

Masteroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for informasjonsteknologi og elektroteknikk
Institutt for datateknologi og informatikk

Gina Kornelia Bruun Torvik

Sykepleieres erfaring med behandlingsplan i Dips Arena

Masteroppgave i Helseinformatikk

Veileder: Pieter Jelle Toussaint

Juni 2022

Gina Kornelia Bruun Torvik

Sykepleieres erfaring med behandlingsplan i Dips Arena

Masteroppgave i Helseinformatikk

Veileder: Pieter Jelle Toussaint

Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for informasjonsteknologi og elektroteknikk
Institutt for datateknologi og informatikk



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn Helsevesenet er i stadig endring og systemer for elektronisk pasientjournal representerer et aspekt i endring. Hensikten med bedre digitale løsninger inkluderer å gjøre arbeidsdagen lettere for helsepersonell, frigi tid samt ivaretagelse og videreføring av pasientopplysninger. Den sykepleiedokumentasjonen er som del av dette under stadig utvikling. Løsninger for sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal har i stor grad artet seg som en digitalisering av papirbaserte notater for sykepleiedokumentasjon. Mindre bruk av fritekst er presentert som en løsning for å øke kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen. Behandlingsplan i DIPS Arena er en slik løsning. Bruk av behandlingsplan i sykepleiedokumentasjon er godt dokumentert i litteraturen. Mindre undersøkt er bruk av behandlingsplan som eneste måte å dokumentere sykepleie på. Ny visuell fremstilling og organisering av pasientens situasjon basert på sykepleieprosessen fører til at sykepleiere finner og dokumenterer informasjon på en ny måte. I nasjonal sammenheng er utvalget unikt. Det er ønskelig å undersøke sykepleiernes erfaringer med hensyn til løsninger som implementeres for å møte politiske mål.

Forskningsspørsmål Temaet er å undersøke sykepleieres erfaringer med journalsystemet DIPS Arena og behandlingsplan som verktøy for arbeid i pasientjournalen.

Teori og metode oppgaven er en kvalitativ case-studie med fokuserte intervjuer. I litteraturen er det søkt etter erfaringer med å ta i bruk ny og/eller annerledes løsning for sykepleiedokumentasjon. Funnene belyser erfaringer fra 10 informanter rekruttert fra en strategisk valgt sykehusavdeling. Intervjuene ble tatt opp og siden transkribert ordrett. Videre er det brukt dataprogram for analyse av kvalitative data, NVIVO. Den valgte metoden for analyse er Stedvis- deduktiv induktiv metode (SDI-modellen).

Funn tyder på at behandlingsplan for sykepleie i DIPS Arena påvirker aspekter ved sykepleieres arbeidshverdag sammenlignet med fritekstdokumentet i DIPS Classic. Prosesser for tilgang på nødvendig og relevant informasjon ble påvirket, herunder informasjonstilgjengelighet og informasjonskvalitet. Utførelsen av dokumentasjonsarbeid ble påvirket ved endret tidspunkt for dokumentasjon, prioritering av dokumentasjonsarbeid basert på nytte, samt annerledes dokumentasjon av gjennomførte oppgaver og organisering av arbeidsoppgaver. Samhandling med andre yrkesgrupper ble påvirket i noen grad. På bakgrunn av utvalgets størrelse og forskerens rolle, vil det være ønskelig med videre forskning på disse sammenhengene før en kan trekke en mer allmenngyldig slutning.

Konklusjon Sykepleiere har behov for å kvittere ut utførte arbeidsoppgaver og en løsning som tilrettelegger for dette anbefales. Funn tyder på at behandlingsplan hos komplekse pasienter ble bedre, men informasjonskvalitet hos andre pasienters sykepleiejournal tyder ikke på økt kvalitet. Sykepleiere opplever informasjonsinnhenting og dokumentering annerledes enn før. Behandlingsplan garanterer ikke for kvalitet og individuell variasjon i sykepleieres evne til god dokumentasjon gjennomsyrrer empirien.

Nøkkelord sykepleiedokumentasjon, elektronisk pasientjournal, elektronisk sykepleiedokumentasjon, DIPS Arena, Sykehus

Abstract

Background The health care system is constantly changing, and digital solutions represent one aspect of change. The purpose of digital solutions includes making the working day easier for healthcare professionals, freeing up time and as well ensure and maintain patient information. As part of this, nursing documentation is constantly evolving. The need for increased quality of nursing documentation and measures to achieve this has received attention for decades. Solutions for nursing documentation in electronic patient records have degenerated by digitizing paper-based notes for nursing documentation. «Electronic paper». Minimizing use of free text has been presented as a solution for increased quality of nursing documentation. The Nursing Care Plan in DIPS Arena is one such solution. The use of care plans in nursing documentation has been documented in the literature. Less researched is the use of nursing care plans as a single solution to document nursing. New visual presentation and organization of the patient's situation based on the nursing process leads to nurses finding and documenting information in a new way. In a national context, the selection of this study is unique. It is desirable to examine their experiences concerning how solutions based on political guidelines and goals has been experienced.

Research questions is to examine Nurses' experiences with the electronic health record system DIPS Arena and its embedded Nursing Care Plan as a tool for work related to the patient medical record.

Method is a qualitative case-study through focused interviews. The literature search sought experiences with using new and/or different solutions for documenting nursing. Findings represent experiences from ten informants recruited from a strategically chosen hospital department. The interviews were recorded and then transcribed verbatim. Furthermore, computer-assisted qualitative data analysis software, NVIVO was applied. The chosen method for analysis is the stepwise-deductive inductive (SDI) approach.

