

Bacheloroppgave

”Kvalitetsutvikling”

***”I hvilken grad kan dokumentasjon bedre
behandlingen av sår i hjemmesykepleien?”***

HØGSKOLEN STORD HAUGESUND

Avdeling Haugesund

Kull 2005

Kandidat nr;
17, 45 og 60

Antall ord: 11306

Forord

“Hensigten er ikke at indsamle dyngevis af »interessante« kendsgerninger og oplysninger om dette eller hint, men at redde liv og befordre sundhed og velbefindende”

(Florence Nightingale i Madsen, 2000: 28).

Høgskolen Stord/Haugesund, Kull 2005, 14. mars 2008

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	iii
1.0 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Formål med oppgaven	2
1.2.1 Pasientperspektiv	2
1.2.2 Sykepleierperspektiv	3
1.2.3 Samfunnsperspektiv	4
1.3 Avgrensning av oppgaven	4
1.4 Definisjon av sentrale begreper	5
1.4.1 Dokumentasjon	5
1.4.2 Sårprosedyre	5
1.4.3 Kvalitetsutvikling og kvalitetssikring	5
1.4.4 Empowerment	6
1.5 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Metode	8
2.1 Definisjon av metodebegrepet	9
2.1.1 Begrunnelse for valg av metode	9
2.2 Ethiske aspekter	9
2.3 Resultat av litteratursøk	10
2.3.1 Inklusjon og eksklusjon	11
2.3.2 Kildekritikk	12
3.0 Teori med relevans for problemstillingen	13
3.1 Sykepleieteoretisk referanseramme	13
3.2 Grunnleggende behandlingsprinsipper for sår	14
3.3 Forhold som påvirker sårtilhelingen	14
3.4 Dokumentasjon og kvalitetsutvikling	15
4.0 Funn og drøfting	17
4.1 Kroniske sår – årsaker, forekomst og konsekvenser	17
4.2 Rammefaktorer som styrer hjemmesykepleien	17
4.2.1 Organisering	18
4.2.2 Ledelse	18
4.2.3 Kompetanse	19
4.2.4 Tid som styrende faktor	20
4.3 Dokumentasjonsprosessen	20
4.3.1 Plikten til å dokumentere	21
4.3.2 Skriftlig dokumentering	21
4.3.3 Dokumentering ved hjelp av EPJ	27
4.4 Krav til kvalitet	31
4.4.1 Kvalitetsarbeid	32
5.0 Konklusjon	35
Referanser	I
Vedlegg 1	VI

Sammendrag

Oppgaven tar utgangspunkt i egne erfaringer i hjemmesykepleien, der det stilles spørsmålstegn ved dokumentasjonsrutiner i praksis. Sett i forhold til den daglige ressursbruk på sår og sårstell, tar temaet og problemstillingen for seg ulike former for dokumentasjon, både papirbaserte og bruk av EPJ. Det blir her drøftet om dokumentasjon og dokumentasjonsrutiner kan påvirke kvaliteten i hjemmesykepleien, og eventuelt i hvilken grad dokumentasjonsrutiner kan påvirke sårbehandlingen. I tilknytning til dette blir blant annet kvalitetsutvikling og kompetanseheving tatt opp, og hvordan disse elementene må sees i sammenheng for å oppnå en helsetjeneste av god kvalitet. Oppgaven er skrevet i form av en litterærstudie med en hermeneutisk tilnærming, basert på Florence Nightingale og Jean Watsons humanistiske tolkning av sykepleien. Det belyses i oppgaven at dokumentasjon kan ha både positiv og negativ effekt, avhengig av hvem som bruker den og hvordan den blir brukt.

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I vårt praksisforløp har vi alle nå vært innom hjemmesykepleien. Vi var på forskjellige steder, i to forskjellige kommuner. Vi fant likevel at våre erfaringer var ganske like på ett punkt, nemlig sårbehandling. I løpet av praksisen var vi i kontakt med flere pasienter med ulike typer sår. For mange av disse pasientene var det ikke utarbeidet tilstrekkelig dokumentasjon. For eksempel var det ikke alltid at sårprosedyrene som var tilgjengelige hos brukeren var oppdaterte og evaluerte. Det hendte også at man bare fikk muntlig beskjed om hva som skulle gjøres fra sykepleiere som hadde vært hos pasienten tidligere. Slik kunne det noen ganger se ut som om det var opp til den enkelte å avgjøre hvilken helsehjelp som skulle gis. Vår oppfatning av sårpleie i hjemmesykepleien ble derfor at den til tider kunne virke vilkårlig. Som studenter synes vi dette strider imot det vi har lært om sykepleiedokumentasjon og viktigheten av denne; det var enkelte ganger langt mellom teori og praksis.

Ikke mindre viktig blir temaet når Lindholm (2003) påpeker at 25 % (opp mot 50 % i visse områder) av helsepersonellens arbeidstid i Sverige går med til stell av beinsår. Det er blitt beregnet at 5 millioner sårskift gjøres hvert år, til en kostnad av 1 milliard svenske kroner. Hun viser til Storbritannia, der kostnadene samfunnet har av sår sidestilles med kostnadene av samtlige tobakksrelaterte sykdommer. Lindholm (2003) viser videre til Nederland, der utgiftene på andelen pasienter med trykksår bare er overgått av hjerte- og karsykdommer og kreft. Hun hevder også at for hver dag et sår står uleget forårsaker det høyere kostnader, både i form av smerter og ubehag for pasienten og i penger for helsetjenesten. I følge Arntzen (2007) er god dokumentasjonshåndtering en strukturell forutsetning som må være på plass for at kvalitetssystemet skal kunne brukes av de ansatte. Dokumenter brukes for å formidle informasjon, dvs. det får frem fakta og mindre synsing.

Dette er grunnen til at vi har kommet fram til følgende tema og problemstilling;

”Kvalitetsutvikling”

”I hvilken grad kan dokumentasjon bedre behandlingen av sår i hjemmesykepleien?”

1.2 Formål med oppgaven

Med vår problemstilling ønsker vi å oppnå større innsikt i hvilken grad bruk av dokumentasjon og gjennomføringen av denne vil kunne påvirke kvalitetsutviklingen av helsehjelpen. Vi ønsker videre å belyse temaet og problemstillingen ut fra et pasientperspektiv, sykepleierperspektiv og samfunnsperspektiv.

1.2.1 Pasientperspektiv

Ifølge Langøen (2000) viser undersøkelser at pasienter med kroniske sår har plager både med smerter, redusert bevegelsesevne og evnen til å utføre praktiske oppgaver. Dette påvirker deres livskvalitet fordi både deres opplevelse av søvn, sosial omgang og følelser endrer seg. Pasienter i en slik situasjon vil ofte isolere seg, bli mer selvopptatte og miste kontakt med både venner og familie. Alt dreier seg om sykdommen de har. Svingninger i sykdomstilstanden vil føre til svingninger i livskvaliteten. Immunforsvaret blir ifølge Langøen (2000) påvirket av psykologiske forhold. “Mennesker som er sterkt nedslitt, har større risiko for å pådra seg både infeksjoner og kreft” (Langøen, 2000:221). Det å bedre kvaliteten på rutiner i forhold til sårpleie vil dermed kunne ha mange positive ringvirkninger for pasienten. Ved bruk av empiriske studier fant Watson og hennes kollegaer ut at der var forskjell på hva pasientene syntes var mest verdifullt i pleien, og det som sykepleierne oppfattet som viktigst (Tomey and Alligood, 2006). I følge Kaasa (2004), vil det ved bruk av brukermedvirkning også kunne legges til rette for at pasienten blir sett som en samarbeidspartner, noe som igjen vil kvalitetsutvikle helsetjenestene til pasientens beste. Her vil også de pårørende være viktige samarbeidspartnere når kvaliteten på tjenesten skal måles. Brukerundersøkelser vil være et viktig hjelpemiddel i kvalitetsutviklingsarbeidet. Bruk av individuell plan kan i følge Kaasa (2004), brukes som

et verktøy for tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning. Måten sykepleieren utfører handlingene på vil være styrende for hvordan pasienten opplever den sykepleien han mottar (Kristoffersen mfl., 2005).

1.2.2 Sykepleierperspektiv

Sykepleien har en helsefremmende, behandlende, lindrende, forebyggende og rehabiliterende funksjon som er rettet direkte mot pasient og pårørende (Kristoffersen mfl., 2005). Når det gjelder sår, vil sykepleieren både ha en behandlende, lindrende, helsefremmende og forebyggende funksjon. Sekundærforebyggende tiltak har som oppgave å identifisere helsesvikt og forebygge helsesvikt på et tidlig stadium. Tertiærforebyggende tiltak søker å begrense omfanget av skaden, og gjennom å behandle og lindre skaden som allerede er oppstått (Kristoffersen mfl., 2005). Når det gjelder å identifisere og forebygge sår, vil det derfor for sykepleieren også innebære diagnostisering, selv om diagnostisering er et medisinsk ansvar. Det skyldes at all behandling av kroniske sår må ta utgangspunkt i sykdommen som eventuelt ligger til grunn (Langøen, 2000).

Sykepleie er et fag som krever at utøveren lar seg styre av den grunnleggende omsorgsverdien. Dette verdigrunnlaget er nedfelt i ICNs etiske regler og NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Sykepleie bygger på teoretisk kunnskap som er utviklet innenfor faget selv, innenfor naturvitenskap, samfunnsvitenskap og innenfor humanistiske fag. Sykepleiens innhold består derfor både av verdier og fagkunnskap som kommer til uttrykk i utøvelsen av faget, og i konkrete situasjoner med den enkelte pasient. I tillegg til å ha teoretisk kunnskap må også sykepleieren kunne observere pasienten, ha tekniske ferdigheter som blant annet innebærer sårstell, og bruke sine sanser bevisst og oppmerksomt: Ivareta pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen mfl., 2005). Watson (1999) fremhever i sin teori at sykepleier må kunne gjenkjenne både det fysiske og psykiske miljøets innvirkning på pasienten. Hun mener at (lavere) fysiske behov må dekkes før man kan få oppfylt (høyere) psykiske behov, så som at et sår må heles før pasienten klarer å tenke på selvrealisering gjennom for eksempel utøvelsen av en hobby.

1.2.3 Samfunnsperspektiv

Fra 1980 årene og framover har det vært stadige reformprosesser og omlegginger innen helsevesenet og helsepolitikken. Avinstitusjonalisering og desentralisering har blitt viktige begreper i utviklingen av velferdsstaten. Avinstitusjonalisering vil si at man har bygget ned de store institusjonene og satset på at flest mulig skal få den behandling og pleie de trenger mens de forblir boende i eget hjem. Desentralisering vil si at ansvaret for å drive helsetjenestene er blitt forskjøvet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Man har en stor andel av helsetjenester som utføres utenfor institusjoner: Eldre mennesker bor nå hjemme mye lenger før det blir aktuelt med sykehjems plass. Hjemmesykepleien ble tidligere sett på mer som et supplementtilbud i etterkant av sykehusopphold, men har nå en mye mer sentral plass i helsetjenestene (Fjørtoft, 2006).

Nightingales ideer om å bedre befolkningens helse, sunnhet og hygiene har hatt stor betydning for den sosiale velferd (Karoliussen, 2002). Utviklingen på omsorgsfeltet i den vestlige verden er nært forbundet med utviklingen av industri og teknologi. Grensene for hva som er teknologisk mulig har flyttet seg, og menneskene oppnår i dag en høyere levealder. Samtidig har samfunnet utviklet større krav til kvalitet og kompetanse, og omsorgsyrkene er blitt mer profesjonalisert. Sykepleierne er i en gruppe som tradisjonelt har hatt en sterk posisjon i omsorgstjenesten, og har utviklet sitt fag i nær tilknytning til medisinen innen institusjonen. Det betyr at sykepleieren har hatt tilgang på dialog og forhandlinger med legene, noe som har ført til at faglige sykepleieløsninger er blitt tilpasset medisinske løsninger. I den kommunale helsetjenesten, som i hjemmesykepleien, blir sykepleieren stående mer alene. Det er større avstand til legene, og selv om sykepleieren har samarbeid med kommunelegen, blir ikke dette samarbeidet så tett. Samtidig blir pasientene fortere utskrevet fra sykehus enn de gjorde tidligere, og har dermed større behov for både medisinsk og omsorgsfaglig oppfølging (Bratland, 2005).

