

Sykepleiere i hjemmesykepleien sine erfaringer med sykepleiesammenfatninger

**Sykepleiere i hjemmesykepleien sine erfaringer med
sykepleiesammenfatninger, når pasienter utskrives fra
sykehus til hjemmesykepleie.**

May Britt Ulviksbakken



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Studieretning: Aldring og eldreomsorg**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

12.05.2016

Navn: May Britt Ulviksbakken	Dato: 12.05.2016
Tittel: sykepleiere i hjemmesykepleien sine erfaringer med sykepleiesammenfatninger. Undertittel: sykepleiere i hjemmesykepleien sine erfaringer med sykepleiesammenfatninger, når pasienter utskrives fra sykehus til hjemmesykepleie.	
<p>Sammendrag:</p> <p>Bakgrunn: Eldre pasienter er hyppigere innlagt med døgnopphold ved norske sykehus enn resten av befolkningen, mens liggetiden ved sykehusene har blitt kortere. God rapportering er derfor vesentlig, når pasienter overføres fra sykehus til kommunale omsorgstjenester. Samtidig viser tidligere forskning at sykepleiedokumentasjonen kan være mangelfull, og sykepleiere kan oppleve en vanskelig balanse mellom tidsbruk på direkte, pasientnær omsorg og dokumentasjon.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne studien har vært å kartlegge og beskrive sykepleiere i hjemmesykepleien sine erfaringer med sykepleiesammenfatninger, når pasienter utskrives fra sykehus til hjemmesykepleie.</p> <p>Metode: Det er brukt kvalitativ forskningsmetode med semistrukturerte, individuelle forskningsintervjuer. 8 offentlig godkjente sykepleiere som arbeidet i hjemmesykepleien i en kommune i Vestfold har blitt intervjuet. Det er brukt hermeneutisk meningsfortolkning, ved systematisk tekstkondensering, som analysemetode.</p> <p>Resultater: Studien viste at det finnes et diskrepans eller et avvik mellom det hjemmesykepleiens sykepleiere ønsker at sykepleiesammenfatningene skal inneholde og det de faktisk inneholder. Det kan synes som om sykepleierne som skriver, og sykepleierne som mottar sykepleiesammenfatningene, befinner seg i adskilte virkeligheter eller verdener. Hjemmesykepleiens sykepleiere ønsket opplysninger som var konkrete og detaljrike, mens de opplevde opplysningene som abstrakte og generelle. De ønsket mer fokus på hjemmesituasjonen og «veien videre», mens sykepleiesammenfatningene hadde fokus på sykehussituasjonen. Resultatene viser ulike oppfatninger av om eldre pasienter har særlige behov for opplysninger i sykepleiesammenfatninger.</p> <p>Konklusjon: Sykepleiesammenfatninger blir ansett som viktige, men det finnes et avvik mellom det hjemmesykepleiens sykepleiere ønsker at sykepleiesammenfatninger skal inneholde, og det de faktisk inneholder. Sykepleiesammenfatninger utført i tråd med faglige og etiske retningslinjer, synes å få bedre konsekvenser i form av brukbarhet og nytte, og gir bedre forutsetninger for å utføre sykepleie i tråd med etiske retningslinjer.</p>	
<p>Nøkkelord:</p> <p>Eldre pasienter, sykepleiesammenfatning, pasientoverføring, sykehus, hjemmesykepleie</p>	

Name: May Britt Ulviksbakken	Date 12.05.16
Title: Experiences nurses in home health care have with nursing summaries	
Subtitle: Experiences nurses in home health care have with nursing summaries, when patients are discharged from hospital to home	
<p>Abstract:</p> <p>Background: Elderly patients are more frequently hospitalized for inpatient stays at Norwegian hospitals than the rest of the population. At the same time, the bed-days at the hospitals have become shorter. This requires good reporting procedures when patients are transferred from hospitals to community care. Meanwhile, previous research shows that nursing documentation may be deficient, and nurses can experience a difficult balancing act between time spent on direct patient-care and documentation.</p> <p>Aim: The purpose of this study was to identify and describe home care nurses' experiences with nursing summaries, when patients are discharged from hospital to home care.</p> <p>Method: A qualitative method was used in this study, with semi-structured, individual research interviews. 8 registered nurses from home care in a municipality in Vestfold, have been interviewed. A hermeneutical meaning interpretation was used, with systematic text condensation, as an analytical method.</p> <p>Results: The study showed that there is a discrepancy or deviation between what homecare nurses want included in nursing summaries, and what the summaries actually contain. It seems that the nurses who write and nurses who receive the summaries are living in separate realities or worlds. Home care nurses wanted information that was specific and nuanced, while the information received was abstract and general. They wanted more focus on the home situation and "the road ahead", while nursing summaries focused on the hospital situation. The results show differing opinions as to whether elderly patients have particular needs in the nursing summaries.</p> <p>Conclusion: Nursing summaries are considered important, but there seems to be a deviation between what homecare nurses want included in nursing summaries, and what the summaries actually contain. Nursing summaries performed in accordance with professional and ethical guidelines, seem to have better impact in terms of usability and utility. This provides better conditions for nursing care, which are in accordance with ethical guidelines.</p>	
<p>Key words: Older people, nursing summaries, patient transfer, hospital, home care</p>	

INNHALDFORTEGNELSE

SAMMENDRAG.....	iii
ABSTRACT IN ENGLISH.....	iv
KAPITTEL 1 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Hensikt og problemstilling	2
KAPITTEL 2 LITTERATURGJENNOMGANG OG TEORETISK BAKGRUNN.....	4
2.1 Litteraturgjennomgang	4
2.1.1 Sykepleiedokumentasjonens betydning for kvalitet og kontinuitet i omsorgen	4
2.1.2 Ufullstendig og upresis sykepleiedokumentasjon	5
2.1.3 Bruk av fastlagt struktur	6
2.2 Eldre pasienter	6
2.2.1 Kjennetegn ved eldre pasienter	6
2.3 Organiseringen av det norske helsesystemet	8
2.3.1 Primærhelsetjenesten	8
2.3.2 Spesialisthelsetjenesten	8
2.4 Kommunikasjon	9
2.4.1 Skriftlig kommunikasjon	9
2.5 Dokumentasjon av sykepleie	10
2.5.1 Historisk og sykepleiefaglig sammenheng	10
2.5.2 Sykepleiedokumentasjonens innhold og form	11
2.5.3 Sykepleieprosessen	12
2.5.4 VIPS.....	13
2.5.5 Formelle krav til sykepleiedokumentasjon i Norge.....	13
2.5.6 Faglige standarder for sykepleiedokumentasjon.....	14
2.5.7 Sykepleiesammenfatning	16
2.5.8 Sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal og DIPS	16
2.6 Nytte og etikk	17
KAPITTEL 3 METODE OG METODOLOGI.....	20
3.1 Design	20
3.1.1 Kunnskapsforståelse	20
3.2 Kvalitativ forskningsmetode	21
3.3 Kvalitative forskningsintervju	21
3.3.1 Livsverden.....	22

3.3.2 Rekruttering og utvalg.....	22
3.3.3 Intervju og intervjuguide.....	23
3.3.4 Transkripsjon	25
3.4 Etiske betraktninger	26
3.4.1 Konfidensialitet og informert samtykke.....	26
3.4.2 Forskerens rolle	28
3.5 Analyse	28
KAPITTEL 4 RESULTATER	32
4.1 Konkret og detaljrik versus diffus og generell dokumentasjon	33
4.1.1 Konkret og detaljrik versus diffus og generell informasjon - relatert til pasientens funksjonsnivå og behov for helsehjelp.....	33
4.1.2 Konkret og detaljrik versus diffus og generell dokumentasjon - relatert til å være forberedt på problemområder i møte med pasienten	35
4.1.3 Konkret og detaljrik versus generell og diffus informasjon - relatert til nøyaktighet og pålitelighet i sykepleiesammenfatningen.....	35
4.1.4 Konkret og detaljrik versus generell og diffus informasjon - relatert til organisering av tjenesten	36
4.2 Omsorgen foregår i hjemmet versus omsorgen foregår på sykehuset	37
4.2.1 Fokus på hverdagskunnskap versus spesialistkunnskap	37
4.2.2 Helhetsforståelse versus delforståelse.....	38
4.2.3 Oppfølging av tiltak i hjemmet	38
KAPITTEL 5 DISKUSJON	41
5.1 Konsekvenser av ulike virkelighetsoppfatninger i nytteetisk perspektiv.....	42
5.1.1 Konsekvenser for sykepleierne.....	42
5.1.2 Konsekvenser for pasienter og pårørende	47
5.1.3 Konsekvenser relatert til formelle og faglige krav	51
5.2 Begrensninger for hvor konkret/detaljert/helhetlig det er nyttig og mulig å dokumentere.....	52
5.3 Ulike virkelighetsoppfatningers påvirkning av innholdet i sykepleiesammenfatningene ..	54
5.4 Metodediskusjon	55
5.4.1 Utvalgets og intervjusituasjonenes betydning	56
5.4.2 Analysen	58
5.4.3 Studiens validitet	60
KAPITTEL 6 KONKLUSJON	62
LITTERATURLISTE	63
Vedlegg nr. 1 Sykepleiesammenfatning	
Vedlegg nr. 2 Intervjuguide	
Vedlegg nr. 3 Forespørsel om rekruttering	

Vedlegg nr. 4 Forespørsel om deltakelse i intervjuundersøkelse

Vedlegg nr. 5 Samtykkeerklæring

KAPITTEL 1 INNLEDNING

Eldre pasienter har ofte sammensatte helseproblemer, med behov for helsetjenester på tvers av de organisatoriske nivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Ifølge Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon [NSFID] (2007), forekommer det ofte mangelfull informasjonsutveksling mellom helsearbeiderne, når pasientene overflyttes mellom nivåene, for eksempel fra sykehus til kommunale tjenester. Dette bidrar til redusert kvalitet og kontinuitet i pleie og behandling, og kan særlig ramme eldre pasienter som utskrives fra spesialist- til kommunehelsetjenesten (Ranhoff, 2008). Ofte har det oppstått endringer i omsorgsbehovet, og pasienten kan ha bruk for et høyere omsorgsnivå etter utskrivning (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2013). Liggetiden ved norske sykehus har også blitt kortere, bl.a. som følge av Samhandlingsreformen (Hermansen & Grødem, 2015). Ikke sjelden er det også et stort utskrivningspress i sykehusene og manglende ressurser i kommunene. Det kreves derfor gode samhandlings- og rapporteringsrutiner (Ranhoff, 2008). Dette bekreftes også av annen forskning, som har funnet at korrekt og tilstrekkelig rapportering er avgjørende for pasientens sikkerhet, og for kvaliteten i den videre behandling og pleie (Olsen, Hellzén, Skotnes & Enmarker, 2012; Sackley & Pound, 2002).

Ansvarlig lege utarbeider en epikrise ved utskrivning fra sykehus. Epikrisen er en skriftlig oppsummering av sykehusoppholdet (Ranhoff, 2008). Når pasienten utskrives fra helseinstitusjon og f.eks. til hjemmet med hjemmesykepleie, eller til kommunal institusjon, skriver også sykepleierne en sammenfatning av den helsehjelp som sykepleiere har hatt ansvaret for (Ranhoff, 2008; NSFID, 2007). Ifølge NSFID (2007), er dette noe sykepleierne er forpliktet til å gjøre, og hensikten er anvendbarhet for de helsearbeiderne som skal følge pasienten videre. Samtidig viser mye forskning at sykepleiedokumentasjon kan være ufullstendig og upresis (Moen, 2003). At sykepleiere kan oppleve dokumentasjonsarbeidet som en ekstra belastning, og noe som tar ressurser bort fra selve pasientomsorgen er velkjent. Flere studier har funnet at sykepleiere opplever en vanskelig balansegang mellom tidsbruk på direkte, pasientnær omsorg og på dokumentasjon (Naustdal & Nettelund, 2012; Dunnion & Kelly, 2007; Cavanagh, Burnett & Shearer, 2002). I tillegg har Naustdal & Nettelund (2012) funnet at det kan være lite kunnskap og forståelse for samarbeidsaktørens behov ved en utskrivelse, og at sykepleiere ofte er mer tilfreds med den informasjonen de selv sender ut, enn den de mottar. Det virker derfor interessant å undersøke sykepleiere i en kommune sine erfaringer med sykepleiesammenfatningene, som sendes med pasientene når de utskrives fra sykehus til kommunal omsorg.

1.1 Bakgrunn

Ifølge Heggdal (2006), har sykepleiedokumentasjon ulike funksjoner. En av de viktigste er å være et kommunikasjonsmiddel og et arbeidsredskap for de som skal hjelpe pasienten videre i forløpet (Heggdal, 2006). Flere studier (Kirsebom, Wadensten & Hedstrøm, 2013; Olsen & al, 2012; Naustdal & Netteland, 2012; Grönroos & Perälä, 2005) framhever viktigheten av kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom første- og andrelinjetjenesten når en pasient utskrives fra sykehus til kommunehelsetjeneste. Det oppfattes i den sammenheng to hovedfokus for dokumentasjonen: (1) god planlegging, samhandling og kommunikasjon i forkant av en utskrivelse (Grönroos & Perälä, 2005) og (2) innhold i og krav til skriftlig dokumentasjon ved utskrivelse fra sykehus til kommunehelsetjeneste (Kirsebom, Wadensten & Hedstrøm, 2013; Olsen & al, 2012; Naustdal & Netteland, 2012; Grönroos & Perälä, 2005).

1.2 Hensikt og problemstilling

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) vektlegger i Samhandlingsreformen 2008-2009: rett behandling – på rett sted – til rett tid, det økende antallet eldre pasienter, og deres behov for koordinerte helsetjenester. Det påpekes at gode samarbeidsformer mellom sykehus og kommuner er sentralt, og det konstateres at, når en pasient skal utskrives fra spesialist- til primærhelsetjenesten, bør epikrise og rapporter fra aktuelle faggrupper forutsettes å foreligge. I Mestring, muligheter og mening 2005-2006: framtidens omsorgsutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) påpekes det at ulike former for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste er spesielt viktig ved utskrivning fra sykehus.

Med bakgrunn i internasjonal forskning, lovverk, nasjonale føringer og egne erfaringer, er min hensikt med denne studien å kartlegge og beskrive de mottakende sykepleierne sine erfaringer med sykepleiesammenfatninger, ved utskrivning fra sykehus. Kanskje kan det sies at mitt overordnede mål er å bidra til kvalitetsforbedring av sykepleiesammenfatningene.

Med dette utgangspunktet er følgende problemstilling formulert:

Hva slags erfaringer har sykepleiere i kommunehelsetjenesten med sykepleiesammenfatningene som sendes med pasientene ved utskrivning fra sykehus?

Følgende forskningsspørsmål er formulert:

- 1) Hvilken informasjon oppfattes som nødvendig og relevant i de sykepleiesammenfatningene som mottas, og hvorfor anses denne informasjonen som viktig?
- 2) Hvordan oppfatter kommunens sykepleiere forholdet mellom den informasjonen de trenger, og den informasjonen som sykepleiesammenfatningene faktisk inneholder?
- 3) Hva slags forhold har kommunens sykepleiere til tiltak som er anbefalt i sykepleiesammenfatningene/hvordan oppfatter de at tiltakene følges opp?

KAPITTEL 2 LITTERATURGJENNOMGANG OG TEORETISK BAKGRUNN

For å gjennomføre studien har det vært nødvendig å sette seg inn i kunnskap om sykepleiedokumentasjon generelt, og om sykepleiedokumentasjon relatert til eldre pasienter, som utskrives fra sykehus til hjemmesykepleie spesielt. Dette har vært en forutsetning for å kunne fordype meg i temaet, og å vurdere og tolke resultatene fra selve intervjuundersøkelsen.

Bakgrunnsstoffet er hentet fra relevant litteratur fra forskning og annen faglitteratur.

Litteraturen er skaffet til veie ved litteratursøk i forskningsdatabaser og i bibliotekdatabasen, Bibsys. Det har også vært nødvendig å sette seg inn i en del lovtekster, offentlige utredninger, og tekster som omhandler formelle krav til sykepleiedokumentasjon.

2.1 Litteraturgjennomgang

I forbindelse med min studie er det gjort flere litteratursøk. Disse søkene er rettet spesielt mot sykepleiedokumentasjon ved utskrivning av eldre pasienter fra sykehus til kommunehelsetjeneste. De forteller derfor først og fremst om kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen ved utskrivning av pasienter, og da særlig eldre pasienter. Det er søkt i forskningsdatabasene, Cinahl, Ovid Nursing, Medline og Svemed. Søkeordene som er brukt er: communication, documentation, patient discharge, nursing og aged, i kombinasjon. Søkene er begrenset i tid for årene 2000 til 2015. Siden de første søkene ble gjort allerede i 2013, er det gjort nye søk i 2015. Noen artikler er også funnet på bakgrunn av henvisninger i artikler eller bøker. Hovedfunnene fra litteratursøkene er forsøkt tematisert og inndelt i tre hovedgrupper som beskrevet i det følgende:

2.1.1 Sykepleiedokumentasjonens betydning for kvalitet og kontinuitet i omsorgen

Mange studier påpeker viktigheten av en skriftlig sykepleierapport ved utskrivning fra sykehus til kommunale tjenester, fordi det påvirker kvalitet og kontinuitet i omsorg og behandling (Kirsebom, Wadensten & Hedström, 2013; Olsen & al., 2012; Naustdal & Netteland, 2012). Grönroos & Perälä (2005) fant at det å motta skriftlig sykepleiedokumentasjon med sykepleieplan og informasjon om medisinske diagnoser og behandling, var blant de viktigste faktorene for å kunne ivareta pasienten, når han ble utskrevet fra sykehus til hjemmesykepleie. Grönroos & Perälä (2005) beskriver at relevant informasjon om pasientens sykdommer, fysisk og kognitiv funksjonsevne, utskrivningsinformasjon i tide, og godt samarbeid mellom utskrivende sykehus og

hjemmesykepleie var de viktigste faktorene for en vellykket utskrivning. Kirsebom, Wadensten & Hedström (2013) gjorde tilsvarende funn blant sykepleiere i sykehjem. I en masteroppgave fra Høgskolen i Gjøvik ble det funnet at sykepleiesammenfatninger oppfattes som et nyttig verktøy blant sykepleiere i sykehjem (Bentdal & Sørsum, 2012).

Flere studier påpeker et spesielt behov for informasjonsutveksling relatert til eldre pasienter, som ofte har nedsatt kommunikasjonsevne på bakgrunn av nedsatt fysisk og/eller kognitiv funksjonsevne (Kirsebom, Wadensten & Hedström, 2013; Olsen & al, 2012; Dunnion & Kelly, 2008; Cavanagh, Burnett & Shearer, 2002).

Olsen & al. (2012) beskriver hvordan nøyaktighet og helhet i sykepleiesammenfatninger har betydning for kontinuitet i informasjon, og i organiseringen av sykepleietjenester, som igjen påvirker oppfølgingen av påbegynte tiltak og vurderinger. De hevder dette bl.a. på bakgrunn av en studie gjort av Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair, & McKendry (2003).

Haggerty & al. (2003) beskriver at det finnes tre typer kontinuitet i pleie, som de kaller informativ, relasjonell og organisatorisk. Mens den relasjonelle kontinuiteten har med forholdet mellom pasient og pleier å gjøre, har den informative med tilgang til relevante opplysninger til riktig tid for å kunne yte hensiktsmessig omsorg, og den organisatoriske har med formidling av fakta og vurderinger mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasienter å gjøre (Haggerty & al., 2003). I denne studien vil det være den informative og organisatoriske kontinuiteten som har aktualitet.

2.1.2 Ufullstendig og upresis sykepleiedokumentasjon

Ifølge Moen (2003) og NSFID (2007), har tidligere forskning vist at sykepleiedokumentasjon ofte er mangelfull. Sackley & Pound (2002) og Dunnion & Kelly (2008) konkluderte i sine studier med at upresise og lite helhetlige oppsummeringer ved utskrivelse fra sykehus, resulterte i dårligere oppfølging av pasientene, og påvirket pasientenes helse negativt i ettertid. Dunnion & Kelly (2008) påpeker mangelfull sykepleiedokumentasjon, særlig relatert til eldre pasienter. Naustdal & Netteland (2012) og Olsen & al. (2012) fant i sin studie at den skriftlige oppsummeringen ofte ikke var så helhetlig og omfangsrik som personalet i de kommunale tjenestene hadde behov for. Også Naustdal & Netteland (2012) beskriver hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten ikke fikk tilstrekkelig informasjon ved utskrivelser fra sykehus. Dette gikk ut over kvaliteten på pleien og gjorde arbeidet vanskeligere (Naustdal & Netteland, 2012). Olsen & al. (2012) fant at dokumentasjonen fra generelle medisinske avdelinger manglet opplysninger om pasientens psykiske tilstand, mens det ved geriatriiske

avdelinger var gitt en mer helhetlig beskrivelse av pasienten. Kirsebom, Wadensten & Hedström (2012) fant at sykepleiere ved sykehjem, når de mottok pasienter utskrevet fra sykehus, savnet viktig informasjon om sykehusets behandling, spesielt nøyaktig informasjon angående pasientens medisiner.

2.1.3 Bruk av fastlagt struktur

Dunnion & Kelly (2008) framhever bruk av datateknologi og standardiserte prosedyrer og skjemaer ved utskrivning som viktig. Naustdal & Nettelund (2012), har funnet at sykepleiere gjør mye dokumentasjon med kronologisk fritekst, uten bruk av fastlagt struktur. Dette gjør informasjonen uoversiktlig, det blir vanskelig å finne igjen opplysninger, og resulterer i at utvekslingen av informasjon blir mer uhåndterlig og vanskeliggjør ”gjenbruk”. Den mangelfulle dokumentasjonen innad i institusjonen er med på å hindre utarbeiding av gode utskrivningsrapporter. Dette forplanter seg til de som skal ta imot pasienten, som opplever rapportene som utilstrekkelige, noe som i neste omgang vanskeliggjør deres arbeid, og påvirker kvaliteten på pleien videre (Naustdal & Nettelund, 2012).

2.2 Eldre pasienter

Ifølge Romøren (2008) er eldre mennesker ingen ensartet gruppe, og alderdommen varer lenge i vår del av verden. Romøren (2008) beskriver at gruppen, eldre mennesker, kan deles inn i «yngre eldre» og «eldre eldre», der det går et skille ved 80 års alder mellom disse to gruppene. Statistisk Sentralbyrå [SSB] (2013) omtaler eldre mennesker som personer på 67 år og over, mens Ranhoff (2008) påpeker at det som regel er mennesker over 75 år som betegnes som gamle. Romøren (2008) støtter seg til Laslett, og hevder at problemer med helsen for de fleste øker fra 80 års alder, og at det er fra denne alderen de fleste omtales som gamle. Ifølge Akner (2010), er alder den viktigste årsaksfaktoren til sykdom og skader. I Norge bekreftes dette av tall fra SSB (2013), som viser at eldre mennesker er hyppigere innlagt med døgnopphold ved sykehus enn resten av befolkningen.

