

KAPITTEL 5

Dokumentasjonspraksis og bruk av elektronisk tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem – en mysteriefokusert studie

Marianne Brattgjerd

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet

Inger Jorun Danielsen

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet/ Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø

Grethe Bøgh Næss

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet

Rose Mari Olsen

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet

Sammendrag: Liverpool Care Pathway (LCP) er en tiltaksplan og et dokumentasjonsverktøy som har til hensikt å kvalitetssikre omsorg ved livets slutt. I Norge er 329 sykehjem registrerte brukere av tiltaksplanen. Planen finnes i både papirbasert og elektronisk format. Hensikten med denne studien var å utforske dokumentasjonspraksisen når elektronisk tiltaksplan brukes til døende pasienter i sykehjem.

Studien bygger på datamateriale fra fokusgruppeintervju som ble gjennomført i forbindelse med et implementeringsprosjekt ved to sykehjem i Midt-Norge. En mysteriefokusert analysemetode, «Mystery as method», ble brukt for å få dypere-liggende kunnskap om dokumentasjonspraksisen – en metode som går ut på å skape og løse mysterier.

Det inkarnerte mysteriet viser en diskrepans i intervjuetekstene, hvor helsepersonellet erfarer at LCP er et krevende dokumentasjonsverktøy, samtidig som de – paradoksalt nok – har en gjennomgående positiv holdning til verktøyet. Løsningen på mysteriet gir oss en forståelse av at tiltaksplanen i utgangspunktet er en rigid plan, som

Sitering av dette kapitlet: Brattgjerd, M., Danielsen, I. J., Næss, G. B. & Olsen, R. M. (2019). Dokumentasjonspraksis og bruk av elektronisk tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem – en mysteriefokusert studie. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 91–111). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch5>

Lisens: CC BY 4.0

er lite tilpasset kontekstuelle forhold – og hvor helsepersonell strever med å internalisere planen i egen praksis. Planen synes imidlertid til å fungere som et symbol på tillit og legitimering av praksis, noe som veier opp for de negative erfaringene med planen. Videre ser det også ut til å skje en frakopling fra den rigide planen, hvor tiltaksplanen genererer nye og spennende effekter ut over det som var den opprinnelige hensikten med planen: felles kultur, kompetanseoverføring og økt trygghet hos helsepersonell.

Nøkkelord: Liverpool Care Pathway, terminalomsorg, palliativ omsorg, dokumentasjon, fokusgruppeintervju, sykehjem, mystery as method, abduksjon

Abstract: Liverpool Care Pathway (LCP) is an integrated care pathway designed to ensure the provision of high-quality end-of-life care. In Norway, 329 nursing homes are registered as users of the LCP. The plan is available both in paper-based and electronic format. The purpose of this study was to explore the documentation practice when using the electronic version of the LCP for dying patients in nursing homes.

This study is based on data from focus group interviews which were carried out in connection with an implementation project at two nursing homes in central Norway. A mystery-focused analysis method, “Mystery as method,” was used to gain a deeper understanding of the documentation practice – a method which consists of creating and solving mysteries.

The incarnated mystery shows a discrepancy in the interview texts, where health workers experience the LCP as challenging, while they, paradoxically, also have a generally positive attitude towards the plan. The solution of the mystery gives us an understanding that the LCP is basically a rigid plan, which is not customized to contextual conditions – and where health workers strive to internalize the plan into their own practice. However, the plan seems to serve as a symbol of trust and legitimacy of practice, which outweighs the negative experiences of the plan. Furthermore, there also seems to occur a decoupling of the rigidity in the plan, where the LCP generate novel effects which lie beyond the original purpose of the plan: common culture, internalizing of knowledge, increased feeling of security.

Keywords: Liverpool Care Pathway, end-of-life care, palliative care, documentation, focus group interviews, nursing homes, mystery as method, abduction

Introduksjon

Standardiserte verktøy fremstår i dag som den «nye standarden» for kvalitetsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; HelseOmsorg21, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette har ført til en storstilt anvendelse av ulike verktøy innenfor helse- og omsorgssektoren, også innenfor terminalomsorgen. I løpet av de siste tolv årene har 329 sykehjem i Norge innført en standardisert tiltaksplan, Liverpool Care Pathway (LCP), for å kvalitetssikre pleie og omsorg ved livet slutt (KLB, 2019b). Planen fungerer også som et verktøy for å dokumentere helsehjelp (Ellershaw & Wilkinson, 2011).

Dette bokkapitlet bygger på empiri fra evaluering av et implementeringsprosjekt som hadde til formål å innføre en elektronisk versjon av LCP ved fire sykehjemsavdelinger i Midt-Norge. Vi har brukt en refleksiv og kreativ metodologi til å utforske dokumentasjonspraksisen i relasjon til bruk av elektronisk tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem.

Liverpool Care Pathway (LCP)

LCP ble utviklet i Storbritannia på slutten av 1900-tallet for å kvalitetssikre pleie og omsorg ved livets slutt (Ellershaw, Foster, Murphy, Shea & Overill, 1997), og brukes i mer enn 20 land verden over (Chan, Webster & Bowers, 2016). I Norge har Kompetansesenter i lindrande behandling (KLB), helse-region Vest, et overordnet ansvar for implementering og bruk av den norske versjonen av tiltaksplanen. Tiltaksplanen ble opprinnelig utarbeidet i papirversjon, men er de senere årene også blitt integrert i Profil som elektronisk versjon (KLB, 2019a)¹. Planen ble også revidert i 2015, og skiftet navn til «Livets siste dager – plan for lindring i livets slutfase» (KLB, 2019a). Her bruker vi imidlertid benevnelsen LCP, da studien vi presenterer, bygger på data fra sykehjem som anvendte den eldre versjonen av tiltaksplanen.