Findings indicate that the treatment plan for nursing in DIPS Arena affect aspects of nurses' everyday work compared to the free text document in DIPS Classic. Processes for accessing necessary and relevant information were affected, including information availability and information quality. The execution of documentation work was affected by a change in the time of documentation, prioritization of documentation work based on usefulness. Furthermore, the manner of documentation of completed tasks and organization of work tasks changed. Interaction with other occupational groups was affected to some extent. However, the size of the sample and the role of the researcher mean that there is reasonable doubt to the validity of the findings.

Conclusion Nurses need to acknowledge performed work tasks, and a solution that makes this possible is recommended. Treatment plans for complex patients were improved, but overall information quality on other patients were probably not improved. Nurses experience information gathering and documentation differently than before. Treatment plan does not guarantee quality and individual variation in nurses' ability for good documentation permeates the empirical data.

Keywords nursing documentation, electronic patient record, electronic nursing documentation, DIPS Arena, Hospital

Forord

Jeg begynte å studere helseinformatikk et halvt år etter at jeg var utdannet sykepleier. Interessen var for hva som skjer når teknologi og helse skal fungere sammen og hvordan det påvirker ulike interessenter. Valget falt nettopp på dette fagområdet fordi jeg ønsket å tilegne meg kunnskap og å bli en ressurs i en situasjon der helsevesenet kontinuerlig digitaliseres. Å sikre ivaretagelse av sykepleieprofesjonen og helsepersonells stemme oppleves av meg som en motiverende faktor. Gjennom arbeidet som sykepleier ble jeg introdusert for implementering av DIPS Arena som medførte endring for hvordan sykepleiere dokumenterte. Kombinert med fagene på studiet ble min interesse for å undersøke sykepleieres erfaring med denne endringen vekket. At sykepleiere forsker og engasjerer seg i utvikling av helsetjenesten er i mine øyne essensielt for å synliggjøre og ivareta sykepleiefaget og det særegenskaper i møte med pasienter.

Min tidligere arbeidsgiver har gjennom fleksibilitet og oppmuntring muliggjort å studere ved siden av arbeidet som sykepleier. En rekke administrative og faglige ressurser på sykehuset har møtt meg for drøfting og oppmuntret undersøkelsen. Fra idégenerering til å svare på konkrete henvendelser om løsningen. Mottakelsen på avdelingen undersøkelsen er gjennomført på muliggjorde studien. Tusen takk. Til sist vil jeg rekke en særlig takk til sykepleierne som tok av sin tid for å dele erfaringer med meg.

Takk til mine foreldre Ellen og Audun for kontinuerlig motivasjon og heiarop underveis.

Takk til venner og øvrig familie for forståelse for at studiet og særlig arbeidet med denne oppgaven har gått foran sosiale engasjementer.

Til sist vil jeg takke min veileder, Pieter Jelle Toussaint; Takk for gode samtaler, innspill og hjelp til å holde fokus i arbeidet når egne interesser for tematikken har vandret utenfor oppgavens omfang.

Gina Kornelia Bruun Torvik

Oslo, 18. juni 2022

Innhold

1	Introduksjon	1
1.1	Kontekst og bakgrunn for studien.....	1
1.1.1	Behandlingsplanens struktur og innhold.....	2
1.2	Sykepleieres dokumentasjon og datainnhenting	3
1.3	Valg av problemstilling.....	4
1.4	Oppgavens oppbygning.....	4
1.5	Begrepsavklaring	5
2	Kunnskapsgrunnlag.....	6
2.1	Innledning.....	6
2.2	Pasientbehandlingen.....	6
2.3	Informasjonstilgjengelighet og kvalitet på informasjonen	7
2.4	Informasjonsutveksling	8
2.4.1	Samhandling mellom sykepleiekollegaer	9
2.4.2	Samhandling med andre yrkesgrupper	9
2.5	Tidsbruk.....	10
2.6	Informasjonstilgjengelighet og kvalitet på informasjonen	10
2.7	Sykepleieres erfaring med å endre arbeidspraksis	11
2.8	Pasientbehandlingen.....	12
2.9	Sykepleieres erfaring med å ta i bruk ny teknologi	13
2.10	Oppsummering	13
3	Metode	15
3.1	Innledning.....	15
3.2	Case-studie	16
3.3	Intervju	18
3.4	Analysemetode	20
3.4.1	Koding.....	20
3.4.2	Kodegruppering	20
3.4.3	Konseptutvikling	21
3.5	Drøfting av forskerens rolle	21
3.6	Oppsummering	22
4	Funn	23
4.1	Innledning.....	23
4.2	«en god behandlingsplan» - «dokumentasjonsarbeidet krever arbeid».....	23
4.3	«arbeidsdagen endres» - «sparer tid på å dokumentere»	27
4.4	«lav bruk av samhandlende yrkesgrupper»	28

4.5	Oppsummering	29
5	Analyse og drøfting	30
5.1	Innledning.....	30
5.2	Informasjonsutveksling	30
5.2.1	samhandling med andre yrkesgrupper	30
5.2.2	Informasjonsutveksling med sykepleiekollegaer.....	32
5.3	Den enkelte sykepleier påvirker behandlingsplanen	33
5.4	Endringer i sykepleieres arbeidshverdag	33
5.5	Effekt på pasientbehandling.....	35
5.6	Oppsummering	36
6	Konklusjon	38
6.1	Avslutning.....	39
6.1.1	Innspill til videre forskning	40
7	Referanser	43
8	Vedlegg	47

1 Introduksjon

I oppgavens første kapittel skal jeg belyse nasjonale og lokale faktorer som førte til at DIPS Arena med behandlingsplan ble implementert. Opplysninger om rammen for bruk lokalt på avdelingen presenteres videre, hvor jeg søker å gi leseren et bilde av sykepleiehverdagens karakter. Videre følger presentasjon av problemstilling.

