



HiMoldeMaster

Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper i helse og sosialfag

Sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid

Liv Bachmann

Molde, 2008.



Høgskolen i Molde

Studentoppgave til Mastergrad

Tittel på norsk: **Sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid**

Tittel på engelsk: Documentation in community mental health nursing

Forfatter(e): **Liv Bachmann**

Fagkode: mahs

Studiepoeng:30

Årstall: **2008**

Veileder: **Else Lykkeslet**

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven, det betyr blant annet en enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Jfr.Åndsverkl. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene for registrering i BIBSYS Brage vil likevel bli registrert der, men gjort tilgjengelig elektronisk bare med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt, vil ikke bli publisert elektronisk.

Jeg/vi gir herved HiM en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for publisering på internett:

ja Nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?
(båndleggingsavtale må fylles ut)

ja Nei

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja Nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?
(inneholder taushetsbelagt informasjon, Jfr. Offl. §5a/FvI. §13)

ja Nei

Dato:17/11 2008

FORORD

Denne oppgaven er et resultat av en interesse for sykepleiedokumentasjon som fagområde i egen yrkespraksis som sykepleier. Vinklingen på oppgaven har gått seg til på veien, men startet med en interesse for språk og hvordan vi setter ord på kunnskap i sykepleie.

Det har vært krevende å tillate seg selv å være i prosess med oppgaven ved siden av en travel jobb i psykisk helsearbeid og livet ellers.

Takk til informantene som ville delta i studien. Det var utfordrende og interessant å samtale med dere om temaet i intervjuene.

En stor takk til min veileder ved Høgskolen i Molde, Else Lykkeslet, som tålmodig har veiledet meg i denne prosessen.

En stor takk til Kristian som har tatt hånd om hus og småfolk i en travel innspurt. Uten din støtte hadde jeg ikke nådd målet.

Så til mine tre små, Andreas, Ingrid og Kristin, endelig kan mamma lage til litt kvelds kos igjen nå når oppgaven er levert.

Molde november 2008

Liv Bachmann

SAMMENDRAG

Temaet for denne oppgaven er sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid. Fokus har vært å gi en beskrivelse av psykiatriske sykepleiere sin egen forståelse av sitt kunnskapsbidrag i psykisk helsearbeid. Videre hvordan de dokumenterer sin kunnskap i praksis. Til slutt hvilken erfaring de har i dokumentasjon av kunnskap ved hjelp av Elektronisk Pasient Journal systemet Gerica.

Det er brukt kvalitativ metode for å belyse tema og problemstilling. Utvalget er 6 psykiatriske sykepleiere fra 3 forskjellige kommuner. Metoden som er brukt for innsamling av data er semi strukturerte intervju med bruk av intervjuguide.

I analysearbeidet er det brukt systematisk tekstkondensering av materialet. Dette er gjort etter 3 hovedtema som var kunnskapsbidrag, dokumentasjon og bruk av Gerica i dokumentasjon av kunnskap.

Funnene som presenteres er mellom menneskelige begreper som trygghet, tillit og allianse som grunnleggende for samhandling mellom sykepleier og bruker i tilrettelegging av dagliglivet. Å legge til rette for myndiggjøring og at brukeren måtte ta ansvar for eget liv ble også vektlagt. Omsorg i relasjonen ble sett på som passivt, da endring i brukerens liv var målet. Medisiner og behandling var en liten del av praksis, og det var ikke der fokus i arbeidet for sykepleierne lå.

Dokumentasjon av kunnskap ble gjort via tiltaksplanen til brukeren, og brukerne var direkte eller indirekte med i utforming av den. Dokumentasjonen skulle være en beskrivelse av virkeligheten, men det kom fram at kart og terreng ikke stemte i så måte. For lite tid og lite prioritering av dokumentasjon kom også frem i funnene.

EPJ systemet Gerica var alle bekvem med i dokumentasjon fra praksis. Sykepleierne savnet språk og begreper så dokumentasjonen understøttet praksis. For åpen tilgang til sensitiv informasjon var for flere et vanskelig tema. Det medførte bevisst unnlattelse av dokumentasjon av hensyn til brukeren.

Innhold

1. TEMA OG PROBLEMSTILLING	1
1.1. Valg av tema	1
1.2. Bakgrunn for valg av tema	1
1.3. HISTORISK UTVIKLING	4
1.1.1. Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten.....	4
1.1.2. SYKEPLEIEDOKUMENTASJON	6
1.4. UTFORMING AV PROBLEMSTILLING	9
1.5. Oppgavens oppbygning.....	10
2. TEORETISK FORANKRING.....	11
2.1. Vitenskap teoretisk bakgrunn.....	11
2.2. Kunnskap	13
2.3. SYKEPLEIEDOKUMENTASJON	15
2.4. TIDLIGERE FORSKNING	19
2.4.1. Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten.....	20
2.4.2. Sykepleiedokumentasjon	22
3. METODE.....	26
3.1. Valg av forskningsmetode	26
3.2. Metode for innsamling av data	26
3.3. Planlegging og gjennomføring av intervju.....	27
3.3.1. Utvalg av respondenter	28
3.3.2. Innpass til forskningsfeltet og intervjusituasjonen	28
3.3.3. Analyse metode og transkribering	29
3.3.4. Reliabilitet og validitet	32
3.4. Etske refleksjoner og nødvendige tillatelser	33
4. PRESENTASJON AV FUNN	34

5. DRØFTING.....	50
6. KONKLUSJON	62

7 vedlegg.

1. TEMA OG PROBLEMSTILLING

1.1. Valg av tema

Sykepleiedokumentasjon er et fagområde jeg som sykepleier må forholde meg til daglig i praksis. En psykiatrisk avdeling jeg har jobbet ved gjennom 13 år hadde ved internundervisning og fagutviklingsprosjekt også fokus på tema. Det har igjen vært med på å påvirke min hverdag som sykepleier, og gjort at jeg har med meg en faglig bevissthet og interesse for sykepleiedokumentasjon. Jeg har også fått erfare at sykepleiedokumentasjon er et fagområde som gir utfordringer i den kliniske hverdag. Det kan være seg å sette ord på det jeg har observert, den sykepleie jeg har gitt, eller det kan være rammebetingelsene som "tid nok" til å dokumentere godt. For halvannet år begynte jeg å jobbe som psykiatrisk sykepleier i en kommune. Jeg har derfor et ønske om å skrive en oppgave fra eget praksisfelt. Temaet for min masteroppgave blir dermed "sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid".

1.2. Bakgrunn for valg av tema

På nasjonalt plan har myndighetene gjennom strategiplaner "Mer helse for hver bIT", 1996, "Si@", 2002 og "S@mspill 2007" (Helsedepartementet, 1996, Helsedepartementet, 2001, Helsedepartementet, 2003) satt fokus på informasjonsteknologi i helsesektoren. De overordnede målene for disse strategiene har vært økt kvalitet i helsetjenesten, bedre ressursutnyttelse og ikke minst at pasientene opplever tjenestene helhetlige, tilgjengelige og av høy kvalitet. Dette skal også videreføres i ny nasjonal strategi S@mspill 2.0 som varer fram til 2013 (sykepleierforbund, 2008).

Under NSF¹'s landsmøte 2007 ble det lagt stor vekt på IKT og e-HELSE både i prinsipp program, innsatsområder og politiske uttalelser. I prinsipp programmet ble følgende forankret:

* Utdanning, fagutvikling og forskning

- IKT og dokumentasjon av sykepleie må tas i bruk som verktøy og virkemiddel i kunnskaps- og kompetanseutvikling og klinisk praksis.

¹ Norsk Sykepleierforbund

1.januar 2001 trådte de nye helselovene i kraft², deriblant helsepersonell loven som ga sykepleierne en juridisk plikt til å nedtegne selvstendig helsehjelp i pasientjournalen. Denne inneholdt en del føringer for hva dokumentasjonen skulle inneholde. Det overordnede kravet er at dokumentasjonen skal gi et bilde av pasientens behov for helsehjelp, hva som er prioritert og iverksatt, og hvilke resultater som er oppnådd. I merknad til forskriftene om pasientjournal er det presisert at sykepleie og annen omsorg er en del av helsehjelpen, og at dokumentasjonen skal vise kvalitet i sykepleie og behandling, og hva slags helsehjelp som er ytt til pasienten (Moen et al., 2008).

Denne lovformuleringen satte for alvor fart i et økt fokus på temaet sykepleiedokumentasjon. Gjennom internundervisning på arbeidsplassen min, artikler i tidsskriftet "Sykepleien", og det har blitt gitt ut flere bøker om emnet (Heggdal, 2006), (Moen et al., 2008), (Sandvand and Vabo, 2007). Norsk sykepleier forbund opprettet også en egen faggruppe for sykepleiere med særlig interesse for IKT, "Sykepleiernes forum for IKT og Dokumentasjon" som ga ut en veileder for dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen (Norsk sykepleier forbund, 2004).

Faglig sett har sykepleiedokumentasjon en del grunnleggende krav ved seg. Den skal blant annet vise systematiske nedtegnelser over pasientproblemer, de vurderinger som legges til grunn for tiltak, og resultater av disse (pleieplan). Den synliggjør sykepleien som er planlagt, iverksatt og evaluert for å bidra som beslutningsstøtte for sykepleierne. Hensiktene er å bidra til kontinuitet i sykepleien og koordinering av pasientrettede tiltak. Dokumentasjonen har også stor betydning for kommunikasjon internt og mellom helsepersonell i forskjellige virksomheter (Moen et al., 2008).

EPJ (elektronisk pasient journal) stiftet jeg først kjennskap til høsten 2006 på en psykiatrisk avdeling i spesialist helsetjenesten. Dette er ikke lenge siden når en tar i betraktning at det er 25 år siden det første systemet for EPJ ble utviklet (KITH, 2005). EPJ vil i årene framover være et sentralt system for informasjons og kommunikasjonsteknologi (IKT) for helsepersonell i den daglige pasientbehandlingen (Sandvand and Vabo, 2007)

² De nye helselovene av 1.januar 2001:1) Lov om helsepersonell, 2) Lov om pasientrettigheter, 3) Lov om spesialisthelsetjenesten, og 4) Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Moen og Hellesø, 2002).

IKT (informasjons og kommunikasjonsteknologi) ” er betegnelsen på systemer som bruker datamaskiner for å samle, bearbeide, overføre, presentere og kommunisere informasjon” (Ruland, 2000) Begrepet *Informasjon* i denne sammenheng har tre aspekter data, informasjon og kunnskap.

- 1) *Data* som er objektivt beskrevet uten fortolkning(for eksempel blodsukker verdien 6,2),
- 2) Data som fortolket, organisert og strukturert slik at de har en mening betegnes som *informasjon*. (Verdien settes inn i en kurve og kan fortolkes)
- 3) Informasjon som settes sammen slik at de viser sammenhenger betegnes som *kunnskap*. (verdiene på kurvene kan settes i sammenheng med tidspunkt for når insulin er gitt) Her kan en se at data og informasjon som kobles sammen kan formidle kunnskap (Ruland, 2000, egen understrekning).

Det hevdes også at psykiatriske sykepleiere er sent ute med innføring av teknologi siden psykiatrisk sykepleie tradisjonelt har blitt sett på som en ikke teknologisk sykepleie spesialitet (Renee, 2007)

I denne oppgaven er målgruppen sykepleiere som har tatt videreutdanning i psykiatri, eller psykisk helsearbeid som den heter i dag. De har utvidet sin kunnskapshorisont ved å fordype seg i fagfeltet sitt. Stortingsmelding 41 (1987-88)- Nasjonal helseplan, stadfester at målsetting for videreutdanning er:

- 1) Å sikre den enkelte students kunnskaper.
- 2) Å tilføre helse og sosialarbeidere kunnskaper i tråd med nye behov og målsettinger.

Det pekes på at videreutdanningene bør være tverrfaglige. Brukerperspektiv og brukermedvirkning er også momenter som vektlegges sterkere en før (helsedepartementet, 1987/88).

Nye krav til skriftlig sykepleiedokumentasjon og innføring av elektronisk verktøy innbefatter også psykiatriske sykepleiere som jobber i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Dette krever kunnskap om fagfeltet ”psykisk helsearbeid”, hvordan psykiatrisk sykepleie gir seg til kjenne , og teknologiske ferdigheter i bruk av IKT verktøy. Spennet mellom det ikke teknologisk fagfeltet psykiatrisk sykepleie som tar i bruk et teknologisk IKT verktøy i dokumentasjon av egen praksis er et tema som er aktuelt i dag. Jeg finner det derfor

interessant å skrive en masteroppgave innenfor temaet ”sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid”. Ved innføring av IKT i praksisfeltet, vil det å skrive en oppgave om temaet, gi meg bedre forståelse i hvordan en gruppe psykiatriske sykepleiere vurderer bruk av elektronisk verktøy i sin dokumentasjon, og hvordan de opplever elektronisk sykepleiedokumentasjon i deres formidling av kunnskap fra praksis i psykisk helsearbeid.

1.3. HISTORISK UTVIKLING

1.1.1. Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten

Utbygging av fagfeltet psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten kom etter ønske om en desentralisering av psykiatrisk helsetjeneste i Norge. Over mange år ble behandling av psykisk lidelse gitt innenfor sykehus som krevde innleggelse innenfor de store institusjonene. Langvarige innleggelser førte til at mange ikke ønsket, eller klarte å tilpasse seg livet utenfor institusjonene etter utskrivningen(Almvik, 1994)

Deretter kom lokalsamfunnspsykiatrien inn som arena. Begrunnelser for dette var bedre tilgjengelighet, økt nærhet til miljøet rundt pasienten, og større mulighet for å gi hjelp på et tidligere tidspunkt(Almvik, 1994).

Stortingsmelding nr.9, 74/75 utdyper mål for hjemmesykepleien innenfor psykiatrisk helsetjeneste og mentalhygiene: ” *Målet for den fremtidige psykiatriske helsetjenesten må være å forebygge og løse de psykiske helseproblemer i lokalmiljøet, der de oppstår. Derved kan en så langt som mulig behandle mennesker med psykiatriske sykdomsskader og lytetilstander, mens de fortsatt er integrert i lokalsamfunnet*” (Almvik, 1994, s 9).

På bakgrunn av stortingsmelding nr.9 (1974-75), kom stortingsmelding nr.12 (1976-77) . Denne omhandlet fremtidig etterspørsel etter og tilgang på visse typer helsepersonell. Målet var å styrke psykiatrien i kommunene, særlig med tanke på oppretting av stillinger for psykiatriske spesialsykepleiere ved fremtidige helse og sosialsenter. Meldingen gikk inn for 200-300 årsverk for psykiatriske spesialsykepleiere i primærhelsetjenesten, men sa også: ”

Foreløpig synes det dessverre å være svært liten interesse for å opprette stillinger for psykiatriske sykepleiere på distriktsnivå” (Robberstad, 2002).

1.1 1984 trådte Lov om helsetjeneste i kommunene i kraft. Her heter det blant annet ”...alle har rett på nødvendig helsetjeneste som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen”. (Almvik, 1994, s.10). Her antar man at også mennesker med psykiske problemer omhandles i denne lovteksten. Hjemmesykepleie blir nærmere beskrevet i forskrifter om lovbestemt sykepleietjeneste. ”Hjemmesykepleien, som er en del av sykepleietjenesten, skal være et tilbud til alle aldersgrupper som trenger behandling, pleie og omsorg i hjemmet både av fysisk og psykisk art”(forskrifter om lovbestemt sykepleietjeneste, 1983, i Almvik, 1994, s.10)

Det blir nå satt i gang forsøksordninger med psykiatriske sykepleiere som blir knyttet til hjemmesykepleiens virksomhet. Først ute var Sandnes og Stavanger som i 1978 ansatte egne psykiatriske sykepleiere. I årene etter blir det opprettet flere stillinger innenfor fylkeskommunene. I 1983 er det 50 stillinger innefor 10 fylkeskommuner(Robberstad, 1983). I en artikkel i sykepleien 1988 slås det fast at 1/3 av landets kommuner har opprettet stillinger for psykiatriske sykepleiere. Videre kan man se ut fra års statistikk for kommunehelsetjenesten at 1991 av 200 kommuner hadde ansatt sykepleiere med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. I sykepleiejournalen 8/1993 viser en oversikt over 410 kommuner at de til sammen har 386 årsverk for psykiatriske sykepleiere(alle tall tatt fra Almvik, 1994)

Stortingsmelding 25 (1997-98) ”Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbud”, konkluderte med at mennesker med psykiske lidelser hadde et mangelfullt tjenestetilbud, og at det var brist i alle ledd (helsedepartementet, 1996-97). På bakgrunn av dette utarbeidet myndighetene en opptrappingsplan for perioden 1999-2006, som senere ble forlenget til 2008 (Lemvik, 2006). Denne inneholdt 2 hovedlinjer som omhandler forandring av spesialisthelsetjenesten, og kommunal utbygging av tilbudet til mennesker med psykisk lidelse. Psykisk helsearbeid er begrepet som brukes om de tilbud og tjenester kommunene skal tilby mennesker med psykisk lidelse slik at de kan bo utenfor institusjon. Det omhandler boligtilbud, arbeid eller meningsfulle aktiviteter på dagtid, tilbud som gir sosial tilhørighet, og nødvendig helse og sosialtilbud. Det blir også understreket brukermedvirkning hvor brukere

og pårørende skal ha en mer aktiv rolle enn det som tidligere var vanlig (Lemvik, 2006) og (Karlsson, 2008)

Målene for det psykiske helsearbeidet i kommunene blir beskrevet i ”Veileder for psykisk helsearbeid i kommune-helsetjenesten”: ”Målsettingen med psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser” (helsedirektoratet, 2005).

Veileder – psykisk helsearbeid for voksne (helsedirektoratet, 2005) beskriver fagfeltet slik: Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet mot psykisk lidelser og konsekvenser av disse hos enkelt mennesker, deres familier, og nettverk. Psykisk helsearbeid omfatter også arbeid på systemnivå, som forebygging av psykiske lidelser, og opplysningsarbeid, og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (helsedirektoratet, 2005, side 3). I denne veilederen blir også psykisk helsearbeid omtalt som et kunnskapsområde, uten at dette er nærmere definert (Lemvik, 2006).

Fagområdet psykisk helsearbeid beskrives slik: ”*fagområdet psykisk helsearbeid handler om arbeidet for å bedre menneskers psykiske helse, både på individ-, gruppe-, samfunns- og systemnivå. Arbeidet er rettet inn mot forebygging, rehabilitering og behandling. Psykisk helsearbeid bygger på tre forutsetninger: forskningsbasert teoretisk kunnskap, praksiskunnskap som utvikles av de ulike profesjonene, og erfaringskunnskap fra brukerne*”(Almvik and Borge, 2006). (Heggdal, 2006)

1.1.2. SYKEPLEIEDOKUMENTASJON

Sykepleiere har lange tradisjoner i å dokumentere sin virksomhet. Helt tilbake til Florence Nightingale som på 1800 tallet var opptatt av å dokumentere grunnlag for sykdom og død i forbindelse med krigene hos britiske soldater. Hun systematiserte og dokumenterte både sykepleie og generelle helse og samfunnsproblemer (Moen et al., 2008).

Den første norske læreboken i sykepleie ”lærebog i sygepleie for diakonisser” ble forfattet av diakonisse Rikke Nissen og utgitt i 1877. Den inneholder et kapittel om dokumentasjon i

sykepleie. Der ble det understreket viktigheten av observasjon og konkret overlevering av fakta om pasienten, og at diakonissene skal nedtegne egne observasjoner (Moen et al., 2008).

