

# Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring

---

Ragnhild Hellesø og Rose Mari Olsen (red.)

# Digitalisering i sykepleietjenestene - en arbeidshverdag i endring



Ragnhild Hellesø og Rose Mari Olsen (red.)

# **Digitalisering i sykepleietjenesten - en arbeidshverdag i endring**

CAPELEN DAMM AKADEMISK

© 2019 Ragnhild Hellesø, Rose Mari Olsen, Hege Kristin Andreassen, Marianne Brattgjerd, Berit Brattheim, Inger Jorun Danielsen, Mariann Fossum, Merete Lyngstad, Line Melby, Grethe Bøgh Næss, Ann Kristin Rotegård, Else Ryen, Maren Sogstad, Pieter Toussaint og Torunn Wibe.

Dette verket omfattes av bestemmelsene i Lov om opphavsretten til åndsverk m.v. av 1961. Verket utgis Open Access under betingelsene i Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Denne tillater tredjepart å kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst medium eller format, og å remixe, endre, og bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle, under betingelse av at korrekt kreditering og en lenke til lisensen er oppgitt, og at man indikerer om endringer er blitt gjort. Tredjepart kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller tredjepart eller tredjeparts bruk av verket.

ISBN trykt bok: 978-82-02-64679-0

ISBN PDF: 978-82-02-61653-3

ISBN EPUB: 978-82-02-63264-9

ISBN HTML: 978-82-02-65036-0

ISBN XML: 978-82-02-65037-7

DOI: <https://doi.org/10.23865/noasp.71>

Dette er en fagfelleverdert antologi.

Omslagsdesign: Cappelen Damm AS

Cappelen Damm Akademisk/NOASP

[noasp@cappelendam.no](mailto:noasp@cappelendam.no)

# Innhold

<b>Introduksjon: Digitalisering i sykepleietjenesten .....</b>	<b>7</b>
<i>Ragnhild Hellesø og Rose Mari Olsen</i>	
<b>Kapittel 1 Informasjonssystemer er fortellinger om pasienten.....</b>	<b>15</b>
<i>Hege Andreassen</i>	
<b>Kapittel 2 Pasienters synlighet og medvirkning i vaktskifterapporter .....</b>	<b>33</b>
<i>Lasse Morten Johannesen og Else Ryen</i>	
<b>Kapittel 3 «Sannheten kan være brutal» – klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienter.....</b>	<b>49</b>
<i>Torunn Wibe og Ragnhild Hellesø</i>	
<b>Kapittel 4 «Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det» – sykepleieres refleksjoner om sin journalføring .....</b>	<b>73</b>
<i>Ragnhild Hellesø og Maren Sogstad</i>	
<b>Kapittel 5 Dokumentasjonspraksis og bruk av elektronisk tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem – en mysteriefokusert studie.....</b>	<b>91</b>
<i>Marianne Brattgjerd, Inger Jorun Danielsen, Grethe Bøgh Næss og Rose Mari Olsen</i>	
<b>Kapittel 6 Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemme-sykepleien.....</b>	<b>113</b>
<i>Rose Mari Olsen og Torunn Wibe</i>	
<b>Kapittel 7 Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner .....</b>	<b>131</b>
<i>Line Melby, Ragnhild Hellesø, Berit Brattheim og Pieter Toussaint</i>	
<b>Kapittel 8 Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen .....</b>	<b>153</b>
<i>Ragnhild Hellesø, Merete Lyngstad, Berit Brattheim og Line Melby</i>	

INNHOOLD

<b>Kapittel 9 Fra oppslagsverk til beslutningsstøtte - VAR</b>	
<b>Healthcare som case .....</b>	<b>177</b>
<i>Ann Kristin Rotegård og Mariann Fossum</i>	
<b>Om forfatterne .....</b>	<b>201</b>

# Introduksjon: Digitalisering i sykepleietjenesten

Helsetjenesten er inne i en brytningstid hvor betingelser endres og etablerte måter å arbeide på er satt under press. Den demografiske utviklingen og endringer i sykdomspanorama er en kjent utfordring. En annen er den økende digitaliseringen hvor nye informasjonssystemer lever parallelt med papirbaserte og analoge systemer. En tredje utfordring er kravet til økt standardisering. Endringene har betydning for både helsearbeider og pasient, og kan gi nye utfordringer i samspillet imellom dem.

Selv om pasienter med behov for sykepleie finnes i alle deler av helsetjenesten, vil denne antologien konsentrere seg om tre områder vi mener er vesentlig i sykepleiepraksis: pasientens medvirkning, sykepleierens journalføring og noen sentrale verktøy som har betydning for kvalitet og for samhandling med andre aktører.

Det er store forventninger til at digitalisering kan bidra til å forbedre kvaliteten på helsetjenesten og å styrke beredskapen for å møte tjenestens fremtidige utfordringer (Hauge, 2017). Samtidig skal helsepersonell innfri myndighetsforventninger slik de er nedfelt i styrende dokumenter. Et sentralt krav fra myndighetene er helsepersonells plikt til å føre pasientjournal (Helsepersonelloven, 1999). Hva innebærer det i den digitaliserte helsetjenesten? Hvilken rolle har pasientjournalen i det moderne informasjonssamfunnet? Og hvilken betydning har det for journalføringen at helsetjenesten blir mer sammensatt, spesialisert og fragmentert? Og ikke minst: har endring i forventninger som følge av diskursen om pasientens helsetjeneste innvirkning på hva og hvordan sykepleiere journalfører? I denne antologien setter vi søkelys på aspekter som har betydning for sykepleietjenestens nåværende og fremtidige informasjons- og dokumentasjonsarbeid.

Vi har samlet bidrag fra flere forskere som representerer et bredt spekter av fagområder, og som har erfaring fra ulike nivå i helsetjenesten og fra ulike miljøer fra forsknings- og utdanningssektoren. Disse bidrar



med perspektiver og kunnskap fra flere forskningstradisjoner. Antologien gir ingen oppskrift på løsninger. Et mål med å velge ut et spekter av områder og temaer er at vi ønsker at antologien skal reflektere noe av mangfoldet sykepleiere møter i sin praksis; både av informasjons- og dokumentasjonsarbeid, men også belyse den mangefasettede virkeligheten hvor for eksempel pasientenes medvirkning endrer vilkårene for etablerte praksiser. Uten innsikt og forståelse for nye trender er det vanskelig å kunne vite noe om muligheter og begrensninger teknologier kan gi i en etablert profesjon og praksis. For eksempel utfordres sykepleiens relasjonelle arbeid hvor økt samhandling er nødvendig for at mange pasienter skal få dekket sine helsetjenestebehov (Bjørnsdottir, 2018). Tidligere var sykepleiernes relasjon til pasienten kjennetegnet av en «en-til-en»-relasjon, mens dagens virkelighet er at pasientenes helse-tilstand krever en «mange-til-mange»-relasjon (Allen, 2015; Hellesø & Lorensen, 2005). Samarbeid og tverrfaglig virksomhet er sentralt i helse-tjenesten, men også samarbeid innad mellom sykepleiere kan by på både faglige og kulturelle utfordringer (Hellesø & Fagermoen, 2010). Flere av bidragene belyser ulike former for samspill mellom helsetjenestens aktører og mellom aktører og pasienter med utgangspunkt i sykepleiernes informasjonsarbeid.

I tråd med kriterier for vitenskapelig antologi presenterer de enkelte kapitlene ny kunnskap og innsikt. Men for å fremme kreativitet og mangfold i bidragene har vi valgt å ikke la forfatterne være bundet til strenge rammer for struktur som gjerne forbindes med tradisjonell vitenskapelig publisering (såkalt IMRaD-struktur). Selv om mange kapitler bygger på denne strukturen, håper vi variasjonen kan bidra til å skape interesse og gjøre antologien leseverdig for flere enn de som vanligvis leser forskningsartikler.

Antologien har tre deler. Første del handler om hvilken betydning pasienters medvirkning har i møtet mellom informasjon, dokumentasjon og språklig tilgjengelighet. I kapittel 1, med tittelen *Informasjonssystemer er fortellinger om pasienten*, retter Andreassen søkelys på to pågående endringsprosesser i helsesektoren: pasientsentrering og digitalisering. Hun argumenterer for at det eksisterer en spenning mellom disse to: ideen om å sette den individuelle pasienten i sentrum på den

ene siden, og idealet om objektive standarder for digital dokumentasjon på den andre. Med utgangspunkt i litteraturgjennomgang på feltet legger hun opp til en diskusjon og refleksjon rundt de faglige og praktiske utfordringene sykepleiere står overfor når de på en og samme tid forventes å sentrere sin aktivitet rundt pasienten, dokumentere digitalt, og bygge egen profesjonskunnskap.

Det å sette pasienten i sentrum innebærer også å la pasienten medvirke ved helse- og omsorgstjenester. Pasientmedvirkning er både en rettighet for pasienten og en plikt for helsepersonell – men gjenspeiles dette i sykepleieres journalføring, og kommer pasienten til orde? Dette belyses av Johannesen og Ryen i kapittel 2, *Pasienters synlighet og medvirkning i vaktskifterapporter*. Med utgangspunkt i vaktskifterapporter forfattet av sykepleiere med norsk som førstespråk og sykepleiere med norsk som andrespråk, undersøker de hvordan og i hvilken grad pasienters ytringer og følelsesmessige reaksjoner refereres. Her reflekterer de også over forskjeller i rapportering mellom førstespråklige og andrespråklige, og belyser utfordringer knyttet til journalskriving når norsk er andrespråk.

Reell brukermedvirkning forutsetter at pasienten får den informasjon vedkommende trenger for å kunne medvirke og ta riktige valg i bestemmelser som angår egen helse og behandling. Målet er å ivareta informasjonsbehov og styrke autonomi. Fra den tiden hvor pasienten nærmest måtte be pent om å få innsyn i egen journal, er situasjonen i dag slik at mange pasienter har elektronisk tilgang og kan lese journalen fra sin egen stue. Denne muligheten er snart tilgjengelig for alle norske innbyggere. I kapittel 3, «*Sannheten kan være brutal*» – *klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienter*, ser Wibe og Hellesø nærmere på hvilke synspunkter pasienter og helsepersonell har på tilrettelegging for klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienten. I deres studie argumenterer både pasienter og helsepersonell for at helsepersonell må kunne fortsette å bruke fagspråk i pasientjournalen, selv om pasienter i større grad skal regnes med som lesere. Selv om språklige barrierer kan reduseres ved hjelp av elektroniske hjelpemidler både i og utenfor journalen, foreslår forfatterne at sykepleiere og annet helsepersonell gjerne uttrykker seg på vanlig norsk i sin dokumentasjon, der det finnes likeverdige norske uttrykksmåter.

I del to av antologien beveger vi oss over til sykepleieperspektivet, hvor vi ser på sykepleieres praksiser og erfaringer knyttet til deres dokumentasjonsarbeid. Sykepleiere har lang tradisjon for å journalføre sine pasientobservasjoner, og det er skrevet flere bøker og lærebokkapitler om hvordan sykepleiere bør dokumentere basert på faglige krav og legale føringer. Fra de første «sygeberetningene» kom mot slutten av 1800-tallet og frem til i dag med bruk av elektroniske pasientjournaler, har det vært mange debatter om hvordan sykepleiere skal eller bør dokumentere i pasientjournalen (Moen, Berge & Hellesø, 2008). Mye arbeid har vært lagt ned for å utarbeide hensiktsmessige måter å strukturere pasientjournalen på. Likevel har det vist seg vanskelig å få til systemer som oppfattes å være lette å bruke. Felles for mye av den eksisterende litteraturen er at journalføring og normer for hvordan sykepleiere skal journalføre, ses på og beskrives som en isolert oppgave løsrevet fra sykepleierens praksis (Østensen, Bragstad, Hardiker & Hellesø, 2019).

Hva påvirker de valg sykepleiere tar når de skal skrive i pasientjournalen? Dette spørsmålet belyses av Hellesø og Sogstad i kapittel 4, «*Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det*» – *sykepleieres refleksjoner om sin journalføring*. Utgangspunktet er to studier blant sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten hvor de reflekterer over sin journalføringspraksis. Resultatene viser blant annet at sykepleierne forholder seg til en «todelt» pasient når de skal dokumentere: den kroppslige fysiske dimensjonen som man lett kan skrive noe om, og den psykiske ikke-kroppslige dimensjonen som er utfordrende å dokumentere. Pasientenes innsynsrett gjør at sykepleierne må balansere ulike hensyn og interesser. Ikke-kroppslige helseutfordringer oppleves krevende å journalføre fordi de kan være forbundet med skam, men også fordi en mangler et tydelig begrepsapparat for psykososiale forhold.

Dagens helsetjeneste preges av stadig økende krav om standardisering. Samtidig som en ønsker høy grad av individualisering med «pasienten i sentrum», ønsker en på den andre siden å minimere praksisvariasjoner og forbedre kvaliteten på tjenesten som tilbys. I sykepleietjenesten har standardisering av dokumentasjon og EPJ lenge vært et satsingsområde. Bruk av innholdsstandarder i pasientjournalen skal gjøre behovet for fritekst mindre, og bidra til at sykepleiere og annet helsepersonell

kommuniserer på en måte som kan gi felles forståelse (NSFs faggruppe for eHelse, 2017). Hva skjer med dokumentasjonen når sykepleiere må forholde seg til en standardisert tiltaksplan i pasientjournalen? I kapittel 5, *Dokumentasjonspraksis og bruk av elektronisk tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem – En mysteriefokusert studie*, presenterer Brattgjerd, Danielsen, Næss og Olsen resultater fra et implementeringsprosjekt som hadde til formål å innføre en elektronisk tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem. Samtidig som helsepersonellet opplevde at tiltaksplanen var et krevende dokumentasjonsverktøy, blant annet på grunn av sin rigiditet og manglende tilpasning til kontekst, hadde helsepersonellet en gjennomgående positiv holdning til det. Dette hevder forfatterne skyldes tiltaksplanens funksjon som symbol på tillit og legitimering av praksis.

Innholdet i sykepleieres journalføring har vært gjenstand for granskning i en rekke studier, og det rapporteres om dokumentasjon som er både mangelfull og unøyaktig. Men hvilke oppfatninger har sykepleierne selv av det som dokumenteres? Og kan deres oppfatning av dokumentasjonen kobles til pasientsikkerhetskulturen på arbeidstedet? Disse spørsmålene behandles av Olsen og Wibe i kapittel 6, *Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien*. Utgangspunktet er en spørreundersøkelse gjennomført i hjemmetjenesten – en kontekst hvor dokumentasjonsarbeidet kan by på særlige utfordringer ettersom helsepersonellet møter pasientene i deres hjem og oftest uten tilgang til EPJ. Mer alvorlige, komplekse og behandlingsskrevende sykdomstilstander blant pasientene stiller også ekstra store krav til ivaretagelse av kvalitet og sikkerhet i helsehjelpen – og dermed også til hva som journalføres. Olsen og Wibe sin artikkel viser at oppfatning av dokumentasjonen i hjemmesykepleien er overveiende positiv, og at det er en sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og oppfatning av dokumentasjon. Studien indikerer at kvalitetsutvikling av dokumentasjonspraksis bør være en naturlig del av helsetjenestens pasientsikkerhetsarbeid.

Antologiens tredje del tematiserer digitaliseringens betydning for sykepleieres informasjonsarbeid om samhandling ved å presentere noen sentrale verktøy. Sykepleiere innehar en viktig rolle når det gjelder å legge forholdene til rette for god informasjonsutveksling og samhandling både innad i tjenestene og mellom tjenestenivå når pasienter overføres.

Samhandlingsreformen medførte at pasienter utskrives raskere fra sykehus og har større behov for helsehjelp enn før, og dette stiller ekstra store krav til kommunikasjon og samhandling mellom nivåene. Melby, Hellesø, Brattheim og Toussaint ser i kapittel 7, «Irrelevant, dårlig strukturert og for sent kommet informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner», nærmere på hva som hemmer og fremmer samhandling, og spør: Hva oppleves som problematisk for de aktørene som skal samhandle, og hva fungerer godt? Med utgangspunkt i to kvalitative studier beskriver forfatterne tre hovedutfordringer knyttet til å skape god informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune: (1) at innholdet i den skriftlige informasjonen en får tilsendt, samsvarer ikke med det informasjonsbehovet en har, (2) at mottakerne har behov for mer utfyllende og bedre strukturert informasjon, og (3) at mottakerne opplever at informasjonen kommer for sent i hende.

Mens Melby et al. belyser dagens utfordringsbilde, tar Hellesø, Lyngstad, Melby og Brattheim et tilbakeblikk og beskriver i kapittel 8, *Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen*, hvordan utvekslingen av informasjon mellom sykepleiere i sykehus og kommunehelsetjeneste har endret seg før, under og etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012. Med utgangspunkt i tre kvalitative studier finner de at både sykepleiernes redskaper for samhandling og selve samhandlingsklimaet har endret seg. Samtidig som en har gått fra papirbasert til hovedsakelig elektronisk informasjonsutveksling, har også sykepleiernes oppmerksomhet på behovet for informasjonsutveksling økt, og samhandlingen er satt mer i system – den er blitt «rutinisert». Men ifølge forfatterne er det fortsatt behov for faglige diskusjoner om hva *innholdet* i informasjonen bør være.

Nært knyttet til sykepleiers dokumentasjonsarbeid, og essensielt for pasientsikkerheten, er kunnskapsbaserte prosedyrer, retningslinjer og veiledende planer som skal understøtte beslutninger i klinisk praksis. Et eksempel på slik beslutningsstøtte er VAR Healthcare, tidligere kalt Praktiske Prosedyrer i Sykepleien. Avslutningsvis, i kapittel 9, *Fra oppslagsverk til beslutningsstøtte – VAR Healthcare som case*, beskriver Rotegård og Fossum erfaringer med implementering og bruk av beslutningsstøttesystem i utdanning og praksis. Fra verktøyet ble introdusert på starten av

2000-tallet, har det ikke minst bidratt til enklere beslutningsprosesser i dokumentasjon av sykepleie. Men forfatterne løfter også frem eksempler på utfordringer knyttet til implementering av verktøyet, og understreker i den forbindelse behovet for å fremme kunnskapsoppsummeringene og videreutvikle teknologien for å oppnå kunnskapsbasert praksis og pasientsikkerhet.

Vi håper denne antologien vil være en nyttig ressurs for alle som er opptatt av informasjons- og dokumentasjonsarbeid i helsetjenesten. Den primære målgruppen er sykepleiere, men også annet helsepersonell, undervisere og forskere vil kunne dra nytte av antologien fordi den kaster lys over den mangefasettede digitale hverdagen alle aktører i helsetjenesten må forholde seg til.

## Referanser

- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses. Hospitals, organisation and healthcare*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Bjørnsdottir, K. (2018). 'I try to make a net around each patient': home care nursing as relational practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 177–185. <https://doi.org/10.1111/scs.12443>
- Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-6)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: Implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*, 10, e036. <https://doi.org/10.5334/ijic.508>
- Hellesø, R. & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807–822. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.005>
- Moen, A., Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- NSFs faggruppe for eHelse (2017). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ*. Veileder v5.1. Faggruppe for eHelse, Norsk sykepleierforbund. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder\\_v5.1..pdf](https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder_v5.1..pdf)
- Østensen, E., Bragstad, L. K., Hardiker, N. R. & Hellesø, R. (2019). Nurses' information practice in municipal health care – a web-like landscape. *Journal of Clinical Nursing*, [Epub før trykk]. <https://doi.org/10.1111/jocn.14873>



## KAPITTEL 1

# Informasjonssystemer er fortellinger om pasienten

*Hege Andreassen*

Senter for kvinne- og kjønnsforskning, UiT Norges arktiske universitet og Senter for omsorgsforskning øst, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

**Sammendrag:** Helsevesenet har alltid hatt pasienten som mål. Idealene og mulighetene for organisering av helsearbeid har imidlertid endret seg gjennom historien. I vår samtid er «pasienten i sentrum» og «digitalisering» to fremtredende prinsipper for organisering av tjenesten. Begrepene knyttes til kvalitetsforbedringsarbeid innen helsesektoren. For å kunne gi mer god helsehjelp til flest mulig pasienter jobber både fagmiljøene, politikere, byråkrater og forskere for å realisere endringer knyttet til pasientsentrering og bruk av IKT. På et diskursivt nivå er alle enige om at både pasientsentrering og digitalisering er ønskede endringer. Men drar disse trendene alltid i samme retning når de skal oversettes til praktisk sykepleierarbeid? Dette kapitlet handler om spenningen mellom ideen om å sette den individuelle pasienten i sentrum på den ene siden, og idealet om objektive standarder for digital dokumentasjon på den andre. Hvilken fortelling om pasienten velger vi å legge til grunn når vi setter han eller henne i sentrum, og hvordan gjør vi det best mulig? Med utgangspunkt i gjennomgang av litteratur på feltet åpner kapitlet for en diskusjon og refleksjon rundt de faglige og praktiske utfordringene sykepleiere står overfor når de på en og samme tid forventes å sentrere sin aktivitet rundt pasienten, dokumentere digitalt, og bygge egen profesjonskunnskap.

**Nøkkelord:** helseinformasjonssystemer, pasientsentrert omsorg, digitalisering, helsepraksiser

**Abstract:** The goal of the health services has always been the patient. Nevertheless, the ideals and possibilities for organizing health work has changed through history. In contemporary health service organization “patient centeredness” and “digitalization” are two prominent principles. Health professionals, politicians, bureaucrats and researchers all work to realize patient centeredness and digitalization; these are means to reach the overarching goal of more high quality health care to more patients. Both concepts are associated with quality improvement work. Thus, discursively

Sitering av dette kapitlet: Andreassen, H. (2019). Informasjonssystemer er fortellinger om pasienten. I R. Hellestø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 15–32). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch1>  
Lisens: CC BY 4.0



everyone agrees, patient centeredness and digitalization are both welcomed changes. Still, do these two trends always pull in the same direction when translated into practical everyday nursing work? This chapter elaborates on the tension between the ideal of the individual patient as the center of all health work on the one hand, and the idea of objective standards for documentation on the other. What narrative about the patient do we choose to anchor our patient centered work in, and how do we solve this challenge the best way possible? Based in a discussion of existing literature this chapter opens for a reflection on the professional and practical challenges nurses face when they encounter the diverse but simultaneous expectations of working patient-centered, digitalized and professional at the same time.

**Keywords:** health information systems, patient-centered care, digitalization, health work

## Introduksjon

I dette kapitlet kan du lese om to pågående endringsprosesser i helsesektoren; pasientsentrering og digitalisering, og sammenhengen mellom dem. Den første, pasientsentrering, er en åpenbart verdiladet faglig og politisk vridning blant helsearbeidere, politikere og byråkrater i Norge og resten av den vestlige verden i dag. Pasienten i sentrum er en felles visjon for alle. Det handler om å løfte frem den individuelle pasientens behov som utgangspunktet for helsearbeid og organiseringen av det. Målet er å komme bort fra helsevesenet som et sted der pasienten blir en fremmed, en besøkende i et system som kretser rundt profesjonell autoritet. Den andre endringen, digitalisering, fremstilles i noen sammenhenger som en mer verdinøytral overgang der kommunikasjon og informasjonshåndtering flyttes fra én type teknologi; papir, til en annen; digitale verktøy. Alle som har jobbet med digitale informasjons- og kommunikasjonssystemer i helsetjenesten vet imidlertid at slike på ingen måte er nøytrale, men tvert imot legger sterke føringer på hvordan pasienter kan og skal følges opp. Digitalisering er noe mer enn å «sette strøm på papiret». Når det innføres flere digitale verktøy, får dette store konsekvenser for organiseringen av det daglige arbeidet i helsesektoren, for eksempel for fordeling av ansvar og fremvekst av nye profesjoner og oppgaver. I faglitteraturen foregår det for tiden en diskusjon om hvordan de etiske og moralske dimensjonene ved digitalisering av helsetjenesten kan og bør adresseres (McLoughlin, Garrety & Wilson, 2017).

Hvilken informasjon om pasienten som er tilgjengelig for sykepleieren eller andre helseprofesjonelle før de møtes ansikt til ansikt, og hvilke bokser

og moduler systemet ber helseprofesjonelle om å fylle inn, preger hva pasient og behandler snakker om i møtet. For eksempel om samtalen sentrerer rundt pasientens subjektivt opplevde behov eller rundt tematikker definert ut fra generell profesjonskunnskap. Vi kan tenke på digitale systemer som en aktør som deltar i møtet mellom pasient og behandler, og som setter sitt preg på samtalen, på stemningen og på utfallet og avgjørelsene som blir tatt. Systemene for pasientinformasjon som er tilgjengelige får betydning for hvordan helseprofesjonelle tenker om og utfører god behandling. Det brukes da også mye tid på utforming av digitale verktøy i helsesektoren og blant industriaktørene som leverer IT-løsninger til helsesektoren. Samarbeid mellom informatikere og helseprofesjonelle er godt på dette feltet. Et kritisk spørsmål vi må stille er likevel om idealet om å sette pasienten i sentrum blir godt nok ivaretatt. Hvilken informasjon om pasienten trenger vi for å virkelig sette pasienten i sentrum? Stadige nylanseringer, oppdateringer og forbedringer til tross – det er betimelig å spørre om det ikke er en type informasjon som mangler helt i de digitale systemene vi bruker i norsk helsesektor i dag, nemlig pasientens egne historier om hva helse og sykdom er og betyr i deres liv og hverdag.

## Hva er et pasientsentrert helsevesen?

Når vi ser den politiske og faglige retorikken, mediedekningen av pasientsaker og endringer i pasientlovgivningen over de siste tiårene i sammenheng, får vi inntrykk av et helsevesen som befinner seg i «pasientens æra» (Mol, 2008). Vi har gått fra et helsevesen tuftet på helseprofesjonelles ekspertstatus og suverenitet til en virkelighet der pasienten løftes frem som ekspert, og der alle sterke stemmer er samstemt i arbeidet for pasientmedvirkning, involvering og sentrering.

En grunn til at «pasienten i sentrum» vinner gjennom som ideal er at det gir gjenklang hos flere grupper og i flere av samtidens diskurser. Det er et ideal det er lett å enes om, på tvers av sektorer og på tvers av fag. Den norske helseministeren Bent Høie har «pasientens helsetjeneste» som sitt slagord. Politisk handler pasienten i sentrum både om demokratiske prinsipper om involvering av den det gjelder, og effektivisering og kvalitetsforbedringer av den helsetjenesten staten tilbyr sine innbyggere.

Fra et pasientperspektiv har dreiningen mot et pasientsentrert helsevesen flere sider. Det snakkes om «pasienten som ekspert» (Fox, Ward & O'Rourke, 2005; Taylor & Bury, 2007), «informerte pasienter» (Henwood, Wyatt, Hart & Smith, 2003), og om pasientdeltakelse og pasientinvolvering. Den internasjonale paraplyorganisasjonen IAPO (International Alliance of Patient Organisations) definerer et pasientsentrert helsevesen som et system som er designet og levert for å møte pasientenes helse- og omsorgsbehov og preferanser på en hensiktsmessig og effektiv måte (IAPO, 2018). De påpeker at for å oppnå dette må det skapes rom for pasientdeltakelse. Det krever en responsiv helsetjeneste som gir pasientene passende valg i forhold til behandling og håndteringsmuligheter, er tilpasset pasientens behov og gir oppfordring og støtte til pasienter og pårørende med mål om å oppnå best mulig livskvalitet.

Innen medisinsk og helsefaglig forskning har det vært argumentert for faglige fordeler med pasientsentrerte tilnærminger i mer enn 20 år (McWhinney, 1985). Det kan hevdes at helsevesenet har gått fra en ekspertmodell der den helseprofesjonelle med sin fagkunnskap tok ledelsen i møtet med pasienten, til en samarbeidsmodell der pasient og profesjonsutøver sammen bestemmer mål og innhold i relasjonen (Måseide, 1991). Fra et helseprofesjonelt perspektiv er målet med pasientsentrerte tilnærminger å utvikle metoder som kan hjelpe helseprofesjonelle til å se verden gjennom pasientens øyne, for at de skal kunne gi best og mest mulig effektiv helsehjelp. For hvis pasientene virkelig skal stå i sentrum – ikke bare i fest- og politiske taler, men i konkret helsearbeid – må helseprofesjonelle forstå pasientens perspektiv og se verden fra deres ståsted.

En kritikk mot noen av de konkrete fortolkninger av pasientinvolvering vi ser i dag, for eksempel å involvere pasienten gjennom å gi han eller henne eget måleutsyr, har vært at dette egentlig handler om å delegerer helsefaglig arbeid til pasienten selv. Resultatet kan bli at pasienten blir tyngt med mer arbeid, mer sykdomsfokus og mer bekymringer for sin helsetilstand, enn i en verden der helsevesenet tar kontroll og gjør denne jobben på pasientens vegne (Mort, Roberts & Callén, 2012; Oudshoorn, 2008). Her er det viktig å skille mellom ulike typer av pasienter og ulike typer av relasjoner og situasjoner i helsearbeid. Mol (2008) har for eksempel påpekt at omsorg har en egen logikk, som er forskjellig

fra behandlingsvalgets logikk. Omsorgens logikk handler ikke om å finne den korteste veien fra syk til frisk, men om å håndtere selve livet.

De siste fem årene har «hva er viktig for deg»-dagen blitt markert i mange norske helseinstitusjoner. “What matters to you?”-bevegelsen vokser også internasjonalt, blant annet promoteres den av den internasjonale organisasjonen Institute for healthcare improvement. De argumenterer for at leger og andre helseprofesjonelle må slutte å spørre pasientene «hva er i veien med deg?» (what is the matter?) og heller spørre «hva er viktig for deg?» (what matters to you?). Dette er et eksempel på en operasjonisering av idealet om pasientsentrering i daglig klinisk praksis.

Og det er her vi kommer til en utfordring i forhold til informasjonssystemer; for hvordan sikrer vi systemer som dokumenterer og inkluderer pasientens blikk på verden like mye som profesjonelles «hva er i veien med deg»-tilnærming?

## Hvem er pasienten helsevesenet skal sentreres rundt?

I løpet av livet vil alle som bor i Norge være pasienter i kortere eller lengre perioder. Selv om du skulle være heldig å gå gjennom livet uten behov for å møte en behandler ansikt til ansikt, står du på en fastlegeliste, og er dermed allerede registrert i et informasjonssystem som «pasient». Juridisk sett er pasient en rolle du får den dagen du ber om eller mottar helsehjelp fra en offentlig godkjent helseinstitusjon. Da trer pasient- og brukerrettighetsloven i kraft.

I hverdagslivet har pasientstatusen flere betydninger enn de juridiske og medisinske. I sosiologien er en rolle definert som de rettigheter og plikter som følger med en sosial status. Statusen «syk» utløser en del formelle og juridiske rettigheter, men også mange uformelle. Amerikaneren Talcott Parsons (Parsons, 1951) definerte to viktige rettigheter og to viktige plikter som følger med en sykerolle, nemlig rett til å tre ut av sine daglige roller og til å fraskrive seg ansvar for sykdommen, og plikt til å prøve å bli frisk og søke kompetent hjelp. Den mest synlige rollen vi kan tre ut av når vi blir syke, er rollen som arbeidstaker; vi kan få sykemelding. Men også andre roller vi vanligvis fyller, vil omgivelsene oppleve

det som greit at vi dropper når vi er syke, for eksempel å møte venner, trene eller stille på møte i foreninger og lag. Selv om det amerikanske samfunnet Parsons levde i på 50-tallet var forskjellig fra dagens Norge, og fra vår organisering av helsearbeid, opplever nok mange at denne grunnleggende forståelsen av pasientrollen fremdeles gjelder. Syke har rett til å tre litt tilbake fra dagliglivets krav, men samtidig en plikt til å gjøre det man kan for å prøve å komme seg tilbake til «normalen». Denne spenningen mellom rettigheter og plikter preger opplevelsen av møtet med helsevesenet for mange pasienter. Balansen mellom retten til å være syk og plikten til å følge opp sykdommen er vanskelig å finne for mange, og der er mange ulike fortolkninger og måter å løse denne utfordringen på. Hvor mye tid skal du bruke på behandling, på informasjonsinnhenting, på å snakke om sykdommen, på å tenke på den? Det finnes ikke alltid noe fasitsvar. Pasientrollen må defineres i den enkelte pasients hverdag og kontekst. Uansett får pasientrollen betydning langt utover de begrensede møtene pasienten har med helseprofesjonelle, som ofte er korte og avgrenset i tid og sted.

For den helseprofesjonelle er ikke pasientrollen noe man føler på kroppen, men noe man er med på å definere for andre, nemlig de hjelpesøkende man møter gjennom sitt arbeid. Dette er et stort ansvar, og en uunngåelig del av jobben. Det krever stor bevissthet og refleksjon, både etisk og praktisk. Helseprofesjonelle setter sammen biter av informasjon om pasientene de møter, for å kunne avgjøre hvordan de skal forholde seg til vedkommende. For eksempel hvilken behandling han eller hun trenger, hva omsorgsbehovet er og hvor mye ansvar de kan forventes å ta selv.

I boken *Body Multiple* (Sammensatt kropp) skriver Anne Marie Mol (2002) om hvordan åreforkalkning – aterosklerose – dokumenteres på forskjellig måte i ulike kliniske situasjoner. Hun får frem hvordan dokumentasjon har noe å si for hvordan sykdommen, og dermed kroppen til pasienten, blir aktualisert. Den informasjonen som produseres og gjøres relevant om åreforkalkning av en hjemmesykepleier, en fastlege eller en patolog, vil være helt forskjellig. Hjemmesykepleierens oppgave er å samle informasjon som er viktig med tanke på hverdagsfungering og langsiktig omsorgsbehov, fastlegen trenger opplysninger som kan hjelpe henne å avgjøre behovet for videre medisinsk oppfølging, og patologen

skal få frem hvordan åreforkalkningen ser ut i mikroskopet. Kan vi i det hele tatt påstå at de snakker om det samme? Helseprofesjonelle møter en rekke ulike mennesker i rollen som «pasient». Ikke bare det; de fremstiller samme pasient på mange forskjellige måter. En måte å forstå det som skjer, er som fortellinger. Informasjonsbitene helseprofesjonelle henter inn og anvender i sitt arbeid, blir til fortellinger, fortellinger som både pasienten og andre rundt vil måtte forholde seg til. Og så er det slik at en pasient ikke bare er én fortelling, men flere. Dermed er ikke pasienten den samme i ulike situasjoner. Det er utfordrende når vi skal skape pasientens helsevesen. For hvilken fortelling, hvilken pasient, skal vi ta utgangspunkt i?

## **Informasjonssystemer er fortellinger om pasienten**

Informasjon er aldri nøytral, men alltid produsert i en sosial kontekst (Berg & Goorman, 1999). Når vi snakker om helseinformasjonssystemer, betyr det at spørsmålene leger, sykepleiere og andre profesjonsutøvere stiller til pasienten, og valgene de gjør i forhold til hvilke detaljer fra svarene som skal føres og lagres i journalen, ikke er uhildet. Og videre, at hvilken type informasjon de digitale informasjonssystemene tillater og pålegger helsearbeidere å hente ut i forskjellige typer av pasientmøter, får betydning for hvilke relasjoner som etableres. Å bruke pasientinformasjon på tvers av avdelinger og institusjoner er ikke opplagt, tvert imot krever det et stort og intensivt arbeid med de-kontekstualisering. Informasjonssystemene legger føringer på møtenes form, og dermed også om møtene og beslutningene blir pasientsentrerte eller ikke. Digitalisering av helseinformasjon har ikke bare konsekvenser for arbeidsflyt og organisering av helse, men også for hvordan pasienter og profesjonelle konstruerer egen og hverandres identiteter og roller.

I vår samtid får digitale helseinformasjonssystemer stadig større plass. I Norge har vi stortingsmeldingen «En innbygger – én journal» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), som tydelig uttrykker en politisk visjon om ytterligere standardisering på feltet. Store nasjonale piloter for delte

dokumenter er igangsatt i ulike regioner og nivå av helsetjenesten, for eksempel prosjektet «Helseplattformen» i Helse Midt-Norge og nå snart «Nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste» i de andre regionene.

Innen telemedisin og velferdsteknologi er det skrevet om hvordan nye teknologier antar og forutsetter bestemte pasientroller for å fungere (Finch, Mort, Mair & May, 2008; Oudshoorn & Pinch, 2003). Pasientene må bruke teknologien som installeres i deres hjem for at disse systemene skal fungere etter planen. Det vil si at de må ta på seg nye oppgaver i hverdagen. Pasientene og deres pårørende kan dessuten ikke bruke teknologien som de vil, de må bruke den på bestemte måter, for eksempel å sende bilder og målinger innen bestemte tidsrom. Slik skrives en aktiv pasientrolle inn i teknologiene. De kan faktisk ikke eksistere eller fungere uten at denne pasientrollen er en del av konteksten. En fortelling om den aktive deltakende pasienten er dermed skrevet inn i mange telemedisin- og velferdsteknologier. Paradoksalt nok er den aktiviteten som denne aktive pasienten utfører, styrt av andre og ikke noe pasienten gjør på eget initiativ. Vi kan dermed stille spørsmål om pasientrollen i realiteten er blitt mer passiv, i betydningen styrt av andres forventninger mer enn av pasientens egendefinerte behov. Sagt på en annen måte; det kan se ut som om pasientene blir disiplinerte heller enn «empowered».

Det første møtet med helsevesenet initieres ofte av pasienten selv, som da forklarer hvorfor han eller hun er der. Den subjektive pasientfortellingen er utgangspunktet for journalen. Helseprofesjonelle er lovpålagt å føre journal, som vil si at deres profesjonelle fortolkning av fortellingen er den som føres i pennen, eller rettere sagt i PC-en. Der blir den profesjonelt og digitalt fortolkede fortellingen om pasienten lagret. Den er tilgjengelig for senere bruk, av den samme personen som skrev inn dokumentasjonen, eller av helt andre. Fortellingen er blitt en selvstendig versjon av pasienten. Den lever videre uavhengig av pasienten og den eller de som har skrevet den.

Informasjonssystemer er primært helseprofesjonelles arbeidsverktøy. De har mer innvirkning på arbeidshverdagen til sykepleiere og andre helseprofesjonelle enn på pasientenes daglige aktivitet og refleksjon.

Likevel er det slik at bestemte fortellinger om pasienten skrives inn i systemene. Dette henger sammen med mulighetene for å fremstille pasienten i tall, tekst og modeller. Dersom det er disse fremstillingene som legges til grunn for samarbeid og samhandling og i det daglige arbeidet til den enkelte helseprofesjonelle, kan det føre til at pasienten som talende og fortellende subjekt blir mindre relevant. Når andre sine journalnotater trekkes inn som grunnlag, kan det bety at møtet mellom helseprofesjonelle og pasienter blir mindre pasientsentrerte – de sentreres mindre rundt pasienten og hans eller hennes subjektivt opplevde og formidlede behov, og mer rundt profesjonelt standardiserte mål for helse. Tjora og Sandaunet (2010) beskriver denne prosessen som *objektivering*. Digitalisering medfører at «objektive» fremstillinger blir flere og får økt betydning i helsesektoren. En studie fra Norge fant at spenning mellom «pasienten som tilstedeværende subjekt» og «pasienten som digital representasjon» er en stadig mer aktuell problemstilling, og at nye idealtyp-pasienter oppstår som konsekvens av digitalisering (Håland & Melby, 2010). Spesielt interessant for diskusjonen om det pasientsentrerte helsevesen er Håland og Melbys funn av «den tydelige pasienten» som en av disse idealtypene. For mange helseprofesjonelle fremstår digitale journalnotater nemlig som tydeligere fremstillinger av pasienten enn muntlige eller håndskrevne fremstillinger. Struktur og standardiserte oppsett forenkler lesingen av informasjon om hvem pasienten er, og er mer oversiktlige å forholde seg til i en stresset hverdag. Det vil imidlertid ikke si at de er mer sanne og relevante enn for eksempel pasientenes eller andre behandleres muntlige fremstillinger. Den standardiserte fremstillingen av pasienten som diagnose, medikamentlister, røntgenbilder, kurver og gjennomført behandling følger mønstre som er kjent for helsepersonell, men som kan være vanskelig å forstå eller kjenne seg igjen i for pasienten (Underland, 2010). Noen ganger kan det oppleves direkte fremmedgjørende å lese sine egne journaler. En fin beskrivelse av nyanse i slike opplevelser finnes i selvbiografien «Jeg lever et liv som ligner deres» (Grue, 2018), der Jan Grue, nå som voksen, leser og reflekterer over journalene fra sine egne møter med helse- og hjelpeapparatet som barn.

I forhold til de faglige argumentene for pasientsentrering og skifte fra «hva er i veien med deg» til «hva er viktig for deg» i klinisk praksis kan



standardiserte journalsystemer være et steg tilbake – en utvikling som drar oss i retning av mer lege- og sykepleiersentrerte modeller for behandling og omsorg. Det er mye viktig informasjon om den enkelte pasients hverdagsliv og opplevelser som er relevant for behandling og oppfølging, men som ikke passer inn i de standardiserte digitale journalsystemene. Kan dette være et hinder for at norske pasienter får den beste behandling? Og hvis pasientens subjektive stemme og fortelling ikke passer inn i våre standardiserte informasjonssystemer, hvor kan den få plass? Kan det være mulig og viktig å tilføre subjektive elementer til den diagnoseorienterte profesjonelt standardiserte informasjonsstrømmen i norske helseinstitusjoner? Kan slike supplere de «objektiverende» informasjonssystemene?

## **Hvilke fortellinger trenger vi for å realisere det pasientsentrerte helsevesen?**

Pasientsentrering og digitalisering er to eksempler på kvalitetsforbedringstiltak i helsetjenesten. Det er for å bedre kvaliteten – for å kunne gi mer god helsehjelp til flest mulig trengende – at politikere, fagutøvere, byråkrater og forskere jobber for å realisere disse endringene.

Hvis vi skal realisere det pasientsentrerte helsevesen, innebærer det en omstrukturering av helse- og medisinsk arbeid. Ovenfor brukte jeg «hva er viktig for deg»-bevegelsen som et eksempel på hvordan denne omstruktureringen kan se ut på mikronivå. De enkelte behandlere oppfordres til å endre praksis fra å spørre «hva er i veien med deg?» til «hva er viktig for deg?» i møte med sine pasienter. De to inngangsspørsmålene åpner for to helt ulike fortellinger fra pasienten. Bakgrunnen er at vi ønsker et helsevesen der fortellingen om hva som er viktig for pasienten, i hans eller hennes hverdagsliv, får større plass enn tidligere. Det er mange grunner til at denne endringen er ønsket. Å forstå pasientenes erfaringer kan gi viktige input til kvalitetsforbedringsarbeid både på avdelings- og teamnivå, på organisasjonsnivå og som mål på endringseffekter og kvalitet på tjenestene for eierne: stat, kommune og private aktører (Coulter, 2013). For pasienter selv er det nyttig å ha kunnskap om andres erfaringer fra lignende situasjoner som den de selv står i.

Faglitteraturen innen helsesosiologi poengterer at standardisering av pasientfortellinger bidrar til prosesser der pasienten objektiveres (Tjora &

Sandaunet, 2010). Spørsmålet er om den standardiserte pasientfortellingen i journalen og ønsket om en tydelig pasient kan dra oss bort fra «hva er viktig for deg?»-tankegangen. I digitaliseringsprosessene som foregår i Norge og vesten i dag, er strukturering av journal et viktig element. Å strukturere journalen vil si at man går bort fra muligheten til å bruke fritekst til å dokumentere i store deler av journalen, og over til mer bruk av forhåndsdefinerte kategorier. Målet er at journalen i større grad skal kunne gjenbrukes, og bli mer søkbar for andre, både for klinikere og for innsamling av aggregerte data til nasjonale kvalitetsregistre og andre oversikter. Poenget her er at den strukturerte journalen, etter at den er produsert, blir lagt til grunn også i det enkelte møtet mellom pasienten og helsevesenet. Det vil si at selv om møtene sentreres rundt pasienten, er det en objektivert og begrenset versjon av pasienten som er utgangspunktet.

Michel Foucault (Foucault, 1973) beskrev hvordan det medisinske blikket reduserer og begrenser virkeligheten. Heldigvis, kan vi si, for så blir utfordringen om å hjelpe pasienten håndterbar for den enkelte profesjonsutøver. En verden der alle perspektiver på helse får like stor betydning i enhver situasjon, er verken mulig eller ønskelig. Men hvis vi mener alvor med endringen fra et profesjonsorientert til et pasientsentrert helsevesen trenger vi å supplere det medisinske blikket der diagnosen er i sentrum med et blick på pasientens erfaring og opplevelser både i og utenfor behandlingssituasjonen. Ziebland et al. (2013) påpeker at behovet for kunnskap om pasienter og pårørendes egne erfaringer av helse, sykdom, behandling og helsetjenestetilbud ofte oversees når vi jobber med kvalitetsforbedring i helsesektoren. For å realisere det pasientsentrerte helsevesen trenger vi fortellinger som kommer fra pasientenes hverdagsliv, fortellinger som får frem hva som er viktig for pasientene selv. Hvordan kan vi sikre at slike er lett tilgjengelige og kan bli lagt til grunn i daglig helsefaglig arbeid?

## Utfordringer med å samkjøre digitalisering og pasientsentrering

For å realisere det pasientsentrerte helsevesen hjelper det ikke bare å endre prosedyrer for ansikt til ansikt-møter mellom pasient og behandler.

Selv om det kan være en kvalitetsforbedring å åpne konsultasjonene med spørsmålet «hva er viktig for deg?», er det ikke nok. Dersom pasientsentrering skal lykkes, må behandlere og helseinstitusjoner selvsagt også være i stand til å følge opp de mange ulike svarene som kan komme på dette spørsmålet.

Helsevesenet er et kunnskapsbasert system. Profesjonsutdanningene og profesjonelt helsearbeid er solid forankret i vitenskapelig kunnskap om biologiske prosesser, epidemiologisk kunnskap om sykdommers utbredelse og risiko for å bli rammet, og klinisk kunnskap om behandling. Kunnskap om variasjoner og mønstre i pasientenes hverdags erfaringer og subjektive opplevelser av helseutfordringer blir ikke håndtert like systematisk. Det er i stor grad overlatt til den enkelte fagutøver hvordan han eller hun håndterer og møter pasientens subjektive opplevelse og fortelling om seg selv. I løpet av en lang karriere vil man få en viss oversikt over ulike typer av forløp, ulike typer av erfaringer og ulike responser på sykdom og helseutfordringer i pasientpopulasjonen. Det er mulig å tenke seg at slik kunnskap ble systematisert og analysert på et mer generelt nivå, og ble gjort allment tilgjengelig. Det ville være til nytte både for den erfarne og den ferske helseprofesjonelle i deres daglige møter med brukere og pasienter. Dersom vi fikk til å utvikle en felles generell kunnskapsbase om pasient- og brukererfaringer, kunne vi legge dem mer systematisk til grunn i den kontinuerlige utvikling og forbedring av helseprofesjonell praksis som alltid finner sted.

I en forskningskontekst er pasientfortellinger kvalitative data. Det har vist seg utfordrende å implementere resultater fra kvalitativ forskning i helsevesenet, fordi hele systemet fremholder randomiserte kontrollerte studier som «gullstandard» (Tjora, 2010). Statistisk generaliserbar kunnskap regnes som mest «sann», og tryggere å legge til grunn for eventuelle endringer og nye prosedyrer. Samtidig er det kliniske møtet, med høyst subjektive enkeltmennesker i fokus, kjernen i all helseprofesjonell virksomhet. Dette er på mange måter et paradoks.

Å utvikle en felles kunnskapsbase om pasient- og brukererfaringer i dagens helsevesen er en utfordring på to nivåer. For det første vil det kreve at vi åpner for at de kategoriene forskere kommer frem til ut fra kvalitative studier, det vi kaller teoretisk generalisering, kan være like

sann kunnskap som statistisk generalisering ut fra kvantifiserte målinger. For det andre vil det kreve praktisk tilrettelegging slik at kunnskapen blir gjort tilgjengelig for helseprofesjonelle i deres daglige arbeid.

