



Innledning til artikkelen:

”Den muntlige behandlingskulturen og IKT”

Silje Folkvord

Mastergradsoppgave i helsefag, flerfaglig studieretning

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2012

Forord

Jeg vil takke avdelingen hvor jeg utførte feltarbeidet mitt. Jeg ble tatt veldig godt i mot, og opplevde en åpenhet i samtaler som jeg ikke hadde turd å håpe på i forkant. En stor takk til dere.

Til mine flotte medstudenter, i begge deltidskullene jeg som fulltidsstudent fikk følge, vil jeg takke for mye god oppmuntring og faglige diskusjoner. Dere har gjort tunge fagtekster forståelige, og bidratt til min læring på ulike områder i løpet av de to årene i masterstudiet. Flerfagligheten i klassene har jeg opplevd som utrolig viktig i læringsprosessen min, da helsefaget er sammensatt av så mange ulike fagspesialiseringer. Å lære mer om ulike grener inne helsearbeidet har åpnet øynene mine for mange viktige tema, ikke bare innenfor mitt eget felt.

Til mamma, pappa og lillesøster Siri, Christine Moen, Evy Fjellro og Herulf Solheim: Deres tillit til at jeg kan klare det jeg har bestemt meg for, og støtte i tungere tider, har jeg ingen ord gode nok for å beskrive betydningen av. Takk for at dere har vært med meg i studietiden.

En stor takk går også til mine venner Klara Gautestad og Line Undeland Hamarsland. Dere har vært en viktig støtte i studiet.

Anette Langås Larsen, Silje Frydstad Pedersen og Henning Nysted har vært mine følgesvenner som fulltids masterstudenter. Vårt samarbeid har vært uvurderlig på mange vis. Jeg hadde ikke kommet meg gjennom dette uten dere. Tusen takk.

Sist men ikke minst vil jeg takke min veileder, og medforfatter i artikkelen, Nina Foss. Ikke bare for hennes kyndige veiledning, men også for hennes engasjement, oppmuntring og tro på min evne til å gjennomføre på en bra måte. Tusen takk Nina.

Silje Folkvord 15.05.12

Sammendrag

Bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) fremmes som et helsepolitisk satsningsområde i helsetjenestene. Intensjoner er å bedre pasientflyt og samhandling mellom helsepersonell og å fremme faglig effektivitet og kvalitet. I Norge har alle offentlige sykehus innført Elektronisk Pasient Journal (EPJ). Behandlingsplan er en del av Elektronisk Dokumentasjon Sykepleie (EDS). Kvalitativ forskning på implementering av IKT i helse- og omsorgssektoren har vokst frem de senere årene. Flere av studiene viser at innføring av nye teknologiske hjelpemidler fører til endring i samarbeidsformer. Denne artikkelen analyserer hverdags-samhandling rundt utforming og bruk av behandlingsplan, i en tverrfaglig personalgruppe i en psykiatrisk sengepost. Valgt metode er feltarbeid over tre uker, med deltakende observasjon og halvstrukturerte intervjuer. Materialet drøftes ved hjelp av begreper fra samhandlingsanalyse, med vekt på analyse av hverdagspraksis i både den tverrfaglige – og pleiegruppen i avdelingen. Funnene viser at tradisjonelle ansvarsområder og samarbeidsformer i avdelingen, videreføres etter innføring av EDS. Muntlig informasjonsutveksling i møter og uformell samhandling i løpet av arbeidsdagen, er fortsatt mest sentralt i å sikre faglig kvalitet og effektivitet i avdelingen. Det er ikke etablert egne møter i avdelingen med mål om å samarbeide om behandlingsplan. EDS er pleiegruppens felles redskap, men utforming og oppdatering av planen fordeles individuelt, knyttet til roller i pleiegruppen.

Abstract

The use of information and communication technology (ICT) is promoted as a political goal for healthcare practice. The intentions are to enhance cooperation and the exchange of patients between healthcare practitioners, and to enhance professional efficiency and quality. In Norway all public hospitals have implemented Electronic Patient Record (EPR). The care plan is a part of Electronic Nursing Documentation (END). Qualitative research on the implementation of ICT in the healthcare sector has recently started to grow. Several studies show that implementing new technological instruments, leads to changes in the cooperative structure. This article analyzes the cooperation in everyday work, when creating and using a care plan, in an interdisciplinary group of personnel, at work in a psychiatric ward. The scientific method used have been a fieldwork spanning three weeks, with participating observation and semi structured interviews. The collected research material is discussed with the use of terms from interaction analysis, emphasizing analysis of the everyday work in both the interdisciplinary group and the nursing group in a psychiatric ward. Results indicate that the traditional individual responsibilities and the cooperative structure within the ward, is still continued following the implementation of END. Oral exchange of information within meetings, and casual cooperation during work hours, is still the central factor in ensuring professional quality and efficiency of the nursing care throughout the ward. There have not been established dedicated meetings in the ward with the objective of cooperation around care plans. END is a common tool for the group of healthcare practitioners, but the designing and updating of the care plan is delegated individually, depending on the healthcare practitioner's role.

Innholdsfortegnelse

Sidetall:

Innledning	1
Bakgrunn for valg av problemstilling	1
Avgrensinger	2
Behandlingsplan som del av nasjonale føringer for bruk av IKT i helsesektoren	3
Behandlingsplan	4
Tidligere forskning på feltet	5
Artikkelens innhold og hensikten med den	7
Innhold i innledende essay	8
Teoretisk ramme for studiet	9
Hermeneutisk fenomenologi	9
Samhandlingsanalyse	11
Analyse av ansikt-til-ansikt situasjoner	11
Analyse av pleiekulturen	13
Analyse av flerfaglig samarbeid	15
Metode	16
Kvalitativ metode	16
Feltarbeid	17
Studiets forskningsdesign	19
Ethiske overveielser og etiske krav	20
Utfordringer i forhold til kvalitativ metode	23
Datasamling	24
Refleksjoner rundt deltagende observasjon og intervju	25
Innholdsanalyse	29
Hermeneutisk meningsfortolking av intervju	29
Analyse av observasjonsnotater	31

Samhandlingsanalyse	31
Refleksjoner rundt analyseprosessen	32
Presentasjon av artikkel	32
Valg og refleksjoner rundt presentasjonen	33
Funn som ikke ble presentert i artikkel	34
Alternativ til analyse av datamaterialet	36
Avsluttende bemerkninger	37
Referanser	39
VEDLEGG 1 Informasjonsskriv sengepost	43
VEDLEGG 2 Informasjonsskriv intervju	44
VEDLEGG 3 Samtykke erklæring sengepost	45
VEDLEGG 4 Samtykkeerklæring intervju	46
VEDLEGG 5 Intervjuguide	47
VEDLEGG 6 Godkjenning fra Regional Etisk Kommite	48
VEDLEGG 7 Samarbeidsavtale med institusjon	51
VEDLEGG 8 Registreringsskjema ved sykehuset	52
Artikkel:	55

Innledning

Bakgrunn for valg av problemstilling

Etter endt sykepleieutdanning i Tromsø, våren 2006, jobbet jeg ett år i en somatisk sengepost. Her fikk jeg opplæring i hvordan avdelingen så for seg at pasientens behandlingsplan skulle være, og hvordan jeg kunne bruke funksjonene i det anvendte dataprogrammet Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS). Behandlingsplanen var ikke en pleieplan i tradisjonell forstand slik vi hadde lært under utdanning, selv om den baserte seg på sykepleieprosessen som problemløsningsmetode. Behandlingsplanen var en kortfattet plan for behandling pleierne skulle gi pasienten. Utfyllende opplysninger om detaljene i pleien, skulle skisseres i rapportnotat som var tilknyttet hvert punkt i planen. Jeg opplevde planen som et nyttig verktøy, men møtte også utfordringer i forhold til bruken av den i det daglige. Etter dette året begynte jeg i full stilling ved en psykiatrisk sengepost, hvor DIPS behandlingsplan skulle innføres. Jeg tok med meg ideer fra behandlingsplanarbeidet inn på min nye arbeidsplass, og bidro her med forslag til hvordan planen kunne brukes i avdelingen. Jeg hadde også ansvar for opplæringen av pleiepersonalet i å bruke den.

Jeg opplevde det som fordelaktig å kunne diskutere behandlingen i arbeidet med å skrive pasientens behandlingsplan. I psykiatrien jobbet vi som team rundt den enkelte pasient. Ved diskusjoner i personalgruppen eller teamet, og sammen med pasient, kom vi frem til hva innholdet i planen skulle være. Faste møter i personalgruppen i løpet av uken, ga rom for refleksjon rundt behandlingsplanen. På denne måte fikk tverrfaglighet og ulike perspektiv komme til uttrykk. Det som mest av alt fasinerte meg var reaksjonene blant personalet i arbeidet med planen. Noen kunne bli irritert over å ha jobbet mye med en plan som de opplevde resten av personalet ikke fulgte. Andre ganger kunne gruppen engasjere seg i diskusjon rundt formuleringer i planen, som de mente ikke beskrev eller forklarte presist nok. Jeg opplevde mye ulik dynamikk i diskusjonene, alt etter hvem som satt i rommet og hvem som deltok i diskusjonen.

I masterstudiet ønsket jeg å se nærmere på slik dynamikk i samhandlingen rundt DIPS behandlingsplan. Tema for masteroppgaven ble med dette samhandling rundt utforming av behandlingsplaner. Når jeg begynte min datasamling hadde jeg en annen problemstilling enn den jeg viser til for oppgaven. Da stilte jeg spørsmål om hvordan en tverrfaglig personalgruppe samhandler i arbeidet med å utforme planen, og hvordan de opplevde denne

bruken. Jeg mente problemstillingen burde være åpen når jeg utførte studiet, og at den kunne snevres inn ettersom jeg forsto mer om samhandlingen. I denne problemstillingen lå allikevel min forforståelse om at planen også hadde innvirkning på samhandlingen, noe som innvirket til spørsmål jeg stilte under datasamling. Jeg endret etter datasamlingen problemstillingen for studiet til:

Hvordan samhandler en tverrfaglig personalgruppe i en psykiatrisk sengepost i arbeidet med å utforme pasienters behandlingsplan, og hvordan virker planen inn på samhandlingen i gruppen?

Ved å velge en avdeling hvor planen hadde vært i bruk over tid, ønsket jeg å observere innvirkning behandlingsplanen kunne ha på lang sikt. Samtidig ønsket jeg å finne ut om samhandlingen innvirket til bruken av planen, med forventninger om at personene involvert innvirket ulikt i utformingen av den. Jeg valgte å utforske dette ved å gjøre et kvalitativt studie, med feltarbeid og intervju i en psykiatrisk sengepost. Funn viste at avdelingens tverrfaglige og pleiefaglige gruppe ikke brukte behandlingsplanen som grunnlag for diskusjon. Bruken av behandlingsplanen var et individuelt ansvar knyttet til roller i pleiegruppen. Artikkelen omhandler derfor muntlig informasjonsutveksling i arbeidet med å utforme pasientens behandlingsplan, og ulike roller innad tverrfaglig gruppe som innvirket til hva som ble skrevet i behandlingsplanen. Tittelen på artikkelen ble:

”Den muntlige behandlingskulturen og IKT”.

Avgrensinger

På grunn av masteroppgavens størrelse, valgte jeg før datainnsamlingen å ikke fokusere på den skriftlige formuleringen av planen. Jeg har allikevel en del materiale som omhandler dette, men som jeg ikke tar med i oppgaven. Planen er en todelt funksjon; plan og notater er digitalt tilknyttet. Jeg har valgt å se bort fra plannotatene da jeg ønsket å se planen, og dermed sykepleieprosessens, innvirkning i samhandlingen. Jeg velger å forklare sykepleieprosessen som ligger til grunn for planen, men diskuterer ikke prosessen opp mot funn, da denne ikke var tema i noen av de innsamlede dataene.

Jeg så også bort fra pasientens forhold til behandlingsplanen. Dette tema mener jeg fortjener en egen oppgave i seg selv, og vil forhåpentligvis bli adressert av andre. Jeg sammenligner heller ikke funn opp mot helsepolitiske føringer, men vil vise at de er der som bakteppe for innføringen av DIPS og behandlingsplan. Datamaterialet jeg fikk er fortsatt mye

større enn jeg har anledning til å presentere. Ved at fokus for oppgaven er arbeidet med planen, utelater jeg datamateriale som beskriver mye annen samhandling. Funn jeg presenterer er derfor kun utdrag fra materialet som jeg, i analyseprosessen, fant relevant for problemstillingen. Jeg ser at mitt valg av analytiske begreper og metode, kun bidrar med ett perspektiv til å forstå samhandlingen. Flere studier og analyser av samme materialet bør gjøres for å kunne vise et større bilde.

Behandlingsplan som del av nasjonale føringer for bruk av IKT i helsesektoren

Behandlingsplanen i mitt studie er del av det elektroniske pasientinformasjonssystemet DIPS. DIPS er eid av DIPS ASA, som har avtale med tre av Norges fire regionale helseforetak som leverandør av Elektronisk Pasient Journal (EPJ)¹. DIPS EPJ er et omfattende system med mange funksjoner. Behandlingsplanen er del av modulen som kalles Elektronisk Sykepleie Dokumentasjon (EDS). Kompetansesenter for IT i Helse- og Sosialsektoren (KITH) skriver at å dokumentere sykepleie har flere hensikter. De skisserer 7 punkter: Den skal bidra til å ivareta pasientens sikkerhet, være et juridisk dokument, synliggjøre faglig ansvar, tydeliggjøre hva sykepleie er og synliggjøre klinisk erfaring, være et verktøy for fagutvikling, gi grunnlag for ledelse og ressursstyring, og være grunnlag for forskning og utviklingsarbeid. Den skal også være et kommunikasjonsmiddel, sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleien (KITH, 2003, s.7).

Utbredelse og bruk av IKT i helsesektoren er et helsepolitisk satsingsområde. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har siden 1997, presentert nasjonale strategier for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren (Aanestad, 2010). Den siste strategien for 2008-2013, Samspill 2, definerer EPJ med henvisning til helsepersonelloven som; ”alle elektronisk nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient uavhengig av hvilket system de er lagret i.” (HOD, 2008, s.40) EPJ er en del av IKT-systemer som brukes i helsesektoren, og mange forventninger til denne og samhandlingen rundt den signaliseres i strategien. Den skriver med henvisning til Nasjonal helseplan for 2007-2010:

”Riktig bruk av IKT kombinert med organisasjonsutvikling og sterkere fokus på samarbeid og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet.” (HOD, 2008, s.7)

I relasjon til dette står det at:

¹ Kilde: <http://dips.no/nor/om-oss/kunder>

”Kvaliteten på tjenestene skal bli bedre og arbeidsprosessene skal bli mer effektive slik at mer av tiden kan brukes til direkte pasientkontakt og behandling”(HOD, 2008, s.7).

Strategien omtaler samhandling mellom avdelinger og instanser, men også innad avdelingene. Med dette blir ikke bare kvalitet et nøkkelord, men også effektivisering av arbeidsprosesser i samhandlingen.

Behandlingsplan

I Lov om helsepersonell §39 gjøres den som yter helsehjelp pliktig å dokumentere helsehjelpen til hver enkelt pasient i en egen journal(Helsedirektoratet, 2000). Forskrift om pasientjournal legger føringer og krav til dokumenteringen av hver pasients behandling, bl.a. står det i §8 at pasientjournalen skal inneholde: ” Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.” Norsk sykepleierforbund(NSF) har opprettet et forum for IKT og dokumentasjon, som har utarbeidet en veileder i dokumentasjon av sykepleie i EPJ. Denne anbefaler bruken av ”sykepleieprosessen” som et arbeidsredskap i informasjonsformidling og dokumentering(NSFID, 2007). DIPS har i henhold til dette valgt å ta utgangspunkt i sykepleieprosessen.

Sykepleieprosessen er en allmenn analytisk problemløsningsmetode brukt i sykepleiens arbeid og dokumentasjon de siste 30-40 årene(Andersen, 1995). ”I sykepleien foregår det utallige prosesser eller fremgangsmåter(..). Skal en kunne henviser til en bestemt prosess, en *sykepleieprosess*, må den beskrive et overordnet tanke- og handlingsmønster”(Andersen, 1995,s. 11). Andersen skriver i fortsettelsen av sitt kapittel at dette overordnede tanke- og handlingsmønsteret de senere årene, stort sett har innbefattet både sykepleierens evne til problemløsning, og dennes evne til samhandling med pasienten. Problemløsningsmetoden det her er snakk om dreier seg om å gjøre en kartlegging av pasientens problemområder, for så å bestemme mål og tiltak ut i fra det. Målene evalueres fortløpende og kan like gjerne gi en ny tankerekke, som å avslutte en. Sykepleiens, og dermed denne prosessens, overordnede mål er at ”pasienten skal oppnå best mulig helse og velvære”(Andersen, 1995, s.12). I dette kapitlet står det også skrevet litt om kollegaers deltagelse i prosessen som informanter til datasamling(da vi jobber i turnus), men ellers er kollegaers samhandling lite eller ikke nevnt i det hele tatt(Andersen, 1995).

I DIPS behandlingsplan er kodeverket NANDA og NIC mulig å bruke. Dette er standardiseringer i elektronisk dokumentasjon, anbefalt av blant annet KITH og NSF(KITH, 2003; NSF, 2009). Dette var tatt i bruk ved avdelingen hvor jeg gjorde min datasamling. Da jeg har avgrenset i mitt studie å se på den konkrete formuleringen av planen, vil jeg ikke utdype dette noe videre.

Tidligere forskning på feltet

I mine søk har jeg brukt søkfunksjonen ved universitetets hjemmesider, Ofelas. Jeg har hovedsakelig gjort søk i helsefaglige baser med ordene; samhandling, samarbeid, sykepleieprosess, interaction, nursing process, cooperation, nursing process, og DIPS. Jeg har kombinert ordene til ulike søk, men søk viste seg for vide eller ga ingen funn. Jeg konsentrerte søkene mine til SveMed, PubMed, Google Scholar og Bibsys. Søkeord som ble for vide var, også i ulik kombinasjon; information technology, ICT, care plans, integrative work, cooperative work, team work, interproffesional, nursing, DIPS, classification og standardization. Søk på norsk ble også forsøkt uten relevante treff: behandlingsplan, pleieplan, helse og samarbeid. Jeg fikk enkelte treff på EPR og care plan.

Utover dette har jeg søkt i Munin, databasen tilhørende universitetet med Mastergrads- og Doktorgrads-oppgaver. Her har jeg funnet relevante oppgaver og gått via referanselister for å finne artikler. Via disse artiklene har jeg funnet andre. Jeg har også benyttet meg av pensumtekster i studiet, og deres referanser til relevant litteratur. Tips til litteratur og relevante dokumenter har jeg i tillegg fått fra forskere innen fagfeltet i Tromsø. På jakt etter flere kilder, har jeg utført diverse søk i andre fagbaser, da jeg fikk få relevante treff i helsefagbasene. Jeg prøvde å finne søkeord via relevante artikler, men uten hell. Kritikkk til søkene mine er manglende kjennskap til stikkord og MESH-termer aktuelle for min teori og problemstilling, samt ustruktureerte søk utover i prosessen.

Flere studier omhandler bruk av EPJ i helsesektoren, da innenfor ulike retninger. I hovedsak har jeg funnet henvisninger til retningene; computer supported cooperative work(CSCW) og Science and technology studies(STS)(Vikkelsø, 2005), samt bruk av Aktør-nettverk teori, Systemteori og effektstudier av EPJ(Krog, 2009). Artikler jeg har funnet omhandler forskning gjort på nyere tids implementering av EPJ. Utenlandske studier og review-artikler, viser at innføringen av EPJ har ført til endring i arbeidsvaner, og at aktørene bidrar til hvordan EPJ blir brukt(Berg & Bergen, 2004; Krog, 2009; Obstfelder, Engeseth, & Wynn, 2007; Timmons, 2003; Vikkelsø, 2005). Informasjonutveksling mellom aktører og

EPJ, som sirkulerer og endres i prosessene mellom sosial aktør og materiell aktør, eksemplifiseres også (Moser & Law, 2006). Disse undersøker i liten grad hvordan aktørene oppfatter egne oppgaver i relasjon til de andre i samhandlingen. Fokus rettes mot aktørers bruk av EPJ, og denne bruken analyseres i forhold til ulike nettverk som har interesse av at den brukes. Implikasjoner ved motstridende interesser i EPJ presenteres, som kan virke inn på det daglige arbeidet. Slik forskning er også gjort i Norge (Halford, Obstfelder, & Lotherington, 2009; Meum, 2010; Nilsen, 2011).

Ellingsen, Monteiro og Munkvold skriver i sin artikkel (2007) at behandlingsplaner (med referanse til Norge) ikke har blitt diskutert i større grad p.g.a. at de blir brukt i så varierende grad. De nevner at artikler som er utgitt omhandler bruken av standardiserte begreper, som kodeverket NANDA og NIC, noe også deres artikkel gjør (2007). Via tidsskriftet *Sykepleien* og søk i databaser har jeg funnet noen artikler, men ingen med fokus på samhandling og relasjoner innad personalgruppen (Rykkje, Brattestad, & Hansen, 2007; Wangensteen, 2007; Wangensteen & Igesund, 2009; Wangensteen & Nivison, 2008; Wibe, Edwin, Huseby, & Vedal, 2006). Bodil Hansen Blix fokuserer i sin oppgave på behandlingsplanens innvirkning på sykepleieres kunnskap. Hun omtaler planens innvirkning på organiseringen av arbeidet, og påpeker at nye arbeidsrutiner ble etablert ved innføringen av behandlingsplanen. Hun skriver om det hun kaller oppstyking av pleiefellesskapet, som en konsekvens av innføringen av behandlingsplanen og de nye rutinene (Blix, 2005).

Tre studier viser fokus på sosiale prosesser, og relasjoner mellom aktørene i samhandling rundt pasienters behandling. En studie fra Australia omhandler kommunikasjon, og relasjoner innad en gruppe leger med ulik spesialisering. De viser til at sosial dynamikk og relasjoner innad gruppen påvirker kommunikasjonen, og anbefaler fokus på sykehuskulturer og hierarki i fremtidig forskning (Hewett, Watson, Gallois, Ward, & Legget, 2009). Marc Berg viser også til hierarkier mellom, og innad profesjonelle grupper, som en konsekvens av bruk av EPJ i nederlandske sykehus. Hvilke dokumenter personalet leser og skriver, bidrar til disse strukturene (Berg, 1996). Susan Halford, Aud Obstfelder og Anne-Therese Lotherington analyserer samhandling i en norsk somatisk sengepost rundt dokumentasjonen i EPJ. De beskriver i sitt case-studie hvordan innføring av nye EPJ-systemer bidro til produksjon, og reproduksjon av implisitte relasjoner i den tverrfaglige personalgruppen. Personalet endret oppfatning av ens egne arbeidsoppgaver, og med det oppfatning av seg "selv" og sin identitet i relasjon til de andre. De beskriver også hvordan personalet innvirket til EPJ, ved over tid å innarbeide en implisitt, felles forståelse av arbeidspraksis som støttet opp om bruken. Da på

bekostning av individuelle identiteter og moral i samhandlingen. EPJ innvirket med dette også til hierarkier i personalgruppen (Halford, Obstfelder, & Lotherington, 2010).