I 1941 ble "lærebok for sykepleiersker" utgitt. Sykepleiedokumentasjon ble satt på dagsorden gjennom overordnede føringer, og både skriftlig og muntlig rapport omtales i boken:

- rapport i form av skriftlig skift rapport
- rapport ved legevisitten i form av muntlig rapport
- .nattrapport i form av skriftlig rapport

Det ble blant annet presisert i boken at rapporten skal være nøyaktig og formidle faktainformasjon uten "syensing" eller tolking (Moen et al., 2008).

Sykepleiere har lang erfaring med sykepleiedokumentasjon som fagområde. Det rådende har vært at sykepleierne har dokumentert i fri tekst, og det har ikke eksistert klare retningslinjer for hva og hvordan en skulle dokumentere. Rapporter ble skrevet fortløpende og uten struktur, og det var vanskelig å få oversikt over pasientproblemer over tid. Dokumentasjon og sykepleieplaner var preget av lokale tradisjoner, og et upresist språk. Grunnen til dette kan være få krav om kvalitetssikring av dokumentasjonen (Dale and Dale, 2004).

På 70 tallet ble sykepleieprosessen introdusert, og sykepleiedokumentasjonen ble sett som den skriftlige uttrykket for sykepleieprosessen. Introduksjonen av sykepleieprosessen og sykepleieplaner bidro trolig til et skarpere fokus på sykepleien. Dokumentasjonen følger nå en person over tid, pasientens innsynsrett i egen journal stadfestes, og kardex systemet får et solid fotfeste (Moen et al., 2008).

På midten av 70 tallet i USA startet arbeidet med å etablere formelle klassifikasjons systemer innen sykepleie. Det var et økende behov for ord og begreper for sykepleiernes vurderinger og for å etablere et omforent sykepleiespråk. Klassifikasjons system inneholder begreper med definisjoner og egenskaper ved fenomener som men kan beskrive pasientens tilstand med. De er som oftest knyttet til sykepleier- pasientsamhandling (Moen, 1999).

I en utredning fra statens helsetilsyn har sykepleierne selv vært med på å sette standarden for sykepleiedokumentasjonen i Pasientjournalen ut fra fagets egenart.

Lov om helsepersonell som ble iverksatt i 2001 pålegger sykepleiere å dokumentere helsehjelp på selvstendig grunnlag, en plikt til å dokumentere den sykepleie de utfører.

Forskrift for pasientjournal fra 2000 gir noen føringer for dokumentasjon av helsehjelp.

Følgende skal dokumenteres: - årsak til helsehjelp

- behandling som er i gang
- pasientens tilstand
- status ved innleggelse
- foreløpig diagnose eller problemstilling
- Plan og videre oppfølging, og dersom det er aktuelt; individuell plan
- Observasjon, undersøkelse, behandling, behandlingsforløp, sjukepleie, råd og Informasjon så vel som annen oppfølging.
- Resultat, status ved utskriving, epikrise(r), utveksling av informasjon til annet Helsepersonell (Heggdal, 2006).

Dette samsvarer i følge (Moen et al., 2008) med dokumentasjon i tråd med sykepleieprosessen.

Den lovfestede dokumentasjonsplikten av selvstendig helsehjelp for sykepleierne har ført til at arbeidet med integrering av sykepleiedokumentasjonen i den elektroniske pasientjournalen (EPJ) ble intensivert (Moen et al., 2008). Dette har gitt et sprang i måten å dokumentere på fra "fri tekst til fastere former" (Dale and Dale, 2004) Innføringen av EPJ har dermed ført til en dokumentasjon på en strammere måte på grunn av teknologi.

Elektronisk pasient journal (EPJ) er en elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/ registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. Det føres en pasientjournal for hver pasient innenfor en virksomhet. Forskjellige virksomheter kan ikke benytte felles journal. Det foreligger en standardisering med kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjons system for pleie og omsorgstjenesten. Det foreligger flere leverandører av EPJ i pleie og omsorgstjenesten for dokumentasjon og gjennomføring av tjenester som faller inn under helselovgivning. Ett av disse systemene er Gerica (KITH and sosialsektoren, 2003a)

1.4. UTFORMING AV PROBLEMSTILLING

Mitt prosjekt omhandler sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid. Også dette "ikke teknologiske" fagfeltet (Renee, 2007) må forholde seg til nye krav om skriftlig dokumentasjon og innføring av nye elektroniske verktøy. Hva vil dette ha å si for praksis? Vil psykiatriske sykepleiere sin forståelse av kunnskap og det de legger vekt på av egen fagutøvelse i psykisk helsearbeid, ha innvirkning på det de dokumenterer i den skriftlige dokumentasjonen? Er de nye IKT verktøy tilpasset hverdagen slik at den kunnskap psykiatriske sykepleiere har kan formidles på en faglig god måte? Samsvarer beskrivelsen de bruker i forståelse av egen sykepleiepraksis, med hvordan de dokumenterer kunnskap fra egen praksis? For å få en større forståelse om elektronisk sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid er det tre tema jeg ønsker å se nærmere på i denne oppgaven. For det første er det viktig å få innsikt i sykepleiepraksis. Her har tverrfaglig videreutdanning eksistert i 10 år. Hva er det de psykiatriske sykepleierne vektlegger av kunnskap i psykisk helsearbeid? Videre vil jeg se på deres erfaring med elektronisk sykepleiedokumentasjon. Hvordan dokumenterer de sin kunnskap fra praksis? Har innføring av EPJ påvirket måten å dokumentere, språk som brukes, eller er bevissthet om egen praksis det som styrer hva som dokumenteres? Jeg vil også se på det jeg kaller "språkets funksjon" i Geric. Møte mellom det ikke- teknologiske kunnskapsområdet og det teknologiske verktøyet- EPJ. Ut fra disse tre områdene jeg formulert følgende problemstillinger:

- 1) Hva vektlegger psykiatriske sykepleiere som sitt kunnskapsbidrag i psykisk helsearbeid?
- 2) Hvordan dokumenterer sykepleierne sin kunnskap og fagutøvelse?
- 3) Hvordan er sykepleierne erfaring i bruk av EPJ?

1.5.Oppgavens oppbygning

I oppgaven vil jeg først presentere en teoridel med teori som er valgt ut fra temaet ”sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid”. Deretter følger metode del hvor jeg presenterer valg av metode, og hvordan jeg har gått fram for å analysere data fra informantene. Funnene presenteres i eget kapittel. Deretter kommer drøftingen som beveger seg mellom teori, empiri og tidligere forskning. Til slutt vil jeg komme med en konklusjon ut fra forskningsspørsmålene.

2. TEORETISK FORANKRING

I oppgavens teoridel starter jeg med å presentere den vitenskapsteoretiske forankring i oppgaven. Jeg starter med hermeneutikk og forståelse. Jeg har valgt dette fordi det er det overordnede nivået for forståelse av temaet sykepleiedokumentasjon. Deretter er det flere elementer som jeg tar med. Dette er gjort for å ha et teoretisk grunnlag som representerer den tre forsknings spørsmålene jeg har presentert. De tre hoved elementene her er kunnskap, sykepleiedokumentasjon og elektronisk pasientjournal. Jeg presenterer først kunnskapsteori. Dette har jeg valgt med en forståelse om at sykepleiedokumentasjon er en skriftlig formidling av kunnskap for psykiatriske sykepleiere i sykepleiepraksis. Jeg kommer så inn på språk og begreper. Dette tar jeg med fordi det er ved hjelp av språk at en formidler handlinger og kunnskaper som sykepleieren utøver i praksis. Det er også tatt med hvordan man dokumenterer i EPJ ved hjelp av språk/begreper for å gi en forståelse av hvordan dette i praksis utføres. Jeg har også valgt å ha med sykepleieprosessen som teori da, da det er sykepleieprosessen som danner grunnlag for sykepleiedokumentasjonen i den elektroniske pasientjournalen.

2.1. Vitenskap teoretisk bakgrunn

Sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid er et tema hvor jeg velger en vitenskapsteoretisk forankring i hermeneutikken. Hermeneutikk er primært opptatt av hvordan mennesket innenfor språkets rammer og i språklige formidlede sammenhenger forstår den mening og de intensjoner som andre mennesker uttrykker gjennom handlinger, ord og i relasjonelle sammenhenger (Nortvedt and Grimen, 2004)

Et viktig begrep i hermeneutikken er den hermeneutiske spiral. For å forstå noe som har mening, må vi alltid fortolke delene ut fra en forståelse av helheten som delene hører hjemme i. Vår forståelse av delene, vil igjen virke tilbake på vår forståelse av helheten. Delene forstås ut i fra helheten, og helheten ut fra delene i en vekselvirkning. Denne spiralbevegelsen beveger seg mellom helhet og del, og omfatter også språket og bruk av språket. Et begrep refererer ikke først til det den omtaler, men til den kontekst den tilhører.

Leseren og tilhøreren må tilegne seg den samme kontekst som avsenderen for å oppnå samme forståelse av begrepet (Universitetet i Oslo, 2006). Gadamer mente at all forståelse var kontekstuell. Vi mennesker er historiske vesener som alltid er midt i en historie. Både det vi ønsker å forstå, og det vi søker å forstå er i en tradisjonssammenheng. Formålet med forståelsen er ikke bare å forstå den andre, men det er alltid også en selvforståelse. Vår forståelse går gjennom våre erfaringer, en måte å være til på som menneske (Bøe, 1996). Egne tidligere erfaringer og forståelse av oss selv utgjør en klangbunn for all vår forståelse, også forståelsen av andre, gjennom forforståelse og de fordommer en har (Vetlesen and Staniche, 1999).

I min oppgave vil forståelse være grunnleggende. Jeg må bevege meg mellom forståelse av deler og helhet. I dette ligger forståelse av psykiatriske sykepleiere sin praksis i psykisk helsearbeid og hva de legger til grunn for å beskrive sitt kunnskapsbidrag i sykepleiepraksis. Videre vil forståelse av hvordan de dokumenterer sin kunnskap i praksis og deres erfaring i bruk av Geric som elektronisk sykepleiedokumentasjon. Til slutt vil forståelsen av møte mellom kunnskap i sykepleiepraksis og dokumentasjon av kunnskap ved hjelp av elektronisk pasientjournal gi en helhet. Her vil jeg også måtte legge til grunn min forforståelse av temaet, gjennom egen erfaring og teoretisk forankring til temaet.

Det fagspråk vi lærer opp til i praksis springer ut av bestemte måter å oppfatte verden på. Språket vi bruker bidrar til å videreføre og befeste oppfatningene våre. Vår forforståelse av språket får oss til å oppfatte og forstå på bestemte måter. I sykepleiedokumentasjon gjøres kunnskap tilgjengelig gjennom skriftlig formidling i form av tekster. Det fagspråk vi bruker og formidler er et sentralt spørsmål når dokumentasjon står på dagsorden (Thornqvist, 2003). Språk uttrykker kunnskap. Kunnskap om fagfelt og utøvelse av faget vårt. Det er da viktig at dokumentasjonsverktøyet er tilpasset den sykepleiepraksis vi er i.

2.2. Kunnskap

Kunnskapsbegrepet ble av de gamle grekerne knyttet til det som kunne begrepsfestes og artikuleres. Det var kriteriet for hva som kunne kalles kunnskap (Andersen and Karlsson, 1998). Å sette ord på og beskrive kunnskap er knyttet mellom forholdet teori og praksis.

Gadamer viser til Aristoteles i sin redegjørelse for sammenhengen mellom forståelse og anvendelse (Bøe, 1996). Aristoteles beskrev kunnskap ut fra en tredeling. Phroenesis- praktisk visdom, her forstått som en klokskap som kan beskrives som ”det som er til det beste for en”,- det vil si en praktisk visdom. Episteme- vitenskaplig visdom,- her forstått som kunnskap om det som ikke er foranderlig, kunnskap det kreves bevis for. Til slutt Techne- håndverksmessig kunnskap, altså teknisk kunnskap. Den kan læres og glemmes. Krever ikke direkte at en forstår den andre (Bøe, 1996).

For å beskrive og sette ord på praksis gjennom sykepleiedokumentasjon, beveger sykepleieren seg mellom phroenesis- techne dimensjonen (Bøe, 1996). Med det kan en forstå at sykepleieren beveger seg mellom å beskrive det tekniske (Techne) i sykepleiepraksis, og beskrivelse (her forstått som dokumentasjon) av de handlinger som er til det beste for pasienten (Phroenesis).

Kunnskap i helsefag har mange begreper for å vise hva det handler om, eller for å vise sider ved det. Psykisk helsearbeid er et fagområde som er relativt ungt, og som Almvik og Borge (2006) hevder er basert på blant annet praksiskunnskap hos de forskjellige profesjoner i praksisfeltet. Dette gjelder også for psykiatriske sykepleiere i psykisk helsearbeid. Faget tilhører den praktiske kunnskapstradisjonen som bygger på deltagelse og dialog med andre mennesker. Kunnskapen vil peke på det essensielle og hvordan den blir brukt. Jeg har i min oppgave valgt å legge vekt på begrepene ”kunnskap i handling” og ”taus kunnskap” som (Molander, 1996) sier noe om. Han sier at kunnskap er kunnskap i handling. En levende kunnskap i verden (Hummelvold, 2003). Handlinger blir utført av personer i konkrete situasjoner. Å forstå en handling er også å forstå en hensikt. Det er kunnskap om hvordan en

gjør noe, hvordan det kommer til uttrykk i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn. Kunnskapsbidraget til sykepleierne i psykisk helsearbeid ligger her. Kunnskap i praksis mellom bruker og sykepleier. Det er samhandlingen de i mellom som er kjernen i sykepleiepraksis (Perraud, et al, 2006).

I helsefagene tilegner vi oss, viderefører og viser kunnskap i og gjennom handling, og til dels ved å bruke ord (Thornqvist, 2003). Kunnskap forbindes ofte med det verbalt artikulerte. I psykisk helsearbeid vil det være situasjoner hvor det kan være vanskelig å sette ord på hva en har gjort, hvordan og hvorfor. Dette kommer i konflikt med vår plikt til å dokumentere. Begrepet "taus kunnskap" er derfor også et aktuelt begrep å legge til grunn. "Taus kunnskap" ble brukt av sykepleieren Torunn Hamran allerede på 80 tallet (Hamran, 1987). Hun la i begrepet at en sykepleier ikke alltid nødvendigvis kan forklare eller begrunne sin praksis på en teoretisk måte. Det betyr ikke at kunnskap og erfaring mangler, men at kunnskapen kan være taus. Vi vet mer enn vi kan uttrykke i ord. Molander beskriver flere måter å forstå taus kunnskap på. Det er kunnskap som ikke kan beskrives med ord. Den kan ikke artikuleres. Han beskriver også det underforståtte. De handlinger vi gjør som blir tatt som sannhet. Til slutt har vi den tause kunnskapen som ikke har fått stemme, eller som ikke har fått lov til å få en stemme.

I sykepleiedokumentasjon er det vår artikulering av kunnskap som i skriftlig form er dokumentasjon av kunnskap. Man beskriver ikke i ord det man vet og kan. I denne forståelsen av "taus kunnskap" beskriver man ikke det man vet og kan, man erkjenner det ikke. Grimen beskriver også en taus kunnskap som vi bevisst lar være å artikulere (Nortvedt and Grimen, 2004). Dette gjøres ut ifra ulike sosiale relasjoner hvor en velger å ikke artikulere alt om hverandre. Denne underartikuleringen kan være nødvendig for å opprettholde sosiale relasjoner som ellers kan bryte sammen.

2.3.SYKEPLEIEDOKUMENTASJON

Språk og begreper

For å forstå psykiatriske sykepleiere sin kunnskapsområde har jeg sett på rammeplaner og fagplaner for videreutdanning i psykisk helsearbeid, og tatt ut noen mål og begreper for bedre å forstå kunnskapsområdet og det som favner dokumentasjon av egen praksis.

I tverrfaglig fordypningsdel(som er lovpålagt fordypning ved alle høyskoler som har videreutdanning i psykisk helsearbeid), med fordypning i psykososialt arbeid, legges det vekt på å utvikle studentens relasjonskompetanse. Det innebærer å forstå psykiske lidelser i et relasjonelt perspektiv, og arbeide med relasjonelle aspekter av psykiske lidelser i samhandling med bruker og nettverk” Videre sier det at ” studenten skal med utgangspunkt i egen fagkompetanse utføre problemløsende arbeid; identifisere behov, igangsette og evaluere tiltak i samhandling med pasient og bruker (forskningsdepartementet, 2005).

”Mål for studiet er at studenten skal utvikle sin evne til å gi omsorg og hjelp til mennesker med ulik grad av psykiske problemer og lidelser på en måte som styrker evnen til å ta i bruk egne ressurser og øker muligheten til å mestre egen livssituasjon” (forskningsdepartementet, 2005, s.6)

Jeg ønsker også å ta med mål for videreutdanning i psykiatri for sykepleiere fra 1987/88 for å ha et litt bredere teoretisk grunnlag. Mål for studiet er som følger: ” studenten skal på bakgrunn av bred teoretisk og praktisk kunnskap i sykepleiefaget kunne ta ansvar, identifisere og løse problemer relatert til psykiatrisk sykepleie, og at de innenfor tilgjengelige ressurser kan hjelpe den enkelte pasient til økt egenomsorg”. Videre står det i mer spesifiserte mål etter endt utdanning at ” studenten må kunne gjøre bruk av sykepleieprosessen i et planlagt og målrettet samarbeide med pasienten, hvor en vektlegger:

- Omsorg til hele mennesket
- Kontinuitet i behandlingen

- Fortløpende evaluering av planen (HIM, 1986).

Psykiatrisk sykepleie utgjør i følge Hummelvold teoretisk sett en utdyping av sykepleiens psykiske dimensjon. Den studerer den psykiske dimensjon i samspill med menneskets fysiske, sosiale, og åndelige sider (Hummelvold, 2004).

I psykisk helsearbeid er sykepleiedokumentasjonen dokumentasjon av den helsehjelp vi gir. Ved hjelp av ord og språk skal vi verbalisere de handlinger og den kunnskap vi utøver i praksis.

”Å bruke språk er å skape mening. Men meningen ligger ikke i språket selv. Ord og setninger blir først meningsfulle når de inngår i kommunikasjons situasjoner der mennesker bruker dem til å gjøre noe. Språk i bruk er uløselig knyttet til studiet av mening og kontekst. Mennesket bruker språk i ulike situasjoner for å skape mening” (Svennevig, 2001).

”Vi ser det vi sier, og vi sier det vi ser. Virkeligheten vår preges av språket. Det vi sier blir sannheten vår. Ord kan åpne opp og gi frihet, men de kan også lukke igjen og holde fast” (Lemvik, 2006, s.13).

Wittgenstein sier i verket sitt ”philosophische untersuchung” at språkets funksjon først og fremst er et mellommenneskelig formidlingsmiddel. Språket har et mangfold av bruk, slik at mening er noe som blir forstått i forhold til bruk og kontekst. Dette kan forstås ved å si at forholdet mellom språk og virkelighet etableres av menneskelige handlemåter og praksiser, der bruk av språk inngår på forskjellige måter. Bruken av et uttrykk er sammenbundet med de handlingene mennesker utfører. Et uttrykksmening ligger i bruken av det i en bestemt situasjon (Vetlesen og Stanicke, 1999).