1.1 Kontekst og bakgrunn for studien

Stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* kom i 2012 (1). Meldingen skisserer en fremtid med et integrert og velfungerende IKT-system som brukes i hele helse- og omsorgstjenesten. Elektronisk pasientjournal er eksempel på et system som skal bidra til å nå politiske mål. Et uttalt mål i Nasjonal helse- og sykehusplan er at *Gode IKT-systemer gjør oppgavene enklere å løse og Forbedringsarbeid frigjør tid til mer pasientbehandling* (Meld. St. 7 (2019–2020)). Elektronisk pasientjournal og meldingsutvekslinger er eksempler på systemer som er ment å skulle sikre politiske mål om bedre samarbeid i tjenesten og felles kunnskap om aktivitetene. Mer kommunikasjon og informasjonsdeling på tvers av organisatoriske og geografiske grenser skal føre til bedre og mer effektive tjenester. Moderne IKT-systemer skal understøtte virksomhetene i å nå målene ved å gi helsepersonell enkel og sikker tilgang til pasientinformasjon slik at virksomheten kan yte forsvarlig helsehjelp samtidig som dokumentasjonsplikten blir ivaretatt (2).

Forskrift om pasientjournal §4 og helsepersonelloven §40 (3) legger krav til at innholdet i journalen er relevante og nødvendige opplysninger for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten. Pasientjournalforskriften inkluderer blant annet *forsvarlighetskravet* (§1) som beskriver at helsepersonell skal innhente relevant og nødvendig informasjon fra og om pasienten, med hensyn til pasientens rettigheter. Videre beskriver forsvarlighetskravet at helsepersonell skal ta hensyn til egne faglige kvalifikasjoner, og sikre bistand fra andre ved behov. Ansvar for at plikten til å dokumentere etterleves sitter hos det helsepersonell som innhenter informasjon og planlegger eller utfører behandling (3). Utviklingen av elektronisk pasientjournal er nødvendig for å møte disse nasjonale føringene og er utgangspunktet for denne studien.

Sykehus hvor denne studien finner sted er et lokalsykehus i Helse Sør-Øst for ca. 150 000 innbyggere med ansvar for akutt og planlagt helsehjelp innenfor ortopedi/kirurgi, medisin, psykisk helse og rus. Gjennomsnittlig liggedøgn i Helse Sør-Øst var i 2021 4,0. De fleste pasientene er 70-80 eller over 80 år, med henholdsvis 4,7 og 4,6 gjennomsnittlige liggedøgn. Tallene er en reduksjon fra 5,6 for begge aldersgrupper i 2012 (4). Eldre som legges inn på sykehus har ofte behov for sammensatt behandling og pleie, som informasjonen i pasientjournalen skal speile. Sykehuset er en pioner på mange områder. I 2018 gikk sykehuset, som første sykehus i Norge, i gang med å implementere DIPS Arena, elektronisk pasientjournal (EPJ), ved alle sykehusets avdelinger. Jeg var ansatt på pilotavdelingen i somatikken, på avdeling for generell indremedisin. Våren 2019 ble behandlingsplanen innført som erstatter for

sykepleienotatene i Classic. Det elektroniske journalsystemet ble lansert som et godt samarbeidsverktøy og opplæringen var en del av implementeringen. Jeg fattet interesse for verktøyet og hvilke rammebetingelser systemet hadde for en høy brukerverdi. Myndighetskrav og føringer samt digitaliseringsprosjekter for bedre løsninger for elektronisk pasientjournal (1, 2, 5, 6) er årsaken til at sykehus i dagens Norge i stor grad anvender system for elektronisk pasientjournal. Den er i tillegg en plattform for utveksling av faglig informasjon mellom faggrupper, et tverrfaglig samarbeidsverktøy- og dokument (7). Det finnes ulike tjenesteleverandører for elektronisk pasientjournal. DIPS ASA er størst i Norge på system for EPJ til spesialisthelsetjenesten (8).

Mindre bruk av fritekst skal bidra til bedre kvalitet på informasjonen i sykepleiejournalen. Det er ønskelig med lett og oversiktlig tilgang til denne informasjonen, også for andre yrkesgrupper sykepleiere samhandler med. Gevinsten for helsepersonell angis å være blant annet mindre dobbeltdokumentasjon og forenklet informasjonsinnhenting. Det er ennå uvisst om disse målene realiseres ved bruk av behandlingsplan for sykepleiedokumentasjon i EPJ. Målet er at journalen til enhver tid inneholder oppdatert informasjon om pasientens helsetilstand og videre planlagt behandling. EPJ systemet er, i sykehusets tilfelle, underlagt kontinuerlig forbedring fra leverandørens side, på bestilling fra sykehuset som bruker av systemet. Studiet er derfor avgrenset til et tidsbilde i perioden fra november 2021 til januar 2022, hvor Arena versjon 20.2.1. var i bruk.

DIPS Arena som nå er implementert, etterspør i større grad formalisert informasjon etter gitte maler for ulike situasjoner og oppgaver. DIPS Classic var i større grad basert på fritekst for rapportering og behandlingsplan. I DIPS Classic var behandlingsplanen i liten grad anvendt og sykepleiefaglig dokumentasjon befant seg primært i fritekstnotater.

