

Språkbruk og mønstre i sykepleieres journalføring

En diskursanalyse av
behandlingsplaner og evaluerings- og vurderingsnotater
på en intensivavdeling



Nabila Sabab

Masteroppgave i interdisiplinær helseforskning

Avdeling for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15. mai 2019

Språkbruk og mønstre i sykepleieres journalføring

En diskursanalyse av
behandlingsplaner og evaluerings- og vurderingsnotater
på en intensivavdeling

© Nabila Sabab

2019

Språkbruk og mønstre i sykepleieres journalføring

Nabila Sabab

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke språkbruk og mønstre i behandlingsplaner og evaluerings- og vurderingsnotater og se på begrensninger og muligheter i klassifikasjonssystemene, samt bidra til refleksjon over hva som vektlegges og hvilke sammenhenger som etableres.

Studien har en sosialkonstruktivistisk forankring. Diskursanalyse anvendes som metodisk og teoretisk tilnærming. Studien vil særlig støtte seg på Laclau og Mouffes diskursteori. En diskurs forstås her som en språklig enhet som går utover den enkelte setning, der konteksten gir den enkelte setningen sin mening,

Dokumentasjon fra ti pasienter som alle er over 18 år og har vært innlagt på en intensivavdeling på et universitetssykehus i Norge mer enn tre døgn, har vært gjenstand for analysen.

Resultatene identifiserer to fremtredende diskurser: en *omsorgsdiskurs* og en *problemfokusert diskurs*. Diskursene har to ulike utgangspunkter, og funnene i studien viser til områder i journalføringen hvor de utfyller hverandre, men for det meste opptrer de parallelt. Studien viser at omsorgsdiskursen i det store og hele synes å spille en selvstendig og hegemonisk rolle i sykepleiernes journalføring

Studien viser hvordan diskursteori kan brukes til å skape avstand til sin egen og kollegaers praksis for å forstå journalføringen bedre. Ved hjelp av diskursanalysen ble det etablert en viss distanse, slik at deler av journalføringen kunne undersøkes nærmere og diskuteres i lys av kontekstuelle forhold og helsepolitiske føringer. Diskursanalysen kan forstås som et verktøy for å oppnå en dypere forståelse for journalføringen, dens språkbruk og mønstre.

Studien kan være et viktig bidrag til diskusjonen rundt helsepolitiske føringer og deres betydning for praksis. Funnene gir et perspektiv som kan benyttes i det videre arbeidet med utforming og bruk av klassifikasjonssystemer i sykepleieres journalføring.

Nøkkelord: Sykepleieres journalføring, diskursanalyse, NANDA, NIC, intensivavdeling

Abstract

The purpose of the master's thesis is to investigate language and patterns in nursing records, look at limitations and possibilities in the classification systems, as well as contribute to a reflection on what is emphasized and what contexts are being established.

The study has a social constructivist perspective with the understanding that the starting point of discourse is a structure of meaning. A discourse is a linguistic entity which goes beyond the individual sentence, where the context gives a sentence its meaning.

Nursing records from ten patients over the age of 18, admitted to an intensive care unit at a university hospital in Norway for a period of more than three days, has been the subject of the analysis. The study uses discourse analysis as a methodical and theoretical approach. A linguistic analysis of nurses' records will be central. The study uses Laclau and Mouffe's discourse theory.

The results demonstrate the identification of two prominent discourses; a care-focused discourse and a problem-focused discourse. The discourses have two different starting points and the findings in the study refer to areas in the journal record where they complement each other, but mostly they occur in parallel. The study shows that, in general, the care-focused discourse seems to play an independent and hegemonic role in nursing records.

The study shows how distances can be created from one's own practice and that of other colleague in order to better understand the nursing records. Using discourse analysis, a certain distance is established with a view to selecting parts of nursing records for further examination. The discourse analysis is a means of gaining a deeper understanding of nursing records and their use, as well as patterns that emerge from these. The study can make an important contribution to discussions about the health policy guidelines and their significance for practice. The findings provide a perspective that can be used in further work on the design and use of the classification systems in nursing record-keeping.

Keywords: nursing records, discourse analysis, NANDA, NIC, ICU

Forord

Jeg begynte på interdisiplinær helseforskning, UIO, på grunn av den tverrfaglige profilen masterprogrammet. Dette valget har åpnet opp for en verden jeg ikke visste eksisterte. Min hverdag ble fylt med ny innsikt, kunnskap og masse refleksjoner.

Jeg har lenge stilt meg undrende over sykepleieres journalføring. Jeg husker tydelig første gangen jeg adresserte temaet for en underviser og medstudenter. Det var interessant å oppdage at noe kunne få en ny mening når det ble satt i et annet perspektiv enn det vante.

Å avslutte masterprogrammet er en fantastisk opplevelse. Veien hit har ikke vært lett og det har vært godt å ha støttespillere.

Først og fremst en stor takk til mine to veiledere Hilde Bondevik og Anne Moen. Et bedre veiledningsteam kan man ikke ønske seg. Takk for støtten, tilliten og tålmodigheten. Jeg har vært prisgitt og takknemlig for al råd og veiledning under masterprosessen.

Takk til alle undervisere og medstudenter, spesielt Nina Hvinden, som har vist omtanke og interesse for at jeg skal komme meg igjennom forløpet. Jeg heier på deg!

Takk til Britt Andresen, Marianne Sætrang Holm og Hjerne-, lunge-, karklinikken, OUS, som har skapt plass og rom for faglig fordypelse. Kontorplassen på Gaustad er gull verd!

Viktigst av alt takk til min kjære mann, Ahmed. Du har støttet og trodd på meg igjennom hele forløpet, selv på dager hvor det har vært ekstremt vanskelig. Uten deg hadde dette aldri vært mulig. Takk til mine kjære barn, Ilham og Bilal. Dere har sørget for avbrekk fra studiene og fylt dagene med kos og kjærlighet.

Nabila Sabab, våren 2019

Innholdsfortegnelse

1	<i>Innledning</i>	11
1.1	Studiens kontekst	13
1.1.1	Intensivavdelingen – påvirkning på journalføring	14
1.1.2	Begrepsavklaring	14
1.2	Bakgrunn og litteratursøk	16
1.3	Studiens hensikt og problemstilling	20
2	<i>Teoretisk innfallsvinkel</i>	21
2.1	Sosialkonstruktivisme	21
2.2	Diskursteori	22
3	<i>Metoderefleksjon</i>	26
3.1	Utvalg	26
3.2	Utvalgsprosedyre	27
3.3	Etiske vurderinger	29
3.3.1	Tillatelser	30
3.3.2	Behandling av anonymitet	31
3.4	Forforståelse	31
4	<i>Analysestrategi</i>	33
4.1	Analysespiral	33
4.2	Reliabilitet og validitet	40
5	<i>Konklusjon</i>	42
5.1	Diskursene i sykepleieres journalføring	42
5.2	Et konfliktylt forhold i sykepleieres journalføring	47
6	<i>Litteraturliste for kappen</i>	51
7	<i>Artikkel</i>	57
8	<i>Vedlegg:</i>	73
	1. Forfatterveiledning	73
	2. Følg brev til redaktør	81
	3. Søknad til forskningsfeltet	82
	4. tilgang til forskningsfeltet	84
	5. tilgang til forskningsfeltet	85

1 Innledning

Jeg har utdanning som intensivsykepleier fra Danmark. Arbeidet på en intensivavdeling preges av pasienter som er akutt og/eller kritisk syke, og som har behov for kontinuerlig overvåkning og pleie for å opprettholde livsviktige funksjoner. En intensivavdeling er høyteknologisk, og stiller krav om bruk av svært avansert medisinsk-teknisk utstyr. Sykepleien er omfattende og teknisk avansert, og det kreves høy kvalitet på journalføringen. Overgangen fra dansk til norsk journalføring har ikke vært vanskelig og mye har vært direkte overførbart; dette gjelder både evalueringer, vurderinger, tiltak og problemstillinger knyttet til sykepleien.

Som intensivsykepleier er jeg opptatt av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, hvor det presiseres at sykepleiere har et faglig, etisk og personlig ansvar for å sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten.

Jeg har jobbet på forskjellige sykehus, og hver gang har jeg stilt meg nysgjerrig overfor sykepleiernes journalføring. Erfaringsmessig har sykepleiere en bestemt måte å føre pasientjournal på som både er lik og gjenkjennelig, men som gjerne kan ha noen lokale særtrekk.

Sykepleiernes journalføring har vært fylt med fritekst skrevet i et språk som for meg som sykepleier ikke har vært vanskelig å forstå. I 2014 skjer det imidlertid en endring av praksis gjennom innføringen av DIPS (Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus). Dette er et nytt administrativt system og en ny elektronisk pasientjournal, som medfører en ny måte å journalføre sykepleien på. Behandlingsplanene blir det styrende dokumentet. I tillegg skal journalen ikke skrives som fritekst, men ved utstrakt bruk av klassifikasjonssystemene NANDA og NIC.

Helsepolitiske føringer har siden 1996 fokusert på innføring av en standardisert terminologi i sykepleieres journalføring (NOU 1997: 26, 1997). Enhetlig bruk av klassifikasjonssystemer er viktig for en lang rekke forhold i helsetjenesten, fordi dette antas å åpne opp for gjenbruk av data til kvalitetsforbedring, styring og forskning. Denne utviklingen påvirker sykepleieres journalføring og stiller krav om endring av praksis. I forbindelse med sykepleieres journalføring har der de siste to årtiene vært fokus på elektroniske pasientjournaler og de mulighetene de gir (Vabo, 2018).

De samfunnsmessige forholdene som journalføringen har oppstått og utviklet seg i, har betydning for hvordan journalføringen skal forstås i dag. Hvilke retningslinjer og rammer for dokumentasjon eller dokumentasjonsparadigmer som er toneangivende, har utviklet seg over tid.

Moen, Quivey, Mølsted, Berge, og Hellesø (2008) presenterer en historisk oversikt over sentrale utviklingstrekk i sykepleieres journalføring. På slutten av 1800-tallet var sykepleieres journalføring omtalt som «sykeberetninger», og her var kravet at sykepleieren skulle beskrive presise observasjoner og sørge for konkret overlevering av fakta. I forbindelse med sykepleieres journalføring er Florence Nightingale (1820-1910) en sentral historisk person. Hun så blant annet viktigheten av at sykepleiere journalførte sin virksomhet. I norsk sammenheng finnes beskrivelser om sykepleien fra ca. 1870, og diakonissen Rikke Nissen (1834-1892) utga den første norske læreboken om sykepleie i 1877. Frem mot 1940 nedtones sykepleiefagets innhold og utvikling for å støtte de ulike medisinske spesialitetene som utviklet seg. I 1941 utkom et nytt læreverk som i norsk sammenheng igjen satte fokus tilbake på sykepleiefaget, der sykepleieres journalføring også fremheves. I tiden opp mot 1980-tallet etableres det tydeligere retningslinjer for og krav til sykepleieres journalføring. Sykepleieprosessen introduseres og kardex-systemer innføres. Kardexkortene bidro til struktur, og førte til at journalføringen ble mer individuell, kontinuerlig og oversiktlig. Rundt 1980-tallet endrer rammene seg igjen. Norsk sykepleierforbund godkjenner de første etiske retningslinjene i 1983, sykepleieres journalføring blir integrert i pasientjournalen i 2001, og dokumentasjonsplikten lovfestes. Det har siden vært arbeidet for å strukturere og standardisere sykepleieres journalføring, og internasjonale klassifikasjonssystemer oversettes og implementeres (Moen et al., 2008; Vabo, 2018).

Dette viser til sykepleiernes lange tradisjon med å beskrive og dokumentere egen virksomhet. Dette startet som en fortellende tekst, uten at noen standardiserte eller kodete begreper ble benyttet før i dagens behandlingsplaner med sin definerte struktur og kodeverk. Det er imidlertid ikke slik at den ene praksisen avløser den andre; det dannes hybrider, der ulike omtaler og skrivemåter eller diskurser både kan komplementere hverandre eller stå i kontrast. I denne masteroppgaven vil jeg særlig ha fokus på og belyse de språklige forholdene i sykepleieres journalføring. Diskursanalyse er en kritisk analyse av etablerte skrivemåter, og i denne studien ønsker jeg å problematisere sykepleieres journalføring i lys av Ernesto Laclau og Chantal Mouffes diskursteorier.

Masteroppgaven består av en såkalt kappe og en vitenskapelig artikkel. I kappen, som kontekstualiserer studien, vil det bli lagt særlig vekt på de metodiske aspektene av prosessen. Kappen innledes med et kapittel hvor jeg beskriver studiens kontekstuelle rammer og redegjør for tidligere forskning, før oppgavens hensikt og problemstilling blir fremlagt. I kapittel to blir studien forankret vitenskapsteoretisk, og det blir gjort nærmere rede for den diskursteoretiske retningen som ligger til grunn for analysen av data. I kapittel tre og fire presenteres metodiske refleksjoner knyttet til studiens design, datainnsamling og analyse. Studiens funn blir diskutert mer overordnet i kappens siste kapittel. I artikkelen ligger hovedfokuset på å belyse de empiriske funnene fra studien, og det er særlig språkbruken og mønstrene i sykepleieres journalføring som her undersøkes og diskuteres i et diskursanalytisk perspektiv.

1.1 Studiens kontekst

Resultater fra kvalitativ forskning skal ikke generaliseres, men ses i lys av de omgivelsene og rammene som har ligget til grunn for dem. Derfor er kontekstualisering viktig i kvalitativ forskning. Ved å beskrive konteksten kan overførbarheten til andre situasjoner vurderes. Viktige kontekster i denne studien er de helsepolitiske føringene for sykepleieres journalføring og den institusjonelle rammen der min studie ble foretatt – en intensivavdeling.

I 1991 utga Helsedirektoratet et rundskriv om journalføring og oppbevaring som skulle vise seg å få stor betydning. I skrivet presiseres blant annet viktigheten av at pasientjournalen gir et best mulig bilde av den pleien og behandlingen pasientene får. Dette ble fulgt opp av Helsetilsynet i 1994, som utga anbefalinger om ytterligere systematisering av pasientjournalen. Rundt årtusenskiftet ble det gjennomført omfattende endringer i norsk helselovgivning. Lovene skulle tjene som styringsmidler for å gjennomføre helsepolitiske mål. Plikten til å føre journal er først og fremst begrunnet i hensynet til kvalitet, kontinuitet og faglig forsvarlig helsehjelp (Vabo, 2018). Innenfor de siste to årtiene har det vært en økt helsepolitisk interesse for sykepleieres journalføring. Journalføring kan genere data som kan gi innsikt i og kunnskap om hva som fungerer i pasientbehandlingen, hva som ikke fungerer, og hva som bør endres eller utvikles. Journalføringen utgjør således en grunnleggende forutsetning for kunnskapsbasert helsepolitikk og tjenesteutvikling.

1.1.1 Intensivavdelingen – påvirkning på journalføring

Intensivavdelinger er preget av høyteknologisk utstyr og overvåking for å yte helsehjelp til kritisk syke pasienter. En pasient ligger på en intensivavdeling når det foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner. Bemanningen av sykepleiere per pasient er høyere enn på ordinære sengeposter. I denne studien forstås *sykepleiere* som en felles betegnelse på alle de sykepleierne som arbeider på en intensivavdeling. Sykepleien på en intensivavdeling er spesialisert i form av akutt og/eller kritisk syke pasienter, og innebærer blant annet å delta aktivt for å gjenopprette pasientens helse. Målet er å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak. Det skal alltid foreligge en behandlingsplan for pasienter som er innlagt på en intensivavdeling. Her skal pasientens behov og sykepleiernes tiltak beskrives. I tillegg til å oppdatere individuelle behandlingsplaner skal sykepleiere skrive evaluerings- og vurderingsnotater (NSF, 2006; Søreidem et al., 2014). Dette gjøres for å møte de juridiske kravene til sykepleieres journalføring, men også for å sikre koordinering av og kontinuitet i sykepleien.

1.1.2 Begrepsavklaring

En *intensivavdeling* er en sykehusenhet som er bemannet med spesielt utdannet personale og er teknisk utstyrt til å kunne behandle pasienter med truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner.

Intensivpasienter opplever trusler mot livsviktige organfunksjoner og krever kontinuerlig observasjon med vurdering og iverksetting av tiltak av sykepleieren igjennom hele døgnet.

Sykepleien på en intensivavdeling er spesialisert i form av at pasientene er akutt og kritisk syke. Målet for sykepleien er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak. I det følgende vil sykepleie og helsehjelp bli brukt om hverandre, da de begge referer til det sykepleiere utøver.

*Pasientjournal*_er en samling av opplysninger som er registrert om en pasient i forbindelse med helsehjelp. I henhold til loven skal pasientjournalen føres fortløpende, noe som betyr at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt.

Den juridiske bakgrunnen for sykepleiernes *journalføringsplikt* er forankret i Helsepersonellovens §39. Detaljer rundt virkeområde, ansvar, innhold, lagring og formidling er hjemlet i §40 (Helsepersonelloven, 1999). Forskrift om pasientjournalen angir detaljer for hva som skal dokumenteres, krav til innhold og føringer for dokumentasjonsplikten (Pasientjournal, 2001). I tillegg til å være et juridisk dokument skal den synliggjøre hvilke vurderinger og handlinger sykepleiere har planlagt, iverksatt og evaluert (Moen et al., 2008).

Slik jeg ser det skal sykepleieres journalføring tilgodese tre generelle hovedformål. Først skal den tydeliggjøre for den enkelte sykepleier hva han/hun har foretatt seg og hva som skal følges opp. Dernest skal den fungere som et arbeidsverktøy som kommuniserer og bidrar til kontinuitet, slik at annet helsepersonell som har ansvar, kan følge opp pasienten på en forsvarlig måte. Til slutt skal informasjonen som ligger i journalføringen i ettertid vise hva og hvem som er vurdert, utredet, iverksatt og fulgt opp av tiltak, og kan dermed danne grunnlag for forskning og fagutvikling. I tillegg kan den tjene som et juridisk dokument som pasienten har innsynsrett i, og som annet helsepersonell eller tilsynsmyndigheter kan benytte til å vurdere og evaluere sykepleien.

