikke passer inn i kategoriene som er bestemt på forhånd.

Gjennom bruken av funksjonsområder skaper man en orden og en systematikk i det som dokumenteres, som ikke nødvendigvis eksisterer i den virkeligheten dokumentasjonen er ment å avspeile. ESD – verktøyets systematisering av virkeligheten forsterkes ytterligere av muligheten som ligger i verktøyet til å fjerne informasjon som ikke lenger ”gjelder”. Mens man tidligere måtte sette en strek over ting som var skrevet i dokumentasjonen, eller skrive kontrabeskjeder, kan man nå ifølge sykepleierne bare ”gå inn og rette”. (2) Ved hjelp av ”delete” – funksjonen slettes alle spor som kan tyde på at det på veien frem mot det endelige dokumentet har vært tatt avstikkere og blindveier. Dette kan sammen med bruken av funksjonsområder bidra til at det skapes et inntrykk av en orden som kanskje ikke er der i virkeligheten. I pleien går man kanskje litt frem og tilbake, man vurderer å gjøre noe, men så skjer det noe som gjør at ting blir annerledes enn man først tenkte seg. Dette henger sammen med at pasientens tilstand ikke er statisk, men i kontinuerlig forandring. Vi har sett Jervell, i sin lærebok, ta høyde for nettopp dette i sin omtale av nattsøsters rapport: ”Rapporterer hun for eksempel at en pasient som var oppført til en større operasjon, har hostet om natten, vil det sannsynligvis medføre at operasjonen utsettes” (Jervell 1941: 87). En sykepleier sier følgende om den papirbaserte dokumentasjonen: ”... så kunne vi skrive litt om ernæring og så kom det litt om mobilisering, og så kom det litt nytt om ernæring”. (3) Man kan velge å forstå dette som en ”rotete” dokumentasjonspraksis. En annen måte å forstå dette på er imidlertid at dokumentasjonen har fått sin form fordi det er slik virkeligheten er – pasienten må kanskje få litt å spise før han kan hjelpes opp av sengen for så å innta måltidet oppe i stol. Det er kanskje det Martinsen kaller *refleksjon i handling og på – stedet - eksperimentering*³⁷ som kommer til syne i en slik dokumentasjon.

³⁷ Martinsen 1990a: 69. Se avsnitt 2.2.3.

Sykepleierne beskriver en ny måte å bruke dokumentasjonsverktøyet på etter overgangen til ESD. Flere forteller at de starter dagen ved PCen, med å opprette et dokument på hver av pasientene de har ansvar for den dagen. For hver gang i løpet av dagen sykepleierne, etter eget utsagn, *gjør noe* hos pasientene logger de seg inn i det aktuelle dokumentet, og skriver hva de har gjort. Dette er en praksis som kan medføre større nøyaktighet i det som dokumenteres i den forstand at færre detaljer går i glemmeboken – målinger og enkeltobservasjoner nedtegnes i ESD før de glemmes. Hvis man, slik det gjøres i NSF's veileder, legger til grunn at ikke dokumentert sykepleie er likestilt med ikke utført sykepleie, blir det viktig at alt nedtegnes i ESD. Det er trolig dette som er bakgrunn for det en av sykepleierne omtalte som ”å dokumentere for å ha ryggen fri”. (3) Denne måten å dokumentere på medfører en sterk vektlegging av sykepleiens handlingsaspekt. Handlingene kan imidlertid komme til å fremstå som enkelttiltak uten sammenheng. Det er en viss fare for at denne dokumentasjonspraksisen kan føre til at vurderingene som ligger til grunn for tiltakene forsvinner fra dokumentasjonen. Dette er en dokumentasjonspraksis som har blikket vendt bakover – man dokumenterer det som allerede er gjort. Det sterke fokuset på tiltak, og ”dokumentasjon for å ha ryggen fri”, er tett forbundet med en bestemt forståelse av ansvar – noe jeg vil vende tilbake til senere i oppgaven.

Eriksen bruker begrepet *vertikal stabling* for å beskrive noen av informasjonsteknologiens utilsiktede bivirkninger (Eriksen 2001). Han hevder at informasjonsteknologien har medført en fragmentering, oppstyking av tiden i stadig mindre biter, som igjen fører til at man mister den indre sammenhengen.

Uten tid til pauser og mellomrom mister man den nødvendige distanse til sine gjøremål og overblikket over situasjonen. Man drukner i detaljene og mister perspektivet (ibid.: 81).

Også før overgangen til ESD ble det skrevet en del i sykepleiedokumentasjonen i løpet av vakta. Noe av dette ble korrigert med overstrekninger eller nye beskjeder, og noe fikk stå. I tillegg satte sykepleierne seg ned på slutten av hver vakt og skrev rapport. Etter overgangen til ESD skriver fortsatt sykepleierne ned opplysninger fortløpende i løpet av vekten. Nå blir imidlertid noen av disse slettet og erstattet med nye opplysninger før det endelige dokumentet godkjennes og lagres på slutten av vekten. Kanskje mister man noe av sammenhengen mellom enkeltopplysningene gjennom den nye dokumentasjonspraksisen. Det er ikke opp til meg å vurdere om så er tilfelle, all den tid jeg ikke har studert rapportene selv. Det er

imidlertid på sin plass å peke på at den nye dokumentasjonspraksisen kan medføre endringer i innholdet ved at ettertanken får mindre spillerom. Molander sier:

Det reflekterade skall träda fram i den reflekterandes medvetande. Reflektion förutsätter överblick, ett relativt lugn utan omedelbar handlingspress... Det som kommer fram i reflektion skall inte tvingas fram: det reflekterade skall komma fram så att säga av sig självt (Molander 1996: 144).

En dokumentasjon bestående av vertikalt stablede handlinger gir ikke ro uten handlingspress slik at det reflekterte kan tre frem.

I ESD – verktøyet lagres rapportene fra hver enkelt vakt i egne dokumenter, som må åpnes for å kunne leses. Sykepleierne forteller at dette har gjort det vanskeligere ”å skaffe seg et bilde av pasienten”. ”... det var litt enklere å få en rask oversikt over pasienten tidligere, ved at vi fortløpende kunne lese oss tilbake i den håndskrevne rapporten. Mens nå må vi klikke oss inn på nytt dokument hver gang.” (3) For leseren oppleves hver rapport som et eget kapittel, noe som ifølge sykepleierne gjør det vanskeligere å få et sammenhengende bilde av pasientens forløp gjennom sykepleiedokumentasjonen. Lagringen av daglige rapporter som enkeltdokumenter kan også være av betydning for den som skriver. Christensen (1999) finner i sin studie av hjemmebasert omsorg at pleierne får en opplevelse av å ”gjøre seg ferdig” med arbeidet ved å rapportere til datamaskinene. Christensen viser også til Lie, som i en studie av datamaskinbruk hos sosialrådgivere knyttet denne opplevelsen av ferdiggjøring til datamaskinenes evne til å få klientenes kaotiske situasjon til å fremstå som orden (ibid.).

5.2. Oppstykkning av den syke eller systematisk, nøyaktig og oversiktlig dokumentasjon?

Et spørsmål om kunnskapssyn.

La meg nå stoppe opp og oppsummere hva jeg så langt har sagt om sykepleiernes erfaringer med nytt dokumentasjonsverktøy og ny dokumentasjonspraksis. For det første gjør oppdelingen av pasienten i funksjonsområder at han fremstår som oversiktlig og forståelig. For det andre gjør en dokumentasjonspraksis med nedtegning av enkelthandlinger at pleien fremstår som atskilte oppgaver. Handlingene kan slik fremstå som tiltak rettet mot de problemene pasienten måtte ha innenfor de enkelte funksjonsområdene. Resultatet er en dokumentasjon der pleien fremstår som *instrumentell handling*. Hamran viser til Dorothy

Smith som omtaler dokumentasjon som en sosial *konstruksjon*. ”Pleien konstrueres som enkeltstående deler. Den vises frem som oppgaver som er avgrensbare og oppstykkbare, som kan kvantifiseres og standardiseres” (Hamran 1996: 45).

Elstad sier om instrumentell handling at den

(...) er systematisk innretta på eit avgrensa mål for enden av handlinga. Handlinga blir vellykka dersom ho er det rette midlet til å nå målet. (...) Handlinga er altså eit instrument. Og ho er avgrensa med ei klår byrjing og slutt: Planen i den eine enden, målet i den andre. Kjerna i denne handlinga er årsakslova, samanhengen mellom årsak og verknad (Elstad 1995: 139).

Jeg har tidligere vist at denne forståelsen av sykepleie er representert blant annet i NSF's veileder. Her hevdes det at sykepleiedokumentasjonen skal synliggjøre sammenhengen mellom ”observasjoner, vurderinger, tiltak og resultater”³⁸ Mitchell representerer i sin lærebok samme forståelse når hun hevder at den problemorienterte rapport skal gjøre det ”lettere å vurdere om behandlingen og sykepleien er effektiv”³⁹. Sykdom blir her forstått som noe det kan iverksettes tiltak mot, og enten er tiltakene effektive eller så er de ikke det. Gjennom sykepleiedokumentasjonen synliggjøres sammenhengen mellom årsak og virkning, handling og effekt. I NSF's veileder heter det:

Diagnostisering er en prosess som innebærer analyse og prioritering av innsamlede data. Både *bilmekanikere, urmakere, bedriftsledere og andre som jobber med problemløsende prosesser* stiller diagnoser for å sette inn de riktige tiltakene (NSF 2002: 21, min utheving).

Med forbehold, grunnet lite erfaring på området, våger jeg å påstå at biler og ur bare kan fungere på helt bestemte måter, etter på forhånd definerte mekanismer. En lokalisering av feilen i bilen eller uret kan derfor skje på bakgrunn av ”symptomene” de oppviser, og en utbedring av feilen vil med nødvendighet medføre at de aktuelle symptomene forsvinner. NSF ser ut til å tenke om den syke menneskekroppen på samme måte. Dette kommer til uttrykk når det hevdes at:

En sykepleiediagnose må bygge på spesifikke kjennetegn som er dokumentert gjennom forskning eller erfaringsbasert kunnskap. De *data* man bygger sin sykepleiediagnose på, skal nedtegnes i journalen, slik at en annen sykepleier som leser journalen skal kunne komme fram til *samme diagnose* (ibid.: 22, mine uthevinger).

³⁸ Tidligere sitert i avsnitt 2.1.1.

³⁹ Tidligere sitert i avsnitt 2.1.2.4.

