

Masteroppgave

Den reflekterende praktiker og dokumentasjon i kodeverket NANDA-NIC

Av
Karen Bjørnestad Havåg

Masteroppgaven er gjennomført som et ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som sådan. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet innestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Veileder: Tobias Werler

Universitetet i Agder, Kristiansand

27-11-2008

FORORD

Som sykepleier med stor interesse for dokumentasjonen og ulike kunnskapers betydning i det praktiske arbeidet, var det naturlig for meg å arbeide med dette i mastergradsarbeidet i pedagogikk. I dette kunne jeg bruke mine kunnskaper fra begge fagfelt.

Det er flere som har hjulpet meg i å komme i havn med denne studien. Jeg vil takke min veileder Tobias Werler som har bidratt med konstruktive innspill. Deretter retter jeg en takk til mine medstudenter for alltid oppmuntrende ord og gode samtaler, og som har gitt meg motivasjon til å stå løpet ut.

Jeg vil videre takke min arbeidsgiver ved Sørlandet Sykehus for å legge til rette, slik at jeg fikk gjennomført dette arbeidet.

Sist, men ikke minst en stor takk til min familie som hele tiden har oppmuntret meg og støttet meg.

Datamaterialet som ligger til grunn i denne studien, er ikke lagt ved som vedlegg. Men det er tilgjengelig på oppfordring.

Kristiansand november 2008

Karen Bjørnstad Havåg

SAMMENDRAG

Hensikten var å studere hvordan sykepleiere tenker når de skal dokumentere helsehjelp i kodeverket NANDA-NIC.

Disse kodeverkene er implementert i beslutningsstøttesystemet DIPS, som er i bruk ved flere av landets helseforetak.

Denne Mastergradsoppgaven er en kvalitativ studie forankret i en fenomenologisk hermeneutisk vitenskapstradisjon. Studiens empiri består av intervju med fem erfarne sykepleiere som arbeider på tre ulike psykiatriske avdelinger.

Studien begynner med en framstilling av utviklingen i sykepleiedokumentasjonen, for deretter å gi en presentasjon av klassifikasjonssystemene NANDA- NIC.

Det gjøres videre rede for hva vitenskapelig kunnskap, praktisk kunnskap og praktisk handlingsklokskap innebærer. Implisitt (taus kunnskap) er viet et eget kapittel.

Gjennom analyse og tolkning av de empiriske data beskrives funn knyttet til bruk av kodeverket. Dataene blir drøftet i lys av ulike former for kunnskap, bruk av kodeverket og anvendelse av fritekst, refleksjonen og implisitt kunnskap.

Funnene i studien synliggjør ulike oppfatninger for bruk av kodeverket. Studien finner videre at NANDA-NIC ser ut til å ha betydning for kvaliteten i sykepleiedokumentasjonen. Funnene peker også i retning av at kodeverket kan bidra til en mer strukturert og oversiktlig dokumentasjon, samt hvordan sykepleiere oppfatter kodene i dette systemet. Man finner videre at refleksjonen i denne sammenheng ser ut til å være betydningsfull hos informanter som anvender fritekst.

Studien har grunnet valg av vitenskaps metode visse problemer i forhold til generalisering. Den henvender seg primært til konteksten den er hentet ifra og kan i så måte bidra til litteraturen omkring sykepleiedokumentasjon i lignende kontekster.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	7
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	7
1.2	PROBLEMSTILLING.....	9
1.3	TIDLIGERE FORSKNING OG LITTERATUR PÅ OMRÅDET	11
1.4	STUDIENS OPPBYGGING OG STRUKTUR	12
2	SYKEPLEIEDOKUMENTASJON	13
2.1	UTVIKLINGEN AV SYKEPLEIEDOKUMENTASJONEN.....	13
2.2	NANDA-NIC, ET KLASSIFIKASJONSSYSTEM	15
3	ULIKE KUNNSKAPSFORMER	17
3.1	VITENSKAPELIG KUNNSKAP	19
3.2	PRAKTISK KUNNSKAP	20
3.3	PRAKTISK HANDLINGSKLOKSKAP	22
3.4	IMPLISITT KUNNSKAP	24
4	METODE	29
4.1	EN KVALITATIV TILNÆRMING	31
4.2	UTVALG OG DATAINNSAMLING.....	33
4.3	TRANSKRIBERING	34
4.4	ANALYSE AV DATA	34
4.5	VURDERING AV UNDERSØKELSENS KVALITET.....	35
4.6	VALIDITET OG RELIABILITET.....	37
4.7	ER PROBLEMSTILLINGENE RELEVANTE	37
5	PRESENTASJON AV DET EMPIRISKE MATERIALET	37
5.1	HVA SIER SYKEPLEIERNE SELV DE DOKUMENTERER	38
5.1.1	- savner retningslinjer for hva og hvordan de skal dokumentere.....	42
5.2	BRUK AV KODER OG FRITEKST	43
5.2.1	- men de er for generelle.....	43
5.2.2	-å tenke selv.....	45
5.2.3	- derfor bruker vi frитеkst.....	45
5.3	REFLEKSJON OG SAMTALE MED KOLLEGAER	47
5.3.1	- bruker muntlig rapport	47
5.3.2	- det er fordi det er enkeltpasienter som er forskjellige.....	48
5.3.3	- det er skrevet slik at en forstår det.....	48
5.3.4	- handle - vansker med å uttrykke det.....	49
5.3.5	- en magesfølelse.....	49
5.3.6	- det faglige skjønn er farget av egne erfaringer.....	50
5.4	OPPSUMMERING AV FUNN.....	51
6	DRØFTING	52
6.1	KODEVERKET, EN UTFORDRING I DOKUMENTASJONEN?.....	53
6.2	REFLEKSJONER OVER BRUK AV KODER	56
6.2.1	Informanter som reflekterer over bruk av koder og anvender frитеkst	57
6.2.2	Informanter som anvender koder som passer og bruker lite frитеkst.....	60
6.3	HVA MED DET SOM ER VANSKELIG Å SKRIFTLIGGJØRE?	63
6.3.1	Faglig skjønn.....	63
6.3.2	Erfaringer.....	65
6.4	OPPSUMMERING.....	68
7	TIL SLUTT	69
	VURDERING AV VALG AV TEORETISK GRUNNLAG.....	70

DEFINISJONER

I denne studien er det brukt begreper og forkortelser som kan for leseren være ukjent.

Jeg vil i det følgende gi forklaringer på disse, med håp om at det vil bidra til lettere å sette seg inn i studien. Forklaringene er hovedsakelig hentet fra Norsk Sykepleierforbunds Forum for IKT (NSFID) sin veileder: Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal (2007).

Elektronisk pasientjournal: Forkortelse til EPJ. En elektronisk samling eller sammen stilling av nedtegnede / registreerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp (NSFID2007:18).

Beslutningsstøttesystem: Systemer som støtter helsepersonell med informasjon, kunnskap, eller anbefalinger som er bearbeidet i en form som er tilpasset beslutningssituasjonen.

Hjelpemiddel som skal støtte sykepleiere i kliniske beslutninger (Ruland 2000).

DIPS: Leverandør av elektroniske pasientjournaler til helse-Norge. Kvalitetssystemet er ISO-sertifisert (<http://www.dips.no>).

Kardex: Firma som leverer papirbaserte dokumentasjonssystem (**Feil! Hyperkoblingsreferansen er ugyldig.**).

Klassifikasjonssystem: En samling av ulike begrep som er klassifiserte eller satt sammen i grupper / klasser på en strukturert måte (Dale & Dale 2004).

Kodeverk: Et system /samling av begreper eller en klassifikasjon hvor hver tilhørende begrepsdefinisjon er tilknyttet en unik kode innenfor samlingen eller klassifikasjonen (NSFID 2007:25).

Faglig standard: Et allment akseptert kvalitetsnivå for ulike prosedyrer, metoder eller tiltak (ibid:31).

NANDA: Utgiver av klassifikasjonssystemet NANDA som inneholder klassifiserte definisjoner av standardiserte sykepleiediagnoser (ibid:26).

NIC: En klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (ibid:26).

Sykepleiediagnose: Bygger på spesifikke kjennetegn og sammenfatter ulike typer informasjon som angir en retning for tiltak (intervensjoner)(ibid:11).

Sykepleietiltak/ intervensjoner: Et samlebegrep for ulike begrep som tiltak, handling terapi og aktivitet som bevisst er satt sammen for å løse et helseproblem (ibid:13).

Veiledende behandlingsplan: Et konkret, realistisk kvalitetsnivå for den rutinemessige sykepleien som er felles for en gruppe pasienter i en bestemt situasjon (ibid:33).

Rapport: Et etablert informasjonssystem i de fleste helseinstitusjoner i mange år. Ofte vært basert på muntlig gjennomgang av dagens vakt, mer eller mindre støttet av dokumentasjonen (ibid:17).

For orden skyld: I teksten bruker jeg benevnelsen han om informanten.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsepersonelloven pålegger sykepleiere å registrere sitt daglige arbeid med pasienter på en systematisk måte i pasientjournalen. Dette betyr at den helsehjelp som ytes skal nedtegnes eller registreres i en journal for den enkelte pasient (www.lovdata.no).

Loven gir ingen definisjon av hva en pasientjournal er, men den setter visse krav til innhold. ”Journalen skal føres i samsvar med god yrkesetikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å fylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold til lov.”

Sykepleierdokumentasjonen er et hjelpemiddel for å kunne tilfredsstille de krav som stilles fra myndighetene, og samtidig bidra til at den kvalitet og kontinuitet som etterspørres oppnås.

Elektronisk pasientjournal (EPJ) er i ferd med å erstatte den papirbaserte pasientjournalen.

Hensikten er å gi et kvalitetssikret tilbud til pasienten samt å stimulere til økt samhandling mellom ulike yrkesgrupper. Dette er et ledd i en nasjonal strategi hvor målsettingen er å få hele helsesektoren til å bruke datateknologien nettbasert (www.shdir.no). Det er også en forventning fra helsemyndighetenes side til at omlegging fra papirbaserte pasientjournaler til elektroniske pasientjournaler vil gi økt kvalitet. Dette bekreftes når en ser på myndighetenes interesse for kvalitet i helsetjenesten, slik det fremgår i Statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse – og sosialsektoren 2001-2003 (Helse- og omsorgsdepartementet 2001).

Begrepet elektronisk pasientjournal kan betegnes som en elektronisk samling eller sammenstilling av nedtegnede / registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. Dette er nedfelt i forskrift om pasientjournal § 8 (www.lovdata.no).

Elektronisk dokumentasjon fordrer en høyere grad av strukturering enn papirbaserte systemer. Dette medfører en strukturering som ikke bare skal gjøre det enklere å dokumentere, men også gjøre det mulig å hente ut systematiske sykepleiedata til bruk i fagutvikling statistikk og forskning (Heggdal 2006, Ball et al 2000, Moen et al 2008). Utøvelse av sykepleie skal være faglig forsvarlig og etterprøvbart og god kvalitet på dokumentasjonen av sykepleie er et virkemiddel for å oppnå dette. Dokumentasjonen skal derfor imøtekomme noen helt sentrale krav, og som kan sammenfattes slik: Den skal være et arbeidsredskap som bidrar til

kontinuitet i sykepleien. Det betyr at den skal vise systematiske nedtegnelser over pasientens behov og ressurser. Videre skal den være et juridisk dokument som skal synliggjøre hvilke vurderinger og handlinger sykepleiere har planlagt, iverksatt og evaluert (Heggdal 2006, Ruland 2000, Moen et al 2008, NSFID 2007, <http://www.lovddata.no/all/nl-19990702-064.html>).

I sykepleiefaget har det i flere år vært arbeidet med å utvikle system for beslutningsstøtte som bruker datateknologien, og som samtidig bidrar til at yrkesutøveren kan løse et eller flere aspekter ved beslutningsprosessen på en bedre måte enn det de hadde vært i stand til uten slik hjelp. Det har videre i løpet av de siste år vokst frem en sterkere erkjennelse om at sykepleiertjenesten har behov for å utarbeide et felles "språk" for å beskrive sykepleie. Språk i denne forbindelse betyr koder og klassifikasjoner. Kompleksiteten blir da brutt ned til enklere elementer som er forståelige og håndterbare, og som kan bidra til lik praksis over hele landet. Hensikten med å innføre et klassifikasjonssystem er blant annet en tro på at et felles kodeverk vil gi økt kvalitet på sykepleien til pasienten (Egerod et al 2000, Heggdal 2006, Moen et al 2002, Moen et al 2008).

Sørlandet Sykehus har valgt å ta i bruk elektronisk verktøy for dokumentasjon av sykepleie. I sykehusets pasientadministrative system DIPS er det lagt inn to klassifikasjonssystem til bruk i sykepleiedokumentasjon, *NANDA- sykepleiediagnoser* (NANDA 2003) og *NIC- sykepleietiltak og forordninger* (NIC 2006). Dette er et kodeverk for fenomener knyttet til pasienten, og representerer en standardisering av de problemer som pasienten har og som sykepleieren arbeider med. I praksis betyr dette at sykepleieren kan velge begreper eller standardiserte beskrivelser som dokumenterer sykepleien. På den måten slipper han å finne opp formuleringer selv. Men det er samtidig lagt til rette for å benytte klassifikasjonssystemet med fritekst slik at en kan formulere egne ord i planen.

Det er viktig å påpeke at standardisering i beslutningsprosesser har som mål at de i større grad skal baseres på "relevante og gyldige forskningsresultater."

Sykepleie er både et teoretisk og praktisk fag, og ser vi på sykepleie som en sosial praksis, kan sosiale prosesser vanskelig reduseres til beskrivelser. Erfaringer og refleksjon er bærende elementer i praksis. Kunnskaper som er ervervet gjennom praksis, har gjerne fått betegnelsen praksiskunnskaper. Det har reist seg flere kritiske røster i den senere tid til den utviklingen og posisjon som de nye systemene har fått i helseforetakene. Bruken av klassifikasjoner i sykepleiedokumentasjonen er omstridt (Benner 2004, Vangen 2005, Øien 2007).

Blant annet har Fagerli (2001) og Walderhaug Sæther (2002) i artikler tatt til ordet for at det ikke er tatt tilstrekkelig hensyn til verdier og de rammer dokumentasjonen skal foregå innenfor. Nortvedt & Grimen (2004) stiller spørsmål om hva som er gyldig og anvendbar kunnskap i helsefagene. Sykepleiepraksis, eller klinisk praksis består av møter mellom mennesker. Sammen skaper de innhold, det formidles verbale og nonverbale utsagn, som ikke alltid lar seg plassere inn i klare diagnostiske tegn eller kriterier.

Bjørndal (2004) sier at kunnskaper som utvikles via refleksive prosesser der praktikere lærer av erfaring kan benevnes med praksiskunnskaper. Praksis kunnskap som vitenskapelig undersøkelsesområde har vokst frem i løpet av de to-tre siste tiår. Interessen for praksis kunnskap innenfor det helsefaglige felt er delvis en reaksjon på underkjennelse av klinisk erfaring og praksis. Den samfunnsmessige utvikling preget av markedsøkonomien og global utveksling av informasjon, kompetanse og teknologi, rommer utfordringer som har betydninger for praktisk yrkesutøvelse. Til dette kreves erfaring, kunnskap og faglig innsikt slik at en i en kompleks situasjon kan vurdere å handle godt og riktig.

Innføring av elektroniske pasientjournaler bruk av et kodeverk skaper nye utfordringer og diskusjoner, og tilkjenner ulike syn på om det er mulig å dokumentere den totale sykepleie ved bruk av klassifikasjonssystemer.

Her kan nevnes Egerods (2000), som mener at det er en unødvendig problematisering da all beskrivelse er reduksjon og en må velge hvilken del av situasjonen en skal fremheve (Egerods 2000:145), mens Walderhaug Sæther(2002) ser det som en fare at implisitt kunnskap kan bli spilt utover sidelinjen. Hun nevner flere grunner til dette, blant annet at kvalitetssikring er særlig rettet inn mot en fyllestgjøring av dokumentasjon via standardisering og formelle krav. Og hun stiller spørsmål om kvalitet bør rettes mot den enkelte pasient, fordi kvalitet i denne sammenheng ikke kan forstås som statisk og derfor kan undras kontroll og standardisering.

1.2 Problemstilling

Debatten om hvordan en skal vektlegg vitenskapelig kunnskap i forhold til praktisk kunnskap i sykepleie har vært motiverende for min interesse (Martinsen 2005:148). Begreper som ”praksiskunnskap”, ”yrkeskunnskap”, ”personlig kunnskap” ”taus kunnskap” ”fortrolighetskunnskap” har blitt tilført debatten. De fremstillinger av begrepet kunnskap som er vokst frem i de siste tiår synliggjør et komplekst bilde av begrepet kunnskap.

Utdanning og forskning her i landet har vært sterkt preget av rasjonalitetens paradigme, og det har vært allment akseptert at kunnskap er identisk med artikulert kunnskap. Gjennom skriftspråket er det mulig å abstrahere og analysere. Men skriftspråkkulturen er også med på å innsnevre kunnskapsbegrepet da den ikke fanger opp den kunnskapen som er uartikulerbar.

Dette er en kunnskap som knytter seg til erfaring og praktisk kompetanse.

Kari Martinsen (2002) har uttrykt sin bekymring for den stadig økende standardisering i sykepleiefaget. *”Å være profesjonell er å spørre etter fagkunnskaper som gir muligheter for å se pasienten som et lidende menneske, og som verner hans integritet”* (Martinsen 2002:12)

Fagkunnskaper blir på den måten kunnskap på alle plan brukt i møte med den enkelte.

Sykepleiere har lange tradisjoner for å skrive beretninger eller fortellinger om den enkelte pasient. Forskning viser nettopp dette - at sykepleiere skriver uformelt, og at det dokumenteres i et muntlig språk (Barnett 1993, Moen et al 2002). En bakgrunn for dette kan være det som Katie Eriksson (1986) sier at sykepleie er kunst, teknologi og vitenskap. Hun sier videre at god sykepleie forutsetter at disse aspektene overlapper hverandre uten at noen av aspektene overbetones. En annen grunn kan være forståelsen eller bevisstheten omkring bruken av skjønn. *”Å bruke skjønn”* finner vi igjen både i dagliglivet og i ulike fagmiljøer. Martinsen (2005) hevder at refleksjon etter handling er avgjørende for ny innsikt, og på den måten kan skjønn og håndverket utvikles. Skjønn handler ikke om å følge normer og regler til minste bokstav, men å vurdere den enkelte situasjon slik at den intensjonen normer og regler har blitt oppfylt. Til dette kreves erfaring, kunnskap og faglig innsikt, slik at en i en kompleks situasjon kan vurdere å handle godt og riktig.

Den sykepleierapporten som de senere år har vært brukt i sykehus og helseinstitusjoner er av flere beskrevet som lite strukturert og til dels mangelfull (Heggdal 2006; Roland 2000; Dahle and Dahle 2004). Når elektronisk pasientjournal, med vekt på standardiserte beskrivelser og oppskrifter skal innføres, blir det en utfordring for sykepleieren hvilken kunnskap som blir styrende for praksisutførelsen. Ruland (2000:133) sier det slik: *”Kvalitet utarmes fordi det allerede er gjort valg i forhold til hvilken type informasjon man tillegger betydning, i hvert fall skriftlig.”*

Hvordan kunnskapsbegrepet forstås, avhenger av hvordan kunnskap vektlegges, av hva slags oppmerksomhet som rettes mot kunnskapens art, og hvordan kunnskapen tilegnes og anvendes (Nonaka and Takeuchi 1995:32).

Slik jeg ser det, vil både sykepleieres fortellertradisjon, forståelse av kunnskap og bruken av skjønn bli utfordret av standardiserte klassifikasjonssystemer. Men det er ikke gitt at det ene utelukker det andre. Utfordringene for fremtidig praksis er nettopp å forene kunnskap og erfaring med standarder når pasientens situasjon skal beskrives.

En kan tenke seg to sykepleiere på en sykehusavdeling som arbeider på ulike tidspunkt, den ene godt erfaren og den andre ikke. De skal begge forholde seg til en pasient med nedsatt mestringsevne. Hvordan vil hver av dem finne frem til en sykepleiediagnose og tiltak for å møte denne pasienten? På hvilket grunnlag finner de frem til ”rett” dokumentasjon? Hva legger sykepleier i de ulike begrepene når de skal finne frem til anvendbare begreper i standardoppsett som er egnet for den enkelte pasient? Studien fokuserer på informantenes egne opplevelser og erfaringer ved dokumentasjonen. Dette diskuteres med følgende problemstilling:

- Hva sier sykepleiere selv de dokumenter?
- Hvordan tenker sykepleieren når det skal dokumenteres i kodeverket NANDA-NIC?

1.3 Tidligere forskning og litteratur på området

Wangensteen og Igesund (2008) har i studien ”*Nyttige Nanda*” undersøkt bruken av standard og fritekst i NANDA-NIC sitt klassifikasjonssystem. De tar utgangspunkt i en alderpsykiatrisk post som har arbeidet med NANDA-NIC i 3år. Studien anvender en kvalitativ metode.

Hensikten med studien var å få rede på omfanget av bruken av standard og fritekst og få belyst ulike erfaringer. Studien konkluderer med at informantene bruker fritekstfeltet og er av den oppfatning at dokumentasjonen er blitt bedre og at kodeverket er et dynamisk verktøy. Informantene i studien nevner kollegaer som en viktig kilde for å finne fram til egnede koder. Dette foregår i formelle og uformelle møter.

I sin artikkel ”*Fin i kontakten*” har Karlsen (2004) gått igjennom sykepleiedokumentasjon på fem psykiatriske avdelinger. Avdelingene hadde ikke implementert bruk av et klassifikasjonssystem. I denne studien fant forfatteren at dokumentasjonen var preget av upresise og unøyaktige formuleringer. Disse formuleringene bar preg av avdelingens språk og kultur. Det var også vanskelig å finne ut hva en skulle arbeide etter da dokumentasjonen var preget av hvilken sykepleier som hadde skrevet den og hva den valgte å fokusere på. Dokumentasjonen inneholdt også flere beskrivelser og registreringer om pasientens

bevegelser. Han fant videre liten sammenheng mellom observasjoner, tiltak og effekten av disse.

Øien (2008) har i sin studie ”*Kodeverk i sykepleiedokumentasjonen-ja takk*” rettet fokus på hvordan språk og kultur kan ha betydning for ledernes vurdering av kodeverket NANDA-NIC. De er samstemte i at kodeverket sin oversettelse burde ha vært bedre tilpasset norske begreper. Det beskrives forventninger til kodeverket om å gi økt kvalitet i fagutøvelsen på den ene siden og en fare for et svekket tilbud på den andre siden. Dette grunnet en manglende individuell tilpasning ved bruk av koder i dokumentasjonen. Videre peker studien på at det kan føre til en utarming av de grunnleggende kvaliteter som sykepleien bygger på.

1.4 Studiens oppbygging og struktur

I kapittel 2.0 presenterer jeg hovedtrekk fra utviklingen av sykepleiedokumentasjonen og kodeverket NANDA-NIC som ligger til grunn i denne studien. Det er ikke sykepleiepraksis som sådan som studeres, men sykepleieren sine tanker om dokumentasjonen slik det fremkommer i intervju.

Som et bakteppe for denne studien gir jeg i kapittel 3.0 en redegjørelse for relevant teori knyttet til hvordan sykepleiere tenker når de skal dokumentere. Jeg har her redegjort for ulike kunnskapsformer som kan komme til anvendelse i dette. Valg av teorier gjort på bakgrunn av kjennskap til fagfeltet og teori. Hensikten er at disse perspektiver kan være med på å belyse temaet og gi svar på problemstillingen.

Valg av forskningsspørsmål og analysens omfang gir begrensninger i forhold til å komme med fullstendige redegjørelser for utfordringer som sykepleiere møter når de dokumenterer sin praksis.

I kapittel 4.0 redegjør jeg for mitt vitenskapsteoretiske perspektiv som danner grunnlag for min forskning. Her vil jeg belyse hvordan studien er planlagt og gjennomført samt at jeg også reflekterer over det å forske i egen kultur, studiens validitet og reliabilitet.

I kapittel 5.0 presenterer jeg informantenes tanker rundt dokumentasjonen i kodeverket NANDA-NIC. Disse er presentert tematisk og bærer preg av mange sitater. Dette er et bevisst valg for å gi et mest mulig bilde av de tanker og beskrivelser som informantene presenterer. Til slutt i dette kapittel har jeg gitt en oversikt i matriseform som oppsummerer mine funn.

I kapitel 6.0 drøfter jeg informantenes uttalelser i lys av den teori som er presentert. Studien avrundes med avsluttende kommentar i kapitel 7.0.