*Sykepleieprosessen*_er en modell for hvordan sykepleien kan dokumenteres på en systematisk måte. Den er en faglig og strukturell ramme som skal ligge til grunn for dokumentasjonen, kodingen og klassifiseringen av sykepleie. Den bidrar til systematikk og struktur for planlegging av sykepleie, og gir retning for hva som skal dokumenteres slik at de juridiske kravene som ligger i dokumentasjonsplikten kan ivaretas. Sykepleieprosessen består av trinn som skal munne ut i en behandlingsplan. *Behandlingsplan*_brukes i sykepleieres journalføring som et verktøy som skal gi en oversikt over planlagt eller utøvd sykepleie. Den skal beskrive aktuelle eller truende problemstillinger (*sykepleiediagnose*) hos pasienten, og behovet for sykepleie med tilhørende handlingsplan med mål, tiltak og evaluering. *Sykepleiemål* kan være både kort- og langsiktige, og skal beskrive den tilstanden pasienten forventes å være i når målene er nådd. Valgte sykepleiemål er bestemmende for valg av *sykepleietiltak*. Evaluering handler om at tiltakene evalueres opp mot effekt og måloppnåelse. Vurdering refererer til endringer hos pasienten som krever endringer i behandlingsplanen (Holen-Rabbersvik et al., 2017; Moen et al., 2008).

Standardisert språk i form av kodeverk og terminologier i sykepleie har resultert i flere ulike *klassifikasjonssystemer*, som er utviklet for å skape et felles språk med enhetlige definisjoner av hva sykepleie er. Ingen av dem er komplette, og de har ulikt fokus på praksis. Tidlig i arbeidet med masteroppgaven avgrenset jeg studien til å omhandle to klassifikasjonssystemer, siden det er disse som er implementert i DIPS og dermed tilgjengelig for analyse. Det ene er North American Nursing Diagnosis Association (*NANDA*), som ble utviklet fra 1973. Det definerer et sett med ord og uttrykk for å beskrive en sykepleiediagnose. Sykepleierens vurdering av pasientens problemer og behov beskrives her med en kode, et navn og en definisjon. Det andre er fra 1992 og kalles Nursing Intervention Classification (*NIC*). Det består av en klassifikasjon av ord og uttrykk som beskriver sykepleieintervensjoner, hvor sykepleietiltak og handlinger navngis og ordnes i en definert struktur. En *terminologi* er en oversikt over faguttrykk brukt innenfor et fagområde, som for eksempel sykepleien (Holen-Rabbersvik et al., 2017; Moen et al., 2008). Jeg vil i det følgende bruke terminologi, klassifikasjonssystem og kodeverk om hverandre, da de i denne sammenheng uttrykker det samme: faste uttrykk som betegner en sykepleiediagnose eller sykepleietiltak.

1.2 Bakgrunn og litteratursøk

I utarbeidelse av problemstillingen til oppgaven har jeg gjort systematiske søk i databasene PubMed og CINAHL i samarbeid med en bibliotekar. Det første søket ble foretatt i 2017. Søket har siden blitt gjentatt flere ganger frem til januar 2019. Litteratursøket tok utgangspunkt i sentrale begreper i studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål. Nøkkelområdet for prosjektet er å undersøke sykepleieres journalføring, spesielt relasjonen mellom fritekst og bruk av det standardiserte språket. De overføres og blir i første omgang systematisert i et PICO-skjema, se figur 1.

Figur 1 PICO- skjema

P	I	C	O
Population problem	Intervention fenomen	Compare Sammenligning	Outcome Utfall
Sykepleie	Klassifikasjon	Dokumentasjon	Diskurs
Nursing	Classification	Report	Discourse
	NANDA	Record	Discursive
	NIC	Document	Narrative
	Standard	Note	Free text
	Terminology		Linguist

Mens jeg arbeidet med empirien ble jeg oppmerksom på at jeg måtte gjøre enda et nytt litteratursøk, fordi jeg oppdaget at de tidligere søkene primært viste til enkeltstudier. Et nytt litteratursøk ble gjort i april 2019 i samråd med en bibliotekar. Her så vi bort fra PICO-skjemaet, og konsentrerte oss om studiens mest sentrale nøkkelord *sykepleieres journalføring* og *diskurs*. Søkene ble gjort i MEDline og CINAHL. Resultatet av dette litteratursøket var omfattende, og ble derfor innskrenket til *reviews*. I ingen av de søkene som er foretatt, har jeg satt noen begrensninger for tidsperiode. Jeg har ekskludert artikler som ikke har hatt et sammendrag tilgjengelig, i tillegg til at jeg kun har forholdt meg til artikler som er skrevet på engelsk.

Det finnes flere studier om betydningen av å bruke klassifikasjonssystemene NANDA og NIC i sykepleieres journalføring. Funn i enkelte studier viser at NANDA i stor grad kan beskrive ulike pasienters problemstillinger (Frauenfelder, van Achterberg, Needham, & Muller Staub, 2016; Paans & Muller-Staub, 2015). I litteratursøket fant jeg en systematisk oversiktsartikkel som undersøkte NANDA . I 2006 gjorde Muller-Staub, Lavin, Needham og Van Achterberg (2007) en litteraturgjennomgang, og i tillegg spurte de sveitsiske sykepleiere om nasjonale og internasjonale klassifiseringer og bruken av dem. Ifølge resultatene fra studien brukes NANDA mest i Sveits og internasjonalt, og synes å imøtekomme kriteriene for klassifisering av sykepleiediagnoser best. Andre studier har undersøkt hvordan NIC kan

brukes innenfor sykepleieres journalføring, og resultatene er på tilsvarende vis positive (Dochterman et al., 2005; Duarte, Linch, & Caregnato, 2014). Frauenfelder, van Achterberg og Muller-Staub (2018) undersøkte sykepleieres tiltaksbeskrivelser i pasientjournaler, i fritekstform. De identifiserte tiltakene ble sammenlignet med NIC gjennom en systematisk kartleggingsprosess, og man fant at 89 % av alle inngrepsbeskrivelsene kunne tilpasses NIC. Til tross for dette positive resultatet, påpeker de fortsatt mangler ved klassifikasjonssystemet NIC.

Det er økende bevissthet om behovet for å bringe klassifikasjonene inn i en felles samlende struktur, og nasjonalt og internasjonalt er det derfor gjort flere forsøk på å kombinere NANDA og NIC. Når disse språkene brukes til å strukturere sykepleiernes journalføring, vil det igjen være mulig å gjøre sykepleiediagnoser og tilknyttede intervensjoner synlige (Muller-Staub, 2009; Rabelo-Silva et al., 2017; Scherb et al., 2011).

Thoroddsen og Ehnfors (2007) mener at sykepleieres journalføring kan skape premisser for utvikling og bruk av data som er nødvendige i utformingen av helsepolitikken. De argumenterer for bruk av klassifikasjonssystemer for å beskrive pasientproblemer, sykepleieintervensjoner og pasientutfall, både nasjonalt og internasjonalt. Helleso (2006) konkluderer også i sin studie at bruken av strukturerte og standardiserte maler hjalp sykepleiere med å forbedre fullstendigheten, strukturen og innholdet i pasientjournalen.

Studien til Pyykko, Laurila, Ala-Kokko, Hentinen og Janhonen (2000) er eldre, men fortsatt relevant, siden det er den eneste studien jeg har funnet som tar utgangspunkt i å undersøke sykepleieres journalføring på en intensivavdeling. Ifølge Pyykko et al. (2000) vil det imidlertid alltid finnes unike reaksjoner, erfaringer og følelser av kritisk sykdom og håndtering av pasienter som ikke passer til en sykepleiediagnose. Sykepleiere må derfor kombinere ord og uttrykk fra terminologiene med egne formuleringer for å beskrive pasientens situasjon. Det har i tillegg vist seg å være en utfordring å tilpasse sykepleieres journalføring til klassifikasjonssystemene, slik Kautz, Kuiper, Pesut og Williams (2006) påpeker. Resultater fra deres studie viser at klassifikasjonssystemene blir brukt inkonsekvent. Det samme funnet gjorde Medeiros, Santos, Cabral, Silva og Nascimento (2016).

Jefferies, Johnson og Nicholls (2011) undersøkte også sykepleieres journalføring i fritekst, men deres hensikt var å studere hvordan grammatiske og språklige egenskaper i teksten kunne hindre mening. De fant at det språket sykepleierne brukte, var kontekstavhengig og

forståelig bare sykepleierne seg imellom. For andre kan det være vanskelig å vite hva som ligger i beskrivelsene og hvem eller hva det refereres til. De konkluderte med at sykepleiere må føre journal på en måte som lettere kan forstås av et bredere publikum. Andre studier har vist hvordan lokale klassifikasjoner dukket opp som et supplement til de internasjonale klassifikasjonssystemene, og hvordan sykepleieres journalføring var preget av medisinske forordninger fremfor et sykepleierrettet fokus (Meum, Ellingsen, Monteiro, Wangensteen, & Igesund, 2013; Molina-Mula, Peter, Gallo-Estrada, & Perello-Campaner, 2018). Buus og Hamilton (2016) tilføyer at sykepleieres journalføring kan beskrives som teknisk og forkortet, noe som undergraver leserens opplevelse og gjør sykepleiepraksisen usynlig. Andre studier gjør lignende funn (Hogsnes, Danielson, Norbergh, & Melin-Johansson, 2016; Hyde et al., 2005)

Selv om strukturert dokumentasjon kan bidra til mer komplette og pålitelige journaler, er det begrenset kunnskap om hvorvidt en strukturering av sykepleieres journalføring vil resultere i bedre kvalitet av sykepleien (De Groot, Triemstra, Paans, Francke, & De Groot, 2018; Vuokko, Makela-Bengs, Hypponen, Lindqvist, & Doupi, 2017).

Resultatene fra litteraturanalsen er sprikende. Det er stor variasjon i når studiene ble utført, men også i hvilke funn de gjør. Lunney (2008) argumenterer for et kontinuerlig behov for studier som undersøker forholdene i sykepleieres journalføring, og etterlyser forskning som kan beskrive endringene som nødvendige. Mitt fokus har vært å undersøke forholdet mellom klassifikasjonssystemene og fritekstbeskrivelsene. I lys av resultatene fra mitt litteratursøk, er forholdet ikke entydig definert. Flere studier peker på at implementering og bruk av klassifikasjonssystemene er mulig og styrker kvaliteten på sykepleieres journalføring, mens andre studier viser til problemer og mangler ved selve klassifikasjonssystemene. Ut fra mine søk har det ikke vært mulig å finne studier som systematisk undersøker hvordan språket anvendes i journalføringen, hva som vektlegges, hvordan den fungerer, og hvilke mønstre som eventuelt kan finnes i dokumentasjonen.

På bakgrunn av dette er det interessant å studere sykepleieres journalføring i et diskursanalytisk perspektiv, fordi dette åpner opp for å studere nettopp språkbruk og mønstre. I tillegg vil dette lede frem til en analyse av den diskursive orden, og dermed avdekke spenningsforholdet mellom fritekstbeskrivelser og terminologier. Pasientjournaler fra en intensivavdeling er valgt, da klassifikasjonssystemene ikke tar høyde for det mangfold og den kompleksitet som finnes der (Pyykko et al., 2000).

1.3 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å bidra til kritisk refleksjon over sykepleieres journalføring og de kategoriseringssystemene som anvendes i slik dokumentasjon. Målet er å benytte en diskursanalytisk tilnærming til å se nærmere på hvordan motsetninger og likheter mellom de ulike måtene å journalføre sykepleien uttrykkes og settes i spill. Tidligere studier har sett på overførbarheten av klassifikasjonssystemene inn i sykepleieres journalføring, og resultatene er sprikende. Det er gjort få systematiske undersøkelser som ser på hvordan språket anvendes i journalføringen, hva som vektlegges, hvordan den fungerer, og hva som kan være eventuelle mønstre i dokumentasjonen. Ved å benytte sykepleieres føring av journaler for pasienter innlagt i en intensivavdeling, ønsker jeg å vise sykepleien i sin kontrastfylte og komplementerende form.

Problemstillingen for studien er følgende:

Hvilke diskurser kan identifiseres i sykepleiernes journalføring i en intensivavdeling, og hvordan forholder diskursene seg til hverandre?

2 Teoretisk innfallsvinkel

I denne studien har jeg valgt diskursanalyse som teoretisk og metodisk innfallsvinkel. I dette ligger det at jeg har anlagt en kritisk orientert språkanalyse av etablerte tenke- og skrivemåter i sykepleieres journalføring. Mitt diskursanalytiske perspektiv er sosialkonstruktivistisk forankret, og bygger på en forståelse av at hvordan sykepleiere fører pasientjournalen får betydning for hvordan vi forstår sykepleien. I det følgende vil jeg først kort presentere begrepet sosialkonstruktivisme og drøfte dets relevans for oppgavens tema. Deretter vil jeg redegjøre for noen vesentlige elementer ved diskursteorier (Laclau & Mouffe, 2014) og fremheve enkelte sentrale begreper som operasjonaliseres i analysen.

2.1 Sosialkonstruktivisme

Sosialkonstruktivismen forstås gjerne som et vitenskapsteoretisk perspektiv der menneskers virkelighetsforståelse betraktes som formet av de opplevelsene de har og de situasjonene de befinner seg i (Jørgensen & Phillips, 1999). En viktig premiss i det sosialkonstruktivistiske vitenskapssynet, som Laclau og Mouffe (2014) kan sies å tilhøre, er at verden er grunnleggende subjektiv og avhengig av tolkning for å kunne bli forstått. I et ontologisk perspektiv er verden altså ikke objektiv og nøytral, noe som knyttes til at mennesket inngår i verden og bruker seg selv og sitt ståsted til å forstå og beskrive fenomener. Epistemologisk innebærer det også at språk og virkelighet henger sammen. Språket fungerer som virkelighetens briller, uten språket kan vi ikke observere eller beskrive verden. Språkbruk blir betraktet som en form for sosial handling som er med på å skape sannheter om verden, ettersom kunnskap formidles og blir til gjennom språket (Andersen, 1999). En underliggende premiss er at det er gjennom språket virkelighetsoppfatninger skapes, opprettholdes og bestrides. Burr (1995, i Jørgensen & Phillips, 1999) oppsummerer sosialkonstruktivistiske forståelse i fire premisser: At man inntar en kritisk innstilling til selvfølgelig viten, at man anerkjenner at ens syn og kunnskap om verden er historisk og kulturelt betinget, at det finnes en sammenheng mellom kunnskap og sosiale prosesser samt mellom kunnskap og sosiale handling.

Ifølge sosialkonstruktivismen kan enhver diskurs betraktes som en sosial konstruksjon, og et kjennetegn ved slike sosiale konstruksjoner er at de har en tendens til å forandre seg. Diskursanalyse gir således en sosialkonstruktivistisk tilgang til sykepleieres journalføring, hvor det teoretiske og metodiske grunnlaget går over i hverandre. Diskursanalyse er en metode som fokuserer på, hvordan tekst er organisert retorisk i sosiale interaksjon. I en diskursanalyse blir utgangspunktet for analysen nettopp språk, språkbruk og kontekstuelle rammer, og i den foreliggende studien er omdreiningspunktet altså språket i sykepleieres journalføring (Boréus & Bergström, 2005; Jørgensen & Phillips, 1999).

Som fremhevet av Jørgensen og Phillips (1999), er sosialkonstruktivismen, som også poststrukturalismen er en del av, en bredere kategori enn diskursanalyse. Diskursanalysen trekker også på poststrukturalistisk språkfilosofi. Grunntanken i poststrukturalismen er at tegnene ikke får sin betydning fra virkeligheten, men derimot fra hverandre i et strukturelt nettverk. Strukturene betraktes som foreløpige. I poststrukturalismen er det rom for at tegnene både er forskjellige fra andre tegn, og at de tegnene de er forskjellige fra, kan endre seg etter hvilken sammenheng de brukes i. Personer vil trekke på strukturen i tale og skrifthandlinger, og den settes i spill ved at det er de selv som setter opp hvordan tegnene skal stå, og dermed hvilken mening de får. Jørgensen og Phillips (1999) fremhever noen hovedpunkter ved poststrukturalisme; språket er ikke en avspeiling av en allerede eksisterende virkelighet, språket er strukturert i mønstre (diskurser), de diskursive mønstre vedlikeholdes og skrifter fra diskurs til diskurs og disse kan søkes i konkrete tekster hvor de setter på spill.

2.2 Diskursteori

Denne studien støtter seg til Ernesto Laclau og Chantal Mouffes diskursteori. De er begge politiske teoretikere som skisserer en egen, poststrukturalistisk definisjon av diskursbegrepet. De hevder at enhver diskurs konstrueres og rekonstrueres i kontinuerlig interaksjon med andre diskurser. Det vil derfor alltid foregå en «diskursiv kamp» om fastsettelsen av betydning, slik at det ofte etableres en diskursiv orden der to eller flere diskurser forsøker å etablere seg. Dette vil vi se i sykepleiernes journalføring. Laclau og Mouffe har særlig hentet sin inspirasjon fra den sveitsiske litteraturteoretikeren Ferdinand de Saussure (1857–1913) og hans lingvistiske arbeid, der språkets todelte karakter – språk som system og språk i bruk – står helt sentralt. Språket er ikke en avspeiling av en allerede eksisterende virkelighet. Det er

strukturert i mønstre (diskurser) som inneholder et meningssystem, der meningen skifter fra diskurs til diskurs. Språket er på denne måten strukturert i forskjellige mønstre som våre utsagn følger innenfor ulike sosiale praksiser. Disse mønstrene vedlikeholdes og forandres i det som kalles diskursiv praksis (Jørgensen & Phillips, 1999), som også kan undersøkes i sykepleieres journalføring der språket settes i spill.

Laclau og Mouffe (2014) legger få strukturelle føringer på selve analysen, men i sin diskursteori har de flere begreper som lar seg operasjonalisere. I boka *Hegemony and Socialist Strategy Towards a Radical Democratic Politics* fremhever Laclau og Mouffe noen særlig sentrale begreper, og beskriver hvordan de henger sammen i følgende beskrivelse:

“We call articulation any practice establishing a relation among elements such their identity is modified as a result of articulatory practice. The structured totality resulting from the articulatory practice, we will call discourse. The differential positions, insofar as they appear articulated within a discourse, we will call moments”

(Laclau & Mouffe, 2014, p. 91)

Her introduserer Laclau og Mouffe (2014) blant annet de tre sentrale begrepene *diskurs*, *momenter* og *nodalpunkt* som jeg vil anvende. I tillegg vil oppgaven også ta i bruk begrepene *hegemoni*, *angonisme* og *antagonisme*. Disse begrepene vil bli redegjort for og videre benyttet til å analysere sykepleieres journalføring.

Laclau og Mouffe definerer *diskurs* som en strukturell helhet av forskjeller (Andersen, 1999, p. 89). Som de sier, «the linguistic and non-linguistic elements are not merely juxtaposed, but constitute a differential and structured system of positions – that is discourse» (Laclau & Mouffe, 2014, s. 95). Jørgensen og Phillips (1999) tilføyer at en diskurs er en bestemt måte å snakke om og forstå verden på. Man kan ikke direkte se en diskurs, men den viser seg gjennom artikulasjoner, det vil si gjennom språket (Brænder, Kølvråa, & Laustsen, 2014).