Sitatet fra NSF's veileder synliggjør kunnskapssynet som ligger til grunn for den moderne forståelsen av sykepleiedokumentasjon. For det første hevdes det at en sykepleiediagnose må bygge på "spesifikke kjennetegn". Pasienten må altså uttrykke sin lidelse på en måte som stemmer overens med det man på forhånd har bestemt er den riktige måten å uttrykke seg på. Det hevdes videre at dataene som danner grunnlag for diagnosen må være basert på "forskning eller erfaringsbasert kunnskap". Disse dataene må for det første være av en slik art at de kan nedtegnes i pasientens journal – eller sagt med Johannessen (2000) må det være mulig å uttrykke denne kunnskapen i språklig form slik at den kan inngå i tekstlig sammenheng. Med utgangspunkt i drøftingen av kunnskap i kapittel 2 er det allerede her grunn til å stoppe opp. NSF forutsetter at erfaringsbasert kunnskap lar seg nedtegne som data, en posisjon drøftingen av *taus kunnskap* har synliggjort det problematiske ved. For det andre hevdes det at gjennom tilgang til disse dataene skal andre sykepleiere komme frem til samme diagnose. Dataene må med andre ord være *det som ikke kan være annerledes*. Det jeg i avsnitt 2.2.2. viser omtalt som *episteme* av Aristoteles og *påstandskunnskap* av Johannessen og Josefson.

Sykepleiernes beskrivelser av den nye måten å dokumentere på etter innføringen av ESD, noe jeg har omtalt som *oppstykkningen av den syke*, er etter mitt skjønn i tråd med idealene for dokumentasjon vi tidligere har sett representert i nyere lærebøker, statlige handlingsplaner, veileder fra fagorganisasjon og så videre – idealer som i stor grad vokser ut av sykepleieprosesstenkingen og et kunnskapssyn som hører hjemme i det Molander omtaler som *den vestlige teoretiske kunnskapstradisjon*.

De kunnskapstyper som ligger utenfor datamaskinenes rekkevidde, står imidlertid i fare for å bli oversett, usynliggjort og glemt. Det som fins lagret i maskinen, får status som viktig, mens kunnskap og erfaring som ikke er verbalisert og ikke lagret, kan få status som ikke – eksisterende. I tillegg har elektronisk informasjon i seg selv autoritet og prestisje. (Thornquist 1998: 230).

De sidene ved sykepleien som ikke kan stykkes opp og lagres elektronisk kan komme til å bli oversett eller avvist som irrelevant. Dette er sider ved sykepleien som må formidles på andre måter enn gjennom en dokumentasjon som "stykker opp" den syke. For, som en av sykepleierne sier: "Det er jo ikke alt som er så lett å skrive. ... Noe bare vet du!" (3) For å belyse "dette som ikke er så lett å skrive" sin plass i sykepleiepraksis blir det nødvendig å se på de to andre delene av treenigheten, nemlig organiseringen av pleiegruppen og den muntlige rapporten. Disse to delene av treenigheten gjennomgår i Avdelingen endringer som kan settes

i sammenheng med overgangen til nytt dokumentasjonsverktøy. Dette er endringene jeg kaller *oppstykkningen av pleiefellesskapet*.

5.3. Oppstykkningen av pleiefellesskapet.

Er vi to, så er vi mer enn dobbelt så mange. På alle vis. Både når det gjelder fysikk, faglig, når det gjelder alt! (6)

På denne måten uttrykker en av sykepleierne i Avdelingen sin forståelse av kjernen i det som tidligere er omtalt som sykepleiens *arbeidsformer*, eller fagets struktur. Jeg skal i det følgende vise til to viktige forandringer i avdelingens arbeidsformer, nemlig:

- overgangen fra gruppesykepleie til *primærsykepleie*
- overgangen fra muntlig rapport til *stille rapport*

Dette er forandringer knyttet til måten pleierne jobber sammen, fordeler arbeidet og gir hverandre avløsning på. Disse forandringene utgjør viktige deler av ”Prosjektet”. ”Prosjektet” starter ett år etter overgangen til ESD, og er således ikke direkte knyttet til endringen i dokumentasjonsverktøy. Hamran hevder at moderne teknologi ikke bare er ”et nøytralt arbeidsredskap som kan gjøre arbeidet mer rasjonelt. Det fører med seg nye organisasjonsformer – nye rutiner” (Hamran 1991: 62). Dette kan handle om noe så enkelt som at:

Sykepleiedokumentasjonen var i en perm, og alle kurvene var i en annen perm. Da kunne vi ikke sitte på hver vår plass, ikke sant. (3)

Forandringene i dokumentasjonsverktøy og arbeidsformer er imidlertid også forbundet med hverandre på en mer grunnleggende og mindre åpenbar måte – gjennom et felles kunnskapsgrunnlag.

Først en liten oppfrisking av minnet: Før ”Prosjektet” var pleierne i avdelingen organisert i grupper. Gruppene besto ofte av to sykepleiere og en hjelpepleier. Hver pleiegruppe hadde sammen ansvaret for en gruppe pasienter. En sykepleier fungerte som gruppeleder, og hadde dermed ansvar for å gå previsitt og visitt, samt å dele ut medisiner til pasientene. De øvrige to ”var ute i avdelinga og tok stellet”. (2) Denne organisasjonsformen, kalt gruppesykepleie, blir altså gjennom ”Prosjektet” erstattet med det sykepleierne kaller primærsykepleie. Nå har hver

sykepleier et mindre antall pasienter, og da har de ”Alt! Alt med de pasientene.” (3) Sykepleierne skal ”være ute i avdelinga og ta stellet”, og de skal gå previsitt og visitt, sørge for medisiner og gjøre diverse papirarbeid. Sykepleierne sier at den nye organiseringen av pleiarbeidet har ført til mindre ”trykk” (4) i den forstand at det er færre pasienter å holde rede på. ”Prosjektet” medfører også endringer i den muntlige rapporten. Tidligere startet alle vakter med en muntlig rapport i fellesskap, før gruppene gikk hver til sitt for å fordele arbeidet. Den nye rapporten innebærer bare navn og diagnose på pasientene, før hver pleier setter seg foran hver sin dataskjerm og leser om ”sine” pasienter. Sykepleierne mener at den nye rapportformen gjør at de kommer fortere ut til pasientene enn de gjorde tidligere.

”Prosjektet” er tenkt å medføre en effektivisering av arbeidsdagen i den forstand at pleierne gjennom primærsykepleien får ansvar for et begrenset antall pasienter, og gjennom ”Stille rapport” fokuserer på sine egne pasienter. Dermed sløser de ikke bort tid på å få kunnskap om pasienter de ikke har ansvar for. Bruk av ord som ”korthus” og ”ensomhet” tyder imidlertid på at sykepleiernes oppfatning av virkeligheten er noe mer nyansert. Jeg skal i det følgende sette dette i sammenheng med primærsykepleiens og den stille rapportens inndeling av avdelingen i enheter bestående av ”sykepleier med sine pasienter”.

Arbeidsformer som innebærer skarp inndeling av pleiegruppen forutsetter at kunnskap er noe entydig og gitt, som lett kan overføres mellom sykepleierne. ESD, med sin systematikk og nøyaktighet skulle være det perfekte hjelpemiddel i så henseende. Jeg har imidlertid vist at det er enkelte sider av sykepleiens kunnskap som bedre enn andre egner seg til å stykkes opp og lagres elektronisk, nærmere bestemt *påstandskunnskapen* eller *det som ikke kan være annerledes*. De nye arbeidsformene som innføres med ”Prosjektet” er en hemsko for utveksling og utvikling av kunnskap som det er vanskelig å ”verbalisere og lagre”. Den stille rapporten kan ikke formidle *det som kan være annerledes*, det usikre, det som må vurderes. Dette kommer til uttrykk i utsagn av typen: ”Man er mer alene. Man føler at tipsene blir borte. Vurderingssamtalene – hvordan skal jeg løse det her?” (4) Primærsykepleien blir et hinder for ”å lære *skjønnets faglighet* i levende, kliniske sammenhenger”⁴⁰, noe en av sykepleierne uttrykker på følgende måte: ”Når vi jobber i team så får du med deg det de andre gjør. Vi jobber sammen. Det jeg ikke kan, det kan du.” (6)

⁴⁰ Det henspiles her på sitat av Martinsen (1993: 141) i avsnitt 2.2.3.

Primærpsykepleie er i følge Digernes et middel for å oppnå *helhetlig omsorg* (Digernes 1987). I dette legger hun at ”hver pleiegiver utfører den totale pleie, det vil si utfører alle aktuelle sykepleieaktiviteter til de tildelte pasienter og deres pårørende i det tidsrom man er på vakt” (ibid.: 17). Det kan synes som om ”alle aktuelle sykepleieaktiviteter” er en gitt størrelse. Den sterke betoningen av sykepleiens handlingsaspekt videreføres i omtalen av *konsistens* i sykepleien, noe som innebærer

at den sykepleien som pasientens primærpsykepleier har planlagt, kan følges opp fra skift til skift nøyaktig slik den er bestemt. ... Pleieplanen blir derfor et viktig kommunikasjonsredskap mellom sykepleierne. I pleieplanen nedskrives sykepleieforordningene så nøyaktig som mulig, slik at andre kan følge opp tiltakene på en konsekvent måte (ibid.: 18).

Sykepleie betraktes altså som noe som planlegges i forkant av situasjonene. Den som tenker ut pleien er ikke nødvendigvis den samme som utfører ”tiltakene”. Primærpsykepleien forutsetter med andre ord et skille mellom tenkning og handling, mellom planlegging og utførelse. Jeg har tidligere vist at et slikt skille er implisitt i Mitchell og Andersen sine lærebøker. ESD skulle i så henseende være et godt egnet hjelpemiddel i primærpsykepleien hvis dokumentasjonsverktøyet brukes slik som beskrevet på en systemleverandørs hjemmesider, av ”en sykepleier (som) sitter ved skjermen og planlegger pleien til en pasient...”⁴¹. Primærpsykepleien fordrer pleieplaner, noe en av sykepleierne i Avdelingen også uttrykker: ”Jeg blir alene. Og da, for å kunne formidle en del ting pleiemessig, tror jeg dette med pleieplan kommer inn.” (6)

Pleieplanens skille mellom planlegging og utføring har, som påpekt i kapittel 2, sitt opphav i et bestemt kunnskapssyn. Pleieplanen er pr. definisjon en overføring av kunnskap ”på tvers av tid og rom”. For at kunnskapen skal kunne overføres på tvers av tid og rom må det være en kunnskap

vunnet ut fra begrepslig forståelse ... Der er ordene satt fast i begrepssystemer og har en avgrenset og fastlagt betydning. ... Vi uttaler oss om situasjonen på avstand, uten å være med i den. ... Vi forenkler situasjonen, *tar den fra hverandre og setter den sammen igjen* (Martinsen 1993: 142, min utheving).

