Masteroppgave

Tittel:

Stille sykepleie rapport og dokumentasjon

En evalueringsstudie fra sykehjem

Quiet nursing handover and documentation

An evaluation study from a nursing home

Problemstilling:

Hva slags forandringer forventes oppnådd v/stille sykepleierapport til innholdet i den skriftlige sykepleiedokumentasjonen sett i lys av formålet med dokumentasjonen?

Stein-Erik Evenstad

Prosjektrapport

Universitetet i Aalborg

27. mai 2010

FORORD

Dette har vært et meget inspirerende og lærerikt år for meg faglig og menneskelig. Jeg har vært heldig å møte mennesker ved Universitet i Ålborg som har gitt meg inspirasjon og pågangsmot til å fullføre oppgaven. Jeg vil takke foreleserne ved Universitet som ser deg som student og er engasjert i hva du holder på med.

Takk til min gode venn Steinar Johansen som har vist interesse, vært min faglige samtalepartner og vist engasjement gjennom prosessen.

En spesiell takk må gis til de som gjorde prosjektet mulig for meg. Disse er Bjørg Pedersen, delprosjektleder stille rapport. Kari Os, prosjektleder ved undervisningssykehjemmet i Akershus. Aslaug Midtgaard, Vibeke Maya Austria, Liv Karlsen og Beate Thorsen. Sistnevnte har gitt verdifulle bidrag via e-post. Vibeke Maya har vært uunnværlig hva gjelder oppklarninger rundt elektronisk pleieplan. Også en stor takk til alle som stilte opp på feltintervju.

En takk rettes også til Leif–Inge Jakobsen, Produktansvarlig Pleie, Rehabilitering og Omsorg, Visma Unique ASA, for viktige bidrag rundt brukermodulen i Profil.

Jeg vil takke min veileder Ann Bygholm for meget god og informasjonsrik veiledning via ”first class” og ”skype”. Hun er utmerket på å være tydelig og konstruktiv i sin veiledning.

Sist men ikke minst vil jeg takke min samboer, Gerd Marit Eng som alltid har vært tålmodig og støttende, hvor jeg til tider også har vært fraværende. Hun har gitt meg rom og tid til å være student.

Stein-Erik Evenstad Oslo 27.05.10

ABSTRAKT

Bakgrunn

Oppgaven er om stille rapport og dokumentasjonen ved en avdeling for senil demente. Delprosjekt stille rapport ble strukturert gjennom kortsiktige og langsiktige mål. Denne undersøkelsen er i fasens andre år. De la vekt på kvalitet på dokumentasjonen, dannelse av holdninger rundt dokumentasjonen og dokumentasjonsprosessen, og endringskultur ved aktiv deltakelse av de ansatte.

Metodebruk

Dette er en evalueringsstudie. Forskningsdesignet er kvalitativt med intervju av sykepleiere og helsefagarbeidere. I tillegg til intervju er det gjort feltobservasjoner på post dag, kveld og natt. Feltobservasjonene er fulgt opp med kort intervju i etterkant. Analysen er fulgt opp med transkribering og kategorisering i tabeller. Drøfting av funn er hjulpet av transkriberingen og analysen gjennom kondenserte meningsenheter. Tolkningene i resultatdelen er gjort på tre nivåer: Selvforståelse, kritisk selvforståelse med sunnfornuft og teori på tredje nivå.

Resultat

Stille rapport viser forbedring av dokumentasjonens innhold og struktur fra muntlig rapport. Dette belyses gjennom økt fokus på skrift og oppfølging av pasientene gjennom EPJ. Profil gir en struktur som gjør informasjonen mer transparent. Rettskrivning blir mer synlig, og bør jobbes med som eget prosjekt. Av den grunn dukker det opp nye problemstillinger rundt skrivingen, hvordan man skal skrive og hva man skal skrive. Gode resultater daglig på dokumentasjonen i stille rapport, krever en grundig gjennomgang av dokumentasjons-prosessen og bakgrunnen for denne. Videre må det arbeides med kultur for endringsarbeid, holdninger rundt stille rapport, skriveprosessen, og EPJ kontinuerlig.

Konklusjon

Stille rapport er en annerledes teknisk måte å gi rapport på ved en avdeling. Stille rapport brukes av helsepersonell for helsepersonell for å bygge kvalitet gjennom god dokumentasjon.

Stille rapport er ingen garantist for god kvalitet. Det må arbeides med holdninger og kultur hele tiden for å oppnå resultater. En av de gode parameterne for kvalitet på stille rapport er om EPJ støtter stille rapport. Helsepersonell er viktige pådrivere for endringer av EPJ til sin pasientgruppe. Elektronisk pleieplan er kjerneoppgaven rundt sykepleien. Hvis EPJ fungerer godt sammen med god rettsskrivning oppfylles målene for kvalitet

Innholdsfortegnelse

1 Søkeord og begreper 1

1.1 Søkeord 1

1.2 Definisjon av begreper 1

2 Innledning 4

2.1 Muntlig rapport 5

2.2 Stille rapport 6

2.2.1 Elektronisk pasientjournal gjør stille rapport mulig 7

2.2.2 Hensikt 7

2.3 Hva er typisk for en godt fungerende EPJ? 8

2.3.1 Bedring av informasjonstilgang 8

2.3.2 Hva sier EPJ om kvaliteten på dokumentasjonen? 9

2.4 Sykepleieprosessen og stille rapport 9

2.5 Noen definisjoner på kvalitet 11

2.5.1 Mål for kvalitet 12

2.5.2 Kvalitet og stille rapport 13

2.5.3 Dokumentasjonsplikten 13

2.6 Profil 14

2.7 Begrunnelse for valg av problemstilling 16

3 Teori - Min problemstilling og tilknytning til teori 17

3.1 Dokumentasjon i et historisk perspektiv 17

3.2 Problemstillingen i et SCOT perspektiv. 19

3.3 Bakgrunn 19

3.3.1 Sosiale grupper 20

3.3.2 ”Fortolkningsfleksibilitet” 20

3.3.3 Lukning eller ”closure” 21

3.3.4 Lukningsstrategier 21

3.3.5 Teknologiske rammer 21

3.4 SCOT som teori til min problemstilling 22

3.5 Dokumentasjonens rolle 23

3.5.1 Kommunikasjon 24

3.5.2 Koordinering 25

3.5.3 Kontinuitet 25

3.5.4 Oppsummering av dokumentasjonens rolle i stille rapport 26

4 Metode 27

4.1 Begrunnelse for valg av metode 27

4.2 Forforståelse 27

4.3 Intervju 28

4.3.1 Utvalg 28

4.3.2 Forberedelse og invitasjon ... 28
4.3.3 Intervjuguide ... 29
4.3.4 Praktisk gjennomføring av intervjuene ... 30
4.3.5 Intervju og etikk ... 31
4.3.5.1 Informert samtykke ... 31
4.3.5.2 Konfidensialitet ... 31
4.3.6 Mine intervjuobjekter ... 31
4.3.7 Setting ... 32

4.4 Litteraturstudie ... 32

4.5 Gyldighet i kvalitative studier ... 33

4.6 Fremgangsmåte analyse ... 34

4.7 SCOT som metode ... 35

4.8 Resultater og drøfting ... 36

5 Resultater og drøftinger ... 37

5.1 Muntlig rapport versus stille rapport ... 37
5.1.1 Formålet med stille rapport ... 37
5.1.2 Funn rundt muntlig rapportering ... 39

5.2 Dokumentasjonens innhold og formål ... 39
5.2.1 Gammelt funn ... 40
5.2.2 Funn kommunikasjon ... 43
5.2.3 Et blikk på dokumentasjonsprosessen ... 43
5.2.4 Den skriftlige dokumentasjonen ... 44
5.2.4.1 Fokus i dokumentasjonsprosessen ... 45
5.2.4.2 Type feil ... 47
5.2.4.3 Ord og uttrykk ... 48
5.2.5 Feltobservasjoner ... 49
5.2.6 Funn i forhold til skriftlig innhold ... 51

5.3 Brukermodulen i Profil ... 51
5.3.1 Oppdatering ny versjon ... 52
5.3.2 Kritikk til elektronisk pasientjournal ... 53
5.3.2.1 Mulige endringsforslag på e-pleieplan ... 55
5.3.2.2 Hva man kan gjøre på tiltak ... 55
5.3.3 Funn i brukermodulen ved stille rapport og elektronisk pasientjournal ... 57

5.4 Strukturerte funn rundt den elektroniske pasientjournalen ... 57
5.4.1 Konsekvenser ... 58
5.4.1.1 E-pleieplan kan virke uoversiktlig ... 59

5.5 Krav til oppfølging av stille rapport ... 60

5.6 Oppsummering av funnene i brukermodulen Profil med stille rapport ... 61
5.6.1 Stille rapport og konsekvenser ... 62

5.7 Drøfting av teori med sosial konstruksjon på stille rapport - SCOT ... 62
5.7.1 Type aktører ... 62
5.7.2 Sosial gruppe ... 63
5.7.3 Teknologiske rammer ... 63
5.7.4 Standardiseringsspøkelset ... 65
5.7.4.1 Standardsystemets fordeler og ulemper ... 66
5.7.5 Stille rapport på SCOT i et samfunnsperspektiv ... 67
5.7.5.1 Helsevesenets logikker ... 68
5.7.5.2 Artefaktets indre struktur ... 69

5.8 Stabilisering og lukning **70**

6 Oppsummering av resultatene **72**

6.1 Resultatene i forhold til tidligere undersøkelser som er gjort **72**

6.2 Hovedfunn - Stille rapport og skriveprosessen **72**

6.2.1 Noen anbefalinger 73

6.2.2 Nye og gamle funn. Svar på forskningsspørsmål 73

6.2.2.1 Funn på prosjektrapport 73

6.2.2.2 Empiriske funn på Profil 74

6.2.2.3 Andre funn – stille rapport og dokumentasjonsprosessen 75

6.2.3 Svar på forskningsspørsmål 76

6.3 Generell oppsummering av de viktigste resultatene **77**

6.4 Vurdering av undersøkelsen og resultatene **78**

6.5 Prosessen **80**

6.6 Prosjektrapporten **81**

6.7 Faglige erfaringer **82**

6.8 Konklusjon **82**

7 Litteraturliste **84**

7.1 Bøker **84**

7.2 Artikler **85**

7.3 Offentlige rapporter og dokumenter **86**

7.4 Elektroniske kilder **87**

8 Vedlegg **89**

Figurliste

Figur 1: Illustrerer stille rapport: Helsepersonell leser og skriver rapport under tiltak i elektronisk pleieplan. 7

Figur 2: Tree-view (trestrukturen). 15

Figur 3: Viser tiltakskode under plankategori; Somatisk helse, og planområde; Ernæring og eliminasjon. 15

Tabelliste

Tabell 1: Viser sammenhengen mellom sykepleieprosessens ulike deler og utdrag fra forskrift om pasientjournal § 8.(kopiert fra Sandvand og Vabo etter Lyngstad, 2007). 10

Tabell 2: Viser kjennetegn på god kvalitet i henhold til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring. 12

1 Søkeord og begreper

1.1 Søkeord

Sykepleiedokumentasjon, sykepleierapport, helseinformatikk, stille rapport, health databases, handover, nursing handover, hand off, hand offs, EPJ, EHR, HIT, health informatics, documentation, quiet nursing report.

1.2 Definisjon av begreper

Artefakt (av lat. *ars,* kunst, og *facere,* gjøre, lage), kunstprodukt, dvs. noe som ikke er frembrakt av naturen, men laget av mennesker (Caplex.no).

Stille rapport: Med «Stille rapport» menes at sykepleieren i vaktskiftet leser nødvendig skriftlig informasjon om pasienten. De leser dokumentasjon av sykepleie samt deler av pasientjournalen som har betydning for utøvelse av sykepleie(Solvang 2005).

Helsepersonell: Kliniske og andre ansatte, inkludert de i primærhelsetjenesten, som har faste, klinisk kontakt med pasienter. Dette inkluderer ansatte som leger, tannleger og sykepleiere, paramedisinsk fagpersoner som ergoterapeuter, fysioterapeuter, Radiographers, ambulanse arbeidere og bærere, og studenter i disse disiplinene (http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1195733758763)

Rutine: Fastlegger ansvar samt fremgangsmåte som skal følges ved løsning av arbeidsoppgaver. (Begrep som anvendes i fagområdene kvalitetssikring og kvalitetsledelse.) **(**http://kvalis.ntnu.no/PublicDocs/00_Begreper_og_definisjoner.html)

SCOT: Social Construction of technology (Introduktion til STS, 2007)

STS: Science-Tecknology-Society studies (Introduktion til STS, 2007)

Prosedyre: Er en arbeidsmåte som stadig gjentaes og er alment kjent av de som utfører arbeidet. (Begrep som anvendes i fagområdene kvalitetssikring og kvalitetsledelse.) (http://kvalis.ntnu.no/PublicDocs/00_Begreper_og_definisjoner.html#GlossS)

Sluttbruker: I denne utredningen tilsvarer terminologien ”sluttbruker” pleiepersonell som bruker Profil eller informasjonssystemet (Åsheim 2006).

Effekt: En effekt er i denne utredningen brukt om et resultat som oppstar ved bruk av et IT-system (Åsheim 2006).

Kardex: en skriftlig oversikt i papirformat over medisinsk diagnose og sykepleie- pre, per og post(Sandvand og Vabo 2007)

Applikasjon: En database(Profil) eller dokument med egne menyer og knapper som kan utføre funksjoner. Det er vanlig at ordene ”applikasjon” og ”program” brukes om hverandre.

Standard system: er et datamaskinprogram som er utviklet til bruk i mange virksomheter. Det vanlige er at programmet er utviklet av maskinleverandør eller programvarehus (Mitt dataleksikon 1998).

KITH: Kompetansesenter for IT i helse-og sosialsektoren (http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____498.aspx)

Helsefagarbeider: Hjelpepleier og Omsorgsarbeider heter nå Helsefagarbeider (http://nks.no/Studietilbud/Helse-og-velvare/Helsefagarbeider/)

Data: Brukes vanligvis synonymt med informasjon. Egentlig er data rå fakta og tall, som så behandles (Mitt dataleksikon 1998).

EPJ: Med ”***elektronisk pasientjournal (EPJ)***” menes i *normen* elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 40 første ledd, jf. forskrift om pasientjournal § 3 a). Dette inkluderer både somatisk og psykiatrisk journal o.a., hver for seg eller samlet (Sosial og helsedirektoratet 2006).

.

EPJ-system/Profil: Med ***elektronisk pasientjournalsystem,*** menes i *normen* elektroniske systemer med nødvendig funksjonalitet for å registrere, søke frem, presentere, kommunisere, redigere, rette og slette opplysninger i *elektronisk pasientjournal.* Dette inkluderer både radiologisystemer, systemer for somatisk og psykiatrisk journal, pasientadministrative systemer og andre systemer som inneholder *helseopplysninger* (Sosial og helsedirektoratet 2006).

.

Sykepleier: ”en helsearbeider som praktiserer sykepleie. Sykepleiere jobber i alle deler avhelsetjenesten. Et av verktøyene i arbeidet er sykepleiedokumentasjon. Sykepleiere er sammen med andre ansvarlige for sikkerheten og rekonvalesensen til akutt syke eller skadde mennesker, helseforebyggende tiltak, og behandling av livstruende tilstander i mange forskjellige helsesammenhenger. Sykepleiere har også

en nøkkelfunksjon innen pleie- og omsorgstjenesten" (www.wikipedia.no) (Åsheim 2006).

Taushetsplikt: " menes i *normen* lovpålagt eller avtalt plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til *helse- og personopplysninger*, jf. helsepersonelloven § 21 og helseregisterloven § 15, samt annen informasjon med betydning for informasjonssikkerheten, jf. personopplysningsforskriften § 2-9. *Taushetsplikt* innbefatter både en passiv plikt til å tie og en plikt til aktivt å hindre uvedkommende i å få *tilgang* til taushetsbelagte opplysninger, herunder å skaffe seg kjennskap til opplysninger man ikke er *autorisert* for og ikke har tjenstlig behov for (Sosial og helsedirektoratet 2006).

Integritet: " menes i *normen* at *helse- og personopplysninger* må være sikret mot utilsiktet eller *uautorisert* endring eller sletting (Sosial og helsedirektoratet 2006).

Konfidensialitet; " menes i *normen* at *helse- og personopplysninger* må være sikret mot at uvedkommende får kjennskap til opplysningene (Sosial og helsedirektoratet 2006).

Kvalitet:" menes i *normen* at *helse- og personopplysninger* må være korrekte, oppdaterte, samt relevante og tilstrekkelige som grunnlag for å yte helsehjelp (Sosial og helsedirektoratet 2006).

Kravspesifikasjon: - er et dokument som gir en samlet beskrivelse av de kravene brukerne stiller til det framtidige informasjonssystemet (Andersen 1998).

Sykepleieprosessen: en sykepleiers teoretiske arbeidsramme (Sandvand og Vabo 2007).

2 Innledning

Denne oppgaven er et evalueringsstudie med temaet stille rapport og dokumentasjon. I oppgaven ser jeg nærmere på stille rapport og hva slags forandringer denne har medført for innholdet i en elektronisk sykepleiejournal (heretter kalt elektronisk pleieplan eller e-pleieplan). Forandringen sees også iforhold til formålet med dokumentasjonen. Den empiriske rammen rundt stille rapport er gjort ved et sykehjem i storoslo, et bokollektiv for senil demente. De innførte stille rapport våren 2007.

Ved innføringen av stille rapport laget de en kortsiktig målsetting, resultatmålene. De kortsiktige målene ønsket de å realisere under prosjektperioden. Målene var konkrete og omhandlet:

- *Økte kunnskaper i dokumentasjon som synliggjøres i "Profil"*
- *Økt tid sammen med, og mer ro for pasientene i vaktskiftene*
- *Redusert overtid i vaktskiftet*
- *Informasjoner om prosjektet holdes internt og eksternt*
- *Gjennomført undervisning i dokumentasjon*

Jeg vil ikke gå inn på de kortsiktige målene da de er behandlet i rapporten. Noen av målene ble mer realisert enn andre. Spesielt punkt to og tre ble innfridd ganske raskt. Rapporten viser en positiv effekt på trygghet rundt dokumentasjon og endringer på rutiner (Prosjektrapport 2008.:5-6). Det ble også laget et sett med langsiktige mål. Målene skulle angi effekter i et 3 til 5 års perspektiv. I mitt perspektiv er målene interessante og noen av målene vil bli besvart under min problemstilling.

Jeg har lagt særlig vekt på punkt 1 og 2. Punkt 1:" Den enkelte ansatte har gode kunnskaper i skriftlig dokumentasjon." Punkt to: "Pleieplanene er av god kvalitet, noe som gir større sikkerhet for pasientene". Jeg vil også berøre punkt 3: " Avdelingen har en kultur som fremmer læring, forbedring, refleksjon". Under er de langsiktige målene de ønsket å arbeide etter:

- *Den enkelte ansatte har gode kunnskaper i skriftlig dokumentasjon*
- *Pleieplanene har god kvalitet, noe som gir større sikkerhet for pasientene*
- *Avdelingen har en kultur som fremmer læring, forbedring og refleksjon*

- *Pasientene opplever et rolig miljø i vaktskiftene.*
- *Avdelingen bidrar til å spre kompetanse om "Stille rapport" i egen og andre kommuners sykehjemsavdelinger.*

På bakgrunn av de langsiktige målene, en rekke dybdeintervjuer og observasjon i vaktskiftene i kontekst til min problemstilling, vil jeg i kapitlene nedenfor redegjøre for min problemstilling.

2.1 Muntlig rapport

Før innføringen av stille rapport i 2007, hadde sykehjemmet benyttet muntlig rapport i en årrekke. Gjennom litteraturen er denne måten å organisere rapportering og dokumentasjon lite tilfredsstillende for helsearbeiderne (O'Connel & Penny 2001). Det er også mye som taler for at muntlig rapport er lite effektiv og uforsvarlig som metode (McKenna 1997; Gevdeep et al 2007). Ruland (2000) sier det er mange svakheter ved muntlig rapportering:

- *Det finnes ingen klare retningslinjer for hva man skal dokumentere, og hvordan.*
- *Formatet har ikke vært hensiktsmessig. Det kan være vanskelig å få oversikt over rapporter som skrives fortløpende uten struktur.*
- *Sykepleiernes ansvarsområde og hva som defineres som sykepleie, har ikke vært klart.*
- *Sykepleieplaner og sykepleiedokumentasjon bygger på lokale tradisjoner og vaner og varierer i innhold og struktur.*
- *Sykepleiedokumentasjonen bygger i stor grad på et muntlig og upresist språk.*
- *Dokumentasjon har hittil i liten grad vært underlagt krav om kvalitetssikring.*

Som Ruland (2000) også nevner, er dette tungtveiende grunner for å gi sykepleierne bedre hjelpemidler til dokumentasjonen av sykepleiedata. Sykehjemsavdelingen hadde slitt med disse utfordringene i mange år. De var nå klare for å utvikle et nytt rapportsystem. Det hele

startet ved at en av de ansatte gjennom en forelesning om stille rapport, tente på ideen og ville videreføre dette til sin egen avdeling.

I sykepleien er det tradisjon for muntlig rapportering (Sandvand og Vabo, 2007). Fra 80-tallet og 90 tallet skjedde et stadig større fokus på bruk av elektronisk verktøy i helsevesenet. Denne utviklingen skulle vis seg å bli varig, etter hvert med større fokus på elektroniske løsninger. Sykepleierne brukte på denne tiden kardex til sykepleiefaglig problemløsning og dataverktøy til laboriatorieprøver. Det var heller ingen dokumentasjonsplikt av sykepleien frem til 2001 (Sandvand og Vabo, 2007). EPJ har blitt en erstatning for kardexen (Vikkelsø, 2005).

Stille rapport er forholdsvis et nytt fenomen innenfor rapportering og sykepleie-dokumentasjon som har kommet med innføring av EPJ og dokumentasjonsplikten (Prosjektrapport, 2008).

2.2 Stille rapport

Det er ikke innført noen gullstandard type hva gjelder metode for overføringer av rapporter mellom skiftene på dag, kveld og natt verken i Norge; Skandinavia, Europa eller USA (Riesenberg et al 2010, JAN 2006) . Måten man rapporter på varierer fra sted til sted.

Stille rapport er et bidrag til dette lite prioriterte forskningsområde (JAN 2006). Det må nevnes at dokumentasjon har vært et prioritert tema ved Rikshospitalet i Oslo, siden midten av 90 – tallet (Heggdal 2006).

Stille rapport omhandler å videreføre mulighetene fra EPJ. Mulighetene kalles gjerne gevinst eller effekter og bør planlegges (Peppard et al 2007, Ruland 2000). Stille rapport omhandler en radikal endring av rapporteringen av nødvendige pasientopplysninger til neste vakt som kan være dag kveld eller natt. Endringen innebærer at man leser hva som er skrevet i en e-pleieplan fra EPJ uten kontakt med andre pleiere ved rapporteringen (Solvangs 2005).

Stille rapport gjøres mellom vaktskiftene på dag, kveld og natt for å videreformidle viktige pasientdata. Denne form for rapportering kan ikke gjøres med mindre man har implementert en EPJ på en avdeling. Stille rapport kan også gjøres på papir men er ikke tema her.

Rundt stille rapport kan det komme en del effekter som gjør kvaliteten på dokumentasjonen bedre. For å nyttiggjøre seg effektene, bør helsearbeiderne ha opplæring på

(1) dokumentasjonsprosessen og (2) teknologi. Videre må man ha rutiner og prosedyrer for hva og hvordan man skal skrive rapporten (Prosjektrapport 2008). Dessuten må det avsettes tid for å skrive dokumentasjonen i løpet av vakten. De som starter vakten logger seg på en maskin og leser nødvendig dokumentasjon på sine pasienter.

Før 2007 hadde sykehjemmet muntlig rapport men tilgang til EPJ. Før denne tid hadde de utfordringer med rapporteringen i forhold til skriftlig dokumentasjon, overtid og uro hos pasientene rundt vaktskiftet. Ved innføringen av ”stille rapport” endret bildet seg vesentlig. Det ble stille under rapporteringen, overtiden gikk ned og dokumentasjonen ble forbedret (Ibid).

Figur 1: Illustrerer stille rapport:
Helsepersonell leser og skriver rapport under tiltak i elektronisk pleieplan.

2.2.1 Elektronisk pasientjournal gjør stille rapport mulig

EPJ og stille rapport i min kontekst er gjensidig avhengig. EPJ inneholder e-pleieplan og strukturerer pasientens problemer og behov. Stille rapport er form for teknisk overlapping av vaktskiftet hvor man alene som helsearbeider oppdaterer seg på sin vakt (Solvang, 2005). Et av hovedmålene innenfor Nasjonal IT-satsning er nettopp å fjerne papiret ved bruk av IKT (Samspill 2.0, 2008-2013). Stille rapport er et av mange mål på hvordan realisere effektene fra EPJ (Peppard 2007). Siden verktøyet for stille rapport er EPJ og e-pleieplan, kan vi se nærmere på hva EPJ kan gjøre.

2.2.2 Hensikt

Formålet med elektronisk pasientjournal, er at den skal gi et bedre informasjonsgrunnlag om pasienten, gi bedre tilgjengelighet på data om pasienten, samt gi økt kvalitet på data om pasienten (Samspill 2.0, 2008-2013). Samtidig er EPJ det sentrale informasjons- og kommunikasjonsverktøyet for helsepersonellet i den daglige pasientbehandlingen. Den gir

også et viktig grunnlag for forskning, kvalitetssikring, internkontroll, opplæring og ledelsesinformasjon. (Ruland 2000).

2.3 Hva er typisk for en godt fungerende EPJ?

Visse trekk viser seg å være gjeldende for en god elektronisk pasientjournal.
De opprettholder et stort vokabular eller ”dataleksikon” for å kode data og definere innholdet i journalen. Vokabularet skal være stort nok til å dekke den voksende mengde kliniske data etter hvert som nye systemer blir utviklet.

Informasjonen om pasienten blir tidsstemplet. Med tidsorientering kan man gå tilbake i tid for å se på tidligere behandling eller om nødvendige tiltak har hatt tilstrekkelig effekt. Hvis ikke kan det bli vanskelig å måle effekten av medisinsk behandling og utført sykepleie.

Den tredje egenskapen er at EPJ legger til rette for forskning. Med dette menes ikke bare gjenbruk av data til forskningsformål. I tillegg bør det foreligge datainnsamlingsinstrumenter og verktøy til å trekke ut data på en meningsfull måte. Eksempelvis kan kliniske data lagres i en ”forskningsdatabank” som kan brukes både til klinisk forskning og evaluering (Ruland, 2000).

Gode systemer viser fleksibilitet i rapportering av data. Dataene kan presenteres på forskjellige måter, og settes sammen med og analyseres i sammenheng med andre data (Ibid.:76-77).

2.3.1 Bedring av informasjonstilgang

Her er noen punkter på hva EPJ kan tilby:

- Tilgang døgnet rundt, det vil si ubegrenset tilgang til pasientdata. Man slipper å forholde seg til annet kontorpersonale som må lete etter pasientjournal. En slipper å bruke tid på å bevege seg fysisk for å hente papirjournal som normalt ville ta lengre tid enn å lete i EPJ.
- Samme data registreres kun en gang. At samme informasjon distribueres en gang betyr mindre dobbeltregistrering. Risikoen for å gjøre feil minskes også. Dataene blir med andre ord konsistente.
- Pasientdata kan nedtegnes hurtigere og finnes frem på forskjellige steder avhengig av hvor EPJ finnes. Det kan være legen som sitter inne på kontoret og skriver inn sykehistorie eller sykepleier som leser fra pasientjournal før dagvakt. At forskjellige faggrupper skriver inn i EPJ er også klart en stor fordel, da alt er samlet på et sted. Det

blir lettere for sykepleiere og andre fagpersoner å oppdatere seg på forskjellige vakter gjennom døgnet

- Bestilling av medikamenter til apotek gjøres via EPJ raskt og enkelt. Man kan bestille synonympreparater der det er mulig, og være bevisst på pris. (Fritt etter Ruland, 2000.:66-67).