Ziebland og Coulter skriver om ulike måter å forstå og bruke folks helseerfaringer på for å forbedre pasient- og brukeromsorg (2013). Med referanse til det engelske helsesystemet viser de hvordan gode fortolkende analyser av kvalitative data kan bli brukt for å formidle og forstå pasienters erfaringer. Den oversikten og kategoriseringen av ulike typer av erfaringer slike analyser produserer, er viktige i kvalitetssikring av helsetjenesten. Videre kan kvalitative studier av pasienterfaringer være nyttige for å motvirke, eller i alle fall respondere på, ubalansen mellom teknisk moderne medisin og de inter-subjektive aspektene som er så viktig for pasienter (Ziebland & Coulter, 2013).

Digitale systemer gir oss nye muligheter for produksjon, lagring og formidling av kvalitative data, slik som for eksempel subjektive pasientfortellinger. Dette kan skje på ulike måter. Internett åpner for informasjonsdeling og kommunikasjon mellom pasienter selv, for eksempel på YouTube eller i pasienttjenester som «patients like me». Slik uavhengig spontan kommunikasjon og informasjonsdeling mellom pasienter kan brukes som data i forskning (Johnsen, Luque & Hagen, 2010; Kummervold et al., 2002).

En annen mer forskerdrivet tilnærming finner vi hos den internasjonale organisasjonen Dipex International. Dipex står for «the Database of Individual Patient's Experience of Illness». Dette forskernettverket har arbeidet med å utvikle en egen metodologi for forskning på pasienterfaringer, som blant annet innebærer bruk av film samt digital lagring og deling av kvalitative pasientintervjuer (Herxheimer et al., 2000). Her er det ikke spontant delte fortellinger, men forskerinitierte intervjuer som er datagrunnlaget. Pasienter rekrutteres ut fra diagnose eller type erfaring. Analysen går ut på å fortolke og kategorisere de ulike erfaringene ut fra en bottom up-tilnærming, der man starter i empirien (Silverman, 2001). Analysen deles på internett, på en egen webside der kategoriene utgjør en klikkbar meny, og illustrative klipp og utklipp fra intervjuene blir gjort åpent tilgjengelig for både pasienter som lurer på hvilke erfaringer andre har, og for helseprofesjonelle som ønsker oversikt over og et grundigere innblikk i bestemte pasientpopulasjoner (se [www.healthtalk.org](http://www.healthtalk.org)).

I 2015–2016 deltok jeg sammen med flere i en studie der denne meto-  
dikken ble pilotert i Norge (Andreassen et al., 2015). Bakgrunnen for vår  
nysgjerrighet var nettopp det faktum at Dipex og nettsidene deres repre-  
senterer en måte å bruke digital teknologi som er fundert i en kvalitativ  
logikk. Den engelske tjenesten «healthtalk» får frem en helt annen type  
oversikt og sannhet enn medisinske helseinformasjonssystemer. Bruker-  
statistikkene fra den engelske websiden viser at den treffer pasienter,  
pårørende og helseprofesjonelle og blir brukt i ulike typer av helsefag-  
lig og medisinsk undervisning (Healthtalk.org, 2016; Kidd & Ziebland,  
2016). Dette er en digital plattform der pasienter og profesjonelle møtes  
og får samme informasjon om pasientenes subjektive erfaringer. Kan vi  
tenke oss slik kunnskap mer systematisk «implementert» i helsevesenet?  
Kan vi tenke oss en situasjon der det blir «obligatorisk» for behandlere  
å sette seg inn i pasientpopulasjonenes ulike typer av hverdagerfarin-  
ger på samme måte som det er selvsagt å legge de sist publiserte resul-  
tatene for medisinsk effekt til grunn når man velger legemiddel eller  
annen behandling? Å ta utgangspunkt i fortellinger om pasienten som  
aktør i eget hverdagsliv når behandling og omsorg planlegges, kan bringe  
oss nærmere et pasientsentrert helsevesen. Digitalisering kan forenkle  
deling og systematisering. Digital deling av systematisk kvalitativt arbeid  
omkring pasient- og brukererfaringer kan legge grunnlag for kvalitets-  
sikring og -forbedring av helsevesenet, i retning mer pasientsentrerte tje-  
nester. Tjenester som er fundert i vitenskapelig evidens om hva som er  
den mest effektive behandling, men samtidig bedre tilpasset hva som er  
viktig for den enkelte.

Diskusjonen i dette kapitlet er basert i eksisterende litteratur på fel-  
tet, og ikke i ny empiri. Med utgangspunkt i etterrettelig fortolkning av  
andres materiale og egne erfaringer fra prosjektarbeid søker jeg å belyse  
spenninger og dilemmaer knyttet til håndtering av nye organisatoriske  
og faglige idealer i praktisk helsearbeid.

## Avslutning

På et diskursivt nivå er alle enige, vi vil ha både pasientsentrering og  
digitalisering. I avsnittene ovenfor har jeg vist hvordan det ikke alltid

er opplagt at digitalisering og pasientsentrering i det daglige operasjoniseres slik at de praktiske tiltakene som følger med reformene, støtter hverandre.

Dette må vi jobbe videre med. Digitalisering av helseinformasjonssystemer fordrer standardisering, og bidrar dermed til en tydeligere pasient for helseprofesjonelle som forholder seg til journalen som arbeidsverktøy. Slik kan digitale journaler bidra til mer effektiv og målrettet behandling. Men det er også en bakside ved standardiseringsarbeidet som legges ned i nye informasjonssystemer. En uintendert effekt er at de forsterker objektivisering, fremmedgjøring og disiplinering av sårbare grupper, med reduksjon av livskvalitet som potensielt resultat. Denne negative effekten kan motarbeides uten at vi kaster arbeidet med standardisering og digitalisering på båten. Vi må utvikle systemer som kan supplere de fortellingene det er plass til i journalsystemene. I videre utvikling av helseinformasjonssystemer må vi være bevisste på utfordringene, for å kunne skape løsninger som bidrar til en pasientsentrert helsetjeneste. Diagnostiske data som er relevante fra et behandlerperspektiv, er ikke tilstrekkelig dersom vi vil gi pasientsentrert hjelp; klinisk informasjon om pasienten er ikke nok. Uansett hvor mange og hvor detaljerte opplysninger legen og sykepleieren sitter på om pasientens diagnoser, tidligere behandlinger og individuelle biologiske utgangspunkt, vil de ikke kunne arbeide pasientsentrert uten å utvide blikket til også å gjelde pasientens subjektive opplevelser og praktiske hverdag. Digitale verktøy kan skape rom for å gjøre dette på nye måter, og gi mer generell innsikt i hva som er viktig fra et pasientperspektiv, ut over det som kommer frem i enkeltmøter og -relasjoner.

Digitalisering av pasientkommunikasjon får betydning for pasienten og for den helseprofesjonelle på individnivå, og for hvordan de organiserer sine møter. Digitalisering av helsevesenet er også forbundet med endringer på samfunnsnivå, blant annet vår håndtering av helse som et privat og offentlig ansvar. Når relasjoner flyttes i tid og rom, og når nye relasjoner og nye fortellinger om pasienter oppstår på mikronivå, for eksempel i journalen, reagerer både pasientene selv og dem de har rundt seg. Det vil si at digitalisering får betydning for hva de gjør og tenker, og for hvilke rettigheter og plikter vi legger til pasientrollen i vårt samfunn.

Hvem som gjør hvilke oppgaver i det enkelte pasientforløp, handler om organiseringen av aktivitet knyttet til helse i det norske samfunnet. Viktige spørsmål er hvor mye aktivitet pasienten selv og hans eller hennes pårørende forventes å bidra med, og når og hvor denne aktiviteten skal finne sted. Det som skjer når helseinformasjonssystemer brukes i daglig arbeid rundt om i norske sykehus, legekontorer, sykehjem og øvrig kommunehelsetjeneste, er ikke nøytral dokumentasjon, men aktive valg som definerer både den enkelte pasient og pasientrollen, og som dermed får betydning ut over profesjonelle institusjoner og helt inn i hverdagslivet til hver enkelt av oss.

## Referanser

- Berg, M. & Goorman, E. (1999). The contextual nature of medical information. *International journal of medical informatics*, 56(1–3), 51–60. [https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(99\)00041-6](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(99)00041-6)
- Coulter, A. (2013). Understanding the experience of illness and treatment. I Z. C. C. Locoock (Red.), *Understanding and using health experiences*. Oxford: Oxford University Press.
- Finch, T. L., Mort, M., Mair, F. S. & May, C. R. (2008). Future patients? Telehealthcare, roles and responsibilities. *Health & Social Care in the Community*, 16(1), 86–95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00726.x>
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic*. London: Tavistock.
- Fox, N. J., Ward, K. J. & O'Rourke, A. J. (2005). The 'expert patient': Empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1299–1309. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.07.005>
- Grue, J. (2018). *Jeg lever et liv som ligner deres*. Oslo: Gyldendal.
- Andreassen, H. K., Dyb, K., Trondsen, M. & Warth, L. L. (2015). Impact report. Healthtalk.org. Hentet fra: [https://www.researchgate.net/publication/279537374\\_Study\\_Protocol\\_Health\\_Talk\\_Norway](https://www.researchgate.net/publication/279537374_Study_Protocol_Health_Talk_Norway)
- Henwood, F., Wyatt, S., Hart, A. & Smith, J. (2003). "Ignorance is bliss sometimes": Constraints on the emergence of the "informed patient" in the changing landscapes of health information. *Sociology of Health and Illness*, 25(6), 589–607. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00360>
- Herxheimer, A., McPherson, A., Miller, R., Shepperd, S., Yaphe, J. & Ziebland, S. (2000). Database of patients' experiences (DIPEX): A multi-media approach to sharing experiences and information. *The Lancet*, 355(9214), 1540–1543. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02174-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02174-7)

- Håland, E., & Melby, L. (2010). Ambisjoner og ambivalens: Helsepersonells forståelse av digitaliserte pasienter. I A. Tjora & A.-G. Sandaunet (Red.), *Digitale pasienter* (189–208). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- IAPO – International Association of Patient Organisations (2018). *Declaration on: Patient-centred healthcare*. Hentet fra [https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO\\_declaration\\_ENG\\_2016.pdf](https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO_declaration_ENG_2016.pdf)
- Johnsen, E., Luque, L. & Hagen, R. (2010). Det sosiale nettet og helse. I A. Tjora & A.-G. Sandaunet (Red.), *Digitale pasienter* (26–54). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kidd, J. & Ziebland, S. J. b. (2016). Narratives of experience of mental health and illness on healthtalk.org. *BJPsych Bulletin*, 40(5), 273–276. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052217>
- Kummervold, P., Gammon, D., Bergvik, S., Johnsen, J., Hasvold, T. & Rosenvinge, J. (2002). Social support in a wired world – use of online mental health forums in Norway. *Journal of psychiatry*, 56(1), 59–65. <https://doi.org/10.1080/08039480252803945>
- Måseide, P. (1991). Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Sociology of Health and Illness*, 13(4), 545–561. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10843655>
- McLoughlin, I. P., Garrety, K. & Wilson, R. (2017). *The digitalization of healthcare. Electronic records and the disruption of moral orders*. Oxford: Oxford University Press.
- McWhinney, I. R. (1985). Patient-centred and doctor-centred models of clinical decision-making. In M. Sheldon, J. Brooke & A. Rector (Red.). *Decision-making in general practice* (s. 31–46). London: Palgrave. [https://doi.org/10.1007/978-1-349-07159-3\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-349-07159-3_4)
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham and London: Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Abigdon, Oxon: Routledge.
- Mort, M., Roberts, C. & Callén, B. (2012). Ageing with telecare: Care or coercion in austerity? *Sociology of Health & Illness*, 35(6), 799–812. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01530.x>
- Oudshoorn, N. (2008). Diagnosis at a distance: The invisible work of patients and healthcare professionals in cardiac telemonitoring technology. *Sociology of Health and Illness*, 30(2), 272–288. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01032.x>
- Oudshoorn, N. & Pinch, T. (2003). *How users matter: The co-construction of users and technology*: MIT Press.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data, methods for analysing talk, text and interaction* (2. utgave). London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren* (Meld. St. 9 2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>



- Taylor, D. & Bury, M. (2007). Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociology of Health and Illness*, 29(1), 27–45. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.00516.x>
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. & Sandaunet, A.-G. (Red.). (2010). *Digitale pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Underland, G. (2010). Pasienten som tekst: Fra subjektivt individ til digitalt objekt. I A. Tjora & A.-G. Sandaunet (Red.), *Digitale pasienter* (209–227). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ziebland, S., Coulter, A., Calabrese, J. D. & Locock, L. (2013). *Understanding and using health experiences: Improving patient care*. Oxford: Oxford University Press.

## KAPITTEL 2

# Pasienters synlighet og medvirkning i vaktskifterapporter

Lasse Morten Johannesen<sup>1</sup>

Førstelektor, Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo

Else Ryen

Førsteamanuensis, Nasjonalt senter for flerkulturell opplæring (NAFO), OsloMet – storbyuniversitetet

**Sammendrag:** Studier har vist at objektive data dokumenteres i stor grad i pasientjournaler, mens det er varierende i hvilken grad og hvor detaljert subjektive data dokumenteres. Også i den studien vi presenterer i dette kapittelet, finner vi at det rapporteres relativt lite om pasienters egne følelser, erfaringer og ønsker.

Studien er basert på 113 vaktskifterapporter, skrevet av 17 sykepleiere med norsk som førstespråk og 17 som er andrespråkbrukere av norsk. Hensikten med studien var å undersøke om det var kvalitative forskjeller i skriftlig rapportering mellom de to gruppene. Vi har ikke funnet tidligere arbeider der det har vært foretatt en slik sammenlikning.

Studien viser at det blant de andrespråklige sykepleierne er færre forekomster av subjektive data enn blant de førstespråklige, og de gjengir i mindre grad pasienters refleksjoner og deres vurderinger av sin egen tilstand. De nyanserer også mindre, blant annet ved relativt lite bruk av beskrivende adjektiv. Det er imidlertid spredning i rapporteringsgrad i begge grupper.

Subjektive data er sentrale for vurdering av pasienters behov for behandling og pleie, og når pasienter kommer til orde med følelser, ønsker og behov, kan de også gis mulighet for medvirkning i egen behandling.

Studien indikerer at det er behov for bedre opplæring i journal skriving, også blant sykepleiere med norsk som førstespråk.

**Nøkkelord:** vaktskifterapporter, subjektive data, førstespråk, andrespråk

**Abstract:** Studies have shown that objective data are documented to a large extent in patient records, while it is varying to what extent and how detailed subjective data

---

1 *Lasse Morten Johannesen døde før dette kapittelet ble publisert. Kapittelet publiseres i samråd med pårørende.*

Sitering av dette kapitlet: Johannesen, L. M. & Ryen, E. (2019). Pasienters synlighet og medvirkning i vaktskifterapporter. I R. Hellestø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 33–47). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch2>

Lisens: CC BY 4.0

are documented. Also in the study we present in this chapter, we find that relatively little is reported about patients' own feelings, experiences and desires.

The study is based on 113 reports, written by 17 nurses with Norwegian as their first language and 17 who are second-language users of Norwegian. The purpose of the study was to investigate whether there were qualitative differences in written reporting between the two groups. We have no knowledge of previous work where such a comparison has been made.

The study shows that among the nurses with Norwegian as their second language, there are fewer instances of subjective data than among the first-language users, and they refer to a lesser extent the patients' reflections and their assessments of their own condition. They also nuance to a lesser extent, partly because of relatively little use of descriptive adjectives. However, there is a spread in the reporting rate in both groups.

Subjective data are important in assessing patients' needs for treatment and care, and when patients are given the opportunity to express feelings, desires and needs, they can also be given the opportunity to participate in their own treatment.

The study indicates a need for better training in journal writing, also among those who have Norwegian as their first language.

**Keywords:** end of shift reports, subjective data, first language, second language

## Innledning

Pasienters rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester er nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter (§ 3–1). Medvirkning forutsetter at pasienten får komme til orde, og at pasientens plager, problemer og ønsker formidles gjennom rapporter og journaler til de ulike aktørene som har ansvar for pasienten. Tema for dette kapittelet er hvordan og i hvilken grad pasienters ytringer og følelsesmessige reaksjoner refereres i vaktskifterapporter. Materialet som analyseres og drøftes, baserer seg på data fra undersøkelsen *Språklig og sykepleiefaglig kvalitet i et utvalg vaktskifte-rapporter forfattet av sykepleiere med norsk som førstespråk og sykepleiere med norsk som andrespråk* (Johannesen, 2016). Prosjektets hensikt var å vurdere språklige og sykepleiefaglige prestasjoner i vaktskifterapportene med spesielt fokus på å sammenlikne rapporter skrevet av sykepleiere med norsk som førstespråk og sykepleiere som har tilegnet seg norsk som sitt andrespråk<sup>2</sup>. I dette kapittelet gir vi først en kort oversikt over informanter

---

2 Andrespråk (second language) er en term som brukes i nasjonal og internasjonal forskning om alle språk som læres etter at førstespråket er etablert. I vår sammenheng dreier det seg om personer som har lært norsk som andrespråk i voksen alder.

og metode før vi gir en faglig ramme for det som er temaet for kapittelet. Deretter fokuserer vi på data som dokumenterer pasienters synlighet og medvirkning i hele materialet, før vi viser at det er noen forskjeller i rapportering mellom førstespråklige og andrespråklige sykepleiere. Ulikheter mellom gruppene vil drøftes i lys av materialet som helhet, og vi vil reflektere rundt mulige årsaker til forskjellene. Videre vil vi løfte fram forskning som belyser utfordringer knyttet til journalskriving. Siste del av kapittelet omhandler rapportering i lys av diskurs og sjangerkrav.

## Informanter

Undersøkelsen er basert på vaktskifterapporter fra 34 sykepleiere. Alle var fast ansatte og uten spesialisering. Materialet omfatter 113 journalnotater, der 57 er skrevet av førstespråklige sykepleiere og 56 av andrespråklige. Rapportene er hentet fra sykehusets elektroniske dokumentasjonssystem, DIPS (Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus) ved fire avdelinger ved et universitetssykehus. Vakt(skift)rapporter er i systemet benevnt «Notat/evaluering». Vi omtaler det her som rapporter.

## Etiske overveielser

Kontaktpersoner ved de fire sykehusavdelingene sto for innsamlingen av rapportene og innhentet skriftlig samtykke til at notatene kunne brukes i forskning fra hver enkelt sykepleier. Samtykke ble gitt på bakgrunn av skriftlig informasjon om hensikten med prosjektet og om hvordan resultatene skulle brukes. All informasjon om pasienter og sykepleiere ble anonymisert av avdelingssykepleier ved den enkelte avdeling før rapportene ble overlevert. Prosjektet var godkjent av sykehusets personvernombud.

## Metode

Analysen er en diskursanalyse med kvantitativ og kvalitativ tilnærming, nærmere bestemt en analyse av tekster forfattet av sykepleiere innenfor en institusjonell ramme der situasjon og sjanger stiller noen spesifikke krav til utførelsen.

I analysen av materialet ble det gjennomført undersøkelser av ulike språklige kategorier, som viser sykepleiernes språklige registre, etter at det først var foretatt identifisering i kategorier på tvers av tolv funksjonsområder som det var forventet at sykepleierne skulle bruke i rapportene (jf. Johannesen, 2016; Johannesen & Hellesø, 2019):

1. Kommunikasjon/sanser
2. Kunnskap/utvikling/psykisk
3. Åndedrett/sirkulasjon
4. Ernæring/væske/elektrolyttbalanse
5. Eliminasjon
6. Hud/vev/sår
7. Aktivitet/funksjonsstatus
8. Smerte/søvn/hvile/velvære
9. Seksualitet/reproduksjon
10. Sosialt
11. Åndelig/kulturelt/livsstil
12. Annet/legedelegerte aktiviteter og observasjoner

Tema for dette kapittelet er som nevnt pasienters medvirkning og synlighet, og dataene det gjelder, er subjektive data. Hva som kjennetegner slike data drøftes i det neste avsnittet.

## Typer av data

I faglitteraturen er det vanlig å skille mellom subjektive og objektive data. Objektive data er ifølge Moen, Hellesø og Berge (2008, s. 40) eksakte og målbare slik som kroppstemperatur, blodtrykk, puls og væskemengde. Subjektive data er sykepleiers vurdering av objektive funn, slik som økende blodtrykk, synkende puls og redusert metning, samt tolkning av pasientobservasjoner. Det kan også være ytringer fra pasienten, noe denne sier og måten det ytres på som mumling eller i gråt, eller ledsaget av grimaser. Her nevnes kroppslige uttrykk («ledsaget av grimaser») bare i sammenheng med ytringer, men sykepleier kan også observere pasientens ikke-verbale signaler i andre sammenhenger, slik som i dette eksemplet i vårt materiale: «Pas viser tydelig smerter ved gange». Vår analyse

gjelder både rapportering av hva pasientene selv sier, av sykepleiers iakttagelse av måten det sies på, og av andre ikke-verbale signaler.

Studier har vist at objektive data dokumenteres i stor grad i pasientjournaler, mens det er varierende i hvilken grad og hvor detaljert subjektive data dokumenteres (Hellesø, 2006). I en metaanalyse av 14 forskningsrapporter fant Karkkainen, Bondas og Eriksson (2005) at pasienters individuelle behov og opplevelser kom i skyggen av beskrivelser av oppgaver som ble utført (jf. også Dahl & Vatne, 2007). Zabielska (2014) fant at symptomer, biologiske prosesser og behandling ofte synes å være atskilt fra pasienten som person. Laitinen, Kaunonen, og Åstedt-Kurki (2010) refererer til flere undersøkelser som viser mangelfull eller fraværende dokumentasjon av pasienters synspunkter på mange sentrale forhold relatert til egen person slik som psykisk tilstand, beskrivelser av smerter og behov for oppfølging. Også i vår undersøkelse finner vi at subjektive data rapporteres i mindre omfang enn objektive, og at det er relativt lite fokus på pasienters egne erfaringer, følelser og ønsker. Det er imidlertid av stor betydning at det viderefremmes hva pasienter føler og hvilke behov og ønsker de har. Slike opplysninger er sentrale når en skal vurdere pasientens behov for behandling og pleie, og hvordan pasienten skal følges opp på annen måte, for eksempel ved pleiebehov etter utskrivning fra sykehus. Når det legges vekt på å rapportere subjektive data, innebærer det også en styrking av pasientens rett til medvirkning i sin egen behandling.

## Pasientperspektiv i vaktskifterapportene

Pasientperspektivet kommer til uttrykk på ulike måter i rapportene. Pasientens stemme er tydeligst når det refereres direkte til at pasienten har ytret noe, som for eksempel «Sier at hun pleier å bli hard i magen av mye smertestillende» og «Ønsker ikke blodkomponenter ved evt. behov for det». Referansen kan også være mer indirekte, som «Drømmer om gjen-tatte hendelse flere ganger», der utsagnsverb mangler, men det likevel er åpenbart at rapporteringen bare kan være basert på noe pasienten selv har uttalt. Dette er mindre tydelig ved fragmenterte utsagn som «Klager ikke over smerter», men der det likevel virker rimelig å tolke det som

referanse til at pasienten har uttrykt noe om fravær av smerte. Pasienten kan imidlertid også synliggjøres ved at sykepleier rapporterer sine iakttagelser av pasientens følelser og reaksjoner, slik som i disse eksemplene: «Hun har virket sår og lei seg» og «Pas viser tydelige smerter ved gange».

Pasienters utsagn eller deres kroppslige uttrykk for følelser er dokumentert i varierende grad i de 113 vaktskifterapportene. Som eksemplene over indikerer, er det også variasjon i hvordan det dokumenteres, fra svært korte ytringer til lengre utsagn som gjengir pasientenes refleksjoner, forklaringer eller egne vurderinger.

Nedenfor gjengir vi en vaktrapport som inneholder en stor andel subjektive data, og der det synes å være god balanse mellom rapportering av objektive og subjektive data. Pasienten er synliggjort både gjennom egne utsagn (område 2 og 4), gjennom indirekte gjengivelse av noe pasienten har ytret (område 8) og gjennom sykepleiers vurdering av pasientens følelser (område 2):

2. **Kunnskap/utvikling/psykisk:** Sier hun ikke følte hun hadde hatt noen god natt, og dette har forplantet seg utover dagen. Hun har virket sår og lei seg, håper også at vi pleiere kan tilnærme oss rolig da hun sier hun blir engstelig og nervøs ved brå tilnærmelser.
4. **Ernæring/ væske/ elektrolyttbalanse:** Dagens Kabiven pågår, 1000 Ringer har gått inn. Dr. NN forordnet 500 ml Ringer til med 40 Kcl som pågår. Pasienten ønsker ingen ting å spise, har kun drukket et par glass vann.
5. **Eliminasjon:** Har hatt flatulens x flere i dag, avføringsspor på bleie. kat. seponert ved 10.30-tiden, spissbekken fullt med urin kl. 14.30.
6. **Hud/vev/sår:** Skiftet på operasjonssår, u.a.
7. **Aktivitet/funksjons-status:** Sittet oppe i stol, noen skritt med prekestol inne på rommet.
8. **Smerte/søvn/hvile/velvære:** Fikk Ketorax til morgenen med god effekt, men følte seg trett en lang stund etterpå. EDA er seponert.
10. **Sosialt/ planlegging av utskrivelse:** Har besøk av ektefelle

## Ulike måter for dokumentasjon av subjektive data

Dataene viser at rapporteringen av pasientenes ytringer kan deles i tre kategorier: enkle ytringer, ytringer der pasienten forklarer og ytringer der pasienten resonnerer og/eller argumenterer. I tillegg synligjøres pasienten, som nevnt tidligere, ved at sykepleier omtaler pasientens kroppslige reaksjoner. Dette er en fjerde kategori i analysen, som vi har valgt å omtale som ikke-verbale signaler. I punktene nedenfor gis det eksempler fra de fire nivåene.

### 1. Enkle utsagn/ytringer

«Er sliten»

«Sier at han har tisset ofte i natt»

### 2. Ytringer der pasienten forklarer

«Vil vente med å skifte pose, sier hun er sliten»

«Pas har gitt uttrykk for smerte, føler at PNB har minimal effekt»

### 3. Ytringer der pasienten resonnerer eller argumenterer

«Pas er svært engstelig for sitt høye blodsukker. Lurer på hvorfor dette er kommet nå, hva han bør spise osv. Svart på spørsmål utpå dagen»

«Han forteller at han kjenner trang til vannlating, men at han lett mister kontrollen når han må bruke flaske»

### 4. Ikke-verbale signaler

«Smertepreget gange, rynker ansiktet, ynker seg»

Langt de fleste ytringene er enkle utsagn, mens det er færrest ytringer på nivå 3. Det er dessuten en høyere andel ikke-verbale signaler enn det er ytringer innenfor område 3.

Når det gjelder subjektive data, kjenner vi ikke til noen mal for hvor mye eller hva som skal rapporteres. Forskjeller mellom avdelinger og ulikheter i pasienters situasjon innenfor en avdeling kan gjøre at det rapporteres i ulik grad, men dataene våre som viser stor variasjon i hvorvidt og hvordan pasienter synliggjøres, indikerer at subjektive data har blitt underrapportert. Dette er, som vist ovenfor, også funn i norske og internasjonale studier av pasientdokumentasjon.



## Grupperelaterte og individuelle ulikheter i rapporteringen

En sentral hensikt med undersøkelsen av sykepleierapporter var, som nevnt i innledningen, å undersøke om det var kvalitative forskjeller i journalføring mellom sykepleiere med norsk som førstespråk og sykepleiere med en annen språkbakgrunn. Analysen av dataene avdekker at det er flere forskjeller mellom gruppene. De førstespråklige har dokumentert mer enn de som har norsk som sitt andrespråk innenfor ulike nærmere definerte områder, slik som vurdering og diagnoser, sykepleiers tiltak og samhandling med annet helsepersonell og kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Det rapporteres i omtrent samme omfang for tallrelaterte informasjonsenheter. Andrespråklige sykepleiere har noen flere notater knyttet til familie, pårørende og venner (jf. Johannesen, 2016; Johannesen & Hellesø, 2019). Sett som helhet har de førstespråklige flest ytringsenheter, og enhetene er gjennomgående mer utbygde enn hos de andrespråklige. Det er individuelle forskjeller i begge grupper, men variasjonen er størst blant de andrespråklige.

Når det gjelder de subjektive dataene vi behandler i dette kapitlet, synliggjøres pasientene i snitt 1,46 ganger per rapport hos de førstespråklige, 0,84 ganger hos de andrespråklige. Dataene for de fire nivåene, nevnt i avsnittet ovenfor, viser at antall rapporteringer er relativt jevn mellom de to gruppene innenfor de to første kategoriene, mens det, bortsett fra i ett tilfelle, bare er hos sykepleiere med norsk som førstespråk vi finner notater innenfor nivåene 3 og 4.

	Førstespråklige	Andrespråklige
1. enkle ytringer	0,60	0,50
2. ytringer med forklaring	0,39	0,34
3. resonnerende/argumenterende	0,14	0
4. ikke-verbale signaler	0,33	0

**Tabell 1.** Antall journalføringer per rapport i gjennomsnitt.

Begge gruppene har, som det framgår, notert enkle ytringer, og disse omfatter både setningsfragmenter av typen «Er sliten», «Føler seg trøtt» og utbygde setninger som i disse eksemplene, ett fra hver gruppe av sykepleiere: «Sier selv at hun er sliten av å bo hjemme» og «Forteller at hun er

trygg på å bevege seg på egen hånd». Men utbygde setninger er mest frekvente hos de førstespråklige. Antall notater der pasienten gir nærmere forklaringer, er det mindre av i begge grupper, men forskjellen mellom gruppene er ganske liten, slik det framgår av tabellen. Det er imidlertid forskjell i hvor utbygd forklaringene er. Følgende eksempel viser et notat der pasienten kommer til orde med en utdypende forklaring: «EDA skulle blitt seponert, men pas ønsket å ha det til i morgen i tilfelle han får smerter». Dette er skrevet av sykepleier med norsk som andrespråk, men slike utbygginger er mindre vanlige i denne gruppen enn blant dem som har norsk som sitt førstespråk.

Når pasienten refereres mer detaljert med ytringer som inneholder forklaringer, kommer det fram ulik informasjon der pasienten direkte og indirekte ytrer seg om egenopplevd helsetilstand og ønsker som gjelder behandling og pleie. I notater der det refereres at pasienten resonnerer eller argumenterer, framstår pasienten som aktiv i forhold til sin egen situasjon. Slike notater er det imidlertid, som det framgår av tabellen, lite av i materialet, og bortsett fra det første eksemplet nedenfor finner vi referat av slike ytringer bare blant sykepleiere med norsk som førstespråk.

I eksempel én nedenfor dokumenterer sykepleier hvordan en pasient reflekterer over det å bli flyttet til et annet sykehus og over hva som kan være best for henne:

Pas har snakket litt om x sykehus i dag, sier hun føler seg mer trygg her, og kjenner personalet, men at det vil bli bra å komme nærmere familien.

En annen pasient blir referert med viktig informasjon om at hun er i en sårbar situasjon, og sykepleier har også dokumentert ikke-verbale signaler som gir ytterligere innsikt i hvordan det står til med pasienten:

Sier hun ikke følte hun hadde hatt noen god natt, og dette har forplantet seg utover dagen. Hun har virket sår og lei seg, håper også at vi pleiere kan tilnærme oss rolig da hun sier hun blir engstelig og nervøs ved bråe tilnærmelser.

Eksempler som dette inneholder utbygd informasjon med uttrykk for motsetninger (eks. 1) eller leddsetninger som gir begrunnelse (eks. 2). Både i det materialet vi presenterer i dette kapittelet, og i vaktskifte-rapportene for øvrig, er som nevnt informasjonsmengden mindre hos

sykepleiere med norsk som andrespråk enn blant førstespråkbrukere. En av grunnene til dette er at sykepleiere med norsk som andrespråk har færre forekomster av utbygde ytringer med blant annet uttrykk for logiske relasjoner som motsetninger og årsaksforhold. Et lavere antall ord i snitt i deres rapporter skyldes også at de i mindre grad nyanserer ved bruk av beskrivende adjektiv og av modifierende adverb, som for eksempel «tilsynelatende god» og «kortvarig moderat effekt».

Imidlertid er det, som nevnt, spredning i begge grupper. Blant de fire som har det mest omfattende innholdet og et høyt presisjonsnivå i rapportene sine, er det to andrespråklige, to førstespråklige. Hos disse sykepleierne finner vi også dokumentasjon av subjektive data. Datamaterialet viser for øvrig at blant de tre sykepleierne som har dokumentert minst, er det én som har norsk som førstespråk.

I gruppen av andrespråklige sykepleiere er det ti som har utdanning fra Norge, syv fra utenlandske universitet. I dokumentasjon av pasientytringer dokumenterer de sistnevnte noe mer på nivå 1 enn de som har utdanning fra Norge, men de har ingen notater på nivå 2. Det er også ulikheter mellom disse to gruppene innenfor de øvrige områdene vi har nevnt ovenfor; verdiene er gjennomgående noe lavere hos dem som ikke har norsk utdanning.

## Diskusjon

I det følgende vil vi først diskutere funnene i lys av tidligere studier av sykepleieres journalføring og språklige utfordringer og deretter hvordan vaktskifterapporter kan forstås i et diskursanalytisk perspektiv.

## Studier av kvalitet i sykepleieres journalføring

Vi har ikke funnet studier som har sammenliknet førstespråklige og andrespråklige sykepleieres journalføring, verken nasjonalt eller internasjonalt. Men studier der det ikke skilles mellom ulike grupper av sykepleiere, har vist at sykepleiere opplever at det er utfordrende å formulere sykepleieplaner. Flere studier har også vist varierende kvalitet i

sykepleieres journalføring, og sykepleierdokumentasjon har vært kritisert for å være mangelfull, blant annet på grunn av manglende pasientperspektiv, og at de ikke gjenspeiler pasientens behov for pleie (jf. f.eks. Nøst, Blekken & André, 2015). En undersøkelse ved et tysk universitetssykehus (Lauterbach, 2008) viste blant annet manglende samsvar mellom muntlige rapporter og det som ble dokumentert skriftlig, og det ble påvist feil eller fravær av viktig informasjon. På basis av studien mener Lauterbach at noe av det største problemet for pasienter er det som ikke dokumenteres og/eller ikke følges opp. Manglende skriftlig dokumentasjon betyr at informasjon er neglisjert, skriver Laitinen (2014, s. 59). Gjennom daglige observasjoner kunne forskerne dokumentere at viktige hendelser i pasientomsorgen ikke ble dokumentert. Manglende dokumentasjon kunne bryte kontinuiteten i pasientbehandlingen og kunne også ha alvorlige konsekvenser.

I en undersøkelse som har tatt for seg språklige sider ved journalskriving, har det blitt påvist at fragmentert språk kan svekke kvaliteten på journalene (Jefferies, Johnson & Nicholls, 2011). Fragmentert språk er også et trekk ved dokumentasjonen i vår undersøkelse både blant første- og andrespråklige. I en kasusstudie av samhandling mellom sykepleiere og pasienter fant Staples (2015) ulikheter mellom førstespråklige og andrespråklige sykepleiere blant annet i anvendelse av spesifikke språktrekk som gir mer nyansert språkbruk. Dette er, som nevnt tidligere, funn også i vår undersøkelse.

## Utfordringer ved journalskriving når norsk er andrespråk

Mindre bruk av ulike språklige kategorier, mindre presisjon og mindre omfang i rapportering blant de andrespråklige enn blant de førstespråklige sykepleierne kan skyldes mangelfull språklig kompetanse generelt eller mangel på adekvat ordforråd og for lite register av uttrykksmåter innenfor et spesifikt område slik som sykepleierrapportering. Å uttrykke logiske relasjoner og nyansere beskrivelser av situasjoner og hendelser er mer utfordrende enn å rapportere objektive data som angir tallverdier eller refererer konkrete hendelser. Men forskjeller i rapportering kan også

ha andre forklaringer. De fleste som skriver på et språk de har tilegnet seg som et andrespråk, har erfart at de bruker lengre tid på å finne riktige ord og uttrykk og forfatte en tekst på dette språket enn på førstespråket. Tidspress vil kunne gå ut over kvaliteten i rapporteringen for alle uansett førstespråk, men i en presset arbeidssituasjon vil dette kunne påvirke andrespråkskrivere mer enn førstespråkskrivere. Forskjeller i rapportering kan også ha sammenheng med at sykepleiere har bakgrunn i ulike fagkulturer, og de kan i ulik grad være vant til skriftlig rapportering i form av vaktskifterapporter.

## Vaktskifterapporter i et diskursperspektiv

En arbeidsplass kan beskrives som en kommunikasjonsarena, hvor forskjellige typer av oppgaver og prosjekter skal løses gjennom eller ved hjelp av kommunikasjon, skriver Andenæs (2016) i artikkelen «Språk og språkopplæring på jobb: fag, relasjoner og deltaking». Sykehus er en mangefasettert arena med ulike språklige sjangre og ulike krav til de ansattes språklige kompetanse. I en omfattende diskursanalyse av medisinske kasusrapporter omtaler Zabielska (2014) mange ulike helsefaglige sjangre innenfor det hun omtaler som en medisinsk diskurs. Den sjangeren vi har undersøkt, er vaktskifterapporter, dette er tekster produsert som en del av sykepleieres daglige arbeidsoppgaver på en sykehusavdeling. Det vil si at rapporteringen er situasjonsbestemt, og at det er noen faste rammer for skrivingen. Rapporteringen skal også utføres i samsvar med noen bestemte, men ofte ikke uttalte sjangerkrav. Et uttalt krav er imidlertid at pasientjournalen skal være et arbeidsredskap som skal sikre kontinuitet og kvalitet i helsehjelpen (Sosial- og Helsedepartementet, 1998; Gjevjon & Hellesø, 2009).

I studien vår har vi, som vist, avdekket noen svakheter i sykepleiernes vaktskifterapporter som indikerer at sykepleiere kan ha utfordringer med rapportering av pasienters helsetilstand. Dette gjelder uansett om en skriver på sitt første- eller andrespråk. Den som skriver på et språk som er lært i voksen alder, møter imidlertid større utfordringer enn den som skriver på førstespråket, og utfordringene må forventes å være størst dersom en heller ikke har brukt andrespråket i fagutdanningen.

God rapportering krever bruk av relevante innholds kategorier, og at informasjonen formidles i en språklig adekvat form. Å lære seg et nytt språk er også å lære regler for språket i bruk. Konvensjoner for språkbruk i ulike sjangre læres ofte implisitt gjennom ulike faglige problemområder (jf. Hertzberg, 2001). De som skriver vaktrapporter, er også lesere av rapporter og forholder seg dermed til stadighet, til tekster, av ujevn kvalitet, forfattet av andre. Fyldige og adekvate rapporter burde kunne tjene som gode modelltekster, men resultater både fra vår undersøkelse og de mer omfattende undersøkelsene av sykepleieres journalføring, som vi har vist til, tyder på at det er nødvendig med økt bevissthet om og eksplisitt opplæring i journalføring både for sykepleiestudenter og for sykepleiere som alt er i jobb. At ansatte selv opplever å mangle kompetanse om dokumentasjon av sykepleie, ble avdekket i den tidligere nevnte studien til Nøst mfl. (2015).

## Avsluttende kommentar – fokus på språk og sjanger

Den tidligere refererte artikkelen til Andenæs (2016) inngår i publikasjonen *Sykehuset, samfunnet og språket*, som omhandler språkbruk og språkkrav i helsevesenet. I flere av artiklene pekes det på nødvendigheten av opplæring på arbeidsplassen for utenlandsk helsepersonell. For mange sykepleiere med norsk som sitt andrespråk kan det nok være behov for arbeid både for å få større bredde i det norske ordforrådet og for å kunne ta i bruk et større register av grammatiske strukturer. I tillegg kommer fokus på sjangerkrav. Når det gjelder vaktskifterapporter, vil en bevisstgjøring om hva rapportene bør inneholde, og hvordan de bør formuleres, trolig føre til at sykepleiere, uansett språkbakgrunn, skriver fyldigere rapporter, og at de i større grad rapporterer subjektive data som synliggjør pasienters følelser og forventninger. En slik bevisstgjøring vil også kunne gi sykepleiere et skjerpet blikk for pasientenes behov for pleie og deres ønsker for videre oppfølging. Ut fra undersøkelser referert i dette kapitlet synes opplæringsbehovet ikke bare å gjelde ansatte som ikke har norsk som sitt førstespråk.

## Referanser

- Andenæs, E. (2016). Språk og språkopplæring på jobb: Fag, relasjoner og deltaking. I *Sykehuset, samfunnet og språket*. Språkrådets skrifter. Nr. 6: 94–102. Hentet fra: <https://www.sprakradet.no/globalassets/vi-og-vart/publikasjoner/sprakradets-skrifter/sykehuset-samfunnet-og-spraket-web.pdf>
- Dahl, K. & Vatne, S. (2007). Mangel på pasientperspektiv. *Sykepleien*, 95(18), 70–72. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2007.0060>
- Gjevjon, E. R. & Hellesø R. (2009). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1–2), 100–108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>
- Hellesø, R. (2006). Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 11–21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01235.x>
- Hertzberg, F. (2001). Tusenbenets vakre dans – Forholdet mellom formkunnskap og sjangerbeheerskelse. *Rhetorica scandinavica*, 18, 92–105.
- Johannesen, L. M. (2016). *Språklig og sykepleiefaglig kvalitet i et utvalg vaktskifterapporter forfattet av sykepleiere med norsk som førstespråk og sykepleiere med norsk som andrespråk*. Oslo: Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo.
- Johannesen, L. M. & Hellesø, R. (2019). Første- og andrespråklige sykepleiere har ulik journalføring. *Sykepleien Forskning*, 14(e76342). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76342>
- Jefferies D., Johnson M. & Nicholls D. (2011). Nursing documentation: How meaning is obscured by fragmentary language. *Nursing Outlook*, 59(6), E6–E12. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.04.002>
- Karkkainen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: A qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123–132. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne7690a>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristofferen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie* (s. 139–192). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. (2010). Patient focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3–4), 489–97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02983.x>
- Laitinen, H. (2014). *The significance of proximity and timeliness for patient-focused nursing care and electronic documentation in acute care wards*. (Doktoravhandling, Tampere Universitet). Hentet fra <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.847.6102&rep=rep1&type=pdf>
- Lauterbach, A. (2008). ... *da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht. Dienstübergaben in der Pflege*. Reihe Pflegewissenschaft (s. 204–224). Norderstedt: Books on Demand GmbH.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Lum, L., Dowedoff, P. & Englander, K. (2016). Internationally educated nurses' reflections on nursing communication in Canada. *International Nursing Review*, 63(3), 344–351. <https://doi.org/10.1111/inr.12300>
- Moen, A., Helleø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring. Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nøst, T. H., Blekken L. E. & André, B. (2015). Sykepleieres erfaringer med innføring av sykepleiediagnoser. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(11), 89–103. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.04.02>
- Sherman, R. O. & Eggenberger, T. (2008). Transitioning internationally recruited nurses into clinical settings. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(12), 533–544. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081201-03>
- Sosial- og helsedepartementet (1998). Om lov om helsepersonell mv. (Ot.prp. nr. 13 1998–99) Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.
- Staples, S. (2015). Examining the linguistic needs of internationally educated nurses: A corpus-based study of lexico-grammatical features in nurse–patient interactions. *English for Specific Purposes*, 37, 122–136. <https://doi.org/10.1016/j.esp.2014.09.002>
- Zabielska, M. (2014). *Searching for the Patients' presence in medical case reports*. Serie: Philologica Wratislaviensia: From grammar to discourse 5. Peter Lang Internationaler Verlag. <https://doi.org/10.3726/978-3-653-04676-2>





## KAPITTEL 3

# «Sannheten kan være brutal» – klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienter

*Torunn Wibe*

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo, Oslo kommune

*Ragnhild Hellesø*

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

**Sammendrag:** Å gi pasienter tilgang til egen journal har blitt framhevet som ett av flere tiltak for å engasjere pasienter mer i ivaretagelsen av egen helse og for å ivareta deres informasjonsbehov. Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke sammenfallende og forskjellige synspunkter pasienter og helsepersonell har når det gjelder tilrettelegging for klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienten.

Studien er basert på sekundæranalyse av kvalitative data fra to intervjustudier om henholdsvis pasienters erfaringer knyttet til å be om kopi av egen journal og helsepersonells informasjonspraksis ved utskrivelse av pasienter fra sykehus. Materialet består av intervju med 17 pasienter som hadde bedt om kopi av sin journal etter et sykehusopphold og intervju med 8 leger og 14 sykepleiere som jobbet i sykehus.

Gjennom kvalitativ innholdsanalyse ble pasienters og helsepersonells synspunkter på tilrettelegging for klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienten sammenfattet i tre tema:

- 1) Å måtte be om innsyn versus å bli tilbudt innsyn
- 2) Forsering av språklige barrierer versus språklig tilpasning
- 3) Sminket versus usminket innhold

Å måtte be om utskrift eller kopi av journaldokumenter kan være en større barriere for pasienter enn det helsepersonell ser for seg. Språklige barrierer for pasienters forståelse av journalen eksisterer, men helsepersonell og pasienter ser forskjellig på hva dette har å si for pasientene. Det kan være tøft for pasienter å lese usminkede beskrivelser i journalen, men det var delte meninger blant pasienter og helsepersonell om hvorvidt journalinnholdet burde tilpasses pasienten som leser.

**Nøkkelord:** pasientjournal, klinisk dokumentasjon, pasient, informasjonsbehov, intervjustudie

**Abstract:** Patients' access to clinical documentation in their patient records has been identified as an important opportunity to provide patients with more information and to engage patients in their health care. This study explores concurrent and different views between patients and health care professionals concerning clinical documentation as source of information for patients.

The study is based on a secondary analysis of qualitative data from two interview studies about patients requesting a copy of their patient record and information practices of health care professionals related to patient discharge from hospital. The material consisted of interviews with 17 patients who had requested a copy of their patient record after a hospital stay and interviews with 8 physicians and 14 nurses working in hospital.

Through qualitative content analysis patients' and health care professionals' views on adaptation of clinical documentation as source of information for patients were summarized in 3 themes:

- 1) Having to ask for access versus being offered access
- 2) Forcing linguistic barriers versus linguistic accommodation
- 3) Varnished versus unvarnished content

Having to request a copy of record documents may be a bigger barrier for patients than health care professionals imagine. Linguistic barriers for patients' understanding of the record exist, but health care professionals and patients have different views on what this means for patients. Reading unvarnished descriptions in the record may be tough for patients, but there were divergent views on whether the content of the record should be accommodated to the patient as reader.

**Keywords:** patient record, clinical documentation, patient, information need, interview study

## Innledning

De fleste industrialiserte land har de siste årene hatt en utvikling i retning av mer spesialiserte helsetjenester, kortere sykehusopphold og dagbehandling, kombinert med at en større del av helsetjenesten gis i kommunal regi. Dette medfører at pasienter mottar helsehjelp fra mange forskjellige aktører på ulike nivå i helsetjenesten, i Norge som i mange andre land (Hill, 2011; Ringard, Sagan, Saunes & Lindahl, 2013). Det stilles følgelig store krav til dokumentasjon og informasjonsutveksling i forbindelse med den helsehjelp som blir gitt, for at nødvendige opplysninger skal følge pasienten gjennom det som kan være til dels kronglete forløp.

Parallelt har det skjedd en utvikling i samfunnet med mer fokus på pasient- og brukervedvirkning og større vekt på transparens i offentlige

tjenester generelt (Pagliari, Shand & Fisher, 2012). Autonomi har blitt et framtrepende etisk prinsipp i helsetjenesten, der velgjørenhet og paternalisme tidligere var mer framtrepende. Denne endringen skjer imidlertid ikke knirkefritt. Manglende involvering av pasienten i den helsehjelpen som gis, sammen med behandlingsfeil og forglemmelser i forbindelse med overføring av pasienten fra ett nivå i helsetjenesten til et annet, har blitt en kilde til bekymring i flere land (Schoen et al., 2005).