Det Martinsen kaller å ”forenkle situasjonen” gjennom å ta den fra hverandre og sette den sammen igjen, minner om det som i forrige kapittel ble omtalt som oppstyking av den syke

⁴¹ Tidligere referert i avsnitt 2.2.3.

og vertikal stabling. Det gir videre assosiasjoner til vitenskapens analytisk – syntetiske metode. Pleieplanen formidler *det som ikke kan være annerledes*, påstandskunnskapen. Den egner seg derfor godt til å formidle det Dreyfus – brødrene omtaler som *rasjonelle handlinger*, handlinger som styres av abstrakte regler som lar seg artikulere. *Arasjonelle handlinger*, handlinger som ikke styres av artikulerbare regler, vil det derimot være vanskeligere å si noe om i pleieplanen.

Ideen om at helhetlig omsorg handler om at ting blir gjort ”nøyaktig slik som bestemt” forutsetter at pasientens sykeleie er forutsigbart – at sykepleieren på forhånd vet hva som er til pasientens beste. Slik er det imidlertid ikke, for ”(e)n pasient kan være stabil, men så blir han plutselig ustabil” (4), som en av sykepleierne i Avdelingen uttrykte det. Elstad sier at plagene er ”i rørle” (Elstad 1995: 101). Hun sier videre at mens ”begrepet er avgrensa, er pasienten si sjukehistorie open” (ibid.: 102). Pleieplanen, gjennom sin oppstyking av den syke og forhåndsplanlegging av pleien, lukker til snarere enn å åpne opp for en sykepleie rettet inn mot pasientens plager.

”Stille rapport” hviler etter mitt skjønn på følgende forutsetning: Alt man trenger å vite om en pasient kan formidles skriftlig i sykepleiedokumentasjonen. Denne forutsetningen må igjen deles i to. For det første må det være mulig å artikulere alt som må formidles skriftlig. For det andre må det være mulig å få vite det man trenger om pasienten gjennom å lese sykepleiedokumentasjonen. Det forutsettes med andre ord at det som skrives er det som leses – det som dokumenteres *kan ikke være annerledes*. ”Stille rapport” forutsetter således på et grunnleggende vis at det eksisterer en sannhet om den syke. Denne sannheten må den dokumenterende sykepleier nedtegne. Sannheten må videre være av en slik natur at den er uavhengig av hvilken sykepleier som nedtegner den, eller som Andersen sier ”de opplysningene som blir nedtegnet, skal være nøytrale og ikke bære preg av subjektive tolkninger hos sykepleieren” (Andersen 1995: 52). Sannheten må videre la seg nedtegne på en slik måte at den er fattbar for enhver annen sykepleier som måtte lese det som er skrevet. Forutsetningen for ”stille rapport” er altså en sykepleiedokumentasjon bestående av entydig og objektiv informasjon. Denne forståelsen av sykepleiedokumentasjonen er representert for eksempel i Andersens krav til ”systematisk, oversiktlig, nøyaktig, presis og objektiv” dokumentasjon som inneholder ”nødvendige og tilstrekkelige data” (ibid.: 50). Det er imidlertid ikke sikkert at ”stille rapport” er ”nødvendig og tilstrekkelig”, noe utsagn om at det er ”ting som er mye lettere å formidle muntlig enn skriftlig” (6) kan tyde på. Omtalen av ESD

som ”det store intet” (3) tyder også på at det ikke er et en – til – en – forhold mellom det som skrives og det som leses.

La meg stoppe opp et øyeblikk og oppsummere. Primærsykepleie og ”stille rapport” hviler på følgende forutsetninger:

- all nødvendig kunnskap må kunne artikuleres verbalt, gjøres skriftlig
- kunnskapen må kunne overføres fra en person til en annen, på tvers av tid og rom
- kunnskapen må være av en slik art at den ikke kan misforstås – det må være kunnskap *som ikke kan være annerledes*

Det er tilsynelatende en felles kunnskap som overføres ved hjelp av ESD i den ”stille rapporten”. Det at den ikke kan være annerledes gjør at den fremstår som noe kollektivt. Erfaring tilsier at liv, og kanskje særlig de sidene av liv som handler om sykdom, er uforutsigbart. Ting kan alltid *være annerledes*. De kan i hvert fall raskt endre seg. Arbeidsformene i sykepleien må derfor være slik at pleierne blir i stand til å møte også det som ikke kan forutsis. Samarbeidet og den muntlige rapporten er tradisjonelle arbeidsformer i sykepleien som ivaretar nettopp dette. Det er arbeidsformer som ivaretar fleksibiliteten som kreves i pleien av syke. Uten disse arbeidsformene vil kunnskapen *individualiseres*. Sykepleieren som siteres innledningsvis sier ikke at man er dobbelt så mange, men *mer enn* dobbelt så mange når man er to. Til grunn for dette ligger et annet kunnskapssyn enn det som er forutsetningen for primærsykepleie, pleieplaner og ”stille rapport”. Jeg har vist at de nye arbeidsformene i Avdelingen forutsetter en kunnskap som kan stykkes opp og stables vertikalt, slik at *helheten* er summen av enkeltdelene etter modell fra vitenskapens analytisk – syntetiske metode. For denne sykepleieren er imidlertid helhet noe *mer enn* summen av enkeltdele. Å være to er mer enn dobbelt så mange ”både når det gjelder *fysikk og faglig*”. Det denne sykepleieren omtaler som ”fysikk” kan forstås som organiseringen av det praktiske arbeidet, arbeidsdelingen. Det hun omtaler som ”faglig” kan forstås som det kunnskapsmessige, som ikke kan skilles fra arbeidet og samarbeidet. Kunnskapen i sykepleiepraksis forstås av denne sykepleieren som *praktisk og kollektiv*. Hun snakker, etter mitt skjønn, om det Molander omtaler som *levende kunnskap*. Denne kunnskapen forutsetter fellesskap. Alvsvåg sier:

I et yrkesfellesskap utvikler det seg en felles forståelse for, en intersubjektiv mening om, hva som er det riktige i ulike situasjoner. Ens skjønn blir prøvd mot andres

skjønn, en gjør bruk av ”medskjønnere” for å komme fram til riktig handling. Disse medskjønnernes erfaring innleires i ens egen erfaringsbakgrunn (Alvsvåg 1993: 24).

De nye arbeidsformene i Avdelingen vanskeliggjør denne bruken av ”medskjønnere”, noe som kommer til uttrykk i følgende utsagn:

Man er mer alene. Man føler at tipsene blir borte. Vurderingssamtalene – ’hvordan skal jeg løse det her?’ (4)

Treenigheten ESD, primærsykepleie og ”stille rapport” forutsetter på et grunnleggende vis en kunnskap som *ikke kan være annerledes*, mens medskjønn handler om det som er usikkert og i forandring. Elstad sier:

Både i sansinga og rådslåinga viser altså pleien denne opne strukturen. Ein har å gjere med det som er usikkert og i forandring, og snakkar ikkje som om ein veit kva som vil hende på neste vakt. Men derimot er ein avhengig av å samrå seg med ein annan heile tida. Det er eit hav mellom ei slik open rådspørjing og ei førehandsplanlegging av pleien ut fra formulerte problem eller sjukepleiediagnostikk (Elstad 1995: 104f).

Det er i arbeidsformene muligheten til ”å samrå seg med ein annan heile tida” ligger.

I kapittel 2 munnet belysningen av begrepet *taus kunnskap* ut i en erkjennelse av at begrepet kan forstås på flere måter, som alle kan gi innsikt i sykepleiepraksis. Jeg har allerede vist at forsøk på å beskrive den syke gjennom funksjonsområder medfører en fare for at det som ikke lar seg sortere blir utelatt fra dokumentasjonen. Det er dette Molander omtaler som ”det som inte har fått röst eller tillåtits få röst”. Den minst kontroversielle forståelsen av *taus kunnskap* er det Molander omtaler som *det taust forutsatte*, det Grimen kaller *tesen om epistemologisk regionalisme*. Det taust forutsatte er det vi bare er indirekte bevisst på, i og med at vår oppmerksomhet er rettet mot noe annet. Dette er ikke taust i den forstand at det er prinsipielt uartikulerbart – det er bare ikke mulig å artikulere all kunnskap samtidig. Dette minner også om Dreyfus forståelse av ekspertens kunnskap. Denne kan det være vanskelig å formulere i ord og regler, men en artikulering av kunnskapen er mulig hvis eksperten skulle støte på problemer. Den mest radikale forståelsen av *taus kunnskap* er den som hevder at det finnes ting som ikke lar seg artikulere verbalt. En slik kunnskap må dermed utveksles og utvikles på andre måter enn den språklige.

De tradisjonelle arbeidsformene i sykepleien gjør utvikling og utveksling av det taust forutsatte og det uartikulerbare mulig. I den muntlige rapporten er det rom for ”det som er

mye lettere å formidle muntlig enn skriftlig”. (6) Her forenes det spesielle og det generelle. Utgangspunktet er alltid den enkelte pasient. Teoretiske begrunnelser og regler blir satt i sammenheng gjennom å knyttes til den enkelte.

Rapporten tek for seg kvar pasient, i tur og orden. Til tider kan rapporten ha eit sterkt ”medisinsk” preg, men det er likevel *denne* pasienten si sjukehistorie, diagnose, behandling og undersøkingar som blir rapporterte. Allmenne grunngevingar frå medisinsk teori (eller frå andre fag) tek ein som regel berre med dersom nokon spør, eller til ære for elevar og studentar (Elstad 1995: 105).

De medisinske kunnskaper og begreper representerer bare en del av det som skal formidles. Det avgrensede, målbare og presise uttrykk for pasientens tilstand (...) representerer ikke den praktiske erfaringen, men kommer i tillegg (Hamran 1991: 62).

Den muntlige rapporten handler ikke om *det som ikke kan være annerledes*, men om at ting faktisk nettopp kan være, eller raskt kan bli, det. ”De vet det ikke. De kan ikke vite. Derfor holdes situasjonen åpen for oss – på rapporten” sier Hamran (ibid.: 69). Det handler om det Martinsen kaller ”å være i mulighetene, i usikkerheten, stadig for å kunne se nye sammenhenger” (Martinsen 1993: 170). Språket som skal formidle ”mulighetene” må ikke holde de fast. Martinsen sier:

Konkrete situasjoner er komplekse. (...) For å binde sammen det bevegelige og mangetydige i vår hverdag er språket stemt. Ordene karakteriseres med deres følelsestone. Språkets stemthet, som er knyttet til ordenes bevegelse, gjør at dette språket aldri faller sammen med det som skal karakteriseres. Men nettopp derved får vi *vite noe vi ikke visste*. (...) Språket er nettopp ut fra sin vidde, flertydighet og stemthet, presist” (Martinsen 1990a: 75, min utheving).