LCP er en tredelt plan og tilbyr strukturert veiledning for å organisere og koordinere tverrfaglig palliativ omsorg for de siste timer eller døgn av pasientens liv.² Her beskrives mål og pleietiltak, symptomkontroll, behovsmedisinering, psykisk og åndelig støtte, samt kommunikasjon og ivaretagelse av pårørende (Ellershaw & Wilkinson, 2011). Før LCP tas i bruk, skal et behandlingsteam som minimum består av lege og sykepleier, ha gjort en vurdering av alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand, og alle medlemmene i teamet skal være enige om at pasienten har kliniske symptomer på å være døende. Med unntak av medikamentforordning som følger ordinære retningslinjer ved institusjonen, skal planen erstatte all annen dokumentasjon av omsorgen for pasienten.

1 Den elektroniske versjonen til KLB var ikke ferdig utviklet da denne studien ble gjennomført. Datamaterialet i denne studien bygger derfor på en elektronisk versjon av tiltaksplanen som ble integrert i EPJ gjennom et samarbeid mellom IT-ansatte og en fagsykepleier i en kommune i Midt-Norge.

2 Se eksempelutgave sykehjem: https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Livets%20siste%20dager/EKSEMPELUTGAVE_Livets%20siste%20dager_sykehjem.pdf

Tidligere studier av LCP i sykehjem har undersøkt effekten av og generelle erfaringer med bruk av den *papirbaserte* tiltaksplanen. I noen av disse studiene blir *dokumentasjon* i relasjon til bruk av tiltaksplanen løftet frem. En studie av Veerbeek et al. (2008) viser at dokumentasjonen generelt ble mer utfyllende etter innføring av LCP. En annen studie viser at regelmessig LCP-dokumentasjon førte til en større grad av trygghet i planlegging av videre behandling for de siste dagene av pasientens liv (Hockley, Watson, Oxenham & Murray, 2010). I en studie av Clark, Marshall, Sheward og Allan (2012) kommer det frem at majoriteten av respondentene opplevde papirversjonen som brukervennlig, noe som står i kontrast til tre andre studier som viser at helsepersonell opplevde papirversjonen som en tidkrevende og tungvint løsning (Andersson, Lindqvist, Fürst & Brännström, 2018; Brattgjerd & Olsen, 2016; Lemos Dekker, Gysels & Van der Steen, 2017). Studier viser også at helsepersonell opplevde visse punkter i tiltaksplanen som uklare og at det var utfordringer knyttet til duplisering av dokumentasjon, det vil si føring i både papirversjonen av LCP og i elektronisk pasientjournal (EPJ) (Brattgjerd & Olsen, 2016; Lemos Dekker et al., 2017).

De beskrevne studiene gir et lite innblikk i dokumentasjonspraksisen ved bruk av den papirbaserte versjonen av LCP. Vi har ikke funnet noen studier som har undersøkt dokumentasjonspraksis når elektronisk versjon av LCP anvendes. Hensikten med denne studien var derfor å utforske dokumentasjonspraksisen når elektronisk tiltaksplan brukes til døende pasienter i sykehjem.

Refleksiv og kreativ metodologi

For å utforske dokumentasjonspraksisen har vi valgt å bruke en refleksiv og kreativ metodologi utviklet av Alvesson og Kärreman (2007, 2011). Hensikten med metodologien er å utforske dypstrukturer som befinner seg i domenet *under* det empiriske nivået (Alvesson & Sköldberg, 2018). Vi har i den forbindelse en ontologiske antakelse om at det finnes en dokumentasjonspraksis «der ute» som vi kan utvikle kunnskap om via helsepersonellens erfaringer om egen praksis. En slik erfaringsbasert kunnskap vil imidlertid alltid være påvirket av sosiale og kulturelle forhold, og kan

beskrives som sosiale konstruksjoner. Vårt empiriske materiale vil derfor aldri kunne tjene som en direkte avspeiling av virkeligheten «der ute», men vil kunne fungere som et utgangspunkt for å oppnå en dypere *forståelse* av denne virkeligheten.

Gjennom å mobilisere det empiriske materialet som en kritisk dialogpartner i relasjon til ulike teoretiske perspektiv (Alvesson & Kärreman, 2011) gis det mulighet til å «gå bakom» empirien og oppnå en dypere forståelse av dokumentasjonspraksisen. Alvesson og Sköldberg (2008) beskriver denne prosessen som en abduktiv tilnærming, hvor hensikten ikke er å verifisere eller falsifisere teori, men derimot å bruke ulike teoretiske perspektiv til å oppnå en dypere forståelse av forskningsfenomenet. Det er med andre ord vår *fortolkning* av empirien som kan gi oss en dypere forståelse av dokumentasjonspraksisen. Kunnskapen som en får frem gjennom en slik tilnærming, finnes ikke i en konstant form, men er kontekstavhengig og skifter form avhengig av hvilket perspektiv en velger å fortolke empirien i lys av (Alvesson & Sköldberg, 2018).

Prosjektet «Innføring av tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem»

Høsten 2014 ble det igangsatt et samarbeidsprosjekt mellom to kommuner i Midt-Norge og Nord Universitet som hadde til formål å innføre tiltaksplan for døende pasienter ved fire sykehjemsavdelinger i de respektive kommunene.

Det overordnede målet for prosjektet var å kvalitetssikre pleie og omsorg ved livets slutt gjennom bruk av LCP. Det ble etablert en prosjektgruppe med hovedansvar for gjennomføring av prosjektet. En ressursperson fra hver avdeling og to ansatte ved universitetet utgjorde prosjektgruppen, som hadde jevnlige møter i implementeringsprosessen. Ressurspersonene hadde et spesielt ansvar for oppfølging av implementeringen på egen avdeling, samt å formidle erfaringer fra prosessen inn i prosjektgruppen. Det ble gjennomført undervisning for ansatte på avdelingene og møter med tilsynslegene. I tillegg ble det utarbeidet informasjonsmateriell for legevaktsleger og informasjonsmateriell og nettkurs for nyansatte ved avdelingene.

Da prosjektet startet, var tiltaksplanen kun tilgjengelig i papirformat (den elektroniske versjonen til KLB var på dette tidspunktet ikke ferdig utviklet). For å delta i prosjektet krevde lederne ved avdelingene at planen var elektronisk tilgjengelig. Etter dialog med nettverkskoordinator ved Kompetansesenteret for lindrande behandling (Helseregion Vest) eksporterte fagsykepleier ved et av sykehjemmene, i samarbeid med IT-ansatte, tiltaksplanen til elektronisk versjon i Profil dokumentasjonssystem.