1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven vår vil først og fremst sette søkelys på betydningen av dokumentasjon. I Europa har 80 – 90 % av alle sår vaskulære årsaker. Forskning viser at de fleste pasienter med beinsår har arterielle og/eller venøse sår (Stranden og Slagsvold, 2005). Dette er grunnen til at vi har begrenset oss til funn i forhold til sårbehandling. Vi har lagt hovedvekten på

dokumentasjonsarbeid i hjemmetjenesten. Vi har utelatt taushetsplikten og den etiske problematikken som kan oppstå ved å ha dokumentasjon liggende hjemme hos pasienten, fordi vi vil konsentrere oss om selve dokumentasjonsprosessen.

1.4 Definisjon av sentrale begreper

1.4.1 Dokumentasjon

“Å dokumentere betyr å legge fram dokumenter som bevismateriale, eller for å understøtte en oppfatning” (Dahl mfl., 2005:102). Sykepleiedokumentasjon skal beskrive hvilke tiltak og vurderinger som iverksettes. Dermed blir den et redskap for annet helsepersonell til å bedømme virkning og kvalitet av behandlingen. Dokumentasjon blir en kvalitetssikring av pleien som dermed kan bedømmes opp mot faglig standard (Heggdal, 2006).

1.4.2 Sårprosedyre

“En prosedyre kan bety at man har laget en standard for utførelse som ikke uten videre skal avvikles” (Oland, 2001:76). For eksempel vil det i et sårstell være flere ledd som hver har sin spesifikke hensikt. Hvert ledd kan beskrives i prosedyren. Evaluering må foretas med jevne mellomrom. Det er for eksempel ikke hensiktsmessig å opprettholde en prosedyre som ikke lenger gir ønsket effekt (Oland, 2001).

1.4.3 Kvalitetsutvikling og kvalitetssikring

“Faglig kvalitetsutvikling” forklarer ulike måter å utvikle helsetjenestens faglige standard og helsepersonelles faglige kompetanse på. Her beskrives det hvordan man ved hjelp av ulike metoder kan utvikle den faglige kvaliteten. De ulike metodene som belyses er;

- kunnskapsbasert sykepleie
- faglige retningslinjer
- Audit som metode for læring og forberedning av faglig standard (Kaasa, 2004).

Begrepet kvalitetssikring er i følge Kaasa (2004:24), definert som ”alle systematiske og planlagte tiltak som er nødvendige for at man skal få tilstrekkelig tiltro til at et produkt eller tjeneste vil tilfredsstille angitte krav til kvalitet”.

Kvalitet

Begrepet *kvalitet* kommer av ordet *qualis*, og betyr egenskap. I følge Kaasa (2004), kan kvaliteten på ulike helsetjenester vurderes ut fra ulike perspektiver;

- Brukerperspektivet: kvalitet for brukerens ståsted, ønsker og forventning til helsetjenesten.
- Det faglige perspektivet: kvalitetskravene som settes av fagfolk. Ulike profesjoners samarbeid i forhold til faglige standarder.
- Ledelsesperspektivet: kvalitetssikring av organisasjonsstruktur, ledelse og administrative rutiner.

Kvalitetssystem

Begrepet kvalitetssystem forstås som alle de ulike kvalitetssikringstiltakene som er satt inn i et helhetlig system. Alle virksomheter i helsetjenesten er pålagt til å ha et kvalitetssystem gjennom forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, 2002).

Internkontrollsystemet

Er en del av kvalitetssystemet som omfatter kvalitetssikring i forhold til lover, forskrifter og retningslinjer er fastsatt av myndighetene. Det er lovpålagt at det skal dokumenteres for tilsynsmyndighetene når de fører tilsyn med virksomheten, dvs foreta internkontroller (Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, 2002).

Kvalitetsindikatorer

For å kunne beskrive den ønskede kvaliteten vil bruk av *Kvalitetsindikatorer* kunne beskrive den ønskede kvaliteten. Til sammen gir disse en helhetlig beskrivelse av hva som skal til for at denne tjenesten skal ha den ønskende kvalitet. Det vil derfor være hensiktsmessig med gode kvalitetsindikatorer for å kunne beskrive og sammenligne kvalitet i helsetjenesten (Kaasa, 2004).

1.4.4 Empowerment

Empowerment forstås ofte som myndiggjøring eller bemyndigelse. De viktigste prinsippene for dette er at mennesker selv henter tilbake makten i sitt liv. Makten er derfor

ikke nødvendigvis noe som skal gis til personene, men noe de selv tar og styrer innenfra (Norvoll, 2001:139). Brukerens behov, interesser og verdier blir derfor utgangspunktet for tiltakene, og brukeren får på den måten større innflytelse (Hallandvik, 2006).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i fem hoveddeler:

1. Innledning; Her begrunner vi valg av tema og problemstilling med fokus på formålet med oppgaven. Formålet sees så ut fra et pasient-, sykepleier- og samfunnsperspektiv.

Videre har vi tatt med definisjoner av sentrale begreper som vi ønsker å bruke i oppgaven.

2. Metode; Her har vi definert metodebegrepet og begrunnet valg av metode. Vi har videre sett på etiske aspekter, resultat av litteratursøk og kildekritikk.

3. Teori med relevans for problemstillingen; Her har vi tatt med sykepleieteoretiske referanserammer. Vi har videre med grunnleggende behandlingsprinsipper og forhold som påvirker sår. I tillegg har vi med dokumentasjon og kvalitetsutvikling.

4. Funn og drøfting; Her tar vi for oss funn av kroniske sår – årsaker, forekomster og konsekvenser. I tillegg kommer vi inn på hjemmesykepleiens rammefaktorer som omfatter organisering, ledelse, kompetanse og tid. Videre kommer vi inn på selve dokumentasjonsprosessen i forhold til lovverk og selve utformingen av forskjellige typer dokumentasjon, sett i forhold til kvalitetsbegrepet.

5. Konklusjon; Her har vi trukket vår konklusjon basert på det vi har skrevet tidligere i oppgaven. Vi forsøker her å se problemstillingen i et bredere perspektiv, og å komme med egne standpunkter og perspektiver.

2.0 Metode

Ifølge Dalland (2000:50) er positivisme og hermeneutikk to hovedsyn på hvordan kunnskap blir til;

Positivismen har et objektivt virkelighetssyn der mennesket er en del av naturen med samme karakteristiske trekk. Vitenskapens eller teoriens oppgave er her å oppdage, beskrive og forklare virkelighetens struktur der man kan forutsi og eventuelt kontrollere hendelser. Her fremheves sterkt skillet mellom objektiv og subjektiv kunnskap, og mellom kropp og sjel (Kirkevold 1992:44). Vi har i prinsippet her altså to kilder til kunnskap: vi kan observere, og vi kan regne ut med våre logiske sanser (Dalland, 2000:50).

Hermeneutikk har et subjektivt virkelighetssyn der verden ikke kan oppleves direkte, men via menneskets persepsjon av den. Teoriens oppgave er her å beskrive og fortolke mening i historisk – kulturell kontekst (Kirkevold 1992:44). Til forskjell fra positivismen som gjerne studerer sitt forskningsobjekt bit for bit, prøver hermeneutikeren å se helheten i forskningsarbeidet. Hermeneutikken er altså humanistisk orientert og forsøker å forstå grunnbetingelsene for menneskelig eksistens gjennom deres handlinger, livsytringer og språk (Dalland, 2000:50,57).

Dalland (2000) påpeker at naturvitenskapelig kunnskap er helt avgjørende for å kunne behandle menneskekroppen. Man må ha kunnskap om menneskets fysiske dimensjon. Likevel, i enhver hjelperelasjon er det helt grunnleggende å forstå den hjelpesøkende som et *helt* menneske. Det å bare ha kunnskap om menneskets fysiske dimensjon er derfor ikke nok. ”Perspektiver som ivaretar denne forståelsen av andre mennesker, forekommer først og fremst innenfor en hermeneutisk forståelse gjennom de humanistiske og samfunnsorienterte vitenskaper” (Dalland, 2000:58). Thomassen (2006) sier at i en hermeneutisk tilnærming til studiet er det fordommene, eller vår forståelsehorisont, som gir opphav til spørsmål og som gir undersøkelsen en retning. Vi undersøker det vi ikke kjenner, og gjennom å reflektere over det nye og fremmede kan våre forforståelser endres og korrigeres slik at en ny mening og ny kunnskap oppstår.

2.1 Definisjon av metodebegrepet

Dalland (2000:71) definerer metode som ”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”. Metode blir derfor et redskap vi bruker når det er noe vi ønsker å undersøke, og bruk av metode hjelper oss gjennom innsamling av data til å få den informasjonen vi trenger. Kvalitative metoder har til hensikt å fange opp meninger og opplevelser som det er vanskelig å tallfeste eller måle. Dette avspeiler den hermeneutiske tilnærmingen. Den har mange opplysninger om få undersøkelsesenheter som går på det særegne og fleksibilitet, det vil si for eksempel intervjuer uten faste svaralternativ og ustrukturerte observasjoner. Den har nærhet til feltet og direkte kontakt med objektet, slik at en får et jeg-du-forhold (Dalland, 2000).

2.1.1 Begrunnelse for valg av metode

Vår oppgave er en litterær studie. En litterær studie er i følge Dalland (2000) en problemstilling som drøftes opp mot allerede eksisterende litteratur. En litterær oppgave er avhengig av gode og relevante kilder, da det er dette man støtter seg til i en forsknings-/skriveprosess. Grunnen til at vi valgte å utføre en litteraturstudie, var at vi fant mye litteratur som belyste vår problemstilling. I tillegg ville det vært altfor tidkrevende å bruke intervjuer som basis når vi kun har en begrenset tidsperiode å forholde oss til. I vårt søk etter primærkilder har vi lett etter resultater i form av tall og statistikk, altså bruk av kvantitative undersøkelser. Samtidig har vi brukt relevant litteratur i form av pensumbøker og kvalitative undersøkelser. Disse avspeiler dermed både en positivistisk og hermeneutisk tilnæringsmåte (Dalland, 2000). Dette gir forskjellige innfallsvinklinger til drøftingen av vår problemstilling. I litteraturen finner man ofte det ideelle, teoretiske og generelle, i motsetning til det man møter ute i praksis, som er spesielt (Dalland, 2000).

2.2 Etiske aspekter

I følge Dalland (2000) bør vi som studenter allerede i planleggingsfasen stille spørsmål som: Hvem kan ha nytte av de nye kunnskapene som vi ønsker å fremskaffe? Som ferdig utdannede sykepleiere har vi plikt til å holde oss faglig oppdatert, som studenter kan vi

bidra med undersøkelser som kan bringe inn nye perspektiver. Kanskje kan vi komme fram til et resultat som kommer pasienten til gode.

Det stilles en del krav til bruk av metode, og disse normene er idealer de fleste forskere vil følge, uansett hvilken metode som blir brukt;

- Resultatene skal være i overensstemmelse med virkeligheten
- Data skal være systematisk utvalgt
- Data skal brukes nøyaktig
- Forskerens førforståelse skal klargjøres
- Resultatene skal være kontrollerbare
- Forskningsvirksomheten bør være kumulativ (at vi bygger videre på den forskning som allerede foreligger) (Dalland, 2000:78).