Det er det fortellende dagligspråket som er den muntlige rapportens språk. Gjennom språket i den muntlige rapporten åpnes det for den erfaring som Elstad, med henvisning til filosofen Gadamer, kaller negativ og overskridende (Elstad 1995). Man får vite noe man ikke visste. I den muntlige rapporten er sykepleierne ”blikkåpnere” for hverandre, noe en av sykepleierne tydeliggjør i følgende sitat:

Alt henger jo sammen. Men det er ikke bare å komme på alt. (4)

Jeg har tidligere vist at ESDs oppstyking av den syke kan føre til at pleierne ser med ”tvilens øye”. Den muntlige rapporten gjør det mulig å ”se med hjertets øye” (Martinsen 2000a) fordi pleierne gjennom foreningen av kunnskapen om den enkelte pasient og fagets regler og teorier

blir i stand til å "se mennesket og pasienten i en og samme person" (ibid.: 41). Språket i den muntlige rapporten åpner opp for en ny forståelse av den syke. "Stille rapport" kan ikke erstatte den muntlige rapporten, blant annet på grunn av at den stille rapportens språk er et annet enn den muntlige rapportens, noe en av sykepleierne synliggjør slik:

Man passer jo på hvordan man skriver når man skriver i et dokument som tilhører pasienten, og som andre skal lese. Dagligdags språk, det synes jeg ikke... Det bruker jeg ikke. (2)

Hamran sier at arbeidet krever "bestemte typer organisering for at læring og overføring av kunnskap skal komme i stand" (Hamran 1993: 103). Dette henger sammen med at kunnskapen er av en slik art at den best overføres "i fysisk nærvær av de fenomener de er viten om" (l.c.). Det handler om det Molander kaller *levende kunnskap* og Martinsen kaller *refleksjon i handling*. "Prosjektet" vanskeliggjør, gjennom innføringen av primærpsykepleie, utvikling og utveksling av levende kunnskap, noe en av sykepleierne uttrykte på følgende måte: "Vi jobber sammen. Det jeg ikke kan, det kan du. Men når du jobber alene må du selv gå ut og søke hjelp." (6) "Stille rapport" kan ikke erstatte det å gå sammen med en annen pleier i arbeidet fordi den stille rapporten formidler en annen type kunnskap enn den som kan formidles *i handling*. "Stille rapport" forutsetter et skille mellom tenking og handling, mens det Molander omtaler som *kunnskap – i – handling* nettopp kjennetegnes ved at den ikke kan "lös göras från det handlande subjektet" (Molander 1996: 243). Den tette forbindelsen mellom kunnskap og handling betyr ikke at det er umulig å reflektere over handlingene i ettertid. Refleksjon over handling må imidlertid skje i et språk som er åpent for det som er i forandring. Det er det fortellende dagligspråket, det som er den muntlige rapportens språk.

Den tause kunnskapen lever i arbeidsformene som er forlatt gjennom "Prosjektet". *Taus* betyr altså ikke at kunnskapen ikke kan deles, men "den lar seg kort sagt ikke lære, eller forstå, gjennom ord *åleine*" (Elstad 1995: 106, min utheving). Kunnskapen er tett knyttet til handling, og er dermed personlig. Den er imidlertid ikke med det sagt individuell. Den deles i en felles praksis, og er således kollektiv eller intersubjektiv.

5.4. Oppstyking av pleiefellesskapet eller effektivisering? Et spørsmål om hvordan man forstår effektivitet.

Vi kan jobben, vi jobber godt i lag. (6)

Treenigheten ESD, primærsykepleie og ”stille rapport” medfører oppstyking, både av den syke og av pleiefellesskapet. Denne oppstykingen kan forstås som effektivisering. Gjennom *oppstykingen av den syke* i funksjonsområder og sykepleiehandlinger tenker man at sykepleien gjøres mer ”synlig” i den forstand at sammenhengen mellom årsak og virkning blir artikulert. Det blir synlig om sykepleien er *effektiv*, slik dette forstås av for eksempel Mitchell og Andersen. Jeg har tidligere vist at slike ”effektbeskrivelser” og ”evaluering av sykepleietiltak” i sykepleiedokumentasjonen etterlyses fra flere hold (Stokke 1999, Stokke og Kalfoss 1999, Børmark 2003, Karlsen 2004). Effektivisering gjennom *oppstykingen av pleiefellesskapet* sikrer at sykepleierne konsentrerer seg om det de skal, og ikke ”sløser” tid på å få rapport om pasienter de likevel ikke skal ha ansvaret for. Dette gir assosiasjoner til Foucaults *Overvåkning og straff* hvor ”den instrumentelle kodifisering av kroppen” belyses (Foucault 1995: 141). Gjennom eksempler fra industri, militær – og skolevesen beskriver Foucault fenomenet han omtaler som ”mikromakt”. Makt over mennesker oppnås gjennom å dele tiden inn i sekvenser. Til hver sekvens knyttes bestemte oppgaver, som skal løses på bestemte måter. I et slikt system er alle individene erstattelige – en bestemt oppgave kan utføres av hvilken som helst person. Systemet opprettholder seg selv, og eksisterer slik uavhengig av person, tid og rom – nettopp gjennom kontroll over tiden og rommet. Gjennom ESDs *oppdeling av den syke* fremstår han som noe oversiktlig, forståelig og kontrollerbart som det kan iverksettes tiltak mot. Pleien fremstår som atskilte handlinger. Satt på spissen skal disse handlingene i prinsippet kunne utføres av hvem som helst i et *oppdelt pleiefellesskap*, forutsatt at de har hatt ”stille rapport”. Hvis effektivitet forstås som oppnåelse av på forhånd definerte mål blir samarbeid og samtale, ikke bare overflødig, men en akilleshæl for effektivitet. Gjennom samarbeidet og samtalen må pleierne fokusere på pasienter de ikke har ansvaret for. Foucault snakker om ”å opprette nyttige kommunikasjonsnett og ødelegge de andre kommunikasjonslinjene” (ibid.: 132). Det kan imidlertid se ut som om det er noe i selve pleien av syke som stritter imot ”Prosjektets” oppstyking av pleiefellesskapet, noe som kommer til uttrykk i utsagn som:

Det blir helt kaos! Du må tenke på alle. Ta hensyn til alt! (2)

Etter mitt skjønn oppstår kaos fordi de nye arbeidsformene forutsetter at alt kan bestemmes i forkant – noe som ikke er mulig når det handler om pleie av syke.

I sitatet som innleder dette kapitlet knyttes det å kunne jobben til det å *jobbe godt i lag*. Å jobbe godt i lag er en annen type effektivitet enn den ytre, som handler om grad av måloppnåelse, eller om man ”gjør de rette tingene” (Hamran 1995: 40). Det handler snarere om at ”tingene blir gjort på en god måte”(ibid.: 41). Effektivitet forstått som ”å gjøre de rette tingene” forutsetter at det er mulig å definere hva som *er* ”de rette tingene”. Slik er det imidlertid, som vi allerede har sett, ikke alltid i sykepleien. Målene i pleien står ikke i ro (Elstad 1995). Hamran sier at sykdom ”er preget av usikre handlingsforløp. Arbeidsformene må derfor gi handlingsrom som er innrettet på det usikre” (Hamran 1995: 40). De nye arbeidsformene som introduseres gjennom ”Prosjektet” er i liten grad innrettet på det usikre. De forutsetter tvert imot at ting er forutsigbare. Omorganiseringen til primærsykepleie og ”stille rapport” gjør at pleierne jobber mindre *i lag*, noe som går utover *flyten i arbeidet*, for

Nå er liksom alle opptatt. ... Alle har liksom en dårlig pasient, alle har en pleiepasient.

Nå når man har delt seg inn så veldig vet man ikke hvor... Det her med å ”time” alt.

(4)

En oppstyking av pleiefellesskapet kan i sin ytterste konsekvens bli farlig, noe en sykepleier setter følgende ord på: ”Når jeg var på visitt og pasienten var dårlig. Hvem ser til pasienten så han ikke kveles av slim?” (4)

Sykepleieren som snakker om at ”to er mer enn dobbelt så mange både når det gjelder *fysikk* og *faglig*” har en forståelse av effektivitet som ikke er knyttet opp mot grad av måloppnåelse.

Hun sier:

Vi trenger ikke å snakke så mye, for ting går av seg selv. ... Den hjelpepleieren som var i døra her i sted – får jeg gå på jobb sammen med henne trenger vi nær sagt ikke mer folk. Hun kan sitt fag og jeg kan mitt fag. Og sammen er vi mer enn dobbelt så mange. (6)

Sykepleieren uttrykker her en nærmest organisk forståelse av pleiarbeidet. Effektivitet er for henne ikke et uttrykk for *hva* den enkelte pleier gjør, men *hvordan* pleierne jobber *sammen*. Sykepleiepraksis er, for denne sykepleieren, ikke summen av de enkelte sykepleiernes handlinger, men en enhet som oppstår når pleierne jobber sammen. Hun uttrykker en forståelse av effektivitet som minner om det Hamran omtaler som *flyt i arbeidet*.

Det er en arbeidsnorm, hvor samarbeid, ressurs hensyn, ansvaret for og hensynet til pasientens sikkerhet og kravet om god pleie er vevd intimt sammen (Hamran 1992: 73).

De nye arbeidsformene som introduseres gjennom "Prosjektet", i kombinasjon med det nye dokumentasjonsverktøyet, gjør pleierne dårligere rustet til å møte det som er uventet fordi de blir stående alene. I sykdom ligger alltid muligheten for at det uventede skal skje – Avdelingen blir dermed et Korthus. Flyten i arbeidet forstyrres av en treenighet som rommer en forståelse av effektivitet som måloppnåelse.

5.5. Omsorgsansvaret – det som ikke lar seg stykke opp.

Det er jo faktisk sånn at vi er *en* avdeling. Vi jobber sammen, i lag. ... Vi har alle et ansvar for de pasientene som er her. (5)

Etter mitt skjønn rommer treenigheten ESD, primærsykepleie og "stille rapport" en bestemt forståelse av ansvar. Denne er ikke nødvendigvis den samme som sykepleiernes opplevelse av ansvar for pasientene.

NSFs veileder sier følgende om sykepleiedokumentasjon:

Innholdet i dokumentasjonen skal være slik at alle med innsynsrett kan bedømme og vurdere *det sykepleiefaglige handlingsforløp, inklusive ansvarsforhold*. Dokumentasjonen må være detaljert nok til at alle som yter helsehjelp kan forstå sykepleiediagnosen og tiltakene. Sammenhengen mellom observasjoner, vurderinger, tiltak og resultater må framgå (NSF 2002:16, min utheving).

Ansvar knyttes her til sentrale begrep i sykepleieprosesstenkingen som observasjoner, tiltak og resultater. Sykepleierens ansvar skal ifølge NSF's veileder synliggjøres i en dokumentasjon som tilkjenner "hva en tar ansvar for og hvilket område en har myndighet innenfor" (l.c.). Den forståelsen av ansvar som ligger til grunn for NSF's veileder har en sterk betoning av sykepleie som instrumentell handling. Sykepleieren har ansvar for at hennes handlinger fører frem mot et på forhånd definert resultat, og at sammenhengen mellom handling og resultat synliggjøres i dokumentasjonen. Tanken bak primærsykepleie er at den enkelte sykepleier har

det formelle ansvaret for færre pasienter, men at hun til gjengjeld har et totalt ansvar for disse. Dette uttrykkes slik av en av sykepleierne: ”Jeg har tre pasienter, og da har jeg alt ... stell, visitt, medisiner, mat, rommet, tørke støv, søppel.” (2) ”Stille rapport” forsterker dette ved at den enkelte sykepleier ikke har fått rapport om andre pasienter enn de hun har det formelle ansvaret for.