Å gi pasienter tilgang til egen journal har blitt framhevet som ett av flere tiltak for å engasjere pasienter mer i ivaretagelsen av egen helse og for å ivareta deres informasjonsbehov og størst mulig grad av autonomi (Woods et al., 2013). Flere land har hatt behov for å tilpasse lovgivningen for å sikre pasienters rett til innsyn i journalen (Ross & Lin, 2003). I Norge ble pasienters rett til innsyn i egen journal lovfestet i og med lov om pasientrettigheter, som trådte i kraft fra 2001 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En mye omtalt stortingsmelding, «Én innbygger – én journal» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), framhevet også sterkt viktigheten av pasienters tilgang til journalen, og kan sies å ha bidratt til at utviklingen i retning av elektronisk tilgang til journalen for pasienter har skutt fart. Det er imidlertid fortsatt slik at helsepersonell i sykehus, fastlegekontor og kommunale helse- og omsorgstjenester dokumenterer i hver sine journalsystemer, så det er fortsatt ikke reelt sett tale om «én innbygger – én journal». De siste 2–3 årene har sykehuspasienter i Helse Nord og Helse Vest hatt elektronisk tilgang til sin journal etter sykehusopphold, mens pasienter i Helse Sør-Øst i noen grad har fått elektronisk tilgang til for eksempel epikriser etter sykehusopphold. Elektronisk pasienttilgang til egen journal hos fastlegen eller journal i kommunale helse- og omsorgstjenester er imidlertid så langt ikke utprøvd i noen grad her til lands, så langt vi har kunnet bringe på det rene. Til tross for politisk enighet om at det er ønskelig med elektronisk tilgang til egen journal for pasienter og en lovgivning som legger til rette for dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), må man vel kunne si at det har tatt overraskende lang tid å innføre det i praksis.

Av forskningslitteraturen internasjonalt ser man at det, siden spørsmålet først kom i fokus på begynnelsen av 70-tallet (Shenkin & Warner, 1973), har vært ulike oppfatninger hos helsepersonell og pasienter om

hvor egnet pasientjournalen er som informasjonskilde for pasienter. Helsepersonell har hatt tendens til å være skeptiske til hva slags nytte pasienter kan ha av å lese egen journal, og flere har uttrykt at det å lese journalen kan medføre (unødig) bekymring og forvirring og dessuten gjøre pasientene flau (Delbanco et al., 2012; Fischer, Fitton, Poirier & Stables, 2007; Pagliari, Shand & Fisher, 2012; Urowitz et al., 2008; Walker et al., 2011; Wibe, Ekstedt & Hellesø, 2015). Et tilbakevendende spørsmål når det gjelder elektronisk tilgang til pasientjournalen, er hvorvidt pasienter skal ha tilgang til hele eller deler av journalen (Cahill, Gilbert & Armstrong, 2014; Walker et al., 2011). Det har særlig vært diskusjon knyttet til når prøve-resultat skal gjøres tilgjengelig for pasienten, dvs. i sanntid, etter en nærmere definert forsinkelse eller når lege har sett svarene og «frigitt dem» (Beard, Schein, Morra, Wilson & Keelan, 2012; Giardina & Singh, 2011; Halamka, Mandl & Tang, 2008; Van der Vaart, Drossaert, Taal & van de Laar, 2013; Wiljer et al., 2008). Man er redd for at pasienten skal bli konfrontert med prøvesvar som gir grunn til alvorlig bekymring uten å ha tilgang på kvalifisert helsepersonell for å diskutere det med. Å dokumentere vedrørende sensitive tema slik som mental helse, rusmisbruk, kreft og overvekt har også vært trukket fram som særlig utfordrende, med tanke på at pasienten skal kunne lese det (Delbanco et al., 2012; Walker et al., 2011).

Forskning så langt har i stor grad vist at pasienter har vært mer positive enn hva helsepersonell har vært, til pasientjournalen som kilde til informasjon om egen helse og den helsehjelp de har mottatt (Earnest, Ross, Wittevrangel, Moore & Lin, 2004; Ross & Lin, 2003; Vermeir et al., 2017; Wibe, Hellesø, Slaughter & Ekstedt, 2011; Woods et al., 2013).

Informasjonsverdien for pasienten av klinisk dokumentasjon og pasienters positive opplevelse av å få tilgang til dette har også blitt belyst i noen tidligere norske studier, eksemplifisert med fastlegenotat og epikrise etter sykehusopphold (Thorsen & Grimsmo, 2006; Helse Øst, rapport 7, 2006; Trumpy, 2002). Noe som trekkes fram i den internasjonale litteraturen, er at pasienter ikke bare får nyttig informasjon om egen helsesituasjon ved å få tilgang til klinisk dokumentasjon, men det øker også deres mulighet for å gi korrekt informasjon videre til annet helsepersonell som de mottar helsehjelp fra (Bhavani, Fisher, Winfield & Seed, 2011; Nazi, Hogan,

McInnes, Woods & Graham, 2013; Pagliari et al., 2012; Wibe et al., 2011; Woods et al., 2013). De opplever at tilgang til klinisk dokumentasjon gir dem bedre mulighet til å koordinere eget behov for helsehjelp og bidrar til mindre fragmentering av hjelpen (Fischer, Bhavnani & Winfield, 2009; Pagliari et al., 2012). Å få innsyn i klinisk dokumentasjon gjør det også mulig for pasienten å oppdage faktiske feil i dokumentasjonen (Fischer et al., 2009; Woods et al., 2013).

Ulike studier viser sprikende resultater når det gjelder spørsmål knyttet til å endre måten man dokumenterer på når pasienten forventes å lese dokumentasjonen. Noen har funnet at helsepersonell prøver å gjøre dokumentasjonen mer forståelig (Earnest et al., 2004; Thorsen & Grimsmo, 2006). Andre har vist at måten å dokumentere på holdt seg relativt stabil over tid, selv om pasienter fikk tilgang til å lese dokumentasjonen (Kind, Fowles, Craft, Kind & Richter, 2011; Pagliari et al., 2012).

Generelt finner pasienter det relativt lett å forstå hva som skrives i pasientjournalen (heretter bruker vi begrepet journal). Den vanligste utfordringen er å forstå forkortelser, faguttrykk og resultater av undersøkelser og prøver. Til tross for dette er det få pasienter som rapporterer å være mer bekymret for egen helse etter å ha lest journalen (Bhavani et al., 2011; Davis Giardina, Menon, Parrish, Sittig & Singh, 2014; Keselman et al., 2007; Pyper, Amery, Watson & Crook, 2004). Pasienter i flere studier uttrykker at selv om de ikke forstår alt, så setter de pris på å få innblikk i hvilke vurderinger helsepersonell har gjort knyttet til deres tilstand (Lepping, Paravastu, Turner, Billings & Minchom, 2010; Ross, Moore, Earnest, Wittevrongel & Lin, 2004; Wibe, Ekstedt, Hellesø, Øyri & Slaughter, 2013).

## Hensikt

Slik det er beskrevet i det foregående har forskning internasjonalt knyttet til pasienters tilgang til egen journal så langt i hovedsak undersøkt helsepersonell og pasienters oppfatninger hver for seg. Dette gjelder også kapitteforfatterne tidligere studier (Wibe et al., 2011; Wibe et al., 2015). Vi er kjent med én studie fra Canada hvor både pasienter og helsepersonell har svart på spørreskjema knyttet til pasienters tilgang til journal

(Walker et al., 2011), men ingen intervjustudier som har sammenholdt helsepersonell og pasienters synspunkter. Hensikten med studien er derfor å utforske hvilke sammenfallende og forskjellige synspunkter pasienter og helsepersonell har når det gjelder tilrettelegging for klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienten.

Vårt rasjonale for å gjøre dette er at det kan gi nyttig kunnskap i den pågående prosessen i Norge med å gi pasienter elektronisk tilgang til egen journal.

## Analytisk rammeverk

Denne studien har en fortolkende, konstruktivistisk tilnærming, både når det gjelder forståelse av intervjumaterialet og pasientjournalens rolle og funksjon. Den virkeligheten eller det hendelsesforløpet som dokumenteres i pasientjournalen, anses sosialt konstruert, det vil si at det er preget av det skrivende helsepersonellens personlige og profesjonelle identitet og verdier, samt erfaringsbakgrunn (Greenhalgh, Potts, Wong, Bark & Swinglehurst, 2009; Hellesø & Melby, 2013). Tilsvarende vil forskernes og de intervjuede subjektene erfaringsbakgrunn, identitet og verdier prege innholdet i intervjuene. En fullstendig objektiv eller entydig framstilling av hendelser eller opplevelser under et sykehusopphold eller et pasientforløp er vanskelig å se for seg både i pasientjournalen og i en intervjusituasjon. I henhold til det fortolkende paradigmet (Greenhalgh et al., 2009) søker vi i vår studie å analysere data med henblikk på ulike meninger og perspektiver, og formålet med studien er å utforske pasienters og helsepersonells synspunkter på journalen som informasjonskilde for pasienter.

## Metode

Dette kapitlet bygger på en *sekundæranalyse* av kvalitative data fra to intervjustudier om henholdsvis pasienters erfaringer knyttet til å be om kopi av egen journal fra sykehus og helsepersonells informasjonspraksis ved utskrivelse av pasienter fra sykehus (Wibe et al. 2011; Wibe et al. 2015). Kapitteforfatterne, som begge er sykepleiere, inngikk i

forskerteamet i de to primærstudiene og er fra tidligere godt kjent med datamaterialene og settingen de var innsamlet i. Dette kan ha bidratt med nyttig innsikt, men også begrenset «utenfrablikk» i sekundæranalysen. Førstnevnte studie hadde pasienters erfaringer med å be om kopi av egen journal som hovedfokus. I denne studien ble det gjort intervju med 17 pasienter som hadde bedt om kopi av sin journal etter et sykehusopphold. Den andre studien hadde hovedfokus på informasjonspraksis ved utskrivelse fra sykehus, men ga data om helsepersonells synspunkter på pasienters tilgang til klinisk dokumentasjon mer generelt. Det er disse dataene vi har fokusert på i sekundæranalysen. I sistnevnte studie ble 8 leger og 14 sykepleiere som jobbet i en medisinsk sykehusavdeling, intervjuet. Sentralt i den utvalgsstrategi som ble brukt, var at pasientene hadde reelle erfaringer med å be om kopi av egen journal og at helsepersonellet som ble intervjuet hadde mye erfaring med informasjonshåndtering i forbindelse med utskriving av pasienter. I begge studiene ble det gjort individuelle intervju som det ble gjort lydopptak av og senere transkribert ordrett. Koblingsnøkkel mellom deltakerlister og intervju er nå slettet i henhold til godkjenning fra personvernombud som ble gitt til primærstudiene. Intervjuene foreligger kun i anonymisert form.

*Sekundæranalyse* vil si bruk av eksisterende data som er innhentet med en annen hensikt, som retter seg mot en ny forskningsinteresse som er forskjellig fra det opprinnelige arbeidet (Heaton, 2008). Av de fem formene for sekundæranalyse av kvalitative data som Heaton (2008) skisserer, er det en «amplified analysis» vi her har gjort, det vil si at vi har sammenlignet og kombinert to kvalitative datasett i den hensikt å gjøre en sekundæranalyse. Til forskjell fra originalanalysen, som omfattet henholdsvis pasienter og helsepersonells perspektiv på pasienters tilgang til klinisk dokumentasjon, har sekundæranalysen fokus på likheter og forskjeller i de to materialene knyttet til spørsmål vedrørende *klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienter* (se tabell 1).

Med bakgrunn i den opprinnelige analysen ble det gjort en ny kvalitativ innholdsanalyse av materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Kunnskap om klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienter,



Primæranalyse	Sekundæranalyse
Fokus i opprinnelig analyse var pasienters erfaringer med å be om kopi av egen journal og helsepersonells beskrivelser av informasjonspraksis i forbindelse med utskrivning av pasienter fra sykehus.	Fokus i sekundæranalyse var likheter og forskjeller i pasienters og helsepersonells erfaringer og synspunkter knyttet til pasienters tilgang til klinisk dokumentasjon.
<i>Empirigrunnlag:</i> To kvalitative intervjustudier ble analysert hver for seg.	<i>Empirigrunnlag:</i> Data fra de to kvalitative intervjustudiene ble sammenholdt og analysert samlet.

**Tabell 1.** Sekundæranalyse med utgangspunkt i den opprinnelige analysen.

som vi hadde tilegnet oss i arbeidet med i originalstudiene, guidet i noen grad sekundæranalysen.

Intervjuene ble analysert med utgangspunkt i studiens hensikt ved at meningsbærende enheter ble markert, og deretter ble innholdet i de meningsbærende enhetene sortert i tre kategorier som beskriver ulike aspekter ved tilgjengelighet til journalen for pasienten: 1) Praktisk tilgjengelighet (prosedyrer eller praktisk tilrettelegging for pasienters tilgang til egen journal). 2) Språklig tilgjengelighet (hvorvidt journalen betraktes som

Meningsbærende enhet	Kondensert mening	Kategori	Tema
Sykepleier: « <i>Skriver kort resyme om oppholdet. Sender det med pasienten i en lukket konvolutt hvor det står «Til hjemmesykepleien».</i> Intervjuer: « <i>Får pasienten en kopi?»</i> Sykepleier: « <i>Veldig sjelden ... Hvis de ber om det, så får de det. Men det er ikke så ofte de ber om det heller.</i> »  Pasient: « <i>Det var ikke så veldig morsomt, ikke sant (å be om kopi av journaldokumenter). For det er jo liksom man mistenker legen ... 'jeg vil gjerne ha papirene...'. Det er veldig flaut.</i> »	Sykepleier gir bare pasient kopi av sykepleieresyme hvis pasient ber om det  Pasient synes det er flaut å be om kopi	Praktisk tilgjengelighet	Å måtte be om innsyn versus å bli tilbudt innsyn

**Tabell 2.** Eksempel fra analyseskjema.

forståelig for pasienten, språklig sett). 3) Innholdsmessig tilgjengelighet (hvorvidt innholdet i journalen betraktes som egnet for pasienten å lese).

Ved gjentatte ganger å gjennomgå innholdet i kategoriene på utkikk etter likheter, forskjeller, mønstre, sammenhenger i kategoriene samt underliggende meningstråder (latent innhold) kom vi fram til tre tema (se tabell 2). Gjennom hele analyseprosessen skiftet fokus mellom helheten

og deler av intervjumaterialet, for å få bekreftet den tolkningen som ble gjort på høyere abstraksjonsnivå. Preliminære tema og beskrivelser av disse ble diskutert mellom kapittelforfatterne til vi kom fram til en felles forståelse av temaene. Målet med diskusjonen var ikke primært å oppnå konsensus, men å vurdere ulike alternative tolkninger og finne den beste måten å presentere funnene på.

## Etiske overveielser

Intervjustudien som omhandler pasienters erfaringer med å be om kopi av egen journal, er godkjent av Regional etisk komité, og begge intervjustudier som ligger til grunn for denne studien har fått tilråding fra personvernombud. For begge intervjustudiene gjelder at deltakerne ga skriftlig samtykke til å delta. I skjemaet for informert samtykke gikk det fram at studiedeltakerne hadde mulighet til å trekke seg fra studien om de skulle ombestemme seg, og hvordan konfidensialitet ville bli ivaretatt.

## Resultater

Vi identifiserte tre temaer som viser at det er spenningsforhold mellom pasienters og helsepersonells synspunkter på tilrettelegging for klinisk dokumentasjon som informasjonsskilde for pasienter.

### Å måtte be om innsyn versus å bli tilbudt innsyn

Både pasienter, sykepleiere og leger ga uttrykk for at det er prinsipielt riktig at pasienten skal ha mulighet til innsyn i klinisk dokumentasjon. Alle var kjent med dette som en juridisk rettighet. Men de så forskjellig på rutinene knyttet til å få tilgang til journalen i praksis. Helsepersonellet syntes ikke å stille spørsmål ved sykehusets rutiner som tilsa at pasienten måtte sende en skriftlig henvendelse til arkivet om kopi av journalen, eller at epikrise bare ble gitt til pasienten hvis han/hun uttrykkelig ba om det. En oppfatning av at hvis pasienten ba om utskrift av journalen,

så måtte det være fordi han/hun var misfornøyd med noe, kom også til uttrykk hos helsepersonellet.

Sykepleier: *Skriver kort resyme om oppholdet. Sender det med pasienten i en lukket konvolutt hvor det står til hjemmesykepleien.*

Intervjuer: *Får pasienten en kopi?*

Sykepleier: *Veldig sjelden ... Hvis de ber om det, så får de det. Men det er ikke så ofte de ber om det heller.*

Lege: *Av og til kan det jo være at man er skeptisk eller misfornøyd ... Det er jo ofte noe sånt som ligger bak, når man ber om å få utskrift av journal og sånn. Det er jo litt sånn, ja. Det er jo ikke akkurat de fleste som gjør det, på en måte. Så da er det jo kanskje å prøve å finne ut av hvorfor. Hva de vil oppnå med det? Altså, hva skal ... Er det noe som kan oppklares eller noe...*

Pasientene, på sin side, var åpne for at kanskje ikke alle ønsker tilgang til journaldokumenter, og at man ikke nødvendigvis automatisk får kopi, men de opplevde det både som brysomt å spørre helsepersonell direkte om å få kopi og unødvendig tungvint at de skulle måtte sende en skriftlig henvendelse til arkivet for å få kopi (dette var rutinen sykehuset brukte). For dem ville det gjøre en forskjell om de f.eks. fikk tilbud om kopi av epikrise uten å måtte be om det.

Pasient: *Det var ikke så veldig morsomt, ikke sant (å be om kopi av journal-dokumenter). For det er jo liksom man mistenker legen ... Jeg vil gjerne ha papirene ... Det er veldig flaut.*

Pasient: *Første gang jeg ba om kopi av journalen, fikk jeg den utlevert der og da. Nå måtte jeg gå via arkivet og det var litt styrete. Og så tok det lang tid å få det tilsendt.*

Pasient: *Da jeg ble operert fikk jeg utskriften av ... ifra operasjonen uten å be om det. Og det var visst vanlig (på dagkirurgi) ... Jeg tenkte: 'Du verden, nå har de kommet seg ... i helsevesenet'. Men derfor ble jeg så overrasket når jeg ikke fikk det senere i forløpet. Og så spurte jeg om det etterpå, og da fikk jeg vite at ... jeg måtte skrive brev til sentralarkivet ... Man burde få det (kopi) mye raskere og mer automatisk når man ber om det.*

Pasient: *Det er jo ikke det jeg sier, at man skal true det (journaldokumenter) på folk, men det burde være lettere å få det når du selv ber om det.*

Funnene viser at det er ulike praksiser og at det er uavklarte forventninger om hvorvidt pasienter skal be om innsyn i journalen eller få det uten at de etterspør.

## Forsering av språklige barrierer versus språklig tilpasning

Pasienter og helsepersonell hadde en sammenfallende oppfatning av at det er legitimt å bruke fagspråk i journalen og at ikke pasientene nødvendigvis forstår dette fagspråket. De så imidlertid forskjellig på hva dette har å si for pasientene. Helsepersonellet brukte den manglende forståelsen av fagspråk og muligheten for misforståelser som et argument for at pasientene ikke nødvendigvis har godt av å lese klinisk dokumentasjon. Pasientene selv hadde derimot en oppfatning av at det ikke er så farlig om de ikke forstår alle fremmedord og forkortelser. De var opptatt av å få et overblikk og gravde seg ikke nødvendigvis ned i detaljene. De mer detaljfokuserte blant dem slo for eksempel opp fremmedord på nettet eller spurte tilgjengelige fagfolk i sin omgangskrets hvis det var noe de lurte på.

Sykepleiere som ble intervjuet ga uttrykk for at de regnet med at sykepleiere i hjemmesykepleien forstod de fleste faguttrykk, men gjorde en skjønnsmessig tilpasning av språket i informasjonen de sendte dem. Sykepleieepikrisen var ikke tenkt som informasjon til pasienten, og det var derfor lite fokus på om den ville være forståelig for pasienten.

*Sykepleier: ... Sykepleierapporten, den er på en måte laget til hjemmesykepleien så det er jo informasjon om pasient til dem, men ikke til pasienten sjøl.*

Legene ga uttrykk for at verken sykepleiere eller pasienter var tenkt som hovedmottakere av den medisinske epikrisen, og det ble derfor heller ikke gjort noen spesielle tilpasninger av epikrisen for at den skulle være forståelig for dem. Flere av legene mente at pasientene ikke ville forstå epikrisen, og var derfor skeptiske til rutinemessig å skulle tilby pasientene kopi av den. De så for seg at pasienten ville ha behov for å gå gjennom epikrisen med sykehuslege eller fastlege for å få noe ut

av den, og tilsvarende om pasienten skulle få tilgang til å lese øvrige journaldokumenter.

Pasientene uttrykte generelt forståelse for at helsepersonell bruker fagspråk når de dokumenterer i journalen.

Pasient: *Jeg mener at man ikke har krav på at helsepersonell skal omformulere eller ikke bruke fagtermer fordi det skal tilpasses allmennheten. Det mener jeg er galt hvis det går på bekostning av det faglige ... De skal få lov til å bruke sitt stamme-språk. Slik er det i alle bransjer.*

Pasientene var ikke nødvendigvis opptatt av å forstå alt de leste. Noen pasienter uttrykte at de syntes det var interessant å lese om sin egen tilstand uttrykt på fagspråk eller i latinske termer. Analysen viste at de hadde strategier for hva de gjorde hvis det var noe de ikke forsto som de ønsket å få mer innsikt i.

Pasient: *Jeg forsto nok, og trengte egentlig ikke vite så mye. Det eneste jeg måtte forholde meg til, var det som står hvis jeg merker noen symptomer, som er veldig greit forklart, da ... Mange av de forkortelsene er helt ukjente for meg ...*

Andre

strategier var: *Og er det enkelte ord og sånn, så er det lett å finne ut av det, eventuelt da ... Da brukte jeg internett, da!*

Eller som denne

pasienten uttrykte det: *Men jeg har en venninne som er lege også, så når det er noe, så spør jeg bare henne.*

Funnene viser at helsepersonellet ikke er innstilt på å gi avkall på bruk av fagspråk for å komme pasientene i møte som lesere av journalen. Pasientene er også mer opptatt av måter de selv kan forsere de språklige barrierene på enn at helsepersonellet skal fjerne barrierene for dem.

## Sminket versus usminket innhold

Både pasienter og helsepersonell ga uttrykk for at det kunne være tøft for pasienter å lese en usminket beskrivelse av tilstand, behandling og

prognose i journalen, og at innholdet kanskje ikke er egnet å lese for alle. Det var imidlertid delte meninger om hvorvidt innholdet burde tilpasses pasienten som leser, eller hva konsekvensene av en slik tilpasning ville være. Om innholdet i for eksempel epikrisen burde diskuteres med pasienten, var det også ulike synspunkter på.

Sykepleiere tilpasser innholdet i sykepleieepikrisen til det de oppfatter som hjemmesykepleiens antatte informasjonsbehov. Når det gjaldt detaljingsnivået gjorde de eksempelvis en vurdering av om pasienten var kjent av hjemmesykepleien fra tidligere. Sykepleierne gjorde også en viss tilpasning av innholdet i epikrisen med tanke på at pasienten kunne komme til å lese den. De var bevisste på å unngå å skrive noe som ikke ville være egnet for pasienten å lese.

Sykepleier: *Jeg skriver med tanke på at han (pasienten) skal lese det. Altså ikke skjemmes for noe som står der.*

Intervjuer: *Hvis du visste at, tenk deg at den sykepleierrapporten du skriver, at det også skulle være informasjon til pasient. Ville det påvirke hvordan du skriver?*

Sykepleier: *Nei jeg tror ikke det. Fordi, eh ... hva skal jeg si, nei jeg tror rett og slett ikke det ville det. For jeg skriver jo, pasienten vet jo selv, eller jeg skriver jo ikke noe der som pasienten ikke må vite om seg selv.*

Sykepleierne ga også uttrykk for at det var vanskelig å skulle informere hjemmesykepleien om ting som pasienten ikke selv erkjente eller var klar over. Dersom pasienten rutinemessig skulle få kopi av sykepleieepikrisen, trodde de at de i noen grad ville endre sin uttrykksmåte.

I intervjuene med legene kom det fram at både innhold og detaljnivå i epikrisen ble tilpasset til det som sykehuslegene trodde passet for motakeren (fastlegen/ henvisende lege). Det samme gjaldt for et informasjonsskriv som pasienten fikk ved utreise. Der ble også innholdet tilpasset det legen trodde *pasienten* trengte å vite. Epikrisen ble også skrevet med tanke på hvilken informasjon som andre spesialister kunne trenge for å følge opp pasienten, samt ved eventuelle nye sykehusinnleggelse.

Legene ga uttrykk for at de så det som vanskelig å dokumentere på en slik måte at det ville passe for både legekolleger og pasient samtidig. En

begrunnelse var at pasientene kunne bli engstelige av eksempelvis å lese epikrisen og at de ikke ville ha noen glede av å lese den. Medisinske opplysninger (eksempelvis relatert til diagnose og prognose) kan noen ganger være brutale for pasienter å lese, ble det framhevet i intervjuene.

Pasientene ga generelt uttrykk for at journalen var objektivt skrevet i den forstand at det var mye konstatering av faktum og ikke på noen måte krenkende eller skremmende innhold. De etterlyste i noen tilfeller mer dokumentasjon av vurderinger knyttet til sin sykdomstilstand. Det hendte at pasienten ikke selv var enig i det som ble framstilt som konstatering av faktum. Til dels ble dette opplevd som krenkende eller at konklusjoner ble trukket på feil grunnlag.

Pasient: *Det var veldig lite ... jeg tror det stod et sted at jeg virket kvikk, eller noe sånt ... Så tenkte jeg, ja vel, så feil kan man ta. Jeg følte meg alt annet enn kvikk.*

Pasient: *Det står i journalen at pasienten ringer i dag og er dårlig, klager over smerter. Får én til to dagers pause (i strålebehandlingen). Tror det kan være psykisk betinget, står det. Og det reagerte jeg skikkelig på! Og da følte jeg virkelig at han hadde satt punktum for seg selv for at han aldri egentlig hadde tatt meg på alvor.*

De pasientene som deltok i intervjustudien hadde på eget initiativ bedt om kopi av journalen etter et sykehusopphold. De var åpne for at det kanskje ikke er egnet for alle å lese alt i egen journal.

Pasient: *For sarte sjeler så kan det for eksempel være voldsomt å lese (i operasjonsbeskrivelsen) om på en måte hvordan noen har romstert inni kroppen din.*

Pasientene var også inne på tanken at det kanskje var en del ting som burde stått i journalen som man ikke skriver, fordi man er redd at pasienten skal lese det. Eksempelvis tenkte noen pasienter at dette kunne gjelde alvorlige diagnoser som legen mistenkte, men ikke var sikker på (enda), dvs. at legen unngikk å skrive om «ubekreftede» mistanker. Ingen pasienter ga imidlertid uttrykk for at eventuell usikkerhet hos legen når det gjaldt diagnose var noe de burde skjermes mot, og at det derfor ikke burde omtales i journalen.

## Diskusjon

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke sammenfallende og forskjellige synspunkter pasienter og helsepersonell har når det gjelder tilrettelegging for klinisk dokumentasjon som informasjonskilde for pasienten.

Studien ble gjort ved et helseforetak hvor pasientene ikke hadde elektronisk tilgang til journalen. Selv om dette nå er i endring i enkelte av helseregionene, viser funnene våre noen underliggende spenningsforhold mellom pasienter og helsepersonell i synet på pasienters tilgang til å lese sin egen journal. Resultatene indikerer at pasientene var mer modne for en slik utvikling enn hva helsepersonellet var på intervjutidspunktet.

På overordnet nivå velger vi her å se pasienter og helsepersonells oppfatninger av ulike aspekt knyttet til pasienters tilgang til klinisk dokumentasjon i lys av et fortolkende perspektiv, i den forstand at dokumentasjonen har ulik betydning for pasienter og helsepersonell (Greenhalgh et al., 2009; Berg & Bowker, 1997). Mens helsepersonell hovedsakelig bruker journalen som arbeidsredskap, vil den for pasienter ha mer personlig interesse, dvs. at den framstiller deres personlige sykehistorie og behandlingsforløp – fortalt av helsepersonell. I journalen lever ulike framstillinger av sykehistorie og behandlingsforløp side om side, for eksempel fortalt på ulike måter av ulike aktører i det tverrfaglige team. Med et fortolkende perspektiv som utgangspunkt finnes det ikke én sann framstilling, men flere sanne framstillinger og ulike måter å forstå og belyse disse på (Greenhalgh et al., 2009; Berg & Bowker, 1997).

## Praktisk tilgjengelighet

For at pasienter skal oppleve seg selv som en likeverdig partner i ivaretagelsen av egen helse, må de ha tilgang til den kliniske dokumentasjonen som omhandler dem selv, hevder Urowitz et al. (2008). Dette kan nok være en sannhet med modifikasjoner. Ikke alle pasienter og heller ikke alt helsepersonell vil si seg enige i dette. Noen vil hevde at likeverdighet har mer å gjøre med måten man som pasient blir behandlet



på i den direkte kontakten med helsepersonell. Pasienter vil heller ikke nødvendigvis benytte seg av tilgangen de har til egen journal i sin ivaretagelse av egen helse. (Delbanco et al., 2010). Huvila, Cajander, Daniels og Åhlfeldt (2015) argumenterer for at pasienters tilgang til egen journal må innrettes med stor grad av fleksibilitet, slik at journalen dekker både pasienters ulike behov og behovene til ulike grupper helsepersonell som den (primært) er tenkt å ivareta. Det må være like legitimt for en pasient *ikke* å være interessert i å se sin egen journal som å være det. Det handler om enkel tilgang og brukervennlighet for de som ønsker det, og ikke en forventning om at de har satt seg inn i den kliniske dokumentasjonen (Greenhalgh et al., 2009).

Hvis rutinene for pasienters tilgang til klinisk dokumentasjon som omhandler dem selv, er slik at pasienter føler seg bryssomme eller flau ved å be om tilgang til dokumentasjonen, slik det kom fram i vår studie, tyder det imidlertid ikke på den ønskede opplevelse av likeverdighet eller fleksibilitet. For pasienter utgjør det kanskje en større forskjell enn man skulle tro mellom *å måtte be om innsyn* eller *å bli tilbudt dette*. Vi fant at helsepersonell skjermet pasienten for informasjon som de ikke trodde pasienten var tjent med, ved å være tilbakeholden med å tilby kopi av journaldokumenter (f.eks. epikrise). Denne skjermingen er ikke nødvendigvis i tråd med pasientens ønsker/behov.

De sykehusrutiner for utlevering av papirkopi av journalen som kommer fram i vårt datamateriale, kan gi et inntrykk av at journalen ses som sykehusets eiendom. Det er ikke i praksis *pasientens* journal, selv om begrepet pasientjournal er innført. Elektronisk tilgang til journalen kan løse noe av det som handler om forenklet tilgang for pasienten, dvs. at pasienten slipper å be eller søke om tilgang (Urowitz et al., 2008; Woods et al., 2013). Utfordringen for helsepersonell i en tid der pasienter i større grad begynner å interessere seg for å få tilgang til egen journal, er å se seg selv mer som *forvalter* av pasientjournalen enn som *eier* av den (Urowitz et al., 2008). Å signalisere en forsvarlig forvaltning av pasientjournalen ved at man ikke er for «slepphendt» med innsyn i journaldokumenter (for uvedkommende), er i utgangspunktet ikke uforenlig med at pasienten skal oppleve seg som en likeverdig eier av journalen og ha lett tilgang.

## Språklig tilgjengelighet

Man kan tenke seg at praktisk tilgjengelighet til klinisk dokumentasjon for pasienter, for eksempel elektronisk gjennom portalløsninger, kan ha begrenset verdi hvis pasienter uansett ikke har mulighet til å forstå hva de leser. Pasienter har også ulik forutsetning for å forstå det de leser i journalen, det vil si ulike grader av helseforståelse eller «health literacy» (Nutbeam, 2008). Helsepersonells bekymring for at pasienter ikke vil forstå eller kan komme til å misforstå den kliniske dokumentasjonen om de leser den, kan delvis finne støtte i en studie som Keselman og Smith (2012) gjorde. De fant at pasienter faktisk i noen grad misforstår journalinnhold, som for eksempel at normale resultater av prøver eller undersøkelser ble oppfattet som unormale (og motsatt). En relativt vanlig feil var også å blande sammen medisinske uttrykk eller navn på medikamenter som ligner hverandre. Pasienter og helsepersonell i vår studie hadde ulik oppfatning av hvor stor betydning det har at pasientene ikke nødvendigvis forstår alt de leser. Mens helsepersonell brukte dette som et argument for at pasienter ikke bør få tilgang til klinisk dokumentasjon annet enn hvis de spesifikt ber om det, betraktet pasientene vanskelige ord og uttrykk som en overkommelig utfordring. De var innforstått med ikke nødvendigvis i første omgang å forstå alle ord og uttrykksmåter, og var innstilt på å slå opp ord og spørre helsepersonell i sin omgangskrets om hjelp til å tolke tekst de var særlig interessert i å forstå. Noen var også interessert i å lære seg faguttrykk knyttet til egen sykdomstilstand. En mulig ressurs i tiden framover for å imøtekomme både helsepersonell og pasienters behov kan være systemer for oversettelse av fagtermer, som eventuelt legges inn som hyperlinker i journalteksten (Slaughter, Øyri & Fosse, 2011). I oversettelsen av standardisert terminologi til norsk kan det også, i større grad enn man har gjort til nå, tas hensyn til pasienten som leser, for ikke å gjøre dokumentasjonen unødvendig sofistisert.

## Innholdsmessig tilgjengelighet

I et fortolkende perspektiv kan ikke journalen anses å inneholde én og bare én udiskutabel sannhet om pasientens tilstand og behandlingsforløp. Journalen inneholder i utgangspunktet flere framstillinger av de

samme forhold (f.eks. sett fra lege og sykepleier og andre profesjoners ståsted). Disse framstillingene kan være til dels motstridende, og er også i mange tilfeller ganske annerledes enn pasienten selv ville beskrevet sin tilstand og sitt forløp. Dette kan potensielt skape spenninger i forholdet mellom pasient og helsepersonell når pasienter leser sin egen journal.

Ideelt sett kan tilgang til klinisk dokumentasjon for pasienter bidra til å gjøre pasientene mer i stand til å delta i ivaretagelsen av egen helse og hjelpe pasienter til å forstå egen tilstand og behandlingsforløp (Huvila et al., 2015). Selv om hovedhensikten med pasientjournalen ikke er som informasjonskilde for pasienten, innebærer pasienters tilgang til klinisk dokumentasjon flere muligheter til å forbedre kommunikasjonen i helsetjenesten og til å bidra til økt pasientsikkerhet (Wibe et al., 2011). Noe av de kommunikasjonsmessige problemene knyttet til dokumentasjon av for eksempel alkoholmisbruk, kognitiv svikt og ulike psykiatriske problemstillinger handler om at disse spørsmålene ikke alltid er diskutert med pasienten ansikt til ansikt (Wibe et al., 2015). Det som dokumenteres i journalen kan derfor når pasienten leser det framstå som «skrevet bak pasientens rygg» og iblant at (subjektive) konklusjoner er trukket på sviktende grunnlag. Utfordringen på dette området for helsepersonell vil være i større grad å gå inn på disse «vanskelige spørsmålene» i direkte samtale med pasienten, slik at det byr på færre overraskelser for pasienten å lese i journalen om de vurderingene som helsepersonell har gjort. Dette gjelder også tentative diagnoser, differensialdiagnostiske overveielser og kliniske resonnementer i journalen, som tilkjenner at helsepersonell ikke alltid sitter med fasiten etter de første undersøkelser av pasienten (Slettedal & Fosmark, 2016). Kanskje vil pasienten ha større toleranse for helsepersonells usikkerhet enn helsepersonellet selv tror (Wibe et al., 2011). Iblant vil pasienten også kunne bidra med korrigeringer av oppfatninger som helsepersonell har dannet seg, og slik påvirke innholdet i noen grad. Pasientens tilgang til egen journal kan også dels fungere som insentiv for helsepersonell (eksempelvis sykepleiere) til å rydde i eventuell ukultur i måten det dokumenteres på, for eksempel der pasienten omtales med lite respektfulle termer eller «ovenfra og ned» (Pagliari et al., 2012). Både pasienter og helsepersonell i vår studie synes imidlertid å være enige om at pasienters tilgang til journalen ikke bør påvirke innholdet. Ingen

av partene er tjent med «dobbel bokholderi», der pasienten ikke får del i all dokumentasjon.

For denne studien, som for kvalitative studier generelt, gjelder at funnene ikke uten videre kan overføres til andre kontekster. Pasientene som er intervjuet hadde på eget initiativ bedt om kopi av sin journal etter sykehusopphold, og utgjør slik sett en selektert gruppe. Deres erfaringer og synspunkter må ses i lys av dette.

## Konklusjon

Å måtte be om utskrift eller kopi av journaldokumenter kan være en større barriere for pasienter enn det helsepersonell ser for seg. Elektronisk tilgang vil fjerne denne barrieren for de digitalt kompetente. Språklige barrierer for pasienters forståelse av journalen eksisterer, men helsepersonell og pasienter har en felles forståelse for at fagspråk benyttes. Elektroniske hjelpemidler både i og utenfor journalen kan redusere de språklige barrierene. At pasienter i større grad leser egen journal, fordrer større åpenhet i samtaler, om hvilke faglige vurderinger som gjøres og den usikkerhet som er knyttet til mange symptombilder. Mangel på slik åpenhet vil på en uheldig måte kunne påvirke hva og hvordan helsepersonell dokumenterer. Vi stiller spørsmål ved om det fortsatt blant helsepersonell hersker en mer paternalistisk holdning, nærmere bestemt en forestilling om at pasienten må skånes for utfordringer knyttet til språk og innhold i journalen, enn det som er i pasientenes interesse.

## Implikasjoner for dokumentasjon og sykepleiepraksis

Sykepleiere utfordres til å være forkjempere for enklere tilgang til journalen der det enda ikke er elektronisk tilgang, samt være våken for behovene til pasienter som ikke er i stand til å benytte seg av den elektroniske tilgangen pga. manglende digital kompetanse. Walsh et al. (2017) oppfordrer i denne sammenheng til å fokusere på hvordan systemet kan bidra til brukervennlighet heller enn på pasienters eventuelle begrensninger når det gjelder helseforståelse og digital kompetanse.

Både pasienter og helsepersonell i vår studie argumenterer for at helsepersonell må kunne fortsette å bruke fagspråk i pasientjournalen, selv om pasienter i større grad skal regnes med som lesere, og at fagspråk i mange tilfeller gjør det mulig å uttrykke seg mer presist. Dette er ikke til hinder for at sykepleiere og annet helsepersonell gjerne må uttrykke seg på vanlig norsk i sin dokumentasjon, der det finnes likeverdige norske uttrykksmåter. Overdreven og unødig bruk av fremmedord og forkortelser kan derimot bidra til at pasienten kjenner seg fremmedgjort og mindre inkludert som leser. Aktuelt i denne sammenheng er den forestående prosess med økt bruk av standardisert sykepleieterminologi i EPJ. Tidligere har noen sykehus tatt i bruk NANDA og NIC. Nå piloteres International Classification of Nursing (ICNP) i noen kommuner. Denne terminologien er oversatt fra engelsk til norsk, og det er ikke nødvendigvis i alle henseender den mest «pasientvennlige» oversettelsen eller uttrykksmåten som er valgt i første omgang. ICNP som valgt terminologi gir imidlertid god mulighet i forbindelse med jevnlig revideringer til å justere uttrykk som man ikke finner hensiktsmessig til bruk i norsk helsetjeneste og som ikke i tilstrekkelig grad inkluderer pasienten som likeverdig partner.

## Referanser

- Beard, L., Schein, R., Morra, D., Wilson, K. & Keelan, J. (2012). The challenges in making electronic health records accessible to patients. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19(1), 116–120. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2011-000261>
- Berg, M., & Bowker, G. (1997). The multiple bodies of the medical record: Toward a sociology of an artifact. *Sociological Quarterly*, 38(3), 513–537.
- Bhavani, V., Fisher, B., Winfield, M. & Seed, P. (2011). How patients use access to their electronic GP record—a quantitative study. *Family Practice*, 28(2), 188–194. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq092>
- Cahill, J. E., Gilbert, M. R. & Armstrong, T. S. (2014). Personal health records as portal to the electronic medical record. *Journal of Neuro-oncology*, 117(1): 1–6. <https://doi.org/10.1007/s11060-013-1333-x>
- Davis Giardina, T., Menon, S., Parrish, D., Sittig, D. & Singh, H. (2014). Patient access to medical records and health outcomes: A systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(4), 737–741. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2013-002239>

- Delbanco, T., Walker, J., Bell, S. K., Darer, J. D., Elmore, J. G., Farag, N., Feldman, H. J., Mejilla, R., Ngo, L., Ralston, J. D., Ross, S. E., Trivedi, N., Vodicka, E. & Leveille, S. G. (2012). Inviting patients to read their doctors' notes: A quasi-experimental study and a look ahead. *Annals of Internal Medicine*, 157(7), 461–470. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-7-201210020-00002>
- Delbanco, T., Walker, J., Darer, J. D., Elmore, J. G., Feldman, H. J., Leveille, S. G., & Weber, V. D. (2010). Open notes: Doctors and patients signing on. *Annals of Internal Medicine*, 153(2), 121–125. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-2-201007200-00008>
- Earnest, M. A., Ross, S. E., Wittevrongel, L., Moore, L. A. & Lin, C. T. (2004). Use of a patient-accessible electronic medical record in a practice for congestive heart failure: Patient and physician experiences. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(5), 410–417. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1479>
- Fisher, B., Bhavnani, V., & Winfield, M. (2009). How patients use access to their full health records: A qualitative study of patients in general practice. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(12), 539–544. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2009.090328>
- Fisher, B., Fitton, R., Poirier, C. & Stables, D. (2007). Patient record access – the time has come! *British Journal of General Practice*, 57(539), 507–511.
- Giardina, T. D. & Singh, H. (2011). Should patients get direct access to their laboratory test results? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 306(22), 2502–2503. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1797>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Review [38 refs]. *Nurse Education Today*, 24: 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Greenhalgh, T., Potts, H. W., Wong, G., Bark, P. & Swinglehurst, D. (2009). Tensions and paradoxes in electronic patient record research: A systematic literature review using the meta-narrative method. *The Milbank Quarterly*, 87(4), 729–788. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00578.x>
- Halamka, J. D., Mandl, K. D. & Tang, P. C. (2008). Early experiences with personal health records. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15(1), 1–7. <https://doi.org/10.1197/jamia.M2562>
- Heaton, J. (2008). Secondary analysis of qualitative data: An overview. *Historical Social Research/Historische Sozialforschung*, 33–45. <https://doi.org/10.12759/hsr.33.2008.3.33-45>
- Hellesø, R. & Melby L. (2013). Forhandling og samspill i utskrivingsplanleggingen av pasienter på sykehus. I. A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helse Øst (2006). *Epikrise til pasienter*. Prosjektrapport. Rapport 7, 2006.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). – *En innbygger – én journal*. Meld. St. 9 (2012–2013). Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-9-20122013.html?id=708609>
- Hill, S. (2011). *The knowledgeable patient: Communication and participation in health*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Huvila, I., Cajander, Å., Daniels, M. & Åhlfeldt, R. M. (2015). Patients' perceptions of their medical records from different subject positions. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 66(12), 2456–2470. <https://doi.org/10.1002/asi.23343>
- Keselman, A. & Arnott Smith, C. (2012). A classification of errors in lay comprehension of medical documents. *Journal of Biomedical Informatics*, 45(2), 1151–1163. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2012.07.012>
- Keselman, A., Slaughter, L., Smith, C. A., Kim, H., Divita, D., Browne, A., Tsai, C. & Zeng-Treitler, Q. (2007). Towards consumer-friendly PHRs: Patients' experience with reviewing their health records. *American Medical Informatics Association (AMIA) Annual Symposium Proceedings*, 399–403.
- Kind, E. A., Fowles, J. B., Craft, C. E., Kind, A. C. & Richter, S. A. (2011). No change in physician dictation patterns when visit notes are made available online for patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(5), 397–405. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0785>
- Lepping, P., Paravastu, S. C., Turner, J., Billings, P. & Minchom, P. (2010). Copying GP letters to patients: A comprehensive study across four different departments in a district general hospital. *Health informatics journal*, 16(1), 58–62. <https://doi.org/10.1177/1460458209349814>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Nazi, K. M., Hogan, T. P., McInnes, D. K., Woods, S. S. & Graham, G. (2013). Evaluating patient access to electronic health records: Results from a survey of veterans. *Medical Care*, 51(3 Suppl 1), 52–56. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31827808db>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Pagliari, C., Shand, T. & Fisher, B. (2012). Embedding online patient record access in UK primary care: A survey of stakeholder experiences. *JRSM short reports*, 3(5), 1–7. <https://doi.org/10.1258/shorts.2012.012009>
- Pyper, C., Amery, J., Watson, M. & Crook, C. (2004). Patients' experiences when accessing their on-line electronic patient records in primary care. *The British Journal of General Practice*, 54(498), 38–43.