2.3.2 Hva sier EPJ om kvaliteten på dokumentasjonen?

Det er gjort en del forskning på effekten av EPJ med hensyn til arbeidsprosesser, sykepleie-dokumentasjon, og sykepleierens informasjonsrelaterte oppgaver. Et gjennomgående funn er at det blir bedre kvalitet på dokumentasjonen, og blir mer nøyaktig ved bruk av EPJ (Ruland, 2000.:68).

EPJ som *støtter* sykepleiere i deres *datainnsamlinger*, *vurderinger* og *pleieplanlegging*, reduserer svakheter og feil i dokumentasjonen fordi den etterspør spesiell informasjon.

Manglende informasjon blir lett synlig f. eks mangel på tiltak på pasientens problem. I andre studier fan t man ut at økt elektronisk sykepleiedokumentasjon også økte kvaliteten på, og omfanget av dokumenterte pasientobservasjoner, og bidro til mer fullstendig dokumentasjon. Andre studier viser mindre tid til dokumentasjon og mer tid til pasientene (Ibid.:68). Når det gjelder medisinske kliniske beslutninger, tyder studier også på at EPJ forbedrer fullstendigheten og kvaliteten av dokumenterte kliniske beslutninger (Ibid.:69).

2.4 Sykepleieprosessen og stille rapport

Stille rapport i en EPJ er tilknyttet et relevant dokumentasjonssystem. Profil (jfr. 1.2) er et system som anvendes til dette formål. Profil sin brukermodul, er selve kjernen i dokumentasjonsprosessen, hvor alle relevante data om pasienten dokumenteres (jfr. 2.6).

Dette er begrepsrammen eller sykepleieprosessen, helsearbeiderne arbeider med i samarbeid med pasienten for å samle inn data om pasienten, gjøre tiltak og evaluere (Hogston 2006). Dette gir data om dokumentasjonens innhold. Som formål, gir sykepleiprosessen en basis for kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende. Videre vil sykepleie-

prosessen gi et grunnlag for videre oppfølging over tid, en kontinuitet i pleien. Den vil også være et fundament for tverrfaglig samarbeid rundt pasienten, koordinering av tiltak for planlegging av medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging (Sandvand og Vabo, 2007).

Sykepleieprosessen er hjemlet i helsepersonelloven under avsnittet om dokumentasjonsplikten (Jfr. 2.5.3) og forskrift om pasientjournal § 8 (Ibid.:100). Sykepleieprosessen består av ulike deler:

- Datainnsamling/behov
- Ressurser
- Målsetting
- Tiltak
- Evaluering (NSF 2007:7; Hogston 2006)

Punktene ovenfor gjenspeiler også pasientens pleieplan i praksis. Som Sandvand og Vabo (2007) sier det: ” Hver av delene fylles ut i samarbeid med pasient/pårørende”.

Pleieplanen gir en oversikt over hva som skal gjøres rundt pasienten med hensyn til medisinsk oppfølging, sykepleie og dokumentasjon. Dette tilsvarer arbeidsprosessen som helsearbeiderne utfører i praksis. Den planen utformes da etter sykepleierens faglige refleksjoner og preferanse”.

Tabell 1: Viser sammenhengen mellom sykepleieprosessens ulike deler og utdrag fra forskrift om pasientjournal § 8.(kopiert fra Sandvand og Vabo etter Lyngstad, 2007).

Sykepleieprosessen	**Utdrag fra: Forskrift om pasientjournal § 8**
Vurderingsfasen/kartleggingsfasen: Samle data om problem/behov og Ressurser. Gjøre faglige vurderinger.	e) Bakgrunn for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om på-gående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskriving.
Planleggingsfasen / identifisere behov og problem. Sette mål og velge tiltak,	f) Diagnose, behandling, pleie, og annen oppfølging som skal iverksettes
Handlingsfasen	f, i) Observasjon, pleie og omsorg, råd og informasjon, annen Oppfølging
Evalueringsfasen	e, f, l) Resultater, status ved utskrivning, årlig status hos Langtidspasienter, epikrise, utveksling av informasjon med annet Helsepersonell

I journalforskriften står det blant annet at bakgrunnen og opplysninger om pasientens sykehistorie skal dokumenteres – kartleggingen. Opplysninger om pasientens behandling,

pleie (behov/problem) og annen oppfølging, samt resultat (rapport/evaluering) skal rapporteres. Når vi ser dette i sammenheng, ser vi at sykepleieprosessen er metoden pasientens pleieplan skal lages (Ibid.:100). Det er nå bestemt at sykepleieprosessen er grunnlaget for dokumentasjonens struktur i sykepleiedokumentasjonen i en EPJ (Bach 2003).

Når det gjelder kravspesifikasjonen for dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen, ble dette gjort i samarbeid med Helse Sør RHF (Region helseforetak) v/ Sørlandet Sykehus, Arendal og KITH (Ibid). På bakgrunn av tilbakemeldinger skulle denne fungere som en nasjonal standard for hvordan dokumentere sykepleie. Det har vært et absolutt krav at elektronisk dokumentasjon av sykepleie skal være en integrert del av pasientens elektroniske journal (Ibid). Det vil si at det er spesifiserte løsninger på at også andre faggrupper kan skrive inn og lese data om pasienter for de som har tilgang til det. Kravspesifikasjonen tar utgangspunkt i sykepleieprosessen. Spesifikasjonen er utarbeidet for alle typer sykepleie, innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Sandvand og Vabo, 2007:75)

2.5 Noen definisjoner på kvalitet

Kvalitet kan defineres som de samlede egenskaper ved en ytelse eller et produkt som betinger dens evne til å oppfylle et behov. Kvalitetsbegrepet er flerdimensjonalt, dvs. at det kan legges til flere forskjellige perspektiver på kvalitet, som innebærer, at det mål eller behov, som skal oppfylles må være klart formulert. Vurdering av kvalitet avhenger av samfunnets kulturelle og etiske normer, struktur, ressurser osv (Mainz 1996).

”Kvalitetsbegrepet kan defineres på mange måter. Definisjonen er avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning” (SHdir 2005). Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) definerer kvalitet på følgende måte:«Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav».

Nasjonal helseplan sier følgende om kvalitet: ”Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. En *serie prosesser skal koordineres godt* for at kvaliteten på tjenestene skal bli god. Kvalitetsforbedring i helsetjenesten forutsetter derfor *helhetlig innsats på mange områder og gjennom hele behandlingskjeden* (Nasjonal helseplan 2007-2010).

2.5.1 Mål for kvalitet

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, som Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) utga i 2005, er et overordnet rammeverk som har til formål å understøtte sosial- og helsetjenesten i arbeidet med å utøve en helsetjeneste av god kvalitet. Strategien sier at tjenester av god kvalitet er kjennetegnet ved at tjenestene er:

– virkningsfulle (fører til en helsegevinst)
– trygge og sikre (unngår utilsiktede hendelser)
– involverer brukerne og gir dem innflytelse
– er samordnet og preget av kontinuitet
– utnytter ressursene på en god måte
– er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Kjennetegn ved god kvalitet:
• **virkningsfulle (fører til en helsegevinst)** • **trygge og sikre (unngår utilsiktede hendelser)** • **involverer brukerne og gir dem innflytelse** • **er samordnet og preget av kontinuitet** • **utnytter ressursene på en god måte** • **er tilgjengelige og rettferdig fordelt** **(SHdir 2005)**

Tabell 2: Viser kjennetegn på god kvalitet i henhold til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring

Strategiplanen sier videre: ”God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.” Å bli møtt med respekt og omtanke, i kombinasjon med faglig god behandling, vil for

de fleste være et uttrykk for god kvalitet. Den enkelte utøvers kompetanse, evne til å skape en god relasjon og handle etisk forsvarlig, vil derfor være av stor betydning (Ibid).

Sandvand og Vabo (2007) sier det slik; ”Kvalitetsbegrepet er til syvende og sist avhengig av hvordan helsepersonellet vet hvordan dokumentasjon av helsehjelp skal gjøres. Det kreves kunnskap om fag, hvordan dokumentasjonsprosessen bør foregå og hva lovene pålegger helsepersonalet” (Ibid:27).

Som nevnt ovenfor, er formålet med dokumentasjonen å gi en så riktig oppdatert datainnsamling om pasienten som mulig. Når optimale data er innsamlet, og riktig informasjon er samlet på riktig sted dvs i pleieplanen, vil dette gi et grunnlag for en god arbeidsprosess. Jeg vil anta at kravet om god kvalitet er innfridd når dokumentasjonen er godt oppdatert, og er uten feil og mangler. Når målet med en pleieplan er oppfylt og får jevnlig oppfølging, er målet for kvalitet på dokumentasjonen innfridd (Jfr. Helsepersonelloven § 4og§39, forskrift om pasientjournal § 8).

2.5.2 Kvalitet og stille rapport

Kvalitet på nasjonalt plan hva gjelder dokumentasjon vil gjerne være legitimert i pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og forskrift om journaler (jfr pasientrettighets-loven, helsepersonelloven og forskrift om pasientjournalen).

Kvalitetsbegrepet gjennomsyrer lovgivningen fordi den blant annet skal være med å gi en bedre samhandling mellom helsevesenet og pasienten. (Jfr. Helsepersonelloven).

Et av formålene for stille rapport er nettopp å gi en bedre kvalitet på e- pleieplanen enn muntlig rapport. I praksis vil det si det samme som at dokumentasjonen rundt pasienten i sykepleieprosessen blir oppdatert og nedtegnet (Sandvand og Vabo 2007).

2.5.3 Dokumentasjonsplikten

For å innføre kvalitet på en praktisk måte, ble det hjemlet i helsepersonelloven en plikt til å dokumentere fra 2001 (helsepersonelloven:kap 8). Det ble ikke lenger et spørsmål om hva man skulle dokumentere, men hvordan. Dokumentasjonsplikten skal forsvare en sikker og forsvarlig dokumentasjon rundt pasienten. De viktigste momentene er:

- Ivareta pasientens sikkerhet
- Sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleien
- Være et juridisk dokument

- Synliggjøre faglig ansvar
- Tydeliggjøre hva sykepleie er, og synliggjøre klinisk erfaring
- Være et kommunikasjonsmiddel
- Være et verktøy for fagutvikling
- Gi grunnlag for ledelse og ressursstyring
- Være grunnlag for forskning og utviklingsarbeid

Rammene for å sikre dette gjennom EPJ, er den elektroniske pasientjournalen (Bach 2003, NSF 2007:7-23).

2.6 Profil

Profil er en EPJ utviklet for helse – og sosialsektoren. Omsorgsprogrammet inneholder en saksbehandlerdel og en dokumentasjonsdel for sykepleie og andre helseprofesjoner som lege, ergo- og fysioterapi.

Til sammen vil følgende moduler være tilstede for Unique Profil, versjon.6.60. I skrivende stund er den oppgradert til versjon 6.62. Modulene er de samme:

Brukermodulen: tar seg av dokumentasjon av alle faggrupper som ivaretar fagdelen, som fysio -, ergoterapeut, lege, sykepleiere etc. De andre modulene er:

- *Egenbetalingsmodulen:* alt som har med betaling å gjøre
- *Personellmodulen:* som kan integrer arbeidsplaner, er ikke i bruk enda men skal integreres med turnusprogrammet på sikt.
- *Plassadministrasjonen:* ivaretar sykehjemmene og boligene
- *Pasientregnskap:* føres av sykehjemmene
- *Systemadministrasjonen:* hvor alt av informasjon til systemet ligger

Alle modulene er viktige da de henger sammen. Den viktigste modulen med hensyn til stille rapport, vil være brukermodulen (Thorsen 2009 - 2010).

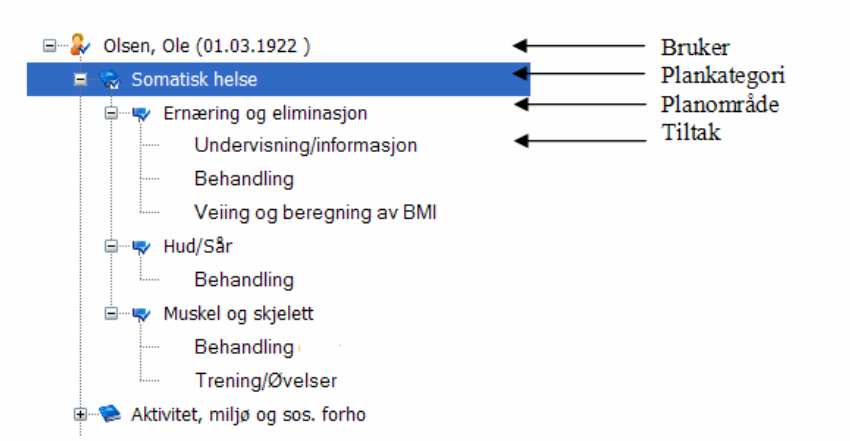
Her er en oversikt over brukermodulen og dets funksjoner i siste versjon, v.6.62, januar 2010:

Pasientjournal inneholder under:

1. Hovedkort
2. Oversikt plan/rapport
3. Elektroniske meldinger
4. Diagnose
5. Medisiner
6. Cave/allergi
7. Skjema
8. Sammenfatning
9. Hovedmålsetting
10. Plankategori

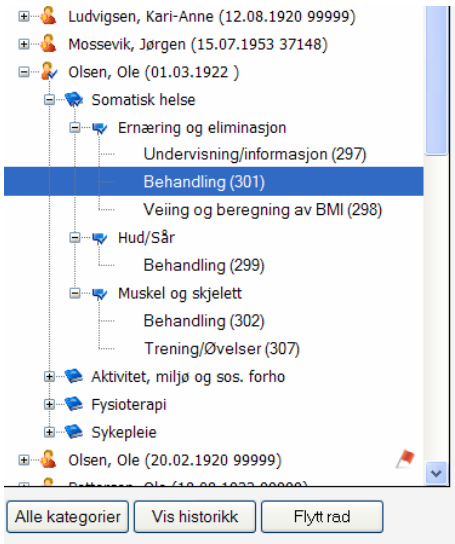
Nedenfor ser vi eksempel på hvordan rapporter, målsetting, ressurser og evaluering finnes under hvert av tiltakene til en pasient, Ole Olsen. Disse er knyttet sammen til en tree-view-struktur som kan sammenlignes med tidligere pleieplaner i kardex. Dette er nå den elektroniske pleieplanen.

I Profil v. 6.50 utgikk ***Problemområde*** slik at tiltaket ble løftet opp ett nivå. Rapportene, målsetting, ressurser og evaluering ble knyttet til tiltaket i stedet for område. Det betyr at de skriver rapport på tiltaket! Se figur under.



Figur 2: Tree-view (trestrukturen)

Rapporter, målsetting, ressurs og evaluering finner du under hvert av tiltakene.



Figur 3: Viser tiltakskode under plankategori; Somatisk helse, og planområde; Ernæring og eliminasjon

2.7 Begrunnelse for valg av problemstilling

Fra å gå fra muntlig til stille rapport vil si en radikal endring av rutiner (Prosjektrapport 2008; Levin & Klev 2006).

For alle ansatte er det også ny konseptuel måte å tenke rapport og sykepleieprosess (jfr. 2.2; 2.4). Fra litteraturen gir stille rapport en bedre struktur og oversikt over rapporteringen (jfr. 2.2 - 2.3.2). All struktur som har med e-pleieplanen å gjøre er den samme som sykepleieprosessen, nedfelt i journalforskriften (jfr. 2.4). Kvalitet er e-pleieplanens hovedmål (jfr. 2.4 - 2.5.3). Dette skal nedfelles gjennom regler for dokumentasjon for å sikre kvalitet, integritet og konfidensialitet (jfr. 1.2). Siden struktur og e-pleieplan ligger til rette for bruk, må den fylles med innhold for å gi den verdi (jfr. 2.5.2).

Det er interessant å finne mer ut av om det faktisk skjer en forandring med det skriftelige innholdet fra muntlig til stille rapport. Min problemstilling vil derfor være:

Hva slags forandringer forventes oppnådd v/stille sykepleierapport til innholdet i den skriftlige sykepleiedokumentasjonen sett i lys av formålet med dokumentasjonen?

Ser vi nærmere på problemstillingen, etterspør jeg om det skjer en forandring i dokumentasjonen innhold ved stille rapport. Selve formålet manifesterer seg gjennom kommunikasjon, koordinering og kontinuitet gjennom dokumentasjonens innhold.

Det primære forskningsspørsmål vil være:

- Skjer det en endring av innholdet i dokumentasjonen v/stille rapport -
  Og på hvilken måte skjer endringen?

Andre relevante forskningsspørsmål vil være:

- Er holdninger rundt dokumentasjonsprosessen godt ivaretatt?
- Er det mangel på opplæring i dokumentasjon?
- Er pasientens sikkerhet gjennom Profil ivaretatt?
- Er Profil brukervennlig?
- Støtter Profil helsearbeiders hverdag som verktøy?
- Er helsearbeiderne tatt med i et STS perspektiv?

3 Teori - Min problemstilling og tilknytning til teori

Nedenfor presenteres teorien som er relevant for min problemstilling. Temaene vil omhandle kort om dokumentasjonens historie både norsk og internasjonalt. En sentral del vil være SCOT som teori. Tilslutt belyser jeg dokumentasjonens rolle til stille rapport.

3.1 Dokumentasjon i et historisk perspektiv

Sykepleien som profesjon og sykepleiedokumentasjon som tema har en forholdsvis kort historie (Sandvand og Vabo 2007). Florence Nightingale er den første sykepleiepioneren i vestlig moderne tid som laget strukturert dokumentasjon om sykepleie. Hun kom ut med Sykepleieboken ”The Notes in Nursing” fra 1860 og ”Notes in Nursing” fra 1920 (Hildegard Peplau Nursing Homepage 2009). Boken blir beskrevet som både vittig, ironisk, tørr og diktatorisk, anekdotisk og nøktern på en gang! Hun noterte ned alt hun opplevde systematisk. Hun nøyde seg aldri med å se hvordan virkeligheten var. Florence Nightingale forsøkte alltid å se hvorfor ting var som de var (Heggdal 2006).

Hun var i det hele et forbilde på vestlig sykepleieideologi til langt inn i det 20 århundre. Hun satte en standard for sykepleieteori og sykepleierens ansvarsområder i praksis. (Dahl 2002).

I Norge var diakonisse Ritte Nissen (1834-1892) fremtredende på sykepleiedokumentasjon. Hun hevdet at god kvalitet på dokumentasjonen og konkret overlevering av fakta var avgjørende for kvaliteten på pleien som ble gitt (Sandvand og Vabo 2007). Hun gav også ut en sykepleiebok, 1877, hvor hun hadde et kapittel om dokumentasjon. Hun la vekt på skriftlig fullstendig sykejournal, hvor opplysningene skulle hentes fra pasienten selv. Var pasienten død eller bevisstløs, måtte sykepleier å snakke med pårørende (Ibid.: 18).

I 1941 kom et nytt norsk læreverk i sykepleie. Her ble sykepleidokumentasjonen trukket frem som både muntlig i forbindelse med legevisitten, og skriftlig nedtegnet med fullt navn. Det ble presisert at rapporten skulle være nøyaktig formidlet uten synsing og tolkning (Ibid: 22)

For selve innholdet i rapporteringen har Virgina Henderson betydd veldig mye (1896-1969). Hun var opptatt av de grunnleggende behov. Behovstenkningen med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, som har blitt nedfelt i de første pleieplanene, kan sies å være den første form for standardisering av rapporteringen (Ibid.: 23).

Fra USA var Hildegard Peplau den første som innførte begrepet sykepleieprosess i 1952(Dahl 2002). Hun så sykepleieprosessen som en mellommenneskelig og problemløsende prosess. Peplau uttalte i sin bok ”Interpersonal relation in Nursing”:

«The nursing process is educative and therapeutic when nurse and patient can come to know and respect each other, as persons who are alike, and yet, different, as persons who share in the solution of problems.» (Ibid).

Hun var pådriver med å finne frem til en metode slik at sykepleieren kunne arbeide strukturert som en problemløsende og mellommenneskelig prosess hos pasienten. Denne måten å arbeide på, har hatt og har fortsatt stor innflytelse på for hvordan den norske sykepleieren i dag dokumenterer sykepleie(http://currentnursing.com/).

På 60- og 70-tallet kom sykepleieprosessen som metode inn i norsk sykepleie (Sandvand og Vabo 2007). Dette er en arbeidsramme som gir sykepleier en metode for å arbeide med pasientene i en problemløsende og mellommenneskelig prosess (jfr. 2.4). Som Heggdal (2006) sier: ”Hensikten var å flytte fokus fra medisinske diagnoser og oppgavesentrert sykepleie til pasientens reaksjon på sin sykdom og konsekvenser for dagliglivet.” En praktisk løsning på dette var å innføre kardex med tilhørende kardexkort. Selve kardexen var av stivt materiale slik at kardexkortene kunne plasseres og bevares over tid. Innmaten var et arkivsystem bestående av kort som enkelt kunne skiftes ut (Sandvand og Vabo, 2007). Utover 80 og 90 tallet gikk endringen i retning av å dokumentere elektronisk. Det var et stadig krav om at dokumentasjonen i pleieplanene måtte gjøres mer synlig og bedre. På denne tiden var det heller ingen plikt å dokumentere. I 1994 kom helsetilsynet med et minstekrav om dokumentasjon. Dette kom etter en del klagesaker om at dokumentasjon om klagesaker ofte var tilfeldig og usammenhengende (Ibid.: 29). Et av kravene var at sykepleien skulle planlegges og gjennomføres systematisk. Konsekvensen var at sykepleieprosessen med fem ledd skulle dokumenteres: Datainnsamling, problemformulering, målsetting, tiltak og evaluering. Dette kravet har nå blitt en del av lovverket som gjenspeiles i forskrift om pasientjournal § 8 (jfr. Tabell 1).

Plikten til dokumentasjon ble først hjemlet i helsepersonelloven fra 01.01.01. Etter dette ble også satsningen på elektronisk dokumentasjon mer fremtredende, noe som setter større grad av struktur i dokumentasjonen (Heggdal 2006).

3.2 Problemstillingen i et SCOT perspektiv.

SCOT ser på endringer, diskusjoner og ustabilitet som høyst relevante når teknologi møter grupper av mennesker. Teorien ser på hvordan begrepene i SCOT skal forstås og anvendes. Selve metoden gir en oversikt over hvordan man kan møte utfordringene knyttet til innføringen, implementeringen og bruk av stille rapport over tid.
Er SCOT anvendelig til dette formål? I SCOT sier fem sentrale begreper (jfr. 3.3) om stille rapport i Profil fungerer eller ikke. Stille rapport vil være en implementering av ny rapporteringsteknikk (Solvang 2005). SCOT vil derfor være anvendelig.

3.3 Bakgrunn

Med utspring fra SSK (Sociology of Scientific Knowledge), det sosiologiske studiet av vitenskap, som fikk utbredelse fra midten av 70 årene, fikk man fra begynnelsen av 80 årene innenfor STS (jfr. 1.2) interesse for å analysere teknologi som sosial konstruksjon.

Fremskyndelsen av SCOT kom til da Trevor Pinch møtte Wiebe Bijker på begynnelsen av -80 tallet, som hadde gjennomført flere casestudier om teknologiutvikling. I en artikkel fra 1984 sier Pinch og Bijker følgende:

> ”…..*Der eksisterer mange sosiologiske studier om ny viten og teknologisk innovation, men lite har vært gjort for å bringe disse arbeidene i forbindelse med hverandre*…..” (STS.:44).

På denne tiden var det et behov for å se vitenskap og teknologi med et felles begrepsapparat, og ikke se teknologi som et fenomen adskilt fra mennesket og samfunnet for øvrig.

Med utgangspunkt i dette, fulgte Pinch & Bijker opp arbeidene av Bloor og Barnes formulering av symmetriprinsippet i ”the strong programme, og Collins utvikling av EPOR (Empirical Program of Relativisme), som kunne trekkes ut til studiet av teknologi. Resultatet av dette ble SCOT (jfr. 1.2; Ibid).

SCOT vil heller viske ut grensene for relasjon menneske teknologi. Den sier ikke at teknologien er lineær men heller multistyrt av flere komponenter med stor innflytelse av

menneskelig påvirkning. Den er heller ikke bare opptatt av systemer og suksesser men også fiaskoer. Fordi det er menneskelig å feile er det også vesentlig å ha med fiasko som paramenter (Ibid.: 45). Videre vil jeg presentere de sentrale begrepene som SCOT bygger på.

3.3.1 Sosiale grupper

I min kontekst, tenker jeg helsearbeiderne som sosial gruppe. Gruppen har et sosialt samspill og et sett av normer. Normene er med på å bestemme hva som er gruppens måte å møte utfordringer på. Hvordan møter gruppen utfordringene?

Hvis man tar veltepetteren som eksempel, vil denne sykkelen verken passe for barn eller eldre. Den vil passe til en bestemt gruppe tenåringer eller voksne som kan håndtere denne sykkelen fysisk (STS:55-56).
Pinch & Bijker betegner dette som ”relevant sosial gruppe”.

Hovedkravet er at alle medlemmene av gruppen deler det samme sett av meninger om stille rapport. Og at stille rapport tilpasses gruppen mennesker den er ment anvendt til (Ibid.: 46).

.

3.3.2 ”Fortolkningsfleksibilitet”

Menes at et artefakt eller - i min kontekst - stille rapport og e-pleieplan, konstrueres på forskjellig vis av sosiale grupper. Da vil det helt sikkert bli utfordringer rundt hvordan man håndterer teknologien mellom forskjellige sosiale grupper. Ut av dette vil man finne at teknologien *stabiliserer* seg og at problemene går over til *lukning*. Det vil si at gruppen er enig i at problemene med teknologien er ute av verden.

Hva som kommer ut av dette på avdelingen vil være en aksept for om rapportsystemet fungerer eller ikke. Dette vil som oftest medføre dialog mellom de ansatte og ledelsen, og etter hvert vil gruppen ta dette til seg som noe positivt eller se at det ikke fungerer etter intensjonene.

3.3.3 Lukning eller ”closure”

Når man nevner begrepene ”stabilt” og ”lukket”, viser dette til at systemet anvendes og er godkjent av gruppen. Hvis ingen lukning vil en fortsatt diskusjon om rapportsystemet være tilstede om det er godt eller mindre bra for avdelingen.
Lukning involverer stabilisering av stille rapport og e-pleieplan og at problemer ”forsvinner”.

Å lukke en teknologisk samtale/problem, vil ikke si at problemene er løst. Det viktigste er om den relevante sosiale gruppe betrakter problemene som løst (STS.: 47). Slik avsluttes en diskusjon om hva en teknologi bør eller skal være, altså en stabilisering av teknologien.

3.3.4 Lukningsstrategier

Pinch & Bijker snakker om to måter å avslutte eller lukke teknologiske problemer på: Den første vil være ”retorisk lukning”. Her forsøker en gruppe aktører å overbevise en annen sosial gruppe om at teknologien er uproblematisk.