En diskurs er en språklig enhet som går utover den enkelte setning. Det er konteksten som gir den enkelte setning dens spesifikke betydning, og denne må være kjent for at en setning skal gi mening. Diskursens utgangspunkt er en struktur av mening. Den ses som en kollektiv forståelsesramme som fungerer som en rettesnor for tanken, ved at den forteller oss hvordan vi bør og kan tenke innenfor hver enkelt diskurs (Jørgensen & Phillips, 1999). Diskursen viser seg også i andre strukturer og uttrykk, dette tolker jeg ut ifra følgende beskrivelse

«...the area of articulatory practice is immensely broadened» (Laclau & Mouffe, 2014, p. 125).

De diskursive strukturene er artikulatorisk praksis. Artikulasjonen kan relateres til praksis, og diskurs til det systemet som er etablert av denne praksisen. Alle diskurser får sin utforming av å relatere seg til noe utenfor dem selv som også er diskursivt skapt, og Laclau og Mouffe (2014) mener at diskurser er både konstituerende og konstituerte.

I Laclau og Mouffes (2014) beskrivelse av diskurser tegnes et bilde av en helhet bestående av *momenter*. En diskurs er bygget opp av momenter. Dette er artikulerede tegn innenfor en diskurs som har fått sin betydning midlertid fastlagt. Diskursen har et senter som midlertidig stopper relasjonenes glidninger, denne kalles for et *nodalpunkt*. Et nodalpunkt er et privilegert tegn som momentene organiseres i forhold til og får sin betydning ut ifra. Dermed blir diskursen en totalitet, hvor tegnene er entydig fastlagt som momenter gjennom relasjonene til andre momenter (Laclau & Mouffe, 2014). Jørgensen og Phillips (1999) bruker den medisinske diskursen som eksempel på hvordan kroppen får en bestemt betydning. Den medisinske diskurs legger frem et nett av betydninger slik at kroppen kan betraktes som splittet opp i deler som skal behandles hver for seg. I denne oppgaven er det *sykepleieres journalføring* som er i søkelyset. Sykepleieres journalføring er et tomt uttrykk i seg selv, men får sin betydning ved at det fylles med innhold, og tegnene får mening ved å stå i relasjon til andre tegn.

Begrepet *hegemoni* knyttes direkte til en midlertidig fastlåsing av diskursen. Diskursteoriens utgangspunkt er at diskursens etablering aldri er total, den er alltid i konflikt med andre diskurser som definerer et fenomen annerledes. Hegemonibegrepet ligner på diskurs, fordi det også betegner en midlertidig fiksering av andre betydningsmuligheter. Det som er ulikt, er imidlertid at den skjer på tvers av diskurser, slik at én diskurs får dominere (Jørgensen & Phillips, 1999). Boréus og Bergström (2005) beskriver hegemoni som en tilstand der en rådende diskurs ikke utfordres. En diskurs har oppnådd hegemoni ved å oppfattes som selvfølgelig og naturlig.

Antagonisme beskriver en kontrast med mellom eksisterende diskurs(er). Laclau og Mouffe (2014, p. 111) beskriver det slik «...the presence of the 'other' prevents me from being fully myself». Antagonisme oppstår når ulike diskurser gjensidig forhindrer hverandre, en diskurs kan ikke være hva den er når den andre er tilstede. I diskursteori er antagonisme synonymt

med konflikt, og oppstår når forskjellige diskurser forhindrer hverandre (Jørgensen & Phillips, 1999).

Begrepet *agonisme* introduseres av Mouffe (2002), i det hun ser for seg situasjoner der man aksepterer uenigheter og enigheter. Den beskrives som en type relasjon der man grunnleggende er uenige men deler et sett av spilleregler (Laclau & Mouffe 2002). Agonisme tilkjenner motparten også legitimitet.

I problemstillingen spør jeg først om hvilke diskurser som kan identifiseres i sykepleiernes journalføring. Dette spørsmålet har jeg tenkt å svare på ved først å identifisere momenter og deretter nodalpunkter, for slik å kunne si noe om diskursene. Deretter er jeg ute etter å undersøke hvordan diskursene forholder seg til hverandre. Her blir *hegemoni*, *antagonisme* og *agonisme* de sentrale begrepene i analysen.

3 Metoderefleksjon

Det fremgår tydelig i metodebøkene om diskursanalyse at det ikke finnes noen endelige regler for hvordan man skal jobbe seg frem i diskursanalysen. Jeg har tenkt å utforme en strategi ved å danne et bestemt blikk der jeg kan få sykepleieres journalføring til å tre frem i et nytt perspektiv. Dette betyr at jeg leser datamaterialet i lys av Laclau og Mouffes (2014) begreper (Andersen 1999). I dette kapittelet presenterer jeg den metodiske prosessen og de metodiske valgene jeg har tatt underveis, for dermed å skape et transparent bilde av metodeprosessen frem til resultatene.

Denne studien som har språkets mening for øyet, skal ta utgangspunkt i konkrete tekster. For å forstå hvordan mening skapes, må analysen ta utgangspunkt i språket. Med «mening» forstår jeg at man vet hva noe betyr. Med utgangspunkt i oppgavens vitenskapelige ståsted, antar jeg at språket avspeiler og konstituerer sosial mening, og analysen ser etter mening som strekker seg utover de tekstene som meningen analyseres gjennom. Mening skapes i språket, og det er gjennom språket jeg finner hvilken mening sykepleieres journalføring har, ved å undersøke det språket som setter det i spill (Brænder et al., 2014).

Sykepleieres journalføring er kun tilgjengelig gjennom språket, og diskursene setter rammene for og strukturerer artikulasjonene. Jeg betrakter diskurs som et bindeledd mellom språk og virkelighet og en struktur av mening. Artikulasjonen er ett av diskursteoriens mest sentrale begreper, og diskurser kan kun ses gjennom artikulasjoner, derfor er dette tatt som utgangspunkt for analysen.

3.1 Utvalg

Inklusjonskriteriet er ti pasienter over 18 år som har vært innlagt på en intensivavdeling i mer enn tre døgn. Perioden for innleggelse var mellom 1. januar og 31. mai 2018.

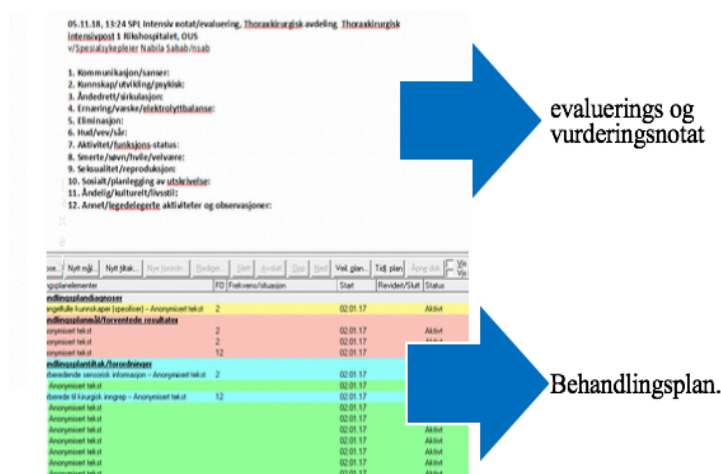
Eksklusjonskriterier er pasienter under 18 år og pasienter som har vært innlagt i mindre enn tre døgn. Voksne pasienter er valgt fordi de utgjør et stort antall av intensivpasientene, noe som er hensiktsmessig i lys av anonymitetskravet. Antall og annen informasjon om sykepleierne som har skrevet dokumentene, er ukjent; all slik informasjon er slettet.

Pasientjournalen inneholder flere typer dokumenter som sykepleierne journalfører. Dokumenttypen som inkluderes, finnes i den elektroniske pasientjournalen DIPS, benevnt «SPL notat/evaluering». Det journalføres i dette dokumentet ved hver vakt.

3.2 Utvalgsprosedyre

Jeg sendte en elektronisk forespørsel til avdelingsledelsen på en intensivavdeling med forespørsel om tillatelse til å hente ut anonymiserte data fra pasientjournaler for å undersøke sykepleieres journalføring, se vedlegg 3. Fra deres side var det ønskelig at jeg bidro i datainnsamlingen. Prosjektet ble videresendt til en sykepleier som skulle bistå i utvalget og innsamlingen. Sykepleieren tok kontakt, og sammen fant vi en dag for innsamlingen, som ble gjort lokalt i avdelingen. Første steg var å gjennomgå de inneliggende pasientene. Seks av dem oppfylte de oppsatte kriteriene. Avdelingen hadde en bok som inneholdt informasjon om alle pasienter som var innlagt i avdelingen. I denne står det personopplysninger, samt dato for innleggelse og overflytting. Boken ble brukt til å finne de resterende deltakerne. Sykepleieren åpnet boken på en tilfeldig side, og fire deltakere ble valgt. Sykepleiedokumentet som i systemet heter «SPL notat/evaluering» er beskrevet i figur 2. Dokumentet kan betraktes som todelt, se figur 1. Den øverste delen, som er hvit, er evaluerings- og vurderingsnotatet. Den inneholder tolv kategorier, også kalt funksjonsområder. Sykepleien beskrives i en systematisk rekkefølge, men som fritekst. Den nederste, fargelagte delen er behandlingsplanen. Her skal klassifikasjonssystemene NANDA og NIC brukes for sykepleiediagnoser og tiltak. Det finnes ingen klassifikasjonssystemer for sykepleiemål, dette beskrives i fritekst.

Figur 2 Bilde av «SPL evaluering/notat»



En utskrift av DIPS må begrunnes. Dette gjøres ved at det i kommentarfeltet blir notert mitt navn og at utskriften skal brukes til forskning med anonymiserte data. Det var ønskelig at hvert sykepleiedokument skulle inneholde notater med tilhørende behandlingsplan, slik det ser ut i DIPS. Dette var imidlertid ikke teknisk mulig, og notatene ble derfor skrevet ut enkeltvis, til sammen ni for hver pasient. Dermed ble behandlingsplanen for hele innleggelsen skrevet ut. Behandlingsplanen inneholdt dermed NANDA-diagnoser, NIC-tiltak og mål som lå utenfor de tre relevante døgnene.

For å møte kravet om anonymisering ble dokumentene skrevet ut. Forfatteren av teksten, sykepleieren, står oppført med navn. Denne informasjonen ble klippet bort. All personsensitiv informasjon om pasienten ble slettet, enten ved å bli klippet bort eller strøket over med en rettetape. Dette ble gjort i samarbeid mellom sykepleieren og meg, se figur 3.

Etterpå ble dokumentene kopiert på nytt, slik at rettetapen forble blank og ikke kunne viskes bort. De originale dokumentene ble makulert av sykepleieren.

Pasientene ble navngitt «pasient A», «pasient B», etc.

Figur 3 liste over endringer av personsensitiv informasjon

- Informasjon om klinikk, avdeling, datoer og navn på sykepleiere er slettet.
- Tidspunkter for når dokumentet er omskrevet, med referanse til dag-, kvelds-, og nattevakt er fjernet.
- Pasientens navn, personnummer, fødselsdato (inkl. alder) er slettet.
- Pasientens skal fremstå uten kjønnsidentitet, og omtales bare som «pasienten» uten referanse til han eller hun.
- Samboer, ektefelle eller kjæreste refereres til på samme måte uten referanse til kjønn.
- Far, mor, bror, søster og liknende omtales som familiemedlem. Andre pårørende skal også fremstå kjønnsnøytrale.
- Tilhører pasienten en bestemt trosretning, omtales den som tro eller religion uten spesifisering. Det samme gjelder politiske og filosofiske oppfatninger.
- Andre sensitive opplysninger, som for eksempel rasemessig eller etnisk bakgrunn, seksuelle eller strafferettslige forhold, endres slik at informasjonen ikke kan knyttes til den enkelte.

3.3 Etiske vurderinger

Før prosjektet kunne starte, var det nødvendig å foreta noen etiske vurderinger. I diskursanalyse er det språket selv som er i fokus. Sykepleieres journalføring anses å være aktiv og skapende, og analysen dreier seg om å studere hva tekstene gjør. Journalføringen har

virkemåter som er uavhengige av sykepleierens intensjoner (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018). Personopplysninger har derfor ingen interesse i denne sammenheng.

3.3.1 Tillatelser

Prosjektet er ikke meldepliktig til Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Ifølge NSD kan journaldata *brukes uten melding så lenge det kun er anonyme data som hentes ut.*

Opplysningene må ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner på noen måte. (Norsk senter for forskningsdata, 2019)

I tillegg er meldeplikten til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) undersøkt. Prosjekter som bruker anonymiserte data skal ikke meldes dit. REK opplyser følgende:

Bruk av andre anonyme opplysninger og vurderinger om helseforhold. Med anonyme opplysninger menes opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personetydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson. Ansvar for anonymiseringen ligger hos registreier. (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2019)

Med anonymisering menes en bearbeiding av data slik at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes i materialet. Dersom man tilhører en liten pasientgruppe eller kommer fra et lite sted, vil dette legge en begrensning på anonymiteten. Den valgte intensivavdelingen har over hundre sykepleiere ansatt og behandler et bredt spekter av intensivpasienter, både medisinsk og kirurgisk. Her kan anonymiteten sikres, da gruppen av pasienter og sykepleiere kan antas å være stor nok til å sikre anonymitetskravet. Datamaterialet må vurderes, og det skal tas stilling til hvilke opplysninger som må fjernes eller skrives om. Dette er sikret som beskrevet i utvalgsprosedyren.

Ledelsen for den avdelingen der hvor data ble samlet inn har godkjent prosjektet, se vedlegg 4, og personvernombudet har vært kontaktet for råd og veiledning, slik at oppslag i pasientjournalen ble gjort under riktige omstendigheter, se vedlegg 5. Personvernombudet henviste til hvordan informasjon fra sykepleiejournalen kunne tas ut på forsvarlig vis.

3.3.2 Behandling av anonymitet

På grunn av at dataene er anonyme trenger jeg ikke tilgang til sikker lagring av elektroniske data. Datamaterialet ble derfor utlevert i papirform. De opplysningene som finnes i datamaterialet, må behandles med omhu. Jeg var oppmerksom på dette, og jeg følte et ansvar for å sikre at informasjonen ble oppbevart sikkert, slik at skadelig bruk og formidling av informasjon kunne forhindres. Dokumentene hadde jeg innelåst i et skap, slik at opplysningene forble sikret. Når prosjektet er ferdigstilt og bestått, skal permen leveres tilbake til avdelingen. Jeg er også oppmerksom på at informasjonen ikke skal formidles videre på måter som kan identifisere pasientene.

Et annet område som også utgjør en etisk utfordring, er bruken av en annens tekst. Sykepleierne er ikke informert om studien, og dermed har de ikke selv hatt mulighet til å kommentere det de har skrevet. Når det er sagt, står den konteksten sykepleierne skriver i sentralt. Som forsker har jeg ikke vært medskaper av datamaterialet hvilket er en fordel ifølge Jørgensen og Phillips (1999) Til tross for at studiens metode ser bort fra sykepleierne og pasientene som personer, stilles det selvsagt fortsatt krav til ivaretagelse av anonymiseringen i min tolkning og analysering av materialet.

3.4 Forforståelse

Jeg er selv sykepleier, og har i mange år jobbet på en intensivavdeling. Jeg har fått et forhold til DIPS gjennom å anvende det i klinisk praksis. Personlig finner jeg det utfordrende å jobbe med klassifikasjonssystemene i behandlingsplanen. Språket fra klassifikasjonssystemene fremstår som utdatert og for generelt til å kunne beskrive de utfordringene pasientene står overfor og de tiltakene som er nødvendige. Erfaringsmessig gir språket i klassifikasjonssystemer lite rom for å fremheve eller synliggjøre sykepleiers kompleksitet. Pasientens tilstand kan være sårbar, og han eller hun kan ha et omfattende pleiebehov som det kan være vanskelig å beskrive i tekstform generelt. I tillegg er DIPS som system tidkrevende og lite brukervennlig.

Jeg har dermed en erfaringsbasert skepsis til føringene for sykepleieres journalføring, og dette har jeg forsøkt å være bevisst på gjennom hele arbeidsprosessen. Det er viktig ikke å la

seg dominere av sin egen erfaring, men snarere ha et refleksivt forhold til språket og stille seg nysgjerrig overfor språket i tekstene og hvilke diskurser som settes i spill. Som Jørgensen og Phillips (1999) uttrykker det, er det viktig å sette parentes rundt sin egen forforståelse, slik at egne meninger og vurderinger ikke overskygger selve analysen. Samtidig anser jeg det imidlertid som en fordel at jeg har egen erfaring som sykepleier på en intensivavdeling, ved at dette vil lette min forståelse for og tilgang til hva det skrives om. Jeg er imidlertid oppmerksom på at det også kan være en ulempe, fordi jeg selv er en del av miljøet jeg har tatt utgangspunkt i og samlet materiale fra. Det kan derfor være vanskelig å være å kritisk og ha tilstrekkelig distanse, og dessuten kan mye bli tatt for gitt. Jeg anser det som en hjelp at dokumentene kommer fra en annen arbeidsplass enn min egen, slik at det skapes en viss distanse til datamaterialet. Jeg har i tillegg forsøkt å finne en balanse og reflektere over min forforståelse gjennom hele forløpet (Järvinen & Mik-Meyer, 2017; Jørgensen & Phillips, 1999).

4 Analysestrategi

Som beskrevet over er det Laclau og Mouffes diskursanalyse som ligger til grunn for min tilnærming i analysen. Selve analyseprosessen er imidlertid inspirert av Leif Becker Jensen (2011) analysespiral, slik han skisserer den i sin introduksjon til tekstanalyse. Jensen definerer analyseprosessen som det settet av spørsmål som stilles til en konkret tekst i arbeidet med å undersøke en bestemt problemstilling. Han tilbyr en prosedyre for å løse opp en tekst i de bestanddelene som er viktige for problemstillingen, og deretter sette dem sammen på en ny måte. Som jeg har vært inne på tidligere, handler diskursanalyse om å analysere meningsdannende spill og språklige mønstre. Selve analyseprosessen kan sies å bygge på en hermeneutisk forståelsesprosess, ettersom arbeidet med analysen innebærer bevegelse fra en forståeshorisont og en helhetlig forforståelse til enkeltaspekter, for deretter igjen å se på helhetsforståelsen. Fortolkningen tar med andre ord utgangspunkt i den hermeneutiske sirkel, der de enkelte delene analyseres ut fra tekstens helhet.

4.1 Analysespiral

Jensen stiller opp en analysespiral bestående av syv elementer som kan anvendes til analyse av en tekst. De følgende elementene inngår, og har blitt tilpasset mitt materiale:

Gjennomlesning av sykepleiedokumentene, problemstillingen, innfallsvinkel, metodisk tilnærming, språklige verktøy samt fortolkning og vurdering av teksten.

Arbeidsprosessen er ikke like systematisk og velordnet som analysespiralen gir uttrykk for, men den illustrerer fremgangsmåten for hvordan jeg har jobbet meg frem og tilbake i analysen.