Prosjektet ble avsluttet og evaluert via fokusgruppeintervju med ansatte ved de fire sykehjemsavdelingene våren 2016.

Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en velegnet datainnsamlingsmetode når en ønsker å evaluere erfaringer, kunnskaper og holdninger hos helsepersonell (Kitzinger, 1995). Kontaktpersoner ved de enkelte avdelingene fikk ansvar for å rekruttere deltakere til fokusgruppeintervjuene. Endelig utvalg bestod av elleve ansatte (to menn og ni kvinner): fire ressurspersoner og syv fagansatte, fordelt på fire fokusgrupper. De var i alderen 33 til 61 år (gjennomsnitt 47 år). Se Tabell 1, som gir oversikt over informantenes utdanning, erfaring og avdelingstilhørighet.

Informant	Kommune	Avdeling	Års erfaring i avdelingen	Stilling
Fagansatt 1	A	Langtidsavdeling	8 år	Sykepleier
Fagansatt 2	A	Langtidsavdeling	12 år	Sykepleier
Fagansatt 3	A	Korttidsavdeling	2 år	Sykepleier
Fagansatt 4	A	Korttidsavdeling	11 år	Sykepleier
Fagansatt 5	B	Korttidsavdeling	5,5 år	Sykepleier
Fagansatt 6	B	Langtidsavdeling	2 år	Sykepleier
Fagansatt 7	B	Langtidsavdeling	23 år	Hjelpepleier
Ressursperson 1	B	Korttidsavdeling	5,5 år	Sykepleier
Ressursperson 2	B	Langtidsavdeling	3 år	Sykepleier
Ressursperson 3	A	Langtidsavdeling	2 år	Sykepleier
Ressursperson 4	A	Korttidsavdeling	2 år	Sykepleier

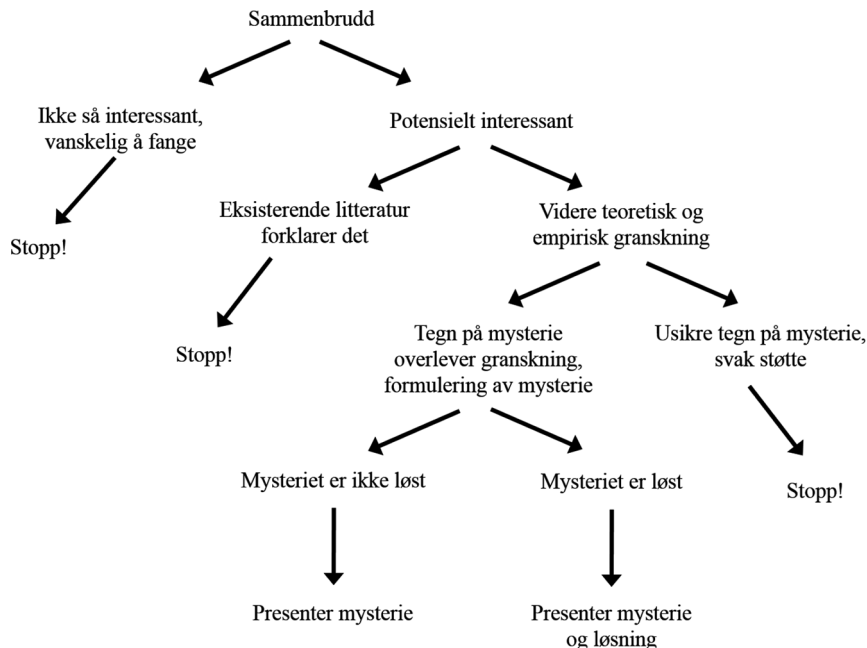
Tabell 1. Oversikt over informantenes utdanning, erfaring og avdelingstilhørighet.

Note: I forbindelse med bruk av sitater i resultatpresentasjonen vil de fagansatte benevnes F1, F2 etc. og ressurspersonene R1, R2 etc.

I tråd med anbefalinger (Krueger & Casey, 2009) ble intervjuene gjennomført med moderator (førsteforfatter) og assistent (tredjeforfatter). Mens moderator ledet diskusjonene og oppmuntret til åpen dialog, gjorde assistenten notater og kom med supplerende spørsmål. Det ble anvendt en intervjuguide med temaene: 1) Dokumentasjon i elektronisk tiltaksplan, 2) Tiltaksplanens innhold og struktur (i Profil). Det ble gjort lydopptak av intervjuene, og disse ble senere transkribert ordrett. Intervjuene varte mellom 55 og 75 minutter.

Analyse - «Mystery as Method»

En refleksiv og kreativ analysemetode, «Mystery as method», ble benyttet i analyse av det empiriske materialet. Dette er en mysteriefokusert analysemetode (se figur 1) utviklet av Alvesson og Kärreman (2007, 2011) som har til hensikt å gå i dybden og utforske og stimulere til nye og kreative fortolkninger av et forskningsfenomen (her: dokumentasjonspraksisen).



Figur 1. Forskningsprosessen: Beslutningstre for mysteriefokusert forskning (etter Alvesson & Kärreman, 2007:1271, vår oversettelse).

Analysemetoden har et løst design, og Alvesson og Kärreman (2011, s. 76) gir uttrykk for at den ikke bør brukes som en rigid kokebokopp-skrift, men hvor den enkelte forsker i stedet står fritt til å tilpasse metoden til sitt eget prosjekt. Vi valgte av den grunn å dele opp analysen i fem ulike trinn, og hvor de ulike trinnene utgjør vår fortolkning/tilpasning av «Mystery as method».

Første analysetrinn, *å gjøre seg kjent med konteksten*, handlet om å stille seg åpen til hva empirien hadde å fortelle om forskningsfenomenet (Alvesson & Kärreman, 2011). Vi leste i den sammenheng gjennom det empiriske materialet for å få en helhetlig og sammenhengende innsikt i informantenes dokumentasjonspraksis og uttrykte tenkemåter. I stedet for å lete etter kategorier og mønster, handlet denne fasen om å la empirien få lov til å «snakke for seg selv», og på den måten komme nær informantenes egen forståelse.