2 Sykepleiedokumentasjon

2.1 Utviklingen av sykepleiedokumentasjonen

Langt inn i vår tid har kunnskaper og ferdigheter i sykepleie vært overført ved handling, muntlig og ved demonstrasjoner. Riktignok har sykepleiehandlinger og rapporter om pasienter blitt nedtegnet i egne rapportbøker, fortløpende. Men det var først på 1970 – tallet at det såkalte Kardex – systemet ble tatt i bruk og som tillot en mer individuell og oversiktlig rapport for hver enkelt pasient. På slutten av 1980-tallet kom Norsk Sykepleierforbund med retningslinjer for føring, bruk og oppbevaring av rapporter. Det ble da lagt vekt på at det skrevne ord, skulle være objektiv, fri for tolkning og gi klare, korte data om den enkelte pasient.

Flere er av den oppfatning at det skrevne ord ikke gir fullstendig informasjon om den enkelte pasient. Av den grunn har en opprettholdt den muntlige overføringen av informasjon fra sykepleier til sykepleier. Den informasjonen det her er tale om, kan være et inntrykk en har av en pasient som en ikke klarer å definere noen klar problemstilling omkring, eller det kan være ikke definerbare uttrykker pasienten gir som er vage, men som gir grunnlag for videre oppfølging. Det blir fremhevet fra Moen et al (2008) at bruk av muntlig rapport gir mulighet for refleksjon over sykepleiepraksis og dialog mellom fagpersoner. De kan formidle informasjon om den konkrete pasient samtidig som den kan gi innsikt i den sammenheng som situasjonen fremkommer i.

Å dokumentere er å registrere, klassifisere og presentere informasjonsdata. I Lov om helsepersonell (HOD 2001A) presiseres det at dokumentasjonen skal være fullstendig, korrekt og konsentrert om faktiske forhold hos pasienten. Dette innebærer at dokumentasjonen skal avspeile det sykepleieren gjør før, under og etter at pasienten har mottatt sykepleie. I helsepersonelloven legges det spesielt vekt på at dokumentasjonen er fullstendig i forbindelse med klagesaker. Men også at dokumentasjonen skal være holdbar faglig og inneholde observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger. Målet for sykepleiedokumentasjon er å være et arbeidsredskap som viser systematiske nedtegnelser over pasientens helseproblemer

og de vurderinger som ligger til grunn for tiltak som iverksettes. Videre skal dokumentasjonen bidra til kontinuitet i sykepleien og her blir informasjonsteknologien et verktøy for å nå de faglige målene.

Sykepleierens hovedoppgave er å ta hånd om syke, lindre og fremme helse. Det er derfor ikke likegyldig hvilken kunnskap som produseres. I denne sammenheng er det viktig å presisere at sykepleiepraksis baserer sin funksjon på ulike kunnskapsformer. På den ene siden handler det om kunnskap og forståelse av helse og sykdom og opplevelsen av dette, og på den andre side handler det om refleksjon og anvendelse av kunnskap som preges av vurdering og handlingsaspekter.

Kunnskapen bør være tilpasset de bestemte problemstillinger og behov som er aktuelle. Sykepleieforskning har hatt stor vekst og utvikling, og det har skjedd en bevisstgjøring av sykepleiefagets egenart og behovet for forskningsbasert kunnskap. Det kan se ut som om debatten om kodeverk og evidens basert sykepleie har aktualisert spørsmålet om sykepleiens kunnskapsgrunnlag. Sykepleiefaget innebærer krav om selv å kunne definere og avgrense hva som oppfattes som fagets gjenstandsområde. Et gjenstandsområde betegner det emne som en faggruppe i deres arbeid står ovenfor. Ordet gjenstand er opprinnelig tysk, gegen stehen (står over for). Dersom en fagdisiplin skal kunne utvikle en relevant egenlogikk er viktig at det har klargjort sitt gjenstandsområde, slik at en vet hvilken kunnskap som er betyningsfullt for faget. Uten en slik avklaring kan den ervervede viten, lett bli tilfeldig eller bli til gode sett til andre fags gjenstandsområde. Fagets utøvere må vite hva deres virksomhet går ut på slik fagets problemstillinger er i relasjon til gjenstandsområde (Scheel1994:100). Dermed blir en viktig dimensjon ved sykepleiekunnskap at tilegnelsen av kunnskap er nært knyttet til anvendelsen av den samme kunnskapen.

Sykepleie har hentet noe av sitt grunnlag fra Aristoteles (384-322 f. Kr.) som nettopp vektla et skille mellom ulike kunnskapsformer. Aristoteles kretset vesentlig mellom to former for kunnskap selv om han beskriver tre. Det ene er en kunnskap som gjelder teoretiske vitenskaper og det andre er en kunnskap som hører praksis til. I denne formen lærer en å tilegne seg den holdning som skal til for å velge riktig mellom ulike handlingsalternativer. I det praktiske er situasjonene mangfoldige og komplekse, de er ofte sammensatte og krever nyansering. I pasient – sykepleier relasjonen er det ikke nødvendigvis behov for bevis eller et riktig svar. Men det ofte et spørsmål om å forstå sammenhenger ut ifra en overveielse av

situasjonen. Aristoteles skriver om phrónesis viten som en evne til å se en sak fra alle berørte parter side. Videre å utvikle en innsikts kunnskap eller forståelse som en kan bruke i praksis. Aristoteles tok til ordet for at kunnskap, erfaring og klokskap utvikler seg over tid. Dette handler om holdning og handling (Aristoteles 1973).

I forhold til sykepleiekunnskap har en innført begrepet evidensbasert sykepleie som er basert på vitenskapelig grunnlag. Et grunnleggende prinsipp i helsevesenets nasjonale strategi for kvalitetsutvikling, er at kvaliteten skal sikres og kontinuerlig utvikles ut fra dokumentert vitenskapelig grunnlag. Pasienten har krav på kvalitet og kontinuitet. Helsepersonelloven (HOD.2001A) og pasientrettighetsloven.(HOD.2001B) stiller krav til kvalitet. Elektronisk pasientjournal (EPJ) skal bidra til at kvaliteten på dokumentasjonen blir bedre og at den blir lettere tilgjengelig for den som trenger den. Samtidig har utøvere av sykepleie et etisk og faglig ansvar for å yte tjenester av høy kvalitet til pasientene I følge Kari Martinsen må en være oppmerksom på at det er problematisk og heller ikke ønskelig å evidensbasere alle aspekter ved sykepleieutøvelsen, særlig mellommenneskelige forhold som inngår i alle sykepleier- pasient relasjoner (Martinsen 2005:91). Martinsen var kritisk til bruk av sykepleieprosessen som metode på 1980-90 tallet. Denne metode er en problemløsende metode som har vært benyttet som arbeidsredskap for sykepleiere siden rundt 1980 og den må sis å være en forløper i den dokumentasjon som legges opp til i dag. Martinsen sier det slik: *”Metoden til å rive i stykker og dele opp for å kunne beherske, har lenge vært sykepleieprosessen, en problemløsende metode. Den har vært sett på som selve sykepleien, det vil si at sykepleien i sitt vesen er problemløsning. Deri ligger det problematiske, og sykepleieprosessen er blitt den nye positivismen i sykepleie”*(Martinsen 1993:42).

Helsevesenet står ovenfor store endringer i forhold til implementering og utnytting av elektronisk pasientjournalssystemet. EPJ krever mindre bruk av fritekst, mer standardisert og kodet tekst. Klassifikasjonssystemene: NANDA-NIC er en metodikk som skal gi beslutningsstøtte, men den krever at sykepleieren har høy kompetanse innen begrepene i disse systemene. I det følgende vil jeg presentere hva disse klassifikasjonssystemer innebærer.

2.2 NANDA-NIC, et klassifikasjonssystem

Å klassifisere betyr å inndele i klasser etter felles kjennetegn. Et eksempel fra dagliglivet kan være å inndele blomster på ulike nivåer. En kan beskrive en blomst mer nøyaktig dersom en

presiserer at det er en rose. Men det finnes mange roser og det blir mer nøyaktig dersom en sier det er en klaserose. Dette er heller ikke fullt ut tilfredsstillende for en gartner og en kan gå videre i beskrivelsene. På samme måte er det i sykepleien. Når en pasient har feber, vil en sykepleier ikke være tilfreds med denne opplysningen. Feber kan være kortvarig eller langvarig, høy eller lav og ha ulike årsaker. Et begreps- og klassifikasjonssystem peker på hva som skal observeres når behov for sykepleie skal bedømmes. Dette vil i følge Valset (2005) bidra til at den diagnostiske prosessen blir mest mulig valid og reliabel. Videre bidrar det til at resultatet av bedømmelsen blir mest mulig, lik uavhengig av hvilken sykepleier som foretar bedømmelsen (ibid, 2005:152). Argumenter for en mer vitenskapeliggjøring av sykepleie har også bidratt til å ta i bruk kodeverk og klassifikasjonssystemer.

Et klassifikasjonssystem i sykepleie skal avgrense og uttrykke sykepleiefagets kunnskapsinnhold og virkefelt. De inneholder begreper og fenomener som tilhører det kliniske felt. I klassifikasjonene er fenomener systematisert etter slektskap og likhet i ulike domener og klasser og gitt et navn. Det diagnostiske ICD-10 for sykdommer er et annet eksempel på å definere fellesbegreper som gjør en i stand til å gjenkjenne, men også kommunisere viten om pasienten og praksis rundt pasientbehandlingen (Kompetansesenter IKT i helse-og sosialsektoren). Klassifikasjonenes funksjon er å fungere som kognitive kart over de fenomener som finnes i det kliniske felt, og å være et teknologisk hjelpemiddel som skaper oversikt og struktur (Von Krogh, 2000).

Arbeidet med å klassifisere sykepleie og utvikle klassifikasjonssystemet og standarder begynte allerede på 1970-tallet i USA. På dette tidspunkt dannet The American Nurses Association en egen gruppe som skulle arbeide med å utvikle sykepleiediagnoser som man på den tiden var mest opptatt av. De utarbeidet en publikasjon der diagnoser ble omtalt som standardisering av problemformuleringer. Denne måten å klassifisere på har fått innpass over hele verden. Klassifikasjonssystemene som er tatt i bruk skal være under kontinuerlig evaluering (NANDA 2003:239).

The North American Nursing Diagnosis Association (heretter kalt NANDA) er en taksonomi som inneholder klassifisert definisjoner av standardiserte sykepleiediagnoser. En sykepleiediagnose defineres som: ” *En klinisk bedømmelse om individets, familiens eller samfunnets responser på aktuelle eller potensielle helseproblemer eller livsprosesser.* ” (NANDA 2003:243). Dette systemet har 155 anerkjente sykepleiediagnoser med navn, en definisjon, et sett med definerende karakteristika, et sett med relaterende faktorer eller

risikofaktorer (ibid). Arbeidet med sykepleie diagnosene inspirerte andre grupperinger innen amerikansk sykepleie med å arbeide med andre elementer i sykepleie som sykepleietiltak og effekten av tiltak. The University of Iowa ble ledende i denne prosessen og utviklet sykepleieintervensjonene Nursing Intervention Classification (heretter kalt NIC). Dette er en klassifikasjon for å beskrive sykepleieaktivitet eller sykepleieintervensjoner. De representerer et helt sett av sykepleieaktiviteter og har en bestemt terapeutisk hensikt. Disse intervensjonene består av ulike typer aktiviteter som sykepleieren utfører for å hjelpe pasienten i gitte situasjoner. Det hevdes at bruk av NANDA-NIC kan gi grunnlag for fagutvikling, statistikk og forskning (NANDA 2003:7).

Det er diskusjoner i fagmiljøene om hvorvidt en kompleks yrkespraksis som sykepleien lar seg godt nok beskrive gjennom klassifiseringens standardbegreper (Ruland 2000).

Disse systemene er fra flere hold blitt kritisert for at det er tilrettelagt for andre forhold enn norske og at det gir et reduksjonistisk menneskesyn og passer best for et stereotypisk bilde på hva en pasient er (Moen et al 2008). Begrepet sykepleiediagnose er også omdiskutert da det får tankene mer over på medisinsk språkbruk (Ehnfors et al 1998). Det finnes også kunnskap om at klassifikasjonssystemet kan bidra positivt til faglig samarbeid og utvikling (Ellingsen 2002).

Martinsen (2005) hevder at språket i datateknologien kan bli entydig og eksakt. Teknikken kan lett bli styrende for de menneskelige bevegelsene og samtalen mellom sykepleier og pasient kan bli redusert til et subjekt - objekt forhold. En følge av dette kan være faren for at sykepleie blir redusert til problemløsning og kunnskap til påstandskunnskap. Martinsen er av den oppfatning at kunnskapsformene i sykepleie av den grunn må problematiseres slik hun allerede på 1980-90 tallet mente om den sykepleieprosessen og som ble nevnt tidligere i kapittel 2.1.

I neste kapittel vil jeg presentere ulike kunnskapsformer, men gir først en innledende kommentar som har betydning for den utvelgelsen av hovedtrekk som jeg har gjort i presentasjonen av ulike kunnskapsformer.

3 Ulike kunnskapsformer

Datamaterialet som kom fram i dette arbeidet er bearbeidet, systematisert og fortolket gjennom mitt perspektiv og min forståelse av fenomenene. Jeg vil derfor gjøre rede for noen teoretiske perspektiver som har preget min forforståelse, datainnsamling, analyse og drøfting. Min teoretiske forståelse har satt sitt preg på valg av tema, utforming av problemstillingen, på

intervjuguiden og dermed også på datamaterialet. Filosofen og pedagogen Kari Søndena sier det slik:

”Om vi vender blikket mot forskeren og metodologiske perspektiv, har også forskeren levd kropp. Ho kan ikkje først samle inn nøytrale data- som om forskaren eksisterte utenfor si eige livsverd og sin eigen levde kropp - så deretter tolke desse. Ho kan sjølvstilt organisere teksten slik i sjølve presentasjonen, men ho må vite at tolkningsprosessen har gått føre seg heile tida, heilt frå dei spede ideane for prosjektet byrja å ta form.--Evne til å forstå er personleg og levd, og dette er langt frå eit objektivt eller nøytralt fenomen (Søndena 2006:94-96).

Teoretisk forståelse preger altså all forskning, uavhengig av metode, men kvalitative forskningsmetoder gir rom for å synliggjøre hvordan det teoretiske grunnlaget innvirker på tolkningen av datamaterialet.

Jeg har valgt å presentere ulike kunnskapsformer som kan sies å være basert på Aristoteles syn på kunnskap for med dette videre å presentere teoretiske posisjoner som jeg legger til grunn for drøfting. Noen vil kanskje undre seg over hvorfor jeg har valgt å trekke inn Aristoteles. Når vi taler om teori, praksis og erfaring, er det faktisk Aristoteles som på en systematisk måte laget en oversikt over begrepsammenhengen for å klargjøre forholdet mellom disse kunnskapsformene. Denne kunnskapen kan også brukes i dag.

En opererer ofte med en tredeling av kunnskapsbegrepet, der det ene leddet står for kunnskap som kan formuleres i påstander (ofte kalt påstandskunnskap eller vitenskapelig kunnskap), det andre leddet uttrykker kunnskap som kommer til uttrykk i ferdigheter (ofte kalt ferdighetskunnskap), og det tredje leddet uttrykker kunnskap som er knyttet til personlige egenskaper (ofte kalt personlig kunnskap). Dette må ikke forstås som tre distinkt atskilte kunnskapskategorier, men at praksiskunnskap inneholder ulike kunnskapsaspekter (Nordvedt & Grimen 2004).

Donald Schön har i sin bok *”Den Reflekterende praktiker”* tatt opp spørsmålet om hvilken form for kunnskap den kompetente praktiker anvender i arbeidet. Videre belyser han hvordan praktisk kunnskap atskiller seg fra den kunnskap som presenteres i akademiske miljø gjennom lærebøker, vitenskapelige artikler og tidsskrifter. Tekstene hans er også et oppgjør med det instrumentelle og tekniske fagsynet. Schön (2001) forutsetter at den kompetente praktiker vet mer enn det som han kan uttrykke. Det vil si at den kompetente praktiker utviser en *”viden-i-praksis”*, en evne til å reflektere over praksis.

3.1 Vitenskapelig kunnskap

I vårt samfunn er det lang tradisjon for å forstå betegnelsen vitenskapelig kunnskap som identisk med en positivistisk, naturvitenskapelig tradisjon. I denne tradisjonen ligger det et syn om at kunnskap kan avspeile virkeligheten. På den måten kan de ulike sidene ved virkeligheten beskrives, systematiseres og kategoriseres. I følge Nortvedt og Grimen (2004) er vitenskapelig kunnskap uavhengig av hvem det er som bærer og utøver den. Samme resultat skal kunne oppnås av flere personer som anvender denne kunnskapen. Dette synet på kunnskap forfektet Aristoteles for over to tusen år siden. For han var vitenskap den høyeste form for kunnskap, og den skulle forklare grunnleggende sannheter i naturen. Aristoteles ville finne sikker kunnskap gjennom vitenskapen (Aristoteles 1973).

Begrepet *Episteme* hos Aristoteles var en intellektuell dyd eller dyktighet hvor målet er kunnskap for kunnskapens egen del. Det er en type **påstandskunnskap** som står for det som ikke kan være annerledes, det uforanderlige og evige. Den er **teoretisk og vitenskapelig basert**. Direkte oversatt betyr episteme forståelse (Eikeland 2006:12). Den kan artikuleres språklig, og er uavhengig av kontekst. Denne form for kunnskap har vært et ideal for å vinne kunnskap på en vitenskapelig måte for eksempel innen naturvitenskapen. Dette synet på kunnskap innebærer at kunnskap består av oppfatninger som er sanne, med andre ord vitenskapelig sikker kunnskap. Fagkunnskaper kan en si representerer påstandskunnskap og omfatter begreps- og klassifikasjonskunnskap, vitenskap og teknologi (Martinsen, 2003:8). Når "best available external clinical evidence from systematic research" skal integreres med "individual clinical expertise" (Sackett et al 1997:44) kan en utlede at i tilfeller der praksiserfaringer ikke stemmer overens med forskningsresultater, så skal praksis endres fordi forskningsresultater pr. definisjon er mer pålitelig og gyldig (les bedre) kunnskap. Med det kan en få en hierarkisering av kunnskap der enkelte former for kunnskap kan bli betraktet som bedre enn annen kunnskap. Dermed kan vitenskapelig kunnskap tillegges større vekt enn praksiserfaringer (Nordvedt & Grimen 2004). Denne kunnskapsforståelsen kan en si har preget den moderne vitenskapen fra antikken og frem til i dag.

I dag er det et økt krav til sykepleien at den skal være evidensbasert i tillegg til erfaringsbasert. Scheel (2004:36) hevder at evidensbegrepet bygger på den tro at mennesket er i stand til å oppnå direkte innsikt ved hjelp av forskningsbasert kunnskap i motsetning til formidlet og diskursiv innsikt. Det dreier seg om å ha sikre målemetoder slik at en kan få standardisert en *sann* og brukbar kunnskap. Dette er i følge Scheel (2004) en tankegang som resulterer i reduksjonisme og fundamentalisme i vitenskapen. Standarder kan dermed fungere

som instrumentalistisk på den måten at har du A så får du B.(Øen 2005). På den måten blir sykepleien ved hjelp av vitenskapelige deduktive bevisførsel monologisk og ikke dialektisk (Scheel 2004:40). En av tilgangene i sykepleien er den kunnskapsbaserte som primært har basert seg på naturvitenskapen. I naturvitenskapen etterstreber man å finne ”objektiv” kunnskap (Thornquist 2003). Dette har man forsøkt overført til alle områder innen sykepleien. En kan med andre ord si at den kunnskapsbaserte sykepleie har hentet sitt grunnlag, innhold og terminologi fra den naturvitenskapelige tradisjon (Scheel 1994:38).

En vanlig oppfatning av forholdet mellom teori og praksis har vært å se på det som et en veis forhold i retningen fra teori til praksis. Først har en formulert en teori – så handler en i konkret situasjoner ut fra denne teoretiske viten. I dette ligger det at det den teoretiske viten som gir retning og dermed styrer praksis. I denne sammenheng kan en si at klassefikasjonssystemet med NANDA-NIC representerer den vitenskapelige kunnskapen da dette systemet eller kodeverket representerer standardisering og formalisering.

Vitenskapelig kunnskap er den samme uansett hvem som ”har den” En allikevel si at den vitenskapelige kunnskapen også er et element i den praktiske kunnskapen. En må ”vite at noe er” for å kunne handle praktisk. En kan bare i begrenset grad lære slik kunnskap av teori eller andres erfaringer uten å handle pratisk selv. Dersom vi ser det ut i fra dette perspektivet, blir det vanskelig å gi et klart skille mellom teori og praksis.

Når den teoretiske kunnskapen tas i bruk og inngår i praktisk handling, medfører dette til en viss grad til samspillet med den praktiske kunnskapen. Dette leder videre til praktisk kunnskap.

3.2 Praktisk kunnskap

Praktiske ferdigheter omfatter kognitive, affektive og psykomotoriske ferdigheter. Det betyr at praktiske ferdigheter omfatter både teoretisk kunnskap, etisk og moralsk overveielse og et handlingsaspekt.

Praktisk kunnskap omtales med en mengde begreper, noe som ikke gjør det lettere å få oversikt over feltet. En kan blant annet møte begreper som handlingskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Begrepene er delvis overlappende men valg av begrep fremhever også ulike sider ved praktisk kunnskap (Nordvedt & Grimen 2004).

I dette kapitlet gjør jeg rede for kunnskap i praksis. Implisitt kunnskap kunne ha inngått i dette kapitlet, men jeg har valgt å ta for meg dette i eget kapittel.

I Aristoteles sitt begrep *Techne* som omhandlet produserende aktiviteter eller produserende vitenskaper, der en produserer en ting og hvor målet bestemmer middelet. Begrepet står med andre ord for den kunnskapen som er nødvendig for å kunne få et produkt. I dette vil enhver praktiker kjenne seg igjen. En kan si tankemåten er instrumentell eller mål-middel orientert. Det kan forstås som **ferdighetskunnskap** der det handler om å vite **hvordan** vi anvender metoder og fremgangsmåter for å nå et mål. En må for eksempel vite hvordan en skal sette en injeksjon eller måle et blodtrykk. *Techne* er den intellektuelle dyden som betyr systematisk og begrunnet kunnskap. Denne tekniske kunnskapen er refleksiv i en viss grad, men målet står fast. Her har teorien forrang fremfor handling hvor teorien styrer handlingene. Kunnskapen tilegner en seg ved å utføre produsere gjennom erfaring og øvelse (Aristoteles 1973:60).

Det kan synes som om hierarkisering av kunnskap særlig er utfordring for den praktiske kunnskapen. Praktisk kunnskap er kunnskap om hvordan man gjør noe og praktisk kunnskap kommer til uttrykk i handling og skjønn knyttet til konkrete situasjoner og sammenhenger. Flere kaller derfor praktisk kunnskap for kunnskaper i handling (Molander 1996).

Techne kan forstås som ferdighetskunnskap hvor det handler om å vite hvordan en anvender metoder og fremgangsmåter for å nå et mål. Det er med andre ikke tilstrekkelig å se på enkeltstående handlinger for å få en forståelse hva praksis er. Vi må for eksempel vite hvordan en skal måle et blodtrykk, men den ferdighetskunnskap er *ikke tilstrekkelig* til å utføre prosedyren på en ansvarsfull og moralsk måte. Det er forståelsen av det særegne forholdet mellom mål og handling som definerer en praksis. Forståelsen av ulike begreper som er beskrevet i NANDA kan gi ulik oppfattelse av hvordan pasienter skal oppfattes og møtes på. Den måten virkeligheten beskrives og forstås på kan resultere i en bestemt form for holdninger og adferd.

Kirkevold hevder at sammenhengen mellom vitenskapelig kunnskap og anvendelsen av den i praktisk utøvelse av sykepleiefaget går gjennom personlig kompetanse. Personlig kompetanse består av etisk kunnskap, praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap. Disse integreres gradvis i hverandre mens erfaring, refleksjon og intuisjon inngår som samtidige komponenter (Kirkevold 1996:34).

Et angstanfall er et faktum og en realitet, men det kan forklares ut fra ulike perspektiv. Det er flere måter å se/ forstå hendelsen på. Dette kan medføre ulike tiltak. Praksisutøvelsen

anvender med andre ord eksplisitt og implisitt kunnskap om hverandre. I en slik forståelse vil perspektivet på praksisutøvelsen basere seg på - vitenskapelig kunnskap og erfaring og refleksjon i og over praksis. Dermed aktualiseres også Aristoteles sine ideer om klokskap.