1. *Gjennomlesning av sykepleieres journalføring*

Analysespiralens første trinn handler om å lese tekstene gjentatte ganger. For hver gjennomlesning oppdaget jeg nye trekk ved teksten og så kjente trekk i et nytt perspektiv. Til tross for at jeg lett kunne se hvilket kodeverk som ble brukt, var jeg usikker på dets innhold og referanse. For å sikre at jeg hadde forstått teksten fullt ut, var det nødvendig å slå opp i kodeverk (Mølstad, Bulechek, & Dochterman, 2006; Norsk redaksjonsutvalg for

klassifikasjonssystemene NANDA, 2003). I denne fasen handlet det om å forstå tekstene og plassere dem i en kontekst, noe som innebar at jeg måtte ha en forståelse for hva som sto der, og hvilken mening som lå i ordene og begrepene.

2. *Problemstilling*

Før jeg gikk i gang med å lese datamaterialet hadde jeg formulert en problemstilling for oppgaven. Problemstillingen var vid, og jeg visste at jeg måtte justere den underveis i analysearbeidet. Andre trinn i analysen besto i å klargjøre formålet med analysen og sette sykepleiernes journalføring opp imot problemstillingen. Dette trinnet har jeg gått tilbake til gjentatte ganger for å justere og stramme opp problemstillingen i forhold til dataene.

3. *Innfallsvinkel*

Det tredje trinnet i analysespiralen var å finne frem til hvilke innfallsvinkler som kunne anvendes i analysen. Dette valget avhenger av problemstillingen. Jensen (2011) redegjør for de fire innfallsvinklene *innhold, avsender, mottaker og form*, og tilføyer at det er problemstillingen som avgjør hvilke innfallsvinkler som det er relevant å trekke inn i analysen. Etter hvert som jeg arbeidet med datamaterialet så jeg at det var nødvendig å fokusere på innhold og form for å besvare problemstillingen. Innholdet henviser til den beskrevne virkelighet, det vil si tekstens innhold, mens formen dreier seg om tekstens sjanger, disposisjon, stil, språk, og layout. Dette er i tråd med Laclau og Mouffes (2014) teori, som sier at diskurser ikke kun består av språk, men også av andre strukturer og uttrykk.

4. *Metodisk tilnærming*

I det fjerde trinnet av analysen oppfordrer Jensen (2011) til å finne en metodisk tilnærming til analysen. Diskursbegrepet åpner opp for indre spenninger og dynamiske endringer i sykepleieres journalføring. Mitt valg og analytiske orientering har vært knyttet til et konfliktperspektiv som kan overføres til sykepleieres journalføring. Ved hjelp av diskursanalyse kunne jeg rette min oppmerksomhet mot hvordan kollektive forestillinger skapes, speiles og opprettholdes gjennom språket, og ved det undersøke mønstre som gir teksten mening (Bratberg, 2014). Valget av Laclau og Mouffes (2014) versjon av diskursteorier har vært avklart helt fra analysens begynnelse. Med støtte i diskursanalysen har jeg lagt en bestemt teoretisk vinkel på sykepleieres journalføring, for derigjennom å kunne redegjøre for spenningsfeltet rundt sykepleiernes journalføring (Järvinen & Mik-Meyer, 2017). Jeg satte

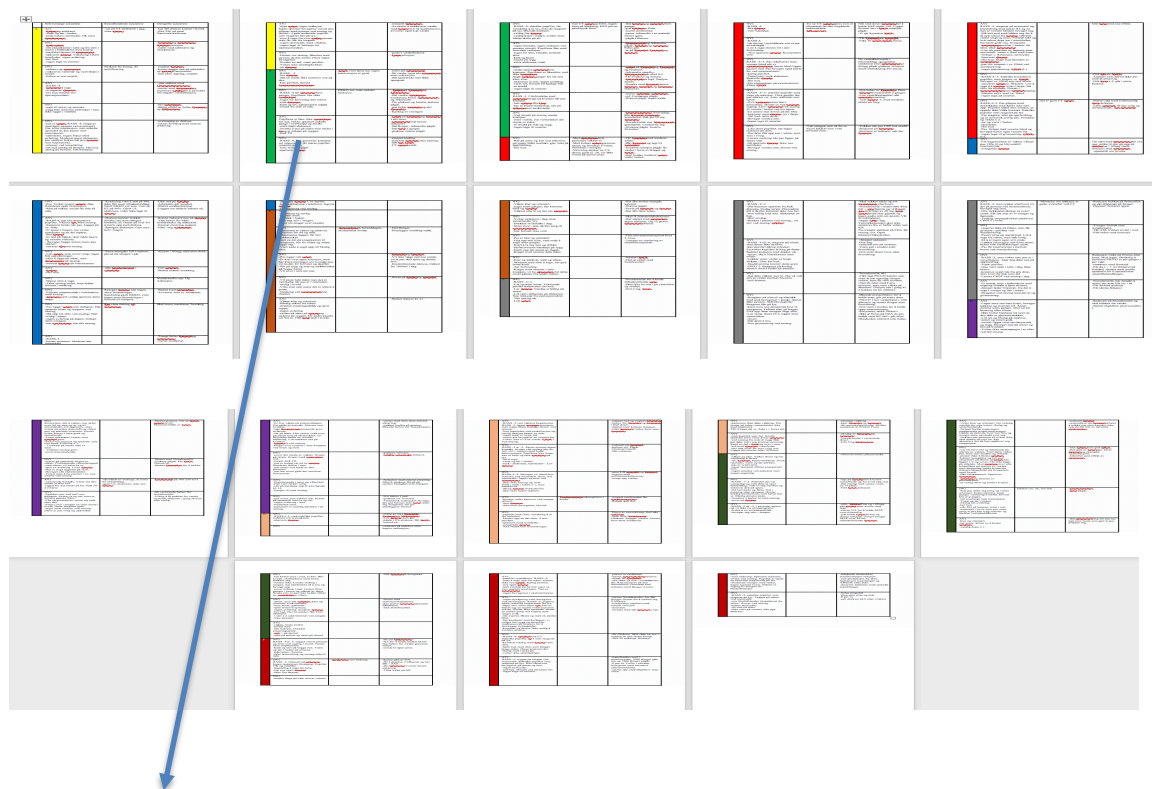
fokus på å se etter hva sykepleierne vet og hva de så som verdifullt, riktig og godt å journalføre, og hvordan det formes en kollektiv tilnærming til deres journalføring.

5. *Språklige verktøy*

Analysespiralens femte trinn handler om å finne verktøyer som kan operasjonalisere analysen. Jeg har brukt MS-Word som hjelpemiddel i analysearbeidet. I identifiseringen av diskursene har jeg lagt vekt på å gjengi ord og begreper nøyaktig slik de står skrevet. I fremstillingen av resultatene har jeg fjernet stavfeil, og også oversatt andre skandinaviske språk til norsk. Jeg så først igjennom evaluerings- og vurderingsnotatene, og deretter behandlingsplanene.

I min gjennomgang av evaluerings- og vurderingsnotatene støttet jeg meg til Moen et al. (2008) sin inndeling av sykepleieres arbeid. De deler sykepleieres arbeid inn i tre ulike funksjoner: *den selvstendige*, *den samarbeidende* og *den delegerte*. Videre sier de at dokumentasjonsplikten alltid gjelder for den selvstendige funksjonen, men den kan også omfatte samarbeidsfunksjonen og den delegerte funksjonen, avhengig av helsehjelpens karakter. Denne måten å kategorisere sykepleieres journalføring på, medførte at jeg fikk et godt kjennskap til materialet og dermed klarte å frem meningsbærende ord og uttrykk slik de fremkommer i sykepleieres journalføring. Pasientene kodes med farger, se figur 4. Dette var en måte å systematisere den beskrivende friteksten på.

Figur 4 Oversikt over meningsbærende ord i evaluerings- og vurderingsnotatene

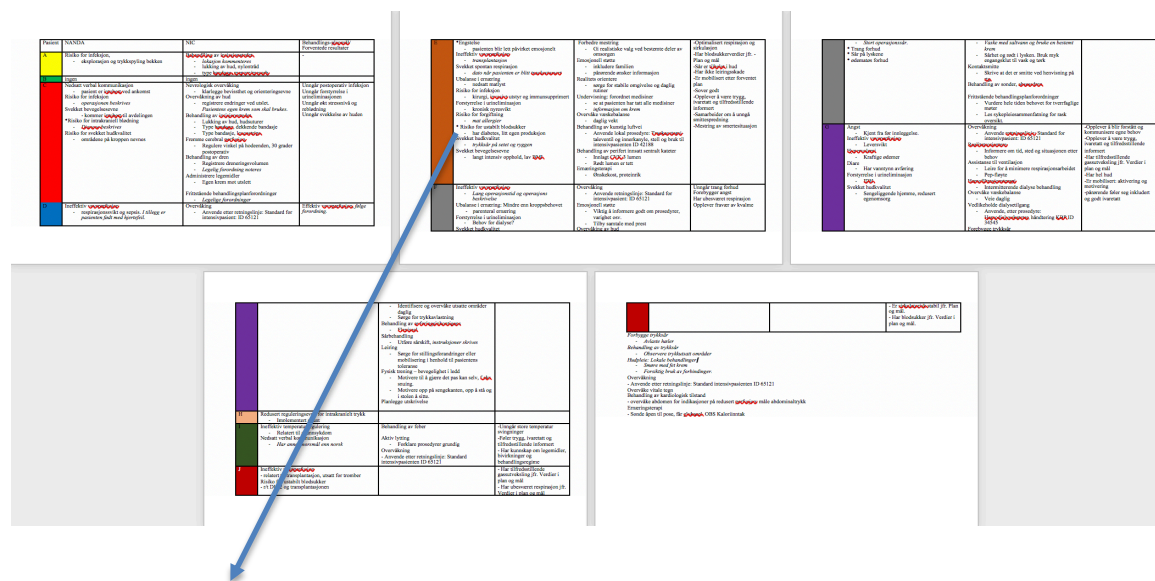


- Pasient B

	Selvstendige sykepleie	Samarbeidende sykepleie	Delegerte sykepleie
En sykepleiers journalføring i en nattevakt	NV) -RASS -4, hatt generelle kramper, ser oppover og får større pupiller, reagerer på lys. -mye slim i svelget -sparsom <u>diurese</u> .		-stopper kjøling. -reduert <u>sedering</u> etter kjøling. -fått ing. <u>Furix</u> . -CT <u>caput</u> bestilt.

På samme måte gjennomgikk jeg behandlingsplanene, se figur 5. Her oppdaget jeg at behandlingsplanene ikke bare inneholdt kodeverk, men at sykepleierne supplerte NANDA-diagnosene og NIC-tiltakene med utfyllende fritekst. Derfor valgte jeg å sortere teksten, slik at jeg skilte kodeverkene fra den supplerende friteksten. Jeg delte dem inn i diagnose, tiltak og mål. Som nevnt over beskrives målene ikke med kodeverk, men som fritekst.

Figur 5 Oversikt over meningsbærende ord i behandlingsplanene



• **Utdrag av behandlingsplanen til pasient F**

<p>Ineffektiv vevsperfusion (Spesifiser; nyre, hjerne, hjerte/lunge, mage/tarm, perifer) – NANDA 00024 Definisjon reduksjon i oksygen som resulterer i sviktende ernæring til vevet på kapillærnivå - 15 timers oppr. (dato). Ventrikelretensjon, anastomose av gallegang til juvenim. Kolostomi. Reseksjon av colon. Ubalanse i ernæring: Mindre enn kroppsbehovet – kode: 00002 Definisjon inntak av næringsstoffer som er utilstrekkelig for å dekke metabolske behov - parenteral ernæring Forstyrrelse i urineliminasjon NANDA 00016 Definisjon forstyrrelse av eliminasjon av urin - Behov for dialyse? Svekket hudkvalitet—relatert til NANDA 00046 Definisjon endret epidermis og/eller dermis. - Kirurgi. Stor sårcyvet i operasjonsfeltet.</p>	<p>Overvåking NIC 6650 Definisjon målrettet og pågående tilsyn, tolkning og syntese av pasientdata for klinisk beslutningsprosess - Anvendte retningslinje: Standard for intensivpasient: ID 65121 Emosjonell støtte NIC 5270 Definisjon sørge for beroligelse, aksept og oppmuntring ved stress - Viktig å informere godt om prosedyrer pas. skal til, hvor lenge de varer osv. - For å trygge pas. - Tilby samtale med psykiater, el psykiatrisk spj til pasient og pårørende -Spurt pas (dato), pas. Ønsker ikke dette. -pårørende samtale (dato). Overvåking av hud NIC 3590</p>	<p>-Får oppdatert informasjon om endringer i tilstand, vurderinger og planlagt behandling. -Er respiratorisk, sirkulatorisk, normoterm og har optimal vevsperfusion. -Opplever fra av kvalme-unnngår fimose -unnngår trykksår -opplever smertelindring</p>
--	---	--

I denne delen av analysearbeidet så jeg at notatene fremsto som en homogen tekst med et samlet uttrykk, og at behandlingsplanen brukes i varierende grad. Jeg valgte å sette fokus på sykepleieres føring av pasienters journaler. Jeg valgte ut pasient B og pasient F, fordi de utgjorde to ytterpunkter i datasettet: Pasient B hadde en svært mangelfull behandlingsplan,

mens pasient F hadde en av de mest innholdsrike. Dette hjalp meg til å skjerpe blikket mitt på artikulasjonene, og deretter indentifisere diskursene.

De delene som ble trukket ut av dokumentmaterialet ble satt i kontekst av problemstillingen. Det vil si at teksten underveis i analysen ble operasjonalisert til forskjellige meningsfulle deler på diskursanalysens premisser. Fordi diskursanalysen handler om å analysere språklige mønstre, tok jeg utgangspunktet i å undersøke hvilke tegn som ble artikulert. Jeg tok i bruk Laclau og Mouffes (2014) begreper og overførte dem til teksten. Her ble det igjen nødvendig å adskille evaluerings- og vurderingsnotatene fra behandlingsplanene, fordi de inneholdt forskjellige mønstre og ulik språkbruk. En videre grunn er at i tråd med diskursteorien kan en diskurs identifiseres når det avdekkes hva den avgrenser seg fra, og i datasettet så jeg denne avgrensningen tydelig. Ovenfor har jeg definert det sentrale begrepet *moment*. I evalueringsnotatet har jeg identifisert momentene *tegn*, *tiltak* og *reaksjon*, se figur 6.

Figur 6 Eksempel på identifisering av momenter i evaluerings- og vurderingsnotatene

Sår på setet (**tegn**) fått vasket vekk mye gammel hud (**tiltak**) på sårområdet på morgenen, ser bedre ut (**reaksjon**), mindre blødning (**reaksjon**).

På samme måte har jeg også identifisert momentene i behandlingsplanen til å være *problem, mål og tiltak*

Figur 6 Eksempel på identifisering av momenter i behandlingsplanen

Momenter	Kodeverk	Supplerende tekst
Problem	<u>NANDA 00046</u> : Svekket hudkvalitet	Stor sårkavitet i operasjonsfeltet
Mål		Unngår trykksår
Tiltak	<u>NIC 3590</u> : Overvåking av hud	Sårhet og rødt i lysken. Bruk myk engangsklut til vask og tork, legger kun sorbact.

Ved at nodalpunktet stabiliserer en tekst, gir den sykepleierens journalføring en bestemt struktur i forhold til dens mangfoldige utsagn. Neste steg var å undersøke det privilegerte tegnet, nodalpunktet, som momentene ordnes omkring og får sin betydning i forhold til. For evaluerings- og vurderingsnotatet er nodalpunktet identifisert som *relasjon* og for behandlingsplanen *plan*. Stegene videre i analysen er gjengitt i artikkelen og i kappens konklusjonen

6. Fortolkning av teksten

I det sjette trinnet søkes det etter fortolkning av tekstene. I dette ligger spørsmålene om hva teksten sier og hvordan dette skal relateres til en referanseramme. Jensen (2011) bruker begrepet referanseramme, som viser til teoretiske begreper som analysen skal settes i forhold til. Fortolkningen innebærer å utlegge teksten i relasjon til problemstillingen, og består av en forståelse og en forklaring. Jensen (2011) forklarer at når jeg prøver å analysere en tekst, så analyserer jeg den på tekstens egne premisser, uten altfor mange forutinntatte holdninger. Når jeg deretter prøver å forklare en tekst, analyserer jeg den på mine egne premisser og ut fra mine egne oppstilte referanserammer. Når disse to posisjoner møttes, kan vi snakke om en fortolkning. Jensen (2011) poengterer at jeg som analytiker selv er et subjekt i analyseprosessen, og at enhver analyse er en vekselvirkning mellom innlevelse og distanse.

Her har jeg valgt å se data i lys av Laclau og Mouffes (2002, 2014) diskursteori.

7. Vurdering av teksten

I analysespiralens siste trinn skal tekstene vurderes. Dette trinnet av analyseprosessen handler ifølge Jensen (2011) om å komme frem til en vurdering av om teksten er god eller dårlig. Det har ikke vært studiens intensjon å fremheve én bestemt måte å føre pasientjournalen på fremfor en annen. Med bakgrunn i diskursanalysen har jeg tatt sikte på å undersøke rådende diskurser innen sykepleieres journalføring, hvor diskursene studeres som et strukturelt fenomen og som kollektiv meningsproduksjon. I tillegg stiller Bratberg (2014) krav om at teksten skal være produsert av aktørene selv og være mangfoldig i form av flere forfattere, noe som gjenspeiles i datasettet, da det er gitt at flere sykepleiere har vært med på å notere i pasientjournalen.

4.2 Reliabilitet og validitet

For å kvalitetssikre forskningsprosessen er det likevel svært viktig å reflektere rundt begrepene validitet og reliabilitet. Validitet omhandler gyldighet, mens reliabilitet betyr pålitelighet eller troverdighet.

I kvalitative studier er validitet basert på sammenhengen mellom det teoretiske perspektivet og resultatet. I en diskursanalyse bør man imidlertid legge vekt på validitet i bred forstand. I mitt forsøk på å skape et transparent bilde av den metodiske og analytiske prosessen har jeg også forsøkt å sikre studiets validitet (Bratberg, 2014). Ved å bruke Jensen (2011) analysespiral har jeg skrevet frem de trinnene som er foretatt under utviklingen av analysearbeidet. Jeg har benyttet eksempler knyttet til trinnene for å vise hva jeg fant og hvordan. Ved å akseptere at begreper ikke har samme betydning i alle sammenhenger, øker en validiteten i studiene. Jeg mener at denne formen for diskursanalyse, som går i dybden med sentrale begreper fra Laclau og Mouffes (2014) diskursteori, har en styrke ved at den undersøker og overfører begrepene til sykepleieres journalføring.