I det andre analysetrinn, *å møte sammenbrudd i forståelsen*, startet førsteforfatter leting etter mønster og fragmentering av disse (paradokser, diskrepanser og uklarheter osv.). Alvesson og Kärreman (2011) beskriver denne (de)fragmenteringsprosessen som svært viktig for å forhindre forskeren i å gjøre premature kategoriseringer av forskningsfenomenet. En annen måte å komme «bak» egne tatt-for-gitt-antakelser var å forsøke å fremmedgjøre empirien. Det vil si at førsteforfatter stilte seg undrende til hva empirien hadde å fortelle om dokumentasjonspraksisen, og hvor hun forsøkte å unngå å se «verden» som selvklar og kjent. Gjennom denne prosessen skjedde det et såkalt sammenbrudd i forståelsen, hvor det kommer frem at helsepersonell har et svært ambivalent forhold til tiltaksplanen: De erfarer at tiltaksplanen er et tungvint verktøy, men hvor de på tross av dette likevel har en gjennomgående positiv holdning til verktøyet. Denne diskrepansen er ikke blitt beskrevet – eller kan forklares ved hjelp av tidligere studier av LCP.

Det tredje steget i analysen, *å konstruere et mysterium*, handlet om å formulere preliminaire tolkninger av sammenbruddet (diskrepansen) i forrige analysesteg. Medforfatterne ble også involvert i denne fasen for å sikre at fortolkningene av mysteriet stod i samsvar med det empiriske materialet, og er en form for intern validering. Det endelige mysteriet blir i denne studien presentert som tofoldig: 1) «Helsepersonell erfarer at LCP er et krevende dokumentasjonsverktøy» og 2) «Helsepersonell er positive til LCP som dokumentasjonsverktøy».

I det fjerde analysetrinn, å *konstruere mulige løsninger av mysteriet*, forsøkte vi å gi svar på hvorfor helsepersonell opplever at LCP er et krevende dokumentasjonsverktøy, samtidig som de også er positive til det. Siden ingen tidligere studier om LCP kan forklare dette mysteriet, måtte vi i denne fasen utvide tolkningsrepertoaret og bruke andre teoretiske perspektiv og antakelser i fortolkning av empirien. Det empiriske materialet ble i den sammenheng brukt som en kritisk dialogpartner i relasjon til ulike teoretiske perspektiv for å komme frem til mulige løsninger på mysteriet (Alvesson & Kärreman, 2011). For å sikre at fortolkningene synes å være rasjonelle og logisk bundet opp til empirien, ble også medforfatterne involvert i denne fasen (intern validering). I fellesskap kom vi frem til følgende løsninger av mysteriet: 1) «Fast koplest system», 2) «Behovet for legitimitet» og 3) «'Frakopling' og nye effekter av LCP».

Femte analysetrinn, å *utvikle løsningen av mysteriet*, gikk ut på å videreutvikle et teoretisk bidrag basert på resultatene fra forrige fase. Dette betyr en mer systematisk overveielse over teoretiske konsept og forholdet mellom disse (Alvesson & Sköldberg, 2008), som da gir en dypere forståelse av forskningsfenomenet (intern validering) – men som også har en større relevans utenfor denne studiens hensikt (ekstern validering). Også i denne fasen var medforfatterne involvert i forhold til validering og evaluering av det teoretiske bidraget.

Etiske vurderinger

Studien ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen (WMA, 1964/2013), og prosjektet er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Prosjekt nr. 47738). For å sikre informert samtykke ble deltakerne gitt både muntlig og skriftlig informasjon om studien. Alle informantene i studien har samtykket til deltakelse.

Det inkarnerte mysteriet – diskrepans i erfaringskunnskapen

Analysen av fokusgruppeintervjuene ga oss en ny og dypere forståelse av dokumentasjonspraksisen i relasjon til bruk av elektronisk

tiltaksplan for døende pasienter. Vi oppdaget en diskrepans i intervjuetekstene, og et tofoldig mysterium ble formulert: Helsepersonellet erfarer at LCP er et krevende dokumentasjonsverktøy, samtidig som de – paradoksalt nok – har en gjennomgående positiv holdning til verktøyet. Vi ønsker i det følgende å *beskrive* det inkarnerte mysteriet. For å underbygge og illustrere resultatene våre vil vi ta med sitater fra intervjuetekstene.

Helsepersonell erfarer at LCP er et krevende dokumentasjonsverktøy

I fokusgruppeintervjuene gir samtlige informanter uttrykk for at LCP er et krevende dokumentasjonsverktøy, og at dette er en oppfatning som de deler med de andre på avdelingene: *Jeg tror vi er enige på vår avdeling, at det er tungvint ... synes det er vanskelig* (F5). Informantene forteller at det er vanskelig å få oversikt over tiltaksplanen inne på Profil, og at dokumentasjonsverktøyet er lite tilpasset den travle hverdagen som de jobber innenfor. Tre fagansatte snakker sammen om hvor tungvint dette er, og hvilke fordeler et papirbasert system ville hatt:

Jeg føler at det hadde vært bedre å hatt alt på et sted. Faktisk hadde det vært enklere å hatt alt på papir. Det er kanskje gammeldags, men ... (latter). (F4)

Det er jo viktig at vi har oversikt, og at vi klarer å finne det rask. (F2)

For det er ikke bestandig du har tid. Du har det ganske travelt, og så skal du logge deg inn for hver gang du skal skrive noe. Det tar jo tid! Det hadde vært mye bedre å hatt det der fremfor deg ... (F4)

Ja, da hadde en hatt oversikt når alt stod samlet på et sted. (F3)

Særlig del 1 av tiltaksplanen oppleves som omfattende, hvor de må gå gjennom mange sjekkpunkter i den første vurderingen av pasienten. Det å legge inn tiltaksplanen i EPJ på Profil blir derfor en tidkrevende prosess og en bøyg å komme over. To av ressurspersonene beskriver det slik:

Og så er det jo noe med den tidsbruken, for det tar jo tid. Det er ikke bare å gå inn i Profil og klippe og så trykke et par ganger – og du er ferdig. Nei, det er masse en må gjøre (R3).