Elstad viser til filosofen Hans Jonas når hun snakker om et ”handlingsansvar for gjerningar som er gjorde” (Elstad 1995: 130). Denne forståelsen av ansvar harmonerer med en forståelse av sykepleie med sterkt fokus på handlinger og resultater. Dette er en forståelse jeg har vist at for eksempel Andersen representerer når hun hevder at det er fagets begrepssystemer som peker på hva sykepleieren har plikt til å være oppmerksom på. Det samme gjelder Mitchell, som mener at sykepleieren ofte på forhånd kan si noe om resultatet av sine handlinger. Innenfor slike rammer har sykepleieren ansvar for å *handle riktig* – og riktig vil si i tråd med fagets begrepssystemer slik at resultatet av handlingene blir det som er fastsatt på forhånd. Det må være opplevelsen av et handlingsansvar, et ansvar for å handle riktig, som kommer til uttrykk når sykepleiere snakker om å ”dokumentere for å ha ryggen fri” (3) eller sier: ”Hvis det blir noen ting, så har jeg det nedtegnet. At ingen skal kunne ta meg på noen ting. ... Så ingen kan komme tilbake og si: ’Hvorfor er ikke det gjort, har dere ikke tenkt på det?’” (6)

Ansvaret i sykepleien kan imidlertid forstås på en annen måte – en forståelse en av sykepleierne uttrykker med følgende ord: ”Jeg føler jo at vi alle har et ansvar for de pasientene som er her.” (5) Elstad omtaler dette, med henvisning til Jonas, som ”ansvar for det som er å gjere” (Elstad 1995: 130). Dette er en åpen og fremoverrettet forståelse av ansvar. Sykepleieren har ansvar for pasientene, uansett hva som måtte skje. Ansvaret er ifølge Elstad ”blanco” – det er åpent. Hun viser at dette også kommer til syne i måten vi snakker om ansvar i dagligspråket. Dagligtalens ”jeg har små barn” sier noe om et omsorgsansvar som ikke kan defineres i enkelthandlinger man enten ”har gjort” eller ”har bestemt seg for å gjøre”. Ansvaret for de små gjelder i alt som måtte skje. ”... det moralske ’bør’ spring ut av barnet sitt ’er’. Og det er klart, er der eit barn, så må nokon ta ansvaret” (ibid.: 111). Det samme gjelder sykepleierens ansvar for pasientene, som ofte i dagligtalen på avdelingen kommer til uttrykk i utsagn som: ”Jeg har gruppa.” (1) Dette ansvaret er selvfølgelig knyttet til utføring av enkelthandlinger, men man kan ikke på forhånd si noe om hvilke handlinger dette er, eller hvilke resultat de vil gi. Sykepleierne vet at tilstanden til den enkelte pasient kan

forandre seg i løpet av vekten. ”En pasient kan være stabil, men så kan han bli ustabil.” (4)
Ansvaret kan derfor ikke knyttes til handlinger som defineres i forkant.

På samme måte som at pasientens tilstand er i forandring er også hele avdelingen i kontinuerlig forandring. Noen pasienter blir friskere, noen blir sykere, noen skrives ut og andre legges inn. Ansvaret for avdelingen kan derfor heller ikke defineres i forkant som ansvar for at et gitt sett handlinger blir utført. Hvis en av sykepleierne blir stående hos en pasient som blir dårlig, må de andre sykepleierne kanskje ta over de andre pasientene vedkommende sykepleier ”hadde” i utgangspunktet. Både hos den enkelte pasient og i avdelingen som et hele er det vanskelig å stykke opp virksomheten i enkelthandlinger. ”Handlingane glir inn i ein annan til ein samanhengande praksis, slik at sjølve ordet ’handling’ nesten ikkje høver lenger; for kor sluttar den og kor tek den til?” (Elstad 1995: 131). Pleierne i avdelingen har ansvar for pasientene gjennom hele døgnet, ofte i døgn etter døgn – omsorgsansvaret er *kontinuerlig*. Kontinuiteten forutsetter at omsorgsansvaret også er *kollektivt* – ansvaret for pasientene er noe pleierne har felles. Dette er en forståelse av kontinuitet som er representert i NSF’s lærebok fra 1969, der det understrekes at det ”ikke er *en* sykepleier, men en pleiegruppe som tar seg av pasienten i løpet av døgnet 24 timer”⁴². Sitatet som innleder dette kapitlet uttrykker også det kollektive og kontinuerlige omsorgsansvaret. Det kollektive og kontinuerlige omsorgsansvaret er noe annet enn det Digernes, i sin omtale av primærsykepleie, kaller *konsistens* i sykepleien. For Digernes er sykepleien ”konsistent” hvis ”den sykepleien som pasientens primærsykepleier har planlagt, følges opp fra skift til skift nøyaktig slik den er bestemt”⁴³.

I hverdagen fordeles pasienter og arbeid mellom pleierne. Denne fordelingen må imidlertid være så åpen og fleksibel at den ivaretar omsorgsansvaret. Omsorgsansvaret holdes oppe av arbeidsformene i sykepleien. Samarbeidet og den muntlige rapporten er eksempel på slike arbeidsformer. Når arbeidsformer som muliggjør *omsorgsansvar*, gjennom ”Prosjektet” erstattes av arbeidsformer preget av en forståelse av ansvar som *handlingsansvar*, oppstår en *dissonans* som av en av sykepleierne uttrykkes slik:

Jeg *har* ikke ansvar, men jeg *føler* et ansvar. Det er mennesker, syke mennesker du holder på med! (6)

⁴² Tidligere sitert i avsnitt 2.1.2.3.

⁴³ Tidligere sitert i avsnitt 5.3.

Begrunnelsen for ansvaret ligger for denne sykepleieren i at det er mennesker, *syke mennesker*, hun jobber med. Omsorgsansvaret ”finst nettopp fordi noko er dødeleg, sårbart og uvisst” (Elstad 1995: 111).

5.6. Nye rutiner - et forsøk på å samle det som er stykket opp?

Kanskje det vil bli bedre når man finner flere rutiner. (4)

Innføringen av EPJ, og dermed også ESD, har lenge vært en målsetning for helsemyndighetene (Sosial – og helsedepartementet 1996). Norsk sykepleierforbund har i stor grad bifalt dette (NSF 2002). ESD er i så måte å forstå som et system innført ”fra oven” med velsignelse fra sykepleiernes egen fagorganisasjon. Sykepleierne i Avdelingen gir også uttrykk for at ESD er noe som de bare må forholde seg til, uavhengig av hva de måtte mene om dette i utgangspunktet. ESD omtales som ”det som gjelder”. (4)

Sykepleierne forteller i intervju om opplevelsen av at informasjon som dokumenteres i ESD forsvinner i ”det store intet”. (3) I den tematiske analysen knytter jeg dette både til utformingen av dokumentasjonsverktøyet, der hver enkelt rapport lagres som egne dokument, og til opplevelsen av tidspress knyttet til det å ”gå ut i pleien”. (4) Sykepleiernes opplevelse av at viktige ting går tapt kan imidlertid også knyttes til selve treenigheten ESD, primærsykepleie og ”stille rapport”. Nytt dokumentasjonsverktøy og nye arbeidsformer fører til oppstykking, både av den syke og av pleiefellesskapet. Oppstykkingen fører til at sykepleierne opplever ”kaos” (2) – Avdelingen blir et ”Korthus” (5). Det nye dokumentasjonsverktøyet og de nye arbeidsformene evner ikke å ivareta sykepleiernes kollektive og kontinuerlige omsorgsansvar for pasientene. Jeg har omtalt mangelen på gjenklang for sykepleiernes kunnskap og omsorgsansvar i dokumentasjonsverktøy og arbeidsformer som *dissonans*. Denne dissonansen oppleves på den ene side som en belastning for sykepleierne, jamfør utsagn som ”... da blir jeg veldig ensom i jobben min” og ”man er mer alene”. (6 og 4) På den andre side er dissonansen et uttrykk for noe som er potensielt farlig for pasientene. Dette blir billedliggjort i utsagn som: ”Når jeg var på visitt og pasienten var dårlig. Hvem ser til pasienten så han ikke kveles av slim?” (4)

Sitatet som innleder dette kapitlet innebærer en bestemt forståelse av *rutiner* som det vil gjøres rede for i det følgende. Det kan se ut som om denne sykepleieren forstår rutiner som noe som kan demme opp for sideeffekter av nye dokumentasjons – og arbeidsformer. Rutinene skal gjøre at det ”blir bedre”. Rutinene omtales også som noe som sykepleierne selv skal ”finne”. De forstås med andre ord som noe som skapes ”nedenfra” med utgangspunkt i praksis. Heimdal omtaler rutiner som bygger på pleiernes egne erfaringer, og som begrunnes ut fra disse, som ”gode rutiner” (Heimdal 2004: 38). Dette er rutiner ”som ivaretar sentrale verdier innen omsorg og pleie” (l.c.). Det er trolig slike ”gode rutiner” sykepleieren som siteres innledningsvis setter sin lit til. Elstad sier om rutiner at de ”sikrar pleie som system og det kontinuerlege ansvaret. Det vil seie at dei sikrar tryggleik for pasientane, og det er det viktigaste” (Elstad 1995: 133).

I den tematiske analysen gjør jeg rede for tre rutiner som har utviklet seg i Avdelingen etter etableringen av treenigheten ESD, primærsykepleie og ”stille rapport” – nemlig

- uoffisiell overtidsbruk i forbindelse med dokumentasjonsarbeid
- skriftlig formidling av opplysninger om pasientene på pasientlisten
- skriftlig formidling av opplysninger på baksiden av pasientens ”hovedkort”

I det følgende vil de siste to av disse rutinene knyttes til det som tidligere er omtalt som *oppstyking av den syke* og *oppstyking av pleiefelleskapet*. Sykepleierne bruker av egen fritid til dokumentasjonsarbeid fordi de oppfatter dette arbeidet som viktig, men ikke like viktig som det å være ute hos pasientene. ”Jeg tenker at hvis jeg har sykepleiegjøremål, så må jo de gå foran dokumentasjonen. Dokumentasjonen kan jeg jo tross alt ta når vakta er over.”