Elektronisk pasientjournal og sykepleiedokumentasjon som en integrert del av denne, har vært et arbeid som startet som et samarbeid mellom de 5 helseforetakene i Norge. Det ble ut fra dette arbeidet utarbeidet en nasjonal standard for krav til elektronisk sykepleiedokumentasjon

(KITH and sosialsektoren, 2003b) og en nasjonal veileder for sykepleiedokumentasjon i EPJ (KITH and sosialsektoren, 2003a). Ut i fra dette arbeidet ble det satt som et mål at EPJ skulle være innført i løpet av 5 år. Deretter ble det utarbeidet krav for EPJ i pleie og omsorg i kommunene. Sykepleiedokumentasjonen i EPJ er basert på ulike klassifikasjonssystemer. Det vil si at en ikke kan følge en narrativ tekst format som en har hatt tradisjon for i Norge. Ved å dokumentere på den måten må en lese hele innholdet for å kunne forstå det som er dokumentert. Sykepleieren har i denne måten å dokumentere på, fritt fått bruke det språk hun har villet til å dokumentere kunnskap fra praksis.

Dokumentasjonen i EPJ/ Gericia følger en såkalt strukturert- ikke kodet tekst. Det vil si at en må gå inn å velge kategori som en følger når en dokumenterer. Det er en systematisering etter sykepleieteori. Gericia er oppbygd etter VIPS modellen som følger sykepleieprosessens inndelinger. Man går inn og velger begreper/termer som overordnet er meningsbærende og strukturerende når en dokumenterer. Sykepleieren må så fylle ut med fri tekst under dette begrepet, der teksten kan ha meningsbærende størrelser i hele setninger.

Rammer og modeller

Sykepleiedokumentasjon kan forstås som følger: ”written evidence of the interaction between and among health professionals, patients, and their families, and health care organisations, the administration of tests, procedures, treatments, and patients education; and the result or patients responses to them”(Egglund and Heinemann, 1994).

Rammeverket i sykepleiedokumentasjonen er sykepleieprosessen. Sykepleieprosessen har en mellommenneskelig og problem løsende del. Begrepet sykepleieprosess ble kjent i Norge på 1960 tallet. Begrepet ble introdusert av Hildegard Peplau. Bakgrunnen var de mellom menneskelige forhold i sykepleien. Det omhandlet ”alt som skjer mellom pasient og sykepleier”. Fokus i dette var relasjon og samhandling. Det vil si samhandlingen de imellom tar sikte på å løse den enkelte brukers problem (Karoliussen and Smebye, 1981).

Sykepleieprosessen som problemløsende metode består av ulike deler:

- * kartlegging av data til problem/behov/ ressurser
- * definisjon av problem/behov
- * målsetting
- * valg av tiltak
- * evaluering av tiltak/rapport

Bruken av dette rammeverket er utgangspunkt for brukerens pleieplan. Den skal utfylles med informasjon, og i samarbeid med pasienten/pårørende og ut fra sykepleierens faglige refleksjoner og vurdering skal pleieplanen utarbeides (Sandvand and Vabo, 2007).

VIPS modellen er en dokumentasjons modell som ble utviklet av de tre svenske sykepleiere (Ehnfors and Thorell-Ekstrand, 1992). Den har fire nøkkelord/begreper som har fått sitt navn etter:

- V- velbefinnende
- I- integritet
- P-profylakse
- S-sikkerhet

Utover disse nøkkelbegrepene er modellen bygd opp med hovedsøkeord og undersøkeord og eksempler på innhold knyttet til søkeordene. VIPS modellen er bygd opp slik den kan implementeres i IT systemer. Det overordnede nivå er en operasjonalisering av sykepleieprosessen som består av disse begrep eller hovedsøkeordet .

(Sjøstedt, 1996) hevder at det for sykepleiedokumentasjonen er viktig at den knyttes til en ”omvårdnadsteori”. Det vil da være lettere i dokumentasjons prosessen å finne adekvate uttrykk for å beskrive pasientens helseprosess. Hun sier at en forutsetning for å bruke sykepleieprosessen i sykepleien er grunnleggende kunnskaper om teori, metode og dokumentasjon. Sjøstedt illustrerer hvordan *tankande, handlandet och skrivande* forholder sig til varandra.:

TEORI forteller oss om det TANKANDE , det vi bruker til å finne ”VAD spørsmålene” som vi identifiserer. METOD viser det vi gjør, HANDLANDET som ”svarer mot HUR spørsmålene”. Til slutt har vi DOKUMENTATION, den vi skriftlig nedfeller, SKRIVANDET. Det beskriver helheten forstått ut i fra sykepleieprosessen som metode.

Gerica er et elektronisk pasientjournalssystem(EPJ) tilpasset pleie, rehabiliterings- og omsorgstjenesten i kommunene. I tillegg til faglige funksjoner(EPJ) gir Gerica støtte til administrative oppgaver, både pasient og personalrelaterte. I Gerica kan man gjøre søknadsbehandling, lage forvaltnings vedtak med postføring og arkivering av dokument. En kan dokumentere i Gerica fra håndholdte enheter (PDA eller strekkodeleser). Gerica inneholder også tverrfaglige tiltaksplaner/pleieplaner. All sykepleiedokumentasjon gjøres via tiltaksplanen til brukeren. Brukeren er fokus for alt som skal dokumenteres, og skal være delaktig i utarbeidelse av planen. Dette gjelder også å samtykke til det som planlegges av behandling/pleietiltak i pleieplanen som kun handler om sykepleierens ansvarsområde. Gerica er delvis basert på VIPS modell, og en kan videreutvikle og tilpasse søkeordene til praksis (Sandvand og Vabo, 2007) og (vedlegg 6).

2.4.TIDLIGERE FORSKNING

Litteratur søkene i denne oppgaven har jeg delt opp i 2 hovedområder. Dette fordi jeg ikke har fått treff på å kombinere søkebegrepene, og har dermed ikke funnet tidligere forskning som jeg har kunnet legge til grunn som en del av teorien. Måten jeg har valgt å dele det opp på, har gitt meg en utvidet forståelse av begge områder. Jeg ikke har funnet studier som direkte sier noe om teamet ut i fra den vinklingen jeg har på oppgaven min. Jeg har gjort litteratur søk flere ganger, og over en lang tidsperiode helt fra prosjektplanen ble levert i januar 2007. Mulige feilkilder kan ligge i at jeg ikke har gode nok engelsk kunnskaper på begreper som brukes i de engelsk språklige databasene. Jeg finner det likevel verdifullt å dele opp tidligere forskning slik jeg har gjort, og legge til grunn de studiene som følger. Det er med på å gi meg

en utvidet innsikt i forhold til temaet. De få treff jeg har fått ved å kombinere alle tre begrep som beskrevet nedenfor, har ikke vært relevante. En mulighet er også at det ikke foreligger denne type studie med en vinkling som den jeg har gjort. Utgangspunktet for litteratur søk har vært "community mental health nursing" and "knowledge" = 75 treff. Med kombinasjonen "documentation" resulterte dette i 0 treff. Prøvde så å bytte ut med "mental health nursing" i kombinasjon med de 2 andre begrepene. Her ble det 2 treff. Et forsøk med "psychiatric nursing" ga 1 treff. Med dette som grunnlag ble litteratur søkene delt opp som beskrevet nedenfor.

Søk i denne oppgaven er gjort hovedsakelig etter søkeordene "psykiatrisk sykepleie" "kunnskap" og "sykepleie dokumentasjon" som en basis, da dette er hovedtemaet for oppgaven. Søkene er gjort i Bibsys, Swemed, Cinahl, Proquest og Ovid. "Psykiatrisk sykepleie" blir utvidet med "psykisk helsearbeid" da dette er begrepet som brukes om fagfeltet som psykiatriske sykepleiere har sin praksis i dag i kommunehelsetjenesten. På søk i engelsk språklige databaser, ble dette utvidet med "mental health nursing" eller "community mental health nursing" for å favne psykiatriske sykepleiere som har praksis i kommunehelsetjenesten. "Sykepleiedokumentasjon" blir erstattet med "nursing documentation" og "electronic nursing documentation" for å finne studier i forhold til elektronisk pasientjournal.

2.4.1. Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten

Ved søk i Bibsys, Norges største bibliotekdatabase for fag, forskning og undervisning (Kilvik og Lamøy, 2005), får jeg 7 treff på Forsk Dok publikasjoner ved å kombinere søkeordene "psykiatrisk sykepleie" og "psykisk helsearbeid". På Søk med "psykiatrisk sykepleie" alene, får jeg 54 Forskdok publikasjoner og 5 ForskDok prosjekter.

Jeg velger 3 studier som forteller om hva psykiatrisk sykepleie

Almvik gjorde i 1994 en studie om hvilken funksjon og rolle psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten hadde. Han intervjuet 6 sykepleiere som var ansatt i stillinger øremerket psykiatrisk sykepleie om hva slags oppgaver de utførte. Videre sendte han ut spørreskjema til 191 av landets kommuner. Funnene ble analysert og drøftet i forhold til teori.

Direkte pasientkontakt ble funnet som et hovedarbeidsområde., og planlagte og individuelle samtaler var mest vanlig. Veiledning og undervisning ble også betraktet som viktig for mange, men på langt nær så viktig som direkte pasientrettet kontakt. Primærforbygging av psykiske problemer ble i liten grad prioritert. Kun en av respondentene skilte seg ut som mer bevisst i sin primærforebygging og kunne beskrive slikt arbeid. Nettverkstenking var også en del av respondentenes hverdag. Spesielt der hvor målet var å styrke pasientens nettverk. Pårørende arbeid pekte seg også ut som et spesifikt arbeid (Almvik, 1994).

Stensland og Hummelvold (2004) gjorde en studie som var en del av et samarbeids prosjekt, ”Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokal samfunnet”. Dataene er skapt på grunnlag av 4 fokussamtaler i tillegg til en rundbords konferanse med de psykiske helsearbeidere i de respektive kommuner (N=9). Resultatet viser at de psykiske helsearbeiderne står i et kompleks tverrfaglig arbeidshverdag som uttrykker seg i et mangfold av ulike kompetanser. Sentralt er likevel et sett grunnholdninger og en verdibevissthet som i hovedsak hviler på en humanistisk tilnærming og en respekt for enkeltmenneskets livsverden.

Jeg gikk så direkte til Cinahl for å gjøre et søk i forhold til psykiatrisk sykepleie og kunnskap. Brukte ”psychiatric nursing” med trunkering* or ”mental health nursing” med trunkering*, or ”community mental health nursing” med trunkering*. Valgte å bruke ”mental health nursing” og ”community mental health nursing” i tillegg for å prøve å favne treff også innen kommune helse tjenesten. Fikk 11387 treff. Kombinerte dette med ”knowledge” med trunkering* og fikk da 20 treff. Dette gjorde jeg for å søke etter studier som beskriver psykiatriske sykepleieres egen opplevelse av sykepleiepraksis som kunnskapsområde.

Fant der en kvalitativ studie fra Irland hvor psykiatriske sykepleieres opplevelse av egen livsverden og egen praksis ble analysert. Søkeordene for denne studien var ”mental health nursing”, ”psychology”, ”empowerment”, ”social representation”, ”lifeworld”, ”qualitative research”. Studien omfattet 10 fokusgrupper hvor totalt 59 ”mental health” sykepleiere deltok. Forfatterne analyserte gruppenes samtaler om sykepleiernes ”psykologiske arbeid”. Sykepleierne identifiserte det psykologiske domenet av praksis som det sentrale i deres arbeid. I det omfanget de var sammen med sine klienter, er sykepleierne primær ressursen for psykologisk arbeid. Psykologiske samtaler ble kategorisert i tre kategorier relatert til

sykepleieprosessen, og organisatorisk kontekst, og ble analysert gjennom ”empowerment” og kritiske perspektiver på makt (Mac Neela et al., 2007).

En kvalitativ studie fra Australia (Harris and Happell, 1999) viser til hvilke ferdighetene som er nødvendig for å være i sykepleiepraksis i den hjemmebaserte psykiatriske hjemmesykepleien. Funnene identifiserer hovedferdigheten som mellom menneskelige ferdigheter, kunnskaper om psykiatrisk sykepleie, evnen til å ha et variert arbeid i behandlings modaliteter, og skriveferdigheter.

2.4.2. Sykepleiedokumentasjon

Det er gjort flere studier her til lands de siste årene innen temaet sykepleiedokumentasjon. Ved søk gjennom Bibsys fikk jeg 133 treff på søkeordet ”sykepleiedokumentasjon”. Flere av disse var studier innenfor somatiske fagfelt og studier på hovedfags nivå. Det vises til at sykepleiedokumentasjonen ikke oppfyller de krav det stilles til den, at sykepleiedokumentasjon er vanskelig og tidkrevende (Lyngstad, 2002). Studier viser også til at det dokumenteres for lite (Arvaag Stokke, 2000). Ved innføring av et nytt informasjons og kommunikasjons system ved et sykehjem, var funnet at lite endret seg i struktur og innhold. (Lyngstad, 2002). Innføring av elektronisk sykepleie dokumentasjon er også tema for Perander (Perander, 2005) sin studie. Sykepleiernes erfaringer tilsier både positive og negative konsekvenser for praksis, men vil ikke tilbake til den papirbaserte dokumentasjonen.

Jeg fant gjennom litteratur søket beskrevet over, en studie som var gjort på et norsk psykiatrisk sykehus. Den beskrives litt nærmere.

Improving the nursing documentation: professional consciousness raising in a Northern Norwegian psychiatric hospital

Det nye norske lovverket har skjerpet kravene til kvalitet i sykepleiedokumentasjonen. Personalet ved et psykiatrisk sykehus gjennomførte sammen med artikkelforfatteren en forskning studie for evaluere den skriftlige sykepleiedokumentasjonen. 32 pasientjournaler ble anonymisert og analysert. Journalene ble gjennomlest med et kritisk blikk. Funnene ble sammenlignet med kvalitets standarder. Språket i rapportene ble analysert. Et analyse verktøy ble gitt, slik at personalet kunne se på egen praksis. Dette analyse verktøyet ble en nødvendig hjelp i å gjøre de nødvendige kvalitets forbedringene. Dette har gjort at praksis har blitt endret. I dag, kan avdelingene vise til et dokumentasjons system som tilfredstiller gyldige krav. En viktig forandring er personalet bidrar tydeligere. Personalet er mer ressurs orientert, og pasienten har, i mye større grad enn før, blitt en aktiv deltager i utviklingen av sykepleieplanen (Karlsson, 2007).

Jeg valgte deretter å søke i Sve Med+ med referanser til 130 nordiske tidsskrifter i det medisinske området. Her inkluderes avhandlinger, oversiktsartikler, og kontrollerte undersøkelser (Kilvik og Lamvik, 2005). Her brukte jeg søkeordene ”dokumentation” med trunkering\$ = 792 treff, og ”psykiatrisk vård” med trunkering\$ = 980 treff. Her ble disse to kombinert og det resulterte i 19 treff. Gjorde også et søk med en annen kombinasjon. Brukte ”vård dokumentation” med trunkering \$= 93 treff. Tok dretter ”psykisk helse” med trunkering\$ og fikk 202 treff. Kombinerte disse to og fikk 1 treff. Til slutt har jeg primært valgt Cinahl til søk i engelsk språklig base. Dette fordi jeg har valgt kvalitativ metode til masteroppgaven, og Cinahl har referanser til ca. 1800 tidsskrifter innen sykepleie. Den er spesielt god på kvalitativ forskning, og inneholder doktoravhandlinger (Kilvik og Lamøy, 2005). Siden har høgskolen avsluttet sitt abonnement på denne databasen, det er derfor også gjort kontroll søk i OVID. Ved søk I Cinahl krysset jeg av kun for vitenskaplige artikler da jeg startet søket. Her brukte jeg søkeordene ”psychiatric nursing” med trunkering\$ 2256 treff. Søkte deretter på ”documentation” med trunkering\$ = 802 treff. Kombinerte så disse to= 19 treff. Tok til slutt å kombinerte dette søket (19 treff) med ”electronic nursing records” \$. Endelig funn på dette søket ble 8 treff. Jeg vil kort referere til 2 review.

Reviewing the evidence on nursing records system

En review på eksisterende forskning som undersøker sammenheng mellom sykepleiepraksis og elektronisk pasientjournal med sykepleieplan. Metoden som er brukt er litteratur review mellom 1995 og 2005, hvor søkeordene "nursing information systems", "clinical information systems", "hospital information systems", "nursing records", og "charting".

Resultater: Forskning i sykepleie it- systemer ble analysert og noen mangler og motstridende resultater ble identifisert, hvilket hindret en helhetlig og effektiv forståelse. Det er nødvendig for IT systemer å bli forstått fra et videre perspektiv som inkludere aspekter som kan relateres til den kontekst de hører til i. Forfatterne til studien kommer også med en klinisk relevans for studien. Denne sier at den hurtige introduksjonen av IT systemer i klinisk praksis henstiller til evaluering av allerede implementerte IT systemer og undersøke hvordan og i hvilke situasjoner de er effektive å ledsage videre i utvikling og implementering av IT systemer i å understreke klinisk praksis. Evaluering involverer flere faktorer enn bare teknologi som forandrer holdninger, kultur og pleie praksis. Realistisk evaluering kan skaffe konfigurering av resultat av kontekst- mekanismer som forklarer de underliggende forbindelsene til å forstå hvorfor og hvordan et program eller, intervensjon virker(Orovioicoechea and Elliott, 2008).

Renee (2007) gjorde et litteratur review der emnet var en antagelse at psykiatriske sykepleiere er seint ute med å lære teknologi. Dette fordi psykiatriske sykepleie tradisjonelt er sett på som en ikke-teknologisk sykepleie spesialitet. Studiet er gjort på bakgrunn av eksisterende forsknings litteratur relatert til computere og IKT teknologi for psykiatriske sykepleiere. Tre hovedområder i psykiatrisk sykepleie ble identifisert og fordelene ved IKT i hvert av disse områdene ble diskutert. Områdene som ble identifisert var undervisning, praksis og forskning. I tillegg er viktigheten av IKT kompetanse for sykepleiepraksis gjentatt for å fremskynde dens ervervelse.

Lyngstad (2002) viser videre til at hun også anbefaler at en retter oppmerksomheten videre mot hvordan sykepleiere opplever og vurderer innføring av nye informasjons og kommunikasjons systemer. Dette er i tråd med den studien jeg selv ønsker å gjøre. Arena her

er psykisk helsearbeid i kommunen, hvor de psykiatriske sykepleierne bruker elektronisk sykepleiedokumentasjon i sin dokumentasjon fra praksis. Jeg vil her se på deres egen forståelse og kunnskapsbidrag i psykisk helsearbeid som kunnskapsområde. Dette er viktig for å forstå hvilken sykepleiepraksis de dokumenterer fra. Så vil oppgaven ta for seg sykepleie dokumentasjon og hvordan de dokumenterer sin kunnskap fra praksis. Til slutt vil oppgaven ta for seg møte mellom den ikke-teknologiske kunnskap i psykisk helsearbeid og den teknologiske sykepleiedokumentasjonen. Dette har jeg kalt ”språkets funksjon” i Gericca. Her vil jeg ta for meg de psykiatriske sykepleierne sine erfaring av IKT- verktøyets tilpasning til praksis.