I forhold til etiske vurderinger vil det alltid være essensielt å få fram forfatterens resultat/konklusjon. Vi har drøftet og trukket slutninger basert på forskers resultater, og prøvd best mulig å ikke trekke ut enkeltsetninger for å få dem til å passe inn i våre egne resonnementer. Vi har i tillegg prøvd å bruke mest mulig primærkilder, for å unngå andres tolkninger og evt. unøyaktigheter, noe som kan oppstå ved bruk av sekundærkilder.

Spørsmålet er om man har fått tak i data som er dekkende for det man ønsker å undersøke. Poenget med en kvalitativ studie er å se på erfaringen til studieobjektene. Resultatet man kommer fram til bygger på subjektive tolkning av andres erfaringer. Det er derfor særdeles viktig hele tiden å kunne vise til at argumenter og oppbygning bygger på rasjonelle beslutninger basert på gyldig og god dokumentasjon (Dawes mfl., 2005).

2.3 Resultat av litteratursøk

Vi har brukt biblioteket på HSH i søket etter artikler og bøker. I tillegg har vi brukt ulike søkemotorer så som Academic Search Elite, Evidence Based Nursing og BibSys, med kombinasjoner av søkeord: wounds, wound assessment, wound management, nursing, documentation, homenursing, home care, photo.

Søk på *wounds* gav oss 44 203 treff. Da vi la til *assessment* var vi nede i 2. *Wound management* gav 4 286 treff. *Nursing documentation* gav 1051 treff, ved å kombinere *nursing* med *photo* kom vi ned til 69 treff, 4 av disse så ut til å kunne passe problemstillingen. Vi prøvde også å kombinere *nursing*, *documentation* og *photo*, nå kom vi ned til 4 treff, hvorav kun 1 var relevant. *Homecare* og *homenursing* gav henholdsvis 22 405 og 14 228 treff, vi har variert disse litt, men fant at vi fikk flere relevante treff med de ovenstående søkeordene.

2.3.1 Inklusjon og eksklusjon

For å få mulighet til å underbygge reabiliteten og validiteten av den forskningen vi konsentrerer oss om, har vi søkt etter relevant litteratur og hatt klare begrensinger på hva vi skal inkludere og ekskludere. Vi har valgt å konsentrere oss om artikler og annen litteratur som omhandler forskning på dokumentasjon av sårbehandling og resultatene av disse. I litteraturgjennomgangen er en del bøker og artikler valgt bort i forhold til prosjektets tema. "En slik gjennomtenkning kan både være med på å korrigere valg av prosjekt og være motiverende for det videre arbeidet" (Dalland, 2000: 105).

Vi har referert til forskjellige bøker om sår, blant annet Langøen's "*Huden - pleie, pleiemidler og sårbehandling*" og Oland's "*Sår og sykepleie*". Disse ble valgt fordi vi ønsket et bredere perspektiv på området enn om vi bare fikk en forfatters synspunkt. De omhandlet en del av de samme emnene, men har til tider forskjellige perspektiver på blant annet sårbehandling, behandlingsprinsipper, praktiske råd som kan hjelpe sykepleieren i undervisning av pasienten og som kan hjelpe pasienten selv til å forebygge sår.

En av bøkene vi har valgt å bruke innen kvalitetsutvikling er "Dokumentation og kvalitetsudvikling" av Egerod mfl. Denne tar for seg en rekke temaer som relateres til dokumentasjon og kvalitetsutvikling i forhold til sykepleie. Kaasa's "*Kvalitet i helse – og sosialtjenesten*" ble valgt fordi forfatteren tar for seg individuelle løsninger, brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid samt kvalitetsbegrepene.

Vi har valgt å utelukke noen artikler om dokumentasjon og/eller sårbehandling i sykepleie, blant annet Goldrick og Larson's "*Wound Management in Home Care: An Assessment* (Academic SearchElite) fordi denne viste seg å være fra 1993. Vi valgte også bort enkelte artikler som omhandlet venøse og arterielle sår fordi de ble for detaljerte og dermed ikke

passet. Vi fant derimot en artikkel som gikk på kostnadseffektivitet i sårpleie på sykehjem; Vu mfl.(2007), "*Cost-effectiveness of multidisciplinary wound care in nursing homes*" som vi har valgt å bruke fordi vi mener resultatene også kan brukes i forhold til hjemmesykepleie.

2.3.2 Kildekritikk

Metodene skal i følge Dalland (2000), gi en troverdig kunnskap. Dette betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt. Validitet står for relevans og gyldighet, mens reliabilitet betyr pålitelig og handler om at målinger må utføres korrekt og der feilmarginer angis. Data som blir brukt i metode må vurderes i forhold til hvilken relevans de har for problemstillingen, og hvor pålitelig kilden er (Dalland, 2000). I tillegg må vitenskapelige artikler være referegodkjente for å kunne brukes i en studie. Vi har vurdert artiklene ut fra forfatter(e), institusjon som har gitt den ut og forskningsmåten som er brukt i studiet. Vi har videre konsentrert oss om nyest mulig forsknings artikler, for å få mest mulig korrekte og relevante data til vår problemstilling.

3.0 Teori med relevans for problemstillingen

3.1 Sykepleieteoretisk referanseramme

Begrepet teori er langt fra entydig, og oppfatningene om teorier varierer. Men det er nokså stor enighet om at:

- en teori er en forenkling av virkeligheten
- en teori trekker fram de aspekter ved virkeligheten som den enkelte teoretiker mener er viktigst, på bekostning av andre aspekter
- teorien er et forsøk på å ordne mange isolerte observasjoner, eller erfaringer knyttet til ett eller flere fenomener for å få en økt forståelse av disse (Kirkevold, 1992).

Filosofiske antagelser og forutsetninger har en vesentlig innflytelse på teori generelt. Både naturen og kulturen, og mennesket spesielt, innvirker på det innholdet man fyller teoriene med. Man mener at ingen av de eksisterende teoriene utpeker seg som mer relevant for sykepleiefaget enn andre, og alle teoriene er ikke like relevant for alle deler av sykepleiefaget (Kirkevold, 1992:46). Sykepleieteorier forventes å forklare hva som er særegent ved sykepleiefaget. Disse skal beskrive hva sykepleie er og eventuelt bør være, og de skal forklare hvordan sykepleie er forskjellig fra for eksempel medisin og andre helsefag (Kirkevold, 1992).

Som sykepleieteoretiske referanserammer har vi tatt utgangspunkt i Jean Watson, som fremhever menneske- til – menneske – forholdet mellom pleier og pasient, samtidig vektlegger hun bruken av vitenskapelig problemløsende metoder i avgjørelser. "Denne oppfattelse medfører, at sykeplejersken skal være videnskabsmand, forsker og kliniker, men også menneskekærlig og moralsk handlende, fordi sykeplejersken som person er forpligtet som aktiv samarbeidspartner i omsorgshandlingene" (Watson, 1999: 73). På tross av at hun av Kristoffersen (2005) er beskrevet som en utviklings- og interaksjonsteoretiker heller enn systemteoretiker, synes vi hennes teori passer vår problemstilling nettopp fordi den fremhever at avgjørelser skal være vitenskapelig basert. Kombinert med hennes fremheving av menneske- til- menneske- forhold i sykepleien gir dette et fundament av

kunnskap og klinisk kompetanse, samtidig som *mennesket* hele tiden er inkludert (Watson, 1999).

I tillegg til Watson ønsker vi å bruke Florence Nightingale (1820-1910). "Nightingale forsto at den ytre verden påvirker mennesker, og var opptatt av humanismen i pasientomsorgen" (Karoliussen, 2002:20). Hun beskrives videre som en person som har bidratt til å utvikle sykepleie til et systematisk fag, vi ønsker å bruke henne fordi hun la grunnlaget for systematisk tenkning i sykepleien. Hennes arbeid ble selve grunnlaget for utdanningen av sykepleiere, i tillegg til å utvikle sykepleien til et fagområde (Karoliussen, 2002). Nightingales forståelse av sykepleiefaget har fått konsekvenser for dokumentasjonsarbeidet langt inn i det 20. århundret (Dahl mfl., 2005).

3.2 Grunnleggende behandlingsprinsipper for sår

I følge Langøen (2000) vil det være viktig å kunne skille mellom de ulike årsakene til beinsår, både fordi diagnosen har betydning for riktig behandling, og fordi man da kan ha et mål på hvordan den bakenforliggende årsaken (sykdommen) utvikler seg. "Et sårstell må foretas på bakgrunn av en bevisst totalvurdering av hva man vil oppnå, hvor ofte det bør gjennomføres, og hva det skal omfatte" (Oland, 2001:73). I forhold til sykepleierens behandelende funksjon må man ha kunnskap om de grunnleggende behandlingsprinsippene;

- Å opprettholde fuktigheten i såret
- Å opprettholde sårets PH under 5,5
- Å opprettholde en temperatur på 37°C i såret
- Å opprettholde optimal venøs blodsirkulasjon
- Å opprettholde optimal smertelindring i såret
- Å opprettholde optimal almenntilstand (Steen mfl., 2001:985).

3.3 Forhold som påvirker sårtilhelingen

Et forhold som også påvirker tilheling av sår er hygiene. Dårlig hygiene kan føre til infiserte sår (Langøen, 2000). Nightingales teori tar for seg viktigheten av å legge omgivelsene til rette for pasienten, slik at man påvirker og/eller fjerner negative elementer i omgivelsene for å fremme tilheling. Hun mener at man slik kan legge til rette for at

naturens egne rehabiliterende krefter vil kunne virke helsefremmende for pasienten. Hun har satt søkelyset på sykepleien ikke bare som et omsorgsyrke, men som en vitenskap hvor man også bruker omgivelsene aktivt i tilhelingen, ved for eksempel å fokusere på hygiene (Nightingale, 1997). Hjemmesykepleieren må i samarbeid med brukeren tilrettelegge for dette i den enkeltes hjem. Slik kan de hygieniske prinsippene for ulike prosedyrer overholdes (Fjørtoft, 2006).

En sårtilheling vil være en tilstand som representerer krav til proteintilførsel utover det normale (Oland, 2001). Pasientens ernæringstilstand vil derfor også være av betydning, det være seg enten mangel på enkelte næringsstoffer eller direkte underernæring. En av de viktigste faktorene er likevel væskebalansen, vevet er avhengig av en stabil tilførsel av oksygen gjennom blodet (Langøen, 2000). Hos eldre har også cellene lavere regenereringshastighet. Det at vevet trenger lengre tid for å fornyes kan derfor være en medvirkende faktor til dårlig sårtilheling (Karoliussen og Smebye, 2004). Et viktig poeng er at selv om sykepleieren har kunnskaper om og er dyktig i forhold til sårbehandling, vil utgangspunktet for optimal tilheling være svekket dersom forhold som påvirker sårtilhelingen ikke blir tatt hensyn til.

3.4 Dokumentasjon og kvalitetsutvikling

I følge ICNs retningslinjer "har sykepleiere fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse". Dette er intet lovverk, men "etiske retningslinjer for handling, basert på samfunnsmessige verdier og behov" (Norsk Sykepleierforbund, 2007:24). Nightingale fremhever viktigheten av aktiv observasjon, forståelsen av hva man gjør og hvorfor, i utøvelsen av pleien (Nightingale, 1997). Dette er minst like aktuelt i dag som den gang hun påpekte det.

Dokumentasjon er i vårt moderne samfunn blitt en svært viktig del av sykepleien for å kunne ivareta pasienten best mulig og å sikre kvaliteten og kontinuiteten av pleien (Kristoffersen mfl., 2005). Pasientene må som oftest forholde seg til forskjellige sykepleiere og annet helsepersonell i løpet av en dag, og vice versa; sykepleierne vil i løpet av en arbeidsdag måtte forholde seg til mange pasienter med dertil ulike behov.