2.2.1 Kjennetegn ved eldre pasienter

Ifølge Wyller (2011) og Akner (2010), karakteriseres eldre mennesker av reduserte fysiologiske reserver og redusert fysiologisk tilpasningsevne. Med alderen oppstår det forandringer i de fleste organer, som forårsaker nedsatt evne til likevekt eller homeostase

(Ranhoff, 2008). Dette øker sårbarheten og sannsynligheten for å pådra seg akutte og kroniske sykdommer (Romøren, 2008).

Som følge av aldersforandringene oppstår det hos mange eldre pasienter andre symptombilder enn hos yngre (Wyller, 2011; Ranhoff, 2008). Det er gjerne allmennsymptomer mer enn organspesifikke symptomer som dominerer, og det kan f.eks. oppstå hjerteinfarkt uten brystmerter eller urinveisinfeksjon uten smerter ved vannlatning. Ofte kommer ikke symptomene til syne i det opprinnelig syke organet, men i det organet eller de organsystemene som i utgangspunktet er svekket. Ifølge Wyller (2011) og Akner (2010) svikter gjerne funksjoner som kognisjon, balanse eller vannlatningsfunksjon først, fordi dette er komplekse systemer. Derfor ses ofte akutt forvirring (delirium), falltendens og svikt i vannlatningsfunksjonen ved akutt sykdom hos eldre (Wyller, 2011; Akner, 2010; Ranhoff, 2008).

Ranhoff (2008) beskriver at de mest sårbare eldre pasientene kjennetegnes ved at de er skrøpelige, multisyke, og har funksjonssvikt. Skrøpelighet er bl.a. kjennetegnet av ufrivillig vekttap og lav fysisk aktivitet (Wyller, 2011; Akner, 2010; Ranhoff, 2008). Multisykdom innebærer at pasienten har to eller flere diagnostiserte sykdommer samtidig, mens funksjonssvikt innebærer at pasienten er hjelpetrengende. Ifølge tall fra SSB (2013) er 3 prosent i aldersgruppen 67-79 år og 8 prosent i aldersgruppen 80 år og eldre, pleietrengende. Det påpekes at mange eldre blir mer pleietrengende etter en sykehusinnleggelse. Ifølge Wyller (2011) og Ranhoff (2008), er de vanligste årsakene til akutt funksjonssvikt hos eldre bl.a. infeksjonssykdommer, hjerteinfarkt, hjertesvikt og legemiddelbivirkninger. De vanligste kroniske sykdommene er demens, hjertesvikt, reumatiske sykdommer, syns- og hørselssvikt, psykiske problemer m.fl. (Ranhoff, 2008).

Det er på denne bakgrunnen av stor betydning at det i pleie og behandling av eldre pasienter, ikke fokuseres på enkeltstående diagnoser eller problemer, men på en individuell, helhetlig og koordinert tilnærming (Wyller, 2011; Akner, 2010). Eldre mennesker trenger på grunn av sin spesielle sårbarhet særskilte tilnærmingmåter. Ikke minst er god dokumentasjon ved overføring av eldre pasienter mellom organisatoriske nivåer i helsevesenet viktig (Kirsebom, Wadensten & Hedström, 2013; Olsen & al., 2012; Dunnion & Kelly, 2008; Cavanagh, Burnett & Shearer, 2002).

2.3 Organiseringen av det norske helsesystemet

Ifølge Helsedirektoratet (2014), er helsesystemets viktigste oppgave å levere forebyggende og behandlende helsetjenester. Disse tjenestene leveres gjennom et bredt folkehelsearbeid, og gjennom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Relatert til denne studien, er det primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som er aktuelt å omtale nærmere.

2.3.1 Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten er fundamentet i det norske helsesystemet (Helsedirektoratet, 2008).

Ifølge Norsk Sykepleierforbund [NSF] (2016), blir primærhelsetjenesten også kalt

«førstelinjetjenesten», og er den delen av helsetjenesten som er organisert i kommunene.

Pasient- og brukerombudet (2014), bruker benevnelsen, kommunehelsetjeneste, og påpeker at den består av offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester utenfor sykehusene.

Lovverket pålegger, ifølge Helsedirektoratet (2008), kommunene å sørge for bl.a. fremming av folkehelse og trivsel, og å behandle sykdom, skade eller lyte. De kommunale helsetjenestene omfatter bl.a. allmennpraktiserende leger, helsesøstre, fysio- og ergoterapeuter, og omsorgstjenester som hjemmesykepleie og sykehjem (NSF, 2015). Ifølge Helsedirektoratet (2008), har de kommunale omsorgstjenestene de siste 20-30 årene blitt tildelt ansvar for store oppgaver som spesialisttjenesten tidligere hadde. Det stilles derfor høye krav til kommunenes kompetanse på feltet. Hjemmebaserte omsorgstjenester har hatt en rask utvikling de siste 20-30 årene, og utgjorde i 2008 ca. halvparten av antall årsverk i kommunenes omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2008).

2.3.2 Spesialisthelsetjenesten

Ifølge Pasient- og brukerombudet (2014), omfatter spesialisthelsetjenesten bl.a. offentlige sykehus og institusjoner innen somatikk og psykisk helsevern. Sykehusene ble fra 2002 organisert som statseide helseforetak med 4 regionale helseforetak (Helsedirektoratet, 2008).

Helse Sør-Øst er ett av disse regionale helseforetakene, som igjen står som eier av 11 helseforetak, der Sykehuset i Vestfold [SIV] er ett av disse (Helse Sør-Øst, 2015).

Spesialisthelsetjenesten skal være overordnet politisk styrt, og skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging som krever kompetanse og ressurser, utover det som kommunehelsetjenesten har ansvar for (Helsedirektoratet, 2008).

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon forbindes med sosiale handlinger, om å gjøre noe kjent eller å gjøre noe felles, om å dele og meddele (Thornquist, 2009; Svennevig, 2001). Ved formidling av informasjon bringes opplysninger og beskrivende forklaringer videre. Sletteland (2014) gjengir Gunilla Jarbo sin beskrivelse av informasjon som «selve innholdet i kommunikasjonen» (s. 189).

Ifølge Weihe (1997) deles kommunikasjon vanligvis inn i verbal og nonverbal, der den nonverbale kommunikasjonen omfatter måten vi kommuniserer på gjennom vår atferd, mens den verbale omfatter kommunikasjon med ord.

2.4.1 Skriftlig kommunikasjon

I skriftlig kommunikasjon som sykepleiedokumentasjon, kommuniseres det kun med ord. Weihe (1997) hevder likevel at skriftlig kommunikasjon kan defineres som en egen kommunikasjonsform, som forstås ut fra erfaringer fra både verbal og nonverbal kommunikasjon. Den skiller seg fra verbal kommunikasjon ved at den kan brukes og tolkes mer ukontrollerbart.

Det er også vanlig å skille mellom enveis- og toveiskommunikasjon, der skriftlig kommunikasjon er en type enveiskommunikasjon (Thornquist, 2009; Weihe, 1997). Thornquist (2009) beskriver at i enveiskommunikasjon er avsender- og mottakerrollene fastlåste, slik at deltakerne ikke kan påvirke hverandre. Ulempen med enveiskommunikasjon er derfor at den foregår helt på avsenderens premisser, og man får ingen tilbakemelding på om budskapet er oppfattet (Weihe, 1997).

Siden helsepersonells skriftlige dokumentasjon, som regel blir stående uimotsagt, er det viktig å være bevisst på hva og hvordan man dokumenterer (Thornquist, 2009). Thornquist (2009) og Weihe (1997) framhever at det som dokumenteres må være relevant ut fra sin sammenheng. Thornquist (2009) påpeker også at helsepersonells dokumentasjon må være konsistent og pålitelig. Den må være konsistent ved at konklusjonene som evt. trekkes må henge sammen med resten av innholdet. Dokumentasjonen må også være til å stole på, men ofte legges det for mye vekt på reliabilitet eller pålitelighet og for lite på relevans, fordi det er enklere å dokumentere lett målbare og dermed pålitelige data, uten at det nødvendigvis er relevant for situasjonen (Thornquist, 2009). Weihe (1997) påpeker dessuten at måten det dokumenteres på må vise respekt for pasienten. Det må ikke brukes ord eller uttrykk som kan framstå krenkende.

Thornquist (2009) beskriver at det i skrevne tekster bygges opp mening utelukkende via ord og resonnementer, der meningen ikke går fram av situasjonen, slik den kan gjøre ved tale. Å skrive er derfor tydeliggjørende og intellektuelt skjerpende, fordi det krever at man bygger opp resonnementer og begrunnelser, og det synliggjør våre vurderinger og standpunkter. Uklare tanker og vurderinger blir på den måten lettere avslørt (Thornquist, 2009).

2.5 Dokumentasjon av sykepleie

Ifølge Vabo (2014), handler sykepleiedokumentasjon om å registrere informasjon om den helsehjelpen som pasienten har mottatt, og som eventuelt planlegges videre. Noen av sykepleiedokumentasjonens viktigste formål er at den skal sikre kvalitet og kontinuitet i pleien, den skal være et kommunikasjonsmiddel mellom de som skal hjelpe pasienten, og den kan avspeile vårt sykepleiefaglige perspektiv (Heggdal, 2006).

2.5.1 Historisk og sykepleiefaglig sammenheng

Ifølge Heggdal (2006) var Florence Nightingale den første som konkretiserte hva sykepleie er. Allerede i 1859 beskrev Nightingale, i sin utgivelse, *Håndbok i sykepleie. Hva det er og hva det ikke er*, verdien av at viktig informasjon når fram til de som trenger den for å hjelpe pasienten. Sitat fra norsk oversettelse:

Alle resultater av god sykepleie, slik de er nærmere beskrevet i disse betraktningene, kan ødelegges eller bli sterkt forringet av en svakhet, nemlig av dårlige arbeidsrutiner – eller med andre ord, ved at du ikke klarer å innrette deg slik at det som blir gjort når du er til stede også blir gjort når du ikke er der. Den mest trofaste venn eller sykepleier kan ikke alltid være på pletten. Det er heller ikke noe å trakte etter at det skal være slik. (Nightingale, 1984, s. 41)

Heggdal (2006) beskriver at hvis vi følger Nightingales teori, bør vi i vår sykepleiedokumentasjon holde fokus på nøyaktige observasjoner og definere nøyaktig behovet for sykepleie. I sykepleietiltakene må vi fokusere både på pasientens fysiske, psykososiale og miljømessige forutsetninger, og i evalueringen av våre sykepleietiltak må vi framholde pasientens egne helbredende evner (Heggdal, 2006).

Ifølge Heggdal (2006), tok de senere sykepleieteoretikerne, Virginia Henderson og Dorothea Orem utgangspunkt i grunnleggende, menneskelige behov, og fokuserte på både behov og ressurser, og på assistanse til å dekke behovene. Henderson referert i Heggdal (2006)

identifiserte 14 grunnleggende behov, f.eks. det å puste normalt, å spise og drikke tilstrekkelig, uttrykke sine følelser ved å kommunisere med andre, å bidra til en følelse av selvrespekt m.m. De 14 grunnleggende behovene kan sies å inngå i de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner hos et menneske. Disse grunnleggende behovene danner struktur for funksjonsområdene i sykepleie, og anvendes fortsatt som grunnlag ved utøvelse og dokumentasjon av sykepleie (Heggdal, 2006).

2.5.2 Sykepleiedokumentasjonens innhold og form

Moen (2003) hevder at sykepleiedokumentasjon ofte ikke holder mål. Mange studier bekrefter dette. Kärkkäinen (2005) fant i en litteraturgjennomgang at sykepleiere ikke i tilstrekkelig grad dokumenterer individuell omsorg for den enkelte pasient, men mer ramser opp oppgavene de har utført. Flere andre studier viser også at sykepleiedokumentasjon kan være ufullstendig og unøyaktig (Broderick & Coffey, 2013; Inan & Dinc, 2013; Voyer, Cole, McCusker, St-Jacques & LaPlante, 2008). Som tidligere beskrevet, er det også funnet mangler i sykepleiernes dokumentasjon når pasienter utskrives fra sykehus til kommunale tjenester (Olsen & al, 2012; Naustdal & Nettelund, 2012; Dunnion & Kelly, 2008; Sackley & Pound, 2002).

Sykepleieres nøyaktige og grundige nedtegnelser av observasjoner, vurderinger og handlinger har siden Nightingales tid vært viktig for gjennomføring av god sykepleie (Vabo, 2014). Fowler (2014) definerer i en rekke fagartikler om sykepleiedokumentasjon, fem hovedpunkter som forutsetninger for å utføre god skriftlig kommunikasjon i sykepleie. Disse er (1) klarhet, (2) presisjon, (3) sjargong/spesialisert språkbruk, (4) kortfattethet og (5) presentasjon.

Klarhet i den skrevne teksten innebærer at man på forhånd har klargjort for seg selv hva som er hovedbudskapet, og så beskriver dette, mens presisjon har likhetstrekk med klarhet, men innebærer ofte målbare data. Dette kan redusere risikoen for misforståelser (Fowler, 2014). Thornquist (2009) påpeker betydningen av at man i en fagtekst beskriver det man observerer, med nøytrale faguttrykk, og ikke med sin egen tolkning av pasientens situasjon. Samtidig hevder Thornquist (2009) at økende bruk av skrevne pasientjournaler kan medføre en for «faktaorientert, saklig og formell stil», som i for liten grad tar menneskelige og sosiale hensyn.

Fowlers (2014) tredje hovedpunkt er å unngå sjargong eller spesialisert språkbruk hvis det er mulig. Også Thornquist (2009) påpeker viktigheten av at dokumentasjonen ikke inneholder

faguttrykk eller forkortelser som er uforståelige for den som skal lese, mens Weihe (1997) hevder at bruken av fagspråk må tilpasses de som kommunikasjonen er ment for. Fowlers (2014) fjerde hovedpunkt er å skrive så kortfattet som mulig, noe som vil være tidsbesparende både for den som skriver og den som leser. Det femte og siste hovedpunkt i Fowlers (2014) framstilling er måten den skriftlige kommunikasjonen er presentert på. Presentasjonen bør gi leseren et inntrykk av struktur, for lettere å kunne finne fram i dataene, f.eks. ved hjelp av overskrifter, kulepunkter, nummerering og avsnitt.

2.5.3 Sykepleieprosessen

Ifølge Heggdal (2006) og NSFID (2007), er sykepleieprosessen som problemløsende metode et godt rammeverk for å strukturere sykepleiedokumentasjonen.

Sykepleieprosessen ble først utviklet på 1950-tallet (Vabo, 2014). Ifølge Heggdal (2006), er sykepleieprosessen en teori som beskriver sykepleie som både en problemløsende metode og en mellommenneskelig prosess. Hensikten med sykepleieprosessen er å rette oppmerksomheten mer mot pasientens reaksjon på sykdom enn mot medisinske diagnoser. Ifølge Heggdal (2006), beskriver sykepleieprosessen som mellommenneskelig prosess, samspillet mellom pasient og sykepleier, og sykepleierens dynamiske pasientvurdering i f.eks. pleiesituasjoner. Som problemløsende metode er sykepleieprosessen mer lineær og konkret, og er det framtrepende aspektet i dokumentasjonsarbeidet.

Yura & Walsh referert i Heggdal (2006) gir en definisjon av sykepleieprosessen, som oppfattes som hensiktsmessig med tanke på dokumentasjon av sykepleie:

«Sykepleieprosessen er en ordnet, systematisk måte å finne fram til pasientens problemer, planlegge løsningen av dem, iverksette planen samt å evaluere i hvilken grad planleggingen har vært effektiv for å løse det aktuelle problem» (s. 65).

Sykepleieprosessen som problemløsende metode blir, ifølge Heggdal (2006), ofte framstilt i fire eller fem faser, mens Vabo (2014) beskriver sykepleieprosessen i følgende faser: (1) datainnsamling og kartlegging av ressurser og problem, (2) definering av problem relatert til behandling, (3) definering av mål for behandling eller problemløsning, (4) iverksetting av tiltak for å løse problemet, (4) evaluering av tiltakene. Ifølge Heggdal (2006), er dette en skjematisk framstilling, og i praktisk utførelse av sykepleie er det ikke nødvendigvis slik at fasene logisk følger hverandre som framstilt her. Sykepleieprosessen gir likevel en god

ramme for å strukturere sykepleiedokumentasjonen (Heggdal, 2006), og danner utgangspunkt for pasientens behandlingsplan (Vabo, 2014).

2.5.4 VIPS

Ehnfors, Ekstrand & Ehrenberg (2000) har i sitt arbeid for å utvikle kriterier og retningslinjer for dokumentasjon av sykepleie kommet fram til begrepene, velbefinnende, integritet, profylakse og sikkerhet, forkortet til VIPS. Disse begrepene er identifisert som hovedmål for utøvelse og dokumentasjon av sykepleie. Ehnfors, Ekstrand & Ehrenberg (2000) har derfor utviklet en modell for sykepleiedokumentasjon med disse målene som en integrert del.

Velbefinnende eller helse blir i sykepleieteorien ofte brukt synonymt med begrepet, livskvalitet, og kan være et aktuelt mål for sykepleie, også der fravær av sykdom ikke lenger er et realistisk mål (Heggdal, 2006). *Integritet* og verdighet er det andre hovedmålet i VIPS-modellen, og innebærer at sykepleieren bidrar til å gjenopprette pasientens opplevelse av helhet og sammenheng både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig ved sykdom og funksjonstap (Heggdal, 2006). Det tredje hovedmålet, *profylakse*, innebærer å kunne forutse og iverksette tiltak også med tanke på potensielle, framtidige problemer (Heggdal, 2006). Det fjerde hovedmålet, *sikkerhet*, innebærer sikkerhet i forhold til både praktiske, tekniske og mellommenneskelige aspekter i en situasjon der sykepleie blir utøvd (Heggdal, 2006). Ifølge Vabo (2014) er VIPS-modellen forankret i sykepleieprosessen.

2.5.5 Formelle krav til sykepleiedokumentasjon i Norge

Ifølge NSFID (2007), er det flere lover og forskrifter som har betydning for samhandling og dokumentasjon i helsetjenesten. Helsepersonelloven (1999), Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Forskrift om pasientjournal (2000), anses for å være de viktigste lovene/forskriften som regulerer sykepleieres plikt til dokumentasjon (NSFID, 2007). Mens Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) bestemmer pasientens rettigheter i forhold til innholdet i dokumentasjonen, innsynsrett m.m., fastslår Helsepersonelloven (1999) at helsepersonell som yter selvstendig helsehjelp har plikt til å føre journal. Ved en bokstavelig forståelse kan dette tolkes som at sykepleiere kun har dokumentasjonsplikt med henblikk på helt uavhengige vurderinger og oppgaver. Ifølge Moen (2003), er det i praksis likevel slik at sykepleiere også dokumenterer samarbeidende og/eller delegerte oppgaver. Som regel gjøres dette for å sikre kontinuitet og formidling av nødvendige opplysninger, og det er ikke aktuelt å avgrense sykepleiedokumentasjon til kun å gjelde den helt uavhengige helsehjelpen (Moen, 2003).

I Helsepersonelloven (1999) står det bl.a. at pasientjournalen skal inneholde «relevante og nødvendige» opplysninger om pasienten og helsehjelpen (§ 40). Forskrift om pasientjournal (2000) er hjemlet i bl.a. Helsepersonelloven, og inneholder detaljerte bestemmelser om helsepersonells dokumentasjonsplikt. I § 8 omtales det bl.a. at opplysninger om bakgrunn for innleggelse, diagnose og behandling som er gitt, status ved utskrivelse og all informasjonsutveksling med annet helsepersonell skal dokumenteres ved utskrivelse. I § 9 fastslås det at epikrise skal sendes det helsepersonell som trenger opplysningene ved utskriving (Forskrift om pasientjournal, 2000).

2.5.6 Faglige standarder for sykepleiedokumentasjon

Ifølge Moen (2003) har sykepleiere tradisjonelt dokumentert i fritekst, i en fortellende stil med et uformelt og muntlig språk. Dette har i seg selv ikke vært galt, men den uformelle og dagligdagse formen har ofte medført et unøyaktig språk som har kunnet resultere i forvirring og misforståelser (Moen, 2003). NSFID (2007) påpeker at struktureringen av skriftlig dokumentasjon er nødvendig for å ivareta systematikken, mens pasientperspektivet i sykepleiedokumentasjonen må komme fram ved gjengivelse av pasientens ønsker og kommentarer. For å forbedre sykepleiedokumentasjonen har det de senere årene utført flere tiltak (Moen, 2003).

Klassifikasjonssystemer. Siden min studie utgår fra SIV, som benytter klassifikasjonssystemene, NANDA og NIC i sitt dokumentasjonssystem, er det disse som vil bli nærmere beskrevet her. I tillegg vil veiledende behandlingsplaner bli beskrevet, siden det er en viktig faktor i dokumentasjonsarbeidet for pleiepersonalet ved SIV. Ifølge Vabo (2014), har det gjennom flere tiår vært arbeidet med klassifikasjonssystemer for å forbedre sykepleiedokumentasjon. Målet har vært å forenkle og å komme fram til en felles terminologi eller standardiserte begreper som er spesifikke for sykepleiefaget. Det er utviklet flere klassifikasjonssystemer til bruk i sykepleiedokumentasjonen, og som er utarbeidet på grunnlag av omfattende forskning. Klassifikasjonssystemene er bygd opp som et hierarkisk system, kalt taksonomi, som beskriver hvert sykepleieproblem, hvert mål og tiltak i minst tre ulike nivåer. Det overordnede nivået kalles *domene*, det andre *klasse* og det tredje kalles *begrep* (Vabo, 2014).

NANDA er et akronym for North American Nursing Diagnosis Association, og er et kodeverk og et klassifikasjonssystem for sykepleiediagnoser, dvs. det definerer problem/behov i

sykepleieprosessen (Vabo, 2014). Sykepleiediagnosene er begreper som beskriver aktuelle og potensielle helseproblemer for pasienter, familie og samfunn. I taksonomien ligger den konkrete sykepleiediagnosen eller pasientens problem/behov på det tredje nivået eller begrepsnivået (Vabo, 2014).

NOC er, ifølge Vabo (2014), et akronym for Nursing Intervention Classification. En intervensjon defineres av Vabo (2014) som «aktiviteter sykepleieren foretrekker å bruke for å assistere pasientens respons i forhold til å bevege seg mot et ønsket mål» (s.163). Ifølge Vabo (2014) har intervensjonene blitt valgt ut på bakgrunn av forslag fra ulike kilder. Disse har så blitt faglig vurdert av sykepleiere fra praksisfeltet, og har deretter blitt foredlet og gitt navn. Prosessen har tatt ti år, og blir oppdatert hvert fjerde år (Vabo, 2014).

Veiledende behandlingsplaner er forhåndsdefinerte oversikter over sannsynlige sykepleiediagnoser/problemer og relevante sykepleietiltak/forordninger for en pasientkategori (Vabo, 2014). Disse forhåndsdefinerte behandlingsplanene kan være til hjelp i dokumentasjonsarbeidet, men det er avgjørende at behandlingsplanen blir individuelt tilpasset den enkelte pasient (Vabo, 2014). Ifølge Heggdal (2006), bør dataprogrammer for sykepleiedokumentasjon være så fleksible at det er mulig å hente inn aktuelle deler av en veiledende behandlingsplan, samtidig som det kan tilføyes fritekst tilpasset den enkelte pasient. Dokumentasjonen bør skreddersys den enkelte pasient ved å kombinere klassifikasjon og fritekst (Heggdal, 2006; Moen, 2003). Ved SIV, som benytter DIPS elektronisk pasientjournal, benyttes standardiserte begreper fra NANDA og NIC for utarbeidelse av veiledende behandlingsplaner (Helse Sør-Øst, 2012).