Til slutt en liten oppsummering fra tidligere forskning som jeg finner relevant til min oppgave. Det viktigste arbeidsområdet for de psykiatriske sykepleierne i hjemmebasert tjeneste var den direkte pasientkontakten (Almvik, 1994). Det er et komplekst tverrfaglig arbeidsområde, hvor respekt for enkeltmenneskets livsverden er viktig (Stensland og Hummelvold,). En studie fra Irland viser at det psykologiske domenet er det viktigste i psykisk helsearbeid., og at bruker medvirkning i praksis er viktig (Mac Neela et al., 2007). Mellommenneskelige ferdigheter, kunnskap om psykiatrisk sykepleie og skriveferdigheter ble funnet som viktig evner i praktiske arbeidet (Harris and Happell, 1999). Sykepleiedokumentasjonen ved et sykehus i nord Norge ble forbedret. Personalet var mer fokusert på ressurser, og pasientene var aktiv deltager i sykepleieplan (Karlsson, 2008). En studie viste at innføring av IKT systemer i dokumentasjonen måtte forstås fra et videre perspektiv i den kontekst det er i. Viktigheten av å evaluere allerede implenterte IKT systemer, ble sett som viktig for at system utviklingen skal kunne understreke klinisk praksis (Oroviogicoechea et al., 2008). Dette er også forenlig med Lyngstad (2002) som mener det er viktig med fokus på hvordan sykepleiere i praksis vurderer innføring av IKT systemer i sykepleiedokumentasjonen.

3. METODE

3.1. Valg av forskningsmetode

Hensikten med mitt masterprosjekt er å beskrive en gruppe psykiatriske sykepleieres forståelse av psykiske helsearbeid som kunnskapsområde. Videre deres erfaringer i hvordan de dokumenterer sin kunnskap ved hjelp av sykepleiedokumentasjon, og deres erfaringer i bruk av elektronisk dokumentasjonsverktøy. Her skal jeg forske i et tema hvor jeg skal innhente opplysninger fra noen få informanter, her i denne oppgaven ” en gruppe” psykiatriske sykepleiere. Jeg skal gå i dybden på temaet, og prøve å få mange opplysninger og dimensjoner fra temaet. Det jeg skal søke å forstå er det spesifikke i en helhet. Jeg finner det derfor hensiktsmessig å velge en kvalitativ metode til tema og problemstilling. Dette fordi det i denne oppgaven er forståelse av temaet som er det primære. Målet blir her å beskrive temaet ”sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid”. Malterud (2003) sier at ” med kvalitativ metode er målet forståelse snarere enn forklaring. En leter etter kunnskap som viser hva noe består av.

3.2. Metode for innsamling av data

Jeg har valgt semi strukturerte intervju med intervju guide som metode for innsamling av data fra informantene til oppgaven. (Kvale, 2005) sier: ” det kvalitative interview er en enestående sensitiv og sterk metode til at få fat i de interviewedes opplevelser af deres hverdagsverden og dens levede betydning. Interviewet setter de interviewede i stand til at meddele andre deres situasjon du fra deres eget perspektiv og med deres egne ord”(Kvale, 2005, s78).

Temaet ”sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid” skal jeg som forsker beskrive gjennom en gruppe psykiatriske sykepleieres egen forståelse av psykisk helsearbeid som kunnskapsområde. Det er deres livsverden, her forstått som sykepleiepraksis jeg som forsker skal gå inn i. Videre er det tema som sykepleiedokumentasjon her forstått som en metode til å beskrive kunnskap fra sykepleiepraksis, og bruk av elektronisk dokumentasjonsverktøy i dokumentasjon av dette. Det viktige i forsknings intervjuet blir her forståelse og mening om

temaet. Samtalen mellom informantene og meg som forsker danner utgangspunkt i informasjonsutvekslingen om temaet. Ordene og samtalen blir en del av virkeligheten det beskrives fra. Med ønske om å få en rikere beskrivelse av temaet har jeg valgt denne typen intervju. Intervjuguiden har blitt utarbeidet for å ha en struktur over tema som det skal samtales om. Den vil ikke bli brukt slavisk under intervjuet, da det er samtale mellom meg som forsker og informanten som styrer veien videre. Intervjuguiden vil jeg likevel bruke når det er naturlig i samtalen å bruke den for å kvalitets sikre at temaer er snakket om. Det vil også sikre en forbindelse mellom teori og empiri, da intervjuguiden er utarbeidet fra teori grunnlaget i oppgaven og tidligere forskning. Det er viktig at intervjuet gjøres naturlig, at jeg som forsker er interessert i det informanten meddeler. Språket jeg bruker bør være hverdagslig, slik at det ikke er en avstand mellom informanten og meg. Det er også av betydning at informanten sitter igjen med en god opplevelse slik at han føler han har bidratt med noe nyttig kunnskap under intervjuet (Malterud, 2003)

3.3. Planlegging og gjennomføring av intervju

Jeg utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 4) som jeg ønsket å bruke for å ha en slags struktur over tema jeg skulle snakke om under intervjuet. Forut for første intervju kjøpte jeg inn en digital diktafon som jeg skulle bruke under intervjuene. Denne tar opp intervjuene på lydbånd som så lastes inn på personlig Pc som lydspor som oppbevares på egne mapper, ett for hvert intervju. Når dette er gjort slettes intervjuet fra diktafonen. Før jeg skulle intervju første informant inviterte jeg en kollega til å være ”prøveinformant” hvor vi brukte intervjuguiden og den digitale opptakeren. Dette viste seg å være verdifullt. Situasjonen under intervjuet prøvde jeg skulle være så autentisk som mulig. Etterpå ga min kollega meg en tilbakemelding på hvordan det var å være informant. Hun ga meg et råd om å slå på diktafonen med en gang slik at det ikke oppsto en situasjon om ” at nå er det alvor”. Lurt å slå den på når en innleder med small talk. Hun ga også tilbakemelding på at jeg noen ganger ble for opptatt med intervjuguiden slik at jeg ikke gikk nok inn i det hun snakket om, eller at jeg ble for uoppmerksom på det hun sa. Dette samsvarer også med hvordan jeg følte det å være forsker i prøve intervjuet. Jeg følte et slags press når jeg opplevde at samtalen ikke omhandlet det som

min forforståelse av temaet ”fortalte” at intervjuet skulle handle om, eller at situasjonen tilsa det var vanskelig å sette strek for nåværende tema for å gå videre i intervjuguiden. Dette gjorde at jeg forberedte meg godt over teori delen av oppgaven og intervjuguiden for å være friere og tryggere over temaet i det første intervjuet. Jeg ble tryggere i forhold til å la samtalen mellom informant og meg som forsker styre veien i samtalen over temaet ”sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid”.

3.3.1. Utvalg av respondenter

Utvalgs størrelsen har jeg gjort på bakgrunn av anbefalinger fra høgskolen i Molde, hvor anbefalingen for denne type oppgave på 30 studiepoeng er 5-7 informanter ved bruk av kvalitativ metode. Jeg har videre satt som krav at informantene i min oppgave skal være utdannet sykepleiere og ha videreutdanning i psykiatri eller psykisk helsearbeid. De skal også jobbe klinisk i psykisk helsearbeid, og bruke elektronisk dokumentasjons verktøy til dokumentasjon i praksis. Jeg har kun gjort henvendelse til kommuner som har brukt det elektronisk dokumentasjons verktøyet ”Geric” i minimum ett år. Dette har jeg gjort i samarbeid med IT konsulent for dokumentasjonsverktøy i egen kommune som har god kjennskap til dette. Det var 3 kommuner som ble invitert til å delta.

3.3.2. Innpass til forskningsfeltet og intervjusituasjonen

De tre kommunene er organisert forskjellig i forhold til sitt psykiske helsearbeid. Jeg skrev derfor et brev som informerte og inviterte kommunene til å delta i studien (se vedlegg 1) via fagsjef eller leder for det psykiske helsearbeidet i kommunene. Tilbakemelding fra kommune 1 med interesse for å delta, kom på mail adressen min til høgskolen. Her ville 3 informanter delta. Kommune 2 ga tilbakemelding i brevs form med ønske om å delta med 1 informant, og i kommune 3 var bekreftelse med ønske om å delta delegert til en av informantene via mail adresse til høgskolen. Her ville 2 delta. Jeg sendte så personlig et informasjons skriv (vedlegg 2) om studien til informantene, sammen med en samtykke erklæring (vedlegg 3) som skulle returneres i ferdig frankert konvolutt. Da jeg mottok samtykke erklæringene tok jeg personlig kontakt med informantene for å avtale tid og sted for intervju. Totalt ble 6 informanter med i studien.

Det å ha gjennomført et prøveintervju med en kollega viste seg å ha stor verdi. Jeg fikk forberedt meg på ”å være tilstede i situasjonen”, være mer avslappet for den samtalen som var mellom meg som forsker og informanten. Noen av intervjuene fikk jeg bruke intervjuguiden jeg hadde med meg, og hvor spørsmålene kunne flettes inn på en naturlig måte. Ett av intervjuene tok informanten styringen med et stort engasjement for tema. Jeg klarte imidlertid å styre inn på undertema og spørsmål, da jeg var mer trygg i intervjusituasjonen. I alle intervjuene har det vært en god stemning, men jeg gjorde en erfaring på at det er viktig at jeg som intervjuer og informant snakker samme språk. Med det mener jeg at jeg som forsker må ordlegge meg slik at det ikke skaper en avstand til informanten. Det er viktig å bruke et språk som begge forstår, slik at forsker og informant snakker om det samme. Dette var en erfaring jeg gjorde i det første intervjuet da informanten sa at hun kunne gjerne snakke om teorier, men hun ville gjerne snakke om kunnskap i egen praksishverdag. Dette var også en erfaring jeg gjorde i prøveintervjuet med min kollega.

3.3.3. Analyse metode og transkribering

Intervjuene er tatt opp på en digital opptager hvor lydfilene ble lastet over i egne mapper på egen PC, ett for hvert intervju. Jeg transkriberte intervjuene selv etter hvert som de ble ferdige. Gjentok ikke dialektord, men skrev intervjuene over i vanlig bokmål. Dette fordi de skal forbli anonyme og ikke gjenkjennes. Gjentok ikke de mange ”mm”, eller ”ja” som jeg brukte mye som intervjuer for å oppmuntre informanten videre i temaet denne snakket om.

I analysen i oppgaven min har jeg valgt å bruke Kvale (Kvale, 2005) sine 6 analysetrinn, hvor trinn 1-4 er relevante for min oppgave. Der bruker en trinn 1-3 allerede i intervjusituasjonen. Informanten forteller fra sykepleiepraksis i forhold til emnet, og vil selv oppdage nye betydninger i hva de opplever, og selv se nye sammenhenger. På tredje trinn fortolker jeg som intervjuer meningen av en beskrivelse og sende den en tilbake til informanten. Informanten kan da bekrefte eller avkrefte min fortolkning. Dette vil gi en presisering av meningsutsagn. På trinn 4 som er den egentlig analyse, vil jeg også bruke Malterud (Malterud, 2003) sin framstilling for analyse av kvalitative data.

I analysen tar jeg utgangspunkt i de 70 sider med transkripsjon fra intervjuene av de 6 informantene. I dette analysearbeidet vil jeg bruke systematisk tekstkondensering av materialet, da dette egner seg for utvikling av beskrivelser av et tema (Kvale, 2005, og Malterud, 2003).

Denne analysemetoden er inspirert av Giorgi sin fenomenologiske metode. Hans formål var å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden³ innen et bestemt felt. Relatert til min oppgave vil dette være psykiatriske sykepleieres beskrivelser og erfaringer om temaet sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid.

Jeg har gått fram ved først å lese gjennom de transkriberte tekstdokumentene fra de 6 dokumentene. Dette for å få et helhetsinntrykk av materialet og se etter hovedtema. Her var det naturlige inndelinger i teksten, da intervjuguiden var delt opp i temaene; psykisk helsearbeid, sykepleiedokumentasjon og elektronisk pasientjournal. Ett unntak var informant 3 som tok tak i intervjusituasjonen med et engasjement over temaet, og gikk rett på den elektroniske pasientjournalen. Her ble temaene snudd om, men likevel identifisert på samme måte som de forutgående.

Identifiseringen av tema ble markert med farger, der for eksempel psykisk helsearbeid ble markert med blått, sykepleiedokumentasjon med rødt og elektronisk pasientjournal med grønt. Deretter gikk jeg systematisk igjennom teksten for å filtrere ut irrelevant tekst. Her var irrelevant tekst utenomsnakk utover tema. Et eksempel på dette var en sekvens hvor en informant hadde flere spørsmål om hvorfor jeg var interessert i sykepleiedokumentasjon, hvor jeg hadde jobbet før, og hvor jeg jobbet nå. Dette filtrerte jeg bort ved å klippe bort teksten. Ved filtrering av tekstmaterialet kunne jeg sittede ved en datamaskin og lagt irrelevant tekst over i et annet dokument, men jeg valgte å sitte ved et stort bord og fysisk klippe bort utenomsnakk. Dette valgte jeg fordi tekstmaterialet var av en størrelse som jeg opplevde som håndterbart å gjøre på denne måten.

Relevant tekst ble lagt i 3 farvekoder som beskrevet ovenfor, altså 3 hovedtema for hvert intervju. Deretter startet jeg med en systematisk gjennomgang av hovedtema for å finne

³ Livsverden er et fenomenologisk begrep, så i denne oppgaven forstås dette som sykepleiepraksis.

meningsbærende enheter. Hovedtema ble inndelt i sub gruppe. Så ble meningsbærende tekst under hver sub gruppe identifisert og kodet i tekstbiter. For eksempel fikk psykisk helsearbeid blå farge, ble kodet med stor P, fikk nummer etter informant, og liten bokstav etter sub gruppe. Tekstbitene ble nå dekontekstualisert, det vil si at de ble tatt ut av sin naturlige sammenheng. Jeg vil her også gå på tvers, da meningsbærende enheter fra alle informantene blir plassert under sin subgruppe. Dette setter jeg så inn i en matrise for lettere å kunne identifisere tekstbitene, hvor de kom ifra, samt at det vil være et hjelpemiddel i sammenfatning og validering på slutten av analysen. Jeg kan vise et eksempel hvordan jeg finner igjen tekstbitene i matrisen. Eksempel kode P2a som viser at informant 2 har en meningsbærende tekstbit om hovedtema psykisk helsearbeid (P) og sub gruppe kunnskapsbidrag (a). (Se matrise for organisering av analysemateriale, vedlegg 5)

Neste trinn i analysen vil være å kondensere meningsinnholdet, med det menes at jeg må gå fra kode til mening. Jeg skal nå på bakgrunn av analysen i de enkelte sub gruppene utvikle et kunstig sitat forankret i data. Det vil si at jeg skal omformulere det konkrete innholdet fra den enkelte meningsbærende enheten til en mer generell form som en sammenfatning med bruk av informantens ord. Jeg vil her måtte gå på tvers, med at meningsbærende enheter fra alle informantene i hver sub gruppe vil bli lagt til grunn.

I analysens siste trinn vil jeg rekontekstualisere materialet mitt ved å sette sammen beskrivelsene igjen. Dette vil jeg gjengi ved en innholdsbeskrivelse fra hver kodegruppe som gir en sammenheng fra materialet jeg har hentet det fra med tanke på problemstillingene jeg har utarbeidet fra hvert tema.

Til slutt vil jeg validere funnene mine opp mot sammenhengen de er hentet ut ifra. Her vil jeg ha nytte av matrisen jeg har utarbeidet for å kunne se om beskrivelsene stemmer overens.

3.3.4. Reliabilitet og validitet

Reliabilitet i denne studien handler om hvilken grad data fra informantene er pålitelige. Intervjuene ble tatt opp på en digital opptager som hadde en liten mikrofon koblet til for å sikre bedre lyd. Data fra intervjuet med informant 4 var vanskelig å transkribere, da lyden på opptaket ble utydelig. Da intervjuet skulle starte måtte vi flytte til et annet rom for å gjennomføre intervjuet. Dette førte til at lyden ble dårlig, da rommet var uten møbler foruten stolene vi satt på. Informanten ble også sittende fysisk litt ifra båndopptakeren, noe som også påvirket at enden på setninger ble utydelig. Ved hjelp av å bruke høretelefoner å spille de samme sekvensene flere ganger fikk jeg transkribert intervjuet i samsvar med lydfilen.

Alle intervju er imidlertid gjennomført på samme måte. Jeg har startet med å gå igjennom tema for studien. Jeg fortsatte med hvordan intervjuet var tenkt gjennomført med lydopptager, og at jeg ville bruke intervju guide under intervjuet. Alle intervju ble avsluttet likt med at informantene ble spurt om de ønsket å si noe mer om temaet vi hadde snakket om. Jeg informerte også om min bakgrunn. At jeg jobbet som psykiatrisk sykepleier i en kommune, og at jeg hadde brukt Gerica som EPJ i ett halvt år.

Validering handler om den kunnskap jeg har kommet fram til har gyldighet. Jeg må vise hvordan forskningsprosessen har påvirket gyldigheten av mine funn. Dette blir gjort gjennom kommunikativ validering hvor jeg har vist min forforståelse av temaet. Dette gjelder også beskrivelsen jeg har gjort av datainnsamling, utvalget av informanter, og analyseprosessen.

Hvis en går tilbake og ser på datamatriksen, så er det ikke alle informantene som gir gode nok meningsbærende enheter under alle tema. Når jeg ser tilbake, burde det vært flere informanter med i studien for å få flere funn på kunnskapsbidraget for eksempel. Hvis en ser i matrisen så bidro informant 6 med lite under kunnskapsbidrag.

Validering startet allerede under intervjuet, hvor uklare utsagn sendes tilbake til informanten for å få en mer konkret beskrivelse, eller at intervjuer sin forståelse sendes tilbake til informanten for bekreftelse eller avkreftelse.

3.4. Etiske refleksjoner og nødvendige tillatelser

3 kommuner i området nordmøre og romsdal ble invitert (Vedlegg 1) til å delta i studien. Kommunene ble plukket ut med hjelp av Geric konsulent i egen kommune, da hun var informert hvilke kommuner som var godt i gang med elektronisk sykepleiedokumentasjon ved hjelp av IKT systemet Geric. De representerer for meg et tilfeldig utvalg. Leder for psykisk helsearbeid i de respektive kommunene ble tilskrevet med forespørsel fra undertegnede om psykiatriske sykepleiere i kommunen vil delta i studien. Det var et krav at de skulle være sykepleiere med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eller psykisk helsearbeid. De skulle også jobbe klinisk og bruke Geric i dokumentasjon av sykepleie i praksis. Informantene representerer også et tilfeldig utvalg og jobber på flere arenaer i det psykiske helsearbeidet. Det kom skriftlig bekreftelse på at kommunene ville delta på mail eller i brevform.

Informantene som var oppgitt fikk deretter et informasjonsskriv (vedlegg 2) om studien og en samtykke erklæring (Vedlegg 3) som ble returnert til meg før første kontakt ble etablert mellom meg og informantene.

Prinsippet om frivillighet og anonymitet er ivaretatt i studien gjennom skriftlig informasjonsskriv og samtykke erklæring.

Studien er søkt godkjent hos NSD og fikk godkjenning i august 2008 (Vedlegg 5).

Studien er ikke søkt godkjent hos REC da høgskolen i Molde mottok en mail om at dette ikke er nødvendig på grunn av utarbeidelse av nye regler for student prosjekter.

4. Presentasjon av funn

Presentasjonen av funnene vil følge tematikken i intervjuene. Først presenteres hva de psykiatriske sykepleierne legger vekt på som sitt kunnskapsbidrag i psykisk helsearbeid. Deretter følger beskrivelse av dokumentasjon av kunnskap fra sykepleiepraksis. Til slutt presenteres erfaringene de psykiatriske sykepleierne har med bruk av Gerica i sykepleiedokumentasjonen i praksis.