Diskursanalysen gir også utfordringer når det gjelder reliabilitet. Bratberg (2014) viser til at utfordringen med reliabilitet i diskursanalyse ikke bare gjelder den måten tolkningen er utført på, men også hvilke tekster den bygger på. I kraft av sitt vitenskapsteoretiske og

analysestrategiske utgangpunkt er analysen bygget opp som en iakttagelse og de konstitutive konsekvensene av den. De diskursene og de gjensidige forholdene mellom dem som jeg har analysert frem, er et produkt av mitt blikk på datamaterialet og min forståelse av diskursteorien. Jeg er kommet frem til disse resultatene gjennom min analytiske fremgangsmåte og ved hjelp av Jensen (2011) analysespiral. Utover det å strukturere analysen har formålet med analysestrategien også vært å klarlegge hvordan jeg har forstått Laclau og Mouffes (2014) diskursteori i et sykepleieperspektiv, samt hvordan jeg er kommet frem til resultatene.

5 Konklusjon

Denne studien viser hvordan avstand til sykepleierkollegaers og egen journalføring kan bidra til å forstå et kjent fenomen bedre. Ved å studere sykepleieres journalføring i Laclau og Mouffes (2014) perspektiv, er jeg blitt tvunget til å etablere en viss distanse og til å studere sykepleieres journalføring systematisk og analytisk. På denne måten har jeg erfart at ved å bruke en diskursanalytisk tilnærming kan man se sykepleieres journalføring på nye måter, og gjennom dette få innsikt i noe jeg tidligere tok for gitt og ikke stilte spørsmål ved.

Diskursanalysen har åpnet opp for refleksjon rundt struktur og funksjon i sykepleieres journalføring, hva som er i spill og hva som kan være betydningene i sykepleieres journalføring. Analysen har videre vært nyttig for å avdekke spenninger, motsetninger og kanskje kamper, motsatt rettede krefter, samt en hegemonisk tilstand i deler av sykepleierens føring av pasientjournaler.

I dette kapittelet vil jeg sette artikkelen og kappen sammen i et større perspektiv i lyset av Laclau og Mouffes (2014) diskursteori.

5.1 Diskursene i sykepleieres journalføring

Som nevnt i teorikapittelet, har jeg støttet meg til Laclau og Mouffes definisjon av diskurs som «a differential and structured system of positions» (Laclau & Mouffe, 2014, s. 95), det vil si som en strukturell helhet av forskjeller. Tilstedeværelsen av en underliggende, men ikke synlig diskurs medfører at språket og dets mønster dukker opp i gjenkjennelige former og kombinasjoner i og på tvers av sykepleieres journalføring (Brænder et al., 2014). Jeg vil vise til hvordan jeg har indentifisert og analysert diskurser og dermed etablert et utgangspunkt for analysen av hvordan den innholdsmessige struktureringen har funnet sted.

For å identifisere en diskurs har jeg tatt utgangspunkt i to sentrale sitater som omhandler oppbygging av en diskurs. «We have referred to a discourse as a system of differential entities – that is moments» (Laclau & Mouffe, 2014, s. 97), og «We will call the privileged discursive points of this partial fixation, nodal points» (Laclau & Mouffe, 2014, s. 99). I dette

arbeidet har disse sitatene altså skapt rammen og utgangspunktet for problemstillingen. Hele prosjektets bidrag har som antydning vært å identifisere diskurser i sykepleieres journalføring.

Sykepleieres journalføring, slik den administreres i det elektroniske journalsystemet DIPS, opptrer i form av fritekst i evaluerings- og vurderingsnotatet og som formalisert språk med utdyping i fritekst i behandlingsplanen. Tidlig i analysen så jeg forskjeller i språkbruk og mønstre for når og hvordan sykepleierne skrev fritekst i evaluerings- og vurderingsnotatet, organisert etter tolv funksjonsområder, og når de brukte klassifikasjonssystemene fra NANDA og NIC i behandlingsplanen. Denne analysen viste at det er mer enn én diskurs i spill. Dette ble synlig under analyseprosessen, hvor jeg jobbet med å operasjonalisere nodalpunkter og momenter. Nodalpunktene åpnet opp for å søke etter alle de forskjellige momentene de organiserer og har til felles, og for meg betød dette implisitt også å undersøke hva de er felles om å være forskjellige fra (Brænder et al., 2014).

Det var mulig å velge ut et mindre utsnitt av sykepleiernes journalføring fordi evaluerings- og vurderingsnotatene fremsto som homogene og med et samlet uttrykk (Brænder et al., 2014). Pasientjournalene til pasient B og pasient F ble satt i søkelyset for å identifisere diskurser. Det er dermed nærliggende å anta at språkbruken og mønsteret i sykepleiernes journalføring for disse pasientene også kunne gjøre seg gjeldende i de andre pasientjournalene. Jeg vil i det følgende vise hvordan strukturen i diskursene gjenfinnes på tvers av andre pasientjournaler.

I artikkelen gis det eksempler på hvordan momentene organiserer seg i den diskursen som er identifisert i evaluerings- og vurderingsnotatet. Nedenfor følger andre sitater der momentene *tegn*, *tiltak* og *reaksjon* er identifisert. Under analysearbeidet ble momentene undersøkt, hvor språket ble gjennomgått og sitater valgt ut for å undersøke hvordan de er organisert på tvers av sykepleieres journalføring, se figur 7.

Figur 7 Eksempel på identifisering av momenter i evaluerings- og vurderingsnotatene

Pasient E	Står fint på beina (tegn) sittet i stol (tiltak) startet fysio med pepfløyte (reaksjon)
Pasient I	Satt en del på sengekanten til morgenen, men ble fort sliten (tegn) og måtte legge seg (tiltak). Har ligget på ryggen siden (reaksjon)
Pasient D	Atrieflimmer(tegn), e-konvertert med 50 joule på kvelden (tiltak) har nå sinusrytme (reaksjon)
Pasient A	Oksygenering har bedret seg (tegn) har kunnet redusere FIO2 fra 0,8 til 0,45 (tiltak). Purulent ekspektorat å suge fra tuben (reaksjon)
Pasient F	Pasienten har to SAG liggende på utleveringsenheten her på RH (tegn). Det tar lang tid å forlike blod (reaksjon), så ta kontakt med blodbanken i god tid (tiltak), hvis behov for mer
Pasient J	Dialysen fortsetter på aktuelle innstillinger (tiltak) ift. ammonniakk på 137 (tegn). Er etterfølgende faldet (reaksjon)
Pasient G	Somnolent (tegn), lett å vekke (tiltak), noe uklar over tid og sted og av og til mistenksom (reaksjon)
Pasient H	RASS -5 ved vaktens begynnelse (tegn). Trappet ned og stoppet propofol (tiltak) - > RASS-3 åpner øynene spontant, men ingen blikkontakt (reaksjon)

Ettersom språkbruken og mønsteret opptrer på tvers av alle pasientjournalene, ser jeg dette som et samlet uttrykk for et nodalpunkt, og har valgt begrepet *relasjon*.

Det sentrale i beskrivelsene er pasienten og hans sykdomstilstand, fokuset er rettet mot funksjonsområder sykepleierne har en spesialkompetanse til å ivareta. Utgangspunktet for sykepleiernes journalføring er pasientens grunnleggende behov og den hjelpen som gis i form av tiltak og reaksjoner på pasientens tilstand, og i tillegg virker omsorgen for pasienten som et mål i seg selv. Derfor har jeg kalt diskursen i evaluerings- og vurderingsnotatene for *omsorgsdiskursen*. Det spesielle ved diskurser er at man må kjenne konteksten for at den enkelte setning skal gi mening. Dette viser seg også i sykepleiernes språkbruk. Jefferies et al.

(2011) beskriver dette som at sykepleierne forstår disse uttrykkene seg imellom, men at det er vanskelig for andre å forstå språket. De fant at språket i sykepleieres journalføring var fragmentert og forkortet, noe som henviser til et språk som kun kan forstås ut fra kjennskap til en kontekst. Buus og Hamilton (2016) observerte det samme i sin systematiske analyse av tolv publikasjoner som omhandler sykepleieres journalføring. Et karakteristisk trekk ved sykepleiernes journalføringer er dens innhold av mange ulike opplysninger om pasientens forhold og atferd som sykepleieren har observert, og beskrivelser av de handlingene sykepleiere har utført for eller med den enkelte pasient (Frauenfelder et al., 2018).

Funnene støtter tidligere forskning, og viser at når sykepleiere bruker fritekst til å føre pasientjournaler gjøres det på en måte som kan vanskeliggjøre forståelsen av teksten for de som står utenfor konteksten. Neste steg i analyseprosessen var å undersøke behandlingsplanene og bruken av kodeverk.

Det er tidligere vist at klassifikasjonssystemene brukes inkonsekvent (Frauenfelder et al., 2018; Medeiros et al., 2016). Dette gjelder også de pasientjournalene jeg har fått tilgang til. Ikke alle pasienter har en ordnet struktur i sin behandlingsplan, det finnes eksempler på en diagnose uten intervensjon eller mål, mål uten tilhørende diagnose eller intervensjon samt intervensjon uten diagnose eller mål. Tross dette finner jeg et mønster og en språkbruk som avviker fra evaluerings- og vurderingsnotatene. Språket er formalisert i form av kodeverk og supplerende fritekst. Formaliseringen skjer i form av at språket får en entydig betydning. NANDA og NIC noteres, i tillegg til at sykepleierne supplerer kodeverkene med egne formuleringer for å individualisere behandlingsplanen. Som eksemplifisert i artikkelen, har jeg med utgangspunkt i pasient F identifisert en diskurs og dens momenter, og bekreftet disse i de andre pasientjournalene, se figur 8.

Figur 8 Eksempel på oppsett i behandlingsplanen

Momenter	Kodeverk	Supplerende fritekst
Plan	NANDA 00047: <i>Risiko for svekket hudkvalitet</i>	<i>Rundt øynene og leppene, hals og innersiden av albuen. Påfallende tørre øyne</i>
	NANDA 00024: <i>Ineffektiv vevsperfusjon</i>	<i>Respirasjonssvikt og sepsis</i>
	NANDA 00002: <i>Ubalanse i ernæring</i>	<i>Nedsatt matlyst</i>
	NANDA 00046: <i>Svekket hudkvalitet</i>	<i>Sengeliggende hjemme, redusert egenomsorg</i>
Mål		<i>Unngår svekkelse av huden</i>
		<i>Effektiv vevsperfusjon,</i>
		<i>Har blodsukkerverdier jfr. -Plan og mål</i>
		<i>Har hel hud</i>
Intervensjoner	NIC 3560: <i>Overvåkning av hud</i>	<i>Registrere endringer ved utslett. Egen krem mot psoriasis. Smøre øynene med viscotears v/behov</i>
	NIC 6650: <i>Overvåking</i>	<i>Anvende etter retningslinje: Standard for intensivpasient: ID X</i>
	NIC 1120: <i>Ernæringsterapi</i>	<i>Ønskekost, proteinrik</i>
	NIC 3540 <i>Forebygge trykksår</i>	<i>Identifisere og overvåke utsatte områder daglig Sørge for trykkavlastning</i>

Det finnes flere eksempler på hvordan NANDA og NIC kan kombineres i praksis, noe som Rabelo-Silva et al. (2017) tidligere har påpekt er mulig. Resultatet fra deres studie viste at kvaliteten på sykepleieres journalføring var bedre der NANDA og NIC ble brukt. Momentene *problem*, *mål* og *intervensjon* antydes og organiseres rundt nodalpunktet *plan*. Diskursen i behandlingsplanen er identifisert som en *problemfokuset diskurs*, hvor utgangspunktet for sykepleierens journalføring blir problemer i form av sykdom og svikt, og hvor det tilknyttes et mål ut fra påkrevde tiltak.

Jeg har tatt høyde for at Laclau og Mouffes (2014, s. 95) beskrivelser av diskurs inneholder både «linguistic and non-linguistic elements». I behandlingsplanen er fargesystemet fra trafikklssystemet. Fargesystemet forstås i den problemfokuset diskursen som en regulering av sykepleieres journalføring hvor *plan* utgjør omdreiningspunktet og den

midlertidige fikseringen av diskursen. Jeg ser altså at utgangspunktet for sykepleiernes journalføring er problemorientert og skal inneholde en *plan* for behandling av sykdom.

Etter å ha identifisert disse to diskursene blir det naturlig avslutningsvis å drøfte dem i lyset av problemstillingens andre ledd: *Hvordan forholder diskursene seg til hverandre?*

5.2 Et konfliktfyllt forhold i sykepleieres journalføring

Omsorgsdiskursen er gjennomgående i sykepleieres journalføring, og virker i det store og hele å spille en selvstendig og hegemonisk rolle. Dette begrunnes i at evaluerings- og vurderingsnotatene har en viss tyngde og kontinuitet, i motsetning til behandlingsplanene. Det virker noe tilfeldig når den *problemfokuserede diskursen* opptrer, og det kan dermed synes som om den spiller en mindre rolle. De to diskursene har ulikt utgangspunkt for sykepleiernes journalføring. I omsorgsdiskursen virker sykepleiernes journalføring intuitiv og erfaringsbasert, mens den problemfokuserede diskursen retter seg mot struktur og orden. I de tilfellene hvor sykepleiere ikke bruker kodeverk i journalføring, handler det kanskje om at de selv vil definere sin egen praksis med eget språk, og strukturer skaper dermed en selvstendig rolle i det som skrives (Jefferies et al., 2011). Tilstedeværelsen av en hegemonisk omsorgsdiskurs i sykepleiernes journalføring reduserer imidlertid meningen til et detaljert nivå som kun er forståelig for de sykepleierne som befinner seg internt i konteksten. Dermed ekskluderes et bredere publikum. Siden fremstillingen er tilslørt, formidles ikke helsehjelpen og dens resultater tydelig, slik (Buus & Hamilton, 2016) har vist.

Både helsepolitiske føringer og rådende profesjonsinteresser stiller krav om å øke nytteverdien av sykepleieres journalføring, og det henvises til at fokuset i de helsepolitiske føringene har endret seg fra «structure to process to outcome» (Thoroddsen & Ehnfors, 2007, p. 1836) over de siste tretti årene (Direktoratet for e-helse, 2017). Når NANDA og NIC brukes i sykepleieres journalføring, vil det være mulig å gjøre sykepleie og tilknyttede intervensjoner synlige (Lunney, Delaney, Duffy, Moorhead, & Welton, 2005). Standardiseringen er forankret i helsepolitiske strategier som et middel for å øke kvaliteten og effektiviteten i helsevesenet (Meum et al., 2013). Det er vist at klassifikasjonssystemer som NANDA og NIC kan lette innsamlingen og utnyttelsen av data for måling og overvåking av sykepleieres helsehjelp (Paans & Muller-Staub, 2015; Rabelo-Silva et al., 2017). Det påpekes

også at forbindelsen mellom vitenskap og praksis styrkes, og at den journalføringen som inkluderer klassifikasjonssystemene kan brukes til å studere kvaliteten på helsehjelpen og effektene av den på pasientens resultater eller måloppnåelse (Dochterman et al., 2005). Litteratursøket har henvist til studier som har anvendt kvantitative metoder, og som har fokusert på utbredelsen av NANDA og NIC i bestemte pasientpopulasjoner. Størstedelen av disse forholder seg positivt til anvendelsen av NANDA og NIC i sykepleieres journalføring (Paans & Muller-Staub, 2015). Det reises imidlertid stadig spørsmål rundt kvaliteten ved slik journalføringspraksis (De Groot et al., 2018). I denne studien undersøkes klassifikasjonssystemene i lys av et annet perspektiv. Funnene viser at kodeverkene i stor grad suppleres med fritekst, noe som tidligere ikke har vært studert, så langt jeg har kunnet bringe på det rene. I tillegg viser studien at til tross for bruk av klassifikasjonssystemene, er det ikke behandlingsplanen som i praksis fungerer som det styrende dokumentet, slik det har vært tiltenkt (Holen-Rabbersvik et al., 2017).

Det finnes eksempler i pasientjournalene som viser til *agonistiske* forhold mellom omsorgsdiskursen og den problemfokuserede diskursen. Dette relaterer seg til der sykepleierne beskriver pasientens problemstillinger både i evaluerings- og vurderingsnotatene, og også i behandlingsplanen. Disse legitimerer og supplerer hverandre med informasjon, på tross av sine forskjelligheter. En slik praksis opptrer imidlertid bare sporadisk i det materialet som er analysert i denne studien. Funnene peker mer i retning av at det i sykepleieres journalføring eksisterer en viss konflikt eller spenning imellom de to diskursene, i kraft av at det kan synes som om at de utgjør to motpoler. Jeg har tidligere henvist til omsorgsdiskursens hegemoniske rolle i sykepleieres journalføring. Buus og Hamilton (2016) reiser følgende spørsmål: «The key issue, which is rarely addressed, is the exploration of how some discourses maintain their dominant position in the ruling apparatus». Med støtte i Laclau og Mouffe kan det se ut til at omsorgsdiskursen representerer en viss tyngde og treghet som språket er innkapslet i, og som gjør den vanskelig å endre på (Jørgensen & Phillips, 1999). Kritikken mot omsorgsdiskursen kommer fra et eksternt publikum (Meum et al., 2013) bestående av forskere, administratorer og politikere som ønsker innsyn i sykepleieres journalføring på en lett tilgjengelig og oversiktlig måte (Direktoratet for e-helse, 2018). Man må imidlertid ikke glemme at journalføringen har en funksjon lokalt og internt. Den er lokal, nyttig og forståelig for dem som bruker den. Den fungerer som et arbeidsverktøy og sikrer kontinuitet av helsehjelpen der og da.

Den inkonsekvente bruken av behandlingsplanene kan forstås som en slags motstand mot de helsepolitiske strømmingene som tar sikte på standardisering og bruk av klassifikasjonssystemer. Molina-Mula et al. (2018) karakteriserer situasjonen som paradoksal. De forklarer at det standardiserte språket som ligger i den problemfokuserede diskursen, betyr at den helsehjelpen som beskrives i behandlingsplanene er dehumaniserende, fordi pasientens identitet forsvinner. I tillegg mener Molina-Mula et al. (2018) at en overdreven bruk av behandlingsplanene kan medføre at sykepleiere nesten utelukkende registrerer pasientdata knyttet til kliniske komplikasjoner og fysiologiske forhold, og neglisjerer følelsesmessige aspekter og tålmodige beslutningsprosesser.