Dokumentasjonen skal være et middel til kommunikasjon mellom pleier, pasient og

pårørende. Den skal gi mulighet både for helsepersonell og pårørende til å kontrollere og etterprøve behandlingen ved å opplyse om hvilken behandling som skal gis, hva som har blitt gjort og også hele tiden evaluere og begrunne tiltak satt i verk (Sandvand og Vabo, 2007). Opplysningene skal være relevante og nødvendige, lette å forstå og ellers etter god yrkesskikk. Det skal også fremgå hvem som har dokumentert (Helsepersonelloven, 1999, § 40).

Dokumentasjonen er også et juridisk dokument, alt som er skrevet ned og journalført anses som pleie pasienten har mottatt. Dersom den er nøyaktig og korrekt utført vil dokumentasjonen kunne gi et utførlig bilde på alt som har skjedd med pasienten. Dersom det skulle oppstå tvil om pasienten har fått behandlingen han/hun har krav på kan dokumentasjonen legges fram som juridisk bevis (Heggdal, 2006).

Arntzen (2007) viser her til bruk av ”Den internasjonale veilederen for bruk av ISO 9001 i helsetjenesten - SOVP- prinsippet, for strukturering og standardisering av dokumentasjon i pasientjournalen;

- S (subjektiv): Beskrivelse av pasientens subjektive symptomer og utsagn
- O (objektiv): Beskrivelse av legens objektive funn, resultater, laboratorieprøver osv
- V (vurdering): Beskrivelse av vurdering og diagnose basert på pasientens identitet og nødsbehandling ved ankomst, pasientens tilstand ved ankomst intensivavdeling og annen mulig diagnostisk informasjon.
- P (plan): Beskrivelse av behandlings- og omsorgsplan, hjemmesykepleieplan, oppfølging osv (Arntzen, 2007: 102).

4.0 Funn og drøfting

4.1 Kroniske sår – årsaker, forekomst og konsekvenser

Sykepleierne møter pasienter med ulike typer sår som krever adekvat behandling overalt i sitt arbeidsfelt, og hjemmesykepleien er intet unntak. En av årsakene kan være at frekvensen av eksempelvis beinsår stiger ved økende alder, og de fleste mottakerne av hjemmebaserte tjenester er eldre mennesker. Omtrent 1 % av befolkningen har beinsår (Langøen, 2000). Kroniske sår rammer oftest underekstremitetene, og har i følge Gjersvik (2005) alltid en vaskulær bakgrunn. 60-70 % av kroniske sår i Europa er hovedsakelig forårsaket av venøs svikt, 5-10 % skyldes arteriell svikt (aterosklerose), og 15-20 % har en kombinasjon av begge faktorene. Blant de resterende tilfellene kan man finne diabetessår og vaskulittsår som for eksempel kan skyldes maligne tumorer, nevropati og infeksjoner. Behandlingen er svært ressurskrevende og fører til store kostnader både for pasienten og samfunnet (Stranden og Slagsvold, 2005).

Langøen (2000) sier at selv om antallet personer som har beinsår er lavt, er sårene så behandlingskrevende og varer så lenge at sårpleie utgjør en stor del av sykepleierens arbeidsdag, særlig på hudpoliklinikker og i hjemmesykepleien. I tillegg har kroniske sår også andre konsekvenser: For pasienten vil det ofte føre til smerter, redusert mobilitet og sosial isolasjon (Stranden og Slagsvold, 2005). Sårbehandling er et felt der sykepleiefaglig kompetanse ofte er avgjørende for resultatet, og sykepleieren må kunne dokumentere, sette ord på og begrunne den faglige vurderingen som er gjort i hvert enkelt tilfelle (Oland, 2001). Det kan da oppfattes som et paradoks at ufaglærte blir sendt ut til pasienter i hjemmesykepleien med ansvar for behandling av sår.

4.2 Rammefaktorer som styrer hjemmesykepleien

Ifølge Kommunehelsetjenesteloven (1982, § 1-1) er kommunen ansvarlig for å sørge for nødvendig helsehjelp til sine innbyggere. Fram mot år 2050 vil aldersgruppen over 67 år være i stor vekst. Dette vil føre til et økt behov for helsehjelp, blant annet til pasienter med kroniske sår. Som sykepleiere i hjemmesykepleien betyr dette at vi er nødt til å se nærmere

på hvordan en kan gjøre pleien mer effektiv og gi et godt tjenestetilbud ved hjelp av god utnyttning av ressurser (Wilthil mfl, 2006).

Det overordnede målet for hjemmesykepleien er at brukeren får hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem og at brukeren får bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Det er flere rammefaktorer i hjemmesykepleien som til sammen er med på å påvirke tjenestene hos den enkelte bruker. Rammene hjemmesykepleien arbeider etter vil derfor være av stor betydning for kvaliteten på helsetjenestene (Fjørtoft, 2006).

4.2.1 Organisering

”For befolkningen er det viktig å møte en helhetlig tjeneste som spiller sammen på en god og effektiv måte. Det er av avgjørende betydning at kommunene deltar i utformingen av dette samspillet” (Wilthil mfl., 2006:6). Det fins i dag få retningslinjer for hvordan den kommunale pleie- og omsorgstjenesten bør organiseres. Kommuneloven og kommunehelsetjenesteloven åpner begge for at kommunen selv kan velge hvordan den skal organisere tjenestene. Dette har ført til flere ulike organisasjonsmodeller, noe som er med på å bestemme sykepleierens muligheter og handlingsrom. Dette kan dreie seg om sammensatte problemstillinger eller akutte situasjoner der det er behov for et tverrfaglig samarbeid med lege eller annet helsepersonell, men uten at det er åpne linjer på tvers av tjenester og fagområder (Fjørtoft, 2006). I følge Wilthil mfl (2006), bruker for eksempel sykepleierne mye tid på å få kontakt med tilsynslege eller fastlege når det trengs råd og veiledning. Telefonopprigninger som ikke resulterer i kontakt med lege kan i slike situasjoner føles som en belastning for sykepleierne. Hjemmesykepleien er en offentlig tjeneste styrt av byråkratiske verdier, som økonomi, produktivitet og markedstenkning. Det er ofte helsepersonellet som arbeider nær brukeren som ser hvilke konsekvenser ulike mål og verdivalg kan ha. Politikerne er derfor avhengige av innspill fra fagpersoner for å vite hvilke konsekvenser de politiske beslutningene fører til (Fjørtoft, 2006).

4.2.2 Ledelse

Vabø (2002) påpeker at tendensen til å se på de hjemmebaserte tjenestene som avgrensede og kontraktsfestede serviceytelser, må sees i sammenheng med det presset omsorgstjenesten har vært utsatt for de siste par tiårene. Det har vært en generell økning i antallet eldre og med det økt etterspørsel etter omsorgstjenester til hjemmet.

Ressurstilførselen har derimot ikke stått i sammenheng med etterspørselen, slik at man kunne følge opp de nye oppgavene og det økte ansvaret. Likevel, Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) pålegger kommunene å etablere et system av prosedyrer som søker å sikre oppgaver og kvaliteten på innholdet i tjenestene. "Tjenester av god kvalitet: er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelig og rettferdig fordelt" (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). En rekke forskningsrapporter tegner et bilde av en presset tjeneste der travelheten øker, og der gapet mellom velferdspolitiske mål og tildelte ressurser er for stort. Fra et ledelsesperspektiv kan dette spriket oppleves som et press. I et intervju gjort med pleie- og omsorgssjefer i 30 norske kommuner gjorde omtrent en tredjedel det klart at de så på helsemyndighetenes krav om internkontroll, skriftelige prosedyrer og kvalitetssystemer som pådyttet. I praksis har man verken tid eller personale nok til å prioritere denne typen oppgaver (Vabø, 2002).

4.2.3 Kompetanse

En annen rammefaktor er personalet og personalets kompetanse. Fjørtoft (2006) hevder at man i utførelsen av hjemmesykepleie ofte får en følelse av at arbeidet man utfører ikke er godt nok. En utfordring blir derfor å spesifisere hva som er godt nok. Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) pålegger kommunene å etablere et system av prosedyrer som søker å sikre oppgaver og kvaliteten på innholdet i tjenestene. Fordi det i økende grad er behov for personale med spesialistkunnskap i hjemmetjenesten, vil kompetanse være en avgjørende kvalitetsfaktor som både kan begrense og øke mulighetene til den enkelte bruker. For å møte aktuelle krav og utfordringer i hjemmesykepleien er det behov for ulik kunnskap, og den enkelte yrkesutøver kan ikke ha kunnskap på alle områder. Ofte blir hjemmetjenesten beskrevet som en generalisttjeneste. Dette betyr at fagpersonen har kompetanse på et bredt felt for å kunne ivareta størst mulig helhet og sammenheng i tjenesten (Fjørtoft, 2006). Foruroligende nok viser studier vedrørende sårstell at opptil 40 % av helsepersonellet ikke er klar over den etiologiske diagnosen på såret de steller (Oland, 2001). Tilgangen til kompetent personale styres av økonomiske, politiske og faglige prioriteringer (Fjørtoft, 2006). Dette kan selvsagt ses i sammenheng med kommuneøkonomi og kommunenes prioriteringer. Prioritering betyr å velge noe framfor noe annet. Prioritering kan blant annet foregå gjennom lovgivning og budsjettvedtak, og vil også få ressursmessige konsekvenser (Øgar og Hovland, 2004).

Kvalitetsarbeid er ifølge Øgar og Hovland (2004) både tid og ressurskrevende, og ressursene man bruker på dette arbeidet må kunne forsvares i forhold til et prioriteringsperspektiv og en rimelig nytte- og kostnadsverdi.

4.2.4 Tid som styrende faktor

”Tid er den rammefaktoren som oftest blir trukket fram som en styrende faktor for helsetjenestene” (Fjørtoft, 2006:167). Tiden er en kjerneverdi; den er en vesentlig faktor når det gjelder å yte god omsorg tilpasset den enkelte bruker, men har også stort konfliktpotensial i helsetjenesten. Hjemmesykepleien arbeider etter stramme tidsskjemaer, noe som gjør det vanskelig å imøtekomme brukerens behov uten å måtte prioritere; dersom man bruker mer tid hos en bruker, vil det få konsekvenser for neste (Fjørtoft, 2006). Videre påpeker Fjørtoft (2006), at dette kan ha sammenheng med kommunenes strengere og mer selektive praksis for tildeling av tjenester, slik at det for den enkelte ansatte kan føles som en kamp om tiden.

4.3 Dokumentasjonsprosessen

Per i dag brukes store ressurser på manuell innsamling av data. Alle som har dokumentasjonsplikt samler sin informasjon i pasientjournalen. Denne er dermed kjernen i informasjonsflyten i helsetjenesten (Helse- og sosialdepartementet, 2007). Sykepleien må være kunnskapsbasert, dvs. basert på både dokumentert og erfaringsbasert kunnskap. Dette forutsetter at alt helsepersonell har tilgang på dokumentert kunnskap, faglige retningslinjer, veiledere og oppdaterte praktiske kliniske prosedyrer (Moen mfl, 2008). I følge en undersøkelse av Saunders and Rowley (2006) førte det at helsepersonellet ikke hadde tilgang på standard dokumentasjonsverktøy for sårbehandling, til utilstrekkelig, inkonsekvent eller manglende informasjon i pasientjournalen. Nightingale innså nødvendigheten av systematisk innsamling av data allerede i 1854, og utviklet den første modellen for å gjøre dette. Hennes modell la grunnlaget for at det mange år senere ble utviklet klassifikasjonssystemer i sykepleien; sykepleiediagnoser, sykepleiehandlinger og sykepleieresultater (Madsen, 2000).

4.3.1 Plikten til å dokumentere

”Basert på et stort antall enkeltsaker behandlet i Helsetilsynet er det dessverre grunn til å slå fast at journalføringen rent innholdsmessig ofte er mangelfull” (Helsetilsynet, 2006:2). Dette kan få negative konsekvenser for pasientbehandlingen, i tillegg kan det føre til unødvendige utgifter og tidstap både for pasient og helsepersonell (Wilthil mfl, 2006).