”Jeg kommer ingen vei hvis de ikke har tillit til meg som person, så kort og så enkelt”

Alle informantene la vekt på at begreper som tillit, trygghet og allianse var helt grunnleggende for å få etablert et forhold til brukeren. Dette måtte være tilstede for å kunne jobbe videre med det den enkelte hadde behov for av tjenester. Videre ga de en beskrivelse av praksisfeltet som var å legge til rette for hverdagslivet med bolig, arbeid, aktiviteter og nettverk

Trygghet, tillit og allianse

”Det som er det viktigste av alt er vel at du oppnår en kontakt med brukeren som gjør at han stoler på deg, at han tør å ta kontakt, at han tør å bruke deg som hjelper. Den tilliten som du er helt avhengig av for å kunne ha den jobben her, det er det viktigste av alt, eller så kommer du ingen vei”.

”Men det er jo det med å skape tillit som samler på en måte”.

”det er viktig at brukerne kan oppleve at jeg er tilstede for dem, at de har tillit til meg. Det vil jeg si er det viktigste for jobben min, det at de kan stole på meg. Det er på en måte grunnlaget for alt jeg gjør”.

Det jeg vektlegger i jobben min er trygghet og tillit. Det er helt grunnleggende for at jeg skal få en oppfatning av situasjonen, og få kjenne hvor skoen trykker”

Allianse var viktig for nærhet og avstand i samhandlingen.

”den alliansen pleieren har er på en måte mitt viktigste arbeidsredskap for å få til ting med pasienten. At jeg klarer å bygge opp en god allianse. Fordi da kan jeg alltid være forut, pasienten kan begynne å bli dårlig, og da kan jeg øke opp å gi mer enn periode. Jeg kan trekke meg tilbake når jeg ser at ting går bedre, da har jeg, ikke kontroll, men blikket på pasienten. Hvis jeg ikke har den alliansen, så vet jeg ikke hvor pasienten er henne, og da klarer jeg ikke å jobbe så godt”.

En av informantene la også vekt på at tillit og trygghet var viktig for at brukeren kunne henvende seg til henne for å kunne få tilgang til andre tjenester i kommunen.

”Han kan kanskje trenge meg som en katalysator for å få andre tjenester i kommunen. Så er vedkommende trygg på at han kan ringe til meg når han har andre utfordringer på andre felt. Slik var det med en person som ringte i dag, og som ikke har hatt omsorgen for et barn, men hatt besøksordning. Vedkommende ville ha med seg en annen person når barnet skulle besøkes, om jeg kunne ringe barnevernet for vedkommende, selv om det også er en kontaktperson der. Det gjør jeg jo selyfølgelig”.

Legge til rette for dagliglivet

En viktig oppgave for sykepleierne var det direkte arbeidet med brukerne for å legge til rette for dagliglivet. Det ble lagt vekt på å kunne nyttiggjøre seg rettigheter, bruke kommunale tjenester, koordinere behov for tjenester, og legge til rette for de utfordringer de har som enkelt menneske.

”For meg så er det egentlig veldig kort da. Veldig kort så er det å hjelpe hjemmeboende brukere til å nyttiggjøre seg de rettighetene de har som innbyggere i denne kommunen”.

”At vi er noe på en måte som kan gjøre at de kan bruke kommunale tjenester, kultur, alt mulig som finnes i kommunen”.

”Det å legge til rette for et liv som er godt å leve, så godt som mulig tror jeg. Det går på å koordinere at de får de tjenestene de har behov for som går på det med bolig, det med aktivitet, det med arbeid, det med sosial integrering, og litt det i forhold til behandling som også er en del av det. Men det er ikke det eneste vi jobber med for å si det sånn”.

”Det består i å legge til rette for de utfordringer de har som menneske i dagliglivet. At inngangsporten til å jobbe med disse menneskene er at de har en psykisk lidelse i grunn. Det er den psykiske funksjonen til disse menneskene som er det største hinderet for en livsutfoldelse”.

Myndiggjøring og ta ansvar for eget liv

Flere snakket om myndig gjøring av brukeren. Det at psykiatrisk sykepleier måtte bidra til å utfordre brukeren til å ta ansvar for eget liv, og være deltager i eget liv. En beskrev det som en støttefunksjon, det å gå sammen med brukeren. Kjernen i dette var medbestemmelse som en aktiv funksjon for brukeren. Det var grunnlaget for dialogen dem imellom.

”Det som er viktig for meg er at brukeren skal bli deltager i eget liv. At de skal få være med å bestemme hvilken hjelp er det jeg skal ha? Hva er det jeg trenger? Det med å få medbestemmelse, ansvarliggjøring i forhold til eget liv”.

”Sånn at de er med. Hva er målet for livet mitt? Hva ønsker jeg? At vi har den dialogen, og at det skal være kjernen i forhold til hvordan vi møter pasienten også, at vi drar de med”.

Myndiggjøring var også å legge til rette for å leve ut de ressursene brukeren hadde med seg.

”Mitt ståsted er å gi vekstvilkår. Det er å søke hva det er av tiltak jeg iverksetter som jeg ser slår rot, og som de vokser på. Da er det i grunn bare å gi mer næring til det. Jeg er opptatt av hva slags røtter de har i forhold til kvaliteter og egenskaper. Hva er det som skjer at de glimter til, og at de viser interesse som vi kan gå videre på.

Informanten illustrerte denne metaforen med et eksempel fra egen praksis hvor en bruker hadde to ønsker da kontakten mellom de to ble etablert for lang tid tilbake. Det var å gå på svømming og å male. Begge deler var etablert, men de hadde ikke kommet så veldig mye lenger enn de to tingene på denne tiden.

En informant la vekt på dette å ha et meningsfullt liv for den enkelte.

”Hva som er meningsfullt for den enkelte er jo forskjellig fra det som jeg opplever som meningsfullt. Det å ha noe å gå til, det at du har en rolle. At du betyr noe for noen. Du vet at du er god på noe. At noen bekrefter deg. Det å ha noen oppgaver du mestrer. Om man ikke lykkes med alt så kan du faktisk noen ting”.

En annen informant beskrev en situasjon hvor en bruker hadde et sterkt ønske om noe verdifullt å gjøre.

”Da viste det seg at en av brukerne ble nysgjerrig på det å slå gresset. Så resultatet nå i sommer er at han har slått plenen hele tiden. Han har fulgt det opp som en smed, og føler det verdifullt. Han ønsker, har hele tiden ønsker om å gjøre noe produktivt, noe av verdi. Så dette her med å se at gresset vokser, og vite at ” det skal jeg ta meg av”. Da må han følge med på været, og når det passer å slå. Så det er så mange faktorer her. Da må han ut av psykosen sin litt for å følge med på dette”.

Omsorg og endring

Tre av informantene snakket om omsorg og endring. Det var viktig å tenke på den pleiekulturen sykepleierne hadde med seg og som kunne være passiviserende. Flere kom inn på at hensikten med arbeidet deres var å bidra til endring i brukerens liv.

”Jeg ønsker å bidra til en endring. Jeg ønsker at når jeg har vært der så skal det ha vært all right. At det skal ha en hensikt. Ønsker på en måte å oppfylle det som de ville da jeg kom dit”.

”En snakker så mye om omsorg, og det å utfordre samtidig, at du gjør begge deler. Det er mye omsorg i det jeg gjør, men det er så mye mer enn det. Den faglige biten ønsker at folk skal komme seg videre. Omsorg er mer status quo på en måte. Du ønsker å hjelpe folk opp og fram, utfordre og få til noe, komme seg i gang og komme seg videre. Det er jo målet med dem jeg har kontakt med, Jeg ønsker de videre på deres premisser. At jeg dytter lite grann også, men om det er omsorg det vet jeg ikke, Men det er en del av det det også, å dytte folk fram”.

En av informantene mente at siden psykiatrisk sykepleie var i hjemmebasert omsorg og at det tradisjonelt tilhørte pleiekulturen, så var det lett å gi for mye omsorg og ta for mye ansvar.

”Det er veldig lett for at når vi kommer inn i et hjem og ser at alt flyter, da er det veldig lett for å ta tak og si at, nå må vi bare ta og ordne opp her. Men så må vi ta opp med han eller hun det gjelder og som ikke gjør noe, og gå inn i ,- hvorfor gjør du ikke noe? Hva skal til for at du skal bli med? Vi er jo i hjemmebasert omsorg. Da er det lett for at vi går inn og gjør en jobb og ut igjen. Det opplever jeg er en lang vei å gå”.

Flere av informantene kom også inn på at fagområder som medisiner, behandling, og vurdering var en liten del av sykepleiepraksis. Det var ikke der hovedfokus lå.

Medisiner og behandling

Psykiatrisk sykepleiers behandlende funksjon ble sett på som en liten del av det som ble lagt vekt på som kunnskapsbidrag. En av sykepleierne fortalt en episode fra egen sykepleiepraksis.

”Da var det for en stund siden en som ikke jobber så veldig klinisk til daglig som hadde en forestilling om at vi psykiatriske sykepleiere hadde et veldig fokus på det med medisiner og vurdering. Da kjente jeg at jeg ble veldig provosert, det at han mente at vi hadde fokus bare på det medisinske. Det er ikke det hverdagen min handler om. Det er å legge til rette for hvordan folk skal ha det i hverdagen sin i forhold til bolig, arbeid, aktivitet, nettverk som ofte ligger nede. Så fokuset er i stor grad der og ikke med medisiner og vurdering”.

”De som nylig har tatt videreutdanning er så klar på behandler rollen for eksempel. Jeg har ikke følt meg helt bekvem med å kalle meg det på en måte. Fordi jeg har følt, la oss komme tilbake til det med poliklinikken for eksempel, hva er de til for? Så jeg føler mer at jeg gjør vurderinger som kan henvises videre dit”.

”Og så litt med henvisningsårsak. Det var en henvisningsårsak med en administrativ medisin legging, og det føler jeg egentlig er litt råflott og sende til meg, at jeg skal sitte og legge medisiner, og det bare er å overlevere det. Jeg ser jo den biten med observasjon ved levering. Men likevel, det kunne hjemmesykepleien gjøre”.

”Du kan si at det vi tenker er at noe kanskje blir utelatt, men det viktigste, det som må vites, det står der”.

Dokumentasjon av kunnskap, det å sette ord på handling og helsehjelp som er gitt, er et tema hvor informantene kom inn på flere perspektiver. Alle informantene dokumenterte gjennom tiltaksplanen til brukeren. Arbeidsstedet til en informant brukte tiltaksplan kun til brukere som hadde mer komplekse problemstillinger. Da var dokumentasjonen i store trekk ført som fortløpende journal. Flere av informantene fortalte at de dokumenterte gjennom å opprette

tiltaksplaner etter å identifisere problem, kartlegge ressurser, sette opp mål, delmål og evaluere mål. Dette er forenlig med sykepleieprosessens problem løsende del. Det kom også fram at brukerne i stor grad fikk ta del i utarbeidelse av tiltaksplanen, direkte eller indirekte.

Brukermedvirkning og dokumentasjon via tiltaksplan

Fra søknad via tiltaksplan til dialog.

*”Jeg utarbeider en tiltaksplan ut ifra søknad, og lager en veldig rund tiltaksplan da”.
_”Så har vi en dialog med pasienten, hva vil du nå, hva synes du om det her, hva opplever du er problematisk, hvordan skal vi løse det her? Så prøver vi det, lager tiltaksplan, så evaluerer vi sammen med pasienten, der pasienten er i stand til det, og re han ikke i stand til det, så trekker vi ut av det, noe av det pasienten mener”.*

Fra dialog til tiltaksplan, til dialog igjen.

”Aller først så har vi en samtale, for å se hva som er ressurser, problem, den biten der, og hva slags mål og mening vi skal arbeide mot. Så setter vi oss litt delmål da, og så tar vi en prat etter en stund, for å høre hvordan det går, og kanskje forandre litt på problemstillingen.

”De tiltakene jeg har iverksatt har jeg gjort sammen med brukeren. Vi har en avtale, og det er i grunn en sånn forutsetning for å komme noen vei. Det er på en måte at dette her at det er en vei en skal gå sammen med brukeren. Og da må en jo være enig i veien en skal gå. Jeg kan på en måte ikke legge løypa og si at ”kom an nå skal vi gå her”. En må på en måte gå den sammen sånn jeg ser det”.

I en av praksisene ble det ikke dokumentert gjennom tiltaksplaner på alle brukere. Det var også et gap mellom målet å få med brukeren i å lage tiltaksplan, til å klare det i praksis.

”Vi bruker tiltaksmapper der det er masse som skal inn, da foreslår vi det og bruker det. Jeg må nesten se på det slik at det er et verktøy som vi bruker der vi trenger det. Det bruker vi på den måten at vi har et første samarbeidsmøte der vi legger opp til å lage en plan. Det som er utfordringen er å lage en plan sammen med brukeren. De er veldig ofte tilbakelemt og vanligvis så er de jo ikke i form. Så det blir veldig mye motivasjons arbeid for å få til en plan som brukeren ønsker”

Dokumentasjon av kunnskap

Dokumentasjon som tema tok fram et begrep som helhetlig sykepleie for to av informantene.

”Med dokumentasjon så får jeg assosiasjoner til grunnutdanningen hvor jeg var flasket opp med Dorothea Orem og funksjonsområder. Det går på forskjellige funksjonsområder som en skal ivareta. Fysisk, psykisk, sosialt og åndelig som en ramme rundt. Den må være ivaretatt i dokumentasjonen tenker jeg. Det er noe med det kliniske blikket, altså ser jeg at det kan være observasjoner som kan tyde på at det er noe somatisk på gang, så er jeg pliktig til å dokumentere”.

”Som sykepleier er jeg opptatt av helhet. Det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektet. Hva med åndelighet og seksualitet for eksempel? Det er temaer som blir helt borte i dokumentasjonen. Jeg har kolleger som jeg kaller for ”sykehus sykepleiere”. De er så opptatt av det somatiske at andre dimensjoner blir helt borte i dokumentasjonen og rapporter”.

Dokumentasjonen skal også avspeile virkeligheten fra praksis. Da er det viktig å være konkret og detaljert.

”Det er viktig å være konkret i observasjonene. Å prøve, jo mer en er konkret i å beskrive tilstander, jo bedre er det i ettertid å se forskjeller, om det har skjedd en utvikling”.

Dokumentasjon var også forenkling og konkretisering av virkeligheten for leseren.

”Jeg synes det er viktig å beskrive situasjonen. Hva er det som er situasjonen? Da prøver jeg å skrive det slik at det blir forstått av den som skal lese det. Det er viktig for meg. For jeg kan være veldig inne i saken og vite veldig detaljer, så prøver jeg å forenkle det slik at et blir forståelig”.

Pasienten vil kjenne seg igjen i dokumentasjonen. Dette handler om meg.

”Jeg snakker så mye med pasientene mine at det avspeiler seg i dokumentasjonen det jeg gjør, det mener jeg. Jeg tenker at hvis pasienten spør: kan jeg lese det du dokumenterer om meg? Så har jeg ikke noe problem med det. Fordi det er i tråd om det vi har snakket om. I enkelte tilfeller så har vi sittet og skrevet på rapporten med pasienten bak ryggen. Hva synes du vi skal skrive her? Er du bekvem med at vi skriver det sånn? Det har vi gjort av og til når pasienter ønsker det rett og slett”.

Pasientperspektivet er representert i dokumentasjonen.

”Jeg prøver så godt jeg kan å la brukeren sine ord komme inn i rapporten. Det er en viktig del hvilke ord som brukeren sier. Det er klart at hukommelsen min er til tider begrenset, men jeg mener det er viktig å få det ordrett ned. Da er det faktisk av og til at jeg skriver ned ting som har blitt sagt umiddelbart, nettopp for å sikre at dette er så ordrett som mulig. Sånn sett er jeg opptatt av et det er brukeren sin stemme som er dokumentert. Og med tida så blir en mer opptatt av å være konkret, det å være så nøyaktig som mulig i dokumentasjonen”.

Objektiv dokumentasjon av virkeligheten er viktig. En må legge følelsene til side under dokumentasjon.

”Det går på å observere hva var det som faktisk skjedde. For så ofte kanskje spesielt i psykisk helsearbeid så blir en så revet med av følelser at en blir så emosjonell. Da blir dokumentasjonen så utydelig synes jeg. Fordi en ser mer på hvem som har skrevet rapporten, og så begynner en å tolke noe som gjør at det kan bli ganske unyttig i seg selv. Derfor så prøver jeg å få fram viktigheten av at vi prøver å nøytralisere oss selv, prøve å la de emosjonelle sidene ligge litt til side, og beskrive konkret hva var det som skjedde. Være så presis i informasjonsbeskrivelsen som mulig”.

All tiden sykepleierne bruker på å motivere blir borte i dokumentasjonen.

”I psykisk helsearbeid så bruker vi så enormt tid på å motivere, det kommer ikke fram, det forsvinner bare”.

Dokumentasjon av helsehjelp en ikke får gitt er viktig å dokumentere.

”Og kanskje den hjelpen jeg ikke får lov til å gi også. Alle de gangene vi blir avvist for eksempel. Eller alle de gangene vi kommer med forslag til tiltak der pasienten avviser. For vi er jo i situasjoner der pasienten er veldig syk, der han avviste all hjelp, og kanskje i ettertid klaget på at han ikke fikk hjelp. Da er det utrolig viktig for oss å dokumentere at vi var inne både mandag, tirsdag, onsdag, torsdag og fredag, og fikk ikke komme inn. Alt sånt blir dokumentert. Det er arbeids somt, men jeg ser det er nødvendig”.

Det dokumenteres ikke.

Det kom også fram et gap mellom ønske om at dokumentasjon skulle gi et virkelighetsbilde fra praksis, til hvordan de faktisk dokumenterte i sin praksis hverdag.

”Det er ofte en utfordring. Fordi det er ofte at du ikke får gjort det den dagen. Du rekker det ikke liksom. Og da er det husken din det går på stort sett. Så vi har vel egentlig ikke tid nok sånt sett, for vi farter så mye ute”.

” Det blir litt sånn at vi rapporterer liksom. At vi ikke går nok i dybden på det”.

”Det er ting jeg synes er vanskelig å dokumentere, så jeg dokumenterer ikke alt. Og jeg sier ikke alt som blir sagt på rapporten heller”.

Ikke alt i samhandling mellom psykiatrisk sykepleier og bruker var riktig å dokumentere i praksis.

”Vi er dyktig på å dokumentere det vi gjør og det vi ikke gjør. Men det er jo ikke alltid vi føler på at vi vil dokumentere heller på samtaler vi har som ikke blir riktig å komme innpå i en journal”.

”Det er ting som ikke blir godt nok dokumentert. Det er godt dokumentert konkrete ting som blir gjort som når vi deler ut medisin eller har vært på et møte. Men på en måte hvordan en samtale skjer, det spesielle eller ting som kommer opp, nei det blir ikke dokumentert”.

”Når jeg tenker meg om så dokumenterte jeg før skikkelig godt det som kom fram i samtalen, men nå tenker jeg meg mer om, og noen ganger formulerer jeg meg vagere fordi jeg tenker på pasienten”.

”Det er et sukk og et stønn over at vi ikke har tid. Aldri er det ajourført tiltaksplaner, eller skrevet rapporter. Hvis vi får tid så sitter vi og dokumenterer for flere dager tilbake”.