- Ringard, A., Sagan, A., Saunes, I. S. & Lindahl, A. K. (2013). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition Series*, 15(8), 1–162.
- Ross, S. E. & Lin, C. T. (2003). The effects of promoting patient access to medical records: A review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(2), 129–138. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1147>
- Ross, S. E., Moore, L. A., Earnest, M. A., Wittevrongel, L. & Lin, C. T. (2004). Providing a web-based online medical record with electronic communication capabilities to patients with congestive heart failure: randomized trial. *Journal of medical Internet research*, 6(2). <https://doi.org/10.2196/jmir.6.2.e12>
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J. & Davis, K. (2005). Taking the pulse of health care systems: Experiences of patients with health problems in six countries: Patients' voices can provide policy leaders with a window onto what is happening at the front lines of care. *Health Affairs*, 24(Suppl1). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.W5.509>
- Shenkin, B. N. & Warner, D. C. (1973). Sounding board. Giving the patient his medical record: A proposal to improve the system. *The New England Journal of Medicine*, 289(13), 688–692. <https://doi.org/10.1056/NEJM197309272891311>
- Slaughter, L., Øyri, K. & Fosse, E. (2011). Evaluation of a hyper-linked consumer health dictionary for reading EHR notes. *Studies in Health Technology and Informatics*, 169: 38–42.
- Slettedal, J. K. & Fosmark, D. (2016). Hva gjør pasientens tilgang til journalen med innholdet? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(19), 1614. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0800>
- Thorsen, O. P. & Grimsmo, A. (2006). Bør pasienter i allmennpraksis tilbys kopi av dagens journalnotat? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126, 603–614.
- Trumpy, J. H. (2002). Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 394–396.
- Urowitz, S., Wiljer, D., Apatu, E., Eysenbach, G., DeLenardo, C., Harth, T. & Leonard, K. J. (2008). Is Canada ready for patient accessible electronic health records? A national scan. *BMC medical informatics and decision making*, 8(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-33>
- Van der Vaart, R., Drossaert, C. H.C., Taal, E. & van de Laar, M. A.F. J. (2013). Giving rheumatology patients online home access to their electronic medical record (EMR): Advantages, drawbacks and preconditions according to care providers. *Rheumatology International*, 33 (9): 2405–2410. <https://doi.org/10.1007/s00296-012-2408-2>
- Vermeir, P., Degroote, S., Vandijck, D., Van Tiggelen, H., Peleman, R., Verhaeghe, R. & Vogelaers, D. (2017). The patient perspective on the effects of medical record accessibility: A systematic review. *Acta Clinica Belgica*, 72(3), 186–194. <https://doi.org/10.1080/17843286.2016.1275375>



- Walker, J., Leveille, S. G., Ngo, L., Vodicka, E., Darer, J. D., Dhanireddy, S., Elmore, J. G., Feldman, H. J., Lichtenfeld, M. J., Oster, N., Ralston, J. D., Ross, S. E. & Delbanco, T. (2011). Inviting patients to read their doctors' notes: Patients and doctors look ahead. *Annals of Internal Medicine*, 155(12), 811–821. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-12-201112200-00003>
- Walsh, L., Hemsley, B., Allan, M., Adams, N., Balandin, S., Georgiou, A. & Hill, S. (2017). The e-health literacy demands of Australia's My Health Record: A heuristic evaluation of usability. *Perspectives in Health Information Management*, 14 (Fall).
- Wibe, T., Ekstedt, M. & Hellesø, R. (2015). Information practices of health care professionals related to patient discharge from hospital. *Informatics for Health and Social Care*, 40(3), 198–209. <https://doi.org/10.3109/17538157.2013.879150>
- Wibe, T., Ekstedt, M., Hellesø, R., Øyri, K. & Slaughter, L. (2013). Clinical documentation as a source of information for patients – possibilities and limitations. In *14th World Congress on Medical and Health Informatics, MEDINFO 2013, 20 August 2013 through 23 August 2013, Copenhagen, Denmark* (No. 1–2, s. 793–797). IOS Press.
- Wibe, T., Hellesø, R., Slaughter, L., & Ekstedt, M. (2011). Lay people's experiences with reading their medical record. *Social science & medicine*, 72(9), 1570–1573. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.006>
- Wiljer, D., Urowitz, S., Apatu, E., DeLenardo, C., Eysenbach, G., Harth, T., Pai, H. & Leonard, K. J. (2008). Patient accessible electronic health records: Exploring recommendations for successful implementation strategies. *Journal of Medical Internet Research*, 10(4). <https://doi.org/10.2196/jmir.1061>
- Woods, S. S., Schwartz, E., Tuepker, A., Press, N. A., Nazi, K. M., Turvey, C. L. & Nichol, W. P. (2013). Patient experiences with full electronic access to health records and clinical notes through the My HealtheVet personal health record pilot: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.2356>

## KAPITTEL 4

# «Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det» – sykepleieres refleksjoner om sin journalføring

Ragnhild Hellesø

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Maren Sogstad

Senter for omsorgsforskning øst, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

**Sammendrag:** Sykepleieres journalføring har vært debattert og kritisert. I dette kapitlet søker vi å få en dypere forståelse for de underliggende prosesser og vurderinger som sykepleierne gjør, og hvordan de reflekterer over sin dokumentasjonspraksis. Hensikten er å få innsikt i og økt kunnskap om hva som påvirker de valg de tar når de skal skrive journal. Kapitlet bygger på to studier blant sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten hvor de reflekterer rundt sin journalføringspraksis. Vi ser at sykepleierne inngår i en samfunnsdiskurs som vanskeliggjør å journalføre ikke-kroppslige helseutfordringer fordi de kan være forbundet med skam. Pasientenes rett til å vite hva som er dokumentert om dem, gjør at sykepleierne må balansere ulike hensyn og interesser.

**Nøkkelord:** sykepleieres refleksjoner, pasientjournalen, dokumentasjonspraksis

**Abstract:** Nurse documentation has been debated and criticized for its lack of structure and scarce content. Analysing the latent considerations performed by nurses during the documentation process, this chapter presents knowledge on how nurses choose what information to document and what they leave out in patient records. In interviews and observations, nurses in both hospitals and municipal healthcare services described and reflected upon their documentation practice. The results show how being part of a social discourse, where non-physical health

Sitering av dette kapitlet: Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). «Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det» – sykepleieres refleksjoner om sin journalføring. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 73–89). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch4>  
Lisens: CC BY 4.0

challenges to a larger degree are associated with shame, hampers the nurses' documentation of cognitive and mental issues. As well as the balancing act of different interest, knowing the patients are entitled to read their own health records.

**Keywords:** nurses' considerations, patient records, documentation practice

## Innledning

Helsepersonell har plikt til å nedtegne planlagt og utført helsehjelp for den enkelte pasient i en pasientjournal. Pasientjournalen skal føres i samsvarende med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Tidligere førte helsepersonell fagspesifikke journaler, for eksempel legejournal eller jordmorjournal, men det er nå lovfestet at helseopplysninger skal nedtegnes i en pasientjournal. En slik navneendring indikerer et skifte hvor pasienten har rettigheter, blant annet til innsyn i det som blir skrevet om dem i pasientjournalen. Som et ledd i å gjøre opplysningene mer tilgjengelig for pasienter har det de siste årene vært arbeidet systematisk med at pasienter skal ha tilgang til sine helseopplysninger digitalt.<sup>1</sup> Samtidig som pasienter har fått økte rettigheter til innsyn i pasientjournalen, skal den fungere som et godt arbeidsverktøy for helsepersonell slik at pasienter sikres kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Sosial- og helsedepartementet, 1998). Pasientjournalen er således tenkt som et redskap for å sikre informasjonskontinuitet (Haggerty et al., 2003; Hellesø & Lorensen, 2005). Det er en underliggende premisse at den skal være av god kvalitet, hvilket vil si at innholdet er nøyaktig, presist og relevant.

Det er mange mulige lesere av en pasientjournal. I tillegg til at pasienten selv og ulike grupper helsepersonell kan ha rettigheter til å bruke journalen, kan tilsynsmyndighetene være potensielle lesere. At det kan være ulike lesere, har vist seg å ha betydning for hva sykepleierne velger å journalføre av opplysninger (Engesmo & Tjora, 2006; Wibe, Ekstedt & Hellesø, 2014). Det reiser spørsmål om hva helsepersonell oppfatter som relevant å dokumentere, og hvordan de reflekterer rundt sin

---

<sup>1</sup> Se <https://ehelse.no/> for mer informasjon og siste oppdatering om hvem som nå har tilgang til journalen sin digitalt.

dokumentasjonspraksis når noe dokumenteres og noe blir utelatt. Det er dette vi ønsker å utdype i dette kapitlet. Men først kan det være hensiktsmessig å kort beskrive hvordan sykepleieres journalføring tradisjonelt har vært strukturert, og hva forskere har studert når de har undersøkt sykepleierens journalføringspraksis.

I de fleste lærebøker for sykepleiere presenteres sykepleieprosessen som et grunnlag for å journalføre planlagt og utført helsehjelp. De ulike journalsystemene tilbyr noen ulike løsninger, men i hovedsak bygger strukturene på sykepleieprosessens faser. Noen steder knyttes dokumentasjonen til tiltak som er opprettet for pasienten/brukeren i henhold til behov for behandling, pleie og oppfølging, mens i andre systemer dokumenteres det som løpende tekst i et notat. Det har gjennom de siste tiårene vært gjennomført en rekke studier som har vurdert kvaliteten på innholdet i pasientjournaler. Analyser av sykepleieres journalføringspraksis kan sies å falle inn under noen hovedtilnærminger. Den ene måten har vært å undersøke om journalføringen er strukturert og utført i tråd med sykepleieprosessens faser (Bjorvell, Thorell-Ekstrand & Wredling, 2000; Ehrenberg, Ehnfors & Smedby, 2001; Gjevjon & Hellesø, 2009; Tuinman, de Greef, Krijnen, Paans & Roodbol, 2017). Gjevjon & Hellesø (2009) tok utgangspunkt i fem faser; om det ble identifisert dokumentasjon om pasientens status/funksjonsnivå, en sykepleiediagnose, mål for sykepleien, tiltak og resultat. I tillegg undersøkte de om det var skrevet en overflyttingsrapport og en utskrivningsrapport dersom pasienten ble flyttet mellom enheter. Studien konkluderer med at sykepleiere ikke dokumenterer i tråd med sykepleieprosessens faser, og at ikke alle fasene blir brukt. Dette er i tråd med andre studier som har undersøkt kvaliteten etter samme prinsipper. Men det er også stilt spørsmål til om denne måten å vurdere kvalitet på er egnet (Gjevjon & Hellesø, 2009), noe som kan bunne i manglende enighet om hva som er gode kvalitetskriterier (De Groot, Triemstra, Paans & Francke, 2018).

Den andre tilnærmingen har vært å rette et kritisk blikk på selve innholdet i journalen for å avdekke hvilke diskurser som har kommet til uttrykk i dokumentasjonen. Denne tilnærmingen har avdekket at sykepleierne er kolonisert av et teknisk og medisinsk tankesett som gjenspeiles i journalføringen (Buus & Hamilton, 2016; Heartfield, 1996). Sykepleierne

bruker bio-medisinsk terminologi og større vektlegging av fysiske parametere og behov enn andre dimensjoner av behandling og omsorg. Selv om journalføringen viser å ha et fokus på de fysiske dimensjonene, blir det påpekt at det å ha en fullstendig og helhetlig dokumentasjon er en forutsetning for å kunne yte god, helhetlig og personsentrert behandling og omsorg (Mjølstad, Kirkengen, Getz & Hetlevik, 2013). Bedre kjennskap til pasienten gir også grunnlag for i større grad å iverksette tiltak i henhold til pasientens ønsker (Mjølstad, 2015). Sykepleiers kjennskap til pasienter, psykososiale faktorer, opplevelser og erfaringer som bygges opp over tid, blir ikke alltid journalført. Dette kan ha sammenheng med at det er uklart hva som legges i psykososiale behov (Hansen, Hauge & Bergland, 2017). Når begrepet er uklart, kan det være vanskelig å uttrykke dette skriftlig i en journal. Denne type informasjon formidles gjerne muntlig mellom helsepersonell (Mjølstad, 2015; Olsen, Hellzen, Skotnes & Enmarker, 2014). Sett i lys av studier som har analysert innholdet i sykepleieres journalføring, er det grunn til å gå mer i dybden og søke en dypere forståelse av de underliggende prosesser og vurderinger som sykepleierne gjør i dokumentasjonsarbeidet sitt. Hensikten med denne studien er å analysere hvordan sykepleiere reflekterer over sin journalføringspraksis med et særlig søkelys på hva de opplever som utfordrende.

## Metode

Materialet i dette kapitlet er hentet fra to studier. Den første studien hadde som overordnet mål å undersøke hvordan sykepleiere resonnerer om sin journalføringspraksis når pasientene har behov for kommunale sykepleietjenester etter et sykehusopphold. Den andre studien handler om informasjonspraksiser i kommunehelsetjenesten. Begge studiene hadde et fokus på samhandling; den ene mellom sykehus og kommunen og den andre innad i kommunen. Gjennom analysen av de enkelte studiene ble det tydelig at det var noen underliggende forhold som hadde betydning for hva som ble dokumentert. Vi valgte derfor å analysere begge studiene på tvers for å få en dypere forståelse av problemstillingen.

I sykehusstudien er data samlet inn ved individuelle intervjuer med til sammen 14 sykepleiere. Alle arbeidet ved et universitetssykehus. De var

ansatt ved ulike medisinske sengeposter og representerte erfaring med flere ulike pasientgrupper. Data ble samlet i avdelingene som hadde flest pasienter med behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester både før og etter sykehusoppholdet.

Alle intervju med sykepleiere, unntatt ett, ble gjennomført utenom enhetene de var ansatt ved. I det intervjuet som ble gjennomført nær sengeposten, var det avbrudd underveis, i de andre var det ingen forstyrrelser. Å intervjuer utenfor avdelingen førte til ro rundt intervjusituasjonen. Hvert av intervjuene tok mellom en og to timer. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett før analyse.

Den andre studien, fra kommunehelsetjenesten, var en feltstudie med observasjoner og intervjuer. Det ble gjennomført deltagende observasjon i fire ulike kommuner og ved til sammen 10 ulike korttids enheter/avdelinger, totalt 145 timer, alle i løpet av dagvakter. Vi skrev feltnotater underveis (Hellesø, Melby & Hauge, 2015). Fokuset i observasjonen var hvordan informasjon genereres, formidles og dokumenteres i avdelingen. Observasjonen ble i hovedsak utført på enhetenes vaktrom, men i perioder på dagen der det var stille på vaktrommet, utførte vi også observasjon i fellesrom som kjøkken og stue. Som en integrert del av observasjonen, som oftest knyttet til konkrete observasjoner, ble det stilt spørsmål til de ansatte om deres dokumentasjonspraksis, blant annet deres refleksjoner rundt daglig dokumentasjon, muntlig informasjonsutveksling og informasjonsflyt ved overføring av pasienter til andre kommunale tilbud.

Pasienter som beveger seg mellom tjenester i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike tilbud i kommunen, er i de fleste tilfeller pasienter med komplekse og sammensatte helseproblemer (Grimsmo, 2018). Dette er en pasientgruppe som er økende, og som med sin kompleksitet kan innebære særlige utfordringer i journalføringen. Dette gjør det relevant å studere journalføringspraksisen til denne pasientgruppen nærmere.

## Analyse

Journalføringspraksisen kan ikke ses isolert fra den kontekst og tradisjon journalføringen skjer innenfor. Det skjer for eksempel en økende formalisering og lovregulering av helsevesenet. Kravet til hvordan helsepersonell

skal journalføre, kan ses som et uttrykk for myndighetenes behov for å få innsikt i hvordan helsetjenesten fungerer. Myndighetene har en forventning om at innholdet i journalen beskriver den planlagte og utførte helsehjelpen en pasient har fått. Vi har i vår analyse særlig lagt til grunn hvordan sykepleiere definerer, forstår og velger ut hva de vil journalføre om pasienten. Og spesielt hvordan de argumenterer for sine valg. Tekster er uttrykk for sosialt organiserte mønster og representerer fastlagte konvensjoner. Det betyr at sykepleieres journalføring følges av faglige normer, forventninger og begrepsbruk.

Gjennom å lete i intervjuene etter hvordan sykepleierne snakket om pasientene, og hvordan de begrunnet hva de velger å journalføre, kunne vi avdekke hvordan de tar språket i bruk. Hvordan de snakket om sin journalføring, kan forstås som et uttrykk for den praksisen de inngår som en del av.

Vi gikk dypere inn i materialet etter utsagn som viste noe om betingelser for hva som gis forrang og blir ansett som relevant informasjon å nedtegne i pasientjournalen. For vår del handlet dette om å avdekke hvordan helsepersonell snakker om de observasjoner de gjør, og hva som fremstår som «sannhetsregimer» i deres journalføring. Foucault var opptatt av å avdekke reglene for hva som ble ansett for å være sant og falskt. Sannheten oppstår som en diskursiv konstruksjon der de forskjellige vitensregimer bestemmer hva som er sant og falskt (Winther Jørgensen & Phillips, 1999). I diskursanalyser er det oftest tekster som er analyseenheten, men vi er opptatt av hvordan helsepersonell snakker om pasienter og hva de velger å skrive om pasientene. Foucault skisserer i «Diskursens orden» hvordan diskurser regulerer seg gjennom organisering, klassifisering og distribuering av språkbruken (Foucault & Schaanning, 1999). Dermed blir spørsmålet om hvordan eksklusjonsprosedyrer trer fram i diskursen, et redskap for å få innsikt i hva som velges ut av informasjon i dokumentasjonsarbeidet. Analysen ledet oss til diskurser knyttet til normalisering.

## Etiske overveielser

Begge studiene har vært meldt til Norsk senter for forskningsdata. Alle som har deltatt, har gitt sitt informerte samtykke. De har blitt rekruttert av sine ledere før de kom i kontakt med oss.

## Resultat

Gjennom analyseprosessen kom det fram at sykepleierne snakker fram motsetninger og spenninger mellom den kroppslige og psykiske dimensjonen hos pasienten. De forholder seg til en «todelt» pasient som presenterer en kroppslig og fysisk dimensjon og en psykisk ikke-kroppslig dimensjon. Den kroppslige og fysiske dimensjonen beskrives som noe forutsigbart, noe som kan måles, noe man kan ha en kontroll over og som man lett kan skrive noe eksakt om i journalen. Derimot er den psykiske dimensjonen av en annen karakter som ikke er håndfast på samme måte som den fysiske. Den er uforutsigbar, kan endre seg raskt, og sykepleierne mangler (til en viss grad) det samme konkrete språket og målingene som de har tilgjengelig for den fysiske dimensjonen. Den psykiske dimensjonen gir derfor utfordringer i dokumentasjonsarbeidet. I den videre presentasjonen utdyper vi de to dimensjonene.

## Vurderinger og dokumentasjon av pasientens psykiske helse

Et kjennetegn for mange av de pasientene sykepleierne møter i sin hverdag, enten de legges inn på sykehus eller har en sykehjemsplass, er at de kan ha ulike grader av kognitiv svikt, eller de har manglende selvinnsikt. Sykepleierne fortalte at de hadde erfaringer med at mange pasienter veksler mellom å være klar og uklar, og at skiftet mellom disse to tilstandene var fluktuerende. Dette uttrykkes på følgende måte:

Men det er jo noen som er sånn at de, noen som er uklare og klare om hverandre. I det ene øyeblikket så kan du jo ha en samtale med dem og de er her og nå, men andre ganger så snakker de ikke sammenhengende setninger engang. (sykepleier, sykehus)

Jeg synes dette er vanskelig. Jeg kan jo oppleve at pasienten er litt surrete her hos oss, men jeg vet jo ikke om det fremdeles vil være slik når han kommer hjem. Jeg synes det er vanskelig å sette ord på. Man skal liksom være sikker før en skriver noe slikt i journalen, det blir jo stående der for alltid. (sykepleier, kommune)



Dette med mental tilstand er ikke alltid så lett. Vi ser jo ofte at omgivelsene også har mye å si her. Pasientene fungerer ulikt når de er inne her hos oss enn det de gjør hjemme. Vi har særlig rulleringspasienter der vi ikke helt kjenner igjen beskrivelsen vi får fra hjemmetjenesten. Så, da blir det ikke så lett å skrive om heller, vi må liksom se det an fra sted til sted. (sykepleier, kommune)

Ved å gå enda dypere inn i problematikken finner vi altså at pasientens psykiske helse ikke fremstår som noe som er *konstant*. En sykepleier reflekterer over dilemmaer som oppstår mellom kravet til å dokumentere og hensynet til pasienten:

Det er litt ubehagelig, synes jeg, å skrive det på den, under psykisk, at de er veldig uklare og sånn når de føler at de er helt okey selv. Ja, det er, jeg har ofte tenkt når jeg skriver, vi må jo også skrive noe om det kognitive. Og ofte kan du si at de er litt glemsk og gjør sånn, og de tenker kanskje ikke det selv. Det spørres om de synes det er noe særlig å lese det. «Nei, jeg er jo ikke glemsk». «Jeg roter jo ikke med noen ting». Kanskje de ikke har innsikt i det. Og da er det sikker ikke noe å lese om det. Så jeg tror det er litt sånn litt følsomt tema. Og så er det såpass mange eldre som også prøver gjerne å skjule det litt, da. Og ikke si for mye for de skjønner at de forstår ikke helt hva som foregår, men jeg bare er med på dette her, sånn at ... Ja. De skjønner ofte selv at det begynner å gå litt rundt, da. Men jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om. Det er ... man er alltid litt forsiktig hvis det har vært en episode for eksempel hvor du skriver «pasienten hallusinerer», så er det viktig å skrive hva de hallusinerer, tenker jeg, eller skal man på en måte bare holde seg til fakta. (sykepleier, sykehus)

Sitatet illustrerer at det skjer en forhandling om hvem som eier sannheten om pasientens psykiske situasjon. Vi ser at pasientens posisjon ikke har samme styrke som helsepersonells utsagn gjennom denne uttalelsen: '... de er veldig flinke til å snakke for seg'. Det oppstår en asymmetri der helsepersonells vurderinger har større styrke enn pasientene, og det får betydning for hva som journalføres, men samtidig er det en viss reservasjon for å bli for påståelig. Et modifierende moment for sykepleieren i sine valg er at pasienten kan komme til å lese det som er skrevet. Dette leserforholdet tar forfatterne, dvs. sykepleierne, hensyn til. Måten å løse det på er å beskrive pasienten i nøytrale termer fordi nøytrale termer oppfattes som fakta.

Så jeg tenker hele tiden på at de (pasientene) til enhver tid kan titte på det. Så jeg prøver å være nøytral og riktig, og når jeg skriver om for eksempel smerter, så sier jeg at pasienten har ikke gitt uttrykk for smerter. Og da holder jo jeg meg på riktig vei. For pasienten kan jo ha hatt smerter, men ikke sagt noe til meg. Pasienten har *ikke* gitt uttrykk for smerter. (sykepleier, sykehus)

Neste sitat viser hvordan sykepleierne reflekterer rundt kravet til gyldig journalføring og samtidig ønsket om å unngå å skrive noe som kan være krenkende for pasienten.

Og hvis det er for eksempel forvirring, så kan jeg jo skrive at pasienten virker litt forvirret på tid og sted, eller trolig grunnet nytt opphold, nytt sted. Altså jeg må jo dokumentere at de ikke er klare, men det er jo skummelt. Jeg kan ikke si at de er demente, for å si det sånn. Jeg må bare si at de er uklar for tid og sted, her og nå. Det kan endre seg. Når, når pasienten roer seg i post. (sykepleier, sykehus)

Når sykepleier kvier seg for å skrive ut fra egne observasjoner at en pasient er kognitivt svekket, står dette i kontrast til styrken i standardiserte vurderinger av pasientens psykiske status. Sykepleierne gir uttrykk for at når pasienter blir vurdert ut fra for eksempel minimal mental test (MMS) og skårer over et visst tall, da gis det tillatelse til å trekke en konklusjon, og da er det enklere å dokumentere at pasienten faktisk har kognitive utfordringer. Det som kan vurderes og settes et mål på ved en skår eller et tall, er lettere å journalføre enn det som ikke er målt eller tallfestet.

I sitatet under får vi et tydelig innblikk i hvordan sykepleierne resonnerer over hva som er vanskelig. Samtidig viser sitatet når det kommer til et vendepunkt som tydeliggjør at noe må journalføres:

Ja, det kommer litt an på hva de begynner å rote og tulle med. Men hvis det er seriøse ting, og at de tuller med medisiner og tar doble doser, de glemmer å ta de. Så da er det veldig viktig å gi beskjed da, syns jeg. Eller hvis det går på personlig hygiene, det er viktig, at hvis de tuller med det, og ikke vasker seg, og tror de kanskje har gjort det. Ja. Sånne ting, det er viktig. (sykepleier, sykehus)

Når pasienter ikke holder orden på medisiner, eller når deres kognitive funksjon går ut over kroppslige forhold på andre måter, opplever sykepleierne at dette legitimerer dokumentasjon i pasientjournalen.

Sykepleierne uttrykte at det er vanskelig å dokumentere om pasientens psykiske helse, dersom det ikke allerede var kjent at pasienten hadde en psykisk sykdom eller lidelse.

Nei, psykisk helse, vi oppretter ikke noe tiltak på det om det ikke allerede er kjent problematikk. Er ikke så lett for oss å skrive så mye om det. Jeg skriver jo av og til sånn «hun ville ikke stå opp i dag», men ikke så mye mer enn det. (sykepleier, kommune)

## Vurderinger og dokumentasjon av pasientens fysiske helse

Mens helsepersonell snakker om vanskene med å journalføre pasientenes psykiske situasjon, trer dette ikke fram på samme måte når det gjelder pasientenes fysiske problemer. Dette til tross for at pasientens problemer kan oppfattes som sårbare eller skambelagt. Et eksempel kan illustrere dette. For pasienter som har en urininkontinens, er det for sykepleierne ikke problematisk å beskrive dette i detalj. Urininkontinens anses som en følge av det å bli gammel og syk, det er i mye større grad en akseptert tilstand og anses ikke som særlig problematisk verken å snakke om eller å journalføre. Ifølge sykepleierne er dette noe som pasientene heller ikke legger skjul på, og de prøver ikke å dekke over det, slik de av og til prøver å gjøre ved kognitive utfordringer. Som denne sykepleieren uttrykker det:

Eh, du vet, inkontinent, da vet pasienten det selv. Hvis hun bruker bind eller et eller annet, så sier jo pasienten selv, jeg bruker et innlegg. De som ikke vet det når de går ut i stellet, jo, okay, de bruker bleier. Og så skriver jeg inkontinent, kanskje trenger hjelp til å følge på wc. (sykepleier, sykehus)

Mange av de observasjoner og vurderinger sykepleierne gjør og nedtegner i pasientjournalen, er informasjon om pasientens kroppslige funksjon. Dette er informasjon som også har betydning under legevisitten. Sykepleiere uttrykker at de har en viktig rolle i utføring og dokumentasjon av ulike type informasjon som forberedelse til legevisitten. På bakgrunn av pasientens behov og oppfølgingsplan utarbeider de en oversikt over

pasientens fysiske situasjon, og oppsummerer eventuelle spørsmål og bekymringer som de ønsker å ta opp med legen i forbindelse med visitten.

Jeg bruker en god del tid på å forberede meg til legevisitten. Jeg går gjennom journalen, forsikrer meg om at vi har gjort og dokumentert alle målinger som er nødvendige, og at jeg har oversikt over de ulike pasientene. Og så går jeg gjennom boka der vi noterer spørsmål til legevisitten. Det dreier seg jo mye om oppfølging og endring av medisiner. (sykepleier, kommunehelsetjenesten)

I kommunehelsetjenesten har også funksjonsnivå stort fokus, særlig i korttidsavdelinger der pasienter i de fleste tilfeller skal skrives ut til eget hjem. Da poengteres det at man trenger å ha oversikt over hva pasienten kan greie selv, og hva han eventuelt må ha hjelp til. Vurderingen av behov har hovedvekt på fysisk funksjonsevne.

Ja, vi følger jo med på hvordan det går. Vi har fokus på å skrive litt om hva de spiser, særlig om vi har tiltak på ernæring, da, og så skriver vi jo hvordan det fungerer i stell-situasjoner, om pasienten klarer å reise seg, stå selv, om de klarer å vaske seg og sånn. Jeg skriver for eksempel som beskrivelse i tiltaket «står ved vasken, vasker seg selv oventil, må ha hjelp til vask nedentil», så lenge dette stemmer, skriver vi ikke noe, men om det er en dag han ikke klarer å reise seg, at han ikke vil vaske seg, eller jeg ser at nå står han så støtt at han også kan vaske seg nedentil, så skriver jeg det. Og så ser vi jo litt på hva de gjør i løpet av dagen, om de er oppe og går og sånn. Men vi kan jo ikke skriv alt heller. Jeg tenker på at det ikke må bli for mye. Det skal jo være nyttig for de som leser det senere, så jeg prøver å ha fokus på det som betyr noe. (sykepleier, kommunehelsetjenesten)

Vi ser her at sykepleierne reflekterer over hva som er relevant og nyttig å ha journalført.

## Diskusjon

Funnene våre viser at sykepleierne møter på noen grunnleggende utfordringer og dilemmaer i sin journalføringspraksis – uavhengig om de arbeider i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. De opplever at det er vanskelig å dokumentere det som ikke er konkret og fysisk, mens pasientens fysiske problemer og utfordringer ikke skaper samme utfordring.

Det er spesielt interessant å løfte fram hvordan sykepleierne snakker fram en todelt pasient. Det er utviklet en forståelse av og syn på at sykepleiere er holistisk i den forstand at sykepleiere skal se sammenhengen mellom fysiske, psykologiske, sosiale og åndelige dimensjoner hos pasienten (Hyde et al., 2005). Hvordan kan vi forstå denne todelingen av pasienten når det gjelder hva og hvordan de skal føre journal? En måte å forstå det på kan føres tilbake til en forståelse av sykdom og kropp (Wifstad, 2018). Vi kan si at sykepleierne strever mellom ulike diskurser. En diskurs som trer tydelig fram, er kravet om å være nøytral, altså at det som skrives om pasienten, skal være objektivt i den forstand at det skal være konkret, det de dokumenterer skal kunne måles og tallfestes. Wifstad (2018) viser innflytelsen Nightingale fortsatt har, at sykepleieren skal være presis i sine beskrivelser, en arv hvor man streber etter objektiv helsefaglig kunnskap. Da er det enklere å skrive om fysiske dimensjoner, ulike målbare parametere og om konkrete hjelpetiltak. Den todelte pasienten kan dyppest sett forstås som arven fra Descartes' kropp/sjel-dualism. Hans tenkning var at naturen, inkludert kroppen, er å forstå som et mekanistisk system. Selv om man i dag nyanserer og ikke ser dualistisk på mennesket, illustrerer funnene våre at sykepleierne er sosialisert til å tenke kropp og sinn (Thornquist, 2018).

Sykepleierne reflekterer over og gir uttrykk for at det er vanskelig å dokumentere ikke-kroppslige fenomen fordi pasienten kan komme til å lese og reagere på noe som vedkommende ikke kjenner seg igjen i. Vi er inne i en brytningstid med økt pasientmedvirkning, noe som synes å komme til uttrykk ved en varsomhet når sykepleierne velger ut hva som skal journalføres (Blommaert, 2005). Pasienter kan nå i økende grad lese egne journaler på internett. Sykepleierne gir uttrykk for at de vil skjerme pasienten for ubehagelige opplevelser, og derfor velger de å ikke dokumentere dersom det kan støte pasienten i ettertid. Dette er en reell bekymring, for det har vist seg at pasienter kan oppleve å ikke bli respektert når de leser om seg selv i journalen (Wibe, Hellesø, Slaughter & Ekstedt, 2011). Sykepleierne ga også uttrykk for at de syntes det var vanskelig å vurdere og dokumentere pasienters psykiske helse, fordi de opplevde at denne var varierende og ikke et statisk fenomen (Rubensson & Salzmann-Erikson, 2019). Ut fra sykepleierens utsagn kan det se ut som om de er redde for å trekke konklusjon om og dokumentere at en pasient er uklar, fordi det vil være noe som kan hefte ved pasienten

for alltid. Det som dokumenteres, må oppfattes som «sant». På den annen side var det ingen som vegret seg for å dokumentere måling av et blodtrykk, selv om dette også er en parameter som vil kunne variere over tid. Dette illustrerer igjen hvordan den gjeldende diskursen om hva som er tabubelagt og som kan virke støtende, påvirker valgene sykepleiere gjør i sin dokumentasjonspraksis.

Funnene om hvordan sykepleierne snakker om psykiske lidelser, inngår i en samfunnsdiskurs, og denne diskursen får betydning for deres journalføringspraksis. Både fra myndighetenes (Helse- og omsorgsdepartementet & Omsorgsplan 2015, 2006) og fra helsepersonells perspektiv er det understreket at pasienters psykososiale situasjon skal ivaretas og inngå som en del av helsehjelpen, men det er uavklart hvordan psykososiale behov kan beskrives (Hansen et al., 2017). Når det ikke er entydig hva som legges i begrepet, og heller ikke hvordan man dokumenterer behovet, kan det være enklere å utelate det. I en studie der personer fra bestillerkontor (de som tildeler helse- og omsorgstjenester i kommunen) dokumenterte og gjorde vedtak om tildeling av helsehjelp til pasienter med demens, fant forskerne at det noen ganger var vanskelig å dokumentere at pasienter hadde en demenslidelse. De argumenterte for at det kunne være hensiktsmessig å utelate slike opplysninger fordi det var tabubelagt. Noen ganger valgte de derfor å dekke over budskapet om at pasienten hadde en diagnose fordi det kunne oppfattes støtende (Hansen, Hauge & Bergland, 2016). På den ene siden er begrepet uklart, og på den andre siden tas det hensyn til at det kan oppfattes støtende for pasienten fordi det er forbundet med tabu og skam å ha ikke-kroppslige helseutfordringer.

Å forholde seg til tabubelagte områder oppleves vanskelig for sykepleiere, ikke bare når det handler om pasientens psykiske utfordringer, men også i tilfeller av fysiske og konkrete problemer pasienten har. Breievne fant at sykepleiere manglet et begrepsapparat for å beskrive pasientsituasjoner de møtte i sin hverdag, for eksempel begreper som handlet om illeluktende sår (Breievne, Heggen & Bondevik, 2018). Hjemmesykepleierne oppfattet at vond lukt i hjemmet, enten det var fra pasienten selv eller fra omgivelsene, var forbundet med skam. Sykepleierne opplevde at det var brudd på deres yrkesetiske plikter når de kjente avsky ved vond lukt. De manglet språk som uttrykte hva de luktet, og var redde for å

opptre som respektløse og stigmatiserende. Valget var at de ble tause og ikke snakket om det med pasientene. Å bidra til utvikling av et presist språk med relevante begreper som sykepleierne kan hjelpe seg med i journalføringsarbeidet, kan være et nyttig hjelpemiddel. Men det er ikke tilstrekkelig i seg selv; hvordan helsepersonell forholder seg til stigmatiserende tematikker, er et arbeid som må gå parallelt.

En annen faktor som kan ha betydning for hva sykepleierne velger å journalføre, er om strukturen i journalsystemene er bygget opp slik at pasientenes hjelpebehov i stor grad knyttet til fysiske aspekter som ernæring, medisiner, stell og mobilisering. I denne studien har vi ikke sett spesielt på slike sammenhenger, men vi vet at det er mange faktorer som har betydning for hvilke valg sykepleierne gjør (Østensen, Bragstad, Hardiker & Hellesø, 2019).

Helsetjenesten, både i sykehus og i kommunene, blir stadig mer spesialisert. Dette kan også være en medvirkende faktor når vi ser på diskursene og hvordan sykepleierne prioriterer og snakker om hva som journalføres. Studiene våre ble gjennomført ved medisinske sengeposter i sykehus og ved korttidsavdelinger i kommunehelsetjenesten, der flere av avdelingene var spesialiserte, enten for rehabilitering, eller forsterkede somatiske enheter (typisk for oppfølging av pasienter etter sykehusopphold). Helsetjenesten deles gjerne inn i somatisk og psykisk helse. De enhetene vi har undersøkt, faller inn under kategorien somatisk. Funnene våre må forstås ut fra den konteksten de utgår fra. Begrenset dokumentasjon av psykososiale forhold kan også være et uttrykk for at sykepleiere i en somatisk, spesialisert kontekst ikke i samme grad definerer dette inn som en del av sitt ansvarsområde. Helsetjenestene har i stor utstrekning høyt arbeidspress. I en hektisk hverdag, der man kontinuerlig må prioritere mellom ulike gjøremål, kan konteksten en jobber i, og de gjeldende diskursene i den gitte konteksten, være av stor betydning for hva man velger både å prioritere og dokumentere.

## Studiens begrensninger

Denne studien tar utgangspunkt i sykepleieres refleksjon over egen dokumentasjonspraksis. Disse refleksjonene vil også være preget av de normer og forventninger som er etablert i de avdelingene sykepleierne jobber i.

Det er derfor viktig å ha i mente at data i denne studien er samlet i en somatisk kontekst.

## Konklusjon

Studien viser at sykepleiere opplever utfordringer i forhold til å dokumentere helsehjelpen de planlegger og yter. Dette dreier seg i stor grad om å vurdere hva som er relevant, viktig, nyttig og som kan leses av alle aktørene som kan gjøre bruk av journalen til ulike formål. Det fremgår tydelig at jo mer konkret og objektiv informasjonen oppfattes, jo lettere er det å dokumentere. Sykepleiernes vurderinger er at journalføring knyttet til psykiske helse er utfordrende. Dette kan skyldes både mangel på et tydelig begrepsapparat for psykososial helse og frykten for å trekke feilaktige slutninger, som kan virke støtende for personen det gjelder. Innsikt vi har fått gjennom disse studiene, kan gi retning for hva man må arbeide med for at ansatte i sykepleietjenesten kan ha et reflektert syn på og gjøre relevante nedtegnelser i journalføringsarbeidet sitt.

## Referanser

- Bjorvell, C., Thorell-Ekstrand, I. & Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*, 9(1), 6–13. <https://doi.org/10.1136/qhc.9.1.6>
- Blommaert, J. (2005). *Discourse: A critical introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Breievne, G., Heggen, K. M. & Bondevik, H. (2018). Slik håndterer sykepleiere og brukere vond lukt i hjemmet. *Sykepleien forskning*, 13(e-65987). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.65987>
- Buus, N. & Hamilton, B. E. (2016). Social science and linguistic text analysis of nurses' records: A systematic review and critique. *Nursing Inquiry*, 23(1), 64–77. <https://doi.org/10.1111/nin.12106>
- De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W. & Francke, A. L. (2018). Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*. 1–15. <https://doi.org/10.1111/jan.13919>
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Smedby, B. (2001). Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 133–141. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00011.x>



- Engesmo, J. & Tjora, A. H. (2006). Documenting for whom? A symbolic interactionist analysis of technologically induced changes of nursing handovers. *New Technology, Work and Employment*, 21(2), 176–189. <https://doi.org/10.1111/j.1468-005X.2006.00171.x>
- Foucault, M. & Schaanning, E. (1999). *Diskursens orden: Tiltredelsesforelesning holdt ved Collège de France 2. desember 1970* (Vol. 3). Oslo: Spartacus.
- Gjevjon, E. R. & Hellesø, R. (2009). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1–2), 100–108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>.
- Grimsmo, A. (2018). Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(02), 102–106. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-03 ER>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hansen, A., Hauge, S. & Bergland, A. (2016). Balancing the use of language to enable care: A qualitative study of oral and written language used in assessments and allocations of community healthcare services for persons with dementia. *BMC Health Services Research*, 16(1), 391. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1659-0>
- Hansen, A., Hauge, S., & Bergland, A. (2017). Meeting psychosocial needs for persons with dementia in home care services – a qualitative study of different perceptions and practices among health care providers. *BMC Geriatrics*, 17(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0612-3>
- Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice: A discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 98–103. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.15113.x>
- Hellesø, R. & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807–822. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.005>
- Hellesø, R., Melby, L. & Hauge, S. (2015). Implications of observing and writing field notes through different lenses. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 189–197. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s82107>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Én innbygger – én journal*. (Meld. St. 9 2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. (St.meld. nr. 25 2005–2006). Oslo: Departementet.
- Hyde, A., Treacy, M., Scott, P. A., Butler, M., Drennan, J., Irving, K., . . . Hanrahan, M. (2005). Modes of rationality in nursing documentation: Biology, biography

- and the voice of nursing'. *Nursing Inquiry*, 12(2), 66–77. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00260.x>
- Mjølstad, B. P., Kirkengen, A. L., Getz, L. & Hetlevik, I. (2013). Standardization meets stories: Contrasting perspectives on the needs of frail individuals at a rehabilitation unit. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 8, 21498. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21498>
- Mjølstad, B. P. (2015). *Knowing patients as persons: A theory-driven, qualitative study of the relevance of person-related knowledge in primary health care*. Avhandling for graden philosophiae doctor, Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Trondheim.
- Olsen, R. M., Hellzen, O., Skotnes, L. H. & Enmarker, I. (2014). Breakdown in informational continuity of care during hospitalization of older home-living patients: A case study. *International Journal of Integrated Care*, 14, Februar. <https://doi.org/10.5334/ijic.1525>
- Rubensson, A. & Salzman-Erikson, M. (2019). A document analysis of how the concept of health is incorporated in care plans when using the nursing diagnosis classification system (NANDA- I) in relation to individuals with bipolar disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. May 6. <https://doi.org/10.1111/scs.12697>
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om lov om helsepersonell mv.* (Ot.prp nr 13 1998–99). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-13-1998-99-/id159428/>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Tuinman, A., de Greef, M. H. G., Krijnen, W. P., Paans, W. & Roodbol, P. F. (2017). Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care. *Geriatric Nursing*, 38(6), 578–583. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.04.007>
- Wibe, T., Ekstedt, M. & Hellesø, R. (2014). Information practices of health care professionals related to patient discharge from hospital. *Informatics for Health & Social Care*, 40(3), 198–209. <https://doi.org/10.3109/17538157.2013.879150>
- Wibe, T., Hellesø, R., Slaughter, L. & Ekstedt, M. (2011). Lay people's experiences with reading their medical record. *Social Science and Medicine*, 72(9), 1570–1573. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.006>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforl. Samfundslitteratur.
- Østensen, E., Bragstad, L. K., Hardiker, N. R. & Hellesø, R. (2019). Nurses' information practice in municipal health care – a web-like landscape. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13–14), 2707–2716. <https://doi.org/10.1111/jocn.14873>



## KAPITTEL 5

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

*Marianne Brattgjerd*

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet

*Inger Jorun Danielsen*

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

*Grethe Bøgh Næss*

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet

*Rose Mari Olsen*

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet

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

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

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

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

Lisens: CC BY 4.0

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

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

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

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

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

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

## Introduksjon

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

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

## Liverpool Care Pathway (LCP)

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

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

---

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

2 Se eksempelutgave sykehjem: [https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Livets%20siste%20dagar/EKSEMPELUTGAVE\\_Livets%20siste%20dager\\_sykehjem.pdf](https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Livets%20siste%20dagar/EKSEMPELUTGAVE_Livets%20siste%20dager_sykehjem.pdf)

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

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

## Refleksiv og kreativ metodologi

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

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

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

## Prosjektet «Innføring av tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem»

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

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



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

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

## Fokusgruppeintervju

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

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

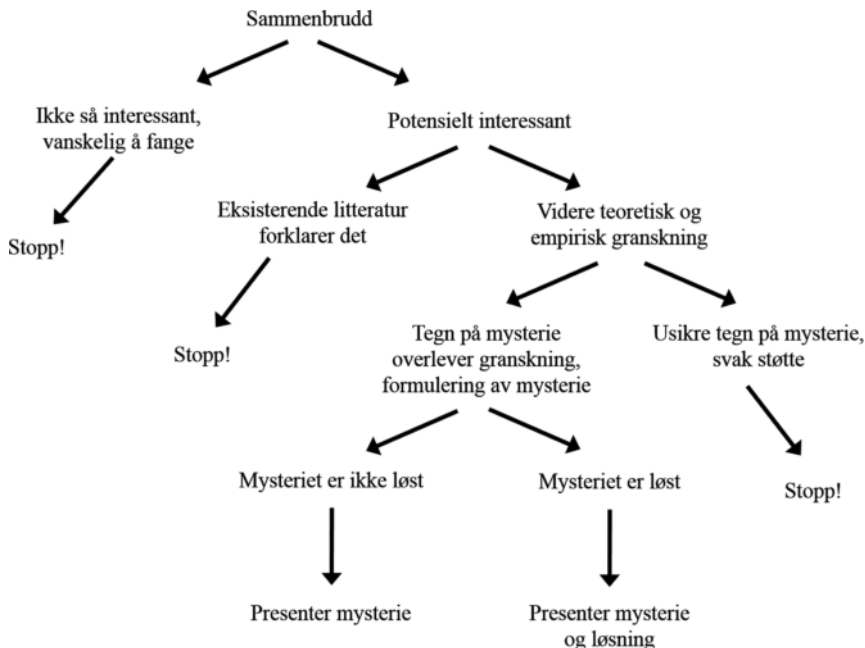
**Tabell 1.** Oversikt over informantenes utdanning, erfaring og avdelingstilhørighet.

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

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

## Analyse - «Mystery as Method»

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



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

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

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

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

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

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

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

## Etiske vurderinger

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

## Det inkarnerte mysteriet – diskrepans i erfaringskunnskapen

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

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

## Helsepersonell erfarer at LCP er et krevende dokumentasjonsverktøy

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Helsepersonell er positive til LCP som dokumentasjonsverktøy

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

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

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

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

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

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

*... snuing. (R2)*

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

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

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

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

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

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

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

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

## Løsning av mysteriet – Hvordan forstå diskrepansen i erfaringskunnskapen?

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

### «Fast koplet system»

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



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

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

## «Behovet for legitimitet»

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

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

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

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

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

## «Frakopling» og nye effekter av LCP

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

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

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

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

Det ser altså ut til at det skjer en «frakopling» av det «fast koplede systemet<sup>3</sup>» når helsepersonell skal oversette og tilpasse tiltaksplanen til egen praksis og yrkesutøvelse, og hvor dette bidrar til nye og spennende effekter av LCP. Dette er i samsvar med aktør-nettverksteori (Latour, 2005), hvor vi da kan betegne LCP-verktøyet som en ikke-menneskelig aktør, som i utgangspunktet er et «dødt objekt», men som har potensial til å generere nye og uventede hendelser når det samvirker med menneskelige aktører. Når helsepersonell får lov til å oversette tiltaksplanen til praksis på sin egen måte, foreligger det som Latour (2005) kaller for «svak inskripsjon». Eller som vi med Meyer og Rowan (1977) kan kalle et «løst koplede system». Felles for begge disse teoriene er at det åpnes opp for generering av nye og uventede resultater. Det vil si at det åpnes opp for at LCP-aktøren kan brukes på andre måter enn det skaperen opprinnelig hadde tenkt med planverktøyet.

---

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

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

## Utvikle løsningen av mysteriet: oppsummering, konklusjon og implikasjoner

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

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

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

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

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

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

## Referanser

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

- Brattgjerd, M. & Olsen, R. M. (2016). Omsorg ved livets slutt. En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med Liverpool Care Pathway i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3), 20–32. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-05>
- Brown, A. L. & Palincsar, A. S. (1989). Guided, cooperative learning and individual knowledge acquisition. I L. B. Resnick (Red.), *Knowing, learning and instruction – essays in honor of Robert Glaser* (s. 393–451). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Chan, R. J., Webster, J. & Bowers, A. (2016). End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008006.pub4>
- Clark, J., Marshall, B., Sheward, K. & Allan, S. (2012). Staff perceptions of the Liverpool Care Pathway in aged residential care in New Zealand. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(4), 171–178. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.4.171>
- Ellershaw, J., Foster, A., Murphy, D., Shea, T. & Overill, S. (1997). Developing an integrated care pathway for the dying patient. *European Journal of Palliative Care*, 4(6), 203–207.
- Ellershaw, J. & Wilkinson, S. (2011). *Care of the dying: A pathway to excellence*. Oxford: Oxford University Press.
- Gabbay, J. & Le May, A. (2011). *Practice-based evidence for healthcare – clinical mindlines*. Oxon: Routledge.
- Glassman, R. B. (1973). Persistence and loose coupling in living systems. *Behavioral Science*(18), 83–98. <https://doi.org/10.1002/bs.3830180202>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197–215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 2008–2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. nr. 26. 2014–2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- HelseOmsorg21. (2014). *Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Rapport 2014*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21\\_strategi\\_web.pdf?id=2266705](https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hockley, J., Watson, J., Oxenham, D. & Murray, S. (2010). The intergrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the

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





## KAPITTEL 6

# Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien

*Rose Mari Olsen*

Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet

*Torunn Wibe*

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo, Oslo kommune

**Sammendrag:** Journalføring er helt avgjørende for å sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten. Hensikten med denne studien var å beskrive helsepersonells oppfatninger av dokumentasjon av sykepleie på eget arbeidssted i hjemmesykepleien, og å undersøke hvordan oppfatning av dokumentasjon er assosiert med pasientsikkerhetskultur og tid brukt på dokumentasjon. Studien bygger på en spørreundersøkelse blant 161 helsepersonell ansatt i hjemmesykepleien i seks kommuner i Midt-Norge. De svarte på spørsmål om dokumentasjon av sykepleie, samt teamarbeidsklima og sikkerhetsklima – som er to dimensjoner ved pasientsikkerhetskultur hentet fra den norske versjonen av Safety Attitudes Questionnaire. Data ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk, t-test og lineær regresjonsanalyse. Resultatene viser at ansatte i hjemmesykepleien har en overveiende positiv oppfatning av dokumentasjonen ved egen arbeidsplass. Ansatte bruker i gjennomsnitt 37 minutter på dokumentasjon per vakt, og tidsbruken er signifikant høyere blant de med høyere utdanning enn de med lavere utdanning. Det er en statistisk signifikant positiv sammenheng mellom oppfatning av dokumentasjon av sykepleie og henholdsvis teamarbeidsklima og sikkerhetsklima. Hvorvidt den faktiske kvaliteten på dokumentasjonen samsvarer med de positive oppfatningene rapportert av helsepersonell i denne studien, bør utforskes gjennom systematisk journalgjennomgang. Siden dokumentasjon i pasientjournalen har stor betydning for ivaretagelse av pasientsikkerhet, er det vesentlig at dokumentasjonen gjennomgås ut fra faglige kriterier, som ledd i pasientsikkerhetsarbeidet, og at gode rammevilkår for ivaretagelse av dokumentasjon har høy prioritet blant ledere.