Nasjonale standarder. Det har blitt lagt flere føringer for mer strukturert sykepleiedokumentasjon i forbindelse med innføring av elektronisk pasientjournal [EPJ]. I den sammenheng er det utarbeidet en rekke nasjonale standarder og kravspesifikasjoner (NSFID, 2007). Det ble utarbeidet en egen EPJ-standard på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet i 2001, som senere har blitt revidert (Helsedirektoratet, 2015). Det er også utarbeidet en egen kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie i pasientjournal (NSFID, 2007; KITH, 2003a). Denne kravspesifikasjonen stiller krav til at sykepleiedokumentasjon er strukturert etter sykepleieprosessen, inkludert krav til oversikt over pasientens ressurser/behov/problemer, sykepleiemål, sykepleietiltak og evaluering (NSFID, 2007; KITH, 2003a). I tillegg til NSFID (2007) sin egen veileder for dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal, har også KITH (2003b) utarbeidet veileder for

elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Norsk Sykepleierforbund oppfordrer på sine nettsider til å bruke veilederen fra KITH (2003b) i sammenheng med NSFID (2007) sin veileder.

2.5.7 Sykepleiesammenfatning

I Forskrift om pasientjournal (2001) beskrives det bl.a. at en skriftlig sammenfatning av journalopplysninger skal sendes det helsepersonell som trenger det, og pasientjournalen skal inneholde opplysninger om bakgrunn for gitt helsehjelp, om pågående behandling, beskrivelse av pasientens tilstand ved innleggelse og utskriving, og om evt. plan for videre oppfølging.

Ifølge NSFID (2007), er en sykepleiesammenfatning en skriftlig oppsummering av helsehjelpen gitt av sykepleier under et opphold i helseinstitusjon. Sykepleiesammenfatningen skal formidle gyldig og relevant pasientinformasjon og være et redskap for de som skal følge opp pasienten etter utskrivelse.

Ifølge Heggdal (2006) skal sykepleiesammenfatningen inneholde opplysninger om pasientens situasjon og funksjonsnivå fra innkomst til utreise, om bakgrunn for innleggelse, hvilke problemer som er registrert, tiltak som er iverksatt, og effekten av disse. Tilstand og funksjonsnivå ved utreise og nødvendig oppfølging av problem og tiltak skal også være beskrevet.

Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand (2000) anbefaler i sin VIPS-modell at sykepleiesammenfatningen bør inneholde fire hovedaspekter; sykepleien som er gitt under innleggelsen, endringer i pasientens tilstand under innleggelsen, pasientens tilstand ved utskrivelse og antatt behov for videre oppfølging. De presiserer at pasienter med kommunikasjonsproblemer, må vies spesiell oppmerksomhet, fordi disse pasientene ikke selv kan redegjøre for sine behov eller problemer. Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand (2000) påpeker at sykepleiesammenfatningen bør være kort og konsis, og den stiller krav til overblikk og analyse av sykepleien som er gitt under innleggelsen. Ideelt sett bør en sykepleier som kjenner pasienten skrive sykepleiesammenfatningen.

2.5.8 Sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal og DIPS

De aller fleste helseinstitusjoner og kommuner har nå innført elektronisk pasientjournal [EPJ], og det er sannsynlig at all pasientdokumentasjon i framtiden vil gjøres elektronisk (Vabo, 2014). I EPJ Standard (Helsedirektoratet, 2015) defineres den elektroniske pasientjournalen

som «en elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp».

Min studie bygger på sykepleiesammenfatninger skrevet ved SIV. SIV er del av Helse Sør-Øst RHF, som benytter DIPS Elektronisk Pasientjournal som dokumentasjonssystem (Helse Sør-Øst, 2012). DIPS er akronym for Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem, og ble opprinnelig utviklet ved Nordland sykehus fra 1987, for å dekke behovet for et enkelt og brukervennlig system til bruk på vanlig pc i et nettverk (Vabo, 2014).

Datasystemet i DIPS er bygd opp slik at det inneholder funksjoner som sykepleiere trenger for å ivareta sitt arbeid med pasienter (Vabo, 2014). Det finnes derfor en egen dokumentgruppe i pasientjournalen, som er tilpasset sykepleiernes kontinuerlige dokumentasjon, og som inngår i pasientens totale journal. En av dokumenttypene som sykepleierne benytter i dette systemet er sykepleiesammenfatning (vedlegg nr. 1), en annen kan være daglig notat/evaluering eller kartleggingsnotat. Innenfor dette systemet kan sykepleiere også utarbeide en behandlingsplan ved å registrere elementer som behandlingsplandiagnoser, behandlingsplanmål eller behandlingsplantiltak (Vabo, 2014). En viktig funksjon ved utarbeidelse av pasientens behandlingsplan er de predefinerte veiledende behandlingsplanene, som benyttes for å hente inn aktuelle diagnoser og tiltak, og som kan individuelt tilpasses den enkelte pasient med tilføyelser i fritekst (Vabo 2014). Behandlingsplanen er en viktig kilde til opplysninger når sykepleiesammenfatningen skrives.

DIPS benytter sykepleiens funksjonsområder som bærende struktur for sykepleiedokumentasjonen (Helse Sør-Øst, 2012). Dette skal sikre helhet, bidra til oversiktighet, gjøre det enklere å gjenfinne informasjon og vise sammenhenger mellom evalueringer/vurderinger og endringer i pleieplanen. Det benyttes 12 funksjonsområder for dokumentasjon av sykepleie i DIPS. Funksjonsområdene er inspirert av sykepleieteoretikerne, Henderson og Orem (Helse Sør-Øst, 2012), og er, ifølge rådgiver Lindberg ved Sykepleieavdeling ved SIV, inspirert av VIPS-modellen. I sykepleiesammenfatningen, ligger funksjonsområdene predefinert i dokumentet (vedlegg nr. 1). De danner struktur på dokumentet, og kan fylles ut med ønsket fritekst.

2.6 Nytte og etikk

Sykepleiesammenfatninger har bl.a. til hensikt å være til anvendelse eller nytte for de sykepleierne som skal hjelpe pasienten videre (NSFID, 2007), og de skal bidra til å sikre

kvalitet i omsorgen (Heggdal, 2006). Det synes derfor hensiktsmessig å se litt nærmere på begrepet, nytte, men i en etisk sammenheng, da dette temaet vil bli drøftet i diskusjonskapitlet.

Nytte assosieres i dagliglivet gjerne med å være til hjelp eller gagn. I den nettbaserte ordboken, «Norske synonymer», likestilles substantivet, nytte, med bl.a. «gagn», «tjeneste» og «hjelp». I «Stor norsk-engelsk» nettbasert ordbok defineres nytte som «benefit», «use» eller «usefulness», mens det engelske substantivet, utility, defineres som «anvendbarhet», «nytte» eller «brukbarhet».

Ifølge Nyeng (1999), kan begrepet nytte knyttes opp mot konsekvensetisk tenkning. Nyeng (1999) beskriver tre grunnleggende kjennetegn ved en konsekvensetisk tenkemåte; 1) fokusering på *handlinger*, 2) hevdelse av en *konsekvensialistisk grunnregel*, som betyr at en god handling er en handling som fører til gode konsekvenser og 3) en bestemt *verdilære*, som innebærer at man både må vite hva som regnes som gode konsekvenser, dvs. hvilke egenskaper en konsekvens har, slik at den blir verdt å etterstrebe, og det må finnes kunnskap om på hvilken måte en kan begrense hvem konsekvensene skal beregnes for (Nyeng, 1999). Nyeng (1999) definerer følgende grunnregel for all konsekvensetikk: «En riktig handling er en handling som frembringer gode konsekvenser» (s. 38). Videre for en gitt situasjon: «Den beste handling er den som frembringer mer godt eller mindre ondt enn alternative handlinger» (s. 38).

Utilitarisme er, ifølge Nyeng (1999), en sentral retning innenfor konsekvensetisk teori, som fokuserer på nytteverdien av handlinger eller regler. Ifølge Nyeng (1999), bedømmer utilitarismen handlinger ut fra følgene de får, av hvor mye godt handlingene kan frambringe for menneskers nytte eller velferd, mens, ifølge Smart (2005), er utilitarismen en etisk teori som definerer en etisk riktig handling, som den handling som har best konsekvenser, samlet sett, for alle berørte parter. Slettebø (2006) påpeker f.eks. at helsearbeidere har en forpliktelse til å maksimere verdien av behandling og pleie for alle personer med behov for helsehjelp. Slike «maksimeringsverdier» har også betydning for konsekvensene av det en som helsearbeider *ikke* gjør eller *unnlater* å gjøre, for å maksimere verdien av helsetjenester Slettebø (2006). Innenfor utilitarismen kan det settes opp kalkyler for beregning av den mest riktige handling, noe som kan synes merkelig, men som har, og har hatt innvirkning på f.eks. samfunnssyn og politiske beslutninger (Nyeng, 1999).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det definert prinsipper som skal være et etisk fundament for sykepleie. Relatert til forholdet sykepleier – pasient står det bl. a. at «sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom», «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg», «sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» og «sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død» (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011, s. 8-9). Videre står det, relatert til forholdet sykepleier – pårørende at «sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt» (NSF, s. 9). Relatert til forholdet sykepleier - medarbeidere står det at sykepleiere «viser respekt for kollegers og andres arbeid» og «sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten» (NSF, s. 9). Dette er altså en del av det etiske fundamentet for all sykepleiepraksis. Det kan derfor hevdes at sykepleiedokumentasjon, inkludert sykepleiesammenfatninger, også skal bidra til å oppfylle disse etiske prinsippene.

KAPITTEL 3 METODE OG METODOLOGI

Begrepet, metode, benyttes i forskningen om de framgangsmåtene som anvendes for å samle inn, bearbeide og tolke nødvendige data i en studie (Thornquist, 2003). Ifølge Halvorsen (2008), er dette en systematisk måte å undersøke virkeligheten på, og den metoden som benyttes vil være med på å avgjøre hva som vektlegges i de innsamlede dataene. Metodologi er, ifølge Halvorsen (2008), de prinsipielle tenkemåtene som ligger bak anvendelsen av de ulike metoder og forskningsopplegg.

3.1 Design

Design beskrives av Lerdal (2009) som det mer overordnede begrepet for gjennomføringen av et forskningsprosjekt. Det er derfor et sammensatt begrep, og inneholder bl.a. den grunnleggende vitenskapsfilosofiske forståelsen eller epistemologiske antagelsen. Designet omfatter formen på hele prosjektopplegget, der bl.a. mål, metode og utvelging av deltakere inngår (Lerdal, 2009; Halvorsen, 2008). Design kan dessuten defineres med utgangspunkt i studiens formål, som f.eks. eksplorative eller beskrivende formål (Kvale & Brinkmann, 2009; Halvorsen 2008). Siden formålet i denne studien er utforskende og tildels beskrivende, vil det her bli brukt et eksplorativt og beskrivende design. Dette vil prege valg av opplegg gjennom hele prosjektet.

3.1.1 Kunnskapsforståelse

Kunnskapsforståelse eller epistemologi er, ifølge Thornquist (2003), den grunnleggende antagelsen om hva kunnskap er. I denne studien vil den hermeneutiske og fenomenologiske kunnskapsforståelsen danne det vitenskapsfilosofiske grunnlaget. Dette støttes av Kvale & Brinkmann (2009), som beskriver at den vitenskapsfilosofiske kunnskapsforståelsen i kvalitativ forskning kan være hermeneutisk og/eller fenomenologisk.

I fenomenologisk kunnskapsforståelse, legges det vekt på rene beskrivelser av hvordan mennesker opplever sine omgivelser og erfaringer, med stort fokus på bevissthet og presise skildringer (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien vil det bli lagt vekt på hjemmesykepleiens sykepleiere sine konkrete beskrivelser av egne erfaringer med sykepleiesammenfatninger. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) søker fenomenologien i kvalitativ forskning å forstå fenomener ut fra deltakernes egne perspektiver og slik få et innblikk i deres livsverden.

Hermeneutikk er en kunnskapsforståelse som handler om hva forståelse er, hvordan forståelse kan oppnås og vilkårene for hvordan forståelse kan oppnås (Eilertsen, 2000; Thornquist 2003). Kvale & Brinkmann (2009), beskriver at fortolkning av mening er sentralt i hermeneutikken. Målet er at det kan oppnås forståelse som er gyldig og allmenn (Kvale & Brinkmann, 2009).

Den hermeneutisk- fenomenologiske kunnskapsforståelsen danner grunnlag i denne studien, fordi den bærer i seg muligheter til innsikt i intervjuetekster. Forhåpentligvis kan dette bidra til forståelse av hva som skal til for at sykepleiesammenfatninger kan være et verktøy. Vilårene for å oppnå denne forståelsen vil bl.a. å være avhengig av eget kunnskapsgrunnlag, erfaring, hvem som deltar i intervjuene, av formen og framføringen av spørsmålene.

3.2 Kvalitativ forskningsmetode

Malterud (2011) beskriver at kvalitative metoder kan anvendes for å skaffe kunnskap om menneskelige erfaringer, opplevelser og tanker. Halvorsen (2008) påpeker at resultatene i kvalitativ forskning kan gjengis i tekst eller verbale utsagn og ikke i målbare enheter. Da denne studien har til hensikt å kartlegge og beskrive menneskelige erfaringer, vil det her bli brukt kvalitativ forskningsmetode.

Ifølge Malterud (2011), kan den kvalitative forskningsmetoden bl.a. gjøre det mulig å etterspørre mening, betydning og nyanser av hendelser og erfaringer, og de kan styrke forståelsen av menneskelig atferd. Videre beskriver Malterud (2011) at kvalitative metoder kan være nyttige der problemstillingen er kompleks, og det er nødvendig å være åpen for flere ulike svaralternativer. Sykepleiere sine erfaringer med sykepleiesammenfatninger skal kartlegges og beskrives i dette prosjektet. Det vil derfor bli innhentet tekstdata ved hjelp av intervju med sykepleiere i hjemmesykepleien. Dataene vil deretter bli systematisk bearbeidet og tolket, etter modell fra en kvalitativ analyseform. Det vil videre bli forsøkt å utvikle resultater i form av f.eks. nye beskrivelser, noe den kvalitative forskningsmetoden gir grunnlag for (Malterud, 2011).

3.3 Kvalitative forskningsintervju

Malterud (2011) beskriver at det innenfor kvalitativ forskning finnes flere framgangsmåter for å oppnå ny kunnskap, men for å skaffe direkte innsyn i menneskers erfaringer, kan det være

en god strategi å samtale med mennesker. Det er på dette grunnlaget valgt kvalitative forskningsintervjuer som metode i dette prosjektet. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009), ligner det kvalitative forskningsintervjuet på en dagligdags samtale, men baserer seg samtidig på metode og struktur. Denne intervjuformen kalles også semistrukturerte intervju (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011).

3.3.1 Livsverden

Kvale & Brinkmann (2009) framhever at det kvalitative forskningsintervjuet har til hensikt å forstå verden ut fra intervjupersonenes perspektiv. Livsverden og mening er to sentrale aspekter ved det kvalitative forskningsintervjuet. Spradley ref. i Kvale & Brinkmann (2009) beskriver at man i et livsverdenintervju bl.a. søker å forstå verden ut fra den andres synspunkt, å få vite hva den andre vet, å forstå betydningen av den andres opplevelser, å føle slik den andre føler. Siden hensikten i denne studien er å kartlegge og beskrive sykepleieres erfaringer med sykepleiesammenfatninger ut fra deres egne beskrivelser, anses det hensiktsmessig å benytte kvalitative forskningsintervju, med fokus på å fange opp intervjupersonenes hverdag og opplevelser på bakgrunn av deres egne ord.

3.3.2 Rekruttering og utvalg

Ifølge Malterud (2011) er det utvalget som danner grunnlag for hva vi kan si noe om, og man må ha tenkt gjennom utvalgets relevans for å få belyst problemstillingen. Problemstilling, forforståelse og teoretisk referanseramme, vil være bestemmende for hensyn en må ta for å komme fram til best mulig utvalg (Malterud, 2011). Kjennetegn ved utvalget vil kunne påvirke våre tolkninger og funn, og det er avgjørende at vi har bevissthet rundt dette. Utvalget har betydning for funnernes pålitelighet og overførbarhet til andre sammenhenger, slik at det kan oppnås en mer allmenn gyldighet for resultatene (Malterud, 2011). Malterud (2011) beskriver videre at informasjonsrikdom i utvalget er av stor betydning. Det er derfor nødvendig med et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg skal være sammensatt slik at materialet som framkommer blir tilstrekkelig rikt og variert, i både bredde og dybde, og har best mulige forutsetninger for å kunne belyse de spørsmålene vi søker svar på i problemstillingen (Malterud, 2011).

I denne studien var tanken å intervju ti sykepleiere fra hjemmesykepleien i en kommune i mitt hjemfylke. Åtte intervju ble likevel vurdert som tilstrekkelig, ut fra mangfoldet og innholdet i intervjuene. Erfaringsmessig trenger mange eldre pasienter hjemmesykepleie etter

et sykehusopphold, og det er derfor stor sannsynlighet for at sykepleiere fra hjemmesykepleien vil ha erfaringer med å lese sykepleiesammenfatninger som omhandler eldre pasienter. Intervjuene er utført etter avtale med avdelingsleder på informantenes arbeidssted og i informantenes arbeidstid. Intervjuene er tatt opp på lydfil.

Før gjennomføringen av intervjuene, ble en overordnet kontaktperson i helse- og omsorgsetaten i den aktuelle kommunen kontaktet. Denne kontaktpersonen sendte forespørsel til hjemmesykepleiens avdelingsledere pr. e-post. Kun en av avdelingslederne responderte på henvendelsen. Hun ble deretter kontaktet pr. telefon, og det ble avtalt å gjøre intervju med fire sykepleiere i hennes avdeling. Videre ble en annen avdelingsleder kontaktet direkte pr. telefon, som igjen formidlet kontakt med ytterligere en avdelingsleder. Fra disse to avdelingene ble det rekruttert fire deltakere. Inklusjonskriterier for deltakerne var at de måtte være offentlig godkjente sykepleiere, at de var ansatt i kommunens hjemmesykepleie og at de arbeidet pasientnært. To av intervjupersonene var ansatt i mer overordnede stillinger som innebar mer administrativt arbeid i form av å organisere arbeidsoppgavene i avdelingen. De hadde blant annet ansvar for å utarbeide arbeidslister med oversikt over oppdrag ved hvert pasientbesøk. De leste alltid dokumentasjonen som følger pasienter som kommer hjem fra sykehuset, og hadde et overordnet ansvar for at nye tiltak fra f.eks. lege eller sykehus ble satt i system. De var som regel ute på rene pleieoppgaver kun når de hadde helgevakt. De seks andre informantene hadde ordinære sykepleierstillinger, som innebar både pleieoppgaver og pasientdokumentasjon. Disse sykepleierne hadde også oppfølgingsansvar for sine pasienter, men ikke på et overordnet nivå.

3.3.3 Intervju og intervjuguide

I dette prosjektet er det utført semistrukturerte dybdeintervju med en og en intervjuperson. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009), kan intervjuene ha en viss struktur, men samtidig et uformelt preg. Strukturen er derfor i liten grad planlagt. Intervjueren kan på den måten stille mer spontane oppfølgingsspørsmål angående området som skal kartlegges, for derigjennom å søke ny kunnskap og nye innfallsvinkler (Kvale & Brinkmann, 2009). For likevel å opprettholde mål og en viss struktur i intervjuet er det vanlig å utarbeide en intervjuguide på forhånd (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). På bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål, er det derfor utarbeidet en intervjuguide også for dette prosjektet (vedlegg nr. 2). Målet med intervjuguiden er å oppnå best mulig innsikt i hvordan kommunens sykepleiere erfarer sykepleiesammenfatninger fra sykehuset.

Intervjuguiden (vedlegg nr. 2) er utarbeidet med noen hovedtemaer, med tilhørende forslag til spørsmål, som kan tenkes å åpne for spontane svar og beskrivelser. Kvale & Brinkmann (2009) beskriver at intervjuguiden kan strukturere intervjuforløpet mer eller mindre stramt. Ifølge Drageset & Ellingsen (2010) skal intervjuguiden belyse studiens spørsmål fra ulike vinkler, og ta hensyn til både relevansen for problemstillingen og dynamikken for intervjusituasjonen. Kvale & Brinkmann (2009) deler intervjspørsmål inn i tematiske og dynamiske spørsmål, der de tematiske spørsmålene relateres til hva som skal undersøkes i studien, mens dynamiske spørsmål relateres til hvordan intervjuet forløper.

Intervjspørsmålene skal holde samtalen i gang, og samtidig stimulere intervjupersonene til å snakke om opplevelser og følelser (Drageset & Ellingsen, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). Spørsmålene bør som regel ha en deskriptiv form med hva- og hvordan-spørsmål (Drageset & Ellingsen, 2010).

Intervjuguiden er her ment å være til hjelp ved gjennomføringen av intervjuene, for å holde fokus på de temaene som skal undersøkes, samtidig som den skal hjelpe intervjupersonene til å fortelle mest mulig fritt om sine erfaringer. I dette prosjektet er hovedtemaene i intervjuguiden valgt ut fra et ønske om å kartlegge og beskrive innholdet i sykepleiesammenfatningene, og å finne ut om innholdet i sykepleiesammenfatningene får anvendelse ute i hjemmesykepleiens praksis, mens de tilhørende spørsmålene i stor grad er ment å åpne opp, der intervjupersonene ikke har så mange spontane tanker og synspunkter rundt temaet.

I selve intervjusituasjonen er intervjuene blitt introdusert med en kort presentasjon av meg selv, min egen bakgrunn og bakgrunnen for selve studien. Det har videre blitt informert om at all informasjon vil bli konfidensielt behandlet, og at intervjuene blir tatt opp på lydfil, som senere vil bli slettet. Denne informasjonen har også blitt formidlet skriftlig i forbindelse med rekruttering av deltakere (vedlegg nr. 3). Intervjupersonene har også blitt bedt om å underskrive på et skjema for informert samtykke før selve intervjuet startet og opptakeren blir satt på (vedlegg nr. 5).

Under gjennomføringen har tiden for hvert intervju variert fra 37 til 61 minutter.

Intervjuforløpene har variert med i hvor stor grad intervjupersonene har gitt spontane fortellinger. Intervjuene er innledet med et forsøk på å få intervjupersonene til å gi en beskrivelse av hovedinntrykket siste gang de mottok en pasient fra sykehuset. Alle intervjupersonene har hatt erfaringer med å lese sykepleiesammenfatninger, men ikke alle har gjort seg opp like mange meninger om innholdet i dem.

3.3.4 Transkripsjon

Kvale & Brinkmann (2009) definerer transkripsjon som «en konkret omdanning fra muntlig samtale til skriftlig tekst» (s. 92). Dette er nødvendig for å gjøre intervjusamtalen tilgjengelig for analyse (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Både Kvale & Brinkmann (2009) og Malterud (2011) understreker betydningen av å være oppmerksom på at den transkriberte teksten bare er en tekst og ikke selve virkeligheten, og at muntlig språk og skriftspråk kan framstå svært ulikt.