Den andre måten vil bestå i å ”redefinere problemet” ved å gi problemet en annen mening enn det opprinnelige. Eks med sykkelhjulet og slange var å dempe for rystelser. Isteden snakket man om større hastighet med sykkelen. Det var primært med hastighetsspørsmålet at sykkelhjulet vant frem (STS.: 47).

3.3.5 Teknologiske rammer

Dette begrepet suppleres ifølge Bijker til begrepene *sosiale grupper*, *fortolkningsfleksibilitet* og *lukning/stabilisering* (STS.: 48). Dette gjøres fordi teknologiske rammer gir muligheten til å forklare *hvorfor en sosial gruppe konstruerer en teknologi og ikke en annen.* Med dette menes i vid forstand at teknologien tilpasses hver sosiale gruppers behov for teknologi, og derfor annerledes fra andre sosiale grupper i samme organisasjon (Ibid.: 48).
En sosial gruppe tilhører en teknologisk ramme. En aktør i en sosialgruppe kan tilhøre flere teknologiske rammer. Bijker (1997)sier følgende om teknologiske rammer:

> *Teknologiske rammer er et teoretisk begrep: Det brukes av analytikere til å ordne data og til å bestemme fortolkningen av samhandlingen innenfor en relevant sosial gruppe. Så som andre begreper som ”kultur” eller ”livsform” brukes teknologiske rammer*

mest effektivt, når analytikeren fokuserer på situasjoner preget av ustabilitet, konflikter og forandring (Ibid.: 49).

En aktørs inkludering i en teknologisk ramme kan variere fra mye til lite. Med mye inkludering vil si at man har tatt mye av innholdet til seg (Ibid.: 49).

3.4 SCOT som teori til min problemstilling

Sier hvordan de metodiske begrepene tenkt anvendt (jfr. 3.3).

1. Begrepene skal gjøre det mulig å fange opp *forandring* og *kontinuitet.* Det vil si, at en e-pleieplan og stille rapport på den annen side kan sees på som et radikalt brudd med tidligere teknologi(er) som kardex og muntlig rapport. På den annen side skal en teknologisk utvikling også kunne betraktes som en kontinuerlig prosess uten radikale spring.
2. Begrepene skal muliggjøre en *symmetrisk analyse*. Tanken er, hvis e-pleieplanen og stille rapport ikke fungerer, kan de ikke uten videre se teknologien isolert for seg selv. Enhver bedømmelse om den virker eller ikke virker, er knyttet til en sosial gruppe.
3. Begrepene skal muliggjøre analyse på *aktør*- og *strukturnivå*. Selv om SCOT-perspektivet umiddelbart kan forbindes med et aktørnivå, fremheves det problematisk å bare ha øye for det nivå, fordi det fort kan overses, at aktører er bundet(men ikke låst) av strukturer eller helepersonale er bundet til e-pleieplan og stille rapport.
4. Begrepene skal ikke baseres på a priori forestillinger om, hva som er sosialt, og hva som er teknisk. Betraktningen er, at disse områdene ikke er skarpt adskilte, men vevd sammen i et ”sømløst” nettverk (STS.: 52).

Videre sier Bijker (1997) om SCOT som teori:

> *Teknologiske rammer leverer de mål, ideer og verktøjer, som er nødvendige for handling. De guider tænkning og interaktion. En teknologisk ramme indeholder både de centrale problemer og de relaterede strategier til at løse dem. Men samtidig vil opbygningen av en teknologisk ramme begrænse friheden for medlemmerne af en relevant social gruppe. En struktur bliver konstruert gennem handling og interaktion. Inden for en teknologisk ramme er alt ikke*

længere muligt, men de tilbageværende muligheter er forholdsvis klare og tilgjængelige for alle medlemmer af den relevante sociale gruppe (Ibid.: 53).

Teorien sier hva som er viktige begreper å forholde seg til ved innføring av rapporterings-systemet stille rapport. Den er tydelig på begrepene og deler opp betydningen av disse i 4 punkter. Begrepene tar for seg forandring og kontinuitet som etter min forståelse er bygget inn i avdelingens IKT-strategi, innføring og implementering av stille rapport, symmetrisk analyse som sier at man ikke kan skylde på artefakten alene, men se det i sammenheng med den sosiale gruppen. Teorien skal analysere aktører ikke bare på et nivå men flere. Det vil si at det her er snakk om deltakelse på flere plan som ledere, prosjektledere, prosjektarbeidere- og deltakere, referansegruppe og sluttbrukerne. Det belyser et svært apparat som settes i gang ved innføring av nytt rapporteringssystem som stille rapport er. Tilslutt aksepteres ikke å se teknologi og mennesker adskilt, men som et ”sømløst” nettverk. Dette er selvfølgelig det idealet man jobber mot (Jfr. 3.4, punkt 4).

3.5 Dokumentasjonens rolle

Ser man tilbake på dokumentasjonens historie fra 1941(jfr. 3.1) og til i dag, ser man hvordan dokumentasjonen har forandret seg i takt med krav fra fagpersoner og samfunnet omkring. Fagpersoner har skrevet bøker og artikler og gitt oss sine bidrag og løftet dokumentasjonen videre. Det er ingen tvil om at Florence var en grunder hva gjaldt dokumentasjon. Hun var et forbilde for hvordan og hvorfor dokumentasjonen for sykepleiere skulle nedtegnes (jfr. 3.1).

Fra den gang og til i dag har det skjedd vesentlige forandringer ved at den uformelle dokumentasjonen har blitt gjort formell ved gradvis å implementere den i lovs form. Denne prosessen har skjedd gradvis fra å nedtegne på papir, til å få papir i over i strengere former som kardex og pleieplan på 70 tallet, til i dag med EPJ og dokumentasjon med hjemmel i lovgivning (Sandvand og Vabo, 2007). Som Vikkelsø (2005) sier *” Med EPJ, elektroniske sykepleienotater har erstattet kardex og er nå en del av EPJ-systemet”.*

Det store paradigmeskifte på dokumentasjon var likevel lov om helsepersonell, pasientrettighetsloven og journalforskriften som trådde i kraft 01.01.01 (jfr. 2; 2.5.3). Dette skulle sikre faglig forsvarlighet, innsynsrett, dokumentasjonsplikt, kvalitet på dokumentasjonen og ikke minst økt kvalitet på pleien til brukere av helsevesenet, og økt tillit til

helsepersonalet (Helsepersonelloven 2001). Dokumentasjonens rolle kommer ikke eksplisitt frem gjennom lovgivningen.

Ved nærmer gjennomgang av teori, ser man at dokumentasjonens formål og rolle konstituerer seg i kommunikasjon, koordinering og kontinuitet gjennom den elektroniske pleieplanen og skriftlig rapportering (Sandvand og Vabo 2007; Vikkelsø 2005). Nedenfor vil jeg belyse de tre begrepene nærmere.

3.5.1 Kommunikasjon

Hva Jan Mainz fritt oversatt sier om kommunikasjon: ”*Kommunikasjon* er utveksling av *informasjon* på forskjellige nivåer. Informasjon er grunnleggende sett avgivelse av opplysninger eller beskjeder fra en avsender til en mottaker. I helsevesenet er kommunikasjon utveksling av informasjon mellom pasienten og helsepersonalet. Så kommer kommunikasjonen mellom helsevesenets sektorer, for eksempel den praktiserende lege og spesialisthelsetjenesten, og mellom helsevesenet og andre samfunnsmessige sektorer, for eksempel sosialsektoren. Endelig vedrører kommunikasjon utveksling av informasjon internt helsevesenets sektorer, eksempelvis den interne kommunikasjon i sykehusvesenet” (Mainz, 2006).

Som vi ser av definisjonen, handler kommunikasjon om det mest grunnleggende i helsevesenet. Overføring av informasjon og beskjeder mellom pasienten på sin side og helsepersonalet på den annen side. Dette gjenspeiles også i pleieplanen. Sykepleieplanen i en EPJ er den formelle kommunikasjonen mellom helsepersonalet, pasienten og pårørende (Sandvand og Vabo, 2007). Den elektroniske pleieplanen blir overført via sykepleieprosessen som metode på den problemløsende prosessen (Ibid; Bach 2003; NSF 2007). Deretter står det hjemlet i journalforskriftens § 8 hvordan man skal nedtegne dokumentasjonen (jfr tab.1). At sykepleieprosessen som kommunikasjonsmetode er hjemlet i lov, innebærer at denne også gjenspeiles i lov om pasientrettigheter med innsynsrett, § 5-1 (pasientrettighetsloven), og helsepersonelloven med dokumentasjonsplikt for helsepersonale, § 39 til 48. Vi kan avslutningsvis si at kommunikasjon som et av dokumentasjonens formål, går via sykepleieprosessen med forankring i lovs form som vist ovenfor.

3.5.2 Koordinering

Det andre viktige begrepet som også er et av dokumentasjonens formål, gis her følgende definisjon:" koordinering kan oversettes med ordning, samordning eller samspill". I helsevesenet betyr koordinering samordning av elementene i diagnostikk, behandling og pleie i et forløp (Mainz 1996).

Setter man definisjonen i sammenheng med dokumentasjonen, må man helt tilbake til 1994 og retningslinjene fra Statens helsetilsyn (Sandvand og Vabo 2007:29). Der står det eksplisitt, at et av formålene med dokumentasjonen er å gjenspeile *koordineringen* i sykepleien. Bakgrunnen for retningslinjene fra Statens helsetilsyn var bl.a en rekke klagesaker, da dokumentasjonene ofte var tilfeldig og usammenhengende. Senere har formålet blitt en del av helsepersonelloven hvor *koordinering* gjenspeiles i § 16, med krav om organisering av helsepersonell og i § 39, plikten til å føre journal og hvem er journalansvarlig (Helsepersonelloven 2001).

3.5.3 Kontinuitet

Det tredje og siste begrepet er kontinuitet. En definisjon på dette kan sies på følgende måte: " Kontinuitet kan oversettes med sammenheng. I helsevesenet betyr kontinuitet sammenheng i diagnostikk, behandling og pleie og den kommunikasjon og informasjon som relaterer seg til dette (Mainz 1996). *Donabedian* beskriver kontinuiteten i helsevesenet slik (Ibid.: 84);

> *"Continuity means lack of interruption in needed care, and the maintenance of the relatedness between succesive sequences of medical care. A fundamental feature of continuity is the preservation of information about past findings, evaluations, and decisions and the use of this in current management in a way that indicates stability in the objectives and methods of management, or their orderly and reasonable evolution".*

Som vi ser ovenfor, skal kontinuitet være gitt ved "nøyaktig og tilstrekkelig informasjon". Går man et skritt videre er også dette begrepet hjemlet i helsepersonelloven § 4. Den sier noe om norm for faglig forsvarlighet: "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes utfra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig". Med dette menes, at det skal dokumenteres om helsehjelp er utøvd, hvis de er nødvendige og relevante (Sandvand og

Vabo, 2007). Når dette gjøres, følges pleien av pasient opp over tid og kravet om kontinuitet er innfridd.

3.5.4 Oppsummering av dokumentasjonens rolle i stille rapport

Som en oppsummering av begrepene kommunikasjon, kontinuitet og koordinering gjenpeiles disse i e-pleieplanen og samtidig hjemlet i lov, slik at kvalitet og tillit til helsevesen og helsepersonale for øvrig skal opprettholdes. I og med at alt innenfor dokumentasjonen er hjemlet i lov, er det også enklere for tilsynsmyndighet å føre tilsyn og gi sanksjoner der svikt, feil og mangler skal rettes på. Konsekvensen av det juridiske dokumentet blir en tydeliggjøring av e-pleieplan og struktur, samt en bedring av arbeidsprosessene i praksis. Dokumentasjonens rolle har med dette i økende grad blitt tydeliggjort gjennom arbeids- og tilsynspraksis, fra papir til elektronisk journal via lovhjemmel, og økt grad av transparent struktur gjennom EPJ, e-sykepleiedokumentasjon og stille rapport.

4 Metode

I denne delen vil jeg beskrive hva jeg har gjort i gjennomføringen av intervju, hvorfor jeg har anvendt kvalitativmetode, og hvordan jeg har kommet frem til resultatet.

4.1 Begrunnelse for valg av metode

Å velge metode avhenger av problemstillingen (Patton 2002). Problemstillingen i seg selv avhenger av hva du vil undersøke. Når det er sagt, vil problemstillingen innvirke på datainnsamlingen slik at valget faller på mange enheter og få variabler eller mange variabler og få enheter som mulig. Vi kan allerede her skille mellom ekstensivt eller intensivt design (Jacobsen 2003).

I mitt arbeid med problemstillingen fikk jeg vite at denne måtte være så presis som mulig fordi det også vil være avhengig av metodevalg. Jeg ville gjerne undersøke effekter og gjøre målinger i min problemstilling men ble advart mot dette siden tekst og stille rapport er et komplekst område å måle kvantitativt. Jeg ble rådet til å endre problemstilling mot en kvalitativ dreining slik at problemstillingen min kunne åpne opp for et intensivt design. Som Patton (2002) nevner, *"er problemstillingen bestemmende for designet og datainnsamlingen"*.

Oppgavens tilnærming vil være fenomenologisk da intervjuobjektenes opplevelser av elektronisk dokumentasjon vil stå i sentrum. Valget faller på en kvalitativ metode med åpen observasjon av tilfeldige aktører.

4.2 Forforståelse

Jeg kan ikke være helt objektiv til mine data, da jeg sitter inne med kunnskap som vil være med å påvirke min oppfatning av den virkelige verden. Da støtter jeg meg til Åsheim (2006) som sier at forskningen ikke kan være verdinøytral. Fordi min verdiforankring ligger i min utdanning og tidligere erfaring, vil det farge mitt syn på hvordan jeg oppfatter hva som er viktig og mindre viktig i min datasamling. Som sykepleier med teoretisk bakgrunn fra informatikk og helseinformatikk, vil det være en fordel å se det ideelle kontra det praktiske rundt EPJ og dokumentasjon. Jeg har selv erfart hvordan de elektroniske dokumentasjons-systemene brukes og fungerer. Mitt intervju og min datainnsamling vil derfor ha en forankring i min kunnskap og erfaring med tidligere systemer og praksis.

4.3 Intervju

Jeg fikk tilvist eget rom med PC-er på undervisningssykehjemmet. Datamaskinene var til bruk for dokumentasjon ved avdelingen. Selv hadde jeg med bærbar PC og digital opptaker. Det hevdes at type sted å intervjue kan påvirke selve intervjuprosessen (Jacobsen 2003).

I mitt tilfelle ville det ikke være annen mulighet fordi fagpersonale ikke hadde mulighet til å flytte seg til annet sted utenfor avdelingen. Jeg og mine intervjuobjekter fikk sitte på et kontor inne på avdelingen nesten usjenert. Rommet var kjent for intervjuobjektene, men ikke for intervjuer. Vi fikk sitte i fred, bortsett fra avbrudd to ganger. Hvert avbrudd var i forskjellige intervju. Dette gjorde at man holdt en kort pause til vedkommende var ferdig med sine gjøremål.

4.3.1 Utvalg

Hvorfor valgte jeg mine intervjuobjekter? Jeg ønsket å velge ut en gruppe som ville gi meg mest mulig og god informasjon. Dette kriteriet er ikke enkelt å bruke fordi en må vite noe om hvor god informasjonskilde denne enheten er (Jacobsen 2003).

Jeg tenkte det ville være best å få med intervjuobjekter som direkte har vært involvert i prosjektet stille rapport. Dette er personer med mye kunnskap og førstehåndserfaring om emnet. Dette gav selv. Da ville jeg få en best mulig mettet datainnsamling også. Av den grunn ønsket jeg å intervjue tre av de som har sittet i prosjektgruppen stille rapport, og vært pådrivere for å få innført og implementert metoden på sitt arbeidssted. Det fjerde intervjuobjektet satt ikke i prosjektgruppen stille rapport. Det ble valgt ut på bakgrunn av feltobservasjoner.

For å se hvordan stille rapport fungerte i praksis, observerte jeg tilfeldig utvalgte pleiere vaktskiftet morgen, kveld og natt.

4.3.2 Forberedelse og invitasjon

Jeg ventet på svar fra Rikshospitalet, om tilgang til intervju som var passende for min forskningsdesign. Jeg fikk avslag på dette, og fikk tips fra min kontaktperson ved Rikshospitalet, om ikke andre Sykehus i Oslo regionene kunne være passende. Akershus Universitetssykehus kunne kanskje hjelpe meg videre. Jeg oversendte e-post til kontaktperson innenfor systemet, men fikk aldri svar tilbake.

Jeg surfet på nettet og kom over en rapport om innføring av stille rapport v/et Sykehjem i Akershus fylke. Deretter sendte jeg rapporten videre til min veileder som godkjente denne for videre arbeid. Jeg ringte delprosjektleder v/sykehjemmet og fikk positivt svar tilbake. De ville gjerne ta meg imot. Undervisningssykepleier tilknyttet sykehjemmet sendte meg en forsknings-kontrakt. Kontrakten fortalte at Sykehjemmet la alt til rette for intervju. Det vil si at jeg fikk opprettet en kontaktperson som ordnet med intervjurom til avtalte tider. Kontaktpersonen tok initiativ ved praktiske gjøremål rundt intervjuene. Det kunne være kontakt med andre respondenter, tilrettelegging av for strøm og eventuelt kopiering av egnet dokumentasjon. Ifølge kontrakten måtte jeg fremføre oppgaven ved nærmere avtale. Jeg sendte svar tilbake per e-post og samtykket i kontrakten.

4.3.3 Intervjuguide

Min intervjuguide ble laget ut fra min problemstilling. Problemstillingen belyser dokumentasjonens innhold og formål. Siden jeg vil belyse et bestemt fenomen som er dokumentasjonsprosessen og dets formål, falt valget mitt på et semistrukturert intervju.

Min datainnsamling ble delt opp i to trinn. Første trinn var å avlegge forventninger til stille rapport. Trinn to var å se nærmere på hvordan stille rapport brukes i dag.
Jeg ønsket fokus på innholdet i dokumentasjon av stille rapport opp mot dokumentasjonens formål. Et forsøk på å gjenspeile dette brukte jeg variablene kommunikasjon, koordinering og kontinuitet som kategorier for spørsmål om arbeid og arbeidsprosesser med utspring fra dokumentasjonen. Dette for å vise at disse variablene implisitt er en paraply for rapportens formål; sikkerhet for pasienten, oppfølging av sykepleie og medisinsk behandling gjennom rapport og tiltak på rapporteringen, som er sykepleie i praksis.

Jeg fant senere ut etter forandring av problemstilling, at metningen av data på dokumentasjonens innhold ikke var fyldig nok. Derfor laget jeg på ny en intervjuguide som gikk direkte på dokumentasjonens innhold. På dokumentasjonens innhold fokuserte jeg på e-pleieplanen og dens skriftlige innhold (jfr. vedlegg 3).

4.3.4 Praktisk gjennomføring av intervjuene

Før selve intervjuet måtte jeg be om skjøteledning til min håndholdte digitale opptaker. Dette ba jeg om via e-post til systemansvarlig dagen før. Videre måtte jeg bli ekstra godt kjent med opptakeren og hvordan opptaket skulle gjøres. Siden denne opptakeren er digital, var det fra før programmert inn en rekke valg for å få en optimal gjengivelse av opptaket. Forberedelsene tok ca. 2 timer.

Da intervjuene startet, oppgav jeg et tidsestimat på ca.1 time. Dette for å forberede mentalt v/eventuelt avrunding av intervju (Jakobsen 2003). Jeg spurte videre om navn, alder og bakgrunn.

Hensikten med undersøkelsen og hvorfor, ble gitt som skriftlig informasjon og informert samtykke i forkant. Disse dokumentene ble sendt via e-post til avdelingssykepleier som ble gitt videre til intervjuobjektene. På et intervju sendte jeg selv dokumentasjonen direkte til intervjuobjektet pr e-post.

Når jeg nærmet meg slutten av intervjuet forsøkte jeg å få en avrunding ved å si at slutten nærmet seg. Det var ikke i alle intervjuene jeg husket dette. Avslutningen falt naturlig alikevel ved at jeg spurte om intervjuobjektene hadde noe å tilføye helt til slutt. Dette gikk greit. Plasseringen av intervjuobjektet var slik at vi satt ganske intimt inntil hverandre nært opptil fjeset på intervjupersonen. Dette fordi jeg var avhengig av optimal tydelig tale på opptaket. Opptakeren ble holdt som en mikrofon og tilpasset avstanden til intervjuobjektet.

Jeg merket å holde i mikrofonen, ble tungt etterhvert. Å skifte stilling på venstre arm med jevne mellomrom, ble derfor nødvendig. Jeg tror ikke de ble nevneverdig distrahert av bevegelsene. Under intervjuet svarte jeg med ”ja”, ”mmm” og ”flott” noen ganger. Jeg synes dette hjalp for å bekrefte hva respondent ønsket å fortelle. Bekreftelsene hjalp også til å få en naturlig dialog videre (Jacobsen 2003:80). Jeg syntes intervjuet gikk greit med god flyt gjennom intervjuet. Siden intervjuet var semistrukturert, virket nok helheten noe oppstykket. Det var et pluss at de fikk snakket ut, og jeg kom med utdypende spørsmål.

4.3.5 Intervju og etikk

4.3.5.1 Informert samtykke

Et intervju er en prosess som starter lenge før intervjuer setter seg ned med intervjuobjektet. Forskeren har på forhånd både laget intervjuskjema og valgt ut intervjuobjekter. Forskeren skal også ha gitt en redegjørelse for forskningsoppgavens formål og redegjort for design før han setter i gang intervjuene (Kvale & Brinkmann 2009). Dette fordi det skal være størst mulig åpenhet rundt forskningens innhold og mulighet for intervjuobjektet å stille spørsmål eller komme med kommentarer. Informert samtykke innebærer også at vedkommende blir spurt om deltakelse hvor man kan trekke seg når som helst i undersøkelsen (Jacobsen 2003).

4.3.5.2 Konfidensialitet

Kvale og Brinkmann (2009) sier følgende om begrepet:" *Konfidensialitet i forskningen innebærer at private data som identifiserer deltakerne ikke avsløres".* Dette innebærer at man skal anonymisere personen når man skal offentliggjøre rapporten. Samtidig kan innholdet i rapporten være potensielt gjenkjennbart for andre, hvor deltaker må være inneforstått med dette på forhånd. Her bør man unngå å skrive *navn, alder* og *arbeidstilknytning* til lokale steder. I verste fall kan dette skade intervjupersonen. Derfor er det viktig at intervjupersonen selv er klar over de etiske utfordringene og skriver under på eget skriv og returnerer denne til forsker.

Jeg ba om tillatelse om intervju per e-post via delprosjektleder. Jeg skrev innledningsvis at jeg var masterstudent og sa noe om tema jeg ville skrive om, og hvor mange, og hvem jeg ville intervjue. Deretter sendte jeg som vedlegg et skjema til intervjuobjektene med spørsmål om de kunne tenke seg å la seg intervjue (jfr. vedlegg 7). I tillegg et skriv om samtykke (jfr. vedlegg 6).

Under skrivingen av resultatdelen forsøkte jeg å unngå altfor følelsesladde utrykk eller stigmatisering av personer. Jeg har også forsøkt å skrive om slik at intervjuobjektet i minst mulig grad skal kjenne seg igjen.

4.3.6 Mine intervjuobjekter

Mine intervjuobjekter kaller jeg A-G. Jeg har til sammen 3 dybde intervjuer med A, B og C. Hvert intervju tok i gjennomsnitt 45 minutter. Dybdeintervjuene er gjort i perioden 16.12.09 – 25.02.10.

I drøftingsdelen gjør jeg tolkninger av intervjuobjektene A-G. Tolkningene er gjort mot respondentene A og B som dybdeintervju. Mot informant C gjøres tolkninger rundt dybdeintervju og feltobservasjoner. Videre gjøres tolkninger med informant D også på dag, E på kveld, F på natt. Informant G har vært tilgjengelig via e-post.

Feltobservasjonene er gjort i perioden 16.12.09 – 22.12.09. Videre har jeg hatt kontakt med respondenter og informanter via e-post og telefon under -og etter intervjuene.
I tillegg har jeg gjort en åpen observasjonsstudie med to informanter i vaktskiftet kveld og natt.

Avslutningsvis vil jeg si jeg bruker respondent og informant om hverandre. Respondent bruker jeg om de som har inngående kjennskap til prosjektet stille rapport. De andre betegnes som informanter (Jakobsen 2003).

4.3.7 Setting

Mine intervjuer er hentet fra en sykehjemsavdeling, et bokollektiv for senil demente. Bokollektivet er inndelt i to avdelinger med til sammen 26 pasienter. Hver avdeling eller team består av sykepleier eller vernepleier, helsefagarbeidere og pleieassistenter. Avdelingssykepleier er øverste leder for teamene med økonomi-, personell-, og fagaansvar. IKT- konsulent er systemansvarlig for omsorgsprogrammet Profil.

En datamaskin står på kjøkkenet i første etasje. I andre etasje står en datamaskin ute i gangen pga av nattevakten. To datamaskiner står på et møterom og en maskin inne på det gamle vaktskifterommet. Begge i 2.etasje.

4.4 Litteraturstudie

Mitt mål var å finne evidensbasert forskning, gratis m/full tekst. Før jeg kunne lære meg å søke, måtte jeg opparbeide meg kompetanse om konsepter, søkestrategier og kunnskap som kreves for suksessfulle søk og full-tekst rapporter (Vincent et al 2005). Databasene jeg har valgt å søke i, er *Medline*, *Embase*, *Cochrane Library* og *Best Evidence,* som er verdifulle kilder på informasjon pga dens relevans (Ibid). I disse databasene kan jeg gjøre fritekst søk, booleansk søk, søk på deler av en mengde ved hjelp av AND og OR. Jeg synes det har vært utfordrende, og ikke minst tidkrevende å finne riktige artikler. Jeg ser gjerne på artikler og

henvisninger gjort i de aktuelle artikler som passer min problemstilling. Jeg søkte også i *google og google school.* Her fant jeg ikke-kommersielle fritekstartikler til bruk i prosjektet.

Mesteparten av teori er hentet fra bøker etter råd fra foreleser og veileder ved institutt for Sunhedsinformatikk, Universitetet i Ålborg.

4.5 Gyldighet i kvalitative studier

Dette går ut på hvordan jeg som forsker viser til mine resultater gjennom forsknings-prosedyrene (Graneheim & Lundman 2004). Forskningsprosedyren er å vise dette gjennom min forskningsdesign som til sammen utgjør problemstilling, metode, analyse og resultater. Gjennom problemstillingen kommer jeg frem til hvilket fenomen jeg vil se nærmere på og hvordan innhente data til prosjektet.

Siden jeg har kvalitative intervju og får masse tekst å transkribere og analysere, er det i analysetrinnet jeg først og fremst vil vise troskap til mine resultater. Troskap er etter Granheim og Lundmann (2004) et nøkkelbegrep, som dekker hva jeg vil kalle kjernen på hva man skal se etter i en forskningsoppgave. Dette viser seg gjennom begrepene troverdighet, pålitelighet og overførbarhet.

Hva er troverdighet, pålitelighet og overførbarhet i praksis? Om dette sier Granheim og Lundmann (2004): *"å velge en passende design for å innhente data til problemstillingen er vesentlig."* En annen kritisk oppgave er å velge den mest passende meningsenhet i analysefasen. Den kan ikke være for bred og ikke for snever heller. Troverdighet har også å gjøre med hvor godt kategorier og tema dekker de nødvendige data. Dette innebærer at all unødvendig data innenfor og mellom kategoriene er tatt vekk. Troverdighet er også spørsmål om hvordan bedømme likhetene innenfor -og forskjellene mellom kategorier.