3.3 Praktisk handlingsklokskap

I møte med pasienten kreves det at sykepleieren vurderer hva han skal gjøre og hvordan handlingen skal utføres til det beste for pasienten i den kontekst han befinner seg i. Faglig skjønn og klokskap vokser frem i møte med disse praktiske situasjoner. På den måten utvikles innsikter, holdninger og ferdigheter. Innsikt er noe mer enn å overta de rette meningene fra andre mennesker. Det innebærer at en selv må kunne grunngi de valg en gjør i konkrete situasjoner. Martinsen (2005) beskriver den faglige dyktige pleier, som den reflekterte pleier, med kunnskaper og erfaringer som anvendes i skjønnsmessig vurdering. Denne vurderingen betegnes som klokskap og faglig skjønn. Martinsen (2002) anvender Løgstrup(1999) når hun uttrykker at i pasientrelasjonen står en under etisk fordring. Kristiansen (2003:78) sier at Løgstrup sin tenkning har fått betydning i teologiske, pedagogiske og sykepleiesammenhenger. Løgstrup(1999) har i sin bok "Den etiske fordringen" tatt opp sentrale begreper om møtet mellom mennesker. Han fremhever at det alltid vil være trekk ved en situasjon som kan overføres til en annen situasjon. Fordringen er taus og den gir ingen handlingsanvisninger, men den utfordrer det faglige skjønn. Sett fra dette perspektivet vil en ved utførelse av ulike prosedyrer og samhandling med pasienten, anvende flere kunnskapsformer samtidig (Martinsen 2002).

Det faglige skjønn og handlings klokskap har tradisjoner i praksisyrkene. Tradisjoner i denne sammenheng, kan forstås som et sett av historiske kjennetegn og verdier som er nedfelt i forbilledlig praksis (Nordvedt 2008:19) Slik som Martinsen (2005) uttrykker det, kan klokskapen ikke formidles og overføres fra person til person. Det er noe en selv må finne frem til gjennom erfaringer. Resultat derimot kan andre få del i å gi en vurdering av. Skjønn er alltid knyttet til konkrete situasjoner. Martinsen sin utlegging av skjønn vil av den grunn være en del av det teoretiske grunnlaget som trekkes inn når jeg drøfter informantenes uttalelser

Den overleverte praksiskunnskap som har gitt sykepleiefaget dets identitet har blitt ansett som uvitenskapelig. Naturvitenskapen og teknisk problemløsende kunnskap er blitt høyere verdsatt enn den kunnskapen som er knyttet til erfaring (Alvsvåg 1993). Dette kan i følge Martinsen

føre til at praksis og teori lever ved siden av hverandre uten å gjensidig anvende hverandres kunnskap. Utfordringen i bruk av standard er blant annet å synliggjøre sammenhengen mellom teori og praksis slik at de to perspektivene gis lik verdi. For å få dette til må sykepleiere erkjenne verdien i denne sammenhengen og tilpasse dette i konkrete situasjoner. I de to forrige kapitlene har vi sett på hvordan Aristoteles så på vitenskapelig og praktisk kunnskap. I det følgende i dette kapittel skal vi se på hvilke betraktninger han har i tilknytning den sammenhengen og vekselvirkningen mellom disse.

Aristoteles åpner ”*Den nikomakiske etikk*” (Aristoteles 1973: 1) med å hevde at all menneskelig virksomhet søker mot å realisere det gode liv. ”*Hva er da menneskets særlige virksomhet?*” spør Aristoteles. Svaret er ” *et praktisk liv i aktivitet*” (Aristoteles 1973:2). Videre argumenterer han for at søking og motivasjon springer ut fra hele mennesket hvor både kropp og ånd henger sammen. Menneskets særpreget er at det er på den ene side et vesen som tenker og mener, og på den andre side et vesen som søker, sanser og har vilje. For å yte sitt beste må disse evnene virke sammen på en harmonisk måte. Det praktiske skjønnet, en evne til å se en sak fra flere sider innebærer et sett av dyder eller holdninger som blant annet overveielser, forstand, stillingtagen, bestemmelse og godhet. Teorien kan dermed ikke foreskrive eller predikere praksis, men i spenningsfeltet mellom teoretisk analyse og praktisk erfaring kan den gode praksis utvikles, og dette betegner Aristoteles som *phronesis*.

”Klokskap har nettopp å gjøre med de menneskelige ting og de ting man kan overveie. For vi sier at som fremfor alt er den klokes virke, er å overveie vel, men ingen overveier det om kan være annerledes, og heller ikke de ting som ikke har noe mål, et mål som er et godeopnåelig ved handling..--. Klokskapen gjelder ikke bare det allmenne, den må også gi kjennskap til enkelttilfellene, for den gjelder handling og handling gjelder enkelt tilfeller. Derfor er det også at noen uten viten kan være bedre til å handle enn andre som har viten, især gjelder dette de erfarne” (Aristoteles 1973:64).

Å handle er forskjellig fra å produsere noe, i og med at målet ligger i selve handlingen. På dette området av menneskelig aktivitet, er kunnskapen refleksiv. En er stadig i en prosess hvor en vurderer, analyserer, revurderer aktiviteten og også den kunnskapen som ligger til grunn for aktiviteten. Mens kunnskapen har en instrumentell funksjon i episteme, er det kunnskapens erfaringsmessige verdi som har fokus her. **Handlingsklokskap** blir dermed utviklet (Aristoteles, 1973:69).

Sykepleiere kommer ofte i pasientsituasjoner hvor tidligere erfaringer kan være nyttige. Men ingen situasjoner er like og det krever evne til å reflektere og se nyansene i de ulike situasjonene og så videre anvende teoretisk kunnskap, kritisk vurderingsevne og faglig skjønn. Resultatet kan dermed bli en annen tilnærming og vurdering av den konkrete situasjonen enn det som var riktig i tidligere sammenlignbare situasjoner. Aristoteles sier det på denne måten: ”Klokskap gjelder enkelttilfeller som man ikke har viten, men sansefølelser angående” (Aristoteles, 1973:65).

I dette kapittelet har vi sett på enkelte av sidene ved handlingsklokskap og en ser i dette at teori og praksis nær knyttet til hverandre. Teorien er også nært knyttet til skriftspråket. Gjennom skriftspråket er det mulig å abstrahere og analysere noe som er en forutsetning for moderne vitenskap. Men skriftskulturen kan også være med på å innsnevre kunnskapsbegrepet fordi den ikke fanger opp kunnskap som ikke er skriftliggjort. Denne kunnskapen knytter seg til erfaringer og praktisk kompetanse. Kunnskap som det er vanskelig å artikulere med ord, kan artikulere på andre måter for eksempel gjennom handling. En sykepleier kan bare i begrenset grad formidle hva han opplever når pasienten er utrygg. Gjennom handling kan sykepleieren vise at han vet hva dette betyr ved å handle på en bestemt måte (Nortvedt & Grimen 2004). I neste kapittel vil denne kunnskapen som en vet er der, men som det er vanskelig å skriftliggjøre belyses.

3.4 Implisitt kunnskap

Polanyi (2000) har gjennom ”Den tause dimensjonen” gjort rede for dette området innen kunnskapsbegrepet, og beskriver den implisitte kunnskapen som den tause kunnskapen. Dette fordi den er knyttet til våre sanser, erfaringer og intuisjon (Polanyi 2000:16). Det kan være vanskelig å sette ord på hva det er hos pasienten som får en til å handle slik en gjør, eller hvordan en kom frem til ulike slutninger, der det er hensiktsmessig å handle slik eller slik. En har en konkret følelse hva det dreier seg om, men har vanskelig for å uttrykke denne følelsen med ord. Kroppen spiller også en grunnleggende rolle i Polanyi sin tenkning. Det er gjennom den at vi får vår kunnskap om ytre ting, både intellektuell og praktisk (Polanyi 2000:24). Et viktig poeng hos Polanyi(2000) er at kunnskapen er personlig, og at den er en aktivitet. Den **personlige kunnskapen** kan blant annet være basert på systematiske observasjoner, erfaringer med handlinger basert på anvendelse av vitenskapelig kunnskap og intuisjon. Det er også mulig å ha en irrasjonell personlig form for kunnskap som ikke gir grunnlag for

hensiktsmessig handling. Det er fullt mulig å gjøre de samme feil i 20 år og allikevel kalle det rik på erfaring (Valset 2005).

Ser vi på Aristoteles sitt *phrönesis*, verdsettes taus kunnskap som et begrep over praksis, og som gir et faglig innhold som kan diskuteres, analyseres og tolkes forskjellig. ” *Enhver kunnen og enhver undersøkelse, og likeså enhver handling og enhver beslutning, menes å søke henimot noe godt, og av denne grunn er det gode med rette blitt kalt ”det alt søker henimot”. Men en viss forskjell synes det å være blant mål. For noen er virksomheter, andre er resultater av virksomheter*” (Aristoteles 1973:1).

Michael Polanyi (2000) sier videre at vår forforståelse består av både språklige og uartikulerte elementer. ” *Jeg skal ta menneskelig kunnskap opp til fornyet overveielse ved å ta utgangspunkt i det faktum at vi kan vite mer enn vi kan si* (Polanyi, 2000:16). Her viser han til at vi kjenner igjen en persons ansikt blant en million andre. Allikevel er det vanskelig å si hvordan vi er i stand til å kjenne igjen dette ansiktet. En sykepleier vil kunne oppfatte at noe er galt med en pasient uten å kunne beskrive det med ord, han bare vet at noe er galt. Gestaltpsykologien er en viktig inspirasjonskilde for Polanyi, og forstår gestalt som ” *resultatet av en aktiv forming av erfaring som utføres i søken etter kunnskap*”. Målet er å integrere enkelterfaringer i en helhet som vi retter oppmerksomheten mot. På denne måten får enkelterfaringer mening. ” *Denne formingen eller integreringen regner jeg som den fantastiske og uunnværlige tause evnen som lar oss oppdage kunnskap og deretter holde den for sann*” (Polanyi, 2000:18).

Polanyi skiller mellom to typer av taus kunnskap som er til stede i handlingen, det artikulerte og det artikulerbare. Dette, fordi en ikke bare vil fokusere på objektet eller produktet, men også på prosessen. Til sammen dannes en helhet som gir forståelse og mening i en situasjon (Polanyi 2000:20-25).

Polanyi sin forståelse av ulike kunnskapsnivåer vektlegger integrering av ny kunnskap i personen. Når et fokus for læring er integrert i personen, slik at det fremstår som bakgrunn i en ny situasjon, oppstår et nytt og høyere kunnskapsnivå der kunnskapens art gis et mer kompleks nivå. Polanyi sitt kunnskapshierarki er med andre ord knyttet til den enkelte personen og forutsetter integrering av ny og tidligere kunnskap, samt evnen til å håndtere

økende kompleksitet. Dette muliggjør at ulike kunnskapsformer kan oppfattes som komplementære (Polanyi.2000).

Nonaka and Takeuchi (1995) har utviklet en teori om hvordan det er mulig å utvikle eksplisitt kunnskap ut fra organisasjonens implisitte kunnskapsbase. De anvender Polanyi sin tenkning på implisitt kunnskap. Refleksjonen er en sentral del av denne teorien. I refleksjon vil opplevelsen stå sentralt med muligheter til å kunne sette ord på noe av den tause kunnskapen.

Det er grunnleggende for Nonaka and Takeuchi (1995:61) at menneskelig kunnskap skapes og ekspanderer gjennom sosial interaksjon mellom implisitt og eksplisitt kunnskap. Analysen til Nonaka and Takeuchi (1995:62-69) danner utgangspunkt for å vurdering av yrkeskunnskap. De nevner fire hovedprosesser for omdanning av kunnskap: *sosialisering*, *eksternalisering*, *kombinering* og *internalisering*

Sosialisering innebærer å dele mentale og tekniske ferdigheter gjennom observasjon og øvelse, i form av erfaringsutveksling. Når en relaterer dette til sykepleierens praksis, kan en her tenke på den formidlingen av yrkeskunnskap som en antar skjer gjennom imitasjon, og der sykepleiere lærer av hverandre gjennom kollegasamarbeid. Et aspekt ved dette er å inneha erfaring. Ved at sykepleierne deler hverandres erfaringer gjennom å delta sammen med hverandre i handlinger, kan en overføre kunnskap til hverandre uten at det brukes verbalt språk. Det vil med andre ord si fra implisitt kunnskap til implisitt kunnskap.

Eksternalisering, hensikten her er å omsette implisitt kunnskap til eksplisitt kunnskap. Den eksplisitte kunnskapen kan relativt lett formuleres ved hjelp av ord, tall og symboler og den kan digitaliseres. Den standardisering av sykepleie diagnoser og tiltak som er nedtegnet i klassefikasjonssystemer NANDA-NIC er eksempler der en har forsøkt å verbalisere implisitt kunnskap ved å skape nye eksplisitte begrep. En kan også forstå sykepleiedokumentasjonen eksternalisert siden den er eksplisitt skrevet.

Internalisering kan forstås som "learning by doing". Dette åpner til en viss grad for at en tenker på læring som en dialog mellom situasjonen og den som er aktør i situasjonen. For at eksplisitt kunnskap skal bli implisitt er det nødvendig i følge dem, å verbalisere den gjennom dokumentasjon, manualer eller fortellinger. På den måten kan den spres til andre.

Kombinering forstås som en prosess for å systematisere begrepene i et kunnskapssystem. Her vil sykepleiere utveksle og kombinere kunnskap via møter og elektroniske nettverk gjennom å sortere og kategorisere eksplisitt kunnskap.

Sykepleierens evne til å reflektere er viktig i utøvelsen av sykepleie. Kirkevold (1996:32) skiller mellom den uvilkårlige refleksjonen og den intensjonelle refleksjonen. Den uvilkårlige refleksjonen er oftest nåtidsrettet og handler om sykepleierens betraktninger og erfaringer i bestemte situasjoner. Denne refleksjonen dreier seg videre om sykepleierens evne til å handle i situasjoner som opptrer på en annen måte enn det en hadde tenkt. Den intensjonelle refleksjonen kan knyttes både til noe som har skjedd. Det vil si at en har et tilbakeblikk som har til hensikt å tolke og forstå situasjoner som er opplevd. Hun bygger sin forståelse på hvordan Donald Schön (1983) i sitt verk *"Den reflekterende praktiker"* har utledet dette. Schön sin påstand er at når praksis er ubestemt, usikker og enestående da kan ikke praktikerens handle ut i fra kunnskap som er utledet av generell vitenskapelig kunnskap. Ifølge Schön kan praktikerens utøve en form for profesjonell "kunstnerisk dyktighet" Dette er en form for dyktighet på et høyere nivå som ikke er avhengig av evnen til å beskrive hvordan man utfører oppgavene, eller beskrive hvordan den bevisste refleksjon i forhold til den kunnskap handlingen avslører. Eksempelvis lærer man å sykle og svømme uten å være i stand til å kunne gi en språklig beskrivelse som er adekvat i forhold til prestasjonen. Schön anvender her begrepet *"knowing in action"* om denne form for kunnskap som referer til den intellektuelle handling. Til tross for dette syn, mener Schön at det til en viss grad er mulig å gjøre beskrivelser av prosedyrer som skal utføres slik at beskrivelsene samlet sett kan utgjøre *"theories of action"* (Schön.1983). Men han hevder at uansett hvilket språk som anvendes, så er det konstruksjoner da det alltid er et forsøk å på å gi den tause kunnskapen en symbolsk form. I det øyeblikk denne kunnskap beskrives endrer den karakter og blir til en kunnskap som ikke skapes i selve handlingen.

I følge Schön(1983) vil en teknisk rasjonell ekspert være en praktiker som er en instrumentell problemløser og anvender vitenskapsregler kategorier og resultater i praksissituasjoner. Men slik er ikke virkeligheten, mener han. Problemene for praktikerens presenterer seg ikke i velformulerende strukturer. Slik jeg ser det i sammenheng med dokumentasjonen, kan praksissituasjonen være komplekse, ubestemmelige og ofte fylt med usikkerhet og verdikonflikter. En rutinepreget oppgave kan få et uventet forløp, de kan inneholde elementer av overraskelser. En kan da velge flere muligheter i følge Schön. Enten kan man ignorere

hendelsen, man kan reflektere etterpå se hva man kunne ha gjort annerledes eller man kan reflektere i selve handlingen. Dette kaller Schön for ”*reflection in action*” (.ibid:26). I denne handlingsprosessen kan det være nødvendig å omstrukturere handlingsstrategier, endre forståelse av fenomener eller måter å formulere problemer på. ”*Reflection in action*” gir muligheter for å handle på stedet, muligheter for samle flere data, observere fenomener og overveie deler av ”*knowing in action*” om det er en tjenelig måte å løse problemene på. Det er alltid den enkelte pasient i en aktuell sykepleiesituasjon det dreier seg om. Schön betoner at dyktig utført arbeid, må kunne gjenkjennes, vurderes og bedømmes i forhold til faglig skjønn. Det skjønn som sykepleieren utøver, er ikke vilkårlig. Det er begrunnet i kunnskap, innsikt og forståelse. I dette skjønnet ligger det implisitt et krav om dialog og kommunikasjon med pasienten og andre samarbeidspartnere. Dette harmonerer med Martinsen (2005) sitt syn som ble omtalt i kapittel 3.3. Med dette kan det konkluderes at ”*knowing in action*” ikke kan stå alene i sykepleiepraksis, men må knyttes sammen med ”*reflection in action*” for å beskytte mot utilsiktede feilaktige handlinger.

Det har utviklet seg en stadig større interesse for kunnskapsformer som ivaretar sanselige og kroppslige dimensjoner. Likeledes har vært en økende grad erkjennelse for refleksjonens plass i kunnskapsbegrepet (Nortvedt & Grimen 2004). Refleksjon aktiverer alle sider ved personligheten, både tanker og følelser. Refleksjon er en mental prosess, en indre aktivitet som forbindes med å tenke grundig og rolig gjennom et saksforhold uten ytre forstyrrelser. Det omfatter en klargjøring av egne tanker og eventuelle følelser overfor den situasjonen en har vært i (Grendstad1986). Målet med refleksjoner å lære av tidligere erfaringer og å gjøre den om til kunnskap og et utgangspunkt for nye handlingsvalg. På den måten kan man knytte sammen teori og praksis. For å bli en god praktiker kreves det at ulike ferdigheter trenes opp (Nortvedt & Grimen 2004). I denne studien forteller sykepleiere hva de dokumenterer og hvordan de tenker ved bruk av et kodeverk og standarder. Dersom sykepleieren skal beherske disse regler og prosedyrer må han i utgangspunktet ha fortrolighet med fenomenet som skal dokumenteres og må selv sanse og erfare hva som skal gjøres. På den måten kan kunnskap og forståelse utvides, og det kan frembringes et nytt perspektiv slik at nye tanker og handlingsmønstre kan skapes.

4 Metode

Det er den ontologi (hvordan en tror virkeligheten er) og den epistemologi (hvordan en kjenner virkeligheten) vi erkjenner, som påvirker vårt valg av forskningsmetode. Innenfor samfunns- vitenskapstradisjonen er det i dag den kvalitative forskningstilnærmingen som er den mest anvendbare. Dette fordi den handler blant annet om å karakterisere. Selve ordet kvalitativ viser til kvalitetene, det vil si egenskapene eller karakteristikkene ved fenomenet. Kvalitative forskningsstrategier egner seg godt for å beskrive og analysere fenomener i sin naturlige sammenheng (Repstad 1993:10). Ved å bruke kvalitative metoder får en kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger. For å få tilgang til hvordan sykepleierne tenker når de dokumenterer ble en kvalitativ forskningsstrategi valgt.

I min tilnærming til feltet har jeg teoretisk og metodisk forankret studien innenfor en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon. Fenomenologien som vitenskapstradisjon tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og den søker å få frem en dypere forståelse i enkeltpersoners erfaringer.

Ulike oppfatninger av hvordan man kan oppnå forståelse av mennesker og deres handlinger har ført til ulike perspektiver innenfor hermeneutikken. Hermeneutikken som teoretisk retning tok form som et motsvar til den naturvitenskapelige positivistiske metoden, og gjorde **forståelsen** til et hovedanliggende i motsetning til positivismens **forklaring**.

Hans Georg Gadamer (2004) regnes som den fremste representant for denne retningen. Han sier om hermeneutikken at det ikke er teknikker og fremgangsmåter som gir forståelse, men hvordan en redegjør for betingelsene for forståelsen. Utgangspunktet for hermeneutikken er at vi alltid har en forforståelse og vår forforståelse utvikles gjennom en hermeneutisk prosess. En forsøker å avsløre hva som er skjult eller oppdage en sannhet. Det henspiller på det faktum at helhet og del henger sammen på en slik måte at det enkelte bare kan forstås i lys av helheten. Her kommer den prosess som gjør seg gjeldende i forskningsarbeidet, nemlig den forståelse av saken som en bringer med seg, og de nye forståelser man erverver seg under prosessen. Gadamer sier at erfaringer som en får i livet, er sentrale for å forstå og bli forstått. Dette beskrives som "den hermeneutiske sirkel" (Gadamer 2004).

En side ved vitenskapelig arbeid er behovet for å presisere og begrepsfeste fenomener som finnes i livsverden (Thornquist 2003:90). Hermeneutikkens oppgave har alltid vært å formidle mellom ulike livsverdener, men i klassisk hermeneutikk har formidlingen handlet om historisk avstand og tekster. I den fenomenologiske hermeneutikken er oppgavene utvidet til å omfatte menneskelige verdener i samtiden (Bengtsson1999).

Fenomenologien ble grunnlagt av Edmund Husserl. Han var opptatt av å forstå kunnskap og kunnskapens natur og vilkår. Hans arbeid har vært en viktig inspirasjon for andre som har utviklet fenomenologien videre (Thornquist 2003). Filosof John Lundstøl (2002) understreker i sin artikkel ” Vitenskapelighet og praksisorientering” viktigheten av at omsorgsfagene forlater den vitenskapsoppfattelse som de tradisjonelt har anvendt og som etter hans syn er et snevert vitenskapssyn. Målet må være å utvikle ferdigheter og kunnskaper som er nødvendige for å håndtere de ulike situasjonene på en profesjonell og verdiforankret måte. Han sier videre at dette synet på vitenskap bør sikte mot en kommunikativ handlingsforståelse og kompetanse. På den måten kan faglighet videreutvikles i spenningsfeltet mellom en livsverden forståelse og systemverden. Livsverden har å gjøre med vår opprinnelige og umiddelbare kroppslige erfaring der hvor vi er åpne og engasjerte. Bengtsson (1999) refererer til Husserl som sier at livsverden tildekket av våre gjøremål og av en vitenskap som er preget av instrumentelle metoder. Gjennom blant annet refleksjon og kritisk arbeidsmåte sier Bengtsson kan en åpne opp for livsverdens muligheter og rette oppmerksomheten mot den andre og ”gå tilbake till sakerna själva”(Bengtsson 1999). Å kunne utøve god omsorg, har å gjøre med forståelse. Det vil si på hvilken måte sykepleieren kan forstå situasjonen til det enkelte menneske. De tanker og erfaringer informantene legger til grunn i sin dokumentasjon, belyser noe av dette og blir gjort til gjenstand for mine drøftinger.

Dette fokus medførte at jeg rettet meg mot kvalitative forskningsmetode. Jeg vurderte det slik at kvalitativt intervju var en hensiktsmessig fremgangsmåte for å få tak i sykepleierens framstilling. I motsetning til en kvantitativ tilnærming som går systematisk og matematisk til verks, tar kvalitativ tilnærming sikte på å fange opp samspill mellom mennesker og deres individuelle erfaringer. Jeg var interessert i fortellinger som sykepleiere satt inne med og så den informasjon som lå implisitt i deres vurderinger. Jeg har vært opptatt av å få frem hva informantene forteller om dokumentasjonen som er så dagligdags at det kan overses eller ikke tillegges betydning. Av den grunn har jeg også valgt å presentere mange sitater fra disse fortellingene.

4.1 En kvalitativ tilnærming

Det viktigste kriteriet ved valg av metode er at den må passe til det området som skal undersøkes og den teori som er valgt som teoretisk rammeverk (Kvale 2006:53).

Forskningsspørsmålene med søkelys på sykepleiernes erfaringer, opplevelser og handlinger gjorde at jeg har benyttet en kvalitativ tilnærming. Kvalitative metoder kan være dokumentanalyse, feltstudier, deltakende observasjon, informant - og responsintervju og narrativer.