Tekstene i dette prosjektet er også transkribert fra muntlig intervjusamtale til skriftlig tekst.

Intervjutekstene var tatt opp på lydfil, og er transkribert av intervjueren selv.

Transkripsjonsarbeidet har vært tidkrevende. Det anslås at det i gjennomsnitt er brukt minst en time på ca åtte minutters tale. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009), er det ingen standardregler for hvordan en transkripsjon skal utføres, men det er nødvendig å foreta noen valg, og ett av dem er om intervjuene bør nedskrives ordrett med alle detaljer. Dette avhenger av hva transkripsjonene skal brukes til (Kvale & Brinkmann, 2009). Siden tekstene i denne studien skal tjene som letteste tekster, som det kan hentes ut mening fra, er ikke alle detaljer som pauser, følelsesuttrykk og intonasjonsendringer tatt med i transkripsjonen. Tekstene er likevel skrevet mest mulig ordrett, men det er tilstrebet at de skal fange opp det intervjupersonene har ønsket å formidle. Dette anses å være mulig, ettersom transkripsjonen er utført av intervjueren selv, som kan huske sammenhenger og meninger fra intervjuene. Det støttes av Malterud (2011), som påpeker at dette er en av flere fordeler ved selv å utføre transkripsjonene. En annen fordel er den tidlige tilgangen intervjueren har til tekstene. Dette kan gjøre det lettere å bli kjent med tekstene, og kan gi opphav til nye refleksjoner og utgjøre begynnelsen på analysearbeidet.

Under transkripsjonen har det vist seg at noen sekvenser har vært vanskeligere å høre enn andre, men ved hjelp av gjentatte lyttinger, har det blitt mulig å oppfatte det som har blitt sagt. Likevel har noen ord vært spesielt vanskelige å høre. Disse setningene har til slutt blitt utelatt fra den skrevne teksten, da dette anses som riktigere å gjøre, enn å prøve å f.eks. gjette ordene. Under transkripsjonen ble det også tydelig at det i et par av tekstene forekom materiale som hadde liten betydning for tema i prosjektet. Malterud (2011) beskriver at et intervju kan inneholde «dødt materiale» (s. 78), som bl.a. kan komme av at intervjueren har et for uklart forhold til egen problemstilling. Det kan være tilfelle i dette prosjektet, men i vel så

stor grad har det spilt en rolle å la intervjupersonene få snakke ferdig om beslektede tema som opptar dem, for så å dreie samtalen tilbake til det som skal være hovedfokus.

Malterud (2011) påpeker at utsagn som muntlig framstår passende, kan bli upassende eller ufullstendige i den skriftlige utgaven, og det er ikke sikkert at det som ble sagt og hørt i den opprinnelige situasjonen, kommer fram i den skriftlige utgaven. Malterud (2011) framhever i denne forbindelsen viktigheten av å være oppmerksom på at intervjupersonene ikke blir latterliggjort. Transkripsjonen kan, ifølge Malterud (2011), også innebære spørsmål om reliabilitet og validitet. En ordrett gjengivelse av teksten kan ved første øyekast framstå pålitelig, men er ikke nødvendigvis en god gjengivelse med tanke på meningsinnholdet, noe som kan påvirke gyldigheten. Det kan derfor være riktig, til en viss grad, å redigere teksten (Malterud, 2011).

3.4 Etiske betraktninger

Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at etiske spørsmål er vesentlige i alle stadiene av en intervjuundersøkelse, og vektlegger ikke minst betydningen av informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser for intervjupersonen og forskerens rolle. Allerede ved tematiseringen av en studie, gjør etiske spørsmål seg gjeldende, ved at temaet som skal forskes på bør tjene både vitenskapens og samfunnets interesser. Man bør tenke igjennom om de resultatene som framkommer, skal kunne ha en kunnskapsverdi og en menneskelig verdi (Kvale & Brinkmann, 2009). Når det gjelder dette prosjektet, er min oppfatning at det kunnskapsmessig og samfunnsmessig kan forsvares ut fra sin hensikt, som overordnet kan sies å være mulig kvalitetsforbedring av utskrivningsdokumentasjon fra sykehus. Funnene i studien vil forhåpentligvis øke kunnskapen om sykepleiedokumentasjon generelt. De vil derfor kunne bli til gagn for de som utfører utskrivningsdokumentasjon innenfor sykepleiefaget, både sykepleiere og andre helsearbeidere.

3.4.1 Konfidensialitet og informert samtykke

Kvale og Brinkmann (2009) beskriver viktigheten av å innhente informert samtykke, å sikre konfidensialitet og å tenke over mulige følger for intervjupersonene, både i planleggingsstadiet, under selve intervjuene og i selve rapporten. Dicocco-Bloom & Crabtree (2006) omtaler betydningen av ikke å utsette intervjupersonene for uforutsette ulemper eller skader, for eksempel hvis noe kontroversielt skulle framkomme under intervjuene. Det er

derfor av betydning å ha tenkt gjennom eventuelle etiske dilemmaer i planleggingsfasen, for at slike situasjoner skal kunne unngås.

I helsevitenskapene er det obligatorisk å forelegge intervjuundersøkelser for et etikkutvalg før gjennomføringen av selve prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2009). Når det gjelder dette prosjektet, ble Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) kontaktet for tillatelse og veiledning i etiske spørsmål. Det ble sendt inn formelt meldeskjema med informasjon om studiens bakgrunn, hensikt og framgangsmåte. I vurderingen fra NSD, ble det konkludert med at prosjektet ikke omfattes av meldeplikten, da alle opplysningene som skulle behandles elektronisk i prosjektet, ville være anonyme. Dette ble sikret ved at deltakernes identitet ikke ble gjort kjent for andre enn intervjueren. Intervjuene ble tatt opp på lydfil, som ble slettet etter at intervjuene var transkribert. De transkriberte intervjutekstene ble lagret på bærbar datamaskin, som var sikret med brukernavn og passord. Prinsippet om konfidensialitet anses på denne bakgrunnen å være ivaretatt gjennom hele intervjuundersøkelsen. Opplysninger med f.eks. kritiske synspunkter, vil derfor ikke kunne kobles til den enkelte intervjuperson, og skal dermed ikke kunne medføre represalier, eller andre negative konsekvenser etter at studien er ferdigstilt og rapportert.

Informert samtykke ble sikret ved at det i rekrutteringsfasen, ble informert om overordnet mål og framgangsmåte for studien, hvem som ville få adgang til intervjuene, og videre om at deltakerne var sikret anonymitet og konfidensialitet. Dette ble gjort ved at det ble sendt ut en skriftlig forespørsel pr. e-post til alle avdelingsledere i den aktuelle kommunens hjemmesykepleie (vedlegg nr. 3). Det var intervjupersonene selv som tok beslutningen om de ville la seg intervju eller ikke. Når det ble klart hvem som ville la seg intervju, fikk hver og en av disse utdelt ny skriftlig informasjon om studien (vedlegg nr.4). Her framgikk det at alle opplysninger ville bli konfidensielt behandlet, ved at deltakernes identitet ikke ville bli gitt til kjenne. Det ble videre informert om at det var frivillig å delta, og at intervjupersonene når som helst kunne trekke seg fra studien. I forbindelse med selve intervjusituasjonen, men før intervjuene startet, ble informasjonen gjentatt muntlig, og hver og en av intervjupersonene signerte på skjema for informert samtykke (vedlegg nr. 5). De signerte skjemaene med deltakernes identitet er kun kjent for intervjueren. For dette prosjektet var det også av betydning at aktuelle deltakere ville være voksne, friske mennesker, som med stor sannsynlighet selv var i stand til å vurdere om de ville la seg intervju eller ikke.

3.4.2 Forskerens rolle

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009), kan selve intervjusituasjonen oppleves som en stress-situasjon for deltakerne. Når det gjelder utgangspunkt for denne studien, som er sykepleiesammenfatninger, så vurderes dette som et lite sensitivt tema å fortelle om. Det kan likevel tenkes at enkelte av deltakerne kunne oppleve det å bli intervjuet som krevende. Dette ble forsøkt tatt hensyn til av intervjueren, ved å være sensitiv og lydhør for deltakernes kommentarer og signaler om hvor mye de følte for å utdype i svarene. F.eks, måtte noen spørsmål stilles på en annen måte, eller det ble valgt å avslutte intervjuene når deltakerne signaliserte at de ikke hadde mer å formidle. Dette var en av årsakene til at intervjuene ble av ulik varighet.

Kvale & Brinkmann (2009) framholder også viktigheten av det etiske ansvaret for at innholdet i rapporten er så pålitelig og verifisert som mulig. Dette vil i denne studien bli forsøkt sikret ved bevissthet på intervjupersonenes besvarelser og utsagn i den sammenhengen de ble uttalt, selv om det i analysen vil bli brukt metoder som omorganiserer og koder materialet.

3.5 Analyse

Tilnærmingmåten i kvalitativ forskning er som regel induktiv, noe som innebærer at man nærmer seg området som ønskes undersøkt uten forhåndsbestemte teorier, men man samler data, for deretter å trekke slutninger (Halvorsen, 2007). Malterud (2011) beskriver induktiv tilnærming som å bruke kunnskap fra enkeltstående tilfeller til noe som kan gjelde på et generelt nivå. I denne studien vil det bli brukt induktiv tilnærming, ved at det ikke tas utgangspunkt i forhåndsbestemte teorier som skal bekreftes eller avkreftes, men det er søkt å samle og tolke data med en åpen innstilling. Dette skal kunne frambringe ny innsikt, og eventuelt generaliseres til kunnskap som kan gjelde på et mer allment nivå.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009), er formålet med analysen å avdekke meningen med problemstillingen, og de påpeker at problemstilling og hensikt med et prosjekt er avgjørende for valg av analysemetode.

Det vil bli brukt hermeneutisk meningsfortolkning som analysemetode i denne studien. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009), er det et grunnleggende prinsipp i hermeneutisk meningsfortolkning at det foregår en kontinuerlig fram- og tilbakeprosess mellom deler og

helhet i en tekst. Dette kalles en hermeneutisk sirkel, og innebærer at et helhetsinntrykk av teksten kan påvirke forståelse av deler i teksten, som igjen kan lede til ny helhetsforståelse, og som igjen kan påvirke delforståelsen, i en slags sirkulær bevegelse. Ifølge Drageset & Ellingsen (2010), er de tre mest sentrale analyseformene i kvalitativ forskning meningskoding, meningsfortetting og meningsfortolkning. Kvale & Brinkmann (2009) beskriver meningsfortetting som en analysemetode der man forkorter intervjupersonenes uttalelser til komprimerte setninger, og den umiddelbare mening kan gjengis med få ord. Denne analysemetoden ble opprinnelig utviklet av Giorgi, og ble kalt fenomenologisk meningsfortetting (Kvale & Brinkmann, 2009). Ifølge Giorgi (ref. i Kvale & Brinkmann, 2009), er den fenomenologiske analysens mål å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt område. Det søkes derfor etter betydningsfulle kjennetegn eller essenser ved det man studerer.

Giorgi (ref. i Malterud, 2011) framhever også viktigheten av å sette sin egen forforståelse til side (kalt bracketing) ved meningsfortolkning i en fenomenologisk analyse, samtidig som en er bevisst på at dette i virkeligheten er et uopnåelig mål. Man må derfor ha et reflektert forhold til sin egen innflytelse på dataene. Malterud (2011) beskriver sin analysemetode, systematisk tekstkondensering, som beslektet med både Giorgis fenomenologiske meningsfortetting, og med en analysestrategi kalt, «editing analysis style», også kalt datastyrt analyse. Her identifiseres enheter i teksten, som videre danner grunnlag for utvikling av databaserte kategorier, og som igjen kan brukes til reorganisering av teksten og tydeliggjøring av meningsinnholdet (Malterud, 2011).

I denne studien skal det kartlegges og beskrives hva intervjuetekster forteller om hjemmesykepleiens sykepleiere sine erfaringer med sykepleiesammenfatninger. Det synes derfor relevant å benytte en analysemetode som kan identifisere og tydeliggjøre meningen i intervjupersonenes besvarelser og utsagn. Kvale & Brinkmann (2009) sin beskrivelse av meningsfortetting og Malterud (2011) sin beskrivelse av tekstkondensering framstår med mange likhetstrekk, og baserer seg begge på Giorgis teorier om fenomenologisk meningsfortetting. Malterud (2011) hevder også at det for uerfarne forskere er behov for å følge en velbeskrevet analyseprosedyre for lettere å kunne fokusere på innholdet i prosjektet. Jeg har derfor valgt å følge analysemetoden, systematisk tekstkondensering, slik den framstilles av Malterud (2011). Den beskrives av Malterud (2011) som både inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, men samtidig tilpasset nyere forhold. Analyseprosedyren deles inn i fire trinn:

1) Å skaffe et helhetsinntrykk:

Ifølge Malterud (2011), skal det i første trinn leses gjennom alle intervjuetekstene med en åpen innstilling til stoffet for å forsøke å skaffe seg overblikk. Man kan deretter prøve å oppsummere, og forsøke å identifisere foreløpige temaer (Malterud, 2011).

I henhold til Malteruds (2011) framgangsmåte er alle intervjuene gjennomlest for å skaffe overblikk, se etter mønster og forsøke å få en fornemmelse av hovedtemaer. Utgangspunktet er hele tiden hjemmesykepleien sine sykepleieres utsagn og beskrivelser i intervjuene.

De åtte intervjuetekstene i studien er derfor gjennomlest. På dette trinnet er eksisterende kunnskap og erfaring forsøkt skjøvet unna, for å kunne møte tekstene med åpenhet, og ikke gå glipp av verdifulle data. Den første gjennomlesningen viser forenklet at sykepleierne forteller om positive og negative erfaringer med sykepleiesammenfatninger, men med overvekt av negative beskrivelser. Etter flere gjennomlesninger (og synspunkter fra veileder?), er det avdekket mer distinkte temaer, der hovedinntrykket i alle er diskrepansen mellom den informasjonen sykepleierne har ønsket og den de faktisk har fått. Det viser seg at denne diskrepansen kan gjenfinnes i temaene. Dette vil bli omfattende beskrevet i resultatkapitlet.

2) Å identifisere meningsbærende enheter:

Ifølge Malterud (2011), sorterer man i andre analysetrinn de delene av teksten som kan belyse problemstillingen, samtidig som man systematisk gjennomgår teksten for å identifisere de meningsbærende enheter som har med de foreløpige temaene å gjøre. Man koder teksten ved å systematisere de meningsbærende enhetene i forhold til temaene (Malterud, 2011).

På dette analysetrinnet er derfor problemstillingen tatt fram igjen. Teksten er grundig gjennomlest på nytt, på søk etter meningsbærende utsagn som kan gi innhold til de foreløpige temaene, samtidig som de skal belyse problemstillingen. Det er identifisert tallrike meningsbærende enheter. Disse er kodet inn under de ulike temaene, til kodegrupper. Siden intervjuetekstene gjennomgående er preget av de to aspektene, ønsket innhold og faktisk innhold i sykepleiesammenfatningene, har valget falt på å identifisere kodegrupper som omfatter disse to motsetningene. Det ble først identifisert fire kodegrupper, men kodene ble justert underveis, da det under arbeidet viste seg at noen temaer bestod av det samme innholdet. Det viste seg også at enkelte meningsbærende enheter kunne kodes inn under flere av temaene, noe som ifølge Malterud (2011), ikke er uvanlig, og er fullt mulig å gjøre.

3) Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene:

Malterud (2011) beskriver at man i tredje analysetrinn abstraherer kunnskapen fra andre analysetrinn. Man henter systematisk ut mening fra de meningsbærende enhetene som er kodet sammen, gjennom å fortette innholdet i dem, og å dele dem inn i subgrupper. Dette gjøres ved å utarbeide kunstige sitater, såkalte kondensater. Kondensatene er et viktig arbeidsnotat til bruk for det senere resultatet, men skal ikke i seg selv presenteres (Malterud, 2011).

I henhold til Malteruds (2011) framgangsmåte, er det derfor identifisert subgrupper under hver kodegruppe. Det er funnet likhetstrekk og forskjeller, som det er mulig å identifisere og plassere i mindre enheter innenfor kodegruppene. Under arbeidet viste det seg at en av kodegruppene ble svært omfattende med mange subgrupper, mens de tre andre ble mer diffuse og mindre innholdsrike. Det ble derfor nødvendig å ta et skritt tilbake og se på inndeling av både kodegrupper og subgrupper på nytt. De opprinnelig fire kodegruppene ble deretter omgjort til to kodegrupper, men med litt færre subgrupper under kodegruppe en og litt flere under kodegruppe to. Etter at subgruppene var definert ble det laget kondensater innenfor hver subgruppe. Hvert kondensat tok utgangspunkt i en spesielt «rik» meningsbærende enhet, men søkte å samle og gjenfortelle essensen fra alle de meningsbærende enhetene i hver subgruppe.

4) Å sammenfatte betydningen av dette:

Ifølge Malterud (2011), setter man i fjerde analysetrinn delene sammen igjen. Etter å ha vært dekontekstualisert og tatt ut av sin sammenheng i andre analysetrinn, skal innholdet nå rekontekstualiseres og danne grunnlag for f.eks. nye beskrivelser (Malterud, 2011).

Det er derfor laget analytiske tekster for hver kodegruppe og hver subgruppe. De analytiske tekstene er utarbeidet på bakgrunn av kondensatene og de meningsbærende enhetene. Ifølge Malterud, (2011), er de analytiske tekstene resultatene i forskningsprosjektet. Hensikten med de analytiske tekstene er at de skal sammenfatte meningen i kondensatene, samtidig som de har sin opprinnelse i intervju tekstene. Malterud (2011) framhever i denne sammenhengen betydningen av å være lojal mot intervju personenes beskrivelser og å validere funnene opp mot den sammenhengen de var hentet fra. Under skrivingen har det derfor vært viktig å se seg tilbake og ikke tillegge intervju personene andre meninger enn den de hadde i de opprinnelige utsagnene.

KAPITTEL 4 RESULTATER

For bedre oversikt, og som en hjelp i analysearbeidet, er det i det gitt navn til intervjupersonene i resultatkapitlet. Det presiseres at dette er fiktive navn.

Intervjupersonene beskriver både negative og positive erfaringer med sykepleiesammenfatninger. Det beskrives at sykepleiesammenfatningene alltid leses, og de anses som nødvendige og viktige, men kan være av varierende kvalitet. Mens sykepleiesammenfatninger i noen sammenhenger beskrives som en «gavepakke», kan de i andre tilfeller beskrives som «svært mangelfulle».

En av intervjupersonene gir denne beskrivelsen av hvordan hun ønsker seg sykepleiesammenfatningene:

vi må begynne å tenke at det vi leverer skal brukes til noe. Det er ikke for å bli kvitt oppgaven, men det er for at jeg som leser i den andre enden skal bruke den til noe.....Gi meg noe ordentlig som jeg kan jobbe med. Og da tenker jeg at det er egentlig det jeg ønsker meg (Ylva).

I intervjutekstene gis det beskrivelser av nytten av sykepleiesammenfatningene, og hvordan de har betydning for hjemmesykepleiens arbeid. Men intervjupersonene beskriver også at det kan mangle opplysninger, eller at sammenfatningene er for uklare eller ikke innholdsrike nok til å fylle behovet for informasjon. Intervjupersonene gir tallrike beskrivelser av innholdet som faktisk finnes i sykepleiesammenfatningene, og av opplysninger som de hadde ønsket stod der. Det gis derfor et inntrykk av at sykehusets sykepleiere og hjemmesykepleiens sykepleiere ser to ulike virkeligheter, og på et vis arbeider og møter pasienten i to forskjellige verdener, og det synes som om det eksisterer et avvik mellom det intervjupersonene ønsker at sykepleiesammenfatningene skal inneholde, og det de faktisk inneholder. Dette misforholdet danner utgangspunkt for analysen. På dette grunnlaget er følgende hovedtema definert:

Ulike virkeligheter/verdener mellom sykepleierne på sykehuset og sykepleierne i hjemmesykepleien.

Innenfor dette hovedtemaet har det utkrystallisert seg to subtemaer. Hvert subtema inneholder spenningen mellom: (A) det hjemmesykepleiens sykepleiere mener at sykepleiesammenfatningene **bør inneholde** og (B) det sykepleiesammenfatningene **faktisk inneholder**. Følgende subtemaer er definert:

1. Konkret og detaljrik **versus** diffus og generell dokumentasjon.

2. Omsorg som foregår i hjemmet **versus** omsorg som foregår på sykehuset.

4.1 Konkret og detaljrik versus diffus og generell dokumentasjon

På bakgrunn av de åtte intervjutekstene, kan det sies at alle deltakerne ønsker seg mer konkret og detaljrik informasjon, som er individuelt tilpasset den enkelte pasient. I mange av svarene bruker deltakerne beskrivelser som at de ønsker seg «fylldige» sykepleiesammenfatninger eller «mer utfyllende og «mer beskrivende opplysninger», mens de faktiske sykepleiesammenfatningene ofte beskrives som «tynne», eller «for lite utfyllende».

Deltakerne forteller at det er viktig å få konkret og detaljrik informasjon, både om hva pasienten har fått av hjelp på sykehuset, og hva det antas at pasienten vil trenge av hjelp når han kommer hjem. Ikke minst er konkrete opplysninger om behov for videre oppfølging viktig for noen sykepleiere som har som funksjon å organisere arbeidsoppgavene, og å få satt tiltakene i system. Det framgår som et poeng at de opplysningene som sier noe om hjelpebehov i aktiviteter i dagliglivet [ADL] og redusert funksjonsnivå ønskes fylldig beskrevet, mens det ikke er nødvendig å gå i detalj på de områdene der pasienten er selvhjulpen.

Noen av deltakerne føler at de ikke alltid kan stole på innholdet i sykepleiesammenfatningene, fordi det ikke er nøyaktig nok eller ikke i tilstrekkelig grad er faglig forankret. Tilstrekkelige og relevante opplysninger innvirker ikke bare på muligheten til å gi pasienten den nødvendige hjelpen, men også på å være forberedt på hva en møter hjemme hos pasienten.

Området konkret og detaljrik versus diffus og generell dokumentasjon inneholder mange nyanser, og er inndelt i mindre enheter for å definere hva deltakerne forstår med konkrete og detaljrike eller diffuse og generelle opplysninger.