**Nøkkelord:** dokumentasjon av sykepleie, journalføring; hjemmesykepleie, teamarbeidsklima, sikkerhetsklima, pasientsikkerhetskultur

Sitering av dette kapitlet: Olsen, R. M. & Wibe, T. (2019). Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 113–130). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch6>

Lisens: CC BY 4.0

**Abstract:** Documentation is crucial to ensure continuity, quality and patient safety in the healthcare system. The aim of this study was to describe healthcare providers' perceptions of nursing documentation at their workplace in home care, and to investigate how perception of documentation is associated with patient safety culture, and time spent on documentation. The study is based on a survey among 161 employees in home care in six municipalities in Mid-Norway. The employees answered questions about nursing documentation, as well as teamwork climate and safety climate – which are two dimensions of patient safety culture derived from the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test and linear regression analysis. The results show that employees in home care have an overall positive perception of the documentation at their workplace. Employees spend 37 minutes on documentation per shift, and time usage is significantly higher among those with higher education than those with lower education. The results show that there is a statistically significant positive relationship between perception of documentation and teamwork climate and safety climate. Whether the actual quality of the documentation matches the positive perceptions reported by healthcare providers in this study, should be explored through systematic journal audit. Since documentation in patient records has great importance to patient safety, it is essential that the documentation is reviewed on the basis of professional criteria – as part of the patient safety work, and that managers facilitate healthcare providers' documentation practice through adequate resources.

**Keywords:** nursing documentation, record keeping, home care, teamwork climate, safety climate, patient safety culture

## Introduksjon

Journalføring har en sentral plass i helsepersonells yrkesutøvelse, og er helt avgjørende for å sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene. Helsepersonelloven (1999) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999) pålegger dokumentasjon av gitt helsehjelp, og stiller sammen med politiske føringer og faglige standarder krav til kvaliteten på dokumentasjonen. For helsepersonell i hjemmetjenesten kan dokumentasjonsarbeidet innebære særlige utfordringer, ettersom de møter pasienten alene i pasientens hjem og gjør selvstendige vurderinger og igangsetter tiltak uavhengig av andre. De har oftest ikke tilgang til pasientjournalen online, men må vende tilbake til «basen» før de kan dokumentere og finne relevante opplysninger i journalen (Olsen, Østnor, Enmarker & Hellzen, 2013). Samtidig gjør overføring av behandlingsansvar fra sykehus til kommunehelsetjenesten at hjemmeboende pasienter i dag har mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander (Abelsen, Gaski,

Nødland & Stephansen, 2014; Næss, Kirkevold, Hammer, Straand & Wyl-ler, 2017). Dette stiller ekstra store krav til helsepersonells ivaretagelse av kvalitet og sikkerhet i helsehjelpen – og dermed også til deres dokumentasjonspraksis. Vi vil i dette kapitlet se nærmere på forholdet mellom dokumentasjon av sykepleie og pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.

Öhlen, Forsberg og Broberger (2013) avdekket i en svensk studie at dokumentasjonen i hjemmesykepleien ofte var fragmentert, og at viktig informasjon ofte var vanskelig å finne. I likhet med studier av dokumentasjon av sykepleie i andre kontekster (Wang, Hailey & Yu, 2011) fant de også at dokumentasjonen ofte beskrev pasientens behov for sykepleie, men manglet sykepleietiltak og evaluering av disse. Turjamaa et al. (2015) fant at pasientens synspunkter og preferanser ikke ble dokumentert i pleieplaner for eldre hjemmeboende pasienter i Finland. Gjevjon og Hellesø (2010) fant derimot at pasientmedvirkning var godt dokumentert i en norsk hjemmesykepleie-kontekst: 70 % av sykepleienotatene var relatert til pasientens subjektive opplevelse av sin tilstand. Imidlertid var pasientens kommunikasjonsevne sjelden nevnt.

I likhet med studier gjort i andre deler av helsetjenesten fant Gjevjon og Hellesø (2010) at sykepleiere i hjemmesykepleien dokumenterte kontinuerlig langs en tidsakse, i stedet for å følge strukturen i sykepleieprosessen. Det vil si at dokumentasjonen i liten grad inneholdt noen kartlegging og plan som tydeliggjorde pasientens behov for sykepleie, mål, tiltak og evaluering av tiltak.

Dokumentasjon av sykepleie har avgjørende betydning for informasjonskontinuitet – det å ha relevant informasjon tilgjengelig til enhver tid slik at en kan ivareta omsorgen for den enkelte pasient (Freeman et al., 2007; Haggerty et al., 2003). Dette er særlig viktig ved lite mulighet for relasjonell kontinuitet, det vil si når mange forskjellige helsepersonell er involvert i helsehjelpen til den enkelte pasient og man ikke kan oppnå at alle har god personlig kjennskap til pasienten. En norsk studie (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2014) viste at den relasjonelle kontinuiteten oppleves svært lav av hjemmeboende eldre.

I en slovensk studie gjennomført i sykehus (Petkovšek-Gregorin & Skela-Savič, 2015) rapporterte sykepleiere at de så på dokumentasjonen som en viktig del av arbeidet, og at den bidrar til transparens, kvalitet,

kontinuitet og pasientsikkerhet i omsorgen. I samme studie ble det funnet en negativ sammenheng mellom tid brukt på dokumentasjon og positiv holdning til dokumentasjon. Sykepleiere har oppgitt at tidspress, stor arbeidsmengde og policy i organisasjonen kan hindre dokumentasjon og informasjonsutveksling (Blair & Smith, 2012; Olsen et al., 2013). Imidlertid opplever sykepleiere i hjemmesykepleien det som positivt at de har mulighet til å påvirke arbeidssituasjonen og gjøre prioriteringer i det daglige arbeidet (Norell, Ziegert & Kihlgren, 2013).

Dokumentasjon i pasientjournalen er avgjørende for pasientsikkerheten. Enkelt sagt handler pasientsikkerhet om «frihet fra behandlingsrelatert skade eller risiko for skade» (Saunes, Svendsby, Mølstad & Thesen, 2010). En slik beskrivelse av pasientsikkerhet innebærer at både gitt helsehjelp og mangel på helsehjelp kan forårsake skade eller risiko for skade på pasienten. For å fremme pasientsikkerheten er måling og forbedring av *pasientsikkerhetskulturen* i helse- og omsorgstjenestene fremhevet både nasjonalt og internasjonalt (NOU 2015:11, 2015; NPSF, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; 2018). Pasientsikkerhetskultur kan defineres som «et integrert mønster av individuell og organisatorisk atferd, basert på felles oppfatninger og verdier som hele tiden søker å minimalisere pasient-skade som følge av pasientbehandlingen» (EUNetPAS, 2010, s. 23).

Gjennom internasjonale studier er det påvist at en sterk pasientsikkerhetskultur gir færre uønskede hendelser og økt trygghet i pasientbehandlingen (Colla, Bracken, Kinney & Weeks, 2005; Hessels & Larson, 2016). Blant annet er det rapportert at en positiv sikkerhetskultur har ført til færre fall og mindre bruk av tvang i sykehjem (Thomas et al., 2012), og redusert forekomst av medikamentfeil og urinveisinfeksjoner i sykehusavdelinger (Hofmann & Mark, 2006). De fleste studier av pasientsikkerhet er gjennomført i sykehus, og fåtallet som er gjort i primærhelsetjenesten omhandler i hovedsak sykehjem og omsorgsinstitusjoner (Aase, 2015). Det er imidlertid rapportert at helsepersonell i hjemmetjenesten har en mer positiv oppfatning av pasientsikkerhetsklimaet ved eget arbeidssted enn helsepersonell i andre deler av helsetjenesten (Olsen & Bjerkan, 2017a).

Det synes som at de fleste studier relatert til dokumentasjon av sykepleie har fokusert på innhold og struktur og i liten grad beskrevet helsepersonell sine oppfatninger av dokumentasjonen. Etter hva vi kjenner

til, er det heller ingen som har undersøkt hvorvidt oppfatning av dokumentasjon av sykepleie kan kobles til pasientsikkerhet. Hensikten med denne studien var derfor å beskrive helsepersonells oppfatninger av dokumentasjon av sykepleie på eget arbeidssted i hjemmesykepleien, og å undersøke hvordan oppfatning av dokumentasjon er assosiert med pasientsikkerhetskultur og tid brukt på dokumentasjon.

## Metode

Studien har et tverrsnittsdesign, og bygger på en spørreundersøkelse gjennomført i perioden desember 2015 til februar 2016.

### Utvalg og datainnsamling

Utvalget består av helsepersonell, med ulikt utdanningsnivå, ansatt i hjemmesykepleien i seks kommuner i Midt-Norge. Kommunene er del av et større nasjonalt utvalg av omsorgsforskningkommuner. Utvalget er etablert av Senter for omsorgsforskning ([www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)), og er ut fra størrelse og beliggenhet representativ for norske kommuner. Målt i innbyggertall var én av de inkluderte kommunene liten (< 5000), tre mellomstore (mellom 5000 og 19 999) og to store (20 000 eller flere).

Ledere for hjemmesykepleien i de deltakende kommunene oppga lister med e-postadresser over samtlige ansatte som ivaretok omsorgsoppgaver og hadde direkte pasientkontakt i sine stillinger. De som kun utøvde praktisk bistand, ble ekskludert. Spørreskjemaet ble så distribuert via e-post ved hjelp av programmet Analyzer ([www.analyzer.com/no](http://www.analyzer.com/no)) som sikret deltakernes anonymitet. Til gitte tidspunkt ble det sendt ut inntil tre automatiske påminnelser via Analyzer til de som ikke hadde svart.

### Spørreskjema

Denne studien er basert på et spørreskjema som omfatter både spørsmål om pasientsikkerhetskultur og dokumentasjon av sykepleie, i tillegg til bakgrunnsvariabler.

## Pasientsikkerhetskultur

For å måle pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien anvendte vi skalaene teamarbeidsklime (seks påstander) og sikkerhetsklima (syv påstander) fra den norske versjonen av Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version, Short Form 2006 (Deilkås & Hofoss, 2008). Teamarbeidsklime og sikkerhetsklima anses å være de viktigste dimensjonene når en skal måle pasientsikkerhetskultur (Kristensen & Bartels, 2010). Mens sikkerhetsklima refererer til hvor lett helsepersonell synes det er å snakke om risiko og uønskede hendelser ved arbeidsplassen, handler teamarbeidsklime om de ansattes oppfatninger av samarbeid og støtte fra sitt team for å prioritere trygg pasientbehandling (Sexton et al., 2006).

SAQ er et av de hyppigst brukte instrumentene for måling av pasientsikkerhetskultur (Kristensen & Bartels, 2010). Den originale SAQ ble utviklet i USA for bruk i intensivavdelinger (Sexton et al., 2006), men er senere oversatt og validert til mange land og ulike kontekster i helsetjenesten. For å tilpasse SAQ til en hjemmesykepleiekontekst gjorde vi noen små endringer i ordlyden på noen av påstandene, ved at «sykehusansatte» ble erstattet med «ansatte», og «legene og de andre ansatte» ble erstattet med «de andre ansatte». Svar på påstandene ble gitt på en 5-punkts Likert-skala: 1 = Svært uenig, 2 = Litt uenig, 3 = Nøytral, 4 = Litt enig og 5 = Svært enig. Under bearbeidingen av data ble SAQ-skårene omregnet til en skala fra 0 til 100: 1 = 0, 2 = 25, 3 = 50, 4 = 75 og 5 = 100. «Spørsmålet passer ikke» var også et svaralternativ, og dette ble kodet som «missing». Det ble regnet ut faktorskår kun for de respondenter som hadde svart på alle spørsmålene innenfor en faktor. En individuell faktorskår på 75 eller høyere ble ansett som en «positiv» skår (Sexton et al., 2006). Variablene ble kalt «Teamarbeidsklime» og «Sikkerhetsklima».

## Dokumentasjon av sykepleie

Spørreskjemaet inkluderte elleve spørsmål relatert til dokumentasjon av sykepleie. Svar på påstandene ble gitt på en 5-punkts Likert-skala, fra «Svært uenig» til «Svært enig» – tilsvarende som beskrevet for SAQ ovenfor. Også her ble skårene omregnet til en skala fra 0 til 100, og

svaralternativet «Spørsmålet passer ikke» ble kodet som «missing». For å redusere antall uavhengige variabler i analysen konstruerte vi en skala bestående av 5 enkeltvariabler (se Tabell 1) ved hjelp av eksplorerende faktoranalyse (med promax-rotasjon). Kun variabler som ladet på én faktor ble inkludert, og samtlige av disse hadde høy faktorladning (fra 0,8 til 0,9). Den nye variabelen ble kalt «Oppfatning av dokumentasjon». Faktorskår går fra 0 til 100, hvor høy skår indikerer en positiv oppfatning av dokumentasjon på eget arbeidssted.

Fra spørreskjemaet ble det også inkludert et spørsmål hvor respondentene ble bedt om å anslå hvor lang tid (i antall minutter) de bruker til dokumentasjon i løpet av en «normal» arbeidsdag. Variablene ble i analysen kalt «Tidsbruk dokumentasjon».

Spørreskjemaet inkluderte også følgende bakgrunnsvariabler: kjønn; alder:  $\leq 19$ , 20–29, 30–39, 40–49, 50–59,  $\geq 60$  år; utdanning: sykepleier, vernepleier, hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider, annet (spesifiser); antall års yrkeserfaring i helsetjenesten: angitt i tall; erfaring fra nåværende arbeidssted:  $< 1$ , 1–2, 3–4,  $> 4$  år. Variabelen utdanning ble omgjort til en dikotom variabel: høy utdanning (sykepleiere og vernepleiere) og lav utdanning (hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider og sykepleiestudenter og assistenter).

## Analyse

Data er beskrevet som frekvenser og prosenter for kategoriske variabler, og gjennomsnitt, standardavvik (SA) og konfidensintervall (KI) eller median og variasjonsbredde for kontinuerlige variabler. For å undersøke intern konsistens for faktorene teamarbeidsklima, sikkerhetsklima og oppfatning av dokumentasjon ble det gjort reliabilitetstest hvor Cronbach's alfa på minimum 0,7 ble ansett som akseptabelt. Forskjeller i gjennomsnittsskår for teamarbeidsklima, sikkerhetsklima, tidsbruk dokumentasjon og oppfatning av dokumentasjon – mellom de med høy og de med lav utdanning – ble undersøkt ved hjelp av *t*-test for uavhengige utvalg. Lineær regresjonsanalyse (Enter-metode) ble utført for å undersøke om det er en sammenheng mellom teamarbeidsklima og sikkerhetsklima (uavhengige variabler) og oppfatning av dokumentasjon (avhengig variabel) og



mellom teamarbeidsklima og sikkerhetsklima (uavhengige variabler) og tidsbruk dokumentasjon (avhengig variabel). En tosidig p-verdi  $<0.05$  ble ansett å være signifikant. De statistiske analysene ble gjort ved hjelp av SPSS versjon 24.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

## Etiske overveielser

Informasjon om studien, frivillig deltakelse og behandling av data ble gitt til respondentene sammen med forespørselen om deltakelse. Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (prosjektnummer 44114).

## Resultat

Totalt 170 (25.4 %) ansatte svarte på spørreundersøkelsen, hvorav 161 besvarte alle deler knyttet både til dokumentasjon og pasientsikkerhet – og ble inkludert i denne studien. Disse 161 fordelte seg på 157 kvinner og fire menn, hvor 64 % var 40 år eller eldre. Lengden på respondentenes yrkeserfaring fra helsetjenesten var gjennomsnittlig 17 år (median 16, variasjonsbredde 0–45 år), og 72 % hadde mer enn 4 års erfaring fra nåværende arbeidsplass. I alt 77 respondenter hadde høyere utdanning (74 sykepleiere og tre vernepleiere), mens 84 hadde lavere utdanning (81 hjelpepleiere/helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere, to sykepleiestudenter og en ufaglært assistent).

## Helsepersonells oppfatning av dokumentasjonen av sykepleie på eget arbeidssted

Som vist i Tabell 1 var det en overveiende høy gjennomsnittsskår på alle variabler som inngår i faktoren «Oppfatning av dokumentasjon». Gjennomsnittsskår for faktoren var 74,8 (SA = 21,6; 95 % KI = 71,5–78,2). Maksimumsskår var 100, mens minimumsskår var 0. Intern konsistens for faktoren var god, med en Cronbach's alfa på 0.91.

Påstand	Gj.snitt	(SA)	Missing
Total			
Dokumentasjonen her hos oss gjør det lettere for meg å vurdere pasientens aktuelle tilstand.	74,2	(25,3)	1
Dokumentasjonen her hos oss gjør det enklere for meg å se hvilke sykepleietiltak som er planlagt for pasienten.	75,3	(25,3)	2
Dokumentasjonen her hos oss gir økt sikkerhet for pasientene.	74,5	(25,3)	1
Dokumentasjonen her hos oss gir økt kvalitet ved overføring av informasjon om pasientene.	74,7	(25,5)	0
Dokumentasjonen her hos oss gjør at jeg lettere kan vurdere ulike sykepleietiltak.	75,3	(24,4)	1

**Tabell 1.** Svar på de fem påstandene i faktoren «Oppfatning av dokumentasjon» (N = 161).

Skår fra 0 til 100, hvor høy skår indikerer en positiv oppfatning av dokumentasjonen. SA = Standardavvik.

Tabell 2 gir en oversikt over forskjeller i gjennomsnittsskår på faktoren «Oppfatning av dokumentasjonen» – etter utdanningsnivå. Her ser vi at de med lavere utdanning har en mer positiv oppfatning (høyere gjennomsnittsskår) av dokumentasjonen på eget arbeidssted enn de med høyere utdanning, men forskjellen er ikke statistisk signifikant ( $p = 0,178$ ).

## Tid brukt på dokumentasjon

De ansatte brukte i gjennomsnitt 36,7 minutter på dokumentasjon i løpet av en «normal» arbeidsdag (SA = 32,6; KI = 31,6–41,8). Gjennomsnittlig tidsbruk var signifikant høyere i gruppen ansatte med høyere utdanning enn i gruppen med lavere utdanning ( $p = 0,031$ ) (se Tabell 2).

	Høyere utdanning				Lavere utdanning				p-verdi
	n	Gj.sn.	SA <sup>b</sup>	95% KI <sup>c</sup>	n	Gj.sn.	SA	95% KI	
Oppfatning av dokumentasjon	77	72,4	24,2	66,9–77,9	84	77,1	18,8	73,0–81,1	0,178
Tidsbruk dokumentasjon <sup>a</sup>	77	42,5	27,9	36,2–48,8	84	31,4	35,8	23,7–38,2	0,031
Sikkerhetsklima	77	71,3	18,0	67,2–75,4	84	72,9	18,0	69,0–76,8	0,562
Teamarbeidsklima	77	79,5	17,5	75,5–83,5	84	78,8	16,8	75,1–82,4	0,799

**Tabell 2.** Forskjeller i oppfatning av dokumentasjon, sikkerhetsklima, teamarbeidsklima og tid brukt på dokumentasjon (N = 161).

<sup>a</sup>Antall minutter brukt på dokumentasjon av sykepleie i løpet av en arbeidsdag; <sup>b</sup>standardavvik; <sup>c</sup>95 % konfidensintervall.

## Teamarbeidsklima og sikkerhetsklima

Gjennomsnittsskår på de to faktorene i SAQ var 79,1 på teamarbeidsklima (SA = 17,1; 95 % KI = 76,5-81,8) og 72,1 (SA = 18,0; 95 % = 69,3-74,9) på sikkerhetsklima. Mens maksimumsskår var på 100 for begge faktorer, var minimumsskår 17. Intern konsistens for faktorene var tilfredsstillende, med Cronbach's alfa 0,80 på sikkerhetsklima og 0,73 på teamarbeidsklima. Som vist i Tabell 2 var det ingen signifikant forskjell i gjennomsnittsskår mellom utdanningsgruppene på verken teamarbeidsklima ( $p = 0,799$ ) eller sikkerhetsklima ( $p = 0,562$ ).

## Sammenheng mellom oppfatning av dokumentasjon, sikkerhetsklima, teamarbeidsklima og tid brukt på dokumentasjon

Resultatene viser at det er en statistisk signifikant positiv sammenheng mellom teamarbeidsklima og oppfatning av dokumentasjon ( $p < 0,001$ ). Teamarbeidsklima forklarer 20,3 % av variasjonen i oppfatning av dokumentasjon. Det er også en signifikant positiv sammenheng mellom sikkerhetsklima og oppfatning av dokumentasjon ( $p < 0,001$ ). Sikkerhetsklima forklarer 32,1 % av variasjonen i oppfatning av dokumentasjon. Det er ingen signifikant statistisk sammenheng mellom tid brukt på dokumentasjon og teamarbeidsklima ( $p = 0,464$ ) eller sikkerhetsklima ( $p = 0,568$ ). Vi fant heller ingen sammenheng mellom tid brukt på dokumentasjon og oppfatning av dokumentasjon ( $p = 0,390$ ).

## Diskusjon

Hensikten med denne studien var å beskrive helsepersonells oppfatninger av dokumentasjon av sykepleie på eget arbeidssted i hjemmesykepleien, og å undersøke hvordan oppfatning av dokumentasjon er assosiert med teamarbeidsklima, sikkerhetsklima og tid brukt på dokumentasjon. Vi fant at ansatte i hjemmesykepleien har en overveiende positiv oppfatning av dokumentasjonen ved egen arbeidsplass. En logisk slutning ut fra dette vil være at dokumentasjonen i enhetene faktisk er av god kvalitet – og at

helsepersonellets oppfatning av kvalitet samsvarer med de faglige standardene. Men trenger det nødvendigvis å være slik? Tidligere granskning av dokumentasjon i hjemmesykepleien (Gjevjon & Hellesø, 2010; Öhlén et al., 2013) har for eksempel avdekket at dokumentasjonen ofte mangler beskrivelse av mål, tiltak og evaluering av tiltak i sykepleien for pasienten.

Ansatte inkludert i vår studie hadde lang arbeidserfaring fra helsetjenesten (gjennomsnitt 17 år) og de fleste (72 %) hadde også mer enn fire års erfaring fra nåværende arbeidssted. Kan dette være med og forklare informantenes overveiende positive oppfatning av dokumentasjonen på eget arbeidssted? I en tidligere studie basert på deler av samme datamateriale (Bjerkan & Olsen, 2017) ble det funnet at de som hadde lengre erfaring fra nåværende arbeidssted, tenderte til å svare mer positivt på generelle holdningsspørsmål knyttet til dokumentasjon enn de som hadde jobbet kortere periode hos samme arbeidsgiver. Imidlertid var det ett unntak: På spørsmål som gikk på *egen* dokumentasjonspraksis, rapporterte helsepersonell med kortere ansettelsesforhold større tilfredshet enn de med lengre fartstid. Overført til denne studien kan en tenke at man blir mer blind for svakheter i dokumentasjonspraksis ved eget arbeidssted etter mange år «i tralten». Nærmere bestemt at det å ha jobbet lenge på arbeidsstedet vil kunne ha en konserverende effekt – at man i større grad er fornøyd med tingenes tilstand – i dette tilfellet dokumentasjonen av sykepleie på arbeidsstedet.

Studien indikerer at ansatte med høyere utdanning er mindre tilfreds med dokumentasjonen ved eget arbeidssted enn de med lavere utdanning, men dette utgjør ikke noen signifikant forskjell. Interessant i denne sammenhengen er at i analysen som tidligere er gjort på deler av samme datamateriale (Bjerkan & Olsen, 2017), så var det tre variabler hvor det var signifikante forskjeller mellom ansatte med høyere og lavere utdanning. Dette gjaldt: at dokumentasjon (generelt) gjør det enklere å se hvilke tiltak som er planlagt for pasienten, at dokumentasjon gir økt kvalitet ved overføring av informasjon om pasientene, og at dokumentasjon gjør det lettere å vurdere ulike sykepleietiltak. Ansatte med høyere utdanning var i mindre grad enig i disse påstandene enn de med lavere utdanning. Den mest nærliggende forklaringen på dette synes å være at de med høyere utdanning stiller større krav til dokumentasjonen eller ser større mangler

med måten det generelt dokumenteres på og eventuelt også knyttet til det EPJ-systemet de har erfaring med, enn de med lavere utdanning. De fleste i gruppen med høyere utdanning i vår studie var sykepleiere. Det kan tenkes at dokumentasjon er særlig vektlagt i sykepleierutdanningen, sammenlignet med f.eks. hjelpepleier- eller helsefagarbeiderutdanning.

Men er utdanning i seg selv en garanti for ansattes kompetanse? I en kompetansekartlegging i sykehjem og hjemmesykepleie avdekket Bing-Jonsson et al. (2016) at dokumentasjon er et av områdene hvor både sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og assistenter kan ha utilstrekkelig kompetanse – og at kompetansen generelt var lavere i hjemmesykepleie enn i sykehjem. De konkluderte blant annet med at utdanning og opplæring alene synes å ha begrenset innvirkning på kompetansen, og at dette kan skyldes at helsepersonell har uklare roller og mangelfulle standarder for å måle egen kompetanse. De utfører mange av de samme arbeidsoppgavene uavhengig av formell kompetanse basert på utdanning. Overført til denne studien kan en tenke seg at sykepleiere som utfører oppgaver som for eksempel helsefagarbeidere kan utføre – *i tillegg* til oppgaver som kun sykepleiere kan utføre (for eksempel knyttet til medikamenthåndtering) – vil det kunne gå på bekostning av tid til bruk og oppdatering av sykepleieplaner og/eller generelt mangelfull dokumentasjon. På de fleste arbeidsteder vil sykepleier ha et overordnet ansvar for opprettelse og oppdatering av sykepleieplaner, og mange sykepleiere vil nok også kjenne et særlig ansvar for at viktig informasjon blir dokumentert fra den enkelte vakt. I en viss utstrekning dokumenterer sykepleiere også informasjon som blir rapportert muntlig til dem fra annet personell, noe som i vår studie gjenspeiles i at de med høyere utdanning brukte statistisk signifikant lengre tid på dokumentasjon enn de med lavere utdanning. Samtidig vet vi fra tidligere studier at arbeidsforholdene i hjemmesykepleien er preget av både tidspress og uforutsigbarhet (Holm, 2017). Bøgeskov og Grimshaw-Aagaard (2018) utforsket hvilken verdi sykepleiere og sykepleieledere i sykehus synes dokumentasjonen av sykepleie har, og presenterte sine funn som to tema: viktig oppgave og meningsløs byrde. Dokumentasjon ble betraktet som et viktig redskap i sykepleie, men samtidig en meningsløs uunngåelig byrde som hindrer dem fra å fokusere på «den virkelige verden» – det vil si kontakt med

pasientene. Det er liten grunn til å tro at sykepleiere i hjemmesykepleie opplever dette annerledes.

Vi fant at ansatte hadde en overveiende positiv skår på både teamarbeidsklima og sikkerhetsklima – noe som samsvarer med funn i tidligere studier fra andre deler av samme materiale (Olsen & Bjerkan, 2017a, 2017b). Det ble der antydnet at høy skår på teamarbeidsklima kan forklares med at arbeidssituasjonen i hjemmesykepleien fremelsker det som Katzenbach og Smith (2005) benevner som «ekte team»: Medlemmene deler et felles mål og tilnærming, de har komplementære ferdigheter, og betrakter hverandre som likeverdig ansvarlig for resultatene. Det er usikkert hvordan teamarbeidsklimaet henger sammen med den flate strukturen som ofte karakteriserer hjemmetjenesten, det vil si at ansatte med høyere og lavere utdanning utfører mye av de samme oppgavene. Det kan tenkes at det er vanskelig for ansatte med høyere utdanning å kritisere faglig praksis eller påpeke feil som blir gjort på eget arbeidssted av hensyn til arbeidsmiljøet (Jones & Kelly, 2014; Olsen & Bjerkan, 2017a), særlig om man har jobbet sammen i mange år. En høy gjennomsnittsskår på sikkerhetsklima og teamarbeidsklima er ikke nødvendigvis et uttrykk for god ivaretagelse av pasientsikkerhet. Det kan også være uttrykk for resignasjon og en lite kritisk holdning til faglig praksis ved arbeidsstedet (Olsen & Bjerkan, 2017a). Skårene avslører ikke nødvendigvis manglende faglig kompetanse eller mangel på faglig oppdatering, som jo også sterkt vil påvirke ivaretagelse av pasientsikkerhet.

Vi fant en statistisk signifikant sammenheng mellom oppfatning av dokumentasjon av sykepleie på arbeidsstedet og teamarbeidsklima og sikkerhetsklima. Dokumentasjon er en vesentlig forutsetning for kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene, og bidrar i tillegg til transparens (Petkovšek-Gregorin & Skela-Savič, 2015). Mangelfull dokumentasjon i betydningen mangelfull utveksling av relevant og nødvendig informasjon for de som skal gi helsehjelp til pasienten, er utvilsomt en trussel mot pasientsikkerheten i seg selv. Denne koblingen er også rapportert gjennom studier av dokumentasjon og uønskede hendelser i primærhelsetjenesten: Andersson et al. (2018) gransket avviksmeldinger i sykehjem i Sverige, og fant at ufullstendig eller manglende dokumentasjon og mangel på kompetanse var de to hyppigst medvirkende faktorene til uønskede hendelser.

Det at faktorene teamarbeidsklima og sikkerhetsklima forklarte henholdsvis 20,3 % og 32,1 % av variasjonen i oppfatning av dokumentasjon, indikerer at det også er andre forhold som har betydning for ansattes oppfatning av dokumentasjonen på arbeidsstedet. For eksempel kan en tenke seg at den faglige ledelsen i enhetene kan påvirke de ansattes oppfatninger. Opplever ansatte at ledelsen har fokus på dokumentasjon, og erfarer de at ledelsen støtter og tilrettelegger for dokumentasjonsarbeid? Ansatte med høyere utdanning angir i vår studie å bruke mer tid på dokumentasjon enn ansatte med lavere utdanning. Man kan likevel spørre seg om de bruker tid nok, og om dokumentasjonen holder faglig mål (Gjevjon & Hellesø, 2010; Öhlén et al., 2013). Det er et kjent fenomen at dokumentasjon basert på fortløpende rapportering uten bruk av sykepleieplan kan være vel så tidkrevende (og gi dårligere oversikt), enn å legge arbeid i å opprette og holde oppdatert en sykepleieplan, særlig hvis man skal gi helsehjelp til pasienten over lengre tid. Dersom det ikke blir prioritert og lagt til rette fra ledelsens side at sykepleieplaner skal brukes aktivt, kan man se for seg at man ender opp med fortløpende rapportering uten bruk av plan, slik Gjevjon og Hellesø (2010) fant.

Hvilke konklusjoner som kan trekkes på bakgrunn av studien, begrenses av at vi ikke har data om den faktiske kvaliteten på dokumentasjonen ved det enkelte arbeidssted. En gjennomgang av dokumentasjonen kunne gi nyttig tilleggsinformasjon, men tilgjengelige ressurser til datasamling tillot ikke dette. Studiens utvalgsstørrelse og svarprosent gjør at en ikke kan trekke sikre konklusjoner og uten videre generalisere resultater til andre kontekster. Vi mener likevel at diskusjonen av funnene i denne studien tilfører ny og nyttig kunnskap innenfor dette lite utforskede feltet.

## Konklusjon

Studien indikerer at det i hjemmesykepleien er en sammenheng mellom helsepersonells oppfatning av dokumentasjon av sykepleie på arbeidsstedet og pasientsikkerhetskultur (målt som skår på teamarbeidsklima og sikkerhetsklima). Sammenholdt med tidligere forskning kan det imidlertid stilles spørsmål ved om oppfatningen av dokumentasjon på eget arbeidssted er mer positiv enn den burde være ut fra faglige kriterier.

Mangelfull dokumentasjonspraksis er en trussel mot pasientsikkerheten, og det er derfor av betydning at ansatte i hjemmetjenesten har en realistisk oppfatning av hvorvidt dokumentasjonen oppfyller faglige kriterier. Systematisk gjennomgang av dokumentasjonen er nødvendig for å få svar på dette.

## Implikasjoner for sykepleiepraksis

Til tross for at ansatte med høyere utdanning i denne studien brukte mer tid på dokumentasjon enn de med lavere utdanning, kan det stilles spørsmål ved om tiden er anvendt så godt som den kunne vært. Om man sammenholder med funn fra en tidligere studie basert på andre deler av samme datamateriale (Bjerkan & Olsen, 2017), synes det som sykepleiere som har vært ansatt kortere tid ved det aktuelle arbeidssted, kan være mer kritisk til nytten av dokumentasjon enn de som har jobbet lenge ved arbeidsstedet. Dette kan indikere en viss resignasjon hos de som har vært lenge på samme arbeidssted, og at de ikke i samme grad stiller spørsmål ved gjeldende dokumentasjonspraksis. Tatt i betraktning at dokumentasjon i pasientjournalen har stor betydning for ivaretagelse av pasientsikkerhet, er det vesentlig at dokumentasjonen gjennomgås ut fra faglige kriterier, som ledd i pasientsikkerhetsarbeidet, og at gode rammevilkår for ivaretagelse av dokumentasjon har høy prioritet blant ledere.

## Referanser

- Aase, K. (2015). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (2. utg., s. 13–21). Oslo: Universitetsforlaget.
- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I. & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS – 2014/382. IRIS Samfunnsforskning, Stavanger*. Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/samhandlingsreformen/forskning-og-evaluering/iris-2014-382-samhandlingsreformens-konsekvenser.pdf>
- Andersson, Å, Frank, C, Willman, A. M., Sandman, P. O. & Hansebo, G. (2018). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e354–e362. <https://doi.org/10.1111/jocn.13914>



- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjork, I. T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15, 5. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bjerkan, J. & Olsen, R. M. (2017). Patient documentation in home health nursing in Norway – a study of attitudes among professionals. I H. Gilstad, S. Khodambashi & J. Bjerkan (Red.), *Proceedings of the 4th European workshop on practical aspects of health informatics (PAHI 2017)*. Hentet fra <http://ceur-ws.org>
- Blair, W. & Smith, B. (2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160–168. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.2.160>
- Bøgeskov, B. O. & Grimshaw-Aagaard, S. L. S. (2018). Essential task or meaningless burden? Nurses' perceptions of the value of documentation. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1), 9–19. <https://doi.org/10.1177/2057158518773906>
- Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M. & Weeks, W. B. (2005). Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*, 14(5), 364–366. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>
- Deilkås, E. & Hofoss, D. (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the safety attitudes questionnaire (SAQ), generic version (short form 2006). *BMC Health Services Research*, 8, 191–191. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-191>
- European Network for Patient Safety. (EUNetPaS). (2010). *A general guide for education and training in patient safety*. Hentet fra <http://www.eu-patient.eu/whatwedo/Projects/completed-projects/EUNetPaS/>
- Freeman, G. K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J., . . . Tarrant, C. (2007). *Continuity of care 2006: What have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D*. London: NCCSDO.
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren, T. I. & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553–563. <https://doi.org/10.1111/jan.12214>
- Gjevjon, E. R. & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. 19(1–2), 100–108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 10 2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). Kvalitet og pasientsikkerhet 2017 (Meld. St. 11 2018–2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-6). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hessels, A. J. & Larson, E. L. (2016). Relationship between patient safety climate and standard precaution adherence: A systematic review of the literature. *Journal of Hospital Infection*, 92(4), 349–362. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.08.023>
- Hofmann, D. A. & Mark, B. (2006). An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*, 59(4), 847–869. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2006.00056.x>
- Holm, S. (2017). *Knapt med tid i hjemmetjenesten – om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress: En dokumentanalyse av enkeltvedtak og ukeprogram* (Doktoravhandling), Nord universitet, Bodø.
- Jones, A. & Kelly, D. (2014). Whistle-blowing and workplace culture in older peoples' care: Qualitative insights from the healthcare and social care workforce. *Sociology of Health and Illness*, 36(7), 986–1002. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12137>
- Katzenbach, J. R. & Smith, D. K. (2005). *The wisdom of teams: creating the high-performance organization*. London: McGraw-Hill.
- Kristensen, S. & Bartels, P. (2010). Use of patient safety culture instruments and recommendations. Results of the EUNetPaS project. Hentet fra <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2016/eunetpas/WP1-REPORT%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recommendations%20-%20March%20%202010.pdf>
- Norell, M., Ziegert, K. & Kihlgren, A. (2013). Care priorities – registered nurses' clinical daily work in municipal elderly care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 388–395. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01051.x>
- NOU 2015:11. *Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- National Patient Safety Foundation (NPSF). (2015). *Free from harm: Accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human*. National Patient Safety Foundation, Boston, MA. Hentet fra <http://www.npsf.org/>
- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J. & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: Observational study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 645. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>
- Olsen, R. M. & Bjerkan, J. (2017a). Patient safety culture in Norwegian home health nursing: A cross-sectional study of healthcare provider's perceptions of the teamwork and safety climates. *Safety in Health*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40886-017-0066-5>
- Olsen, R. M. & Bjerkan, J. (2017b). Sikkert nok? – en kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(1), 6–17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-01-03>

- Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I. & Hellzen, O. (2013). Barriers to information exchange during older patients' transfer: Nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19–20), 2964–2973. <https://doi.org/10.1111/jocn.12246>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Petkovšek-Gregorin, R. & Skela-Savič, B. (2015). Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2). <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.50>
- Saunes, I. S., Svendsby, P. O., Mølsted, K. & Thesen, J. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., . . . Thomas, E. J. (2006). The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- Shekelle, P. G., Wachter, R. M., Pronovost, P. J., Schoelles, K., McDonald, K. M., Dy, S. M., . . . Winters, B. D. (2013). *Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices*. In *Report/Technology Assessment (211)* (s. 1–945). Hentet fra <https://archive.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>
- Thomas, K. S., Hyer, K., Castle, N. G., Branch, L. G., Andel, R. & Weech-Maldonado, R. (2012). Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *The Gerontologist*, 52(6), 802–811. <https://doi.org/10.1093/geront/gns007>
- Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A. M. (2015). Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 317–324. <https://doi.org/10.1111/scs.12165>
- Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9):1858–1875). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>
- Öhlén, A., Forsberg, C. & Broberger, E. (2013). Documentation of nursing care in advanced home care. *Home Health Care Management & Practice*, 25(4), 169–175. <https://doi.org/10.1177/1084822313490729>

## KAPITTEL 7

# Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner

*Line Melby*

SINTEF Digital og Senter for omsorgsforskning øst, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

*Ragnhild Hellestø*

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

*Berit Brattheim*

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

*Pieter Toussaint*

Institutt for datateknologi og informatikk, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Sammendrag:** Parallelt med innføring av samhandlingsreformen har flere tiltak blitt iverksatt for å støtte samhandlingen mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ett slikt tiltak er pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger), et digitalt system for informasjonsutveksling mellom sykehus og kommuner. Det er imidlertid fortsatt utfordringer knyttet til samhandling omkring pasienter som trenger oppfølging på tvers av tjenestenivåer. Basert på kvalitative data fra to studier om samhandling mellom sykehus og hjemmetjeneste presenterer og diskuterer vi tre utfordringer spesifikt relatert til kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom tjenestene. En sentral utfordring er at informantene tidvis opplever at

Sitering av dette kapitlet: Melby, L., Hellestø, R., Brattheim, B. & Toussaint, P. (2019). Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner. I R. Hellestø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 131–152). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch7>  
Lisens: CC BY 4.0

informasjonen de mottar er irrelevant eller feil. Videre hadde de fleste erfart tilfeller der informasjonen er framstilt på en dårlig strukturert måte, noe som igjen ledet til at det kunne mangle opplysninger og at det ble vanskelig å forstå innholdet. En siste utfordring var at informasjonen kom mottaker i hende for sent til å være nyttig. Disse tre utfordringene blir analysert gjennom et multidimensjonalt rammeverk for informasjonskvalitet. Analysen viser at innføring av PLO-meldinger styrket noen av dimensjonene innenfor informasjonskvalitet, men på langt nær alle. Vi trekker fram elementer som bidrar til å styrke informasjonskvaliteten, samt peker på mulige forbedringsområder når det gjelder digital kommunikasjon og informasjonsutveksling.

**Nøkkelord:** Helse- og omsorgstjenesten, samhandling, informasjonskvalitet, kommunikasjon, sykehus, hjemmesykepleie

**Abstract:** Following the introduction of the Coordination reform, several measures have been introduced to support collaboration between hospitals and municipal care services. Among them is a system for information exchange and communication (PLO-messages). However, there are still challenges in achieving good collaboration and seamless care for patients who require healthcare services across different levels. Based on qualitative data from two studies on collaboration between hospitals and homecare services, we present and discuss three challenges specifically related to information exchange and communication between the parties. A main finding is that the information received was not consider relevant, or it was incorrect. Furthermore, informants found on several occasions that information was poorly structured, causing problems with e.g. completeness and readability. Thirdly, information was coming too late to be useful. These three problems were analyzed using a multi-dimensional framework for information quality. The analysis showed that while for some dimensions the quality of information improved after the introduction of PLO-messages, this is not the case for many other dimensions. The analysis points to elements that promote efficient information exchange, while it at the same time points at directions for improvement.

**Keywords:** healthcare, collaboration, information quality, communication, hospital, homecare

## Introduksjon

Innføring av samhandlingsreformen i 2012 førte til et taktskifte i mange pasientforløp. Undersøkelser viser at pasienter som skrives ut av sykehus i dag, har større behov for helsehjelp enn før, at pasienter skrives ut tidligere enn før (Helsedirektoratet, 2016), og at andelen pasienter som reinnlegges øker (Kristoffersen, Hansen, Tomic & Helgeland, 2017). Kommunene må derfor følge opp sykere pasienter i et høyere tempo. Manglende kunnskap om pasienten, for dårlig kompetanse og lav bemanning skaper utfordringer når det gjelder å gi pasienten et godt tilbud i kommunen. Tilsvarende kan sykehusene ha utfordringer med at de har for

lite kunnskap om pasienten som legges inn, og de opplever et sterkt press om å skrive pasientene ut så fort som mulig. Å skape god sammenheng i pasientforløpene for disse pasientene er således utfordrende.

For å nå målene om sammenhengende, godt koordinerte tjenester av høy kvalitet for pasientene, samt ivaretagelse av pasientsikkerhet, stilles det krav til god organisering på tvers av helse- og omsorgstjenestene (Helsetilsynet, 2016; Schou, Helgesen & Hofstad, 2014). Det gjøres en kontinuerlig innsats i helseforetak og kommuner for å skape bedre samhandling. Dette omfatter virkemidler av ulik art og på ulike nivåer, hvorav en del er lovfestede tiltak. På et overordnet nivå er det for det første et krav i samhandlingsreformen, samt i helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), at de regionale helseforetakene skal opprette avtaler med kommuner som definerer partenes ansvar og plikter i samhandlingen. For det andre er det innført betaling for utskrivningsklare pasienter, det vil si at kommuner som ikke kan ta imot disse pasientene, må betale dagbøter til sykehuset (Torjesen & Vabo, 2014). Som et tredje tiltak har sykehus opprettet fagråd og faglige diskusjonsforum der blant annet kommunerepresentanter og fastleger deltar der. Disse har til hensikt å drøfte problemstillinger knyttet til samhandling og komme til enighet om hvordan utfordringer kan løses. Partene har også opprettet samhandlingsavdelinger og samhandlingsansvarlige.

Et fjerde tiltak for å styrke informasjonsutveksling og kommunikasjon er knyttet til innføring av digitale løsninger. Effektiv informasjonsutveksling og muligheter for kommunikasjon er helt sentralt for å skape godt koordinerte pasientforløp. Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) ble gradvis innført fra 2011 i Norge som et digitalt verktøy for kommunikasjon mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehus og fastleger. Vi har tidligere gjort flere studier på bruken av PLO-meldinger og konkludert med at de generelt sett er en suksess. I skrivende stund pilotes dialogmeldingene i PLO-meldingene som kommunikasjonsredskap mellom Helse Vest RHF og fastleger. I Helse Midt-Norge jobber man med Helseplattformen, som er en konkretisering av målet i Stortingsmeldingen «Én innbygger, én journal», altså en felles journal for alle helsearbeidere der det er mulig å dele pasientinformasjon på tvers av organisatoriske skillelinjer.

Til tross for at det gjøres en stor innsats for å skape gode overganger mellom sykehus og kommuner, rapporteres det jevnlig om problemer, for eksempel at pasienter kommer hjem fra sykehus uten at hjemmesykepleien har fått beskjed, og at pasienter skrives ut til hjemmet fredag kveld uten nødvendige legemidler. Slike problemer skyldes typisk mangelfull informasjonsutveksling mellom samarbeidspartnerne. I dette kapitlet skal vi se særlig på informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom sykepleiere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og på sykehus som et ledd i å skape god samhandling mellom de to nivåene i helsetjenesten. Sykepleiere spiller en helt sentral rolle i samhandlingen omkring pasientene. Det gjelder både internt i en avdeling på sykehus, på tvers av avdelinger i sykehus, og i samhandlingen mellom sykehus og kommuner, eller med andre samarbeidspartnere innenfor helse- og velferdstjenestene (NAV etc.).

Kapitlet baserer seg hovedsakelig på datamateriale fra to studier, «Samhandling med IKT» (SIKT), et delprosjekt av evaluering av samhandlingsreformen (2013–2016), og «Legemiddeloppfølging for pasienter ved utskrivning fra sykehus til hjemmet – Samhandlingsutfordringer og pasientsikkerhet» (SAMPAS) (2017–18). I begge studiene har vi vært opptatt av å finne ut hva som hemmer og fremmer samhandling; hva oppleves som problematisk for de aktørene som skal samhandle, og hva fungerer godt? (studiene beskrives nærmere i metodeavsnittet). Basert på materialet fra disse to studiene løfter vi fram noen utfordringer knyttet til det å skape god samhandling på tvers av sykehus og kommune med vekt på informasjonsutveksling og kommunikasjon. Med utgangspunkt i et teoretisk rammeverk som beskriver «dimensjoner av informasjonskvalitet» drøfter vi deretter hvordan disse utfordringene kan forstås og løses.

Videre i kapitlet går vi gjennom perspektiver og begreper som ligger til grunn for analysen av datamaterialet. Vi gir også en kort oversikt over hvordan informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune, med vekt på digital samhandling, foregår i dag. Deretter går vi gjennom metode og materiale. Videre presenterer vi funnene, før vi avslutningsvis drøfter hva som gjør at informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune er stadig utfordrende.

## Analytisk forståelse

Vi anvender perspektiver hentet fra fagområdene helsesosiologi og informasjonssystemer i fortolkningen av utfordringer knyttet til informasjonsutveksling og kommunikasjon på tvers av sykehus og kommuner.

## Kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune

Å sikre god kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom de samhandlende aktørene kan betraktes som et viktig styringsmessig grep for å oppnå godt koordinerte helse- og omsorgstjenester og pasientforløp. I sin redegjørelse av hvordan koordinering i realisering av samhandlingsreformen blir styrt, presenterer Torjesen og Vabo (2014) en typologi (basert på Bouckaert et al. 2010). Typologien viser forskjellige typer koordineringsvirkemidler, de underliggende mekanismene for koordinering og eksempler på tiltak. Utvikling av «systemer for informasjonsutveksling» er et virkemiddel som faller inn under kategorien «organisatoriske virkemidler for koordinering.» Det er basert på en form for nettverksstyring, det vil si at det tilrettelegges for frivillig koordinering gjennom å stimulere organisasjoner til å ta hensyn til andre organisasjoners handlinger gjennom gjensidig tilpasning (Torjesen & Vabo, 2014). Forfatterne eksemplifiserer denne typen virkemidler med utvikling av Kompetansesenter for IT i helsesektoren (tidligere KITH, nå innlemmet i Direktoratet for eHelse), nasjonalt meldingsløft og strategier for standardisering innen eHelse. Utvikling av Norsk helsenett, som skal tilby et sikkert nettverk for informasjonsutveksling i helsesektoren, er et annet eksempel.