Kvalitative metode skal gjøre forskeren i stand til å komme "close to the data", og jo nærmere eller tettere han kommer den virkelige verden (slik den oppleves av dem han ønsker å få kunnskaper om) jo større er muligheter for forståelse.

Formålet med det kvalitative forskningsintervju er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra den intervjuedes eget perspektiv. Intervjuernes struktur er mer likt en dagligdags samtale. Men som et profesjonelt intervju involverer det også en bestemt metode og spørreteknikk (Kvale 2006). Det halvstrukturerte intervju er delvis strukturert ved at man har formulert formålet med undersøkelsen på forhånd. Kvale (2006:77) mener man må vurdere intervju spørsmålene ut fra en tematisk og dynamisk dimensjon. Tematisk med hensyn til deres relevans for forskningstemaet og dynamisk med hensyn til de mellommenneskelige forhold i intervjuet. Tematisk skal spørsmålene forholde seg til det temaet som ligger til grunn for undersøkelsen. Dynamisk skal spørsmålene fremme en positiv interaksjon, holde samtalen i gang, og motivere informantene til å snakke om sine opplevelser og følelser. For ikke å skygge for informantenes egne erfaringer, vurderinger og refleksjoner, forsøkte jeg å være bevisst på hvordan jeg planla og gjennomførte intervjuene. Det ble særlig viktig å starte med åpne spørsmål som holdt fokus på studiens tema, men som ikke ledet informantene mot bestemte konklusjoner. Kvalitative forskningsintervju er faglige samtaler om definerte tema og de følger en viss struktur. Med tanke på at jeg er ute etter å få kjennskap til refleksjoner som informantene har til sin dokumentasjon av sykepleie, har jeg valgt å benytte meg av en semistrukturert intervjuform. Det er utarbeidet en intervjuguide Med spørsmålet " *Kan du fortelle om hvordan du tenker når du skal dokumentere sykepleie til en pasient?* " har jeg ønsket å lede informanten inn i en narrativ svarform. Deretter har jeg fulgt opp med spørsmål til fortellingene deres. Dette gjorde jeg dels for å få mer detaljert informasjon og dels for å validere gjennom å kontrollere min egen forståelse og fortolkning av fortellingene (Kvale 2006).

Utrykket narrativ stammer opprinnelig fra det greske språk hvor narrativ betyr opprinnelse. Ordet narrativ (eng.: fortelling, beretning) er en tilnærming som betegner både fenomen og metode (Kvale 2006:118). Mine informanternes ordbruk formes ofte som et narrativ. Fenomenet høres når en prøver å forstå det informantene sier under samtalene som ble ført.

Informantenes ordbruk formes som et narrativ. Dette innebærer aktiv og konstruktiv lytting, både for å fange opp informantens ordvalg og innhold, videre for å få tak i sammenhenger mellom teori og data. Metoden omfatter hele forskningsprosessen med innsamling, tolkning og transkripsjon av data i en meningssskapende prosess. Når vi beskriver et gjøremål, anvender vi ofte fortellingens form fordi den virksomheten vi beskriver ligner fortellingens struktur. En kan redegjøre for erfaringer innenfor den horisont som praksis skaper. En samtale innebærer en relasjon. Noen forteller noe til noen. Konteksten, den situasjonen fortelleren befinner seg i, og de sosiale og kulturelle forventninger som knytter seg til denne, innvirker på hva som fortelles.

I følgende sitat forklarer Schön (2001:51) at praktikerens ikke kan gjøre rede for hva som de vet fordi den kunnskap de har kommer til uttrykk gjennom handlinger og ikke gjennom språk.

”Når vi har at gjøre med den spontane, intuitive utførelse af dagligdagens forkellige handlinger, så viser det sig, at vi er vidende på en særlig vis. Det er ofte sådan, at vi ikke kan gjøre rede for, hva det er, vi ved. Når vi skal forsøge at beskrive det, kommer vi til kort, eller også kommer vi med nogle forklaringer, der helt indlysende er utilstrækkelige. Vores viden ligger som regel indbygget i vores handlemønstre og i vores fornemmelse for den materie, vi har med at gøre. Det forekommer korrekt at sige at vores viden ligger i vores handlinger.”

Ut fra dette syn kan en ikke få tak i praktikerens kunnskap ved å spørre dem. Samtalen kan derfor være en verdifull beretning om praktikerens refleksjoner i bestemte situasjoner. Kvalitativ forskning er en metode der en bestreber seg på å samle inn beskrivelser av en persons livsverden. Det innebærer aktiv og konstruktiv lytting, både for å fange opp informantens ordvalg og innhold og for å få tak i sammenhenger mellom teori og data. Metoden omfatter hele forskningsprosessen med innsamling, tolkning og transkripsjon av data i en meningssskapende prosess, som følgelig har narrative egenskaper (Gudmundsdottir, 1997). Livsverden er verden sett fra informantens perspektiv. Det er ikke bare emnet som er interessant, men også det at en kan oppnå en forståelse av hvordan personen tenker og reflekterer. På den måte kan en få frem andre sider og synspunkter som forskeren ikke har tenkt på. Narrativer kan utfolde seg ved å kontekstualisere kunnskap i tid og rom gjennom skildringer og fortalte hendelser. Det kvalitative halvstrukturente intervju vil gi muligheter for

å få tak i hvordan sykepleier reflekter og handler i forhold til bruk av kodeverk i sykepleiedokumentasjonen. Hvordan møter de en tekst? -her kodeverket. Den hermeneutiske tilnærmingen, har hatt som oppgave å forstå hva menneskene har gjort. Denne forklaringen vil også være av vesentlig betydning i min studie. Jeg ønsker å få kjennskap til hvordan sykepleier tenker ved bruk av standarder / koder i sin sykepleiedokumentasjon. Det vil derfor være av vesentlig betydning å få tak i den tanke som kan tilskrives handlingene. Fortellinger er i følge Poltinghorne(1988) en språkform som formidler meningsfull virkelighetsinnsikt. I fortellingen er kjensgjerninger og verdier innviklet i hverandre. Dette fordi fortellingen er en måte å forstå og erkjenne verden på gjennom erfaring.

Ved å gå tilbake til kapittel 3.3 for å igjen se hva Aristoteles sier i sitt phrönesis begrep hvor den praktiske visdom, den praktiske fornuft og de etiske overveielser utfolder seg i den konkrete situasjon, kan fortellingen sammensmelte kunnskap og erfaring til en fellesmenneskelig kunnskap og erfaring. Erfaring får en først når en har bearbeidet en opplevelse det vil si, har stanset opp, trått litt tilbake for å se om en ha lært noe av opplevelsen.

4.2 Utvalg og datainnsamling

Det ble fra min side valgt ut tre ulike poster. Jeg tok kontakt med leder, og de valgte ut informanter som var villige til å delta i min studie. Jeg fikk så jeg navn på seks sykepleiere. Deretter tok jeg kontakt med dem og avtalte tid og sted for intervju. Jeg har gjennomført intervju med fem sykepleiere, en ble syk, så et planlagt intervju lot seg ikke gjennomføre. Jeg hadde ikke samarbeidet med informantene tidligere. Informantene fikk muntlig informasjon om min undersøkelse av sin leder.

Gjennomføring av intervju

Alle intervjuene ble gjennomført i august og september 2008. De fikk et kort informasjonsskriv da vi møttes. Videre informerte jeg dem om mitt prosjekt muntlig. De ble også informert om muligheter for å trekke seg fra prosjektet. Det ble skrevet samtykkeerklæring i to eksemplarer, der vi fikk et eksemplar hver.

Intervjuene ble gjennomført på et kontor på informantenes arbeidssted. Intervjuene ble tatt opp på digital båndspiller

Å bruke lydbånd kan gi fordeler og ulemper. Det kan virke formelt og skummelt at alt blir tatt opp på bånd. Fordelen er at man kan ha all konsentrasjon rettet mot informantene. En annen fordel er at man kan høre på et bånd flere ganger og på den måten få korrekt sitering samt tonefall. Jeg opplevde ikke at opptaket hemmet samtalen. Vi fikk sitte uforstyrret. Jeg opplevde videre at informantene fikk si det de ville si.

På forhånd ble informantene forespeilet at intervjuet ville ta omtrent en time å gjennomføre. Det viste seg å holde.

Jeg hadde gitt lite informasjon til ledere om studiets tema, kun at tema var dokumentasjon. Jeg ønsket ikke å styre informantene i noen bestemt retning ved å fortelle om min forforståelse eller ved å konkretisere min problemstilling. Alle informantene hadde på forhånd fått et kort informasjonsskriv der formålet var meget kort beskrevet. Jeg brukte litt tid i etterkant av intervjuet der jeg fortalte mer om studiens foreløpige problemstilling og min egen motivasjon for å velge dette tema. Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide, men den fungerte mer som en huskeliste og veiledning underveis. Sykepleierne snakket alle sammen relativt fritt om temaene jeg på forhånd hadde bestemt meg for å komme inn på. Flere av temaene kom frem i løpet av deres fortellinger uten at jeg behøvde å introdusere dem.

4.3 Transkribering

Jeg transkriberte selv opptakene til tekst. I følge Kvale (2006) er denne fasen ikke bare en teknisk prosess, men en tolkningsprosess i seg selv. Jeg hørte på opptakene to ganger. Første gang jeg hørte på båndet skrev ned teksten mens jeg lyttet på båndet. Andre gangen hadde jeg teksten foran meg mens jeg lyttet, og rettet opp det jeg hadde vært unøyaktig med ved første gjennomlytting. Dette arbeidet gjorde meg oppmerksom på pauser og betoning og stemmevolum. Det markerte jeg i teksten. Jeg erfarte at lydbåndopptak kunne registrere dynamikken i samtalen selv om det ikke fanger opp deltakerens kroppsspråk og mimikk. I denne fase gjorde jeg også merknader i teksten som jeg fant interessante. I transkripsjonen har jeg tatt med alt som jeg sa og mine kommentarer.

4.4 Analyse av data

Repstad (1993) beskriver analysen av data som en prosess, der man prøver å ordne data slik at de får en struktur, samt lettere for tolkning. Kvale (2006) viser til tre ulike nivåer i meningstolkningen. Med utgangspunktet i selvforståelse fortolker man data slik den blir forstått av informantene. I en kritisk forståelse, basert på sunn fornuft, går en bredere enn en

omformulering av informantenes selvforståelse, men som ligger innenfor den konteksten av det som er allment fornuftig tolkning. I den tredje konteksten ligger det en teoretisk ramme til tolkningen. En fortolker data i forhold til teori og hva tidlige forskning sier om det tema som studeres.

I analysens første del har jeg stilt spørsmål til teksten som: Hva sier teksten noe om? Hva betyr dette? Etter hvert beveget jeg meg mer over i en kritisk tilnærming til teksten. Jeg hadde noen tema klare på forhånd, men lot teksten i størst mulig grad vokse fram etter hvert som jeg arbeidet med den.

Mens jeg arbeidet med analysen har jeg noen ganger gått tilbake til båndet for å lytte til deler av intervjuet. Dette har hjulpet meg å holde fast ved informantenes meninger.

Steinar Kvale (2006:118) påpeker faren ved å dele opp biter slik at mister det opprinnelige innholdet i en fortellende tekst.

Jeg startet med en temastyrt analyse da jeg hadde temaer allerede i intervjuguiden.

Jeg tok utskrift av det transkriberte materialet. Deretter fargela jeg de ulike tema med ulike farger slik at jeg lettere skulle få et visuelt blick over temaene. På den måten kunne jeg la empirien "tale" til meg, og kunne på den måten få tak på de data som jeg ikke allerede hadde sett. Det var en vanskelig og tidkrevende prosess, da flere utsagn like godt kunne passe på to av de kategoriene jeg hadde valgt ut. Jeg endte opp med følgende kategorier: Hva sier sykepleiere selv de dokumenter, refleksjon og samhandling, erfaringer, kunnskaper koder, fritekst, muntlig rapport og handle uten å være i stand til å uttrykke det. Etter så å ha gjennomlest hva informantene hadde fortalt vurderte jeg det dit hen å lage færre kategorier. Dette fordi jeg vurderte de enkelte uttalelse opp mot helheten av den enkelte samtale.

Kvale(2006:117) sier det slik at "*En fokusering på transkripsjonene som en samling uttalelser kan fryse intervjuet i ferdige tilbakelagte enheter, i stedet for at man behandler tekstblokkene som trinn på vei mot en kontinuerlig utfoldelse av meningen med det som er sagt*". Jeg endte da opp med følgende kategorier: *Hva sier sykepleierne selv de dokumenterer, refleksjon og samtale med kollegaer, erfaringer, koder og fritekst, handle uten å være i stand til å **utrykke det**.*

4.5 Vurdering av undersøkelsens kvalitet

Når jeg velger å legge vekt på sykepleierens egne fortellinger om dokumentasjon, må jeg være oppmerksom på at det man sier man gjør ikke alltid stemmer overens med det man

faktisk gjør. Informantene kan ha et ubevisst eller bevisst ønske om å fremstå som mest mulig kompetent. Det er allikevel grunn til å anta at det de forteller stemmer overens med det som de gjør i konkrete situasjoner. Men sykepleierens tanker vil være under påvirkning av mine oppfølgingspørsmål og kommentarer underveis.

Jeg vurderte om jeg skulle sende intervjuutskrifter til mine informanter til gjennomlesning. Hensikten med det måtte være at informantene skulle godkjenne intervjuet eller komme med kommentarer. Jeg har arbeidet så mye med transkripsjonen at jeg vurderte å ha skrevet ned det informantene kom frem med. Validering av studien må skje ved at jeg redegjør for mine analyser og tolkninger underveis.

Martinsen (2005) mener at forskeren må bruke teorier og metoder som språklig uttrykker og fanger opp det som er sykepleierens hverdag.

Jeg har forsket i en kultur jeg har god kjennskap til. Det er viktig for forskeren å være bevisst sitt eget utgangspunkt for undersøkelsen ved analysen av data. Med det mener jeg at en forsker har et visst utgangspunkt i form av hvilken faglige, politiske, kulturelle og sosiale bakgrunn han har. Hvordan en person oppfatter og forstår verden er altså preget av personens bakgrunn. Den beste måten å forholde seg til dette på, er å være det bevisst, og reflektere over sin posisjon når man trekker sine slutninger.

Et alternativ kunne være å gjøre rede for mitt forskningsmessige ståsted. En slik redegjørelse innebærer at en derimot må problematisere seg selv og sin egen rolle. Dette vil i større grad gjøre det mulig for andre å vurdere mulige påvirkninger som slike mer eller mindre implisitte ontologiske og epistemologiske forhold kan ha hatt på forskningsprosessen og dermed i neste omgang på forskningsresultatene. Det innebærer en fare for at egne fordommer og verdisyn bevisst eller ubevisst legges til grunn (Kvale 2006).

Jeg har erfart at det kan være vanskelig å få øye på det selvsagte. Underveis i intervjuet opplevde både jeg og informantene at vi satt med en felles forståelse uten at det var nødvendig med mange ord eller utdypinger. Når jeg lyttet til intervjuet hører jeg at jeg har latt være å forfølge deler av utsagn som jeg i ettertid kunne ha fått mer informasjon om. Videre tror jeg at jeg kan ha vært farget av min egen tause kunnskap om feltet. Men jeg er av den oppfatning at jeg samtidig med min kjennskap til nettopp dette fagfelt, har gitt en nyttig innsikt i mitt arbeid med datamaterialet. Med utgangspunkt i et slikt perspektiv vil det derfor være viktig å redegjøre for denne posisjonen jeg har hatt i denne studien.

4.6 Validitet og reliabilitet

Resultatene er bundet til den konteksten de er fremkommet i. Forskningen kan antyde interessante kontekstavhengige forhold. Hvordan empirien er samlet inn sier noe om studiens validitet og reliabilitet. Mitt mål er at leseren skal kunne stole på at det dreier seg om kunnskap som er fremkommet på en måte som ivaretar de grunnleggende krav som stilles til vitenskapelig studie. I analysen av empirien hadde jeg fokus på meningsinnholdet og ikke forbindelseslinjer mellom struktur og innhold. Spørsmålet om begrepsvaliditet er spørsmålet om validitetsgrunlaget for å tolke data som et uttrykk for begrep som hevdes operasjonalisert. I denne oppgaven er begrepene definert i ettertid og er ikke avgjørende for om begrepsvaliditet er et aktuelt tema.

Innenfor kvalitativ forskning har man vært opptatt av spørsmålet om hvorvidt forskningsresultatene kan overføres til å gjelde flere kontekster og tidsepoker enn det undersøkelsen omfatter. Det er ikke tilfelle i denne undersøkelsen. Studien vil ha et begrenset gyldighetsområde.

4.7 Er problemstillingene relevante

Selv om kunnskap har verdi i seg selv, er det et mål for den pedagogiske forskning at den er til nytte for den pedagogiske praksis. Resultatene i denne studien er ikke ment som oppskrifter på hvordan den praktiske hverdag skal løses. Forskningen er kontekst-bunden og har verdi der. I min drøfting av problemstillingen knyttet til forskningsambisjoner om å bidra til utvikling som har overføringsverdi, har denne studien betydning kun for den gitte kontekst. Forskningsresultatene bør betraktes som forskningsbasert kunnskap i den gitte kontekst som her er Sørlandet Sykehus En vil imidlertid muligens kunne trekke ut visse tendenser til lignende kontekster.

5 Presentasjon av det empiriske materialet

I dette kapitlet presenteres data fra intervjuene, analysert i forhold til hva sykepleiere selv sier de dokumenterer, og hvordan de tenker når de skal dokumentere i kodeverket NANDA-NIC. Da jeg skulle forsøke å finne en form for hvordan jeg skulle presentere resultatene på, har jeg støttet meg til Kvale (2006). I boken ” Det kvalitative intervju” i kapittel 12 belyser han ulike måter å presentere datamaterialet på. Han sier her at det ofte er kjedelig å lese intervjufunn som er preget av lange og ordrette sitater som blir presentert på en fragmentert

måte, og han anbefaler å dele presentasjonen i hovedpunkter (Kvale 2006:179).

Presentasjonen her er nettopp preget av sitater fra informantene, men jeg har delt kapittelet inn i fire hovedtemaer for å gi en bedre oversikt. Dette er samtidig en form for kategorisering etter tema. Sitatene er på den måten satt inn i en kontekst. Det er videre gitt kommentarer til tema som er trukket frem, og med det et håp om å gi en bredere forståelse og få synliggjort noen av de interessante uttalelser og sammenhenger som informantene har formidlet i intervju. Til slutt i dette kapittelet har jeg samlet uttalelser fra informantene i en matrise. Her er det gjort en meningsfortetting og hensikten med dette er å synliggjøre de informantbildene som jeg mener viser seg.

Kapittelet er delt inn i fire hovedtemaer. Det første hovedtema omhandler hva sykepleierne selv sier de dokumenterer. Det andre hovedtema er bruk av koder og fritekst. Det tredje hovedtema er refleksjon og samtale med kollegaer. Og det siste har fokus på handling som er vanskelig å uttrykke i ord. Undertema i kapittelet har en inndeling i strekpunkter. Denne teksten er utsagn fra informantene som samlet danner en sammenfatning av innholdet i undertema. For å vise til informantene i teksten er det brukt følgende: (I: et tall)

I= informant

Tall, 1-5 tilkjenner hvilken informant som er kilden.

5.1 Hva sier sykepleierne selv de dokumenterer

Informantene poengterer dokumentasjonsplikten. Det fremheves betydningen av dette i forhold til rettssaker og kontrollkommisjonen. I det som sykepleierne selv sier de dokumenterer, synes det som om de har to hovedinteresser å ivareta. På den ene siden er det helselovgivningen med dokumentasjonsplikt, og på den andre siden det som loven sier skal dokumenteres.

”- vi skal dokumentere det vi ser og gjør og hva er effekten av det vi gjør”

Alle informantene er opptatt av å dokumentere det som de observerer og ser. Men det er ikke bare observasjoner de forteller at de dokumenterer. De er alle tydelige på at de dokumenterer tiltak knyttet til den enkeltes pasient sine helseplager og hvilken effekt det gir for pasienten.

Alle informantene kommer inn på hvordan dokumentasjonen var før innføring av kodesystemet, og sier at etter innføring har dokumentasjonen en mindre fortellende form.

Spesielt en informant(I:5) nevner flere ganger i intervju at han er opptatt av å ikke skrive fortellinger om de observasjoner som er gjort. Han nevner dette spesielt i forbindelse med rettssaker der det må komme tydelig frem i sykepleiedokumentasjonen hva sykepleieren har

observert og gjort. Han er av den oppfatning at dette kommer bedre frem ved å systematisere dette i kode og klassefikasjonssystemet.

Dokumentasjonen skal gi et pålitelig og realistisk bilde av den helsehjelpen som gis. Den skal videre være et egnet grunnlag for vurdering og evaluering av tiltak, og må ses i sammenheng med sykepleierens virksomhetsområde. Kvalitet og kontinuitet må være styrende for dette arbeidet (Moen et al 2000:29).

Informant 1 sier det på følgende måte:

”-men jeg prøver å jobbe så godt jeg kan med dokumentasjonen, at alt skal være lagret der. For viss jeg forsvinner ut av systemet, så nytter det jo ikke at jeg tar med meg hjernen min og går, og at det ikke står noen ting der (på maskinene). Det skal jo være overførbart. For når jeg sender pasienten over til en annen avdeling, så sender jeg ikke hodet mitt av gårde, jeg må ha det på papiret. Her mener jeg vi er flinke!”

Suicidalitet eller selvmordsfare er et område informantene spesielt nevner. Her er de opptatt å få dokumentert hva de selv har observert og hvilke vurderinger som er gjort i forhold til den enkelte pasient. De forteller alle at de er spesielt oppmerksomme på å få nedtegnet mest mulig. Dette begrunner de av hensyn til pasienten og hensynet til tilsynsmyndigheter. Når det gjelder tilsynsmyndigheter sier informantene at de er opptatt av å skrive ned det som er rett. Med rett, mener de å skrive ned situasjoner uten at det legges tolkninger i disse beskrivelsene. (I:2,5) Informant 4 nevner spesielt pasientens innsynsrett til dokumentasjonen. Han forteller at tidligere erfaringer med for dårlig dokumentasjon, tilsier at en må tenke nøye igjennom hva en dokumenterer.

”Vi har nå noen pårørende som sømfarer hvert ord som vi skriver. Det er klart at da tenker en mer på det som blir skrevet. Så jeg tenker mye hva jeg skal skrive, jeg ser hvor stor betydning det har at en ikke slurver med hva en skriver(...)Og det er på grunn av erfaring av for dårlig dokumentasjon.”

Med lovfestet dokumentasjonsplikt innebærer dette en tydeliggjøring av hva er det sykepleierne gjør i sitt arbeid. Med tanke på lovverket vil en si at den pleie som er beskrevet, er den som regnes juridisk for gitt (Moen et al 2000).

Som nevnt innledningsvis har sykepleierne hatt tradisjon for å gi beskrivelser av pasientens behov, tiltak og mål for pleie. Informant 4 sier videre at foruten dokumentasjon av fakta, skriver han ned hendelser og betraktninger. I dokumentasjonen betegner han dette som egne vurderinger. Dette mener han er nødvendig da det finnes ulike syn og perspektiver å se

hendelsen fra. Også her begrunner denne informanten dette med erfaringer han gjort i tidligere dokumentasjonsarbeid.

”-det som jeg vil rapportere er min observasjon, det som jeg ser og hører via samtale vi har hatt, ja- min opplevelse av helheten på en måte, det som er med observasjonen og sånn. Det som jeg er oppmerksom på er at det er min opplevelse, jeg lærte at det er viktig å ikke være for bastant, eks ”pasienten er redd”, men ”jeg opplever at han er redd”. ”Det er viktig med formuleringen at det blir riktig, at det ikke blir for bastant, - for pasienten og jeg kan ha ulik oppfattelse av det. Men det er viktig å rapportere hva pasienten sier.”

Informant 1 viser i sin uttalelse også at han i sin dokumentasjon nedfeller observasjoner, men at det kan være utfordrende å ikke legge for mye tolkning i dette.

”-se på symptomer på depresjon eller i forhold til psykose, finne frem til kjennetegn og symptomer. Jeg tar meg selv i å ikke bare beskrive, jeg er opptatt av å beskrive kontra det å tolke. Jeg har jo skrevet tolkninger(...). Det som er viktig er å få med seg det man ser eller det pasient forteller.”