I dette studiet er det laget kategoriseringer i forhold til problemstillingen. Disse er plassert i tabell for videre kategorisering og analyse. Det vesentligste har vært å samle og sammenligne enkelte kategorier i innholdsdelen. Under formål og innhold har jeg valgt å holde kategoriene kommunikasjon, koordinering og kontinuitet adskilt for å gi en oversikt i analysen og gi en prioritering av hvem som har høyest rang. I praksis har koordinering eller stille rapport, høyest rang, fordi det gir konsekvenser for kommunikasjon og kontinuitet mot direkte pasientarbeid og samarbeid mellom helsearbeiderene. I praksis eller ved en e-pleieplan vil disse kategoriene flyte sammen.

Hva gjelder *pålitelighet* er dette et spørsmål om forandringer innenfor fenomenet eller forandringer med design, som betyr, *hvordan data forandrer seg og hva slags avgjørelser forskeren tar i løpet av analyseprosessen*. I prosessen har det skjedd en del endringer med dataene. Den største endringen var nytt intervju i forhold til dokumentasjonens innhold. Dette ble gjort etter endring av problemstilling 16. januar 2010. Jeg har også hentet inn data fra respondenter etter intervjuene. Jeg har sjekket med respondenter og informanter om min empiri stemmer med praksis. På grunn av en vurdering av kvaliteten på data, valgte jeg bort et intervjuobjekt framfor et annet.

Hva gjelder overførbarhet, sies det om resultatene, at de kan øverføres til andre sammenhenger eller grupperinger. Forfatteren kan forslå dette. Jeg har kommet med en del resultater som jeg vil komme med som anbefalinger i resultatdelen. Det er selvsagt også opp til leseren å bedømme hvordan nyttiggjøre seg anbefalingene. Til syvende og sist er det leseren selv som kan finne ut om resultatene kan overføres til sin kontekst. Sagt på en annen måte:

> *To facilitate transferability, it is valuable to give a clear and distinct description of culture and context, selection and characteristics of participants, data collection and process of analysis. A rich and vigorous presentation of the findings together with appropriate quotations will also enhance transferability (Ibid.:6).*

Ved å vise dette gjennom *forskningsprosedyren* til problemstillingen, menes innledning, teori, analyseprosess og resultater. Ut av dette vil jeg få en studie som viser hvordan man har kommet til resultatene.

4.6 Fremgangsmåte analyse

Analysen begynner allerede med problemstillingen (Kvale og Brinkmann, 2009). Når man lager problemstillingen ifølge Kvale og Brinkmann (2009), bør man også ha et ”øye for hva” resultatene skal være.

Til dybdeintervjuene laget jeg semistrukturerte intervju fordi jeg ønsket å få med en del punkter underveis i samtalen som var relevant for min problemstilling. Hvis det var noe intervjuobjektet fortalte som jeg ønsket mer utdyping av, spurte jeg om en utdyping av hva som ble sagt. Av og til kom det korte svar, av og til lange svar.

Når intervjuene var ferdige, transkriberte jeg ordrett ned samtalen med intervjuobjektet. Dette gjøres for å få en mer struktur på samtalene som også egner seg best til analyse (Ibid.:188). Kvale og Brinkmann (2009) sier om transkripsjonen:

> *"Forskeren som gjør transkripsjonen selv lærer mye om sin egen intervjustil. Under transkipsjonen vil de til en viss grad gjøre seg tanker og huske eller gjøre seg tanker om de sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen, og vil allerede påbegynne meningsanalysen av det som er blitt sagt".*

Kjernen i innholdsanalysen er ifølge Graneheim og Lundman (2004) *kategoriseringen* av tekst. Det er her man kvantifiserer teksten og gjør denne oversiktelig for forskeren. Dette prinsippet har jeg også fulgt. Via kategorisering og analyse har jeg brukt tabeller som arbeidsramme for analysen (jfr. vedlegg 8; vedlegg 9). Kategoriene omhandler dokumentasjonens innhold, formål, resultatmål og effektmål. Disse er delt opp i tema, subtema, meningsinnhold, kondensert meningsinnhold og koding. Poenget er å komme ned til kodingen for å få en oversikt over tekstens innhold og resultater. Av dette kan jeg si at jeg har fått en strukturert god oversikt over intervjuene og kunne med dette starte drøftingen av resultater. Dette ble endret da jeg gikk over fra innholdsanalyse til analyse og tolkning på tre nivåer (Kvale & Brinkmann 2009). Jeg valgte bort kodingen og brukte kondensert meningsinnhold isteden. Dette gjorde jeg fordi jeg fikk en kvalitativt bedre tolkning av data. Dette passet min kontekst best.

4.7 SCOT som metode

Metoden anvendes til bruk i et analyseperspektiv. Den anvendes på følgende måte:

1. Består i å *demonstrere* en teknologi's "fortolkningsfleksibilitet".

   Gjennom intervju har jeg fått kjennskap til andre aktører igjen som vet om systemets tidligere historie. Man kan si jeg har benytte meg av "snøball -effekt" teknikken. Dette går ut på å starte med en aktør som vet noe som foreslår andre som vet noe osv.

2. En *redegjørelse* for hvordan teknologien stabiliserer seg ikke stabiliserer seg. Dette innbærer å ikke se e-pleieplanen og stille rapport adskilt fra helsearbeiderne. Det er opp til helsearbeiderne om teknologien er stabilisert eller ikke.

3. "En må se på artefaktens innhold i kontekst med et større sosiopolitisk miljø"(Pinch & Bijker, 1984). Hvordan dette gjøres sies det ikke noe om (Rosen, 1993). Dette betyr at

innholdet i artefaktene blir påvirket av normer og verdier fra sosiale grupper og samfunnet for øvrig (STS.:51). I mitt perspektiv vil artefaktens innhold være stille rapport og e-pleieplan.

4.8 Resultater og drøfting

Når det gjelder endring av problemstilling fra formål med dokumentasjon til også å gjelde innhold, medførte dette at jeg måtte utføre to ekstra intervjuer. Jeg valgte dette for en størst mulig metning av data. Sitert fra Granheim og Lundmann (2004): *"Research findings should be as trustworthy as possible and every research study must be evaluated in relation to the procedures used to generate the findings".*

Endringen av problemstillingen hadde konsekvenser for mine resultater. Dette medførte et tydeligere fokus på innholdet i dokumentasjon og hva som påvirker denne til det bedre eller verre.

Hvordan kom jeg så frem til resultatene? Dette startet med forskningsprosedyrene rundt hvilke spørsmål er relevant å samle empiri til problemstillingen (jfr. 4.5 - 4.8).

I drøftingsdelen anvender jeg Kvale og Brinkmann (2009) sin teori på objektiv tolkning av tekst. Jeg belyser analytiske spørsmål til intervjuteksten på tre forskjellige nivåer (Kvale & Brinkmann, 2006:220-223). Tolkningsnivåene er *selvforståelse*, *kritisk forståelse basert på sunn fornuft* og *teoretisk forståelse.*

Strukturen er at jeg følger rekkefølgen i semistrukturerte intervju på nivå 1 og 2 men trekker det sammen for å samle hovedpoengene. Nivå 3 kommer som egen del hvor jeg drøfter problemstillingen opp mot begrepene sosiale grupper, teknologiske rammer og Stabilisering eller"clousure" (jfr. 3.3.3)

Slik jeg forstår Kvale og Brinkmann vil jeg ikke tolke teori opp mot ethvert utsagn (Kvale & Brinkmann 2009:222) Jeg trekker inn intervjuene A-G der det er relevant i forhold til min problemstilling.

Når tolkningen av intervjuene relevant til problemstillingen er ferdig, gir jeg en sammenfatning og presenterer resultater. Når jeg tolker respondentens utsagn, har jeg brukt kondensert meningsenhet fra analysen. Utfra funn i drøftingsdelen kan jeg også gi svar på mine forskningsspørsmål.

I neste kapittel vil jeg ta for meg drøftingen med resultater.

5 Resultater og drøftinger

Presentasjon av intervjuenes struktur, er fulgt etter retningslinjer for rapportering av intervjusitater (Kvale & Brinkmann, 2009:282-284).

5.1 Muntlig rapport versus stille rapport

5.1.1 Formålet med stille rapport

I denne delen vil jeg gi funn på å avlegge forventinger til stille rapport.

Respondent A forteller:

A: *" Det samme ble rapportert dag ut og dag, og det ble overført muntlig*".

Denne respondenten synes rapportene ble kjedelige og ikke noe nytt heller. Det samme ble sagt dag etter dag. Overføringen mellom skiftene ble bare gjort muntlig.

Respondent B er noe lengre i sin beskrivelse:

B: *" Før innføringen av stille rapport gikk jo alt i vaktskiftet muntlig i begge teamene. Alle var der samtidig. Det tok lang tid..*
Dagvaktene klarte som regel ikke å organisere seg slik at en av de gikk ut i avdelingen 0745. Det ble sommel på morgen og ettermiddagen, og da var pasientene alene. Rapporten var hyggelig og sosial.
Det var mye prat hvis de hadde snakket med pårørende. Da ble det masse utenomsnakk i stedet for den direkte informative opplysningen som det var behov for. Det blir mer konkrete opplysninger når du leser det enn når man snakker og synes og mener ting utenom ".

Det kan se ut som om rapporteringen har kommet i en rutine eller rituale hvor det samme gjentar seg dag ut, dag inn måned etter måned. Respondent A sier at det ble overført muntlig som innebærer at ting lett kunne bli ustrukturert og falle ut. Dette utsagnet kan også reise spørsmål om struktur på muntlig rapport har vært slik fra begynnelsen av, og hvem sitt ansvar vil det være å rette opp i dette. Respondent B utrykker mye sommel ved rapporteringen på mellom dag og kveld.

Det kan også avtales at muntlig rapport kan være kort og ikke om unødvendige ting. Om nødvendig kan det også i muntlig tradisjon snakkes om hva som er vesentlig og ikke, ved

overgivelse av rapport. Samtidig har ledelsen sett et behov for omorganisering av muntlig rapport og gjort noe med det. Utfra hva respondent A og B sier fungerer rapportene ikke etter intensjonene.

Hva er så neste trekk? Hva ønsker de å gjøre med situasjonen?

A: *”….noen av oss var på kurs med stille rapport. Jeg ble veldig tent på det men kom ikke i gang. Så gikk jeg og snakket med avd.spl og sa at nå måtte vi begynne*.”

B: *” Jeg og respondent A var på kurs med sykepleier fra Ahus om stille rapport og kort informasjon om hvordan det fungerte der. Respondent A hadde jobbet her lengre enn meg, og hun var klar over det samme som kom igjen i rapporten dag etter dag. Ting som ikke trengtes å si om igjen i rapporten. Vi syntes det var lite effektivt.”*

Dette tyder på en omstrukturering av rapporteringen har vært tema i forkant. Man kommer på møtet med åpent sinn. Man ser at denne type rapport, stille rapport, kan være det riktige valget for denne avdelingen. Avdelingssykepleier tenner også på ideen og sier at stille rapport bør settes i gang så raskt som mulig. Hun ble antakelig paff da avdelingssykepleier svarte med å si start ”allerede på mandag”. Det var sikkert mange tanker som svirret i hodet til respondenten A på dette tidspunktet. Nå fikk respondenten endelig gehør for hva hun ønsket å gjøre: implementere stille rapport så raskt som mulig. Respondent B ønsket en endring.

Når respondent A tok initiativet til oppstart av stille rapport, svarte respondent B raskt:*”…. vi begynner på mandag.”*

Hva var formålet med stille rapport på avdelingen?

B: *” Det var å få mer opplysning om hva som var aktuelt fra det ene vaktskiftet til det andre. Og ikke ta opp ting de allerede visste fra før. Bare den som har vært på ferie eller vært på i lengre periode som trenger ekstra rapport. Og det kan jo nå leses. ”*

I dette ligger hovedutfordringen at de ønsket en dreining fra muntlig til skrevet rapport:

A:*” Da vi hadde muntlig rapport, var det veldig dårlig skriftlig kommunikasjon”.*

Ikke nok med dårlig skriftlig dokumentasjon, var det også at ting rundt pasienten ble glemt.

A: *” Du vet for det meste var det muntlige overføring og ting ble glemt ,ikke sant?”.*

Ved mangel på skriftlig rapportering, kan være en oppfattelse av den skriftlige dokumentasjonen over tid er forsømt, eller på annen måte ikke prioritert nok i avdelingen. Hvor var fokuset i rapporten? Hvem bestemmer hvem som skal si hva på rapportene? Er det tilfeldig hva som ble sagt? Hvor er ledelsen på dette tidspunktet? Er rapportene og organiseringene av denne et lederansvar? Disse spørsmålene og flere reiser seg på bakgrunn av dette utsagnet. Det kan være sannsynlighet for at disse ubesvarte spørsmålene kunne være svaret på dårlig skriftlig kommunikasjon.

Respondent A antar at den muntlige overføringen kunne være tilfeldig, og ikke strukturert. Dette kan fort skje med hvem som helst når man skal si noe muntlig. Ved muntlig overføringer er det faktisk veldig mye man kan glemme. Da er det viktige ting rundt pasienten hva gjelder direkte pasientrettet arbeid som kan glemmes. Vesentlige ting rundt enkelte pasienter kunne glemmes eller forsinkes til neste vakt eller dag.

Man kan spørre hvem som tok initiativ til å la den muntlige rapporten gå sin ville veg? Har man ikke også et ansvar hvis man forholder seg taus og ikke gjør noe med disse utfordringene? I så fall hadde ledelsen en flott anledning å få endret rapportene på dag, kveld og natt med hovedmålet; å få en forbedret skriftlig dokumentasjon på pasientene.

5.1.2 Funn rundt muntlig rapportering

Funn viser at muntlig rapport tok lang tid, var tilfeldig og lite effektiv. Rapporten ble brukt for det meste til sosial arena.

Viktig kommunikasjon rundt pasienten fungerte lite tilfredsstillende ved at viktige beskjeder eller andre ting rundt pasienten kunne bli glemt.

Det reises spørsmål om hvorfor denne rapporteringen gikk sin skjeve gang. Hvem har ansvaret for dårlig rapportering og hvem kan gjøre noe med dette? De hadde et stort behov for å endre rapporteringsmetodikk. Endringen til ny rapporteringsmetode ble svanger på foredrag om stille rapport ved sykehjemmet.

5.2 Dokumentasjonens innhold og formål

I denne delen belyser jeg funn på innhold i forhold til formål med dokumentasjon.

Respondent A sier:

A: *" Jeg synes det skriftelige grunnlaget er bedre å kommunisere på i samarbeid med andre. Legen skriver jo også inn. Den hadde vi ikke før. Den var lukket slik at vi ikke kom inn på hans rapporteringer. Nå gjør vi det. Det er jo veldig viktig!* Sånn at vi alle blir oppdatert på det.*"*

Det kommer frem at det skriftlige grunnlaget er bedre å kommunisere på i samarbeid med andre. Det er flott og en kvalitativ forbedring er allerede gjort. Grunnen er at man kan gå tilbake å sjekke nødvendige data hvis man er i tvil. Legen skriver også inn som en forbedring av rutiner der også. Legen dokumentasjon er førstehåndskilde slik at informasjonen er veldig pålitelig og nøyaktig. Før innføringen av stille rapport var tilgangen til legejournalen lukket. En stor ulempe selvfølgelig som har rettet på seg til alles beste. Når EPJ kan arbeide tverrfaglig blir også pasientens sikkerhet ivaretatt som nettopp er et av dokumentasjonens formål.

Et annet svært viktig moment er at:

A: *" .... kommunikasjonen mellom lege og sykepleier har bedret seg."*

Dette erfarer respondent A i praksis . Dette understøttes av en undersøkelse på dette under implementeringen av stille rapport:

B: *" Samarbeidet leger/ pleiere tok vi en undersøkelse på: "For sykehjemslegen ble det også nå mye lettere å få oversikt over siste ukes utvikling i helsetilstand hos pasientene på grunn av bedret skriftlig dokumentasjon. Han opplevde fyldigere rapporter og bedre oversikt over alle pasientene. Personalets observasjoner og evalueringer av behandlinger ble bedre skriftlig rapportert, og ga nå grunnlag for videre Behandling(Prosjektrapport 2008)".*

B sier videre:

B: *" Den tida hvor vi hadde prosjektet, gikk legen inn hver dag og leste rapport. Han var alltid oppdatert om pasientene. Når vi tilkalte ham, hadde han allerede lest det. Nå har vi fått ny lege, så jeg vet ikke om han leser om alle. Han har i hvert fall muligheten til det."*

5.2.1 Gammelt funn

De hadde en undersøkelse på samarbeid og oversikt som gav udelt positive resultater. Legen opplevde:

- Fyldigere rapporter
- Bedre oversikt over alle pasientene
- Skriftlige dokumentasjonen gav bedre kontinuitet på den medisinske behandlingen.

Legen i undersøkelsen var alltid oppdatert om pasientene. Respondent vet ikke om den nye legen leser rapporten daglig.

Det er også greit å få et innblikk i hva dagvakten tenker om kommunikasjon:

C: *" Jeg synes det greit å samarbeide med kolleger faglig etter stille rapport, og er tilfreds med stille rapport. Supplerer med morgenmøte. Jeg er stort sett tilfreds med stille rapport. "*

Informant D synes kommunikasjonen og samarbeidet med går greit etter stille rapport. Er det noe mer de vil snakke om eller utdype rundt pasienten, tar de det opp på morgenmøte. Hun er fornøyd med denne type rapportering også.

Informant D sitt svar samsvarer med informant E:

D: *" Det går fint å lese. Jeg er fremmedspråklig. Da synes jeg det er lettere å lese rapport enn å høre andre snakke. Jeg synes ikke det er mangler i noen rapport. Minner hverandre på hva vi skal følge opp både skriftlig og muntlig. Behøver ikke snakke så mye i etterkant, ikke så mye".*

Informant E er fremmedspråklig og foretrekker å lese fremfor å snakke. Når man snakker, går dette gjerne fort og kanskje på dialekt også. Da er det ikke enkelt å få med seg alt som blir sagt. I dokumentasjonen står det hva hun trenger å vite. De minner hverandre på både gjennom dokumentasjonen og muntlig hva de skal passe på hos pasientene. Stille rapport fungerer i praksis ved at de ikke trenger å snakke så mye i etterkant.

Senvakten sier følgende:

E:*" Som vikar etter at jeg sluttet er det ofte jeg snakker ved stille rapport. . Det er bare en sikkerhet. Du har alltid noe å spørre om når du har vært borte i 14d – 3 uker."*

Helsearbeider synes hun trenger muntlig påfyll av informasjon da hun er borte fra jobben i 14d -3 uker. Det er naturlig at hun vil spørre, fordi hun kommer fra en muntlig tradisjon. Kanskje vedkommende ikke kan navigere seg frem og tilbake på journalene. Eller søker informant sosial kontakt med de andre? Det peker vel kanskje mest i den sosiale retningen når vi ser tilbake på historien før stille rapport (Prosjektrapport 2008). Hva hun gjør og ikke gjør etter stille rapport er sammensatt;

- mangel på grunnleggende datakunnskap og klarer ikke navigere i Profil.
- Søker sosialt samkvem fordi vennene er der
- mangel på data rundt pasientene

- Vanskelig å finne oversikt i rapporteringen i Profil.
- Datavegring
- Mistet passord
- Fravær over tid
- Sikkerhet
- Logger seg ut pga treghet i Profil
- Blir kastet ut
- Profil ligger nede pga oppdatering eller andre årsaker

Hvis stille rapport fungerer etter intensjonene, trenger man ikke oppdatere seg ved å spørre kolleger. En utfordring er dokumentasjonsprosessen, og nøyaktighet i rapportering på problemer? En annen ting er om e-pleieplanen kan nyttiggjøres i det daglige arbeidet som vi skal se nærmer på under koordineringen av sykepleien.

Nattevakten sier også:
F:*" Jeg synes det går greit å kommunisere til innholdet ved stille rapport."*

Utsagnet er veldig generelt og sier ikke så mye om fortid og nåtid. Det er mer en bekreftelse på at det er greit med stille rapport verken mer eller mindre.

I denne delen kan man anta at stille rapport fungerer godt i avdelingen og er godt innarbeidet. Noe snakk i og rundt stille rapport er det alltids. Det kan være normalt å be om oppdatering ved langt fravær. Det trenger ikke være nødvendig da alt skal stå dokumentert. Snakk avhenger litt av kultur og tradisjon. Som nevnt over (kapittel 2), har sykepleieyrket tradisjon for muntlige overføringer.

Noe som ikke kommer så godt frem, er at helsearbeiderne sitter åpent rundt stille rapport slik at de kan bli forstyrret av hvem som helst. Noen sier hei, og andre starter å prate. Noe som er direkte uheldig er å snakke med noen som leser eller skriver eller gjøre andre ting rundt stille rapport som krever avbrudd fra det kognitive.

5.2.2 Funn kommunikasjon

Funn viser at det skriftlige grunnlaget er bedre å kommunisere på ved stille rapport. Kommunikasjon mellom lege og sykepleier har forbedret seg. En undersøkelse under prosjektperioden viser:

- Fyldigere rapporter
- Bedre oversikt over alle pasientene
- Skriftlige dokumentasjonen gav bedre kontinuitet på den medisinske behandlingen.

5.2.3 Et blikk på dokumentasjonsprosessen

Under feltobservasjonen gis det uttrykk for tilfredshet rundt stille rapport. En informant la vekt på at det var lettere å lese enn å snakke. Minner hverandre på hva man skal gjøre skriftlig og muntlig. Mangel på faglige diskusjoner. Suppleres med morgenmøte. En informant oppgir mye spørsmål rundt stille rapport grunnet vikar.

Respondent A forteller hva de har hatt fokus på i dokumentasjonsprosessen.

A: *" ... arbeidet lite med evaluering av tiltak. Vi har arbeidet med mål og tiltak og hva som er viktig å ha med i den generelle rapporten. For når vi kjører stille rapport må du jo dokumentere, og da blir jo dette veldig viktig i og med vi ikke har den muntlige overføringen".*

Det sies ikke noe om hvorfor evaluering av tiltak ikke er utført. Dette er et område som er viktig, og som gir ny spesiell kunnskap om hvorfor man velger en ting fremfor noe annet. Å arbeide med mål og tiltak er vesentlig for å holde e -pleieplanen vedlike.

Hva som er viktig å ha med i generell rapport er også vesentlig slik at man ikke faller for fristelsen for å nedskrive de samme rutinene hver gang. Her arbeides det aktivt med dokumentasjonsprosessen. De ser tydeligvis gapet mellom muntlig og stille rapport og hva som er vesentlig for å lykkes med endringen fra muntlig til stille rapport.

Siden de har mistet den muntlige rapporteringen som tidligere var måten å koordinere arbeidet på, er den blitt erstattet med den skriftlige måten å koordinere arbeidet på (Vikkelsø 2005). Som respondenten selv sier, er dette veldig viktig da de ikke lenger har med den muntlige overføringen.

Respondent B sier følgende om koordineringen:

B: *" Mellom teamene er det jo en fordel. Du kan jo lese fort om det andre teamet. Du er jo ikke interessert i å vite alt om motsatt team. Da får du en oversikt, spesielt teamlederne får en oversikt over hva som skjer på begge teamene. Nå har sykepleierne peiling på hva de driver med i motsatt team. Alle kan lese om alle på den avdelingen. Ved stille rapport står alt dokumentert og det er en stor forbedring. "*

Det er interessant å se dette fra respondentens synsvinkel, da hun har et administrativt perspektiv på stille rapport. En får som hun sier rask oversikt over teamene. De sparer så klart tid på dette, i stedet for å bla igjennom Kardex på hver avdeling som før.

De slipper også masse ekstra skritt i løpet av dagen for å administrere pasientoversikten. Denne stille rapport er suveren effektiv hva gjelder oversikt på pasientene. Et annet spørsmål av etisk karakter vil være om alle skal ha oversikt over alle? Dette går direkte på rett til innsyn i journalen, sikkerhet for pasienten og taushetsplikten. I spesialisthelsetjenesten ville dette vært brudd på pasientens integritet, konfidensialitet og taushetsplikten. Det samme prinsippet vil også gjelde her (Helse og Sosialdirektoratet 2006).

Siden kardex forsvant, gikk de over til Profil som dokumentasjonssystem (jfr. 2.6). For å bruke stille rapport fullt ut, er bruk av e-pleieplanen en kjerneoppgave rundt direkte pasientrettet arbeid (jfr 2.4).

I undersøkelsen med lege og dokumentasjon ble det tydeliggjort at den skriftlige dokumentasjonen gav en god oversikt pasientobservasjoner rundt medisinske tiltak. Det er også dokumentasjonens hensikt at den er koordinerende rundt pasienten (Berg 2004, Vikkelsø 2005).

5.2.4 Den skriftlige dokumentasjonen

Går vi et skritt videre, ser vi nærmere dokumentasjonens innhold. Med dette menes hva som faktisk står skrevet i rapportene som rettskrivning. Det vil også være fokus på den *elektroniske pleieplanen* og *struktur*.

B: *" Vi har en del språkproblemer. Men vi har gått ut og sagt de må skrive uansett. Det går en del på skrivefeil. Vi har lagt ut en del ordbøker de kan bruke. Skrivefeil gjelder både etnisk norske og ikke-vestlige. De må få lov til å skrive. Det hender det kan bli litt problemer men vi må la alle få skrive".*

Det nevnes en del språkproblemer blant norske etniske - og ikke-vestlige nordmenn. Det går en del på skrivefeil, men de bør skrive uansett. Det er lagt ut en del ordbøker som de kan bruke, det er et godt tiltak. Et annet spørsmål er om disse brukes aktivt. Hvem sjekker dette?

A:*" Rettskrivningsbøker ligger ved skjermen, men blir ikke brukt".*

Det er lagt ut hjelpemidler, men de blir ikke brukt. Dette er alvorlig og kan medføre feil forståelse og endring av praktiske gjøremål rundt pasienten. At de ikke blir brukt er ikke registrert, men observert over tid av respondent A. Hva kan gjøres?

En alternativ løsning som for andre rutiner, vil være å la de signere hver gang de slår opp i ordboken. Resultatene kan evalueres i løpet av en måned og taes opp på personal møte.

A: " Det *er klart vi har snakket litt mer om hvordan man skriver, utrykker seg og hva slags* ***språk*** *man bruker. Til å begynne ble personalet oppfordret til å skrive hva man observerte uten å legge vekt på hvordan formulere seg. Vi har gitt tilbakemeldinger hvis de har gått over streken."*

Respondent sier de har vært gjennom en bevisstgjøringsprosses på hva som skal skrives. De har tenkt på hvordan utrykke seg og hva slags språk man bruker. Ved innføringen av stille rapport synes det som om mange ikke viste hva de skulle skrive som rapport, og fikk veiledning på dette. Samtidig var dette innlæring av ny rutine, og normalt på dette stadiet at helepersonell var usikre på hva de skulle ha med i dokumentasjonen eller ikke. De gav tilbakemeldinger hvis det var ord som var usømmelige å ha med i rapporten. Hvilke ord kunne det være?

A: *" .... når du beskriver at pasienten er umulig, masete, håpløs og grisete."*

Dette sier seg selv er ord som utrykker nedlatenhet og går utover pasientens integritet. Ordene sier mer om helsearbeiderens ukritiske holdning til dokumentasjonsprosessen enn om pasientene. Dette er også gjengitt i helsepersonnelloven som sier noe om at ord som virker krenkende på pasienten bør korrigeres eller strykes fra sykepleierjournalen (Jfr. Helse-personelloven).