”Og så er det rett og slett hvem er det jeg dokumenterer for? Det er kun jeg som går til den brukeren. Og hele hjemmetjenesten kan gå inn og lese. Det er litt sånn, ”need to know”, ”nice to know” tenker jeg. Så har du det hvis en annen person skal inn der og likevel begynne på nytt med nye visjoner, så ser jeg ingen hensikt i å sitte og skrive lange dokumentasjoner”.

Avslutningsvis ble det sagt at dokumentasjon hadde et forbedrings potensiale. En av informantene mente at en som sykepleier har tid til å gjøre det en prioriterer, men at dokumentasjon ikke ble nok prioritert i hverdagen.

”Det er et veldig nyttig hjelpemiddel, det er en helt annen verden enn å skrive i kardex. Dokumentasjonen har blitt helt annerledes etter at vi begynte med Geric, det er det ikke tvil om”.

Alle informantene følte seg fortrolig med bruk av elektronisk pasientjournal. De følte de var bekvem med bruk av Geric som dokumentasjons verktøy. Det var imidlertid to faktorer som samtlige informanter kom inn på. Det var språk i Geric for å sette ord på det en skulle dokumentere, og at informasjons tilgangen var for åpen i et elektronisk system. Sensitiv informasjon var bare et tastetrykk unna. Dette gikk på bekostning av dokumentasjon fra praksis, ved at sykepleierne bevisst unnlot å dokumentere.

Språk

”Men det skulle vært mer plass til det psykiske da. Da er det for eksempel dette her med rus og misbruk. Rus er ikke noe tiltak lenger, men det er det veldig mange av mine pasienter som har. Andre ting jeg savner er i forhold til passivitet eller aktivitet, men hvordan få dem til aktivitet? Det burde vært tiltak i Geric i forhold til dagligdagse gjøremål”.

”Begrepene i Gerica synes jeg er gode begrep, men det er ikke nok begrep. Jeg får ikke gått i dybden. Skal jeg få brukt det slik at jeg kan forklare det jeg skal, må jeg finne et begrep som synliggjør det jeg har gjort”.

”Jeg synes det skulle vært mer mot psykisk helse mot begrep, at det var en mer utfyllende tiltaksplan i forhold til det. Så kunne vi fylt ut mer i forhold til ting som passer med psykisk helse. De har jo selvsagt en fysisk helse også, vi skal ikke glemme det, men det skulle vært mer plass til det psykiske”.

Gerica retter seg mer mot den somatiske del av helheten.

”Jeg synes kanskje at det er mest rettet mot somatikk. Det opplever jeg, det er der fokuset er. Så er det jo mye mindre å ta av i forhold til psykisk helse sp vi må lage fylling selv. Når du ser nedover denne tiltakslista som er på Gerica, så er det sirkulasjon, respirasjon og eliminasjon, hele rekken, og så er psykisk helse bare en liten bit av det”.

”Når du ser nedover den hele leksa der med ernæring og, så står det jo psykisk helse i det ene feltet, men det meste er myntet på somatikk, og det er vanskelig. Nei jeg savner mye, det skulle vært et mye bedre redskap”.

Gerica som dokumentasjonsverktøy er ikke godt nok tilpasset psykisk helsearbeid som sykepleiepraksis.

”Altså når jeg startet med dette her, så savnet jeg noe språk. Da kommuniserte jeg litt med den ansvarlige på det. Men det er klart at det er der jeg kanskje burde ha gjort mer for å påvirke det språket som er brukt. Jeg har nok bare falt inn, istedenfor å kommunisere oppad i systemet så har jeg kommunisert med systemet i seg selv”.

”Det er jo begreper i Gerica som jeg aldri bruker sånn som grensesetting for eksempel. Det synes jeg er et gufs. Så begrepene er kanskje mer mot psykiatri”.

”Jeg tror at de som sitter og lager til det som et arbeidsredskap ikke er dyktig nok i psykisk helsearbeid”.

Begrepene i Gerica understøtter ikke mål for tiltaksplanen i praksis.

”ofte bruker jeg et tiltak som er litt på siden, og så beskriver jeg det jeg ønsker et tiltak på. Jeg vet ikke hvor logisk dette er, men det er måten jeg må gjøre det på. Mye blir også skrevet på ”annet”. Så det blir en kjempestor sekk som heter ”annet”. Og det er jo ikke så heldig heller”.

”Og så har jeg brukt mine ord. Selv om jeg i søkeordene ikke finner de rette ordene, så finner jeg de mest nærliggende og skriver tiltakene. Jeg ristet litt på hodet i begynnelsen, og tenkte at dette henger ikke helt sammen, men det er vel slik det må være. Så sånn sett finner vi som jobber med systemet vår måte å jobbe på. Vi finner vår måte og bruke det på. Men det er nok ikke helt optimalt i forhold til sånn som jeg hadde ønsket systemet skulle være”.

”Sånn i forhold til psykisk helsearbeid så er det mer at vi har andre oppdrag enn de har i pleien. Det å lage tiltak på kontinuitet, at målet med tiltaket skal være kontinuitet og forutsigbarhet. Det må være mer konkret, det vi driver med er veldig konkret altså”.

Sensivitet og innsyn

Å dokumentere i psykisk helsearbeid medfører dokumentasjon av blant annet sensitive opplysninger om brukeren. For å unngå at denne informasjonen skulle ”bli sett”, var det flere informanter som laget seg en egen måte å løse dette på.

”Før så dokumenterte vi under ”psykiatrisk sykepleie”. Det betyr at det vi dokumenterte ikke kom fram til alle. Nå får vi ikke lov til det lenger. Det betyr at alle som har tilgang i pleie og omsorg har tilgang til rapportene våre. For vi mener det vi som jobber i psykisk helsearbeid at alle har ikke behov for å vite alt. Jeg sitter i en

samtale med en pasient, og det kan være veldig mange sensitive ting som blir tatt opp om overgrep, voldtekt og mishandling. Da blir det veldig vanskelig å sitte og skrive dette på Geric. Så blir det kanskje lest opp på rapporten på seinvakt etterpå. Det gjør at det er mange som ikke ønsker å snakke med meg lenger. Stedet vi bor er ikke stort, og det er vanskelig”.

”Nå dokumenterer jeg under ”evaluering” som alle andre ansatte i hjemmebasert omsorg. Det betyr at alle rapporter kommer opp når du trykker på ”rapport” for hjemmebasert omsorg. Så kommer alt opp som er skrevet i løpet av en dag. Nei det er ikke lett”.

”For å skjerme noen av pasientene våre har vi funnet på en midlertidig løsning. Jeg skriver ”samtale”, så trykker jeg meg litt nedover, og skriver innholdet i samtalen da. Den som skal lese rapporten på seinvakten skal da se at det er en samtale de ikke skal lese. Men så er det en person som ikke er vant med å lese rapporter som plutselig sitter og leser noe de ikke skulle lest. Kanskje sitter det en i hjemmebasert omsorg og hører om seg selv på rapporten fordi vedkommende er min pasient. Bare for å illustrere sårbarheten i dette her”.

”Jeg må innrømme at jeg av og til løser det på den måten at jeg skriver ”samtale” med store bokstaver, så kanskje er ikke dokumentasjonen min like god som tidligere for å si det rett ut, så det kommer litt i grenseland”.

”Jeg har hatt vanskelig for å se pasienten min i øynene og fortelle at jo, det er slik at dokumentasjonen blir lest opp på seinvakt. Jeg tenker at selv om vi er helsepersonell så trenger vi ikke vite alt om alle. Det blir argumentert for at alle har taushetsplikt, og det har jo jeg også, men man skal være oppmerksom på all informasjonen som flyter gjennom Geric. Det handler ikke bare om psykisk helsearbeid. Det handler om alt vi skriver, og en bevisstgjøring på hvordan en bruker Geric. I hvert fall det jeg skriver om er ofte sensitivt. Men nå i det siste har jeg latt være å skrive ting som jeg helst ville skrevet, men som jeg ser jeg må spare pasienten for.

Overgangen fra papirbasert sykepleiedokumentasjon til elektronisk dokumentasjon førte til en endring i holdning til dokumentasjon i en av praksisene.

”Tidligere så kunne en oppleve at folk gikk fra jobb uten å dokumentere. Det ser jeg i mindre grad enn tidligere. Jeg ser det vel nesten ikke i det hele tatt. Nå er folk inne og skriver. Det er en forskjell. En har blitt mer detaljert. I og med at en kan velge tiltak, så gjør det noe med måten folk dokumenterer på også. De blir mer fokusert på hva er vår oppgave i forhold til tiltak til hver enkelt. Jeg tenker at de som jobber føler at de er kommet i gang med systemet og mestrer systemet. Så føler de kanskje at det her er viktig, at det ble mer verdifullt for dem å dokumentere.

Det var også flere som opplevde at Gerica som EPJ hadde et større potensiale i sykepleiedokumentasjonen.

”Jeg tror dette med dokumentasjon er et undervurdert fokus i jobbsammenheng, hvor viktig elektronisk verktøy i sykepleiedokumentasjonen er”.

”Det kunne sikkert vært bedre , men vi har lært oss å jobbe med det og blitt fortrolig med det. Så den er grei nok på en måte.

”Jeg har vel savnet et fora med andre sykepleiere som en kunne høste erfaringer for å komme et skritt videre. Jeg tenker at det er et større potensiale enn hva det er i dag. Så jeg er redd det skal stilne litt av, og at en ikke bruker det aktivt nok i fortsettelsen. Så jeg tror dette må jobbes med hele tiden”.

5. DRØFTING

I denne drøftingsdelen skal jeg drøfte hovedfunn opp mot problemstillingene, teori og tidligere forskning. På denne måten vil jeg prøve å tydeliggjøre hva de psykiatriske sykepleierne vektlegger som sitt kunnskapsbidrag i psykisk helsearbeid. Jeg går så videre til hvordan de beskriver sin dokumentasjon av kunnskap. Til slutt drøftes deres erfaring med bruk av elektronisk dokumentasjons verktøy i dokumentasjon fra praksis. På bakgrunn av dette vil drøftingen følge den oppdelingen jeg har brukt tidligere i oppgaven. Dette betyr at delene drøftes hovedsakelig for seg selv, mens jeg vil se på helheten til slutt.

Kunnskapsbidraget

Arena for de psykiatriske sykepleierne er psykisk helsearbeid i kommunen. Det er her de har sin sykepleiepraksis. De utøver sykepleie til mennesker med psykisk lidelse som bor hjemme. For å forstå hva de vektlegger som sitt kunnskapsbidrag synes jeg det er viktig at jeg også forstår hva slags sykepleiepraksis de er i.

Hva går så dette arbeidet ut på? Her beskriver funnene i studien at en viktig oppgave var å legge til rette for dagliglivet. At brukerne kan nyttiggjøre seg rettigheter, bruke kommunale tjenester, koordinere behov for tjenester og legge til rette for de utfordringer de har som enkelt menneske. Behov i forhold til dette kunne være i forhold til bolig, aktivitet, og sosial integrering. Synet på enkelt mennesket var at det var den psykiske funksjonen som hindret for en normal livsutfoldelse.

Er dette forenlig med hva teori sier om temaet? Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 omtalte en av to hovedlinjer at kommunene skulle bygge ut tilbud til mennesker med psykisk lidelse (Lemvik, 2006). Der ble det også sagt at psykisk helsearbeid er et begrep som brukes om de tilbud og tjenester kommunene skal tilby mennesker med psykisk lidelse slik at de kan bo utenfor institusjon. Det skal omhandle bolig, arbeid, meningsfulle aktiviteter, tilbud og sosial tilhørighet, og nødvendig helse og sosial tilbud. Sterkere bruker medvirkning ble også vektlagt.

Beskrivelsen sykepleierne gjør av arena for praksis er forenlig med det opptrappingsplanen bruker som begrep om psykisk helsearbeid. Det er forståelsen av sykepleiepraksis på systemnivå (sosial og helsedirektoratet, 2004, og Almvik og Borge, 2006). Denne framstillingen av sykepleiepraksis kan virke noe fremmed tatt i betraktning at psykiatrisk sykepleie blir sett på som en ikke- teknologisk sykepleie spesialitet (Renee, 2007). Jeg vil vise dette ved et eksempel med setningen ” bruk av kommunale tjenester”. Det blir en av stand til kjernen i det psykiatrisk sykepleie i kommunen handler om (Perraud, et al, 2006). Det er en byråkratisk beskrivelse av en arena hvor sykepleiepraksis utspiller seg.

Hvis vi går til tidligere forskning viser Stensland og Hummelvold (2004) til at arbeidsområdet er tverrfaglig og komplekst. Dette kan en forstå når en ser hvilken arena sykepleiepraksis er i, og alle elementer en kan jobbe med. Det er i det enkelte mennesket sitt dagligliv med alt det vil inneholde. De viser også til at det er en respekt for enkelt menneskets livsverden⁴ som en hovedsak. Det samsvarer med at det er den enkelte bruker sitt dagligliv som sier noe om hva de trenger hjelp til. Dette illustrerer også en av informantene:

”Veldig kort så er det å hjelpe hjemmeboende brukere til å nyttiggjøre seg de rettighetene de har som innbyggere i denne kommunen”.

La oss bevege oss videre. Bort fra psykisk helsearbeid beskrevet som system, til det de psykiatriske sykepleierne beskriver som sitt kunnskapsbidrag i relasjon til brukeren. Her fant jeg at de la de vekt på begreper som trygghet, tillit og allianse. Det måtte ligge til grunn for at sykepleierne kunne jobbe videre med enkelt menneskets dagligliv.

Hva sier disse begrepene oss? Det ble av en av informantene beskrevet som grunnlaget for det hun gjorde som psykiatrisk sykepleier. Det måtte være tilstede for å komme videre i samhandling med brukeren. Det er her kjernen i faget ligger (Perraud, et al, 2006). Jeg forstår dette som den praktiske visdom en som psykiatrisk sykepleier tilegner seg. Det kan forstås ut i fra Aristoteles sitt Phroenesis begrep. Det er en klokskap vi må legge til grunn for at vår praksis skal være til beste for brukeren. Det er gjennom praksis vi tilegner oss kunnskap i og gjennom handling (Thornqvist, 2003). Begreper som trygghet, tillit og allianse kan være

⁴ Livsverden her må forstås som den del av brukeren sitt liv hvor det er en samhandling med psykiatrisk sykepleier i forhold til dagliglivet.

vanskelig å sette ord på, men det er en kunnskap i handling som psykiatrisk sykepleier viser i praksis. Det er kunnskap om hvordan en gjør noe (Molander, 1996). Dette kan vi relatere til sykepleieprosessen mellom menneskelige del. Det er i relasjonen og samhandlingen mellom bruker og sykepleier at disse begrepene må legges til grunn. Dette samsvarer med mål for videreutdanning i psykisk helsearbeid hvor det legges vekt på utvikling av relasjonskompetanse, og arbeide med relasjonelle aspekter i samhandling med bruker (Utdannings og forskningsdepartementet, 2005). To av hovedfunnene hos Harris and Happel (1999) understreker også dette. De kom fram til at mellom menneskelige ferdigheter og kunnskap om psykiatrisk sykepleie var viktig for å delta i den psykiatriske sykepleiepraksis i kommunen. Dette viser også Mac Neela (2007) sin studie som identifiserer det psykologiske domenet i arbeidet som det viktigste.

Opptrappingsplanen viser til at brukermedvirkning skal være en mer aktiv rolle i det psykisk helsearbeidet (Lemvik, 2006). Veilederen i psykisk helsearbeid i kommune-helsetjenesten sier at målet er å bidra til selvstendighet, og evnen til å mestre eget liv (sosial og helsedirektoratet, 2005). Hva viser funnene fra informantene i denne studien? Flere snakket om myndiggjøring av brukeren. Det at psykiatrisk sykepleier måtte utfordre brukeren til å ta ansvar for, og være deltager i eget liv. Medbestemmelse måtte være tilstede som en aktiv funksjon hos brukeren. Mac Neela sin studie fra (2007) analyserte samtaler gjennom brukermedvirkning og kritisk perspektiv på makt. I denne studien er det ingen av informantene som snakker om makt i samhandlingen mellom bruker og sykepleier. Det er et viktig moment at vi må gi fra oss makt for å la brukeren få myndiggjøre seg i eget liv. Dette må være tilstede for å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. En av informantene fortalte at hans kunnskapsbidrag var å bidra til vekstvilkår for brukeren. At de måtte glimte til og vise interesse for at de kunne jobbe videre.

Omsorg og endring ble i studien sett på som to motsetninger. Det ble sagt at omsorg var status quo, men at sykepleierne ønsket å bidra til endring i brukeren sitt liv. Trenger dette å være motsetninger? Utelukker omsorg endring, eller motsatt? Jeg er enig i at man skal være observant på at omsorg ikke skal bli passiviserende. Her er jeg imidlertid av den oppfatning at man gir/ viser omsorg ved å gå sammen med brukeren på hans vei til endring i livet. Endring utelukker ikke omsorg. Psykiatriske sykepleiere kan gi/ vise omsorg i relasjonen. Her mener

jeg at vi kommer inn på en type praksis kunnskap hvor vi gjør det som er til det beste for andre. Det er innenfor Aristoteles sitt Phroenesis begrep. Begrepet omsorg i denne forstand er av høyere betydning . Jeg mener hvis man ser på omsorg og endring som en dikotomi, at det ene utelukker den andre, så vil omsorg i relasjonen bevege seg mer mot Aristoteles sitt Techne begrep. Jeg mener man da ikke blir nær nok i relasjonen. Gjennom handling kan en vise omsorg på vei til endring, hvis dette er brukeren sitt mål. Det er noe grunnleggende i faget vårt.

Endring i livet kan på mange områder være vanskelig, og brukere med psykisk lidelse er svært sårbare. Dette krever kunnskap i handling. Det å forstå den andre, gi omsorg på veien til endring, kan være den brukeren trenger for å klare å få til endring i livet sitt. En side er de indre ressurser brukeren selv har til å nå et slikt mål, men det kan også være av stor betydning å ha ytre ressurser i form av en relasjon med psykiatrisk sykepleier. Kanskje er det nettopp omsorg i relasjonen som brukeren trenger for å jobbe mot endring i eget liv? Dette er også forenlig med mål for videreutdanning for psykiatrisk sykepleie (HIM, 1987/88) Disse sier at studenten skal inneha teoretisk og praktisk kunnskap som skal hjelpe pasienten til økt egenomsorg, og hvor en vektlegger blant annet omsorg til hele mennesket.

Medisiner og behandling ble sett på som et lite kunnskapsbidrag i sykepleiepraksis. Det var kun en liten del av sykepleiernes hverdag. Det beveger seg mot kunnskap om sykdom og en naturvitenskaplig forståelse av kunnskap, episteme. Det er også en del av psykiatriske sykepleiere sin praksis. Ved å videreutdanne seg får man en utvidet forståelse av det psykologiske domenet i mennesket. Mac Neela sin studie (2007) identifiserer det psykologiske domenet som det viktigste i psykiatrisk sykepleie. I denne studien ble begreper som råflott, sint, og ikke bekvem ble brukt av informantene når de snakket om medisiner og behandling. Hva betyr dette i sykepleiepraksis. Er det en devaluering av en type kunnskap psykiatriske også må forholde seg til? Er psykiatrisk sykepleie en type kunnskap hvor vi hever oss over den naturvitenskaplige del av kunnskapsområdet? Hummelvold (2004) sier at psykiatrisk sykepleie er en teoretisk utdyping av sykepleiens psykisk dimensjon i samspill med menneskets fysiske, sosiale og åndelige sider. Det er i dette spekteret kunnskapen beveger seg. Funnene sier oss at hovedfokus for de psykiatriske sykepleierne har sin sykepleiepraksis som befinner seg i dagliglivet til de brukerne det gjelder. Hovedfokus skal

ikke være problemer og sykdom, men det er imidlertid også en del av brukerenes liv.