Utvikling og innføring av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) kan også betraktes som denne typen virkemiddel for å bedre koordinering. Tidligere studier har vist at PLO-meldinger er et viktig verktøy i samhandlingen mellom sykehus og kommuner så vel som mellom kommuner og fastleger (Lyngstad, Grimsmo, Hofoss & Hellesø, 2014; Melby, Brattheim & Hellesø, 2015; Norges forskningsråd, 2016). Alle aktører i samhandlingskjeden har imidlertid ikke tilgang til PLO-meldinger. Dette omfatter blant annet poliklinikker i sykehus, legevakt og apotek.



## Organiseringsarbeid og informasjonsarbeid

Sykepleiere gjør et omfattende organiserings- og informasjonsarbeid for å sikre pasientforløp med gode overganger slik at pasienten opplever et helhetlig tilbud. Sykepleieres arbeidspraksis er beskrevet i en lang rekke vitenskapelige arbeider. I dette kapitlet trekker vi veksler på innsikt om sykepleieres organiseringsarbeid, hvor informasjonsarbeid er et sentralt element.

Flere forfattere har beskrevet og drøftet betydningen av det ikke direkte pasientrelaterte arbeidet som sykepleiere utfører, men som har stor betydning for kvaliteten på helsehjelpen og på pasientforløpet. Allen (2015) har skrevet utfyllende om det «organiseringsarbeidet», sykepleiere i sykehus utfører, herunder arbeidet med å samle og sammenfatte kunnskap om pasientene for å kunne gi dem riktig helsehjelp, kunnskapsoverføring mellom helsepersonell, samt organisering og styring av klinikkens ressurser. Slikt arbeid er sentralt for å koordinere og skape sammenhengende pasientforløp, ivareta pasientsikkerhet og for å best mulig utnytte organisasjonens ressurser. Allens budskap er at dette arbeidet er usynlig og undervurdert – og svært komplekst.

Strauss et al. (Strauss, Fagerhaug, Suczek & Wiener, 1997) påpekte allerede på 80-tallet et behov for å studere helsepersonells informasjonsarbeid. Deres budskap var at forskere som er opptatt av å forstå arbeidspraksis, bør undersøke hva slags informasjon som blir overført, av hvem, til hvem, når og hvor. I tillegg bør man også undersøke hva slags informasjon som *ikke* blir formidlet. Tanken er at kunnskap om informasjonsutveksling gir et bilde av hvordan organisasjonen muliggjøres. Informasjonsarbeid må forstås både ut ifra den konkrete arbeidsoppgaven som skal gjøres (og som er utgangspunkt for informasjonsutvekslingen), og ut ifra den konteksten hvor informasjonsarbeidet gjøres (Strauss et al., 1997).

Sykepleiere gjør forskjellige typer informasjonsarbeid og de bruker ulike medier for å formidle budskapet sitt. I overgangene mellom sykehus og kommuner kan man grovt sett si at det er tre hensikter med informasjonsarbeidet. For det første er det en hensikt å overlevere informasjon til den som overtar ansvaret for pasienten. Dette omfatter informasjon knyttet til pasientens helsetilstand og funksjonsnivå og hva slags behandling og/eller tjenester pasienten har fått. PLO-meldinger er utviklet blant annet for å ivareta dette behovet. For det andre er avklaring av pasientens

situasjon og tjenestebehov gjennom løpende kommunikasjon en hensikt. Denne typen informasjonsarbeid omfatter typisk sekvenser av spørsmål og svar mellom avsender og mottaker i sykehus og kommune og kan skje både gjennom telefon, dialogmeldinger i PLO og ansikt til ansikt. For det tredje er det en hensikt å dokumentere behandling og sykepleietiltak som er gjennomført, hvilket er et krav i helsepersonelloven (§ 39. *Plikt til å føre journal*). Dette omfatter dokumentasjon i pasientjournalen mens pasienten befinner seg enten hjemme/i kommunen eller på sykehuset (fortløpende i journal) og dokumentasjon ved endring av tjenestenivå, for eksempel ved utskrivning fra sykehus. Epikrise og PLO-utskrivningsmelding er typiske verktøy som brukes til dette.

Selv om sykepleiere utfører mye informasjonsarbeid som eksemplifisert over, og stadig får bedre (digitale) verktøy for å gjøre det, kan det likevel skje at det er manglende kvalitet på informasjonen som overleveres. Dette kan i sin tur føre til feilbehandling og manglende oppfølging av pasienten etc. Kvalitet er et mangetydig begrep, og for bedre å forstå hva som kan gå galt i overføring av informasjon, tar vi utgangspunkt i en flerdimensjonal forståelse av informasjonskvalitet.

## En flerdimensjonal forståelse av informasjonskvalitet

Flere forskere har beskrevet ulike dimensjoner av informasjonskvalitet (se Alter, 2006 og Ge & Helfert, 2007). Alter (2006) deler informasjonskvalitet i fem kategorier: indre informasjonskvalitet, tilgang og tilgjengelighet til informasjonen, kontekstuell kvalitet på informasjonen, kvalitet på informasjonens representasjon samt informasjonssikkerhet. Tabell 1 viser de fem kategoriene og de underliggende dimensjonene.

Noen av dimensjonene i modellen kan bli vurdert uavhengig av brukskonteksten og/eller brukeren, mens andre krever at disse blir tatt med i betraktningen. Eksempelvis kan presisjon og alder vurderes ut ifra informasjonen alene. Tidsriktighet kan imidlertid kun vurderes når man tar i betraktning for hvilket formål informasjonen skal brukes. Fehrenbacher og Helfert har i tillegg funnet at vektning av de forskjellige dimensjonene endres avhengig av bruker og kontekst (se Fehrenbacher & Helfert, 2012,

Dimensjon	Beskrivelse
<b>1. Indre informasjonskvalitet</b>	
Nøyaktighet	I hvilken grad informasjonen er feilfri og nøyaktig
Presisjon	Grad av detaljrikdom
Alder	Tiden løpt mellom når informasjonen ble skapt, og når den blir brukt
Pålitelighet	I hvilken grad informasjonen er til å stole på
Sporbarhet	Muligheter for å spore original informasjonskilde
Informasjonskildens pålitelighet	I hvilken grad den opprinnelige informasjonskilden er pålitelig
Objektivitet	I hvilken grad informasjonen er farget av forfatterens egne synspunkter
<b>2. Tilgang og tilgjengelighet til informasjonen</b>	
Tilgangskontroll	Begrensninger på tilgang til kun autoriserte brukere
Tid før tilgang	Gjennomsnittlig tid det tar å hente ut informasjonen
Brukernes kontrollmulighet av informasjonstilgang	I hvilken grad brukeren kan kontrollere om man har fått tilgang til all tilgjengelig informasjon
<b>3. Kontekstuell kvalitet på informasjonen</b>	
Relevans	I hvilken grad informasjonen gjør en forskjell for brukerens oppgaver
Merverdi	Informasjonens verdi i brukskonteksten
Tidsriktighet	I hvilken grad informasjonens alder og tilgjengelighet er egnet for å støtte oppgavene til brukeren
Kompletthet	I hvilken grad informasjonen inneholder alle relevante opplysninger det er behov for i forhold til beslutningstaking og handling
Normativt passende	Hvor aktuelt/passende det er å anvende informasjonen i den gitte konteksten
<b>4. Kvalitet på informasjonens representasjon</b>	
Konsis	I hvilken grad informasjonen er poengtert og presist representert
Konsistens i representasjon	Den samme informasjonen er alltid representert på samme måte
Fortolkningsrom	I hvilken grad informasjon er klar og utvetydig
Lett forståelig	Informasjonen er klart framstilt og lett å forstå
<b>5. Informasjonssikkerhet</b>	
Uautorisert tilgang	Informasjon er tilgjengelig for brukere som ikke bør ha tilgang
Sårbar for upassende bruk	Informasjon blir brukt til et formål som den ikke bør/kan brukes til

**Tabell 1.** Dimensjoner av informasjonskvalitet, etter Alter, 2006.

Tabell 9). Det skaper en utfordring ved utveksling av informasjon for å støtte samhandling, hvor forskjellige brukere og forskjellige brukskontekster stiller forskjellige kvalitetskrav.

## Metode og materiale

To studier med kvalitativt design danner grunnlag for dette kapitlet. Den første, «Samhandling med IKT» (SIKT), var et delprosjekt av evaluering av samhandlingsreformen (2013–2016). Studien ble gjennomført i tre kommuner og ett sykehus. Utvalget ble gjort med utgangspunkt i at vi tidligere hadde gjennomført en studie hvor vi intervjuet helsepersonell på ett sykehus og i én samhandlende kommune. I SIKT vendte vi tilbake til det samme sykehuset og den samme kommunen. Hensikten var å se om vi kunne fange opp endringer som hadde funnet sted på de årene som hadde gått. Vi supplerte med to «nye» kommuner for å få større bredde i samhandlingserfaringer. Totalt intervjuet vi 41 personer, hvorav 24 jobbet i kommunene og 17 på sykehus. Informantene omfattet sykepleiere og saksbehandlere, samt to IKT-ansvarlige i kommunene. Vi utformet en intervjuguide som særlig fokuserte på hovedtemaene kvalitet, effektivitet og sikkerhet knyttet til digital samhandling. Intervjuene, som var semi-strukturerte i formen, ble gjort i 2014 av LM, BB og RH (forfattere av dette kapitlet).

Den andre studien er «Legemiddeloppfølging for pasienter ved utskrivning fra sykehus til hjemmet – Samhandlingsutfordringer og pasientsikkerhet» (SAMPAS) (2017–18). I denne studien, som også var intervjubasert, intervjuet vi hjemmesykepleiere og saksbehandlere i to kommuner, leger, sykepleiere og tre administrativt ansatte som jobber mye med samhandling fordelt på tre sykehus, samt en fastlege. Totalt ble 23 personer intervjuet. Intervjuguiden var bygd opp rundt temaene kommunikasjon og samhandling rundt pasienter som forflyttes mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, spesifikt utfordringer når det gjelder utveksling av legemiddelinformasjon og implikasjoner av mangelfull samhandling for pasientsikkerheten. Intervjuene ble gjort av LM og to andre prosjektdeltakere<sup>1</sup> i 2017–18. Også her gjorde vi semi-strukturerte intervjuer.

---

1 Irene Wæro og Stine Skaufel Kilskar.

## Analyse

Analysen av materialet har foregått trinnvis og over tid. Vi har tidligere publisert fra andre deler av funnene der vi særlig har understreket at PLO-meldinger bidrar til mer effektiv samhandling (Melby et al., 2015). Samtidig har vi hele tiden vært bevisste på at det fortsatt er utfordringer omkring informasjonsutveksling mellom sykehus og kommuner. Analysen som ligger til grunn for dette kapitlet, startet derfor med at førsteforfatter gikk gjennom materialet fra de to studiene og så spesifikt etter det som informantene beskrev som utfordringer i informasjonsutveksling. Analysen hadde således en form for teoretisk utgangspunkt. Gjennom en fortolkende lesning av intervjutranskripsjonene (Kvale, 2007) dannet det seg et bilde av flere typer utfordringer. Vi gjorde en grov koding av utfordringene, og ble deretter enige om tre kategorier hovedutfordringer som også danner strukturen for resultatkapitlet. Det er verdt å merke seg at de fire forfatterne har forskjellige fagbakgrunn (sosiologi, sykepleievitenskap, radiografi, helseinformatikk), og at vi har derfor sett på data med ulike faglige perspektiver. Dette har forhåpentligvis bidratt til en grundig analyse og kategorier som gjenspeiler brede overordnede utfordringer, heller enn særfaglige tema og interesser.

## Etiske overveielser

Begge studiene ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Generelle prinsipper for forskningsetikk, som informert samtykke og konfidensialitet, samt ivaretagelse av informasjonssikkerhet, har blitt fulgt gjennom arbeidet med studiene. Kommuner og informanter presenteres uten personidentifiserende opplysninger.

## Resultater

Vi har identifisert tre utfordringer knyttet til informasjonsutveksling og kommunikasjon når man skal samhandle på tvers av sykehus og kommuner. Bruk av PLO-meldinger er sentralt i informasjonsutvekslingen mellom disse og har derfor en stor plass i resultatdelen.

Den første utfordringen handler om at innholdet i den skriftlige informasjonen en får tilsendt, ikke samsvarer med det informasjonsbehovet

en har. Den andre utfordringen, som er beslektet med den første, handler om at mottakerne har behov for mer utfyllende og bedre strukturert informasjon enn tilfellet er i dag. Den tredje utfordringen dreier seg om at mottakerne opplever at informasjonen de har behov for, blir for sent tilsendt.

### *Informasjonsinnholdet samsvarer ikke med informasjonsbehovet*

Mottakere av informasjon, enten det er sykepleiere i sykehus eller i kommune, får ikke alltid den informasjonen de trenger når de får tilsendt en PLO-melding. Mer konkret betyr det at mottaker vurderer informasjonen som irrelevant, eller som feilaktig.

### *Innleggelse*

Når en bruker med pleie- og omsorgstjenester legges inn på sykehus, skal kommunen oversende PLO-innleggingsrapport slik at sykehuset har relevant og oppdatert informasjon for å ivareta pasienten. Meldingen har en delvis strukturert form, men kan suppleres med fritekst. I fritekstfeltet kan sykepleierne skrive helt ny tekst, eller de kan lime inn tekst de har kopiert fra journalen. Særlig hvis det står noe om innleggingsårsak i journalen, er det lett å kopiere denne teksten, forteller de. Men mange skriver inn en helt ny tekst. Informantene forteller at «det er litt opp til hver enkelt sykepleier» hva man vil hake av og skrive inn. Det vil si at hver enkelt sykepleier i prinsippet har stor individuell innflytelse på hva slags informasjon innleggingsrapporten inneholder.

Hva synes så mottakerne om innholdet i innleggingsrapporten? Intervjuene viste at det både er fornøyde og misfornøyde mottakere. Siden vi her konsentrerer oss om utfordringene, ser vi nærmere på dem som ikke er fornøyde med innholdet. På spørsmål om hvor nyttig informasjonen i innleggingsrapporten er for sykepleiere i sykehus, svarte to informanter:

- A: Egentlig ikke så veldig. Altså det er greit å vite hva [slags tjenester] de har fra før, og hva de får til hjemme er jo greit i forhold til oppholdet. Men vi har jo ikke noe vi skulle ha sagt i forhold til hva pasientene får senere. Det er kommunen som bestemmer alt (...) og da er det lite vesentlig hva de har fra før når kommunen (likevel) bestemmer.

- B: Det eneste som jeg synes det er greit at det står, er fastlege. Og så står det som regel en oppdatert medisinoversikt. Det kan være greit.
- A: Det er ikke den man bruker mest tid på å lese gjennom. Det er ikke så vesentlig for oss hvordan de fungerte hjemme, det har veldig liten betydning for oss når de er på sykehuset.

Sitatet tydeliggjør flere interessante poeng. Den ene informanten synes det er lite verdi i å vite hva pasienten har av kommunale tjenester. Det begrunner hun blant annet med at sykehuset ikke har noen innflytelse på hva slags tjenester pasienten skal få etter utskrivning. Det er formelt sett korrekt. Videre mener hun at det ikke er så viktig kunnskap å vite hvordan pasienten fungerte hjemme, siden det har liten betydning for ivaretagelse av pasientenes behov på sykehuset. Flere informanter har pekt på at det kan være stor forskjell på funksjonsnivået til en person ut ifra om vedkommende er på sykehus eller hjemme i vante omgivelser. Det kan bety at kunnskapen om fungering på det ene eller det andre steder har mindre relevans for samarbeidspartneren som påpekt i sitatet. Samtidig kan informasjon om hvordan pasienten normalt sett fungerer hjemme, tenkes å være av betydning når det gjelder å sette realistiske mål for pasienten etter utskrivning. Innleggelsesrapportens informasjon om fastlege og medisiner er imidlertid noe som sykehuset har behov for.

Dersom sykehuset skal ha nytte av rapporten, er det nødvendig at hjemmesykepleierne beskriver konkret hva de gjør hjemme hos pasienten, påpeker informanter fra bestillerkontor. Men IPLOS-scoring, som er den vanlige måten å vurdere funksjonsnivået på hos kommunale tjenestetottakere, viser seg å ha liten verdi for sykehuset:

Sykehuset etterspør ofte innleggelsesrapporten. Hjemmesykepleieren kjenner jo pasienten, men kanskje skriver de ikke akkurat hva de gjør der [hjemme hos pasienten]. Og det er jo det som er viktig for sykehuset. Og i innleggelsesrapporten er det en IPLOS[-scoring]. Den tar sykehuset litt avstand fra. De skjønner ikke tallene eller begrepene.

I intervjuene framkom det at enkelte av hjemmesykepleierne derfor lot være å score pasienter, siden sykehuset uansett ikke brukte resultatene.

Et område der mange informanter forteller at opplysningene ikke stemmer, er ved overføring av medisinformasjon fra kommune til sykehus.

Kommunen skal sende informasjon om medisiner for de brukerne de har overtatt ansvaret for medisinene til. Det er flere årsaker som gjør at medisininformasjonen kan bli feil, uten at vi skal gå i detalj på disse. En utfordring oppstår for brukere med multidose. En informant fortalte at det kan oppstå avvik ved at ikke-oppdatert medisinliste blir sendt til sykehuset:

I og med at de [fleste brukerne] har multidose, så har vi et ordinasjonskort som er fra apoteket som er samstemt opp mot multidosen. Men det som vi sender når vi får melding om innlagt pasient, er medisinlisten fra [fagsystemet]. Og den skal jo være oppdatert med ordinasjonskortet, men det er ikke bestandig at det er det, og da kan det bli feil.

Ett eksempel som ble nevnt, er at for en del pasienter, særlig eldre med multisykdom, har fastlegen gjerne brukt lang tid på å bygge opp en god kombinasjon av legemidler. Men når pasienten behandles på sykehuset og sykehuslegene endrer i medisinlista, har de ingen kunnskap om det arbeidet som er gjort av fastlegene i forkant. Derfor stiller flere hjemmesykepleiere, samt en fastlegeinformant, seg spørsmålet om kommunen burde sende noe mer detaljert informasjon om pasientens legemidler ved innleggelse. Historikken om pasientenes medisiner er ikke tilgjengelig for sykehuslegene, påpeker fastlegeinformanten.

### *Under sykehusoppholdet – med forberedelse til utskrivning*

Ser vi på informasjon som overføres underveis i sykehusoppholdet (helseopplysningsmelding), eller ved utskrivning (utskrivningsmelding), finner vi også at det er stor variasjon i hva mottakerne synes om informasjonsinnholdet. En informant spissformulerte det slik: «Noen synes jeg er alt for omfattende, og på noen står det liksom ikke noe.» Manglende samsvar mellom innholdet i meldingene som sendes fra sykehuset og kommunens behov kan skyldes en rekke forhold. En sykepleier reflekterte rundt hva kommunen har behov for:

Jeg har jo fått høre fra kommunen at de setter pris på å få litt mer konkret på «Hva er bakgrunnen?», «Hva er våre vurderinger?», «Hva er problemstillingen?», «Hva tenker vi?», «Hva er planene videre?». Det er jo kjempeviktig at det kommer med på disse helseopplysningene. Det gir jo kommunen helt klart et nytt utgangspunkt, særlig hvis det er nye pasienter.



Kommunen ønsker seg både konkret informasjon om hva som er pasientens problem, hva som er gjort på sykehuset, og hva sykepleiernes vurdering av pasienten er. Intervjuene tyder på at det nok ikke er alle sykepleiere i sykehus som har et like bevisst forhold til hva kommunen har behov for. Det kan også være andre forklaringer på at kommunen ikke alltid får den informasjonen de trenger, som vi skal komme tilbake til.

Sykepleiere i kommunen kan tidvis reagere på at sykehuset kommer med det de kaller «bestillinger» på hva slags kommunale tjenester pasienten trenger, slik som en sykepleier i saksbehandlerrollen uttrykte det:

Sykehuset kommer med bestillinger, men vi ønsker at [sykehuset] skal beskrive hva pasienten trenger hjelp til. Kjennskapen til brukeren er ute i hjemmetjenesten.

Et annet hyppig nevnt eksempel på informasjon kommunen ønsker seg mer av, er medisinopplysninger:

Legemidler synes jeg det er lite fokus på i helseopplysningene [meldingen]. De skriver lite om det. Da er det kun om de har intravenøs behandling og antibiotika. Intravenøs, da handler det om kommunen kan ta imot de når de har det. Ellers kan det være i forhold til at de står på behandling for hjertesvikt, at det er et nedtrappingsregime. Ellers er det ikke nevnt mye.

En forklaring på at kommunen får få medisinopplysninger fra sykehuset gjennom PLO-meldinger er at det er sykepleiere som forfatter meldingene, mens det er legene som har ansvar for medisinene som sendes med epikrisen senere.

## Informasjonen er for dårlig strukturert, for lite utfyllende og lite relevant

Behovet for bedre strukturert og dermed mer utfyllende og relevant informasjon er et annet tema som vi finner flere eksempler på i intervjuene. Strukturering av skriftlig informasjon i form av standarder/maler er et vanlig virkemiddel for å sikre at nødvendige opplysninger dokumenteres og formidles (Berg, 1999). Alle PLO-meldingene er mer eller mindre strukturert, men så fleksible at de ikke sikrer at nødvendig informasjon

inkluderes. Flere sykepleiere uttrykker også misnøye med malene, for eksempel at helseinformasjons-meldingen har felt som betyr nesten det samme. Vel så viktig som titlene på de forskjellige feltene i malen er at de blir fylt ut.

En sykepleier i sykehus påpeker for eksempel at man må passe på å skrive inn tekst på alle områder i utskrivningsrapporten, men har registrert at «mange hos oss sender av gårde bare en linje, ikke sant. At ‘pasienten er innlagt for antibiotika i.v [intravenøst]’, og så står det ikke særlig mye mer. Men da har det veldig lite for seg.» Utsagnet støttes av en annen sykepleier i sykehus som sa at:

Jeg tenker at vi og bydelen/kommunen kan være flinkere til å beskrive litt mer i meldingene. (...) Jeg ser jo noen helseopplysninger herfra som er fryktelige. Det står bare planlagt utskrivningsdato, og det sier jo ikke kommunen så mye.

Problematikken er velkjent for de kommunalt ansatte som skal planlegge oppfølgingen av pasienten. En saksbehandler medga at «det som ofte er litt problematisk, er at [meldingene] ikke er så utfyllende (...) det er den største jobben vår ... vi må etterspørre funksjonsbeskrivelse gang på gang.» Også de utøvende sykepleierne har merket seg mangelfullt utfylte utskrivningsrapporter:

- A: Jeg har vært borti utskrivningsrapporter som ikke har vært så bra. Noen hvor det ikke står noe som helst omtrent. Noen kan være blanke, mens andre står det dårlig hvordan vi skal følge opp videre hva som er gjort på sykehuset.
- C: Det står egentlig ikke hva de har konkludert med. Det står bare hva de har gjort. «Han har fått væske og gjort de og de undersøkelsene.» Det står ikke konklusjon, hva de har kommet fram til.

Også manglende medisinfoylsninger etter sykehusopphold påpekes som et problem blant de ansatte i hjemmesykepleien. Som vi var inne på ovenfor, kommer medisinfoylsningene med epikrisen. Men hjemmetjenestene ønsker seg oppdaterte medisinfoylsninger fra sykehuset før brukerne skrives ut, slik at de kan forberede seg. Helt konkret ønsker flere kommunalt ansatte seg en mer strukturert presentasjonsform av pasientens medisiner:

I løpet av de tjue årene jeg har jobbet, så synes jeg det er en enorm endring når det gjelder medisinbruk. Ja, de er mye dårligere. Før så hadde de kanskje to vann drivende og noe småtteri. Men det er jo en del yngre folk som er kronisk syke og som har mye sammensatt, som har enorme medisinlister. Og da skal du være rimelig klar i hodet når du leser epikrisene for å få med deg det som er gjort. Derfor hadde det vært greit med et sånt (standardisert) medisinskjema.

En annen hjemmesykepleier framhevet at når det er farmasøyter på sykehuset som har bidratt til å skrive medisinlista, er den litt mer oversiktlig fordi den har en tydeligere struktur: «Da står det 'ny', og det står 'endret'. Det er bra. Det er mye lettere å se over.»

Sykepleierne i kommunen synes at en klar struktur er særlig viktig når pasientene har lange medisinlister. Spesielt skulle endringer, samt nye medisiner, vært markert mer tydelig og underbygget med en begrunnelse.

Vi fant også eksempler på at kommunene opplevde at de får for lite opplysninger når sykehuset gjør om pasientens utskrivningsdato, noe som skjer ganske ofte. Endringer av utskrivningsdato gjøres gjennom PLO-meldingen «avmelding av utskrivningsklar pasient», men det følger ikke med noen begrunnelse for endringen i meldingen. For de som planlegger mottaket av pasienten i kommunen, betyr det en usikkerhet knyttet til hva slags endringer som har skjedd, hva slags konsekvenser det har for pasienten – og følgelig hva slags konsekvenser det har for kommunen.

## Informasjonen kommer for sent

En tredje utfordring som beskrives, er at informasjonen helsearbeiderne trenger for å gi et godt tilbud til pasienten, kommer for sent. Utfordringen ser ut til å være særlig stor for kommunen som skal følge opp pasienten etter utskrivning fra sykehuset. Vi vil understreke at det generelt sett er enighet både blant informanter i sykehus og i kommune om at innføring av PLO-meldinger har ført til raskere tilgang til informasjon. Det er frister på å sende og besvare meldinger selv om flere informanter uttrykker at de er usikre på hva fristene faktisk er. Men vi finner også flere eksempler på at informasjon kommer for sent, og dette problemet er særlig stort når det gjelder informasjon om pasienter som skrives ut.

Når en pasient skrives ut fra sykehus, skal kommunen varsles i forkant ved hjelp av «melding om utskrivningsklar pasient», som informerer om når pasienten vil bli skrevet ut. I tillegg skal sykehuset sende utskrivningsrapport i forkant av, eventuelt samtidig med, at pasienten skrives ut. Vi har tidligere vært inne på at utskrivningsrapporten kan være mangelfullt utfylt, og at hjemmesykepleien mangler tilgang til oppdaterte medisinfo opplysninger som må sendes gjennom epikrisen. Intervjuene viser at det er mange eksempler på at kommunen får epikrisen for sent. En informant i hjemmesykepleien beskrev at sykehuset har et system der de skal sende med epikrise, sykepleiersammenfatning (tilsvarer utskrivningsrapport) og resepter. Men at det hender regelmessig at sykehuset ikke har sendt med medisiner til neste dag, at de ikke har sendt med epikrisen, at de ikke har sendt med «noen ting», hvilket fører til frustrasjon blant hjemmesykepleierne. Tilsvarende forteller en sykepleier fra en annen kommune om første besøk hjem til en pasient som er utskrevet fra sykehuset:

Jeg vet ingenting om hva som har skjedd. Har kanskje ikke fått ordentlig epikrise eller uforståelig medisinaliste, ikke resepter. Og så får fastlegen epikrise mye senere, og de er ikke villige til å skrive ut medikamenter før de har fått den. Da ringer vi og maser og får dem [sykehuset] til å fakse [medisinalisten].

Informasjon som kommer for sent, fører til problemer og merarbeid for hjemmesykepleierne, og kan i verste fall føre til problemer for pasienten. Gjennom den ene studien (SAMPAS) ble vi kjent med at Helse Midt-Norge prøver ut en løsning der kliniske farmasøyter bistår sykehusavdelingene med å gjøre legemiddelgjennomganger og utforme oppdaterte medisinalister som sendes med pasienten ved hjemreise. Til tross for at epikrisen (medisinfo opplysninger) tidvis kommer for sent, er det likevel ganske stor forståelse for at det kan ta tid å få skrevet epikrisen og sendt den ut. En sykepleier i sykehus utdypet:

Det er tiden det går på. Det er ikke fordi man ikke gidder, men de har for mye å gjøre. de skal bli ferdige med visitt, bestille undersøkelser, ta papirarbeid i etterkant. Og da har vi kanskje allerede sendt pasienten hjem. Tidspres. Kapasitet.

For kompliserte pasienter kan det ta lengre tid å lage en god epikrise, og sykehuset må for eksempel vente på prøvesvar før de ferdigstiller

epikrisen. For å klare å organisere et godt kommunalt behandlingstilbud er det uansett en stor fordel å få epikrisen så raskt som mulig.

## Diskusjon

I resultatdelen har vi beskrevet tre hovedutfordringer i informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommuner: manglende samsvar mellom informasjonsbehov og informasjonsinnhold, behov for bedre strukturert informasjon og at informasjonen kommer mottakeren for sent i hende. Generelt sett finner vi at det er kommunen som opplever de største utfordringene. Dersom vi ser på utfordringene ut ifra Alters (2006) informasjonskvalitetsrammeverk, ser vi at det særlig er noen dimensjoner av kvalitet som ivaretas dårlig i informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommune.

Når det gjelder *manglende samsvar* mellom hva mottakeren trenger av informasjon og hva som sendes, eksemplifiserte vi denne utfordringen særlig med PLO-innleggsrapport. Generelt sett kan vi si at dimensjoner om tilgang og tilgjengelighet til informasjon (Tabell 1) er forholdsvis godt ivaretatt i denne fasen, særlig sammenliknet med situasjonen før PLO-meldinger ble innført. Da fikk sykehuset ingen skriftlig informasjon fra hjemmetjenesten. Videre er dimensjonene under informasjonssikkerhet godt ivaretatt ved digital kommunikasjon gjennom PLO-systemet. Det kan være en grunn til at brukerne er fornøyd på et overordene nivå med denne måten å jobbe på.

Årsaker til at det fortsatt ikke er optimal kommunikasjon mellom samhandlingspartnere i denne fasen, skyldes dermed mangel ved andre dimensjoner av informasjonskvalitet. Sykepleiere i sykehus påpeker blant annet at innleggsrapporten har lav relevans for dem, det vil at den kontekstuelle kvaliteten på informasjonen er (for) lav. Funnene viste også at IPLOS-scoring som gjøres i kommunen, heller ikke har relevans for sykepleiere i sykehus, og den har liten verdi i brukskonteksten. IPLOS-scoringer kan i tillegg være gjort i kommunen lenge før brukeren blir innlagt, og representerer dermed også en utfordring når det gjelder alder og tidsriktighet, to dimensjoner av indre informasjonskvalitet og kontekstuell kvalitet.

Tar vi perspektivet til kommunen som mottaker av informasjon, er det typisk helseopplysningsmelding og utskrivningsmelding som sykehuset sender til kommunen som oppleves å ha varierende kvalitet. Her er det særlig den indre informasjonskvaliteten som vurderes som for lav av mottaker, men også den kontekstuelle kvaliteten på informasjonen kan være problematisk. For eksempel viste vi i resultatdelen at presisjonen kan være dårlig: Mottakerne erfarer å få for mye informasjon, eller altfor lite informasjon. Det er også utfordringer med relevans og merverdi av informasjonen. Ett eksempel på dette er opplysninger kommunen opplever som «bestillinger» fra sykehuset. Dette er informasjon uten stor verdi for kommunen. Kommunen ønsker seg heller detaljert og konkret informasjon om hva som har skjedd med pasienten på sykehus, enn konklusjonen i form av en bestilling. Altså informasjon som er mer nøyaktig, har større detaljrikdom og som dermed er relevant når kommunen skal planlegge brukerens tjenestetilbud.

Den andre hovedutfordringen er at mottaker opplever at informasjonen er *for dårlig strukturert, mangelfull og lite relevant*. Ut ifra informasjonskvalitetsrammeverket (Alter, 2006) vil dårlig struktur blant annet gi følger for kvalitet på informasjonens representasjon. I vårt tilfelle ser vi særlig at informasjonen ikke er poengtert og presist representert. For eksempel gjelder dette medisinlister som sendes fra sykehuset til kommunen. Hvis det ikke markeres tydelig at en medisin er «ny», eller «endret» i dosering, blir det mer krevende for mottakerne i kommunen å oppfatte endringer. Dårlig struktur øker også sjansen for generelt lav indre informasjonskvalitet (f.eks. lav grad av detaljrikdom) og påfølgende dårlig kontekstuell kvalitet på informasjonen. Dårlig struktur åpner også opp for stor grad av subjektivitet blant avsenderne av informasjon, som i sin tur betyr at den heller ikke blir konsistent representert over tid og på tvers av avsendere.

Dårlig eller mangelfull struktur skaper problemer for sykepleierne som skal skrive meldinger. Dersom strukturen er for åpen, kreves det kompetanse og kunnskap om mottakerens behov for å vite hva man skal skrive, og en stadig oppmerksomhet på samarbeid. Dette kan vi forstå som elementer av samhandlingskompetanse (Winsvold, 2011), noe som blir stadig viktigere i en tid hvor det stilles økende krav til samarbeid på tvers. En

annen utfordring er at meldingene i stor grad farges av forfatterens egne synspunkter, det vil si at de står i fare for å ha lav objektivitet, som Alter (2006) kaller det. For at teksten skal bli presis og relevant når strukturen er dårlig, stilles det store krav til sykepleierne (eller andre som skriver), både når det gjelder klinisk fagkunnskap og samhandlingskompetanse. Å gjøre et godt stykke informasjonsarbeid er dermed en komplisert oppgave, og det er et godt eksempel på en form for usynlig organiseringsarbeid (Allen, 2014, 2015). Det er grunn til å stille spørsmål om hvilken opplæring om informasjonsarbeid sykepleiere får under utdannelsen, gitt at dette arbeidet er svært viktig for å sikre gode pasientforløp.

At informasjonen *kommer mottakeren for sent i hende* til å være nyttig, er den tredje utfordringen vi har beskrevet. Relatert til informasjonskvalitet er det særlig dimensjonene tidsriktighet og alder som er problematiske. I materialet vårt blir denne utfordringen ofte eksemplifisert med at epikrisen, inkludert medisinlista, blir sendt fra sykehuset for sent. Det er særlig behovet for oppdatert legemiddelinformasjon som utløser frustrasjon og merarbeid blant sykepleierne i kommunen. Det er jobbet mye i sykehus for å få ned tiden mellom pasientens utskrivning og sending av epikrise. Denne studien viser imidlertid at det i mange tilfeller fortsatt tar for lang tid. For øvrig er informantene stort sett fornøyde med at de får PLO-meldingene raskt. Men dersom PLO-meldingene ikke inneholder all relevant informasjon, er man like langt. I intervjuene med hjemmesykepleiere framkom det at de setter i gang et stort arbeid for å få oppdatert pasientens medisiner. Fra å gjøre enkelt informasjonsarbeid vris arbeidet over til fullskala organisering og mobilisering av aktører for å oppdatere legemiddellister og skaffe pasienten de riktige medisinene. Dette er også en type usynlig arbeid som ikke er beskrevet i sykepleiefaglig pensumlitteratur, men som enhver hjemmesykepleier vil kjenne seg igjen i, er vår erfaring. Og det er arbeid som er helt avgjørende for at brukeren skal få nødvendig helsehjelp.

## Konklusjon

Informasjonsutveksling og kommunikasjon i samhandlingen mellom kommuner og sykehus har helt tydelig blitt mye enklere og mer effektiv

etter innføring av PLO-meldinger. Kvaliteten på informasjonen har økt når det gjelder tilgang og tilgjengelighet, samt at informasjonssikkerheten er styrket. Informasjonen er i prinsippet mye enklere tilgjengelig enn tidligere, da sykepleiere måtte ringe rundt for å innhente opplysninger om pasienter. Alle utfordringer er imidlertid ikke løst. Det er et stort forbedringspotensial når det gjelder indre informasjonskvalitet, kontekstuell kvalitet på informasjonen og kvalitet på hvordan informasjonen er representert. Det pågår arbeid for å løse disse utfordringene, for eksempel vil innføring av Helseplattformen ytterligere øke tilgjengelighet til informasjon og strukturere den på nye måter. Utfordringene lar seg imidlertid ikke løse ved bare å forbedre de teknologiske løsningene. Det er veletablert kunnskap at organisering og arbeidsprosesser rundt digitale løsninger er minst like viktige som selve den teknologiske løsningen. Videre er det nødvendig å ha i mente at man aldri vil klare å skape perfekt informasjonskvalitet, og at ikke alle dimensjonene er like viktig i de forskjellige brukskontekstene. I videreutviklingen av digitale samhandlingsløsninger vil det være nødvendig å ha god kunnskap om brukernes konkrete arbeidsoppgaver og brukskonteksten for å prioritere riktig når det gjelder hvilke elementer av informasjonskvalitet som er viktigst å forbedre.

## Referanser

- Allen, D. (2014). Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships. *Social Science & Medicine*, 119, 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.036>
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses. Hospitals, organisation and healthcare*. Oxon: Routledge.
- Alter, S. (2006). *The work system method: Connecting people, processes, and IT for business results*. Larkspur, CA: Work System Press.
- Berg, M. (1999). Patient care information systems and health care work: A sociotechnical approach. *International journal of medical informatics*, 55, 87–101. [https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(99\)00011-8](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(99)00011-8)
- Bouckaert, G., Peters, B. G. & Verhoest, K. (2010) *The coordination of public sector organizations. Shifting patterns of public management*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9780230275256>
- Fehrenbacher, D. D. & Helfert, M. (2012). Contextual factors influencing perceived importance and trade-offs of information quality. *Communications of the*



- Association for Information Systems*, 30(8), 111–126. <https://doi.org/10.17705/1cais.03008>
- Ge, M. & Helfert, M. (2007). A review of information quality research—develop a research agenda. Proceedings of the 12th International Conference on Information Quality, 2007.
- Helsedirektoratet (2016). *Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet 2015. IS-2483*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30.
- Helsetilsynet. (2016). *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*. Rapport 1/2016. Oslo: Helsetilsynet.
- Kristoffersen, D. T., Hansen, T. M., Tomic, O. & Helgeland, J. (2017). *Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for helseforetak og kommuner 2016*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781849208963>
- Lyngstad, M., Grimsmo, A., Hofoss, D. & Hellesø, R. (2014). Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.12590>
- Melby, L., Brattheim, B. J. & Hellesø, R. (2015). Patients in transition – improving hospital–home care collaboration through electronic messaging: Providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (23–24): 3389–99. <https://doi.org/10.1111/jocn.12991>
- Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen* Lysaker: Norges forskningsråd.
- Schou, A., Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. NIBR-rapport 2014: 21*. Oslo: NIBR.
- Strauss, A. L., Fagerhaug, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1997). *Social organization of medical work*, (2 utg.). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Torjesen, D. O. & Vabo, S. I. (2014). Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Winsvold, A. (2011). *Evaluering av prosjektet Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge*. NOVA Rapport 18/11. Oslo: NOVA.

## KAPITTEL 8

# Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen

*Ragnhild Hellesø*

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

*Merete Lyngstad*

Norsk Sykepleierforbund

*Berit Brattheim*

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

*Line Melby*

SINTEF Digital og Senter for omsorgsforskning øst, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

**Sammendrag:** I dette kapitlet viser vi hvordan sykepleiere i sykehus oppfatter at samhandlingen og informasjonsutvekslingen med kommunehelsetjenesten har endret seg over tid. Teoretisk bygger kapitlet på samhandlingsteorier. Intervjuer med 42 sykepleiere i tre tidsperioder er samlet inn og analysert. Analysen viser at det har skjedd en stor endring i hvordan informasjon blir utvekslet. Endringen kjennetegnes med tre forhold: fra å være helt papirbasert via å ha en hybrid form med både papir og elektronisk informasjonsutveksling til en hovedvekt på elektronisk informasjonsutveksling. Videre finner vi at samarbeidsklima mellom sykehus og kommunen har endret seg.

**Nøkkelord:** samhandling, sykepleieres informasjonsutveksling, longitudinell studie, digitalisering

Sitering av dette kapitlet: Hellesø, R., Lyngstad, M., Brattheim, B. & Melby, L. (2019). Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 153–176). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch8>  
Lisens: CC BY 4.0

**Abstract:** This chapter seeks to elucidate hospital nurses' experiences with how their collaboration and information exchange with municipal health services has changed over time. Theoretically, the chapter builds on interaction theories. Interviews with 42 nurses for three periods of time have been collected and analyzed. Analyses show that major changes in how information is exchanged has taken place. The changes are characterized by three aspects; from being completely paper-based, having a hybrid form with both paper and electronic information exchange to a main emphasis on electronic information exchange. Furthermore, the collaboration culture has also changed.

**Keywords:** integrated care, nurses' information exchange, longitudinal study, digitalization

## Innledning

I dette kapitlet setter vi søkelyset på hvordan samhandlingsprosessene fra pasienten legges inn i sykehus til de skrives ut, har endret seg før, under og etter at samhandlingsreformen ble innført. Sykepleierne har en sentral rolle i utskrivingsplanleggingen når pasienter trenger kommunale helsetjenester etter et sykehusopphold (Allen, 2015; Hellesø, Sorensen & Lorensen, 2005; Vik, 2018). Manglende tilgang til gode systemer for informasjonsutveksling i helsetjenesten kan føre til redusert kvalitet i pasientomsorgen og merarbeid og frustrasjon for helsepersonell (Melby, Toussaint & Hellesø, 2014).

Myndighetenes mål er at pasientene skal oppleve at helsetjenestene er sammenhengende og preget av kontinuitet og trygghet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette er også etterspurt av både pasienter og helsepersonell (Hestevik, Molin, Debesay, Bergland & Bye, 2019; Wibe, Hellesø, Slaughter & Ekstedt, 2011).

En stadig økende spesialisering er en av årsakene til at det er behov for å bedre samhandlingen i helsetjenesten. Dette har ført til at pasienter møter en fragmentert og uoversiktlig helsetjeneste. Stadig flere pasienter må forholde seg til mange ulike helse- og omsorgstjenester med mange forskjellige helsepersonellgrupper for å få nødvendig helsehjelp. En annen årsak til samhandlingsutfordringene er at det over år har skjedd en nedbygging av døgnkapasiteten i sykehus med kortere liggetid og raskere overføring til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette betyr at kommunene i større grad må ivareta pasienter med mer avanserte og komplekse behov (Melby, Obstfelder & Hellesø, 2018). Det er en

generell trend at befolkningen skal få sine helsetjenester nær eller i eget bosted – det vil si i kommunene – for å sikre tilgjengelige, koordinerte og helhetlige tjenester. Det forventes at endringen fra mer sykehusbaserte til kommunale helse- og omsorgstjenester skal bidra til økt kostnads-effektivitet og bedre ressursutnyttelse (Starfield & Shi, 2002). Det har også vokst fram en erkjennelse av at den sykdomsspesifikke modellen som helsetjenesten har vært organisert etter, ikke lenger er hensiktsmessig for å ivareta en økende andel pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer (Grimsmo, 2018). Organiseringen har hatt enkeltepisoder av sykdom og på akutte hendelser i fokus, ikke på de pasientene som har behov for samhandling mellom aktørene (Goodwin, Stein & Amelung, 2017). Men det skjer nå en endring av dette tankegodset – både internasjonalt og nasjonalt – der det satses på å utvikle mer helhetlige og sammenhengende tjenester for pasienter med behov for koordinerte tjenester (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson & Saltman, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Vik, 2018).

Nasjonalt ble oppmerksomheten om samhandlingsproblemene satt tydelig på dagsordenen i den offentlige utredningen «Fra stykkevis til helt» (NOU 2005: 3, 2005). Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er oppfølgeren av denne utredningen, og løsninger for å bedre samhandlingen mellom ulike nivå i helsetjenesten og mellom ulike aktører har skutt fart etter at stortingsmeldingen ble lagt fram. Særlig ble det i meldingen pekt på behovet for bedring i samhandlingen mellom sykehus og kommunene hvor god informasjonsflyt og bruk av IKT ble lansert som sentrale virkemidler.

For at helsepersonell skal sikre gode helsetjenester til pasienter som skrives ut fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester, er det avgjørende at de har tilgang til relevant, nøyaktig og korrekt informasjon til rett tid (Kripalani et al., 2007). Likevel får ikke alltid helsepersonell nødvendig informasjon for å følge opp pasientene. Helsepersonell bruker derfor mye tid på å innhente nøyaktig og relevant informasjon om pasientene (Gronroos & Perala, 2005; Hellesø, Lorensen & Sorensen, 2004; Melby, Brattheim & Hellesø, 2015; Melby & Hellesø, 2010). En utfordring er at helseinformasjonen om pasientene er lagret i atskilte pasientjournalssystemer i de ulike helsetjenestene, og at disse ikke er integrert med

hverandre. Det skaper ikke bare problemer for helsepersonells tilgang på informasjon om pasientene, men også for pasienter som opplever at helsetjenesten består av separate siloer som ikke samhandler. Mange pasienter opplever derfor at de må koordinere egen helsehjelp og sørge for at informasjonen kommer fram til riktig mottaker (Hellesø, Eines & Fagermoen, 2012; Wibe et al., 2011).

For å gjøre samhandlingen lettere lanserte helsemyndighetene strategier for bruk av IKT i samhandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og de etablerte det såkalte meldingsløftet som varte fra 2010–2011 (Helsedirektoratet, 2011). Deretter ble oppgavene overført til Helsedirektoratet.

Innføring av elektroniske meldinger som verktøy for å samhandle både horisontalt, dvs. mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og fastleger, og vertikalt, dvs. mellom sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste, ble utviklet og innført. Som et resultat av dette erfarte sykepleiere i kommunen at tilgjengeligheten til pasientenes fastleger ble lettere når de kunne kommunisere ved hjelp av elektroniske meldinger (Lyngstad, Melby, Grimsmo & Hellesø, 2013; Melby & Hellesø, 2014). Også sykepleiere i sykehus og kommunen mente at bruk av elektroniske meldinger har gitt bedre tilgang til informasjon og dermed bedret pasientsikkerheten. Men innføring av elektroniske meldinger medfører at helsepersonell må etablere rutiner og systemer for hvem som er ansvarlige for å opprette, sende, motta og følge opp meldinger (Melby et al., 2015). Det er også studier som antyder at samhandlingen har blitt forverret etter samhandlingsreformen (Gautun, Martens & Veenstra, 2016). Det er derfor interessant å få en dypere innsikt i hvilke endringer som har skjedd over tid i måten samhandlingen foregår på for de pasienter som trenger oppfølging av kommunale tjenester etter utskrivelsen fra sykehus.

## **Teoretiske perspektiver**

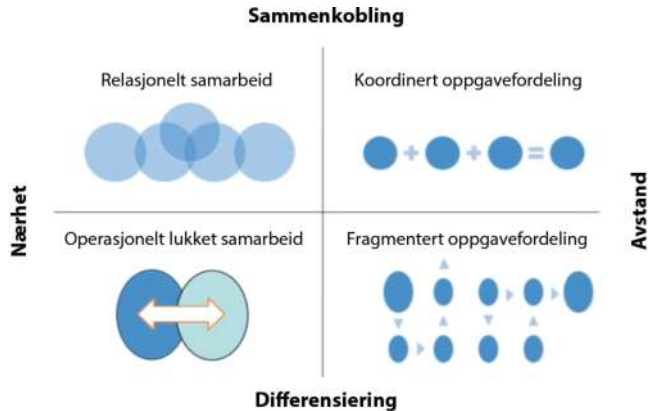
Å gi en enhetlig og god definisjon på hva samhandling er, har vist seg å være vanskelig. Det norske begrepet samhandling finnes for eksempel ikke i engelsk litteratur. I den internasjonale litteraturen brukes ofte

begrepet «integreerte helsetjenester». Det er også flere definisjoner på hva integrerte tjenester er. Spør man pasienter og helsepersonell hva som betyr noe, er det følgende forhold: Helse- og omsorgstjenestene må være integrerte rundt pasienters behov. Og det må være et særlig søkelys på planlegging, overganger mellom institusjoner og tjenester, god kommunikasjon og informasjon. Det må også være opplevelse av felles beslutningstaking mellom pasienter og helsepersonell mot avklarte mål og resultater (Goodwin et al., 2017).