4.1.1 Konkret og detaljrik versus diffus og generell informasjon - relatert til pasientens funksjonsnivå og behov for helsehjelp

Flere av deltakerne beskriver at, for å gi best mulig omsorg og pleie, trenger de konkrete og detaljrike opplysninger, tilpasset pasientens individuelle behov for hjelp til ADL. Det er av stor betydning at disse opplysningene er brukelige i det praktiske arbeidet. Et eksempel kan være dette sitatet:

altså at man skriver det bare kortfattet, samtidig som at du... f.eks. at du klarer å vaske den ene halve siden selv, og den andre halve siden ikke. Det du ser, helt vanlig ADL, bare si det konkret, hva er det faktisk pasienten får til/ikke får til... (Ylva)

I motsetning til det intervjupersonene ønsker, blir sykepleiesammenfatningene ofte beskrevet som for lite utfyllende og for upresise i forhold til å kunne forutsi og yte hjelp til ADL, både med tanke på hva pasientene har mottatt av hjelp på sykehuset, og hva som kan antas å bli behovet videre. En av deltakerne beskriver det slik:

Det står veldig lite konkret hva de har gjort.. og veldig lite ofte om hva vi burde følge opp videre, synes jeg. Jeg synes ofte de kan være litt diffuse. Jeg leser ofte heller epikrisen... (Andrea)

Deltakerne ønsker også konkret og detaljrik informasjon om prosedyrer som sårstell, eller om medisinske behov som oppfølging av medisiner, blodtrykksmåling osv. De mener at gode beskrivelser gjør det lettere, både å yte riktig hjelp, å komme raskt i gang med hjelpen, og å forutse hva de må regne med av omsorgsbehov i tiden framover. Hvis de ikke kjenner pasienten fra før, kan informasjonsbehovet være enda større, men det er også betydningsfullt om de kjenner pasienten fra før, for å kunne se endringen i funksjonsnivå og ressursbehov. Uten fyldige nok sykepleiesammenfatninger vil det ta lenger tid å komme i gang med tiltak:

Men hvis pasienten ikke kan gjøre rede for seg, så er det veldig viktig at det står litt utfyllende, da. For hvis ikke så kan vi bruke ganske lang tid på å kartlegge hva de trenger og ikke, og bruke masse tid på det, og så kunne det egentlig vært iverksatt for lenge siden. (Andrea)

Flere deltakere kommer med utsagn om at sykepleiesammenfatningene ikke nødvendigvis behøver å være omfattende hvis det ikke er påkrevd, men mange ønsker seg at det da blir anført «u.a.» (uten anmerkning) i de aktuelle funksjonsområdene. De ønsker seg derimot konkret og detaljrik informasjon der det er relevant i forhold til pasientens hjelpebehov, noe som beskrives ved disse to sitatene:

...hvis pasienten steller seg selv, så kan du skrive at pasienten steller seg selv. Men det er bedre å si f.eks. at pasienten klarer å barbere seg selv, trenger hjelp til høyre side. Vaske ansikt u.a., ikke sant, altså du kan differensiere når du trenger å være detaljert. Og er det ikke noe å si, så trenger du heller ikke å si noe om det. (Ylva)

Jeg ønsker meg detaljerte opplysninger på de områdene der pasienten har utfordringer, at det er utdypende tekst angående det som er vesentlig. Altså det er behov for utdypende tekst på de områdene som pasienten trenger hjelp og tilrettelegging, og det bør skilles mellom områder der dette er nødvendig og ikke. (Fredrikke)

4.1.2 Konkret og detaljrik versus diffus og generell dokumentasjon - relatert til å være forberedt på problemområder i møte med pasienten

Flere deltakere vektlegger det å være forberedt, når en møter en pasient som har kommet hjem fra sykehuset. Hvis sykepleieren har fått konkret og detaljert informasjon, kan hun danne seg et bedre bilde av pasienten og vite hva hun står overfor.

Men det er jo til veldig stor hjelp når man har en god...sånn at man klarer å danne seg et bilde av pasienten, og der er det samsvar mellom det som står der og sånn som pasienten faktisk er.... (Fredrikke)

Flere av intervjupersonene beskriver at nok dokumentasjon innvirker på tilliten mellom pasient og sykepleier. Det å være forberedt på pasientens sykdomsbilde og behov, spesielt i det første møtet etter en utskrivelse, blir av sykepleierne beskrevet som trygghetsskapende for pasienten, og er med på å etablere tillit.

Men det er klart at jo mer du vet i utgangspunktet før du skal hjem til en bruker, hvis han er helt ny, jo bedre er det og det gir jo mer tillit fra pasienten når du kommer hjem til en pasient og pasienten merker at du har oversikt. Det gir jo tillit; her er en som forstår meg, her er en som ser meg, her er en som vet noe om meg. (Gunilla)

I motsatt fall oppleves det belastende og frustrerende å møte pasienten uten å være skikkelig forberedt.

Man har kanskje sett på sykepleiesammenfatningen og epikrisen og får ikke noe klart bilde, og så kommer vi kanskje hjem til pasienten, så er han fullstendig pleiepasient som ikke kan være hjemme.... (Fredrikke)

4.1.3 Konkret og detaljrik versus generell og diffus informasjon - relatert til nøyaktighet og pålitelighet i sykepleiesammenfatningen

Noen deltakere forteller om at de er usikre på nøyaktigheten og påliteligheten i sykepleiesammenfatningene. De ønsker at sykepleiedokumentasjonen er bedre faglig

forankret i gode observasjoner, kartleggingsverktøy og målinger, og at de kan være sikre på at det er samsvar mellom det som står i teksten og pasientens faktiske tilstand. Det synes som om generell og diffus dokumentasjon også erfares som mindre nøyaktig og pålitelig.

...det er ikke nok å skrive at pasienten bruker faste smertestillende, men bør heller beskrives: når er det pasienten har vondt at man gir en bedre... hvor er det han har vondt, hvor sterke smerter har han, tar han faste smertestillende, bare ved behov, begge deler? (Fredrikke)

I følgende sitat gjengis en beskrivelse, der det ikke er overensstemmelse mellom det som er dokumentert og pasientens faktiske tilstand:

...så kommer vi kanskje hjem til pasienten, så er han fullstendig pleiepasient som ikke kan være hjemme, at det er en stor forskjell mellom dokumentasjonen som følger pasienten og faktisk tilstanden til pasienten. (Fredrikke)

4.1.4 Konkret og detaljrik versus generell og diffus informasjon - relatert til organisering av tjenesten

De deltakerne som har som funksjon å organisere arbeidet i avdelingen, er spesielt opptatt av behovet for konkrete opplysninger med tanke på å få satt de nye tiltakene inn i system, både i forhold til pasientens behov for hjelp til ADL, i forhold til oppfølging av prosedyrer, eller anbefalte tiltak og forordninger som blodtrykksmåling, oppfølging av medisiner, vektkontroller osv. Det synes som om det etterlyses en konkret «bestilling» av tjenester for den enkelte pasient. Dette kan ha betydning for at opplysningene når fram til alle som trenger dem, for hvor raskt tiltakene kommer i gang, og for at ikke viktig informasjon skal gå tapt.

Og så bare gi litt sånn konkret tilbakemelding på, ja, ok, hva bør dere gjøre her? Her bør dere veie pasienten. Eller blodtrykk, da som har vært veldig ustabilt: ta blodtrykk x 2 pr. uke, konkrete oppfølgingsplaner. (Olava)

...jeg sitter og skal lage lister og så lurer du på; klarer de frokosten, klarer de middagen? Bør vi bestille middag? Og selvfølgelig, det er jo ting vi innhenter fra pasienten når han kommer hjem, men det hadde jo noen ganger vært deilig å (Eva)

4.2 Omsorgen foregår i hjemmet versus omsorgen foregår på sykehuset

Intervjutekstene tydeliggjør at hjemmesykepleiens sykepleiere utøver sin omsorg i hjemmet, mens sykehusets sykepleiere tar utgangspunkt i sykehussituasjonen. Intervjupersonene ønsker opplysninger om hvordan pasientens helsesvikt og funksjonsnivå påvirker hjemmesituasjonen, mens det kan virke som om sykehusets sykepleiere i for liten grad er bevisst på dette, og kun dokumenterer ut fra sykehusets ståsted. De uttrykker forståelse for at sykehusets sykepleiere ikke kan ha full oversikt over detaljene i pasientens hjemmemiljø, men ønsker seg likevel et større fokus på hvordan pasientens tilstand påvirker hjemmesituasjonen, og at dette blir dokumentert i sykepleiesammenfatningen. Det synes som om intervjupersonene ønsker at sykehusets sykepleiere dokumenterer både det de ser at pasienten trenger av hjelp under innleggelsen, men også det de antar at pasienten vil ha behov for etter utskrivelsen.

4.2.1 Fokus på hverdagskunnskap versus spesialistkunnskap

Intervjupersonene beskriver et ønske om mer bevissthet på hva slags konsekvenser pasientens fungering kan ha for hjemmesituasjonen og «veien videre», og at dette blir tatt med i sykepleiesammenfatningen. Slik intervjupersonene beskriver det, handler det i mange tilfeller om å finne praktiske løsninger for å få hjemmesituasjonen til å fungere.

Kanskje litt mer tanken når du sitter og skriver på sykehus, at du på en måte ser for deg...hva kan ha noe å si her, da. F.eks. pasienten har lett for å komme ut av sengen når sengen tilpasses og vi bruker sykehussengen og hever sengeenden..... eller hvis ikke du kan reise deg fra en stol uten hjelp og støtte, så vil du jo heller ikke kunne komme deg ut av en seng som er like lav eller høy som en stol. Altså, det er noe med å si noe om det du ser, hva som reelt sett kan ha noe å si for hjemmefunksjonen. (Ylva)

Sykehuset ga noen ganger opplysninger som ikke hadde så mye å si for hjemmesituasjonen, mens hjemmesykepleiens sykepleiere ønsket mer opplysninger som kunne ha noe å si for fungeringen i hverdagen.

... de har kanskje krysset av på de her områdene vi skal følge litt med, men så står det ikke så mye mer, så du er litt sånn usikker, hvordan er helsetilstanden til den personen, for jeg ser i epikrise fra legene så er det jo voldsomt detaljert..... (Gunilla)

4.2.2 Helhetsforståelse versus delforståelse

Det synes som om større bevissthet på hjemmesituasjonen, innebærer en større helhetsforståelse av pasient og omgivelser. Intervjupersonene ønsker helhetlige beskrivelser av alle pasientens funksjonsområder, og bevissthet på pasientens fungering i samspill med sine omgivelser, mens det kan se ut som om sykehusets sykepleiere først og fremst har fokus på den organsvikten eller den sykdommen som pasienten var innlagt for. Intervjupersonene beskriver behov for informasjon både om pasientens innleggesårsak og tiltak i forhold til dette under oppholdet, men i vel så stor grad om hvordan dette vil påvirke pasientens fungering og hverdag etter hjemkomsten.

Spesifikt, så vil jeg veldig gjerne vite, hva har dette oppholdet hatt å si for vår pasient? Har pasienten hatt et hoftebrudd, så er det klart at det har endret pasienten på en sann måte at han kanskje må flytte sengen på den andre siden av rommet, for å klare å gå ut med den vonde hofta først.... (Ylva)

Flere intervjupersoner savner begrunnelser for påstander og tiltak, som er omtalt i sykepleiesammenfatningene. De ønsker at utsagn og tiltak i større grad blir satt inn i sin sammenheng, f.eks. en beskrivelse av grunnlaget for å skrive at en pasient har fallrisiko. Hvis tiltak er igangsatt, så ønsker intervjupersonene at det skal gis en begrunnelse i sykepleiesammenfatningen, og hvordan og hvor lenge dette skal følges opp videre.

og kanskje hvis man vet hvorfor.. har pasienten store ødemer i beina som gjør at det er vanskelig å gå, er det kognitivt, blir han mye svimmel, er det derfor, mangler pasienten et bein..? Hvorfor har dette oppstått, så det er liksom historikken og.... (Fredrikke)

Jeg savner noen ganger litt sann; pasienten har urinretensjon ...og så, hva har dere gjort? Og hva skal vi gjøre videre? ...skal vi engangskateterisere han over måneder eller er det en annen plan eller...Sanne opplysninger savner jeg en god del. (Olava)

4.2.3 Oppfølging av tiltak i hjemmet

Alle intervjupersonene er spurt om hvordan de oppfatter at anbefalte tiltak eller medisinske forordninger fra sykehusets side, blir fulgt opp etter hjemkomst. Intervjupersonene oppfattes i utgangspunktet positive til at sykepleiesammenfatningene inneholder konkrete forslag til tiltak etter en sykehusinnleggelse. I de tilfellene der hjemmesykepleien allerede har igangsatt lignende tiltak, kan sykehusets anbefalinger oppleves som en støtte og bekreftelse på egne

vurderinger. Generelt synes det som om de anbefalte tiltakene blir sett på som et verktøy for videre arbeid med pasienten.

Og så er det...en kan nesten kalle det en gavepakke. For egentlig så bør det være en selvfølge, for det er så utrolig nyttig for sykepleiefaget. Selv om noen av tiltakene har vært der fra før av, så er det en støtte på at det var riktig, og så får du også det nye i tillegg. (Sara)

Samtidig vektlegger flere av intervjupersonene at sykehussituasjonen og hjemmesituasjonen er svært forskjellige for pasientene. De hevder at pasienter lettere inntar pasientrollen når de er innlagt på sykehuset. Dette kan ha betydning for effektivering av anbefalte tiltak, som hjelp til personlig hygiene, noe enkelte pasienter kan motsette seg når de har kommet hjem. På den andre siden kan hjemmets kjente omgivelser bidra til at pasienten mestrer flere av dagliglivets aktiviteter i hjemmet, enn det som er beskrevet i sykepleiesammenfatningen. Tiltak som sykehuset har anbefalt kan derfor bli unødvendige eller overflødige etter hjemkomsten.

de har vært på sykehus, de har vært pasienter og de aller fleste blir pasienter og innordner seg når de er på sykehus. Så kommer de hjem til sin egen bolig og sine omgivelser og da endrer det seg ofte. Sånn at vi må ha både og. Vi må vite hva som har vært på sykehuset, men vi opplever jo veldig ofte at ... pasienter som gjerne har tatt imot fullt stell, når de kommer hjem så steller de seg selv... (Eva)

...det er ofte en opplevelse av invasjon ved at man mister selvbestemmelsen sin når hjemmetjenesten skal inn. Det blir noe annet å miste den når man er på en institusjon som sykehuset, men når man kommer hjem så har man kanskje litt mer bestemte meninger om hvordan ting skal være og hvor mye hjelp man skal ha, sånn at da er man avhengig av hvor godt samarbeidsklima vi klarer å utvikle med den utskrevne pasienten. (Fredrikke)

Når det gjelder andre anbefalte tiltak som medisinske forordninger, prosedyrer som sårstell, oppfølging av ernæring m.m, så mener intervjupersonene at dette i stor grad blir satt i system og fulgt opp. Det er likevel enkelte områder som er vanskeligere å følge opp enn andre. Flere intervjupersoner framhever det f.eks. som vanskelig å få målt pasienters mat- og drikkeinntak, mens vektkontroll, blodtrykksmålinger og sårskift er enklere å gjennomføre også når pasienten er hjemmeboende.

Nei. Det er vel det vanskeligste, det i forhold til drikke og mat. Vi setter jo fram og all ting, men vi må jo fysisk sitte der, da, og ...vi gjør jo det hvis det er veldig ille, men det er vanskelig for oss å bli sittende. (Gerd)

Ja, fordi ...når vi får den sammenfatningen, og hvis det står måle blodtrykk hver dag i en uke eller noe sånt, så skriver vi det inn på listene. Hvis urinprøve skal tas f.eks. om en uke, så skriver vi det. (Gerd)

KAPITTEL 5 DISKUSJON

Hensikten med denne studien har vært å kartlegge og beskrive sykepleiere i hjemmesykepleien sine erfaringer med sykepleiesammenfatninger, når eldre pasienter utskrives fra sykehus til hjemmet. Resultatene viste at sykepleiesammenfatningene alltid ble lest, og de ble oppfattet som nyttige, men var samtidig av varierende kvalitet. Det viste seg å være en diskrepans eller et avvik mellom det intervjupersonene ønsket eller hadde behov for av opplysninger, og det sykepleiesammenfatningene faktisk inneholdt. Det kunne synes som om sykepleierne som skrev, og sykepleierne som mottok sykepleiesammenfatningene tok utgangspunkt i to ulike virkeligheter. Resultatets hovedtema ble derfor definert som adskilte virkeligheter eller verdener mellom sykehusets sykepleiere og hjemmesykepleiens sykepleiere. Dette kan samsvare med funn fra tidligere forskning, som har vist at sykepleiere i sykehus og sykepleiere i hjemmesykepleie vurderer pasientenes behov på bakgrunn av ulike perspektiver (Hellesø & Fagermoen, 2010; Hellesø, Sorensen & Lorensen, 2005). Dette funnet støttes også av Glouberman & Mintzberg referert i Hellesø & Fagermoen (2010), som beskriver at praksis i helsevesenet karakteriseres av adskilte systemer.

Hensikten med sykepleiesammenfatninger er å være et verktøy med tanke på anvendbarhet for de som skal hjelpe pasienten videre (NSFID, 2007; Hellesø, 2006), og de skal bidra til å sikre kvalitet og kontinuitet i pasientomsorgen (Heggdal, 2006), i dette tilfellet anvendbarhet for sykepleierne i hjemmesykepleien, og kvalitetssikring av den videre omsorgen for pasientene som utskrives fra sykehus til hjemmesykepleie. Det synes derfor å være grunn til å reflektere over om de to ulike virkelighetsoppfatningene påvirket nytten av sykepleiesammenfatningene, sett i forhold til det som er målet eller hensikten med dem.

Resultatene vil bli knyttet opp mot nytte i et konsekvensetisk perspektiv, i form av utilitarisme. Det vil bli drøftet hva som ble konsekvensene av de to virkelighetsoppfatningene, hvem det fikk konsekvenser for, og hva som skulle til for at sykepleiesammenfatningene skulle avstedkomme best mulige konsekvenser. Utilitarisme er som tidligere beskrevet en retning innen konsekvensetikk, og dreier seg om at riktige handlinger er handlinger som frambringer mest mulig gode konsekvenser for alle berørte parter (Smart, 2005; Nyeng, 1999). Samtidig er det, ifølge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011), «sykepleierens fundamentale plikt å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død» (s. 5). Diskusjonen vil derfor berøre hva konsekvensene av resultatene ble i forhold til etiske prinsipper i sykepleie. Konsekvensene av funnene vil også bli drøftet i

forhold til eksisterende forskning og teori, til lovgivningen og de nasjonale standardene for sykepleiedokumentasjon.

5.1 Konsekvenser av ulike virkelighetsoppfatninger i nytteetisk perspektiv

Målet eller hensikten med sykepleiesammenfatninger er altså å oppnå anvendelighet for sykepleierne og kvalitet i omsorgen for pasientene. Overordnet kan dette kanskje sies å være de best mulige konsekvensene av sykepleiesammenfatninger, mens resultatene i studien viste at i mange tilfeller ble ikke dette målet oppnådd.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er et etisk fundament for all sykepleiepraksis. Det kan derfor hevdes at sykepleiedokumentasjon, inkludert sykepleiesammenfatninger, også skal bidra til å oppfylle disse etiske prinsippene, ved å oppfylle sine mål om å være et verktøy og dermed bidra til kvalitet i omsorgen for pasientene.

5.1.1 Konsekvenser for sykepleierne

Relatert til nytteetikk, kan det tenkes at sykepleiesammenfatningene innvirket både på sykepleiernes forutsetninger for å utøve sykepleie i pasientens hjem i tråd med de yrkesetiske retningslinjene, og på selve samarbeidet mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og sykehuset.

5.1.1.1 Relatert til sykepleiernes muligheter til å utøve best mulig sykepleie. Funnene i denne studien viste at når hjemmesykepleiens sykepleiere leste en sykepleiesammenfatning angående en nylig utskrevet pasient, så ønsket de at den inneholdt opplysninger som de beskrev som «brukelige». Denne brukeligheten syntes å være synonym med anvendelighet, og hadde å gjøre med at informasjonen måtte være konkret, detaljert i form av å være individuelt tilpasset pasienten, nøyaktig, og inneholde helhetlige opplysninger angående pasientens funksjonsevne. Resultatene studien viste altså at sykepleiesammenfatningene ofte ikke tilfredstilte ønskene om konkrete, individuelt tilpassede og helhetlige opplysninger. De var heller generelle, abstrakte, og forholdt seg lite til hjemmesituasjonen. Konsekvensene ble at sykepleiesammenfatningene var mindre «brukelige», og det ble vanskeligere å planlegge pasientbesøkene. Med mer konkrete og nyanserte opplysninger ville utførelsen av praktisk sykepleie i pasientens hjem forenkles, og det ville bli lettere å planlegge pasientbesøkene.

Flere av intervjupersonene var også utrygge på sykepleiesammenfatningenes nøyaktighet og pålitelighet. Ofte ble dokumentasjonen oppfattet som så generell eller lite eksakt at intervjupersonene var usikre på om den var til å stole på, og de måtte derfor gjøre nye undersøkelser og kartlegginger. Dette samsvarer også med tidligere forskning som har funnet at sykepleiedokumentasjon, generelt, ofte er tilfeldig og unøyaktig (Broderick & Coffey, 2013; Inan & Dinc, 2013; Voyer & al., 2008), mens Naustdal & Netteland (2012), Olsen & al. (2012), Dunnion & Kelly (2008), Hellesø (2006) og Sackley & Pound (2002) har gjort tilsvarende funn i sykepleieres oppsummeringsrapporter, som har vist lite helhetlig og utilstrekkelig sykepleiedokumentasjon. Hellesø (2006) har f.eks. funnet at det i sykepleiesammenfatninger kan bli beskrevet at pasienten har smerter, uten at det blir gitt flere detaljer om hvordan smerten arter seg. Intervjupersonene i min studie beskrev lignende situasjoner under flere av funksjonsområdene, f.eks. for lite nyansering av hvordan smerter eller en kognitiv svikt artet seg.

Relatert til sykepleiens etiske retningslinjer er det relevant å tenke at det var nødvendig med en så innholdsrik og nøyaktig informasjon i sykepleiesammenfatningene, at de mottakende sykepleierne kunne fremme og ivareta pasientens helse og gi en helhetlig omsorg etter utskrivelse fra sykehuset, mens intervjuvarene viste at mangel på konkret, nyansert og nøyaktig informasjon, som omfattet alle pasientens funksjonsområder, gjorde det vanskeligere å nå målet om helsefremmende og helhetlig omsorg. F.eks. kan det tenkes at når en pasients ernæringsproblemer ikke var beskrevet, så fikk den mottakende sykepleieren dårligere forutsetninger for å sette inn tiltak i forhold til dette problemområdet, eller når en pasients smertebilde ikke var nøyaktig beskrevet, så ble den mottakende sykepleieren mindre i stand til å oppnå målet om å lindre lidelse for pasienten. I verste fall kunne slike mangler, i neste omgang, medføre helsesvikt for pasienten. I motsatt fall, ved sykepleiesammenfatninger som var konkrete, detaljerte og nøyaktige, er det sannsynlig at sykepleierne ville få bedre forutsetninger for å nå målene i de yrkesetiske retningslinjene. Kanskje kan det derfor hevdes at tilstrekkelige sykepleiesammenfatninger fikk konsekvenser i form av at sykepleierne fikk bedre forutsetninger for å ivareta helhetlig omsorg og fremme pasientens helse, mens utilstrekkelige sykepleiesammenfatninger ga dårlige forutsetninger for å realisere de yrkesetiske retningslinjene i praksis.