Denne studien gir støtte til en refleksjon over hvordan en selv og de egne kollegaene fører pasientjournaler, slik at det kan skapes et grunnlag for systematisk og dialogisk utvikling av kvaliteten på dem. Diskursene omfatter kompletterende positive elementer som kan sikre kontinuitet og kvalitet i helsehjelpen, noe det selvsagt er ønskelig å ivareta. Samlet sett kan strukturer, funksjoner, intervensjoner og resultater bli ivaretatt, men det fordrer også at skjønn, prosess og kontekst bør inkluderes mer konsekvent i journalføringen. Fremfor å gi behandlingsplaner en særlig styrende rolle i sykepleieres journalføring, slik de helsepolitiske føringene tilsier, kan det tilstrebes en større grad av situasjonsbestemt og selvstendig dømmekraft. Denne studien problematiserer nettopp dette forholdet, ved å vise at omsorgsdiskursen har en viktig rolle og funksjon som bør bli tilgodesett. Det kan således argumenteres for at behandlingsplanene som en følge av dette kan betraktes som delvis å inngå i et agonistisk forhold til evaluerings- og vurderingsnotatene, slik det også er tiltenkt i sykepleieprosessen.

Denne studien poengterer med andre ord at det er viktig at man på den ene siden unngår den fallgruven det er å insistere på at helsehjelpen er så intuitiv, individuell og situasjonsbestemt at det er vanskelig å journalføre den på en annen måte enn gjennom egne formuleringer. På den andre siden bør det imidlertid utvises forsiktighet når det gjelder å kvalitetssikre sykepleieres journalføring ut fra en logikk om at hvis noe virker i et gjennomsnitt eller på gruppenivå, så virker det også i hver konkrete situasjon. Pasientjournalen vil da fylles med standardiserte uttrykk uten å inkludere hele pasienten som en individuell og konkret person. Utover standardisert registrering og kodifisert språk vil det i så fall være lite rom for at sykepleiere også forsøker å forstå, beskrive og begrunne sin egen praksis.

Problemstillingen for studien har vært å undersøke det følgende: *Hvilke diskurser kan identifiseres i sykepleiernes journalføring i en intensivavdeling, og hvordan forholder diskursene seg til hverandre?* Det teoretiske rammeverket med beskrivelse av de perspektivene som er anvendt i studien, er blitt belyst og funnene er blitt presentert og drøftet. Identifiseringen av de diskursene som er i spill i sykepleieres journalføring, har illustrert de utfordringene som er forbundet med føring av pasientjournaler.

Jeg har innledet kappen med en begrunnelse for valget av tema, samt henvisninger til tidligere forskning på sykepleieres journalføring. Deretter har jeg gjort rede for diskursanalyse som metodisk og teoretisk tilnærming. Ved å trekke på sentrale begreper fra Laclau og Mouffes (2014) diskursteori identifiseres to diskurser og deres forhold til hverandre diskuteres.. Identifiseringen av de diskursene som er i spill i sykepleieres journalføring, har illustrert de utfordringene som er forbundet med føring av pasientjournaler både når gjelder bruk av fritekst i evaluerings- og vurderingsnotater samt klassifikasjonssystemene i behandlingsplaner.

6 Litteraturliste for kappen

- Andersen, N. Å. (1999). *Diskursive analysestrategier : Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Boréus, K., & Bergström, G. (2005). *Textens mening och makt : metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys* (2. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Brænder, M., Kølvråa, C., & Laustsen, C. B. (2014). *Samfundsvidenskabelig Tekstanalyse*. Latvia: HAns Reitzels Forlag.
- Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Buus, N., & Hamilton, B. E. (2016). Social science and linguistic text analysis of nurses' records: a systematic review and critique. *Nurs Inq*, 23(1), 64-77.
doi:10.1111/nin.12106
- De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W., Francke, A. L., & De Groot, K. (2018). Quality criteria, instruments and requirements for nursing documentation: a systematic review of systematic reviews. *Journal of advanced nursing*. doi:10.1111/jan.13919
- Dochterman, J., Titler, M., Wang, J., Reed, D., Pettit, D., Mathew-Wilson, M., . . . Kanak, M. (2005). Describing use of nursing interventions for three groups of patients. *J Nurs Scholarsh*, 37(1), 57-66.
- Duarte, R. T., Linch, G. F., & Caregnato, R. C. (2014). The immediate post-operative period following lung transplantation: mapping of nursing interventions. *Rev Lat Am Enfermagem*, 22(5), 778-784.
- Dunn, K. C., & Neumann, I. B. (2016). *Undertaking discourse analysis for social research*. Ann Arbor, Mich: University Of Michigan Press.
- Frauenfelder, F., van Achterberg, T., & Muller-Staub, M. (2018). Documented Nursing Interventions in Inpatient Psychiatry. *Int J Nurs Knowl*, 29(1), 18-28.
doi:10.1111/2047-3095.12152
- Frauenfelder, F., van Achterberg, T., Needham, I., & Muller Staub, M. (2016). Nursing Diagnoses in Inpatient Psychiatry. *Int J Nurs Knowl*, 27(1), 24-34. doi:10.1111/2047-3095.12068
- Helleso, R. (2006). Information handling in the nursing discharge note. *J Clin Nurs*, 15(1), 11-21. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01235.x

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell LOV-2018-06-15-38 fra 20.07.2018*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Hitching, T. R., Nilsen, A. B., & Veum, A. (2011). *Diskursanalyse i praksis : metode og analyse*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Hogsnes, L., Danielson, E., Norbergh, K. G., & Melin-Johansson, C. (2016). Healthcare professionals' documentation in nursing homes when caring for patients with dementia in end of life - a retrospective records review. *J Clin Nurs*, 25(11-12), 1663-1673. doi:10.1111/jocn.13184
- Holen-Rabbersvik, E., Nyhus, V. A., Hagen, O., Graver, C., Vabo, G., & Svanes, M. (2017). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ* Retrieved from https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder_v5.1..pdf
- Hyde, A., Treacy, M. P., Scott, P. A., Butler, M., Drennan, J., Irving, K., . . . Hanrahan, M. (2005). Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the 'voice of nursing'. *Nurs Inq*, 12(2), 66-77. doi:10.1111/j.1440-1800.2005.00260.x
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2017). *Kvalitativ analyse : syv traditioner*. København: Hans Reitzel.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Nicholls, D. (2011). Nursing documentation: how meaning is obscured by fragmentary language. *Nurs Outlook*, 59(6), e6-e12. doi:10.1016/j.outlook.2011.04.002
- Jensen, L. B. (2011). *Indføring i tekstanalyse* (2. udg. ed.). Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori*: Universitetsforlaget.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforl. Samfundslitteratur.
- Kautz, D. D., Kuiper, R., Pesut, D. J., & Williams, R. L. (2006). Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. *Int J Nurs Terminol Classif*, 17(3), 129-138. doi:10.1111/j.1744-618X.2006.00033.x
- Laclau, E., & Mouffe, C. (1997). *Demokrati og Hegemoni* (C. Jensen, Trans.). København: Akademisk Forlag.
- Laclau, E., & Mouffe, C. (2002). *Det radikale demokrati : diskursteoriens politiske perspektiv*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

- Laclau, E., & Mouffe, C. (2014). *Hegemony and Socialist Strategy Towards a Radical Democratic Politics* (3. ed.). London: Verso.
- Lunney, M. (2008). The need for international nursing diagnosis research and a theoretical framework. *Int J Nurs Terminol Classif*, 19(1), 28-34. doi:10.1111/j.1744-618X.2007.00076.x
- Lunney, M., Delaney, C., Duffy, M., Moorhead, S., & Welton, J. (2005). Advocating for standardized nursing languages in electronic health records. *J. Nurs. Adm.*, 35(1), 1-3.
- Medeiros, A. L., Santos, S. R., Cabral, R. W., Silva, J. P., & Nascimento, N. M. (2016). Assessing nursing diagnoses and interventions in labour and high-risk pregnancies. *Rev Gaucha Enferm*, 37(3), e55316. doi:10.1590/1983-1447.2016.03.55316
- Meum, T., Ellingsen, G., Monteiro, E., Wangensteen, G., & Igesund, H. (2013). The interplay between global standards and local practice in nursing. *Int J Med Inform*, 82(12), e364-374. doi:10.1016/j.ijmedinf.2013.02.005
- Moen, A., Quivey, M., Mølsted, K., Berge, A., & Hellesø, R. (2008). *Sykepleieres journalføring : dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Molina-Mula, J., Peter, E., Gallo-Estrada, J., & Perello-Campaner, C. (2018). Instrumentalisation of the health system: An examination of the impact on nursing practice and patient autonomy. *Nurs Inq*, 25(1). doi:10.1111/nin.12201
- Mølsted, P., Bulechek, G. M., & Dochterman, J. M. (2006). *Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC)* (4. utg. [i.e. 1. utg.]. ed.). Oslo: Akribe.
- Muller-Staub, M. (2009). Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*, 20(1), 9-15. doi:10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x
- Muller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & Van Achterberg, T. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. *Int J Nurs Stud*, 44(5), 702-713. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.02.001
- Norsk redaksjonsutvalg for klassifikasjonssystemene NANDA, N. I. C. o. N. O. C. (2003). *NANDA sykepleiediagnoser : definisjoner & klassifikasjon, 2001-2002* (Norsk utg. ed.). Oslo: Akribe.
- Norsk senter for forskningsdata. (2019, 11. februar 2019). NSD personverntjenester. Retrieved from <https://nsd.no/personvernombud/hjelp/index.html#hideid3>

- NOU 1997: 26. (1997). *Tilgang til helseregistre*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-26/id141171/sec7>.
- NSF. (Ed.) (2006) definisjoner. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/270500/Definisjoner>: Norsk sykepleierforbund.
- Paans, W., & Muller-Staub, M. (2015). Patients' Care Needs: Documentation Analysis in General Hospitals. *Int J Nurs Knowl*, 26(4), 178-186. doi:10.1111/2047-3095.12063
- Pasientjournal. (2001). *Foreskrift om pasientjournal (FOR-2018-06-15-876)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>.
- Pyykko, A. K., Laurila, J., Ala-Kokko, T. I., Hentinen, M., & Janhonen, S. A. (2000). Intensive care nursing scoring system. Part 1: Classification of nursing diagnoses. *Intensive Crit Care Nurs*, 16(6), 345-356. doi:10.1054/iccn.2000.1525
- Rabelo-Silva, E. R., Dantas Cavalcanti, A. C., Ramos Goulart Caldas, M. C., Lucena, A. F., Almeida, M. A., Linch, G. F., . . . Muller-Staub, M. (2017). Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *J Clin Nurs*, 26(3-4), 379-387. doi:10.1111/jocn.13387
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2019, 26. juni 2019). Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK. Retrieved from https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999& ikbLanguageCode=n
- Saranto, K., & Kinnunen, U. M. (2009). Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review (Vol. 65, pp. 464-476). Oxford, UK.
- Scherb, C. A., Head, B. J., Maas, M. L., Swanson, E. A., Moorhead, S., Reed, D., . . . Kozel, M. (2011). Most frequent nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing-sensitive patient outcomes of hospitalized older adults with heart failure: part 1. *Int J Nurs Terminol Classif*, 22(1), 13-22. doi:10.1111/j.1744-618X.2010.01164.x
- Shever, L. L., Titler, M., Dochterman, J., Fei, Q., & Picone, D. M. (2007). Patterns of nursing intervention use across 6 days of acute care hospitalization for three older patient populations. *Int J Nurs Terminol Classif*, 18(1), 18-29. doi:10.1111/j.1744-618X.2007.00044.x
- Søreidem, E., Flatland, S., Flaatten, H., Helset, E., Haavind, A., Klepstad, P. I., . . . Vinorum, O. G. (2014). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge.

- Strudwick, G., & Hardiker, N. R. (2016). Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: A case study using the International Classification for Nursing Practice((R)). *Int J Med Inform, 94*, 215-221. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.06.012
- Thoroddsen, A., & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *J Clin Nurs, 16*(10), 1826-1838. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01836.x
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- von Krogh, G., Dale, C., & Naden, D. (2005). A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC terminology in electronic patient records. *J Nurs Scholarsh, 37*(3), 275-281.
- Vuokko, R., Makela-Bengs, P., Hypponen, H., Lindqvist, M., & Doupi, P. (2017). Impacts of structuring the electronic health record: Results of a systematic literature review from the perspective of secondary use of patient data. *Int J Med Inform, 97*, 293-303. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.10.004
- WHO. (2008). The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). Retrieved from https://www.who.int/whr/2008/08_chap5_en.pdf?ua=1

7 Artikkel

Tittel:

Språkbruk og mønstre i sykepleieres journalføring

Diskursanalytisk tilnærming

Master i interdisiplinær helseforskning

Avdeling for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Nabila Sabab, intensivsykepleier,

Thoraxkirurgisk intensiv avdeling

Hjerte-, lunge-, karklinikken

Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet

E-post: nabila.sabab@ous-hf.no

Antall tegn med mellomrom: 24 231

Antall ord (uten sammendrag, figurer, tabeller og referanser): 3090

Antall figurer: 6

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleieres journalføring har historisk sett vært skrevet som fritekst med lite oversikt og kvalitetssikret informasjon. Helsepolitiske føringer har siden 1996 fokusert på innføring av standardisert terminologi i sykepleieres journalføring for å sikre bedre kvalitet i pasientbehandling, mulighet for styring og forskning. Det er imidlertid gjort få systematiske undersøkelser av hvordan språket anvendes i journalføringen, hva som vektlegges, hvordan den fungerer, og hva som kan være eventuelle mønstrene i dokumentasjonen.

Hensikt: Studiens hensikt er å undersøke språkbruk og mønstre i behandlingsplaner og evaluerings- og vurderingsnotater, deres begrensninger og muligheter, samt bidra til refleksjon over hva som vektlegges og hvilke sammenhenger som etableres.

Metode: I studien undersøkes sykepleieres journalføring til ti pasienter på en intensivavdeling. Studien har et kvalitativt design. Diskursanalyse anvendes som metodisk og analytisk inngang.

Resultat: Det identifiseres to fremtredende diskurser: i) En *omsorgsdiskurs* som kommer til uttrykk i evaluerings- og vurderingsnotater. Her er utgangspunktet pasientens grunnleggende behov og det siktes mot pasientens trivsel, velvære og mestringsmuligheter i den aktuelle situasjonen. Det er beskrivende fritekst som virker formet av ord og uttrykk som er betinget av konteksten. ii) En *problemfokusert diskurs* finnes i behandlingsplanen. Den benytter et formalisert språk der ord og uttrykk hentes fra klassifikasjonssystemene NANDA og NIC. Sykepleierens journalføring er problemorientert og innehar en plan for behandling av sykdom. Analysen viser hvordan de to diskursene forholder seg til og supplerer hverandre.

Konklusjon: Diskursene har to ulike utgangspunkt. Omsorgsdiskursen framstår som en helhetlig gjennomgang og omsorgsmessig ivaretagelse av pasienten, mens den problemfokuserede diskursen har fokus på mål og tiltak. Det er områder hvor journalføringene komplementerer hverandre, men for det meste opptrer de i parallell. Studien viser at omsorgsdiskursen i det store og hele virker å spille en selvstendig og hegemonisk rolle i sykepleierens journalføring

Nøkkelord: sykepleieres journalføring, diskursanalyse, NANDA, NIC, intensiv.

Introduksjon

I Stortingsmelding 9 (2012-2013) ”Én innbygger – én journal” defineres målene og retningen for pasientbehandling og journalføring (1). Et viktig prinsipp er at nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Dokumentasjonsplikt er lovpålagt sykepleiere fra 2001 (2). Dokumentasjon av sykepleie er en egen del av pasientjournalen, og sykepleieren har et selvstendig ansvar for journalføring av planlagt og ytt helsehjelp (3).

Sykepleieres journalføring kan karakterisert som fritekst med en blanding av standardiserte faguttrykk og lokale fritekstformuleringer. Det har vist seg å være krevende å dele, utveksle og oppsummere slik dokumentasjon, og også å bruke den for flere formål. Muligheten for å få en samlet oversikt over pasientens behov for sykepleie, samt hvilken sykepleie som gis eller har vært gitt har derfor vært begrenset (4). Nasjonal helse- og sykehusplan (2015-2016) peker på behov for mer systematisk pasientoppfølging (5). Nasjonal handlingsplan for e-helse (2017-2022) fastslår at kodeverk og terminologier for sykepleieres journalføring er nødvendig for å understøtte utviklingen av e-helseløsninger (6).

Sykepleieprosessen er en problemløsende metode som har bidratt til systematisering og strukturering, og gir retning for hva som skal dokumenteres. Den er en faglig ramme som skal ligge til grunn for dokumentasjon, koding og klassifikasjon av sykepleie. Den består av fem deler og skal munne ut i en behandlingsplan som skal synliggjøre og evaluere den sykepleien som gis (7, 8).

Siden 1970-tallet har det vært utforsket ulike måter å klassifisere sykepleiefenomener på. To systemer som brukes i norsk praksis er klassifikasjonssystemene North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) og Nursing Intervention Classification (NIC). NANDA, som er utviklet fra 1973, dekker diagnostiseringsdelen av sykepleieprosessen og inneholder definisjoner av standardiserte sykepleiediagnoser. NIC er fra 1992 og er en klassifikasjon for sykepleieintervensjoner hvor sykepleietiltak og handlinger navngis. Begge klassifikasjonssystemer er oversatt til norsk i 2002 (9, 10). International Classification of Nursing Practice (ICNP) er en internasjonal terminologi som dekker sykepleiepraksis, utviklet av International Council of Nurses (ICN) fra 1990. ICNP er oversatt til norsk og oppdateres kontinuerlig. Internasjonalt er ICNP brukt i flere land, men er ikke tatt i bruk i

spesialisthelsetjenesten i Norge. Norsk sykepleieforbunds terminologiråd og Direktoratet for e-helse anbefaler at ICNP knyttes til sykepleieres journalføring.

Bakgrunn

Lenge før helsepolitiske føringer og den lovpålagte dokumentasjonsplikten trådte i kraft har sykepleiere dokumentert sin virksomhet. Dokumentasjonsparadigmer har skiftet over tid. Siden 1996 har man fokusert på innføring av standardisert terminologier i sykepleieres journalføring, blant annet for å bidra til kvalitetsforbedring, synlighet, styring og forskning (11). Det er imidlertid ikke slik at den ene avløser den andre, men mere at det dannes spenningsforhold.

Klassifikasjonssystemene inneholder begreper som kan brukes til å beskrive individuelle, familie- eller samfunnsvar på potensielle eller faktiske helseproblemer eller livsprosesser (12). Flere studier har argumentert for at klassifikasjonssystemene har potensiale for å øke kvaliteten på sykepleieres journalføring, samt bidra til sykepleieforskning og utdanning (13, 14). Undersøkelser viser at terminologien fra NANDA-diagnoser og NIC-tiltak kan brukes til å beskrive pasientens problemstillinger og sykepleierelevante tiltak på tvers av ulike spesialer (15-18). Mens andre studier viser, at pasienters unike reaksjoner, erfaringer og følelser ved kritisk sykdom ikke passer til klassifikasjonssystemer. Sykepleiere må derfor kombinere fritekst og standardiserte ord og uttrykk for å beskrive pasientens helsesituasjon fordi klassifikasjonssystemene har vist seg å være utilstrekkelige (19-21). Tross økende fokus på sykepleiens bidrag til pasientutfall kritiseres standardiserings-mekanismer for å prioritere et instrumentelt fokus (22-24).