5.2.4.1 Fokus i dokumentasjonsprosessen

B: *" Vi har fokus på hva som konkret står om pasienten. Ikke hva jeg og hva oss synes og mener. Vi må være forsiktig med hva vi skriver. Og ikke om en annen pasient i en annen rapport. Hvis det er en konflikt med en medpasient er det greit men ikke navn. Ikke å*

gjøre det personlig og ikke mot pleieren heller. Det kommer jo frem hvem som har skrevet. Skriv konkret hva som er. Det er et utfordrende tema. Det er det".

Respondent forteller at fokus på dokumentasjonsprosessen er konkrete problemstillinger rundt pasienten. Det er ikke synsing eller hva jeg eller oss mener. Hun tar opp et etisk perspektiv, taushetsplikten, ved at man ikke skal skrive navn i annens rapport. Gir et eksempel på dette ved eventuelt konflikt. Man kan beskrive situasjonen men ikke oppgi navn. Man gjør det heller ikke personlig men skriver hva man observerer. Det er et utfordrende tema. Oppsummert har respondent også skissert en holdning for dokumentasjonsprosessen i avdelingen. Dette jobbes det konkret med og alle tar del i dette arbeidet.

A: *" Så er det at en del kan ikke skrive norsk, og har masse skrivefeil. Det er veldig vanskelig da man kan såre personen. Vi har tatt det opp og sagt vi må bli bedre på det. Rettskrivningsbøker ligger ved skjermen men blir ikke brukt."*

Her ligger den største utfordringen på hva slags metodikk avdelingen ønsker å bruke for å forbedre skrivingen. Enkelte tiltak kan gjøres iforhold til rettskrivingen. Eksterne forelesere, holdningsendring iforhold til skrivingen; hvorfor skriver man, hva skriver man og hvordan? Opprette skrivegrupper med fokus på hva som er relevant og viktig i dokumentasjonsprosessen. En annen ting er at skriveprosessen ikke bør overlates til enkelte ressurspersoner på avdelingsnivå praktisk sett. Dette kan over tid bli tungt og unødig belastende. Når respondent tydelig gir tilbakemelding på skriveprosessen bør dette heves på et ledelsesplan og angripes derfra. Formelt tilhører dette avdelingssykepleiers område under kategorien fagansvar. Dette er et viktig område å prioritere da det går direkte på pasientens sikkerhet.

Respondent sier C: *"Noen ganger er det morsomt å lese andre sin dokumentasjon da. Det er jo stor variasjon i språk og forståelse. Jeg tenker det er to variabler når det gjelder språk. Det ene er å ha god språkforståelse og evnen til å ordlegge seg korrekt og riktig. Der ser man hips om happ med etniske nordmenn og våre nye landsmenn.*

Respondenten setter to variabler som er viktige i forhold til dokumentasjon. Det ene er å *ha god språkforståelse*. Det andre er evnen til å *ordlegge seg korrekt og riktig*. Som en kommentar sier respondent *det er stor variasjon i språk og forståelse*. Hva kommer dette av?

Har det alltid vært slik? Når det var fokus på den muntlige rapporteringen, ble det sagt at den skriftlige dokumentasjonen ble nedtonet. Nå er fokuset snudd på hodet. Nå er det den skriftlige dokumentasjonen som gjelder. Når dette ble endret med stille rapport kom rettskrivningen som en konsekvens tydeligere frem.

C sier: ” *Det er mange ganger jeg sliter og leser rapporter av kolleger som er like norske som deg og meg som har jobbet her i 20 år. Hvordan i alle dager greier de det? Det er jo snakk om skjønnhetsfeil som ville ta seg pussig ut i en rettssal”.*

Skjønnhetsfeil gjør alle som skriver mer eller mindre hele tiden. Dette kan man gjøre noe med, rette opp og skrive om igjen.

Hva når feilen handler om feil bruk av ord eller ordvalg? Hva da?

Respondent C sier: ”*Det jeg synes blir alvorligere er direkte språk feil hvor du ser en kollega ikke greier å få frem innholdet eller meningen i det han eller hun rapporterer. Da begynner det å bli alvorlig. Hva er det vedkommende egentlig mener her? Hva vil de frem til og hva prøver de å formidle om denne pasienten? Og det kan være vanskelig. Det kan fort bli alvorlig”.*

Det kan være mange grunner til disse feilene. En hyppig årsak kan være avbrudd i skrivingen. Dette skal ikke være relevant for stille rapport fordi man skal ha ro rundt lesing og skriving av viktig informasjon. Med knappe ressurser på bemanning kan dette bilde være mer nyansert.

Denne type brukere, senil demente, trenger deg når du minst venter det. En annen grunn går på pleiernes skriveferdigheter. Man kan også være plaget med dysleksi som gjør at sammensetning av ord og bokstaver kan være en utfordring.

Her er feil som kan oppstå:

5.2.4.2 Type feil

C kommenterer:

C: ”Du kan si måten man skriver ordinasjon av medisiner på. Det å ha forståelsen for hvordan man gjør det med milligram, ml, dose, mengde osv. Hva er egentlig gitt? Det kan være et problem å forstå da. Og det kan være alvorlig”.

Dette kan virke som mangel på grunnleggende kunnskaper. Man kan eventuelt sende medarbeidere på medisinkurs for hjelpepleiere og andre med behov for en oppdatering. Det er et klart lederansvar som er viktig å følge opp på fagsiden.

C kommenterer videre på rettskrivningen:

> *"Også det om det er gitt insulin eller ikke? Det har med setningsoppbygning og språkforståelse å gjøre. Det burde gjøres noe med fordi det er vanskelig for pasientene å ikke bli forstått, eller de ikke forstår pleiepersonalet. Og det kan være direkte helseskadelig å lese en rapport som ikke er forståelig. Og så hjelper det lite å spørre vedkommende etterpå; Hva var det du egentlig mente her?".*

Respondent gir utrykk for berettiget kritikk til rettskrivningen. Dette er et ifølge respondent et omfattende problem som burde gjøres noe med. Dette er også med adresse til ledelsen om å gjøre noe med selve skrivingen og betydningen av denne. Hvordan få vist frem skrivefeil som systemfeil? Her skal man ikke henge ut personer men gjør tiltak generelt på avdelingsnivå som kan dempe feil i fremtiden. Et relevant svar kan være å skrive avviksmelding. Et annet tiltak vil være å sette i gang skrivegrupper. Kanskje skrivegrupper og refleksjon rundt skriveforståelse blir neste skritt på veien mot dokumentasjonsprosessen?

Forståelsen av setninger som nevnt ovenfor, er svært viktig i arbeid med pasienten. Valg -og bruk av ord er også svært viktig i denne sammenheng. Ord og utrykk blant fagpersonale som leger og sykepleiere varierer i bruk hvor man arbeider. Legene er flinke til å bruke latinske ord fordi det gir en presis beskrivelse av anatomien eller sykdommen. Sykepleier leser ofte de medisinske journalene rundt pasienten full av latinske ord og utrykk, og må ha tilstrekkelige kunnskaper i latin for å forstå sammenhengen.

5.2.4.3 Ord og uttrykk

Ifølge Respondent C mente hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne *det var viktig man skriver mye norsk!*

C: *" Når jeg skriver en rapport med mange medisinske ord og uttrykk, og jeg har mistanke om at det er noe de ikke har hørt før, skriver jeg den norske betegnelsen i parantes. Det gjør jeg en eller to gange. Da forventer jeg at de har lært det. Ellers får de slå opp i medisinsk ordbok. Vi kan ikke fornorske alt vi gjør".*

Informanten gir ærlig utrykk for hva hun mener om bruk av latinske ord og utrykk. Hun velger å bruke latin med begrunnelse i : " …. *et fagteknisk språk å forholde oss til innenfor medisin".*

Hvis man skal se diskusjonen i større perspektiv, handler den om hva som er "riktig" bruk av ord og frykten for å lære noe nytt. Respondent C har et vesentlig poeng om bruk av latinske ord og utrykk. Disse er av og til vanskelig å forstå og forstå ordene i en sammenheng. Hvis mange sliter med norsk rettskrivning, blir ikke problemene mindre av å skrive et språk

man knapt kjenner til. Valget er om man vil protestere eller lære noe nytt, og få en fordypet forståelse for eget fag. Man kan alltids bli enig om løsninger som her, ved å skrive de latinske utrykkene i parantes.

Andre virkemidler på dokumentasjonen enn rettskrivning, ord og utrykk er presentasjonsform.

C: *" På dokumentasjonen kan man prioritere eller skrive et journalnotat. Journalnotat hvis det er i samtale med pårørende som jeg ønsker å dokumentere i ekstra detalj. Hvis det er en hendelse som utmerker seg, kan en skrive avviksmelding. Noen ganger bruker jeg fonter også. "*

Når det gjelder prioriteringen, kan man hake av for prioritert. Da kan lege, avdelings-sykepleier, teamleder og andre pleiere velge å prioritere denne lesingen først. Et viktig bidrag for struktur på dokumentasjonen. Et journalnotat er en del av sykepleiejournalen men trenger ikke stå i selve rapporteringen, men kan skilles ut som eget skriv. Avviksmelding hvis noe ekstraordinært iforhold til feilmedisinering, avvikende adferd etc. Fonter er med på å utdype selve teksten i dokumentasjonen for å tydeliggjøre eller understreke sammenhengen eller betydningen av ord eller setning. Dette er gode virkemidler og gir en oversiktlig og planlagt struktur på dokumentasjonens innhold. Dokumentasjonens innhold etter dette kan deles inn i to kategorier: Språk - Virkemidler og presentasjon. Språket er bærer av rettskrivning som setningsoppbygging eller grammatikk. Virkemidler og presentasjon som nyttiggjøres, ligger i begrepene – prioritere, journalnotatet, avviksmelding og fonter.

5.2.5 Feltobservasjoner

Videre skal vi se fra feltobservasjon på dag om den skriftelige dokumentasjonen:

C: *" Når det gjelder lesbarhet og forståelse av den skriftlige dokumentasjonen er kvaliteten varierende, og kommer an på hvem som skriver. Språkkvaliteten varier. For det meste forståelig. Vi har fokusert mye på å skrive riktig rapport. Dette styres etter behov".*

Det kommer frem at kvaliteten på dokumentasjonen er varierende. Språkkvaliteten varierer hvor det kommer an på hvem som skriver. De har faktisk hatt mye fokus på å skrive riktig rapport. Skrivingen styres etter behov for dokumentasjonen. Det er også ut fra informant en klar antagelse om at de forskjellige som skriver, innehar forskjellige skriveferdigheter som i seg selv er normalt. Når informant sier "for det meste forståelig" kan jeg forstå det slik at det av og til vil være tekst som er uforståelig. Dette er også synet til respondent C, som også nevner forståelsen av tekst kan av og til være uforståelig.

Det er også på sin plass å vite noe om mangler ved rapporten. Med mangler menes her rapport eller viktig data om pasient er utelatt eller burde vært nedskrevet i rapporten.

C:" *Stort sette ingen mangler. Noe kanskje hvis borte noen dager. Spør personalet hvis det er noe jeg lurer på. Skriver obs, obs i rapport hvis det er noe spesielt som skal følges opp".*

Som oftest er det ingen mangler. Det vitner om at alle helsearbeiderne sitter inne med gode holdninger rundt dokumentasjonsprosessen. Videre vil det være naturlig å vite om de blir forstyrret under skrivingen:

C: *" Nei, sjeldent. Vi har innført morgenmøte. Formålet er å snakke sammen faglig om pasientene. Ikke noe fast tidspunkt. Tar det når alle har tid ".*

Under feltobservasjonen kom en pleier inn og sa hei, og det virker som er normalt. Bak informanten som satt og leste, stod en svær kopimaskin. Denne ble satt på midt i lesingen og støynivået var høyt. Som en erstatning for fagmøtene (Prosjektrapport 2008), har de innført uformelt morgenmøte. De tar her opp fag rundt pasienten. Dette er ikke til fast tidspunkt. De tar det ved anledning. Det er flott de kan innføre nye rutiner som passer etter pasientens behov. De har selv innsett behov for faglige diskusjoner og tatt initiativ til å operasjonalisere dette.

D: *" Jeg synes den skriftlige dokumentasjonen er mye bedre faglig. Ja, lege skriver og alle kan lese. Det er lett å forstå hva han skriver. Jeg er tilfreds med stille rapport og liker det veldig godt. Mindre prat enn før".*

Respondenten gir utrykk for at dokumentasjonen er bedre faglig. Hun kan også lese legejournal om nødvendig og lett å forstå hva han skriver. I kontrast til mange legers håndskrift som har et dårlig rykte på seg. Håndskriften kan til tider være direkte uleselig (Berg 2005). Respondenten setter pris på kvalitetene og effektene ved stille rapport.

Hva sier senvakten om dokumentasjonen?

E: *" Lesbarheten i dag er bra og lett forståelig. Ikke bestandig men i dag var det helt greit! Det varierer med den som har vært på vakt og hva som står skrevet..*
Jeg ser ingen mangler ved rapporten nå… Jeg har nok fått tak i det essensielle som gjelder hver pasient. Det blir bare skrevet om de det er noe spesielt med. Jeg har nok sett mangler ved rapport her på huset også".

Helsearbeider F sitt syn på dokumentasjonens innhold sammenfaller med C på punktet; ”*Ikke alltid lett å lese og forstå*”. Denne gangen oppfattes innholdet som greit å lese. De prioriterer skrivingen også. De skriver bare det som er noe spesielt å skrive om. Det blir da enkelt å sammenfatte for en god oversikt, over gjøremål for pasientene.

Når informanten henviser til prioriterer skrivingen, tyder dette på en innarbeidet holdning til dokumentasjonsprosessen også.

Kan også nattevakten si det samme?
F: ” Jeg synes ikke det er noe problem, verken å lese eller skrive!”

Å lese eller skrive går fint. Det kan tyde på at informanten er fornøyd med stille rapport.

5.2.6 Funn i forhold til skriftlig innhold

Respondent B, og særlig respondent A samt informant C, gir utrykk for masse skrivefeil. Dette går på rettskrivning som skjønnhetsfeil, valg av feil ord og utrykk. Feil oppbygning av setninger slik at forståelsen vrenges. Eks på feil språk, er i forhold til ordinasjon av medisiner. Dette er svært alvorlig. Det skrives latin og norsk om hverandre. Faglig bedre å lese. Kvalitet på lesbarhet og forståelse varierer. Fokusert mye på å skrive riktig rapport. Som oftest ingen mangler i rapporten. Lett å forstå hva legen skriver.

Andre virkemidler på skrift er presentasjonsform som: manipulere tekst via fonter, prioritere rapport, skrive et journalnotat, skrive avviksmelding.
Andre effekter: mindre prat enn før, mindre faglige diskusjoner; erstattes med uformelt morgenmøte.

5.3 Brukermodulen i Profil

Under vil jeg omhandle nærmere *struktur* for *bruker modulen i Profil* (jfr. 2.6)

Det er svært vesentlig ved stille rapport at brukermodulen i Profil *støtter elektronisk pleieplan* (jfr. 2.3 - 2.3.2).

Ruland (2000) sier om dette:” EPJ som *støtter* sykepleiere i deres *datainnsamlinger*, *vurderinger* og *pleieplanlegging*, reduserer svakheter og feil i dokumentasjonen fordi den

etterspør spesiell informasjon. Da vil man få gode stille rapporter og kontinuiteten av pleien blir oversiktelig (jfr. 2.5.2; 3.5.3).

5.3.1 Oppdatering ny versjon

Avdelingen hadde en større oppgradering 20.10.2009 som medførte at den elektroniske pleieplanen ikke lenger fungerte. Hvis man skal opprette tiltak må man eventuelt slette fanen og gammel informasjon for å opprette ny. Man får ikke skrevet på evaluering for tiltak. I denne fasen av dokumentasjonsprosessen fungerer ikke e-pleieplanen etter intensjonene.

A: *" Men nå driver vi bare og rapporterer, og vi får brukt det ganske lite. Ja, det er tilbakeskritt fra forrige versjon. Utfra sånn jeg opplever det nå så synes jeg det. Vi er jo ikke helt fornøyd med den. Vi er ikke det. "*

Det viser seg at de har gjort en stor oppgradering mellom versjoner uten test på forhånd. Dette har medført en del uforutsette hendelser. Denne oppgraderingen ble gjort i midten av oktober 2009. Konsekvensene av dette har medført at pleieplanen i Profil ikke kan brukes som forventet. At det er et tilbakeskritt er jo innlysende. Dette er dessverre ikke bra for den direkte pasientrettede sykepleien. De er ikke fornøyd og hva annet skal man forvente! En annen ting er at pleierne må endre sine rutiner som de var godt innarbeidet i. Dette vil medføre at alle ansatte blir misfornøyd med progresjonen fordi de selv ikke kan noe for konsekvensene. Nå er det firmaet som må løse problemene og det tar tid. I skrivende stund fungerer pleieplanen fortsatt ikke.

B sier om e-pleieplanen <u>før</u> overgang til ny versjon:

B: " *..... vi fikk virkelig økte kunnskaper i dokumentasjon som synliggjøres i profil. For da ble vi nødt til å lære dokumentasjon. Da var det tiltak om hver enkelt pasient og rapportert på tiltakene.*"

B sier videre:

B: *" E sykepleier var veldig god med tiltak. Hun repeterte stadig. Det var tiltakene vi rapporterte på. Tiltak skjedde ikke tidligere. Nå er det bare å slå opp. Ved endring av tiltak; går du inn, leser tiltak og sjekker opp hva vi gjør nå. Og så blir det dokumentert og bevisst på det. Det ble skrevet nye tiltak. Hvis et tiltak ikke fungerte, fant de på et bestemt tiltak og avslutta, og skrev begrunnelse. Det er viktig. Da laget man nytt tiltak. <u>Pr. i dag fungerer ikke dette</u>".*

De brukte e-pleieplanen aktivt og ble nødt til å lære dokumentasjonen fra bunnen av. De skrev tiltak på hver enkelt pasient og rapport på tiltakene. Dette er hva man skal gjøre og følger standarden og formålet for dokumentasjon (jfr. Tabell 1). Inne i dette er også kvalitetsbegrepet oppfylt med hensyn til pasients sikkerhet. Respondenten sier her ikke noe om selve innholdet. De hadde en struktur og en e-pleieplan på pasientene som var et av hovedmålene for dokumentasjonsprosessen. De har tydelig gått veldig mange skritt tilbake hva gjelder planlegging - samt vurderinger rundt pasienten.

5.3.2 Kritikk til elektronisk pasientjournal

Siden bruker modulen og e-pleieplanen ikke fungerer, kan det tyde på mangler ved kravspesifikasjon:

A: *" Jeg synes Profil har begynt i feil ende der altså. Vi sendte anbefalinger til endringer bl.a ifht pleieplanskriving. Det har kommet inn flere underpunkter i pleieplanen som samsvarer med vår pasientgruppe. I forhold til pleieplanskriving burde de ha fått informasjon* ***før*** *tenker jeg, fordi den nye versjonen ikke samsvarte med hva de ansatte mente om programmet. De burde de ha kjørt superbrukerne, slik at vi hadde fått informasjon her.*
I den tidligere versjonen brukte vi mål og tiltak også. Det vi savnet der var område for problemstilling. Nå bare venter jeg. Jeg går ikke mer inn i det…..

Når man tydeligvis er misfornøyd med leverandøren, og ikke blir tatt alvorlig, er det grunn til bekymring for de som har implementert systemet. Personalets behov for endringer har blitt overlatt til seg selv. De føler seg maktesløse over lite fremgang og imøtekommenhet fra leverandør. Man antyder en kommunikasjonssvikt mellom leverandør og eier og en del spørsmål reiser seg.

Hvorfor gjorde Visma som leverandør større endringer uten testing? Hvorfor blir ikke pleierne hørt ved ønsker om endringer i e-pleieplanen? Hvorfor blir ikke superbrukerne som talspersoner for systemet på avdelingsnivå, tatt med på råd og diskusjoner om forbedringer i systemet? Dette vet bare leverandøren svaret på.

Det kan raskt oppstå en del frustrasjon omkring systemet på hele avdelingen som bør ryddes opp i så raskt som mulig.

A: *" Jeg går inn og rapporterer. Så får vi ta det når det eventuelt blir endringer og sette oss ned med personalet og ta det opp igjen en til en".*

Respondenten går inn og rapporterer som vanlig. Hvis det blir endringer med Profil og pleieplanen, må de sette seg ned med personalet og undervise en til en.

Respondent C retter kritikk mot selve kjernen i Profil som er den elektroniske pasientjournalen. Hvis det er svikt på dette område ”skyller man hjemlene på området ut med badevannet (pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og forskrift omjournaler§8)”. Dette er ensbetydende med åpenbare brudd rundt pasientens sikkerhet.

C: ” Påpekt *fra dag en er mangel på tiltakskoder. Det er veldig vanskelig å få en fornuftig bruk av dokumentasjons-systemet når du ikke kan skrive tiltak, rette opp tiltak, evaluere… osv fortløpende. Det blir veldig sporadisk”.*

Her kan man se at e-pleieplanen på grunn av mangel på tiltakskoder, ikke brukes adekvat.

Respondent C kommer videre med et eksempel;

C: ” *hvis du ikke har vært på jobb på en uke, halvannen, og skrevet inn nytt tiltak eller forslag til endring på en pasient, faller det mellom barken og veden og blir ikke fanget opp. Fordi det ikke er et <u>eget system</u> på å skrive en tiltaksplan eller pleieplan om du vil. Og dette er et kjempestort svart hull hvor vi har gått tilbake to steg, og begynt å skrive gode gammeldagse pleiekort på pasientene våre”.*

Her er et klassisk eksempel på ”buksestrikk-belteløsning” ved at avdelingen har gått tilbake til bruk av pleiekort i papirformat på sine pasienter. I tillegg har det medført en del uønskede endrede rutiner for å opprettholde kontinuiteten av pleien (jfr. 3.5.3).

C: ” *dette lagrer vi i mapper hvor vi må lagre på en vanlig datamaskin uten navn med romnummer, slik at primærpleier kan gå inn og skrive endringer. Når det er behov for det. Og skrive ut nytt skjema og legge det inn i mappen igjen. Fordi vikarer og de som ikke er her til daglig…. <u>Man mister informasjon pga systemer er som det er.</u> ”*

Informant G sier det ble sendt forslag til endringer i elektronisk pleieplan i etterkant. G sier følgende i forhold til elektronisk pasientjournal (jfr. Figur 2):

G:” *Vi kan ikke redigere på målområdet. Dette er låst. For å få endret dette må man avslutte det eksisterende, for så å opprette nytt. Når dette avsluttes, <u>avslutter vi alle tiltakene som er laget under og alt som er rapportert på disse.</u> Det vil si at vi må opprette alt på nytt.*
Siden en bruker/pasient har behov som stadig er i endring blir dette en meget tungvint jobb for oss”.

5.3.2.1 Mulige endringsforslag på e-pleieplan

Videre kommenterer G mulige løsningsforslag:

G: ” Hvilke muligheter er det her for å *kunne sette inn rad*, slik det gjøres på sammenfatningen, og den daglige rapporten, slik at vi kan beholde alt som gjøres av småendringer?”

G kommenterer videre:

G: *” I tillegg er det et felt som er lagt grått, og skal brukes til å legge inn generell beskrivelse fra systemadministrasjonen. Hvilke muligheter er det for å få åpnet dette, slik at dette også kan benyttes til å dokumentere i? Det å lage noe overordnet generelt, i forhold til at man har så mange ulike brukergrupper, syntes vi har vært vanskelig”.*

Logikken er at man oppretter mål før tiltak. Dette er naturlig da målene bestemmer tiltakene. Noe av det viktigste ved pleieplanen er å oppdatere og revidere målene rundt pasienten. Målene vil såklart endre seg etter pasientens behov. Dette fungerer ikke hvis man må revidere, og alle tiltak under med dokumentasjon må slettes. Dette er svært lite tilfredsstillende. Videre kommer de med løsningsforslag, *sette inn rad* , som sikkert kan endres til det bedre.

Under målene kommer tiltakene. I tiltakene sliter man også med feil og mangler.

5.3.2.2 Hva man kan gjøre på tiltak

G sier:

G: *” Her møter vi mange av de samme utfordringene som ved planområdene. Grått felt, bakgrunn for tiltaket, kan det ikke dokumenteres i fordi det styres fra systemadministrasjonen. Kan dette gjøres tilgjengelig? ”.*

Her sier de at de ikke kan skrive individuelt i tiltakene. Dette er kjerneområdet i pleieplanen da den gir grunnlag for kontinuiteten av pleien.

Tiltakene er individuelt tilpasset og bakgrunnen for opprettelsen av tiltakene grunner i brukerens behov og problem. Derfor er det viktig å kunne ha fritekst på dette område. Svært lite tilfredsstillende at dette ikke fungerer.

G sier videre som en kritikk til pleieplanen:

G: *” Standardtekster i dette feltet er ikke nyttig. Feltet kunne heller vært benyttet til å beskrive pasientens/brukerens problem på individnivå. Vi finner ikke noe annet sted som kan benyttes til å beskrive problem/behov på dette. nivået. Dette gjør dokumenteringen ufullstendig og synliggjør ikke alle delene av sykepleieprosessen på en faglig forsvarlig*

<u>måte.</u> Dette er både et pedagogisk problem og gjør så vel rapportering og evaluering lite prosessorientert.
Man må avslutte ett tiltak, hver gang man endrer tiltaksbeskrivelse.

En kort oppsummering viser at det mangler å skrive på tiltak for pasienten. Man kan ikke revurdere mål fordi man sletter alle tiltak. Man kan ikke skrive individuell tekst i tiltaksområdet. Man må avslutte tiltak, slette om man vil, hvis man endrer tiltaksbeskrivelse. Dette skjer jo ofte. Denne delen bør absolutt være dynamisk. Det er svært lite tilfredsstillende at endring av tiltak sletter gammelt tiltak.

G kommer med et eksempel:

G: *" Dersom man for eksempel ved ett sårstell kun skal endre prosedyren, må man avslutte hele tiltaket og alt som er gjort av rapporteringer. Er det mulig å kunne gjøre justeringer på tiltaksbeskrivelsen uten at man skal miste all rapporteringen som er utført på det aktuelle tiltaket?".*

De sliter virkelig med dokumentasjonen i pleieplanen. H sier videre som nok en kritikk til Profil:

G " *Det kan bare opprettes ett tiltak pr tiltakskode. Eks; Dette kan i noen tilfeller bli faglig uforsvarlig f eks der pasienten har flere sår med ulike tiltak. Det hadde vært meget hensiktsmessig på samme måte å kunne vise sammenfatningen når man står i tiltaksbildet. Da begynner vi å nærme oss en visualisering av sykepleieprosessen gjennom dokumentasjonsprosessen i Profil.".*

G sier tilslutt: *" Det er mulig å vise tiltaksbeskrivelsen når man er i rapportbildet – noe som er veldig bra. Journalansvarlig har rettighetene til å kunne endre uten å måtte avslutte, men vil bli en alt for omfattende jobb for vedkommende, da dette handler om daglige endringer på mange brukere".*

At tiltaksbeskrivelse kan vises i rapportbildet er flott. Det gir oversikt rundt pasientens problemer. Hvem er journalansvarlige. Det er lege og avdelingssykepleier. Dette må være en feil i rettighetsstrukturen at bare de kan endre og ingen andre. Alle primærkontaktene burde også ha mulighet til å endre uten å avslutte.
Hovedutfordringen er at EPJ ikke støtter elektronisk pleieplan. Dette samsvarer med empiri fra respondentene A, B og informantene C og G. Det blir svært tungvint å bruke pleieplan slik at man unngår dette i mest mulig grad. Konsekvensen sees som " buksestrikk belteløsning" som nevnt av informant C ovenfor iform av pleiekort. Faren for tap av viktig data og usammenhengende rapportering er også stor.