Studien er ikke en helhetlig evaluering av DIPS Arena, dens funksjonalitet eller standardisert sykepleiedokumentasjon som verktøy for sykepleiedokumentasjon. Studien beskriver erfaringer ved én sengepost hos et utvalg brukere som hadde brukt DIPS Classic og deretter DIPS Arena siden pilotprosjektet (2,5 år).

Den aktuelle sengeposten er en generell indremedisinsk avdeling, med tett samarbeid rundt behandling av pasientene. På sykehusavdelingen er det døgnkontinuerlig sykepleie, organisert i tre vakter. Mellom disse vaktene er det stille rapport der sykepleierne leser seg opp på pasientene og dokumentasjonen fra tidligere vakter uten å gi muntlige beskjeder. Tidligere, i DIPS Classic, genererte disse tre vaktene et sykepleienotat per vakt.

1.1.1 Behandlingsplanens struktur og innhold

Pasientjournalen er en samling data om en pasient hvor ulike yrkesgrupper kommuniserer med mål om pasientsikkerhet (7) (9). Pasientjournalen skal føres med et språk som er konkret og fullstendig, uten påvirkning av journalførerens antakelser. Innholdet kan føres etter forhåndsbestemte koder eller med fritekst (7). Videre skal behandlingsplanen skal relevante og nødvendige opplysninger om pasienten basert på en helsevurdering (7).

Tidligere har sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalen vært basert på fritekst, både i papirbasert og elektronisk pasientjournal. DIPS Arena representerer et skifte som begrenser bruk av fritekst. Strukturert tekst er objektiv og kortfattet mens fritekst i større grad muliggjør synliggjøring av sykepleievurderinger og pasientens subjektive opplevelser (7). Norsk sykepleieforbund anbefaler standardisert terminologi som er internasjonalt validert for bruk i sykepleiedokumentasjon (10). Per nå brukes internt

utarbeidede kunnskapsbaserte veiledere for å utvikle de veiledende behandlingsplanene. Rammeverket i Classic og Arena er relativt likt. De inkluderer begge samme fire kategorier: fokusområder, mål, tiltak og forordninger. Det er dog stor forskjell på visuell utforming og brukergrensesnitt som påvirker blant annet navigering i journalen (Vedlegg 1, Vedlegg 2). Også andre funksjonaliteter, som å kunne kvittere ut utførte oppgaver er nytt. Måten DIPS Arena er bygget på muliggjør fremtidig bruk av strukturert språk ved bruk av veiledende behandlingsplaner. Videreutvikling av en type beslutningsstøtte knyttet til hver innleggelsesårsak basert på annen informasjon fra systemet (for eksempel blodanalyser og vitale målinger) er en fremtidig mulighet for mer standardisert dokumentasjon og behandling.

Veiledende behandlingsplaner er kunnskapsbaserte og bygget opp etter sykepleieprosessen. De fire stegene i sykepleieprosessen er datainnsamling, planlegging, utførelse og evaluering. Ordlyden i veiledende behandlingsplaner begrenser hva som skal dokumenteres og hindrer at viktig informasjon drukner i fritekst om hva sykepleier har gjort på vakt. Veiledende behandlingsplaner ble utviklet i Classic og hadde i teorien samme potensiale. Veiledende behandlingsplaner (VBP) er tilgjengelig i DIPS Arena og er et alternativ til at sykepleiere selv bestemmer sykepleieintervensjoner, tiltak og forordninger som skal passe inn under den gitte sykepleiediagnosen. Årsaken til at man ønsker å bruke VBP er for å kvalitetssikre behandlingsplanene (7). Brukergrensesnittet er laget slik at man ser alle aktuelle problemstillinger med mål, tiltak og tilhørende forordninger knyttet til hvert av fokusområdene i et og samme skjerm bilde (vedlegg 2). Disse er organisert slik at de enten kan vise tiltakene som «overskrift», mer komprimert (vedlegg 2) eller de kan utvides og vise forordningene (sykepleieoppgavene) som hører til det enkelte tiltaket med spesifikasjoner (vedlegg 3). Notater i fritekst for hvert enkelt tiltak vises separat til høyre i skjerm bildet (vedlegg 3).

1.2 Sykepleieres dokumentasjon og datainnhenting

Sykepleieres evne til å arbeide i journalen med informasjonsinnhenting og dokumentasjon på en hensiktsmessig måte, er knyttet til sykepleieres evne til å foreta kliniske helsevurderinger (7). Både egen kunnskap, pasientens kunnskap og kunnskap om organisasjonen en arbeider innenfor, påvirker den kliniske helsevurderingen. Egen kunnskap inkluderer blant annet evne til:

- innhente og vurdere data
- klinisk resonnement og fortolkning
- beslutningstaking, valg av løsninger og kritisk refleksjon
- evaluering og oppfølging (7).

En annen faktor som påvirker sykepleiers helsevurderinger, er digital dømmekraft. Denne inkluderer evnen til å skille mellom hvilke opplysninger som må dokumenteres og hvilke opplysninger som ikke er relevante og nødvendige å dokumentere (7). Blant annet vil både kliniske, tekniske og personlige egenskaper påvirker hvordan sykepleieren dokumenterer i EPJ.