En måte å forstå hva integrerte helsetjenester er, har vært å beskrive begrepet på ulike nivåer som mikro-, meso-, og makronivå (Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzeels, 2013). På mikronivå – som er det individuelle nivået – handler det om å sørge for at informasjon om enkeltpasienten er tilgjengelig for helsepersonell på en slik måte at helsetjenesten oppleves å henge sammen og å være personorientert. På mesonivå – det vil si det organisatoriske nivået – handler det om å utvikle hensiktsmessige retningslinjer og organisering slik at helsetjenesten kan sikre kontinuitet og gi helhetlige og sammensatte helsetjenester for pasienter. Det betyr også at nødvendig kompetanse, roller, mandat og ansvar må være tydelig og avklart. Makronivået handler om å sikre rammer og system for samhandling, som for eksempel lovverk og sentrale føringer. Samhandlingsreformen er et eksempel på styringssystem der myndighetsforventningene til helsetjenesten kommer til uttrykk. Denne nivåinndelingen viser at problemet med å forstå samhandling på en enkel og entydig måte ikke er mulig, og at man må erkjenne samhandlingens kompleksitet (Goodwin et al., 2017). Men systematiseringen kan være til hjelp for å forstå hva man må arbeide med for å forbedre samhandlingen.

En annen måte å beskrive samhandling på finner vi i Viks (2018) samhandlingstypologi, som presenterer fire former for samhandling (figur 1). Denne typologien kan forstås som en utdyping av mesonivået. Den reflekterer et funksjonelt perspektiv på hvordan samarbeidende helsepersonell fordeler oppgaver langs to dimensjoner.

Den ene dimensjonen er at samhandlingen skjer langs et kontinuum mellom nærhet og avstand. Den andre dimensjonen er et kontinuum mellom sammenkobling og differensiering. Innenfor disse to



**Figur 1.** Samhandlingstypologi (brukt med tillatelse fra Erlend Vik).

dimensjonene er det ulike kjennetegn ved samhandlingen. En form er *relasjonelt samarbeid*. Her kjennetegnes relasjonen mellom samarbeidspartene av «interaksjon, likeverdighetstankegang og respekt» (Vik, 2018) (s. 133). Å få til en slik samhandling forutsetter at samarbeidspartene har mulighetene for å ha møteplasser hvor aktørene kan møtes fysisk. Når samhandlingsformen er *operasjonelt lukket samarbeid*, opplever partene at kan det være vanskelig å finne konsensus i samarbeidet og at samarbeidet kan bli konfliktfylt. Selv om aktørene kan ha møteplasser, kommer de av ulike årsaker ikke fram til konsensus. Når samhandling kjennetegnes av *koordinert oppgavefordeling*, opererer aktørene selvstendig og hver for seg og har lite med hverandre å gjøre, de opererer i siloer. Mange av de utfordringene både pasienter og helsepersonell møter, er nettopp at helsepersonell opererer i siloer, hvor nærmest vanntette skott bidrar til frustrasjoner og manglende kontinuitet. Når pasienter trenger helsetjenester fra flere, må helsepersonell koordinere sin virksomhet og ha systemer som gjør samhandling mulig. Hensiktsmessig organisering, gode retningslinjer og IKT-systemer må være innrettet slik at de kan bidra til å koble sammen aktørene. Digitale meldinger som integreres i pasientjournalen og som muliggjør at aktørene kan koordinere oppgavene, er et eksempel på et slik IKT-system. Den fjerde samhandlingsformen, slik Vik (2018) beskriver det, kjennetegnes av *fragmentert oppgavefordeling*. Her har de samarbeidende aktørene ingen møteplasser, og de som skal samhandle har ofte liten kjennskap til og kunnskap om hverandre.

For å få en dypere forståelse av samhandlingsutfordringer kan typologien (figur 1) suppleres med å se på samhandling i et kulturperspektiv. Det har nemlig en særlig relevans knyttet til hvordan helsepersonell som har ulike organisatoriske tilknytninger, har vist å ha ulike tilnærminger og fortolkninger av pasientenes behov under og etter sykehusopphold. Når samarbeidende helsepersonell i sykehus og kommunen ikke har samme oppfatning av pasientenes behov, oppstår det spenninger og uklårheter i hvordan man kommuniserer rundt pasienter. Sykehusansatte er orientert mot diagnose og sykdomsepisoder og har et korttidsperspektiv, mens ansatte i kommunen er orientert mot funksjonsevne og mestring i et langtidsperspektiv hvor de skal balansere at pasientene har flere samtidige og kroniske sykdommer (Hellesø & Fagermoen, 2010; Hellesø & Melby, 2013; Rosstad, Garasen, Steinsbekk, Sletvold & Grimsmo, 2013). Disse perspektivene på pasienten skaper spenninger og kommer ofte til uttrykk gjennom manglende og presis kommunikasjon og informasjon i samhandlingen.

Hensikten med dette kapitlet er å analysere og diskutere hva som karakteriserer endringer i samhandling med særlig søkelys på informasjonsutveksling mellom sykepleiere i sykehus og kommunene fra pasienten legges inn i sykehus til de skrives ut. Vi presenterer erfaringer fra sykepleiere i sykehus som er samlet inn før, under og etter at samhandlingsreformen ble innført. Det gir et grunnlag for å analysere endringer i et longitudinelt perspektiv.

## Metode

Vi har brukt data som er samlet inn gjennom intervjuer med sykepleiere ved sykehus i tre forskjellige studier. Felles for alle tre studiene er at søkelyset har vært på sykepleieres oppfatninger av og erfaringer med pasientforløp fra innleggelse i sykehus til utskrivelse. Den første studien, som ble gjennomført i 2008, hadde sitt utgangspunkt i et prosjekt der formålet var å bedre forstå – fra sykehussykepleieres perspektiv – hvorfor det var utfordrende å få til gode utskrivingsplanlegginger, og om det var noen underliggende forhold som kunne forklare utfordringene.<sup>1</sup> Den

---

1 Norges forskningsråd 181859/V50.



andre studien<sup>2</sup> – hvor sykepleiere både i sykehus og hjemmetjenesten ble intervjuet – ble gjennomført i 2011/12. Den hadde som siktemål å se på de verktøyer sykehusene brukte i sin samhandling med kommunene, og hvordan sykepleierne erfarte at samhandlingen var. I dette tidsrommet var samhandlingsreformen initiert og helsetjenesten forberedte at den skulle innføres. Den siste studien fra 2014<sup>3</sup> ble gjennomført to år etter at samhandlingsreformen startet, og søkelyset var på evaluering av effekten av innføring av elektroniske meldinger som samhandlingsverktøy. Også i denne studien ble sykepleiere i sykehus og hjemmetjenesten intervjuet. Siden alle studiene har handlet om samhandling, dannet det et grunnlag for å gjøre en re-analyse av intervjuene for å identifisere utviklingstrekk (Ruggiano & Perry, 2019). Fordi ikke alle tre studiene hadde inkludert hjemmetjenesten, har vi i dette kapitlet avgrenset perspektivene på endringer til sykehussykepleierne.

Til sammen inngår 42 sykepleiere i analysedataet. De fordelte seg slik: I første datainnsamlingen deltok 14 sykepleiere, i andre var det 13 og i den siste var det 15 sykepleiere. Inklusjonskriteriet var at de skulle ha jobbet i minst seks måneder på samme sted for å sikre at de hadde tilstrekkelig erfaring med samarbeid og informasjonsutveksling med kommunene. Intervjuene ble gjennomført på sykepleiernes arbeidsplasser. Intervjuene startet med: 'Fortell om hva som skjer når en pasient kommer til din avdeling'. Dette åpningsspørsmålet åpnet opp for å spørre om samhandlingen gjennom hele sykehusoppholdet til pasienten.

## Analyse

Alle intervjuene var tatt opp på bånd og skrevet ut ordrett. Re-analyse av materialet ga oss mulighet til å se på materialet på nye måter fordi vi reiste nye spørsmål og gikk i dybden på nye deler av materialet som følge av disse nye spørsmålene (Ruggiano & Perry, 2019). Vi analyserte dataene først deduktivt ved å identifisere, organisere og kategorisere materialet fra alle tre datainnsamlingene ut fra tre faser i pasientenes sykehusopphold:

---

2 Norges forskningsråd 196365/H10.

3 Norges forskningsråd 229623/H10.

ved innleggelse, deretter hva som skjedde rundt utskrivningsplanleggingen mens pasienten var innlagt i sykehus, og til slutt hva som skjedde ved utreise. Vi var særlig opptatt å finne ut av hvilke verktøy sykepleierne hadde tilgjengelig for samhandling i sin hverdag, og hvordan disse redskapene understøttet arbeidsprosessene gjennom pasientens sykehusopphold. Videre søkte vi etter utsagn fra sykepleierne som omhandlet hvordan de opplevde samhandlingen med kommunen. Deretter undersøkte vi intervjuene induktivt for hver av kategoriene (Tjora, 2012). Vi så etter ord og uttrykk som handlet om samhandlingsprosesser og hvilken informasjon sykepleierne sa de hadde tilgjengelig. Vi søkte også å finne ut hvordan informantene snakket om sine samhandlingspartnere i kommunen, hva de sa om kvaliteten ved informasjonen, og hva som skjedde rundt pasientene gjennom pasientforløpet. Gjennom denne tilnærmingen fikk vi ny innsikt i hvordan sykepleierne snakket om kjennetegn ved samhandlingen i de ulike fasene og endringer som har skjedd. Alle forfatterne – som har ulike bakgrunn – var involvert i ulike deler av datainnsamling og analyse. Dette var en styrke fordi vi på tvers av faglige perspektiver og erfaringer, måtte diskutere oss fram til enighet om en felles forståelse av analysen og resultatene.

## Etikk

Alle prosjektene ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata. Tilgang til sykehusene ble gitt av ledelsen. En kontaktperson ved hver avdeling informerte og rekrutterte sykepleiere som fylte inklusjonskriteriene. Alle fikk skriftlig informasjon om studien og om sine rettigheter før de ga sitt informerte samtykke. Alle intervjuene var anonymisert i henhold til NSDs retningslinjer og anbefalinger.

## Resultat

Analysen viser to overordnede funn. Det første handler om hvordan sykepleiere utveksler informasjon, det vil si hvilke redskaper de har tilgjengelig i samhandlingen. Det andre funnet handler om samhandlingsklima med kommunen.

## Endringer i hvordan informasjon utveksles

Det har skjedd en stor endring i hvordan informasjon blir utvekslet. Endringen kjennetegnes med tre forhold: fra å være helt papirbasert via å ha en hybrid form med både papir og elektronisk informasjonsutveksling til en hovedvekt på elektronisk informasjonsutveksling som vist i tabell 1.

2008	2011/12	2014
Papirbasert og muntlig informasjonsutveksling.  Pasienter og pårørende tar med informasjon, eller det sendes ved ordinær postgang.  Fax og telefon sentralt virkemiddel.	Hybrid løsning – papirbasert og elektronisk informasjonsutveksling.  Pasienter og pårørende tar med informasjon.  Suppleres om nødvendig med telefon.	Elektroniske meldinger som er integrert i pasientjournalen, er hovedredskapet for informasjonsutvekslingen.  Suppleres om nødvendig med telefon.

**Tabell 1.** Redskaper sykepleiere bruker i utveksling av informasjon.

I 2008 hadde sykepleierne et sett med ulike skjemaer som skulle fylle ulike formål og behov for at de kunne utveksle informasjon med kommunen. For at helsepersonell skulle få nødvendige opplysninger om pasienten ved innleggelse, ble informasjon – i den grad det ble sendt noe – overført i papirversjon, med faks eller at pasient eller pårørende var informasjonsbærere. Sykepleierne ga uttrykk for at de kunne streve med å få tilstrekkelig informasjon om nylig innlagte pasienter fordi verktøyene de hadde tilgjengelige, ikke fungerte hensiktsmessig:

I første omgang så snakker jeg med pasienten og prøver å få frem informasjon om hvordan hjemmeforholdene er, om de har noe hjelp fra tidligere og sånne ting. Og hva de eventuelt har fått hjelp til. Det er jo ikke i alle tilfeller at pasienten kan svare på disse spørsmålene, så da, da tar vi først kontakt med kommunen i forhold til det. Men uansett så fakser vi et skjema, for å si at nå er hun eller han hos oss, og de ringer og bekrefter på skjema. Det er ikke noe navn eller noe sånt, det er bare fødselsdato og kjønn på det skjemaet. (sykepleier, 2008)

I tillegg til skjemaene med informasjon om pasienten hadde de utarbeidet et oversiktsskjema hvor de dokumenterte alt som skjedde av samhandling med kommunen under pasientens sykehusopphold. Dette skjemaet lå i pasientjournalen slik at alle kunne ha oversikt over hva som var avtalt.

Vi har et eget skjema, det rosa arket, hvor vi dokumenterer alt av kontakt med hjemmesykepleien. Så da står det at A-skjema er sendt, og de har ringt tilbake, og hva vi har avtalt videre. Så nestemann som kommer, kan følge opp det da. Så alt blir dokumentert (sykepleier, 2008).

Selv om det ikke var mulig å utveksle informasjon elektronisk i 2008, var det en forventning om hva det kunne bety å ha slik kommunikasjon. Som en sykepleier uttrykker det:

Intervjuer: Er det noe du har lyst til å fortelle som har betydning for samhandling og informasjonsprosessene?

Sykepleier: Altså, du startet litt her med dokumentasjon, og nå har vi jo det at vi ikke kan sende elektronisk dokumentasjon rett over. Tenk om vi kunne sende sykepleiersammenfatningen, vært knytta til dem. Og skrive kommentarer og kunne spørre tilbake, slippe og ta alle disse telefonene. Men så har sykehus ett dokumentasjonssystem og som regel har kommunen et helt annet. Det er litt dumt at det blir sånn. (sykepleier, 2008)

I den «hybride perioden» ga sykepleierne uttrykk for at de måtte balansere flere systemer. Det kunne til tider være utfordrende for dem å holde oversikt over hvem de kunne sende elektroniske meldinger til, og hvem de fortsatt måtte sende papirversjoner til. Som denne sykepleieren uttrykker det:

Så det er ikke alle kommuner som mottar PLO [pleie- og omsorgsmeldinger]. Så foreløpig er det litt tungvint, av og til så vet du ikke riktig. Skal vi sende papir eller skal vi sende PLO? Så det er litt vanskelig, men etter hvert når vi vet litt mer om hvilke kommuner som tar imot, så blir det litt lettere. Og så om man skal gå litt inn på systemet, så er det jo mye der som trengs forbedringer. (sykepleier, 2011)

Selv etter at sykepleierne tok i bruk elektroniske meldinger som vist i tabell 1, hender det fortsatt at pasienter og pårørende er informasjonsbærere, fordi det oppfattes som mest hensiktsmessig for å sikre at kommunen får relevant informasjon. Da vi gjennomførte den siste datainnsamlingen, hadde sykepleierne i hovedsak gått over til elektronisk meldingsutveksling med kommunen. Selv om det fortsatt var «knirk i systemet» og at ikke alle var

like fortrolige med å ta i bruk det nye verktøyet, så var det tydelig at det hadde skjedd en forandring og hva forandringen gikk ut på:

Intervjuer: Men hvis dere tenker dere – hva har skjedd etter samhandlingsreformen versus slik det var før. Hva vil dere si er endringene som dere opplever i deres hverdag?

Sykepleier: Vi har gått fra papir til elektronisk. Og jeg synes at det er veldig, veldig bra. (sykepleier, 2014)

Sykepleieren forklarer videre om betydningen av å gå over til elektronisk samhandling og hva den praktiske forskjellen er:

... altså det er mye mer effektivt enn det var før. Da måtte vi jo printe ut skjemaene først og så skrive på dem. Det var tungvint. Vi måtte så inn på en annen side og se telefonnummeret til behandlingsenhetene i kommunen – eller koordinator. Mens her blir det linket opp med en gang til saksbehandler i kommunen. Det er veldig effektivt system. Vi får svar som regel veldig fort. Sjelden det glipper og skjemaer blir borte. (sykepleier, 2014)

Ved elektronisk samhandling ble det enklere å nå de ansatte i kommunen både når det gjaldt å sende informasjon og å svare på forespørsler. «Det er mye mer tidsbesparende. Absolutt!» forklarer en sykepleier.

## Endring i samhandlingsklima

Sykepleierne snakket om samhandlingen med sine kolleger i kommunen slik at det ga oss innsikt i og en forståelse av hvordan samhandlingsklima med kommunen har endret seg, og hvorfor endringene har skjedd. Vi fant endringer når pasienten ble lagt inn i sykehus, ved utskrivingsplanleggingen under pasientens sykehusopphold og ved pasientens utreise.

Når pasienter legges inn i sykehus, har det skjedd store endringer i hvordan samhandlingen med kommunen foregår. Ved den første datainnsamlingen i 2008 var det ingen selvfølgelighet at informasjon fulgte med pasienter når de ble lagt inn i sykehus. Det var heller ingen enighet om hva innholdet i slik informasjon skulle være. Vi kan si at samhandlingen var nesten fraværende selv om sykepleierne ga uttrykk for at de ønsket det. Vi kaller denne perioden den «ikke-rutiniserte perioden» fordi sykepleierne

Pasientforløp	2008	2011/12	2014
Ved innleggelse	«Ikke-rutinisert»: Informasjon er fraværende, men ønsket og etterspurt.  Ikke noe system for at informasjon følger med.	«Rutinisering på gang»:  Økt oppmerksomhet på behovet for informasjon fra kommunen ved innleggelse, men ikke fullt ut inkorporert i daglig praksis.	«Rutinisert»:  Informasjon om pasienter som har hjemmetjenester, forventes at blir sendt til sykehuset innen 24 timer etter innleggelse.
Under utskrivningsplanleggingen	Konfliktfylt samhandling: Fremtredende makthierarki hvor sykehusansatte mener de vet hva som er best for pasienten etter utskrivelse.	Kontrasterende samhandling: Forhandlinger, men kontrasterende perspektiver på pasientens behov etter utreise.	Kommuniserende samhandling: Økende forståelse for behov for å diskutere pasientens behov etter utskrivelse, men fortsatt meningsmotsetninger mellom aktørene.
Ved utreise	Manglende anerkjennelse:  Vilkårlig om informasjon sendes og hva det skal informeres om.	Økt anerkjennelse:  Erkjenner behovet for å utveksle informasjon, men informasjonen er ikke tilstrekkelig hverken i innhold eller tid for utveksling.	Uttrykt anerkjennelse:  Økt oppmerksomhet og årvåkenhet. Forståelse for at informasjon skal være tilgjengelig for kommunen når pasienten skrives ut.

**Tabell 2.** Kjennetegn på samhandlingsklima fra pasienter legges inn i sykehus til utskrivelse.

uttrykte at det ikke var klare systemer for hva som skulle sendes med av informasjon ved innleggelser av pasienter som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester. Oppmerksomheten til hverandres informasjonsbehov sto svakt, men de opplevde også lyspunkter:

Nei, nei, det kommer av og til sammen, det er mest fra sykehjem, så kommer det sammen med pasienten. Ett skriv om, om pasientens normale funksjon. Og det er veldig nyttig, men fra hjemmetjenesten – nei. (sykepleier, 2008)

Kjennetegn ved innleggelsesfasen har ikke endret seg over tid. Dette er en orienteringsfase. Sykepleierne bruker tid på å finne ut hvem pasienten er, hva pasienten trenger, hva som feiler pasienten og hva som skal følges opp ved ankomst til avdelingen. For å få god oversikt over pasientens behov trenger sykepleierne informasjon fra de i kommunen som kjenner pasienten best. Det som har endret seg, er holdninger til samhandlingen. Introduksjonen og piloteringen av elektroniske meldinger som kom

i gang i noen kommuner i 2011/12, representerte et tidsskifte i samhandlingen. Selv om sykepleierne strevde med å få på plass rutiner for hvordan elektroniske meldinger skulle tas i bruk i daglig praksis – som vist ovenfor – fungerte meldingene som en katalysator for endringer i samhandlingen. Det ble økt fokus på betydningen av god samhandling og hvordan de best kunne samhandle. Sykepleierne opplevde at elektroniske meldinger bidro til økt tilgjengelighet til hverandre, og at det hadde betydning for å få nødvendig informasjon om pasientens helse og sykdom – og for kvaliteten på helsetjenestens tilbud. Det var spesielt muligheten som lå i de såkalte dialogmeldingene, som bidro til at de kunne kommunisere om pasienten underveis i sykehusoppholdet.

I perioden vi har studert, skjedde det også endringer i hvordan sykepleierne opplevde hvordan utskrivningsplanleggingen foregikk. I den første datainnsamlingen var samarbeidsklimaet preget av mange konflikter og diskusjoner om pasientens behov for helsehjelp. Flere sykepleiere opplever fortsatt at det er problematisk å samhandle med kommunen, men motsetningene mellom «partene» fremstår ikke så tydelig som ved første datainnsamling. Et sitat fra en sykepleier illustrerer en opplevd endring i samhandlingsklimaet:

Sykepleier: Jeg opplever det i hvert fall sånn at som regel så gir man kommunen et par-tre dager på å liksom ... Jeg syns ikke det er så ofte at vi bare sier «nei, i dag skal han hjem, han må få sykehjemsplass nå». Det er mer det at vi liksom har et par-tre dager, og så veit de det at det kommer ... det vil bli en utskrivning i løpet av uka da, kanskje. Så ... Men det hender jo at vi må vente på en sykehjemsplass og ... det skjer jo det òg. Da blir dem jo liggende her, som regel. (sykepleier, 2011)

Selv om det altså fortsatt er spenninger mellom sykehusansatte og kommuneansatte når det gjelder diskusjonen om riktig omsorgsnivå for pasienten etter utskrivelse, opplever de at det har skjedd en bedring. Følgende sitat kan forklare et aspekt ved endringen.

Intervjuer: Men har du noen formening om samhandlingsreformen har hatt noen betydning for arbeidet deres?

Sykepleier: Jeg tror det har gjort ting lettere. I forhold til pasientbehandling også så ser vi at kommunene har blitt bedre rustet til å ta imot pasienter som mottar antibiotikabehandling eller ernæring intravenøst via sonde. De kan mer og mer, da, så det er lettere å få pasientene videre raskere. (sykepleier, 2014)

Videre uttrykker og utdyper en annen sykepleier:

Og etter at samhandlingsreformen kom, så får vi sykehjemsplasser nesten på dagen. Om det er fullt så bra i kommunehelsetjenesten, er et annet spørsmål, men hos oss er det kjempebra. De blir ikke liggende i flere uker i påvente av sykehjemsplass, som de kunne gjøre før. (sykepleier, 2014)

Ved innføring av elektroniske meldinger var det et uttalt mål fra myndighetene at samhandlingen i hovedsak skulle foregå elektronisk. Men sykepleierne delte erfaringer og begrunnelser om at dette mediet ikke alltid var hensiktsmessig når pasienten hadde spesielle behov. Eksempelet under utdyper utfordringene de møter, både organisatorisk og på pasientnivå:

Nå hadde vi et eksempel her i går da jeg sendte en melding om den pasienten trengte et korttidsopphold. Eller at vi vurderte, fordi vi ikke får lov å si at de trenger. For det er det kommunen som vurderer. Så vi får bare gi en beskrivelse av hvordan vi opplever pasienten, og så får vi bare skrive at vi kanskje hadde vurdert at den hadde hatt behov for det. Dette skrev jeg, og så fikk jeg tilbakemelding på at den pasienten gjentatte ganger før hadde stoppet både korttidsopphold og hjemmesykepleie før tidligere. Det er noe som blir litt dumt å skrive, så hun ringte meg opp igjen. Hun sa at den pasienten har avføring over hele leiligheten sin og at det var veldig vanskelig å få pasienten til å si ja, for først så sier vedkommende alltid ja, men så ble det alltid nei. Slike ting kan ofte bli vanskelig å forklare på en melding. Så da blir det en telefondialog av og til. Og det går egentlig veldig greit, det er ingen problem. Så hvis det er noe viktige ting eller det at vi savner en tilbakemelding, eller at vi har ventet lenge, så tar vi en telefon for å høre hva som skjer. (sykepleier, 2014)

Sykehussykepleierne anerkjenner de kommunalt ansatte sykepleierne for deres kompetanse og uttrykte konkret de endringene som hadde skjedd.



De opplevde at pasientene som ble skrevet ut til kommunen, var blitt sykere og at mange pasienter hadde behov for å ivareta kompliserte prosedyrer etter utskrivelse.

Det stiller mer krav til hva pasienten kan ha hjemme, da. CVK og få ernæring og væske hjemme. Før var det mer kronglete. Men etter reformen måtte kommunene lære seg mer av dette slik at de kan ta imot mer av det. Så det er litt lettere å sende hjem Hansen med ernæring. At de har dren – ja – kommunene har blitt flinkere. (sykepleier, 2014)

Når pasienter skrives ut fra sykehus, har det blitt en omforent forståelse av at sykehuset skal sende informasjon til kommunen og at informasjonen må være i sykepleierne i hende før pasienten kommer hjem eller overflyttes til sykehjem eller annen kommunal institusjon.

## Diskusjon

Hensikten med dette kapitlet er å analysere og diskutere endringer i samhandling med særlig søkelys på informasjonsutveksling mellom sykepleiere i sykehus og kommunene fra pasienten legges inn i sykehus til de skrives ut. Hovedfunnene viser at det har skjedd en digitalisering i måten informasjon utveksles på og at samhandlingsklimaet har endret seg over tid. På et generelt grunnlag viser utviklingen at samhandlingsformene slik de er beskrevet hos Vik (2018), i en viss grad finnes igjen både før, under og etter innføring av samhandlingsreformen. I lys av den horisontale dimensjonen til Viks typologi ser vi at kjennetegnene endres over tid. De ansatte opplever en økt nærhet til hverandre i form av økt anerkjennelse av behovet for å samhandle og i selve samhandlingen. For den vertikale dimensjonen finner vi at digitaliseringen medfører at de ansatte opplever seg mer sammenkoplede til tross for organisatoriske skiller. Dette vil vi diskutere i mer detalj under.

Den avstanden sykepleierne opplevde å ha til hverandre i 2008, bar preg av å være differensiert og med fragmentert oppgavefordeling. I den grad informasjon ble utvekslet før samhandlingsreformen, foregikk det enten muntlig ved bruk av telefon, ansikt-til-ansikt gjennom møter, eller det var papirbasert ved at informasjonen ble sendt i vanlig postgang.

Men pasientene selv eller deres pårørende var ofte de viktigste bærerne av informasjon ved utskrivelse fra sykehus til kommunen med det resultat at informasjonen ikke alltid kom fram til helsepersonell i kommunen (Hellesø, 2005). Da elektroniske meldinger gradvis ble tatt i bruk i 2008, var det mange som fortsatt samhandlet papirbasert. Men fra 2014 skjer det en endring mot digitalisering i samhandlingen. Det gjenspeiles også i antallet meldinger som utveksles. I 2014 ble det sendt 990 309 pleie- og omsorgsmeldinger over helsenettet. I 2017 hadde dette tallet økt til 1 592 803. Arbeidet med utviklingen av disse meldingene startet allerede i 2005 (Skarsgaard & Lyngstad, 2011). Men det har tatt tid fra oppstart til dagens omfattende bruk av elektroniske meldinger. Norsk helsenett har nå utviklet en standard for bruk av ulike meldingstyper til nytte i hverdagen for brukere av meldinger.<sup>4</sup> At elektroniske meldinger har fått et fotfeste i samhandlingen mellom sykepleiere i sykehus og kommunen, understrekes i en nyere studie hvor 2431 sykehussykepleiere har svart på en survey. Der rapporterer 73 % av de som svarte, at de opplever at elektroniske meldinger er effektive i samarbeidet med kommunen, og at de bidrar til økt sikkerhet for de eldste pasientene. (Hellesø & Gautun, 2018).

Analysen vår viser at samhandlingsklimaet mellom sykehus og kommunen har endret seg. Sykepleierne opplever en bedret tilgjengelighet til hverandre i årene fra første til siste datainnsamling. Etableringen av meldinger og norsk helsenetts retningslinjer viser hvordan etablering av systemer på mesonivå kan ha betydning for utviklingen av integrerte helsetjenester (Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzeels, 2013). Endringene vi fant, har trolig sammenheng med det økte fokuset fra myndighetene, men også at det har skjedd endringer i måten de kan komme i kontakt med hverandre på. Ved den første studien var det lite oppmerksomhet på behovet for informasjonsutveksling generelt og manglende kunnskap om hverandre. Dette på tross av at myndighetene påpekte at samhandlingen måtte forbedres (NOU 2005: 3, 2005), og en økende faglig oppmerksomhet på konsekvensene av mangelfull samhandling (Hellesø & Lorensen, 2005). Dimensjon mellom nærhet og avstand i samhandlingen

---

4 <https://www.nhn.no/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-1-elektronisk-meldingsutveksling/elektronisk-meldingsutveksling/#kap-plo-meldinger>

har forskjøvet seg fra stor avstand til at samarbeidspartene står nærmere hverandre etter samhandlingsreformen. I 2008 hadde aktørene liten oppmerksomhet rettet mot hverandre sammenlignet med hvordan det har blitt etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. At det var nesten fravær av informasjon ved innleggelse, er i tråd med en studie (Olsen, Hellzen, Skotnes & Enmarker, 2014) som viser at det ikke fulgte med noen informasjon fra hjemmetjenesten ved innleggelse. Informasjon ved utreise var mer vanlig, og her ble skriftlig informasjon ofte supplert med muntlig informasjon.

Sykepleiernes bruk av elektroniske meldinger har over tid endret det relasjonelle samarbeidet. Sykepleiernes bruk av dialogmeldinger under et sykehusopphold bidrar til en tettere kontakt med hverandre under hele sykehusoppholdet (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016). Innføringen av meldingsutveksling som kommunikasjonsform ble et vendepunkt for bedret tilgjengelighet til hverandre. Det kan også ha vært en katalysator for bedring av samhandlingsklimaet. Arbeidet med implementering av meldingsutveksling har bidratt til etablering av prosjekter for å avklare hvordan samhandlingen skulle fungere.

Forhold i samhandlingen skaper utfordringer som ligger utenfor det elektroniske meldingssystemet og handler mer om helsepersonells arbeidsmetoder eller om pasienten helse (Paulsen & Grimsmo, 2008). For eksempel viser det seg at helsepersonell har ulike planleggingshorisonter. Sykepleietjenesten i kommunen har behov for mer langsiktighet i utskrivingsplanleggingen for at kommunen skal kunne etablere et forsvarlig tilbud til pasienten. Det kan komme i konflikt med sykehusets syn på når pasienten kan skrives ut (Hellesø & Melby, 2013). Samtidig som meldingssystemet tilrettelegger for at sykepleierne får lettere kontakt med hverandre, har den fysiske avstanden økt ved at møteplasser har blitt borte (Melby & Hellesø, 2014). Slik sett er det en risiko for at nye former for operasjonelt lukket samarbeid kan oppstå. Det vil være interessant å følge digitaliseringsutviklingen og se hvilken betydning denne får for det relasjonelle samarbeidet.

Myndighetenes mål om at samhandlingen og kommunikasjonen mellom helsearbeidere skal foregå digitalt, ser vi i stor grad er realisert. Selv om sykepleierne erfarer at elektroniske meldinger bidrar til bedring i

tilgjengelighet til hverandre, så viser funnene at de har behov for å nyansere informasjon og avklare spørsmål ved direkte kontaktpunkter. Digitaliseringen suppleres med relasjonelt samarbeid hvor de fortsatt bruker telefon for avklaringer om pasientenes behov og helsetilstand. Telefon er et nyttig redskap når de trenger å nyansere opplysninger. Dette er også i tråd med en annen studie som viste at sykepleiere opprettholder andre kommunikasjonsmetoder etter innføring av elektroniske meldinger, men at elektroniske meldinger bidrar til å styrke samhandlingen (Lyngstad, Grimsmo, Hofoss & Hellesø, 2014). At sykepleierne bruker telefon og har ulike møtepunkter, kan oppfattes som ineffektivt eller at meldingssystemet er mangelfullt. Men kontakten kan ha avgjørende betydning for kvaliteten og kontinuiteten for pasientene (Brattheim et al., 2016). Helsepersonell i sykehus og kommunen har ulike mål og oppgaver de har ansvar for, og ulike perspektiver på hva pasienten trenger av helsehjelp er derfor en grunnleggende utfordring i samhandlingen (Hellesø & Fagermoen, 2010). Nettopp derfor kan direkte kontakt med hverandre være avgjørende for å harmonisere sin forståelse. Bruk av elektroniske meldinger og direkte kontakt bidrar til å «holde tråden» i utskrivingsplanleggingen og også at de «samler trådene» ved utskrivning (Brattheim et al., 2016). Men det å kunne avklare situasjoner ved andre typer møtepunkter synes å ha betydning for samhandlingsklima.

Analysen vår viser at samhandlingen tidligere var konfliktfylt, men at den nå har blitt mer kommuniserende i utskrivingsplanleggingen. Pasienter som får helsetjenester i hjemmetjenesten, er blitt sykere og trenger mer avansert helsehjelp (Melby et al., 2018; Næss, Kirkevold, Hammer, Straand & Wyller, 2017). Den økte anerkjennelsen materialiserer seg i en forståelse av at det er helt avgjørende å sende informasjon til kommunen ved utskrivning. Det er grunn til å hevde at endringene som har skjedd over tid, fordrer at sykepleierne i sin arbeidshverdag – i tillegg til den kliniske kompetansen – må ha informasjonskompetanse slik at et godt samhandlingsklima stadig videreutvikles og bedres.

## Studiens begrensninger

Det har i de ti siste årene skjedd mange endringer som kan påvirke analysen vår. Fra myndighetenes side er det kommet krav om at samhandlingen

må bedres for at pasienter skal oppleve at helsetjenesten henger sammen og er koordinert. Et av virkemidlene har vært å sørge for informasjonskontinuitet ved å ta i bruk elektroniske meldinger. Funnene over tid viser at helsepersonell opplever å ha lettere tilgang til hverandre og til informasjon om pasienten. Men vi kan ikke konkludere med at meldingene alene påvirker samhandlingsklimaet. Et utall sentrale føringer er gitt og mange faglige initiativ er tatt for å skape forbedringer i helsetjenesten. Funnene våre må ses i lys av de generelle endringene. Men styrken i vår analyse er at vi har fulgt sykepleiere over tid ved å fokusere på de samme spørsmålene, og at vi har fått dyptgående innsikt i hvilke daglige utfordringer og muligheter de står opppe i. Selv om antall intervjuer er en annen begrensning, er vår analyse gjort med bakgrunn i mange andre data som har vært samlet inn på de ulike tidspunktene. Vi har brukt dette som et bakteppe og vurdert funnene i dette kapitlet opp mot andre studier.

## Implikasjoner for praksis og utdanning

Funnene i analysen viser at det fortsatt er behov for å arbeide med bedring av informasjonsinnholdet. I tillegg er det nødvendig at debatten om forskjeller i perspektiv løftes opp, problematiseres og gjøres synlig slik at man satser på å iverksette hensiktsmessige forbedringstiltak. I et utdanningsperspektiv kan funnene også gi retning for hva som kan tas opp videre slik at studenter er forberedt på utfordringene og mulighetene for å sikre kvalitet og kontinuitet i pasientforløp.

## Konklusjon

Det har skjedd endringer i samhandlingen mellom sykehus og kommunene før, under og etter samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. For det første er det endringer i hvordan informasjon utveksles fra å være helt papirbasert via å ha en hybrid form med både papir og digital informasjonsutveksling til en hovedvekt på digital informasjonsutveksling.

Den andre endringen handler om hvordan samhandlingsklimaet har skiftet karakter. Men de faglige diskusjonene om hva som er det mest relevante innholdet i informasjonen, er det fortsatt behov for å avklare bedre.

## Referanser

- Allen, D. (2015). Making visible the unseen elements of nursing. *Nursing Times*, 111(46), 17–20.
- Brattheim, B. J., Hellesø, R. & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning* 11(1), 26–33. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56830>
- Gautun, H., Martens, C. T. & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskriving av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(02), 88–93. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03>
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. & Saltman, R. B. (2012). *Home care across Europe: Current structure and future challenges*. WHO. Hentet fra <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/home-care-across-europe.-current-structure-and-future-challenges-2012>
- Goodwin, N., Stein, V. & Amelung, V. (2017). What is integrated care? I V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter (Red.), *Handbook integrated care* (s. 3–23). Hannover: Springer International Publishing AG.
- Grimsmo, A. (2018). Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 102–106. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-03>
- Gronroos, E. & Perala, M. L. (2005). Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 288–295. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00343.x>
- Helsedirektoratet. (2011). *Handlingsplan 2011: Meldingsløftet i kommunene 2010–2011*. Rapport 03/2011. IS-1882. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hellesø, R. (2005). *Ord over skigard. Informasjonsutveksling og samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før og etter innføring av elektronisk pasientjournal*. Avhandling for dr.polit graden. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Hellesø, R., Eines, J. & Fagermoen, M. S. (2012). The significance of informal caregivers in information management from the perspective of heart failure patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3–4), 495–503. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03927.x>
- Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: Implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*, 10(1), e036. <https://doi.org/10.5334/ijic.508>
- Hellesø, R. & Gautun, H. (2018). Digitalized discharge planning between hospitals and municipal health care. *Studies in Health Technology and Informatics*, 250, 217–220. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-872-3-217>

- Hellesø, R. & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807–822. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.005>
- Hellesø, R., Lorensen, M. & Sorensen, L. (2004). Challenging the information gap – the patients transfer from hospital to home health care. *International Journal of Medical Informatics*, 73(7–8), 569–580. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2004.04.009>
- Hellesø, R. & Melby, L. (2013). Forhandlinger og samspill i utskrivingsplanleggingen av pasienter på sykehus. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 222–242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hellesø, R., Sorensen, L. & Lorensen, M. (2005). Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. *International Journal of Integrated Care*, 5(3), e12). <https://doi.org/10.5334/ijic.133/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samspill 2.0: Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2008–2013*. Oslo: Statens trykksakekspedisjon.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 2008–2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* (Meld. St. 11 2015–2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A. & Bye, A. (2019). Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: A qualitative metasummary. *BMC Health Services Research*, 19(1), 224. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4035-z>
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P. & Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians – implications for patient safety and continuity of care. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 297(8), 831–841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>
- Lyngstad, M., Grimsmo, A., Hofoss, D. & Hellesø, R. (2014). Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3424–3433. <https://doi.org/10.1111/jocn.12590>
- Lyngstad, M., Melby, L., Grimsmo, A. & Hellesø, R. (2013). Toward increased patient safety? Electronic communication of medication information between nurses in home health care and general practitioners. *Home Health Care Management & Practice*, 25(5), 203–211. <https://doi.org/10.1177/1084822313480365>
- Melby, L., Brattheim, B. J. & Hellesø, R. (2015). Patients in transition – improving hospital–home care collaboration through electronic messaging: Providers'

- perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3389–3399. <https://doi.org/10.1111/jocn.12991>
- Melby, L. & Hellesø, R. (2010). Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care*, 10(21. april), 1–9. <https://doi.org/10.5334/ijic.527>
- Melby, L. & Hellesø, R. (2014). Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. *International Journal of Medical Informatics*, 83(5), 343–353. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.02.001>
- Melby, L., Obstfelder, A. & Hellesø, R. (2018). “We tie up the loose ends”: Homecare nursing in a changing health care landscape. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 1–11. <https://doi.org/10.1177/2333393618816780>
- Melby, L., Toussaint, P. & Hellesø, R. (2014). Patients in transition: E-messages as a tool for collaboration between hospital and community healthcare – a Norwegian case. I *Computer-based medical systems (CBMS), IEEE 27th international symposium*, 386–391. <https://doi.org/10.1109/CBMS.2014.11>
- NOU 2005: 3. (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/>
- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J. & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: Observational study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 645. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>
- Olsen, R. M., Hellzen, O., Skotnes, L. H. & Enmarker, I. (2014). Breakdown in informational continuity of care during hospitalization of older home-living patients: A case study. *International Journal of Integrated Care*, 14. <https://doi.org/10.5334/ijic.1525>
- Paulsen, B. & Grimsmo, A. (2008). *God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivning av omsorgstrengende eldre*. SINTEF Rapport nr. A7877.. Trondheim: SINTEF Helse.
- Rosstad, T., Garasen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 121. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
- Ruggiano, N. & Perry, T. E. (2019). Conducting secondary analysis of qualitative data: Should we, can we, and how? *Qualitative Social Work*, 18(1), 81–97. <https://doi.org/10.1177/1473325017700701>
- Skarsgaard, S. & Lyngstad, M. (2011). *Elin-K prosjektet sluttrapport*. Hentet fra <https://nasjonalikt.no/Documents/Prosjekter/Avsluttede%20prosjekter/Tiltak%205,9%20ELIN- K%20SLUTTRAPPORT.pdf>



- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/smspill-2007-elektronisk-samarbeid-i-hel/id102075/>
- Starfield, B. & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy*, 60(3), 201–218. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00208-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00208-1)
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(02), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03 ER>
- Wibe, T., Hellesø, R., Slaughter, L. & Ekstedt, M. (2011). Lay people's experiences with reading their medical record. *Social Science and Medicine*, 72(9), 1570–1573. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.006>

## KAPITTEL 9

# Fra oppslagsverk til beslutningsstøtte – VAR Healthcare som case

*Ann Kristin Rotegård*

VAR Healthcare, Cappelen Damm

*Mariann Fossum*

Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder

**Sammendrag:** Denne studien presenterer erfaringer med og evaluering av et digitalt prosedyrebasert beslutningsstøttesystem, VAR Healthcare, et system som brukes i norsk og dansk helsevesen. Studien hadde et kvalitativt, beskrivende design ved bruk av casestudie som metode. Vi utførte kvalitativ innholdsanalyse på data fra publikasjoner om Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten (PPS) – som seinere har fått navnet VAR Healthcare (VAR), ved e-postkommunikasjon mellom brukere og VAR teamet og via spørreskjemaundersøkelse. Funnene beskriver at prosedyrene i VAR er i god bruk, men det er et potensial til bedre utnyttelse av kunnskapsstoffet. Kunnskapsstoffet er grunnlaget for prosedyrene. Bruken av ICNP back-end i VAR har et potensial til å bidra til bedre integrasjoner med EPJ-systemer og til bedre beslutningsstøtte.

**Søkeord:** sykepleieprosedyrer, beslutningsstøtte, PPS, VAR Healthcare, case studie

**Abstract:** This study presents experiences and evaluation of a guideline-based computerized decision support systems (CDSSs), VAR Healthcare, used in the Norwegian and Danish healthcare services. The study had a qualitative descriptive design with an integrated case study as method. We conducted a qualitative content analysis on data from publications of PPS/VAR, e-mail communication between users and the VAR team, and a questionnaire to convenient selected super-users of VAR. The findings described that the procedures in VAR is well used, but there is a potentiality of better use of the knowledge summaries, which are the foundation for the procedures. The use of ICNP back-end in VAR have the potentiality to serve better integrations with EPR systems, for improved decision support.

**Keywords:** nursing procedures, decision support, PPS, VAR Healthcare, case study

## Introduksjon

Kliniske retningslinjer, veiledere, prosedyrer og forskningsbasert kunnskap er avgjørende for kvalitet i helsetjenesten (Meld.St.9 (2012–2013)). Helseinstitusjonene i Norge har i mange år vært pålagt å utarbeide metode- og prosedyrehåndbøker. utfordringene med lokal utvikling og oppdatering av prosedyrer er at det finnes mange variasjoner av en og samme prosedyre, og at oppdatering varierer uten alltid en klar arbeidsflyt for hvor, når og av hvem oppdateringen skjer. Implementeringen av kliniske retningslinjer er krevende, og det har vist seg at det ikke er én enkel metode som fører frem i implementeringsarbeidet (Eccles et al., 2018; Bucknall & Fossum, 2015). Erfaringer tilsier også at det ofte er manglende koordinering på tvers av enheter og manglende forankring i kunnskap eller evidens. Slik praksis kan medføre inkonsistent behandling og kan være en trussel mot pasientsikkerhet (Meld. St.13 (2015-2017)).

Flere nasjonale føringer har pekt på betydningen av å sikre koordinering og nasjonale løsninger i helsetjenesten som skal bidra til å heve faglig standard, sikre kvalitet og effektivitet, bidra til lønnsom drift samt styrke faglig dokumentasjon og forsvarlighet i tjenestene gjennom bruk av ny teknologi (Meld.St. 9 (2012–2013); Meld.St. 29 (2012–2013); Direktoratet for e-helse, 2017a, b). Lignende politiske føringer medførte en satsing på et elektronisk prosedyreverktøy i 2001. Gründer og forlagssjef Marit Landsem Berntsen fikk ideen til prosjekt Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten (PPS). Prosjektet ble finansiert av eksterne midler fra Statens nærings- og distriktsutviklingsfond (SND) (førløperen til Innovasjon Norge) i samarbeid med Innomed/Medinova (etablert av Helsedirektoratet på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet), og Kompetanseutviklingsprosjektet i VOX (VAR Healthcare). Hensikten med prosjektet var å utvikle og evaluere et praktisk digitalt verktøy for oppdaterte og kvalitetssikrede sykepleieprosedyrer med en tilhørende kunnskapsbase, for å erstatte de papirbaserte og institusjonsutviklede prosedyrene, samt etablere et solid fundament for utdanning og livslang læring. Navnet PPS ble endret til VAR Healthcare i 2016 med tanke på en utvidet bruk.

## Klinisk beslutningsstøtte

I Stortingsmelding nr. 10 (2012–2013) er kvalitet i helsetjenesten og pasientsikkerhetsarbeid knyttet sammen. Denne stortingsmeldingen kom sammen med en egen melding (Meld.St. 9 (2012–2013)) for en helhetlig og kunnskapsbasert helsetjeneste der IKT-løsninger skal ha beslutnings- og prosess-støttefunksjoner knyttet til retningslinjer, veiledere, prosedyrer og forskningsbasert kunnskap. Støttefunksjonaliteten i IKT-løsninger kan variere og kan deles inn i fire typer:

- Kunnskapsstøtte er støtte til å kombinere medisinsk og helsefaglig kunnskap for å understøtte beslutninger i utredning, pleie og behandling.
- Beslutningsstøtte tar fagkunnskapen videre og anvender den sammen med individuelle pasientopplysninger for å understøtte beslutninger i helsetjenesten.
- Fagfellestøtte gir muligheter for helsepersonell til å kunne få og dele kunnskap og erfaring.
- Prosess-støtte blir blant annet brukt til å opprette konkrete planer for pasientene, og sørge for overganger hos pasienter i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014).

I IKT-systemer brukt i helsetjenesten er beslutningsstøttefunksjoner sentralt, men i liten grad tilgjengelig i dagens journalsystemer. Sykepleieprosessen er ofte brukt som struktur for dokumentasjonen. Hvilken informasjonsmodell, kunnskapsbase og begrepsmodell eller terminologi som ligger til grunn for IKT-systemet, og hvordan disse er integrert, er avgjørende for kvaliteten på IKT-systemet (Rector, 2001). VAR Healthcare er et eksempel på et IKT-system som har utviklet seg fra å være en kunnskapsstøtte til å få mer beslutningsstøttefunksjonalitet over tid.

## Dagens status – VAR Healthcare

Da første versjon av PPS var utviklet og prosjektet avsluttet, ble PPS tatt i bruk i høgskoler, sykehus og kommuner. Gjennom 17 år har innhold og teknologi i PPS/VAR blitt videreutviklet til dagens versjon. Brukermedvirkning har vært sentralt i utviklingen, og VAR har i dag ca. 30–35 eksterne

bidragsytere, alle med spesialitet på sitt fagstoff/prosedyregruppe og alle med minimum masterutdanning. Sammen med redaktørene, som har høy faglig kompetanse, og forskningsbibliotekaren i VAR utvikler og vedlikeholder de databasen. Innholdet blir videre validert av fageksperter fra andre deler av helsevesenet og/eller andre faggrupper. I Norge er VAR i dag nærmest en nasjonal løsning og brukes i alle sykepleierutdanningene, samt ved flere utdanningsinstitusjoner for helsefagutdanning og vernepleie, i ca. 90 % av landets kommuner og ved ca. 60 % av norske sykehus. I tillegg til nasjonal bruk er VAR tatt i bruk i Danmark. I dag benyttes terminologien ICNP (International Classification for Nursing Practice) som referanseterminologi i VAR for å kunne gi ytterligere kunnskaps- og beslutningsstøtte. Søkemotoren er forbedret gjennom at man kan søke på pasientproblemer og risikosituasjoner (problemdiagnose og risikodiagnose) for så å få forslag til aktuelle prosedyrer. Denne funksjonaliteten er i stadig videreutvikling.