Studiene viser at som aktører i samhandlingen er vi med på å forme hvordan EPJ, og dermed også behandlingsplan, blir tatt i bruk. Vi blir også formet som aktører av denne bruken. Studiet til Hewett m.fl., Berg og Halford m.fl. viser også at sosial dynamikk, relasjoner innad personalgruppen, og sosiale "Selv" innvirker til kommunikasjon og samhandling i arbeidet med å planlegge pasientens behandling. Å bruke EPJ inngår i samhandlingen, og innvirker til hierarkier mellom aktørene, mellom og innen de ulike profesjonene.

Halford m.fl. skriver om sin artikkels relevans i forhold til tidligere forskning, blant annet i forhold til tidligere STS-forskning som de mener ikke adresserer aktørers identitet i samhandlingen: "This is important for theoretical completeness- it remains a gap in conceptualisations of the medical record." (2010, s. 213) De poengterer viktigheten av denne type studie for det praktiske arbeidet, da EPJ er avhengig av aktørene som tar den i bruk:

"Understanding how record keeping is involved in the production and reproduction of working lives and identities is the key to this implementation process. If we do not grasp this, then the impact of changing the record-keeping systems will certainly be unpredictable and may be unmanageable." (2010, s.213)

Artikkelens innhold og hensikten med den

I artikkelen presenterer jeg funn og analyse. Funn viser at planen primært blir brukt som et dokumentasjonsredskap for å innhente opplysninger. Det er ikke egne møter i avdelingen hvor planstrukturen gir utgangspunkt for diskusjonen, eller hvor planen blir fokus for diskusjon. Med dette videreføres tradisjonelle muntlige samhandlingsformer i personalgruppen. Hva som skrives i planen er knyttet til ulike roller i samhandlingen, og funn viser konturen av hierarki. Ved hjelp av Goffmans teori analyserer jeg samhandlingen for implisitte mønstre. Mønstrene viser seg i mitt studie som hierarki i den tverrfaglige gruppen, og som mer symmetriske samhandlingsformer innad pleiegruppen. Mønstrene sammenligner jeg med Måseides samhandlingsanalyse av tverrfaglig gruppe (Måseide, 1987), og Hamrans analyse av pleiekulturen (Hamran, 1992) før elektronisk behandlingsplan ble innført. Sammenligning viser at hierarkiet innad tverrfaglig gruppe, i forhold til arbeidet med å utforme pasientens behandlingsplan, er en videreføring av hierarki fra før EDS ble innført i

sykehus. Behandling som blir bestemt i tverrfaglig gruppe forventes utført av pleierne, og etter innføring av EDS innebærer det at den blir skrevet inn i plan. Hierarkiske strukturer viser seg også i pleiegruppe i forhold til hvem som skriver hva i planen, men i samhandlingen blir denne mindre tydelig. Samhandlingen er preget av kontinuerlig, ustrukturert informasjonsutveksling i løpet av vaktene. I sammenligning med Hamrans analyse av pleiekulturen viser denne også å være en videreføring av samhandling før EDS ble innført.

Diskusjonen i min artikkel viser dermed at innføringen av EDS ikke har hatt større innvirkning på samhandlingen. Dette i motsetning til nasjonale føringers krav om at EPJ skal bidra til effektivisering av arbeidsprosesser, og å sikre kvalitet i behandlingen gitt pasienter innad avdelinger. Tidligere forskning viser også at innføringen av EPJ, og EDS, gir endring i arbeidsformer. Studier som omhandler bruk av EPJ viser endring i hierarkier. Min artikkel vil være et bidrag til å se at endringene ikke nødvendigvis behøver å gi stor utslag i samhandlingen.

Jeg ønsker med artikkelen å bidra til forskning som viser hierarkiske strukturer og samhandlingsformer i tverrfaglige grupper og pleiegrupper. Med dette ønsker jeg å gi helsepersonell og ledere, en bedre forutsetning for å forstå hva som skjer i samhandling rundt planen. En fyldig beskrivelse i artikkelen av avdelingens organisering, vil gi leseren mulighet til å forstå samhandlingen i en kontekst. Økt oppmerksomhet og refleksjoner rundt hvordan planen kan brukes av personalet, og hvilke organisatoriske forhold som spiller inn, kan bidra til at konsekvenser av bruken for samhandlingen vurderes. Slik kan implementering og videreutvikling av arbeidet med planen bli mer håndterbart(2010). Min artikkel vil med dette kunne bidra til forskning som er lite publisert. Min veileder vil være medforfatter til artikkelen.

Innhold i innledende essay

Masterstudiet i helsefag, flerfaglig studieretning, i Tromsø, gir studentene to valg for presentasjon av studiet. Ett alternativ er en sammenhengende oppgavetekst, monografi, det andre er som artikkel med innledning. Jeg har valgt å presentere studiet mitt som artikkel og innledning. Mine vurderinger for innhold i essayet, baserer jeg på uttalelser fra veiledere i masterseminar våren 2012. Jeg vil i dette innledende essayet utdype, og begrunne faglig, vurderinger og valg jeg gjorde i studiet og i arbeidet med artikkelen. Innledningsvis har jeg forklart bakgrunn for studiet, og presenterer her mitt utgangspunkt for valg av tema og metode, samt artikkelens innhold og hensikt. Videre i essayet vil jeg utdype relevant litteratur

og teori i forhold til studiet, for så å forklare metode og analyse i gjennomføringen av det. Siste del av essayet omhandler relevante funn for problemstillingen jeg utelot i artikkel, samt andre analytiske vinklinger jeg vurderte for materialet mitt.

Teoretisk ramme for studiet

I mitt studie ønsket jeg å forstå mer om hvordan samhandling foregår i en personalgruppe i arbeidet med behandlingsplanen i Dips. Jeg ønsket å forstå dynamikken i samhandling, og hvordan denne var relatert til behandlingsplanen. Hvordan jeg kan oppnå forståelse, har jeg valgt en teoretisk forankring for å kunne forklare. For å utvikle min forståelse og kunne formidle hva dynamikk i samhandlingen dreier seg om, har jeg valgt et analytisk perspektiv for samhandlingen. Jeg vil nå presentere mitt valg av teoretisk forankring og analytiske perspektiv.

Hermeneutisk fenomenologi

Som teoretisk forankring vil jeg ta utgangspunkt i Gadammers fortolkende fenomenologi (Polit & Beck, 2008). Fenomenologi har sitt opphav i Husserls filosofi, men ble utviklet av flere andre (Bengtson, 2006; Thornquist, 2003). Fenomenologi tar utgangspunkt i en levd livsverden som oppleves av mennesker gjennom sansene (Polit & Beck, 2008). Fenomenologer søker å forstå "det som viser seg" for mennesket i dennes opplevde verden, og med det en erfarings- og meningsverden ut fra aktørenes eget subjektive perspektiv. Ordet fenomen kommer av den greske betydningen "det som viser seg", som har gitt navn til fenomenologien (Thornquist, 2003, s. 85-87). Eksempel på fenomener i forskning om helse, er meningen ved lidelse eller livskvalitet ved sykdom (Polit & Beck, 2008, s.227).

Polit og Beck skriver at fortolkende fenomenologi ble utviklet av Husserls elev Heidegger. Heidegger la vekt på å fortolke og forstå opplevelsene, og meningen bak dem, ikke bare beskrive dem slik de blir oppfattet. I utgangspunktet var denne hermeneutiske retningen en måte å fortolke mening i et objekt, som for eksempel skriftlig tekst eller kunst (Polit & Beck, 2008). Hermeneutikk omhandler hva forståelse og fortolkning er, og hvordan mennesket går frem for å få gyldige fortolkninger. Den var i utgangspunktet omtalt som fortolkningslære eller fortolkningskunst, da i forhold til arbeidet med tekster. I ettertid har en utvidelse av begrepet "tekst" omfavnet diskurser og handlinger (Thornquist, 2003, s. 139). Gadamer videreutviklet den hermeneutiske retningen, og jeg vil nå utdype Gadammers filosofi.

Ved å ønske å forstå meningen bak det uttrykte i en situasjon, da en hermeneutisk situasjon, møter en med det Gadamer så billedlig kaller en egen "horisont". "Horisont er det synsfelt, som omfatter og omslutter alt det, som er synlig ut fra et givent punkt."(1999, s.166) To begreper gjør seg gjeldende for det relative i synsfeltet. *Situasjonen* vi er i kan ikke fullt og helt forstås, da vi ikke er hevet over det som skjer og kan danne oss en objektiv forståelse(Gadamer, 1999, s.165). Horisonten er også *historisk* ved at en alltid har med seg erfaring og forståelse fra tidligere tider; den har en plass i historien. Slik jeg forstår ham, vil en dermed ha med seg en forståelse av verden, som en aldri har fullstendig oversikt og viten om(Gadamer, 1999, s.165). Dette gir hver person fordommer i situasjonen som en ikke har oversikt over. Samtidig vil vi kunne utvikle vår forståelse, ved å prøve ut våre fordommer sammen med andre. Eline Thornquist omtaler dette som "en vellykket dialog", hvor man oppnår ny forståelse og overskrider ens opprinnelige horisont(2003, s.169). Gadamer kaller dette sammensmeltning av horisonter, som virker inn på vår forståelse av verden og situasjoner vi møter(1999, s.170). Å tilstrebe bevissthet rundt egen forforståelse i situasjonen, bidrar til å kunne forstå det særegne ved den andres horisont(Gadamer, 1999, s. 168-169).

Hermeneutikken gir grunnlaget for metode, og refleksjonene i gjennomføringen av den. Gadamer kalte prosessen med å forstå fenomener for en "hermeneutisk sirkel". For å få en større forståelse av fenomenene, må forskeren være i dialog med teksten², og kontinuerlig stille spørsmål med meningen bak den(Polit & Beck, 2008, s. 229). Gadamer skriver: "(..)man skal forstå helheden ud fra delene og delene ud fra helheten."(1999, s. 154) Slik starter arbeidet med forståelse, og analytisk tenkning, allerede i løpet av innsamling av data i feltet. Han skriver om anvendelsen av vår forståelse, at "utlegningen" er forståelsens eksplisitte form(1999, s. 171). Med utlegning forstår jeg at han referer til språket og teksten. Han skriver videre at ved å lese(anvende) tekst, vil leseren forstå den ut fra sin historiske horisont. Gadamer skriver: "For vi mener (..), at anvendelse er en lige så integrerende bestanddel af den hermeneutiske proces som forståelse og udlægning."(1999, s. 174). Slik forstår jeg Gadamers hermeneutiske sirkel som en veksel mellom del og helhet også i tekstene mine, for å kunne nå en ny forståelse av det jeg observerte. Jeg har vekslet mellom de ulike tekstene jeg har produsert, og delene av dem, samt refleksjon rundt egen forforståelse. Jeg har brukt analytiske begrep for å utfordre min forforståelse, ved å se fenomener fra en annen vinkel. I min beskrivelse av bearbeiding av data, og analyse, vil jeg komme tilbake til dette.

² Med tekst forstår jeg også diskurser og handlinger, som tidligere nevnt.

I presentasjonen av oppgaven som tekst, ønsker jeg å vise at min forståelse alene ikke er en gjengivelse av realiteter. Det jeg ønsker å forstå er personalets mening om hva som skjer i samhandlingen rundt behandlingsplanen. Min egen forforståelse vil være en del av dialogen i møtene, som bidrar til min fortolkning av mening i samhandlingen. Jeg har i løpet av studiet reflektert rundt egen forforståelse, og vil i fortsettelsen av essayet beskrive noen av disse refleksjonene.

Samhandlingsanalyse

Samhandling foregår i sosiale situasjoner; det er folk der, de gjør ting og de er plassert innen et gitt område (Spradley, 1980, s. 40). Jeg har i mitt studie analysert samhandling i en sengepost, med fokus på gjøremål i forhold til EDS behandlingsplan i en tverrfaglig gruppe. Valg av analytisk perspektiv gjorde jeg først etter datasamlingen var utført, men jeg hadde lest om ulike teorier for å vite mer om hva jeg kunne studere i samhandlingen. Blant annet var jeg inspirert av Torunn Hamrans analyse av pleiekulturen, og Goffmanns analyse av ansikt-til-ansikt situasjoner. Gjennom analyse av innholdet i datamaterialet jeg samlet inn, viste min samlede empiri grunnlag for å gjøre en samhandlingsanalyse. Jeg vil nå forklare mitt valg av analytisk perspektiv, og vise til analyser av pleiefaglig- og tverrfaglig samhandling, som jeg bruker til sammenligning av funn og analyse i mitt studie.

Analyse av ansikt-til-ansikt situasjoner

Samhandlingen jeg studerte foregikk i det daglige arbeidet i en sengepost. Samtaler og gjøremål i forhold til behandlingsplanlegging var en del av arbeidsdagen, og personalet signaliserte i ord og uttrykk en felles forståelse, for hvem som skulle gjøre hva i forhold til EDS og behandlingsplanen. Hvordan personalet viste denne forståelsen, og hva denne forståelsen innebar for den enkelte ansatt, var det jeg ønsket å forstå mer av og vise. Sosiolog Erving Goffmann har i sine samhandlingsanalyser dannet et analytisk begrepsapparat, for å forsøke å forstå det han kaller ”ansikt-til-ansikt ” situasjoner (Goffman, 1967; Kendon, 1998). Han var opptatt av hverdagslivets sosiale situasjoner, og analyse av implisitte mønstre i samhandlingen. Ved å studere de små tegn og handlinger som vi ofte tar for gitt i samhandlingen, ønsket han å vise implisitte regler i samhandlingen som kjennetegnet situasjonene (1967). Disse begrepene er ment å brukes analytisk for å se deler av empiriske handlinger, ikke den konkrete empiriske handlingen i seg selv (1967, s.55).

Inspirert av denne forståelsen av Goffmans teori for samhandlingsanalyse, gjorde jeg mine feltobservasjoner. Jeg ønsket å beskrive, og bedre forstå, det jeg kalte dynamikken i arbeidet med behandlingsplanen. I min analyse, og i diskusjonsdel i artikkel, har jeg etter nøye vurdering, anvendt noen sentrale begreper i Goffmans teori. Disse vil jeg nå presentere.

Goffman skriver at ved å delta i samhandling vil aktørene tilegne seg kjennskap til implisitte regler for deltagelse, eller være med å etablere dem. Disse reglene for adferd innvirker på aktøren, og kan deles inn i to hovedkategorier; hvordan andre i samhandlingen forventer at en skal opptre, og hvordan en forventer at andre opptrer moralsk i forhold til en selv. Reglene kan være symmetriske i relasjonen, ved at forventningene til adferd er lik for begge to. De er asymmetriske når adferd er forventet av en part, og ikke av den andre(1967). I samhandling som dreier seg om felles overordnede mål, kaller Goffman reglene for seremonielle regler. Disse er ikke styrt av definerte lover og regler, men dannes implisitt i samhandlingen. Handlinger og tegn gir signaler om hva aktøren forventer av de andre, og hvem en ”selv” er. Denne kommunikasjonen foregår på flere vis, blant annet som lingvistiske, gester, romlige, oppgave-relaterte, og som del av en kommunikasjonsstruktur(1967).

Ved å delta i samhandlingen og følge reglene for adferd, danner aktørene et bilde av ens ”Selv”, eller statuser(1967). Thomas Hylland Eriksen omtaler begrepet status som ”et gjenkjennelig, sosialt definert trekk ved en person som gir henne visse rettigheter og plikter”(1998, s.56). Han sier videre at den sosiale person kan ha flere statuser, hvor ulike forventninger til oppførsel og handlinger er knyttet til hver av dem. Denne oppførselen og handlingene relatert til statusen, definerer han som vedkommendes sosiale rolle(1998).

I situasjonene møter aktørene med en forventning til egen og andres adferd, og med det til reglene i samhandlingen(Goffman, 1974; Måseide, 2008). Tidligere oppfatninger og erfaringer aktørene har, bringes med inn i nye situasjoner, og bidrar til aktørenes oppfatning av hva som faktisk skjer i samhandlingen(det reelle). I situasjoner gjør ulike sammensetninger av erfaring og opplevelse seg gjeldende. Goffman kaller dette ulike rammer for samhandlingen. Statusene som inngår i samhandlingen avgjør rammene(Goffman, 1974; Måseide, 2008). Jeg vil bruke betegnelsen statussett, om statuser i relasjon til hverandre(Eriksen, 1998, s. 58).

I arbeidet med å analysere samhandling rundt EDS og behandlingsplan, vil jeg legge vekt på de nevnte implisitte reglene i samhandlingen. Ut fra disse vil jeg analysere relasjonene mellom personalet i forhold til bruken av behandlingsplan, ved å anvende begrepene status,

rolle og statussett innen ulike rammer. Statussett, regler og rammer i samhandlingen blir med dette implisitte mønstre jeg beskriver i diskusjonsdelen av artikkelen.

Analyse av pleiekulturen

I artikkelen sammenligner jeg funn og analyse, opp mot Torunn Hamrans bok *Pleiekulturen*(1992). Boken er basert på deltagende observasjon og intervju i en somatisk sengepost, før elektronisk behandlingsplan ble innført. Hamran skriver om pleiekulturen som en egen kultur i kulturen på avdelingen. Arbeidsformene(strukturer), og rasjonaliteten innad pleiegruppen, er særegen. Hun har ikke fokus på den tverrfaglige samhandlingen, men nevner pleiernes relasjon til legene(1992). Selv om mitt studie foregikk på en psykiatrisk sengepost, så jeg relevansen i en sammenligning på grunn av likhet i organisering ved avdelingene. Jeg vil gjøre rede for det jeg ser relevant i forhold til min problemstilling, og vil nå gjengi noen sentrale tema i forhold til samhandling og informasjonsutveksling innad pleiegruppe, og i forhold til legene.

Ved avdelingen hun beskriver har legene kontor utenfor avdelingen. De oppsøker avdelingen når de har oppgaver der, blant annet å delta på previsitt og visitt. Faste møterom brukes til disse formelle møtene, og sykepleiere som er gruppeledere deltar på disse. Gruppelederne er forventet å ha oversikt , og å være et mellomledd. Hjelpepleiere er ikke gruppeledere. Hamran bruker benevnelsen ”ute” og ”inne” for å beskrive arbeidsdelingen innad pleiegruppen. ”Inne” foregår møtevirksomhet og papirarbeid, ”ute” i avdelingen gjør pleierne stell, matsservering med mer. Hamran skriver at den rommessige struktureringen viser til en oppgavestruktur og to vesentlige trekk i pleiernes arbeidshverdag; ”pleie og behandling”(1992, s. 37).

Hun viser i fortsettelsen til at lege har formell autoritet til å ordinere behandling. Pleiegruppen har ansvar for å utføre ordinert behandling, og å ivareta pleie. Pleiegruppens arbeid rundt ulike oppgaver blir nøye beskrevet. Ved disse beskrivelsene viser hun at personalet ser det som sin plikt, å følge opp bestemmelser gjort i forhold til pasientenes behandling. Det forventes av den som har fått *ansvar* for oppgaven å ha *oversikt* over ulike forhold, samt at den forstår viktigheten av at ansvaret overholdes. Hun kan bli stilt til ansvar hvis ordinasjoner ikke blir overholdt(1992, s.42). Utover boken er ansvar og oversikt to nøkkelbegreper som gjentar seg i pleiarbeidet.

Hamran skriver at pleiarbeidet er fundert i en lang yrkestradisjon, og er tradisjonelt sett et kvinneyrke. Dette mener hun har formet arbeidet, og omsorgen er et bærende element.

Pleiegruppen hadde et særegent ansvar for pleiearbeidet, som innebar et ansvar for å ”hjelp til” og ”å passe på” alle avdelingens pasienter. I sine beskrivelser og forklaringer, viser hun til at grensene mellom de ulike oppgavene, og de ulike yrkesgruppene, er utydelige. Samarbeid og kunnskap på tvers av faggrensene viser hun er viktig, som en forutsetning for å kunne ta ansvar for pasienten i det daglige arbeidet(1992). Hun betegner dette som et kontinuerlig felles omsorgsansvar, hvor indre krav i gruppen gir forventninger til de ansattes samarbeid(1992, s.61).

”Den usystematiske og kontinuerlige utveksling av faglige spørsmål gir seg systematiske uttrykk i [den muntlige morgen-]rapporten ”(1992, s.75). Det foregikk en kontinuerlig utveksling av faglige diskusjoner og spørsmål i avdelingen. Tingene ble tatt opp etter hvert som de oppstod, og var ikke systematisert inn i noen dagsorden. Med dette beskriver Hamran det jeg kaller ”uformell samhandling” i min analyse. Hamran beskriver et formiddagsrapportmøte i pleiegruppen, og skriver at disse ofte var mer samtalepreget; flere tok ordet og bidro i diskusjoner. Gruppeleder hadde her en sentral oppgave, i å formidle fra previsitt medisinske forhold som hun så relevant. Medisinske og pleiemessige forhold ble her gjennomgått, men også diskutert, da oftest i forhold til konkret pasient eller situasjon(1992, s.77). Rapporten var et viktig møte for å signalisere tema og oppgaver, av relevans for gruppen.

Pleieplan i papirform er ikke en del av samhandlingen Hamran beskriver. Hun diskuterer derimot den observerte samhandlingen, opp mot nasjonale krav om effektivitet og kvalitet, i siste del av boken. I denne diskusjonen inngår kritikk til sykepleieprosessen og pleieplan, basert på *annen* forskning om bruken av denne. Hun skriver at planen kan ha konsekvenser for arbeidsdelingen innad personalgruppen, for hvem som kan og ikke kan skrive den(1992).

Flere sentrale tema i Hamrans analyse ser jeg relevant ved sammenligning med min analyse. Hamrans analyse av pleiekulturen viser en usystematisk, kontinuerlig utveksling av informasjon, hvor grensene mellom oppgavefordeling og yrkesgrupper er utydelige. Hun beskriver med dette noe hun kaller et *felles kontinuerlig omsorgsansvar* som bidrar til ivaretagelse av pasienten, og som er særegent ved pleiekulturen. I relasjon til legene blir pleiegruppen utførere av ordinert behandling. Her blir et skille i oppgavefordeling tydelig, et skille mellom behandling og pleie. Gruppeleder har en særegen oppgave i videreformidling av informasjon fra legene, og er med det bindeleddet mellom pleiegruppen og legene. I min artikkels diskusjonsdel, sammenligner jeg disse mønstrene opp mot funn og analyse i mitt

studie. Hamrans diskusjon i forhold til å ta i bruk sykepleieprosess og behandlingsplan, er interessant i forhold til mitt studie, da samhandlingen jeg analyserer bruker planen.

Analyse av flerfaglig samarbeid

Relasjoner mellom statuser er sentrale i min analyse i artikkelen. For å vise til statussett i tverrfaglig gruppe fra før EDS behandlingsplan ble innført, refererer jeg til Per Måseides bok *Medisinsk sosiologi*(1987). Om medisinsk sosiologi skriver Måseide at dette ikke er en egen disiplin, men at det er sosiologi som har medisin som tema. Materialet i boken er basert på ulike studier fra psykiatriske og somatiske sykehus, i Norge og andre land. Teknologi er ikke et sentralt tema i boken, og bruk av behandlingsplan er ikke nevnt. Aksel H. Tjora skriver imidlertid at den medisinske sosiologien kan anvendes til drøfting av den teknologisk utviklingen på både makro, meso, og mikro nivå(2003). Jeg ser det derfor hensiktsmessig å bruke Måseides analyse og begreper i analysen av funnene mine. I likhet med min analyse henviser han også til Goffmans analytiske tilnærming, og han forholder seg mer til mikro-sosiologi enn andre tekster innen samme område(1987, s.9-10).