Når informantene skal dokumentere inntrykk og observasjoner til en pasient som nylige er ankommet avdelingen, gjøres dette i en fortellende form i et notat. De skriver ned sine inntrykk basert på samtale med pasienten. Ofte følger det med et informasjonsnotat som gir noen opplysninger de selv kan bringe videre i sin vurdering. Alle informantene sier at de i dette notatet ikke bruker koder. I dokumentasjonen forholder de seg til opplysninger gitt av pasienten samt sin egen opplevelse og vurdering (I:3,4). Dokumentasjonen er også anvisninger for hva det skal arbeides med. Informant 3 er tydelig handlingsrettet og sier det slik:

”-når jeg tar imot en ny pasient skriver jeg først et innkomsnotat. Videre går jeg inn på de forskjellige kodene, finner diagnosene, mål definerer jeg selv. Når det er gjort, så bruker jeg veiledende behandlingsplan og finner de ulike tiltakene.”

Informanten 5 er spesielt opptatt av at dokumentasjoner ikke skal ha en fortellende form. Han viser til at det er fullt mulig å skrive en fortelling selv i kodesystemet, men er selv av den oppfatning at den måten å dokumentere på ikke er tjenelig.

”-men til og med i de enkelte punkter vi skal skrive under så går det allikevel an å flette inn en fortelling. Det er jeg litt uinteressert i ja, - det blir unødvendige ord, det tar mye plass. Egentlig så skulle en bare ha skrevet en setning om f. eks at undertegnede gikk inn på rommet til pasienten for å vekke pasienten og ikke ” en lang

avhandling om hvor mange steg en tok! ”(...)Det er ikke mange behandlingsplaner som er fryktelig lange hos oss, vi går konkret på problemer og så tar vi utgangspunkt i det.”

Denne informanten (I:5) er av den oppfatning at detaljer ikke er så vesentlig. Han sier han setter det litt på spissen ved å uttale følgende:

”-men jeg er heller ikke interessert i brunost, nei jeg er interessert i det som er utover det normale- snakk om fire porsjoner med middag,(pause)(...) litt unødvendige opplysninger som ikke er relevante for noen ting egentlig. Vi skal dokumentere det vi ser og gjør, og hva er effekten av det vi gjør.”

Alle informantene nevner beskrivelser som: hva pasienten har gjort, spist, gått tur, oppholdt seg i fellesrom osv. Dette kan avsløre en inneforstått, men ikke uttalt enighet om hva man er opptatt av. Graden av detaljer varierer hos de ulike informantene. Når en ser på de ulike kontekstene uttalelsene er gitt fra, representerer informantene hver sin kontekst. Av den grunn vil det bli galt å trekke en slutning bare ved å se på fragmenter av en historie. Når jeg allikevel velger å trekke frem dette, så er det fordi informant 5 som er opptatt av at dokumentasjonen ikke skal inneholde for mange detaljer, har et nyansert syn på dette der detaljer er viktig ut fra en faglig begrunnelse.

”-det er veldig viktig at jeg dokumenterer hvor lenge jeg har vært sammen med pasienten, hvilke situasjoner jeg var sammen med pasienten, hvordan pasienten oppførte seg sammen med andre, æh- gjør han noe merkverdig som jeg oppfatter som vrangforestillinger, ja da blir det veldig detaljert i forhold til akkurat dette.”

Informant 2 forteller i intervjuet at det er flere andre aspekter enn bare observasjoner og effekten av tiltak som han dokumenterer. Han gir uttrykk for at aspekter knyttet til opplevelse, samhandling ikke alltid er like enkelt å få skrevet ned. Her kommer han med en ytring om at enkelte andre sykepleiere er redde for å skrive noe som ikke en kan plassere i malen for kodesystemet.

Informant 1 har denne oppfatning:

-”for meg er det menneskelig å sette seg ned og utføre en samtale med en pasient, ikke at det må stå konkret hvordan jeg skal snakke til pasienten, for da føler jeg at det blir veldig feil. Men det er noen som velger å gjøre det.”

Som en oppsummering av overstående, gis det et bilde av samstemmighet fra hva informantene sier de dokumenterer. Dette er observasjoner, tiltak og effekten av disse. Men det kommer også frem uttalelser som peker i retning på at det er utfordrende å vite hva og

hvordan dette skal synliggjøres i dokumentasjonen. Hvor detaljert skal dokumentasjonen være, og i hvilken grad og hvordan skal andre aspekter komme til syne når det anvendes kodeverk. I det underkapittel som følger videre, tar jeg opp aspektet som omhandler enkelte av de utfordringene det synes som om informantene har med hensyn til dette.

5.1.1 - savner retningslinjer for hva og hvordan de skal dokumentere.

I utgangspunktet kunne en godt tenke seg at kodeverket i seg selv kunne være retningsgivende for hvordan dokumentasjonen skulle være. Informantene sier samstemmig at de har behov for retningslinjer og utviklende råd i denne sammenheng. I følge Statens helsetilsyn (1998) er retningslinjer gjerne knyttet til klinisk praksis. I ”Retningslinjer for retningslinjer” beskriver en metode og prosess for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. De anbefalingene som gis her, kan være nyttige for journalføring.(ibid). Retningslinjer kan inneholde hva som er hensikten og hva som er nødvendig å ha med i dokumentasjonen, men også hvordan en skal dokumentere i henhold til yrkesetikk og etterrettelighet. Ofte blir veiledere og retningslinjer brukt synonymt. Dersom en skal skille mellom disse to begrep, kan en si at retningslinjer er mer bindende enn veiledere som kan være råd i daglig arbeid (Moen et al 2008:92).

Alle informantene sier dokumentasjonen gir utfordringer. Bruk av kodesystemet har for noen av informantene medført at personalet i avdelingen har fått en større grad av enighet om hva som dokumenteres. Men det sies at sykepleierne ikke har en felles forståelse for hva og hvordan det skal dokumenteres. Av den grunn savner informantene retningslinjer for dette (I:1,2,3).

Informant 1 forteller om endringer i måten å dokumentere på før og etter innføring av kodesystemet og nevner samtidig at det er forskjell på hvem og hvordan den enkelte sykepleier skriver. Med dette berøres et annet tema om kjennskap og kunnskap til teknologien, og det kan synes om det kan ha innflytelse på hva som blir dokumentert. Dette er tema som ikke vil bli drøftet i denne studien. Men det gir et interessant aspekt ved dokumentasjonen som synliggjør at bruk av nye metoder og teknologi kan virke hemmende. Informant 1 sier det slik:

”-hver gang jeg skal skrive en ny rapport så kommer denne planen opp, og viss da disse tiltakene ikke stemmer overens så endrer jeg det.(...) i dokumentasjonen følges stort sett punktene som er satt opp, men det avhenger av generasjon av sykepleiere. Den yngre generasjonen det er lettere for dem, - å følge enn de eldre drevne

sykepleiere som har arbeidet i mange år der den nye teknologien kan være hemmende. Alle er ikke like komfortable med det.”

Informantene nevner flere ganger i intervjuene at dokumentasjonen og rapportene som er informasjonsorgan mellom de ulike vaktene, tydeliggjør forskjeller og ulikheter mellom sykepleierne. Informant 3 har et markant syn på dette og sier det slik:

”-rapportene kan bli tilfeldige og personavhengige. Det kommer an på hvem det er som er på jobb akkurat den dagen og hva den mener det viktig å fokusere på.”

Alle informantene forteller at det arbeides mye med dokumentasjonen uavhengig av i hvilken grad kodeverket benyttes.

Innformant 2 forteller at han i sin dokumentasjon av tiltak også legger vekt på å synliggjøre hvilke holdinger en skal ha til pasienten. Han betegner en behandlingsplan slik:

”-en god behandlingsplan er god dersom jeg kan komme inn til en ukjent person og så forstå hva det er jeg skal gjøre, men faktisk også hvilke holdninger en skal ha til pasienten.”

Det fremheves av flere informanter at kodeverket er med på å gi en rettesnor for dokumentasjonen. (I:1,2,3,5) Informant 1 nevner spesielt at kodeverket gir en anledning til å reflektere over hva som bør dokumenteres og på den måten letter det dokumentasjonsarbeidet.

5.2 Bruk av koder og fritekst

I det følgende presenteres hva informantene sier om bruk av koder. Jeg har også valgt å trekke inn bruk av såkalt fritekst i dette kapittelet. Jeg kunne ha delt dette, men opplevde at det vil gi et for springende og lite samlende bilde av hva informantene sa.

For ordens skyld nevner jeg igjen at de kodene som omtales er i klassifikasjonssystemet til NANDA-NIC. I hvert av disse systemene er det laget et kodeverk som sykepleierne skal dokumentere etter. Ut fra disse skal så sykepleieren lage en behandlingsplan til den enkelte pasient. Det er også muligheter for å skrive en egendefinert tekst, fritekst, i tilknytning til kodene. Jeg viser for øvrig til kapittel 2.2 der dette ble nærmere omtalt.

5.2.1 - men de er for generelle.

Informantene er av den oppfatning at kodene gir for stor grad rom for tolkning. Av den grunn kan det komme fram ulike forståelser innen for samme kode. Dette gjør at anvendelsen blir mindre. De forteller også at de mener kodene er for generelle og det gir en redusert nytteverdi.

De blir av den grunn mangelfulle (I:1,2,3,4,5,). Informant 4 sier at han i liten grad benytter fritekst sier dette om bruk av kodene i klassifikasjonssystemet.

”-men de blir for generelle og det er ikke alltid like lett å se hva som har foregått under pasientens opphold i avdelingen”.

Informant 3 sier han har nytte av kodeverket, men også han forteller at kodene er generelle og at de av den grunn blir anvendt i dokumentasjonen tilfeldig. Spesielt nevnes at kodene i NIC, det vil si tiltakene, ofte bare blir en overskrift som ikke passer helt til den enkelte pasient.

”-jeg synes Nanda og Nic er til hjelp, men jeg mener jeg er flink til selv å identifisere problem og lage tiltak. Men det er veldig lett, men jeg vet ikke om det alltid blir like bra dersom en bare bruker kodeverket. Diagnosen velger en som regel riktig, men tiltakene kan bli for lett. Ja en finner noe som passer, bruker dette vilkårlig uten å tilpasse det til den enkelte.”

Standard er et bidrag til bedre systematikk og en har et godt utgangspunkt for hva en skal gjøre i forhold til pasienten. Standardoppsettet sitt faste mønster gjør det lettere å dokumentere. Dette medfører en bedre oversikt over ressurser og problemer til pasienten. Oppsummert sier fire av informantene at kodesystemet hjelper dem i å systematisere dokumentasjonen (I:1,2,3,5).

Informant 5 bruker standardoppsettet aktivt og forteller det på denne måten:

”- for jeg får beskjed om at pasienten er veldig psykotisk, greit da går jeg inn i behandlingsplan på kunnskap, utvikling og psykisk som er en del av behandlingsplan og da dokumenterer jeg ut i fra det. Og da er det ut ifra hva pasienten har sagt verbalt og hvordan han har uttrykt seg kroppslig sett i avdelingen. Ja vi dokumenterer alltid ut ifra punktene, alltid ut ifra punktene.”

Informant 4 er av den oppfatning at det er vanskelig å differensiere pasientens helseproblemer og tiltak fra hverandre. Han sier det slik:

”-av og til synes jeg det er vanskelig å vite hvor jeg skal skrive ned i forhold til Nanda sitt kodeverk. Jeg synes det ofte flyter inn i hverandre og jeg velger da ofte et punkt psykisk, mye havner der.”

Hva som skrives vil bære preg av hvem det er som skriver og den enkeltes skjønnsutøvelse. Informantene er samstemte i dette, de peker på at sykepleierne kan ha ulike kunnskaper og legge ulike perspektiver til grunn. Dette kan oppleves som positivt. Men informant 1 trekker også inn at ved å ha ulike perspektiver og forståelse for kodene, vil også bruk av kodene være ulike og dermed blir også dokumentasjonen ulik.

5.2.2 -å tenke selv.

Kodene gjør at en slipper å tenke i betydningen av at informanten selv slipper hele tiden å huske på hva som skal dokumenteres. Videre bidrar også kodeverket til å legge til rette for å hente frem tiltak fra systemet som videre settes sammen til en behandlingsplan.. Informant 5 forteller dette (han sukker)-- og sier dette er vanskelig og utfordrende.

-”nei, vi trenger ikke å tenke selv, for i det nye programmet som er kommet med behandlingsplan så ligger det ferdig behandlingsplan, tiltak, mål og alt, så visst vi skal si det litt dumt, så kan vi bare kopiere noe,... så søker jeg bare fram til noen som har hatt samme problemstilling og så kan vi bare krysse det ut oj det tiltaket vil jeg ha og det tiltaket vil ha og det passer på min pasient, jeg kan bare klippe og lime, og det er veldig enkelt igjen fordi at det lå ferdig utarbeidet.”

Informant 1 bruker kodeverket aktivt sammen med bruk av fritekst er av den oppfatning at innføringen av kodeverket fikk han til å tenke på en annen måte. Han sier han måtte tenke igjennom dokumentasjonen på en annen måte. Tidligere kunne han bare skrive ned uten å ha en referanseramme og han sier det slik.

” -Nanda fikk oss til å tenke på en litt annen måte i den forstand at en kunne ikke bare notere ned eks, depresjon en måtte se på symptomer på depresjon eller i forhold til psykose så måtte en se på symptomer i forhold til psykose, og det krevde en annen form for tenkning - Som sagt det får en kanskje til å tenke mer.”

Den samme informant 1 har mye å fortelle, og han reflekterer over sin bruk av kodeverket mens han forteller. På slutten av intervjuet sier han følgende:

”Innledningsvis sa jeg at Nanda ikke på noen måte hemmer meg, men på en måte når jeg tenker nå så gjør den faktisk det, ja.”

5.2.3 - derfor bruker vi fritekst.

Fri tekst er det motsatte av en fastlagt tekst. Informantene må dokumentere ved hjelp av kodeverket, men det er ikke satt standard for bruken av dette. Når jeg i denne studien skal undersøke hva sykepleiere sier de dokumenterer, og hvordan de tenker i forhold til et kodeverk er det interessant for denne studien å trekke frem at tre av informantene (I:1,2,5) legger stor vekt på bruk av fritekst i dokumentasjonen. En av informantene (I:3) sier at han anvender lite fritekst. Informant 4 sier det nesten ikke blir brukt. Jeg presenterer også denne informantene her. I det som til nå er presentert av funn, har en sett at informantene sier at kodene er for generelle og av den grunn er lite egnet for den enkelte pasient. Det som

informantene forteller om bruk av muligheter for fritekst kan ha ulike årsaker. Dette vil jeg komme nærmere inn på i drøfting av disse funnene. I det følgende presenteres informantenes utsagn om bruk av fritekst. Informant 2 forteller dette slik:

”-det blir for dumt å skrive støtte struktur og engasjement,(som er en kode) det skal være individuelt.

I forhold til kodeverket så blir det noen få hovedområder som blir brukt ellers synes jeg ikke at de dekker ” våre problemer”. Vi bruker miljøterapi som ikke står, her tenker jeg spesielt på de tiltakene vi utfører, for å løse dette bruker vi hovedområde i kodene og så bruker vi fritekst. Vi arbeider etter en behandlingsfilosofi innen miljøterapi. Det er ikke sikkert at de tiltak som ligger i standard samstemmer med dette og da blir det mer vanskelig, derfor bruker vi fritekst.”

Informant 5 sier det er nyttig å ha samtaler og drøftinger med kollegaer slik at de felles kan finne noe som passer, og da blir det oftest fritekst og ikke kodene i NIC som benyttes.

Friteksten kan sikre at NANDA-NIC blir individualisert og passer til den enkeltes pasients situasjon. Informant 2 viser sin skjønnsutøvelse på denne måten:

”-de veiledende tiltakene er vel generelle miljøterapeuttiltak som er naturlig at en bruker i hverdagen uten at det står noen plass. Når jeg eksempelvis skal lage tiltak på psykose så er kanskje det ene tiltaket å gi trygghet. Det kan vi ikke bruke her, vi må ha mer konkrete tiltak. Det å gi trygghet er en del av vår daglige jobb og trenger ikke settes i plan, da må vi være mer konkrete tiltak som gjelder akkurat den ene pasienten. Da blir det fritekst.”

Informant 4 gjør seg refleksjoner der han ikke har anvendt fritekst i behandlingsplaner, men kun benyttet kodene og sier det på denne måten:

”-men jeg synes den er dårlig på dette med mål. På for eksempel depresjon er målet at pasienten opplever atspredelse, det er det eneste, noen ganger lar jeg det bare stå, andre ganger skriver jeg noe fritekst. Når jeg ikke gjør noe med det, (skriver fritekst) tenker jeg på det hver gang at dette er for dårlig. Målsettingen blir da ofte sagt muntlig. Jeg skulle egentlig ønske at vi hadde utarbeidet planer selv, såkalte veiledende.”

Den samme informanten sier videre at innføringen av kodeverket ikke har påvirket hans måte å dokumentere på nevneverdig. Den fortløpende rapporten skrives som tidligere uten å ta

hensyn til hva som synliggjøres i en behandlingsplan. Han begrunner dette med at disse planene er for generelle. Videre sier han at han ikke bruker lang tid på å lage en plan og sier det slik:

*- ”jeg ser det er noe gult og grønt nede i der, (for leseren, min bemerkning: NANDA-NIC er fargekodet for å lette det visuelle synet i teksten). Men jeg lar dessverre ikke øynene gå ned. Dette fordi behandlingsplanene ofte er litt like
Det er mye av det samme som står, og jeg tror vi og jeg er for dårlige til å spesifisere og lage egne planer ved å bruke fritekst... Når jeg skal lage denne planen blir det som oftest at jeg bare klikker på de ulike kodene og ser hva som passer best”*

Informant 2 sier nesten det motsatte om tidsbruk, men hos disse to informantene er også deres bruk av kodeverket forskjellig. Informant 4 dokumenterer mest under ett punkt og der han anvender koder gjøres dette uten å benytte fritekst. Informant 2 sier han aktivt benytter kodeverket, men han knytter egendefinert tekst til kodene. Han sier videre at det er med på å bevisstgjøre hans dokumentasjon.

5.3 Refleksjon og samtale med kollegaer

Det er innarbeidet i postene rutiner for muntlig overføring av pasientopplysninger. Dette skjer vanligvis ved vaktskifte. Alle informantene poengterer verdien av disse som verdifulle ikke bare som formidling, men også som et forum for utveksling av vurderinger og erfaringer.

5.3.1 - bruker muntlig rapport

Muntlig rapport gir muligheter for å tale sammen og på den måte være oppklarende.

Dagligdagse ord og uttrykk er det som preget språket. Informantene (I:1,2,5) sier de er flinke til å bruke hverandre og at de snakke mye sammen.

”vi har hatt diskusjoner om vi skal innføre såkalt stille rapport, bare lese det som er skrevet, men for meg tenker jeg at det muligens er data som går tapt. Det er ikke mulig å få skrevet alt ned ved hjelp av standard, eksempel refleksjon, stille undrende spørsmål etc. Jeg liker godt den form for rapportgiving vi har i dag. Ikke nødvendigvis alltid, men ofte er det ikke mulig å få dokumentert alt skriftlig og da er det godt å ha det muntlige” (I:2).

De forteller at under den muntlige rapporten snakker de også om holdninger til pasienten.

Dette gjør de fordi det er vanskelig å få dette nedtegnet i dokumentasjonen (I:1,2,3,4,5).

Det er behov for samordning av tjenester og utveksling av informasjon til pasientene. Faglige drøftingsmøter, mener informantene har stor verdi for samarbeid og etablering av felles forståelse. Dette er informantene samstemmig i. Informant 3 sier rutiner er blitt endret, det blitt færre organiserte arenaer for samtale. Dette savner han, da faglig skjønn er farget av egne erfaringer og dette gir seg utslag i hva som dokumenteres.

5.3.2 - det er fordi det er enkeltpasienter som er forskjellige.

Informantene sier de opptatt av å kvalitetssikre dokumentasjonen i forhold til den enkelte pasient. For de av informantene (I:1,2,5) som bruker kodesystemet mer systematisk kan følgende være samlende for deres oppfatning.

”-det er med på å kvalitetssikre at man ikke er alene som primærkontakt når det skal skrives behandlingsplan. -Det er fordi det er enkeltpasienter som er forskjellige Da sitter vi to og snakker sammen og diskuterer, reflekterer og kommer frem til noe som er passende. Og i enkelte tilfeller så har behandler vært med i den diskusjonen hva som er hovedproblemet her og nå” (I:1,2,5).

Informant 3 er også opptatt av at dokumentasjonen og bruk av koder skal vise helsehjelp til den enkelte pasient, men arbeider ikke kollegialt om dette. Informant 4 forteller at han dokumenterer uten å anvende kodeverket og begrunner dette med at det er vanskelig å individualisere dokumentasjonen ved hjelp av standard og av den grunn skriver i en fortellende form under et punkt i kodeverket.

5.3.3 - det er skrevet slik at en forstår det.

I hvilken form og med hvilket språk dokumentasjonen fremstår i, er det delte meninger om blant informantene. Informant 1 sier han ikke er så opptatt av språklige ”fine” ord og uttrykk uten dermed å si at han ikke bruker standardene i sin dokumentasjon. Han sier det til tider kan være noe vanskelig å få en oversikt over de ulike kodene i datasystemet og at han av den grunn bruker boka til NANDA slik at han der kan bla seg frem og tilbake.

”-jeg er ikke opptatt av det skal se så flott ut. -----Jeg kan ikke si at kodesystemet hemmer meg på noe vis. Jeg opplevde nok en endring hos meg selv etter at jeg tok videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det fikk for min del meg til å reflektere mer rundt en pasientsituasjon.”

Dette kan tyde på en reflekterende holdning til anvendelsen av kodene. Jeg gikk ikke videre i samtalen med denne informanten hva han mente med endringen hos han etter endt

videreutdanning. Det kunne i og for seg vært interessant å få vite noe mer om, men grad av kompetanse er ikke tema for denne studien. Av den grunn valgte jeg å la det ligge.

5.3.4 - handle - vansker med å uttrykke det.

Informantene forteller at enkelte episoder og hendelser gir dem en spesiell ”magefølelse”. De formidler en udefinerbar følelse som minner dem om ”noe”.

5.3.5 - en magefølelse.

Det finnes situasjoner der en får en intuisjon eller fornemmelse. Informantene forteller at dette gjerne er knyttet til konkrete opplevelser og hendelser. Det finnes ulike situasjoner hvor de får en spesiell følelse. Det er noe som minner dem om noe uten at de kan få sagt det i ord. Når dette området ble berørt i intervju var samtalen preget av flere pauser og tankestreker. Dette kan ha sammenheng med vansker nettopp med å finne verbale ord på denne følelsen. De bare vet det. Dersom en følger Schön (1983) og Polanyi (2000) om hvordan erfaringer skaper kunnskap, vil erfaringer ha betydning for hvordan en reagerer og blir oppmerksom på denne følelsen.

Hva er den utløsende faktor til at informantene får denne følelsen? Er det mulig å finne en slik faktor? Dette mener jeg et interessant spørsmål i denne studien. Den refleksjonsramme som dette begrepet ”en magefølelse” har, innebærer på en måte motsatsen til kodeverk og standard. Menneske handler, reflekterer og møter verden gjennom sin kropp. I fenomenologisk perspektiv er ikke bevisstheten, det vil si følelser og refleksjon noe ikke kroppslig. Det er som levende mennesker en forholder seg til omgivelsene. Merleau-Ponty sier kroppen formidler seg som en enhet. Denne levende kroppen handler i en kontekst som danner en enhet og blir formidlet som meningsbærende (Merleau-Ponty1994).

Informant 4 formidler denne følelsen slik:

- ”hm, pause -- ----- erfaring ----- pause ---- det må det vel bli.

Når det gjelder en magefølelse som jeg kan få i forhold til en pasient er det ofte tale om bekymring. Det er situasjoner som minner meg om noe, noe jeg bare vet, vanskelig å forklare en feeling, obs obs som sies inni meg.. Dette er vanskelig å dokumentere, av og til dokumenter jeg bare obs.”

Informantene sier at ofte blir det slik at observasjoner blir dokumentert uten at handlingen en foretar seg kommer tydelig frem. De forteller at intuisjon er vanskelig å dokumentere. Det blir

som oftest at de da beskriver de forandringene som fremkommer hos pasienten. Informant 5 finner nesten ikke ord for dette og sier dette:

”-en vet at i den vanlige hverdag så har en magesfølelse på et eller annet vis - jeg vet at det er riktig, men jeg kan ikke si noe mer om det.”

5.3.6 - det faglige skjønn er farget av egne erfaringer.