5.3.3 Funn i brukermodulen ved stille rapport og elektronisk pasientjournal

Først noen relevante spørsmål til leverandøren:

Hvorfor gjorde Visma som leverandør større endringer uten testing? Hvorfor blir ikke pleierne hørt ved ønsker om endringer i e-pleieplanen? Hvorfor blir ikke superbrukerne som talspersoner for systemet på avdelingsnivå, tatt med på råd og diskusjoner om forbedringer i systemet? Dette vet bare leverandøren svaret på.

Informant G sier om dette: *"Fagutvalget for Visma Omsorg Profil består av representanter fra ulike kommuner. Medlemmene blir valgt inn i fagutvalget for en fireårsperiode. På hvert Brukerforum for fagsystemer (som avholdes annet hvert år) stilles to plasser til valg, noe som innebærer en overlapping for å unngå at hele fagutvalget byttes ut hver gang. Det vil si at du på neste Brukerforum kan være med å stemme inn to nye representanter til Fagutvalget.*

Hvordan Visma jobber i forhold til Prioriteringer, kjenner jeg lite til. Vi kommer kun med innspill, og slik jeg har forstått det tar det tid å gjøre endringer i ett allerede eksisterende program, spesielt når endringene er store".

Dynamikken i tilbakemeldinger ser tungvint ut. Den går fra sluttbrukernivå til IKT-konsulent i kommunen til faggruppen. Tilslutt havner den hos produktansvarlig for Profil. Etter noen møter hos leverandør skal krav meldes til systemutvikler som gjør endringene i selve brukermodulen.

Kan denne strukturen imøtekomme detaljerte krav på sluttbrukernivå? I følge intervjuobjektene er alle enstemmig på at oppdateringer tar tid. Sannsynligvis er denne strukturen lite produktiv og bør selvsagt evalueres av leverandør.

Det tar også tid når endringene er store. Det er forståelig når man har med standardsystemer å gjøre (Jfr. 4.1.2; teknologiske rammer).

5.4 Strukturerte funn rundt den elektroniske pasientjournalen

- kan ikke skrive-, rette opp -, og evaluere tiltak fortløpende.
    - kan ikke skrive individuelt i tiltakene
    - Man må avslutte et tiltak, hver gang man endrer tiltaksbeskrivelse.
        - *Ved å gjøre justeringer på tiltaksbeskrivelsen mister man all rapporteringen som er utført på det aktuelle tiltaket.*

        - Eks: Dersom man ved sårstell kun skal endre prosedyren, må man avslutte hele tiltaket og alt som er gjort av rapporteringer.

    - Standardtekster i tiltaksfeltet er ikke nyttig.
    - Mangel på tiltakskoder
    - Det kan bare opprettes ett tiltak pr tiltakskode
        - *Dette kan i noen tilfeller bli faglig uforsvarlig. Feks hvis pasienten har flere sår med ulike tiltak.*
        - *Det hadde vært meget hensiktsmessig på samme måte å kunne vise sammenfatningen når man står i tiltaksbildet.*
        - *Da begynner vi å nærme oss en visualisering av sykepleieprosessen gjennom dokumentasjonsprosessen i Profil*
    - ***Positivt***: mulig å vise tiltaksbeskrivelsen når man er i rapportbildet.
- Dokumentasjonen blir veldig sporadisk.
- Sykepleieprosessen lite synlig.
- Journalansvarlig har rettighetene til å kunne endre uten å måtte avslutte:
    - vil bli en alt for omfattende jobb, da dette handler om daglige endringer på mange brukere".

5.4.1 Konsekvenser

C: sier videre: "*Kontinuiteten av pleien faller igjennom hvis en er en stund borte.*

Konsekvensene sees under:

- Ikke et "eget system "på å skrive en pleieplan.
    - Et kjempestort svart hull hvor vi har gått tilbake to steg.

- Begynt å skrive gode gammeldagse pleiekort på pasientene våre.
    - et klassisk eksempel på "buksestrikk-belteløsning"
- den elektroniske pleieplanen har medført en del uønskede endrede rutiner som

    1. Pleiekortet lagres i mapper.
    2. må lagre romnummer på en vanlig datamaskin uten navn, slik at primærpleier kan gå inn og skrive endringer.
    3. Skriver ut nytt skjema
    4. legge skjemaet inn i mappen igjen. Fordi vikarer og de som ikke er her til daglig.

Denne ”buksestrikk-belteløsningen” er laget som en erstatning for et system som ikke fungerer.

C sier videre: *”Man mister informasjon pga systemer er som det er. En får dobbelt arbeid”*.
G tilføyer: *”Siden pasient har behov som stadig endres, blir dette en meget tungvint jobb for oss”.*
Informantene C og G opplever den elektroniske pasientjournalen besværlig i bruk.

5.4.1.1 E-pleieplan kan virke uoversiktlig

I tillegg til øvrige utfordringer kan systemet fort virke stort og uoversiktlig.

C kommenterer:

C: ” I *utgangspunktet kan hvem som helst av personalet gå inn og legge til nye kriterier på pasienten. Selv om det er forutbestemt av en administrator, legge i og til under hver pasient, blir det fort veldig mange undergrupper. Så vet ikke folk helt hvor de skal skrive. Det blir veldig vanskelig for oss å finne frem adekvat dokumentasjon. Det blir for stort og uoversiktlig.*
Hvis man da i tillegg ikke prioriterer, bruker man mye tid på å finne dokumentasjon vi må lete frem når behovet melder seg”.

Respondent får frem noen viktige poenger. Strukturen i Profil gir for mange valg slik at man roter seg vekk i kategorier. Dette gir nedsatt brukervennlighet og bør rettes opp av systemleverandør. Når det ikke på forhånd er enighet om hva man skal dokumentere på og ikke engang prioriterer, blir dette oppfattet som en svikt i struktur for dokumentasjonen. Dette er et godt eksempel på at Profil ikke støtter datainnsamlingen strukturert nok. Mangler og feil i rapporteringen kan oppstå, fordi dokumentasjon ikke blir gjenfunnet. En konsekvens av dette går utover pasientens direkte pasientrettede arbeid. Kontinuiteten av pleien kan svikte.

For å få en bedret oversikt, ønsket de mindre kategorier å velge mellom i den elektroniske pleieplanen.

C: ” *Vi syntes vi hadde mer enn nok egentlig. Vi ønsket en forenkling slik at det ble lettere å få en sammenheng i rapporteringen. Også ønsket vi en mer systematisk funksjon iforhold til bl.a avviksrapporter, og journalnotater. Så følte vi at vi hadde behov for på en eller annen måte å skrive noe om miljøet på avdelingen. Noe som er spesielt viktig for oss som har rene demensavdelinger. Vi har fått ny kategori- styre adferd. Denne kan brukes for vanskelig adferd hos pasienten.”*

Avdelingen som nevnt tidligere hadde mer enn nok av områder slik at det ble uoversiktelig. De ønsket tvert om en forenkling for å lette oversikten i rapporteringen. På ønskelisten var også ny funksjon for avviksrapportering og journalnotater. Deretter et område for beskrivelse av miljøet for gruppen av pasienter med demens. De har fått en ny kategori: styre adferd, hvor de kan rapportere om endringer i adferd.

5.5 Krav til oppfølging av stille rapport

En svært viktig del av stille rapport og kontinuitet på dagligdags rapportering er rutiner og prosedyrer på skrivingen, og mestring av brukermodulen.

A: ” *Når det gjelder skriveprosedyrer, lagde jeg en ”smørbrødliste” på hvordan man går inn og leser og hvordan en går inn og skriver rapporter. Alt som vi måtte gjøre i profil har vi skrevet ”smørbrødlister” på hvordan de går inn.*
På journalnotat og referat fra pårørendesamtale. Vi hadde kartleggingsskjema men det var ikke tatt med i det nye hvor vi skriver en enkel pleieplan. Brukermanual må skrives pånytt igjen. Jeg har laget detaljert klikk her og de. Vi lærer hverandre opp en til en. Dette er helt nødvendig og det går fint”.

Ifølge informant C: *” har kartleggingsskjema kommet på plass igjen... ”*

Respondent har laget en ”smørbrødliste” på hvordan man går inn og leser, og hvordan skrive rapporter. Alt i Profil har de laget detaljerte brukermanualer på. Også fra journalnotat og referat fra pårørende samtale. I den gamle versjonen hadde de kartleggingsskjema over pasienten som ikke var med i den nye versjonen hvor de skriver en enkel pleieplan. Respondent må lage en ny detaljert brukermanual. De har opplæring en til en.

Denne form for opplæring er effektiv og viser progresjon for avdelingen og tar hensyn til hver enkelt sluttbruker. Spørsmålet er heller om den detaljerte brukermanualen skal gjøres av leverandør med veiledning av personalet? Da er det nødvendig at en person fristilles fra leverandør i arbeid med dette. Da ville tid til andre gjøremål en skriving, blitt frigitt ”viktigere” gjøremål rundt pasientene! Oppgaven er nå overlatt som en del av kliniske sykepleiers administrative oppgave.
Hva som ikke kommer frem, er at opplæringen på selve bruker modulen og hvordan utnytte systemet fullt ut ikke har vært tema foreløpig. Det er tatt opp men ikke fulgt opp i praksis.

Ifølge informant C: *” Vi har ikke fått opplæring på brukermodulen i Profil. Jeg tror ikke vi får det heller....”*

I tillegg til å anvende systemet i sitt daglige arbeid, vil adekvat opplæring for mulighetene i et system være vesentlig også for fremtidig bruk (Åsheim 2006).

5.6 Oppsummering av funnene i brukermodulen Profil med stille rapport

Samlet sett med funnene ovenfor, kommer det frem så store svakheter ved systemet Profil, at det heller blir en belastning en støtte for pleierne. Sammenfattet innebærer svakhetene:

- tap av informasjon
- ikke egnet som kommunikasjonsverktøy
- uoversiktelig struktur
- Svikt i elektronisk pleieplan som er svært alvorlig.
- Påtvungede uønskede rutiner
- Brudd på taushetsplikten
- Etisk kompetanse fra leverandør?
    - Treghet på å utbedre vesentlige mangler/utbedringer
    - Gir ingen tilbakemeldinger underveis i prosessen
    - Hvem gir melding om behov og hvordan blir de vurdert?
    - Liten dynamikk i tilbakemeldinger fra leverandør.
        - De bestemmer stort sett det meste
    - Hvordan er deres verdisyn i møte med sluttbrukere og pasienter?
        - tilbakemeldinger og oppfølging viser dette
- Kvalitetskriteriene er ikke innfridd (jfr. 2.3.2 - 2.5.3)

Som det belyses ovenfor, kan systemet fort virke uoversiktelig. Det er blant annet for mange kategorier under planområde (jfr. Figur 2) å velge mellom. Helsepersonellet ønsket forenkling, slik at det ble lettere å få en sammenheng i rapporteringen. Dette er ikke endret fra leverandør

En ulempe er at hvem som helst kan legge kriterier på pasient. Det blir fort veldig mange undergrupper. Når man ikke prioriterer heller vil det bli vanskelig å finne frem til nødvendige data.. Å skrive noe på miljø i avdelingen, er heller ikke konfigurert som egen kategori i brukermodulen.

At det er brudd på taushetsplikten kommer også frem av evalueringen (jfr. 6.2.2.2). Dette har ikke med Profil å gjøre teknisk men mer som effekt av stille rapport.

5.6.1 Stille rapport og konsekvenser

Videre har stille rapport fått konsekvenser iform av:

- Endring i rutiner iform av ny detaljert brukermanual.
- Mer administrativt arbeid på klinisk sykepleier.
- En til en opplæring har vært en nøkkelfaktor for å få med alle pleierne stille rapport og bruk av elektronisk pleieplan.

Opplæring i brukermodulen er desverre ikke tema. Kartleggingsskjema av pasient er fjernet i nye versjonen men kommet på plass igjen.

5.7 Drøfting av teori med sosial konstruksjon på stille rapport - SCOT

SCOT har en del begreper for å forstå bakgrunnen for hvordan stille rapport har blitt implementert på sykehjemmet (jfr. 3.3). Jeg vil begrense begrepene til å gjelde sosial gruppe, teknologiske rammer og stabilisering og lukning. Teknologisk ramme er et teoretisk rammeverk for å se hvordan sosial gruppe har vært med å påvirke stille rapport (jfr. 3.3.5).

Mitt formål er å se hva slags utfordringer den sosiale gruppen har iforhold til verktøyet Profil. Jeg vil ha fokus på standardsystemer.

5.7.1 Type aktører

Det er enkelt å se hvem som er den sosiale setting i min kontekst. Det er gruppen helsefagarbeidere som leverer sykepleietjenester og drifter pasientgruppen til daglig. Man kan velge å se den som en sosialgruppe. Men en homogen sosial gruppe er den ikke. Denne gruppen består av lege, sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Sammen står de for den daglige ”egenomsorgen” for pasientgruppen. Jeg sier egenomsorgen fordi senil demente er totalt avhengig av helsepersonell for å kunne mestre de dagligdagse aktiviteter.

5.7.2 Sosial gruppe

SCOT sitt utgangspunkt er at ” .... *en teknologi er hva den er i forhold til et bestemt gruppe mennesker*....(STS: 46). *” Hovedkravet er at en gitt sosial gruppe deler samme sett av meninger om et spesielt artefakt”*(Ibid: 46). I mitt perspektiv deler den sosiale gruppen det samme verktøyet på avdelingen og det vil være rimelig å anta at de også har samme mening om artefaktet. SCOT’s syn er med andre ord hvordan og hvorfor den sosiale gruppen er med på å forme artefaktet Profil gjennom stille rapport.

Med dette synet og utfordringene rundt artefaktet og stille rapport, vil jeg gå videre til teknologiske rammer.

5.7.3 Teknologiske rammer

Jeg har gjennom mine intervjuer gradvis fått en oversikt for bakgrunnen ved stille rapport gjennom snøballteknikken. Jeg har spurt noen aktører for deretter å bli anbefalt andre igjen. Jeg vil begrense denne historien til skillet mellom muntlig og stille rapport. Da vil jeg komme tilbake til våren 2007 hvor de startet innføringen og implementeringen nesten samtidig. Opprinnelig startet prosjektet stille rapport allerede høsten 2006. Ny måte å rapportere på var et behov både for pleierne og brukergruppen. Formålet var en mer effektiv rapportering (jfr.4.1.1). Et av målene var samtidig å få ro i vaktskiftet iforhold til brukergruppen.

Kort fortalt startet avdelingen stille rapport uten å være særlig godt forberedt. Tiden var moden og frustrasjonen rundt den tradisjonelle muntlige rapporteringen stor.

A sier: ” ....

”Det var veldig dårlig skriftlig kommunikasjon. Det samme ble skrevet dag ut og dag inn… ”

Respondent B var enig i dette og *” .... syntes rapportene var lite effektivt*”.

De hadde vært på foredrag om stille rapport og ble tent på ideen. I lys av dette gikk respondent A til avdelingssykepleier og *” ..... sa vi måtte starte stille rapport ”.*

Dermed startet de prosessen. Siden de var en gruppe som arbeidet med ” kommunens kvalitets program, ble de rådet til å drive stille rapport som eget prosjekt”. Dermed var prosjektet om innføring av nytt rapporteringssystem, stille rapport, i gang.

De skrev opp kortsiktige mål og langsiktige mål (jfr. 2). De kortsiktige ble realisert i prosjektperioden og de langsiktig skulle realiseres i et 3 til 5 års perspektiv. Samtidig skulle helsepersonellet lære seg bruk av data og overføre dette til dokumentasjonssystemet Profil. Med andre ord var dette en bratt læringskurve. Avdelingens mål med prosjektet var mangesidig. Målene kunne inndeles i tre hovedkategorier: krav til økt kvalitet på dokumentasjon, ro i miljøet rundt vaktskiftene og innarbeide en kultur for endring og læring.

For å lære stille rapport måtte gruppens aktører selv gjøre endringer. Her ligger utfordringene i stille rapport. Hvis man ikke gjør endringer med personalet mot Profil, vil man heller ikke oppnå effektene ved stille rapport heller. Derfor var det viktig å synliggjøre mål og handling gjennom skriftlig dokumentasjon. Nå vil jeg vise hvordan sosial konstruksjon på stille rapport ble utført ved avdelingen

Stille rapport ble gjennomført på basis av totale endringer av rutiner i den sosiale gruppen. Dette ble gjort på følgende måte. Samtlige aktører skulle skrive på datamaskin. Man skulle heller ikke snakke i rapportene da all informasjon om pasientene kunne leses fra rapportene og tiltakene. De måtte finne ut hvor lang tid de måtte anvende på stille rapport. Rundt regnet i følge Respondent B *"... går det med en time hver dag til konseptet...."*. Hvis de har spørsmål kan de spørre overlappende vakt om dette. Det vesentlige å få til i stille rapport var ro rundt lesingen, tid til lesing og skriving og skrive relevant mot problemområde.

Konsekvensene sosialt sett, ble særlig synlige for nattevaktene. De mistet etter hvert all kontakt med dagpersonalet som de sosialiserte seg med. Som respondent B sier; *" var rapportene på dag og kveld for det meste sosialt samvær"*.

Siden innføringen av stille rapport skjedde som et Big Bang (Bygstad et al 2005), fikk man også reksjoner. Respondent A sier *" jeg fikk særlig sterke reaksjoner fra en nattevakt. Det skjønner jeg da innføringen var helt på kanten....."* . De hadde bestemt seg for å innføre dette selv om det kostet krefter og tid for hver enkelt. Det må nevnes at lege også måtte gjennom svære endringer av rutiner. Legen begynte å skrive inn medisinene selv, noe som ikke var gjort tidligere.

Når man lærte seg stille rapport ble man med en gang kjent med artefaktets styrker og svakheter. Før de kom så langt måtte de lære Profil å kjenne med hvordan finne frem i applikasjonene.

Leverandør av systemet hadde laget sin egen brukermanual men ble forkastet da den ble for generell. Respondent A sier *"....jeg laget en smørbrødliste på hva de skulle gjøre med detaljerte klikk her og der...."* Ikke nok med det. De laget også sjekklister med signering for hva hver enkelt aktør hadde vært igjennom. Dette for å vise en oversikt over progresjonen og

samtidig en dokumentasjon på at samtlige aktører har vært med på innføringen. Det må sies at det ikke har vært tidspress på innføringen.

Når de kommer så tett på Profil og bruker systemet aktivt som stille rapport gjør, er det klart man gjør seg godt kjent med systemet. En vil fort merke om systemet er passende for virksomheten eller ikke. Enhver aktør vil på en eller annen måte få testet ut systemet og ha en mening om dette. Ovenfor ble det nevnt styrker og svakheter med selve systemet Profil. Det kom etter hvert bedre frem når brukerne ble kjent med systemets virkemåte.

I det neste vil jeg forklare noen av bakgrunnen til hvorfor Profil kan medføre diskusjoner og irritabilitet i den sosiale gruppen.

5.7.4 Standardiseringsspøkelset

Det må nevnes at Profil er et standardisert system (jfr. 1.2) som ikke er tilpasset adekvate forhold hos avdelingen men kan bli tilpasset med påvirkning fra den sosiale gruppen. Om systemet tilpasses helsearbeiderne er faktisk den ansvarlige for innkjøp som i stor grad bestemmer. Dette vil jeg gi en nærmere redegjørelse for.

I systemenes verden skiller man mellom de hardt standardiserte og de standardiserte systemene (Andersen 1998). Når det gjelder de hardt standardiserte er det ikke meningen man skal endre noen ting i systemet. Ved vanlig standardiserte kan man ha en mening med innføringen av systemet. Ifølge Andersen (1998) skiller man mellom tre typer standard-systemer:

1. hardkodet
2. tabellstyrt
3. programmerbart

De trenger nærmere forklaring. Standardsystemet som er hardkodet er meningen ikke skal endres i det hele tatt. Det kan være operativsystemet eller plattformen applikasjonene er bundet til. Tabellstyrt vil si at man kan gå inn og styre skjermbilde, lyd, fargebetoning etc. ved hjelp av parametere. Da er systemets begrensing parameterstyrt.

Tilslutt kan man velge om man vil ha en tilpasning hvor man selv kan gå inn og programmere enkeltdeler. Relatert til avdelingen, bør systemet ha en tilpasningsintensjon eller tilpassningsmåte. Tilpasningsintensjon vil si i hvilken grad utvikleren har ment at standardsystemet skal tilpasses den enkelte brukeren. Og tilpasningsmåte vil si, på hvilken

måte tilpasninger kan skje (Ibid:303). Har man dette for øye er sjansen for en vellykket standardisering størst. Hvorfor velger man så standardsystemer?

5.7.4.1 Standardsystemets fordeler og ulemper

Standardsystemer blir innført med tanke på å spare kostnader. Dette fordi man skiller mellom egenutvikling og standardisering av systemer. Ifølge Andersen (1998) vil det ikke være lønnsomt for et sykehjem og ansette systemutvikler for å ivareta sluttbrukerens behov. Det rimeligste alternativet blir da standardisert system. Det ligger i standardsystemets natur at man ikke kan få alt. Derfor er det deler man ikke trenger og deler man selv kan utvikle til en viss grad. Standard systemet gir en rekke fordeler og ulemper. De viktigste fordelene er:

- det er billigere
- virksomheten får et sikrere kostnadsanslag
- slipper egen stab av systemutviklere
- det er raskere å komme i gang
- det er lettere å vite hva man får
- det kan være høyere kvalitet på systemet (Ibid).

Det har også en del ulemper. De viktigste er:

- standardsystemet dekker bare en del av virksomhetens behov
- det er vanskelig å gjøre tilpasninger
- virksomheten må kanskje tilpasses standardsystemet
- virksomheten blir avhengig av standardsystemleverandøren
- det kan bli uklare ansvarsforhold når man kjøper utstyr og programmer fra forskjellige leverandører
- standardsystemet kan skape driftsproblemers (Ibid).

Ifølge Andersen (1998) bør en virksomhet velge et standardsystem som dekker alle behovene virksomheten har. Da er valget enkelt. I virkelighetens verden får man sjeldent standardsystem som dekker alle behov. De aktuelle standardsystemene løser bare en del av virksomhetens problemer.

Hva som sies, er at allerede ved kjøp av et standardisert dokumentasjonssystem som Profil er, tilsynelatende tilpasset pleie og omsorg, trenger ikke alt fungere innad i systemet like godt.

Når dette er sagt, vil jeg komme videre inn på hva den sosiale gruppen sliter med i Profil.

De har etter beste evne forsøkt å få en tilpasning til brukergruppen gjennom en del tilbakemeldinger til leverandør. Ifølge informant C *" ..tar det år og dag...."* før man i det hele tatt hører noe fra leverandøren. Problemområdet for profil var tung i prosjektperioden og er delvis dette fortsatt. Man lager hele tiden nye versjoner og tilsynelatende forbedringer men få forbedringer spesifikt mot den sosiale gruppens elektroniske pleieplan.

Den elektroniske pleieplanen fungerte før oppgradering av ny versjon 20.10.2009. Etter dette har pleieplanskrivingen ligget nede. Den sosiale gruppen har brukt mye tid og ressurser på dette. Som respondent A sier: *" Nå sitter vi bar på gjerdet og venter. Vi vet ikke helt hvordan vi skal forholde oss til den nye enda.... Nå bare rapporterer vi."*. Hva er det i den elektroniske pleieplanen som ikke fungerer? Ifølge respondent C *" .... får man ikke verken skrevet ny rapport eller evaluert. Hvis vi skal gjøre dette må vi slette gamle faner og det går tapt mye informasjon... "*

Paradokset er at stille rapport fungerer i følge intervjuobjektene A-G. Intervjuobjektene A-D synes ikke Profil fungerer som et tilfredsstillende dokumentasjonssystem (jfr. 6.2.2.2). Ifølge teori på SCOT kan de ikke uten videre se teknologien isolert for seg selv (jfr. 3.4: punkt 2). Dette fordi stille rapport og Profil er sømløst knyttet sammen (Jfr. 3.4: punkt4)

Da vil stille rapport knyttet til Profil ikke fungere etter intensjonene. Fordi teknologien ikke er godkjent, eller stabilisert seg, før den sosiale gruppen har akseptert teknologien (Jfr. 3.3.1).

5.7.5 Stille rapport på SCOT i et samfunnsperspektiv

I denne delen vil jeg belyse hvordan stille rapports innhold blir påvirket gjennom samfunnets normer.

IKT er et satsningsområde og alle innenfor pleie- og omsorgssektoren bør legge om til EPJ for å møte fremtidens krav om et bedre samkjørt helsevesen (Helsedirektoratet, Samspill 2.0, 2008-2013). I dette strategidokumentet ligger sterke politiske føringer om at IKT skal bidra til å løse helsevesenets oppgaver fra administrasjon til pasient på en mer samkjørt og

effektiv måte. Disse føringene er helt klart med på å påvirke hva institusjonene bør gjøre med teknologi inn i fremtiden.

Med dette perspektivet blir en investering på teknologien et svar på fremtidens løsninger innenfor mange av helsevesenets ”plager”. Teknologien er død i seg selv. De eneste som kan gjøre noe med teknologien er aktørene som påvirker teknologien i den ønskede retningen på mikro og makro nivå (KITH 2008). Politikerne er med på å sette verdier og prioriteringer for hva man skal bruke penger til. Vil investeringer av teknologien gi seg utslag på lengre sikt og hvor mye koster dette? Dette er spørsmålet politikerne vil ha svar på i forkant før man investerer. Skal man ha effekter ut av teknologien eller EPJ må den planlegges. Stille rapport er en måte å utnytte EPJ på til fulle og resultatene kommer iform av kvalitet og økt nøyaktighet på dokumentasjonen (jfr. 2.5). En annen faktor er økonomi. Dette er i høy grad med på å påvirke innkjøp av standardsystemer.

I informatikkens verden skiller man gjerne mellom egenutvikling og standardisering. Egenutvikling har høy status, krever mye ressurser og er dyrt. Standardiserte programmer derimot er økonomisk besparende for kommunen og er raskere i drift (Andersen 1998).

Nettopp for å spare penger kjøper kommunen standardiserte systemer som skal fange opp et visst antall oppgaver organisasjonen skal løse. Dilemmaet er at man kun får det man betaler for og konsekvensene kan bli fort dyrere enn først antatt (Ibid).

Når standardsystemet er kjøpt og settes i gang på avdelingssnivå med aktiv bruk som stille rapport er, vil fort mangler og feil ved systemet dukke opp. Til syvende og sist må pleierne påvirke dette tilbake og få til en systemutvikling fra deres ståsted med hjelp til tilpasning og nødvendig bruk.

Samtidig er det ikke bra for kommunens side å plassere et system som kanskje ikke fungere optimalt og som er til mer bry enn gagn. Hvem er dette godt for?

5.7.5.1 Helsevesenets logikker

Torjesen (2008) tar til ordet for at helsevesenet består av 3 logikker eller dilemmaer om man vil. Den øverste premissleverandøren som styrer helsevesenet er politikken. Politikerne setter rammer og krav for hva som skal prioriteres og ikke prioriteres. Dernest kommer den økonomiske logikken som setter rammene for politikernes prioriteringer. På tredje og siste nivå kommer helsepersonell som må finne seg i politikernes avgjørelser politisk og økonomisk. Når man kommer til siste nivå er bestemmelsene allerede gjort og man må finne seg i hva som blir tilbudt av teknologi.