1.3 Valg av problemstilling

I dette studiet ønsker jeg å undersøke hvordan sykepleiere erfarer en endring i system for elektronisk pasientjournal med nytt brukergrensesnitt og funksjonalitet:

«Sykepleieres erfaring med behandlingsplan i DIPS Arena»

På bakgrunn av problemstillingen kan følgende forskningsspørsmål være aktuelle:

Ved bruk av behandlingsplan i DIPS Arena ser arbeidshverdagen annerledes ut nå enn før, og på hvilken måte? Hvordan vurderer de DIPS Arena behandlingsplan gitt funksjonalitet i sin arbeidshverdag, ved overgang fra fritekst til mer definerte maler? Opplever brukerne at de må tilpasse seg systemet eller tar systemet høyde for brukernes arbeidspraksis? Er målet om økt kvalitet på sykepleieres journalføring og et bedre samhandlingsverktøy mellom faggruppene nådd? Påvirker informantenes alder deres holdning til DIPS Arena behandlingsplan? Hvilke andre erfaringer vil informantene dele om systemet i undersøkelse, og er det andre faktorer som vil prege funnene.

Vi vet at helsesektoren er presset på kritisk kompetanse og økonomiske ressurser. Stadig utvikling og innføring av nye teknologiske tjenester skal blant annet øke pasientsikkerhet ved økt presisjonsnivå for oppfølgingen av den enkelte pasient. Jeg vil undersøke om sykepleierne opplever at DIPS Arena Behandlingsplan bidrar til denne målsettingen. Sykepleierens erfaring med hvordan bruken av DIPS Arena Behandlingsplan påvirker deres arbeidshverdag vil gi dypere innsikt om systemets funksjonalitet. Funn vil bidra til læring for videre utvikling og implementering av EPJ.

1.4 Oppgavens oppbygning

Gitt studiens problemstilling vil det være nødvendig å anvende teori fra ulike fagområder for å belyse funn i studiet. Mona Andresens masteroppgave (11) undersøker implementering av informasjon- og kommunikasjonsteknologier i virksomhetskritiske arbeidsprosesser. Hennes studie undersøker implementeringen av DIPS Arena på samme sykehus som meg, 2 år tidligere. Andresen fant blant annet at ved innføringen av systemet ble det ikke tatt tilstrekkelig høyde for totaliteten av systemet og funksjonalitet som del av en kompleks informasjonsstruktur, funksjonalitet i forhold til arbeidsflyt på sykehus og hvordan systemet påvirket en kjede av oppgaver der systemet kun er en del av kjeden. Avslutningsvis påpeker Andersen at fremtidige studier for å belyse erfaringer med Arena i en mer stabil fase kan utdype noen av hennes funn. Videre presentasjon av teori som belyser funnene redegjøres for i kapittelet som heter kunnskapsgrunnlaget.

For å belyse forskningsspørsmål ønsket jeg å gjennomføre en casestudie gjennom intervjuer ved et sykehus som bruker DIPS Arena. Sykehuset samtykket i at studien kunne gjennomføres ved sykehuset og at de ansatte kunne bruke arbeidsdagen til å bli intervjuet.

Jeg anser kvalitativ metode som mest hensiktsmessig ved uthenting av data for denne studien. Et fokusert intervju gir informanten mulighet til å belyse forhold, tema og holdninger utenfor intervju spørsmålene, og samtidig legge føringer for tematikken (12). Som metode for kategorisering av data anvendte jeg Stegvis- deduktiv induktiv metode

(SDI) etter Aksel Tjora (12). Metoden gir en tydelig og etterprøvbar studie ved systematisering av data som grunnlag for analysen.

Analysen benytter seg av NVIVO, et dataprogram for analyse av kvalitative data (QACDAS).

I analysekapittelet identifiserer jeg gjentakende fenomener for gruppering og konseptutvikling. Funnene analyseres og drøftes. Hvorpå jeg vil konkludere og gir anbefalinger til videre forskning. Forskerens rolle drøftes i et eget avsnitt.

1.5 Begrepsavklaring

EPJ – Elektronisk pasientjournal

Stille rapport – Som motstykke til muntlig rapport. Fravær av muntlig rapport.

Muntlig rapport - Foregår tradisjonelt i vaktskiftet. Avtroppende sykepleiere gir muntlig informasjon til påtroppende sykepleier, inkludert nødvendige og relevante helseopplysninger om pasienten.

Behandlingsplan – et plan-basert måte å organisere sykepleiedokumentasjon. Pasientene kartlegges, og sykepleiere utformer planen basert på en vurdering av det gitt pasientens behov for pleie.

Tiltaksplan brukes i kommunehelsetjeneste og behandlingsplan brukes i spesialisthelsetjenesten.

Digitalisering er Når elektroniske og digitale løsninger erstatter analoge, mekaniske og papirbaserte løsninger, prosesser og systemer

2 Kunnskapsgrunnlag

2.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives litteratur som kan brukes til å belyse funnene i studien. Ved bruk av SDI-metoden skal forskeren søke teori for å belyse empirien, heller enn å søke empiri som kan bekrefte teorien (12). Det er søkt etter teori ved å bruke oria. Noe litteratur er inkludert etter tilgang til ressurser fra nasjonalbiblioteket sine nettsider. Videre er det gjort søk etter snøball-metoden i litteraturlisten til noen av de relevante artiklene (13).

En stor del av informasjonsinnhenting og informasjonsutvekslingen på sykehus foregår ved bruk av system for elektronisk pasientjournal. Systemet brukes ikke isolert, men er del av omgivelsene det brukes i. Bruken av systemet påvirkes derfor både av hvor godt det passer inn i organisasjonen og dens arbeidsflyt, og hvilken grad systemet evner å løse oppgavene det er designet for (14). Tradisjonelt har den elektroniske pasientjournalen inneholdt et dokument for sykepleiejournal fra hver vakt. Studier viser at stor mengde journaldokumenter der ikke alle inneholder relevant data kan være problematisk (15-17). Liten grad av sykepleiefaglige fakta i dokumentasjonen og en tradisjon for å dokumentere for å møte lovlige dokumentasjonskrav er eksempler på innhold i journalen som er problematisert (17).