(1) Overtidsbruk, kan i så måte forstås som en rutine som sikrer at sykepleierne er hos pasientene, og ikke ved datamaskinene, når dette er nødvendig. Dette er et uttrykk for sykepleiernes kontinuerlige og kollektive omsorgsansvar – først når en annen har tatt over føler sykepleieren at hun kan prioritere å sette seg ved datamaskinen. Overtidsrutinen kan imidlertid også, når denne er uoffisiell, som påpekt i den tematiske analysen, bidra til å befeste oppfatningen av at treenigheten er tidsbesparende.

De nye arbeidsformene som innføres i Avdelingen gjennom ”Prosjektet” medfører det jeg har omtalt som *oppstyking av pleiefelleskapet* og befestingen av enheten *sykepleier – med – sine – pasienter*. Denne oppstykingen harmonerer imidlertid dårlig med sykepleiernes oppfatning av effektivitet som *flyt i arbeidet* og ansvar som noe *kollektivt og kontinuerlig*. Pasientlisten, som skrives ut fra det elektroniske dokumentasjonssystemet og deles ut til pleierne på starten

av hver vakt, er ment å skulle gi pleierne et oversiktsbilde av avdelingen. I utgangspunktet inneholder denne listen bare navn og diagnose på pasientene i Avdelingen. Pleierne har imidlertid etter hvert "fått lov til å skrive en del opplysninger (om pasientene) under merknad". (1) Hvem som har gitt dem lov til dette sies ikke, men formuleringen "fått lov til" sier meg noe om at systemet ikke oppleves som pleiernes eget, men som noe "noen", andre enn pleierne selv, bestemmer hvordan skal brukes. På spørsmål om hva slags opplysninger som skrives "under merknad" nevnes målinger som skal gjøres, hvorvidt pasienten er klar og orientert, om det er tale om en "pleiepasient", om pasienten kan gå med rullator og om han trenger hjelp til mat. ESD medfører det som jeg har omtalt som en *oppstyking av den syke*, blant annet på grunn av at dokumentasjonsverktøyet medfører en lagring av rapporter som enkeltdokumenter som må åpnes og lukkes ved bruk. Baksiden av pasientens hovedkort (G1) har fått et nytt liv etter overgangen til ESD. Her skriver pleierne det som er "spesielt viktig" (3), for eksempel "Obs. ernæring. Gi ernæringsdrikk!" (3)

Jeg forstår merknadene på pasientlisten og baksiden av pasientens hovedkort som et forsøk på å motvirke at ting forsvinner i "det store intet". (3) Spørsmålet er imidlertid om "det store intet" er noe mer enn beskjeder som ikke blir lest. Kanskje går en vei til forståelse av "det store intet" gjennom sykepleiens kunnskapsformer og begreper som *erfaringskunnskap*, *fortrolighetskunnskap*, *skjønn*, *kunnskap – i – handling*, og *taus kunnskap*. Jeg har allerede vist at det er i de tradisjonelle arbeidsformene i sykepleien, det å gå i lag og *mundlig rapport*, at denne typen kunnskap utveksles og utvikles. Gjennom "Prosjektet" vanskeliggjøres samarbeid og den muntlige rapporten fjernes. Dette får konsekvenser for sykepleiekunnskapen. Arenaer for utvikling og utveksling av viktige former for sykepleiekunnskap er borte. Det oppleves dermed som om kunnskapen forsvinner "i det store intet". Spørsmålet blir da om det er mulig å kompensere for tapet av arbeidsformene som skaper og bærer denne kunnskapen gjennom de nye "rutinene" i Avdelingen. Bruk av ord som "kaos" og "korthus" viser at "rutinene" ikke fullt veier opp for sideeffektene av ESD og "Prosjektet". Det at pleierne likevel fortsetter å bruke merknadsfeltet på pasientlisten og baksiden av hovedkortet gjør at jeg ikke kan se bort fra denne praksisen – og jeg vet jo ikke hvordan pleierne ville beskrevet livet i avdelingen uten disse nye "rutinene".

Enkelte av sykepleierne peker på at treenigheten ESD, primærsykepleie og "stille rapport" skaper et behov for pleieplaner. Flere sammenlikner hovedkortets bakside med en pleieplan. I dette ligger en annen forståelse av pleieplan enn den jeg tidligere har vist til for eksempel hos

Digernes (1987). Hovedkortets bakside handler ikke om å skrive ned ”sykepleieforordningene så nøyaktig som mulig, slik at andre kan følge opp tiltakene på en konsekvent måte”⁴⁴. Det er ikke tale om en rigid og detaljert forhåndsplanlegging av pleien, men snarere det som av en av sykepleierne blir omtalt som ”tips” (4), små påminnelser om hva man bør være oppmerksom på. Elstad skriver følgende om skjebnen til pleieplanene studentene ”hadde med seg” fra skolen ut i praksis:

På avdelingane vart dei ofte omforma til arbeidsreidskap *i* pleien (skriftlege rapportar, ”oppslagstavler” for beskjedar og viktige data om pasienten osv.) i staden for å vere ei styring *av* pleien (Elstad 1995: 86).

Hovedkortets bakside brukes til å formidle korte beskjeder, for eksempel ”Obs. ernæring. Gi ernæringsdrikk!” Denne beskjeden, som ved første øyekast ser ut som et handlingsdirektiv, har en langt mer åpen karakter enn pleieplanens presentasjon av pleien som sykepleiediagnoser, mål, ressurser og tiltak. Beskjeden *gjør oppmerksom*, men *styrer ikke* nødvendigvis oppmerksomheten. Ved at det foreslås å tilby pasienten ”ernæringsdrikk” blir pleieren oppmerksom på at pasienten spiser dårlig, noe som i neste omgang gjør at å tilby ”ernæringsdrikk” ikke er tilstrekkelig. Beskjeden om å ”gi ernæringsdrikk” er knapp, men den er konkret. Den åpner blikket, men styrer det ikke. Dette er viktig fordi, som en av sykepleierne sier, ”det er ikke bare å komme på alt”. (4) Hensikten med beskjedene er i så måte den samme som den muntlige rapportens – å formidle ”tilstandens uavklarte preg” slik at ”formidlingen (åpner) for en handlingsberedskap” (Hamran 1991: 82). Elstad peker imidlertid på at denne typen beskjeder er annerledes enn den måten å samrå seg på som har vært typisk for skriftlig og muntlig rapport i sykepleien. ”Så og så vart gjort, det gjekk slik og slik, underforstått: ”Og kva som no skal skje, det må du sjølv vurdere!” (Elstad 1995: 104).

Hun sier:

Når ein uttrykkjer seg slik, vil ein ikkje seie meir enn det som ein har sett og gjort. En er faktisk temmeleg presis. Og det ein snakkar om, er det som er sansa ved sjukesenga (l.c.).

Elstad sier videre at når det gjelder å unngå skader og komplikasjoner kreves det klare beskjeder og rutiner. ”Obs. ernæring. Gi ernæringsdrikk!” er en klar beskjed om å handle slik at pasienten ikke får skade eller komplikasjoner av sin dårlige matlyst.

⁴⁴ Det vises igjen til Digernes sin omtale av pleieplanens betydning for konsistens i sykepleien, tidligere sitert i avsnitt 5.3.

Jeg forstår de skriftlige støttesystemene som har utviklet seg parallelt med treenigheten ESD, primærsykepleie og ”stille rapport” som forsøk på å gjøre noe med dissonansen sykepleierne i Avdelingen opplever når dokumentasjonsform og arbeidsformer ikke ivaretar kunnskapen og ansvaret i den praktiske hverdagen. Det at sykepleierne i intervjuene bruker ord som ”ensomhet”, ”korthus” og ”kaos” sier meg at de nye ”rutinene” ikke fult ut oppveier for sideeffektene av nytt dokumentasjonssystem og nye arbeidsformer. Ut fra dette kan det selvfølgelig stilles spørsmålstegn ved om det da blir riktig å se på disse som rutiner som ”sikrer pleie som system og det kontinuerlege ansvaret”⁴⁵. Kanskje blir det mer riktig å forstå de skriftlige støttesystemene og overtidsbruken som en *buffer* mot sideeffektene av ESD og ”Prosjektet”, som *forsøk* fra sykepleiernes side på å forhindre at ensomheten og kaoset *de* opplever i Korthuset ikke skal erfares av *pasientene*.

⁴⁵ Jfr. Elstad 1995: 133. Sitert tidligere i avsnitt 5.6. Min utheving.

6.0. NOEN AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER.

Så må jeg sette meg da, foran en maskin. Alene. (4)

Denne mastergradsoppgaven er basert på intervju med seks sykepleiere om deres erfaringer med bruk av ESD i egen praksis. Gjennom intervjuene males det et bilde av en praksis som har gjennomgått flere store forandringer. Den skriftlige sykepleiedokumentasjonen i papirform er delvis erstattet av en elektronisk dokumentasjon. Gruppesykepleien er erstattet av et system sykepleierne omtaler som primærsykepleie. Og den muntlige rapporten har blitt ”stille”. Gjennom tematisk analyse og teoretisk drøfting synliggjør jeg følger av disse forandringene. Følgene har jeg omtalt som *oppstyking av den syke* og *oppstyking av pleiefellesskapet*. Jeg omtaler ESD, primærsykepleie og ”stille rapport” som en *treenighet*. Begrepsbruken spiller på det kristne dogmet om at Gud er ett vesen, som gir seg til kjenne i tre væremåter; Faderen, Sønnen og Den Hellige Ånd. Jeg vil ikke gjøre noen vurdering av hva som i dette tilfellet er Faderen, Sønnen, og hva som er Den Hellige Ånd. Det interessante i denne sammenheng er at treenighetens bestanddeler – ESD, primærsykepleie og ”stille rapport” – alle forutsetter samme forståelse av kunnskap og ansvar. Treenigheten forutsetter på et grunnleggende vis en kunnskap som kan stykkes opp og formidles i påstands form, og et ansvar som er knyttet til utføring av enkelthandlinger. Dette harmonerer dårlig med den virkeligheten sykepleierne opplever i sin praksis. Sykepleiernes kunnskap er bevegelig, den er nært knyttet til handling. Ansvar for de syke er noe felles og kontinuerlig. Treenigheten, med sin oppstyking av den syke og pleiefellesskapet, medfører at sykepleierne opplever det jeg har kalt *dissonans*. Det er noe som skurrer. Treenigheten forutsetter at pasientens sykeleie er forutsigbart. Sykepleierne erfarer i sin praksis at den sykes tilstand er i bevegelse, og dermed ikke alltid er forutsigbar. Slik blir Avdelingen et Korthus. I Korthuset forsvinner informasjon i ”det store intet”. Som et svar på dette problemet har det i Avdelingen utviklet seg nye rutiner for overføring av informasjon om pasientene. Rutinene handler både om at sykepleierne bruker fritiden til dokumentasjonsarbeid og om bruk av et papirbasert støttesystem.