Måseide drøfter hierarkiske strukturer innad sykehus. Han beskriver to organisasjonsdimensjoner innen sykehuset; horisontale og vertikale strukturer. Den horisontale omhandler statuser knyttet til fagspesialisering, og faglige strukturer. Eksempel på dette innad avdelinger er personalets ulike videreutdanninger(1987, s.132). Den vertikale strukturen er knyttet til faglige og administrative oppgaver, og disse oppgavene er knyttet til vurdert og signalisert medisinsk kompetanse i samhandlingen. Han kaller dette en overordnet/underordnet dimensjon(1987, s.115), eller vertikal-strukturelle kompetanserestriksjoner(1987, s.120). Han eksemplifiserer dette med relasjonen overlege og reservelege/assistentlege. Overlege er overordnet ved at den har andre funksjoner og annen særkompetanse enn legene.

Ulike faggrupper innen sykehuset innehar en behandlerrolle for pasientene. Behandlers status er bestemt av behandlerens aktuelle medisinske kompetanse; både formell kompetanse som utdanning og spesialistutdanning gir, samt kompetansen som plassering i stathierarkiet og vertikal akse på sykehuset gir(2011, s.115). Sykepleiere og hjelpepleiere har også en status i sykehusets organisasjonsdimensjoner. Innad i avdelinger vil det variere om vertikal- og horisontalfordelingen er knyttet til medisinske funksjoner eller administrative funksjoner. Vertikalstrukturen han beskriver, viser en faglig og administrativ posisjonering av

oversykepleier som overordnet andre ledende sykepleiere. Disse er igjen overordnet offentlig godkjente sykepleiere, som er overordnet hjelpepleiere. Horisontalaksen innebærer oppgaver relatert til mer spesifikk kompetanse innad pleiegruppen. Felles for posisjonene er at de er knyttet til den medisinsk-faglige organiseringen av sykehuset(1987, s.132-133).

Måseides analytiske fremstilling viser de ulike statusene i relasjon til hverandre. Jeg bruker begrepene vertikal og horisontal akse i min analyse, for å vise posisjoneringen innad statussett i samhandling rundt EDS behandlingsplan. Jeg sammenligner også Måseides posisjonering av statuser i tverrfaglig gruppe, med statussettet i min analyse.

Metode

I mitt studie ønsket jeg å utforske samhandlingen i en for meg ukjent, tverrfaglig personalgruppe. Med dette utgangspunktet visste jeg lite om samhandlingen, utover det at Dips behandlingsplan var tatt i bruk. Jeg ønsket en metodisk tilnærming som kunne gi meg mulighet til å utforske dette. Kvalitativ metode, med feltobservasjon og intervjuer, ble for meg et naturlig valg. Jeg vil nå presentere mitt valg av metode, og hvilke forutsetninger denne metoden legger for mitt studie.

Kvalitativ metode

Kvalitativ forskningsmetode kjennetegnes ved at designet av studien formes, etter forskerens refleksjoner og valg i løpet av studiet(Polit & Beck, 2008, s. 219). Ulike retninger innen denne type forskning har blitt utviklet, men disse kjennetegnes ved noen felles trekk: De kombinerer ofte ulike datasamlingsstrategier, de er fleksible ved å tilpasse seg kunnskapen forskeren tilegner seg underveis, og forskeren blir oftest involvert i forskningsfeltet over lengre tid. Forskeren blir også instrumentet for kunnskapsproduksjonen, noe som krever kontinuerlig analysering av data i formuleringen av nye forskningsstrategier, og for å vurdere når et feltarbeid er ferdig(Polit & Beck, 2008, s. 219). Denne metoden vektlegger, i følge Polit og Beck, kompleksiteten ved mennesker og det synssett at vi former vår egen opplevelse. Sannhet er en samling av ulike realiteter, og for å nærme seg disse realitetene må den subjektive opplevelsen undersøkes. Eksempler på fenomener som studeres er smerte og livskvalitet. Utforskning av mer ukjente fenomen kalles eksplorativ forskning(2008) .

Feltarbeid

Mitt formål med studien er å utforske samhandling rundt behandlingsplan, og relasjonene mellom dem som bruker den, noe jeg opplever som lite studerte fenomen. Jeg ønsket med dette en kvalitativ metode som kunne gi meg relevante funn, og grunnlag for en analyse av samhandlingen. Jeg valgte med utgangspunkt i dette feltarbeid, med deltagende observasjon og intervjuer, som metode. Jeg vil nå begrunne hvorfor jeg tok dette valget.

Goffman skriver at å delta i samhandling man ønsker å forstå, er en god måte for å lære om det som skjer i et felt. En får tilgang til det normale i samhandlingen, som for deltagerne er meningsfylt og forståelig:

”It was then, and still is my belief that any group of persons - prisoners, primitives, pilots or patients – develop a life on their own that becomes meaningful, reasonable and normal once you get close to it, and that a good way to learn about any of these worlds is to submit oneself in the company of members to the daily round of petty contingencies to which they are subject.” (Goffman(1961) i Foss, 2008, s. 31)

Polit og Beck skriver at sosiologer i sine studier har utviklet en forskertradisjon kalt etnometodologi. Disse studiene undersøker hvordan mennesker gir mening til deres dagligdagse gjøremål, og hvordan de fortolker sin sosiale verden for å kunne opptre på en akseptabel måte. Begrepet interaksjonisme brukes om studier som fokuserer på hvordan deltagerne gir ulike tegn i samhandlingen mening, for eksempel språklige tegn. Et eksempel på dette er Goffmans studie av psykiatriske sykehus i boken ”Asylums”, hvor han analyserer pasient og personals statuser i relasjon til hverandre(1968). Mikroetnografi er metoden som beskriver og fortolker signaler og tegn. Da enten i små enheter av grupper eller kulturer, eller i spesifikke aktiviteter i organisatoriske enheter(for eksempel innad en avdeling i sykehus). Disse er en blanding av prosess og produkt; feltarbeid hvor forskeren er tilstede for å forstå fenomenene, og den skriftlige teksten som presentasjonen av denne ervervede forståelsen(Polit & Beck, 2008).

Etnografisk feltarbeid søker å vise både deltagerens og forskerens perspektiv på det som skjer, samt undersøke eksplisitt og taus kunnskap i situasjonene. Typisk for etnografier er at studiet baseres på deltagende observasjon. Forskeren tar da selv del i samhandling den studerer(Polit & Beck, 2008, s.223-225). Tre hovedtyper informasjon er gjentagende i etnografisk feltarbeid; hva de observerte gjør(adferd), hva de lager og bruker av redskaper, og hva de snakker om(Polit & Beck, 2008, s. 225). Feltarbeid og deltagende observasjon er med

denne forklaringen en god inngangsport, til å forstå mer av det jeg kalte dynamikken i samhandlingen. Ved å velge denne metoden hadde jeg mulighet til å utforske bruken av Dips behandlingsplan som redskap, hva de gjorde og deres adferd i forhold til den, samt hva de snakket om i arbeidet med den.

I mitt feltarbeid har jeg i hovedsak basert meg på James P. Spradleys bok ”Participant observation”(1980). Han skisserer ulike stadier av et studie med deltagende observasjon, og hva disse stadiene omhandler. Spradley beskriver en etnografisk forskningssirkel, hvor han fremhever det kontinuerlige arbeidet med å stille spørsmål, samle data, skrive feltnotater og analysere datamaterialet(1980, s. 29). Han beskriver med dette en veksling mellom del og helhet, som bidro til at jeg ville bruke denne fremgangsmåten. Mitt studie var av kortere varighet enn etnografiske studier kan være. Jeg har derfor ikke hatt anledning til å følge alle punktene i progresjonen han beskriver like grundig. Jeg vil presentere det jeg har tatt utgangspunkt i: Innledningsvis i feltarbeidet gjør forskeren grundige beskrivende notater. Deretter analyserer forskeren det en har observert for kulturelle mønstre. Dette bidrar til å kunne sirkle seg inn rundt mindre domener i observasjonene, og med det rundt observasjoner som gir en felles mening. Når slik kartlegging er gjort kan en fortsette med fokuserte observasjoner, for så å gjøre spesifikke observasjoner(1980).

Polit og Beck skriver at feltnotatene kan ha både en deskriptiv og en reflekterende funksjon(2008). Jeg valgte med dette å føre en todelt logg, hvor egne refleksjoner kom i tillegg til beskrivelsene. James P. Spradley skisserer i tillegg ni dimensjoner ved sosiale situasjoner, som forskeren bør ta stilling til i det han kaller ”grand tour”- observasjoner: Sted, aktører, aktivitet, fysiske objekt, enkeltvis handlinger, hendelser med flere aktiviteter inkludert, tids-sekvens, målet aktører har for det de gjør, og følelsene de uttrykker(1980, s. 78). I forkant av studiet utførte jeg en test-observasjon på en kafé, hvor jeg øvde meg på å skrive beskrivende og reflekterende notater. I etterkant av observasjonen kontrollerte jeg notatene for innhold, og om Spradleys dimensjoner var dekket. Jeg ønsket å ha så detaljerte beskrivelser som mulig, for å kunne gi det Geertz kaller en tykk beskrivelse. Han viser betydningen av å gi grundige og relevante beskrivelser rundt et kulturelt og sosialt betinget fenomen, for å kunne forstå meningen bak samhandlingen(Geertz i Holliday, 2007, s. 75). Dette la basisen for feltnotater jeg gjorde i masterstudiet.

I de spesifikke observasjonene Spradley beskriver, inngår intervju. Spradley skiller mellom to typer intervjuer; uformelle og formelle intervjuer. Uformelle intervju foregår i løpet av feltstudiet hver gang forskeren spør en deltager et spørsmål. Formelle intervju er

møter avtalt på forhånd som resultat av en direkte forespørsel(1980, s.123-124). Jeg bruker betegnelsen intervju for det formelle intervjuet, og samtale i stedet for uformelt intervju. Polit og Beck skriver at intervju kan ha en mer eller mindre strukturert form. I ustrukturerte intervju ønsker forskeren å vite mer om det en ikke vet noe om. Disse har en samtalepreget form, og har ikke på forhånd fastlagt oppsett av spørsmål som skal besvares. Når forskeren derimot vil finne mer ut av et sett med tema hun har kjennskap til, brukes semistrukturerte intervju. Hun vet hvilke spørsmål hun vil stille og har en oversikt over disse med inn i intervjuet. Hun legger opp til at informanten skal svare så fritt som mulig, men sikrer også at tema som ønskes belyst blir omtalt(2008). Da jeg som utgangspunkt for studiet hadde en problemstilling jeg ville utforske, så jeg det hensiktsmessig med et semistrukturert intervju.

Utførelsen av intervjuene baserte jeg på Kvale og Brinkmanns anbefalinger. Blant annet har de fokus på å stille ulike spørsmål, og å stille oppfølgende spørsmål for å verifisere at forskeren har oppfattet budskapet. Aktiv lytting er også vesentlig, da en får mulighet til å oppdage tegn i samhandlingen som ikke nødvendigvis er verbale(2009). I forkant av datasamlingen utførte jeg et prøveintervju sammen med en venn, hvor jeg prøvde ut ulike spørsmålsformuleringer. Jeg prøvde meg også fram i å veksle mellom å lytte og stille oppfølgende spørsmål. Dette med et ønske om ikke å lede svarene i betydelig grad, da jeg ville gi informanten muligheten til å prate ut fra egen forståelse(innen relevante tema). Dette la basisen for intervjuene jeg utførte i feltarbeidet. Jeg planla å ta opp intervjuene på en lydopptaker, og å transkribere lydfilen i etterkant av feltstudiet.

Kvale og Brinkmann skriver at analyseprosessen starter allerede ved transkriberingen av intervjuene, ved å bidra til struktur for utsagnene som bedre egner seg for analysen(2009, s. 188). Jeg vil si at analysen startet allerede under og etter intervjuet, ved at forskeren prøver å forstå hva informanten snakket om, og med det vurderer nye spørsmål å stille. Intervjuene inngikk som en del av feltstudiet som helhet, og var dermed en del av analyseprosessene som Spradley beskriver. Like fullt er transkripsjoner en reduksjon av lydfilens rikhet i tonefall og dynamikk, og med det strukturerende.

Studiets forskningsdesign

I mitt studie har jeg utført et kvalitativt studie med teoretisk forankring i hermeneutisk fenomenologi. Jeg utførte feltarbeid, med deltagende observasjon og intervju, i en psykiatrisk sengepost i Norge. I feltstudiet utførte jeg 66 timer deltagende observasjon over tretten dager, og syv semistrukturerte intervjuer.

Jeg utforsket samhandlingen i en tverrfaglig personalgruppe, i arbeidet med Dips behandlingsplan, hvor planen hadde vært i bruk over cirka fire år. Avdelingen ble omtalt som ”god på” å bruke planen, og hadde hatt kontinuerlig fokus på bruken av den siden innføringen. Avdelingen hadde 12 sengeplasser og 45 ansatte i ulike stillinger. To overleger og to assistent/turnusleger var tilknyttet avdelingen, i tillegg til psykolog, sosionom, aktivitør og kostvert. Pleiegruppen besto hovedsaklig av hjelpepleiere og sykepleiere, de med unntak av to i nattstilling som ikke hadde helsefaglig utdanning. Jeg ønsket å forstå hvordan samhandlingen i personalgruppen innvirket til bruken av planen, og hvordan planen innvirket på samhandlingen. For å få nærmere kjennskap til dette utførte jeg et deltagende observasjonsstudie, hvor jeg deltok i formelle tverrfaglige og pleiefaglige møter, samt uformell samhandling blant de ansatte.

Før jeg videre i oppgaven forklarer mine refleksjoner og valg i gjennomføring av datasamling, vil jeg nå vise etiske hensyn og utfordringer i forhold til kvalitative studier, som jeg tok i betraktning før jeg utførte feltarbeidet.

Etiske overveielser og etiske krav

Norsk lovverk legger føringer for hensynet til etikk i norsk forskning. Det er opprettet forskningskomiteer som håndhever lovverket og godkjenner studier utført på mennesker i Norge(Kunnskapsdepartementet, 2006). Da prosjektskissen var godkjent som eksamen i juni 2011, sendte jeg inn søknaden til Regional Etisk Komité(REK). Den ble godkjent i september 2011(Vedlegg 6). Jeg kontaktet også forskningsavdelingen ved sykehuset hvor studiet skulle utføres, for å vite om jeg trengte deres samtykke til studiet. Jeg, og min veileder på vegne av Universitetet i Tromsø, signerte en samarbeidsavtale med deres sykehus(Vedlegg 7). Jeg fylte også ut, og signerte, et registreringskjema til sykehusets oversikt over pågående prosjekter i institusjonen(Vedlegg 8). Disse leverte jeg til leder for sengeposten, som tok ansvar for å få nødvendige signaturer og videresending til forskningsavdeling. I tillegg signerte jeg avtale om taushetsplikt i forhold til avdelingens retningslinjer.

Å forske blant mennesker vil alltid kreve nøye refleksjon rundt hvordan forskeren ivaretar menneskene i forskningsprosessen. I dette ligger det flere aspekter. Kvale og Brinkmann poengterer viktigheten av at etiske overveielser ikke nødvendigvis følger regler og prosedyrer, men stiller krav til forskerens praktiske klokskap i moralske spørsmål. Forfatterene skriver allikevel at etiske retningslinjer og teorier kan brukes som hjelpemidler i refleksjonen forskeren gjør. De omtaler blant annet fire områder som forskere tradisjonelt

drøfter som etiske retningslinjer; informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens egen rolle(2009). Jeg vil i fortsettelsen vise hvordan jeg har håndtert disse etiske utfordringene.

Informert samtykke fra informant(e) er viktig i den forstand at samtykket gis på grunnlag av god nok informasjon om studiet forskeren skal utføre(Kvale & Brinkmann, 2009; NENT, 2007; WMA, 2008). Samtykke for deltagelse i feltobservasjonsstudiet innhentet jeg fra leder ved avdeling. Hun tok ansvar for å ta det opp med personalet i avdelingen, og signerte skjema for samtykke som jeg hadde utarbeidet på forhånd(Vedlegg 3). Informasjonsskrivet(Vedlegg 1) jeg ga sengeposten ble hengt opp i avdelingen før jeg kom dit. I formulering av et informasjonsskriv er det flere hensyn som må tas. Det bør vise formålet med studien og hvilke konsekvenser det kan ha for de deltagende, for at de ikke skal bli villedet. Samtidig bør det ikke være for detaljert, i den grad at det blir kronglete og lite leselig for dem(Kvale & Brinkmann, 2009). Studiet var i utgangspunktet ment å utforske hvordan samhandlingen foregikk, og jeg hadde fokus på å ikke legge for store føringer for hvordan de kunne bidra. Jeg ønsket at arbeidet skulle forløpe så vanlig som mulig selv med min tilstedeværelse. Jeg hadde ikke heller på det tidspunktet noe svar på hvordan jeg ville analysere materialet. Eget skjema for samtykke til intervju(Vedlegg 4) ble signert av informantene på bakgrunn av informasjonsskriv(Vedlegg 2), og muntlig informasjon. Jeg tilbød intervjupersonene å få se bearbeidingen av materialet hvis de ønsket det i etterkant. Ingen av informantene sa at de trengte dette, men hadde lyst til å få tilsendt det ferdige produktet for å se hva studiet resulterte i.

Kritikk til min fremgangsmåte er at informantene ikke ble forklart at deres samhandling ble hovedfokus i mine diskusjoner. Dette var jeg selv ikke klar over på det tidspunkt, selv om jeg vurderte dette som en mulighet. Jeg hadde også fokus på deltagernes konkrete utforming av behandlingsplanen, for å få en forståelse av hva de faktisk skrev i den. Dette kunne gi signaler om at detaljene i utformingen var sentralt. Jeg fikk også tilbakemelding fra informanter om at mitt nærvær alene satte fokus på dokumentering. Denne uforutsigbarheten forsøkte jeg å veie opp for, ved å informere om at kun deler av materialet jeg samlet inn kom til å bli brukt i oppgaven. Jeg velger også å sende informantene artikkelen før den skal publiseres, slik at de kan komme med innvendinger skulle noe være feilaktig oppfattet.

Konfidensialitet har jeg viet oppmerksomhet gjennom hele studiet, da forskningsmateriale fra et lite miljø som en sengepost er, fort vil kunne avsløre hvem som

skildres eller uttrykker seg i de ulike situasjonene. Kvale og Brinkmann skiver at forskeren må være bevisst den åpenhet og nærhet, kvalitativ forskning kan by på mellom informant og forsker, og med dette de tilleggshensyn jeg må ta i innhenting og fremlegging av materiale (Kvale & Brinkmann, 2009). Under innsamlingen av mitt datamateriale har jeg anonymisert informantene i den grad mulig, uten å forvrengte viktige element rundt fenomen jeg undersøker. Jeg har også i valg av antall intervjuinformanter, prøvd å gjøre hensiktsmessige valg. Jeg ønsket at mine referanser til uttalelser ikke ville peke i retning av én person, men heller mot en bestemt rolle. Mitt mål har vært at informantene og avdelingen ikke er gjenkjennbar for personer utenfor avdelingen. At personalet innad avdelingen til en viss grad kan forstå hvem som har uttalt seg er vanskelig å forhindre, men i den grad mulig har jeg ønsket å unngå dette. Jeg har også informert om denne risikoen i informasjonsskrivene. Jeg har gjort vurderinger i forhold til dette i ulike trinn av studiet, noe jeg utdypet i min gjennomgang av datainnsamlingen.

Forskerens valg for å sikre konfidensialiteten vil kunne gi *konsekvenser* for de deltagende, både i form av å kunne sette dem i dårlig lys og ved å gi dem fordeler. ”Fra et nytteperspektiv bør summen av potensielle fordeler for deltageren og betydningen av den oppnådde kunnskap veie tyngre enn risikoen for å skade deltakeren, og dermed gjøre det berettiget å gjennomføre undersøkelsen” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 91). Dette poengteres også i forskningsetiske retningslinjer for naturvitenskap og teknologi, og i Helsinkideklarasjonen (NENT, 2007; WMA, 2008). Jeg håper og tror at resultatet fra mitt studie vil kunne bidra til økt kunnskap om mitt tema i en større sammenheng, og dermed rettferdiggjøre mulig risiko for informantene ved å delta. Spradley poengterer å sette hensynet til de en observerer i første rekke, ved utførelsen av et feltstudie (1980). I mine refleksjoner og nedtegnelser har jeg hatt som mål å skåne informantene mest mulig.

Rollen som forsker er vesentlig i kvalitativ forskning, da forskeren er den som fortolker meningen i det som studeres. Polit og Beck skriver at utfordringen med kvalitative studier kan være at forskeren identifiserer seg i høy grad med det i feltet som studeres (2008). Å være deltagende observatør, og intervjuer på egen arbeidsplass, kan by på store utfordringer i forhold til å prøve å se ting med ”nye øyne”. Gry Paulgaard skriver i sitt kapittel, med henvisning til Gullestad;

”En som gjør feltarbeid i eget samfunn, må streve med å komme ut av sin egen kulturelle hjemmeblindhet, mens en som gjør feltarbeid i et annet samfunn, må streve med å komme inn i den fremmede kulturen” (1997, s. 75).

Jeg har selv jobbet i psykiatrien i Nord-Norge og gjorde derfor datasamlingen i en annen del av landet. Allikevel forgikk observasjon og intervjuer innenfor et fagfelt som jeg har jobbet i over tid. Behandlingsplanen ville også følge samme sykepleieprosess som jeg har jobbet med, og samme dataprogram ville være i bruk. Dette bidro til min forståelse i samhandlingen, og er dermed en del av min forforståelse i situasjonen. I følge hermeneutikken vil man alltid møte den andre med sin egen historiske horisont. Ny forståelse erverves ved at horisonter smeltes sammen, og innebærer at ens egen forforståelse og fordommer alltid er tilstede i denne prosessen.

Ved å vise mine refleksjoner i essayet, ønsker jeg å tydeliggjøre mine fordommer, og vise dem som en del av min horisont. Rollen som forsker er en av de sentrale etiske overveielsene Kvale og Brinkmann viser til:

” Men når det kommer til stykket , er forskerens integritet – hans eller hennes kunnskap, erfaringer, ærlighet og rettferdighet – den avgjørende faktor[for kvalitet på studiet]. ” (2009, s.92)

Jeg ønsker å vise mine refleksjoner rundt etiske og moralske sider av studiet, samt være ærlig og kritisk til egen rolle. Ved å vise min rolle i studiet og tydeliggjøre min forforståelse, vil jeg gi leseren en mulighet til å vurdere troverdigheten av mitt studie. I det følgende vil jeg utdype dette nærmere.