Dokumentasjon av kunnskap

Dokumentasjon av kunnskap, det å sette ord på handling og den helsehjelp som er gitt, viste at informantene dokumenterte gjennom å opprette en tiltaksplan for brukeren. På arbeidetsstedet hos en av informantene dokumenterte de i stor trekk som fortløpende journal. De opprettet tiltaksplan der hvor brukeren hadde en mer kompleks situasjon. Med dokumentasjon som tema fant jeg at informantene opprettet tiltaksplaner etter å identifisere problem, kartlegge ressurser, sette opp delmål, mål og evaluere mål. Dette er forenlig med sykepleieprosessen problem løsende del.

Etter beskrivelse av informantenes dokumentasjon av kunnskap ble spurt om de brukte sykepleieprosessen når de planla dokumentasjon fra praksis. Det var det flere som ga uttrykk for at de ikke var bevisst på begrepet lenger, men at de hadde denne tenkemåten integrert i seg. De ble nå bevisst at, jo kanskje var det sykepleieprosessen de brukte i dokumentasjonsprosessen. Dette er forenlig med det Sjøstedt (1996) hevder. Hun sier at det er viktig at dokumentasjon fra praksis kan knyttes til en "omvårdnadsteori", da det vil lette dokumentasjons prosessen. Flere av informantene beskrev helhetlig sykepleie som viktig for dem i dokumentasjon. En nevnte sågar Dorothea Orem og egenomsorgsteori, at dette var grunnleggende kunnskap som han hadde med seg godt integrert fra grunn utdanningen.

VIPS modell som overordnet modell for dokumentasjon var det ingen av informantene som var inngående kjent med. Flere hadde hørt uttrykket, men var mer familiær med sykepleieprosessen som begrep.

Det kom fram at brukerne i stor grad direkte eller indirekte fikk ta del i utarbeidelse av tiltaksplanen. Flere viste til at den var gjennom dialog med brukeren at de utarbeidet og satte ord på hva som skulle stå i tiltaksplanen. To av informantene hadde rutine på å lese opp fra tiltaksplanen det de hadde utarbeidet. Dette gjorde de for å få verifisert om det de hadde satt ord på stemte med brukeren sin virkelighet. Her kan vi se at kunnskap om myndiggjøring og brukermedvirkning er med på å påvirke hvordan psykiatrisk sykepleier i praksis dokumenterer sin kunnskap. Det er ikke utelukkende sykepleierens redskap lenger. Brukeren får i større grad delta i prosessen med å sette ord på kunnskap fra psykisk helsearbeid. Dette er i tråd med det Almvik og Borge (2006) sier om psykisk helsearbeid. At dette nye fagfeltet utvikles gjennom blant annet praksiskunnskap hos profesjoner, og erfaringskunnskap hos brukeren. Å jobbe på en slik måte er å snu maktforholdet i relasjonen, som gjør brukeren mer likeverdig i samhandlingen mellom psykiatrisk sykepleier og bruker. Brukeren vil på denne måten kanskje også kunne bli en mer aktiv deltager i eget liv. Det at en aktivt kan dele sine mål med noen, tror jeg kan føre til at brukeren kan ta mer aktivt del i eget liv. En av informantene var også bestemt på at tiltaksplanen var brukerens redskap. Hun satt ikke og lagde tiltaksplaner for andre sitt liv. Dette viser også Karlsson sin studie (2007). Ved at personalet bidrar tydelig i dokumentasjonen, så kan pasienten i større grad en før delta i utvikling av sykepleieplan.

Momenter i dokumentasjon av praksis som å være konkret og nøyaktig i dokumentasjonen ble også tatt frem. Det at dokumentasjonen skulle avspeile virkeligheten fra praksis. Her kom en inn på at det var viktig å legge følelsene sine til side når en skal dokumentere. Hvis ikke ble det som ble skrevet så utydelig, at det ble gjenstand for tolkning. Et moment som tolkning vil være tilstede allerede fra en er i relasjon med brukeren. Samhandling mellom sykepleier og bruker vil starte allerede her, når en er i handling med brukeren. En vil her bruke sin kunnskap i vurdering av situasjonen som utspiller seg mellom dem.

Denne praksiskunnskap som her utspiller seg kan være vanskelig å sette ord på. Det er ikke nødvendigvis noe konkret som lar seg artikulere, men det kan være kunnskap som er taus. Den kan ikke settes ord på. Her ligger mulig begrepene trygghet, tillit og allianse som de psykiatriske sykepleierne vektla som grunnleggende for deres arbeid i praksis. Hva ligger det i disse begrepene. Hva er innholdet? Lar de seg dokumentere? Svaret hos informantene i

studien, er at alle vektla den problem løsende del av sykepleieprosessen i utforming av tiltaksplanen. De snakket om å identifisere problem, finne ressurser, sette opp mål og delmål. For så å evaluere disse. Hvor kommer så trygghet, tillit og allianse? Er det mulig å sette ord på det?

Informantene i denne studien gir ikke svar på dette. Hvis vi derimot går til tidligere forskning så finner vi kanskje dette. Harris og Happell (1999) identifiserte mellom menneskelige ferdigheter som nødvendig, ved siden av kunnskap om psykiatrisk sykepleie, som viktig for psykiatrisk sykepleier i hjemmesykepleien. Disse ferdighetene ser jeg på som kunnskap i handling. Kanskje er det vanskelig å sette ord på det, men det kan også være at vårt fokus med å sette ord på den problem løsende prosessen gjør at vi ikke har tradisjon for å sette ord på det som skjer i samhandlingen mellom oss. Kanskje kan fokus på arbeidet med relasjonelle aspekter i samhandling med brukeren (Utdannings og forskningsdepartementet, 2005) være med og endre på dette.

Funn i studien at det var viktig at dokumentasjonen skulle avspeile virkeligheten. Hva sier funnene om nettopp dette? Det var flere momenter som ble nevnt her. Blant annet at det ikke var tid nok i hverdagen til å dokumentere. Dette førte til at tiltaksplaner aldri var ajourført. Dette viser også tidligere studier gjort på sykepleiedokumentasjon (Lofthus 1994, og Lyngstad 2002). Jeg vil imidlertid se litt nærmere på et funn. Det var at sykepleierne bevisst unnlot å dokumentere. Dette vil jeg drøfte sammen under EPJ delen og sensitivitet som der ble identifisert som et funn.

Elektronisk pasientjournal- Gerica

Gerica som dokumentasjonsverktøy var noe alle informantene følte seg fortrolig med. Funnene viser to områder som identifisert som hovedfunn. Dette var språket i Gerica og sensitivitet og innsyn i dokumentasjonen. Jeg starter i drøftingen med språk i Gerica.

Språk

I psykisk helsearbeid er sykepleiedokumentasjon en dokumentasjon av den helsehjelp vi gir. Ved hjelp av ord og språk skal vi verbalisere de handlinger og den kunnskap vi utøver i praksis. Svennevig (2001) sier at språket først blir meningsfullt når det inngår i kommunikasjons situasjoner der mennesker bruker dem. Wittgenstein sier også at språkets mening må bli forstått ut fra språkbruk og kontekst. Det er den menneskelige handlemåte som viser forholdet mellom språk og virkelighet (Vetlesen og Stanicke, 1999).

Gerica følger en strukturert – ikke kodet tekst. Ved dokumentasjon må en inn og velge kategori som en skal følge når en dokumenterer. I Gerica er dette for eksempel ”mental helse” (se vedlegg). Under denne kategorien velger en seg et begrep ut fra en liste. Begrepene er overordnet meningsbærende for det sykepleieren dokumenterer fra praksis. Er det begreper og språk i Gerica som gjør at dokumentasjonen fra sykepleiepraksis avspeiler virkeligheten slik at det kan dokumenteres få en faglig god måte?

Funnene indikerer at det ikke er nok begreper i Gerica som understøtter praksis. Informantene ga eksempler som rus, misbruk, eller kontinuitet. Begrepsapparatet som ligger i verktøyet var ikke konkret nok. Hvordan spiller dette inn på dokumentasjonen til informantene? Flere fortalte at de fant et begrep som var nærliggende. Deretter dokumenterte de med fri tekst under dette begrepet. I følge veilederen for sykepleiedokumentasjon (KITH, 2003) kan hele denne teksten være meningsbærende. Hva er så at dokumentasjonen er nærliggende? Her begynner vi å bevege oss mot at kart og terreng ikke stemmer. Hvis sykepleierne ikke har et språk som understøtter praksis, så vil det heller ikke bli en god dokumentasjon. Informantene mente at de fikk dokumentert det de skulle, men at språket og begrepene som lå der ikke alltid var forenlig med den praksis de er i. Det at det manglet mange begreper, gjorde at flere valgte den store sekken ”annet” når de dokumenterte. Det ble også påpekt at sekken med begrepet ”annet” ble ganske stor.

Dette kan ikke være heldig for praksis og sykepleiernes dokumentasjon av helsehjelp. For å verbalisere handlinger og kunnskap så trenger vi språk og begreper. Gjennom å ha et begrepsapparat som er forenlig med praksis, så vil dette kunne føre til en bedre dokumentasjon. Faren ved et for lite begrepsapparat kan være at mye av den kunnskapen

psykiatriske sykepleiere innehar blir taus. Den blir ikke formidlet. Sykepleierne i studien viser til det somatiske begrepsapparatet i verktøyet er bedre. De beskriver det som en lang liste, mens det psykiske helsearbeid bare er bare en del av det. Er dette en følge av at psykiatrisk sykepleie som fag har vært vanskelig å sette ord på? Har det vært for abstrakt til språklig å kunne gi mening i praksis? Eller har dette vært et område som sykepleierne ikke har hatt nok fokus på?

Informantene i studien var opptatt av språk og begreper. Flere fortalte at de kunne komme med forslag til en Geric konsulent som sammen med en referansegruppe kunne legge inn flere begreper i Geric. Dette hadde to av dem gjort når verktøyet ble introdusert. Etter hvert som tiden gikk, ble dette ikke prioritert. En av informantene beskrev det som at han istedenfor å kommunisere oppad for å få et bedre språk inn i verktøyet, så kommuniserte han nå med Geric i seg selv. Geric legger da direkte premisser for det du dokumenterer. Faren er at den også indirekte er med å forme det du dokumenterer, slik at kunnskapen din ubevisst kan bli taus. Tidligere forskning viser også dette. Det at IKT verktøy i praksis må videreutvikles for å understreke klinisk praksis (Oroviogicoechea et al., 2008).

Sensitivitet og innsyn

Sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid innebærer også dokumentasjon av sensitive opplysninger om brukeren. Flere av informantene var opptatt av at dokumentasjonen i et elektronisk system ble for åpen slik at den lett ble synlig for andre. Dette medførte bevisste strategier i den ene praksisen for å unngå at sensitiv informasjon var åpen for alle. La meg problematisere dette litt. Alle som jobber i helsesektoren i kommunen har gitt et skriftlig samtykke om taushetsplikt etter helsepersonell loven. Vi er også underlagt en dokumentasjonsplikt av den helsehjelp vi gir. Hvordan kan en bevisst unnlate å dokumentere?

Informantene i studien beskrev at de skjermet pasienten med å unnlate å dokumentere. En beskrev det som vanskelig å se brukeren i øynene når hun måtte erkjenne at det hun dokumenterte ble lest opp på en rapport. Hvilke forhold er det her som spiller inn? Blir relasjonen mellom psykiatrisk sykepleier og brukeren så personlig at samhandlingen dem imellom blir privat? Er samhandlingen noe som gjelder bare meg og deg? Eller blir det

vanskelig fordi en følger en gammel muntlig tradisjon at alt det skrevne skal leses opp på en muntlig rapport? Grimen (Nortvedt and Grimen, 2004) beskriver dette som taus kunnskap hvor en bevisst lar være å artikulere. Dette er nødvendig for å opprettholde sosiale relasjoner som ellers kan bryte sammen.

Det at sykepleiere bevisst unnlater å dokumentere, er det noe som kun er en uheldig praksis blant psykiatriske sykepleiere? Kan dette være et resultat av at sykepleierne i psykisk helsearbeid jobber mye alene og at samhandling blir mellom meg og deg, og ikke vi og dere? Dette er vanskelige spørsmål og svare på. En fare er at sykepleierne bryter sin juridiske plikt til å dokumentere helsehjelp. Videre vil det være vanskelig å sette seg inn i dokumentasjonen hvis den er ufullstendig og ikke gir et bilde av brukeren sin virkelighet. Et tredje viktig moment er at tolkning kommer inn her. Psykiatriske sykepleiere er forskjellig som mennesker og yrkesutøvere. Hva legger den ene vekt på framfor den andre? Er det riktig at hver enkelt skal legge premisser for hva en skal dokumentere? Slike viktige spørsmål er det viktig blir satt på dagsorden når det gjelder sykepleiere og sykepleiedokumentasjon fra praksis. Dette for at sykepleieren både skal ivareta sin dokumentasjonsplikt av helsehjelp, og relasjon med brukeren i praksis.

Sett i lys at det var vanskelig å dokumentere sensitive opplysninger i Geric, så kom det også opp et annet viktig moment. Det var den helsehjelp de ikke fikk gitt. Det ble dokumentert når de ikke fikk komme inn til en bruker. Dokumenterer en da for å ha sitt på det tørre? Her hadde det vært interessant om det ble dokumentert om hva som gikk galt i samhandlingen og det mellom menneskelige mellom sykepleier og bruker Hva gikk galt med å skape trygghet, tillit og allianse som ble vektlagt som kunnskapsbidrag? Disse begrepene kan ikke ha vært tilstede når det ikke har kommet til en dialog mellom sykepleier og bruker.

Det at man bevisst unnlater å dokumentere opplysninger man opplever er sensitiv, mens men er bevisst på at man dokumenterer den helsehjelp man ikke får gitt, er et en interessant vinkling. Dette er dokumentasjon om brukeren som er like åpen i et elektronisk dokumentasjonssystem. En av informantene snakket om at ”alle trenger ikke vite alt om alle”. Det kan i denne sammenheng være like sensitivt å dokumentere at en bruker ikke tar imot helsehjelp. Ordene og språket som brukes vil være med å farge min forforståelse av brukeren.

Det kan være med å videreføre min oppfatning av situasjonen (Thornqvist, 2003). Kanskje kan dette også påvirke holdning og handling i praksis.

Temaet om hva en skal dokumentere og hvilke ord en skal bruke er kanskje et tema det har vært satt for lite fokus på i faget vårt. Organisatoriske spørsmål om hvordan informasjonen av helsehjelp skal utveksles kan også sees nærmere på. Er det nødvendig at alt som er skriftlig dokumentert også skal muntlig leses opp på en rapport? Skal dokumentasjon av sensitive opplysninger være like åpen for alle i helsetjenesten?

Utvikling av sykepleiedokumentasjon er også et organisatorisk og ledelses spørsmål på systemnivå. Dette kommer ikke den studien inn på. Tidligere forskning viser at sykepleiedokumentasjon og innføring av IKT verktøy er viktig å jobbe videre med (Oroviogicoechea et al., 2008) og (Renee, 2007). Det indikerer også funn fra informantene i denne studien. Flere ga uttrykk for at Gerica var viktig som dokumentasjons verktøy, og at fokus på dokumentasjon var undervurdert.

Bruken av Gerica i praksis førte til en mer detaljert og tydelig dokumentasjon hos en av informantene. Dette førte til at kollegaer ble mer fokusert på oppgaver til den enkelte bruker. Dette sier også studien gjort på et nord norsk sykehus avdeling (Karlsen, 2007).

Hvis vi nå ser på helheten mellom delene. Det vil si kunnskap, dokumentasjon og bruk av Gerica dokumentasjon av kunnskap, så er det flere ting vi har vært inne på. Forståelsen av psykisk helsearbeid som kunnskapsområde var forenlig mellom informantene og hva stortingsmelding og bøker om emnet sier. De psykiatriske sykepleierne la vekt på mellom menneskelige ferdigheter som sitt kunnskapsbidrag i psykisk helsearbeid. Dette understøtter også tidligere forskning. Når de kom inn på dokumentasjon av kunnskap så ble dette relatert til sykepleie prosessens problem løsende del. Dette er i tråd med krav og veileder for dokumentasjon av sykepleie gjennom EPJ. Kjernen i psykiatrisk sykepleie er samhandling mellom sykepleier og bruker, basert på mellom menneskelige ferdigheter. Denne kunnskapen er taus i dokumentasjonen og blir ikke verbalisert. Informantene sier sykepleiedokumentasjonen i Gerica mangler språk. Dette fører til at dokumentasjonen ikke blir god nok. Sykepleierne i praksis tilpasser seg Gerica, og ikke motsatt. Dokumentasjon blir

utelatt, fordi sensitive opplysninger blir liggende ”åpne” i et elektronisk system. Dette fører til at sykepleierne kommer på kant med sin dokumentasjons plikt.

6. KONKLUSJON

Sykepleiedokumentasjon er et tema som ble aktualisert da sykepleiere fikk dokumentasjonsplikt den 1.1. 2001. Etter dette har det også blitt besluttet at dokumentasjon av helsehjelp skal gjøres ved hjelp av Elektronisk Pasient Journal. Dette har medført innføring av ulike IKT verktøy som EPJ, hvor et av dem er GericA.

Sykepleiedokumentasjon er dokumentasjon av den helsehjelp psykiatriske sykepleiere i psykisk helsearbeid gir. Det er også dokumentasjon av den kunnskap de utøver i praksis. Hensikt med denne studien har vært å gi en beskrivelse av psykiatriske sykepleiere sin egen forståelse av sitt kunnskapsbidrag i praksis. Videre har det vært å beskrive deres dokumentasjon av kunnskap i praksis, og erfaring i bruk av EPJ i dokumentasjon fra praksis.

Funnene viser at kunnskapsbidraget som vektlegges ligger til den mellom menneskelige delen av sykepleieprosessen. Det er mellom menneskelige ferdigheter som er helt grunnleggende for å få til en samhandling mellom sykepleier og bruker. Psykisk helsearbeid som sykepleiepraksis er i dagliglivet hos det enkelte menneske. Dette omfatter et kompleks felt å arbeide i. Dette viser også tidligere studier.

Dokumentasjon av kunnskap ble identifisert til å gjelde den problem løsende del av sykepleieprosessen. Brukere ble direkte og indirekte tatt med i utarbeidelse av tiltaksplan. Myndiggjøring var her viktig for å få til endring i livet. Flere tenkte helhet i dokumentasjon av kunnskap.

Dokumentasjon av kunnskap i psykiatrisk sykepleie virkeliggjøres ved hjelp av språk. Den mellommenneskelige del av samhandlingen ble ikke dokumentert. Den var taus.

Bruk av GericA som dokumentasjons verktøy manglet språk og begreper som var tilpasset psykisk helsearbeid. Det var også for få begreper. Dette førte til at dokumentasjonen ikke ble konkret nok. Sykepleierne måtte tilpasse dokumentasjonen sin til GericA. Det var ikke GericA som var tilpasset sykepleiepraksis. Dette kan føre til manglende kvalitet på dokumentasjonen.