Når det gjelder måten overgangen til ESD ledsages av endringer i organiseringen av arbeidet og rapporten er ikke Avdelingen enestående. Andre har beskrevet denne typen endringer i arbeids – og rapportformer assosiert med innføringen av nytt dokumentasjonsverktøy

(Christensen 1999, Perander 2005). Jeg viser i denne oppgaven at innføringen av ESD ikke overflødiggjør arbeidsformer som gjør det mulig å ”gå sammen” og den muntlige rapporten. Snarere tvert imot. Det nye dokumentasjonsverktøyet egner seg godt til overføring av den typen kunnskap som har blitt omtalt som påstandskunnskap, kunnskap som ikke kan være annerledes. Dette er viktig kunnskap, men ikke den eneste kunnskapsformen i sykepleiepraksis. ESD egner seg dårligere til utveksling og utvikling av kunnskap som ikke lar seg overføre i påstands form, kunnskap om det usikre og foranderlige. Noe kunnskap om det usikre og foranderlige kan formidles gjennom den muntlige rapporten, mens noe bare kan deles gjennom handling. Treenigheten forutsetter at ansvaret for de syke kan stykkes opp. Sykepleierne opplever imidlertid et omsorgsansvar som er kollektivt og kontinuerlig. Jeg har i denne oppgaven beskrevet oppstyking på to nivå. Det nye dokumentasjonsverktøyet medfører en oppstyking av den syke, og de nye arbeidsformene fører til en oppstyking av pleiefellesskapet. De to formene for oppstyking henger sammen. Min påstand er at helhetlig pleie forutsetter et pleiefellesskap: En sykepleie som er rettet inn mot pasientens sammensatte plager og uavklarte tilstand, og et omsorgsansvar som er kontinuerlig, forutsetter at der er et pleiefellesskap. Jeg tror derfor det nye dokumentasjonsverktøyet har gjort at de tradisjonelle arbeidsformene i sykepleien, det å ”gå sammen” og den muntlige rapporten, har blitt viktigere enn noensinne. Kanskje kan disse arbeidsformene binde sammen når ESD stykker opp slik at hverdagen ikke oppleves som et Korthus.

Litteratur:

Alvsvåg, Herdis (1993): Hvor beveger sykepleien seg – mot viten eller klokskap? I: *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*, Kirkevold, M, Nortvedt, F og Alvsvåg, H (red.). Ad Notam Gyldendal.

Ammenwerth, Elske, Kutscha, Ulrike, Kutscha, Ansgar, Mahler, Cornelia, Eichstädter, Ronald og Haux, Reinhold (2001): Nursing process documentation systems in clinical routine – prerequisites and experiences. I: *International Journal of Medical Informatics* 64.

Andersen, Irene Dahl (1995): Sykepleieprosessen. I: *Generell sykepleie 2*, Kristoffersen, Nina Jahren (red.). Universitetsforlaget.

Befring, Anne Kjersti og Ohnstad, Bente (2001): *Helsepersonelloven – med kommentarer*. 2. utgave. Fagbokforlaget.

Benner, Patricia (1984): *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Addison – Wesley.

Berulfsen, Bjarne og Gundersen, Dag (2000): *Fremmedord. Blå ordbok*. 16. utgave. Kunnskapsforlaget.

Børmark, Sissel (2003): Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjon. I: *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 1.

Christensen, Karen (1999): Computerbruk og omsorgsarbeid – lar det seg forene? I: *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*, Thorsen, Kirsten og Wærness, Kari (red.). Ad Notam Gyldendal.

Dahl, Kari (2001): Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. I: *Tidsskriftet Sykepleien* 1.

Digernes, Aud Sissel (1987): Primærsykepleie – en organisasjonsmodell for profesjonell praksis. I: *Primærsykepleie i praksis – fra ide til virkelighet*, Digernes, Aud Sissel, Areklett, Einar og Botnen, Anlaug. Universitetsforlaget.

Dochterman, Joanne McCloskey og Bulechek, Gloria M. (ed.) (2004): *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Fourth edition. Mosby.

Dreyfus, Hubert L og Dreyfus, Stuart E (1986): *Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. The free press.

Ehnfors, Margareta, Ehrenberg, Anna og Thorell – Ekstrand, Ingrid (1998): *VIPS – boken: om en forskningsbaserad model för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. FoU rapport: 48. Vårdförbundet.

Elstad, Ingunn (1995): Er der noko frå før? I: *Et kvinnefag i moderniseringen*, Ingunn Elstad og Torunn Hamran. Ad Notam Gyldendal.

Elstad, Ingunn (1996): IT i sjukepleien – del 1: Verktøy eller automatikk? Og IT i sjukepleien – del 2: Den elektroniske kontrollen. I: *Tidsskriftet Sykepleien* 7 og 8.

Eriksen, Thomas Hylland (2001): *Øyeblikkets tyranni. Rask og langsom tid i informasjonssamfunnet*. Aschehoug.

Fagermoen, May Solveig (1980): Da prosessen nådde norsk sykepleie. I: *Innsikt – en kilde til liv*, Hummelvold, Jan Kåre. Tanum – Norli.

Field, Peggy Anne (1991): Doing fieldwork in your own culture. I: *Qualitative Nursing Research. A Contemporary Dialogue*, Morse, Janice M. (ed.). SAGE publications, Inc.

Fjelland, Ragnar og Gjengedal, Eva (2000): *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Gyldendal Akademisk.

Flø, Kåre (2005): Sykepleiedokumentasjon i DIPS. Om veiledende pleieplaner. www.dips.no

Fonn, Marit (2004): Minimalt muntlig. I: *Tidsskriftet Sykepleien* 1.

Foucault, Michel (1995): *Overvåkning og straff*. Gyldendal.

Grimen, Harald (1991): *Taus kunnskap og organisasjonsstudier*. LOS – senter notat 91 / 28.

Grøn, Kr. og Widerøe, Sofus (1921): *Haandbok i Sykepleien*. H. Aschehoug & co.

Gutte, Tor (red.) (1991): *Aschehoug og Gyldendals Store Norske Ordbok*. Kunnskapsforlaget.

Hamran, Torunn (1987): *Den tause kunnskapen. Utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapsteoretisk perspektiv*. Universitetsforlaget.

Hamran, Torunn (1991): Effektiviseringens grenser. Kan kommunikasjonsteknologi erstatte muntlig rapport i en sykehusavdeling? I: *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*, Album, Dag og Mindrè, Georges (red.). Ad Notam forlag AS.

Hamran, Torunn (1992): *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Hamran, Torunn (1993): Organisasjonsformen – et uttrykk for faglige verdier? I: *Klokskap og kyndighet*, Kirkevold, Marit, Nortvedt, Finn og Alvsvåg, Herdis (red.). Ad Notam Gyldendal.

Hamran, Torunn (1996): Effektivisering versus omsorgsansvar. I: *Kvinneforskning*. Kvinners medisin og helse II nr. 2.

Haslemo, Olaug Eppeland og Gjermundsen, Nina (2003): *Hva påvirker endringsvilligheten ved innføring av et IKT – system på sykehus?* Mastergradoppgave for Master of Information Technology med spesialisering i sundhedsinformatikk. Aalborg Universitet.

Hauen, Anne Elisabeth (1969): *Lærebok for sykepleieskoler I. Generell sykepleielære*. Fabritius & Sønners Forlag.

Heimdal, Solveig Johanne (2004): *”... og da føler jeg at jeg har det godt”*. *Psykososiale livsbetingelser for pasienter i sykehjem*. Mastergradoppgave i helsefag. Universitetet i Tromsø.

Helsedepartementet og Sosialdepartementet (2004): *S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse – og sosialsektoren*. Statlig strategi 2004 – 2007.

Jervell, Anton (red.) (1941): *Lærebok for sykepleiersker. Bind 1*. Fabritius & Sønners Forlag.

Johannessen, Kjell S. (2000): Kunnskapens ulike artikulasjonsmodi. En skisse av visse grunntrekk ved vårt tause grep på virkeligheten. I: *Uniped* nr. 3 / 2000.

Josefson, Ingela (1990): *Kunnskapens former. Det reflekterande yrkeskunnandet*. Carlssons.

Karlsen, Rune (2004): Fin i kontakten. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 15.

KITH Kompetansesenteret for IT i helsesektoren (2001): *Elektronisk pasientjournal standard. Arkitektur, arkivering og tilgangsstyring. Del 1: Funksjonsrettet beskrivelse*. Trondheim, KITH.

KITH Kompetansesenteret for IT i helsesektoren (2003): Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. *KITH – rapport 14 /03*.

Kvale, Steinar (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.

Kaarhus, Randi (1999): Intervjuer i samfunnsvitenskapene. Bidrag til en videre metodologisk diskurs. I: *Tidsskrift for Samfunnsforskning* nr. 1.

Malterud, Kirsti (1993): Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. I: *Family Practice*. Vol. 10, no. 2. Oxford University Press.

Malterud, Kirsti (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 2. utgave. Universitetsforlaget.

Martinsen, Kari (1990): Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: *Fokus på sykeplejen* 90. Munksgaard.

Martinsen, Kari (1990a): *Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. I: Sykepleiens grunnlagsproblemer: Etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*, Jensen, Torben K, Jensen, Lars Ulrik og Won Chung Kim (red.). Gyldendal.

Martinsen, Kari (1993): *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Tano.

Martinsen, Kari (2000): *Kjærlighetsgjerningen og kallet. Betragtninger omkring Rikke Nissens Lærebog i Sygepleie for diakonisser (1877). I: Lærebog i sygepleie. Med etterord av Kari Martinsen*, Nissen, Rikke. Gyldendal Akademisk.

Martinsen, Kari (2000a): *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.

Melby, Kari (1990): *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*. Cappelen forlag AS.

Mitchell, Pamela (1980): *Grunnleggende sykepleie 1*. Universitetsforlaget.

Moen, Anne, Hellesø, Ragnhild, Quivey, Martha og Berge, Asbjørn (2002): *Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere*. Akribe.

Moen, Anne, Mølsted, Kathy og Dale, Cecilie (2003): *Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. I: Tidsskriftet Sykepleien 5*.

Molander, Bengt (1996): *Kunnskap i handling*. Daidalos.

Moorhead, Sue, Johnson, Marion og Maas, Meridean (ed.) (2004): *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Third edition. Mosby.

NANDA (2003): *Sykepleiediagnoser: Definisjoner & Klassifikasjon 2001 – 2002*. Norsk utgave. Akribe forlag.

Nissen, Rikke (2000): *Lærebog i sygepleie. Med etterord av Kari Martinsen*. Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund (1995): *Informasjonsteknologi som verktøy i sykepleietjenesten*. NSF – hefte. Oslo.

Norsk Sykepleierforbund (2002): *Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen*. En veileder fra Sykepleiernes forum for IKT og dokumentasjon.

Nortvedt, Per og Grimen, Harald (2004): *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal Akademisk.

Orvik, Arne (2004): *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen Akademisk Forlag.