”I våre dager kan mangelfull analyse og refleksjon blant annet være en konsekvens av stort tidspress og sviktende dokumentasjonsprosedyrer” (Oland, 2001:73). Ikke desto mindre er alt helsepersonell ifølge Helsepersonelloven (1999, § 39) pliktet til å dokumentere i pasientjournal. Med helsepersonell menes alt personell med lisens etter § 48 eller § 49 i samme lov. Formålet med Helsepersonelloven er definert som ”å bidra til sikkerhet og kvalitet for mottakerne av helsehjelp, og at disse oppnår tillit til helsepersonell og helsetjeneste” (1999, § 1). Hjelpen som ytes skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull, noe som betyr at den som yter hjelp skal være en fagperson med nødvendige kvalifikasjoner, og at man skal kontakte andre fagpersoner dersom man selv ikke har nødvendig kunnskap (Fjørtoft, 2006). Helsepersonelloven er videre definert som å ”gjelde alt helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket” (1999, § 2). Det at sykepleieren erkjenner et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig er fremhevet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2007).

4.3.2 Skriftlig dokumentering

Prinsippene for dokumentasjonen av sykepleien er de samme uansett hvilket system man har tilgjengelig, de må ivareta kravet til faglig og etisk forsvarlighet (Fjørtoft, 2006). Det å skriftlig kunne beskrive hvordan jobben skal gjøres kan bli en måte å sikre kvalitet. Man må hele tiden kunne gå tilbake og se på fakta, hvordan tilstanden var og hvordan tilstanden nå er, for å kunne bedømme virkningen av tiltakene man har satt i gang (Kaasa, 2004). Før behovet for sykepleie kan vurderes, må pasientens behov for helsehjelp kartlegges (Moen mfl, 2008).

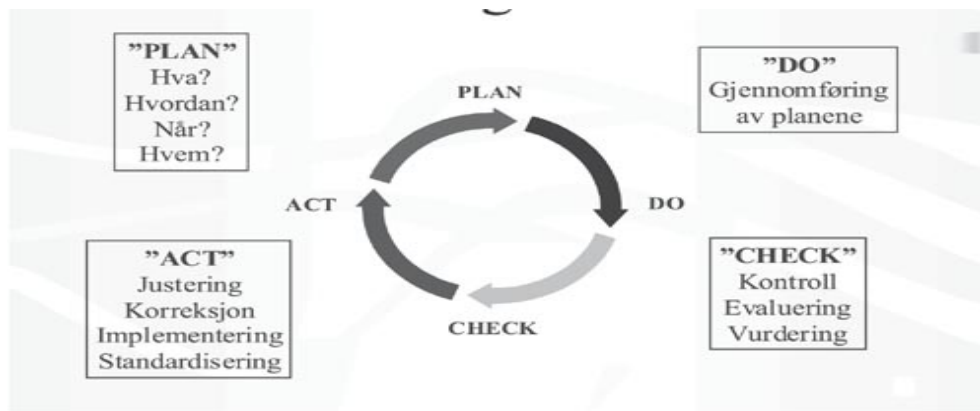
Problemløsningsprosessen

Bruk av problemløsningsprosessen betegnes som en generell metode for å løse ulike problemer. Sykepleierens dokumentasjon utføres som regel med sykepleieprosessen som overordnet referanseramme, især når sykepleien beskrives i en pleieplan (Egerod og

Poulsen, 2000). Watson (1999) fremhever i sitt sjette punkt; *Systematic use of the scientific problem-solving method for decision making*, bruken av sykepleieprosessen som et vitenskapelig verktøy for å ivareta pasientens behov for pleie. Dokumentasjon i sykepleien henviser dermed både til sykepleiers journalføringer over den planlagte, og den utførte pleien. Journalføring er her av stor betydning. Den skal fange opp både sykepleierens vurdering av pasientens situasjon og de handlingene sykepleieren utfører som et resultat av vurderingene (Moen mfl., 2008).

Demings sirkel

Demings sirkel illustrerer fire trinn som vil være et godt fundament for all planlegging og evaluering av sykepleiedokumentasjon:



(Stifelsen GRUK, 2004:6).

Planleggingsfasen består av probleidentifisering, faktainnsamling, årsaksanalyse og løsningsforslag. *Utføringsfasen* består av å teste ut løsningsforslag i praksis. *Kontrollfasen* består av å evaluere for å se om endringene har ført til forbedring. Til slutt kommer *korrigeringsfasen* hvor man justerer og standardiserer løsningene. For å gjennomføre et slikt forbedringsarbeid stilles det altså krav til kulturen i organisasjonen i tillegg til at det stilles krav om å sette av tid og ressurser på dette arbeidet (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005).

Journalføring

I Forskrift om pasientjournal (2000) sies det at "journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt. Nedtegnelsene skal dateres og signeres. Moen (2008) sier at journalen fungerer som

en logg og letter informasjonsoverføringen mellom vaktskifte, og den gir mulighet til å notere vurderinger i fri rekkefølge og med de ord og uttrykk som sykepleier mener passer best. Journalføring skal dokumentere aktuelle og endrede behov for helsehjelp. Alle inneholder både objektive og subjektive data om pasienten. Subjektive data er sykepleiers vurdering eller tolkning av objektive data eller pasientobservasjonene. Noe av kritikken mot sykepleiers journalføring går på at spesielt de subjektive dataene varierer veldig i kvalitet. Journalnotater reflekterer heller ikke alltid bevisst eller målrettet arbeid i den helsehjelpen sykepleierne gir. Det kan også være vanskelig å følge utviklingen hos pasienten ut fra notatene fordi disse ikke har annen struktur enn en kronologisk rekkefølge, man kan dermed bruke mye tid for å orientere seg. Likevel hevder Moen (2008) at journalføring oppfattes som et godt grunnlag for å utarbeide eller revidere en sykepleieplan, fordi den er enkel i utarbeidelsen og kan gi en fortløpende beskrivelse av pasientens status.

Pleieplaner

Pleieplan er en metode til å dokumentere sykepleien ut ifra sykepleieprosessen (Egerod og Poulsen, 2000). For å kunne diskutere fordeler og ulemper ved bruk av pleieplaner vil det være relevant å skille mellom forskjellige typer av pleieplaner, i og med at de tjener forskjellige formål. Pedagogiske pleieplaner har til formål å hjelpe sykepleierstudenter og uerfarne sykepleiere til å forstå nye situasjoner. Den administrative pleieplanen har til formål å sikre ressurser til sykepleien. Kliniske pleieplaner har til formål å forbedre pasientresultatet (hurtigere sårtilheling, kortere innlegging og mer effektiv rehabilitering). Nytteverdien av pleieplanen kan relateres direkte til i hvilken grad den blir brukt og fulgt opp fortløpende (Fjørtoft, 2006). Det å ha en pleieplan for hver pasient kan sikre kvaliteten og kontinuiteten i sykepleien pasienten mottar. Ved sårtilheling har det stor betydning å få kontinuitet i behandlingen samtidig som såret (og tilhelingen) hele tiden blir evaluert i forhold til behandlingen som blir gitt. Det har vist seg at det er vanskelig å ha oppdaterte og funksjonelle pleieplaner i hjemmesykepleien når behovene stadig skifter. Pleieplanene kan fort bli utdatert, de kan være for lite nøyaktige eller de er *for* nøyaktige og detaljerte slik at de blir tungvinte å følge (Egerod og Poulsen, 2000).

Som nevnt tidligere var vår opplevelse av hjemmesykepleien at det var varierende bruk av pleieplaner og prosedyrer. Var vår opplevelse av rutinene i forhold til dokumentasjon i hjemmesykepleien tilfeldig? Sandvand og Vabo (2007) oppgir at årsaken til at pasientene

ikke har oppdaterte pleieplaner er sammensatte. En av årsakene har med prioritering av tid til å utarbeide pleieplaner; tid er mangelvare. Økonomi og lite personalressurser er en annen grunn som er mye brukt. Den mest forstyrrende årsaken som blir oppgitt er negative holdninger og lite tradisjon for dokumentert helsehjelp. Dette resulterer i en kultur som nedprioriterer denne viktige oppgaven. Forfatterne viser til undersøkelser som konkluderer med at dersom dokumentasjon blir nedprioritert av ledelsen, så blir det en negativ kultur med hensyn til dokumentasjonspraksisen blant resten av personellet i organisasjonen.

Tilhengere av bruken av pleieplaner fremhever at pleien blir mer målrettet, pleien får kontinuitet og endringer i pasientens tilstand blir synliggjort. Pleieplaner sees på som en del av kjernen i sykepleierens gjerning, og er ikke bare forbeholdt sykepleieren som har god tid. I det lange løp anser man at man sparer tid ved bruken av pleieplan og en overskuelig dokumentasjon fordi pasientens problemer ikke rekker å vokse seg for store. Begynnende sår kan for eksempel føre til større ubehag for pasienten dersom man ikke behandler det når det oppstår (Egerod og Poulsen, 2000).

Motstanderne av pleieplaner hevder at pleieplaner er vanskelige å utforme og anvende, de er tidkrevende å utforme og anvende og de er irrelevante fordi de ofte brukes feil. En pleieplan er avhengig av et visst tidsforløp og kompetanse hos den som skal bruke den. I USA viste undersøkelser at pleieplaner ikke hadde effekt på resultatet for pasienten, og de viste også at sykepleiere på forskjellig kompetansenivå tolket pasientsituasjonen forskjellig. Dette førte til at man fra 1991 frafalt kravet om at amerikanske sykepleiere skulle bruke pleieplaner i klinisk praksis (Egerod og Poulsen, 2000). Sandvand og Vabo (2007) mener derimot at pasientens pleieplan er det sentrale dokumentet man dokumenterer helsehjelpen opp mot. Helsepersonelloven (1999) sier at den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient. Når den planlagte helsehjelpen er gitt, og sykepleier skriver sin signatur, har hun ivaretatt dokumentasjonsplikten sin i forhold til å dokumentere den nødvendige og tilstrekkelige helsehjelpen. Pasienten har dermed mottatt en faglig og juridisk sykepleie. Egerod og Poulsen (2000) fremhever likevel videre at klinisk forskning er nødvendig for å avdekke om pleieplaner tjener sitt formål.

Skriftlige prosedyrer

Vabø (2002) sier at i praksis betyr det å få etablert prosedyrer at man sikrer at de grunnleggende behovene hos pasientene blir ivaretatt enda bedre. Videre at kunnskap og prosedyrer blir brukt i møtet med den enkelte pasient i det daglige arbeidet. Å sikre kvalitet krever ofte å etablere prosedyrer og etterleve det som prosedyrene beskriver. I Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) utheves det at "kommunen skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov". Herunder fremheves at "nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg skal tilpasses den enkeltes tilstand". I følge § 3 i overnevnte forskrift, må kommunene etablere et system av prosedyrer som tar sikte på at pasientene får de tjenestene de har behov for. Her presiseres et helhetlig samordnet tilbud og at bruker får delta i de avgjørelser som tas. Når det gjelder ivaretagelse av grunnleggende behov så skal det være skriftlig nedfelte prosedyrer. I tillegg må det også dokumenteres at disse prosedyrene etterleves. Her påpeker Arbeids- og inkluderingsdepartementet (1997) viktigheten av at avvik må registreres og at man videre følge opp med korrigerende tiltak. Videre vises det til at det her vil være gunstig å ta i bruk et internkontrollsystem. Dette vil i følge Arbeids- og inkluderingsdepartementet (1997) kunne sikre at dokumentasjon og aktiviteter eller arbeidsoppgaver utøves i samsvar med de krav som er fastsatt.