Politikkens logikk og de økonomiske rammene bestemt av folkevalgte gjør at systemene som velges er lite egnet. Pleierne og pasientene fortjener systemer som er raske, effektive, med gode brukergrensesnitt osv. Alle faktorene som nevnt, koster penger.

Så langt sies det hva som påvirker de ytre rammene og konsekvens for kvalitet og innhold av artefaktet. Det er økonomien som styrer de trange budsjettene og valg av standardsystemer blir enkelt (jfr. 3.3.5).

5.7.5.2 Artefaktets indre struktur

Hva gjelder artefaktets direkte struktur kan man stille spørsmålet; Hva styrer selve innholdets struktur i brukermodulen? Det er laget nasjonal kravspesifikasjon for alle dokumentasjonssystemer også gjeldende for pleie- og omsorg (Bach 2003). Denne tar høyde for at dokumentasjonssystemet skal innholde en erstatning for sykepleieprosessen (jfr. Tabell 1), nedfelt i den elektroniske pleieplanen. Utfra dette ståstedet har utvikler et krav å forholde seg til hva gjelder det teknologiske. Og det er svært relevant for å arbeide pasientrettet og oversiktelig (Heggdal 2006).

Det sies ingenting om hvordan teknologien skal håndteres av leverandør i samarbeid med den sosiale gruppen.

Gjennom SCOT utfordrer den sosiale gruppen systemet Profil, og er med på å gi støtet til endringer i programmet. Hvorfor det tar lang tid å endre elektronisk pleieplan til aktørenes beste kan være sammensatt.. Det kan være standardsystemet som teknologi som kan være vanskelig å endre som (jfr. 3.3.5). Det kan også være mangel på kommunikasjon mellom sosialgruppe og leverandør.

Informant G sier:” *Det er Visma som bestemmer og tar initiativet til oppgraderinger hos oss. Da får jeg beskjed om oppgraderinger.* Så *når nye versjoner kommer, har vi ingen innvirkning på den, og systemet er også avhengig av å ha den siste versjonen til enhver tid. Visma har sitt eget fagteam, med representanter fra ulike kommuner, som kommer med innspill til forbedringer i programmet. Vår kommune er ikke med i det fagutvalget.*”

Utfra dette kan man spørre seg hvorfor kommunen ikke har noen representant? Det burde være svært viktig sett i lys av pasientgruppen og den sosiale gruppens tilpassede bruk av elektronisk pleieplan. Med en representant ville fått større direkte innflytelse på systemets struktur og kravspesifikasjon.

De er alikevel ikke helt på sidelinjen for å påvirke systemet.

Informant G sier videre: *" Samarbeidet mitt i forhold til Visma og de ansatte ute på avdelingene baserer seg på tilbakemeldingene jeg får fra de ansatte".*

Det kan tyde på at de får mange oppdateringer standardisert som noen kommuner har bruk for og andre ikke. Tydeligvis jobbes det aktivt mellom aktørene i den sosiale gruppen og hele tiden en evaluering på hva som fungerer i brukermodulen. Det interessante er egentlig hvor alvorlig Visma tar en tilbakemelding fra den sosiale gruppen?

På en side kan det virke som om Visma prioriterer de store tingene eller strukturene, og ikke de små som har med den praktiske hverdagen til pasientgruppen å gjøre.

Informant G sier: *" I versjon 6.60 var de største endringene IPLOS....."*
Det er sikkert på sin plass å arbeide med disse variablene også. Hvorfor ikke prioritere de ønskede endringene i forhold til den elektroniske pasientjournalen nok en gang? Ingen endring har skjedd i elektronisk pasientjournal for den sosiale gruppen. Det er bare Visma som vet når det skjer og kan gjøre noe med det.

Hvis det ikke skjer endringer i systemet, vil den sosiale gruppen tilpasse seg systemet, noe som ikke er hensikten i det lange løp. Profil er et verktøy som skal støtte helsearbeiderne og ikke lage tungvinte løsninger som skaper frustrasjon og oppgitthet blant aktørene. Ut av dette vil den sosiale gruppens rapportering i systemet bli mindre hensiktsmessig og usammenhengende.

Konklusjonen er at den sosiale gruppen oppfatter brukermodulen i Profil som ustabil (jfr. 3.3.1; 3.3.3). Da vil spørsmålet om stabilisering og lukning gjøre seg gjeldende.

5.8 Stabilisering og lukning

Hvis den sosiale gruppen fortsatt diskuterer brukermodulen som de gjør, er det ingen lukning av teknologien (jfr. 3.3.3). Ovenfor nevnes at den er ustabil med rette. Den sosiale gruppen har nå sittet og ventet på en løsning i et halvt år og ingenting skjer. Et paradoks er at de selv ikke kan gjøre noe med dette. Dette er et tankekors og et tilbakeskritt for formålet med dokumentasjonen. Standardsystemer er et tilbakskritt for sykepleierstanden hva gjelder kontroll på dokumentasjonen. Dette er en sterk påstand og kan begrunnes nærmere.

Da sykepleierne på 70-tallet hadde kardex var denne anvendelig på mange måter. Man gikk fra rom til rom med den. Man kunne ha den under armen og arbeide med egne pleieplanark knyttet til denne (Sandvand & Vabo 2007). Videre kunne man når som helst uavhengig av andre (teknologer) endre på tiltak, skrive målsettinger og evaluere, avslutte tiltak og lage nye. Nevnt over sies også at EPJ har blitt en erstatning for kardex (Vikkelsø 2005). Hva har skjedd med kardexen da?

Dette er hva som har skjedd. Den har forsvunnet inn i teknologiens sammensatte verden hvor sykepleierne har mistet råderetten over sin kjerneoppgave. Den har spasert gjennom korridoren fra vaktrommet og blitt elektronifisert, og gjemt vekk i noen kravspesifikasjoner (Bach 2003). Det store paradigmeskiftet som skjedde med elektronifiseringen av pleieplanen, gradvis fra 80-, 90- og 2000-tallet (jfr. 3.1), var at sykepleierne fikk en *fjerde logikk* tredd nedover hodet og en økende implementering av standardsystemer (Andersen 1998). Hvordan standardsystemets ”herjinger” med daglige krav for oppgaveløsninger, er nevnt ovenfor under teknologiske rammer.

I kjølvannet av dette skjedde en fremmedgjørelse rundt pasientdokumentasjonen hvor den elektroniske pleieplanen ble mindre pasientnær enn Kardexen (Vikkelsø 2005).

Som en konklusjon på dette, vil Profil i større eller mindre grad over tid lukke seg avhengig av den sosiale gruppens diskusjoner rundt artefaktet. Samtidig kan det også diskuteres om teknologiens leverandører burde lære seg en etikk rundt kjerneoppgaver for sykepleien og vise litt mer respekt for sykepleiers arbeide mot den meget sårbare pasientgruppen som senil demente er, eller andre pasientgrupper for denne saks skyld.

Jeg vil slå et slag for egenutvikling hva gjelder EPJ generelt fordi denne vil øke sjansen for stabilisering av artefaktet over tid (Andersen 1998). I teknologiens verden har også egenutvikling høyere status enn utvikling av standardsystemer (Ibid). Den vil sikkert komme seinere i gang og koste dobbelt så mye (Ibid).

Hvorfor fortjener ikke pasientene det beste av teknologi som fungerer for den spesielle sosiale gruppen? Dette vil være viktig i årene fremover å forsøke å overbevise de rette instansene, om at standardsystemer bør tones ned fremfor egenutvikling. På bakgrunn av dette blir det viktig å få frem en tenkning basert på verdier i form av kvalitet på innhold, fremfor verdien basert på kvantitet iform av kroner og øre.

6 Oppsummering av resultatene

I denne delen presenteres funn i 3 deler; skriveprosessen, dokumentasjonsprosessen og Profil, fordi delene i stille rapport er gjensidig avhengige (jfr. 3.4; punkt 4)

Jeg presenter først funn i forhold til tidligere undersøkelser på området. Dette er med på å gi perspektiv på mine funn. Hovedfunn blir funn i forhold til min problemstilling (jfr. 2.7)

6.1 Resultatene i forhold til tidligere undersøkelser som er gjort

- Bedre kvalitet på dokumentasjonen, nedsatt overtid, ro i avdelingen (Prosjektrapport 2008, Solvang 2005).
- Økt individualisering av pleien, fokus på skriftlig dokumentasjon. Dokumentasjonen mer transparent (Vikkelsø 2005).
- Endrede rutiner for helsepersonale (Ruland 2000).
    - Kan være både positivt og en ulempe
    - Økt kvalitet rundt direkte pleie
- Enklere å følge opp rapporteringen/pleieplanskrivingen for helsearbeiderne pga EPJ og struktur (Vikkelsø 2005, Ruland 2000)
- Viktig at e-pleieplan støtter direkte sykepleiearbeid (Ruland 2000).

6.2 Hovedfunn - Stille rapport og skriveprosessen

- Mange skrivefeil – rettskrivning
- Valg av feil ord og utrykk
    - skjønnhetsfeil
    - språkfeil
- Bruker blanding av medisinske ord og utrykk og norsk
    - gir alle helsefagarbeiderne forståelse samt god faglig spissing av dokumentasjonen
- Lite fokus på rettskrivning
    - bør taes opp som eget tema
    - kan få konsekvenser for liv og helse

- Feil oppbygning av setninger slik at forståelsen vrenges.
  - Eksempel på feil språk i forhold til ordinasjon av medisiner. Dette er svært alvorlig.
- Kvalitet på lesbarhet og forståelse varierer.

  presentasjonsform som:
  - manipulering av tekst via fonter,
  - prioritere rapport,
  - skrive et journalnotat,
  - skrive avviksmelding.
- Fokusert mye på å skrive riktig rapport. Som oftest ingen mangler i rapporten.
- Lett å forstå hva legen skriver.
- Faglig bedre å lese.
- *Andre virkemidler:*

Andre effekter: mindre prat enn før, mindre faglige diskusjoner; erstattes med uformelt morgenmøte.

Sitat fra ekspert på helse: *" errors in communication give rise to substantial clinical morbidity and mortality* (Riesenberg et al 2010.)*"*.

6.2.1 Noen anbefalinger

Et kritisk blikk på skrivingen er en kontinuerlig prosess som en del av endringskulturen; hvorfor, hva og hvordan skriver man? Dette jobbes det med, men kan aldri stoppe opp. Eksterne forelesere. Se på vanlige skrivemønsterfeil. Opprette skrivegrupper med fokus på formidling av tekst. Et ansvar på ledernivå.

6.2.2 Nye og gamle funn. Svar på forskningsspørsmål

6.2.2.1 Funn på prosjektrapport

I prosjektperioden 2007 - 2008 var disse manglene i Profil (Prosjektrapport 2008):

- Den er tungt tilgjengelig som arbeidsredskap
- Er til hinder for lett og praktisk kommunikasjon

- Det er ikke et eget område for å definere problem/behov og det er heller ikke et eget område for mental status på hver pasient

- Det er altfor generelle og sammenslåtte behovsområder i starten av pleieplanen
- Det er også umulig å ta utskrift av samlet pleieplan eller samlede tiltak

- Det er umulig å vise evaluering av tiltak på en samla plan

- Det er umulig å få oversikt over helhetlig pleieplan (Prosjektrapport 2008).

6.2.2.2 Empiriske funn på Profil

- Tap av informasjon
- Uoversiktelig struktur
- <u>Svikt i elektronisk pleieplan som er svært alvorlig</u>
- <u>Påtvungede uønskede rutiner</u>
- <u>Brudd på taushetsplikten</u>
- Etisk kompetanse fra leverandør?
    - Treghet på å utbedre vesentlige mangler/utbedringer
    - Gir ingen tilbakemeldinger underveis i prosessen
    - Hvem gir melding om behov og hvordan blir de vurdert?
    - Hvordan er deres verdisyn i møte med sluttbrukere og pasienter?
        - Tilbakemeldinger og oppfølging
- Endring i rutiner iform av ny detaljert brukermanual.
- Mer administrativt arbeid på klinisk sykepleier.
- En til en opplæring har vært en nøkkelfaktor for å få med alle pleierne stille rapport og bruk av elektronisk pleieplan.
- <u>Kriteriene for kvalitet ikke innfridd (jfr. 2.5; 3.5).</u>

Punkt 3, 4 og 10 (understreket) spesielt, sammen med øvrige punkter, viser at elektronisk pleieplan ikke fungerer i praksis. Dette får også bred støtte i teorien fordi <u>formålet</u> med elektronisk pleieplan ikke er oppfylt (Ruland 2000, Bach 2003, NSF 2007, Sandvand & Vabo 2007).

6.2.2.3 Andre funn – stille rapport og dokumentasjonsprosessen

Selv om dette funnet ikke ligger eksplisitt i min problemstilling er den svært viktig som et bakteppe for hvor godt stille rapport skal fungere. Derfor er det på sin plass å si litt om dokumentasjonsprosessen også.

Denne omstillingen har vært den største fra muntlig til stille rapport. En del hadde liten erfaring med data og bruk av den. I tillegg til å lære data, har sluttbrukerne også hatt opplæring i brukermodulen i Profil å kjenne. Dette er to svære oppgaver som krever tid, lyst og engasjement fra den sosiale gruppen (jfr. 3.3.1).

- Bygget holdninger rundt stille rapport
    - Ro til lesing og skriving
    - Ikke bli forstyrret av pasienter eller pårørende
    - Oppmuntre til hverandre til å skrive viktig relatert informasjon
    - Øvet på elektronisk pleieplan
- Fått gode rammer og struktur i dokumentasjonsprosessen
    - Tilpasset brukermanual – den originale ble forkastet
    - En – en undervisning med øving og signering
    - Man hjelper hverandre-holdning
- Dyktig prosjektledelse og engasjerte ressurspersoner
    - Kompetanse på endringsledelse. Viktig!

- Bygget kultur for endringspraksis gjennom effektmål
    - Inspirasjon fra STS (sosiotekniske skolen) (Levin & Klev 2006:26)
        - Bryter med den klassiske strukturen om at hierarkiet er den eneste relevante strukturen
        - Organiserer struktur rundt oppgaver
        - Plasserer beslutningsmyndigheten sammen med utførelsen av arbeidet
        - Legger grunnlaget for organisering av selvstyrte grupper
    - Organisasjoner som lærende systemer (Ibid: 27-28)
        - Et radikalt annet utgangspunkt enn tradisjonell organisasjonsteori
        - Bygge kapasitet og evne i organisasjonen til å bruke de tekniske og menneskelige ressursene for kontinuerlig å skape nødvendige løsninger og realisere muligheter.

6.2.3 Svar på forskningsspørsmål

- Skjer det en endring av innholdet i dokumentasjonen v/stille rapport -
  Og på hvilken måte skjer endringen?

Svaret på min problemstilling, er at innholdet i stille rapport har endret seg vesentlig fra muntlig til stille rapport. Endringen har dreiet seg fra et fokus på muntlig til skriftlig rapportering og stille rapport. Det skriftlige har kommet mer frem og andre problemstillinger til dokumentasjonen blir fremtredende (jfr. 6.2). Dokumentasjonen er i hovedtrekk endret ved dokumentasjonsprosess, skriveprosess og struktur gjennom brukermodulen Profil (jfr. 2.6).

Andre relevante forskningsspørsmål vil være;

- Er holdninger rundt dokumentasjonsprosessen godt ivaretatt?
  - Dette er godt ivaretatt gjennom rutiner og prosedyrer som er bygget inn i avdelingens kultur som holdninger rundt dokumentasjonsprosessen (jfr. 6.2.2.3).

- Er det mangel på opplæring i dokumentasjon?
  - Mangel på eksterne ressurser. Dyktige interne krefter
    - Brukt lite penger på ekstern opplæring i prosjektperioden (Prosjektrapport 2008).
    - Ha mer fokus på skriveprosessen (jfr. 6.2)

- Er pasientens sikkerhet gjennom Profil ivaretatt?
  - På dette spørsmålet er svaret dessverre nei (jfr. 6.2.2.2).
    - Pleieplanen fungerer ikke etter formålet for dokumentasjonen (jfr. 2.4; 3.5).
    - Brudd på taushetsplikten (jfr. 6.2.2.2)
      - For få restriksjoner
      - Bryter med norm for informasjonssikkerhet (HSdir 2006).

- Er Profil brukervennlig?
    - Under prosjektperioden var den tung tilgjengelig som arbeidsverktøy (jfr. 6.2.2.1).
    - Det skjer stadig vekk forbedringer på rapporteringssiden, større oversikt. Utskrift av e-pleieplan og rapporter.
    - Bruker vennlig – nei fordi kravet til formålt med dokumentasjonen ikke er oppfylt. Brukermodulen (jfr. 2.6) er i tillegg uoversiktelig (jfr. 6.2.2.2).

- Støtter Profil helsearbeiders hverdag som verktøy?
    - I prosjektperioden gjorde den ikke det. Forbedringer gjøres.
    - Er fortsatt ikke anvendelig som tilfredsstillende kommunikasjonsverktøy (jfr. 6.2.2.2).

- Er helsearbeiderne tatt med i et STS perspektiv?
    - Spørsmålet vil være om helsefagarbeiderne er tatt med i prosessen med stille rapport fra begynnelsen av. De ble kastet ut i dette og fikk en brå start. Hva gjelder dokumentasjonsprosessen i stille rapport er det tatt høyde for hver enkelts kunnskapsgrunnlag og evner (jfr. 6.2.2.3).

    - Er organisasjonens IKT funksjon bevisst på at ny HIT påvirker gammel HIT. Ny HIT påvirker personalgruppen som i sin tur påvirker HIT. Ny HIT påvirker også den teknologiske og fysiske infrastruktur. Er det tatt høyde for hvor man plasserer terminalene iforhold til ergonomi? Gode brukergrensesnitt. Liten treghet, enkel pålogging, rask oppetid,lite utkasting, god belysning, lite støy etc. (Harrison et al 2007).

6.3 Generell oppsummering av de viktigste resultatene

Stille rapport har medvirket til et paradigmeskifte hva gjelder rapportering gjennom døgnet ved bokollektiv for senil demente. Kort fortalt er formålet med stille rapport å gi pasientene en bedre kvalitetssikring av pleien gjennom dokumentasjon via elektronisk pasientjournal. Den elektroniske pasientjournalen skal sikre en god kommunikasjon for pasientene og

helsepersonell gjennom dokumentasjonen. Den sikrer oppfølging og kontinuitet gjennom medisinske – og sykepleiefaglige tiltak (jfr. 2.4; 3.5).

For å sikre god kvalitet rundt pasientene, er det avhengig av om innholdet er adekvat til pasientens problemstilling. Samtidig bør innholdet eller dokumentasjonen eller skrivingen oppfylle kravet til god rettskrivning. For det andre at EPJ støtter arbeidet gjennom elektroniskpleieplan. I denne undersøkelsen viser funn mangler ved rettskrivningen (jfr. 6.2) og mangler ved den elektroniske pleieplanen (jfr. 5.4). Da er det innlysende at formålet med dokumentasjonen kan bli bedre ved; 1. større fokus på skriveprosessen og 2. forbedringer ved elektroniske pasientjournal. Det må tilføyes at kvaliteten rundt dokumentasjonen fra muntlig til stille rapport er bedret, på grunn av den elektroniske pleieplanens struktur.

I drøftingen av SCOT mot problemstillingen, finner den sosiale gruppen ikke stabilisering til artefaktet (jfr. 3.3.3). Det er ikke Profil men den sosiale gruppen som bestemmer om stabilisering av brukermodulen oppfylles eller ikke (jfr. 3.3.1). En lukning av forholdet mellom sosial gruppe og artefaktet er ikke skjedd.

I et samfunnsperspektiv er stille rapport og Profil den 4 logikk, hvor helsepersonell må slite med utfordringer innenfor standardiseringens mangler på harmoni til helsepersonellets dokumentasjonsprosess. En av utfordringene er at teknologene har ”frarøvet” sykepleiernes makt til å drive anstendig pasientrettet sykepleie. Sykepleierne blir skviset enda mer fra en før hektisk hverdag med trange kår politisk og ikke minst økonomisk.

Sett i lys av empiriske funn og SCOT som teori, evner det ingen tvil om at formålet rundt dokumentasjonsprosessen dessverre har alt for trange kår.

6.4 Vurdering av undersøkelsen og resultatene

Undersøkelsen har gjennom prosessen ikke vært lineær men iterativ. Det har hele tiden vært en gang mellom problemstilling, empiri, teori, metning av data og validering av funn og tilbake igjen.

Arbeidet med problemstillingen har vært med tanke på hva man ønsker å skrive om. Den gir premissene for forskningsdesignet. Deretter en iterativ prosess på å spisse problemstillingen. Det handlet stort sett om å begrense, omgjøre og finne betydningen av problemstillingen som gav mening. Deretter innhente litteratur på området. Det er ikke forsket mye på stille rapport og dermed lite teori om tema (Riesenberg et al 2010). Det er

funnet norske, svenske, danske og amerikanske artikler og komplimentert med bøker om dokumentasjon på området.
Derimot er det skrevet mye om EPJ og dokumentasjon.

Undersøkelsen følger regler for *metode* og *forskningsprosedyrer,* hvor transkriberingen, kategoriseringen og den perspektivistiske meningstolkningen (Kvale og Brinkmann 2009:219)av data har vært det essensielle i analyseprosessen. Gjennom analysen har man kommet til svarene. Svarene i seg selv er ikke det viktigste. Det viktigste er hvordan, hva og hvorfor man har kommet til svarene.

En annen faktor som påvirker svarene er også forskerens kunnskap og erfaring med forskningen (Ibid). Resultatene stemmer godt med litteratur og teori på området (jfr. 6.1). Svarene i undersøkelsen er kommet uavhengig av andre funn. Det er alikevel interessant å se at ”kartet stemmer med terrenget”. Problemstillingen belyser også andre perspektiver enn innholdet i dokumentasjonen som kompetanse på dokumentasjon og teknologi. Slik at svarene i undersøkelsen er sammensatt og blir påvirket fra flere hold.

I litteraturen er to ting fremtredende i forhold til problemstillingen. Skriving i EPJ gir bedre kvalitet på dokumentasjonen er en ting. Noe annet er at sykepleierapporten gir mindre feil og mangler hvis Profil støtter bl.a e-pleieplan (Ruland 2000).

Gjennom problemstillingen ligger kvaliteten på stille rapport på to plan. Det ene elementet er hvordan EPJ fungerer i forhold til pasientgruppen. Det andre elementet er hva som faktisk skrives inn i EPJ i forhold til planlagt dokumentasjon. Jeg skal redegjøre for nærmere hva jeg mener.

Når funn på innhold ble fremtredende ble også to andre elementer fremtredene som dokumentasjonsprosess og artefakt. Denne undersøkelsen gir svar på at Profil alene <u>ikke</u> gir tilstrekkelig kvalitet på dokumentasjonen. Den kan støtte og den ødelegge. Sammen med det skriftelige innholdet og kompetansen rundt dokumentasjon gir svaret på kvaliteten seg selv.

Kvaliteten på dokumentasjonen belyses gjennom funn på innhold, formål, dokumentasjonsprosess og teknologi. Før undersøkelsen kom ikke dette frem. Dette har manifestert seg underveis i analyseprosessen. Med andre ord ligger det en argumentasjon og funn i empiri som gjør at oppgaven lever sitt eget liv med sine egne funn, basert på forskningsprosessen. Dette kan være av interesse for leser og forsker ikke minst.

Struktur er bare en av mange parametere på god dokumentasjon. Og struktur er Profil og EPJ generelt sitt sterkeste kort (Ibid). Poenget må være at struktur skal være veiledende for dokumentasjonen og ikke villedende som undersøkelsen viser. Derfor kan det til tider bli en stor utfordring å bruke stille rapport som verktøy når artefaktet ikke fungerer i praksis.

Derfor som funnene viser, er det viktig at EPJ støtter e-pleieplan for direkte pasientrettet arbeid og ikke omvendt.

Nå er kvaliteten i stor grad ”overgitt” teknologene med standardsystemer. I standardsystemenes natur ligger det at alle behov kan ikke i dekkes ved systemet (Andersen 1998). Derfor bør en systemutvikling skje i beste sosioteknisk ånd (Coiera 2007) og la systemet bli utviklet og tilpasset aktørene og pasientgruppen i samarbeid med teknologene. Samtidig bør det innarbeides en etisk standard for de som selger standardsystemer til helsevesenet fordi dette handler om pasientens sikkerhet og integritet.

Den andre utfordringen er skrivingen i EPJ. I påstanden om at skriving i EPJ gir bedre kvalitet på dokumentasjonen er hva man bedømmer utsagnet i forhold til. Ja, dokumentasjonen ble bedre ved bare å begynne å skrive i Profil fra muntlig rapport fordi de ikke skrev så mye i Profil fra før. Men det sier ikke noe om kvaliteten på dokumentasjonen.

Funnene viser at kvalitet begrunnes gjennom tidligere praksis, hjemler, og teori. Hvis man ikke har noe å måle kvalitet opp mot blir også funnene vanskeligere å evaluere.

En del av svaret må være at stille rapport gir ikke automatisk bedre kvalitet på dokumentasjonen. Heller ikke dokumentasjonssystemet gir automatisk økt kvalitet på dokumentasjonen. Funnene viser at dokumentasjonens strukturelle innhold styres i stor grad av EPJ sin støtte til dokumentasjonsprosessen. Dette får også støtte fra teori (Ruland 2000). Dokumentasjonens skriftlige kvalitet styres også av rettskrivningen (jfr. 6.2). Endringene av innholdet skjer med påvirkning fra rettskrivning, dokumentasjonsprosess og artefakt.

Rettesnoren vil være formålet med dokumentasjon som et mål på kvaliteten iforhold til dokumentasjonens struktur og rettskrivning.

6.5 Prosessen

Til å begynne med i prosjektet leste jeg en del om hvordan strukturere oppgaven og se på den problemsløsende prosessen (Adolphsen 1995). Dette var nyttig og satte i gang prosesser på hvordan jeg skulle starte arbeidet. I funn av teori og søke på teori har jeg hatt god nytt av en ressursbok for sykepleiere med mange gode innspill på hvordan tenke rundt teori, innhente og strukturere informasjon (Bjørk & Solhaug 2008). Veldig nyttig.

I undersøkelsen har jeg lagt vekt på å få frem bakgrunnen for min problemstilling og legitimert denne i innledningen. Jeg har søkt å få en rød tråd gjennom delene i oppgaven slik at logikken i oppgaven skal være lett å sette seg inn i.

Det har vært utfordringer å søke en presis formulering på problemstillingen. Jeg har skiftet problem stilling veldig mange ganger for å finne problemstillingen som jeg endelig kunne slå meg til ro med. Den ble sist gang endret under prosjektseminar 15.-17. januar 2010. Siste endring fikk konsekvenser for min metning av data, slik at jeg måtte gjøre to nye intervjuer i forhold til innholdet i dokumentasjonen.
Jeg har lagt vekt på å få frem forskningsprosedyrene i metodedelen. Dette for at andre som leser min oppgave, skal kunne sette seg inn i og eventuelt vurdere mitt arbeid. Min problemstilling begrunnes i SCOT fordi jeg mener SCOT søker forståelse fra et fenomenologisk ståsted. SCOT ser hvordan menneske – artefakt faktisk gir grunnlag for utvikling av artefaktet. I min oppgave knyttes dette til stille rapport, sosiale grupper og teknologiske rammer.