Jeg tror det er det som har vært det største steget for mange ... det å starte opp med planen i Profil: 'Huff, det er så mye. Hvor skal vi begynne hen?' (R1)

Del 2 i tiltaksplanen oppleves mindre omfattende, men til gjengjeld beskriver informantene at spørsmålene (sjekkpunktene) i denne delen er vanskelige å svare på. I tillegg fremhever flere at brukergrensesnittet oppleves uoversiktlig og lite intuitivt.

Tror ikke det er så mange som kan det, egentlig ... Det er vanskelig å vite hvor en skal gå hen i Profil. (F4)

Jeg tror det var (tidligere ressursperson) som hjalp meg en gang, og da syntes jeg det så veldig greit ut. Men så skulle jeg prøve det på egen hånd neste gang, og da fikk jeg det ikke til. (F1)

Selv om det ble gitt opplæring i forbindelse med innføring av tiltaksplanen, uttrykker informantene at opplæringen ikke har vært tilstrekkelig for at de skal klare å håndtere tiltaksplanen i Profil. Spesielt når det går lang tid mellom hver gang tiltaksplanen brukes, opplever informantene det som krevende å huske på hvordan de skal dokumentere i tiltaksplanen. Flere beskriver også det datatekniske som en særlig utfordring blant de eldste av de ansatte, og at det tar tid å lære et nytt dokumentasjonssystem.

Nei, jeg tror det å bruke det dataverktøyet, det var det som ble vanskelig for både meg og de andre på min avdeling. For vi har anvendt det for lite. Det blir like fremmed hver gang vi tar det frem. (R3)

Vi er mange godt voksne, og da tar det lengre tid å lære seg det tekniske på dataen. Det går tregere. (F3)

Samlet sett fører disse negative erfaringene til at helsepersonell kvier seg for å dokumentere i Profil, spesielt gjelder dette del 1 av tiltaksplanen. Det fører også til at noen unnlater å starte opp med tiltaksplanen i Profil, og overlater ansvaret til ressurspersonene når de kommer på jobb.

Vi opplevde at den palliative behandlingen ble igangsatt, men uten at det ble dokumentert. Jeg hadde fri, og kom på jobb fredags ettermiddag. Da måtte jeg ta den første vurderingen i etterkant, og deretter ta den fortløpende vurderingen. Det var ingen som visste hvordan de skulle starte opp og bruke planen i Profil. (R4)

Helsepersonell er positive til LCP som dokumentasjonsverktøy

Til tross for at samtlige av informantene uttrykker eksplisitt at de opplever LCP som et krevende dokumentasjonsverktøy, tilkjenner de at de ikke ville vært det foruten. En årsak til dette synes å være at tiltaksplanen bidrar til kvalitetssikring av dokumentasjonen. Blant annet hjelper planen dem til å være mer konkrete og også mer systematiske i forhold til *hva* som skal dokumenteres. Det igjen bidrar til at det blir enklere å finne relevant pasientinformasjon i EPJ når de har behov for det.

Nå er det enklere å få oversikt, for en må dokumentere etter det samme oppsettet.

Før så skrev vi en lang sammenhengende rapport, uten noen faste punkter. (R1)

Ja, vi skreiv det som var skjedd. (R2)

Vi skrev at vi hadde gjort sånn og sånn, og så har vi gjort det og det – ikke sant?

Det var alt fra eliminasjon til ... (R1)

... snuing. (R2)

Ja. Men nå får du jo systemisert det litt mer under hvert punkt, og da ser du jo veldig raskt om det er noen endringer ... (R1)

Ja, så det er mye mer oversiktlig. (R2)

Informantene opplever også at tilsynslegene er blitt mer ansvarliggjort i forhold til dokumentering av pasientens tilstand og behandling etter innføringen av tiltaksplanen. Eksempelvis opplever de at legene er blitt flinkere til å dokumentere at «pasienten er døende», forskrive behovsmedikasjon, samt at de er blitt tydeligere på å beskrive hvilke ikke-esensielle medikamenter og tiltak som er seponert. Når legen har satt sin signatur på tiltaksplanen i EPJ, signaliserer dette et klart skifte i fokus på avdelingen – fra kurativ til lindrende behandling. Skifte i fokus fører til større enighet mellom de ansatte i forhold til hva som skal gjøres og ikke gjøres i behandlingen av de døende pasientene. Med andre ord opplever informantene at legedokumentasjonen bidrar til å tydeliggjøre videre ansvar og oppgaver som de har overfor den døende pasienten:

Det er så godt at doktoren signerer. Da skal vi ikke gi noe mer behandling, ting blir avsluttet. Det er så godt at han har tatt den vurderingen sammen med oss, at nå tar vi det

med ro, og lar pasienten ha det best mulig ... med lindring og sånt ... ikke stresse med andre ting og tang rundt. Tidligere var jo ikke doktoren så mye med, og det var ikke noe som ble dokumentert og avsluttet. De skrev det kanskje på legevisitten dersom vi ba om det, men ikke sånn som nå. Det har blitt mer tydelig at her er det avsluttet. (R1)

Tiltaksplanen inneholder viktig og relevant kunnskap om pleie og omsorg ved livets slutt. Informantene opplever at det skjer en kunnskapsutvikling når de arbeider med og dokumenterer i tiltaksplanen. Det betyr at tiltaksplanen virker å være en kunnskapskilde i selve dokumentasjonspraksisen. Denne kunnskapsutviklingen gjør helsepersonell tryggere i egen yrkesrolle:

Vi som jobber med det, får økt kompetansen vår, og det gjør at vi utviser trygghet på et helt annet vis. Vi vet hva vi skal gjøre, ikke sant? (...) Det som jeg kjenner på nå i ettertid, er jo at jeg var mer utrygg før. Nå er vi mye tryggere, for vi vet mer hva som skjer, hva vi skal si, og hva som skjer i neste runde. Økt kompetanse gir trygghet, altså at hele opplegget med tiltaksplanen er en hjelp for de som er litt mer utrygge på pleien. (R3)

Jeg tror vi har blitt tøffere – at vi har mot til å tørre å si mer. Vi sier det mer som det er ... vi snakker ikke rundt det. (F7)

Løsning av mysteriet – Hvordan forstå diskrepansen i erfaringskunnskapen?