Nightingale var i sin tid "en systematiker og lidenskapelig statistiker og en reformator i det å føre protokoller" (Mainz og Andersen Hundrup, 2000: 136). Vu mfl (2007) viser til en australsk studie som ble foretatt på pasienter med både akutte og kroniske sår i sykehjem. I testgruppen samarbeidet sykepleierne med farmasøyter i bruken av sårbehandlingsprotokoll og utstyr. Testgruppen fikk kurs og trening i forhold til dokumentasjonsprosedyrer, i å samle data og i hvordan protokollen skulle brukes. I tillegg ble sykepleierne og farmasøytene i denne gruppa kurset i sår, sårtilheling og i faktorer som kunne påvirke tilheling. På grunnlag av dette utformet så testgruppen en sårbehandlingsprotokoll basert på farge, dybde og andre vurderingsmetoder av sår. I kontrollgruppen ble ikke farmasøytene involvert, og gruppen fikk ingen kursing. Sykehjemmene i kontrollgruppen fulgte standardprosedyrer fra en manual utarbeidet av The Commonwealth Government i Australia. Hensikten med studien var å undersøke om man ved bruk av sårbehandlingsprotokoll kunne forbedre sårtilheling og spare kostnader. Resultatet de kom fram til var at prosentsetningen av helede sår var høyere i testgruppen

sammenlignet med kontrollgruppen (61,7 % sammenlignet med 52,5 %). Selv med utlegg på kurs og opplæring ble kostnadene lavere hos testgruppen, mesteparten av innsparingen viste seg i form av kortere tid brukt på sårbehandling og mindre avfall i form av utstyr. Man kom fram til at behandlingen av ukompliserte (ikke-infiserte) kroniske sår utført av trent personell som brukte sårbehandlingsprotokoll, og som samarbeidet med farmasøyt, var kostnadseffektiv sammenlignet med den ordinære behandlingen.

Vurderingsskjemaer og sjekklister

Oland (2001:88) slår fast at man bør ha faste kriterier for hva som skal vurderes og dokumenteres ved et sårstell. Et minimumskrav til sjekkpunkter bør være sårkanter, sekresjon, størrelse, infeksjonstegn og sårbunn. Saunders and Rowley (2006) viser til en studie på sårbehandling i hjemmesykepleie som tok for seg utvikling og bruk av et vurderingsskjema ved sår. Skjemaet inneholdt blant annet opplysninger om utseende, lukt, om såret væsket/var infisert, tilstanden på huden rundt, vurdering av smerte, størrelsen på såret og behandlingsregime. Det ble utviklet en standardisert bruk av terminologien i skjemaet som førte til at dokumentasjonen var mer konsekvent i beskrivelsene, Den strukturerte tilnæringsmåten ved vurdering, behandling og dokumentering av sår gav helsepersonellet en metode de lett kunne bruke i daglig praksis, uavhengig av sårtype. Dette førte til økt selvtillit hos helsepersonellet samtidig som de hele tiden ble faglig oppdatert. Det ble kontinuitet i behandlingen; sårene ble behandlet likt uansett om personalet hadde vært og stelt det før eller ei. Pasientene i studiet gav tilbakemelding om økt trygghetsfølelse som følge av konsekvente behandlingsregimer.

Disse to studiene viser det som også Oland (2001) påpeker; at når man skal behandle sår må man ha et diagnostisk grunnlag å arbeide ut fra, fordi kunnskapen om sår alltid vil være varierende. Man kan heller ikke utforme en standardprosedyre som gjelder sår generelt. Det er tolkningen av det individuelle såret som til enhver tid må være retningsgivende for hvordan det skal behandles. I alle instanser innen helsevesenet vil det være en fordel om man utformer en egen sårjournal som legges ved de øvrige dokumentasjonspapirene, slik at behandlingen blir mer systematisk og målrettet også når pasienten flytter seg i systemet. Ved bruk av sårjournal kan en sjekkliste være et godt hjelpemiddel; Egerod og Poulsen (2000) sier at en sjekkliste kan beskrives som en huskeliste i forhold til en arbeidsmåte eller en prosedyre. I begynnelsen av 1980 årene gikk man bort fra bruken av sjekklister, fordi man var redd pleien ble for standardisert. Grunnen til at de nå begynner å bli

gjeninnført er at mange arbeidsoppgaver er rutinepregede. Sjekklister kan dermed være med på å sikre kvalitet av pleien. Det som er positivt er at man kan dokumentere sykepleiehandlingene rett på listen, spesielt med tanke på tekniske prosedyrer så som et sårstell. Denne kan allikevel ikke erstatte en pleieplan, men må sees på som et supplement til denne og til sykepleiers kompetanse. Ved bruk av ufaglært arbeidskraft og/eller nyutdannede sykepleiere med liten praktisk erfaring, vil bruken av sjekkliste sikre et minstekrav til kvaliteten på pleien. Forfatterne påpeker likevel at en erfaren sykepleier med kjennskap til pasienten kan i stor grad gi sykepleie langt over minimumskravet uten bruk av sjekklister.

4.3.3 Dokumentering ved hjelp av EPJ

Egerod mfl (2000) sier at det å prøve å få oversikt over en pasients situasjon på et gitt tidspunkt vil være en nesten uoverskuelig oppgave med journaler i papirformat; Man må samle sammen alle journaler, lese igjennom dem og prøve å få overblikket.

Ved bruk av EPJ (elektronisk pasient- journal) kan innsamling av data i stor grad automatiseres og utvides. Dette fordrer at helsepersonellet legger inn mer strukturerte data enn hva man er vant med fra papirjournal. I tillegg må innarbeidelsen av pasientjournalen som verktøy være godt integrert blant helsepersonell når produksjon og forsendelse av journalinformasjon blir digitalisert. IKT – bruk har til nå hovedsakelig vært tilrettelagt for at fastleger, helseforetak, laboratorier og trygdeetat har kunnet samhandle om enkeltbrukere. Alle parter vil dra nytte av at også kommunale tjenester inngår i den elektroniske samhandlingen, fordi kommunene har tjenester som retter seg mot mange av de samme brukerne (Helse- og sosialdepartementet, 2007). I løpet av 2008 vil derfor informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og deres samarbeidspartnere hovedsakelig skje elektronisk, og innen denne tid vil det også være et mål at all dokumentasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skjer via EPJ. Denne vil inneholde basisinformasjon som kan brukes som verktøy til å lage, sende og motta meldinger, og den vil derfor kunne ses på som en fremtidig basis for all dokumentasjon og kommunikasjon innen helse- og sosialtjenesten (Wilthil mfl, 2006).

Undersøkelse av mobil EPJ i hjemmesykepleien

Nyheim mfl (2002) viser til Alta der det i løpet av 2000 ble utviklet og testet en bærbar utgave av et elektronisk pasientjournalssystem. Her ble sykepleierrapporten trådløst ble overført fra bærbar PC direkte inn i den elektroniske pasientjournalen på sonekontoret. Fire sykepleiere fra hjemmetjenesten utgjorde ”testgruppen” som skulle ta bilder av kroniske sår med digitalt kamera i pasientens hjem. Hensikten med forsøket var;

- å vurdere hvorvidt digitale bilder av sår kombinert med en standardisert elektronisk sårmal for dokumentasjon kunne bidra til en kvalitetsforbedring i sårbehandlingen
- å vurdere i hvilken grad løsningen kunne bidra til å styrke sykepleiernes faglige bevisstgjøring
- hvordan denne løsningen kunne komme pasientene til gode
- om teknologien var brukervennlig nok til å kunne anbefales tatt i bruk i hjemmetjenesten.

Før feltforsøket startet ble en elektronisk sårmal utviklet. Denne tok utgangspunkt i sykepleiernes erfaringer og fagkunnskap om behandling av sår. Under utarbeidelsen av sårmalen undersøkte sykepleierne hvordan sår vanligvis dokumenteres, og fant at beskrivelse av sår og sårutvikling var nokså ufullstendig. I rapporten kunne det stå at såret så ”bra” eller ”stygt” ut, uten nærmere spesifisering. Målsetningen var derfor at den nye sårmalen ville legge til rette for mer nøyaktig dokumentasjon, og gi en kvalitetsforbedring i forhold til dagens praksis. I følge Nyheim mfl (2002) viste feltforsøket at det var lettere for sykepleierne å finne fram i et elektronisk kartotek enn hva det var å lete tilbake i gamle rapporter. Det elektroniske kartoteket var mer oversiktlig og gav derfor en bedre kontroll over hvor lenge en prosedyre hadde pågått. I tillegg kunne sykepleierne også i løpet av feltforsøket se endringer i sår fra første til siste bilde, og kunne derfor dokumentere sårheling og forverring ved hjelp av bilder og tekst.

Muligheten til å vurdere sårbilder i fellesskap på sonekontoret gav sykepleierne en større grad av trygghet for at behandlingen ble rett. Blant annet oppdaget de at et sår de trodde hadde utviklet seg positivt, faktisk var blitt verre. Det var også positivt at fastlegen kunne vurdere problemet via bilde tilsendt fra hjemmesykepleier. Dette viser hvordan bilder kombinert med en standard mal for sår dokumentasjon kan være med på å kvalitetssikre oppfølgingen, og ikke minst føre til raskere korrigering av behandlingen underveis. Sykepleierne mente også at den faglige bevisstgjøringen ville øke i og med at bilder

sammen med elektronisk sårmal gav et mer objektivt grunnlag for drøfting, mot før en mer subjektiv oppfatning om sår og sårutvikling. Nyheim mfl (2002) sier at resultatet derfor kan danne grunnlag for intern evaluering og kompetanseutvikling i hjemmesykepleien. Forfatterne sier videre at man samtidig må vurdere resultatene ut fra pasientens subjektive behov og forventninger for å kunne tilfredsstille målet om bedre kvalitet i hjemmetjenesten. Videre så viste undersøkelsen at pasientene vektla blant annet det å få en mer ensartet tjeneste gjennom økt standardisering. Pasientene relaterte kvalitet til forutsigbarhet; det at de fikk tilnærmet samme behandling fra gang til gang. Pasientene så også på det som en fordel at de fikk mulighet til å motta helsetjenester i eget hjem fremfor å oppsøke helsesenter, lege eller sykehus, med de ulemper dette kan medføre av for eksempel vente- og reisetid for pasienten.

Inkludert i forsøket var også evaluering av brukervennligheten til teknologien som ble brukt; hvor relevant var løsningen i forhold til sykepleiernes arbeidsoppgaver? I følge Nyheim mfl (2002) mente sykepleierne at utstyret var brukervennlig, men at det kunne utbedres i forhold til deres behov. Utfordringene gikk først og fremst på å få en felles rutine for fotografering som innbefattet lysforhold under bildetaking. Sykepleierne mente at fordelene med å kunne dokumentere sår ved bruk av bilder, var mye viktigere enn ulempene med å bære med seg en PC og et kamera.

Planen er at prosjektet i Alta etter hvert også skal inkludere kommunikasjon med både fastleger og spesialister. Ved at hjemmesykepleien har mulighet til å overføre bilder sammen med elektronisk sårmal til fastlege vil man etter hvert få kartlagt om elektronisk dokumentasjon av sår kan bidra til at oppfølging og behandling av sår. Dette vil bli enklere og kanskje mer ensartet enn dagens praksis. Fastlegen på sin side vil også få muligheten til å videresende materialet til hudspesialist for andrehånds vurdering (Nyheim mfl, 2002).

Fjørtoft (2006) sier at sykepleierne ved hjelp av mobile elektroniske system lett kan dokumentere rett etter et hjemmebesøk, noe som gjør oppdateringer lettere. Dette at man rapporterer fortløpende kan også føles mer avsluttende etter hvert besøk. Mobile elektroniske løsninger vil også gjøre sykepleierne i stand til å lese rapporter eller beskrivelser av tiltak rett før besøk.