Intervju og analyseprosessen har vært omfattende. Under dette hører selvfølgelig transkriberingen med. Jeg har forsøkt å gi en så presis fremstilling av intervjuobjektene med dertil lyder og pauser som det lar seg gjøre etter henvisning fra teori på området. Jeg har laget tabeller for å få oversikt over empiri og kategoriseringen. Jeg fikk med meg at det er problem-stillingen man skal svare på og ikke alt annet.

Jeg ble enig med veileder om å dele inn delene separat og sende inn for vurdering. Dette synes jeg har vært en fin måte å gjøre seg ferdig med forskjellige ”moduler”

Å begrense skrivingen til tema har vært en viktig prosess. Da hele oppgaven har handlet om å begrense seg mest mulig hele veien. Alltid har jeg stått for valg og reflektert over veien videre. Den mest utfordrende delen, har vært resultat delen hvor jeg virkelig har gjort store begrensninger på empiri. Valgene her gikk egentlig på tid og kvalitet på dataene. Jeg valgte å velge bort to intervjuer, et intervju om formålet et om innholdet. Her mener jeg selv jeg har vært nøktern og skåret ned hva jeg kan i forhold til tid og hva som er forsvarlig.

6.6 Prosjektrapporten

Selve prosjektrapporten er satt sammen ved at den er laget på en mal for skriftlig arbeid. Denne har så blitt gjenstand for revidering etter min problemstilling fortløpende. Skjellettet er fylt opp med referanser skrevet inn etter hvert. Hva som tilhører innledningen, teori, metode og resultatdel, er skrevet atskilt men har hele tiden hatt et blikk for hva som skal gjøres i de forskjellige delene.

Når man jobber med en ting sitter man plutselig å arbeider i en helt annen del av prosjektrapporten for å få en helhet i rapporteringen. Det er et puslespill med mange deler som faller på plass etter hvert. Får å gjøre rapporten ferdig gjør jeg grundig gjennomlesninger av hver del og limer dette inn i skjelettet tilslutt.

6.7 Faglige erfaringer

Jeg må si at alle delene i prosessen fra problemstilling til resultatdel har lært meg masse. I et overordnet perspektiv, er det viktigste jeg har lært, å være kritisk til hva jeg arbeider med og hva jeg skriver. Jeg har hele tiden hatt i bakhodet at andre skal lese rapporten og at jeg må forsøke å løse delmålene etter beste evne.

Å løse delmål er hva prosjektet egentlig handler om. Å løse delmål for å komme videre til å løse andre delmål igjen. Et delmål i prosjektet var problemstillingen. Det andre var litteratur rundt problemstillingen. Det tredje var å finne relevant teori og begrunne denne i forhold til problemstillingen. Jeg stilte meg selv spørsmålene hva gjør jeg og hvorfor gjør jeg dette?

Til å begynne var alt et stort kaos men etter hvert utover i prosjektet landet jeg mer og mer på retning og dybde. Det har tatt tid å forstå begreper i teorien. Det har vært frustrerende å ikke finne artiklene man ønsker men samtidig utnytte hva man har tilfulle av annen teori. Kanskje mitt bidrag vil hjelpe andre igjen? Prosessene har lært meg å være kritisk og åpen for innspill fra andre. Siden prosjektet er gjort solo, har dette gitt meg grundig innføring i alle delene i forskningsprosessen. Noe jeg er svært glad for.

Jeg har hatt god nytte av prosjektseminarene ved Universitet i Ålborg. Der har jeg lært masse ved å få spørsmål fra opponenter og veileder. Men også veiledning og støtte på steder jeg ikke har klart å finne ut av selv. Særlig siste prosjektseminar i april var nyttig. Da falt endelig mye på plass for hvordan strategien for sluttføring av oppgaven skulle være.

6.8 Konklusjon

Stille rapport er en effektiv måte å overføre rapporter i vaktskiftene. Resultatene kommer heller ikke av seg selv. Det krever allikevel en innsats til endringer av rutiner hvis overgangen er fra muntlig rapport. Fokuset bør ligge på dokumentasjonsprosess, skriveprosess og systemutvikling i samarbeid med leverandør. Hva gjelder EPJ er dette som hovedregel et

standardsystem hvor man kan forvente overraskelser ved forbedringer i systemer eller at systemet ikke dekker alle behov rundt pasientgruppen. I et SCOT perspektiv vil standardisering medføre en utfordring for pleiepersonalet.

For fremtiden bør helsepersonell ha det beste innenfor teknologi som letter arbeidsdagen og gjør det pasientrettede arbeidet mer oversiktlig. Dette koster penger, men kommunene har ikke råd til å la være. I verste fall vil dyktig helsepersonell slutte pga av dårlig teknologi og pasienter dø av for dårlig teknologi som ikke støtter deres behov og problemer.

7 Litteraturliste

7.1 Bøker

Patton, Michael Quinn.2002,*Qualitative Research & Evaluation Methods,* 3 utg., Sage Publications, USA.

Levin, Morten. Klev, Roger.2006, *Forandring som praksis- læring og utvikling i organisasjoner,* 3 utg. Fagbokforlaget, Bergen

Adolphsen, Jes. Qvist, Palle.1995, *ABC i problemformulering, problemsløsning og prosjektskriving,* 2 utg., Nordisk Forlag A/S, København.

Jacobsen, Ingvar Jacobsen.2003, *Forståelse, beskrivelse og forklaring,* 1 utg., Høyskoleforlaget A/S, Kristiansand.

Bjørk, Ida Torunn. Solhaug, Marit.2008, *FAGUTVIKLING OG FORSKNING I KLINISK SYKEPLEIE, EN RESSURSBOK.*1. utg., Akribe forlag, Oslo.

Sandvand, Else. Vabo, Grete.2007,*Dokumentasjon i sykepleien,* 1 utg., Høyskoleforlaget A/S, Kristiansand.

Heggdal, Kristin. 2006, Sykepleiedokumentasjon.2. utg., Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo.

Bruun, Casper. Jensen, Peter. Olesen, Finn. Introduktion til STS. 2007, Science, Technology, Society, 1.udgave, Hans Reitzels forlag, København.

Ruland, Cornelia M. 2000, *Helse –og sykepleieinformatikk, hvordan IKT kan bidra til utvikling av en bedre helsetjeneste*, 1.utg. , Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo.

Kvale, Steinar. Brinkmann, Svend. 2009, Det kvalitative forskningsintervju, 2.utg., 1.opplag. Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo.

Berg, Marc. 2004, Health information management, integrating information technology in health care work. Reprinted 2006. Routledge, 270 Madison Ave, New York.

Andersen, Erling. 1998, Systemutvikling. 2.utg., NKI forlaget 1341 Bekkestua.

Bijker Wiebe, E., Law, John. 1992, Shaping Technology/building society, studies in sociotechnical changes.

Mainz, Jan. 1996, Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sunhedsvesenet-teori, metode, resultater. 1 udgave, 1.oplag, Specialtrykkeriet Viborg A/S.

Lekanger, Kurt. 1998, Mitt dataleksikon. 4 utg., Preutz grafiske A/S.

7.2 Artikler

Vincent, Beatrice. Vincent, Maurice. Ferreira, Carlos Gil. 2006, ”Making Pubmed Searching Simple: *Learning to Retrieve Medical Literature Through Interactive problem Solving”*. The Oncologist, Vol. 11,No.3, 243-251, March 2006;doi:10.1634/theoncologist. 11-3-243, 2006 AlphaMed Press.

Bygstad, Bendik. Nielsen, Peter Axel. Munkvold, Bjørn Erik. 2005, *”Four integration patterns: IS development as stepwise adaptation of technology and organisation”*. Høgskolen i Agder, Norge. Universitetet i Agder, Norge. Universitet i Ålborg, Danmark.

Nelson, Ryan. 2007, ”It project management: Infamous failures**,** classic mistakes**,** and best practices”. University of Virginia.

Peppard, Joe. Ward, John. Daniel, Elizabeth. 2007, ”Managing the Realization of Business Benefits from IT Investments”, Cranfield University and Open University.

Harrison, Michael I. Koppel, Ross, Bar-Lev, Shirley. 2007, Unintended Consquences of information Technologies in Health care – *An interactive Sociotechnical Analysis*, Journal of the American Medical Informatics Association Volume 14 Number 5 sep/oct 2007.

Coiera, Enrico. 2006, Putting the technical back into sosio-technical systems research, Centre og Health Informatics, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia, International Journal og Medical Informatics 2007. Published by Elsevier Ireland Ltd.

Bach, Grete. KITH. 2003, Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie - Nasjonal standard, Sukkerhuset 7005 Trondheim

Norsk Sykepleier Forbund (NSF). 2007, *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal - En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon*, 3.utgave februar 2007.

Visma. 2009, Nyheter i Profil, versjon 6.50

Visma. 2009, Nyheter i Profil, versjon 6.60

Helse og Sosialdirektoratet (HSdir).2006, *Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren*, august 2006.

Riesenberg, Lee Ann. Leitzsch ,Jessica. Cunningham, Janet M. 2010, **Nursing Handoffs:** *A Systematic Review of the Literature - surprisingly little is known about what constitutes best practice.* Original research CE 2.5 hours, AJN April 2010 , Vol. 110, No. 4 .

Holly, Cheryl. Poletick, Eileen B. A systematic Review of nursing inter-shift reports in adult acute care settings, MSN New Jersey, Center for Evidence Based Practice and University of Medicine and Dentistry of New Jersey School of Nursing

O'Connel, Bev. Penny, Wendy. 2001, Challenging the handover – recomendation for research and practice. School of Nursing, Deakin University, Collegian Vol 8 No3.

McKenna, L. G. 1997, "Improving the nursing handover report." Professional Nurse **12**(9): 637-639

Bhabra,Gevdeep. Mackeith, Samuel. Monteiro, Pedro. Pothier ,David D. 2007, *An Experimental Comparison of Handover Methods.* By the Annals of The Royal College of Surgeons of England

Journal of Advanced Nursing,(JAN). 2006, Nurses' perceptions of shift handovers in Europe. results from the European Nurses' Early Exit Study (NEXT-Study).

Thorsen, Beate. IKT-konsulent pleie-omsorgssektoren. 2009-2010, Lørenskog kommune, spørsmål via e-post.

Åsheim, Kari.2006, *En studie av de faktorer som bidrar til effekter ved PDA bruk i norsk Hjemmesykepleie,* fakultet for økonomi og samfunnsfag, Høgskolen i Agder 2006.

7.3 Offentlige rapporter og dokumenter

Helsedirektoratet. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten 2005 – 2015.* [online], (http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/nasjonal_strategi_for_kvalitetsforbedring_i_sosial__og_helsetjenesten__og_bedre_skal_det_bli___2005_2015__2913), [online],

Helse og Omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan 2007-2010. [online], tilgjengelig fra(http://www.regjeringen.no/)nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2006/nasjonal-helseplan.html?id=271786), [16.05.10].

"Og bedre skal det bli! Norsk strategi for kvalitetsforbedring i sosial og - helsetjenesten,

SHdir, 2005.

Stortingsmeldinger

Helse og Omsorgsdepartementet, (Sist oppdatert (eventuelt copyright) dato St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, [online], http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00199/Borthne__Utfordring_199259a.pdf [2009-10-23].

Helse og Omsorgsdepartementet, St.meld.nr.25(2005-2006) Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer.

7.4 Elektroniske kilder

KITH(kompetansesenter for IT i helse-og sosialsektoren A/S), Strategidokument 2008-2013, Tilgjengelig fra: http://www.kith.no/upload/710/kith_2008-2013.pdf [2009-10-23].

Helsedirektoratet, Nasjonal kjernejournal,(Sist oppdatert 11.09 2009), tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/samspill/datatilsynet_positiv_til_nasjonal_kjernejournal_538234 [2009-10-23].

Current Nursing, A portal for Nursing professionals, (Siden ble sist oppdatert 01.09.09 (copyright 2008)), Current Nursing, [online], Utgiver: Current Nursing. Tilgjengelig fra: [30.12.09]
http://currentnursing.com/nursing_theory/application_Peplau's_interpersonal_theory.htm

Helsedirektoratet, Samspill 2.0, *Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse-og sosialsektoren 2008-2013.* (Sist oppdatert 17.09 2009), tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00048/Samspill_2_0_-_strat_48299a.pdf [2009-10-23].

Lovdata, pasientrettighetsloven 01.01.01,(Database sist oppdatert 20.10 2009),(lov sist endret: 06.04 2009), tilgjengelig fra: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&& [2009-10-23].

Forskrift om pasientjournal. 2000,Forskrift av 2000-12-21 nr.1385, [online],om pasientjournal http://www.helsetilsynet.no/templates/Document____4441.aspx [2010-05-23]s

Lovdata, helsepersonelloven, 01.01.01,(Database sist oppdatert 20.10 2009), [online], (lov sist endret: 06.04 2009), tilgjengelig fra: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&& [2009-10-23].

Prosjektrapport, ”Stille rapport -fase 1”, august 2008, Lørenskog sykehjem – Undervisningssykehjemmet, [online], tilgjengelig fra: http://www.undervisningssykehjem.no/wp-content/uploads/2009/01/stille-rapport-fase-1-prosjektrapport.pdf , [16.05.10],

Nursing in Context av Richard Hogston, (14.09 2006), [online], tilgjengelig fra: http://www.palgrave.com/nursinghealth/hogston/pdfs/14039_87807_02_cha01.pdf , [2010-16-05].

Hildegard Peplau Nursing Homepage,(Sist oppdatert 12.07.09), [online], tilgjengelig fra: http://www.sandiego.edu/academics/nursing/theory/, [08.12.09].

Solvang, Anette: *"Stille rapport",* artikkel i Sykepleien nr. 19/2005, [online], tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/arkiv?sok=Solvang%2C+Anette%3A+%E2%80%9DStille+rapport%E2%80%9D%2C+artikkel+i+%E2%80%9DSykepleien%E2%80%9D+nr.+19%2F2005, [09.12.09]

Norsk Standard 2000,NS-EN ISO 9000:2000 [online], tilgjengelig fra; http://www.kvalitetskanalen.no/apps/pbcs.dll/artikkel?Avis=KK&Dato=99999999&Kategori=TEMA_STANDARDER&Lopenr=20102008&Ref=AR, [16.05.10]

Kari Dahl. *Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv*, Sykepleien 2002 90(3):46-50 DOI: 10.4220/sykepleiens.2002.0007, [online], tigjengelig fra; (http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=119586), [09.12.09].

8 Vedlegg

Vedlegg 1

Semistrukturert intervjuguide – helsearbeidere.

Helsearbeidere

Hva er din

Stillling?

Rolle?

Erfaring?

Alder?

Kjønn?

FØR

Hvordan foregikk rapporteringen tidligere?

Så dere selv et behov for endring av dokumentasjonsformen?

Dere hadde opplæring i dokumentasjon. Var dette viktig og hvorfor?

UNDER

Hvordan har ”stille rapport” fungert i kommunikasjon mellom de forskjellige helsearbeiderene?

Hvordan har stille rapport fungert i kommunikasjon mellom lege, pasient og sykepleier/helsearbeider?

Hvordan har ”stille rapport” innvirket på koordineringen av sykepleien?

Hvordan har ”stille rapport” innvirket på kontinuiteten av sykepleien?

Hvordan foregår nye rutiner og prosedyrer? Hva er i så fall endret?

ETTER

Har den enkelte ansatte gode kunnskaper i skriftlig dokumentasjon?

Har pleieplanene god kvalitet, noe som gir større sikkerhet for pasientene?

Har avdelingen en kultur som fremmer læring, forbedring og refleksjon?

Opplever pasientene et rolig miljø i vaktskiftene?

Bidrar avdelingen til å spre kompetanse om ”Stille rapport” i egen og andre kommuners sykehjemsavdelinger?

Hva legger dere vekt på når dere skriver dokumentasjon idag?

Hva gjør dere for å fortsette med dokumentasjon?

Ønsker dere tilbake til den opprinnelige dokumentasjonsformen?

Vedlegg 2

Semistrukturert intervjuguide - delprosjektleder:

Jeg ønsker å dele inn intervjuet i 3 faser: Før, under og etter implementering av ”stille rapport”

Hva er din :

Stillling?

Rolle?

Erfaring?

Alder?

Kjønn?

FØR

Kan du si noe om den muntlige rapporteringen før innføringen av stille rapport?

Hva var formålet med å gå over fra muntlig til stille rapport?

Hva var din rolle i prosjektet? Anser du din rolle som viktig for prosjektet?

UNDER

Kan du si litt om hvordan stille rapport hos dere er organisert?

Dere hadde opplæring i dokumentasjon. Hva bestod i hovedtrekk opplæringen av?

1.

Hvordan var muntlig rapport og kommunikasjon før innføring av ”stille rapport”?

Hvordan var koordineringen av sykepleien før innføring av ”stille rapport”?

Hvordan var kontinuiteten av sykepleien pleien før innføring av ”stille rapport”?

2.

Hvordan har ”stille rapport” fungert generelt til nå?

Hvordan har stille rapport fungert i kommunikasjon mellom de ansatte?

Hvordan har stille rapport fungert i kommunikasjon mellom lege, pasient og sykepleier/helsearbeider?

Hvordan har stille rapport innvirket på koordineringen av sykepleien?

Hvordan har stille rapport innvirket på kontinuiteten av sykepleien?

Fikk dere oppfyllelse av resultatmålene i prosjektperioden?

- Økte kunnskaper i dokumentasjon som synliggjøres i ”Profil”
- Økt tid sammen med, og mer ro for pasientene i vaktskiftene
- Redusert overtid i vaktskiftet
- Informasjoner om prosjektet holdes internt og eksternt
- Gjennomført undervisning i dokumentasjon

ETTER

Har dere oppnådd noen av effektmålene enda?

- Den enkelte ansatte har gode kunnskaper i skriftlig dokumentasjon
- Pleieplanene har god kvalitet, noe som gir større sikkerhet for pasientene

- Avdelingen har en kultur som fremmer læring, forbedring og refleksjon
- Pasientene opplever et rolig miljø i vaktskiftene.

- Avdelingen bidrar til å spre kompetanse om ”Stille rapport” i egen og andre kommuners sykehjemsavdelinger.

Hva tror du er grunnen til at dere lykkes med prosjektet?

Er det noe dere savner ved den gamle dokumentasjonsformen?

Vedlegg 3

Dokumentasjonens innhold.

Spørsmål:

Hva dokumenterer du på vakt?

Hvorfor dokumenterer du det du gjør?

Hvem er det viktig for?

Når dokumenterer du?

Er det enkelt å lese andres dokumentasjon?

Tror du det er enkelt for andre å forstå hva du skriver?

Er det ting du spesielt legger vekt på i dokumentasjonen?

Vet du forskjellen på å dokumentere subjektivt eller objektiv? Hva gjør du?

Legger du vekt på å skrive bokmål eller skriver du mer som du snakker(dialekt)?

Synes du at du har god kunnskap om dokumentasjon?

Vedlegg 4

Spørsmål rundt observasjon av stille rappor 16/12-09:

Kommunikasjon

Hvordan er lesbarheten og er den forståelig?

Ser du noen vesentlige mangler i rapporten?

Er det ofte man må snakke muntlig v/stille rapport?

Kontinuitet

Får du en god oppdatering over dine pasienter?

Synes du informasjonen er utfyllende?

Er opplysninger om medisiner, bl.pr.svar.osv fra lege à jour?

Koordinering

Går det greitt å samarbeide med kolleger etter stille rapport?

Er det lett å finne rapport fra lege, fysio- og ergoterapeut?

Er du stort sett tilfreds med stille rapport?

Vedlegg 5

Spørsmål til IKT- konsulent via e-post april – mai 2010 via e-post

Jeg har noen spørsmål rundt problemene med deres nye versjon og pleieplan.

Kan du angi dato for skifte av versjon?
Hva ble nytt i denne versjonen?
De hevder de ikke får skrevet tiltak men rapport. Kan du forklare kort hva som har skjedd her?
Er pleieplanen med tiltak oppe og går for tiden?

Hva tror du er grunnen til hendelsen?

Lurte på hva som ble rettet på i Profil i den nye versjonen iforhold til mangler i prosjektperioden? Se nedenfor!

I prosjektperioden var disse manglene i Profil.

Stemmer det også at e-pleieplanen er ute av drift i dag?

- Det er tungt tilgjengelig som arbeidsredskap
- Er til hinder for lett og praktisk kommunikasjon.
- Det er ikke et eget område for å definere problem/behov og det er heller ikke et eget
- Område for mental status på hver pasient.
- Det er altfor generelle og sammenslåtte behovsområder i starten av pleieplanen.
- Det er også umulig å ta utskrift av samlet pleieplan eller samlede tiltak,
- det er umulig å vise evaluering av tiltak på en samla plan
- Det er umulig å få oversikt over helhetlig pleieplan.

Når hadde dere siste oppdateringen i mai?

Vet du hvordan logikken er når det gjelder Profil og oppdateringer?

Hvem er det som melder fra?

Stemmer det at pleieplanskrivingen fungerte før ny versjon 20.10.09? Ifølge sykepleierne på avd Finstad gjorde den det. Dette er forvirrende.

Hva sier du?

Når man skriver oppgradering av versjon x til 6.60 , virker det som om pleieplanskrivingen

ikke har fungert i tidligere versjoner. Det kommer ikke frem av dokumentasjonen i Profil hva som har fungert og ikke fungert! Hva som er bra og ikke bra. Du har skrevet utfyllende om dette i en tidligere e-post om hva dere sliter med iforhold til pleieplanskrivingen, og det er denne jeg er spesielt interessert i å vite mer om.

Har det skjedd noe nytt til det bedre i pleieplanskrivingen i den nyeste versjonen i mai?

Måtte sjekke med deg om brukermodulen i Profil versjon 6.70 fortsatt er slik?

Pasientjournalen ble omgjort fra plan/rapport i versjon 6.50 for å samle fagfunksjonen.

Pasientjournalen inneholder under:

hovedkort
oversikt plan/rapport
e-meldinger
diagnose
medisiner
cave/allergi
skjema
sammenfatning
hovedmålsetting
plankategori

Det er vel en toveiskommunikasjon mellom deg-Finstad og Visma?

Når de skulle oppgradere så store endringer fra gammel versjon til 6.60. var noen på avdelingen eller Finstad involvert i dette på forhånd?

Hadde dere kommet med kravspesifikasjon på forhånd?
Hva het versjonen før 6.50?

Tilbake til den nye versjonen. I 6.50 ble det gjort endringer til 6.60: "*I Profil v. 6.50 utgikk Problemområde slik at tiltaket ble løftet opp ett nivå. Rapportene, målsetting, ressurser og evaluering ble knyttet til tiltaket i stedet for område".* Kan du si kort hva som menes her?

Knyttet til tiltaket i stedet for område?

Hva var ulempen med område?

Vedlegg 6

Samtykkeerklæring i forbindelse med intervju.

Jeg sier meg villig til å delta på intervju i forbindelse med masteroppgave. Temaet er –stille rapport og dokumentasjon.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet.
Jeg er inneforstått med at jeg når som helst kan trekke meg fra prosjektet, og at alle opplysninger jeg har gitt, vil bli slettet.

Dato – Sted:
Signatur:

Vedlegg 7

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave.

Tittel: *Stillerapport og dokumentasjon*

Jeg er student ved Universitet i Ålborg, avdeling for Sunhedsinformatikk. Jeg arbeider for tiden som sykepleier natt ved Manglerud Sykehjem, Oslo.

Jeg planlegger intervju i forbindelse med tema for min oppgave i løpet desember/begynnelsen av januar 2010.

Tema for min masteroppgave vil være elektronisk sykepleiedokumentasjon med fokus på selve innholdet. Selve innholdet vil omhandle kommunikasjon, koordinering og kontinuitet i dokumentasjonen.

Min datainnsamling vil være delt opp i to trinn. Første trinn vil være å avlegge forventninger til stille rapport

1. på avdelingsnivå – 1 intervju med prosjektleder/avdelingssykepleier.
2. utskrift av ferdig formål og visjoner m/stille rapport

Videre vil jeg finne mer ut av

1. hvordan brukes stille rapport i dag- intervju med 2-3 stykker.
2. Observer i vaktskiftene morgen, kveld og natt. Gjerne følge opp med et kort oppsummeringsintervju.

Intervjuet vil skje etter nærmere avtale for tid og sted etter deres ønske. Jeg vil ta opp samtalen på mp3 opptaker, og ønsker å kunne avholde eventuelt oppfølgingsintervju hvis det skulle vise seg nødvendig. Alle lydfiler vil bli oppbevart innelåst, og slettet etter avsluttet arbeid med masteroppgaven.

Hvis du sier deg villig til å delta på intervju ber jeg deg skrive under på vedlagte samtykke-erklæring. Denne sendes til meg i ferdig frankert konvolutt. Jeg vil så ta kontakt for nærmere avtale.

Vennlig hilsen

Stein-Erik Evenstad

Vedlegg 8

Tabell for analyse av innhold

Tema Spl-1	**Stille rapport og innhold**					
Kategori	**Forståelse**	**Vektlegge i dokumentasjonen**		**Subjektivt eller objektivt**		**God kunnskap om dokumen-tasjon**
Subkategori	**Språk**	**Skrive-feil**	**Problem-stilling**	**Tiltak**	**Hva og hvordan**	
Meningsenhet						
Kondensert meningsenhet						
Koding						

Vedlegg 9

Tabell for analyse av formål

Tema Spl-1	**Stille rapport og dokumentasjon**						
Kategori	**Dokumentasjon**		**Kommunikasjon**		**Koordinering**	**Kontinuitet**	
Subkategori	**Innføring stille rapport**	**E-pleie-plan**	**Skriftlig**	**Muntlig**	**Samarbeid**	**Lese**	**Oppfølging av rapport**
Meningsenhet							
Kondensert meningsenhet							
Koding							

Vedlegg 10

ABSTRACT

Background

This chore is about quiet handover and nursing documentation in a ward of senile dementia. The project quiet hand over was structured by shortterm – and longterm goals. This investigation is in the stage of second year. They emphasized quality on the documentation, formation of attitude in the documentation, documentation prosess and a culture of change with active participation by staff.

Method

This is an evaluation study. The exploratory design is qualitative by interviewing nurses and constitution workers. In addition to interviews there are done felt-observations on duty at morning, evening and by night. The felt-observations are followed up by a short interview afterwards. The analysis are done by transcribeing and classifying in tables. Discussions of results are helped by the transcription and the analysis by condensed meaning units. The interpretings in the part of the results are done in three levels. Self understanding, critical selfunderstanding by sanity and theory on third level.

Results

Quiet handover shows an improvement by the documentation topic and structure from oral hand off. This shine a light of increaseing view on writing by follow-up the pasients through EHR. Profil gives a structure who does the information more transparent. Orthography is moore visual, and should be working with as an own project.

By the reason there escapes another approach to the problems around writings; How should you write and what to write? Benefit results daily in documentation by quiet handover demand a seriously walking thourough by the documentation process and the distance for this. Further it has to prepaired with the work, engagements around quiet handover, the writing prosess, and EHR continuously.

Conclusion

Quiet handover is a different technician way to give hand off in a nursing home. It uses by- and for health-personal to build quality through satisfaying documentation.

Quiet hand off is no sponsor for good quality. You have to work with engagements and work environment and culture all the time to reach results. One of the best parametres for

quality by quiet handover is if EHR supports quiet hand off. Health workers are importent drivers to changes in EHR to their group of pasients. The Electronic incline- journal is the core task in nursing. If EHR work nice with satisfayed spelling complying the objects for quality.