Hvordan kan vi forstå at helsepersonellet på den ene siden erfarer at LCP er et krevende dokumentasjonsverktøy som i liten grad er tilpasset deres arbeidsmåter, samtidig som de har en gjennomgående positiv holdning til det? I det følgende vil vi fortolke og diskutere mulige løsninger av mysteriet i lys av ulike teoretiske perspektiv. Vi har valgt å presentere diskusjonen vår etter følgende tredeling: 1) «Fast koplet system», 2) «Behovet for legitimitet» og 3) «Frakopling» og nye effekter av LCP».

«Fast koplet system»

Når standardiserte verktøy implementeres i organisasjoner, foreligger det ofte en slags forventning og/eller en underliggende antakelse om at

verktøyet skal fungere i en slags symbiose med praksisen som utøves i organisasjonen (Gabbay & Le May, 2011). Relatert til denne studien kan en beskrive tiltaksplanen og dokumentasjonspraksisen som to ulike enheter, hvor det er ønskelig at disse fungerer i en harmonisk sameksistens. Det vil si at tilfredsstillende implementering er oppnådd når enhetene lever i et symbiotisk forhold til hverandre. Innenfor systemteori blir et slikt forhold beskrevet som et «fast koplet system» (Orton & Weick, 1990; Weick, 1976). I korthet går dette ut på at når enheter deler felles variabler, vil de kunne fungere som et lukket eller «fast koplet system» (Glassman, 1973).

I denne studien har vi fått et unikt innblikk i hvordan helsepersonell, i en implementeringsfase, prøver å fortolke, oversette og tilpasse den standardiserte tiltaksplanen til egen praksis. Studien viser at helsepersonell strever med å implementere det standardiserte verktøyet til praksis, noe som gjør at de opplever dokumentasjonspraksisen som krevende. Helsepersonell opplever, med andre ord, at det er vanskelig å oppnå et harmonisk forhold («fast koplet system») mellom god dokumentasjonspraksis og tiltaksplanen. En årsak til dette synes å være at enhetene (tiltaksplan og dokumentasjonspraksis) består av to ulike logikker eller tankesett, hvor de deler få felles variabler. Dette gjør det vanskelig å oppnå et symbiotisk forhold eller et «fast koplet system». Med Max Weber (1978) kan vi beskrive disse logikkene som en instrumentell og formålsrasjonell orden versus en verdirasjonell orden. Tiltaksplanens underliggende logikk er formålsrasjonell med en rigid struktur som ikke tar hensyn til kontekstuelle faktorer (variabler) som tid, ressurser eller den unike situasjonen som helsepersonell befinner seg i. Dokumentasjonspraksisen har derimot en verdirasjonell orden, hvor mennesker handler innenfor «etiske rom» – hvor nettopp kontekstuelle faktorer (variabler) *må* tas høyde for. Når ulike enheter innad i et system mangler felles variabler, skaper dette ofte usikkerhet innad i organisasjonen (Glassman, 1973; Meyer & Rowan, 1977). Dette synes også å være tilfellet i denne studien, hvor helsepersonell må forholde seg til ulike logikker innad i et system, og hvor dette ser ut til å skape usikkerhet i yrkesutøvelsen.

«Behovet for legitimitet»

At helsepersonell synes å ha en gjennomgående positiv holdning til tiltaksplanen, kan i og for seg virke uforståelig og selvmotsigende, med tanke på at de opplever tiltaksplanen som et krevende verktøy. Vi tror imidlertid at diskrepansen kan gi mening hvis vi ser nærmere på bakenforliggende årsaker til innføring av standardiserte verktøy:

Som beskrevet i introduksjonen er standardisering blitt politisert som «den nye standarden» for kvalitetsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; HelseOmsorg21, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), og er dermed blitt et symbol på legitimitet og tillit «utad» til befolkningen. Tidligere ble helsepersonell betrodd tillit «ovenfra» i kraft av formell utdanning (Grimen, 2008). Dette har endret seg i takt med det økende fokuset på den individuelle borgers rettigheter. Det vil si at gjennom økt lovfesting av borgernes rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), er det blitt et økt krav til helsepersonell om å utøve tjenester av god kvalitet. Helsepersonell er i den forbindelse blitt «bakkebyråkrater» som skal sikre at lovverk og politiske føringer blir etterlevd (Lipsky, 1980). Tillit er ikke lenger noe som er automatisk gitt i kraft av formell utdanning, men noe som helsepersonell må vise «nedad» (bakkenivå) at de er fortjent. Kravet om tillit er slik blitt en styrende forvaltningsverdi i helsesektoren, hvor borgerne skal sikres mot uforsvarlig og vilkårlig behandling (Vabø, 2014).

Dette kravet står imidlertid i konflikt til en annen forvaltningsverdi som helsepersonell også er nødt til å forholde seg til, nemlig kravet om effektivitet (Vabø, 2014). Det betyr at helsepersonell må forholde seg til en virkelighet hvor det handler om å utøve tjenester av god kvalitet basert på stramme ressurser og rammevilkår. Dette er et vanskelig oppdrag som har ført til at samfunnet har begynt å lete etter nye måter å levere tjenester på. Dette er noe av grunnen til at stadig nye reformer blir utprøvd, og her kommer også standardiserings-tilnærmingen inn. For med standardisering følger både kvalitet og effektivitet. Det vil si at gjennom å standardisere behandlingen sikrer en at helsepersonell utøver god og lik behandling til pasienter med samme type sykdom – samtidig som behandlingen også er effektiv ved at en unngår såkalt unødvendig behandling (svinn). Med andre ord synes standardiseringstilnærmingen

å kunne signalisere legitimitet og tillitt «nedad» og «utad» i tillegg til at effektiviteten opprettholdes.