Dokumentasjon av kunnskap ble også bevisst utelatt på grunn av at sensitiv informasjon om brukerne var for åpen i EPJ. Dette er også taus kunnskap for å opprettholde sosiale relasjoner.

Temaet sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid bør også være gjenstand for videre forskning. Jeg anbefaler to perspektiv. Det ene er i hvilken grad pasientperspektivet er tilstede i dokumentasjonen. Det andre er språk og begreper som ligger i Gericca. Slik kan EPJ verktøyet utvikles slik at den i større grad kan understøtte dokumentasjon av kunnskap i praksis.

LITTERATURLISTE

- ALMVIK, A. (1994) En annerledes fagrolle? - psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten. Sykepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag. Trondheim.
- ALMVIK, A. & BORGE, L. (2006) Psykisk helsearbeid i nye sko, Bergen, Faktabokforlaget.
- ANDERSEN, A. J. W. & KARLSSON, B. (1998) Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid, Oslo, Ad Notam Gyldendal AS.
- ARVAAG STOKKE, T. (2000) Dokumentasjon av sykepleie. IN OSLO, H. I. (Ed.) HiO-notat Oslo.
- BØE, A. K. (1996) Omsorgens ansikt, - om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie, Oslo, Universitetsforlaget.
- DALE, J. G. & DALE, B. (2004) Fra fri tekst til faste former. Sykepleien, 21.
- EGGLAND, E. T. & HEINEMANN, D. (1994) Nursing Documentation : charting, recording, and reporting.
- EHNFOR, M. & THORELL-EKSTRAND, I. (1992) Att satta ord på praktisk omvårdnad. Omvårdaren, 39, 16-18.
- FORSKNINGSDEPARTEMENTET, U. O. (2005) Rammeplan for vidrerutdanning i psykisk helsearbeid. Oslo, Utdannings og forskningsdepartementet.
- HAMRAN, T. (1987) Den tause kunnskapen: utviklingstendenser i sykepleien i et vitenskapsteoretisk perspektiv, Oslo, Universitetsforlaget.
- HARRIS, D. & HAPPELL, B. (1999) The skills required for conducting a community psychiatric nursing assesment: a qualitative study. Australian Journal of Advanced Nursing 16, 7-13.
- HEGGDAL, K. (2006) Sykepleiedokumentasjon, Oslo, Gyldendal akademisk.
- HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (1987/88) Helse for alle år 2000. IN HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (Ed.). Oslo.
- HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (1996) Mer helse for hver bit. Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste. IN HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (Ed.) Handlingsplan 1997-2000. Oslo, Helsedepartementet.
- HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. . IN HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (Ed.). Oslo.
- HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (2001) Si@! Elektronisk samarbeid i helse og sosialsektoren. IN HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (Ed.) Statlig tiltaksplan 2002-2008. Oslo, Sosial og Helsedepartementet.
- HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (2003) S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse og sosialsektoren. IN HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (Ed.). Oslo, Helsedepartementet.
- HELSEDIREKTORATET, S. O. (2005) Veileder for psykisk helsearbeid i kommunene. IN HELSEDIREKTORATET, S. O. (Ed.). Oslo.
- HIM (1986) Fagplan for videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Molde, Høgskolen i Molde.
- HUMMELVOLD, J. K. (2003) Kunnskapsdannelse i praksis, Oslo, Universitetsforlaget.
- HUMMELVOLD, J. K. (2004) HELT -ikke stykkevis og delt, Oslo, Gyldendal akademiske.
- KARLSEN, R. (2007) Improving the nursing documentation: professional consciousness-raising in a Northern-Norwegian psychiatric hospital. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 14(6), 573-7.
- KARLSSON, B. (2008) Se mennesket- om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie, Oslo, Gyldendal Norsk forlag.

- KAROLIUSSEN, M. & SMEBYE, K. L. (1981) *Sykepleie: fag og prosess*, Oslo, Universitetsforl.
- KITH & SOSIALSEKTOREN, K. F. H. O. (2003a) Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Trondheim.
- KITH & SOSIALSEKTOREN, K. F. I. I. H. O. (2003b) Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon. Trondheim, KITH.
- KVALE, S. (2005) *InterView*, København, Hans Reitzels forlag.
- LEMVIK, B. (2006) *Å skape gode livsvilkår: psykisk helsearbeid i kommunen*, Oslo, Kommuneforl.
- LYNGSTAD, M. (2002) Sykepleiedokumentasjon og informasjonsteknologi i sykehjem: endres struktur og innhold i sykepleiedokumentasjon i sykehjem ved innføring av et nytt IKT-system? Bergen, [M. Lyngstad].
- MAC NEELA, P., SCOTT, P. A., HYDE, A. & TREACY, M. P. (2007) Lost in Translation, or the True Text: Mental Health Nursing Representations of Psychology. *Qualitative Health Research*, 17 number 4, 8.
- MALTERUD, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*, Oslo, Universitetsforlaget.
- MOEN, A. (1999) Klassifikasjonssystemer i sykepleie. *Sykepleien* 1.
- MOEN, A., HELLESØ, R., BERGE, A., MØLSTAD, K. & QUIVEY, M. (2008) *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering*, Oslo, Akribe.
- MOLANDER, B. (1996) *KUNSKAP I HANDLING*, Göteborg, Bokforlaget Daidalos AB.
- NORTVEDT, P. & GRIMEN, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- OROVIOGOICOECHEA, C., ELLIOTT, B. & WATSON, R. (2008) Review: evaluating information systems in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 9.
- PERANDER, B. (2005) Elektronisk sykepleiedokumentasjon: en hjelp eller ei plage? : en beskrivelse av hvordan en gruppe sykepleiere vurderer elektronisk sykepleiedokumentasjonsom arbeidsverktøy. [Tromsø], B. Perander.
- RENEE, J. R. R. (2007) Computers and Information Technologies in Psychiatric Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43, 7.
- ROBBERSTAD, H. (2002) *Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling*, Bergen, Faktabokforlaget.
- RULAND, C. (2000) *Helse- og sykepleieinformatikk: hvordan IKT kan bidra til utvikling av en bedre helsetjeneste*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- SANDVAND, E. & VABO, G. (2007) *Dokumentasjon i sykepleien: en basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*, Kristiansand, Høyskoleforl.
- SJØSTEDT, E. (1996) Omvårdnadsteori och dokumentation. *Rapport i Halsøhøgskolan*, 4.
- SVENNEVIG, J. (2001) *Språklig samhandling- en innføring ikommunikasjonsteori og diskursanalyse*, Oslo, Cappelen Akademiske Forlag.
- SYKEPLEIERFORBUND, N. (2008) eHELSE er alles ansvar og i alles interesse. IN ARBEIDSGRUPPE, N. (Ed.) *NSF Strategi 2009-2013*. Oslo, Norsk sykepleierforbund.
- THORNQVIST, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*, Bergen, FAGBOKFORLAGET.
- VETLESEN, A. J. & STANICHE, E. (1999) *Fra Hermeneutikk til psykoanalyse: Muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen*, Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Vedlegg 1.

Liv Bachmann
Mastergradstudent Liv Bachmann
Snarveien 3
6414 Molde

Molde 07.08.2008

Leder ved psykiatritjenesten
.....kommune

SØKNAD OM Å FÅ GJENNOMFØRE INTERVJUER TIL MASTERGRADSOPPGAVE

Jeg er student ved høgskolen i Molde, masterstudie i helse og sosialfag. Nå er tiden kommet til at jeg skal starte med datainnsamling til masteroppgaven min. Temaet for den er "sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid". "Gerica" brukes som elektronisk dokumentasjons verktøy i..... kommune, og jeg søker derfor om å få rekruttere informanter og gjennomføre intervju med aktuelle kandidater.

Temaet for oppgaven vil omfatte psykiatriske sykepleieres egen forståelse av sitt kunnskaps bidrag i fagfeltet psykisk helsearbeid. Videre vil den omfatte bruk av elektronisk verktøy i formidling av kunnskap, og dokumentasjon fra egen praksis.

Jeg ønsker informanter som har grunnutdanning som sykepleiere, og som har videreutdanning i psykiatri eller psykisk helsearbeid som det heter i dag. Det er ønskelig for oppgavens omfang å ha totalt 5-7 informanter som arbeider i direkte kontakt med brukere i psykisk helsearbeid. Disse vil bli rekruttert fra flere kommuner. Informantene må også bruke elektronisk dokumentasjonsverktøy i sitt arbeid. Kontakt med intervjupersonene kan formidles til meg via leder for psykiatritjenesten.

Etter å ha meldt sin interesse om å delta i studien til leder, vil informantene få et informasjonsbrev av meg med en vedlagt samtykke erklæring. Deltagelse i studien gjøres ved hjelp av et intervju mellom informant og undertegnede om temaet. Intervjuene vil ha en varighet a maks 1 time per intervjuperson og tas opp på lydbånd.

Prosjektet er søkt godkjent hos Personvern ombudet, Norsk samfunnsvitenskaplig Datatjeneste(NSD), og er gitt tilråding av NSD 6. august 2008.

Jeg håper å rekruttere informanter og gjennomføre intervjuer til mastergradsoppgaven ikommune. Hvis jeg mottar et positivt svar til å gjøre intervju hos Dere, vil jeg ta direkte kontakt med informantene som blir formidlet til meg og som ønsker å delta.

Ved spørsmål,- ta gjerne kontakt på mobil 45662003, eller e-post Liv.Bachmann@himolde.no

Min veileder ved høgskolen i Molde er førsteamanuensis Else Lykkeslet

Med vennlig hilsen

Liv Bachmann

Vedlegg 2.

Til psykiatrisk sykepleier.....
Avdeling pleie og omsorg

..... kommune
august 2008

INFORMASJONS SKRIV

I forbindelse med min masteroppgave ved Høgskolen i Molde ønsker jeg å undersøke psykiatriske sykepleiere sin egen forståelse av sitt kunnskapsbidrag i fagfeltet psykisk helsearbeid. Videre omfatter intervjuet hvordan psykiatriske sykepleiere bruker elektronisk verktøy i formidling av kunnskap og dokumentasjon av denne.

For å få en større forståelse og økt kunnskap om emnet, ønsker jeg å intervju 5-7 psykiatriske sykepleiere fra forskjellige kommuner, som bruker elektronisk sykepleiedokumentasjon i sitt daglige arbeid. Metoden jeg vil bruke er personlig intervju som vil ha varighet av 1 time. Intervjuet vil tas opp på lydbånd.

Det som formidles under intervjuet vil inngå som en del av masteroppgaven min i helse og sosial fag. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Alt materiale fra intervjuet(lydbånd) vil bli anonymisert i tråd med personopplysningsloven, når oppgaven leveres senest desember 2008. Alle data fra deg som refereres i oppgaven vil være anonyme, og ikke gjenkjennbare.

Lydbåndene fra intervjuet vil slettes ved prosjektslutt 31.12.2008

Du kan til enhver tid trekke deg fra videre deltagelse, uten at du trenger å begrunne hvorfor, og opplysningene du har gitt vil da ikke bli brukt i oppgaven.

Prosjektet er søkt godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Sanfunnsvitenskaplig Datatjeneste, NSD, og fikk godkjenning hos Dem august 2008.

Min veileder ved Høgskolen i Molde er førsteamanuensis Else Lykkeslet.

Ønsker du flere opplysninger om intervjuet, og , eller studien kan du ta kontakt med meg på mobil 45662003,- eller e-post Liv.Bachmann@himolde.no

Hvis du samtykker i å delta i intervjuet kan du skrive under vedlagte samtykke erklæring, og sende den til meg i vedlagte ferdig frankerte konvolutt. Jeg tar kontakt med deg for nærmere avtale.

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Vedlegg 3.

Samtykke erklæring til deltagelse ved intervju om sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid og formidling av kunnskap .

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om mastergradsprosjektet, og sier meg villig til å delta.

Jeg er inneforstått med at jeg kan trekke min deltagelse på et hvilket som helst tidspunkt, og at opplysninger som jeg da har gitt vil bli slettet.

Sted:

Dato:

Signatur:

INTERVJU GUIDE SYKEPLEIEDOKUMENTASJON I PSYKISK HELSEARBEID

PSYKIATRISKE SYKEPLEIERES KUNNSKAPS BIDRAG I PSYKISK HELSEARBEID

- Kan du starte med å fortelle om hva du forstår med fagfeltet psykisk helsearbeid?
- Fortell litt om hva du som psykiatrisk sykepleier bidrar med i psykisk helsearbeid i ditt daglige arbeide.
- Hvis du skulle si noe om hva du vektlegger i arbeidet ditt som psykiatrisk sykepleier, hvilke overordnede begreper ville du bruke til å beskrive dette.

SKRIFTLIG DOKUMENTASJON AV KUNNSKAP OG FAGUTØVELSE

- Kan du fortelle litt om hva du mener er god skriftlig sykepleiedokumentasjon?
- Hva er viktig for deg når du planlegger dokumentasjon av egen fagutøvelse?
- Hvordan bruker du skriftlig dokumentasjon for å formidle din kunnskap?
- Hjelpespørsmål:
- Har du hørt om sykepleieprosessen og VIPS modellen? Bruker du dem i ditt daglige arbeid?

Elektronisk sykepleiedokumentasjon og bruk av elektronisk pasientjournal

- Hva er ditt forhold til elektronisk pasientjournal?
- Hvordan fungerer EPJ i dokumentasjon av egen fagutøvelse og kunnskap?
- Hvordan påvirker EPJ dokumentasjon av egen fagutøvelse?

Vedlegg 5.

Kode	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant5	Informant 6
Psykisk helsearbeid = P a) System b) Kunnskapsbidrag	P1a1, P1a2 P1b1,P1b2, P1b3,P1b3, P1b4;P1b5;P1b10	P2a3, P2a1, P2b3,P2b5;P2b2 P2b3,P2b4	P3a5, P3b7,P3b4,P3b5 P3b6	P4a1, P4a3 P4b2,P4b3,P4b4,P4b5 P4b6	P5a1, P5a1, P5b3,P5b1,P5b2, P5b2	P6a1, P6a2, P6b2
Sykepleie dokumentasjon =S a) tiltaksplan b) dokumentasjon av kunnskap	S1a7,S1a6 S1b5,S1b8,S1b9, S1b9,S1b10,Sb10	S2a6,S2a8;S2a6, S2a5 S2b6,	S3a7,S3a8, S3b7,S3b4,S3b8,	S4a3,S4a3;S4a4 S4b5,S4b4	S5a3,S5a4 S5B6,S5b3,	S6a3,S6a3 S6b3
Elektronisk pasientjournal, Gerica = G	G1,6 G1,9 G1,9 G1,8	G2,10; G2,10; G2,8; G2,6;G2,7; G2,8;G2,8;G2,9; G2,9	G3,1;G3,10;G3,10 G3,7;G3,8;G3,4; G3,3;G3,2;G3,9; G3,9	G4,6;G4,6;G47	G5,3; G5,4; G5,5; G5,6	G6,2; G6,3 G6,4 G6,4 G6,4 G6,5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nod@nod.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Else Lykkeslet
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Molde
Postboks 2110
6402 MOLDE

Vår dato: 06.08.2008

Vår ref.: 19439 / 2 / KH Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.06.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19439	<i>Sykepleiedokumentasjon i psykisk helsearbeid. En beskrivende studie av psykiatriske sykepleiere egen forståelse av kunnskap i praksis, og deres dokumentasjon av kunnskap ved bruk av elektronisk sykepleiedokumentasjon</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Molde, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Else Lykkeslet
Student	Liv Bachmann

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Liv Bachmann, Suarveien 3, 6414 MOLDE

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjre.sjansa@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVT, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 35. nsdmas@svt.uit.no

1 Hjemmesvkepleie

1.2 Mental funksjon

- 1.2.1 Informasjon/opplæring
- 1.2.2 Veiledning/motivering
- 1.2.3 Tilsyn/samtale
- 1.2.4 Angstlindring
- 1.2.5 Grensesetting
- 1.2.6 Realitetsorientering

1.3 Fysisk funksjon

- 1.3.1 Informasjon/opplæring
- 1.3.2 Veiledning /motivering
- 1.3.3 Personlig hygiene/stell
- 1.3.4 Dusj/bad
- 1.3.5 Munnstell
- 1.3.6 Fotstell
- 1.3.7 Av/påkledning
- 1.3.8 Trening/adl
- 1.3.9 Toalettbesøk
- 1.3.14 Sansestimulering
- 1.3.20 Ernæring
- 1.3.21 Tilsyn ved måltid
- 1.3.22 Tilbered mat/drikke
- 1.3.23 Hjelp til å spise/drikke

1.4 Sosial funksjon

- 1.4.1 Informasjon/opplæring
- 1.4.2 Veiledning /motivering
- 1.4.3 Atferd
- 1.4.4 Miljøtiltak
- 1.4.5 Grensesetting
- 1.4.6 Realitetsorientering

1.20 Legemiddelhåndtering

- 1.20.1 Dosering
- 1.20.2 Gi medisin
- 1.20.3 Injeksjon
- 1.20.4 Utdeling ukedosett
- 1.20.5 Utdeling dagdosett

1.21 Sykepleiefaglige prosedyrer

- 1.21.1 Informasjon/opplæring
- 1.21.2 Veiledning /motivering
- 1.21.3 Respirasjon hjelp/tiltak
- 1.21.4 Sirkulasjon hjelp/tiltak
- 1.21.5 Elastiske bind/strømper
- 1.21.6 Sårbehandling
- 1.21.7 Smertelindring/behandling
- 1.21.8 Eliminasjon
- 1.21.9 Kateterisering

1.22 Observasjon/prøvetaking

- 1.22.1 Informasjon/opplæring
- 1.22.3 Puls
- 1.22.4 Blodtrykk
- 1.22.5 Blodundersøkelse
- 1.22.6 Urin
- 1.22.7 Veieing
- 1.22.8 Søvn/hvile
- 1.22.9 Annet

Klinisk observasjon

2 Praktisk bistand: Hjelp i hjemmet

2.24 Hjelp i hjemmet

- 2.24.1 Tørke støv
- 2.24.2 Oppvask
- 2.24.3 Vask/støvsuging
- 2.24.4 Sengetøy/skift
- 2.24.5 Klesvask
- 2.24.6 Varebestilling

3 Praktisk bistand: Opplæring daglige gjøremål

3.1 Aktivitet /deltakelse

- 3.1.2 Veiledning/motivering
- 3.1.3 Praktisk bistand økonomi
- 3.1.4 Praktisk bistand bolig
- 3.1.5 Praktisk bistand hygiene
- 3.1.6 Arbeid/sysselsetting
- 3.1.7 Dagsplan
- 3.1.8 Annen hjelp til bruker

5 Brukerstyrt personlig assistent

Legger ikke inn områder eller koder her.

8 Omsorgslønn

Legger ikke inn områder eller koder her.

9 Trygghetsalarm

Legger ikke inn områder eller koder her.

10 Middagsombringning

Legger ikke inn områder eller koder her.

11 Dagtilbud

11.1 Aktivitet og deltakelse

- 11.1.2 Veiledning/motivering
- 11.1.3 Praktisk bistand økonomi
- 11.1.4 Praktisk bistand bolig
- 11.1.5 Praktisk bistand hygiene
- 11.1.6 Arbeid/sysselsetting
- 11.1.7 Dagsplan
- 11.1.8 Annen hjelp til bruker