Ny teknologi for dokumentasjonshåndtering implementeres, med mål om at det skal ha en positiv effekt på det som påvirkes av sykepleiers dokumentasjonspraksis. Pasientbehandlingen, samhandling med andre og egen yrkesgrupper, tidsbruk, og informasjonstilgjengelighet er eksempler på hva en ønsker å positivt påvirke ved å innføre ny teknologi for dokumentasjon (18).

2.2 Pasientbehandlingen

Arbeidet med å organisere elementer som spiller inn på pasientbehandlingen er en stor del av sykepleieres arbeidsoppgaver. I følge Allen (19) er dette usynlig, undervurdert og komplekst arbeid. Arbeidet innebærer blant annet å innhente informasjon om pasienten for å sikre riktig helsehjelp, informasjonsutveksling med andre yrkesutøvere og forvaltning av arbeidsplassens ressurser (19).

Det er ulike meninger om arbeidet med teknologiske systemer er en del av sykepleien, eller om den skiller seg fra det sykepleiefaglige. Ved å ha et skille mellom de to kan det føre til bekymring for om det medmenneskelige aspektet ved sykepleie blir borte når sykepleieren fokuserer på tekniske arbeidsoppgaver (20). Bøgeskov m.fl. (21) undersøkte sykepleieres syn på verdien av dokumentasjon. Sykepleieres syn på dokumentasjon inkluderte dokumentasjonen som et verktøy for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen, og gjøre det lettere for kollegaer å sette seg inn i pasienten.

Ved å gå i dybden på sykepleiedokumentasjon oppdaget en annen studie at sykepleiere både i primær- og spesialisthelsetjenesten opplever det som utfordrende å dokumentere informasjon som kan støtte pasienten (22). For eksempel informasjon som er av psykososial karakter. Sykepleiere i studien uttrykte behov for at det som ble dokumentert ble sett på som «sant», og ikke-stigmatiserende for pasienten. Forfatterne påpeker at hva som oppfattes som «sant» for psykososiale data kan endre seg. Til sammenligning kan også vitale målinger endre seg, men ble av sykepleierne oppfattet som lettere å dokumentere. Fysiske, særlig tabubelagte problemer hos en pasient opplevdes også utfordrende å dokumentere. Mangelen på faglige uttrykk for problemet og følelsen av at egen aversjon i møte med for eksempel illeluktende sår brøt med yrkesetiske plikter, kunne resultere i at den kliniske observasjonen «illeluktende sår» ikke ble dokumentert i pasientens journal (22).

Tiltaksplan/behandlingsplan som grunnlag for sykepleiedokumentasjon hadde positiv effekt på sykepleiers kunnskap om sykepleietiltak til den enkelte pasient. Det gir også større fokus på helhetlig oversikt over den enkelte pasients helsesituasjon og pleiebehov (23). Bakgrunnen er at sykepleietiltak som tidligere var vektlagt i den muntlige rapporten, sto nå tydelig formulert i behandlingsplanen. Funnene støtter tidligere studier som viste positive resultater ved å bruke sykepleieprosessen i tiltaksplan som erstatter for fortløpende journaldokument. Blant funnene var at tiltaksplanen, med problem, mål og tiltak, ga bedre oversikt over pasientens situasjon og videreføring av behandlingsforløpet. Særlig var dette nyttig når sykepleierne ikke kjente pasienten fra tidligere (24). En annen studie viser at EPJ-systemets styrke er å forbedre dokumentasjonspraksis, men svakheten er å vise effekt på kliniske utfall (14).

Ved å innføre en teknisk ny og mer strukturert måte å dokumentere på i behandlingsplan, rapporterte helsepersonell at de ved knapphet på tid prioriterte å opprette behandlingsplan på de mest komplekse pasientene fordi disse hadde størst nytte av behandlingsplan. Opprettelsen av behandlingsplan på pasienter som ble vurdert til å ha mindre «nytte» av behandlingsplanen ble nedprioritert (23).

2.3 Informasjonstilgjengelighet og kvalitet på informasjonen

Helsepersonell opplever at måten man dokumenterer på påvirker informasjonsinnhenting og kunnskapsutvikling (25, 26). Kvaliteten på innholdet i sykepleiejournalen er lenge blitt problematisert. Blant annet fordi sykepleiere bruker ulike måter å dokumentere pasientens situasjon og sykepleien de yter (27). En nylig publisert oversiktsartikkel undersøkte ulike strategier for kvalitetsforbedring av sykepleiedokumentasjon. Elektronisk pasientjournal hadde positive resultater, men pasientjournalenes karakteristikk ble ikke presentert. Funnene tyder på at personlig tilbakemelding etter gjennomgang av dokumentasjonen kan øke kvalitet på sykepleiedokumentasjon (28).

En undersøkelse av opplevd informasjonskvalitet i informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommune pekte på at en standardisert mal ikke garanterer for innholdet. Selv om malen for informasjonsutveksling dekket nødvendige punkter garanterte ikke det for at malen ble fylt ut med det mottakeren opplevde som nødvendig og relevant informasjon (29). På tross av standardiserte maler for å fylle inn informasjon opplevdes derfor ikke informasjonen i journalen nødvendigvis bedre eller relevant (29).