Da begynner vi å nærme oss kjernen til en mulig forståelse av hvorfor helsepersonell synes å være positive til tiltaksplanen, til tross for at dokumentasjonen oppleves som tungvint. Studien vår viser at helsepersonell opplever en økt kvalitetssikring av dokumentasjonen etter innføring av LCP, hvor planverktøyet synes å være effektivt i den grad at det hjelper helsepersonell til etterlevelse av lovverk. Eksempelvis vil bruken av planverktøyet hjelpe helsepersonell til å oppfylle dokumentasjonsplikten (Helsepersonelloven, 1999, kap. 8), og samtidig signalisere etterlevelse av kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, kap. 2 § 4). Med andre ord kan standardiseringstilnærmingen betegnes som en «myte», som i utgangspunktet ikke er tilpasset kontekstuelle forhold, men som ønskes å opprettholdes på grunn av legitimiteten den signaliserer (Meyer & Rowan, 1977). Det vil si at selv om planverktøyet oppleves som tungvint, ønskes den å bli opprettholdt fordi den bidrar til å skape tillitt «nedad» og «utad» til befolkningen.

«Frakopling» og nye effekter av LCP

Selv om dette synes å kunne være en god løsning på mysteriet, er det fremdeles noe som gjenstår for å få et mer helhetlig bilde av den beskrevne diskrepansen. Analysen viser blant annet at planverktøyet synes å være effektivt utover det å bidra til legitimering av praksisen. Dette ønsker vi å utforske i det følgende:

Som beskrevet tidligere strever helsepersonell med å fortolke og oversette tiltaksplanen til praksis på grunn av de ulike tankesettene som tiltaksplanen og dokumentasjonspraksisen representerer (formålsrasjonell versus verdirasjonell orden). På grunn av legitimeringen som tiltaksplanen gir, har vi sett at helsepersonell ønsker å opprettholde bruken av verktøyet. Det betyr at helsepersonell må finne egne måter å løse diskrepansen mellom en formålsrasjonell og verdirasjonell orden på – og hvor nettopp denne løsningen ser ut til å skape positive effekter for selve yrkesutøvelsen, nemlig:

- Generering av felles kultur
- Kompetanseoverføring
- Økt trygghet hos helsepersonell

Når legen samvirker med tiltaksplanen (signerer for at pasienten er døende og avklarer videre behandling), så skapes det et skifte i behandlingen som oppleves positivt av samtlige helsepersonell. Det vil si at det genereres en «felles kultur» (fokus på lindrende behandling) i det øyeblikket legen signerer i pasientjournalen. Når helsepersonellet, som da har fått et endret fokus, fortløpende samvirker med tiltaksplanen, skjer det en *kompetanseoverføring* fra tiltaksplanen og til helsepersonell. Det vil si at tiltaksplanen, som kunnskapskilde, bidrar til internalisering av verdifull kunnskap om omsorg ved livets slutt, hvor helsepersonell «tar inn» denne kunnskapen og gjør den til en del av sin egen (yrkes)identitet (Brown & Palincsar, 1989). Når kunnskapen er tilfredsstillende internalisert, fører dette til *økt trygghet* i rollen som helsearbeider. Kunnskapen gjør dem tryggere i samhandling og omsorg for de døende, og i samhandling med kolleger.

Det ser altså ut til at det skjer en «frakopling» av det «fast koplede systemet³» når helsepersonell skal oversette og tilpasse tiltaksplanen til egen praksis og yrkesutøvelse, og hvor dette bidrar til nye og spennende effekter av LCP. Dette er i samsvar med aktør-nettverksteori (Latour, 2005), hvor vi da kan betegne LCP-verktøyet som en ikke-menneskelig aktør, som i utgangspunktet er et «dødt objekt», men som har potensial til å generere nye og uventede hendelser når det samvirker med menneskelige aktører. Når helsepersonell får lov til å oversette tiltaksplanen til praksis på sin egen måte, foreligger det som Latour (2005) kaller for «svak inskripsjon». Eller som vi med Meyer og Rowan (1977) kan kalle et «løst koplede system». Felles for begge disse teoriene er at det åpnes opp for generering av nye og uventede resultater. Det vil si at det åpnes opp for at LCP-aktøren kan brukes på andre måter enn det skaperen opprinnelig hadde tenkt med planverktøyet.

3 I utgangspunktet foreligger det ikke et «fast koplede system», men en *underliggende antakelse* om at systemet *bør være* «fast koplede».

En «løs kopling» eller «svak inskripsjon» synes derfor å kunne være en god forklaring på hvorfor helsepersonell opprettholder positive erfaringer utover «legitimerings»-løsningen. Med andre ord er helsepersonell positive til dokumentasjonsverktøyet fordi det har evne til å generere positive effekter utover det som er den opprinnelig hensikten med planverktøyet. *Hvorvidt* dette faktisk skjer, eller *hvordan* dette eventuelt skjer, har vi ikke empiri for å kunne svare på. Empirien gir likevel holdepunkter for at «noe skjer», og hvor dette gir resultat i form av positive effekter.

Utvikle løsningen av mysteriet: oppsummering, konklusjon og implikasjoner

Gjennom bruk av en abduktiv tilnærming til empirien har vi fått en ny forståelse og kunnskap om dokumentasjonspraksis når elektronisk tiltaksplan til døende pasienter blir tatt i bruk på sykehjem.

Med LCP som eksempel kan vi si at *standardisering* er en krevende tilnærming når den er lite tilpasset kontekstuelle forhold. Dette indikerer at vi bør være forsiktige med å politisere standardisering som den «nye standarden» for kvalitetsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; HelseOmsorg21, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) før vi får mer kunnskap om hvordan tilnærmingene fungerer i praksis. I tilfellet med den elektroniske versjonen av tiltaksplanen LCP så sannsynliggjør denne studien at en revidering av planverktøyet i Profil vil kunne gjøre planen mer brukervennlig og mer tilpasset kontekstuelle forhold.