Utfordringer i forhold til kvalitativ metode

Polit og Beck skriver at all forskning ønsker å vise funn som reflekterer det som er sant(truth)(2008, s. 195). De skriver videre at kvalitative forskere ikke har bestemte metoder for å vise sannheten i materialet, men ofte baserer seg på refleksivitet for å minske egen forforståelses innvirken på funn(2008). I mine analyser tar jeg utgangspunkt i den hermeneutiske sirkel, og tilstreber en kontinuerlig veksel mellom del og helhet. Jeg har i løpet av studiet vekslet mellom delene og helhet i materialet, samt refleksjoner rundt min egen forforståelse som en del av helheten i studiet. Jeg bruker også Goffmans teori til hjelp for å analysere, samt begrepsfeste fenomen i samhandlingen. Polit og Beck skriver at en teori er en systematisk og abstrakt forklaring av deler av virkeligheten, som forskeren kan bruke på ulike vis, for å beskrive og forstå noen aspekt ved det den ønsker å finne ut av(2008, s. 57). Ved bruk av Goffmans teori opplevde jeg å få en større forståelse av samhandlingen, som en del av

refleksjonen mellom del og helhet. Disse refleksjonene vil jeg vise i fortsettelsen av oppgaven, for å styrke troverdigheten i mitt studie.

Lincoln og Guba angir fire kriterier for troverdigheten til et kvalitativt studie; tilforlatelighet, sikkerhet, bekreftbarhet og overføringsverdi (Om Lincoln og Guba i Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2008). Tilforlatelighet omhandler leserens tillit til sannheten i data og fortolkningen av den. Sikkerhet viser til stabiliteten i datamaterialet over tid og ulike forhold. Bekreftbarhet viser til at leseren må få tillit til at data som presenteres er data gitt av informanter, og ikke forskerens fantasi. Overføringsverdi relateres til at beskrivelsene i presentasjonen er så detaljert (tykk beskrivelse), at leseren får bedre mulighet til å sammenligne andre arbeidshverdager med den studerte (Polit & Beck, 2008, s. 539). Mine refleksjoner over disse kriteriene vil jeg også komme nærmere inn på i fortsettelsen av essayet.

Jeg vil nå beskrive gjennomføringen av min studie, samt gjøre rede for refleksjoner rundt etiske forhold, min rolle og studiets troverdighet.

Datasamling

Jeg vil i fortsettelsen gjengi noen av mine refleksjoner, og valg som følge av disse, i arbeidet med datasamlingen. Jeg vil vise til etiske vurderinger, refleksjoner rundt egen rolle, og vurderinger gjort i forhold til bruk av metoden.

Refleksjoner rundt valg av avdelingen

Via bekjente i sykehuset jeg jobbet i, fikk jeg høre om et sykehus de hadde dratt til for å se hvordan DIPS behandlingsplan ble brukt. Avdelinger ved sykehuset hadde benyttet planen systematisk over tid. Jeg ringte dette sykehusets IKT-avdeling og fikk mailadresser til aktuelle avdelinger. De anbefalte også avdelingene de anså å ha gjort grundig arbeid ved innføringen, og oppfølgingen av DIPS behandlingsplan. Jeg fikk positivt svar ved den første avdelingen jeg kontaktet, og sendte leder og fagutvikler der prosjektskissen for studiet. Jeg kontaktet dem igjen etter noen dager, for å forvise meg om at de samtykket til at studiet ble utført ved deres post. Leder samtykket til dette, og vi gjorde avtale om tidsperiode for studiet.

Mitt valg av avdeling var ikke bare tilfeldig etter hvem jeg fikk anbefalt. Jeg vurderte også hvilke typer diagnoser og problemstillinger avdelingene hadde. Da en av avdelingene jobbet rundt problemstillinger jeg var vant med fra egen arbeidsplass, så jeg det

hensiktsmessig å velge denne. Jeg så det som en fordel å kunne vite noe om hva de snakket om, da jeg ikke hadde annen kjennskap til avdelingens praksis.

Refleksjoner rundt deltagende observasjon og intervju

Jeg ønsket å observere samhandling i forhold til behandlingsplanen, og vurderte derfor situasjoner og møter underveis. Jeg valgte å kun delta på dagvakter, da store deler av den tverrfaglige gruppen jobbet på dagtid. Observasjonene gjorde jeg i hovedsak inne på personalmøterommet, men også på kjøkkenet under eterrapportmøtet. Avdelingen hadde i tillegg til disse rommene kun et samtalerom tilgjengelig når jeg var der, men dette ble brukt til pasientsamtaler. Ved å forholde meg til personalmøterommet etter møtene var ferdig, og med det til et rom som hadde PC og behandlingsplan tilgjengelig, håpet jeg å se samhandling rundt behandlingsplanen på nært hold. Hovedgrunnen til at jeg ikke i større grad deltok ute i avdelingens fellesareal var hensynet til pasientene. I tilbakemeldingen fra REK var også hensynet til pasientene poengtert, da med hovedvekt på at mine data ikke skulle gjengi pasientsensitiv informasjon, og at pasienter som ikke ønsket min tilstedeværelse måtte høres. Jeg valgte å være ute i fellesstuen for å se samhandlingen der ved noen få anledninger. Noen av pasientene viste interesse for min tilstedeværelse, og jeg snakket med pasienter som tok kontakt. Ingen notater ble gjort som omhandlet disse samtalene.

Forskeren kan ha ulik grad av deltagelse, og denne kan variere i løpet av et studiet (Spradley, 1980). Min grad av deltagelse vurderte jeg i løpet av feltarbeidet; noen ganger satt jeg stille og noterte, andre ganger snakket jeg med de ansatte og spurte om det de gjorde. Enkelte dager fulgte jeg én enkelt ansatt i arbeidet med planen. Som deltager i møtene fikk jeg ofte en taus rolle, da jeg ikke hadde noen oppgave i forhold til pasientbehandling. Dette innebar i mitt feltarbeid at jeg under formelle møter ikke sa noe. Jeg skrev derimot detaljerte, beskrivende notater³, både under møtet til den tverrfaglige gruppen og i pleiegruppen.

I den uformelle samhandlingen opplevde jeg det unaturlig å ikke skulle si noe, og svarte gjerne personalet på spørsmål om hvem jeg var, og studiet mitt. Jeg spurte også personalet om ting jeg lurte på, også om det jeg tenkte på som opplagte ting som jeg hadde kjennskap til fra egen yrkespraksis. Slike spørsmål stilte jeg ofte i forbindelse med noe som

³ I henhold til Spradleys forklaring av analytiske progresjon i feltobservasjoner, og dimensjoner i observasjonene.

ble snakket om eller gjort i situasjoner. Svarene jeg fikk var ofte eksempler fra praksis. Spørsmålet ”hva mener du med ordet miljøterapi?”, er et eksempel på dette. Svarene jeg fikk dreide seg om konkrete oppgaver de gjorde i arbeidet med pasienten. Ut fra disse klarte jeg ikke å danne meg en mening om hva dette var, og valgte derfor å spørre mer om dette i intervju. Et annet eksempel er at jeg spurte hva personalet valgte å dokumentere i behandlingsplanen. Svarene jeg fikk var eksempler, og ingen definisjon av tema som de hadde ansvar for å skrive om. Jeg hadde inntrykk av at personalet stort sett visste sine oppgaver i arbeidet med planen. Konkret hva oppgavene dreide seg om, annet enn å lese og skrive i den, ønsket jeg å forstå mer av, og spørsmål jeg hadde tok jeg med inn i intervjuene.

Utsettelse av å skrive ned notatene øker faren for unøyaktighet og med det mindre troverdig materiale (Polit & Beck, 2008). Observasjoner og samtaler, samt refleksjoner rundt det jeg opplevde, skrev jeg inn i mine feltnotater. Feltnotater skrev jeg underveis i møtene eller rett i etterkant av situasjoner. Utfyllende kommentarer til notatene, og refleksjonsnotater skrev jeg senest i etterkant av arbeidsdagen. Etter dette var gjort, så jeg over notatene med tanke på Spradleys ni dimensjoner ved observasjoner som burde noteres. Notatene ble skrevet uten bruk av navn for å ivareta anonymitet i det skriftlige materialet jeg bar med meg til en hver tid. Jeg noterte ett ark med oversikt over navnene tilknyttet de ulike kodene, dette for bedre å huske personen bak koden i ettertid, men jeg oppbevarte arket separat fra notatene.

Jeg observerte i liten grad at pleiepersonalet samhandlet om selve planen. Fra min egen arbeidsplass var jeg vant til, at hele den tverrfaglige gruppen var samlet og diskuterte innholdet i planen. Denne avdelingen var organisert annerledes, og kun de to gruppelederne i pleiegruppen deltok i det tverrfaglige møtet. Ut fra min forforståelse, om at pleiepersonell snakket sammen om behandlingen som ble skrevet i planen, gikk jeg aktivt inn for å finne ut om dette ble gjort i denne avdelingen. Jeg spurte mer om tema miljøterapi og hva de skrev om i planen, for å finne ut hvilket ansvar pleiegruppen hadde for behandlingen. Pleiegruppen var de eneste som skrev behandlingsplan, og jeg bestemte meg for å utføre noen intervju blant disse. I løpet av de to siste ukene av feltstudiet utførte jeg 7 intervjuer⁴. Jeg ønsket å utforske personalets ulike oppgaver i forhold til behandlingsplanen, og gjorde derfor et utvalg ut fra om de hadde et primært ansvar for planen, eller ikke. Utvalget besto i første omgang av en sykepleier i full stilling, en hjelpepleier i mindre enn 80 % stilling, og en ekstravakt med hjelpepleierutdanning. Disse intervjuene varte mellom 1 og 1 ½ time.

⁴ Planen var å utføre 3-4 intervjuer, men med nestleders samtykke fikk jeg intervju flere om personalet så at de hadde tid til det. I avtalen med sykehuset og i REK søknad anslo jeg 3-4 intervjuer. Jeg anser allikevel begrunnelsen for dette valget (kommer senere i teksten) som det mest faglig riktige, og dermed som forsvarlig.

I intervjuene benyttet jeg meg av en intervjuguide (Vedlegg 5) for selv å holde fokus, men viste ikke denne til informanten. Jeg ønsket at den ansatte skulle fortelle så fritt som mulig, og at spørsmål ble stilt hvis jeg så behov for å fokusere tema som ble snakket om. Jeg fulgte hovedsakelig intervjuguiden, men opplevde noen ganger at spørsmålene ble for diffuse. Informantene ba meg noen ganger gjenta spørsmålet, eller sa at de ikke visste svar på spørsmålet. Jeg prøvde å omformulere meg best mulig uten å stille ledende spørsmål, men innvirket uansett formulering til å spesifisere tema og dermed til mer spesifikke svar. I situasjonen vurderte jeg dette hensiktsmessig for å få svar på det jeg lurte på. Mange av mine omformuleringer var nok like diffuse. Dette kan ha bidratt til at svarene jeg fikk pekte i ulike retninger. I refleksjoner i etterkant av intervjuene, noterte jeg meg allikevel at disse svarene beskrev viktige ting i samhandlingen som jeg fikk nytte for i det videre arbeidet. For eksempel uttalelser om personalets oppgaver som stuevakt, som jeg på det tidspunktet ikke så betydningen av for arbeidet med behandlingsplanen. I ettertid så jeg at stuevaktansvar, i tillegg til å være en oppgave fordelt på morgenen, var et felles ansvar som innvirket til pleiegruppens mulighet til å bruke behandlingsplan.

I det første intervjuet fortalte sykepleier at pleiepersonalet pratet om forskjellig i løpet av en dag, også i forhold til behandlingsplanen. Jeg hadde lite observasjoner på dette, og ønsket å observere disse situasjonene. Jeg valgte dermed å dele fokus for observasjoner i to domener⁵; *pleiegruppen* og hele *den tverrfaglige gruppen*. Samtaler jeg observerte i pleiegruppen i etterkant av intervjuet, var av mer personlig karakter. Intervjuene jeg gjorde i fortsettelsen dreide seg derfor i stor grad om pleiegruppens arbeid med behandlingsplanen. Jeg hadde fortsatt fokus på det tverrfaglige samarbeidet, og valgte i tillegg å gjøre samtaler med overlege, psykolog, sosionom, aktivitør og kostvert. Det som ble sagt noterte jeg ned i løpet av hver samtale. I dette tar mine observasjoner, samtaler og intervju også en mer spesifikk retning, i tråd med Spradleys tenkte progresjon for feltobservasjonsstudier.

Underveis i feltobservasjonene så jeg også behov for å intervju leder. I ½ times intervju fikk jeg svar på hans rolle i forhold til planen, og tanker om planarbeidet på posten. Jeg så dette relevant for studiets tilforlathet, da jeg i observasjonene mine ikke fikk noe tydelig inntrykk av leders relasjon til planen. Han fortalte at fagutvikler hadde ansvaret for behandlingsplanarbeidet i avdelingen, han hadde ingen spesifikk oppgave i forhold til bruken av den. To ½ times intervjuer ble også utført med ansatte i full stilling med ulik yrkesutdanning. Jeg ønsket ved publisering av artikkel med henvisning til informanter, at det

⁵ I henhold til trinn 2 i Spradleys progresjon for feltobservasjoner.

ikke skulle være lett gjenkjennelig hvem informantene var. Ved å kunne referere til flere, håpet jeg å ivareta konfidensialiteten i møtet med informantene på en god måte. Jeg mente også at flere av personalets meninger burde få plass i studiet. Å velge noen fremfor andre var på ett vis urettferdig, men samtidig helt opplagt eneste mulighet for å få gjennomført studiet. Disse tilleggsintervjuene vurderte jeg viktig for å styrke studiets bekræftbarhet. Fagutvikler intervjuet jeg til slutt for å kunne spørre henne om avdelingens intensjon med behandlingsplanen, ut fra erfaringer jeg hadde gjort i løpet av tiden i avdelingen. Intervjuet hadde varighet på 1 ½ time.

I mine observasjoner de siste dagene, hadde jeg større fokus på tema de ulike i den tverrfaglige gruppen snakket om. Jeg fikk fortsatt ikke mange observasjoner hvor pleiegruppen snakket om behandling. Jeg deltok i veiledninger med fagutvikler og én fra pleiegruppen. Her dreide diskusjonene seg stort sett, om hvordan pleieren skulle skrive kunnskapen hun hadde om behandlingen inn i planen. I intervju hadde to informanter fortalt at de skrev inn, eller fikk skrevet inn, miljøterapi som behandling. Dette hadde jeg også observert. Jeg ønsket å finne ut om fagutvikler i disse veiledningene bidro til diskusjoner rundt dette temaet. Fagutvikler opplevde jeg viste tiltro til pleierens vurderinger i slike spørsmål, ved at hun stilte spørsmål slik at pleieren bestemte hva som skulle inn i planen. Jeg observerte ingen konkrete diskusjoner rundt hvilke tema som skulle inn i planen. Relasjonen i denne situasjonen mener jeg kunne fått større fokus for mitt studie. På grunn av begrensningene i forhold til oppgavens størrelse, har jeg måttet nøye meg med å vise at fagutvikler er den som bestemmer hvordan planen skal skrives.

I transkriberingen av intervjuene, i etterkant av feltobservasjonene, var det vesentlige for meg meningen i innholdet av det som ble sagt. Jeg hadde ingen planer om å utføre analyser av selve språket. Personalets dialekter vurderte jeg også kunne bidra til å avsløre hvem informantene var i presentasjonen. Jeg gjorde derfor nedtegnelsen av utsagn i bokmål, men uten å omformulere setningsoppbygging. Pauser i taleflyten ble markert, men ikke i forhold til varighet. Dette for å gi en bedre forståelse av forløpet i samtalen. I transkripsjonene brukte jeg samme koder for personalet som i feltnotater, da jeg ønsket at mest mulig skriftlig materiale skulle være anonymisert.

I disse gjengivelsene ser jeg at min forforståelse spilte en tydelig rolle for valg i prosessen med å samle data. Etiske vurderinger, og veksling mellom refleksjon rundt notater jeg hadde skrevet og det jeg opplevde i feltarbeidet, innvirket også til min forståelse. Ny forståelse bidro til nye valg av fokus, og bidro dermed til progresjonen i studiet.

Refleksjonene mine rundt dette håper jeg vil bidra til oppgavens troverdighet. Jeg vil nå gjengi valg av analysemetode, og refleksjoner jeg gjorde i analyseprosessen etter datasamlingen.

Innholdsanalyse

Mengden datamateriale jeg samlet inn under feltarbeidet var stort, og jeg ønsket en analytisk fremgangsmåte som kunne gjøre mitt arbeid med å fortolke funnene gjennomførbart. Med den hermeneutiske sirkel som utgangspunkt for all analyse, fant jeg det naturlig å velge hermeneutisk meningsfortolking som fremgangsmåte. Jeg vil nå gjøre rede for mine valg i innholdsanalysen.

Hermeneutisk meningsfortolking av intervju

Kvale og Brinkmann skriver at å bruke fortattede meningsenheter er en måte å analysere datamaterialet på. Dette er komprimering av setninger, hvor den umiddelbare meningen i det som blir sagt, gjengis med få ord (Kvale & Brinkmann, 2009, s.212). Ved refleksjon over del og helhet, vil forskeren kunne fortolke tekstens hovedtemaer. Dette kaller de hermeneutisk meningsfortolking av tekst (2009, s. 216). I min analyse av datamaterialet begynte jeg med de transkriberte intervjuene. Jeg ønsket i første omgang å forstå hva materialet viste av empiri. Gjennom transkripsjonene hadde jeg dannet meg et større bilde av helheten i intervjuene. Da intervjumaterialet var stort og mange ulike tema var omtalt, valgte jeg å lage fortattede meningsenheter (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 212). Jeg forholdt meg i første omgang til de lengste intervjuene, og oppsummerte med bruk av informantens ord så godt jeg kunne innholdet i det de sa. Først bearbeidet jeg fagutviklers intervju for hennes mening, om hva behandlingsplanarbeidet skulle dreie seg om i sengeposten. Etterpå tok jeg for meg intervju med sykepleier, hjelpepleier i deltid og ekstravakt. Dette for å samle deres mening for hvordan planen ble brukt i praksis. Ut fra disse fortattede meningsenhetene ble det synlig for meg at jeg måtte gjøre flere inndelinger. Ofte omtalte de arbeidet med planen som noe de visste at de skulle gjøre, eller burde gjøre. Andre ganger snakket de om hvordan de brukte den, og hvordan kollegaer brukte den. Arbeidet med å lese planen, og skrive den skilte seg ut som to relevante tema i arbeidet.

Kvale og Brinkmann omtaler tematisering som det neste trinnet i en analyse med fortattede meningsenheter (2009, s. 212). Jeg delte inn meningsenhetene fra hvert intervju, og samlet dem under tema; deres eget arbeid med skriving og lesing, og deres oppfattelse av

hvordan andre i avdelingen skrev og leste planen. Med dette sorterte jeg bort utsagn som omhandlet andre tema, som blant annet samarbeid med andre poster, datatekniske beskrivelser av bruken, og opplysninger om tidligere arbeiderfaring. Ut fra denne analysen så jeg at personalets mening om nytte av å bruke behandlingsplanen, ble et eget tema. Da i tillegg til beskrivelsen av hvordan de gjorde det. Det ble også tydelig at ulike faktorer, blant annet i samhandlingen, innvirket til planens nytteverdi. For eksempel hvem som prioriterte tid til planarbeid, og som bidrar til at planene var oppdaterte. For å samle oversikt over hvem som sa hva i forhold til temaene, laget jeg en skjematisk oversikt for de ulike uttalelser. Jeg samlet etterpå meningsenhetene i en tematisk oversikt, hvor jeg også kort sammenfattet min fortolkning av uttalelsene. I dette ser jeg at jeg beveget meg fra delene i teksten til helheten, og temaene jeg kom frem til var: Hvem leste og skrev i planen, hvilken nytteverdi opplevde de i bruken av planen, og hvilke faktorer beskrev de innvirket til bruken av planen og dermed deres opplevelse av nytteverdien.

Kvale og Brinkmann omtaler neste trinn i analysen hvor forskeren undersøker meningsenhetene med tanke på studiets problemstilling(2009, s.212). Delene i teksten ble dermed igjen fokus. Jeg valgte da å forholde meg til planens opplevde nytte relatert til samhandlingen dem i mellom. Ut fra intervjuene forsto jeg at planens verdi var avhengig av om planen aktivt(kontinuerlig) var i bruk og oppdatert, noe informantene fortalte de hadde ulik mulighet til. Med dette ble ulike roller i forhold til planen tydeligere, ikke alle i henhold til fagutviklers mal for oppgavefordeling. Jeg så disse som en konsekvens av samhandling rundt planen, og mente dette var relevant for problemstillingen i oppgaven. Jeg ønsket da å spesifisere hvem som gjorde hva i forhold til planen, og under hvilke forutsetninger(faktorer) i samhandlingen de gjorde planarbeidet. Jeg laget da en oversikt over de ulike rollene med ulike oppgaver av betydning for planen; Kontaktperson med primæransvar, kontaktperson uten primæransvar, kontaktperson uten skrivetilgang, fagutvikler, sosionom, aktivtør, ledere, og behandlere(psykolog, leger og overleger). Relevante meningsenheter for hvordan de bidro til planen, la jeg til i oversikten. Pleiegruppen skilte seg i oversikten tydelig fra resten av den tverrfaglige gruppen, ved at de leste og skrev i planen. De to gruppene hadde også ulike ansvarsområder i forhold til å bestemme hvilken informasjon som skulle skrives i planen. Kvale og Brinkmann skriver om hermeneutisk meningsfortolkning at; "(..) en meningsfortolkning slutter når man har nådd frem til en "god gestalt", en indre enhet i teksten, som er uten logiske motsigelser"(Om Radnitzky i 2009, s. 217). Jeg gikk gjennom de resterende intervjuene og hentet ut det jeg så relevant for de ulike rollene. Utsagn i disse

støttet ulike funn jeg allerede hadde. Nå ønsket jeg å se over observasjonsnotatene mine, for å se om de viste det samme eller motsa intervjufunnene.

Analyse av observasjonsnotater

Spradleys syvende punkt for progresjon i feltarbeid omhandler analyse hvor kulturelle mønster kartlegges, blant annet hvilke typer deltagere hvert domene innehar. Han skriver at neste trinn involverer fokuserte observasjoner og intervju(1980). Denne type observasjoner fikk jeg ikke anledning til, men analysen av intervjuene ga meg forutsetning for de to neste trinn i analysen av datamaterialet; systematisk gjennomgang av notater, for å finne enheter med underliggende mening relatert til kulturelle kategorier, og tema(Spradley, 1980, s. 131). I denne analysen gikk jeg systematisk gjennom notatene, for å finne rollene og tema jeg hadde analysert meg frem til i intervjuene. Jeg merket notatene med fargekoder for tema, og fant flere beskrivelser av det tverrfaglige møtetts ulike roller i forhold til planen. Jeg hadde lite observasjoner på pleiegruppens samhandling i forhold til planen. Planarbeidet observerte jeg som en mer individuell oppgave, men fant heller ikke noe i notatene som motsa funn i intervjuer.

Mine feltnotater inneholdt generelle trekk ved samhandlingen, som jeg så relevant i forhold til behandlingsplanen i begge grupper. Ved å gå tilbake til helheten ved mine observasjoner, så jeg at den muntlige viderefremføring av informasjon i begge grupper var innvirket av planen, og innvirket til planen. Spradley skriver at en adekvat beskrivelse av kulturer, må inneha både detaljerte og helhetlige gjengivelser for å kunne vise kulturelle tema(1980, s. 140). Han definerer kulturelle tema som; ”any principle recurrent in a number of domains, tacit or explicit, and serving as a relationship among subsystems of cultural meaning.”(1980, s. 141) Rollene i forhold til i behandlingsplanen var mine detaljerte funn. De forteller noe om hvilke roller som innvirker til informasjon i planen, og roller i samhandlingen behandlingsplanen innvirket til. Dette opplevde jeg som sentrale tema i min analyse. Spradley skriver at kulturelle tema utgjør tenkte mønstre som utgjør kulturer(1980, s. 141). Med dette som utgangspunkt vil jeg forklare min bruk av Goffmans begreper i analysen.