Å forstå hva som skjer, det å kunne sitt fag og bruke erfaringer er sentrale deler av faglig skjønn. Informanten sier flere ganger at pasientene er så forskjellige. Av den grunn blir en hver situasjon unik, men det er allikevel visse fellestrekk. Det finnes ikke koder og standarder for enhver situasjon. Skjønn kommer til uttrykk i konkret handling. Utfordringene i daglig arbeid er mange. Det å handle klokt er ikke bare å handle gjennom prosedyrer og instruksjoner, men også i den konteksten en er i. Informantene bruker begrepet faglig skjønn når de snakker om hvordan de tenker når de setter seg ned ved datamaskinen for å dokumentere. Er det mulig å få frem det faglige skjønn i dokumentasjonen ved hjelp av et kodeverk og hvordan sier i så fall informantene at dette kommer til uttrykk?

Alle informantene sier dette er vanskelig. Samtale med kollegaer for å tilkjenne observasjoner og tolkninger er med på å gjøre helsehjelpen og dokumentasjonen noe lettere. Egne erfaringer som drøftes og løftes opp, gjør at informantene kan speile egne handlinger og betraktninger i praksis mot kollegaene sine. Informant 5 sier det slik:

”- i noen tilfeller har vi diskutert hvordan skal jeg få dette ned-- for jeg vet at det er noe. Du kan jo ikke skrive tolkninger, men en kan diskutere det i gruppa og så kan en allikevel komme fram til noe.

Vi har hatt eksempler på situasjoner som ikke er synlig nok til at jeg kan dokumentere det, da har vi i alle fall snakket om det.”

Den samme informanten forteller om en ekstrem situasjon der en pasient som hadde en adferd som informanten hadde en følelse av ikke var troverdig. Pasienten ville ikke være i fengsel, så han hadde spilt en rolle for å unnslipe andre problemer. Informant 5 sier det slik:

”- er pasienten psykotisk eller ikke, så er det heldigvis mange instrumenter vi kan ta i bruk, spørreskjema og lignende. Men de som tuller, de vil jo ikke være med på dette, de er jo veldig oppgående”.

Med bakgrunn i erfaringer og kunnskap anvendte denne informanten tiltak som det etter hvert kom frem at pasienten slett ikke hadde de helseproblemene han gav uttrykk for. Pasienten fikk da adekvat hjelp for det som egentlig var hans problem.

Der hvor informantene gir helsehjelp, men ikke klarer å sette ord på dette slik de vet de burde etter helseloven, sier informantene de forsøker å finne nærliggende begreper og områder. Informantene er dette aspektet bevisst, men de er entydige på at det faglige skjønn og erfaringene som ligger til grunn for disse vurderingene blir mangelfulle i dokumentasjonen. Informant 1 sier det slik:

”-det er enkelte ting man bare vet og som er svært vanskelig å få ned på papiret. Æh,- hva gjør man med det. En forsøker å få noe ned, men det blir ofte ikke på det vis en ønsker. Dette kommer mer fram når vi snakker sammen og reflekterer, ja det tror jeg. Det synes jeg er fantastisk måte å arbeide på, dele kunnskap og erfaringer, oppfatninger, magefølelse, ja alt. Det muntlige og refleksjon synes jeg er fantastisk.”

Informant 4 sier forklaringene kommer fram i rapporten og sier dette

”-det er mye som jeg opplever som selvsagt, jeg vet ikke om jeg skriver det, det kommer fram i det muntlige.”

I intervjuene trekker alle informantene frem vansker med å dokumentere det inneforståtte. De reflekterer i samtalen, enkelte sukker, og det blir lange pauser. Informant 2 sier det på denne måten:

”-pause,(lenge), nei dette er vanskelig, det er vanskelig å få det ned i noen planer uansett hvordan en gjør. Her er vi jo heldig som har pasientene over tid slik at vi kan få det frem muntlig. Vi har tistrekkelig med tid og stabilt kollegiale.”

Informant 2 trekker trådene tilbake før kodeverket ble tatt i bruk og sier følgende:

”-det er veldig vanskelig å få fram, det er kanskje det er blitt svekket etter at vi begynte med dette systemet. Men samtidig var det veldig vanskelig å finne det i de gamle rapportene også. Det stod så mye at det var vanskelig å finne. Men det går mye på muntlig her, spesielt disse områdene. Vi har pasientene lenge her så vi bruker nok mye det muntlige på de områdene”.

Samlet sett sier informantene at de er redd for at det går tapt en del informasjon om pasientene dersom en bare skulle ha opplesning fra det dokumenterte via datamaskinen. De sier alle det så sterkt at må suppleres med muntlig tale.

5.4 Oppsummering av funn

I det som er nå presentert, har en sett hva informantene har sagt i intervju i forhold til de fenomener som jeg mener er med på å belyse de ulike kunnskapsformene.

I følgende matrise er det laget en oversikt over de ulike informantene og deres uttalelser.

Uttalelsene er meningsfortettet i den forstand at de er redusert til enkle forkortelser hvor den egentlige mening er her gjengitt med få ord (Kvale 2006:125).

Moment	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5
Hva sier informantene de legger vekt på når de dokumenterer	<ul style="list-style-type: none"> - lover og retningslinjer - tiltak og effekter av dette, - beskrivende men ikke tolkende - ikke mange detaljer 	<ul style="list-style-type: none"> - lover og retningslinjer - tiltak og effekten - beskrivelser -observasjoner -skriver lite om holdninger 	<ul style="list-style-type: none"> - lover og retningslinjer - tiltak og effekten - symptomer 	<ul style="list-style-type: none"> - lover og retningslinjer - observasjoner - egen vurdering, konkret 	<ul style="list-style-type: none"> - lover og retningslinjer - observasjoner hva de ser, gjør og effekt av tiltak - egen vurdering - detaljert og kort -skriver lite om holdninger
Hva sier informantene om bruk av koder og fritekst og hva som vektlegges	<ul style="list-style-type: none"> - bruker koder - bruker mye fritekst fordi dokumentasjonen blir svært forringet uten dette. - tidkrevende - bevisstgjørende - bruker lite veiledende planer 	<ul style="list-style-type: none"> - bruker koder. Det som dokumenteres må passe inn i kodeverket. - bruker mye fritekst - avdelingens erfaringer er lagt til grunn i dokumentasjonen 	<ul style="list-style-type: none"> - bruker koder, - bruker fritekst av og til 	<ul style="list-style-type: none"> - bruker koder svært lite - skriver fortellende alt under et punkt - lite evaluering av planer - bruker lite tid å lage plan 	<ul style="list-style-type: none"> - bruker koder - koder gir systematikk - bruker fritekst
Hva sier informantene om kommunikasjon med andre kollegaer og informasjonsflyt	<ul style="list-style-type: none"> - skriver plan sammen med andre - dokumentasjon leses og suppleres ofte med muntlig tale 	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentasjon leses og suppleres ofte med muntlig tale 	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentasjon leses og suppleres ofte med muntlig tale -skriver plan alene basert på erfaring 	<ul style="list-style-type: none"> - skriver plan alene - dokumentasjon leses og suppleres -erfaringer trekkes fram 	<ul style="list-style-type: none"> - skriver plan sammen med andre - dokumentasjon leses og suppleres
Hva sier informantene om utfordringen med å uttrykke i ord "noe en bare vet"	<ul style="list-style-type: none"> - kodeverket medførte økt refleksjon - faglig skjønn - nødvendig å snakke sammen 	<ul style="list-style-type: none"> - finner koder basert på egne erfaringer, pasienter som har hatt samme problematikk - svekket etter innføring av kodeverket 	<ul style="list-style-type: none"> - opp til hver enkelt hva en fokuserer på i en plan - meddeler til kollegaer om en intuisjon 	<ul style="list-style-type: none"> - disse personlige kunnskaper formidles til personal- - anvender begreper som jeg opplever i dokumentasjonen 	<ul style="list-style-type: none"> - samtaler om ulike opplevelser og erfaringer - personlige kunnskaper

6 Drøfting

I kapittel 3 ble det gitt en presentasjon over de ulike kunnskapsformer som kunne forekomme i sykepleiedokumentasjonen. Disse er vitenskapelig kunnskap, praktisk kunnskap, praktisk handlingsklokskap og implisitt kunnskap. I dette kapittel vil jeg drøfte de ulike komponenter

og fenomener som jeg mener fremkommer i datamaterialet i lys av de nevnte kunnskapsformer. Det som empirien i denne studien tydeliggjør er at det har dannet seg ulike bilder av informantene. Med bilder, mener jeg, at det danner seg to tendenser over hvilke kunnskapsformer som informantene anvender når de dokumenterer. Det som jeg nå mener å kunne se, vil jeg her presentere i en matrise 2.. Den finner vi under kapittel 6.2.

Kapittelet er delt i tre hovedtemaer. Det første er kodeverket, en utfordring i dokumentasjonen? Det andre er refleksjoner over bruk av koder. Her vil jeg diskutere de to tendensene jeg mener å se i empirien og som er tydeliggjort matrise 2. Det tredje omhandler faglig skjønn og erfaringer. Dette er kunnskaper som informantene peker på, og anvender når de dokumenterer sykepleie. For ordens skyld nevner jeg igjen at den enkelte informant er benevnes slik: (I er informant og tallet står for den enkelte).

6.1 Kodeverket, en utfordring i dokumentasjonen?

Informantene (I:1,2,3,5) sier de anvender kodeverket på en slik måte at det gir en bedre oversikt og struktur i dokumentasjonen. Hensikten med kodeverket NANDA- NIC er blant annet at det skal legge til rette for helhetlig dokumentasjon og en dokumentasjon som tilrettelegger for systematikk i dette arbeidet.(NANDA, 2003:7-8) Kodeverket sin struktur er med på å kvalitetssikre dokumentasjonen. Med kvalitetssikre mener de at systemet er en form for sjekkeliste og på den måten til nytte i dokumentasjonsarbeidet.. På den måten blir det enklere å dokumentere, og dette kan igjen legge til rette for en dynamisk presentasjon av informasjon og dermed bedre lesbarhet. (I: 1,2,3,5) Dette er også i tråd både med Lov om helsepersonell og Forskrift om pasientjournal § 8 (HOD, 2001A og HOD,2001B). Kodeverket kan videre oppfattes som prosedyrer og retningslinjer og er en form for *praktisk kunnskap* eller ferdighetskunnskap som Aristoteles omtalte som *techne* (Aristoteles 1983). De sier samtidig at de savner retningslinjer for hvordan de skal anvende kodene. Slik som jeg pekte på innledningsvis kan en forstå kodeverket som en form for vitenskapelig kunnskap. I kodene ligger en faglig vurdering over hva som er anerkjent god praksis. En kan med dette forstå standard som det Aristoteles kaller *episteme*. Dette er en form for påstandskunnskap, er uforanderlig og uavhengig av kontekst (Martinsen.2003). Informantene(I:3) sier rapportene kan bli tilfeldige og personavhengige. Dette kan lede til de ulike syn på hva som den enkelte sykepleier mener er vesentlig å dokumentere. Når innformante så etterspør hvordan de skal dokumentere, synliggjøres her en refleksiv tankegang som tilsier en forståelse hos

informantene der verken vitenskapelig eller praktisk kunnskap kan stå alene. Dette er i tråd med hva Oddvar Føreland (1999) skriver i en artikkel om klassifikasjon i sykepleie, at i det praktiske helsefaglige arbeid, ikke er et spørsmål om en skal kategorisere og klassifisere eller ikke. Spørsmålet er heller hvordan en klassifiserer (Føreland 1999). I denne studien ser vi at informant (I:5) er opptatt av detaljer men samtidig er han bevisst hvilke detaljer som er viktige. Det kan tyde på et bevisst syn på hva som er vesentlig for den enkelte pasient. Det er interessant å se denne informantens bemerkning knyttet til brunosten i kapittel 5.1, hvilket sier han er opptatt av å skille det vesentlige fra det uvesentlige. Informantenes behov for retningslinjer kan ses på som et uttrykk for en mangel på felles forståelse av kodene i klassifikasjonen.

Når det anvendes et kodeverk som mal og rettesnor for dokumentasjonen, kan det medføre en hierarkisering av kunnskap (Nortvedt og Grimen 2004). Det kan med dette diskuteres på hvilket grunnlag er de ulike kodene valgt ut. Det vil føre for langt i denne studien å ta opp den diskusjonen om hva som er utvelgelseskriteriene for NANDA-NIC. Men jeg peker på det faktum at NANDA-NIC er preget av direkte oversettelse fra amerikanske forhold uten å reflektere over konteksten i Norge (Thornquist 2003).

Informantene er alle av den oppfatning at kodene er for generelle og at de av den grunn blir lite anvendbare når hensikten med kodene er å legge til rette for helhetlig dokumentasjonen. Dette er i tråd med de funn Øien (2008) gjorde i sin studie, der informantene var samstemte i at kodene var for generelle og lite tilpasset norske begreper. I følge helsepersonelloven § 39 og § 40 følger det at pasientjournalen skal reflektere pasientens situasjon og den helsehjelpen som til enhver tid er gitt pasienten (HOD.2001). Slik som det ble pekt på innledningsvis uttrykker Martinsen (2005) en bekymring over økt bruk av standardisering som kan redusere sykepleie til problemløsning og kunnskap til nettopp påstandskunnskap. Det er også fra hennes side uttrykt en bekymring over hva som velges ut til gitte standarder. Skjervheim (1974) har vært særlig opptatt av det problematiske ved å gjøre andre mennesker til objekter. I *”Objektivismen og studiet av mennesket”* drøfter han blant annet at ulike vitenskaper om mennesket har overført en teknologisk tenkning på forholdet mellom mennesker. Dette kaller han *”eit instrumentalistisk mistak”* (Skjervheim 1974). Ved å tolke handlinger etter modell av tekniske handlinger kan det føre til en kontrollerende og manipulerende sykepleie. I dette kan en se de utfordringer som alle informantene påpeker med at kodene er for generelle og dermed usikre (I:1,2,3,4,5).

Men hva som videre blir gjort med for å individualisere dokumentasjonen, i dette er informantene delt i hva de faktisk gjør.

Informant 1,2,5 bruker aktivt kodeverket og kombinerer dette med individualiserende fritekst.. Informant 3 og 4 anvender kodeverket lite, men individualiserer sin dokumentasjon ved å formidle dette i en mer narrativ form. Dette vil jeg komme nærmere inn på i kapittel 6.2.

Alle informantene ser det problematisk og utfordrende å vite hvordan en skal få dokumentert en intuisjon eller magefølelse som den enkelte har eller får i møte med pasienten.

De er samstemmige i at dette ikke er en utfordring som er dukket opp etter implementering av et kodeverk, men det er med dette satt et større fokus på hvordan denne kunnskapen skal synliggjøres. Denne kunnskapen betegnes som implisitt eller taus kunnskap. Informantene har også her ulike måter å formidle dette på. De informantene som bruker fritekst og gjennom refleksjon over hendelser som knyttes til kodeverket mener at denne kunnskapen kan tydeliggjøres noe (I:1,2,5). Dette er i tråd med det som Schön (1983) betegner som *reflection in action*. I kapittel 6.2 vil dette sammen med hvordan Nonaka mener det er mulig å gjøre noe av den implisitte kunnskapen eksplisitt bli diskutert slik som disse informantene sier de gjør. Informant 3 og 4 utelukker ikke refleksjonen. Men de er derimot ikke så tydelig i intervju på hvordan de tenker og handler i forhold til den implisitte kunnskap. Informant 3 sier han savner flere organiserte arenaer der disse forhold kan drøftes. Informant 4 sier at i sin dokumentasjon som er av narrativ karakter, nevnes subjektive opplevelser som han måtte ha, med enkle ord og uttrykk Disse følelsene og opplevelser blir også formidlet i rapportssammenheng.

Selv om informantene ikke sier det direkte og empirien ikke gir tilstrekkelig med data, mener å jeg forstå empirien dit hen at tilgjengelighet og brukervennlighet ikke fullt ut er tilfredsstillt. Det er lett ”å gå seg vill” og muligens er det en av grunnene til det informanten (I:2) sier, han anvender en papirversjon for å få et visuelt overblikk. Det kan dermed synes som om kodeverket ikke blir utnyttet etter intensjonen. Schön sin påstand er slik det ble beskrevet i kapittel 3.4 at det er vanskelig for profesjonelle å handle ut fra generell vitenskapelig praksis når ”praksis er enestående begivenheter” (1983:25). Presisjonen på dokumentasjonen blir desto mer utfordrende når informantene også opplever at standardene er usikre og generelle.. Nye ord slik som en ser i kodeverket Nanda representerer nye måter å tenke på og nye måter å organisere erfaringer (Moen et al 2008:35).

Informantene (I:1,2,5) er til tross for at de sier kodene er for generelle av den oppfatning at kodene et hjelpemiddel i å etablere felles forståelse for ulike begrep. Dette er i tråd med en av

intensjonene ved å innføre koder og klassifikasjonssystemer slik det ble pekt på innledningsvis. Karlsen (2004) fant i sin studie om dokumentasjon på psykiatriske sykehus at dokumentasjonen var preget av lokale ord og lokale forståelser av disse Dette kan ses i sammenheng med at sykepleiere har som tidlige nevnt lang tradisjon for å nedtegne såkalte rapporter om pasienten i en språkdrakt som hadde et personlig preg (Moen et al 2008:28).

6.2 Refleksjoner over bruk av koder

Slik som det fremkommer i matrise 2 og vises her i dette kapittel, synes det å ha dannet seg to grupper av informantbilder. Denne ulikheten blir mest framtrøden i hvordan disse anvender fritekst i tilknytning til kodene.. Det synes videre som om bruk av fritekst også følges av i hvilken grad informantene reflekterer over bruk av kodene sammen med andre kollegaer. I det følgende kapittel har med bakgrunn i funn fra empirien valgt å diskutere funn i to underkapitler. Det ene er informanter som reflekterer over bruk av koder og anvender fritekst. Det andre er informanter som finner koder som passer og benytter lite fritekst.

<i>Informanter(I:1,2,5) som reflekterer over bruk av koder Bruker mye fritekst</i>	<i>Informanter(I:3,4) som bruker koder "som passer" Bruker lite fritekst</i>	<i>Vurdering</i>
<p>Vitenskapelig kunnskap koder er hjelpemiddel brukes som rettesnor</p> <p>Praktisk kunnskap Kodeverket oppfattes som et godt verktøy og gir struktur</p> <p>Praktisk handlingsklokskap Bruker fritekst i tilknytning til kodene Reflektere alene eller sammen med andre kollegaer om pasientsituasjoner</p> <p>Implisitt kunnskap Forteller om behov for å bringe erfaringer og magesfølelse frem for andre, hensikt: refleksjon</p>	<p>Vitenskapelig kunnskap koder er hjelpemiddel brukes som rettesnor</p> <p>Praktisk kunnskap Kodeverket oppfattes som bruksanvisning som kan brukes,</p> <p>Praktisk handlingsklokskap Skriver i fortellende form under et punkt etter tradisjonelle metoder Samtaler med kollegaer om pasientsituasjoner. Lite refleksjon sammen med andre kollegaer.</p> <p>Implisitt kunnskap Forteller om behov for å bringe erfaringer og magesfølelse frem for andre hensikt: formidling</p>	<p>Kvalitetssikring Koder kan vise retning for dokumentasjonen, men fare for reduksjon til beskrivelser</p> <p>Overkjøre nødvendige læringsprosesser som kan hindre kunnskapsutvikling der teknologien og dens bruk ikke er tilstrekkelig kjent</p> <p>Kan stimulerer til kritisk tenkning i forhold til å bruke ulike kunnskapsformer. Bruk av fritekst kan stimulere til større faglig bevissthet.</p> <p>Kan hemme faglig debatt som kan hindre at ulike perspektiver kommer til uttrykk</p> <p>Evaluere praksis også gjennom refleksjon</p> <p>Relevant erfaringskunnskap kan gå tapt. Sykepleierne kan bli frustrerte.</p>

6.2.1 Informanter som reflekterer over bruk av koder og anvender fritekst

Selvstendig arbeid med dokumentasjonen

- ”det jeg tenker og reflekterer på er hvordan det skal bli riktig ovenfor den pasienten og forståelig for de nye som er på jobb slik at jeg får frem det jeg mener er holdninger og tiltak til pasienten klart og tydelig. Sånn at det blir en enhetlig miljøterapi samtidig som det er kort og greit.”

Informant 1 forteller om sitt bruk av NANDA-NIC før det ble implementert i Dips på denne måten

”-før vi fikk Nanda implementert i Dips så måtte jeg bruke boka Nanda bla og bla for å finne seg fram til kjennetegn og symptomer. . Jeg bruker den ennå lite grann, det merker jeg.”

Denne uttalelsen kan leses på flere måter. Det ene og det mest nærliggende, er det fagutviklende aspekt. Dette kan tyde på at informantene ønsker å ha et bevisst forhold til kodeverket og er opptatt av kompetanseheving på området. Informanten er inneforstått med at kodeverket er et verktøy som er kommet for å bli. Det andre aspektet kan være at kodeverket som sådan er vanskelig tilgjengelig på datamaskinen, og at han av den grunn finner det bedre å bruke boken. Uansett aspekt så synliggjør denne uttalelsen et reflektert syn på bruk av NANDA – NIC i dokumentasjonen.

Informant 5 sier at de ikke trenger å tenke selv når de skal lage behandlingsplan. Kodene ligger klare og det er bare å klikke seg frem til en egnet plan. Men det er ikke slik denne informanten vil dokumentere. I likhet med informant 1 og 2 legger de vekt på å reflektere over pasientsituasjoner de har for så å dokumentere helsehjelp i kodeverket.

Informant I sier at kodene i NANDA fikk han til å tenke på en annen måte når han skulle dokumentere om en pasient som var deprimert. Han måtte i langt større grad se på hvilke symptomer denne pasienten hadde. Informanten må betraktes som en erfaren praktiker, og en kan i dette se at han tar i bruk den implisitte kunnskapen. I det ligger en refleksjon som kan lede til den forståelsen Schön (1983) taler om som *reflection in action*. Begrepet praktiker kan anvendes i forhold til personer som over tid utøver noe, gjør noe som har en bestemt hensikt og mål. På den måten er det ikke den vitenskapelige kunnskapen med kodene som styrer hans praksis og dermed dokumentasjonen, men det enkelte menneske og hans livssituasjon. Han kjenner igjen situasjoner, og kan med bakgrunn i sine erfaringer foreta en form for holistisk eller helhetlig kopling gjennom refleksjonen. Vi kan videre lede disse refleksjonene til det

som Polanyi omtaler ”som vi vet mer enn vi kan si” (Polanyi 2000:16) I en slik forståelse og måte og arbeide på, kan en ane et oppgjør med positivistisk tenkemåte (Polanyi2000:16). Oppgavene som skal løses, her å finne ut hvordan det enkelte menneske har det, viser at situasjoner ikke er identiske og ikke kan løses etter forutbestemte rutiner eller bestemte standarder. De må tolkes for å skape en helhetlig mening og forståelse for den gitte situasjon for den enkelte pasient. Løsningen på situasjonene er derfor heller ikke like fra gang til gang. Det vil alltid være snakk om å anvende en form for faglig skjønn. Det betyr som Polanyi (2000) sier å kunne sette deler av en situasjon sammen til en helhetlig situasjon og på bakgrunn av tolkning og forståelse handle. Utøvelsen av denne handlingen er også en form for kunnskap, en form for handlingskunnskap. Det er vanskelig å beskrive med ord hva en konkret gjør og hvorfor en gjør hva en gjør, men handlingen bygger på en form for innsikt i både å tolke, forstå og utføre.

Kollegasamarbeid

Informantene (I:1,2,5) peker også på verdien av å samtale med kollegaer når de skal skrive ned sine rapporter. Dette kan synliggjøre betydningen samarbeid kan ha for drøfting og avklaring av helsehjelpen til den enkelte pasient.

- ”det er med på å kvalitetssikre(...) Da sitter vi to og snakker sammen og diskuterer, reflekterer og kommer frem til noe som er passende.”

Wangensteen, G., Igesund, H.(2008) konkluderer i sin studie at informantene nevner kollegasamarbeid som en viktig kilde for å finne fram til egnede koder. Dette støtter opp under de funn som også denne studien gir.