Behandlingsplaner har vist positiv effekt på dokumentasjonskvaliteten sammenlignet med journalføring i fritekst (30). Samme studie viste samtidig at 11% av pasientene manglet behandlingsplaner selv etter 48 timer på sykehuset. Behandlingsplanens innhold manglet i mange tilfeller dokumentasjon for nødvendig og relevant informasjon (28, 30). Andre viser samtidig at sykepleiere opplevde informasjon lettere tilgjengelig i den elektroniske behandlingsplanen. Andelen pasienter som hadde behandlingsplan økte, og inneholdt mer nødvendig og relevant informasjon. Standardiserte planer, og det at funksjonsområder kom opp på skjermen når en skulle dokumentere, ble trukket frem som medvirkende til at kvaliteten på det tilgjengelige innholdet økte (31).

2.4 Informasjonsutveksling

Interaksjonsdesign fokuserer på å konstruere måten brukere interagerer med et informasjonssystem, for å belyse interaksjonsrommet og eventuelle konkurrerende interaksjoner til en ny teknologi (32). En elektronisk pasientjournal fungerer som kommunikasjonsverktøy mellom brukere og er derfor et verktøy for å formidle interaksjon mellom agenter (33). Å dokumentere i pasientjournal oppleves av sykepleiere som et verktøy for å synliggjøre eget arbeid for blant annet andre yrkesgrupper (21).

En sykehusavdeling og arbeidsprosessene som skal utføres bygger blant annet på informasjonsutveksling mellom yrkesutøvere. Utvekslingen kan foregå på ulike måter, avhengig av konteksten. Sykepleiere på jobb kan utveksle informasjon i sanntid seg imellom eller med andre yrkesgrupper, for eksempel ansikt til ansikt eller over telefon. Gule lapper, elektroniske meldinger, eller informasjon i pasientjournalen kan kommunisere med kollegaer som ikke er til stede. Informasjonsutveksling til kollegaer som er på jobb samtidig som en selv og kollegaer som er på vakt på andre tidspunkt er sentralt i å sikre helsehjelp til pasientene(7).

Andre yrkesgrupper rapporterte det som utfordrende å lete frem relevant og nødvendig informasjon i tradisjonelle sykepleiejournaler skrevet for hver vakt, på tross av at de uttrykte et ønske om å inkludere sykepleiefaglige vurderinger i sin yrkespraksis (17). Den mellommenneskelige kommunikasjonen konkurrerer med systemet og kan fungere som et alternativ til teknologien for å møte informasjonsbehovet til en av de involverte partene (14). I en setting på et sykehus er både andre sykepleiere og andre yrkesgrupper som fysioterapeut, ergoterapeut og lege, eksempler på agenter som kan benytte seg av slik konkurrerende interaksjoner for å møte sine informasjonsbehov (33). Studier viser at mer standardisert i sykepleiespråk eller dokumentasjonsmaler kan øke kvaliteten på dokumentasjonen (34). Dette samsvarer med funnene i andre studier der fastleger ønsket seg omfattende kartleggingsnotater, standardisert dokumentasjon av vaktjournalen, og en løsning for å kortfattet dokumentere unntak fra dette (17). En nylig publisert systematisk undersøkelse og analyse av Bunting et.al. (28) gikk gjennom studier på forbedring av sykepleiedokumentasjon. De fant blant annet at standardisert sykepleieterminologi som verktøy for å forbedre dokumentasjonen hadde positive resultater. De viser allikevel til usikkerhet rundt om forbedringen var av meningsfullt omfang (28). Standardisert språk i behandlingsplaner i elektronisk pasientjournal er vist å øke bruken av sykepleiediagnoser og tilhørende tiltak for disse i sykepleiedokumentasjonen (30).

2.4.1 Samhandling mellom sykepleiekollegaer

Sykepleieres syn på verdien av dokumentasjon inkluderer samhandling med sykepleiekollegaer (21). Å gjøre det lettere for kollegaer å sette seg inn i pasientens situasjon har verdi for samhandling. At egen dokumentasjon kan gjøre jobben lettere for kollegaer ble trukket frem som meningsfullt av Bøgseskov m.fl (21). En studie undersøkte påvirkninger av ulike typer standardisert sykepleiedokumentasjon i pasientjournalen. Studien støtter mye tidligere forskning på at kvalitet på dokumentasjonen ble forbedret i mange av tilfellene (35). Elektronisk pasientjournal med standardisert sykepleieterminologi forbedret kommunikasjonen mellom sykepleiere og kontinuitet i pasientbehandlingen og økte sykepleieres kunnskap (35).