Integrasjon av EPJ i klinisk praksis

Heggdal (2006) mener det er viktig at faggruppene deltar aktivt for å påvirke hvordan informasjonsteknologien skal fungere som hjelpemiddel i helsevesenet. Hun påpeker også at den enkelte helsearbeider må innhente kunnskaper på området. En artikkel publisert av Norges Forskningsråd (2006) viser til en undersøkelse fra en norsk kommune som innførte elektronisk sykepleiedokumentasjon i hjemmetjenesten. I artikkelen stiller man spørsmål ved hva som skjer når denne form for dokumentasjon blir integrert i klinisk praksis.

Foreløpige undersøkelser viser at måten det elektroniske dokumentasjonssystemet blir brukt på varierer mellom pleierne. I følge Norges Forskningsråd (2006) viser undersøkelsen at enkelte sykepleiere bruker systemet så lite som mulig, mens andre uttrykker kritikk av systemet for så å gjenoppta gamle uformelle og supplerende rapporteringsaktiviteter. Begrunnelsen for dette har ofte gått i retning av at informasjonsmodellen i det elektroniske dokumentasjonssystemet ikke passer for det informasjons- og kommunikasjonsbehovet som hjemmetjenesten har. En annen begrunnelse er at man ikke har nok kunnskap til å kunne bruke systemet, og heller ikke våger å si i fra om det. Heggdal (2006) hevder at utfordringen som ligger i det å skrive kort og konsist om det pleiefaglige arbeidet, også blir brukt som et argument for ikke å bruke elektronisk dokumentasjon.

Norges Forskningsråds (2006) foreløpige konklusjon er at det elektroniske systemet for sykepleiedokumentasjon som ble brukt av pleierne i hjemmesykepleien, ikke ble brukt på den måten og i det omfanget initiativtakerne hadde tenkt seg. Spesielt var det endringer i rapporteringsrutinene som skapte skepsis blant sykepleierne. Det nye systemet er ment å redusere tiden som blir brukt på overlappende muntlig rapportering og uformelle rapporteringsrutiner. En slik reduksjon skaper frustrasjon blant pleierne, og mange uttrykker at de lettere mister oversikten over pasientene. Fjørtoft (2006) påpeker at hjemmesykepleierne arbeider mye alene og at det derfor vil være et viktig argument at man ikke effektiviserer bort møtetiden på kontoret. De muntlige rapportene og andre formelle eller uformelle møter vil ha betydning for utvikling og videreføring av fagkompetansen. Det å innføre ny teknologi som vist til ovenfor kan dermed ha både positive og negative virkninger.

4.4 Krav til kvalitet

Florence Nightingale skapte grunnlaget for fortløpende å kunne overvåke kvaliteten av sykepleiere og legers arbeid på sykehus (Mainz og Andersen Hundrup, 2000: 137). På enkelte områder innenfor pleie- og omsorgstjenestene er det ikke umiddelbart enkelt å henvise til spesielle krav med hensyn til kvalitet. Mye av innsatsen innen pleie- og omsorgstjenestene er basert på skjønnsmessige vurderinger og kvaliteten kan i mange tilfelle ikke normeres direkte ut fra spesifikke krav. Kvalitet på tjenestene må derfor oppnås ved hjelp av rutiner som sikrer at avgjørelser bygger på de kunnskaper som er nødvendige for å yte tjenestene, altså kompetanse innenfor fagfeltene knyttet til pleie og omsorg. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten vil derfor først og fremst være knyttet til brukerens livskvalitet - opplevelsen av trygghet, god omsorg og forsvarlig pleie (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 1997). Brukerens krav, behov og forventninger er selve grunnlaget for alt forbedringsarbeid. For helsetjenesten betyr dette at man må spørre, lytte til og involvere brukeren i mye større utstrekning enn hva som er tilfelle i dag. Aktiviteter som ikke gir tjenesten økt kvalitet er i virkeligheten unødvendige kostnader både i form av tidsforbruk og sløsing med materiell og ressurser (Øgar og Hovland, 2004). Kvalitet i helsetjenesten må forbedres kontinuerlig, og kvalitetsutvikling er et viktig redskap i dette. Å ivareta kvalitet innebærer økt behov for koordinering og standardisering, men også fleksibilitet når det gjelder å tilpasse tilbudet til den enkelte pasient. Det er viktig at helsepersonell alltid ser kritisk på de systemene som skal sikre og forbedre kvalitet, for å se om de fungerer som de skal. Kvalitetsproblemer vil ikke bare påføre pasienter unødig lidelse, dårlig kvalitet vil også påføre samfunnet store merkostnader (Kristoffersen mfl., 2005).

4.4.1 Kvalitetsarbeid

Helsetilsynet (2002) fremhever disse seks prinsippene i kvalitetsarbeid;



(Helsetilsynet, 2002:10)

Empowerment

I og med at det er brukeren/pasienten som er grunnlaget for hjemmesykepleiens eksistens er det viktig å involvere pasientene (Fjørtoft, 2006). Dette er også i tråd med Watsons femte punkt: *"The promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings"*. Her tar Watson for seg viktigheten av å oppmuntre til å få pasientens synspunkter, og å akseptere hans mening enten den er positiv eller negativ (Tomey and Allgood, 2006: 104). Erfaringen kan så brukes til å endre ytelsen av tjenester gjennom brukermedvirkning/empoverment. Brukerundersøkelser og spørreskjemaer kan gi gode kvalitetsindikatorer både i forhold til brukers opplevelse av hjemmesykepleien og sin opplevelse av livskvalitet. (Se vedlegg 1). En kvalitetsindikator vil likevel ikke gi et komplett bilde av kvaliteten, men vil indikere et kvalitetsnivå (Kaasa, 2004). Fjørtoft (2006) hevder det er viktig å merke seg at brukermedvirkning kan bety at man må være villig til å gi fra seg noe av makten en har som fagperson. Oland (2001) mener det er vesentlig å ha et godt samarbeid med pasienten, da dette har stor betydning for sårtilhelingen. Ifølge Karoliussen (2002) er helsevesenet i stor grad bygd opp av maktstrukturer, og pasienten eller brukeren blir ofte styrt av det systemet og de personene som er i hans nærhet, både i institusjoner og i hjemmet. Her ligger makten hos helsepersonalet, uten at pasienten greier å motstå en slik overmakt. Helsepersonalet ønsker ikke, og er ofte heller ikke klar over, hvor maktovergripende deres handlinger kan være overfor pasienten. Empowerment er en måte pasienten kan få oppleve en større myndighet og kontroll over sitt eget liv, og står derfor i motsetning til hjelpeløshet og maktesløshet.

Pasienten må gis mulighet til å mestre, heller enn at andre tar beslutninger på pasientens vegne. Han får da en reell innflytelse på sin egen situasjon, både i adferd og handling, noe som gir ham mulighet til å ta egne beslutninger (Karoliussen, 2002). Fagpersonen får da en samarbeidsrolle, dvs. at relasjonene til den som trenger hjelp blir preget av gjensidighet og likeverd. Betydningen av at man gir fra seg kontroll betyr likevel ikke at man gir fra seg ansvaret. Som fagperson bidrar man med kunnskap og ferdigheter for å sikre brukeren den hjelpen som trengs, samtidig som brukerens rett til medvirkning blir ivaretatt (Fjørtoft, 2006).

Kvalitetsledelse

Virksomhetens ledelse må i følge Helsetilsynet (2002) sette kvalitetsledelse på dagsorden og sammen med medarbeiderne utvikle felles visjoner. Ikke minst må det settes av tid til kvalitetsarbeid og forbedringsprosessen må ledes med et langsiktig perspektiv.

Kvalitetsutvikling krever videre aktiv involvering av alle medarbeidere, og må sees i sammenheng med organisasjonens kultur, hvordan arbeidet utføres og hvordan det prioriteres. For å oppnå endring av atferd, er medbestemmelse et viktig element.

Kvalitetsforbedringsarbeidet skal være basert på fakta, ikke antagelse. Dokumenterte resultater og fakta kan øke helsepersonellens motivasjon til å drive med forbedringsarbeid. Proessorientering vil si å legge fokus på hvordan resultatene frembringes. I helsetjenesten skjer pasientbehandling på tvers av organisasjonens formelle struktur. Helsetilsynet (2002:10) sier at "målet derfor er å forbedre hele prosessen gjennom å sikre kvalitet i alle ledd og dermed en mer helhetlig og samstemt organisasjon for resultatforbedring". Videre påpekes det at kontinuerlig forbedring på sikt vil heve kvaliteten på arbeidet.

Registreringer av feil og avvik kan også bli brukt som en mulighet til kontinuerlig forbedring. I Stortingsmelding 45 (2002 – 2003) tar man for seg kvaliteten på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Det presiseres i denne at det er behov for enda større oppmerksomhet på kvaliteten. Dette kan tyde på at en fra statlig hold ikke er fornøyd med fremdriften i kvalitetsarbeidet i kommunene.

Kompetanseoppbygging

Kunnskap er svært viktig for at arbeidet oppleves som meningsfullt, og ledelsen må bidra til at den enkelte opplever faglig utvikling. Sykepleietjenesten må tilby medarbeidere en organisert kompetanseoppbygging, og ikke bare satse på at den enkelte selv tar initiativ til det (Jacobsen, 2005). Fordi det finnes mange ansatte uten fagutdanning i tjenestene, bør

kommunene motivere og stimulere disse til å formalisere sin kompetanse. I følge Arbeids- og inkluderingsdepartementet (1997) har kommunene plikt til å følge gjeldende forskrifter til kvalifikasjonskrav til de som skal ansettes. Det påpekes videre at de ansatte har plikt til å holde seg à jour med fagutviklingen innen eget arbeidsfelt og videreutvikle egen kompetanse. Det at fagutdannede ansatte får mulighet til å gjennomføre etter- og videreutdanning, slik at de kan mestre ulike forhold og ny problematikk, bør også tilrettelegges for av kommunene.

5.0 Konklusjon

Kroniske sår forårsaker som tidligere nevnt høye kostnader for pasienten og samfunnet, både i form av redusert livskvalitet for pasienten, og i kroner og øre for Helse-Norge. Sykepleie er en sosial praksis, der tjenesten man yter ikke kan konkretiseres og måles på samme måte som for eksempel i en håndverkers arbeid. Det kan derfor være vanskelig å måle resultatene av hva man har gjort, og ofte ser man ikke betydningen av pleien før man faktisk ikke utfører den.

Vi har i løpet av arbeidet med oppgaven sett at det er et økende behov for hjemmebaserte tjenester, uten at de økonomiske bevilgningene nødvendigvis har økt tilsvarende.

Konsekvensen av dette, slik vi ser det, er at hjemmesykepleien arbeider etter stramme tidsskjemaer der mangel på ressurser og kompetanse kan være et stort problem. Vi har videre sett at kvalitetsarbeid er ressurskrevende, og at det derfor må forsvares gjennom en kostnads- og nytteverdi. Vi har også gjort funn som viser at man ved å bruke penger på kvalitetsutvikling og kompetanseheving, som kursing av personale, faktisk kan føre til innsparing på materiell og tid senere, men ikke minst også ivareta brukerens sikkerhet. Videre kan det forstås at hvis lederne stiller krav til sine medarbeidere vedrørende gode dokumentasjonsrutiner, vil dette kunne hindre en negativ kultur i forhold til dokumentasjon. Med andre ord; ledelsen vil dermed gå foran som et godt eksempel.

Vi fått et godt innblikk i hvordan dokumentasjon og kvalitetsbegrepet henger nøye sammen. Det å bruke dokumentasjonen rett, å ordlegge seg korrekt og lettfattelig, er en nødvendighet. Samtidig har vi gjort funn som sier at korrekt og utførlig dokumentasjon ikke har særlig nytteverdi, dersom vi som personale ikke har kunnskapene til både å forstå og å bruke den.