VAR har integrasjonsløsning med alle elektronisk pasientjournalssystemer (EPJ) i Norge slik at sykepleiernes journalføring kan bli effektivisert og kvalitetssikret. Prosedyrene i VAR er å anse som en intervensjon, altså et sett av handlinger satt i system, og den enkelte prosedyre kan enkelt kobles til pasientens pleieplan/behandlingsplan. Prosedyrene er versjonshåndtert slik at en alltid kan ha oversikt over hvilken kunnskap som er gjeldende til enhver tid. Der det lages veiledende behandlingsplaner/pleieplaner, kan en koble til potensielle prosedyrer fra VAR. Disse blir liggende med de til enhver tid gyldige versjoner uten behov for vedlikehold av prosedyrene i de veiledende planene. Kunnskapsbaserte prosedyrer er slik en naturlig del av journalføring og planlegging av helsehjelp, noe som er essensielt for kunnskapsbasert praksis og pasientsikkerhet (Mackey & Bassendowski, 2017).



## Hensikten med casestudien

Hensikten med denne casestudien var å kartlegge og oppsummere erfaringer med implementering og bruk av PPS/VAR Healthcare i utdanning og klinisk praksis.

## Metode

I denne studien har vi brukt en integrert casestudiemetode, dvs. en empirisk undersøkelse av et eksisterende fenomen (case), her PPS/VAR, med flere analyseenheter. Hensikten er å få mer dybdekunnskap om og forståelse av fenomenet i sin naturlige kontekst (Yin, 2018). To forskere med ph.d.-kompetanse, en intern (fra VAR) og en ekstern (fra Universitetet i Agder), samlet inn data ved hjelp av litteraturstudie, analyse av e-postkommunikasjon og spørreundersøkelse. Vi utførte kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet.

## Litteraturstudie

Det ble gjennomført en systematisk gjennomgang av resultatene fra publiserte artikler/forskning fra 2006–2018 der PPS/VAR har vært brukt. De to forskerne gjorde søk og utvalg uavhengig av hverandre, og den eksterne forskeren analyserte innholdet.

Det ble søkt i nasjonale (bibliotekbasen Oria) og internasjonale databaser (Cinahl fulltekst og MEDLINE) med søkeord både på norsk og engelsk for å identifisere studier hvor PPS/VAR Healthcare var brukt. Søkeordene var: praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten (practical procedures in nursing), PPS (PPN), VAR Healthcare, dokumentasjon (documentation), sykepleie (nursing/nursing care), fagprosedyrer (procedures) og kliniske retningslinjer (clinical guidelines). I de åtte studiene som ble identifisert, ble også litteraturlistene gjennomgått. Det ble også gjort Google-søk med de samme søkeordene for å eventuelt identifisere upubliserte studier. VAR Healthcare eller praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten måtte være inkludert i sammendrag eller tittel. To artikler ble også innhentet ved kontakt med fagekspert. De inkluderte studiene ble ikke systematisk kvalitetsvurdert på grunn av at det kun ble identifisert åtte studier. I studiene var det også brukt svært ulike forskningsmetoder slik at det ble konkludert med at det ikke var hensiktsmessig å bruke sjekklister for kvalitetsvurdering.

## E-posthenvendelser fra brukere av VAR

Det ble gjort en retrospektiv, systematisk gjennomgang av all e-post for:

- PPS/VAR, Danmark fra 05.11.2013 til 30.08.18. (kontakt@ppsinfo.dk/ kontakt@varhealthcare.dk).
- PPS/VAR Norge fra 01.01.2017 til 30.08.2018. (pps@cappelendamm.no/ var@cappelendamm.no)

E-post som dreide seg om tilgang til verktøyet (registrering, brukernavn, passord o.l.) eller kommunikasjon rundt brukerforum og andre møter, ble utelatt.

## Spørreundersøkelse

Vi gjennomførte en semistrukturert spørreundersøkelse blant et bekvemmelighetsutvalg av superbrukere av VAR, både fra utdanningssektoren, kommunehelsetjenesten og sykehus i Norge og Danmark. Kriterier for utvalg var: aktiv eller tidligere aktiv superbruker av PPS/VAR (god kjennskap til VAR og implementering/bruk), min. 2 representanter fra hvert av brukerområdene (utdanning, sykehus, kommunehelsetjeneste), geografisk spredning med representanter fra både Norge og Danmark, samt informanter som har brukt PPS lenge og nye brukere av VAR. Hensikten med denne delen var å få kunnskap om bruken av VAR generelt og kunnskapsoppsummeringer i VAR spesielt.

Det ble sendt ut spørreskjema til 12 superbrukere. Spørsmålene, med åpne svaralternativ, var:

1. Brukes kunnskapsoppsummeringer i utdanningen/ klinisk praksis?
2. På hvilken måte brukes kunnskapsoppsummeringer?
3. På hvilken måte brukes VAR i utdanning/ klinisk praksis?
4. På hvilken måte bidrar VAR til kunnskapsbasert praksis?
5. Andre kommentarer

## Analyse

Vi brukte en konvensjonell og summativ innholdsanalyse. Litteraturen ble oppsummert med den konvensjonelle innholdsanalysen (Hsieh &

Shannon, 2005), subtemaene og temaene ble utviklet direkte fra beskrivelsene av resultatene hentet fra studiene. E-postene ble lest gjennom og organisert basert på felles mening eller likheter av innholdet. Resultatene ble notert på et skjema med kategoriene hovedinnhold, foreløpig tema, setting (utdanning, kommunehelsetjeneste eller sykehus) og dato for henvendelsen. Deretter ble e-postene lest igjen og kodet basert på tematikk (som ble noe justert) og så telt opp per tema.

Resultatene fra den semistrukturerte spørreskjemaundersøkelsen ble analysert ved å lese gjennom svarene som helhet, deretter lest med øye for å utheve innholdskomponentene i svarene og kode disse (Hsieh & Shannon, 2005). Tekstene ble lest igjen for å se på likheter mellom svarene, og det ble tatt notater av tanker og inntrykk basert på innholdet/bsvarelsene. Deretter ble aktuelt innhold analysert, kodet og kategorisert i felles tema, og relatert til settingen informantene jobbet i.

## Etiske vurderinger

Det ble ikke samlet noe personidentifiserende opplysninger. Superbrukerne i spørreundersøkelsen ble kun spurt om utdanningsnivå og hvor lenge de hadde brukt PPS/VAR. Å svare på spørreskjemaet ble ansett som et samtykke til å delta. Konfidensialitet er ivaretatt gjennom anonymisering av data fra både e-post og spørreundersøkelse. Det at en av forskerne er ansatt i VAR Healthcare, kan ha påvirket svarene, men samtidig har ikke vedkommende en nær relasjon til respondentene, noe som gir mulighet for ærlige svar.

## Resultat

### Litteratur som har undersøkt bruk av PPS/VAR

Oppsummert gir litteraturen oss et innblikk i erfaringer med utprøving av PPS/VAR gjennom en dansk studie og syv norske studier.

Studiene i tabell 1 evaluerer PPS gjennom to studier fra sykehus (Nes & Moen, 2010; Bringsvor et al., 2014), og seks studier gjennomført i sykepleierutdanninger (Sollie & Reiersen, 2006; Stenholt & Nielsen, 2011; Reiersen et al., 2013; Reiersen, 2015; Drange et al., 2015; Holmsen, 2008). I studiene hadde forskerne brukt mange forskjellige forskningsmetoder, og



**Tabell 1.** Informasjon fra studier som har undersøkt bruk av \*PPS/VAR fra 2006 til 2018.

Forfatter/ årstall	Tittel	Design/ type studie	Metode	Resultat
Solli & Reierson/ 2006	Fra mesterlære til selvstudium	Kvantitativt beskrivende design	Spørreskjema	Egentrening med PPS viste at prosedyrene ble gjennomført faglig forsvarlig av studentene i studien. Studentene evaluerte prosedyrene som tilstrekkelig beskrevet og egnet for selvstudium.
Holmsen/ 2008	Bedre praksis med elektronisk hjelpemiddel	Kvalitativt beskrivende design	Spørreskjema	Innholdet ble vurdert til å være godt egnet til studentene. Studentene vurderte blant annet innhold, kvalitet, struktur, visualitet, nytte, teknisk funksjonalitet og tilgang som meget bra.
Nes & Moen/ 2010	Constructing standards: A study of nurses negotiating with multiple modes of knowledge.	Casestudie	Observasjoner av arbeidsgrupper	I implementeringen av en standard slik som PPS spiller personlige erfaringer, felles ekspertise og formalisert kunnskap en avgjørende rolle for bruk.
Stenholt & Nielsen/ 2011	Afprøvning af PPS (Praktiske Prosedurer i Sykepleie).	Aksjons-forskning	Loggbøker/spørreskjema/intervju	Resultater fra dansk utprøving av PPS. Erfaringene som det er referert til, er positive. Man anbefaler PPS som et læringsverktøy i sykepleierutdanninga.
Bringsvor et al./ 2014	Sources of knowledge used by intensive care nurses. In Norway: An exploratory study	Kvalitativt beskrivende design	Fokusgruppe-intervju	Alle informantene nevnte PPS som et eksempel på en database med forskningsbaserte prosedyrer.
Reierson et al./ 2013	Key issues and challenges in developing. Pedagogical intervention in the simulation skills center - An action research study	Aksjons-forskning	Referat fra møter/loggbok/observasjon/videoer	PPS bidro til at lærere og studenter hadde en felles forståelse av innhold og rekkefølge på prosedyrene i dette aksjonsforsknings-prosjektet.
Reierson, Solli & Bjørk/ 2015	Nursing Students' Perspectives on Telenursing in Patient Care After Simulation	Kvalitativt beskrivende design	Fokusgruppe-intervju	Studentene var svært begeistret for intervensjonen som inkluderte telesykepleie og videoteknologi, inkludert PPS.

(Continued)

**Tabell 1.** (Continued)

Forfatter/ årstall	Tittel	Design/ type studie	Metode	Resultat
Drange, Vae & Holm 2015	Sykepleiedoku- mentasjon - en utfordring ved trykksårforebygging - Erfaringer fra et praksisutviklings- prosjekt	Kvalitativt beskrivende design	Gruppeintervju	PPS var tilgjengelig i avdelingene, men det var i liten grad brukt. Forfatterne trekker frem at PPS bør bli integrert i den daglige sykepleiepraksisen i avdelingen.

\*PPS = Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten

de periodene evalueringene var gjennomført, var generelt korte før evaluering. Resultatene viser positive tilbakemeldinger fra respondentene etter implementering av PPS, men en av studiene identifiserte manglende bruk av PPS til tross for at PPS er tilgjengelig i avdelingen (Drange et al., 2015).

## E-postkommunikasjon gjennom PPS/VAR kontakt-e-post

Totalt antall e-poster som ble analysert, var 149 i norsk innboks, og 257 i dansk innboks. En e-post kunne inneholde flere spørsmål/kommentarer og vi fant 243 spørsmål i norsk e-post og 204 spørsmål i dansk e-post. Disse ble kategorisert etter tematikk. Det var ikke bare sykepleiere eller helsefagarbeidere i VAR som sendte henvendelser, men også andre faggrupper som fysioterapeuter, leger, bibliotekarer, ernæringsfysiologer og den danske Sundhedsstyrelsen.

Tema	Norge (n)	Danmark (n)
Råd/diskusjoner	87	55
Teknologi/integrasjon	48	15
Generelt informasjonsbehov	44	31
Presisering av tekst/innhold	25	35
Ønsker om nye prosedyrer	23	40
Ros	7	12
Feil i tekst/innhold	5	8
Spørsmål om evidens/kunnskapsgrunnlag	2	6
Juss/ansvarsforhold	1	0
Ønske om videreutvikling	1	2
TOTALT	243	204

**Tabell 2.** Temaer for henvendelser til PPS/VAR pr. e-post (kontaktmail) oppsummert i antall.

De fleste e-posthenvendelser omhandler spørsmål og kommentarer til innholdet i VAR i form av råd og/eller diskusjoner, og da hovedsakelig om prosedyrene (tabell 2). I de fleste tilfeller gjaldt henvendelsene informasjon de søkte, men ikke fant, hvor svaret var å finne i kunnskapsoppsummeringer. Et eksempel var:

*I prosedyren «Stell av trykksår kategori 2» er en stor sprøyte (30–60 ml) en del av utstyret. Spissen på sprøyten skal være større enn 20 gauge. Hva menes med dette? Er det enden av selve sprøyten som skal være mer enn 20 gauge? Eller skal det settes på en kanyle med størrelse 20 gauge eller mer?*

Svar fra VAR:

*Takk for mail med spørsmål til VAR. Det er sprøyteåpningen/sprøytetuppen som skal være større enn 20 gauge (dvs. lavtrykkskylling). Du finner en utdypende forklaring i kunnskapsstoff om rengjøringsmetoder: <https://www.varnett.no/portal/content/13495/13>*

*Håper det var til oppklaring. Vi setter stor pris på denne type spørsmål og vil på bakgrunn av din henvendelse arbeide med en klarere formulering i prosedyren.*

Det var kun fem henvendelser som omhandlet kunnskapsstoff direkte. Tre av henvendelsene var fra kommunehelsetjenesten (hvorav to fra leger). To henvendelser var fra lektorer i sykepleieutdanningen. Spørsmålene var hovedsakelig tilknyttet bruk av referanser/begrunnelser til kunnskapsoppsummeringen. Redaksjonen henviste til kunnskapsstoff og referanser i VAR, men henvendelsen gjorde også at redaksjonen ønsket å tydeliggjøre/skrive om teksten. To henvendelser var ønske om nytt/mer kunnskapsstoff.

I Norge kom det også mange henvendelser angående integrasjonsløsninger med elektroniske pasientjournaler (tabell 2). Selv om det er EPJ-leverandørene som eier integrasjonsløsningene, dreide mange av henvendelsene seg om mangler i integrasjonen og manglende oppdatering i systemet i tråd med nye versjoner fra VAR. Andre teknologiske spørsmål var om oppdateringer i aktuelle og veiledende tiltaksplaner (pleieplaner) i tråd med endringer i VAR. Et interessant funn i tilknytning til dokumentasjon var at flere etterlyste hjelp til å kopiere tekst fra VAR og lime inn i EPJ. Dette spørsmålet kom fra både brukere av integrasjonsløsninger (Norge) og brukere uten integrasjon (Danmark). Ellers

var det henvendelse fra flere private aktører som ønsket integrasjon med VAR.

For øvrig var henvendelser med tema knyttet til ønsker om nye prosedyrer, generelt informasjonsbehov og presisering av tekst eller illustrasjoner mest etterspurt (tabell 2). Som et helseforetak skrev: *Vi har ønske om prosedyrer som mangler i helseforetaket (se vedlegg). Har dere muligheten til å utarbeide noe nasjonalt på dette?*

## Spørreskjemaundersøkelse; bruken av VAR i utdanning og praksis

Av tolv informanter hadde syv kandidat-/høgskole-/masterutdanning, to hadde videreutdanning og tre bachelorutdanning alene. De hadde brukt VAR gjennomsnittlig i åtte år, med variasjon i oppstart fra 2006 til januar 2018. Av de norske informantene var tre fra sykehus, tre fra kommunehelsetjeneste og to fra utdanningsinstitusjon. Av de danske informantene var tre fra kommunehelsetjenesten og en fra utdanningsinstitusjon.

### **På hvilken måte brukes VAR i utdanningen?**

Funnene avdekker at i utdanning brukes VAR hovedsakelig til ferdighetstrening og i praksisstudier for oppslag og utøvelse av praktiske prosedyrer. Ved én skole organiseres ferdighetstreningen med at en av studentene tar opp den aktuelle prosedyren rundt pasientsengen og instruerer sine medstudenter om når og hvordan de skal utføre de ulike trinnene. Lærer er til stede og gir støtte og instruksjon i tillegg, men tilgang til VAR på iPad som studentene får ved skolestart, er et godt redskap for «peer learning». To informanter nevner at VAR brukes systematisk i all ferdighetstrening over alle tre utdanningsår, mens en sier det brukes mest i første, andre og tredje semester. Studentene bruker også VAR aktivt i praksisstudier, men en informant sa at de som lærere informerte om VAR og at det videre er opp til studentene å bruke verktøyet.

### **Hvordan brukes kunnskapsstoffet i utdanningene?**

En informant beskriver at kunnskapsoppsummeringer brukes som forberedelse til egen undervisning og som utgangspunkt for studentenes oppgaveskriving. Ved de to utdanningsinstitusjonene er både prosedyrer

og kunnskapsstoff innarbeidet systematisk i forhold til innsatsområder/pensum og danner grunnlag for eksamen.

### **På hvilken måte brukes VAR i klinisk praksis?**

I praksis brukes prosedyrene særlig i dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen. Informantene fremhever VAR som god støtte i utvikling av pleieplaner/behandlingsplaner/tiltaksplaner. Dette gjelder også danske kommuner til tross for at det mangler integrasjon med enkelte EPJ-systemer. Noen fremhevet også kunnskapstestene som kilde til læring, og de ble bl.a. benyttet til quiz i personalgruppen. Andre lager årshjul der aktuelle prosedyrer legges inn tilknyttet aktuelle fokusområder/innsatsområder for kommunen/sykehuset. VAR gir også bakgrunnsstoff til fagutviklingsprosjekter. En informant sa at ved å bruke VAR sikrer de seg mot eventuelle mangler og feil ved tilsyn fra helsemyndighetene. Flere informanter opplyste at VAR også integreres i kvalitetsstyringssystemer (QMS), i e-læringsprogrammer, og elektroniske sjekklister både i sykehus og kommunehelsetjenesten for å sikre kvalitet. I en norsk kommune er VAR systematisk implementert i kompetanseplanen, med et tydelig krav om å benytte VAR-nett som basiskompetansekrav, i forbindelse med oppstart i kommunen, men også for alle ansatte i beredskap og helse, miljø og sikkerhet (HMS). Et sykehus rapporterte også at VAR brukes som grunnlag for utvikling av lokale prosedyrer (eks. prosedyrer på spesialavdelinger).

### **Hvordan brukes kunnskapsstoffet i klinisk praksis?**

Kunnskapsoppsummeringer er mindre brukt i praksis. En informant uttrykker at de ikke bruker kunnskapsoppsummeringer, og at det er sjelden det står noe av interesse der. Andre forteller at de særlig benytter seg av kunnskapsoppsummeringer når de søker informasjon der prosedyren ikke gir hele svaret på spørsmål de har i praksis. Ved hjelp av kunnskapsoppsummeringer diskuterer de seg frem til beste løsning basert på «kvalitetssikret fakta fra kunnskapsoppsummeringer». En dansk kommunene delte sin statistikk over bruken av VAR, og denne viste at kunnskapsstoff ble også brukt, men i mindre grad enn prosedyrene. En annen dansk informant viser til at kunnskapsoppsummeringer særlig blir brukt i forberedelse til undervisning i praksis, f.eks. ved delegering av oppgaver.

### **På hvilken måte bidrar VAR til kunnskapsbasert praksis?**

De fleste besvarelser fremhevet nettopp at prosedyrene er basert på oppdatert kunnskap og er i bruk i både utdanning og praksis, noe som gjør at VAR er et viktig verktøy til kunnskapsbasert praksis. Informantene fremhever viktigheten av at både utdanning og praksis bruker de samme prosedyrene. Det er med på å skape trygghet for både studenter og lærere, gjør skillet mellom utdanning og klinisk praksis mindre, og bidrar til en felles forståelse av kvalitet i utførelsen. Flere viste til at VAR brukes som en nasjonal standard. Flere informanter i denne casestudien uttrykte at fordi innholdet er oppdatert og forskningsbasert, så har VAR en kontrollfunksjon og bidrar til å styrke virksomhetenes rutiner og standarder. Som en av informantene sa: *Vi hadde ikke hatt mulighet til å gjøre jobben som er gjort i utarbeidelse av prosedyrer tilsvarende det dere som lager VAR har gjort. Når vi har vært uenig i utførelse av ulike prosedyrer tidligere, har det ofte vært den «sterkeste» sykepleier som har vunnet frem, eller vi har utført prosedyrer svært ulikt, nå er det VAR som bestemmer prosedyrene, det er en trygghet.*

En informant sa følgende: *VAR er godt kjent som et kunnskapsbasert verktøy blant fagutviklingssykepleierne, og brukes aktivt av disse i arbeid med fagstoff/undervisning. Dette bidrar til kunnskapsbasert praksis.*

## **Diskusjon**

Hensikten med denne casestudien var å kartlegge og oppsummere erfaringer med implementering og bruk av PPS/VAR Healthcare i utdanning og klinisk praksis. Områdene som ble utforsket, var implementering og bruk av VAR, og bruksområdene kunnskapsbasert praksis, dokumentasjon og beslutningstaking.

## **Implementering og bruk**

Alle tre delene i casestudien avdekket at PPS/VAR er et viktig verktøy både for studenter, lærere og klinisk praksis. I hovedsak viser funnene at brukerne opplever at verktøyet er godt implementert og innarbeidet i flere kommuner og sykehus i forbindelse med opplæring av nye medarbeidere, veiledning av studenter og ved ad hoc-undervisning av personalet som støtte

til rett praksis. Funn fra litteraturstudien viser også manglende bruk, selv om verktøyet var tilgjengelig (Drange et al., 2015; Nes & Moen, 2010). En av informantene i spørreundersøkelsen antydte det samme. Det bekreftes i en review at implementering av kunnskapsbasert praksis og verktøy kan være utfordrende både for ansatte og organisasjonen (Williams et al., 2015; Eccles et al., 2018). En forutsetning for en vellykket implementering er at praksis/utdanningen har tilgang til oppdatert faglig kunnskap av høy kvalitet og at ledelsen tilrettelegger med tid, administrativ støtte og en positiv kultur på arbeidsplassen. Ledelsen signaliserer støtte allerede ved innkjøp, men det er også viktig å sørge for kollegial støtte for bruken av VAR i hverdagen.

En vellykket implementering av ny kunnskap / nye verktøy krever systematisk bruk av strategier for implementering (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2016), samt en synlig, støttende og interessert ledelse (Schaefer & Welton, 2017; Bondarouk, Parry & Furtmueller, 2017; de Veer et al., 2011; Williams et al., 2015). En besvarelse fra spørreundersøkelsen beskrev nettopp en slik systematisk implementering. I en norsk kommune er VAR systematisk implementert i kompetanseplanen, som basiskompetanse så vel som til innsatsområder i kommunen. Disse innsatsområdene er obligatoriske og skal dokumenteres og rapporteres til leder. Slik tar kommunen og dens ledelse grep og sikrer kompetansen hos sine ansatte – med tydelig fagledelse synliggjør de at de er sitt ansvar bevisst.

Selv om prosedyrene brukes godt, avdekker informasjonen på tvers av kilder, virksomheter og land i denne studien et potensial for bedre bruk av kunnskapsoppsummeringene i VAR. Kunnskapsstoffet er selve grunnlaget for prosedyren, og kjernen i kunnskapsbasert praksis. Det er begrunnelsene for våre handlinger som skiller den kompetente og profesjonelle sykepleier fra den mindre kompetente. En handling (eller prosedyre) kan læres av alle, men profesjonalitet krever refleksjon, tenkning og mellommenneskelig utveksling av informasjon (Frisch, 2001).

## Kunnskapsbaserte prosedyrer og kunnskapsbasert praksis

Casestudien avdekket, både gjennom intervjuer og e-postkommunikasjon, at prosedyrene er hovedfokuset i VAR. Kunnskapsoppsummeringene

var i begrenset grad kjent for informantene fra praksis, i større grad fra utdanningsinstitusjonene. En respondent fra spørreundersøkelsen beskrev at de ikke hadde behov for kunnskapsstoff i praksis. Dette er en interessant tilbakemelding som ikke stemmer helt overens med alle spørsmålene som kom inn i VAR e-postboksen der de aller fleste svarene var å finne i kunnskapsstoffet. En annen beskrev at første skritt er å implementere prosedyrene og neste skritt er implementering av kunnskapsstoff, og så langt hadde de ikke kommet enda. En forutsetning for vellykket implementering av kunnskapsbaserte verktøy er at praksis/utdanningen ser behov for kunnskapsbasert praksis (Schaefer & Welton, 2017; Bondarouk, Parry & Furtmueller, 2017; de Veer et al. 2011; Williams et al. 2015).

Manglende forståelse for nødvendigheten av kunnskapsbasert praksis kan ha sammenheng med forståelse for hva dette innebærer. Det har vært store diskusjoner om hva evidens er i sykepleie og helsefag, og de evidensbaserte miljøene har ment at eneste valide form for evidens har vært randomiserte kliniske studier (Mantzoukas, 2006). Den hierarkiske kunnskapsforståelse kan være problematisk i praksis og kan i verste fall være skadelig, da det ikke nødvendigvis sikrer beste praksis (Mantzoukas, 2006; Avery, 2014). Best og sikker praksis oppnås med beslutninger som er forankret i en helhetlig, rasjonell refleksjon med bruk av flere kunnskapsformer, bl.a. erfaringskunnskap, samt vurdering av kontekst og situasjon (Mantzoukas, 2006). Nyere definisjoner av evidensbasert praksis inkluderer en bredere kunnskapsforståelse, inkludert forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukermedvirkningskunnskap (Graverholt et al., 2012; Melnyk et al., 2017). I praksis anvendes også juridisk, etisk, teoretisk, praktisk og estetisk kunnskap (Melnyk et al., 2012). Ansatte og bidragsytere i VAR gjør kritiske vurderinger og kunnskapsoppsummeringer på systemnivå, basert på disse kunnskapsformene. I tillegg til forskning samles tilbakemeldinger og erfaringer på tvers av helsetjenesten, utdanning og praksis, og på tvers av land. Erfaringsbasert kunnskap løftes slik opp på et høyere (kollektivt) nivå og danner grunnlag, sammen med de andre kunnskapsformene, for videre oppdatering og utvikling av innholdet. Ved manglende evidens for en metode alene (f.eks. stell av øyeprotese), eller ved ulike situasjoner (f.eks. blødning ved



innstikksted eller tørt innstikksted i prosedyren: Stell og observasjoner av suprapubisk kateter (SPK)), beskriver VAR flere mulige metoder i prosedyren.

Behov for kunnskapsstoffet var tydelig i denne studien. Flere av respondentene i spørreundersøkelsen fortalte at de bruker kunnskapsoppsummeringer når de søker mer informasjon, f.eks. som grunnlag for undervisning og opplæring, og når det oppstår uenighet kollegaer imellom. Ledelsen i både utdanning og klinisk praksis bør stille klare forventninger til både studenter og personale om å begrunne sine handlinger / sin praksis, og kommunisere positive holdninger til bruk av oppdatert kunnskap, slik som kunnskapsoppsummeringene i VAR. Det er vist en sammenheng mellom en positiv holdning til og implementering av kunnskapsbasert praksis (Stokke et al., 2014). Når en lykkes med dette, vil VAR kunne brukes bevisst for å utøve kunnskapsbasert praksis, noe en av forskningsrapportene i denne casestudien konkluderte med ved forskning på intensivavdeling (Bringsvor et al., 2014).

Det største temaet i e-postkommunikasjonen, både fra praksis og utdanning, dreide seg om spørsmål om begrunnelser for hvorfor prosedyren var beskrevet slik den var, og om evidensgrunnlaget i VAR. Sammenhengen til kunnskapsstoffet i VAR synes uklar, men e-postkommunikasjonen viser kritisk, faglig refleksjon. Definisjonen av kunnskapsbasert praksis har nettopp store likheter med definisjonen av refleksjoner i praksis, og det kan se ut til at et fokus på refleksjoner og diskusjoner i praksis har større effekt på innføring av kunnskapsbasert praksis enn et fokus på kunnskapshierarki (Mantzoukas, 2006). Nærmest alle svar fra redaksjonen på e-posthenvendelsene henviser til kunnskapsoppsummeringer som begrunnelse, og for mer dybdekunnskap. Dette viser helt klart et potensial og behov for mer bruk av kunnskapsstoffet som en del av implementeringen. Videre viser denne casestudien at VAR ansees som en nasjonal database, og redaksjonen brukes som et faglig rådgivnings- og diskusjonsorgan. Gjennom dialog med VAR-redaksjonen viser analysen at dette kan utløse kritisk refleksjon over egen praksis. Dette kan være en viktig funksjon for å støtte opp om implementeringen av VAR og kunnskapsbasert praksis. Gjennom diskusjoner og refleksjoner i praksis bygges kultur for kunnskapsbasert praksis. Kritisk refleksjon i en slik

dialog kan bidra til mer praktisk, brukbar og effektiv evidens (Malterud 2002; Rolfe, 2005). Dette er også et viktig grunnlag for videreutvikling av innholdet i VAR.

Flere studier har avdekket at sykepleiere ser behovet for kunnskapsbasert praksis, men mangler ferdigheter til kritisk lesing og forståelse for forskning, og de har for stor arbeidsbelastning, opplever mangel på støtte fra kollegaer til å ta i bruk forskning, mangler ressurser og ansvar, samt at det ikke er kultur i avdelingen for endring (Majid et al. 2011; Williams et al. 2015). Det å ta i bruk forskningsresultater og beste tilgjengelige kunnskap til praksis er en prosess som ofte kan ta tiår (Ploeg et al., 2007; Dilling et al., 2013). VAR kan bidra til å gjøre forskning og oppdatert kunnskap raskt tilgjengelig for utdanning og praksis med sine rutiner som innebærer kontinuerlig oppdatering av kunnskap. Kunnskapsoppsummeringene i VAR er skrevet på en måte som gjør at brukerne skal kunne benytte seg av og lære av forskningen, uten nødvendigvis å måtte forstå forskningsrapportene som ligger til grunn. Gjennom bruk av VAR skal en kunne få en rask oversikt over hvilke områder forskningen befatter seg med, og hvor det er gap i forskningen relatert til de aktuelle prosedyrene. Dette kan også danne et grunnlag for nye forsknings- og fagutviklingsprosjekter, noe en av informantene i denne studien beskrev.

For å styrke kompetanse og sikre profesjonalitet og kunnskapsbasert praksis er integrering av et kunnskapsbasert verktøy i daglige arbeidsprosesser viktig. Planlegging og dokumentasjon av sykepleie er en slik daglig arbeidsprosess.

## Dokumentasjon og beslutningstaking

Casestudien viser at VAR kan være en bestanddel av sykepleiernes dokumentasjon. Brukerne mener at VAR bidrar til å effektivisere dokumentasjonen og skape oversikt gjennom integrasjoner med EPJ-systemene, med enkel tilgang til oppslag for å lese/ sette seg inn i prosedyren og ev. kunnskapsoppsummeringer. VAR kan også gi støtte til formulering av og sammenhenger mellom sykepleiediagnose, forventet resultat/mål og intervensjon/prosedyre, da disse elementene er en del av prosedyrens innhold og mal.

Samtidig viste en av kildene i litteraturstudien at verktøyet var lite brukt i dokumentasjon av trykksårpraksis, med den konklusjon at verktøyet må integreres i daglige arbeidsprosesser og løsninger som f.eks. EPJ (Bringsvor et al., 2015). Behovet for integrasjoner med EPJ var også en tematikk i e-posthenvendelser til VAR fra danske brukere. I Danmark er det integrasjonsløsning med et av EPJ-systemene så langt, mens i Norge er det integrasjonsløsninger med alle EPJ-leverandører. Kunnskapsbasert praksis innebærer å gjøre kloke beslutninger (Melnik et al., 2012). Slike beslutninger dreier seg om problemløsende beslutningstaking som baserer seg på beste tilgjengelige kunnskap og innebærer kritisk vurdering og refleksjon (Dearholt & Dang, 2012). Kloke beslutninger og refleksjoner er en del av dokumentasjonsprosessens diagnostisering, dvs. de vurderinger som ligger til grunn for handlingen og som tilhører sykepleierens ansvarsområde. Kunnskapsoppsummeringene kan være nyttige sammen med informasjon om pasienten for å forankre vurdering og dokumentasjon i beste tilgjengelige kunnskap.

Kunnskapsstøtte alene har liten grad av støtte, det er først når man får tilstrekkelig beslutningsstøtte at klinisk praksis kan få den effekten man ønsker på pasientresultatene (Helsedirektoratet, 2014; Musen et al., 2014). Til tross for bruk av EPJ viser både forskning og avvikrapporter fra Helsetilsynet at dokumentasjonen trenger bedre struktur og kvalitet.

Når det gjelder VAR som støtte til dokumentasjon, er spørsmålet om mulighet for kopiering fra VAR til pasientjournalen et overraskende funn i denne casestudien. På den ene siden bryter dette med digitale tenkningen og versjonshåndtering som sikrer kunnskapen som dokumentasjonen hviler på til enhver tid. Dette er viktig ved f.eks. tilsyn og ev. rettssaker. På den andre siden vitner dette kanskje om et behov for en dypere integrasjon mellom VAR og EPJ-systemene og for mer beslutningsstøtte. Direktoratet for e-helse kom med en anbefaling om internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis (ICNP) som nasjonal terminologi for sykepleiepraksis våren 2018 (Direktoratet for e-helse, 2018). VAR har tatt i bruk ICNP i sin struktur og skal gi mulighet for beslutningsstøtte for aktuelle prosedyrer ved søk på en sykepleiediagnose (problem, risiko). ICNP som referanseterminologi kan videre være avgjørende for en dypere integrasjon mellom EPJ og VAR. Med gode integrasjonsløsninger mellom

informasjonsmodell (f.eks. sykepleieprosessens elementer), kunnskapsbase (f.eks. VAR) og begrepsmodell (f.eks. ICNP) kan en oppnå fullgod beslutningsstøtte (Rector, 2001). Slik kan helsepersonell f.eks. få varsler i pleieplanen om endringer i prosedyrene basert på ny kunnskap og endringer av innholdet i VAR. Høy kvalitet på både beslutningsstøttefunksjonalitet, kunnskap og teknologi er avgjørende for god utnyttelse av beslutningsstøttesystemer i helsetjenesten (Lee, 2013; Piscotty & Kalisch, 2014). Dette må bli fokuset for videre utvikling.

## Oppsummering

Vi har gjennom denne casestudien analysert og beskrevet erfaringer med implementering og bruk av VAR i utdanning og praksis. Særlig fokus har det blitt på kunnskapsbasert praksis, en hovedhensikt med VAR. Hovedmålet med kunnskapsbasert praksis er gode pasientresultater, god utnyttelse av ressurser, arbeidsglede og redusert turnover. VAR evalueres som et godt og nyttig verktøy. Prosedyrene brukes godt i både utdanning og praksis.

Funn fra denne casestudien avdekket eksempler på god implementering, men også at implementering kan være en utfordring, og særlig kunne vi se tegn til at kunnskapsoppsummeringer kan implementeres bedre. Den beste bruken er kanskje når VAR er integrert i daglige beslutningsprosesser som i dokumentasjon av sykepleie. Kunnskapsbasert praksis og dokumentasjon krever refleksjoner og diskusjon for at beslutninger skal bli gode. Dette betyr både god teknologisk utnyttelse og støtte, men også god implementering. Casestudien avdekket at redaksjonen i VAR bidrar i denne prosessen som diskusjonspartner og rådgivende organ, samt med kollektiv kunnskap basert på forskning, så vel som erfaringsbasert og praktisk kunnskap ervervet på tvers av virksomheter og land. I dette spenningsfeltet lærer en å argumentere med belegg og begrunnelse. Refleksjoner over innhold og eksisterende kunnskap kan generere ny kunnskap.

VAR har tatt de første skritt mot beslutningsstøtte med integreringen av ICNP-terminologien back-end i verktøyet. For å ytterligere understøtte kunnskapsbasert praksis og dokumentasjon bør

kunnskapsoppsummeringer fremmes mer, men også teknologien. Full beslutningsstøtte krever en videreutvikling av VAR og EPJ-systemene – en reell mulighet ved bruk av ICNP som base i systemene.

## Referanser

- Avery, L. (2014). Registered nurses' perceived importance of knowledge sources in relation to structural empowerment (Doktoravhandling, University of Manitoba, Canada). Hentet 2. juni 2019 fra [https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/30178/Avery\\_Registered\\_Nurses.pdf?sequence=3](https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/30178/Avery_Registered_Nurses.pdf?sequence=3)
- Bondarouk, T., Parry, E. & Furtmueller, E. (2017). Electronic HRM: Four decades of research on adoption and consequences. *The International Journal of Human Resource Management*, 28(1), 98–131. <https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1245672>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a>
- Bringsvor, H. B., Bentsen, S. B. & Berland, A. (2014). Sources of knowledge used by intensive care nurses in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(3), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.001>
- Bucknall, T. & Fossum, M. (2015). <https://doi.org/> It is not that simple nor compelling! Comment on “translating evidence into healthcare policy and practice: Single versus multi-faceted implementation strategies – is there a simple answer to a complex question?” *International Journal of Health Policy and Management*, 4(11), 787–788. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.142>
- deVeer, A. J. E., Fleuren, M. A.H., Bekkema, N. & Francke A. L. (2011). Successful implementation of new technologies in nursing care: A questionnaire survey of nurse-users. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 11(1),67. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-11-67>
- Dearholt, S. L. & Dang, D. (2012). *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice: Models and Guidelines* (2. utgave). Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
- Dilling, J. A., Hoover, M. R., Dankbar, G. C., Murad, M. H. & Mueller, J. T. (2013). Accelerating the use of best practices: The Mayo Clinic model of diffusion. The joint commission. *Journal of Quality and Patient Safety*, 39(4), 167–176, AP1–AP2. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(13\)39023-0](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(13)39023-0)
- Direktoratet for e-helse. (2017a). *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022*. Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet 2. juni 2019 fra <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>
- Direktoratet for e-helse. (2017b). *Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017–2022*. Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet 2. juni 2019 fra <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>

- Direktoratet for e-helse. (2018). *Terminologi for sykepleiepraksis: Konseptutredning*. Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet 2. juni 2019 fra <https://ehelse.no/publikasjoner/terminologi-for-sykepleiepraksis>
- Drange, B. B., Vae, K. J. & Holm, A. L. (2015). Sykepleiedokumentasjon – en utfordring ved trykksårforebygging – Erfaringer fra et praksisutviklingsprosjekt. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(2), 208–217.
- Eccles, M., Grimshaw, J. & Foy, R. (2018). Disseminating and implementing evidence-based practice. I T. V. Zwanenberg & J. Harrison (Red.), *Clinical governance in primary care* (2. utgave, s. 75–88). London: CRC Press.
- Frisch, N. C. (2001). Standards for holistic nursing practice: A way to think about our care that includes complementary and alternative modalities. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 6(2). Hentet 27. oktober 2018 fra <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume62001/No2May01/HolisticNursingPractice.aspx>
- Graverholt B., Jamtvedt G., Nordheim, L. V., Nortvedt M. W. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2014). *Beslutningsstøtte. Definisjoner, status og forvaltning av ulike former for IKT-basert klinisk støtte*. Rapport fra ekspertgruppe til Helsedirektoratets utredning vedrørende «En innbygger – én journal. Versjon 1. Hentet 21. oktober 2018 fra: [https://www.nsf.no/Content/1527347/Beslutningsst%C3%B8tte%20rapport%202014\\_v1%200%20\(2\).pdf](https://www.nsf.no/Content/1527347/Beslutningsst%C3%B8tte%20rapport%202014_v1%200%20(2).pdf)
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9):1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Holmsen, T. (2008). Bedre praksis med elektronisk hjelpemiddel. *Tidsskriftet sykepleie*, 96(5) 70-71. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2008.0008>
- Lee, S. (2013). Features of computerized clinical decision support systems supportive of nursing practice: A literature review. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 31(10), 477–495. <https://doi.org/10.1097/01.NCN.0000432127.99644.25>
- Mackey, A. & Bassendowski, S. (2017). The history of evidence-based practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>
- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y. L., Chang, Y. K. & Mokhtar, I. A. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: Nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 99(3), 229–236. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.99.3.010>
- Malterud, K. (2002). Reflexivity and metapositions: strategies for appraisal of clinical evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 8(2), 121–126. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.2002.00353.x>

- Mantzoukas, S. (2006). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: Levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 214–223. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01912.x>
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L. & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410–417. <https://doi.org/10.1097/NNA.obo13e3182664e0a>
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Giggelman, M. & Choi, K. (2017). A test of the ARCC© model improves implementation of evidence-based practice, healthcare culture, and patient outcomes. *World Views on Evidence Based Nursing*, 14(1), 5–9. <https://doi.org/10.1111/wvn.12188>
- Musen, M. A., Middleton, B. & Greenes, R. A. (2014). Clinical decision-support systems. I E. H. Shortliffe & J. J. Cimino (Red.), *Biomedical informatics. Health informatics* (s. 698–736). London: Springer. [https://doi.org/10.1007/0-387-36278-9\\_20](https://doi.org/10.1007/0-387-36278-9_20)
- Nes, S. & Moen, A. (2010). Constructing standards: A study of nurses negotiating with multiple modes of knowledge. *Journal of Workplace Learning*, 22(6), 376–393. <https://doi.org/10.1108/13665621011063487>
- Piscotty, R. & Kalisch, B. (2014). Nurses' use of clinical decision support: A literature review. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 32(12), 562–568. <https://doi.org/10.1097/CIN.000000000000110>
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Miller, P. E. (2007). Factors influencing best-practice guideline implementation: Lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210–219. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x>
- Rector, A. L. (2001). The interface between information, terminology, and inference models. *Studies in Health Technology and Informatics*, 84(Pt 1), 246–250. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-928-8-246>
- Reierson, I. Å., Hvidsten, A., Wighus, M., Brungot, S. & Bjørk, I. T. (2013). Key issues and challenges in developing a pedagogical intervention in the simulation skills center – an action research study. *Nurse Education in Practice*, 13(4), 294–300. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.04.004>
- Reierson, I. Å., Solli, H. & Bjørk, I. T. (2015). Nursing students' perspectives on telenursing in patient care after simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(4), 244–250. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.02.003>
- Rolfe, G. (2005). The deconstructing angel: nursing, reflection and evidence-based practice. *Nursing Inquiry*, 12(2), 78–86. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00257.x>
- Saunders, H. & Vehviläinen-Julkunen K. (2016). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 128–140. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018>

- Schaefer, J. D. & Welton, J. M. (2017). Evidence based practice readiness: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 621–629. <https://doi.org/10.1111/jonm.12599>
- Schieh, H.-F. & Shannon S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Solli, H. & Reiersen, I. Å. (2006). Fra mesterlære til selvstudium. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 8(4), 35–50.
- Stenholt, B. V. & Nielsen, C. M. (2011). Afprøvning af PPS (Praktiske Prosedurer i Sykepleie). Hentet fra [https://www.ucviden.dk/ws/files/13461021/PPS\\_afrapportering\\_120312.pdf](https://www.ucviden.dk/ws/files/13461021/PPS_afrapportering_120312.pdf)
- Stokke, K., Olsen, N. R. Espehaug B. & Nortvedt, M. W. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-8>
- St.meld. nr. 9 (2012–2013). (2012). *Én innbygger – én journal*. Oslo: Departementenes servicesenter. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>.
- St.meld.nr.13 (2016-2017). (2015) Kvalitet og pasientsikkerhet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c3f7bd6e264046b4fac371aad8bc32/no/pdfs/stm201620170013000ddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 29 (2012–2013). (2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- VAR Healthcare. *Historien om VAR Healthcare*. Hentet 26. desember 2018 fra <https://www.varhealthcare.no/var/no/om-oss/article.action?contentId=105928>
- Williams, B., Perillo, S. & Brown, T. (2015). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Education Today*, 35(2), e34–e41. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.012>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications. Design and methods*. 6. utgave. London: SAGE Publications, Inc.





## Om forfatterne

**Hege Kristin Andreassen** er sosiolog og førsteamanuensis ved Senter for kvinne- og kjønnsforskning, UIT Norges arktiske universitet og ved Senter for omsorgsforskning øst, NTNU i Gjøvik. Hun forsker på E-helse og spesielt på hvordan teknologi kan utvikles til å støtte pasienter og brukere for å underlette deres hverdag.

**Marianne Brattgjerd** er sykepleier og stipendiat i studier av profesjonspraksis ved Nord universitet. Hun forsker på hvordan sykepleiere bruker standardisert tiltaksplan - Liverpool Care Pathway/Livets siste dager - til døende pasienter i norske sykehjem.

**Berit Brattheim** er radiograf og førsteamanuensis ved Institutt for Sirkulasjon og Bildediagnostikk, NTNU. Hun forsker på E-helse /helseinformatikk, helsekommunikasjon og organisering av helsetjenester.

**Inger Jorun Danielsen** er barnesykepleier og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet, og Nord universitet. Hun forsker på praktisk kunnskap, spesielt hvordan profesjonsutøverens kunnskap konstrueres innenfor en helsetjenestekontekst.

**Mariann Fossum** er sykepleier og professor ved Senter for omsorgsforskning-Sør, Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder. Hennes forskningsområder er dokumentasjon, beslutningsstøtte og IKT i helsetjenesten.

**Ragnhild Hellesø** er sykepleier og professor i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Hun forsker på samhandling i helsetjenesten og er spesielt opptatt av sykepleieres informasjonspraksiser og informasjonssystemer.

**Lasse Morten Johannesen** var førstelektor ved Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo. Han hadde lang erfaring med å undervise i norsk språk og kommunikasjon for utenlandsk helsepersonell og forsket på journalføring forfattet av sykepleiere med norsk som førstespråk og norsk som andrespråk.

**Merete Lyngstad** er sykepleier og spesialrådgiver i fag- og helsepolitisk avdeling, Norsk Sykepleierforbund. Hun har en phd og forsker på E-helse og elektronisk kommunikasjon i helsetjenesten med særlig interesse for kommunehelsetjenesten.

**Line Melby** er sosiolog og arbeider som seniorforsker ved Sintef Teknologi og samfunn og ved Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU Gjøvik. Hun forsker på ulike forhold ved teknologi, helsetjenestepraksis og samhandling.

**Grethe Bøgh Næss** er sykepleier og førstelektor i sykepleie ved Nord universitet. Hun forsker på studentenes utvikling av sykepleieidentitet og hvordan utdanningen tilrettelegger for dette. Hun forsker også på standardisert tiltaksplan til døende pasienter i sykehjem.

**Rose Mari Olsen** er geriatrisk sykepleier og førsteamanuensis ved Nord universitetet. Hun har blant annet forsket på sykepleieres informasjons- og dokumentasjonsarbeid og pasientsikkerhet i helsetjenesten.

**Ann Kristin Rotegård** er sykepleier med phd og ansatt i Cappelen Damm. Hennes forskningsinteresse er standardisering, sykepleieres journalføring og utvikling av beslutningsstøttesystem.

**Else Ryen** er førsteamanuensis ved Nasjonalt senter for flerkulturell opplæring (NAFO), OsloMet – storbyuniversitetet. Hun forsker på fagområdet norsk som andrespråk og har skrevet lærebøker i norsk for utenlandsk medisinsk personell.

**Maren Sogstad** er førsteamanuensis ved Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU. Hun forsker på kommunale helse og omsorgstjenester med særlig fokus på utviklingstrender, kvalitet og samhandling.

**Pieter Toussaint** er informatiker og professor ved Institutt for data-teknologi og informatikk (IDI), Fakultet for informasjonsteknologi og elektroteknikk, NTNU. Han forsker på samhandling og bruk av IKT i helsetjenesten.

**Torunn Wibe** er sykepleier med phd og jobber som fagkonsulent ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo med særlig ansvar for pasientsikkerhet og tilrettelegging for forskning. Hun er spesielt opptatt av pasienters tilgang til egen journal og elektronisk kommunikasjon i helsetjenesten.