Samhandlingsanalyse

Goffmans teori for samhandlingsanalyse så jeg relevant, i det at hans fokus på samhandlingen dreier seg rundt implisitte mønstre i samhandlingen. Han analyserer dagliglivets ansikt-til-ansikt situasjoner ved hjelp av alminnelige begreper, som jeg opplevde

passet til materialet og funnene mine. Jeg måtte allikevel gjennom flere forsøk i å bruke hans begreper, også for å lære meg å forstå meningen bak de alminnelige begrepene hans. I flere av mine forsøk anvendte jeg begreper på min måte, i stedet for Goffmans måte å bruke dem. Når jeg til slutt bestemte meg for å bruke begrepene implisitte mønster, regler for tegn og handlinger, status, sosial posisjonering og ramme, var det fordi disse begrepene best satte ord på hva jeg ønsket å vise i samhandlingen. Jeg fikk også et begrepsapparat som hjalp meg til å kunne beskrive det jeg i utgangspunktet kalte ”dynamikk” i samhandlingen.

Refleksjoner rundt analyseprosessen

Flere av Goffmans begreper kunne blitt brukt i analysen. Blant annet prøvde jeg meg i bruken av begreper som aktelse og fremferd (deference and demeanor) (Goffman, 1967). Denne type analyse viste seg å være i overkant dyptgående for en ti siders artikkel, og jeg fant ut at statuser i relasjon til hverandre harmonerte mer med hva jeg ønsket å vise. Jeg så også at dette ville ha relevans for forskningsfeltet, noe mine litteratursøk antydte. Etter å ha lest Hamrans bok om pleiekulturen fra 1992, og Måseides bok om medisinsk sosiologi fra 1987, så jeg det interessante i å gjøre en sammenligning. Spradley skriver at forskeren kan bruke universelle kulturelle tema som den har kjennskap til, for å grundigere kunne undersøke datamaterialet. Han nevner dannelse og opprettholdelse av sosiale statuser som et eksempel (1980, s152-153). I dette ser jeg også mulighet for å vise studiets sikkerhet, i forhold til stabiliteten i datamaterialet over tid og ulike forhold.

I analyseprosessen har jeg forsøkt å ivareta meningen i mine informanternes utsagn. Jeg har med jevne mellomrom kontrollert bruken av meningsenheter, opp mot intervjutranskripsjoner. Mot slutten av analyse har jeg også hørt gjennom deler av lydopptak. Rollen som forsker i møtet med informanten, er et asymmetrisk maktforhold; forskeren er den som innvirker til hva som blir snakket om, det er ikke en samtale mellom to likestilte parter (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 52). Jeg har vært oppmerksom på å bruke uttalelser ut fra sin rette kontekst, og med det lagt vekt på hva vi snakket om i forkant av spørsmål jeg stilte, og på selve spørsmålet jeg stilte. Ved å reflektere over min rolle i det innsamlede datamaterialet, ønsket jeg å styrke studiets bekræftbarhet.

Presentasjon av artikkel

Å skrive artikkel med innledning som presentasjon av masterstudiet, var et valg jeg gjorde i prosjektskissen. Jeg ønsket å presentere forskning som ikke bare var relevant for forskere innen feltet, men som også kunne være interessant for helsepersonell i daglig arbeid å

lese. For å kunne nå mitt valg av publikum på en lett tilgjengelig måte, ønsket jeg å skrive artikkel. Jeg vil i det følgende forklare valg av tidsskrift, og valg for presentasjonen jeg har tatt.

Valg og refleksjoner rundt presentasjonen

Jeg ønsker at artikkelen blir publisert i et tidsskrift som er lett tilgjengelig for målgruppen, og det naturlige valget så jeg å være et tidsskrift for sykepleiere i Norge. *Sykepleien Forskning* og *Nordisk tidsskrift for Helseforskning* er vitenskapelige tidsskrift(nivå 1) som jeg ser aktuelle.

Sykepleien Forskning gir i sin forfatterveiledning føringer for oppsettet av artikkelen. Blant annet stilles det krav om at artikkelen følger IMRAD-prinsippet. Cargill og O'Connor skriver om AIMRaD som en konvensjonell artikkelstruktur. Bokstavene står for: "Abstract, Introduction, Materials and methods, Results, and Discussion"(2009, s.9). Forfatterene viser denne modellen som en "timeglass-modell": Innledningen starter med å vise til ett bredt fokus for forskning innen feltet, men snevres inn til å omtale det spesifikke området artikkelen vil omtale. I metodedel og resultatdel, presenteres det spesifikke studiet. Diskusjonsdelen begynner med å omtale studiets funn, men ender med å omtale studiets betydning for det brede fokuset som ble presentert innledningsvis. Dette for å vise studiets relevans i "et større bilde"(2009, s. 10). I utarbeidelsen av artikkelen har jeg fulgt denne modellen.

I presentasjonen av relevante funn, må forfatteren nøye vurdere hvilke data som er relevante, og hvilke en må unnlate å ta med(Cargill & O'Connor, 2009). Denne prosessen opplevde jeg spesielt krevende, da jeg vurderte alt av data vesentlig. Jeg ønsket å vise leseren bekreftbarheten i materialet, ved å vise ulike utsagn som bekreftet eller viste nyanser av det jeg allerede hadde presentert. Dette var det ikke rom for i artikkelen, og jeg måtte velge enkelte eksempler for å vise den samlede meningen i flere data. Holliday skriver at data som velges som presentasjoner av funn, fungerer som bevis for argumentet i det skrevne studiet(2007, s. 104). I min presentasjon har jeg prøvd å vise den felles forståelsen til informantene ved å presentere eksempler på observasjoner, og utsagn. Observasjonseksempelene har jeg ikke tatt rett fra observasjonsnotatene, men har valgt å gjøre rekonstruksjoner.

Holliday skriver at for å oppnå tykke beskrivelser i en tekst, må forskeren fullt ut artikulere forbindelsen mellom delene i nettverket av datamateriale rundt et

fenomen(Holliday, 2007, s. 100). Til dette formål skriver han videre at rekonstruksjoner av situasjoner kan brukes. Teknikken har vært kritisert for den implisitte subjektive oppfattelsen til forskeren, som gir rekonstruksjonen dens innhold. Kvalitative forskere har allikevel tatt den i bruk, men har lagt vekt på en kyndig bruk av den ved å; sørge for en detaljert beskrivelse av sammenhengen mellom materialets deler, samtidig som en ivaretar den indre sammenhengen av de opprinnelig opplevde situasjonene(2007). Ved å bruke rekonstruksjon har jeg samlet observasjoner fra en type møte, som bidro til min forståelse av mening i de gjentatte møtenes samhandling. Jeg viser behandlingsmøtet til den tverrfaglige gruppen, og etterrapportmøtet til pleiegruppen, som rekonstruksjoner. Min forståelse av møtene ser jeg er sentral, men den baserer seg på helheten av det samlede datamaterialet, og min opplevelse av samhandlingen i de opprinnelige situasjonene. Ved å bruke rekonstruksjoner viser jeg sammenhengen av delene i materialet mitt, i en mer konsentrert form. Teksten blir da mer lettlest, og viser sammenhenger på en måte som jeg ville brukt mange ord og forklaringer på å beskrive. Som motvekt til den subjektive formen slike rekonstruksjoner har, har jeg brukt sitater for å støtte opp om argumentene mine.

Funn som ikke ble presentert i artikkel

Datamaterialet mitt inneholder mange funn som kan ansees relevant i forhold til min problemstilling. Blant annet viser materialet nyanser i samarbeidet som jeg ikke presenterer i artikkelen. Jeg vil gi noen eksempler på utfyllende informasjon jeg kunne brukt i artikkel, og vil presentere noen eksempler. Dette ser jeg relevant for en tykk beskrivelse av situasjonen jeg observerte, som jeg ikke fikk plass til i artikkel.

Personalet fortalte om ytre faktorer som innvirket til samhandlingen og mulighet til å kunne skrive i behandlingsplan. Enkelte i personalgruppen fortalte også i samtaler at sykefraværet var lavt, og at bemanningen for tiden var stabil. Dette innvirket i deres arbeidshverdag ved at de var trygg på at folk kom på jobb, og fulgte opp ”sine pasienter”. Stabiliteten i personalgruppen, antyder utsagnene, kunne innvirke til samhandlingen rundt behandling og behandlingsplan. I perioden jeg var der fortalte også flere at det var en ”rolig” periode i posten, ved at arbeidstempoet var lavere enn de hadde hatt en stund før jeg kom. At det var ”rolig”, fortalte tre av informantene i intervju, ga mer rom for arbeid med behandlingsplanen, og en ekstravakt fortalte om økt samarbeid i forhold til å skrive den. Ytre faktorer som opplevelse av tid til å jobbe med dokumentasjon, viser å kunne innvirke til samhandlingen og arbeidet med behandlingsplan.

Jeg vil nå vise uttalelser fra ansatte i mindre enn 80 % stilling, hvor de omtaler sin oppgave i forhold til behandlingsplan. Disse hadde ikke primærkontakt ansvar til pasientene, og hadde dermed ikke et særskilt ansvar i forhold til å følge opp pasienters behandling over tid. De var derimot kontaktperson til pasienter på vakt. Disse uttalelsene utdyper funn i artikkel, som omtaler ikke-primærkontakters relasjon til dem som hadde primæransvar. Jeg velger å ta dette med i innledningen, da jeg har utelatt en god del av uttalelsene i intervjuer med deltidsansatt og ekstravakt. Jeg har valgt å benytte fiktive navn i presentasjonen, for å øke leservennligheten.

Utsagn presentert i artikkel antyder at planene ikke alltid ble oppdatert hver vakt, og at dette var forventet av personalet. Ulike forhold i samhandlingen, ble jeg fortalt, innvirket til om personalet følte seg komfortabel med å skrive behandlingsplanen: Anne i deltidsstilling og ekstravakt Turid hadde i perioder lite vakter. Dette fortalte de ga mindre innsikt i behandlingen, og at de derfor opplevde større behov for å lese planen enn i perioder når de var ofte på jobb. Dette var det ikke alltid anledning til. Deltidsansatt Anne fortalte at det blant annet skjedde når hun hadde stuevakt 1, som innebar å være på fellesstua fra kl 7 til 11. Hun måtte da avtale tid til å lese med andre i pleiegruppen, og lot noen ganger andre lese som hun vurderte trengte det mer. Turid fortalte at hun ofte samtykket til å være stuevakt når primærkontakter trengte tid til å dokumentere. Anne kunne skrive i planen, og sa at mindre oversikt kunne bidra til utrygghet i forhold til å skrive i behandlingsplanen. Turid ønsket å lære å skrive den. Begge informantene ytret ønske om mer tid til å lese planen, slik at de kunne bidra mer i ”hele” behandlingen. Motivasjonen for å skrive og bidra til planen var med andre ord til stede, men de opplevde ikke å ha mulighet for det i samhandlingen. Dette tyder på at primærkontaktene fikk rettigheter i samhandlingen til å jobbe med behandlingsplanen, som ikke-primærkontaktene ikke hadde selv om de ønsket det.

Ved bruk av Goffmans begreper vil rettigheter personer får, innvirke til personens status. Status som primærkontakt later til å være innvirket av rettigheter til å skrive planen. Dette kommer til uttrykk i implisitte regler for samhandlingen, hvor Anne og Turid signaliserte verbalt primærkontakts rettigheter. Reglene i denne samhandlingen er dermed også asymmetriske, da den ene har rettigheter den andre ikke har.

Alternativ til analyse av datamaterialet

Jeg har vurderte ulike analyser og bruk av analytiske begrep i mit studie. Jeg vil nå nevne to analyser jeg så relevant for studiet; analyse av samhandling som ikke spesifikt var knyttet opp mot behandlingsplan, og analyse av kunnskap i arbeidet med behandlingsplan.

Det jeg i slutfasen av studiet forstod, var at utgangspunktet med å fokusere på samhandling rundt behandlingsplan, begrenset grunnlaget mitt for å kunne analysere hele den tverrfaglige gruppens samhandling. Sosionom, aktivitør, psykolog og leger hadde ulike oppgaver i samhandlingen. Disse har jeg ikke analysert. Ved å gjøre en samhandlingsanalyse av den generelle samhandlingen, kunne jeg vist flere implisitte mønstre. I mine observasjonsnotater har jeg blant annet telt og notert ned, antall ganger deltagerne i det tverrfaglige møtet tok ordet. Da også om de bidro med informasjon eller gjorde vurderinger i forhold til behandlingen. Jeg vil nå vise noen av funnene mine i forhold til dette.

I tre av de tverrfaglige møtene jeg deltok i, noterte jeg ned antall ganger de deltagende tok ordet og tema de snakket om. Beskrivelsen jeg nå presenterer er basert på disse notatene. Møtet foregikk på avdelingens personalmøterom, med alt fra 7 til 10 deltakere fra den tverrfaglige gruppen. Noen var mer aktive enn andre i diskusjonen, alt etter hvilken pasient eller hvilken del av behandlingen som ble diskutert. Overleger tok under møtene hyppigst ordet av alle de deltagende. Da som oftest i forhold til pasientenes behandling, og mest i forhold til pasienter tilhørende sin gruppe. De spurte om informasjon, konkluderte med hvilken behandling som skulle gis, oppsummerte kort vurdering av pasients tilstand, eller ba om å diskutere neste pasient uten at ny behandling var bestemt. Gruppeleder tok for sin pasientgruppe ordet i større grad enn de resterende deltagerne. De bidro med informasjon til vurderinger av, og forslag til, behandling. Dette kunne variere noe i forhold til hvem fra pleiegruppen som var gruppeleder. Leder, eller nestleder ved leders fravær, bidro ofte til diskusjoner og bestemmelser ved planlegging av utskrivelse. De oppfordret inni mellom også gruppen til å gå videre til diskusjon om neste pasient. Begge var sykepleiere og deltok både som fagperson og leder. Behandlere tok også ordet, men i mindre grad enn de nevnte. Disse uttalte seg som oftest i forhold til pasienter de hadde behandleransvar for. Psykolog observerte jeg tok og fikk spesielt ansvar for ulike kognitive tester. Sosionom bidro med informasjon, og ble spurt om informasjon, oftest i forhold til sosiale forhold rundt pasientene. Hun tok ordet færre ganger enn de andre. Jeg observerte kun ett behandlingsmøte med aktivitør og fagutvikler. Aktivitør tok ordet en gang i blant, og kunne da komme med

gjengivelser fra aktiviteter og utsagn til pasientene. Fagutvikler bidro med noen få kommentarer til behandling. Jeg og studenter snakket ikke.

I møtet vises implisitte regler i samhandlingen hvor de ulike er forventet å ta mer eller mindre ordet, og for hva deres oppgave var i forhold til behandlingen av pasientene. Jeg har også data som omhandler mer spesifikt hva de ulike engasjerte seg i av tema for behandlingen. Blant annet samtaler med sosionom og aktivitør, som omtaler hva de ønsker å bidra med, og hva de opplever at de får bidratt med i behandlingen. Mønstrene viser i hovedsak regler for asymmetri og gir grunnlag for en nærmere skissering av statuser i den vertikale dimensjonen Måseide skriver om. I artikkelen får pleiegruppen størst fokus, da disse leste og skrev behandlingsplan. Videre studier med analyse av tverrfaglige grupper, burde utføres for å vise et større bilde av samhandlingen enn jeg gjør i min artikkel.

I løpet av analysen hadde jeg i en periode fokus på kunnskapen til de ansatte. Jeg forsøkte å bruke Goffmans begreper til dette, men forstod at hans teori ikke hadde fokus på dette. Jeg så da at jeg kunne gjort en annen type analyse med fokus på kunnskap, og vil gi noen eksempler på mitt datamaterialet som jeg så aktuelt.

Avdelingen hadde på dag og kveld, alltid formelt kvalifisert personale på jobb. Flere hadde videreutdanning, og med det også spesialisert kunnskap om behandling. Fagutvikler fortalte at kun personale med helsefaglig utdanning fikk tilgang til å skrive, andre fikk lesetilgang. Hun viser med dette at betydningen av kunnskap via utdanning anses viktig i arbeidet ved avdelingen. Fagutvikler og to av mine informanter forteller også at å lese planen ikke er nok for å forstå hvordan en utfører behandling sammen med pasienten. En må også ha direkte kjennskap til pasienten, som en får ved å være sammen med den. Ett eksempel fra observasjonene mine, er når hjelpepleier dokumenterer tiltak i forhold til kunnskap hun har ervervet seg sammen med pasienten. Hun skriver inn at pasienten bør vekkes på morgenen, da det bidrar til at han opplever mestring i hverdagen. En analyse av kunnskap kunne vært interessant med bruk av Nordenstam og Johannesens teori om kunnskap. En analyse kunne tatt utgangspunkt i deres begreper fortrolighetskunnskap, påstandskunnskap og ferdighetskunnskap (Johannesen, 1998), eller i Molanders bok om handlingskunnskap (Molander, 1996).

Avsluttende bemerkninger

I innledningen til artikkel har jeg ønsket å vise valg jeg gjorde i studiet, og begrunnelser og/eller refleksjoner rundt valgene mine. Jeg har også i innledningen et begrenset antall sider

å forholde meg til, og har derfor ikke fått med alt av refleksjoner, men håper å ha synliggjort viktige element i mitt studie. Da artikkelen ikke på noe vis er så deltaljert i gjengivelse av metode og refleksjoner, ser jeg innledningen som et viktig bidrag for å synliggjøre studiets troverdighet. Den vil også vise hva jeg som masterstudent har lært om forsvarlighet ved gjennomføring av forskning, og om valg og bruk av metode og teori. Jeg har tatt utgangspunkt i føringer fra tidsskriftet Sykepleien Forskning i utformingen av artikkelen, men ser at artikkelen er for stor til å publiseres i det. Jeg ser det mer sannsynlig å få artikkelen publisert i Nordisk tidsskrift for helseforskning, da de har en øvre grense på 7000 ord. Jeg vil presentere artikkelen etter føringene fra Sykepleien, men kan endre dette ved bestått eksamen. Jeg vil nå presentere artikkelen i sin helhet.

Referanser

- Andersen, I. D. (1995). Sykepleieprosessen. I: N. J. Kristoffersen (red.), *Generell sykepleie 2 : Pasient og sykepleier-samhandling, opplevelse og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bengtson, J. (2006). En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning. I: J. Bengtson (red.), *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologisk bidrag*. (s.??). Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology og Health and Illness*, 18(4), 499-524.
- Berg, M., & Bergen, C. e. (2004). *Health information management integrating information technology in health care work*. London New York: Routledge.
- Blix, B. H. (2005). *Korthuset - sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis*. Mastergradsoppgave, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Cargill, M., & O'Connor, P. (2009). *Writing Scientific Research Articles - Strategy and steps*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Ellingsen, G., Monteiro, E., & Munkvold, G. (2007). Standardization of work: Co-constructed Practice. *The Information Society*, 23, 309-326.
- Eriksen, T. H. (1998). *Små steder- store spørsmål* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Foss, N. (2008). *Psykiatrien som flyttet ut i bygda - En analyse av hva som skjedde da psykiatriske hjelpere skulle bidra til brukernes innlemmelse blant folk på bygda*. Tromsø: Universitetet i Tromsø - Det samfunnsvitenskapelige fakultet.
- Gadamer, H.-G. (1999). Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip. I: *Hermeneutik- en antologi om forståelse* (s. 127-182). Viborg: Gyldendalske Boghandel, Nordisk forlag AS.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual: essays in face-to-face behavior*. Chicago: Aldine Pub. Co.
- Goffman, E. (1968). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin.
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience* New York: Harper Collins Publishers Inc.

- Halford, S., Obstfelder, A., & Lotherington, A.-T. (2009). Beyond implementation and resistance: how the delivery of ICT policy is reshaping healthcare. *Policy & Politics*, 37(1), 113-128.
- Halford, S., Obstfelder, A., & Lotherington, A.-T. (2010). Changing the record: the inter-professional, subjective and embodied effects of electronic patient records. *New Technology, Work and Employment*, 25(3), 210-222.
- Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen : en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. [Oslo]: Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2000). Helsepersonelloven, fra <http://www.lovddata.no/all/tl-19990702-064-008.html>.
- Hewett, D. G., Watson, B. M., Gallois, C., Ward, M., & Legget, B. A. (2009). Intergroup communication between hospital doctors: Implications for quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 69(2009), 1732-1740.
- HOD. (2008). Samspill 2.0: nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og sosialektoren 2008-2013, fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samspill-20-nasjonal-strategi-for-elektronisk-samhandling-i-helse--og-omsorgssektoren-2008-2013/Publikasjoner/samspill-20-nasjonal-strategi-for-elektronisk-samhandling-i-helse--og-omsorgssektoren-2008-2013.pdf>.
- Holliday, A. (2007). *Doing and writing qualitative research* (2nd. utg.). London: Sage.
- Johannesen, K. S. (1998). Tause innslag i kunnskap og forståelse. *Agora*, 3/4, 271-293.
- Kendon, A. (1998). Goffman's Approach to Face-to-Face Interaction. I: P. Drew, A. Wotton & E. Goffman (red.), *Exploring the Interaction Order* (s. 14-40). Oxford: Polity Press.
- KITH. (2003). Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie, fra <http://www.kith.no/upload/1105/R14-03VeilederElektroniskDokSykepleie-v1.pdf>.
- Krog, A.-B. (2009). *Forhandlinger om patienten - den elektroniske patientjournal som kommunikasjonsmedie*. Syddansk Universitet, Odense.
- Kunnskapsdepartementet. (2006). Forskningsetikkloven Hentet 05.05.12, fra <http://www.lovddata.no/all/tl-20060630-056-0.html>.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, oversetter 2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Meum, T. (2010). Ja takk- begge deler- overgang fra muntlig til elektronisk rapport i sykepleien. I: M. Aanestad & I. Olaussen (red.), *IKT og samhandling i helsesektoren- Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* (s. 89-103). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.

- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Diadalos.
- Moser, I., & Law, J. (2006). Fluids or flows? Information and qualculation in medical practice. *Information technology and people*, 19(1), 55-73.
- Måseide, P. (1987). *Medisinsk sosiologi*. Oslo: TANO.
- Måseide, P. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I: A. molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 367-385). Oslo: Universitetsforlaget.
- Måseide, P. (2011). *Institutional bodies and social selves : the discourse of medical examinations in hospital settings*.
- NENT. (2007). Forskningsetiske retningslinjer for naturvitenskap og teknologi Hentet 05.05.12, fra [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20naturvitenskap%20og%20teknologi%20\(2007\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20naturvitenskap%20og%20teknologi%20(2007).pdf).
- Nilsen, A.-B. (2011). *Sengepostlisten: en aktør i mange nettverk: om implementering av EPJ og hvilken betydning dette får for organiseringen av praktisk pasientarbeid*. Universitetet i Nord Norge, Tromsø.
- NSF. (2009). eHelse er alles ansvar og i alles interesse.NSF strategi 2009-2013, fra <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/174152/Strategie-helse.pdf>.
- NSFID. (2007). Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal- En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon Hentet 27.04.12, fra <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>.
- Obstfelder, A., Engeseth, K. H., & Wynn, R. (2007). Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implementation science*, 2(25).
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler? I: E. Fossåskaret, T. H. Aase & O. L. Fuglestad (red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. (s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Rykkje, L., Brattestad, A., & Hansen, S. (2007). Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS. *Sykepleien*, 95(15), 69-71.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learning.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

- Timmons, S. (2003). Nurses resisting information technology. *Nursing Inquiry*, 10(4), 257-269.
- Tjora, A. H. (2003). Teknologisk medikalisering? Om den medisinske sosiologiens interesse for medisinsk teknologi. *Sosiologi i dag*, 33(2), 51-74.
- Vikkelsø, S. (2005). Subtle Redistribution of Work, Attention and Risks: Electronic Patient Records and Organisational Consequences. *Scandinavian Journal of Information Systems*, 17(1), 3-30.
- Wangensteen, G. (2007). Da NIC og NANDA kom til Alderspsykiatrisk post. *Sykepleien*, 95(1), 54-55.
- Wangensteen, G., & Igesund, H. (2009). Nyttige NANDA. *Sykepleien*, 97(01), 38-41.
- Wangensteen, G., & Nivison, M. (2008). Aktiv bruk av pleieplan. *Sykepleien*, 96(03), 62-64.
- Wibe, T., Edwin, E., Huseby, E. H., & Vedal, T. (2006). Implementation of Nursing Care Plan in the Electronic Patient Record(EPR) - Findings and Experiences. I: H.-A. Park, P. Murray & C. Delaney (red.), *Consumer-Centered Computer-Supported Care for Healthy People*. Amsterdam: The authors and IOS Press.
- WMA. (2008). World Medical Association Declaration of Helsinki Hentet 05.05.12, fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>.
- Aanestad, M. (2010). IKT for bedre samhandling: løsning eller problem? I: M. Aanestad & I. Olaussen (red.), *IKT og samhandling i helsesektoren : digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* (s. 9-19). Trondheim: Tapir akademisk forl.

VEDLEGG 1 Informasjonsskriv sengepost

Deltagelse i masterprosjektet ”Tverrfaglig samhandling rundt behandlingsplan og “sykepleieprosessen” – hva skjer i personalgruppen? ”

Høsten 2011 startet jeg opp mitt masterprosjektarbeid ved Universitetet i Tromsø. Jeg ønsker gjennom prosjektet, som tittelen hentyder, å se nærmere på en personalgruppe i samhandling rundt å utforme en behandlingsplan. Ved selv å delta i møter, og andre anledninger i løpet av dagen som involverer utforming av planen, håper jeg å lære mer om samspillet personalet i mellom. Min tanke er at sykepleieprosessen som behandlingsplanen er tuftet på legger føringer for vårt samarbeid i gruppen. Jeg ønsker å finne ut noe om hva som skjer i samhandlingen ved å være deltagende observatør i avdelingen deres i tre uker.

Jeg er utdannet sykepleier ved Universitetet i Tromsø, og har etter det bl.a. jobbet tre år ved en psykiatrisk sengepost ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Vi har også her(i likhet med dere) brukt IKT-verktøyet DIPS, og dens behandlingsplanfunksjon. Vår sengepost har fokusert en del på å finne en måte å bruke denne funksjonen på som passer oss. Som Dips-superbrukeren på avdelingen har jeg funnet denne utfordringen lærerik og spennende. Jeg er nå klar for å se saken med litt andre briller. Jeg håper økt kunnskap på dette området kan komme til nytte både på vår post, deres, og andres i arbeidet med å gi pasientene et godt behandlingstilbud.

Ved å gi meg anledning til å delta i posten deres, slik at jeg kan observere og nedtegne det jeg ser og blir fortalt, vil en i ettertid kunne oppleve å kjenne seg igjen i materialet som blir offentliggjort. Jeg vil bruke fiktive navn for alle ansatte og anonymisere i den grad mulig, slik at sjansen for at andre enn en selv vet hvem som gjengis, er minimal. Det vil også være anledning for alle deltagende å se feltnotater underveis, og å få tilgang til skriftlig materiale i etterkant hvis ønskelig. Jeg vil samle inn mye data fra denne observasjonen og kun deler av den vil kunne fremstilles i masteroppgaven. Sluttresultatet av masterprosjektet skal etter planen bli et langt refleksjonsnotat(essay) og en artikkel som innleveres i mai 2012. Jeg vil beholde datamaterialet i fem år i håp om å kunne bruke noe av det i fremtidig forskning (innen samme temaområde).

Ser frem til 3 uker i posten deres!

Mvh Silje Folkvord, student ved Masterstudie i helsefag, flerfaglig studieretning,
Universitetet i Tromsø

VEDLEGG 2 Informasjonsskriv intervju

Informasjon om deltakelse i intervju til masterprosjektet: ”Tverfaglig samarbeid rundt behandlingsplan og ”sykepleieprosessen ”- hva skjer i personalgruppen?”

Høsten 2011 startet jeg opp mitt masterprosjektarbeid ved Universitetet i Tromsø. Jeg ønsker gjennom prosjektet, som tittelen hentyder, å se nærmere på en personalgruppe i samhandling rundt å utforme en behandlingsplan. Ved selv å delta i møter, og andre anledninger i løpet av dagen som involverer utforming av planen, håper jeg å lære mer om samspillet personalet i mellom. Min tanke er at sykepleieprosessen, som behandlingsplanen er tuftet på, legger føringer for vårt samarbeid i personalgruppen. I denne anledning er jeg også avhengig av å høre hvordan de deltagende i samarbeidet opplever det selv, og ønsker å intervju deg med tanke på dette.

Ved å gi meg anledning til å intervju deg, vil en i ettertid kunne oppleve å kjenne seg igjen i materialet som blir offentliggjort. Jeg vil i materialet ikke bruke ditt egentlige navn og ellers anonymisere i den grad mulig, slik at sjansen for at andre enn en selv vet hvem som gjengis, er minimal. All data samlet under intervju blir oppbevart etter nasjonale gitte standarder, og makuleres senest 5 år etter innsamling. Jeg ønsker å beholde materiale i 5 år i håp om å kunne bruke det i annen forskning innen samme temaområdet. Det vil være anledning for deg å få tilgang til analysert materiale i etterkant hvis ønskelig. Verdt å merke seg er at mengde informasjon fra et intervju ofte er så stor, at bare mindre deler av det som er samlet inn kan brukes i masteroppgaven.

Mvh

Silje Folkvord, student ved Masterstudie i helsefag, flerfaglig studieretning, Universitetet i Tromsø

VEDLEGG 3 Samtykke erklæring sengepost

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet ”Tverrfaglig samhandling rundt behandlingsplan og ”sykepleieprosessen” – hva skjer i personalgruppen?”

Jeg (skriv ditt navn her) har lest gjennom informasjonsskriv og samtykker herved, på vegne av sengepost, i at mastergradsprosjektet utføres her i perioden

Jeg samtykker med dette til at masterstudent kan gjøre feltobservasjon på sengeposten, og intervju med enkelte ansatte etter deres eget samtykke.

Tema for studiet vil være opplevd samhandling i en tverrfaglig personalgruppe i arbeidet med pasientens behandlingsplan.

Sengeposten vil ikke motta noen form for kompensasjon for oppmøtet og/eller deltagelsen.

.....

den2011

Sted

.....

Signatur

.....

Kontaktadresse

.....

Telefonnummer

.....

e-mail adresse

VEDLEGG 4 Samtykkeerklæring intervju

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet ”Tverrfaglig samarbeid rundt behandlingsplan og ”sykepleieprosessen” – hva skjer i personalgruppen?”

Jeg (skriv ditt navn her) har lest gjennom informasjonsskriv og samtykker herved i å delta i mastergradsprosjektet.

Jeg samtykker med dette til å treffe masterstudent Silje Folkvord til intervju, et intervju som vil bli festet på lydbånd for senere å bli nedskrevet. Tema for intervjuet er min opplevelse av samhandlingen i personalgruppen i arbeidet med pasientens behandlingsplan. Innsamlet datamateriale vil destrueres etter senest fem år.

Min deltagelse i intervjuet er frivillig. Jeg vil ikke motta noen form for kompensasjon for oppmøtet og/eller deltagelsen.

.....

den2011

Sted

.....

Signatur

.....

Kontaktadresse

.....

Telefonnummer

.....

e-mail adresse

VEDLEGG 5 Intervjuguide

Intervju guide:

Jeg ønsker å gjenta informasjonen i informasjonsskriv for å sikre at informanten vet hva jeg ønsker å undersøke. Jeg vil også fortelle hvem jeg er og hvorfor jeg undersøker det jeg gjør. Det vil være viktig for meg å understreke at opplysninger jeg får vil bli behandlet med varsomhet i mine studier. Jeg er ikke ute etter å stille noen i dårlig lys.

Informasjon om intervjuet: Jeg vil fortelle hvordan intervjuet skal foregå og svare på spørsmål informanten måtte ha. Jeg vil poengtere at jeg ønsker at informanten snakker fritt, men at jeg underveis vil stille spørsmål som utdyper mine hovedinteresseområder.

Innledende spørsmål: Jeg ønsker å vite litt generelt om informanten; navn, alder og hvilken stilling ved avdelingen. Hvor lang tid personen har vært ansatt ved denne posten og andre steder vil også være interessant, samt i hvilken grad personen da har hatt befatning med behandlingsplaner.

Hovedspørsmål 1: Hvordan lager dere en behandlingsplan her på avdelingen hos dere?

Evt. Er det en bestemt rutine eller en felles enighet om hvordan det gjøres?

Hovedspørsmål 2: Hva anser du som din og andres rolle i utformingen av planen?

Evt. Har du eksempler på din egen og andres rolle?

Hovedspørsmål 3: (Henvise til situasjon observert i feltstudie) Husker du denne situasjonen når? Hvordan opplevde du denne?

Hovedspørsmål 4: Hvordan opplever du at planen bidrar i avdelingen? Opplever du at noe har endret seg i avdelingen etter at planen ble tatt i bruk, i så tilfelle hvordan?

Jeg vil under intervjuet kunne be informanten utdype elementer jeg synes særlig interessante, og endre rekkefølgen på spørsmål etter som jeg synes hensiktsmessig.

VEDLEGG 6 Godkjenning fra Regional Etisk Kommitte

Region: Saksbehandler: Telefon: Vår dato: Vår referanse:

REK nord 14.09.2011 2011/1304/REK nord

Deres dato: Deres referanse:

< Sett inn dato til

inngående

skjema/e-post her >

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Besøksadresse:

TANN-bygget Universitetet i

Tromsø 9037 Tromsø

Telefon: 77646140

E-post: rek-nord@fagmed.uit.no

Web:

<http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i

saksbehandlingen, bes

adressert til REK nord og ikke til

enkelte personer

Kindly address all mail and

e-mails to the Regional Ethics

Committee, REK nord, not to

individual staff

Nina Foss

Breivika

2011/1304 Samhandling rundt behandlingsplan og "sykepleieprosessen". Hva skjer i personalgruppen?

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte søknad om dispensasjon fra taushetsplikt.

Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet

25.08.2011.

Forskningsansvarlig

Lasse Lønnum

Prosjektleder

Nina Foss

Prosjektomtale (original):

Behandlingsplanfunksjonen i dataverktøyet "Dips" ved Universitetssykehuset Nord-Norge tar utgangspunkt i

sykepleieprosessen. I mitt arbeid som sykepleier, med å utvikle slike planer i samarbeid med andre, har jeg

undret meg over samspillet i personalgruppen. Samarbeidet har i ulik grad blitt opplevd som

fruktbart/nyttig for pasientens behandling av de deltagende. Jeg håper å avdekke en del

prosesser i dette

forskningsprosjektet som kan synliggjøre hva som bidrar til opplevelsen av nyttig, eller ikke nyttig, samarbeid. Jeg vil gjøre feltobservasjoner i en psykiatrisk sengepost som bruker behandlingsplaner med sykepleieprosessen som utgangspunkt. Jeg vil finne en avdeling jeg ikke har tilknytning til fra tidligere, og der delta i samarbeidssituasjoner om behandlingsplan over 10 arbeidsdager. I tillegg vil jeg gjøre intervjuer med deltagere i disse situasjonene for å få innblikk i deres opplevelse av situasjonen.

Fremleggingsplikt

De prosjektene som skal fremlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig

forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf.

helseforskningsloven (h) §

2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med

vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med

studien som avgjør om et prosjekt skal anses som fremleggelsespliktig for REK eller ikke.

I protokollen side 692 er problemstillingen beskrevet som følger: "Hvordan samhandler personalet i en

psykiatrisk sengepost rundt utformingen av pasientens behandlingsplan, og hvordan opplever de deltagende

planen som et hjelpemiddel i samhandlingen om behandlingen?"

Prosjektet er utenfor helseforskningsloven virkeområde.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller

innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf.

helseforskningslovens § 10, jf.

forskningsetikkloven § 4, 2. ledd.

Taushetsplikt:

Det er søkt om dispensasjon for ikke å innhente samtykke hos pasientene, selv om disse diskuteres i

samhandlingen. Begrunnelsen for dette er at det ikke er pasientene som er i fokus, men samspillet i

personalgruppen. Prosjektet er vurdert å falle utenfor helseforskningsloven. Imidlertid følger det av

helsepersonelloven § 29 at opplysninger kan eller skal gis til bruk i forskning, og at det kan skje uten hinder

av taushetsplikt etter § 21. Til slikt vedtak kan knyttes vilkår. Det er REK skal behandle søknader om fritak

fra taushetsplikten også for forskningsprosjekter som faller utenfor helseforskningsloven.

Komiteen har vurdert prosjektet i lys av søknaden. Komiteen setter som vilkår for dispensasjonen at en

under den deltagende observasjon ikke gjør notater som kan identifisere pasientene og at en respekterer

pasienters ønsker om ikke tilstedeværelse av forskerpersonalet. Ved disse vilkår og at fokuset ikke er på

pasientene, men på personalet, mener komiteen at hensynet til deltakernes velferd og integritet blir tilstrekkelig ivaretatt.

Vedtak

Med hjemmel i forskrift av 02.07.09 nr. 989, der REK er delegert myndighet til å gi dispensasjon fra taushetsplikt etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 første ledd gis det dispensasjon fra taushetsplikt for deltagende observasjon og intervju som beskrevet i søknad av 15.6.2011 (dok. Id: 194484) til REK Nord. De personer det gis dispensasjon for er Prosjektleder Nina Foss og Masterstudent Silje Folkvord.

Vi ber om at tilbakemeldinger til komiteen og prosjektendringer sendes inn på skjema via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Øvrige henvendelser sendes på e-post til post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

May Britt Rossvoll

sekretariatsleder

Monika Rydland Gaare

førstekonsulent

Kopi til: postmottak@uit.no

VEDLEGG 7 Samarbeidsavtale med institusjon

Avtale mellom Sykehuset ANONYMISERT og Universitetet i Tromsø

med hensyn til Silje Folkvord sin mastergradsoppgave.

Sykehuset ANONYM og Universitetet i Tromsø samarbeider om gjennomføring av følgende prosjekt:

”Tverrfaglig samarbeid rundt behandlingsplan og ”sykepleieprosess” – hva skjer i personalgruppen?”

Arbeidet blir gjennomført i divisjon for Psykisk helsevern, ved avdeling ANONYM etter avtale med avdelingssjef ANONYM .

I samsvar med prosjektbeskrivelsen, vil arbeidet innebære (*kort beskrivelse av hva prosjektet går ut på*): Et feltobservasjonsstudie over tre uker. Observasjonene vil gjøres i forum der behandlingsplan diskuteres og utformes. Samhandling i personalgruppen er fokus, ikke pasienten. Det er også ønskelig med 3-4 intervjuer med personale om noen vil si seg villig til det.

Arbeidet medfører bruk av sykehusets ressurser slik (tid, utstyr, etc): Anslått varighet av hvert intervju; 1- 1 ½ t. Observasjoner gjøres i løpet av arbeidsdagen. Mindre samtaler med personale i løpet av observasjonene er ønskelig.

Prosjektet er meldt forskningsenheten på fastsatt registreringsskjema. De prosedyrer som gjelder i sykehuset blir overholdt i prosjektet, slik som taushetsløfte, melderutiner, personvern, journaltilgang, data- og IT-sikkerhet. Nødvendige godkjenninger fra eksterne instanser foreligger.

Hvis prosjektet resulterer i et kommersialiserbart produkt, skal sykehusets regler for kommersialisering i hht prosedyrer følges.

Sted (*dato*)

Sted:

Dato: _____

Forskningsjef

Undervisningsinstitusjon

Divisjonsdirektør

Student

VEDLEGG 8 Registreringsskjema ved sykehuset

Registrering av fagutviklingsprosjekter og prosjekter i forbindelse med utdanning; skjema (rev). Sykehuset ANONYMISERT

Prosjektprosessen

[]

Utarbeidet av: ANONYMISERT

Gjelder fra:	Utgave:	Dokumentnr:
13.9.2011	2.00	F/20.2-07

Godkjent av:

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 16.05.2012

1. Studentens navn: Silje Folkvord _____ Epostadresse: **fsilje@gmail.com**

Telefonnummer : 40225759

2. Utdanningsinstitusjon: Universitetet i Tromsø

3. Hvor skal prosjektet foregå? Divisjon: Psykisk helsevern Avdeling: ANONYMISERT

Sengepost/poliklinikk: ANONYMISERT

Kontaktperson i avdelingen: ANONYMISER Telefon: mob.

4. Prosjektperiode Mnd/år oppstart: September 2011 Mnd/år forventet avsluttet: Oktober 2011
NB! Husk å sende sluttrapport/oppgave som vedlegg til e-post når prosjektet er avsluttet!

5. Prosjektbeskrivelse *Skriv noen få setninger som egner seg til presentasjon i
prosjektregisteret*

på intranettet!

(Tittel: ”Tverrfaglig samhandling rundt behandlingsplan og ”sykepleieprosessen” – hva skjer i personalgruppen?”) Hvordan samhandler en tverrfaglig personalgruppe i en psykiatrisk sengepost rundt utformingen av pasientens behandlingsplan, og hvordan opplever de deltagende denne samhandlingen? Dataprogramleverandøren *Dips* baserer sin behandlingsplanfunksjon på ”sykepleieprosessen”, en allmen analytisk problemløsningsmetode blant flere andre. Dette masterstudiet, med feltobservasjon og intervjuer gjort i sengepost, er et forsøk på å avdekke ulike prosesser i samhandlingen rundt disse planene.

6. Godkjenninger

Det kan være nødvendig med godkjenning enten fra Regional Etisk Komité(REK) eller fra NSD personvern. Les mer om reglene på de respektive hjemmesider <http://helseforskning.etikkom.no/> og <http://www.nsd.uib.no/> . KF-avdelingen skal ha tilsendt kopi av godkjenning.

Institusjon	Unødvendig (sett evt. kryss)	Søkt (sett evt. kryss)	Godkjent dato
NSD			
REK		X	Ettersendes(angitt tilbakemelding senest 14.sept)

fortsettes

7. Ressursbruk

*Beskrivelse av tid som vil medgå til prosjektet ut over sykehusets ordinære rutiner. Eksempel:
Hvor mange som skal utfylle spørreskjema/delta i intervju eller lignende og hvor lang tid det tar*

Ønskelig med 4 intervjuer av ansatte i sengeposten, cirka varighet av hvert intervju; ½-1 ½ t. Observasjoner gjøres i løpet av arbeidsdagen. Korte samtaler med personalet i løpet av feltstudiet er ønskelig. Dette må vurderes ut fra personalets mulighet til dette i øyeblikket.

Jeg erklærer at de prosedyrer som gjelder i sykehuset blir overholdt i prosjektet, slik som taushetsløfte, melderutiner, personvern, journaltilgang, data- og IT-sikkerhet. Nødvendige godkjenninger fra eksterne instanser foreligger.

Dato: 13/9-11

Silje Folkvord _____
Sign student

Jeg godkjenner at studentens masteroppgave kan gjennomføres i avdelingen og er inneforstått med hva det vil kreve av ressurser

Dato

Sign avdelingssjef

Dato

Sign divisjonsdirektør

Vedlegg (obligatorisk):

- Prosjektdirektiv / prosjektbeskrivelse eller liknende
- Evt. godkjenning fra NSD eller REK. Kan eventuelt ettersendes.
- Dersom ekstern institusjon er involvert i prosjektet: Avtale mellom ANONYMISERT og ekstern institusjon som regulerer ressursbruk, eierskap til data, forfatterskap til evt. artikler osv.

Skjemaet sendes: Kvalitets- og forskningsavdelingen. ANONYMISERT ADRESSE

Prosjektet registreres i prosjektregisteret på intranett av Kvalitets- og forskningsavdelingen. Du kan selv gå inn og kontrollere opplysningene ved å gå inn på "Prosjekter" på intranettets horisontale menylinje og velge "Prosjektregisteret" der du kan sortere bl.a. på prosjektnavn, prosjektnummer.

Artikkel:**Den muntlige behandlingsskulturen og IKT****Sammendrag:**

Bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) fremmes som et helsepolitisk satsningsområde i helsetjenestene. Intensjoner er å bedre pasientflyt og samhandling mellom helsepersonell og å fremme faglig effektivitet og kvalitet. I Norge har alle offentlige sykehus innført Elektronisk Pasient Journal (EPJ). Behandlingsplan er en del av Elektronisk Dokumentasjon Sykepleie (EDS). Kvalitativ forskning på implementering av IKT i helse- og omsorgssektoren har vokst frem de senere årene. Flere av studiene viser at innføring av nye teknologiske hjelpemidler fører til endring i samarbeidsformer. Denne artikkelen analyserer hverdagssamhandling rundt utforming og bruk av behandlingsplan, i en tverrfaglig personalgruppe i en psykiatrisk sengepost. Valgt metode er feltarbeid over tre uker, med deltakende observasjon og halvstrukturerede intervjuer. Materialet drøftes ved hjelp av begreper fra samhandlingsanalyse, med vekt på analyse av hverdagspraksis i både den tverrfaglige – og pleiegruppen i avdelingen. Funnene viser at tradisjonelle ansvarsområder og samarbeidsformer i avdelingen, videreføres etter innføring av EDS. Muntlig informasjonsutveksling i møter og uformell samhandling i løpet av arbeidsdagen, er fortsatt mest sentralt i å sikre faglig kvalitet og effektivitet i avdelingen. Det er ikke etablert egne møter i avdelingen med mål om å samarbeide om behandlingsplan. EDS er pleiegruppens felles redskap, men utforming og oppdatering av planen fordeles individuelt, knyttet til roller i pleiegruppen.

Stikkord: pleieplan, behandlingsplan, informasjonsteknologi, organisering, tverrfaglig samarbeid, pleiegruppe, samhandlingsanalyse, interaksjons analyse, psykiatri.