For å kunne gi helhetlig sykepleie til brukeren, ser vi at samarbeid og brukermedvirkning står sentralt. Gjennom studiet har vi også forstått at sår er avhengig av visse betingelser for at det skal gro, noe som krever blant annet kontinuerlig observasjon og nøyaktig behandling. I stedet for å skrive at et sår ser ”stygt” eller ”fint” ut, har vi sett at det vil være mer hensiktsmessig å skrive at vi ikke hadde tid, kompetanse, eller at vi ikke hadde fulgt såret lenge nok til å kunne vurdere det. Ved bruk av god dokumentasjonsarbeid kan vi

dokumentere selve behovet, som igjen vil kunne gi økte ressurser. I forhold til skriftlig dokumentasjon har vi samtidig sett hvor viktig og/eller hensiktsmessig det er å foreta internkontroll. Bruk av et slikt internkontrollsystem viser seg å kunne være med på å sikre kvaliteten på sykepleien.

Bruk av mobil EPJ har også i en viss grad vist seg å være et hjelpemiddel i å styrke dokumentasjonsarbeidet, og dermed sikre kvaliteten på helsehjelpen i hjemmesykepleien. Spesielt kan fotodokumentasjon av sår, og muligheten til å kunne sende digitale bilder til fastlege for vurdering, være en stor fordel. Likevel, fotodokumentasjon av sår i kombinasjon med EPJ er relativt nytt, det finnes derfor ikke så mye forskning på dette området. For at dette systemet skal kunne tjene sin hensikt, slik vi ser det, må forutsetningen være at kommunene bruker ressurser på å utvide bruken av EPJ - systemet.

Referanser

Pensumlitteratur

- Dahl, Kari, Kristin Heggdal og Sølvi Standal (2005). Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005) (red.). *Grunnleggende Sykepleie. Bind 4.* s 100 - 148. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hallandvik, Jan Erik (2002). *Helsetjeneste og helsepolitikk.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Heggdal, Kristin (2006). *Sykepleiedokumentasjon.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jacobsen, Rita (2005). *Klar for fremtiden?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Karoliussen, Mette og Kari Lislrud Smebye (2004). *Eldre, aldring og sykepleie.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, Nina Jahren (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005) (red.). *Grunnleggende Sykepleie. Bind 4.* s 13 – 99. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, og Eli- Anne Skaug (2005). Om sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005) (red.). *Grunnleggende Sykepleie. Bind 1.* s 13 – 27. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Langøen, Arne (2000). *Huden - pleie, pleiemidler og sårbehandling.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk Sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICN's etiske regler.* Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Norvoll, Reidun (2006). Sosiale avvik og sosial kontroll. I: Brodtkorb, Elisabeth, Norvoll, Reidun og Rugkåsa, Maianne (red.) (2006). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Steen, Lillanna Lindemann, Tone Andersen og Hilde Ingebretsen (2001). Sykepleie til pasienter med skader og sykdommer i huden. I: Almås, Hallbjørg (2001) (red.). *Klinisk Sykepleie. Bind 2.* s. 958 – 991. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thomassen, Magdalene (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Selvvalgt litteratur

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (1997). Rundskriv I-13/97 *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* [online]
Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/rundskriv/1997/I-1397-Kvalitet-i-pleie--og-omsorgstjenestene.html?id=108152>
[Hentet 8. mars 2008].

Arntzen, Elisabeth (2007). *En forutsigbar helsetjeneste. Kvalitet og orden i eget hus.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bratland, Randi (2005). *Kommunehelsetjenestens organisering og utvikling.* Oslo: Universitetsforlaget.

Dawes, Martin, Philip Davies, Alastair Gray, Jonathan Mant, Kate Seers and Robin Snowball (2005). *Evidence-based Practice.* London: Elsevier Churchill Livingstone.

Egerod, Ingrid og Ingrid Poulsen (2000). Dokumentation. I: Egerod, Ingrid, Marianne Nord Hansen, Søren Holm, Yrsa Andersen Hundrup, Vibeke Krøll, Henrik Lindholm, Jan Mainz, Inge Madsen, Ingrid Poulsen, Ane Marie Thulstrup og Ruth Truelssen (2000). *Dokumentation og kvalitetsudvikling.* s. 70 – 91. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Fjørtoft, Ann Kristin (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter.* Bergen: Fagbokforlaget.

Helse- og Sosialdepartementet (2007). *S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og Sosialsektoren.* [online]. Tilgjengelig fra:
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-0036_html_1998a.htm
[Hentet 8. mars 2008].

Helsetilsynet (2002). *Rapport fra Helsetilsynet 5/2002. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten.* [online]. Tilgjengelig fra:
http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2002/nasjonal_strategi_kvalitetsutvikling_helsetjenesten_rapport_052002.pdf [Hentet 12. mars 2008].

Karoliussen, Mette (2002). *Sykepleie – tradisjon og forandring.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kaasa, Karen (2004). *Kvalitet i helse – og sosialtjenesten. Det er menneskene det kommer an på.*
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, Marit (1992) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering.*
Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lindholm, Christina (2003): *Sår*
Lund: Studentlitteratur AB.
- Madsen, Inge (2000). *Klassifisering. I: Egerod, Ingrid, Marianne Nord Hansen, Søren Holm, Yrsa Andersen Hundrup, Vibeke Krøll, Henrik Lindholm, Jan Mainz, Inge Madsen, Ingrid Poulsen, Ane Marie Thulstrup og Ruth Truelsen (2000). Dokumentation og kvalitetsudvikling. s. 27 – 47.*
København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Mainz, Jan og Yrsa Andersen Hundrup (2000). *Kvalitetsudvikling. I: Egerod, Ingrid, Marianne Nord Hansen, Søren Holm, Yrsa Andersen Hundrup, Vibeke Krøll, Henrik Lindholm, Jan Mainz, Inge Madsen, Ingrid Poulsen, Ane Marie Thulstrup og Ruth Truelsen (2000). Dokumentation og kvalitetsudvikling. s. 136 - 151.*
København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Moen, Anne, Ragnhild Hellesø og Asbjørn Berge (2008). *Sykepleiers journalføring.*
Oslo: Akribe Forlag.
- Nightingale, Florence (1997). *Notater om Sykepleie.*
Oslo: Universitetsforlaget.
- Oland, Ingunn (2001). *Sår og sykepleie.*
Oslo: Universitetsforlaget
- Sandvand, Else og Grete Vabo (2007). *Dokumentasjon i sykepleien.*
Kristiansand: HøyskoleForlaget Norwegian Academic Press.
- Sosial – og Helsedirektoratet (2005). *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten [2005-20015].*
Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial – og Helsedirektoratet (2006). *Kvalitetsindikatorer.* [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.bedreomsorg.no/bedrekommune/bedreomsorg.jsp>
[Hentet 19. Februar 2008].

Stiftelsen GRUK (2004). *Kompendium Forbedringsarbeid og Statistisk Prosesskontroll* Skien: Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten. [online]. Tilgjengelig fra: http://www.legeforeningen.no/asset/23071/1/23071_1.doc [Hentet 11. mars 2008].

Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003). *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/044001-040006/dok-bn.html> [Hentet 12.mars 2008].

Tomey, Ann Marriner and Martha Raile Alligood (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. St. Louis: Mosby Elsevier.

Vabø, Mia (2002). *Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev*. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Watson, Jean (1999). *Omsorg og videnskap. En sygeplejeteori*. København: Munksgaard.

Wilthil, Svein Erik, Evy-Ann Evensen, Vigdis Heimly, Siri Jensen, Bjørg Larsen, Merete Lyngstad, Egil Rasmussen, Guri Snøfugl, Ellen Strålberg og Sidsel Sunde Tveit (2006). *Strategi- og handlingsplan for IKT i helse- og omsorgstjenesten i kommunene*. Kommunenes Sentralforbund. [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/upload/88067/StratHandling.pdf> [Hentet 4. mars 2008].

Øgar, Petter og Tove Hovland (2004). *Mellom kaos og kontroll* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lover og forskrifter

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2002).[online]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html> [Hentet 19. Februar 2008].

Forskrift om pasientjournal (2000). [online]. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-20001221-1385.html> [Hentet 13. mars 2008].

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). [online]. Tilgjengelig fra: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usr/www/lovdata/for/sf/ho/ho-20030627-0792.html&emne=kvalitet+i+pleie*& [Hentet 19. Februar, 2008].

Helsepersonelloven (1999). [online]. Tilgjengelig fra: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell*& [Hentet 19. Februar, 2008].

Kommuneloven (1992). [online]. Tilgjengelig fra:
http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19920925-107.html&emne=kommunelov*& [Hentet 19. Februar, 2008].

Kommunehelsetjenesteloven (1982). [online]. Tilgjengelig fra:
http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjenest*& [Hentet 19. Februar, 2008].

Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) [online]. Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html> [Hentet 13. mars, 2008].

Pasientrettighetsloven (1999). [online]. Tilgjengelig fra:
http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettigh*& [Hentet 20. Februar, 2008].

Artikler

Gjersvik, Petter (2005). Å lege kroniske leggsår. *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* [online] 2005 (7). Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1168877 [Hentet 10.2.08].

Norges Forskningsråd (2006): *Fra fremdriftsrapport 2005: Space, Power and Communications*. [online] Tilgjengelig fra:
<http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=GenerellArtikkel&cid=1141388151529&pagename=kim%2FGenerellArtikkel%2FVis+i+opprinnelig+meny+punkt> [Hentet 9. mars, 2008].

Nyheim, Beate, Nina Line og Hilde Ørnes (2002): *Standardisering og ny teknologi for å oppfylle dokumentasjonskrav*. *Sykepleien* 2002 (4) [online] Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=674&categoryID=35> [Hentet 9. mars, 2008].



















Saunders, Karen and Joanne Rowley (2006). Implementing a wound assessment and management system (WAMS). *Australian Nursing Journal* [online] 13(10). Tilgjengelig fra:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=16&sid=36865f15-651c-4f4c-8462-cab3fda285fc%40SRCSM2> [Hentet 8. mars 2008].

Stranden, Einar og Carl-Erik Slagsvold (2005). Arterielle sår i underekstremiteten. *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* [online] 2005 (7). Tilgjengelig fra:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1171520 [Hentet 10. februar 2008].

Vu, Trang, Anthony Harris, Gregg Duncan and Geoff Sussman (2007). Cost-effectiveness of multidisciplinary wound care in nursing homes: a pseudo-randomized pragmatic cluster trial. *Family Practice* [online] 24(6). Tilgjengelig fra:
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1331521821&sid=1&Fmt=2&clientId=72807&RQT=309&VName=PQD> [Hentet 25. februar 2007].

Vedlegg 1

Tabellen nedenfor er et eksempel på spørreundersøkelse av kvalitetsindikatorer i hjemmetjenesten, brukt i landets kommuner;

2 Brukertilfredshet brukere av hjemmetjenesten (1=svært misfornøyd, 4=svært fornøyd) - 2006							
Kartlagte kommuner:		Gjennomsnitt	Kommuner	Høyeste	Laveste	Arendal	Haugesund
 Resultat for brukerne		3,6	55	3,9	3,1	3,4	3,4
 Brukermedvirkning		3,4	55	3,8	2,9	3,2	3,2
 Respektfull behandling		3,7	55	4,0	3,2	3,6	3,7
 Pålitelighet		3,4	55	3,9	2,9	3,3	3
 Tilgjenglighet		3,3	55	3,9	2,8	3,1	3,1
 Informasjon		3,4	55	3,9	2,8	3,2	3,3
 Samordning		3,4	55	3,9	2,8	3,2	3,3
 Generelt		3,6	55	4,0	3,1	3,3	3,4
 Gjennomsnitt brukertilfredshet hjemmetjenesten		3,5	55	3,9	3,0	3,3	3,3

(Sosial- og Helsedirektoratet, 2006).