Schön (1983) sier at skal praktiker bli en kompetent praktiker må han lære seg å forholde seg til den virkelighet som en reflektert praktiker. Når dokumentasjonen skal foregå i fastlagte rammer som standarder representerer, kan det være en fare for at denne egenskapen forsvinner, ”for det står jo der!” som en av informantene sa. Schön (1983) sier at refleksjon krever en viss grad av fantasi og oppfinnsomhet. Riktignok kan en litt morsomt si, at for å finne frem til rette koder så krever det en form for fantasi. Informantene forteller at oversettelsen fra engelsk ikke alltid er like vellykket. De nevner eksempler der en må tenke seg nøye om for finne rette kode. Dersom skal benevne pårørende så heter det betydningsfulle andre eller sår heter svekket vevskvalitet (NANDA 2003). Det er nok ikke den form for fantasi som Schön (1983) her trekker frem. Hans teori om kunnskap viser en annen måte å verdsette praksis på. Vi kan se at informantene anerkjenner at kodene kan være med på å danne grunnlag for vurderinger. Men de må selv finne løsninger på de konkrete

pasientsituasjoner de står ovenfor. På den måten anvender de det teoretiske grunnlaget som er lagt i kodene, men individualiserer dette ved å bruke fritekst i tilknytning til kodene. Vi kan videre se at på denne måten som informantene bruker kodene på, så beskriver de teoretisk kunnskap (påstandskunnskap) som et hjelpemiddel for å forstå pasientens situasjon. I dette kan vi også se Kirkevold (1996) sine tanker om sammenhengen mellom vitenskapelig kunnskap og anvendelsen gjennom personlig kompetanse. Dette harmonerer ikke med Martinsen (2005) sin bekymring om bruk av standarder kan føre til at teori og praksis lever ved siden av hverandre. Slik som informantene her fremstår med sin bruk av kodeverket synes det heller som om kunnskapen er refleksiv, den er i stadig bevegelse, og vi kan her se en bevissthet knyttet til å begrepsfeste praksis. Informant I:1 sier at han vil ” *konferere med andre før jeg godkjenner det som jeg har skrevet, det har alltid vært gjenstand for en diskusjon. - standardoppsettet gir en anledning til å reflektere over hva som bør dokumenteres.(...) Dette letter arbeidet med rapportskrivning.* ” Denne uttalelsen kan også være samlende for informanter som bruker fritekst.

Utfordringene som de her tar opp, viser et reflektert syn på hvordan standardene med fritekst kan være med å danne grunnlag for god sykepleie i praksis. På den viser også informantene at har gjort seg erfaringer over bruk av koder og fritekst som gir mening for dem i arbeidet. Det ser videre ut som om informantene legger stor vekt på å hjelpe hverandre. Dette kan bety mye for motivasjon og gi inspirasjon i hverdagen. Vi kan i dette øyne Nonaka og Takeuchi(1995) sine teorier om hvordan menneskelig kunnskap skapes gjennom sosialisering og eksternalisering. Her lærer sykepleiere av hverandre gjennom kollegasamarbeid. På den måten kan implisitt kunnskap omsettes til eksplisitt kunnskap.

Muntlig rapport

Informantene sier også at bruk av muntlig rapport der de samtidig leser opp det som er dokumentert er av stor betydning. I disse samtalene er det ikke bare formidling som er i fokus, men her foregår også en utveksling av erfaring og refleksive tanker (I:1,2.5). Det kan synes som om informantene beveger seg mellom to steder på en gang i disse samtalene. For det første er det som blir lest opp fra dokumentasjonen. Og for det andre den muntlige rapport. På den måten kan informantene oppdage nye sider som de ikke har sett tidligere. Informant 2 sier at det ikke er mulig å få dokumentert alt skriftlig, så da blir undrende spørsmål og refleksjon også tatt opp under rapporten. Den refleksjonen som en ser foregår her kan også avspeile den oppfatning som informantene har om hvilken kunnskap de legger til grunn i sin dokumentasjon. I dette ser en at et tredje forhold trer fram gjennom refleksjonen, nemlig

faglig skjønn. På den måten kan denne arbeidsform kombinere eksplisitt og implisitt kunnskap også på en slik måte at ny kunnskap skapes. Videre kan en også se at samtale og refleksjon over handlinger også kan bidra til å gi en felles forståelse for de ulike begrep som kodeverket inneholder. Handlinger blir utført av konkrete personer i konkrete situasjoner. Det som informanten her reflekterer over er på hvilken måte han skal få fram sine egne betraktninger slik at andre forstår det han forstår.

Gjennom dialog med andre kan en få frem ulikheter, oppklare misforståelser og få klarhet i egne og andres tanker. Et viktig moment i denne sammenheng er ikke å få frem objektiv kunnskap, men heller en form for subjektiv kunnskap. Molander (1996) sier det slik: ”*Du viser meg hva jeg har sagt og jeg viser deg hva du har sagt*” (Molander 1996:92).

Det vil føre for langt i denne studien å gå inn på de aspekter som innebærer å etablere en felles forståelse. Poenget med å trekke det frem her, er at refleksjon også på denne måten sier noe hvordan informantene tenker når de skal dokumentere. Refleksjonen i denne sammenheng kan se ut til, å være å med på å skape mening og identitet i tilknytning til ulike begreper. Bengtson (1996) sier at refleksjon kan komme til uttrykk som ”tenkande”. Med det mener han at ved å reflektere, tenker en gjennom en situasjon for å skape mening eller for å få en dypere forståelse.

God sykepleie må forholde seg til og arbeide med å forstå *helheten* i enhver pasientsituasjon. Den preges av sykdommens uttrykk og med menneskets måte å forstå og håndtere symptomer og kjennetegn på. Opplevelsen av helsesvikt representerer pasientens livsverden. Det som pasienten sier og uttrykker er beskrivelser av den virkelighet han opplever. Klinisk praksis består av møter mellom mennesker. Sammen skaper de innhold, det formidles verbale og nonverbale utsagn som ikke alltid lar seg plassere inn i klare diagnostiske tegn eller kriterier.

6.2.2 Informanter som anvender koder som passer og bruker lite fritekst

Barrierer kan vokse frem

Informant 4 sier klart at kodeverket blir brukt svært lite i dokumentasjonen. Kodeverket blir heller ikke anvendt for å strukturere eller systematisere meningsinnholdet i dokumentasjonen. Det som informanten vil formidle, blir samlet sett skrevet under et punkt. Det kan være ulike grunner til at denne informanten har valgt dette. Det er ikke mulig å trekke en slutning av hvilken betydning dette kan gi for pasientbehandlingen. Det er ei heller hensikten i denne studien. Det er heller ikke mulig å trekke den slutning at det som denne

informanten sier og presenterer, gir grunnlag for om vedkommende ikke utfører faglig skjønn i sin sykepleie. På samme måte som sykepleieren vurderer pasienten i sin kontekst, må en også her vurdere helheten i hva som dokumenteres.

I og med at informantene ikke helt vet hvilken kode eller kategori de skal dokumentere under, sier de at det ofte blir skrevet inder ett punkt og i en narrativ form. Ord og uttrykk fra kodene blir dermed lite anvendt. Siden informantene heller ikke snakker så mye med kollegaer om hva og hvordan de dokumenterer, setter dermed hver enkelt sykepleier sitt helt spesielle preg på dokumentasjonen. Vi har tidligere i denne studien omtalt personlig kunnskap. Det kan på flere måter være vel og bra, men dersom en ikke finner frem til en felles plattform og felles språk kan det gi alvorlige hindringer for legitimering av bruk av kodeverket.

En kan stille spørsmål ved hvorfor en slik praksis får etablere seg. Vi kan anta at overgangen fra et dokumentasjonssystem til et annet vil vise ulikheter i forståelse av dokumentasjon og ulik dokumentasjonspraksis. Denne ulikheten bør få betydelig oppmerksomhet fra ledelsens side, slik at det ikke etablerer seg ulike praksiser for dokumentasjon innenfor samme behandlergruppe. Hestetun og Mølstad (2004) fant i en studie av dokumentasjon av sykepleie i sykehjem, at utvikling og bruk av veiledende pleieplaner hadde ført til bedre dokumentasjon. Men det understrekes også nødvendigheten av at det er avsettes tilstrekkelig med ressurser for å lykkes med implementeringen av dette verktøy. Dette er en utfordring i det daglige arbeidet som skjer i en avdeling. En metode for å få dette til, kan være å anvende metoden til Nonaka and Takeuchi (1995) som ble omtalt i kapittel 3.4. Her beskrives en prosess gjennom at den håndterer vekselvirkning mellom implisitt og eksplisitt kunnskap.

”Av og til synes jeg det er vanskelig å vite hvor jeg skal skrive ned i forhold til Nanda sitt kodeverk. Jeg synes det ofte flyter inn i hverandre og jeg velger da ofte et punkt- psykisk, mye havner der... Når det gjelder behandlingsplan så er det mye av det samme som står, eh, går vi inn på veiledende plan så der er det depresjon så klikk, så er det håpløshet klikk, fare for selvmord klikk”(I:4). Her ser vi at denne informanten er usikker på hva de enkelte kodene representerer. Da velger han å dokumentere på en slik måte som det tradisjonelt har blitt gjort. Den formen for dokumentasjon ble beskrevet under kapittel 2.1 om sykepleiedokumentasjon. Vi ser også at denne informanten velger å bruke kodene, når han skal skrive en behandlingsplan. Men en kan fornemme i måten dette blir sagt på at informanten ikke er helt komfortabel med dette. Kirkevold (1996) sier at vanetenkning er en trussel for utøvelsen av sykepleiefaget. Selv om det er flere fellestrekk og likheter i mange pasientsituasjoner som

tilsier at en kan dra nytte av tidligere erfaringer, er det viktig også å se nyansforskjeller i de ulike situasjoner som kan gi andre tilnærminger. En kan ikke av dette utlede at ikke informantene vet hva som skal utføres i de enkelte pasientsituasjonene, slik som Schön beskriver "knowing in action", men dette er noe som nødvendigvis ikke andre får del i. Den enkelte sykepleier blir sittende på denne kunnskapen. På denne måten blir den personlige kunnskapen ikke delt med andre. Når kompetansen er der, og det er forventninger fra en selv og omverdenen, kan presset mot å gjøre feil bli betydelig. Dette kan skape dårlig samvittighet, når sykepleieren opplever å ikke ha dokumentert på en måte som er forenelig med det som de selv står for. Vi ser på hva informantene sier: "*når jeg ikke gjør noe med det, (skriver fritekst) tenker jeg på det hver gang at dette er for dårlig*"(I:4). Dette kan være en av grunnene til at informantene har et behov for ytterligere samtaler med kollegaer slik at de får meddelt sine betraktninger. Dersom en skal se på dokumentasjonen isolert sett med bakgrunn i denne uttalelsen, kan det tyde på at dokumentasjonen her ikke gir et fullgodt bilde av den enkelte pasientsituasjon.

Savner samtale med kollegaer

Den mest naturlige og vanlige av all menneskelig aktivitet er samtalen. Men den kommer oftest nederst på listen når en skal diskutere kunnskap. Krogh et al (2005:149) sier det er ironisk at det brukes så mye tid på datateknologien, dataverktøy og datasystemer for å dele kunnskap. De hevder at betydningen av samtalen ikke kan understrekes sterkt nok. Informantene sier de har behov for flere samtaler med kollegaer. Den gjensidige utvekslingen av ideer, informasjon og betraktninger som det gis rom for i en samtale representerer det første steget i en prosess for å dele implisitt kunnskap(Krogh et al 2005:150). Gjennom samtalen kan tolkninger og resonnementer bli tydeligere. Det er mulig at ved fortsatt å holde fast på et forum for drøftelser, hvor den implisitte kunnskapen bli behandlet, ikke bare som bekreftelse på akseptert kunnskap, men også som nye oppdagelser. Det kan videre gi seg utslag i at ny kunnskap skapes (Polanyi 2000:31). Informantenes tydelige behov for samtale med kollegaer om standardene (I:3) viser at kunnskapen som ligger i standardene ikke har nevneverdig verdi dersom de ikke blitt satt inn individuell kontekst. Her involveres både implisitt og eksplisitt kunnskap gjennom samhandling. En ser at disse to kunnskapsformene er komplementære. Implisitt kunnskap blir til eksplisitt gjennom eksternalisering og eksplisitt blir til implisitt gjennom internalisering (Nonaka and Takeuchi 1995).

Helsepersonelloven(2001) pålegger sykepleiere å dokumentere den helsehjelpen som er gitt. Det gis ikke anledning til ”å bevare” informasjon i muntlig språkdrakt. Mangelfull journalføring og dokumentasjon av utførte handlinger er uforsvarlig praksis og kan bare forsvares der hovedinnholdet er dokumentert i pasientjournalen. Med bakgrunn i dette er stor grunn til å arbeide videre med å utvikle implisitt kunnskap eksplisitt

6.3 Hva med det som er vanskelig å skriftliggjøre?

Den implisitte, tause kunnskapen lever i den praktiske sykepleien i en form for praktisk kunnskap, skjønn og handlingskløkskap. Den lar seg vanskelig uttrykke i ord, en bare vet det. I dagens krav til kvalitet og dokumentasjon er det et uttalt behov for å arbeide med å sette ord på mer av den kunnskap som har vært taus.

6.3.1 Faglig skjønn

Jeg mener å se dette hos begge informantgrupper. Men jeg kan samtidig se at det faglige skjønn er tydeligere hos informanter som anvender fritekst i kombinasjon med kodene. Før vi ser på hvordan informantene i denne studien bruker faglig skjønn i dokumentasjonen, ser vi på hva informantene sier de dokumenterer. Alle informantene sier de dokumenterer hva de ser, gjør og effekten av de tiltak som iverksettes, altså vitenskapelig kunnskap, episteme og praktisk kunnskap, techne. Disse kunnskaper som kan uttrykkes i ord, klart og konsist, og her ser vi instrumentell tenkning. Dette kan spore til en objektivisering av pasienten på en slik måte som Skjervheim advarer mot i sine tekster(1974). Det som derimot taler for at informantene er seg bevisst en individualisering av bruk av kodene, er etter mitt skjønn der informantene sier de finner koder som passer (I:1,2,3,5). Data materialet er for lite til å ikke kunne anta at informantene anvender faglig skjønn i sin utøvelse av sykepleie. Informanter som bruker fritekst forteller om samtaler og refleksjon omkring bruk av koder. Denne kompetansen er ikke generaliserbar eller spesifiserbar, men personifisert. I en undersøkelse fant Dávøy (2005) at det faglige skjønnet var resultater av en aktiv og bevisst prosess. For å gjøre den personlige kunnskapen synlig, er det nødvendig å reflektere over situasjonen slik at en kan finne utløsende faktorer som gjør det mulig å til sist uttrykke denne (Polanyi 2000:26). Hvis vi går tilbake og ser på hva Polanyi sier om implisitt eller taus kunnskap så kan vi i denne studien også se at informantene vet mer enn de kan si. I denne sammenheng kan en si at informantene oppdager en kunnskap som de holder for sann. Helsepersonelloven pålegger sykepleiere å nedtegne pasientens helseproblemer. observasjoner, tiltak og vurderinger

(HOD:2001A). I dette kan en øyne en utfordring. Hvordan skal en nedtegne noe som en ikke engang har ord på, men som en opplever som sann kunnskap? Her kan igjen Polanyi (2000) være til hjelp da han sier det gir mening dersom vi innrømmer at vi kan ha en taus forforståelse av ting som ennå ikke er oppdaget. På den måten kan en forplikte seg til å tro på uavdekkede konsekvenser. Ved å nærme seg dette, kan det vise ledetråder til en skjult virkelighet (Polanyi, 2000:31-32). Informantene sier at slike situasjoner blir formidlet videre til kollegaer i muntlig rapport eller i drøftinger på en eller annen måte. Om de ikke finner ord så formidler de en forståelse og vurdering som viser faglig skjønn. De ser noe som gir grunn til undring. Dersom disse situasjoner låses fast i bestemte koder eller standard uten å knytte disse til bruk av fritekst kan det faglige skjønnet bli skjøvet ut på sidelinjen, slik som Martinsen advarer mot (Martinsen 2005). Ved å dele disse erfaringene med kollegaer eller sammen delta i handlinger, vil flere få del i noe av denne kunnskapbase. Nonaka sier den form for kunnskapsutvikling forgår gjennom det de kaller *sosialisering*. Dette ble omtalt i kapittel 3.4.

Et fellestrekk for all praktisk kunnskap, uansett begrepsvalg, er at kunnskapens opphav og kunnskapsbæreren, her sykepleieren, er uløselig knyttet sammen. To av informantene (I:2,5) påpekte at hva som blir dokumentert er avhengig av hvem som skriver. Martinsen (2005) har i sin bok "Samtalen, skjønnet og evidensen", som nevnt innledningsvis, gitt uttrykk for en skepsis når det gjelder språket i standardene. Språket, det vil si de kodene informantene velger for å beskrive en situasjon, vil langt på vei vise hvordan de tolker eller oppfatter denne. Slik det fremkommer i denne studien, får vi bekreftet at personlig kunnskap, den enkelte informants erfaringer og kontekstuelle forståelse blir synliggjort i dokumentasjonen. I dette ser vi at informantene anvender faglig skjønn, og underbygger med dette Schön (1983) sin påstand om at praktisk kunnskap er personlig.

Etikken rundt sykepleiedokumentasjonen omfatter mange aspekter og dilemma som sykepleieren må forholde seg til. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig å si at vitenskapliggjøring av dokumentasjonen i et kodeverk automatisk bidrar til god praksis. Sykepleiere må forholde seg til en foranderlig virkelighet. Det krever konkret bruk av rett kunnskap på rett tidspunkt og på rett måte. Det er altså ikke tilstrekkelig for sykepleieren å være oppdatert på den best tilgjengelige kunnskapen. *Phrönesis*, som Aristoteles beskriver må oppøves og erverves for at utøveren skal være i stand til å bruke kunnskapen på best mulig måte og utøve faglig skjønn. Det å kunne avpasse handlinger etter situasjoner kjennetegner

dyktige praktikere (Schön 1983). Livsfilosofi handler om våre erfaringer i livet, der det stilles spørsmål hva et godt liv er, og hvordan et slikt liv kan realiseres. Denne måten å arbeide på avviker fra en målrasjonell tankegang hvor helsearbeideren anvender kunnskap for å definere en situasjon, for så å anvende forskrevne handlinger. Spørsmålet hva god praksis er, er både et teoretisk og etisk spørsmål. Det er ikke tema i denne studien, men jeg finner det nødvendig å nevne dette, fordi dokumentasjonen skal avspeile de praksishandlinger som sykepleierne utfører. På den måten er også tema om god praksis også berørt indirekte.

6.3.2 Erfaringer

Erfaring er et ord som er gjennomgående hos informantene. Alle respondentene snakker om viktigheten av erfaring. Ved nærmere analyse ser jeg at erfaringsbegrepet har ulikt innhold. En snakker om erfaring i forhold til å oppøve ferdigheter i forhold til kodesystemet, og en annen taler om erfaring i henhold til utøvelsen av sykepleie. Med erfaring gjenkjenner en situasjoner og ulike momenter og husker hva som fungerer og ikke fungerer. Med erfaring opparbeider en seg et tilsvarende på mange av de utfordringene ulike situasjoner krever. Martinsen (1990:61-92) sier at kunnskap fra forskning og egne praksiserfaringer er verdifulle bidrag til refleksjon og utvikling av kunnskap for praksis. Skapt erfaring er altså forstått på basis av en plattform av kunnskap. Gjennom denne studien har informantene formidlet viktige erfaringer til meg som forsker. Det kan synes som om informantene opplever brist i sine kunnskaper om hvordan han kan anvende kodeverket. Dette kan føre til at sykepleieren føler ikke å ivareta pasienten på en tilfredsstillende måte.

I utsagnet til informant 4 som bare lar øynene gli ned over skjermen på det felte for behandlingsplan der han bare ser fargekoder, kan vi øyne at informanten ikke har så mange gode erfaringer å vise til ved bruk av behandlingsplaner. Planene er til dels like og lite anvendbare. Denne erfaringen tar informant med seg, når han skal dokumentere.

Informantene knytter sin dokumentasjon til egne ferdigheter og den situasjonen de oppfatter. De sier det slik ”- *at en har alltid noe å lære og kan gjøre det bedre.*”. På den måten viser empirien at informantene er opptatt av kompetanseheving. Erfaringskunnskap har den som over tid kan sammenligne, vurdere og nyansere situasjoner sier Dåvøy (Dåvøy 2005). Utførelsen av et arbeid inneholder elementer av kunnskap som ikke umiddelbart er tilgjengelig for andre. Denne kunnskapen blir synlig gjennom det som den enkelte er i stand til å gjøre og ikke hva vedkommende kan snakke om. Her er Nonaka og Takeuchi(1995) av

den oppfatning at gjennom refleksjon er det mulig å tak på denne usynlige kunnskapen. For å forstå helheten i pasientsituasjonen, innebærer det at sykepleieren må forholde seg til all kunnskap som berører og influerer en situasjon. Dersom en følger Aristoteles, dreier det seg om forståelsen av vitenskapen som beskriver tegnene eller uttrykkene på sykdom, å samtidig forholde seg til pasientens opplevelse av sykdom og helse.

Det er ikke henvisninger til teoretisk kunnskap som preger hvordan informantene tenker når de dokumenterer.” *Hm, pause --- erfaring - pause -- det må det vel bli*”. Dette utsagnet er samlende for informantenes uttrykk. Erfaringene kan bidra til å kaste nytt lys over situasjoner og dermed bidra til å se nye meninger. Når man har lært å gjøre en ting, kan man utføre handlinger, foreta beslutninger og justeringer uten å tenke over det. Det spontane ” det å vite hva man gjør” i selve handlingen, får det meste av oppgavene til å gå nesten av seg selv. Dermed kan en si at *phrönesis* representerer denne erfaringskunnskap. Erfaring er grunnlaget for erfaringsbasert kunnskap. Derimot trenger man en kunnskapsplattform å generere og å håndtere erfaringer innenfor. Rønningen (1990:99-128) stiller spørsmål ved om en kan bygge opp saklig erfaring dersom en ikke har regler, prosedyrer å følge og teorier å støtte meningene sine på når det gjelder observasjoner, klassifisering og pleie. I dette kan vi finne støtte hos de av informantene (I:1,2,3,5) som sier at kodeverket er til hjelp i dokumentasjonen.

I følge Eldstad & Hamran(1995) finnes det mange forskjellige erfaringer. Disse handler om utøvelsen og kunnskap i det arbeidet en skal utøve. Gjennom å vurdere og å tolke, kan nye ting oppdages. Senge (1990) presenterer den tause kunnskapen som en vev, hvor erfaringer har laget mønstre eller som påvirker hvordan vi fortolker verden. Denne vevan er førende for handlinger, da den bestemmer hvordan vi tolker vår verden. Det er ikke alltid like lett for informantene å sette ord på eller formulere tolkninger og vurderinger av konkrete hendelser eller vurderinger. Enkelte situasjoner beskrives disse som ”en følelse av, en magefølelse eller intuisjon uten at informantene begrunner dette faglig. Slik er det for mange, når vi er kjent med noe eller når vi har vært i lignende situasjoner, så ligger kunnskapen på en måte fysisk inni oss uten at vi er det bevisst eller klarer å formulere den med ord. Samtidig er det slik at der jeg i samtalen med informantene gikk grundigere og dypere inn i de enkelte situasjonene, formulerte informantene etter hvert sine tanker og vurderinger som lå til grunn for hvordan de handlet. Informant (I:1) uttrykte en slags aha opplevelse når han selv satte ord på dette og trakk fram at dette hadde han ikke tenkt på slik tidligere.

Det å gå dypere inn i enkelthendelser er en form for faglig refleksjon. I løpet av det siste tiåret er det særlig innenfor undervisning og i helsearbeid blitt rettet økt oppmerksomhet mot faglig refleksjon over praksis. Boka til Nortvedt & Grimen *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag* er et eksempel på dette. I denne blir refleksjonskunnskap forklart som bedømmende, vurderende og språklig artikulert (2004:13) Det er gjort en del forskning som konkluderer med at refleksjon over eget arbeid er en måte å fremme profesjonalitet, faglig vekst og utvikling på. Refleksjonen i møtet med pasienten søker ut mot de områder hvor vi ikke vet, men ønsker å reflektere for på den måten å handle varsomt med tanke på at en har begrenset forståelse. Refleksjon handler ikke bare om å forstå, men også om å utvide forståelsen i møtet med brukeren. Refleksjoner er overveielser og ettertanke, men det kan ikke alene være det bærende fundament for helsearbeideren. Den må også bevege seg i et samspill med forskningen. Hensikten med refleksjoner er å lære av tidligere erfaringer, og å gjøre den om til kunnskap og et utgangspunkt for nye handlingsvalg. På den måten kan man knytte sammen teori og praksis. En ønsket sideeffekt vil kunne tenkes å være at økt samarbeid om dette utløser en felles forståelse av ulike begrep samt synergieffekt i samkjørte tiltak rundt hver enkelt pasient (I:1,3,4). Dette innebærer ikke en utglidning av forskjeller, men heller en større forståelse for den enkelte situasjon. På denne måten viser informantene at de kan fremme erfaringskunnskapen og gjøre den mindre implisitt. En kan her se det som av Nonaka og Takeuchi blir betegnet som *kombinasjon*. Dette ble omtalt i kapittel 3.4. Kunnskaper utvikles av allerede innlærte kunnskaper sammen med nye kunnskaper, enten ved egen refleksjon eller sammen med andre.