En beskrivelse fra intervjutekstene av hva konkrete og detaljerte opplysninger kan bestå av var under funksjonsområdet, aktivitet/mobilitet; for å beskrive pasientens behov for hjelp til personlig hygiene, ble det i sykepleiesammenfatningene ofte skrevet at pasienten «trenger

hjelp til stell», mens det f.eks. ville vært nyttigere med en mer konkret beskrivelse av at pasienten kunne vaske seg oventil selv, men trengte hjelp til nedentilvask. Sackley & Pound (2002) har i sin studie beskrevet en lignende situasjon; de har funnet at i sykepleiesammenfatningene er ofte pasientens evne til personlig hygiene bedre dokumentert enn andre funksjonsområder, men i to tredeler av disse tilfellene, er kun det «heldekkende uttrykket», «trenger hjelp til alt stell», benyttet, og dette gir ikke en god nok beskrivelse av pasientens behov. De har fra sin studie framhevet en sykepleiesammenfatning som inneholder en beskrivelse av hvordan pasienten er i stand til å vaske seg selv, som et eksempel på god praksis.

På samme måte var det av betydning hvilke opplysninger som ble vektlagt i sykepleiesammenfatningene. Opplysninger med bevissthet på den helhetlige funksjonsevnen, og hva som kunne ha betydning for videre funksjonsevne i eget hjem påvirket «brukeligheten» av sykepleiesammenfatningene, f.eks. beskrivelser av pasientens ressurser og begrensninger. Resultatene indikerte at, i tillegg til å følge opp pasientenes sykdomstilstander, så måtte hjemmesykepleiers sykepleiere i like stor grad få hjemmesituasjonen til å fungere i det daglige. Pasienten var ikke lenger i en akutt sykdomsfase, men sykepleierne måtte ta hensyn til hvordan pasienten ville kunne fungere i sine hjemlige omgivelser, uten hjelpemidler, fasiliteter og personale så lett tilgjengelig som på sykehuset. Dette påvirket deres behov for opplysninger, f.eks. så kunne det være av betydning å få vite om pasienten mestret å reise seg fra en lenestol på egen hånd. Dette samsvarer med tidligere studier, som har vist at sykepleiere i hjemmesykepleien savner et større fokus på pasientenes helhetlige behov i informasjonsutvekslingen (Hellesø, 2006; Hellesø, 2005), mens Hellesø (2006) også har funnet at sykepleiere i hjemmesykepleien mener informasjonen gir en for teknisk tilnærming til pasientene. Det er også påpekt at hjemmesykepleiers sykepleiere trenger helhetlig informasjon om pasienten ut fra et langtidsperspektiv, mens sykehusets sykepleiere informerer ut fra et akutt sykdomsperspektiv og ofte med et medisinsk og teknisk fokus (Hellesø, 2010). Med tanke på de yrkesetiske retningslinjene, som også poengterer at sykepleieren skal ivareta pasientenes behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011), kan det derfor være relevant å hevde at rapportering av pasientenes helhetlige funksjonsevne og behov, ville sette de mottakende sykepleierne bedre i stand til å ivareta en helhetlig omsorg for pasientene, i denne sammenhengen særlig med tanke på videre fungering i hjemmet.

5.1.1.2 Konsekvenser for arbeidsforhold og samarbeid. Misforholdet mellom de ulike virkelighetsperspektivene, mellom ønsket informasjon og den informasjonen de mottakende sykepleierne faktisk fikk, syntes også å gi konsekvenser i form av en «tyngre» arbeidssituasjon. Dette støttes av studien til Naustdal & Netteland (2012), som har påpekt hvordan manglende informasjon vanskeliggjør arbeidet for de sykepleierne som overtar omsorgen for pasienten. Öresland (2008) beskriver i sitt doktorgradsarbeid at det for sykepleiere i hjemmesykepleien er essensielt med god planlegging av arbeidsdagen, f.eks. av hva slags utstyr de trenger å ha med seg, og det er avgjørende å tilpasse de mange gjøremålene til et tidsskjema, som også skal ta hensyn til andre pasienters behov. Intervjupersonene i denne studien uttrykte frustrasjoner over sykepleiesammenfatninger som de beskrev som «tynne» eller «lite beskrivende». Dette hadde betydning for hvordan de planla og organiserte sitt arbeid, og for hvordan de måtte tilrettelegge for at hjemmesituasjonen skulle fungere best mulig for pasientene.

Konsekvensene ved utilstrekkelig informasjon var, for det første, at sykepleierne måtte gå mer uforberedt inn i pleiesituasjoner, noe som kan tenkes å være en belastning i seg selv. For det andre kunne det medføre en mer «tungvint» arbeidsdag og gi rent praktiske konsekvenser, f.eks. at de manglet nødvendig utstyr når de ankom pasienten, brukte lenger tid enn forutsatt, eller de kom senere i gang med påkrevde tiltak som f.eks. forebygging av trykksår. For det tredje måtte sykepleierne bruke mye tid på å gjøre undersøkelser angående pasientens videre behov, og kartlegge pasienten på nytt, noe som krevde mer ressurser både faglig og tidsmessig. Hvis det f.eks. manglet opplysninger angående medisiner eller prosedyrer som et sårskift, beskrev sykepleierne at de måtte bruke mye tid på å «nøste opp» for å få klarhet i hvordan pasienten skulle følges opp videre.

På den andre siden ville konkrete og detaljerte opplysninger om pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov gjøre sykepleiesammenfatningene mer «brukelige». De ville gjøre det lettere for hjemmesykepleiens sykepleiere å gå inn i pleiesituasjoner uten å kjenne pasienten fra før, og det ville bli lettere å planlegge arbeidet og sette inn de mest relevante tiltakene. For de sykepleierne som hadde som oppgave å organisere arbeidet og fordele oppgavene, kunne arbeidet forenkles hvis sykepleiesammenfatningene inneholdt konkret informasjon om hjelpebehovet videre. Det var f.eks. nyttig hvis det gikk fram om pasienten måtte ha hjelp til å tilberede måltider, kle på seg selv, pusse tenner osv. Intervjupersonene understreket i intervjuintervjuene at de som regel fant ut av pasientens behov selv etter en stund, men det

forenklet deres arbeid og var tidsbesparende hvis sykepleiesammenfatningene var så konkrete at de kunne bruke opplysningene mer direkte inn i arbeidslistene.

Relatert til de yrkesetiske retningslinjene kan mangelfulle opplysninger, ut fra dette, tenkes å vanskeliggjøre oppnåelsen av det etiske prinsippet om å fremme samarbeid og vise respekt for kollegers arbeid. Det kan tenkes at utilstrekkelig sykepleiedokumentasjon som vanskeliggjør kollegers arbeid, ikke bidrar til samarbeid, men i stedet signaliserer manglende vilje eller bevissthet på samarbeid, og/eller manglende forståelse eller respekt for de samarbeidende sykepleiernes arbeidssituasjon. En av informantene i denne studien ga uttrykk for at når sykepleiesammenfatningene ikke holdt mål, så kunne det være at denne oppgaven ikke ble tatt på alvor, og at den ble nedprioritert.

På den andre siden kan det tenkes at tilstrekkelig informasjon i sykepleiesammenfatningene fremmet gode samarbeidsforhold, bl.a. ved å lette arbeidet for de mottakende sykepleierne, og det kan tenkes å ha signalisert respekt for de mottakende sykepleiernes arbeidssituasjon.

5.1.1.3 Sykepleiernes erfaringer med «anbefalte tiltak». I sykepleiesammenfatningene blir det ofte skrevet en slags instruksjoner om hva som er essensielt å følge opp etter utskrivelse, og kalles i denne sammenhengen for «anbefalte tiltak». Det kan handle om blodtrykksmålinger, observasjon av effekt av medisiner, oppfølging av ernæring, personlig hygiene osv. Resultatene i studien indikerte at anbefalte tiltak ble ansett som nyttige, og inntrykket var at de også ble fulgt opp ved å bli satt i system i behandlingsplaner og på arbeidslister. Det syntes som om anbefalte tiltak var nyttige ved at de konkretiserte og definerte viktige tiltak og observasjoner. Noen av intervjupersonene opplevde anbefalte tiltak som en støtte for tiltak som allerede kunne være igangsatt, og det kunne forenkle arbeidet for de sykepleierne som organiserte tjenesten.

Samtidig ga flere av intervjuetekstene inntrykk av at sykepleierne i hjemmesykepleien, vurderte de anbefalte tiltakene ut fra eget faglig ståsted og med egne refleksjoner, ikke minst oppfattet de situasjonene på sykehuset og situasjonene i hjemmet som svært ulike.

Intervjuetekstene ga ikke inntrykk av at de anbefalte tiltakene ble oversett, men de ble heller ikke uten forbehold akseptert som den beste løsningen i enhver situasjon. Ofte fungerte pasienten bedre eller annerledes i eget hjem enn på sykehuset, og det var andre forutsetninger for hvordan pasienten kunne hjelpes i hjemmet enn i sykehuset. F.eks. var det vanskelig å få

målt mat- og drikke-inntak i hjemmet, slik at et anbefalt tiltak som «måle drikkeinntak» opplevdes vanskelig å gjennomføre.

Intervjutekstene indikerte også at det var viktig med en begrunnelse for de anbefalte tiltakene, og at tiltakene var satt inn i sin sammenheng. Derfor var det av betydning, både å få en beskrivelse av hvordan pasienten hadde fungert på sykehuset, og en beskrivelse av hva som var bakgrunnen for det anbefalte tiltaket. Dette kan samsvare med det som er påpekt av Thornquist (2009), når hun har beskrevet at konklusjoner og påstander må henge sammen med resten av innholdet i en tekst, og hun har hevdet at det å dokumentere er intellektuelt skjerpene og tydeliggjør resonnementer og vurderinger. På denne bakgrunnen kan det f.eks. tenkes at anbefalte tiltak som f.eks. formidles uten nærmere forklaring, oppfattes som upålitelige.

Relatert til de yrkesetiske retningslinjenes utsagn om å vise respekt for kollegers og andres arbeid, kan det tenkes at anbefalte tiltak som ikke er satt inn i en større sammenheng, kan signalisere manglende forståelse for den andres faglige kompetanse og arbeidssituasjon. Det kan tenkes at anbefalte tiltak uten forklarende tekst med begrunnelse for tiltaket mer bærer preg av en befaling enn en anbefaling, og derved signaliserer mangel på respekt for den som mottar budskapet. Relatert til nytte og etikk, er det likevel sannsynlig at anbefalte tiltak er mer til nytte enn til ulempe, fordi det konkretiserer områder som de mottakende sykepleierne bør være spesielt oppmerksomme på, og kommer derved sykepleierne og pasientene til gode. Hjemmesykepleiens sykepleiere har da mulighet til å evaluere tiltakene i etterkant og da gjøre sine egne vurderinger.

5.1.2 Konsekvenser for pasienter og pårørende

Sykepleiesammenfatningene skal være et verktøy, ikke bare for å lette arbeidet for de sykepleierne som tar imot pasientene (NSFID, 2007), men like mye for å sikre den videre kvalitet og kontinuitet i omsorgen for pasientene (Vabo, 2014; Olsen & al, 2012). Helse- og omsorgsdepartementet (2003) har gjennom Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene slått fast at et helhetlig tilbud og kontinuitet i kommunenes tjenester er forutsetninger for kvalitet i omsorgen, og de har definert at kvaliteten bl.a. består av trygghet, ivaretagelse av fysiologiske behov, og at omsorgen skal være tilpasset den enkeltes behov. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven, og gjelder i utgangspunktet ikke spesialisthelsetjenesten, men det kan være relevant å tenke at noen av kravene den stiller til kvalitet i omsorgen også kan gjelde ved

overflytting av pasienter mellom de ulike organisatoriske nivåene i helsevesenet, kanskje særlig når det gjelder kontinuitet i omsorg. Olsen & al. (2012) har påpekt at relevant informasjon som beskriver individuelle behov er avgjørende for kvalitet og kontinuitet i omsorgen, mens Vabo (2014) og Naustdal & Netteland (2012) hevder at kvaliteten på pleien kommer tydeligere fram, når dokumentasjonen er tilfredsstillende.

Begrepet, kontinuitet i omsorg, er i forskningen nyansert til å bestå av en relasjonell, en informativ og en administrativ komponent (Freeman & al.; Haggerty & al., ref. i Olsen & al., 2012). Relatert til funnene i denne studien, kan det tenkes at komponenten, informativ kontinuitet, ikke var ivaretatt, fordi intervjupersonene beskrev flere situasjoner, der de ikke hadde relevant informasjon tilgjengelig, slik at de kunne ivareta den enkelte pasients individuelle behov. Det kan også tenkes at heller ikke den administrative kontinuiteten var ivaretatt, fordi denne typen kontinuitet skal sørge for at informasjon når fram på tvers av bl.a. institusjonelle grenser.

Målet om å sikre kvalitet og kontinuitet i omsorgen synes også å samsvare med de yrkesetiske retningslinjenes formuleringer. Relatert til denne studien synes flere av formuleringene omkring sykepleiernes ivaretagelse av pasienten svært aktuelle, f.eks. at sykepleieren har ansvar for en helsefremmende og sykdomsforebyggende sykepleiepraksis, om understøtting av mestring og livsmot, eller ivaretagelse av helhetlig omsorg (NSF, 2011, s. 8). Det kan tenkes at disse etiske prinsippene angående pasienten ble vanskeligere å oppnå når sykepleiesammenfatningene var utilstrekkelige. I denne studien var det flere eksempler på at mangelfulle sykepleiesammenfatninger fikk negative konsekvenser for pasientene og medførte manglende kontinuitet i omsorgen. Ett eksempel var hvis det ikke var nyanserte nok beskrivelser av en pasients ressurser og/eller begrensninger til å utføre en aktivitet som f.eks. personlig hygiene eller å reise seg fra en stol. Det kunne få konsekvenser i form av at relevante tiltak ikke ble videreført etter utskrivelse, eller at pasienten ikke fikk brukt egne ressurser, eller han kunne bli sittende i stolen uten mulighet for hjelp fram til neste besøk fra hjemmesykepleien. I verste fall kunne pasienten prøve å reise seg alene, og potensielt falle og skade seg. Et annet eksempel var en pasient med trykksår som ikke var beskrevet i sykepleiesammenfatningen, og som derfor ikke raskt nok kom i gang med videre behandling. Det kunne påføre pasienten flere plager og forverring av tilstanden. Sett i forhold til kvalitet i omsorgen viser disse eksemplene at f.eks. kriteriet om trygghet, å få dekket fysiologiske behov eller å få brukt egne ressurser ikke ble ivaretatt. I forhold til de etiske formuleringene

kan en tenke seg lignende konsekvenser, fordi det kunne gå ut over pasientens helse og påføre lidelse, i alle fall understøttet det ikke fremming av helse eller mestring hos pasienten.

I motsatt fall, hvis sykepleiesammenfatningene inneholdt tilstrekkelig informasjon, tydet resultatene i studien på at det ble lettere å ivareta kvalitet, kontinuitet og sikkerhet for pasientene, f.eks. var det gitt en detaljert beskrivelse av en sårprosedyre, noe som sannsynligvis ville bidra til at videre behandling ville bygge på tiltak som var startet på sykehuset, og hjemmesykepleiens sykepleiere kunne observere effekten av de tidligere tiltakene, og sette inn nye hvis de fant det nødvendig. Det er derfor relevant å tenke at når sykepleiesammenfatningene inneholdt tilstrekkelige opplysninger, så bidro de til oppnåelse av de etiske målene, i dette tilfellet fremming av helse og lindring av lidelse for pasientene.

5.1.2.1 Konsekvenser relatert til eldre pasienter. To av intervjupersonene presiserte at det særlig var viktig med tilstrekkelige opplysninger relatert til den eldre pasientgruppen ved utskrivning fra sykehus, mens de andre intervjupersonene mente at sykepleiesammenfatningene var viktige uansett pasientenes alder. Men på direkte spørsmål, mente de fleste intervjupersonene at denne pasientgruppen var særlig sårbar. De begrunnet det med at eldre pasienter ofte er generelt fysisk svekket, har flere sykdommer, og mange kan ha en kognitiv svekkelse som gjør det vanskelig for dem å redegjøre for egen situasjon og egne behov.

Tidligere studier har også påpekt eldre pasienters sårbarhet når de blir flyttet mellom institusjoner eller organisatoriske nivåer i helsevesenet (Olsen & al., 2012; Kirsebom Wadensten & Hedström, 2012; Dunnion & Kelly, 2008). De manglende opplysningene går spesielt ut over kvaliteten og kontinuiteten i omsorgen til eldre pasienter, fordi de ofte er generelt svekket både mentalt og fysisk, noe som får konsekvenser i form av dårligere oppfølging av hjelpebehov, at grunnleggende behov ikke blir dekket, eller, i verste fall, at alvorlige symptomer blir oversett (Olsen & al., 2012; Kirsebom Wadensten & Hedström, 2012; Dunnion & Kelly, 2008). Ved f.eks. kognitiv svikt er sykepleierne som overtar pasientansvaret mer avhengige av omfattende og tilstrekkelige opplysninger i sykepleiesammenfatningene, fordi pasienten ikke selv kan fortelle om han trenger hjelp, eller hva han trenger av hjelp. Det har også vist seg at sykepleiesammenfatninger ofte har mest fokus på den fysiske dimensjonen av pasientomsorgen (Olsen & al., 2012), og mangelfulle opplysninger kan, i ytterste konsekvens, medføre økt funksjonssvikt og dødelighet for gamle pasienter (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, ref. i Olsen & al. 2012). På denne bakgrunnen

kan det være relevant å hevde at manglende informasjon kan få flere og mer alvorlige konsekvenser for eldre pasienter.

Både med tanke på kvalitet i omsorgen og på sykepleieres etiske mål for pasientomsorg, er det sannsynlig at eldre pasienter har et særlig behov relatert til sykepleiedokumentasjon. En kan tenke seg at mål som å fremme helse, forbygge sykdom, helhetlig omsorg og lindring av lidelse kan bli vanskeligere å ivareta når pasienten er generelt svekket med mange sykdommer, og ofte ikke kan hevde egne behov. Det kan derfor være grunn til å hevde at tilstrekkelige opplysninger er av særlig betydning for å ivareta de eldre pasientene, mens mangelfulle opplysninger kan få flere og mer fatale konsekvenser. Kanskje er det derfor et tankekors at det ikke var større bevissthet på sykepleiedokumentasjonens betydning for eldre pasienter. Samtidig er det forståelig at hjemmesykepleiens sykepleiere følte ansvar for alle pasienter, uansett alder, og derfor ikke hadde tenkt over om innholdet i sykepleiesammenfatningene var spesielt betydningsfullt for eldre pasienter.

5.1.2.2 Konsekvenser for forholdet mellom sykepleier og pasient/pårørende.

Sykepleiedokumentasjon skal også bidra til god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter/pårørende hvis den fungerer etter hensikten (Vabo, 2014; Heggdal, 2006). Relatert til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, skal sykepleieren vise omtanke for pårørende (NSF, 2011, s. 9). Heggdal (2006) påpeker at dårlig informerte sykepleiere kan belaste pasienter og pårørende med gjentatte spørsmål om pasientens behov.

Sykepleiesammenfatningene skal bygge på allerede eksisterende sykepleiedokumentasjon, bl.a. behandlingsplaner, og skal inneholde opplysninger slik at personale som ikke kjenner pasienten fra før skal kunne finne oppdatert informasjon, uten å måtte be pasient og/eller pårørende om å bistå med informasjon (Heggdal, 2006).

I intervjuetekstene i denne studien ble det gitt beskrivelser av at sykepleiesammenfatninger som fungerte etter hensikten kunne påvirke tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier. Det å være tilstrekkelig informert om pasientens problemområder påvirket hvordan sykepleierne var forberedt på å møte pasienten, og de opplevde at det bidro til at pasienten følte seg tryggere og bedre ivaretatt. Det er tenkelig at sykepleiesammenfatninger som er omfangsrike og innholdsrike nok, også ville kunne avlaste pårørende og styrke tillitsforholdet mellom sykepleiere og pårørende, og det kan tenkes at de pårørende da følte seg bedre ivaretatt. Når sykepleiesammenfatningene var mangelfulle, kan det tenkes at de belastet pårørende unødvendig, noe som i neste omgang kunne gå ut over pasienten. Det synes derfor som om

nytt av konkrete og detaljerte opplysninger også kunne ha større rekkevidde enn den rent praktiske, ved å påvirke samspillet, ikke bare mellom sykepleier og pasient, men også mellom sykepleier og pårørende. Sykepleiesammenfatninger kan ut fra dette, også settes i sammenheng med sykepleieprosessen som mellommenneskelig prosess, fordi det kan påvirke pasienten og pårørende sin opplevelse av omsorgssituasjonen (Heggdal, 2006).

5.1.3 Konsekvenser relatert til formelle og faglige krav

I Helsepersonelloven (1999, § 40) fastslås det at pasientjournalen skal inneholde opplysninger som er «relevante og nødvendige». Ifølge Forskrift om pasientjournal (2000, §§ 8 og 9), som er hjemlet i bl.a. Helsepersonelloven (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), skal opplysninger om bakgrunn for innleggelse, diagnose, gitt behandling og status ved utskrivelse sendes det helsepersonell som trenger opplysningene ved utskrivning. Videre fastslår Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie (2003) at en sykepleiesammenfatning skal gi informasjon om den sykepleie som er gitt på en oversiktlig og standardisert måte, bl.a. beskrivelser av pasientens ressurser, problemer og behov, tiltak og evaluering, og status ved innkomst og ved utskrivelse. NSFID (2007) påpeker at en sykepleiesammenfatning skal inneholde opplysninger med tanke på anvendbarhet for de som skal hjelpe pasienten videre.

Som tidligere beskrevet viste intervjuetekstene i denne studien at hjemmesykepleiens sykepleiere i mange tilfeller savnet opplysninger i sykepleiesammenfatningene. På den bakgrunn kan det stilles spørsmål ved om sykepleiesammenfatningene inneholdt relevante og nødvendige opplysninger, slik lovverket krever. Dersom pasienten f. eks. ikke kunne reise seg fra lenestol ved egen hjelp, var det da etter lovverket tilstrekkelig å skrive at pasienten trengte hjelp til forflytning, eller burde tiltaket også nyanseres ved å beskrive nærmere hvordan pasienten trengte hjelp til forflytning? Sannsynligvis ville det, juridisk sett, være mer alvorlig unnlatt å beskrive at pasienten trengte hjelp til forflytning overhodet, noe som trolig heller ikke ville oppfylle de juridiske kravene til dokumentasjon. Kanskje blir det en tolkning av hva som er «relevant og nødvendig», og kanskje var det etter lovverket tilstrekkelig å kun skrive «hjelp til forflytning». Men relatert til faglige standarder ville det trolig ikke være tilstrekkelig å kun skrive «hjelp til forflytning», fordi de faglige standardene også stiller krav til dokumentasjon av ressurser og behov hos pasienten, og krever at en sykepleiesammenfatning skal inneholde opplysninger med tanke på anvendbarhet for de som

skal hjelpe pasienten videre (Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie, 2003; NSFID, 2007).

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal all sykepleiepraksis være faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2011). På bakgrunn av resultatene i studien synes det altså som om sykepleiesammenfatningene ofte ikke oppfylte kravene til den faglige standarden. Samtidig synes det vanskelig å påstå at sykepleiesammenfatningene i alle disse tilfellene ikke var faglig og juridisk forsvarlige, selv om det er tenkelig at det også forekom sykepleiesammenfatninger som ikke oppfylte kravene om juridisk forsvarlighet. Et eksempel kan være en manglende beskrivelse av liggesår hos en pasient, eller manglende dokumentasjon av kognitiv svikt, fordi dette kunne tenkes å få alvorlige konsekvenser for pasientens helse. Slettebø (2006) hevder at lovgivningen bestemmes etter en forsvarlighetsnorm som setter en rettslig standard, mens fagpersonene selv må utforme faget og fylle det med innhold i den tjenesten som utøves. I dette tilfellet er det sykepleierne på sykehuset som må fylle sykepleiesammenfatningene med et slikt innhold at de ikke bare er rettslig forsvarlige, men også holder tilstrekkelig faglig standard.