Abstract

The use of information and communication technology (ICT) is promoted as a political goal for healthcare practice. The intentions are to enhance cooperation and the exchange of patients between healthcare practitioners, and to enhance professional efficiency and quality. In Norway all public hospitals have implemented Electronic Patient Record (EPR). The care plan is a part of Electronic Nursing Documentation (END). Qualitative research on the implementation of ICT in the healthcare sector has recently started to grow. Several studies show that implementing new technological instruments, leads to changes in the cooperative structure. This article analyzes the cooperation in everyday work, when creating and using a care plan, in an interdisciplinary group of personnel, at work in a psychiatric ward. The scientific method used have been a fieldwork spanning three weeks, with participating observation and semi structured interviews. The collected research material is discussed with the use of terms from interaction analysis, emphasizing analysis of the everyday work in both the interdisciplinary group and the nursing group in a psychiatric ward. Results indicate that the traditional individual responsibilities and the cooperative structure within the ward, is still continued following the implementation of END. Oral exchange of information within meetings, and casual cooperation during work hours, is still the central factor in ensuring professional quality and efficiency of the nursing care throughout the ward. There have not been established dedicated meetings in the ward with the objective of cooperation around care plans. END is a common tool for the group of healthcare practitioners, but the designing and updating of the care plan is delegated individually, depending on the healthcare practitioner's role.

Keywords: Care plan, treatment plan, information technology, organizing, interdisciplinary cooperation, interprofessional cooperation, healthcare practitioners, interaction analysis, psychiatry.

Innledning

Utbredelse i bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) fremmes som et helsepolitisk satsningsområde. Intensjoner er å bedre pasientflyt og samhandling mellom helsepersonell, og å bidra til effektivisering av arbeidsprosesser og faglig kvalitet(1, s. 7). EDS skal blant annet være et kommunikasjonsmiddel og sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleie, samt synliggjøre sykepleien(2, s. 7). I Norge har alle offentlige sykehus innført Elektronisk Pasient Journal(EPJ)(3). Tre av Norges fire helseforetak har innført DIPS EPJ, et pasientinformasjonssystem levert av selskapet DIPS ASA(4). Behandlingsplanfunksjonen er en del av Elektronisk Dokumentasjon Sykepleie(EDS) i DIPS, og er basert på en allmenn analytisk problemløsningsmetode som innen helsefag kalles sykepleieprosessen. EDS er en todelt funksjon hvor behandlingsplan og rapportnotater er digitalt forbundet; hvert punkt i planen har tilknytning til rapportnotatet det ble skrevet i forhold til. Intensjonen med planen er å dokumentere pasientens behandling(5). Den er også ment å være et hjelpemiddel i kommunikasjon mellom helsepersonell(6).

Forskning rundt implementering av IKT i helse- og omsorgssektoren har vokst frem de senere årene(3). Ulike retninger innen forskningen er etablert, blant annet Computer Supported Cooperative Work(CSCW) og Science and Technology Studies(STS), og bruk av Aktør-nettverk teori og Systemteori. Ulike metoder benyttes, ofte feltobservasjon og intervju. Utenlandske studier innen disse retningene og review-artikler, viser at innføringen av EPJ har ført til endring i arbeidsvaner, og at aktørene bidrar til hvordan EPJ blir brukt(7-11). Forskning, som viser samme funn, er også gjort i Norge(12-14). Behandlingsplan er lite omtalt i forskningslitteratur. Artikler fra norske studier omhandler i stor grad bruk av standardisert kodeverk i planen(15-19). Bodil H. Blix viser i sitt masterstudie, med intervjuundersøkelser og analyse av kunnskap, oppstykkning av pleiefellesskapet, som en konsekvens av innføringen av behandlingsplanen og de nye rutinene(20). To studier jeg har funnet, som baseres på feltstudier, omhandler relasjoner innad tverrfaglige grupper i samhandling rundt EPJ. Én i Nederland og én i Norge. De beskriver hvordan personalet innvirket til EPJ, ved over tid å innarbeide arbeidspraksis som støttet opp om bruken. De viser også at innføringen av EPJ har medført endring av identiteter og hierarkier mellom ansatte(21, 22). Halford m.fl. skriver at denne type teoretisk perspektiv i forskning, er viktig for å forstå ringvirkninger av innføring av EPJ i praktisk arbeid. De skriver også at slik forskning er manglende i forskning rundt bruken av EPJ(21, s.213).

Artikkelen baserer seg på et kvalitativt studie, med feltobservasjoner og intervju i en tverrfaglig personalgruppe. Hensikten med dette studiet var å utforske samhandlingen i arbeidet med å utforme pasienters behandlingsplan, og hvordan planen innvirket til den tverrfaglige samhandlingen. Kvalitativ metode er benyttet da denne gir rom for et utforskende design, hvor studien formes etter forskerens refleksjoner og valg i løpet av studiet(23). Feltarbeid ble utført da dette er en egnet måte å utforske hvordan samhandling foregår(23, 24). Feltarbeidet er utført i en psykiatrisk sengepost hvor EDS har vært i bruk siden våren 2007. Jeg har i studiet valgt å fokusere på bruken av behandlingsplanen, ikke rapportnotatene, fordi jeg ønsket å se planen og dermed sykepleieprosessens, innvirkning i samhandlingen. Fokus er rettet mot planens funksjon i kommunikasjon og samhandling mellom de ansatte i personalgruppen. Jeg har ikke studert bruk av plan i relasjon til pasienten. I feltarbeidet observerte jeg at planen ble brukt forskjellig avhengig av om den inngikk i tverrfaglig eller pleiefaglig kommunikasjon. I tillegg var samhandlingen ulik i det formelle møtet til pleiegruppe(PG) og tverrfaglig gruppe(TG), og i disse gruppernes mer uformelle samtaler. Jeg vil i samhandlingsanalysen bruke observasjoner fra, både formelle møter og de uformelle samtalene. Uttalelser fra intervjuene vil utdype observasjonsdata. Jeg har tatt utgangspunkt i intensjonene for hvordan planen skal brukes, og har analysert hvordan den ble brukt i praksis. I fortsettelsen av artikkelen vil jeg vise valg av metode og teoretisk perspektiv, for så å presentere funn og analysen av disse.

Metode

Studien inngår i en hermeneutisk fenomenologisk forskningstilnærming; et fortolkende design hvor en reflekterer mellom del og helhet i det erfarte, for å oppnå ny forståelse av underforliggende mening i menneskers liv(23). Studien hadde et eksplorativt design med fokus på å utforske samhandling, i en avdeling i et sykehus som var ukjent for meg. IKT-avdelingen ved Universitetssykehuset Tromsø, anbefalte et sykehus som over tid hadde jobbet med DIPS behandlingsplan. Ved å kontakte sykehusets IKT-avdeling fikk jeg kontaktinformasjon til avdelinger de så som fremskreden i arbeidet med planen. Jeg signerte også samarbeidsavtale med sykehusets forskningsavdeling. Jeg jobber til vanlig i en sengepost i et annet psykiatrisk sykehus. Jeg forsker derfor i eget felt med en forforståelse, som blir en del av fortolkningene jeg gjør av samhandlingen. Prosjektskissen til studiet ble godkjent av Regional Etisk Komité i september 2011, og dispensasjon fra taushetsplikt ble gitt. Jeg utførte feltstudiet i en psykiatrisk sengepost med 45 ansatte, og 12 sengeplasser.

Deltagende feltobservasjon ble gjennomført på dagvakter over tre arbeidsuker, i september 2011. Feltnotater ble skrevet i løpet av vaktene, og utvidet og konkretisert umiddelbart etterpå(24). Egne refleksjoner ble skrevet i tillegg. Jeg utførte også 5 semistrukturerte intervjuer med personer i pleiegruppen, i tillegg til intervju med fagutvikler og leder. Informanter ble valgt etter fire dager i avdelingen, med fokus på å få ulike yrkesgrupper og ansettelsesforhold representert. Avdelingen bidro til utvalget ved å foreslå personale. 2 sykepleiere og 1 hjelpepleier i over 80 % stilling, 1 hjelpepleier i deltidsstilling <80 %, og 1 ekstravakt ble intervjuet med lydopptak. Transkripsjoner av intervju er gjort med innholdsanalyse som formål, ordrett fra informant men anonymisert for dialekt. Jeg har sortert datamaterialet ved å finne naturlige meningsenheter i intervjumaterialet, for så å tematisere det(25). I artikkelen presenterer jeg funn med utgangspunkt i observasjoner, og supplerer med informantenes forståelse. Rekonstruksjoner av observasjonsnotater er laget med fokus på å være tro det innsamlede materialet(26), og lesbarhet i fremstillingene(27). Fiktive navn er brukt i presentasjonen for å ivareta anonymitet.

Analytisk tilnærming

Erving Goffman var opptatt av å analysere hverdagslivets sosiale situasjoner, og det han kalte implisitte mønstre i samhandlingen. Han har i sine samhandlingsanalyser av situasjoner, utviklet begreper som beskriver samhandlingen. Disse begrepene er ment å brukes analytisk for å løfte fram underleggende mønstre i samhandling(28, s.55). Jeg har valgt å bruke Goffman i min analyse, da hans begreper er egnet for å analysere samhandling som vi ofte ikke tenker over, og tar for gitt(implisitte). Samhandlingen jeg har observert er den dagligdagse samhandlingen i en sengepost. Denne avdelingen hadde brukt behandlingsplan over tid, og arbeidsformer og strukturer var innarbeidet. Disse ble ikke snakket om i samhandlingen dem i mellom. Jeg sammenligner også mine analyserte funn med Torunn Hamrans samhandlingsanalyse av pleiekulturen, og Per Måseides samhandlingsanalyse av tverrfaglig gruppe i sykehus. Disse ble gjort før innføringen av EDS, og beskriver derfor samhandling uten innvirkning fra planen.

Goffman skriver at ved å delta i samhandling tilegner aktørene seg kjennskap til implisitte regler for deltagelse, eller de er med på å etablere dem. Disse reglene for adferd innvirker på aktøren, og kan deles inn i to hovedkategorier: Hvordan andre forventer at en i samhandlingen opptrer moralsk akseptabelt, og hvordan en forventer at andre opptrer moralsk i forhold til en selv. Reglene kan være symmetriske i samhandlingen, ved at forventningene til ens egen og

andres adferd, er lik forventningen de andre har til han og seg selv. De er asymmetriske når deltagerne forventer ulik adferd av seg selv og andre(28, s. 51-53). Disse reglene er en del av det Goffman kaller for seremonielle regler; en konvensjonalisert måte å kommunisere på, hvor individene uttrykker hvem en "selv" er, og formidler verdsettelse av de andre i situasjonen(28, s. 54). Disse er ikke styrt av definerte lover og regler, men dannes implisitt i samhandlingen. Handlinger og tegn gir signaler om hva aktøren forventer av de andre, og hvem en "selv" er. Denne kommunikasjonen foregår på flere vis, blant annet som lingvistiske, gester, romlige, oppgave-relaterte, og som del av en kommunikasjonsstruktur(28).

Ved å delta i samhandlingen og følge reglene for adferd, danner aktørene et bilde av ens "Selv", eller status(28). Thomas Hylland Eriksen omtaler begrepet status som "et gjenkjennelig, sosialt definert trekk ved en person som gir henne visse rettigheter og plikter"(29, s.56). To stater i relasjon til hverandre kaller han statussett(29, s. 58). Han sier videre at den sosiale person kan ha flere stater, hvor ulike forventninger til oppførsel og handlinger er knyttet til hver av dem. Denne oppførselen og handlingene relatert til statusen, definerer han som vedkommendes sosiale rolle(29).

I ansikt-til-ansikt situasjoner, er gjensidig signalisering av verdsettelse grunnleggende for å kunne delta. Deltagerne må derfor "oppføre seg i tråd med implisitte forventninger og fortolkninger i situasjonen. De må være i stand til å gi egne og andres handlinger den rette innrammingen."(Om Goffman(1971) i 30, s. 131)

Jeg vil i min analyse bruke begrepene mønster, regler, status, statussett, rolle og ramme. Jeg vil også bruke noen av Goffmans eksempler på kategorier av ulike tegn og handlinger. Ved hjelp av disse begrepene ønsker jeg å analysere funnene mine, for å finne implisitte mønstre i samhandlingen rundt arbeidet med å utforme pasientens behandlingsplan. Jeg vil sammenligne funn og mønstre, mot forskning gjort i tverrfaglige og pleiefaglige grupper før behandlingsplanen ble elektronisk.

Organisering av personalet

Jeg vil i det følgende skissere organisering av avdelingens personale, for å gi en bakgrunn for analyse av samhandlingen rundt pasientens behandlingsplan. De ansatte i pleiegruppen var delt inn i to grupper, med ansvar for de innlagte pasientenes behandling. På dagvakt besto hver gruppe av 4-5 pleiere, som hadde fått ansvar for å være kontaktperson til pasienter tilknyttet gruppen. Hver av gruppene hadde én overlege, og én eller to behandlere tilknyttet.

Overlegene sto formelt ansvarlig bak vedtak som ble skrevet på pasientene. Leger og psykolog hadde formelt behandleransvar for pasientene. I avdelingen ble de omtalt som *behandlere* til pasientene. Sosionom og aktivitør jobbet med begge gruppene etter behov.

Av den tverrfaglige gruppen var det kun pleiegruppen som brukte behandlingsplan.

Fagutvikler hadde overordnet ansvar for EDS i avdelingen. Jeg vil nå gjengi hennes forklaring, i intervju, av planen og om organiseringen av personalet i arbeidet med den.

Planen var en del av sykepleiedokumentasjonen. Den skulle være et ”aktivt” dokument, og med det kontinuerlig oppdateres i forhold til pasientens aktuelle problemområder/ressurser, behandling, og målsetting for behandlingen. Hver pasient fikk to primærkontakter fra sin gruppe, begge ansatt i mer enn 80 prosent fast stilling. De hadde ansvaret for å følge opp pasientens behandling under innleggelsen, inkludert oppdatering av behandlingsplanen.

Kontaktpersoner som ikke hadde primæransvar for pasienten, hadde ansvar for planoppdatering på de pasientene de hadde kontaktansvar for på hver vakt. Det innebar å lese behandlingsplan til ”sine pasienter” og følge opp deres plan den vakten. Det var ikke satt av et spesielt tidsrom for å lese planen på dagvakt. Pleiepersonalet begynte til ulike tider, og måtte avtale seg i mellom tid til å lese. Når kveldsvakt kom på jobb hadde de en halv time til å lese plan og notater. Gruppen skulle også ha ulike oppgaver i forhold til å skrive i planen.

Fagutvikler bestemte hvem i pleiegruppen som fikk opplæring. Hun ga opplæring og individuell veiledning i bruk. Ekstravakter uten helsefaglig utdanning skulle ikke ha opplæring. Pleiegruppene hadde hver sin gruppeleder. Regelen er at to som hadde vært på kveldsvakt, skulle være gruppeledere dagen etter. Disse hadde ansvar for å skrive plan sammen med ekstravakter på sin gruppe. Gruppeleder hadde også ansvaret for å lese plan og notater i EPJ til pasientene på sin gruppe, for å kunne videreformidle informasjonen på det tverrfaglige behandlingsmøtet. Dette begynte kl. 0845 og varte cirka én time. Kun de to gruppelederne var representert fra pleiegruppen, og rett etter møtet formidlet dem informasjon fra behandlingsmøtet til pleiegruppen i en femten minutters etter rapport. Gruppeleder skulle også være tilgjengelig for spørsmål fra kveldsvaktene de femten siste minuttene av dagvakten. Denne organiseringen innad TG og PG, i forhold til ansvar for behandling og dokumentasjon, er en videreføring av tradisjonell organisering av sykepleie. Modell for gruppesykepleie er tatt i bruk, med innslag av primærsykepleie hvor to av pleierne har delt primæransvar. EDS inngår i denne organiseringen, den har (som ”aktør”) ikke endret strukturene og organiseringen.

Planen i behandlingsmøte

Behandlingsmøtet er et daglig, tverrfaglig møte. Det foregår på personalmøterommet, det eneste møterommet med plass til alle deltagerne, da gjerne 10-12 ansatte. Deltagerne i TG satt rundt et ovalt bord. Ved den ene kort-enden av bordet satt legene med medisinkardeks foran seg. Ved den andre enden satt gruppelederne. De hadde en PC på en pult ved siden av, som de vekslet på å lese fra under møtet. Jeg observerte ikke at de skrev på den. Faglig utveksling foregikk i hovedsak muntlig, med spørsmål, informasjon og forslag. Et typisk eksempel hvordan planen ble brukt i møtene, var da gruppeleder Kai innledet diskusjonene rundt pasientbehandlingen til sin gruppe. Han formidlet informasjon fra behandlingsplan og tilknyttede notater ved å lese høyt, eller formidlet uten å lese direkte fra dokumentene. I tillegg stilte han spørsmål til resten av gruppen, for eksempel for å få informasjon i forhold til at en pasient ønsket permisjon, og en annen endret utgang. Personalet stilte også Kai spørsmål. Overlege Pål stilte spørsmålet; *”Er det noen plan for utskrivelse for ham[pasienten]?”* (..) Kai ser i Dips og kommenterer at det ikke står noe i planen. Kai og lege Nina forteller det de vet som svar på spørsmålet. Kai noterte informasjon på et papir underveis i møtet.

Den observerte samhandlingen i TG, beskriver ulike oppgaver i forhold til behandlingsplanleggingen. Deltagerne bidro på ulikt vis til hva som i etterkant ble nedtegnet i planen. Bruken av EDS fra PC innvirket til plasseringen av gruppelederne i rommet. Plasseringen av leger og gruppeledere i forhold til hjelpemidlene de brukte, sier noe om oppgavefordeling i samhandlingen. Legene ordinerte medisiner, gruppelederne videreformidlet informasjon fra PG i EDS. Kun gruppelederne, av de faste møtedeltagerne, leste dokumentasjonen i EDS. Av de andre i gruppen bidro lederne i samhandlingen, med et tydelig ansvar for pasientflyt mellom ulike instanser. Disse skrev som oftest referat i en notatblokk under møtene. Resten av deltagerne var med i vurderingene som ble gjort på møtet. De kom også med forslag til behandlingen, men kun overleger og behandlere hadde formelt myndighet til å ta avgjørelser. Overlegene ga sitt samtykke, eksplisitt ved at de sa seg enige, eller implisitt ved at diskusjon fortsatte uten innvendinger. Overleger tok under møtene også hyppigst ordet av alle de deltagende, noe jeg gjorde telling på i tre av møtene beskrevet i feltnotater. De spurte om informasjon, konkluderte med behandling som skulle gis, eller ba om å diskutere neste pasient uten at ny behandling var bestemt. Gruppeledere noterte det de så relevant å rapportere videre til PG på en papirlapp. EDS ble primært brukt for å innhente informasjon.

Intervjuinformantene fra PG fortalte, at blant annet pasienters ønske om permisjon eller endret utgang, var noe de skrev i behandlingsplanen. Eksempelet med gruppeleder Kai viser med dette at planen bidro med informasjon i møtet, dokumentert av ansatte i PG, som TG vurderte og tok stilling til.

Etterrapport

Etterrapporten var det formelle møtet som hver av de to gruppene i PG hadde i løpet av dagen. Møtet ble holdt på avdelingens kjøkken, og ble derfor ofte kalt "kjøkkenmøtet". Her var det ingen PC, og behandlingsplanen var ikke til stede i rommet. Personalet sto tilfeldig plassert inntil kjøkkenbenk og vegger. Jeg presenterer nå et eksempel som er karakteristisk for kjøkkenmøtene: Gruppeleder Kai leste opp fra papirlappen sin informasjon fra behandlingsmøtet. Han vendte ansiktet mot de av kontaktpersonene, som hadde ansvaret for pasienten den dagen. Han ba primærkontakt Pål skrive inn i planen informasjon om pasientens utskrivelse. Den manglet under behandlingsmøtet. Ingen stilte spørsmål om hvem som skulle gjøre hva. Hver enkelt lyttet stort sett oppmerksomt når Kai henvendte seg til dem. Noe av informasjonen Kai presenterte, ble etterfulgt av korte diskusjoner i gruppen. For eksempel når beslutninger var tatt på behandlingsmøtet, som gruppen hadde delte meninger om, eller rundt detaljer i gjennomføringen av behandling. Kai vekslet mellom å rapportere og delta i den pleiefaglige diskusjonen. Ekstravakt Arne fortalte spontant om en gåtur med pasient før møtet ble avrundet, uten at dette hadde vært tema i løpet av møtet. Gruppen gikk ut av kjøkkenet, og neste gruppe kom inn.

Formelt er møtet en anledning for gruppeleder, å rapportere fra behandlingsmøtet til PG. Samhandlingen viser en felles forståelse for hvem som skal gjøre hva, i forhold til utføring og videre rapportering av informasjonen de mottar. I tillegg er det mer uformelle diskusjoner i møtet. Her deltar gruppeleder som en av de andre, ikke som rapportør. I møtene jeg observerte deltok ikke alle i diskusjonen, og alt etter hvilken pasientbehandling som ble diskutert, deltok de enkelte mer eller mindre. Det var også ulikt hvor mye den enkelte tok initiativ til diskusjon; ekstravakter gjorde det i mindre grad enn fast ansatte. Informasjonsutveksling og vurderinger ble gjort i fellesskap. Nye spørsmål og kommentarer til behandling ble dannet i fellesskap. Utfyllende beskrivelser, og eventuelt nye bestemmelser, oppsøkte de behandlere og overleger for etter møtet.

Planens innvirkning på samhandlingen i pleiegruppen er her indirekte. PC-en var ikke i rommet; det ble ikke lest fra planen. I følge formell organisering var forventningen at alle

hadde lest EDS før kjøkkenmøtet. I intervjuene fortalte informantene i PG imidlertid at noen ganger fikk en ikke lest i EDS i forkant av møtet, selv om en ønsket å gjøre det. Andre ganger hadde en vært på jobb nylig, og hadde ikke behov for å lese planen.

De to formelle møtene

Funn viser de to gruppenes ulike bruk av plan, samt ulike strukturer i samhandlingen, som innvirket til hva som ble skrevet i den.

I behandlingsmøtet brukes EDS når gruppeledere skal finne frem til informasjon og dokumentasjon. Behandlingsplanen er en del av EDS, og punkter fra denne er del av informasjonsutvekslingen. Planen er med dette primært et dokumentasjonsredskap. Nye beslutninger i overordnet behandling forventes oppdatert av pleiegruppen etter møtet. Møtets organisering er en videreføring av tradisjonell organisering av tverrfaglige møter i sykehusavdelinger; pleier gir rapport om utført pasientbehandling, og gruppen gjør vurdering av behandling. Overleger har det overordnede ansvar for behandlingen.

Etterrapporten er en videreføring av tradisjonell muntlig videreformidling og informasjonsutveksling innad i pleiegruppen. Hele pleiegruppen deltar og får del i muntlig informasjon og drøfting. Behandlingsplan inngår ikke, men forventes lest av deltakerne før møtet. Implisitt i møtet er en felles forståelse av individuelt ansvar for å oppdatere planen. Pleierne drøfter ikke planens kvalitet og utforming, eller hvordan den skal oppdateres.

Etterrapporten hadde et mer uformelt preg enn behandlingsmøtet, og gruppelederansvaret er ikke knyttet til en bestemt person. Dette i motsetning til overlegers ansvar som faglig ansvarlige, og ledes oppgave som administrativt ansvarlig i behandlingsmøtet. Begge møters samhandling har til felles, at det formidles informasjon innad i gruppen, og fra en gruppe til den andre. Gruppeledere hadde ansvaret for formidlingen mellom de to gruppene.