Det stilles i dag krav om at utøvelsen av helsetjenester skal være kunnskapbasert. Slik jeg ser det i lys av hva informantene peker på i denne studien, må sykepleiere ha tilgang til oppdatert forskning og kvalitetssikret kunnskap samt et godt beslutningsverktøy som støtter arbeidsprosessene. Dette kan gjøres ved å øke an bruk av fritekst, som er basert ikke bare på erfaringskunnskap, men også ved å finne støtte til andre kunnskapskilder enn i et klassifikasjonssystem. På den måten kan den erfaringsbaserte, implisitte kunnskapen oppdateres og gis rom for refleksjon når den kombineres med eksplisitt kunnskap. Studien gir ikke noe svar på i hvilken grad informantene anvender dette, og det er en svakhet ved denne studien.

6.4 Oppsummering

I denne studien har det kommet fram to ulike variasjoner og aspekter hos informantene i deres måte å dokumentere i kodeverket NANDA-NIC. Jeg har valgt å tydeliggjøre dette i en matrise. Jeg har videre valgt å ta for meg de ulike områdene som har betydning for hvordan informantene tenker når de dokumenterer. Jeg kunne ha tydeliggjort denne drøfting ved å stringent ta for meg de ulike kunnskapsformer, men det ville etter mitt skjønn ikke gitt samme oversikt over de områdene som har betydning i dokumentasjonen og som tydeliggjorde en forskjell.

Det første området er kodeverket en utfordring? Kodeverket har hos fire av informantene vært med å endre deres måte å dokumentere på. Kodeverket oppleves som en utfordring. Så langt ser det ut til at informantene er av den oppfatning at klassifikasjonssystemet ikke dekker alle deler av sykepleien og behovet for individuell tilpasning til den enkelte pasient. Dette er sammenfallende med Benner (2004), som hevder at koder og standard ikke kan favne alle aspektene ved sykepleie. Men sammen med refleksjon og kritisk arbeidsmåte kan kodeverket være med på en økt bevisstgjøring med hensyn til dokumentasjonen. På den måten kan noe av den implisitte kunnskapen få større betydning for så i neste omgang muligens gjøres eksplisitt.

Empirien viser at informanter som anvender fritekst i langt større grad enn de som ikke gjør det, har en refleksiv holdning til bruk av koder. Det er dog mulig å se i denne studien at kodeverket gir en bedre struktur og oversikt i dokumentasjonen, uavhengig om det anvendes fritekst eller ikke.

Ved å anvende fritekst åpner det i større grad for å ta i bruk phrönesis begrepet til Aristoteles (1973) i dokumentasjonen. Phrönesis kommer til uttrykk i evnen til å anvende generell viten, i denne studiens kontekst kodeverket, den enkelte sykepleiers erfaringer og kombinerer dette med faglig skjønn. Bruk av NANDA-NIC viser seg i denne studien å være relevant når det gjelder generelle intervensjoner. Systemet kan i den sammenheng hjelpe sykepleieren med å underbygge en beslutning basert på vitenskapelig kunnskap, faglig skjønn og erfaring. Dernest er den et hjelpemiddel til å sikre kontinuitet og kvalitet.

Studien viser også at en stor del av kunnskapen som ligger til grunn for handlingene er implisitt, det vil si uartikulert eller ubevisst. Det betyr at standard kan være vanskelig å oversette til at det som faktisk gjøres, ofte ikke stemmer overens med beskrivelsene i

dokumentasjonen. Derfor må sykepleierne ty til muntlig språk. Dette harmonerer med Polanyi (2000) sitt syn.

Informasjonsteknologien både muliggjør og bærer i seg krav om utvikling av ferdigheter basert på intellektet. Man må evne å etablere forbindelser mellom det som kodeverket gir og det som man erfarer i det praktiske. Muntlige rapporter sammen med dokumentasjonen kan i videre arbeid med dokumentasjonen i et kodeverk se ut til å være en tjenelig arbeidsmåte.

Det kan synes som om der DIPS med NANDA-NIC legger opp til å gjøre vitenskap til gjenstand for en bredere og kritisk diskusjon, så vil Schön (1983) oppgradere verdien av praktikerens, her sykepleierens kunnskapsproduksjon. Bakgrunnen for nettopp ”*Reflection in Action*” er antagelsen om at praktikerens vet mer enn de er i stand til å fortelle. Og at den implisitte kunnskapen først kommer til uttrykk ved handling. Studien viser at refleksjon over egen praksis gjør informantene bedre i stand til å dokumentere unike og usikre situasjoner. Ved mangel på refleksjon lar også sykepleieren viktige muligheter for læring gå fra seg. En som reflekterer mens han handler, vil samtidig forske i egen praksis. På den måten kan en alternere mellom et implisitt, spontant og et eksplisitt bevisst kunnskapsmodus.

7 Til slutt

Verken vitenskap eller teknologi kan fortelle hva som er fornuftig, og hva som er det gode mål for den enkelte pasient. For å få innsikt til å skjelne mellom gode og dårlige mål, trenger vi å bruke tid på reflektert analyse og diskusjon over følgende spørsmål: Hvor er vi på vei? Hvordan anvender en et kodeverk? Og hva er ønskelig å gjøre?

Det som er avgjørende er den enkelte utøvers forståelse av nytte verdien av ulike kunnskapsformer og evne til kritisk vurdering av disse. På den måte vil ikke bare vitenskapelig kunnskap (episteme) og praktisk kunnskap (techne) være kunnskapsformer som blir anvendt. Sykepleiedokumentasjonen vil aldri kunne favne alt. Slik jeg ser det er utfordringen for helsearbeideren å utøve sin dokumentasjon i dette spenningsfeltet.

Tradisjon og kultur er begreper som er tett knyttet til hverandre. Slik det ble nevnt i innledingen har sykepleiere tradisjon på å skrive beretninger og /eller i en fortellende form. Spørsmålet som det blir betimelig å reise i denne sammenheng, er om ulike måter å bruke kodeverket på eller å dokumentere på, gir seg utslag i kunnskapsutviklingen både hos den enkelte sykepleier og i arbeidsfellesskapet. Evne til omstilling og nyorientering er nødvendig

når begreper får nytt innhold og settes inn i andre begreper og sammenhenger (Alvsvåg 2007:179). Rolf et al (1993) sier at kvalitetsprosessen i profesjonelle yrker lykkes dersom arbeideren er med. I den forbindelse nevnes refleksjon, planlegging og handling som kompetanseområder i det som betegnes som god praksis.

Der hvor sykepleierne reflekterer seg i mellom om ulike praksissituasjoner kan disse samtalerne bidra til bevisstgjøring av hvordan kodeverket kan brukes på en konstruktiv måte i dokumentasjonen. Gjennom hendelser som en selv har vært delaktig i, prøver en å oppnå en dypere forståelse. På den måte skjer det en bevegelse fra hendelse, til refleksjon over hendelsen, som så kan dokumenteres. De meninger og forståelser som på den måten skapes og formidles viser at sykepleierne anvender kunnskaper som bærer preg av Aristoteles (1973) sitt *phrönesis* og det som betegnes som klokskap.

Denne typen studier representerer en hermeneutisk prosess der deler og helheten hele tiden, virker inn på hverandre og utvikler en dypere forståelse for temaet.

Kapitler har blitt forandret ettersom det empiriske materialet kom ”dypere inn under huden og talte” Prosessen er slik at en stadig ser nye sammenhenger og så er det på an igjen. Men en masteroppgave har sine begrensinger, og så krever situasjonen at nok får være nok.

Jeg avslutter med at temaet om dokumentasjon på langt nær er utømt og vil bli gjenstand for diskusjoner i flere sammenhenger.

Vurdering av valg av teoretisk grunnlag.

Det har vært en utfordring å velge teoretisk grunnlag. Når valget falt på Aristoteles, Polanyi, Schön og Martinsen sin tenkning om ulike kunnskapsformer, så er dette ikke et tilfeldig eller bekvemmelige valg, men en bevisst søken etter litteratur som kunne danne en kontekst for dette arbeidet. Schön var for meg et naturlig valg, da han taler om hvordan praktikerne tenker og så rikt utlegger om kunnskap i handling. Når jeg knytter meg til Aristoteles er det fordi han har opererer med ulike kunnskapsformer som er nettopp det jeg var ute etter å se. I denne studien ville jeg søke etter hvordan sykepleiere tenker når de skal dokumentere i et kodeverk. Polanyi sin utlegging om implisitt kunnskap og deretter Nonaka, I. og Takenchi, H. sine redegjørelser på hvordan kunnskap skapes, har vist seg å være relevante som grunnlag for denne diskusjonen. Martinsen sine tekster om faglig skjønn har vært verdifulle bidrag i hele denne studien.

LITTERATURLISTE

- Alsvåg, H., Førland, O.,(2007): Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Akribe. Oslo.
- Alsvåg, H., Kirkevold, M., Nortvedt, F., (1993): Klokskap og kyndighet. Oslo.
- Aristoteles, (1973): *Etikk*. Oversatt og med innledning av Anfinn Stigen Gyldendal. 2. utgave 1996. Oslo.
- Ball, M.J., “*Nursing Informatics. Where Caring and Tecchnology Meet*”. Springer. NewYork.
- Bengtsson, J., (1999): Med livsvärden som grund. Studentlitteratur. Häfstad. Sverige
- Benner.P., (2004): Designing formal classification systems to better articulate knowledge, skills, and meaning practice. Am.J. Crit Care
- Bjørndal, A.,(2004) i Nygren, P., *Handlingskompetanse: Om profesjonelle personer*. Gyldendal. Oslo
- Byosière, P., (2001): A Theory of Organizat Dieerkes, M.m.fl. (Red): Handbook of Organizational Learning and Knowledge Oxford University Press
- Calgren, I. *Den särformulerade yrkeskunnskapen* i Nordisk Pedagogik. 03/1990.
- Dale, J., G., & Dale B., (2004): *Fra fritekst til faste former*. Publisert i Sykepleien 21/2004
- Ehnfors M., Ehrenberg A., Thorell- Ekstrand I., (1998):*VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell for dokumentation av omvårdnad i pasientjournalen. Vårdförbundet, Stockholm*
- Eikeland, T., (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis* Arbeidsnotat nr 6 /2004 Senter for profesjonstudier
- Eikeland, O. (2006) *Yrkeskunnskapens epistemologi* I Som gjort, så sagt? Yrkeskunnskap og yrkeskompetanse. Askerøi, E. og Eikeland, O.(red.) Høgskolen i Akershus. Forskningsserie 13/20006
- Ellingsen, G., (2000): “*Coordinating work in hospitals throug a global tool*”. Scandinavian Journal of Informations Systems. 13:7-20
- Ehnfors M., Ehrenberg A., Thorell- Ekstrand I. (1998) *VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell for dokumentation av omvårdnad i pasientjournalen. Vårdförbundet, Stockholm*
- Eriksson, K.,(1986): *Vård teknologi*. Norsredt Förlag Stockholm
- Eldstad, I, & Hamran, T.,(1995): *Et kvinnefag i moderniseringen*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- ESD-prosjektet, (2005):*Prosjektrapport. Elektronisk sykepleiedokumentasjon*.
- Helse-og omsorgsdepartementet (2001):*Statlig tiltaksplan 2001-2003. Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren*.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledningerogbrosjyrer/2001/I-1018-B.html?id=87689>

<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>.

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20001221-1385.html>.

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1062&categoryID=35>

<http://www.unn.no/category11302.html>

<http://www.kith.no>

Fagerli, L.B. (2001) *Elektronikk er ikke nok*. I Tidsskrift for sykepleien 2001;9:60-62

Foucault, M.(1980) *Power/ Knowledge : Selected Interviews & Other Writings 1972-1977*
Pantheon Books

Gadamer, H., (2004): *Sandhed og metode*. Grundtræk af en filosofisk hermeneutikk. Århus
System Academic

Gadamer,H.,(1997):*Sanning och metod i urval* Gøteborg: Dailalos

Gadamer, Hans-Georg, (2003): *Forståelsesfilosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*.
Cappelen akademisk forlag. Oslo

Gudmundsdottir, S.,(1997):*Narrativ forskning på pedagogisk praksis*. I Didaktikk: Tradisjon
og fornyelse. Festskrift til Bjørg Brandtzæg Gudem. Karseth, B., Gudmundsdottir, S
Hopman, S., (red).Universitet i Oslo.

Gustavsson, B., (2000): *Dannelse i vor tid*. Forlaget Klim. Århus

Gustavsson, B.,(2000): *Videns-filosofi*. Oversatt til dansk av Hansen, I.(2003). Klim. Århus

Gustavsson, B.,(2002): " *Vad är kunskap?*" Forskning i fokus nr.5 Myndigheten för
skolutveckling Stockholm

Hamran T. *Den tause kunnskapen*. Oslo,Universitetsforlaget 1987

Heggdal, K., (2006): *Sykepleiedokumentasjon*. Gyldendal Akademisk. Oslo

Hellesø, R.,(2005): *Ord over skigard. Informasjonsutveksling og samhandling mellom
sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før og etter innføring av elektronisk
pasientjournal*. Det medisinske fakultet. Universitetsforlaget. Oslo.

HOD (Helse- og omsorgsdepartementet (2000) Forskrift om pasientjournal

HOD (Helse- og omsorgsdepartementet.(2001A): Lov om helsepersonell
m.v.(helsepersonelloven).

HOD (Helse- og omsorgsdepartementet.(2001B):Forskrift om pasientjournal.

Jacobsen, D: I. & Thorsvik, J.,(2002): *Hvordan organisasjonene fungerer*. Fagbokforlaget.

Johannesen, K., S.,(1999): " Noen aspekter ved taus kunnskap." PLF-rapport 2/99
Universitetet. Bergen

- Jones and Bartlett Publishers Sudbury , Massachusetts.
- Jørgensen, M., og Phillips,L.,(1999) *Diskursanalyse som teori og metode*. Samfundslitteratur. Rokilde Universitetsforlag
- Karlsen, R.,(2004): *Fin i kontakten. Vanlige svakheter ved sykepleiedokumentasjonen i psykiatriske sykehusavdelinger*.
- Kirkevold, M.,(1996): *Vitenskap for praksis*. Ad Notam Gyldendal.Oslo.
- Kompetansesenter for IKT i helse- og sosialsektoren.
- Krogh, von.G., Ichijo. K., Nonaka, I., (2005): *Slik skapes kunnskap*. Oversatt av Lillejord, S., Damm. Oslo
- Kvale, S.,(2006): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal. Oslo
- Lammond D., *The information content of the nuse change of shift report*. A comparative study: Journal of Advanced Nursing 2000 (4): 794-802 i Moen A., Hellesø R., Berge A.,(2008): *Sykepleieres journalføring* Dokumentasjon og informasjonshåndtering Akribe. Oslo
- Lundstøl, J.,(2002): I praksis: faglige refleksjoner: Artikler og mindre skrifter. HIO rapport 10/2002. Høgskolen I Oslo.
- Løgstrup, K., E.,(1999): *Den etiske fordring*. Oversatt av Bodil Engen. Cappelen. Oslo.
- Malterud, K., (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget, Oslo
- Martinsen, K.,(2003): *Fenomenologi og omsorg*. Universitetsforlaget. Oslo
- Martinsen, K.,(2003): *Fra Marx til Løgstrup*. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Universitetsforlaget. Oslo
- Martinsen, K., (2003): *Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Martinsen, K (2003): *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget, Bergen
- Martinsen, K., (1990): *Omsorg sykepleien - en moralsk utfordring* i Jensen, K., (red.) Moderne omsorgsbilder. Gyldendal. Oslo
- Martinsen, K., (2005): *Samtalen, Skjønnnet og Evidensen*. Akribe. Oslo.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Kroppens fenomenologi*. Dansk utg. Det lille Forlag, Fredriksberg 1994.
- Moen, A., Hellesø R., Quive M, Berge A., (2002): *Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Akribe. Oslo.
- Moen, A., Hellesø R., Berge A.,(2008): *Sykepleieres journalføring*. Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Akribe. Oslo
- Molander, B.,(1996): *Kunnskap i handling*. Daidalos. Göteborg
- Molander, B.,(1997): *“Arbetets kunnskapsteori”*. Dialoger. Stockholm.

- NANDA,(2003): *Sykepleiediagnoser: Definisjoner & klassifikasjon, 2001-2002*. Akribe. Oslo
- NIC, (2006): *Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner*. Dochterman. J., Bulechec G., Mølstad, P., XXXX, 1032. Akribe. Oslo
- Nonaka,I., and Takenchi,H., (1995):*The knowledge-creating Company: How japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. New York. i Nonaka, I.,Toyama,R., Nonaka,I., Toyoyama, R &Byosiere(2001) : *A theory of Organizational Knowwledge Creation*. I. A Theory of Organizat Dierkes, M.m.fl. (red):*Handbook of Organizational Learning and Knowledge* Oxford University
- Nonaka, Ikujiro&Hirotaka Takeuchi (1995): *The Knoledge –Creating dompany. How Japanese Companies Create the Dynamic of Innovation*. Oxford University Press, Oxford.i Friedman K. og Olaisen J.(1999) *Underveis til fremtiden*. Fagbokforlaget Norsk Sykepleierforbunds forum.(NSFID) (2007): *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon*.
- Sewwerin, T. (1996) *En plass stolen*. Vasbyholm, MiL Publishers AB
- Nortvedt, P.,(2008): *Sykepleiens grunnlag*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Nortvedt, P., & Grimen, H., (2004): *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Polanyi, M., (2000): *Den tause dimensjonen - En innføring i taus kunnskap*. Oversatt av Erlend Ra. Spartacus forlag. Oslo.
- Poltinghorne,D.(1988) *Narrative Knowing and the Human Sciences*.Albeny NY State University of New York Press. i Sceel, M., E., 1994 *Interaksjonel sygepleiepraksis* Munksgaard København
- Repstad, P.,(1993):*Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Rolfe, G.(2000) *Reseach Truth Authority*,Macmillian Press LTD London. I: Bie,K.(2007) Å fortelle. Senter for vitenskapsteori Universitetet i Bergen
- Rooke, L., (1994): *Omvärldnad. Erfarenhet- reflektion-teori*. Studentlitteratur. Lund.
- Ruland, C., M., (2000): *"Helse og sykepleieinformatikk. Hvordan kan IKT bidra til utvikling av en bedre helsetjeneste."* Gyldendal Norsk Forlag A S. Oslo.
- Rønningen, R., (1990): *Kan omsorg profesjonaliseres?* i Jensen, K., (red.) *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal. Oslo
- Scheel, M.,E.,(1994): *Interaksjonel sygeplejepraksis.Vidensgrundlag-etik og sygepleje*. Munksgaard. København.

- Schön, D.,(1983): *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder.*Oversatt av Fiil, S. Forlaget Klim (2001) Århus.
- Skjervheim H. (2005) *Deltaker og tilskodar og Tillit til vitenskapen.* I Hellenes J. Skirbekk G. (red) Menneske. Oslo Universitetsforlaget.
- Skjervheim,H. (1976) *Eit grunnproblem i pedagogisk fi*
- Skjervheim, H., (2005): *Deltaker og tilskodar og Tillit til vitenskapen.* I Hellenes J., Skirbekk G., (red) Menneske. Oslo Universitetsforlaget.
- Statens Helsetilsyn (2000): ” *ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblem*” Norsk utgave, utgitt av Statens Helsetilsyn på oppdrag og vegne av Verdens Helseorganisasjon, WHO
- Statens helsetilsyn.(1998): *Retningslinjer for retningslinjer. Prosess og metode for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. Veileder.* Statens helsetilsyn. Oslo
- Steinsholt, K., (1997):*Refleksjon og ettertanke.* Tapir. Trondheim
- Svenningsen. S., (2004):*Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde.* Handelshøjskolens forlag. København
- Søndenå, K., (2006):*Teksten arbeider: om forsøket på å skrive lev- i levende live* i Brekke, M.,(red.) Å gripe teksten. Kristiansand Høyskoleforlag. Kristiansand.
- Thornquist, E.,(2003):*Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag.* Fagbokforlaget. Bergen.
- Valset, S.(2005):” *Veivalg i sykepleien*” Gyldendal Norsk forlag AS. Oslo
- Von Krogh, G., Dale, C.,(2007): *KPO-modellen. Kvalitetsikring-problemløsning-omsorg -en teoribasert modell for dokumentasjon av sykepleie i EPJ.* Akribe. Oslo
- Von Krogh, G., Dale, C. (1999) *Klassifikasjonssystemer i sykepleie* HIO notat 1999 nr 28
- Walderhaug Sæther, E.(2002) *Kulturer, prosesser og medvirkning ved innføring av elektronisk pasientjournal* I Tidsskrift for sykepleien 2002;15
- Wangensteen, G., Igesund, H.,(2008): *Nyttige Nanda! Evalueringsrapport. Klassefikasjonen Nanda. Klinikk for rus og spesialpsykiatri.* Universitetssjukehuset Nord Norge.
- Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C.,(2006): *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* Studentlitteratur. Lund
- Øen, G.,(2005): *Kunnskapsgrunnlag og perspektiv i utdanning innan psykososialt arbeid retta mot barn og unge. Kan brukarperspektivet og evidens basert praksis kombinerast?* Foredrag /poster ved Vest Norsk Nettverk, Forskerutdanninga. Universitet i Bergen
- Øien, L., (2007): *Kodeverk i sykepleiedokumentasjonen- ja takk?* Universitet i Tromsø

Vedlegg

1. Forespørsel
2. Samtykkeerklæring
3. Intervjuguide

Vedlegg 1

Til

.....

Forespørsel om å delta i datainnsamling i forbindelse med masteroppgave i pedagogikk, Universitetet i Agder.

Undersøkelsen er et ledd i min masteroppgave i pedagogikk ved Universitetet i Agder, Institutt for humaniora og pedagogikk, med tema: Ulike kunnskapsformer sykepleiedokumentasjon.

Oppgaven tar utgangspunkt i de utfordringer som er knyttet til dokumentasjon av sykepleie i Elektronisk Sykepleiejournal ved programvaren DIPS. Jeg ønsker å se nærmere på hvilke kunnskapsformer som er gjeldende for sykepleiedokumentasjonen i praksis, når det skal baseres i et kodeverk. Videre søker jeg å finne frem til hvilke kunnskaper sykepleiere anvender i disse sammenhenger.

Alle data som innsamles, vil være å anses som konfidensielle, og vil bli behandlet deretter.

.....

Karen Bjørnestad Havåg
Maserstudent

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring i forbindelse med deltakelse på intervjuene.

Jeg sier meg herved villig til å delta på intervju i forbindelse med datasamling til masteroppgave i pedagogikk ved Universitetet i Agder. Oppgavens tema er «Ulike kunnskapsformer i sykepleiedokumentasjon».

Jeg er innforstått med at jeg når som helst kan trekke meg fra intervjuet, og at alle opplysninger jeg har gitt blir slettet.

.....

Sign

INTERVJUGUIDE

- 1. Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier?*
- 2. Kan du fortelle hva du dokumenterer?*
- 3. Er det områder du legger mer vekt på enn andre?*
- 4. På hvilken måte oppfatter du at du får frem pasientens ressurser og behov når du dokumenterer?*
- 5. Er det områder som er mer krevende enn andre å dokumentere*
- 6. Hva gjør du da?*
- 7. Kan du fortelle om hvordan du tenker når du skal dokumentere sykepleie til en pasient,*
- 8. Kan du fortelle om dine betraktninger om kodeverket?*
- 9. Hvordan dokumenterer du opplysninger som ikke passer inn i Nanda, kodeverk*
- 10. Hva kjennetegner en god behandlingsplan?*

- 11. Hva kjennetegner pasientsituasjoner som er gjenstand for diskusjon?*
- 12. Hvordan bruker du veiledende planer når du skal lage en behandlingsplan for en pasient?*
- 13. Er det nødvendig å bruke andre arbeidsmetoder? Stikkord, muntlig*
- 14. Hvilke sentrale elementer i bruk av standardiserte planer kan bidra positivt for pasienten?*
- 15. Hva kan bidra negativt?*
- 16. Dekker kodeverket den faktiske pasientsituasjonen?*
- 17. Bruker du fritekstområdet? I så fall hvorfor, eller hvorfor ikke?*