Ifølge Slettebø (2006) er det en balansegang å bestemme hvilke plikter som trenger å lovreguleres innenfor et fag, og hvilke som kan overlates til faglig og etisk skjønn. Ofte er det slik at jusen er en lovfesting av allerede eksisterende normer, men den kan samtidig ikke tvinge helsepersonell til f.eks. å være samvittighetsfulle i sin yrkesutøvelse. Dette kan derimot yrkesetiske retningslinjer bidra til å ivareta (Slettebø, 2006). I et nytteetisk perspektiv kan det kanskje hevdes at de sykepleierne som skriver sykepleiesammenfatningene bør tilstrebe en slik standard at dokumentasjonen kommer de mottakende sykepleierne og pasientene til størst mulig nytte. Det synes derfor hensiktsmessig at sykepleiesammenfatningene holder en høy faglig standard, fordi dette vil komme pasientene og de mottakende sykepleierne til gode, ved å sette hjemmesykepleiens sykepleiere bedre i stand til å utøve faget, og derved gi pasientene en bedre kvalitet på omsorgen.

5.2 Begrensninger for hvor konkret/detaljert/helhetlig det er nyttig og mulig å dokumentere

Nyeng (1999) hevder at, i et nytteetisk perspektiv, må man vite hva som er gode konsekvenser eller hvilke egenskaper en konsekvens har, for at den skal bli verdt å etterstrebe. Drøftingen i avsnittene over ser ut til å vise at konsekvenser av konkrete og detaljerte sykepleiesammenfatninger, og bevissthet på hjemmesituasjonen er verdt å etterstrebe.

Hovedtrekkene i de gode konsekvensene av konkret og detaljert informasjon med fokus på hjemmesituasjonen, kan sies å være lettelse eller forenkling av sykepleiernes arbeid, bedre kvalitet og kontinuitet i omsorgen, og muligens en gunstig innvirkning på tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier. Samtidig ytret en av intervjupersonene under et intervju at det nok var umulig for sykepleierne på sykehuset å gi beskrivelser ment for hjemmeforholdene helt ned på «mikronivå», mens andre intervjupersoner påpekte at for mange detaljer kunne gjøre sykepleiesammenfatningene uoversiktlige. Det kan derfor være hensiktsmessig å tenke over om det finnes begrensninger for hvor detaljert og konkret det både er nyttig og/eller mulig å være.

Det kan tenkes at det er urealistisk, fra sykehusets ståsted, å se for seg hvordan pasienten fungerer, f.eks. når han skal komme seg fra soverommet til badet i eget hjem. Dette er også opplysninger som er vel så viktige i planleggingen av en utskrivning, og for den elektroniske samhandlingen som foregår mellom sykehus og saksbehandlere i kommunen i forkant av utskrivelser. Det er gjort mange studier på at denne delen av utskrivningsprosessen heller ikke fungerer som den skal (Hellesø, 2010; Hellesø, Sorensen & Lorensen 2005), men dette vil ikke bli nærmere beskrevet her. Som det kom fram under intervjuene er det også slik at hjemmesituasjonen og sykehussituasjonen er svært ulike, slik at det som observeres under sykehusoppholdet i mange tilfeller ikke er aktuelt når pasienten har kommet hjem. En annen faktor er at sykehusoppholdene ofte er så kortvarige at sykepleierne på sykehuset ikke rekker å bli så kjent med pasienten at hun kan danne seg et helhetlig bilde av funksjonsevnen. Det synes likevel rimelig å hevde, på bakgrunn av resultatene, at en større bevissthet på hjemmesituasjonen, er gunstig for anvendbarheten og nytten av sykepleiesammenfatningene.

Det kan også tenkes at informasjonen i sykepleiesammenfatninger kan bli for detaljrik og nyansert, slik at de blir uoversiktlige og essensiell informasjonen blir borte i detaljene. Fowlers (2014) artikkel om sykepleiedokumentasjon, framhever bl.a. kortfattethet som et av kjerneprinsippene, samtidig som dokumentasjonen bør være presis. På den andre siden, svarte flere intervjupersoner på spørsmålet, om de syntes det noen ganger ble skrevet for mye i sykepleiesammenfatningene, at det var heller sjelden, og i alle fall ikke noe problem, snarere tvert imot. Resultatene viste samtidig at det ikke var nødvendig å skrive mye der det ikke var noe å skrive om, mens det var viktig å skrive nyansert der det var opplysninger som kunne ha konsekvenser for hvordan pasienten skulle følges opp. Det synes derfor som om det å skrive konkret og detaljert blir en balansegang, slik at ikke viktige opplysninger «drukner» i detaljer,

samtidig som sykepleiesammenfatningene heller ikke må være slik at de preges av generelle fraser, som ikke er individuelt tilpasset den enkelte pasient.

5.3 Ulike virkelighetsoppfatningers påvirkning av innholdet i sykepleiesammenfatningene

Bowker & Star referert i Hellesø (2010) har funnet at, ved informasjonsutveksling, så blir erfaringer fra én tid og ett sted satt opp mot erfaringer i en annen tid og et annet sted, slik at sykepleiere på sykehus dokumenterer ut fra det de ser som nødvendig ut fra et akutt og medisinsk perspektiv, mens sykepleiere i hjemmesykepleien leser dokumentasjonen ut fra sitt perspektiv, som er mer langtidsrettet. Ifølge Hellesø & Fagermoen (2010) kan ulike perspektiver påvirke hva det informeres om i en gitt sammenheng, hva slags terminologi som brukes og mottakernes tolkning av informasjonen, mens Hellesø, Sorensen & Lorensen (2005) har funnet et behov for at informasjonen som utveksles mellom hjemmesykepleie og sykehus må settes inn i sin sammenheng, og den må tilpasses den sammenheng den skal brukes i.

Relatert til denne studien kan det tenkes at slike mekanismer spilte inn, når sykepleiesammenfatningene ikke inneholdt de opplysningene som hjemmesykepleiens sykepleiere mente de trengte. Det ser ut som om sykehusets sykepleiere vektla annen informasjon enn den som hjemmesykepleiens sykepleiere ønsket. Kanskje hadde ikke sykepleierne på sykehuset fokus på denne delen av omsorgen under innleggelsen, men hadde sin oppmerksomhet rettet mot det akutte sykdomsforløpet, slik at de hadde vanskelig for å beskrive disse funksjonsområdene i en sykepleiesammenfatning. Det kan tenkes at dette var en medvirkende årsak til at det ble brukt for generelle fraser som, «trenger hjelp til stell», i stedet for å nyansere på hvilken måte pasienten trengte hjelp til stell.

Det kan også tenkes at sykepleierne på sykehuset, med sin erfaringsbakgrunn, ikke hadde forståelse eller bevissthet nok på den sammenheng som hjemmesykepleiens sykepleiere utøvde sin omsorg i. Kanskje manglet de innsikt i det spesielle ved å utøve omsorg og stell i pasientens hjem, og at omsorg i hjemmet f.eks. krevde en annen form for forberedelser og planlegging enn det å utøve omsorg på sykehuset. Intervjutekstene viste heller ikke at det ble dokumentert presist og konkret nok, relatert til prosedyrer som f.eks. sårstell, kanskje fordi sykehusets sykepleiere, ut fra sitt perspektiv, ikke så nødvendigheten av å være så konkrete og nøyaktige. Thornquist (2009) har påpekt at det å dokumentere er intellektuelt skjerpene og

tydeliggjør resonnementer og vurderinger, og det er vesentlig at den skriftlige dokumentasjonen er til å stole på. Relatert til denne studien, tok kanskje sykehusets sykepleiere det for gitt at hjemmesykepleiens sykepleiere forstod hva som skulle gjøres uten at prosedyrer var detaljert beskrevet.

På den andre siden viser mye forskning at sykepleiedokumentasjon, generelt, innenfor én og samme organisasjon også kan være mangelfull (Broderick & Coffey, 2013; Inan, Nurcan & Dinc, 2013; Voyer, & al, 2008). Det må derfor tas med i betraktningen at det, i tillegg til manglende forståelse for hverandres perspektiver, kan ligge andre årsaker bak, når sykepleiesammenfatningene ikke holdt mål. Det kan f.eks. tenkes at dokumentasjonen var påvirket av hvor godt kjennskap sykepleierne hadde til pasientene. F.eks. hevder Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand (2000) at sykepleiesammenfatningene ideelt bør skrives av en som kjenner pasienten mens dette, noe som ut fra egen og kollegers erfaring, ikke alltid lar seg gjøre.

Skriftlig kommunikasjon er også i seg selv særegen. Den kan tolkes mer ukontrollerbart enn den verbale, den foregår helt på avsenderens premisser, og den forstås ut fra tidligere erfaringer fra både verbal og nonverbal kommunikasjon (Weihe, 1997). Thornquist (2009) har påpekt at helsepersonells kommunikasjon må være pålitelig, konsistent og relevant ut fra sin sammenheng. Sammenholdt med at ulike perspektiver påvirker hvilken informasjon som formidles, og hvordan informasjonen formidles (Hellesø & Fagermoen, 2010), kan det tenkes at det spesielle ved skriftlig dokumentasjon krever en bevisst holdning til hva og hvordan budskap skal formidles, i dette tilfellet den skriftlige kommunikasjonen i sykepleiesammenfatninger. Siden sykepleiesammenfatningene ikke ga rom for mottakerne til f.eks. å stille oppklarende spørsmål, var det derfor av viktighet at sykepleiesammenfatningene var tydelige, konkrete og detaljerte, slik at det ikke skulle oppstå misforståelser eller mangle informasjon som var relevant for den sammenhengen som de mottakende sykepleierne utøvde sin omsorg i.

5.4 Metodediskusjon

I denne studien har altså målet vært å kartlegge og beskrive hjemmesykepleien sine sykepleieres erfaringer med sykepleiesammenfatninger. Det har derfor vært av betydning å bli kjent med, og å forstå hjemmesykepleien sine sykepleieres arbeidshverdag, og hvordan den påvirket deres behov for informasjon i sykepleiesammenfatninger. Det ble derfor brukt

kvalitativ forskningsmetode med semistrukturerte, individuelle forskningsintervju. Ifølge Malterud (2011) og Kvale & Brinkmann (2009) er kvalitative forskningsintervju en hensiktsmessig metode for å skaffe innblikk i menneskelige erfaringer, og ifølge Kvale & Brinkmann (2009) skal en fenomenologisk tilnærmingstype være egnet til å skaffe innblikk i menneskers livsverden.

5.4.1 Utvalgets og intervjusituasjonenes betydning

Malterud (2011) hevder at det er nødvendig med et strategisk utvalg for å sikre informasjonsrikdom. Utvalget i denne studien var åtte offentlig godkjente sykepleiere som arbeidet pasientnært. To av dem var ansatt i mer administrative stillinger, men arbeidet likevel også pasientnært. Intervjupersonene bestod av sykepleiere med varierende lengde på yrkeserfaringen. Dette var ikke et bevisst valg, men tilfeldighetene ville det slik, og det kan tenkes at dette ga en større bredde i informasjonsrikdommen.

Utvalget syntes å være relevant sett i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål. Det syntes relevant for studiens reliabilitet, ved at resultatene hadde utgangspunkt i informanter med erfaring fra problemområdet. Videre kan det tenkes at utvalget var relevant for resultatenes overførbarhet til andre sammenhenger som omhandler kommunikasjon mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste.

Samtidig skal det sies at i hjemmesykepleien er ikke sykepleierne den eneste yrkesgruppen som er avhengige av å innhente informasjon fra sykepleiesammenfatninger, og som kvaliteten av sykepleiesammenfatningene kan ha konsekvenser for. En viktig og stor gruppe blant personalet er bl.a. hjelpepleiere/ helsefagarbeidere, som også selv dokumenterer og innhenter informasjon fra sykepleiesammenfatningene når en pasient kommer hjem fra sykehuset. I tillegg arbeider det i hjemmesykepleien hjemmehjelpspersonale, som ivaretar praktisk bistand som rengjøring av bolig, innkjøp osv., og noen ganger arbeider det ufaglært pleiepersonale, sykepleierstudenter og lærlinger i hjemmesykepleien. I tillegg til sykepleierne, var det derfor sannsynlig at også disse gruppene av personale skulle lese og bruke sykepleiesammenfatningene som et verktøy for å yte hjelp til pasientene. Men for å definere og avgrense studien ble det likevel besluttet å fokusere på sykepleiernes erfaringer, ikke minst også fordi sykepleierne innehar det faglige ansvaret når en pasient kommer hjem fra sykehuset. Siden ingen av de andre nevnte faggruppene var inkludert i selve intervjuundersøkelsen, ble det heller ikke drøftet nærmere hvilke konsekvenser resultatene kunne ha for dem i resultatdiskusjonen.

5.4.2.1 Ethiske refleksjoner rundt rekrutteringen. Intervjuene ble avtalt med avdelingsledere i 3 ulike avdelinger i hjemmesykepleien i en kommune i mitt hjemfylke. For rekrutteringen sin del, var det en stor fordel å ha avklart intervjuene med avdelingslederne, slik at de kunne gjennomføres på arbeidsplassen og i arbeidstiden. Det er det på den andre siden tenkelig at avdelingslederne kunne få kjennskap til identiteten til deltakerne, og intervjupersonenes anonymitet kunne bli brutt, noe som kunne få konsekvenser om det f.eks. ble sagt noe ufordelaktig under intervjuene.

Samtidig var det intervjupersonene selv som valgte om de ville delta som informanter eller ikke, og som frivillig underskrev samtykkeerklæring på at de deltok som informanter (vedlegg nr.). Informantene ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuene. Det skal også sies at det ikke kom fram sensitiv informasjon som kunne være ufordelaktig for noen av intervjupersonenes arbeidsssteder.

5.4.1.2 Intervjusituasjonenes betydning. De semistrukturerte intervjuene i denne studien utgikk fra en intervjuguide (vedlegg nr.). Kvale & Brinkmann (2009) påpeker at, for å både holde en viss struktur, og samtidig være åpen for dynamikken i intervjusamtalen, bør et kvalitativt forskningsintervju utgå fra en intervjuguide, som inneholder en oversikt over emner det bør samtales om, men den kan også inneholde forslag til spørsmål. Intervjuguiden bør være så lite bindende at intervjueren lett kan variere spørsmålene og rekkefølgen av dem i takt med dynamikken gjennom intervjuet.

Intervjusamtalene i denne studien varierte i varighet, og på et vis også i innhold, selv om de utgikk fra samme intervjuguide. Alle intervjupersonene hadde erfaringer med å lese og bruke sykepleiesammenfatninger, men ikke alle hadde gjort seg opp like mange meninger om innholdet i dem. Noen intervjupersoner hadde mye på hjertet, mens andre hadde færre synspunkter å meddele. I noen intervjuer ble intervjuguiden i liten grad brukt, men mer som en rettesnor for å sikre at alle hovedtemaer ble belyst. I andre intervjuer var det nødvendig å stille flere spørsmål for å få tak i nyttig informasjon, og intervjuguiden ble benyttet mer aktivt. Dynamikken varierte derfor fra intervju til intervju, og kunne også variere i ett og samme intervju. Det opplevdes likevel riktig å la intervjupersonene snakke fritt når stemningen tilsa det, og heller stille oppfølgingsspørsmål som kunne forfølge temaer som dukket opp underveis, eller som ledet tilbake til tema. Andre ganger var det nødvendig å stille hyppigere spørsmål for å stimulere intervjupersonene til å fortelle, og noen ganger kom

kanskje samtalen aldri helt på gli. Kvale & Brinkmann (2009) beskriver at intervjueren bør være oppmerksom på ledetrådene som oppstår under intervjuet, fordi disse kan medvirke til å gi svar på forskningsspørsmålene, i stedet for at man kun har fokus på intervjuguiden eller neste spørsmål.

På denne bakgrunnen kan det sies at noen intervjuetekster var mer rikholdige enn andre. For å unngå at noen av intervjuetekstene skulle bli mer vektlagt enn andre, ble det derfor forsøkt å være bevisst på dette i analysen, slik at utsagn fra alle tekstene ble benyttet for å underbygge resultatene, men det er ikke utenkelig at noen intervjuetekster påvirket resultatene mer enn andre. Kanskje hadde det også vært ønskelig med flere intervju enn åtte for å få fram et enda rikere materiale, men de åtte intervjuene ble vurdert å gi tilstrekkelig materiale å arbeide ut fra. Det skal også innrømmes at intervjuerens manglende erfaring med intervjusituasjoner kan tenkes å ha hatt innvirkning på dynamikken og tekstrikdommen i noen av intervjuene.

5.4.2 Analysen

Selve analysen i kvalitativ forskning skal være som en bro mellom rådata og resultater, ved å stille spørsmål til materialet, og svarene skal kunne finnes i mønstre og kjennetegn som framkommer gjennom kritisk refleksjon (Malterud, 2011). I denne studien ble analysemetoden, systematisk tekstkondensering, benyttet slik den framstilles av Malterud (2011). Denne analysemetoden ble oppfattet som hensiktsmessig, fordi den bl.a. er velbeskrevet og oversiktlig, og var derfor lettfattelig å følge, noe som er en fordel for en uerfaren forsker, slik Malterud (2011) også selv hevder. Den systematiske analysen, sammen med god veiledning, anses å understøtte studiens pålitelighet eller reliabilitet.

Råmaterialet i studien var altså åtte intervjuer med sykepleiere fra hjemmesykepleien, angående deres erfaringer med sykepleiesammenfatninger. Intervjuene ble gjennomgått systematisk ved å følge de fire trinnene i analysemetoden. I trinn 1 ble intervjuetekstene gjennomlest flere ganger i et forsøk på å få en fornemmelse av temaer. I andre analysetrinn ble meningsbærende enheter identifisert og dekontekstualisert, mens de i tredje analysetrinn ble omgjort til såkalte «kondensater». I fjerde analysetrinn ble kondensatene rekontekstualisert til analytiske tekster for hver kodegruppe og subgruppe, alt i henhold til Malteruds (2011) metode.

Ved analysen av intervjuetekstene foregikk det en prosess, der forståelsen og tolkningen av tekstene utviklet seg under arbeidet med dem. Dette minner om prosessen som kalles den hermeneutiske sirkel, der første helhetsinntrykk av en tekst påvirker forståelsen av deler i

teksten, som igjen påvirket helhetsforståelsen osv. Det kan tenkes at en slik prosess spilte inn når første lesning av tekstene skaffet en helhetsforståelse, som deretter ble brutt ned i mindre enheter gjennom dekontekstualisering, for å senere kunne bidra til å oppdage nye sammenhenger gjennom rekontekstualisering.

I analyseprosessen var det krevende å identifisere meningsbærende enheter under relevante temaer, og å systematisere disse til kodegrupper. Malterud (2011) påpeker at analyse av kvalitative data innebærer flere gyldige tolkningsalternativer. For å balansere mellom fleksibilitet og samtidig relevans er det av betydning med bl.a. veiledning og en velbeskrevet prosedyre, og teorigrunnlaget kan være til hjelp. Under analysearbeidet var det svært betydningsfullt med god veiledning, og det var til hjelp med en godt beskrevet analyseprosedyre. Teorigrunnlaget ga gode holdepunkter for hva som kunne være den mest relevante tolkningen av dataene. Samtidig inneholdt ikke den opprinnelige teorigjennomgangen relevant teori angående hovedfunnet, adskilte verdener. Det ble derfor gjort nye litteratursøk om sykepleiedokumentasjon, men med litt endrede søkeord om, og det viste seg da å finnes forskning som kunne bekrefte lignende funn i tidligere studier (Hellesø, 2010; Hellesø, 2006).

5.4.2.1 Forforståelsen. I sammenheng med analysen var det av betydning å være bevisst på egen forforståelse. Ifølge Malterud (2011) og Kvale & Brinkmann (2009) skal egen forhåndskunnskap eller forforståelse settes «i parentes» i møte med dataene, samtidig som en må være bevisst på at dette nærmest er uoppnåelig. Malterud (2011, s.40) kaller denne forforståelsen for en slags «ryggsekk» som vi bringer med oss inn i prosjektet, og som kan bestå av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme. Forforståelsen kan være nyttig, men kan også være begrensende, ved f.eks. å hemme evnen til å se nye fenomener og å lære av dem. Det er sannsynlig at heller ikke denne studien har vært fri for påvirkning fra intervjuerens erfaringer og teoretiske referanseramme.

Relatert til denne studien er intervjueren selv i et arbeidsforhold til Sykehuset i Vestfold, og er en av dem som skriver sykepleiesammenfatninger. Det er derfor ikke usannsynlig at dette kan ha påvirket spørsmål underveis i intervjuene, eller selve analysen. Men det har også vært krevende å frigjøre seg fra den teoretiske referanserammen, fordi mye forskning, som beskrevet i teorikapitlet, viser at sykedokumentasjon er mangelfull. Intervjueren kan derfor selv ha hatt en forforståelse av at skriving av sykepleiesammenfatninger ofte er en nedprioritert oppgave, og har selv hatt tanker om at sykepleiesammenfatningene sannsynligvis

er utilstrekkelige. Slik kan det ha vært mer nærliggende å se etter negative synspunkter i intervjuansvarene enn etter positive. Samtidig hevder Malterud (2011, s.95) at teorigrunnlaget også kan gi støtte for hvilke tolkninger av dataene som gir mest relevante funn. Det skal også påpekes at bevissthet på frigjøring fra tillærte tankebaner, og lojalitet til intervjuetekstene har vært prioritert gjennom analysearbeidet.

5.4.3 Studiens validitet

Drageset & Ellingsen (2010) hevder at i kvalitativ forskning er troverdighet et overordnet begrep for pålitelighet, gyldighet og overførbarhet, og troverdigheten avhenger av at det er frambrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare. Overgangene mellom disse begrepene er glidende, for eksempel må dataene være pålitelige for å kunne kalles gyldige. Kvale & Brinkmann (2009) bruker begrepene reliabilitet og validitet om de samme temaene, mens Malterud (2011) snakker om en studies relevans og validitet.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) omhandler et studies validitet spørsmål omkring metoden, og om den undersøker det den skal gjøre. Forskningsspørsmålene i denne studien etterspurte hva sykepleierne i hjemmesykepleien oppfattet som relevant informasjon i sykepleiesammenfatninger, og hvordan dette stemte med den informasjonen de faktisk mottok. I tillegg var det et ønske å undersøke hjemmesykepleien sine sykepleieres syn og erfaringer med såkalte «anbefalte tiltak». Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av forskningsspørsmålene (vedlegg nr. 2). Det var vesentlig å skaffe innblikk i intervjupersonenes livsverden for å finne svar på disse spørsmålene.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009), gir det kvalitative forskningsintervjuet muligheter til å sette seg inn i sider ved andre menneskers dagligliv sett fra hans eller hennes perspektiv. Relatert til denne studien var det altså av viktighet å forstå hjemmesykepleien sine sykepleieres livsverden relatert til deres erfaringer med sykepleiesammenfatninger. I intervjuetekstene kom det fram tallrike beskrivelser av hvordan hjemmesykepleiens sykepleieres arbeidshverdag fortonet seg, og hvordan den kunne bli påvirket av f.eks. mangelfulle sykepleiesammenfatninger. Det synes derfor som om de kvalitative forskningsintervjuene ga innblikk i intervjupersonenes arbeidshverdag eller livsverden, og den videre analysen ga muligheter for tolkninger av hvordan sykepleierne så på innholdet i sykepleiesammenfatningene. Metoden ga derfor svar på hjemmesykepleien sine sykepleieres

syn på sykepleiesammenfatninger, hva de ønsket at sykepleiesammenfatningene skulle inneholde, og hva som framsto mangelfullt.