Uformell samhandling i TG

Alle som jobber i avdelingen samhandler mer uformelt i løpet av dagen. De oppsøkte for eksempel hverandre, for å snakke om hva som var observert og gjort i forhold til pasienten. Jeg observert at PG viste et særskilt ansvar i forhold til å hente inn informasjon fra de forskjellige. Planen ble ikke brukt i samtalene, bortsett fra en anledning hvor primærkontakt skrev i den og ringte leder for å spørre om noe. Primærkontakt Egil fortalte i intervju at han oppsøkte sosionom og aktivitør i forhold til behandling, for å innhente informasjon som han

så relevant å skrive i planen. Leder ble oppsøkt, og oppsøkte andre, for å diskutere blant annet utskrivelse. Hun sa i intervju at hun også deltok i diskusjoner som faglig leder, og med relevant arbeidserfaring fra tidligere. Nestleder deltok i utvekslinger som en del av PG når hun ikke hadde lederansvar. Pleiepersonell oppsøkte behandlere og overleger for å stille spørsmål i forhold til behandling når de var på personalmøterommet. I intervjuer fortalte to av pleierne at slike samtaler ofte ble gjort i etterkant av en samtale med pasienten. Disse ga anledning til å få klarhet i hvilken behandling behandleren så aktuell å iverksette, og til eventuelt å komme med forslag. Tiltak kunne i følge tre informanter, også iverksettes uten behandleres samtykke når disse ikke var på jobb. Tiltakene ble allikevel vurdert av behandlerne i etterkant.

Den uformelle samhandlingen i TG bidrar til nye faglige vurderinger og avgjørelser om pasientens behandling. Samhandlingsdata viser at det i hovedsak er pleiegruppen som uformelt tar kontakt med behandlerne. Pleierne stiller gjerne spørsmål, og de ber om samtykke i forhold til endringer i behandling. Planen inngår ikke direkte i den uformelle tverrfaglige samhandlingen. I hvilken grad den bestemte behandlingen ble ført inn i planen, svarer ikke funnene mine på. De tyder derimot på at uformell samhandling i TG, og behandling som ble besluttet der, innvirket til hvilken informasjon PG var pliktig å skrive inn i planen.

Uformell samhandling om behandlingsplan i PG

I løpet av dagvaktene observerte jeg mange uformelle samtaler i PG, men tema var da som oftest ikke relatert til pasientbehandling. Slike samtaler kunne gjerne gå over i samtaler rundt behandling. For eksempel om morgenen etter rapport fra nattevakt, da PG var samlet på personalmøterommet. PG vekslet på å lese plan og notater, samtidig som andre satt rundt bordet og snakket. Primærkontakt Pål sa i intervju hvordan behandlingsplanen kunne innvirke på samtaler i møterommet:

”(..) folk sitter borte med dataene og leser rapport, og da sitter det kanskje tre andre og venter på dataen ikke sant, og så sitter man og snakker litt og så, kommer det en kommentar borte fra dem som sitter og leser, ”å ja her er det gjort sånn og sånn og”, og sånn ja, folk er jo sammen åtte timer her, og det er mye som blir snakket sammen her”.

I intervju og samtaler fortalte pleiepersonale, at det varierte om de leste behandlingsplanene til pasientene på morgenen. De opplevde noen ganger ikke å ha tid til det, og andre ganger

spurte de kollegaer om det var noe nytt i forhold til behandling siden sist. Å lese planen forstår jeg ut fra disse utsagnene at var en individuell oppgave i PG. Den ble lest ved anledning og behov, men mye informasjonsutveksling foregikk kollektivt i samhandlingen, med og uten innvirkning fra behandlingsplanen.

Personalet fortalte at sengeposten hadde få møterom utenom personalmøterommet, og at disse som oftest ble brukt til pasientsamtaler på dagtid. Personal møterommet var forbeholdt kun personal, men jeg observerte nesten ikke samtaler mellom PG relatert til behandling her. Utsagn i intervjuene med pleiepersonell, tyder på at samtalene innad PG ofte foregikk der anledningen bød seg. Personal i PG jeg snakket med om samhandlingen, fortalte at de opplevde samarbeidet bra blant personalet. De sa blant annet til hverandre når de mente noe kunne vært gjort annerledes, eller at de savnet noe i pasientens behandlingsplan. To av informantene fortalte også at det kunne kommenteres når behandlingsplanen ikke var oppdatert, noen ganger i frustrasjon. Disse utsagnene viser at uformell samhandling også foregår mer direkte i forhold til det faglige arbeidet med planene.

Arbeidet med å skrive planen observerte jeg som en oppgave PG gjorde individuelt. Primærkontaktene jeg intervjuet fortalte at de som oftest leste rapportnotater til sin pasient når de var på jobb, og tok ansvar for å oppdatere planen. Dette bidro til at den stort sett var oppdatert, selv om andre ikke hadde skrevet i den på sin vakt. Utsagn i intervjuene forteller at dette arbeidet også kunne innebære samarbeid. Når de ønsket å diskutere med andre i PG hva som skulle skrives i planen, snakket de vanligvis med den andre primærkontakten. Anne og Turid som ikke til vanlig var primærkontakter, bekreftet at primærkontaktene fulgte opp planene til "sine" pasienter. Ekstravakt Turid sa også at hun ga innspill til aktiviteter hun opplevde bra for pasienten, som hun ønsket inn i planen. I disse utsagnene ser jeg at alle bidro til utformingen av planen, men at forventningene til primærkontaktene i dette arbeidet var større enn for de andre.

Primærkontakt Kai fortalte at observasjoner, som for eksempel at pasienten hadde sovet dårlig en natt, forventet han at personalet skrev i rapportnotatet tilknyttet planen. Det var opp til primærkontakt å lese notatene, og vurdere om det skulle inn i planen som et nytt problemområde. Fagutvikler fortalte at det ikke var forventet av kontaktpersoner å endre planpunkter, som de ikke var trygg på skulle fjernes. For eksempel punkter for tiltak som primærkontakt kunne tenkes å evaluere over tid. Kontaktperson Anne fortalte, at hun ikke skrev like ofte i planen som hun synes hun burde. Hun opplevde ikke å ha "oversikt" nok for å gjøre det. Utsagnene viser her at forventningene til ikke-primærkontaktens redigering av

plan, er annerledes enn for primærkontakter. Primærkontakt Pål fortalte også om sin rolle som ikke-primærkontakt, at han mistet fokus på å redigere planen til pasienter han kun var kontaktperson til. Særlig gjaldt det kveldsvakter når han hadde mindre tid til dokumentasjonsarbeid, og brukte mer tid med pasientene. Han så behandlingsplanen mer som et ”dagverktøy”; da jobbet han med dokumentasjon til primærpatient(er). Disse informantene ser jeg gir uttrykk for en felles oppfatning, av hvem som fortrinnsvis skal skrive i planen. Primærkontakten har bedre oversikt, og et overordnet ansvar for å følge den opp. Kontaktperson har også et ansvar for å oppdatere planen på sin vakt, men ikke i forhold til enkelte punkter.

I samtale med overlege og psykolog ble jeg fortalt, at de hadde erfart hvilke tema i behandlingen til pasientene, de ikke behøvde å spesifisere ovenfor PG. Hvordan PG utførte denne behandlingen, overlot dem ofte til PG å vurdere. Primærkontakt Pål sier i intervju at noen punkter i planen, ble etterspurt i PG i større grad enn andre. Punkter som omhandlet sosialt, utskrivelse og møteavtaler ble etterspurt. Punkter som omhandlet hvordan personalet ”forholdt seg” til pasienten i miljøet, ble i stor grad ikke det. Dette temaet var det: ”primærkontaktene som på en måte tar seg av”. I dette forstår jeg at enkelte tema i pasientens behandling var opp til PG å vurdere og noen ganger bestemme, og Pål omtaler tema i forhold til ”å forholde seg til pasienten” som et særskilt ansvar for primærkontakt å skrive om i planen.

Jeg observerte at flere i PG individuelt, skrev inn punkter om besluttet behandling i planen på slutten av vekten. Enkelte i PG fortalte også at de oppsøkte fagutvikler for å få hjelp til det. I veiledning med ansatte i PG, observerte jeg at hun veiledet dem i korrekt bruk av planen. Fagutvikler tok utgangspunkt i kunnskapen den ansatte hadde om pasienten, og svarte på spørsmål i forhold til hva som skulle inn i plan. Hun var den som avgjorde hvordan planen skulle skrives, og innvirket også til hva som ble skrevet.

Å skrive i planen var et individuelt ansvar. Samhandlingen viser allikevel at PG i fellesskap innvirker til at det ble skrevet, og hva som ble skrevet. Funnene viser også at PG, har innarbeidet en felles forståelse av hvem som skriver hva i planen. Tema som ofte ble presentert på behandlingsmøtet, ble etterspurt og skrevet inn i plan av kontaktpersoner. Tema vedrørende hvordan PG skulle forholde seg til pasienten i behandlingen, er primærkontakt sitt ansvar. Samtykke fra behandlere og overleger, er ikke nødvendig i forhold til disse punktene. I dette ser jeg ulike roller i forhold til hvem som skriver hva i behandlingsplanen, og med den konturen av hierarki i pleiegruppen i forhold til utformingen av den.

Diskusjon

Funn i datamaterialet presentert, viser at informasjonsformidlingen innad og mellom gruppene, i stor grad overleveres muntlig. Planen blir primært brukt som et dokumentasjonsredskap for å innhente opplysninger, å skrive i planen var hovedsakelig en individuell oppgave. Med dette videreføres tradisjonelle, og mer ustrukturerte, samhandlingsformer i personalgruppen. Hva som skrives i planen av den enkelte later til å være knyttet til ulike roller i samhandlingen, og funn viser konturen av hierarki. Jeg vil med denne diskusjonsdelen analysere samhandling i TG og PG, i arbeidet med å utforme pasienters behandlingsplan. Goffmans analytiske begrep brukes for å beskrive implisitte mønstre i samhandlingen. Måseides bruk av begrepene vertikal og horisontal struktur(31) vil jeg benytte, som analytiske begrep for å beskrive hierarki. Mønstre i TG sammenlignes med Måseides analyse av tverrfaglige gruppers samhandling i sykehus. Mønstre i PG sammenlignes med Hamrans analyse av pleiekulturen(32). Med dette vil jeg vise samhandlingen før og etter innføring av EDS.

Videreføring av hierarkiske strukturer i TG

Overleger og behandlere hadde formelle rettigheter og plikter i samhandlingen i TG. Dette ble blant annet signalisert, ved at de bestemte behandling, eller samtykket til foreslått behandling når de ble oppsøkt. De tok også ordet mest i møter, hvor de spurte etter og formidlet relevant informasjon. Det var forventet av PG å oppdatere behandlingsplan, når avgjørelser for pasientens behandling ble tatt. Disse innhentet behandlingsopplysninger og samtykke til behandling fra overleger og behandlere. Ulik forventning til egen og andres adferd i relasjonen, bidro til asymmetriske regler i situasjonene. Disse innvirket til statuser i relasjonen og til deres rolle i utformingen av planen.

Per Måseide bruker i sin analyse av tverrfaglige grupper, begrepet vertikal struktur. Den vertikale strukturen viser ulike statuser knyttet til faglige og administrative oppgaver, og disse oppgavene er knyttet til vurdert og signalisert medisinsk kompetanse i samhandlingen. Han kaller dette en overordnet/underordnet dimensjon(31, s.115). Statussettet som signaliseres i relasjonen overlege/behandler og kontaktperson i PG, gir en vertikal struktur hvor kontaktperson er underordnet. Den samme strukturen viser Måseides analyse, av relasjonen mellom overleger/behandlere og pleiere. Torunn Hamran viser også i sin analyse asymmetri i relasjonen mellom leger og pleiegruppen. Hun omtaler pleierne som *utførere* av behandling

som legene *ordinerer*(32). I sammenligningen av dette statussettet ser jeg at innføringen av EDS ikke har bidratt til endring av stater i den vertikale strukturen.

Videreføring av samhandlingsformer i PG

Fagutvikler hadde det overordnede ansvaret for å følge opp bruken av behandlingsplan ved posten. Hun avgjorde også hvem som fikk opplæring og rettigheter til å skrive planen. Hun hadde ikke rettigheter i forhold til å skrive pasientenes planer, men hun tok initiativ til individuell veiledning med personalet, og ble oppsøkt av personalet når de ønsket hjelp. Oppgaverelaterte tegn viser seg med det å innvirke til asymmetriske regler, og fagutviklers status i relasjon til resten av PG. Hennes status i en vertikal akse blir med det overordnet de andre i PG, i arbeidet med utforming av pasientenes behandlingsplan.

Primærkontakt, viser funn, hadde en særskilt oppgave i dokumentasjonen. De var forventet å vurdere punkter i planen, som omhandlet hvordan man i behandlingen skulle forholde seg til pasienten. Det var også forventet at de som ikke var primærkontakt til pasienten, lot være å endre punkter som primær var ment å vurdere. Kontaktpersoner ga uttrykk for å overlate denne oppgaven til primær. Statussettet primærkontakt-kontaktperson viser dermed asymmetri i samhandlingen. I relasjonen blir primærkontakt overordnet kontaktperson i arbeidet med å utforme planen.

Funn i mitt studie viser også ekstravaktens rolle i samhandlingen. Ekstravakten hadde ansvar for å utføre pasientens behandling, men hadde ikke et faglig ansvar for utformingen av planen. Oppgaverelaterte tegn vises ved at de i mindre grad tok initiativ til diskusjon i etterrapporten, eller at de foreslo behandling til fast ansatt som vurderte å skrive det inn i plan. Kontaktperson uten skrivetilgang i relasjon til kontaktperson, gir et statussett hvor reglene tyder på å være assymetriske. Dette gir ekstravakten plassering som underordnet, i den vertikale strukturen i samhandling rundt utforming av planen.

I arbeidet med å skrive planen hadde ikke gruppeledere konkrete oppgaver. Gruppeleder hadde derimot en sentral rolle i videreformidling av informasjon mellom gruppene. Denne rettigheten til å vurdere hva som skulle videreformidles, viser samhandlingen ikke var forventet av de andre, og ga asymmetriske regler i samhandlingen. Etterrapporten bar allikevel preg av å ha en annen *innramming* enn behandlingsmøtet. I etterrapporten vises romlige signaler om symmetri ved at pleierne, inkludert gruppeleder, sto tilfeldig plassert. Oppgaverelaterte symmetriske regler vises ved at initiativ til diskusjoner ble tatt underveis i

rapporten av de ulike, hvor gruppeleder også deltok. Han vekslet med det mellom rapportørrollen, og med en rolle som en av PG.

Mitt helhetlige inntrykk av PGs samhandling var at samhandlingen bar preg av felles og likeverdige forventninger blant pleierne. Funn tyder på at samhandlingen innebar en kontinuerlig og ustrukturert informasjonsutveksling i løpet av vaktene der anledningen bød seg, også i forhold til planen. Pleierne snakket om behandling, sa fra når planen ikke var oppdatert slik som forventet, og de ba om hjelp til å gjøre oppdateringer som var forventet av dem. Ekstravakts uttalelse om at hun kom med innspill til planen viser også tegn til dette. Symmetriske regler i samhandlingen vises som forventninger innad PG om at alle i noen grad hadde ansvar for utformingen av planene.

Rammen for ansikt-til-ansikt situasjoner innad PG, var dermed annerledes enn for TG. Den var i større grad dominert av symmetri i relasjonene, selv om asymmetriske regler også gjorde seg gjeldene. Den kontinuerlige, ustrukturerte informasjonsutvekslingen i løpet av vaktene beskriver også Hamran. Hun viser at faglige diskusjoner ble tatt, etter hvert som situasjoner oppsto. Pleiegruppen hadde et særegent ansvar for pleiarbeidet, som innebar et ansvar for å ”hjelp til” og ”å passe på” alle avdelingens pasienter. Grensene mellom oppgavefordeling og yrkesgrupper var mer utydelige innad PG enn i relasjon til legene(32). Hamran beskriver formiddagsrapportmøtet til pleiegruppen hun observerte, og skriver at disse ofte var mer samtalepreget; flere tok ordet og bidro i diskusjoner. Gruppeleder hadde her en sentral oppgave, i å formidle fra previsitt medisinske forhold som hun så relevant. Medisinske og pleiemessige forhold ble her gjennomgått og diskutert, da oftest i forhold til konkrete pasient eller situasjoner (32, s.77).

Hamran beskriver med dette noe hun kaller et *kontinuerlig felles omsorgsansvar* som bidrar til ivaretagelse av pasientene, og som er særegent ved pleiekulturen(32, s. 61). Dette felles ansvaret bidrar til at de ulike statusene i PG også får en plassering i Måseides horisontale struktur. Denne strukturen er innvirket av blant annet faglige strukturer, og til de ansattes mer spesifikke kompetanse(31, s.132-133). I dette ser jeg at den spesifikke kjennskapen pleierne har til den enkelte pasient fra sine vakter, må formidles innad PG før planen kan utformes. Samhandlingsformene Hamran beskriver, vises med dette å videreføres i PGs samhandling som jeg observerte.

Konklusjon

Artikkelen viser at samhandling i tverrfaglig gruppe, bidrar til *hva* som blir skrevet i planen. Hierarki fra før behandlingsplan ble innført, videreføres med dette i avdelingen. Hvem som skriver *hva* i planen er innvirket av avdelingens organisering av pleiernes oppgaver i forhold til plan. Dette vises ved at overordnet organisering stemmer over ens med pleiernes oppfatning av oppgaver i relasjon til hverandre. De har dermed dannet et forståelse av sin status i arbeidet med å utforme behandlingsplan. Personalet har imidlertid også et ansvar i forhold til å utføre behandling, og får dermed kjennskap til pasienten, som gir personalet rettigheter til å delta i informasjonsutvekslingen. De har dermed flere statuser i relasjon til hverandre som bidrar til *hva* som blir skrevet i planen. Informasjonsutvekslingen som beskrives er kontinuerlig og ustrukturert, noe som sikrer overlevering av informasjon fra flere i personalgruppen i løpet av vaktene. Dette ser ut for å gi utslag i *hva* som blir skrevet i EDS og behandlingsplan. Diskusjonen viser at samhandlingsformer i pleiegruppen er en videreføring av samhandlingsformer fra før innføringen av EDS og behandlingsplan.

Planen blir primært brukt som et dokumentasjonsredskap for å innhente informasjon. Den bidrar med andre ord ikke til endring i arbeidsprosesser ved denne avdelingen, i motsetning til nasjonale krav for effektivisering og kvalitetssikring ved bruk av IKT. Tidligere forskning viser endring i arbeidsformer, og endring av hierarki og de ansattes identitet i arbeidet, ved innføring av EPJ og EDS. Lite forskning er gjort som omhandler dette, og flere burde gjøres. Ved økt kunnskap om samhandling i bruken av elektroniske verktøy, vil valg av verktøy og ringvirkninger av innføringen, bli mer håndterbar. Da både for helsepersonell, og dem som tar beslutninger om innføring. Organisering innad personalgrupper i forhold til bruken er et sentralt moment som bør adresseres.

Referanser

1. HOD. Samspill 2.0: nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2008-2013. Oslo 2008; Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samspill-20-nasjonal-strategi-for-elektronisk-samhandling-i-helse--og-omsorgssektoren-2008-2013/Publikasjoner/samspill-20-nasjonal-strategi-for-elektronisk-samhandling-i-helse--og-omsorgssektoren-2008-2013.pdf>.
2. KITH. Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. 2003; Available from: <http://www.kith.no/upload/1105/R14-03VeilederElektroniskDokSykepleie-v1.pdf>.
3. Aanestad M. IKT for bedre samhandling: løsning eller problem? In: Aanestad M, Olaussen I, editors. IKT og samhandling i helsesektoren : digitale lappetepper eller sømløs integrasjon? Trondheim: Tapir akademisk forl.; 2010. p. 9-19.

4. <http://dips.no/nor/om-oss/kunder>. [28.04.12].
5. Helsedirektoratet. Helsepersonelloven. Oslo: Lovdata.no; 2000; Available from: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>.
6. NSFID. Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal- En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. 2007 [27.04.12]; Available from: <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>.
7. Obstfelder A, Engeseth KH, Wynn R. Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implementation science*. 2007;2(25).
8. Vikkelsø S. Subtle Redistribution of Work, Attention and Risks: Electronic Patient Records and Organisational Consequences. *Scandinavian Journal of Information Systems*. 2005;17(1):3-30.
9. Krog A-B. Forhandlinger om patienten - den elektroniske pasientjournal som kommunikasjonsmedie. Odense: Syddansk Universitet; 2009.
10. Timmons S. Nurses resisting information technology. *Nursing Inquiry*. 2003;10(4):257-69.
11. Berg M, Bergen Ce. Health information management integrating information technology in health care work. London New York: Routledge; 2004.
12. Nilsen A-B. Sengepostlisten: en aktør i mange nettverk: om implementering av EPJ og hvilken betydning dette får for organiseringen av praktisk pasientarbeid. Tromsø: Universitetet i Nord Norge; 2011.
13. Meum T. Ja takk- begge deler- overgang fra muntlig til elektronisk rapport i sykepleien. In: Aanestad M, Olaussen I, editors. IKT og samhandling i helsesektoren- Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon? Trondheim: Tapir Akademiske Forlag; 2010. p. 89-103.
14. Halford S, Obstfelder A, Lotherington A-T. Beyond implementation and resistance: how the delivery of ICT policy is reshaping healthcare. *Policy & Politics*. 2009;37(1):113-28.
15. Wangensteen G. Da NIC og NANDA kom til Alderspsykiatrisk post. *Sykepleien*. 2007;95(1):54-5.
16. Wangensteen G, Igesund H. Nyttige NANDA. *Sykepleien*. 2009;97(01):38-41.
17. Wangensteen G, Nivison M. Aktiv bruk av pleieplan. *Sykepleien*. 2008;96(03):62-4.
18. Rykkje L, Brattestad A, Hansen S. Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS. *Sykepleien*. 2007;95(15):69-71.
19. Wibe T, Edwin E, Huseby EH, Vedal T. Implementation of Nursing Care Plan in the Electronic Patient Record(EPR) - Findings and Experiences. In: Park H-A, Murray P, Delaney C, editors. *Consumer-Centered Computer-Supported Care for Healthy People*. Amsterdam: The authors and IOS Press; 2006.
20. Blix BH. Korthuset - sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis [Mastergradsoppgave]. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2005.
21. Halford S, Obstfelder A, Lotherington A-T. Changing the record: the inter-professional, subjective and embodied effects of electronic patient records. *New Technology, Work and Employment*. 2010;25(3):210-22.
22. Berg M. Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*. 1996;18(4):499-524.
23. Polit D, Beck C. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
24. Spradley JP. *Participant observation*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learning; 1980.
25. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2 ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2009.
26. Holliday A. *Doing and writing qualitative research*. 2nd ed. London: Sage; 2007.
27. Fosslund TM, Thorsen K. *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
28. Goffman E. *Interaction ritual: essays in face-to-face behavior*. Chicago: Aldine Pub. Co.; 1967.
29. Eriksen TH. *Små steder- store spørsmål*. 2 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.

30. Foss N. Psykiatrien som flyttet ut i bygda - En analyse av hva som skjedde da psykiatriske hjelpere skulle bidra til brukernes innlemmelse blant folk på bygda. Tromsø: Universitetet i Tromsø - Det samfunnsvitenskapelige fakultet; 2008.
31. Måseide P. Medisinsk sosiologi. Oslo: TANO; 1987.
32. Hamran T. Pleiekulturen : en utfordring til den teknologiske tenkemåten. [Oslo]: Gyldendal; 1992.