Den forliggende studien har til hensikt å undersøke språkbruk og mønstre i behandlingsplaner og evaluerings- og vurderingsnotater, se på begrensninger og muligheter i klassifikasjonssystemene, samt bidra til refleksjon over hva som vektlegges og hvilke sammenhenger som etableres. Datamaterialet er sykepleieres journalføring hentet fra pasienter innlagt i en intensivavdeling. Intensivavdeling er valgt da sykepleieren overvåker pasienten kontinuerlig, hvilket stiller høye krav til journalføringen (25). Problemstillingen for studien er følgende:

Hvilke diskurser kan identifiseres i sykepleiernes journalføring i en intensivavdeling, og hvordan forholder diskursene seg til hverandre?

Metode og analysestrategi

Studien har et kvalitativt design og anvender diskursanalyse som metodisk og teoretisk inngang. En språklig analyse av sykepleieres journalføring vil stå sentralt. Studien vil særlig støtte seg på Laclau og Mouffes diskursteori (26, 27).

Dokumentasjon fra ti pasienter over 18 år, innlagt på en intensivavdeling på et universitetssykehus i Norge mer enn tre døgn har vært gjenstand for analyse. Perioden for innleggelse er mellom 1. januar 2018 – 31. mai 2018.

Datamaterialet er ”SPL notat/evaluering”, hentet fra pasientjournalssystemet DIPS (Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus). Dokumentene kan sees på som todelt. Evaluerings- og vurderingsnotatet er et blankt ark som inneholder tolv funksjonsområder, hvor sykepleien beskrives som fritekst. I behandlingsplanen brukes klassifikasjonssystemene NANDA og NIC for sykepleiediagnoser og intervensjoner. Diagnose, mål og intervensjoner er organisert i tre rader, og i et fargesystem med gult, rødt og grønt. Notatene hentes ut enkeltvis, og utgjør ni sider per pasient. Deretter skrives hele behandlingsplanen ut som et dokument, én per pasient. Pasientene blir anonymisert som ”Pasient A”, ”Pasient B” etc.

Teori

Diskurs kan forstås som en bestemt måte å snakke om og forstå et fenomen på. Diskursanalyse gir en sosialkonstruktivistisk tilgang til empirisk datamateriale, hvor det teoretiske og metodologiske grunnlag er sammenslått. Laclau og Mouffe (26) legger ikke strukturelle føringer på analysen, men har begreper i diskursteorien som lar seg operasjonalisere. I denne studien anvendes følgende begreper *diskurs*, *moment*, *nodalunkt*, *hegemoni*, *antagonisme* og *agonisme*. (26-28), se figur 1.

Figur 1 Sentrale begreper fra diskursteorien

Diskurs	Diskurs er en bestemt måte og tale om og forstå verden på.
Moment	En diskurs er bygget opp med momenter. Det er artikulerte tegn innenfor en diskurs som har fått sin betydning midlertid fastlagt.
Nodalpunkt	Et privilegert punkt momentene organiseres i forhold til og får sin betydning ut ifra.
Hegemoni	En diskurs som oppfattes selvfølgelig og «tatt-for-gitt».
Antagonisme	Antagonisme beskriver en kontrast mellom eksisterende diskurser og er synonymt med konflikt.
Agonisme	Agonisme beskrives som en type relasjon der man grunnleggende er uenige, men deler et sett av spilleregler.

Analyse

Analysearbeidet starter etter at data er samlet inn. Dokumentene leses flere ganger og ord, begreper og setninger skrives inn i Word dokumenter. Dette gir godt kjennskap til språket, og et solid helhetsinntrykk av materialet. Som utgangspunkt for diskursanalyser er det nyttig å avgrense datamaterialet for å skape en ramme for videre analyse (28). Pasient B og F utvelges derfor i det videre arbeide med analysen. Pasient B fordi behandlingsplanen er svært mangelfull, og pasient F, fordi behandlingsplanen er en av de mest innholdsrike. Evaluerings- og vurderingsnotatene forholder seg like. De brukes og ses i lyset av de andre pasientenes journalføringen.

Diskursteoriens premiss er at en diskurs får sin spesifikke form når den avgrenser seg fra det den ikke er. Undersøkelse av mønstrene i språket i forhold til hvilken type tekst som brukes og dens konsistens og regelmessighet er første steg i analysen. Behandlingsplaner og evaluerings- og vurderingsnotater undersøkes separat. Her indentifiseres momenter for å kaste lys over nodalpunktet og etterfølgende diskurser. I tråd med diskursteorien settes

resultatene sammen for å si noe om hvordan notatene og behandlingsplanene forholder seg til hverandre.

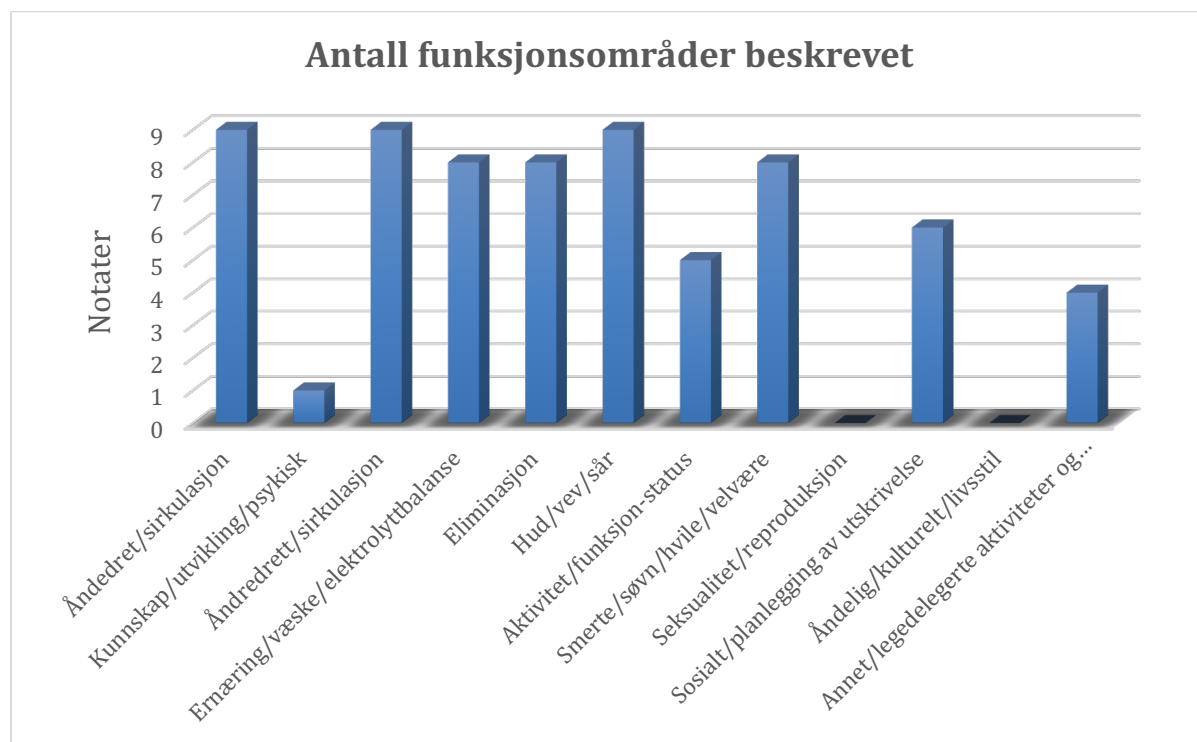
Etiske vurderinger

I diskursanalyse er det teksten selv og språkbruk som står i sentrum. Fokuset i studien er derfor språk i sykepleiernes journalføring, og ikke språk blant enkeltpersoner som sykepleieren eller pasienten selv. Denne studien bruker anonymiserte opplysninger, og avdelingsledelsen der data innsamles har godkjent prosjektet. Personvernombudet har vært kontaktet for råd og veiledning.

Resultater

Et hovedfunn er at evaluerings-og vurderingsnotatene brukes i størst utstrekning for begge pasienter. Tre funksjonsområder beskrives i alle notatene for begge pasienter, se figur 2.

Figur 2 Hvilke funksjonsområder som brukes



Pasientene holdes sovende med medikamenter, og det vies mye oppmerksomhet rundt pasientens mestringsevne. Beskrivelser om dette finner man igjen under det første funksjonsområde *kommunikasjon/sanser*. Pasientene har luftveis og sirkulasjonsproblem, og dette ses under det tredje funksjonsområde *åndedrett/sirkulasjon*. Det femte funksjonsområde *Eliminasjon* omhandler utskillelse av urin og avføring. Det ses også at notatene brukes jevnt gjennom de tre første dagene. Samme mønster ses hos de andre pasienter. Dette ses på er antall bruk av funksjonsområdene gjennom innleggelsen. Gjennomsnittet for antall funksjonsområde som beskrives er lik for begge pasienter og ligger på 7,8.

I analysen av behandlingsplanen til pasient F ses nesten likt antall diagnoser, mål og intervensjoner. Pasientens behandlingsplan inneholder informasjon fra tidligere innleggelse, som sykepleierne har valgt å beholde. NANDA diagnosen *forstyrrelse i urineliminasjon* (00016) beskrives ved syvende vakt, se figur 3. Den tilskrives tre NIC intervensjonene *overvåkning* (6650), *hemofiltrasjonsterapi* (2110) og *temperaturregulering* (3900). Overvåkning er en av de mest anvendte intervensjoner hos de andre pasienter. Felles for diagnosen og intervensjonen er de standardiserte begrepene individualiseres med fritekst. Målet for diagnosen og intervensjonene synes å være *er respiratorisk, sirkulatorisk, normoterm og har optimal vevsperfusjon*.

I sammenstilling av notatene og behandlingsplanene ses en avgrensning imellom de og derved identifiseres to fremtredende diskurser (28).

Omsorgsdiskurs

Det er en omsorgsdiskurs som kommer til uttrykk i evaluerings- og vurderingsnotatene. Den består av beskrivende fritekst og virker formet av ord og uttrykk i konteksten. *Ingen kontakt eller pasienten er i overflaten* sier lite dersom man ikke deler samme praksisvirkelighet. Denne omsorgsdiskursen identifiseres med nodalpunktet *relasjon*. Skrivemåten anses å være en artikkel som binder tegnene sammen til en diskurs. De ulike momentene utgjør til sammen omsorgsdiskursen og er identifisert som: *tegn, samarbeid, reaksjon*. Dokumentasjonen tar utgangspunkt i pasientens grunnleggende behov og sikter mot pasientens trivsel, velvære og mestringmuligheter i den aktuelle situasjonen.

Figur 3 Identifisering av momenter i evaluerings- og vurderingsnotat

Stabil respiratorisk på CPAP/PS, klare, men dempende lungelyder (tegn) til morgenen. Tilfredsstillende oksygenering/ventilering, bortsett fra en episode med plutselig metningsfall (tegn) ned til ca 60, rask RF (tegn) til 30/min. Følbart slim på lunger (tiltak). Fikk opp (tiltak) liten mengde med seigt slim. Oksygenert med 100% O₂ (tiltak). kom seg gradvis (reaksjon). Redusert til samme FIO₂ 40% (reaksjon) som før metningsfall.

Pasienter som ligger på en intensivavdeling har vanligvis respirasjonssvikt (25). Det kommer ikke tydelig frem, men antydes ifra pasientens status, og hvordan hans situasjon utvikler seg. Sykepleieren beskriver tegn som indikerer vanskeligheter med pusten, se figur 3. Det gjelder journalføring av *dempende lungelyder, plutselig metningsfall, og rask RF* (respirasjonsfrekvens). Deretter journalføres tiltak, sykepleieren kjenner på pasienten da det står *følbart slim*, hvoretter det står *Fikk opp liten mengde med seigt slim*.

Det finnes en homogen beskrivelse av sekret blant sykepleierne. Eksempler på dette er *blodig, løst, lyserødt, seigt, lite og følbart*. Det kan være upresist og vanskelig å forholde seg til for en som ikke kjenner praksisen godt, men i journalføringen faller det som elementært da det gjengis på tvers av notatene hos begge pasienter. På samme måte skrives det at pasienten er blitt *sugd* eller *har vært nede i tuben*. For en som ikke er kjent med konteksten, kan det nok være uklart hva som her menes. Ved å se igjennom notatene handler det om at pasientene har sekret i lungene, og fordi de er intuberte er det ikke mulig for dem å hoste det opp. Dermed blir *suging* en naturlig del av omsorgsdiskursen og måten det skrives på. Beskrivelsen avsluttes med hvordan pasienten reagerer på tiltakene. Generelt fremkommer det at i evaluerings- og vurderingsnotatene er utgangspunkt i pasientens grunnleggende behov og sikter mot pasientens trivsel, velvære og mestringsmuligheter i aktuell situasjon.

Problemfokuset diskurs

En problemfokuset diskurs finnes i behandlingsplanen og her benyttes et formalisert språk fra klassifikasjonssystemene NANDA og NIC. Momentene er identifisert som *problem, mål,*

intervensjon. Diskursteoretisk er *plan* et nodalpunkt, da det er et privilegert tegn som de andre tegnene ordnes rundt og får betydning i forhold til, se eksempel i Figur 4. Det viser også hvordan NANDA og NIC brukes sammen med supplerende fritekst. Slik praksis brukes også hos de andre pasienter.

Figur 4 Eksempel på oppsett i behandlingsplanen		
Momenter	Kodeverk	Supplerende fritekst
<i>Plan</i>	NANDA: 00016 Forstyrrelse i urineliminasjon	Behov for dialyse
<i>Mål</i>		Er respiratorisk, sirkulatorisk, normoterm og har optimal vevsperfusjon.
<i>Intervensjoner</i>	NIC 6650: Overvåkning NIC 2110: Hemofiltrasjonsterapi NIC 3900: Temperaturregulering	Anvende retningslinje: Standard for intensivpasient: ID X Anvende lokal retningslinje: kontinuerlig hemodialyse på medisinsk intensiv: ID X Justere kjernetemperatur: Bruk varmtouch pga dialyse

Nodalpunktet *plan* gjengir en regulering av sykepleien og hvor fargesystemet fra trafikklys er anvendt. Det gule, som kan assosieres med svikt, varsling og sykdom, stemmer overens med momentet problem, hvor pasientens problemstilling defineres. NANDA-diagnosen *forstyrrelse i urineliminasjon er gjengitt*. Forstyrrelsen begrunnes ikke, men individualiseres med beskrivelsen *behov for dialyse*. Neste avsnitt er et rødt felt som omfatter momentet, mål. Ifølge klassifikasjonssystemet kan NANDA-diagnosen relateres til multiple faktorer. Derfor antas *er respiratorisk, sirkulatorisk, normoterm og har optimal vevsperfusjon* å være aktuelle mål. Det grønne feltet referer til den problemfokuserende diskursens siste moment, intervensjon. Det er her vanlig å henviser til prosedyrer, standarder eller retningslinjer som viser til én måte å gjøre ting på. Tre intervensjoner, alle hentet fra NIC, blir beskrevet. Det første er *overvåking*, som utdypes med retningslinjen *Standard for intensivpasient*. Den brukes flittig også hos de andre pasientene og kan tilknyttes andre NANDA-diagnoser. I retningslinjen står det i hvilken grad pasienten overvåkes, og hvilke tiltak som kan gjøres i forhold til eliminasjon. Neste intervensjon er *hemofiltrasjon*, som henviser til en lokal prosedyre. Det siste er *temperaturregulering*. Her presiseres det at pasientens temperatur skal reguleres med

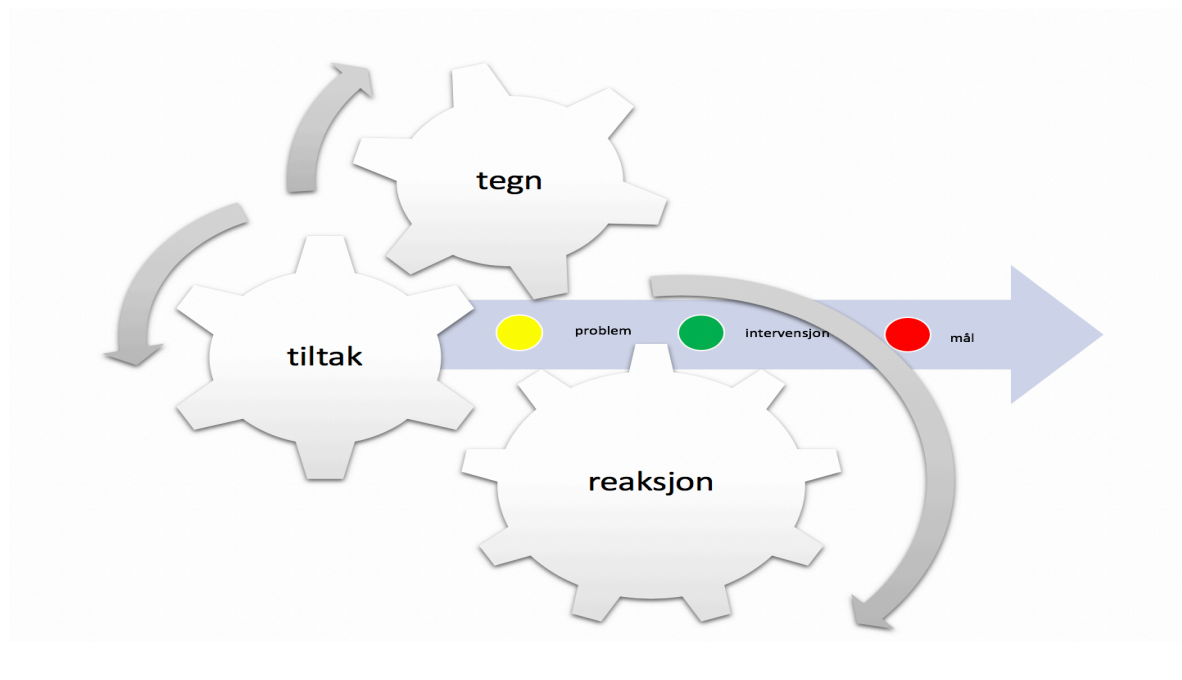
varmeteppe ”*warmtouch*”. I denne diskursen kan man generelt observere at sykepleien er problemorientert og innehar en plan for behandling av sykdom. Begrepene fra NANDA og NIC brukes i kombinasjon med fritekst for å individualisere behandlingsplanen.