Samtidig kan det tenkes at noe av informasjonsbehovet som ble beskrevet i intervjuene ikke først og fremst hører hjemme i en sykepleiesammenfatning, men i samhandlingen i forkant av utskrivningen. Derfor kan det kanskje sies at mange av intervjusvarene også fortalte mye om behovet for informasjon i forkant av en utskrivelse. Dette er ikke nærmere drøftet i denne studien, da det i utgangspunktet ikke kommer inn under min problemstilling. Men det kan tenkes at spørsmålene under intervjuene skulle vært stilt annerledes, eller fulgt opp på en annen måte, for å skille ut hva som var av relevans for sykepleiesammenfatninger og hva som kun hadde relevans for den elektroniske samhandlingen i forkant av utskrivelsen, eller det kan tenkes å ha med selve analysen å gjøre. Samtidig er det relevant å tenke at informasjonsutveksling i forkant av en utskrivelse og i en sykepleiesammenfatning kan og/eller bør overlappe hverandre noe. Det kom heller ikke fram opplysninger om sykepleiernes syn på det rent skjematiske oppsettet av en sykepleiesammenfatning. Dette ble det heller ikke stilt spørsmål om i intervjuguiden. Kanskje er det en svakhet, men det var et bevisst valg å fokusere på selve innholdet i sykepleiesammenfatningene.

Siden dette mastergradsarbeidet startet har Sykehuset i Vestfold [SIV], sluttet å anvende det som kalles sykepleiesammenfatninger, men benytter nå en elektronisk oppsummeringsrapport for sykepleiedokumentasjon som kalles «utskrivningsrapport», ved overføring av opplysninger mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester. Den sendes elektronisk til pasientens hjemkommune, og den blir sendt med pasientene i papirversjon.

Utskrivningsrapporten er noe ulik sykepleiesammenfatningen i skjematisk oppsett, men inneholder de samme 12 funksjonsområdene, samtidig som «anbefalte tiltak» har blitt et eget punkt under flere av funksjonsområdene. Det synes likevel å kunne hevdes at resultatene i denne studien har relevans for nåværende oppsummeringsnotater, og for hva og hvordan det bør dokumenteres i dem, spesielt med tanke på at denne studien har vektlagt innholdet i sykepleiesammenfatningene, og i mindre grad formen.

KAPITTEL 6 KONKLUSJON

Denne studien viser at sykepleiesammenfatninger blir ansett som viktige, men det finnes en diskrepans eller et avvik mellom det sykepleierne i hjemmesykepleien ønsker at sykepleiesammenfatninger skal inneholde, og det de faktisk inneholder. Det synes som om sykepleiere på sykehuset og sykepleiere i kommunale omsorgstjenester har utgangspunkt i to ulike virkeligheter eller verdener. Hjemmesykepleiens sykepleiere ønsker at sykepleiesammenfatningene skal være konkrete og nyanserte, mens sykehusets sykepleiere ofte dokumenterer unyansert og med generelle fraser. Hjemmesykepleiens sykepleiere ønsker mer fokus på konsekvenser for hjemmesituasjonen og «veien videre», mens sykepleiesammenfatningene stort sett har fokus på den akutte sykdomssituasjonen.

Det synes å være ulike oppfatninger av om eldre pasienter har særlige behov for opplysninger i sykepleiesammenfatninger.

Relatert til nytte og nytteetikk, ser det ut til at sykepleiesammenfatninger med en standard i tråd med faglige og yrkesetiske retningslinjer, får konsekvenser i form av mer nytte og brukbarhet enn sykepleiesammenfatninger som er generelle, unyanserte og lite helhetlige, og hjemmesykepleiens sykepleiere får bedre forutsetninger for å oppfylle kravene i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere.

På bakgrunn av utvalg og validitet, kan resultatene i denne studien hevdes å være overførbare til skriftlig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester generelt, og kanskje kan resultatene brukes for å bedre samarbeid på tvers av de organisatoriske nivåene, og forståelse for hverandres situasjoner. Det kan også tenkes at resultatene kan brukes i undervisning om sykepleiedokumentasjon og samhandling mellom sykehus og kommuner. Resultatene synes også å vise at det kan være behov for mer forskning omkring sykepleiedokumentasjon på tvers av de organisatoriske nivåene, f.eks. angående hva slags informasjon som er relevant i samhandlingen før utskrivelsen og hva som har størst relevans i en skriftlig oppsummeringsrapport.

LITTERATURLISTE

- Akner, G. (2010). Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar alt fler. *Läkartidningen*, 107(44), 2707-2711.
- Bentdal, S., L., Sørum, T. (2012). *Sykepleiesammenfatning – et nyttig verktøy? Sykepleieres oppfatning om kommunikasjonen mellom sykehus og sykehjem* (Masteroppgave). Gjøvik, Høgskolen i Gjøvik, NTNU.
- Broderick, M. C., Coffey, A. (2013). Person-centred care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing*. 8(4), 309-318.
- Cavanagh, S., Burnett, V., Shearer, J. (2002). Building pathways in the care of older people. *Nursing older people*, 13(10), 14-16.
- DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B. F. (2006). Making sense of qualitative research. The qualitative interview. *Medical education*, 40, 314-321.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335.
- Dunnion, M. E. & Kelly, B. (2008). All referrals completed? The issues of liaison and documentation when discharging older people from emergency department to home. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2471-2479.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Forskrift om pasientjournal. (2000). *Forskrift om pasientjournal*. Fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet 21. desember 2000 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten, lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten og lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven* (nedlastet 15.09.13)
- Fowler, J. (2014). Written communication: from staff nurse to nurse consultant. Part 1: Core principles. *British Journal of Nursing*, 23 (15), 866-866.
- Grönroos, E. K. & Perälä, M. (2006). Successful discharge – home care personell's views. *Sairaanhoitaja*, 79(3), 28-31.

- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & Mckendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327, 1219-1221.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet*. 5. utg. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*, 10, e036.
- Hellesø, R. (2006). Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 11-21.
- Hellesø, R., Lorensen, M. & Sorensen L. (2005). Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*, 74(11-12), 960-972.
- Hellesø, R., Lorensen, M. & Sorensen L. (2004). Challenging the information gap – the patients transfer from hospital to home health care. *International Journal of Medical Informatics*, 73(7-8), 569-580.
- Helsedirektoratet (2015/12). EPJ Standard Del 1: Introduksjon til EPJ Standard: HIS 80505:2015). Hentet fra http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_2409.aspx. (nedlastet 14.02.16)
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr 47 (2008-2009). Oslo: Departementet.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. St.meld. nr 25 (2005-2006). Oslo: Departementet.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m. v. av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet fra http://wlovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven* (nedlastet 15.09.13)
- Helse Sør-Øst (2015). *Helse Sør-Øst RHF - det regionale helseforetaket*. Hentet fra http://www.helse-sorost.no/omoss_/omhelseforetaket (nedlastet 11.05.16)

- Helse Sør-Øst (2012). *Brukerveiledning. Dips. Elektronisk dokumentasjon av sykepleie. HSØ. Grunnkurs*. Hentet fra <http://www.helse-sorost.no/fagfolk /temasider /pasientsikkerhet /Documents/Oppl%C3%A6ring/Oppl%C3%A6ring%20som%20sentral%20virkemiddel vedlegg%208 Brukerveiledning> (nedlastet 30.04.16)
- Hermansen, Å., Grødem, A. S. (2015). Redusert liggetid blant de eldste. *Sykepleien Forskning*, 10(1), 24-32.
- Inan, N. K., Dinc, L. (2013). Evaluation of nursing documentation on patient hygienic care. *International Journal of Nursing Practice*. 19(1), 81-87.
- Kärkkäinen, O., Bondas, T., Eriksson, K. (2005). Documentation of Individualized Care: A qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*. 12(2), 123-132.
- Kirsebom, M., Wadensten, B. & Hedstrøm, M. (2012). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 886-895.
- KITH (2003). *Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Nasjonal standard. Del I*. Hentet fra http://www.kith.no/upload/1101/R12-03DokumentasjonSykepleie-rev1_1-NasjonalStandard.pdf. (nedlastet 15.09.15)
- KITH (2003). *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. Hentet fra <http://www.kith.no/upload/1105/R14-03VeilederElektroniskDokSykepleie-v1.pdf>. (nedlastet 15.09.15)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten*. Fastsett ved kgl.res. 27. juni 2003 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9 og lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=forskrift%20om%20kvalitet%20i%20pleie->. (nedlastet 30.03.16)
- Lerdal, A. (2009). Hvordan skrive metodekapitlet. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 238-240.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moen, A. (2003) Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. *Sykepleien*, 91(5), 40-44.
- Molven, O. (2012). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Naustdal, A.-G., Nettelund, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning*, 3(7), 270-277.
- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie. Hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk Sykepleierforbund (2015). *Primærhelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.nsf.no/primaerhelsetjenesten/artikkelliste/1212781> (nedlastet 10.05.16)
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>. (nedlastet 15.09.13)
- Nyeng (1999). *Etiske teorier – en systematisk fremstilling av syv etiske teorier*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Olsen, R. M., Hellzén, O., Skotnes, L. H., Enmarker, I. (2012). Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics. *Open Journal of Nursing*, 2, 277-287.
- Pasient- og brukerombudet (2014) *Om Spesialist- og kommunehelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/om-spesialist-og-kommunehelsetjenesten> (nedlastet 11.05.16)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven*. (nedlastet 03.11.13)

- Ranhoff, A. H. (2008). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 180-195). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T. I. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 29-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sackley, C. M. & Pound, K. (2002). Stroke patients entering nursing home care: a content analysis of discharge letters. *Clinical Rehabilitation*, 16, 736-740.
- Sletteland, N. (2014) *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smart, J.J.C. (2005) Riss av et system for en utilitaristisk etikk. I P. Ariansen, I. Bostad, S. Mathisen & Ø. Rabbås (Red.), *Tekster i etikk*. (s. 43-71). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet (2002, 06. mars). *Rundskriv IS – 1/2002. Grunnleggende standard for elektronisk pasientjournal*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/7/Grunnleggende-standard-for-elektronisk-pasientjournal-IS-1-2012.pdf>. (nedlastet 30.03.15)
- Statistisk sentralbyrå (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Svennevig, J. (2005). *Språklig samhandling. Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse*. Oslo: Landslaget for norskundervisning (LNU)/J.W. Cappelens Forlag a.s.
- Thornquist, E. (2009) *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vabo, G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Voyer, P., Cole M.G., McCusker, St-Jacques, S., LaPlante, J. (2008) Accuracy of nurse documentation of delirium symptoms in medical charts. *International Journal of Nursing Practice*. 14(2), 165-177.
- Walker, C., Hogstel, M. O. & Curry, L. C. (2007). Hospital Discharge of Older Adults. How nurses can ease the transition. *American Journal of Nursing*, 107(6), 60-70.

Weihe, W., H.-K. (1997). *Relasjonsarbeid og kommunikasjon*. Tano Aschehoug AS.

Øresland, S. (2008). *An analysis of Patients' and Nurses' Descriptions of Home-based Nursing Care. With focus on ethics and gender*. (Doktoravhandling). Umeå. Umeå Universitet.

Vedlegg nr. 1

Sykepleiesammenfatning



Avd. [OmsE.aVDELINGLANG]
Halldan Wilhelmsens Allé 17
3116 Tønsberg

[Pas.Navn] fnr.[Pas.sPLITTFODSELSNR]

Til:

[Sys.Dato]

[HENDELSEDATO] v/[Forf.tittel] [Forf.Navn]/[Bru.dipssignatur]

Sykepleiesammenfatning [Avdnavn]

Vedr.: [Pas.Navn], født [Pas.Splittfodselsnr]

Adresse:

[Pas.Adresse] [Pas.Adressepoststed]

Telefon:

[Pas.Telefon] / [Pas.Mobiltelefon]

Pårørende:

[Pas.Paa.Etternavnfornavn]

Telefon:

[Pas.Paa.Telefon] / [Pas.Paa.Mobiltelefon]

Primærlege:

[Pas.Prim.Per.Etternavnfornavn] (fastlege)

Innlagt dato:

[OmsE.PostO.Inndato]

Utskrevet dato:

[OmsE.PostO.Uttid]

Avdeling/post:

[OmsE.Avd.Navn]/ [OmsE.PostO.Post]

Innleggelsesårsak:

[OmsE.Beskrivelse]

Hoveddiagnose:

[OmsE.Hoveddiagnoseutenkode]

Bidiagnoser:

[OmsE.Bidiagnoserutenkode]

Ansvarlig lege:

[Bel.PostO.Ansvarliglegenavn]

Ansvarlig sykepleier:

[OmsE.PostO.Ansvarligpleiernavn]

Utskrevet til:

[Bel.Uttil]

Resyme av sykehusoppholdet:

Følgende områder har vist seg spesielt viktig at følges opp.

Kryss av for områdene i tabellen under, og beskriv tiltak som skal følges opp i funksjonsområdene nedenfor.

Funksjonsområde	Fokus	JA	NEI
2 Kunnsk/utv/psyk:	Kognitiv funksjon		
3 Åndedr/sirk:	Sirkulasjon/ blodtrykk		
4 Ernær/væske/el.bal:	Ernæringsbehov/ vektovervåking		

5. Eliminasjon:	<u>Eliminasjon</u>		
6 Hud/vev/sår:	<u>Sår/ sårvurdering</u>		
7 Aktiv/funk.status:	<u>Fysisk funksjon/ fall</u>		
8 Sm/søvn/hv/velvæ:	<u>Smerter/ smertevurdering</u>		
Andre funksjonsområder:			

Tabellen **skal** fylles ut.

1 Komm/sanser: <MARKOR>

2 Kunnsk/utv/psyk:

3 Åndedr/sirk:

4 Ernæ/væske/el.bal:

5 Eliminasjon:

6 Hud/vev/sår:

7 Aktiv/funk.status:

8 Sm/søvn/hv/velvæ:

9 Seksual/reprod:

10 Sos./planl. utskr:

11 Ånd/kult./livsstil:

12 Annet/legelegeleg:

Legemidler gitt utreisedag:

<u>Preparatnavn</u>	<u>Dose</u>	<u>Tidspunkt (kl.)</u>

Legemidler sendt med pasienten ved utreise:

<u>Preparatnavn, styrke</u>	<u>Antall</u>

Vennlig hilsen

[Forf.Per.Fornavn] [Forf.Per.Etternavn]

[Forf.tittel]

Vedlegg :

Behandlingsplan

Epikrise (Pasienten samtykker i at epikrise vedlegges)

JA:

NEI:

Vedlegg nr. 2

Intervjuguide

- 1 Hvis du tenker tilbake på de siste gangene du har mottatt en pasient fra sykehuset - kan du beskrive hva slags inntrykk du sitter igjen med av sykepleiesammenfatningene som pasientene hadde med seg hjem? (jeg går ut fra at pasienten hadde med seg sykepleiesammenfatning)
 - Hvordan var helhetsinntrykket/hvordan vil du beskrive innholdet? (viktig; nyttig; anvendelig; informativt; varierende; overflødig; upresist; ufullstendig; tilfeldig; slurvete; mangelfullt)
- 2 Hensikten med sykepleiesammenfatninger er at de skal være et verktøy i pleiepersonalets arbeid med pasienter. Kan du si noe generelt, evt. beskrive en situasjon der du følte at du hadde nytte av sykepleiesammenfatningen?
 - a. Hva gjorde sammenfatningen til et godt verktøy?
 - b. Hva slags informasjon så du spesielt etter?
 - o Kan du si noe om hvilke punkter i sammenfatningene du oppfattet som nyttige og hadde god bruk for? Var det for eksempel spesielle funksjonsområder du så etter informasjon om?
 - o På hvilken måte vil du si at opplysningene kom til anvendelse?
- 3 Hva kan evt. gjøre sykepleiesammenfatningene lite anvendelige?
 - a. Kan du f.eks. beskrive en situasjon der du hadde hatt bruk for mer informasjon i sykepleiesammenfatningene?
 - b. Kan du beskrive hva slags informasjon du evt. har savnet, f.eks. funksjonsområder som du spesielt har savnet opplysninger om?
- 4 Kan du beskrive informasjon som du evt. oppfatter som overflødig eller bortkastet å bruke tid på?
- 5 Hvordan vil du si at gode eller dårlige sykepleiesammenfatninger påvirker arbeidet ditt?
- 6 Noen ganger formidles vurderinger og det anbefales tiltak fra de utskrivende sykepleierne, evt. kan det være tiltak forordnet av utskrivende lege, men som sykepleierne skal følge opp, og som derfor også beskrives i sykepleiesammenfatningen.
 - a. Kan du evt. beskrive noen slike vurderinger/tiltak som du har hatt nytte av/fått bruk for?
 - b. På hvilken måte fikk du bruk for vurderingene?

- c. Hvordan er ditt inntrykk av oppfølgingen av anbefalte tiltak?
 - d. Hvis du tenker tilbake på tiltak som har vært anbefalt; hvordan vil du si at oppfølging/manglende oppfølging kan ha påvirket pasientens situasjon?
(for eksempel anbefalinger angående oppfølging av medisiner, ulike observasjoner av for eksempel vitale parametre, kognitiv funksjon m.m., tiltak angående ernæringssituasjon osv.)
 - e. Kan du evt. beskrive noen vurderinger eller anbefalinger som du gjerne kunne tenkt deg, men som ikke var der, og hvordan påvirket dette arbeidet ditt/oppfølgingen av pasienten?
 - f. Kan du huske om du har vært uenig i noen vurderinger/anbefalinger – kan du beskrive nærmere bakgrunnen for dette, og hva utfallet ble?
- 7 De fleste pasienter med behov for hjemmesykepleie etter utskrivning fra sykehus er eldre. De er ofte skrøpelige med sammensatte behov.
- a. Hvordan oppfatter du at det påvirker behovet for informasjon ved utskrivning?
 - b. Hvordan vil du si at en god sykepleiesammenfantning kan påvirke oppfølgingen av eldre pasienter spesielt?

Vedlegg nr. 3

Forespørsel om rekruttering

Forespørsel om rekruttering av informanter i forbindelse med mastergradsoppgave

Jeg er student ved Mastergradsstudium i klinisk helsearbeid, studieretning Aldring og eldreomsorg ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Til daglig arbeider jeg som spesialsykepleier i geriatri ved geriatrisk avd., Sykehuset i Vestfold. I anledning min masterstudie, ønsker jeg å intervju sykepleiere i hjemmesykepleien angående deres erfaringer med sykepleiesammenfatningene som sendes med pasientene når de utskrives fra sykehus.

Mye forskning viser at sykepleiedokumentasjon kan være mangelfull. Erfaringsmessig kan mange sykepleiere oppleve dokumentasjonsarbeidet som en ekstra belastning, samtidig som de "mottakende" sykepleierne kan oppleve dokumentasjonen som ufullstendig og upresis. Hensikten med min studie er å skaffe meg innblikk i kommunen sine sykepleieres erfaringer med sykepleiesammenfatningene som sendes med pasienter som skal motta hjemmesykepleie etter utskrivning. Tanken er at dette kan bidra til kvalitetsforbedring av utskrivningsdokumentasjon, og komme til nytte for sykepleiere både i kommunen og sykehuset. For å få til dette, ønsker jeg å gjennomføre individuelle intervju med 10 sykepleiere fra hjemmesykepleien, kanskje fra flere avdelinger for å skaffe nok informanter.

Informantene vil få skriftlig informasjon om studien, deriblant etiske forhold. Intervjuene vil anslagsvis ta ca 1 time, og håpet er at de kan gjennomføres i informantenes arbeidstid, etter avtale med avdelingsleder, forutsatt Deres tillatelse, vil jeg ta nærmere kontakt for videre planlegging og avtaler av møtetidspunkt.

Med vennlig hilsen

May Britt Ulviksbakken

maybritt.vik@gmail.com

Mastergradsstudent i klinisk helsearbeid

Spesialsykepleier i geriatri

Stina Øresland (veileder)

stina.oresland@hbv.no

Førsteamanuensis

RnT, PhD

Vedlegg nr. 4

Forespørsel om deltakelse i intervjuundersøkelse

Denne intervjuundersøkelsen er del av et mastergradsstudium i klinisk helsearbeid, studieretning Aldring og eldreomsorg ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Studien skal undersøke hva slags erfaringer sykepleiere i kommunehelsetjenesten har med sykepleiesammenfatningene som sendes med pasienter som skal motta hjemmesykepleie etter utskrivning fra sykehus. Overordnet er det tenkt at studien kan bidra til forbedring av sykepleiedokumentasjon ved utskrivning fra sykehus til kommunehelsetjeneste.

For å gjennomføre studien, skal det utføres intervju med 10 sykepleiere fra hjemmesykepleien. Intervjuene skal gjøres individuelt med en og en sykepleier. Anslagsvis vil et intervju ta ca 1 time. Det vil bli utført i arbeidstiden, etter avtale med avdelingsleder. Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil, og vil være strukturert etter en intervjuguide, men det vil være stort rom for spontane beskrivelser og synspunkter. Data fra intervjuene vil bli tilgjengelige for studenter og ansatte ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. For å beskytte intervjupersonene, vil alle personopplysninger bli anonymisert. Alle data som kommer fram under intervjuene vil bli konfidensielt behandlet, slik at ingen opplysninger skal kunne spores tilbake til deg. Lydfilene vil bli destruert etter transkripsjon. Du har rett til, når som helst, å trekke deg fra studien.

Jeg takker for at du viser interesse for min studie, og at du stiller deg til disposisjon for intervju. Jeg ser fram til å møte deg. Tidspunkt vil bli avklart med avdelingsleder, og dato og klokkeslett vil bli nærmere avtalt med henne. For din sikkerhet, og for at intervjuene skal kunne brukes videre i studien, vil det bli bedt om underskrift på samtykkeerklæring. Prosjektet er vurdert av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).

Med vennlig hilsen

May Britt Ulviksbakken

Spesialsykepleier i geriatri og mastergradsstudent

maybritt.vik@gmail.com

Tlf. 95245346

Vedlegg nr. 5

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om mastergradsstudien, ”Kommunen sine sykepleieres erfaringer med sykepleiesammenfatninger, når pasienter utskrives fra sykehus til kommunale tjenester”. Jeg har forstått hva det innebærer å delta i studien.

Jeg samtykker med dette til å delta i intervjuundersøkelsen. Mine personopplysninger skal holdes anonyme, og alle opplysninger som kommer fram under intervjuet vil bli konfidensielt behandlet. Jeg kan når som helst trekke meg fra studien.

Dato og signatur:

