



SY180H 000
Bacheloroppgave i sykepleie

Kull 06H våren 2009

Tema:

Hvordan kan dokumentasjonsrutiner hjelpe sykepleieren å følge retningslinjene for bruk av perifer venekanyle slik at pasientene unngår komplikasjoner?

Innleveringsfrist: 30.04.2009

[Dahlen, Tine Annicha]

FORFATTER: 227

Antall ord: 9860

Antall sider: 30

BODØ

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Hvordan oppgaven er løst	1
2.0 Teori	3
2.1 Kari Martinsen - om sykepleierens rolle og metoder	3
2.2 Hvilke konsekvenser har uriktig bruk for pasienten?	3
2.3 Retningslinjer for bruk av perifer venekanylene	4
2.3.1 Inngrepets art	4
2.3.2 Gjeldende prosedyrer	5
2.3.3 Når skal den fjernes?	5
2.4 Kvalitetssikring	6
2.4.1 Hva sier loven?	6
2.4.2 Hvorfor dokumentere?	7
2.4.3 Hjelpemidler i dokumentasjonsarbeidet	7
2.5 Tidligere forskning	8
2.5.1 Innføring av elektroniske pasientjournaler endrer dokumentasjonen	8
2.5.2 Kursing	8
2.5.3 Bruk av evidensbaserte kliniske retningslinjer	9
2.5.4 Forsøk med eget skjema ved pasientens seng	10
2.6 Å arbeide kunnskapsbasert	11
3.0 Metode	12
3.1 Kari Martinsen om å forske på sykepleie	12
3.2 Metode og metodevalg	12
3.3 Gjennomføring av intervju	13
3.4 Utvalg	15
4.0 Funn i forbindelse med intervju	16

5.0 Drøfting	18
5.1 Å avslutte bruk av PVK så snart som mulig er sentralt i å forebygge komplikasjoner og plager for pasienten	18
5.2 De fleste sykehusene er i en overgangsfase	18
5.3 Effekten av kursing og påminnelser	19
5.4 En avdeling skilte seg ut	21
5.5 Hva var mitt forslag til løsning?	23
6.0 Konklusjon	25
6.1 Dokumentasjonen synliggjør sykepleiens omsorgsfunksjon.....	25
6.2 Å gjøre funn som motbeviser det man selv tror på	25
7.0 Litteraturliste	27
7.1 Selvvalgt litteratur	27
7.2 Pensumlitteratur	29
Vedlegg: Intervjuguide	30

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da jeg var student i praksis på sykehus observerte jeg ganske ofte pasienter med smerter i ei hånd eller en arm på grunn av perifere venekanyler som ikke var blitt fjernet i tide. En perifer venekanyle (PVK) brukes for å gi pasienten medisiner, væske eller ekstra blod via en blodåre. Jeg vil videre i oppgaven bruke både perifer venekanyle og forkortelsen PVK. Jeg spurte ganske tidlig i praksisen på medisinsk avdeling om hvilke rutiner som gjaldt, og fikk til svar at prosedyren er at de skal skiftes etter 3 dager. Litt senere jobbet jeg med to hjertepasienter som hadde telemetri, da fikk jeg beskjed om at den perifere venekanylen skulle skylles en gang per vakt, slik at den til enhver tid var åpen og klar for bruk. Det jeg da undret meg over var at dette ikke ble gjort og at dette ikke sto på noen arbeidsliste. Temperaturmålinger, blodtrykksmålinger og mer finnes det skjema for, men ikke dette. På kirurgisk avdeling fikk jeg til svar fra de spurte sykepleierne at de er flinke til å seponere perifere venekanyler som ikke er i bruk lenger. Men de sa også at de ikke dokumenterte når de blir lagt inn annet enn på plasteret. Når jeg prøvde å finne informasjon om en pasients perifere venekanyle fant jeg det ikke. Det var ingen rubrikk som var merket perifer venekanyle eller noe lignende hverken i den elektroniske pasientjournalen eller på kurven, da måtte jeg lese igjennom all informasjon om pasienten for de siste dagene, som oftest uten å finne noe. Plasteret var ofte løsnet og vanskelig å lese eller tapet over.

Jeg slo opp retningslinjer for bruk av perifer venekanyle og kom frem til at dette er en oppgave man har plikt til å dokumentere. Hvorfor ble ikke dette gjort? Kunne det være en sammenheng mellom manglende dokumentasjon og manglende oppfølging? Ville det gjort noen forskjell om de hadde en egen rubrikk å føre dette tiltaket i? Hvordan gjør de det ved andre sykehus?

Problemstillingen blir da:

Hvordan kan dokumentasjonsrutiner hjelpe sykepleieren å følge retningslinjene for bruk av perifer venekanyle slik at pasientene unngår komplikasjoner?

1.2 Hvordan er oppgaven løst

Målet er at pasientene får færrest mulig komplikasjoner og ubehag i forbindelse med bruk av perifer venekanyle. Jeg kommer tilbake til hvor hyppige komplikasjonene er, og hvor alvorlige

komplisjoner i verste tilfelle kan være i teoridelen (jfr. 2.2). Mangelfullt stell og dokumentasjon av perifer venekanyler er et problem som har vedvart siden det ble en sykepleieroppgave på 50-tallet. Mange sykepleiere jeg har snakket med om temaet sier at dette er et problem som har vært tatt opp igjen og igjen siden de selv begynte å arbeide som sykepleiere. To av flere faktorer som er med på å skape komplisjoner er manglende dokumentasjon og litt tilfeldig oppfølging. Jeg mener at disse faktorene kan ha en sammenheng med hverandre, og at god dokumentasjon vil gi god oppfølging. Da dokumentasjonsverktøyene er i endring i forbindelse med innføring av elektroniske pasientjournaler kan mulighetene ligge der. Jeg vil fokusere på om det ligger noen muligheter i måten denne sykepleieroppgaven blir dokumentert på.

Jeg finner mye nytte i å lese Kari Martinsens refleksjoner rundt sykepleie, og begynner med hva som ligger i hennes omsorgsbegrep. Hun står for et holistisk og helseorientert syn, hun vil ha fokus på forebyggende sykepleie og behandling for den enkelte. Hun poengterer viktigheten av å legge til rette for naturens egne helende krefter (Martinsen 2003). Jeg mener også det er et viktig arbeid å gjøre det man kan for at pasientens kropp skal klare å lege seg selv. En viktig sykepleieoppgave blir da å forebygge komplisjoner i forbindelse med behandling som blir gitt. Deretter ser jeg på hvilke konsekvenser det får for pasienten at denne oppgaven ikke følges opp etter gjeldende retningslinjer og etter gjeldende prosedyrer. Gjeldende retningslinjer, gjeldende lovverk og aktuelle sider ved dokumentasjon og bruk av PVK belyses. Jeg har lett i evidensbasert norsk og internasjonal litteratur for å se om det er andre som har funnet en løsning på problemet. Jeg har brukt søkemotorene ProQuest, Google Scholar og Norart. Jeg har også funnet frem til litteratur via BIBSYS. Det var også mye nyttig å finne på tidsskriftet "Sykepleien"s hjemmesider og i PPS (Praktiske Prosedyrer for Sykepleiere). Søkeord jeg har brukt er PVK (engelsk: PIV), dokumentasjon (engelsk: documentation), sykepleie (engelsk: nursing), evidensbasert (engelsk: evidence-based), tromboflebitt og EPJ.

Metoden som er valgt er intervju. Dette er for å gjøre oppgaven mer aktuell og praksisnær. Jeg har gjort intervju med avdelingsledere ved et universitetssykehus, et mellomstort og to forholdsvis små sykehus. De to minste sykehusene er på størrelse med, og ligner i organisering på det sykehuset der jeg hadde min praksis. Funnene presenteres i et eget kapittel for at de skal være lette å finne fram til. Deretter følger drøfting og konklusjon.

2.0 Teori

2.1 Kari Martinsen - om sykepleierens rolle og metoder

Kari Martinsen (født 1943) er en norsk sykepleier med magistergrad i filosofi. Hun har arbeidet med sykepleie og filosofi siden 1975 (Kristoffersen *et al* 2005). Hun er fremdeles en sentral person i forhold til utviklingen av teoretiske perspektiver på sykepleie. Hun har et kollektivistisk menneskesyn, det vil si at mennesket ses som et grunnleggende sosialt vesen og menneskelige relasjoner er det som betyr noe. Omsorg skal være en positiv avhengighet, pasient og sykepleier utleverer seg til hverandre og får noe tilbake (Alvsvåg og Gjengedal 2000). Hun har jobbet mye med omsorg som et sentralt begrep i sykepleien. I følge henne er omsorg sykepleiens mål og hensikt. Sykepleie som yrkesmessig omsorg har en relasjonell side, en praktisk side og en moralsk side. Omsorgsrelasjonen innebærer ansvar og forpliktelse for sykepleieren. Den praktiske sykepleie har utgangspunkt i den felles menneskelige dagligverden og i fagkunnskap. Det er fagkunnskapen som setter sykepleieren i stand til å sørge for pasienten på en særlig omsorgsfull måte. Moral i sykepleie dreier seg om normmoral, om å handle til den andres beste (Kristoffersen *et al* 2005). Man kan si at omsorg forutsetter forforståelse av den andres situasjon. For å gi god omsorg må man utvikle denne forforståelsen. Det må både innlevelse og faglig kunnskap til for å gi god sykepleie (Aadland 1997). Helhetlig sykepleie dreier seg om både å behandle sykdom og å vise omsorg. Omsorg alene er ikke god sykepleie, den må være basert på kunnskap og faglig dyktighet.

2.2 Hvilke konsekvenser kan uriktig bruk ha for pasienten?

En vanlig komplikasjon i forbindelse med bruk av PVK er tromboflebitt. Tromboflebitt er en årebetennelse i en overflatisk vene. Oftest er årsaken en liten blodpropp, og det oppstår ømhet, hevelse, økt temperatur og rødhet i området rundt blodproppen. Det gjort mange undersøkelser i hyppigheten av tromboflebitt blant pasienter som får PVK og tallene varierer fra 5% og opp til 78% (Alqvist *et al* 2006). Symptomene viser seg gjerne ikke før etter 2-6 dager etter seponering. Antall tilfeller øker med økende liggetid på sykehus (Kirchhoff 2004). Antall tilfeller øker også med økende tid den perifere venekalen ligger inne (Alqvist *et al* 2006). Det er som oftest en uskyldig tilstand som ikke krever behandling eller ytterligere undersøkelser. Det er allikevel smertefullt for pasienten, og smertestillende krem anbefales i en periode til betennelsen har gitt seg. Det er svært sjelden at blodproppen følger venene til et annet sted i kroppen og gjør skade der, men dersom den

gjør det er dette en veldig alvorlig komplikasjon.

Når det gjelder infeksjonsfare er risikoen for kateterassosiert bakteriemi ved bruk av PVK er på ca. 0,2-0,5% (Reime og Aksnes 2002). Dette kan virke ganske lite, men bruk av PVK er ganske utbredt som behandlingsform. Vi kan si det på en annen måte; hvis vi anslår at ca. 1.000.000 (et moderat anslag) PVKer legges per år i Norge så vil det si at 2000-5000 av disse pasientene får dette. I Sverige bruker man 4.500.000 perifere venekanyler i året (Alqvist *et al* 2006). Da virker ikke tallet så ubetydelig lenger. Noen pasienter er så svekket av sykdom at de i ytterste konsekvens kan dø av en slik infeksjon.

Ved en eventuell brå forverring i pasientens sykdom kan den perifere venekanylen være tett og ubrukelig dersom den ikke er riktig vedlikeholdt. I tilfeller der for eksempel en hjertesyk pasient har PVK liggende inne for å kunne få medisiner raskt, kan dette få alvorlige konsekvenser for pasienten dersom den er gått tett på grunn av manglende vedlikehold eller manglende utskifting.

2.3 Retningslinjer for bruk av perifer venekanyle

For å hjelpe sykepleierne å utøve sitt arbeid med faglig dyktighet i et stadig mer komplekst helsevesen er det utarbeidet retningslinjer for ulike arbeidsoppgaver (jfr. 2.4.3). Disse retningslinjene blir stadig oppdatert i forhold til resultater i ny forskning. Et eksempel på dette er at den maksimale tiden en pasient kan ha den samme perifere venekanylen inne har økt fra 72 til 96 timer etter at ny forskning har vist at det ikke øker risikoen for komplikasjoner. Andre forskningsrapporter hevder det motsatte. Denne problemstillingen har jeg valgt å ikke gå inn på i min oppgave. Noen avdelinger bruker den gamle grensen fremdeles, mens andre har innført en ny maksgrense.

2.3.1 Inngrepets art

En perifer venekanyle er et kateter (oftest laget av polyuretan) som blir ført gjennom huden og inn i en mindre perifer vene. Kateteret brukes til å gi intravenøse medikamenter, væske med eller uten tilsetninger eller blodprodukter. Den er kanskje mest kjent under merkenavnet Venoflon. Innleggelse av en perifer venekanyle er et lite inngrep der man stikker hull på huden, og den utgjør et fremmedlegeme om kan skape irritasjon i pasientens vene. Dette innebærer også at man får en mulig infeksjonsport som har forbindelse direkte i blodbanen. Det er et absolutt juridisk krav at sykepleieren dokumenterer et slikt inngrep i pasientens journal. Det som skal være med er dato og

tidspunkt for innleggelse av PVK og hvem som utførte den (jfr. 2.4.1). Relevante observasjoner ved innleggelse og bruk skal også dokumenteres. Likevel viser flere undersøkelser at dette ikke gjøres. Mange mener det er nok å skrive på plasteret, men det er ikke tilstrekkelig i følge loven (Kirchhoff 2004).

2.3.2 Gjeldende prosedyrer

Innleggelse, stell og seponering av PVK er en sykepleieroppgave. Legen er ansvarlig for alt som gis intravenøst til pasienten, men sykepleierne har blitt delegert ansvaret med å administrere intravenøse medisiner, væske og blodprodukter. For å gi et lite innblikk i bruk og stell av PVK tar jeg med et sammendrag fra "Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten":

Man bør velge en vene med god sirkulasjon på den armen pasienten bruker minst. Håndbaken er det beste stedet, men underarmen kan også brukes. Størrelsen på venekateteret skal være minst mulig i forhold til hvilken behandling pasienten skal ha. Innstikkstedet skal desinfiseres etter gjeldende retningslinjer og det skal ikke berøres etter desinfeksjon. Venekateteret legges inn på så skånsom måte som mulig for pasienten, det er ulike alternative prosedyrer etter hvor stor venen er og hvor skjøre vener pasienten har. Venekateteret skylles umiddelbart med NaCl 9mg/ml og fikseres med plaster. PVK skal observeres daglig for ømhet, smerte og hevelse ved palpasjon og man skal se etter rødhet og varme i huden rundt innstikkstedet. Skittent eller løsnet plaster skiftes. Medikamenter og annet skal skylles ut av PVK etter at infusjonen er ferdig. Det skal alltid brukes ny steril propp. Når den ikke er i daglig bruk skal den perifere venekanylen skylles med NaCl 9mg/ml 1 gang per døgn. Alternativet er å legge en såkalt Heparin-lås, d.v.s. at man setter 0,1-0,5ml Heparin 100IE/ml dersom PVK ikke planlegges bruk i løpet av de neste 6 timene. Praksisen varierer fra sted til sted og det anbefales at lokale retningslinjer følges (Hjortnæs 2008).

2.3.3 Når skal den fjernes?

En PVK som ikke lengre er i bruk skal fjernes. PVK som legges i i ambulansse eller akuttmottak uten å følge nødvendige hygieniske tiltak, skal fjernes så snart som mulig og erstattes med ny PVK som blir lagt inn etter gjeldende prosedyrer. Det er den sykepleieren som går legevisitten som får beskjed om at intravenøs behandling skal avsluttes og sykepleieren må da gi beskjed om at PVK skal seponeres. PVK skal skiftes etter 72 timer, senest etter 96 timer (Hjortnæs 2008). Det er viktig er å fikser PVK godt og bruke riktige hygieniske prisipper ved innstikk, bruk og seponering (Hjortnæs 2008). Mange sykepleiere kvier seg for å skifte så ofte som retningslinjene sier, men

ubehaget med å skifte så ofte oppveies av det ubehaget en tromboflebitt medfører (Reime og Aksnes 2002). Mange sier også at den ser jo helt fin ut, det er bare å skylle og bruke den videre. Det mange ikke vet er at i opptil 40% av tilfellene oppstår en betennelse i venen etter at kanylen er fjernet. Plagene oppstår fra 2-6 dager etter seponering av kanylen. Pasientene kan ha ubehag og smerter i inntil 6 måneder (Reime og Aksnes 2002).

2.4 Kvalitetssikring

De politiske føringene for kvalitet fremgår hovedsakelig av de årlige statsbudsjettene (St.prp.1). Kapittel 6 i denne er *Nasjonal Helseplan (2007-2010)* (St.prp.1). Alle de ulike helseforetakene har veiledere for kvalitet og kvalitetssikring av sine tjenester. Hva kvalitet i den enkelte tjenesten innebærer er lagt ned i tjenestens forskrift om kvalitet. Kvalitetssikring er på en systematisk måte å sørge for at kvaliteten på tjensten holder definert standard eller mål. Dette gjelder kontrollrutiner og sikring av de enkelte trinn i arbeidet med å tjensten god nok (Jakobsen 2005). Dokumentasjon av tiltak som blir gjort er et ledd i kvalitetssikringen av sykepleien.

2.4.1. Hva sier loven?

Sykepleiernes dokumentasjonsplikt er lovfestet i *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven) §39 og §40 (Helse- og omsorgsdepartementet 2002). Hva som er relevant og nødvendig er konkretisert i *Forskriften om pasientjournal*. §7 stiller krav til føringen og §8 til innholdet i pasientdokumentasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet 2000). Dette stiller igjen krav til sykepleiernes kunnskaper om dokumentasjon og det stiller krav til nødvendig opplæring i dokumentasjon. Hensikten med dokumentasjon er å sikre pasientene riktig sykepleie og forebygge mangelfull eller feilaktig behandling (Pfeiffer 2002).

Dokumentasjon i seg selv har flere ulike formål. Når de juridiske kravene skal fylles i forhold til bruk av PVK skal innleggelses- og seponeringsdato, signatur av den som har utført prosedyren og eventuelle relevante observasjoner dokumenteres i pasientjournalen. Dette er imidlertid minimumskravet til dokumentasjon, loven er ikke uttømmende i forhold til hva som skal dokumenteres, den sier også at dokumentasjonen skal føres i samsvar med god yrkesskikk. Et sted man kan finne svar på hva god yrkesskikk er er i *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Nortvedt et al 2007). Det at det legges opp til å bruke faglig skjønn i forhold til hva som skal skrives ned i tillegg til minimumskravet, som nevnt over, gjør at man ikke har en mal for hva som skal være med. Det har kommet flere faglig godt begrunnede forslag til hva som bør være med. Klokkeslett for

innleggelse av PVK bør være med p.g.a. at risikoen for å få tromboflebitt øker jo lengre PVK ligger inne. Det kommer frem i flere uavhengige undersøkelser at pasienter som har PVK inne et døgn eller lengre er mer utsatt for å få tromboflebitt enn de som har den inne i mindre enn 24 timer (Lundgren og Wahren 1999). Bandasjeskift bør dokumenteres da man åpner for en mulig infeksjonsport inn i kroppen i det bandasjen fjernes (Kirchhoff 2004). Kanylestørrelse og innleggessted er også viktig informasjon (Reime og Aksnes 2002).

2.4.2. Hvorfor dokumentere?

Dokumentasjon av sykepleie er nødvendig og viktig. Oppdatert, skriftlig informasjon er viktig for pasientens sikkerhet da det moderne helsevesenet har blitt mer sammensatt. Kontinuitet i pleien og i oppfølgingen av pasienten sikres (Heggdal 2006). Det er gammel tenkning å gi den som utløste en hendelse skylden da årsaken til feil som regel ligger i systemet. Ved større hendelser som undersøkes nøye viser det seg at jo mer man undersøker desto klarere fremstår systemsvikt som sentral årsaksfaktor. Det er systemene som må legges til rette for god praksis (Arntzen 2007).

Dokumentasjon er også et middel til kvalitetssikring hvor ledere og andre yrkesutøvere kan gå inn og studere og vurdere sykepleien. Man kan så legge opp til mål og standarder for sykepleien. Sykepleiedokumentasjon er et juridisk dokument, i en eventuell rettsak vil alle relevante opplysninger belyses. Det er da viktig å ha dokumentert godt hvilke tiltak som ble gjort eller ikke gjort, når og av hvem, hvem som tok avgjørelsen og hva som ble utfallet for pasientens helse og velvære. Det at sykepleierne dokumenterer sitt arbeid synliggjør det faglige ansvaret, det er ikke bare hva som blir gjort og når som skal være med, det er også viktig å gi en faglig begrunnelse for tiltaket. Det styrker og synliggjør også sykepleiens stilling som eget fag (Heggdal 2006).

2.4.3 Hjelpemidler i dokumentasjonsarbeidet

Retningslinjer er overordnede føringer om forventninger til dokumentasjon av helsehjelp. Maler gir retning for selve innholdet. Retningslinjer er systematisk utviklede råd og konklusjoner som skal hjelpe helsearbeideren og pasienten å velge passende behandling. Retningslinjer finnes i veiledere eller er nedfelt i anbefalte fremgangsmåter for en prosedyre eller behandling. Kliniske retningslinjer er et relativt nytt begrep, de er mer spesifikke enn de generelle og har som formål å gi klinikerne beslutningsstøtte (Moen *et al* 2002). Noen av det nyeste elektroniske pasientjournalene har programmer som gir beslutningsstøtte, det vil si at de er koblet opp mot retningslinjer for ulike

typer tiltak.

En mal er et hjelpemiddel for å systematisere og dokumentere helsehjelp. Man kan betrakte en mal som en rettleiding eller en huskeliste. Noen velger å kalle det en standard for hva som skal dokumenteres. En mal er en rettleiding som skal lette dokumentasjonsarbeidet, den skal ikke følges slavisk. I de fleste elektronisk pasientjournal (EPJ) systemene er det ulike verktøy for å utvikle og tilrettelegge malene. Integrasjon av sykepleiedokumentasjonen i EPJ er en prosess med mange og komplekse problemstillinger som involverer forskjellige brukergrupper som er forberedt på omstillingen i ulik grad. Innføring av EPJ i sykepleiedokumentasjonen kan deles inn i tre trinn; «førperiode» der det bare benyttes papir, «overgangsperiode» der man bruker både papir og EPJ og «integrasjon i EPJ» der bare EPJ brukes. Overgangsperioden byr på ulike utfordringer, det er viktig å prøve å forebygge eventuelle problemer og ulemper. Det er spesielt vanskelig å få full oversikt når noe informasjon finnes på papir og noe er i elektronisk form (Moen *et al* 2002).

2.5 Tidligere forskning

2.5.1 Innføring av elektroniske pasientjournaler endrer dokumentasjonen

Rykkje med flere har sett på om sykepleiernes dokumentasjoner har endret seg etter innføring av EPJ og VIPS (en modell for sykepleiedokumentasjon). Dette var i et evalueringsstudie etter innføring av elektronisk pasientjournal ved Haukeland sykehus i Bergen. De erfarte at overgangen til EPJ reduserte kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen, dette var særlig i forhold til pleieplaner. De konkluderer også med at innholdet i dokumentasjonen var tilnærmet uforandret. Det ble faktisk skrevet færre notater da slikt som "u.a." og lignende ikke ble skrevet inn. "u.a." betyr "uten anmerkning" og er et uttrykk som er mye brukt i sykepleiedokumentasjonen, det betyr at man har kontrollert noe og sett etter at det ikke er noe galt. De mener at de elektroniske pasientjournalene bør tilpasses bedre til sykepleiernes behov for dokumentasjon. Slik de er laget per i dag må mange sykepleiere omstrukturere arbeidshverdagen for å tilpasse seg etter pleieplanene (Rykkje *et al* 2007).

2.5.2 Kursing

Lundgren og Wahren tok for seg hvilken effekt spesifikk opplæring på bruk og stell av PVK hadde på antall tilfeller av smerte og tromboflebitt. Det var i en svensk studie der 36 sykepleiere og 99 pasienter deltok. De ville se på om antallet PVK-relaterte infeksjoner kunne reduseres ved å la

sykepleierne gjennomgå et kurs som tok for seg stell, håndtering og dokumentering av PVK samt opplæring i å informere pasientene. De valgte to kirurgiske og to medisinske avdelinger ved et sykehus med 500 senger. 2 avdelinger fikk ved trekning være med på kurs og det to andre utgjorde kontrollgruppa og skulle arbeide som før. Pasientene ble fulgt opp i etterkant for å finne ut om kursingen hadde hatt effekt på antall tilfeller av PVK-relaterte infeksjoner. Den konkluderer med at god opplæring reduserer antall irritasjonsreaksjoner i forbindelse med bruk av PVK. I kontrollgruppa fikk pasientene flere og alvorligere komplikasjoner. Lundgren og Wahren konkluderer med at kursing gir sykepleierne mulighet til å forbedre seg, men at det er umulig å si noe om effekten på lengre sikt. De fant også ut at sykepleierne bedret sine dokumentasjonsvaner noe etter kurset, men at det er store forskjeller i det som dokumenteres og det pasientene rapporterer. Langt flere pasienter rapporterte om smerter og ubehag enn det som ble dokumentert. Sverige har de samme krav til dokumentasjon som Norge. Dokumentasjon av sykepleiehandlingene i forhold til bruk av PVK var ikke-eksisterende (Lundgren & Wahren 1999).

2.5.3 Bruk av evidensbaserte kliniske retningslinjer

Ahlqvist med flere har sett på effekten av å innføre evidensbaserte kliniske retningslinjer for bruk, stell og observasjon av PVK. Undersøkelsen ble gjort ved 3 avdelinger ved et universitetssykehus i Sverige. 107 pasienter ble fulgt opp med tanke på tromboflebitt før retningslinjene ble tatt i bruk og 99 pasienter etter at de var tatt i bruk. Antallet tromboflebittfrie pasienter økte med 21% og bruken av en mindre kanylestørrelse (0,8mm) økte med 22%. I forhold til dokumentasjonsvaner sank antallet PVKer som ikke ble dokumentert fra 58% til 34%. Ahlqvist med flere konkluderer med at stadige påminnelser, oppdatering av kunnskap og et godt system for dokumentasjon er nødvendig. De mener det er nødvendig med forbedringer i dagens dokumentasjonssystemer. De trekker også inn at pasienten kan informeres og involveres mer i stellet av sin PVK (Ahlqvist *et al* 2006).

Biswas har sett på dokumentasjon av innleggesdato på den perifere venekanylen i forhold til interne og eksterne retningslinjer ved et sykehus i Storbritannia. Ni kirurgiske avdelinger ble oppsøkt på 3 tilfeldig valgte dager i april 2006. Alle PVKer ble undersøkt med tanke på nålstørrelse, innstikksted, plaster og type infusjoner. Pasientene fikk spørreskjemaer og personalet ble intervjuet med tanke på kjennskap til gjeldende retningslinjer. Nesten 1 av 4 pasienter med PVK (22,8%) hadde tidlige tegn på betennelse. De aller fleste av personalet som ble intervjuet kjente retningslinjene, likevel hadde 13,8% av pasientene hatt PVK liggende inne lengre enn 72 timer (gjeldende retningslinjer der og da). De aller fleste visste at det skal være dato på plasteret,

men bare 43% av pasientene hadde PVK-innleggsdato på plasteret. Hun kom frem til at mange sykepleiere ikke følger retningslinjene for dokumentasjon, det i sin tur fører til at PVK blir liggende for lenge inne og man får flere tilfeller av betennelser i huden som kunne vært unngått. Hun anbefaler tiltak som informasjon om nye retningslinjer, god opplæring, desinfeksjon av huden før punksjon med Klorhexidin og bruk av kvalitetsplaster som fikserer PVK godt og beskytter mot inntrenging av bakterier (Biswas 2007).

2.5.4 Forsøk med eget skjema ved pasientens seng

Morris og Tay har skrevet en artikkel om et prosjekt ved North Bristol NHS Trust (NBT) i Bristol i Storbritannia, der de har satt i verk en plan som skal forbygge PVK-relaterte infeksjoner. Planen består i to hovedfokus. Det ene er undervisning i retningslinjer for og håndtering av PVK, selve utførelsen og infeksjonsforebyggende tiltak. Det andre er innføring av en egen pleieplan for PVK, den består i at det er innført et eget skjema som skal ligge ved pasientens seng så lenge han har en PVK. På dette skjemaet er det en pleieplan for PVKen som sykepleierne skal følge, de skal også dokumentere hva de har gjort og signere på skjemaet, som blir scannet og lagret i pasientjournalen. Dette skjemaet er ment for å lette dokumentasjonen, men er også blitt brukt for å se om det er noen av sykepleierne som påfører sine pasienter flere komplikasjoner enn andre sykepleiere. Disse får da en oppfriskning i bruk av PVK slik at komplikasjoner kan unngås. Skjemaene kan også brukes som forskningsmateriale for å se om det er noe ved måten PVK brukes på som gjør at pasienten får komplikasjoner. Morris og Tay konkluderer med at retningslinjer alene ikke er nok for å forebygge PVK-relaterte infeksjoner. Man må ha et godt system for å dokumentere, dokumentasjonen må kontrolleres jevnlig og personalet må få tilbakemelding på resultatene av innførte tiltak og hvor de kan forbedre seg ytterligere (Morris og Tay 2008).

2.6 Å arbeide kunnskapsbasert

Å arbeide kunnskapsbasert er noe det har vært høyt fokus på i den siste tiden.

En definisjon:

"Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Nortvedt *et al* 2007:15)."

Refleksjon er en sentral del i kunnskapsbasert praksis som setter i gang arbeidet med å formulere et spørsmål. Neste steg er å søke svar på spørsmålet i litteraturen, for så å vurdere hvilken løsning som kan fungere på ens egen arbeidsplass. Løsningen prøves ut og resultatet evalueres. Men det viktige er at det stopper ikke der når man arbeider kunnskapsbasert. Det kan være at nye refleksjoner eller ny forskning gir grunnlag for en ny gjennomgang (refleksjon) av det samme temaet igjen. Lesing av forskning og litteratur er bare én del av det å arbeide kunnskapsbasert, erfaring, brukerkunnskap og brukervedvirkning skal også være sterkt med i vurderingen som gjøres ved valg av løsning. Konteksten er også av betydning, det viktig at løsningen fungerer i den konteksten den skal brukes i (Nortvedt *et al* 2007). Jeg vil trekke frem Morris og Tays artikkel her, forsøk med skjema for dokumentasjon av PVK ved pasientens seng (jfr. 2.5.4) er en ny og interessant løsning (Morris og Tay 2008). Den vil kanskje passe utmerket for noen avdelinger, men være en upraktisk løsning for andre.

Kunnskapsbasert praksis er et verktøy for å nå det optimale målet med sykepleie: pasientens beste. De aller fleste arbeider til en viss grad allerede kunnskapsbasert uten å kalle det de gjør akkurat det. Å ha en kunnskapsbasert praksis vil si å ha et bevisst forhold til den prosessen som fører til økt kunnskap både for en selv og andre, og å bruke denne kunnskapen slik at det blir til pasientens beste (Nortvedt *et al* 2007). Sykepleierrollen utvikler seg over tid, den blir påvirket av endringer i samfunnet generellt og innenfor helsevesenet spesielt. Kari Martinsen er opptatt av at viktige verdier som omsorg og solidaritet med de svake, syke og lidende ikke skal gå tapt i denne stadige endringsprosessen (Alsvåg og Gjengedal 2000). Kunnskapsbasert praksis understreker viktigheten av å gjøre valg som gir pasienten den beste mulige løsning for ham medisinsk, men også som person. Alle faktorene, forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov, må tas med i vurderingen når man skal velge løsning på et problem (Nortvedt *et al* 2007).

3.0 Metodedel

3.1 Kari Martinsen om å forske på sykepleie

Som studenter opplever vi ofte at når vi skal skrive en oppgave så har temaet ofte ikke noe kvantifiserbart ved seg. Det vil si at temaet ikke er forsket på på noen måte som kan tallfestes. Ofte er spørsmålene av en slik karakter at det ikke finnes noen tydelige ja eller nei svar. Men det betyr ikke at disse temaene er mindre viktige av den grunn. Kari Martinsen setter fokus på dette i boken "Samtalen, skjønnnet og evidensen". Hun mener at evidensbasert medisin (EBM) og evidensbasert praksis (EBP) har fått stort gjennomslag i sykepleien og det medisinske miljøet. Det finnes spørsmål disse metodene aldri kan besvare, men det er allikevel viktige spørsmål. Nettopp det at de spørsmålene ikke kan besvares ved disse metodene gjør dem enda mer interessante. Den store utfordringen er da hvordan få disse temaene frem og gi dem tyngde (Martinsen 2005).

3.2 Metode og metodevalg

Da jeg ikke fant svarene jeg ønsket i litteraturen, ble det snart klart at jeg måtte finne dem på annen måte. Valget falt på å intervju sykepleiere i praksisfeltet.

For å kunne strukturere svarene og forsøke å finne frem til ny forståelse av hvordan problemet kan løses brukte jeg kvalitativ metode. Det er en metode som brukes i bearbeidelse av testmateriale når man skal forsøke å forstå og å analysere helheter. Metoden gir en annen og dypere kunnskap enn den fragmenterte som man ofte oppnår med kvantitativ metode, som er en statistisk innsamling av data til å ordne, beskrive, bearbeide og analysere materialet (Dalland 2000). Jeg valgte å benytte en kvalitativ metode da jeg mente at mitt behov i forhold til informasjonssamling var å komme litt i dybden og se på hvordan ting gjøres i praksis. Dette innebærer en temasentrert analyse og da er det viktig at informasjonen fra alle informantene er sammenlignbar (Thagaard 1998). Dette prøvde jeg å sikre ved å bruke en intervjuguide. En intervjuguide er en plan for intervjuet. Ved å utarbeide en intervjuguide får man tenkt gjennom hva som er sentrale temaer man vil ha belyst (Dalland 2000).

Når alle intervjuene var gjort og skrevet ut begynte jeg å analysere dem. Det er praktisk sett nødvendig å dele opp teksten slik at noen utsnitt studeres for seg. Dette gjorde jeg på den måten at svaret fra hver enkelt avdelingssykepleier på hvert enkelt spørsmål ble samlet under det aktuelle spørsmålet. Slik fikk jeg åtte svar på hvert av spørsmålene. Jeg fant i denne prosessen ut at

spørsmål 2 og 3 kunne slås sammen da de hadde samme meningsinnhold, de utgjør en naturlig enhet (Dalland 2000). Jeg gjorde så en tekstanalyse der de like og ulike svarene på hvert av spørsmålene utgjør funn. En PC er et veldig godt hjelpemiddel i denne prosessen, man kan da lett flytte om på teksten, og lettere se sammenhenger når teksten blir litt skjematisk oppstilt.

Deretter fulgte temasentrerte analyser. Det innebærer å gå i dybden på de enkelte temaene og sammenligne informasjonen fra alle informantene. Det er utsnitt fra tekster fra ulike informanter som sammenlignes, det innebærer at de løsrives fra den opprinnelige sammenhengen. Det er viktig å bevare sammenhengen de er hentet fra (Thagaard 1998). I analysen tolkes materialet videre og man ser etter mønster og vurderer ulike faktorer som kan ha sammenheng med svarene og drøfter dem (Dalland 2000). Jeg har sett på alle funnene i hvert enkelt spørsmål opp mot funnene i de andre spørsmålene. Dette arbeidet kan kanskje best forklares med et eksempel: noen informanter svarer at sykepleierne ofte glemmer å dokumentere arbeidet de gjør. Jeg ser da på om det er forskjeller mellom kirurgiske og medisinske avdelinger, om størrelsen på sykehuset har noe å si, eller om nylig avholdte kurs har noen innvirkning. Der jeg har funnet slike mønstre utgjør dette temaer som drøftes i drøftingsdelen av oppgaven. Temaene drøftes også opp mot egne erfaringer og aktuell litteratur.

3.3 Gjennomføring av intervju

Med stor geografisk spredning på intervjuobjektene falt valget på telefonintervju. Jeg har lagt ved intervjuguiden (vedlegg), men det var ofte at andre temaer og interessant informasjon dukket opp underveis og at vi snakket videre om det. Jeg valgte å stille så åpne spørsmål som mulig for å få respondentene til å fortelle mest mulig fritt. Man siler automatisk bort mye informasjon ved å gi svaralternativer på forhånd. Det som kjennetegner den kvalitative metode er at den er basert på mening, erfaring og opplevelse og lar seg vanskelig måle (Dalland 2000).

Jeg valgte å notere underveis i intervjuet. Telefon med hodetelefon var et nyttig hjelpemiddel her. Jeg noterte svarene i stikkordsform etterhvert ved det aktuelle spørsmålet. Jeg spurte også om tillatelse til å ringe tilbake senere dersom det var noe jeg lurte på. Intervjuene ble så skrevet inn på PC i et Word-dokument. Etter hvert enkelt intervju skrev jeg ut intervjuet så ordrett som mulig, jeg noterte meg også et sammendrag og et hovedinntrykk etter intervjuet. Jeg noterte også ting som om intervjuobjektene virket usikre og nølende, eller om de virket sikre og åpne. Slike

observasjoner går ofte tapt når et intervju skrives ut (Dalland 2000).

Det er alltid fare for feilkilder i telefonintervju. Det er en svakhet at jeg ikke har vært på avdelingene selv og sett med egne øyne hvordan de arbeider der. Kanskje forteller avdelingssykepleierne meg det de tror jeg vil høre. Utifra de funnene som er gjort tror jeg avdelingslederne har vært ganske oppriktige overfor meg. Det er også en fare for at de forteller meg hvordan alt skal være når det fungerer optimalt, det er ikke sikkert det gjør det i praksis. Det at jeg intervjuer avdelingsledere kan også virke inn. Det varierer fra en avdeling til en annen hvor mye avdelingslederen selv gjør inne på avdelingen. Det å intervju avdelingssykepleierer ved flere ulike sykehus ga meg uansett nye innblikk i bruk av PVK og dokumentasjon som jeg ikke kunne lese meg til eller hadde erfart i praksis. Jeg føler også at oppgaven ble mer aktuell, da jeg fikk innblikk i de ulike avdelingenes måte å gjøre ting på her og nå. Forskningslitteratur vil alltid ligge litt etter, da det tar tid å bearbeide data og godkjenne og publisere en forskningsartikkel.

3.4 Utvalg

Det er umulig å få innsyn i hvordan de gjør det ved alle landets sykehus, det ville være en for stor oppgave. Det må søkes tilatelse fra en overordnet før man kan intervju ansatte. Dette har blant annet med etisk ansvarlighet å gjøre. Det er tre hovedprinsipper som må ivaretas av forskeren for å sikre at etiske regler overholdes. De er; informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser for forskningen kan ha for deltakeren. Informert samtykke innebærer at deltakeren kjenner formålet med forskningen og hvilke konsekvenser den kan ha, og er klar over sin rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst. Konfidensialitet innebærer at forskeren må anonymisere informantens i resultatet og håndtere personinformasjon på slik måte at ikke noe kommer på avveie. Materialet må makuleres på forsvarlig vis etter endt arbeid. Deltakerne skal ikke ta skade av å delta i forskningsprosjektet, dette betyr at deres integritet skal beskyttes hele veien (Thagaard 1998).

Jeg søkte om å få gjøre intervju ved to universitetssykehus, to tidligere sentralsykehus og to tidligere lokalsykehus i ulike deler av landet. Jeg bruker betegnelsen "tidligere" for enkelthets skyld, da flere helseregioner er og har vært i en omstrukturingsprosess og sykehusene nå drives med ulike former for styring og ulik grad av autonomi (selvstyre). Ved å velge intervjuobjekter med forholdsvis stor geografisk avstand håpte jeg at dette ville gi meg litt forskjellige svar. Jeg ville også gjøre intervju med både medisinsk og kirurgisk avdeling ved hvert enkelt sykehus for å se om det var noen likheter eller ulikheter mellom disse. Med dagens inndeling i store helseregioner, ville jeg forsøke å få gjøre intervju på sykehus i flere ulike regioner. Jeg fikk tillatelse fra en kirurgisk og en medisinsk avdeling ved hvert av følgende sykehus; to tidligere lokalsykehus, et tidligere sentralsykehus og et universitetssykehus som lå forholdsvis spredt rundt i landet. Utvalget kan på ingen måte sies å være representativt med så få informanter, men jeg vil uansett få en anelse om det jeg opplevde i min praksis var unikt eller om jeg kan se noen generelle tendenser.

Jeg valgte å intervju avdelingssykepleiere fordi jeg ville ha informasjon om tiltak som var gjort for å bedre dokumentasjonsvanene.

4.0 Funn i forbindelse med intervju

Intervjuene er gjort ved en medisinsk og en kirurgisk avdeling ved 4 forskjellige sykehus. Disse vil jeg kalle A, B, C og D videre i oppgaven. Spørsmålene som ble stilt finnes i vedlegget "Intervjuguide".

På spørsmål om hvilken type dokumentasjonssystem som brukes, så svarer 6 av 8 avdelingssykepleiere at de bruker en kombinasjon av kurve på papir og i elektronisk pasientjournal. Ved sykehus D bruker de kun dokumentasjon i elektronisk pasientjournal. Det brukes ulike typer elektronisk pasientjournal, de er DocuLive, DIPS og EDS.

Når jeg spør hvor informasjon angående perifer venekanyle føres og hva den aktuelle rubrikken heter, svarer de ved 2 avdelinger at de gjør det på forsiden av hovedkurven når det er gjort innleggelse eller seponering, rødhet og lignende føres i den elektroniske pasientjournalen. 6 avdelinger fører all informasjon i den i den elektroniske pasientjournalen. Av disse behandler 2 avdelinger PVK som eget tiltak i behandlingsplanen.

6 avdelinger bruker en åpen rubrikk hvor de selv skriver inn perifer venekanyle. 2 avdelinger bruker behandlingsplan, de legger inn NIC-kode, for eksempel "innlegging av venekanyle", forordninger for tiltaket kommer i tillegg. Navnet på rubrikken kan variere, men ordet venekanyle vil være med.

På spørsmål om når personalet dokumenterer sine observasjoner, svarer 7 av 8 avdelingssykepleiere at sykepleierne ideelt sett skal dokumentere fortløpende. Ved en medisinsk avdeling dokumenterte de på slutten av dagen. Alikevel sa 4 avdelingsledere at dokumentasjonsarbeidet som oftest ble utsatt til slutten av dagen, 3 svarte at det kunne variere med arbeidsmengden når de fikk tid til å dokumentere, ofte ble dette arbeidet nedprioritert.

På spørsmålet om de har hatt noe spesielt fokus på dokumentasjon sier alle at de har hatt mye fokus på dokumentasjon i forbindelse med innføring av elektronisk pasientjournal de to til tre siste årene, men det har for det meste dreid seg om praktisk bruk av data som arbeidsverktøy. Ved sykehus A har de i tillegg hyppige kurs og interne seminar. Ved sykehus B oppga de innføring av nye kurveark for tre år siden som siste oppdatering for personalet. Ved sykehus D var de pilotavdelinger under innføring av nytt elektronisk pasientjournalssystem høsten 2008, alle fikk opplæring før oppstart. De

har også en ressursgruppe på 3 personer som arbeider mot å få den elektroniske pasientjournalen til å fungere godt.

På spørsmål om avdelingen hadde hatt noe fokus på å dokumentasjonsplikten i forhold til bruk av perifer venekanyle sier to avdelinger at de hadde fokus på PVK da de innførte den elektroniske pasientjournalen, før dette ble ikke perifer venekanyle dokumentert i det hele tatt. De hadde i tillegg hatt internundervisning høsten 2008 ved sykehus A. En kirurgisk avdeling hadde nylig gått gjennom nye kurveark, dokumentasjon av perifer venekanyle var et av momentene som hadde blitt tatt opp. En medisinsk avdeling hadde hatt internundervisning ved hygiesykepleier høsten 2008. 4 av 6 avdelingssykepleiere svarte, uten at jeg spurte, på dette spørsmålet med at det var en evig rundgang med "...økt fokus, det sklir ut, nytt økt fokus..."

På spørsmål om de synes det er lett å vite hvor man skal skrive inn innleggelse og observasjoner av perifer venekanyle så svarer 7 av 8 at de synes det. En avdelingsleder syntes ikke det var så innlysende å vite hvilken av de preformulerte rubrikkene i den elektroniske pasientjournalen PVK passet best inn i, hun trodde kanskje det ble bedre med nye kurveark. En medisinsk avdeling har prioritert perifer venekanyle høyt siden alle pasientene ved avdelingen får det. Fem avdelingssykepleiere la spontant til "dersom de husker å dokumentere" eller "men det blir ikke alltid gjort."

Et av spørsmålene gjaldt om de synes det er lett å finne ut om den perifere venekanylen skal brukes mer eller kan seponeres. Ved sykehus A svarer avdelingssykepleier ved kirurgisk avdeling at "Ja, det tas opp på legevisitten daglig". Ved medisinsk avdeling svarer avdelingssykepleieren at "Ja, men de er dårlige til å seponere. Den perifere venekanylen blir ofte liggende ubrukt til pasienten får smerter og ubehag, varsler eller skal hjem". To avdelingssykepleiere sier at PVK i utgangspunktet skal seponeres når pasienten går over fra intravenøse medisiner til tabletter, men at de ikke har noen systematisk gjennomgang på hvorvidt perifer venekanyle skal seponeres eller brukes mer. To svarer at det er lett å vite dersom dokumentasjonen blir gjort, noe den ofte ikke blir. Ved sykehus D svarer avdelingssykepleier ved medisinsk avdeling at det ikke er noe problem, siden dette er en høyt prioritert oppgave hos dem. Mens avdelingssykepleieren ved kirurgisk avdeling sier at det kan være vanskelig å vite dersom dokumentasjonen blir glemt.

5.0 Drøfting

Jeg vil innlede drøftingen med dette sitatet fra "Samtalen, skjønnnet og evidensen" (Martinsen 2005), da det sier noe om at mulige løsninger kan ligge i praksisfeltet allerede:

"Den moralske siden ved omsorg er overordnet. Moralene viser seg i måten arbeidet utføres på. Jeg hevder at det finnes forbilledlige praksisformer i vår tradisjon og i dagens yrkekompetanse. Disse praksisformene kan arbeides fram, og det vil gi pleiemessige konsekvenser for vårt yrke (Martinsen 2005:136)."

5.1 Å avslutte bruk av PVK så snart som mulig er sentralt i å forebygge komplikasjoner og plager for pasienten

Et sentralt punkt når det gjelder å forebygge tromboflebitt og irritasjoner i forbindelse med bruk av PVK er at den ikke blir liggende inne lengre enn høyst nødvendig (jfr. 2.2). Spørsmålet er om det er lett å finne ut om den skal brukes mer eller kan seponeres? Her spriker svarene mye. Kun på en avdeling ved sykehus D sier avdelingssykepleieren at dette ikke er noe problem. Der blir PVK behandlet som et eget tiltak og som en høyt prioritert oppgave, og der har de nylig hatt internundervisning i bruk, stell og dokumentasjon av PVK. Ved den andre avdelingen ved sykehus D hadde ikke hatt dette høye fokuset og internundervisningen, og der svarer avdelingssykepleieren at dokumentasjonen ikke alltid blir gjort, og dermed glemmer man å seponere PVK så snart som mulig.

Min erfaring er at det er en generell tendens til at sykepleierne glemmer å seponere PVK når den ikke skal brukes lengre. Andre studenter og sykepleiere jeg har snakket med ser det samme. På de medisinske avdelingene blir den ofte blir den liggende inne i mens man ser an pasientens videre behov, slik at man eventuelt kan slippe å legge inn en ny. Der PVK dokumenteres i kurven, fjerner ideelt sett medisinsansvarlig perifere venekanyler som ikke lengre skal brukes når pasienten går over fra intravenøs medisin til tabletter. Det er likevel ingen systematisk gjennomgang som blir gjort hver gang medisinkurven justeres. På de kirurgiske avdelingene er de litt flinkere til å seponere PVK som ikke skal brukes lengre. På en kirurgisk avdeling legges PVK inn mer etter behov, ofte før en operasjon. Da er det lettere å ha oversikt over hvor lenge pasienten har hatt den, selv om det ikke er skrevet noe i journalen.

Kari Martinsen poengterer viktigheten av å legge til rette for naturens egne helende krefter

(Martinsen 2003). Dersom innleggelse, vedlikehold og dokumentasjon av PVK gjøres i henhold til retningslinjene gjør man nettopp det.

5.2 Det fleste sykehusene er i en overgangsfase

Vitenskap og teknologi fører til en rekke problemer, men bidrar også til helbredelse av sykdom og lindring av symptomer. Sykepleien i det moderne helsevesen må forholde seg til dette. Kari Martinsen mener omsorg må integreres i vitenskap og teknologi (Alvsvåg og Gjengedal 2000). Overgangsfase mellom papir og elektronisk pasientjournal fører ofte til at innleggelse og observasjoner av PVK føres i to forskjellige medier. 6 av 8 avdelinger bruker en kombinasjon av kurve på papir og elektronisk pasientjournal. Innleggelse av PVK føres på kurven, og observasjoner og autoseponering (PVK blir dratt ut ved et uhell) føres i EPJ. Det at mange er i en overgangsfase som innebærer bruk av både papirkurve og elektronisk pasientjournal kan vanskeliggjøre dokumentasjonsarbeidet. Moen med flere mener det er spesielt vanskelig når noe informasjon finnes på papir og noe er i elektrisk form (Moen *et al* 2002). Rykkje med flere mener at sykepleiernes dokumentasjoner har endret seg etter innføring av EPJ (jfr. 2.5.1) (Rykkje *et al* 2007).

7 av 8 avdelingssykepleiere sier likevel at det er lett å finne frem til informasjon om en pasients PVK, dersom det blir dokumentert. Ellers er det vanskelig å vite noe om den, da må de bare anta utifra hva som er et vanlig hendelsesforløp. 7 av 8 avdelingssykepleiere synes også det er lett å vite hvor man skal skrive inn innleggelse og observasjoner av PVK. En avdelingsleder ved sykehus C syntes ikke det var så innlysende å vite hvilken av de preformulerte rubrikkene i den elektroniske pasientjournalen PVK passet best inn i. Medisinsk avdeling ved sykehus D har prioritert oppfølging av perifer venekanyler høyt. Avdelingssykepleieren der sier at nesten alle pasientene ved avdelingen får intravenøs behandling, derfor har de valgt å ha høyt fokus på denne oppgaven. Fem avdelingssykepleiere ved sykehus A, B, C og D la spontant til "dersom de husker å dokumentere" eller "men det blir ikke alltid gjort ". Avdelingssykepleiernes største problem er at sykepleierne glemmer å dokumentere, dette sier de ofte og uten at jeg spør om det.

5.3 Effekten av kursing og påminnelser

Sykepleierens plikt til å dokumentere sitt arbeid er lovfestet (jfr. 2.4.1). Når det finnes lover finnes det også retningslinjer for utførelse m.m. (jfr. 2.3.2). Ofte er ulike kurs bunnene i endringer eller

oppdateringer i disse. Kravene til sykepleiedokumentasjonens innhold og kvalitet er i stadig utvikling (Moen *et al* 2002). Sykepleierrollen utvikler seg over tid, den blir påvirket av endringer i samfunnet generelt og innenfor helsevesenet spesielt. Kari Martinsen er opptatt av at viktige verdier som omsorg og solidaritet med de svake, syke og lidende ikke skal gå tapt i denne stadige endringsprosessen (Alvsvåg og Gjengedal 2000).

Det er sammenfall i mine erfaringer fra praksis og avdelingsledernes utsagn om at dokumentasjon ved bruk av PVK ofte blir glemt. Biswas undersøkelse støtter disse utsagnene (jfr. 2.5.3), og mener det fører til at PVK blir liggende inne for lenge og dermed påfører pasientene PVK-relaterte infeksjoner som kunne vært unngått (Biswas 2007). Alqvist med flere opplevde god bedring i tallene både med tanke på reduksjon i antall tilfeller av tromboflebitt og reduksjon i antall PVKer som manglet dokumentasjon etter innføring av evidensbaserte kliniske retningslinjer, men de konkluderer likevel med at stadige påminnelser, oppdatering av kunnskap og forbedringer i dokumentasjonssystemet er nødvendig (jfr. 2.5.3) (Alqvist *et al* 2006). Lundgren og Wahren bekrefter også at manglende dokumentasjon er et problem i sin undersøkelse (Lundgren og Wahren 1999). Et forskningsprosjekt som ble gjort to år etter innføring av VIPS-modellen (EPJ) ved Rikshospitalet viser store mangler i dokumentasjon av sykepleien som blir gitt. Den viser også at etter etter en intervensjon bedrer det seg noe, men det er fremdeles forholdsvis store mangler i dokumentasjonen. Det er spesielt med tanke på å opprettholde en viss kontinuitet i pleien at den manglende dokumentasjonen er et problem. Pasienten får ikke den oppfølgingen han har krav på, spesielt dårlig blir det dersom han overføres fra en avdeling til en annen (Heggdal 2006).

Alle avdelingene har hatt mye fokus på dokumentasjon i forbindelse med innføring av EPJ de to til tre siste årene, men det har for det meste dreid seg om praktisk bruk av data som arbeidsverktøy. Ved sykehus A har de i tillegg hyppige kurs og interne seminar, de hadde i tillegg hatt internundervisning høsten 2008. Ved sykehus D hadde medisinsk avdeling hatt internundervisning i bruk av PVK ved hygienesykepleier høsten 2008. Begge avdelingene ved sykehuset hadde fokus på PVK da innførte EPJ, før dette opplyser de at PVK ikke ble dokumentert i det hele tatt. Kirurgisk avdeling ved sykehus B hadde nylig gått gjennom nye kurveark, PVK var et av momentene som hadde blitt tatt opp. 4 av 6 avdelingssykepleiere svarte på spørsmålet om de hadde hatt noen kurs eller lignende med at det var en evig rundgang med "...økt fokus, det sklir ut, nytt økt fokus...". Avdelingssykepleierne kunne bekrefte at kursing og påminnelser har bra effekt på kort sikt, men etter en stund glir personalet tilbake i gamle vaner igjen.

Flere av avdelingslederne på de medisinske avdelingene innrømmet at det var et problem å få sykepleierne til å dokumentere PVK og at også urinkateter ble glemt. De antok at det var fordi det var så vanlige tiltak på avdelingen, og at det var så travelt. Når det er travelt sier 7 av 8 at de ser at personalet dokumenterer først på slutten av vekten. Målsetningen om fortløpende dokumentasjon nedprioriteres til fordel for andre og viktigere oppgaver. Når det dokumenteres kun på slutten av vekten er det det spesielle og utenom det vanlige som dokumenteres. Mer ordinære oppgaver og observasjoner blir ofte glemt. Registrering av væskeinntak og måling av diurese er et eksempel på et annet tiltak som ofte blir glemt. Dette er noe som skaper problemer for legens arbeid med å stille diagnoser, likevel er det vanskelig å få personalet til å følge det opp.

Når det gjelder kursing så ser avdelingssykepleierne en bedring i dokumentasjonsvanene rett etter endt kurs. De tok frem eksempelet med innføring av EPJ. I ett til to år etter innføringen hadde personalet et veldig fokus på å dokumentere, men så dabbet interessen av etterhvert og alt ble som før. Morris og Tay konkluderer med det samme i sin artikkel. De mener at forebygging av PVK-relaterte infeksjoner krever flere tiltak og kontinuerlig oppfølging i praktisk bruk (Morris og Tay 2008).

5.4 En avdeling skilte seg ut

Sykehus D skilte seg ut. Medisinsk avdeling ved dette sykehuset har valgt å ha høyt fokus på perifere venekanyler nettopp fordi bortimot alle pasientene får det. Perifer venekanyle er et eget tiltak i pleieplanen med egne retningslinjer og egen rubrikk der sykepleierne fører sin dokumentasjon i forhold til dette tiltaket. Hygienesykepleieren er mye brukt, hun holder interne kurs i bruk av PVK/CVK etter ønske og behov. Hun linker dette opp mot EDS (deres elektroniske pasientjournal) og dokumentasjonsplikten, hun kurser også personalet i den. Ved å ha PVK som eget tiltak føler de at de er lett å ha oversikt og å følge retningslinjene til enhver tid. Det er lett for vikarer og annet personell å finne informasjon om PVK. Dette er en endring som har blitt gjort etter at de på høsten 2008 innførte elektronisk pasientjournal og hadde mye kursing i forbindelse med det. Denne avdelingen opplever å ha få avvik i forhold til dokumentasjon av PVK etter at den ble satt som eget tiltak med egne retningslinjer og egen behandlingsplan. Eventuelle avvik og problemer med dokumentasjon håndteres av deres nyopprettede ressursgruppe. Før innføring av EPJ og hygienesykepleierens kursing opplevde avdelingslederen her det samme som ved de andre sykehusene med stadige avvik fra dokumentasjonsplikten. Når jeg intervjuet en annen avdeling ved det samme sykehuset var ikke resultatene like oppløftende. Der var det travelt og de brukte ikke

hygiensykepleieren slik medisinsk avdeling gjorde. Den fortløpende dokumentasjon blir nedprioritert når det er travelt og avdelingslederen opplevde nå at sykepleierne var i ferd med å gli til bake i gamle vaner med å dokumentere på slutten av dagen. Bruk av perifer venekanyler var ett av tiltakene de stadig oftere glemte å dokumentere.

5.5 Hva var mitt forslag til løsning?

Når jeg hadde min sykehuspraksis manglet det et spesifisert sted å føre inn bruk og observasjon av den perifere venekanylen. Jeg trodde da at en egen rubrikk eller et eget punkt i den elektroniske pasientjournalen ville være til stor hjelp. De tre mulighetene jeg så for meg var en rubrikk på en arbeidsliste, en rubrikk i den elektroniske pasientjournalen (EPJ) eller en rubrikk på medisinkurven.

Som rubrikk på en arbeidsliste, liste over pasientene med oppgaver som skal gjøres med hver enkelt, viser det seg snart at kravene til dokumentasjon ikke oppfylles ved å notere der. Denne listen scannes ikke og legges ved pasientens journal. Det er et absolutt krav at dato, klokkeslett og hvem som la inn PVK skal dokumenteres i pasientens journal. En slik løsning krever at sykepleieren i tillegg dokumenterer sitt arbeid i pasientens journal, det blir for upraktisk.

En annen mulighet jeg så for meg var at kontroll av PVK kan legges som en egen rubrikk i den elektroniske pasientjournalen. Da vil det ligge lenger frem i personalets bevissthet. Her så jeg for meg at man også kunne føre andre typer kateter eller dren pasienten har som skal observeres. Punktene i EPJ går gjennom daglig i forbindelse med rapporter som blir avholdt, og dersom kateter og dren sto som et eget punkt tenkte jeg at de ville få en bedre oppfølging. Det er ikke tilstrekkelig å si at man kan skrive det under "eventuelt"- eller "annet"-posten, der er det så mange ting fra før. Det må være klart og entydig. Har pasienten et kateter eller et dren skal det i det minste sjekkes daglig og observasjoner dokumenteres. "u.a." (uten anmerkning) er også en observasjon, det betyr at man i de minste har sjekket. Med en egen rubrikk i medisinkurven vil fordelene være at det er samme person som administrerer medisiner og eventuell ekstra væske som kontrollerer pasientenes PVKer. Det forutsettes da at det er plass til å skrive inn de nødvendige opplysningene der og at kurven scannes og legges ved pasientens journal. Da har man i praksis en egen PVK-ansvarlig i likhet med drikke-ansvarlig, medisinansvarlig, gruppeansvarlig osv.

Et av spørsmålene mine var derfor om de hadde en slik rubrikk ved de ulike avdelingene.

En egen rubrikk merket med PVK finnes kun på sykehus D, der PVK behandles som et eget tiltak i behandlingsplanen. Navnet på rubrikken kan variere, men ordet venekanyle vil være med. De øvrige avdelingene bruker en åpen rubrikk enten på kurveark eller i EPJ, hvor de selv merker den med inn PVK. En slik åpen rubrikk har i følge avdelingslederne ingen innvirkning på problemet med manglende dokumentasjon. Avdelingssykepleierne kunne med ett unntak bekrefte at dokumentasjonsarbeidet ved bruk av PVK ofte ble glemt. Det var omtrent det samme på de

medisinske og de kirurgiske avdelingene. Når det ble dokumentert var det som oftest i forbindelse med komplikasjoner som rødhet og smerter i huden rundt PVK eller at pasienten drar ut PVK ved et uhell. I Lundgren og Wahrens forskning kommer det frem at det er stor underreportering i forhold til smerter og ubehag pasienten rapporterer om og hva som blir skrevet i journalen (jfr. 2.5.2) (Lundgren og Wahren 1999).

Noen av avdelingssykepleierne ved de medisinske avdelingene ved sykehus A, B og C mente litt av problemet lå i at pasientene ofte fikk PVK i mottagelsen eller i ambulansen. Dette fører til at personalet på avdelingen ikke starter noen dokumentasjon av dette tiltaket. De signerer imidlertid alltid for medisiner, væske og blodprodukter som blir gitt via PVK. Når pasienten har en PVK som er i bruk blir det sjekket om den virker før en infusjon startes. Når man da først sjekker dette så kan man jo også sjekke plasteret for dato og signatur, se etter rødhet og finne ut mer om den generelt. Dette må så dokumenteres, da blir det i allfall dokumentert at pasienten har en PVK, og de gir et hint om at den må følges opp videre. Man kan da si at medisinansvarlig sykepleier også fungerer som en "PVK-ansvarlig". Ansvarforholdet rundt stell av PVK er ofte ikke helt avklart. Kirchhoff etterlyser i sin artikkel større fokus på organisatoriske faktorer i forhold til manglende dokumentasjon. Han mener endringer i måten arbeidet er organisert på kan virke inn på dokumentasjonen i minst like stor grad som eventuell kursing og lignende (Kirchhoff 2004).

6.0 Konklusjon

6.1 Dokumentasjonen synliggjør sykepleiens omsorgsfunksjon

I "Samtalen, skjønnnet og evidensen" trekker Martinsen frem Florence Nightingales nitidige arbeid med å samle, systematisere og skrive ned det hun så. Hun mener et slikt arbeid er like sentralt i dag for å bevare sykepleiens omsorgsfunksjon, slik at ikke pasienter som trenger pleie over tid blir nedprioritert og overlatt til mindre kvalifisert personale (Martinsen 2005). Ofte oppleves det slik på et sykehus at pasienter som kommer inn med akutt sykdom er mer interessante og høyere prioritert enn andre pasienter. De som er ferdig diagnostisert eller operert og stabilisert er ikke lengre interessante og overlates i stor grad til hjelpepleierne og seg selv. De gangene jeg skulle skrive utskrivingsrapport på en pasient mens jeg var i praksis, opplevde jeg ofte at det var hjelpepleierne som visste mest om pasientens matvaner, følelser, hjemmesituasjon, funksjonsnivå og mere.

Kanskje må vi sykepleiere anstrenge oss litt mer for å avslutte det arbeidet vi har påbegynt på en like god måte som vi startet det?

Å tenke pasientens beste er ikke motivasjon nok i seg selv, selv om det er det endelige målet. Biswas nevner i sin artikkel at sykepleierne får stadig kursing og påminnelser om ulike tema, men at de sjelden får noen tilbakemelding på om hensikten ble oppnådd (Biswas 2007). Det som er spesielt vanskelig i forhold til bruk av PVK er at resultatet av å følge opp oppgaven i henhold til retningslinjene ofte først ses etter at den er avsluttet. Plagene oppstår først fra 2-6 dager etter seponering av kanylen (jfr. 2.2). Prosedyrene er klare og utvetydige i forhold til hvordan PVK skal håndteres (jfr. Pkt. 2.3.2 og 2.3.3). Sykepleierens plikt til å dokumentere er lovfestet og et absolutt og ufravikelig krav. Hensikten med dokumentasjonen er å sikre pasienten riktig sykepleie og forebygge mangelfull eller feilaktig behandling (jfr. Pkt. 2.3.1 og 2.4.1).

Jeg tenker da at avdelingssykepleieren kanskje må vurdere en form for belønning som motivasjon. En slik belønning kan være tildeling av interessante oppgaver, muligheter til fagutvikling, deltakelse på kurs, oppmerksomhet og ros, personaltur, fredagpizza, kake m.m., alt etter hva de ansatte vil bli motivert av (Pfeiffer 2002).

6.2 Å gjøre funn som motbeviser det man selv tror på

Det er ingen tvil om at dokumentasjon utført i henhold til retningslinjer, lover og regler er nødvendig i oppfølgingen av pasienter som får behandling via perifer venekanyle. Problemet for

avdelingssykepleierne er at dokumentasjon av denne oppgaven nedprioriteres til fordel for andre oppgaver. Jeg hadde før jeg startet på oppgaven en helt klar formening om at et godt dokumentasjonssystem ville gjøre at sykepleierne dokumenterte i henhold til retningslinjene og dermed fulgte opp denne oppgaven på en bedre måte. Funnene ved intervju og i forskningsbasert litteratur viser likevel at det ikke er nok å ha et godt dokumentasjonssystem. Jeg fant overhodet ingen forskning som støttet min påstand. Uansett hvor og når og hvilke sider av PVK som ble forsket på, så ble det nevnt at sykepleiedokumentasjonen var mangelfull. Det at min påstand stadig ble motbevist gjorde antagelig at jeg lette grundigere etter materiale enn jeg ellers ville ha gjort, og jeg gjorde da også flere oppdagelser enn jeg kanskje ellers ville ha gjort. Mangelen på ønskede funn gjorde også at jeg gikk til det skritt å foreta intervju, noe som ga meg ytterligere innsikt i problemstillingen.

Jeg må konkludere med at det er nødvendig med stadig kursing og påminnelser om hva og hvordan man skal dokumentere. Det er også det de gjør i praksisfeltet. Fagleder har en sentral rolle når det gjelder kursing og påminnelser. Medisinsk avdeling ved sykehus D har satt hygienesykepleieren som fagleder på bruk av perifer venekanyle og fått gode resultater (jfr. 5.4). En fagleder har ansvar for å gi positive tilbakemeldinger når oppgavene er utført som forventet. Hvis oppgavene ikke blir utført som forventet, må faglederen undersøke hvorfor. Faglederen skal både kvalitetssikre sykepleietjenesten og kartlegge medarbeidernes oppfølgingsbehov. Medarbeiderne må følges opp nettopp for å sikre kvaliteten på tjenesten. Faglederen må videre informere avdelingslederen om eventuelle behov da denne ikke har detaljkunnskap om hver enkelt pasient og hver enkelt ansatt. En annen av en fagleders oppgaver er å holde seg faglig oppdatert. Man kan bare være en god faglig leder når kunnskapene i bunnen er solide og man følger med i utviklingen på sitt felt. Denne oppgaven blir underprioritert på mange arbeidsplasser, mange reagerer med undring dersom sykepleieren bruker litt av arbeidsdagen til å lese en forskningsrapport eller gå på et fagbibliotek (Pfeiffer 2002). Dersom det ikke er lagt til rette for dette på arbeidsplassen bør faglederen stille krav om det. *Yrkesetiske retningslinjer* pkt. 5, slår fast at alle sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert (Nortvedt *et al* 2007). Et nytt hjelpemiddel for å holde seg faglig oppdatert er veiledere i kunnskapsbasert praksis (jfr. 2.5). Et eksempel på en slik veileder er Norsk Sykepleierforbunds arbeidsbok "*Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*" (Nortvedt *et al* 2007). Det finnes også andre veiledere både på internett og i papirform.

7.0 Litteraturliste

7.1 Selvvalgt litteratur (496 sider)

Ahlqvist, Margary, Bogren, Agneta, Hagmann, Sari, Nazar, Isabel, Nilsson, Katarina, Nordin, Karin, Valfridsson, Berit S., Söderlund, Mona og Nordstöm, Gun, 2006, i tidsskriftet *Journal of Clinical Nursing nr 15*, ”Handling of peripheral intravenous cannulae: effects of evidence-based clinical guidelines” (8 sider)

Alvsvåg, Herdis og Gjengedal, Eva (red.), 2000, *Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke, Bergen (5 kapitler = 67 sider)

Arntzen, Elisabeth, 2007, *En forutsigbar helsetjeneste, kvalitet og orden i eget hus*, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo (4 sider)

Biswas, Juyaly, 2007, i tidsskriftet *British Journal of Nursing Vol. 16 No 5*; Clinical Audit documenting insertion date of peripheral intravenous cannulae (3 sider)

Heggdal, Kristin, 2006, 2.utgave, *Sykepleiedokumentasjon*, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo (207 sider)

Helsedepartementet, *Forskrift om pasientjournal 2000.12.21 nr1385* (1 side)

http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/for/sf/ho/to-20001221-1385-001.html&emne=forskrift*%20om*%20pasientjournal*&&
(12.03.2009)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2002, LOV 1999-07-02 nr 64:

Lov om helsepersonell m.v. (1 side)

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html#39> (13.02.2009)

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html#40> (13.02.2009)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, FOR 2000-12-21 nr 1385:

Forskrift om pasientjournal (1 side)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html#7> (13.02.2009)

<http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html#8> (13.02.2009)

Hjortnæs, Anne-Karine (red.), 2008, *Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten; Venekateter*, acribe AS (7 sider)

<http://www.ppsnett.no/visLaeringGruppe.aspx?nodeid=513> (12.03.2009)

Kirchhoff, Jörg, i tidsskriftet *Sykepleien nr.15*, 2002, Dokumentasjon ved bruk av perifere venekanyler (3 sider)

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1063&categoryID=35> (13.02.2009)

Lundgren, Anna og Wahren, Lis Karin, 1999, Effect of education on evidence-based care and handling of peripheral intravenous lines, *Journal of Clinical Nursing*, 1999; 8 s.577-585 (9 sider)

Martinsen, Kari, 2005, *Samtalen, skjønnnet og evidensen*, Akribe Forlag, Oslo (16 sider)

Martinsen, Kari, 2003, *Omsorg, sykepleie og medisin*, Universitetsforlaget (11 sider)

Moen, Anne, Hellesø, Ragnhild, Quivey, Martha og Berge, Asbjørn, 2002, *Dokumentasjon og informasjonshåndtering*, Akribe Forlag, Oslo (39 sider)

Morris, Wendy og Tay, Mooi H., 2008, i tidsskriftet *British Journal of Nursing Vol 17, nr. 19*, "Strategies for preventing peripheral intravenous cannulae infection" (8 sider)

Nordtvedt, Monica W., Jamtvedt, Gro, Graverholt, Birgitte og Reinart, Liv M., 2007, *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*, Bryne Offset AS (10 sider)

Nordtvedt, Per med flere, 2007, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*, Norsk Sykepleier Forbund (44 sider)

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf> (12.03.2009)

Reime M. H. og Aksnes J., 2002, i tidsskriftet *Sykepleien nr.9*, "Innleggelse av perifer venekanyle: Hvorfor følges ikke retningslinjer?" (4 sider)

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=706&categoryID=34> (13.02.2009)

Reime M. H. og Aksnes J., 2002, i tidsskriftet *Sykepleien nr.10*, "Stell og fjerning av perifer

venekanyle” (4 sider)

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=720&categoryID=34> (13.02.2009)

Rykkje, Linda, Brattestad, Anna og Hansen, Solveig, 2007, i tidsskriftet *Sykepleien nr.15*, “Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS” (2 sider)

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=17363&categoryID=35> (13.02.2009)

St.prp. nr. 1 (2006-2007) kapittel 6, *Nasjonal Helseplan (2007-2010)* (1 side)

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/prm/2006/0083/ddd/pdfv/292402-nasjonal_helseplan_saertrykk.pdf

(19.03.2009)

Thagaard, Tove, 1998, *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode*, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke, Bergen (3 kapitler = 46 sider)

7.2 Pensumlitteratur

Dalland, Olav, 2000, *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Jakobsen, Rita, 2005, 2.utgave, *Klar for fremtiden? - om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Kristoffersen, Nina J, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli-Anne(red.), 2005, *Grunnleggende sykepleie*, bind 4, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Pfeiffer, Riccarda, 2002, *Sykepleier og leder*, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke, Bergen

Aadland, Einar, 1997, «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*, Universitetsforlaget, Oslo

Intervjuguide

Hva slags dokumentasjonssystem bruker dere?

Hvor føres informasjon angående bruk av PVK(egen rubrikk/samlepost)?

Hvor er informasjonen plassert (papir/EPJ)?

Hva heter rubrikken?

Når dokumenterer personalet sine observasjoner?

Har avdelingen hatt noe spesielt fokus på å dokumentere(kurs og lignende)?

Har avdelingen hatt noe fokus på dokumentasjonsplikten i forhold til bruk av PVK?

Synes du det er lett å vite hvor man skal skrive inn innleggelse og observasjoner av PVK?

Synes du det er det lett å finne ut om den skal brukes mer eller kan seponeres?