Diskursenes forhold til hverandre

Hos pasient B ses en herskende diskurs, omsorgsdiskursen, på tvers av alle dokumentene. Her finnes det ingen behandlingsplan og evaluerings- og vurderingsnotatene kan derfor sies å ha en selvstendig og hegemonisk rolle. Dette gjelder til en viss grad også for pasient F, da evaluerings- og vurderingsnotatene har samme tyngde. Omsorgsdiskursen virker lokalt betinget i språk, som kun kan forstås fullt ut av de som er kjent med konteksten og lokal praksis. Språket er forståelig for de som skriver, da ord, begreper og uttrykk gjentar seg på tvers av alle notatene hos pasientene. I et større perspektiv kan det sies at her fungerer sykepleiernes journalføring som et arbeidsverktøy. Skrivemåten har likevel konsekvenser for andre som har interesse i sykepleien som helsehjelp. I et synliggjøringsperspektiv er det ikke lett å se hvilke vurderinger og handlinger som er planlagt, iverksatt og evaluert. Spørsmålet er om behandlingsplanen med dens innhold av NANDA og NIC er veien å gå. Klassifikasjonssystemene presenteres i et språk som ligger fjernt fra det vante, og i analysen var det tydelig at man individualiserte ved å legge til beskrivelser i fritekst.

Omsorgsdiskursen er den som kommer tydeligst til uttrykk, mens den problemfokuserede diskursen ligger i bakgrunnen og er mindre fremtredende, dette eksemplifiseres i figur 5.

Figur 5 Diskursenes forhold til hverandre



Dette er med henvisning til den regelmessig bruk av notatene, hvor innholdet har en viss tyngde og kontinuitet som fyller mer enn behandlingsplaner. Evaluerings- og vurderingsnotatene journalføres først og brukes jevnlig gjennom innleggelsesforløpet. Behandlingsplanene opptrer sporadisk og spiller en mindre rolle i forhold til journalføringen. Pasient B har ingen behandlingsplan og det virker som at det fungerer sykepleierne imellom. I omsorgsdiskursen er momentene tegnet inn i et tannhjul. Pilene illustrerer nodalpunktet *relasjon* og viser hvordan momentene beveger seg rundt. Det synliggjøres en viss form for lukket system, hvilket viser til hvordan diskursen fungerer innad. Det kan dog være vanskelig å forholde seg til denne om man ikke er kjent med kontekst.

For enkelte områder sameksisterer den problemfokuserede diskursen med omsorgsdiskursen. Dette gjelder når *tegn*, *tiltak* og *reaksjon* møter punktene *problem* og *intervensjon*. Det er en form for agonisme (26). Diskursene møttes på noen punkter. Figur 3 viser til manglende urinproduksjon, dette problemet beskrives også i notatene. Her ses en homogen beskrivelse av urinproduksjon som *små*, *sparsom*, *lite* og *lav*.

Det som skiller diskursene fra hverandre er at særlig i omsorgsdiskursen virker sykepleierne opptatt av å gjennomgå funksjonsområder og journalføre i beskrivende fritekst. Den problemfokuserede diskursen har derimot et problemorientert fokus. Det betyr at hvis ikke noe

er et problem skal det ikke skrives. Pasientjournalene til pasient B, F og de resterende pasienter fylles med beskrivelser, tolkninger og skjønsmessige vurderinger i forhold til tegn, tiltak og reaksjoner, som eksemplifisert i figur 3. Spørsmålet er om det skal dokumenteres i behandlingsplanen, og hvordan kan det gjengis i NANDA og NIC terminologier. Til tross for at luftveisproblematikk er et dominerende problem hos flere pasienter, er det ikke journalført i noen behandlingsplanene. Den problemfokuserende diskursen medfører en markant endring. Slik journalføring inkluderer plan og organisering av sykepleien hvor virksomhetens prosedyrer skal ligge til grunn og tilsidesetter det mellommenneskelige og relasjonelle. Den åpner opp for optimering av arbeidsprosesser og effektivisering.

Diskusjon

Sykepleieprosessen viser til en ramme hvor det illustreres likeverdig forhold rundt sykepleiernes journalføring, trinnene fremstår blant annet som jevnstilt. Men i praksis forholder det seg annerledes. De helsepolitiske føringer kan på sin side legge til rette for å fremheve enkelte deler av prosessen. Det dreier seg om trinn hvor problem, mål og tiltak skal defineres. Datainnsamling og evaluering har lite plass i debatten. Flere studier har også prioritert slik praksis (13, 14, 16-18), blant annet konkluderer Muller-Staub og Lavin (15) at sykepleiere bør bruke klassifikasjonssystemene. Fordelen med slik praksis er lettere tilgang til aggregering og gjenbruk av sykepleiedata, der den problemfokuserende diskursen fremsetter en orden som realiserer politiske føringer og standarder til måling, styring og forskning. Som Clark og Lang (29) fremhever “if you cannot name it, we cannot control it, finance it, teach it, research it or put into public polity”. Her mangler det imidlertid et viktig aspekt. Sykepleiernes journalføring i evaluerings- og vurderingsnotatet fremhever omsorgsdiskursen, hvor det mellommenneskelig er på spill, ved å fokusere på pasientens trivsel, velvære og mestringsmuligheter i den aktuelle situasjonen. I lys av Laclau og Mouffes (26) diskursteori kan klassifiseringssystemene ha konsekvenser for det som journalføres fordi det medfører én bestemt måte å representere sykepleiernes helsehjelp på og dermed utelukkes alle andre. Klassifisering kan sees som en tidssegmentering av sykepleien, og overser et stort domene av de ikke-diagnostiske og ikke-instrumentelle aspektene ved sykepleien.

Denne studien antyder at sykepleiernes journalføring, tross bruk av behandlingsplaner, i stor grad støtter seg til evaluerings- og vurderingsnotatene. Dette er tidligere fremhevet i andre

studier (19, 20, 24). Jefferies, Johnson og Nicholls (21) viser til hvordan sykepleierne seg imellom forstår og bruker lokale ord og begreper. Omsorgsdiskursen har tradisjonelt sett fylt sykepleiernes journalføring med innhold og mening. Den har en historie og ifølge blant andre Laclau og Mouffe (29) har diskurser en viss treghet, som vanskeliggjør endring.

Omsorgsdiskursen sikter mot trivsel og velvære og setter fokus på pasient-sykepleier forholdet. Men igjen påpeker Jefferies, Johnson og Nicholls (21) at slik journalføring innskrenker dens nytteverdi til en liten gruppe, fordi informasjonen vil være vanskelig å forstå for de som befinner seg utenfor konteksten. Denne måten å uttrykke seg på viser ikke omverden hva som skjer i praksis og andre utenfra kan oppfatte at lite eller intet skjer.

Konklusjon

Denne studien viser hvordan det kan skapes avstand til sin egen og kollegaers praksis for å forstå journalføringen bedre. Ved hjelp av diskursanalyse etableres en viss distanse til å velge deler av journalføringen ut til nærmere ettersyn. Diskursanalysen er et middel til å oppnå dypere forståelse for journalføringen og dens språkbruk samt mønstre.

Diskursene har to ulike utgangspunkt for hva som journalføres. Omsorgsdiskursen er opptatt av en helhetlig gjennomgang av pasienten, mens den problemfokuserede diskursen tar utgangspunkt i problemløsning og har fokus på mål og intervensjoner, som fylles med prosedyrer, standarder og retningslinjer. Omsorgsdiskursen virker i det store og hele å spille en selvstendig og hegemonisk rolle i sykepleieres journalføring.

Studien viser at tross det økende helsepolitiske kravet om standardisert språk suppleres sykepleieres journalføring med evaluerings- og vurderingsnotater som inneholder beskrivende fritekst. Det illustrerer at det formalisert språk og kodesystemene har sine begrensninger. Klassifikasjonssystemene kan ikke favne alle delene av pasientbehandlingen, i det de konsekvent overser et stort domene av ikke-diagnostiske, ikke-instrumentelle aspektene i sykepleien. Samtidig viser studien også at omsorgsdiskursen har sine begrensninger, da den ekskludere alle som ikke har et forhold til konteksten og dermed blir bildet av helsehjelpen sløret og mangelfull.

Studien kan være et viktig bidrag inn til diskusjoner rundt de helsepolitiske føringene og hvilken betydning de har. Funnene gir et perspektiv som kan benyttes i det videre arbeide med utforming og bruk av klassifikasjonssystemene i sykepleieres journalføring.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartement. Én innbygger – én journal (2012-2013). 2012.
2. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell LOV-2018-06-15-38 fra 20.07.2018. 1999.
3. Holen-Rabbersvik E, Nyhus VA, Hagen O, Graver C, Vabo G, Svanes M. Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ: NSF's faggruppe for E-Helse; 2017. Available from: https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder_v5.1..pdf.
4. Direktoratet for e-helse. Terminologi for sykepleiepraksis. 2018.
5. Helse- og omsorgsdepartement. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019). 2015.
6. Direktoratet for e-helse. Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2021. 2017.
7. Vabo G. Dokumentasjon i sykepleiepraksis. 3. utg. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2018.
8. Moen A, Quivey M, Mølsted K, Berge A, Hellesø R. Sykepleieres journalføring : dokumentasjon og informasjonshåndtering. Oslo: Akribe; 2008.
9. Norsk redaksjonsutvalg for klassifikasjonssystemene NANDA NICoNOC. NANDA sykepleiediagnoser : definisjoner & klassifikasjon, 2001-2002. Norsk utg. ed. Oslo: Akribe; 2003.
10. Mølsted P, Bulechek GM, Dochterman JM. Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC). 4. utg. [i.e. 1. utg.]. ed. Oslo: Akribe; 2006.
11. NOU 1997: 26. Tilgang til helseregistre. Helse- og omsorgsdepartementet; 1997.
12. Pyykko AK, Laurila J, Ala-Kokko TI, Hentinen M, Janhonen SA. Intensive care nursing scoring system. Part 1: Classification of nursing diagnoses. Intensive & critical care nursing. 2000;16(6):345-56.
13. von Krogh G, Dale C, Naden D. A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC terminology in electronic patient records. Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. 2005;37(3):275-81.
14. Strudwick G, Hardiker NR. Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: A case study using the International Classification for Nursing Practice((R)). International journal of medical informatics. 2016;94:215-21.
15. Muller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Van Achterberg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. International journal of nursing studies. 2007;44(5):702-13.
16. Paans W, Muller-Staub M. Patients' Care Needs: Documentation Analysis in General Hospitals. International journal of nursing knowledge. 2015;26(4):178-86.
17. Dochterman J, Titler M, Wang J, Reed D, Pettit D, Mathew-Wilson M, et al. Describing use of nursing interventions for three groups of patients. Journal of nursing

scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. 2005;37(1):57-66.

18. Duarte RT, Linch GF, Caregnato RC. The immediate post-operative period following lung transplantation: mapping of nursing interventions. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2014;22(5):778-84.
19. Meum T, Ellingsen G, Monteiro E, Wangensteen G, Igesund H. The interplay between global standards and local practice in nursing. *International journal of medical informatics*. 2013;82(12):e364-74.
20. Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Williams RL. Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. 2006;17(3):129-38.
21. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Nursing documentation: how meaning is obscured by fragmentary language. *Nurs Outlook*. 2011;59(6):e6-e12.
22. Molina-Mula J, Peter E, Gallo-Estrada J, Perello-Campaner C. Instrumentalisation of the health system: An examination of the impact on nursing practice and patient autonomy. *Nursing inquiry*. 2018;25(1).
23. Hyde A, Treacy MP, Scott PA, Butler M, Drennan J, Irving K, et al. Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the 'voice of nursing'. *Nursing inquiry*. 2005;12(2):66-77.
24. Buus N, Hamilton BE. Social science and linguistic text analysis of nurses' records: a systematic review and critique. *Nursing inquiry*. 2016;23(1):64-77.
25. Søreidem E, Flatland S, Flaatten H, Helset E, Haavind A, Klepstad PI, et al. *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. 2014.
26. Laclau E, Mouffe C. *Hegemony and Socialist Strategy Towards a Radical Democratic Politics*. 3. ed. London: Verso; 2014.
27. Laclau E, Mouffe C. *Det radikale demokrati : diskursteoriens politiske perspektiv*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2002.
28. Jørgensen MW, Phillips L. *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforl. Samfundslitteratur; 1999.
29. Clark J, Lang N. Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice. *International nursing review*. 1992;39(4):109-11, 28.

8 Vedlegg:

1. Forfatterveiledning

Forfatterveiledning | Sykepleien 22/04/2019, 02)12

Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfelleurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt digitalt. Vi ønsker å være den foretrukne kanalen for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant og praksisnær, med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+, men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett. Til tider inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, beholder copyright til teksten og kan lenke til publikasjonen på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til flere eller andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og på internett, for eksempel institusjonelle arkiver. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift. Linjeavstand skal være 1,5. Høyre marginal skal ikke jevnes ut. Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPtET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet.

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredere publikum.

- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted
- Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, presenteres i tillegg

kontaktpersonens

- for- og etternavn • postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antall figurer og tabeller 2. **Sammendrag**

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn • hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord eller 1 500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller legge til dine egne. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes, og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene ble utdelt av sykepleiereb. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt ...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt Skrivetips.

Se også redaktørens leder: Slik skriver du gode forskningsartikler

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...» *Hensikt* med studien og problemstilling(er).

Metodedel. Her beskrives forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år dataene ble samlet inn, bearbeiding og analyse av dataene, godkjenning av REK, eventuelt Personvernombudet, og andre relevante instanser. Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode, får studien vurdert av en statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensninger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon. Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer og tabeller (tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige tretti.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
5. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
6. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan.* (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.
7. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport

A28053.

8. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

9. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

10. Bufdir. Foreldreveiledning i grupper (ICDP) [internett]. Oslo: Bufdir; 08.04.2015 [oppdatert 22.11.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatterne må oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

Følg brev til redaktør / cover letter

I følgebrevet må forfatterne oppgi:

- Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer.
- En redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere, for eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse.
- Det er også ønskelig med en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere.
- Hvis manuset bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må

forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller

oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelleevaluering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskripthåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

- Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

- Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunktet.

Artikkelmanuskripter som antas å være aktuelle, sendes til fagfelleevaluering.

Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Innsending av revidert manuskript

1. Etter fagfelleevaluering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.

3. Alle endringer i revidert manuskript skal markeres med rødt eller ved hjelp av funksjonen Spor endringer.

4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren.

Godkjenning av manuskript

1. Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

2. Det er viktig å følge instruksjoner fra redaksjonen vedrørende språkvask av endelig manuskript.

Oversetting til engelsk

1. Fra høsten 2016 blir alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

2. Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Når et artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfatterne ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at vedkommende kan ta o!entlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier, kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlige, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel «XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen». Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn.

Sist oppdatert 12/2017

Forfatterveiledning

Forfatterskap

Sammendrag av doktoravhandling Nettsted for innsending av manuskripter

Forskningsetikk og pasientopplysninger

2. Følg brev til redaktør

Jeg har tatt master i interdisiplinær helseforskning, UIO. I den forbindelse har jeg skrevet en masteroppgave med en vitenskapelig artikkel i håp om publikasjon i Sykepleien Forskning. Den vitenskapelige artikkel «språkbruk og mønstre i sykepleiers journalføring», er en diskursanalyse av behandlingsplaner og evaluerings- og vurderingsnotater på en intensivavdeling.

Studien viser at tross det økende helsepolitiske kravet om standardisert språk suppleres sykepleieres journalføring med evaluerings- og vurderingsnotater som inneholder beskrivende fritekst. Det illustrerer at det formalisert språk og kodesystemene har sine begrensninger. Studien viser til en omsorgsdiskurs som i det store og hele virker å spille en selvstendig og hegemonisk rolle i sykepleiernes journalføring. Det illustreres at klassifikasjonssystemene har sine begrensninger, når de konsekvent overser et stort domene av ikke-diagnostiske, ikke-instrumentelle aspektene i sykepleien. Samtidig viser imidlertid studien også at omsorgsdiskursen har sine begrensninger, da den ekskluderer alle som ikke har et forhold til konteksten.

Studien kan åpne opp for refleksjon rundt struktur og funksjon i sykepleieres journalføring, hva som er i spill og hva som kan være betydningene i sykepleieres journalføring. Studien gir støtte til en refleksjon over hvordan ens egne kollegaer og en selv journalføre i pasientjournaler, slik at det kan skapes grunnlag for systematisk og dialogisk utvikling av kvaliteten i pasientjournaler. Studien formidler et nytt perspektiv på sykepleieres journalføring som vil ha interesse for Sykepleien Forsknings lesere.

Den vitenskapelige artikkel utgjør sammen med kappen avlagt masteroppgaven. Masteroppgaven vil offentliggjøres i DUO etter publisering i Sykepleien Forskning.

Med Vennlig Hilsen

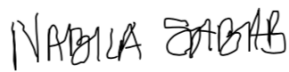
Nabila Sabab

Siden studien er basert på anonymiserte kopier av sykepleiedokumentasjonen er prosjektet ikke vurdert som meldepliktig til REK² eller NSD³, men vi ber om avdelingens tillatelse til å gjennomføre studien og hjelp til å hente anonyme data fra den elektroniske pasientjournal.

Veiledere i prosjektet er Hilde Bondevik, professor ved avdeling for helsefag og Anne Moen, professor ved avdeling for sykepleievitenskap. Begge er ansatt på Universitet i Oslo.

Dersom dere ønsker kan vi gjerne avtale et møte når det passer.

Vennlig hilsen



Nabila Sabab

1 vedlegg:

prosjektbeskrivelsen

²https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n

³ http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/vanlige_sporsmal.html

4. tilgang til forskningsfeltet

Vår ref.:

Deres ref.:

Saksbeh.:

Dato:

16.5.2018

Oppgis ved all henvendelse

Til den det måtte angå

Jeg bekrefter herved at Nabila Sabab har tillatelse til å innhente data på [redacted], til sitt mastergradsstudium, innenfor de rammer som er gitt av personvernombudet på [redacted]
[redacted]

Vennlig hilsen
[redacted]

5. tilgang til forskningsfeltet

Hei!

Takk for tilbakemelding.

Grunnlag for oppslag i journal vil være:

- Samtykke fra pasient
- Behandlende personell gjør oppslag
- Lederbesluttet intern kvalitetssikring

I ditt tilfelle må du, dersom du selv ikke deltar i behandlingen, få noen med behandlingsansvar til å finne notatene, og anonymisere disse. Som nevnt tidligere er dere selv ansvarlige for å vurdere hvorvidt opplysningene som brukes er anonyme eller ikke. Bruk av fullstendig anonyme data krever ingen videre saksbehandling fra vår side, men journaloppslag må likevel gjøres riktig. For mer informasjon, se grunnlag for oppslag i journal. [REDACTED]

mvh

[REDACTED]
Personvernrådgiver

Avdeling for informasjonssikkerhet og personvern | Stab pasientsikkerhet og kvalitet

[REDACTED]
Telefonnummer: [REDACTED]

Besøk [REDACTED]
[REDACTED]