Ved å undersøke dokumentasjonspraksisen med bruk av elektronisk tiltaksplan for døende har vi bidratt til å avdekke myter som opprettholdes på grunn av legitimeringen som følger med den (Meyer & Rowan, 1977). Tar ingen bryet med å undersøke hva som faktisk skjer når vi bruker standardiserte verktøy, vil mytene bidra til å opprettholde «status quo» i samfunnet vårt. Da lukker vi samtidig også dørene for å prøve ut andre tilnærminger som kanskje er mer effektive enn standardiserings-tilnærmingen. Dette vil i så måte kunne bidra til å hemme samfunnsoppdraget om å utvikle gode og effektive helsetjenester – i dette tilfellet: omsorgen for døende i sykehjem.

Til slutt har vi i denne studien vist at helsepersonell evner å finne egne måter på å tilpasse formålsrasjonelle verktøy (her: LCP) til en verdirasjonell orden (her: dokumentasjonspraksis), og hvor denne tilpasningen ser ut til å kunne generere positive effekter ut over det som var den opprinnelige hensikten med verktøyet. I studien vår har vi vist at når menneskelige aktører samvirker med tiltaksplanen, har den evne til å bidra til: *generering av felles kultur, kompetanseoverføring og økt trygghet hos helsepersonell*.

Vi har i den forbindelse en antakelse om at det skjer en «frakopling» fra det rigide systemet når tiltaksplanen skal oversettes i praksis, og hvor den «løse koplingen» synes å kunne generere disse nye effektene. Hvorvidt denne teorien synes å være en riktig forklaring på fenomenet, må imidlertid undersøkes empirisk. Det vil si at videre forskning bør ha fokus på å undersøke nærmere hva som skjer når standardiserte verktøy brukes. Om teorien om «frakopling» synes å være riktig, så hentyder dette i så måte til at vi kanskje ikke trenger å være så bekymret for rigiditeten som ligger i den standardiserte tilnærmingen, fordi helsepersonell selv evner å bruke verktøyet fleksibelt og tilpasse det til sin egen kontekst.

Eller sagt med andre ord: Det er nettopp gjennom å tillate en «frakopling» at en åpner opp for nye og spennende effekter – som til syvende og siste vil kunne komme samfunnet og også den enkelte pasient til gode i form av kvalitative, gode helsetjenester.

Referanser

- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2007). Constructing mystery: Empirical matters in theory development. *Academy of Management Review*, 32(4), 1265–1281. <https://doi.org/10.5465/AMR.2007.26586822>
- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2011). *Qualitative research and theory development – mystery as method*. London: Sage.
- Alvesson, M. & Sköldberg, (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2018). *Reflexive methodology – new vistas for qualitative research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Andersson, S., Lindqvist, O., Fürst, C. J. & Brännström, M. (2018). Care professional's experiences about using Liverpool Care Pathway in end-of-life care in residential care homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(299–308). <https://doi.org/10.1111/scs.12462>

- Brattgjerd, M. & Olsen, R. M. (2016). Omsorg ved livets slutt. En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med Liverpool Care Pathway i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3), 20–32. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-05>
- Brown, A. L. & Palincsar, A. S. (1989). Guided, cooperative learning and individual knowledge acquisition. I L. B. Resnick (Red.), *Knowing, learning and instruction – essays in honor of Robert Glaser* (s. 393–451). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Chan, R. J., Webster, J. & Bowers, A. (2016). End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008006.pub4>
- Clark, J., Marshall, B., Sheward, K. & Allan, S. (2012). Staff perceptions of the Liverpool Care Pathway in aged residential care in New Zealand. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(4), 171–178. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.4.171>
- Ellershaw, J., Foster, A., Murphy, D., Shea, T. & Overill, S. (1997). Developing an integrated care pathway for the dying patient. *European Journal of Palliative Care*, 4(6), 203–207.
- Ellershaw, J. & Wilkinson, S. (2011). *Care of the dying: A pathway to excellence*. Oxford: Oxford University Press.
- Gabbay, J. & Le May, A. (2011). *Practice-based evidence for healthcare – clinical mindlines*. Oxon: Routledge.
- Glassman, R. B. (1973). Persistence and loose coupling in living systems. *Behavioral Science*(18), 83–98. <https://doi.org/10.1002/bs.3830180202>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197–215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 2008–2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. nr. 26. 2014–2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- HelseOmsorg21. (2014). *Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Rapport 2014*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hockley, J., Watson, J., Oxenham, D. & Murray, S. (2010). The intergrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the

- UK: An in-depth evaluation *Palliative Medicine*, 24(8), 828–838. <https://doi.org/10.1177/0269216310373162>
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups.(Qualitative Research, part 5). *British Medical Journal*, 311(7000), 299.
- KLB. (2019a). Livets siste dagar – plan for lindring i livets slutfase. Hentet fra <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/livets-siste-dagar-plan-for-lindring-i-livets-slutfase>
- KLB. (2019b). Registrerte brukersteder for Livets siste dagar. Hentet fra https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Livets%20siste%20dagar/Brukersteder_Livets%20siste%20dager.pdf
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th ed. ed.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social. An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Lemos Dekker, N., Gysels, M. & Van der Steen, J. (2017). Professional caregivers' experiences with the Liverpool Care Pathway in dementia: An ethnographic study in a Dutch nursing home. *Palliative and Supportive Care*, 1–8. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000645>
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, 340–363. <https://doi.org/10.1086/226550>
- Orton, J. D. & Weick, K. E. (1990). Loosely coupled systems: A reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15(2), 203–223. <https://doi.org/10.2307/258154>
- Pasient- og brukerretrtighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerretrtigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Veerbeek, L., van Zuylen, L., Swart, S., van der Maas, P. J., de Vogel-Voogt, E., van der Rijt, C. C. & van der Heide, A. (2008). The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: A multi-centre study. *Palliative Medicine*, 22(2), 145–151. <https://doi.org/10.1177/0269216307087164>
- Weber, M. (1978). *Economy and society*. Berkely: University of California Press.
- Weick, K. E. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly*, 21(1), 1–19. <https://doi.org/10.2307/2391875>
- WMA. (1964/2013). The declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