Perander, Bente (2005): *Elektronisk sykepleiedokumentasjon: En hjelp eller ei plage? En beskrivelse av hvordan en gruppe sykepleiere vurderer elektronisk sykepleiedokumentasjon som arbeidsverktøy*. Hovedfagsoppgave i sykepleie og helsefag. Universitetet i Tromsø.

Ruland, Cornelia M (2000): *Helse – og sykepleieinformatikk. Hvordan IKT kan bidra til utvikling av en bedre helsetjeneste*. Gyldendal Akademisk.

Schmidt, Dorrit og Rasmussen, Jette (1988): *Stærk som en bjørn – en rapport om hvordan sygeplejersker tackler belastninger i arbejdet*. Dansk Institut for Sundheds – og Sygepleijeforskning.

Skjervheim, Hans (1996): *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug.

Sosial – og Helsedepartementet (1996): *Mer helse for hver bit. Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste*. Handlingsplan 1997 – 2000.

Sosial – og Helsedepartementet (2001): *”Si @!”*. *Elektronisk samhandling i helse – og sosialsektoren*. Statlig tiltaksplan 2001 – 2003.

Statens Helsetilsyn (1994): *Pasientjournalen. Innhold, gruppering og arkivering av pasientdokumentasjonen i somatiske sykehus*. Utredningsserie, nr. 3.

Stokke, Torbjørg Aa (1999): Sykepleiedokumentasjonen holder sjelden mål. I: *Tidsskriftet Sykepleien* 10.

Stokke, Torbjørg Aa og Kalfoss, Mary H (1999): Structure and content in Norwegian nursing care documentation. I: *Scandinavian Journal of Caring Science* 13: 18 – 25.

Sykepleiernes samarbeid i Norden, SSN (1986): *Dokumentation av och i omvårdnad*. Oslo / Stockholm.

Sæther, Margrete (1989): Utviklingen i sykepleien – en reduksjonistisk sirkel? I: *Fagtidsskriftet Sykepleien* 21.

Thornquist, Eline (1998): *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Ad Notam Gyldendal.

Thornquist, Eline (2003): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.

Utdannings – og forskningsdepartementet (2004): *Rammeplan for sykepleieutdanningen*. Fastsatt av utdannings – og forskningsdepartementet 1. juli 2004.

Waage, Hans Ridderwold (1905): *Lærebog i Sygepleie*. Anden udgave. Kristiania. H. Aschehoug & Co.

Vedlegg 2:

SØKNAD OM Å FÅ GJENNOMFØRE INTERVJUER TIL MASTERGRADSOPPGAVE .

Jeg er student ved mastergradsstudiet i helsefag ved Universitetet i Tromsø. Tema for min masteroppgave er sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon. For å undersøke dette ønsker jeg å intervju sykepleiere som bruker elektronisk dokumentasjon i sin praksis. Jeg vet at har brukt i noen år, og at det har vært brukt av sykepleiere siden høsten 2003. Sykepleierne ved begynner trolig å få en viss erfaring med dette systemet. Jeg søker derfor om å få gjennomføre mine intervjuer hos dere.

Jeg ønsker å intervju 6 sykepleiere ved generell indremedisinsk sengepost Kontakt med intervjupersonene kan formidles gjennom avdelingssykepleier. Sykepleierne vil få et informasjonsbrev med en vedlagt samtykkeerklæring (se vedlegg). Intervjuene vil ha en varighet på om lag en time.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet, Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (se vedlegg).

Jeg håper du vil la meg gjøre intervjuene til masteroppgaven min hos dere. Jeg vil ikke ta kontakt med avdelingssykepleier ved den aktuelle sengeposten før jeg får skriftlig tillatelse fra deg.

Har du spørsmål kan jeg kontaktes på telefon 97163652 eller e – post hansebli@online.no

Med vennlig hilsen

Bodil Hansen Blix

Vedlegg 4:

Til sykepleier.....

Ved post

Medisinsk avdeling

.....

Forespørsel om å delta i intervju.

I forbindelse med min mastergradsoppgave i helsefag ved Universitetet i Tromsø ønsker jeg å undersøke hvordan sykepleiere bruker elektroniske systemer for sykepleiedokumentasjon i sin kliniske praksis. Jeg ønsker å se på hvordan sykepleiere mener at de nye redskapene for dokumentasjon virker inn på utvikling, formidling og utveksling av fagkunnskap.

For å få økt kunnskap om dette ønsker jeg å intervju 6 sykepleiere som bruker elektronisk sykepleiedokumentasjon i sin praksis. Siden jeg spesielt er interessert i forholdet mellom dokumentasjonssystemene og fagkunnskapen til sykepleierne, er jeg interessert i å få kontakt med sykepleiere med en viss erfaring. Jeg har derfor bedt om å bli satt i kontakt med sykepleiere med mer enn 2 års sykepleierfaring. Intervjuet vil ha en varighet på om lag en time. Vi blir sammen enige om tid og sted slik at det blir mest mulig praktisk for deg. Jeg vil be om din tillatelse til å bruke båndopptaker og ta notater underveis.

Det du formidler til meg i intervjuet vil inngå som en del av min mastergradsoppgave i helsefag. Alle opplysninger vil selvfølgelig bli behandlet konfidensielt, og alt materiale (notater og båndopptak) fra intervjuene vil, i tråd med retningslinjer fra personvernombudet for forskning, bli anonymisert når oppgaven blir levert høsten 2005. I oppgaven vil du bli anonymisert.

Du kan til enhver tid trekke deg fra videre deltakelse, uten at du trenger begrunne hvorfor. Du kan også kreve at opplysninger du har gitt likevel ikke blir brukt i oppgaven.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste.

Er det noe du lurer på kan du ta kontakt med meg på telefonnummer 97163652 eller e –
postadresse hansebli@online.no.

Hvis du samtykker i å delta i intervjuet kan du skrive under vedlagte samtykkeerklæring og
sende den til meg i vedlagte ferdigfrankerte konvolutt. Jeg vil ta kontakt med deg for nærmere
avtale.

Med vennlig hilsen

Bodil Hansen Blix

Vedlegg 5:

Samtykkeerklæring til deltakelse i intervju om erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om mastergradsprosjektet, og sier meg villig til å delta.

Jeg er inneforstått med at jeg kan trekke min deltakelse på et hvilket som helst tidspunkt, og at opplysninger jeg har gitt da vil bli strøket.

Dato / sted:

Signatur:

Vedlegg 6:

INTERVJUGUIDE.

Skriftlig sykepleiedokumentasjon:

Beskriv hva du mener kjennetegner god skriftlig sykepleiedokumentasjon? Hvilke krav stiller du til skriftlig dokumentasjon?

Hvordan synes du den skriftlige sykepleiedokumentasjonen fungerer for å formidle det du mener er viktig?

Er det noen ting som er vanskeligere enn andre å formidle i skriftlig dokumentasjon?

Elektronisk pasientjournal:

Hvordan er ditt forhold til informasjonsteknologi generelt?

Har introduksjon av elektronisk pasientjournal endret ditt forhold til skriftlig dokumentasjonspraksis? Er det noe som er blitt lettere / vanskeligere å dokumentere etter at dere tok i bruk dette hjelpemidlet?

Forholdet mellom EPJ og muntlig rapport:

Når har dere muntlig rapport? Hvor lang varighet har normalt en muntlig rapport?

Hvilket forhold har du til muntlig rapport? Hvordan synes du en muntlig rapport *bør* foregå? Er det slik den muntlige rapporten foregår i avdelingen?

Er det forskjeller på hva du vil dokumentere i EPJ og hva du vil si på en muntlig rapport? I tilfelle – hvilke?

Opplever du at den muntlige rapporten har endret karakter etter at dere tok i bruk EPJ? I tilfelle - hvordan?

Vedlegg 7.

Selvvalgt pensum.

Alvsvåg, Herdis (1993): Hvor beveger sykepleien seg – mot viten eller klokskap? I: *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*, Kirkevold, M, Nordtvedt, F og Alvsvåg, H (red.) Ad Notam Gyldendal.

13 sider

Christensen, Karen (1999): Computerbruk og omsorgsarbeid – lar det seg forene? I: *Bli omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*, Thorsen, Kirsten og Wærness, Kari (red.) Ad Notam Gyldendal.

20 sider

Digernes, Aud Sissel (1987): Primærsykepleie – en organisasjonsmodell for profesjonell praksis. I: *Primærsykepleie i praksis – fra ide til virkelighet*, Digernes, Aud Sissel, Areklett, Einar og Botnen, Anlaug. Universitetsforlaget.

36 sider

Dreyfus, Hubert L og Dreyfus, Stuart E. (1986): *Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. The free press.

231 sider

Elstad, Ingunn (1996) IT i sjukepleien – del 1: Verktøy eller automatikk. I: *Tidsskriftet sykepleien nr. 7*.

4 sider

Elstad, Ingunn (1996): IT i sjukepleien – del 2: Den elektroniske kontrollen. I: *Tidsskriftet sykepleien nr. 8*.

4 sider

Eriksen, Thomas Hylland (2001): *Øyeblikkets tyranni. Rask og langsom tid i informasjonssamfunnet*. Aschehoug.

217 sider

Fagermoen, May Solveig (1980): Da prosessen nådde norsk sykepleie. I: *Innsikt – en kilde til liv*, Hummelvold, Jan Kåre. Tanum – Norli.

17 sider

Grimen, Harald (1991): *Taus kunnskap og organisasjonsstudier*. LOS – senter notat 91 / 28.

61 sider

Hamran, Torunn (1987): *Den tause kunnskapen. Utviklingstendenser i et vitenskapsteoretisk perspektiv*. Universitetsforlaget.

99 sider

Hamran, Torunn (1991): Effektiviseringens grenser. Kan kommunikasjonsteknologi erstatte muntlig rapport i en sykehusavdeling? I: *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*, Album, Dag og Mindrè, Georges (red.). Ad Notam forlag AS.

30 sider

Johannessen, Kjell S. (2000): Kunnskapens ulike artikulasjonsmodi. En skisse av visse grunntrekk ved vårt tause grep på virkeligheten. I: *Uniped nr. 3 / 2000*.

15 sider

Josefson, Ingela (1990): *Kunnskapens former. Det reflekterande yrkeskunnandet*. Carlssons.

113 sider

Kvale, Steinar (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.

236 sider

Kaarhus, Randi (1999): Intervjuer i samfunnsvitenskapene. Bidrag til en videre metodologisk diskurs. I: *Tidsskrift for Samfunnsforskning nr. 1*.

29 sider

Martinsen, Kari (1990): Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: *Fokus på sygeplejen 90*. Munksgaard.

30 sider

Martinsen, Kari (2000): *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.

173 sider

Svenaesus, Fredrik (2003): *Sjukdomens mening. Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutikk*. Natur och Kultur.

200 sider

Til sammen 1528 sider.