2.4.2 Samhandling med andre yrkesgrupper

Erfaringer fra sykepleieres bruk av elektronisk pasientjournal fant at sykepleiere opplevde det som gunstig at sykepleiedokumentasjonen ble synliggjort sammen med journalnotater fra andre yrkesgrupper (20). Samme studie fant at andre yrkesgrupper opplevde denne synliggjøringen som uheldig, og at sykepleiedokumentene ofte ble silt bort. De andre yrkesgruppene opplevde at sykepleiedokumentasjonen var for lange, rotete og manglet faglig relevans (20). I lys av erfaringene fra introduksjon av elektronisk pasientjournal på et norsk universitetssykehus er funnene interessante. Avdelingen gikk fra å arbeide i en papirbasert tverrfaglig behandlingsplan til innføring av elektronisk pasientjournal i flere steg (36). En egalitær samarbeidskultur på tvers av profesjoner var etter mye innsats etablert og nasjonalt anerkjent. Etter ønske fra sykepleiere var den papirbaserte versjonen av sykepleiedokumentasjonen, presentert i front av journalen, likestilt med legenes journaler. Presentasjonen bidro til en likestilling mellom profesjonene. Samarbeidskulturen bar preg av en flat struktur og gjensidig likeverd. Erfaringene var før den elektroniske pasientjournalen ble innført. Gjennom flere faser for innføring av ulike funksjoner i EPJ ble samarbeidsklimaet brutt opp. Kort fortalt ble sykepleiedokumentasjonen separert fra andre yrkesgruppers journal. Separasjonen gjen-innførte en gammel kultur for tydelige hierarkiske skiller mellom profesjonene fra før sykepleiejournalen, i tverrfaglig journal, ble løftet frem med legejournalene (36). Etter implementeringen slet legene med å finne sykepleiejournaler i EPJ (36). Ny teknologi kan slik bidra til svekket samarbeid på tvers av yrkesgrupper. På tross av positive holdninger til, og ønske om elektroniske pasientjournal, opplevde ansatte at innføring av ny teknologi, førte til en destabilisering av etablert arbeidspraksis og dårligere tverrfaglig samarbeid (36).

2.5 Tidsbruk

Tid er en knapp ressurs ved utøvelsen av sykepleie. Sykepleiere bruker opptil halvparten av arbeidstiden på å dokumentere pasientoppfølging og pleieplaner (21, 37). Et av tiltakene for mer effektiv tidsbruk, er optimalisering av teknologiske hjelpemidler for sykepleiedokumentasjon, hvor den elektroniske pasientjournalen er sentral. Litteraturen tyder på at sykepleiere dokumenterer mer effektivt og bedre i elektronisk pasientjournal enn i papirbasert journal (30, 34).

En aksjonsstudie ble gjort på innføring av tiltaksplan i elektronisk pasientjournal som erstattet fritekstdokumentet. Sykepleierne skulle dokumentere mer systematisk og på en ny teknisk måte. Studien ble gjort med lite utvalg og over en kort periode. Studien fant blant annet at sykepleiere opplevde tiltaksplanen (behandlingsplanen) som tidkrevende ved mottak av ny pasient (23). Sykepleierne brukte mer tid på å finne tilstrekkelig informasjon om pasienten ved opprettelsen av tiltaksplanen, og førte til økt kvalitet på informasjonen de hadde om pasienten situasjon (23). Andre sykepleiere som gikk fra å dokumentere fortløpende, hendelsesbasert i sykepleiejournal til å bruke tiltaksplan basert på sykepleieprosessen brukte mindre tid på å få oversikt over pasientens situasjon når de tilegnet seg informasjon på inneliggende pasienter (24).

Negative konsekvenser av å innføre maler for sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal var forbundet med økt bruk av tid (35). Håndskrevne pleieplaner var mindre omfattende enn de i elektronisk pasientjournal, og det tok mindre tid å utforme dem enn i den elektroniske løsningen (35). Videre viser studien til eksempler der helsepersonell var uenige om del elektroniske standardiserte løsningen var mer effektiv. Andre eksempler kunne ikke vise at løsningen sparte tid (35). En annen studie viste ingen endring i tid brukt på dokumentering ved å innføre strukturert elektronisk pasientjournal (37).

2.6 Informasjonstilgjengelighet og kvalitet på informasjonen

Helsepersonell opplever at måten man dokumenterer på påvirker informasjonsinnhenting og kunnskapsutvikling (25, 26). Kvaliteten på innholdet i sykepleiejournalen er lenge blitt problematisert. Blant annet fordi sykepleiere bruker ulike måter å dokumentere pasientens situasjon og sykepleien de yter (27). En nylig publisert oversiktsartikkel undersøkte ulike strategier for kvalitetsforbedring av sykepleiedokumentasjon. Elektronisk pasientjournal hadde positive resultater, men pasientjournalenes karakteristikk ble ikke presentert. Funnene tyder på at personlig tilbakemelding etter gjennomgang av dokumentasjonen kan øke kvalitet på sykepleiedokumentasjon (28).

En undersøkelse av opplevd informasjonskvalitet i informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommune pekte på at en standardisert mal ikke garanterer for innholdet. Selv om malen for informasjonsutveksling dekket nødvendige punkter garanterte ikke det for at malen ble fylt ut med det mottakeren opplevde som nødvendig og relevant informasjon (29). På tross av standardiserte maler for å fylle inn informasjon opplevdes derfor ikke informasjonen i journalen nødvendigvis bedre eller relevant (29).

Behandlingsplaner har vist positiv effekt på dokumentasjonskvaliteten sammenlignet med journalføring i fritekst (30). Samme studie viste samtidig at 11% av pasientene manglet behandlingsplaner selv etter 48 timer på sykehuset. Behandlingsplanens innhold manglet i mange tilfeller dokumentasjon for nødvendig og relevant informasjon (28, 30). Andre viser samtidig at sykepleiere opplevde informasjon lettere tilgjengelig i den elektroniske behandlingsplanen. Andelen pasienter som hadde behandlingsplan økte, og inneholdt mer nødvendig og relevant informasjon. Standardiserte planer, og det at funksjonsområder kom opp på skjermen når en skulle dokumentere, ble trukket frem som medvirkende til at kvaliteten på det tilgjengelige innholdet økte (31).

2.7 Sykepleieres erfaring med å endre arbeidspraksis

Det har lenge vært løftet frem betydningen av hvordan nye systemer for pasientjournaler i helsevesenet påvirker den individuelle brukerens arbeid og identitet (36).

Helsepersonell som gikk fra å dokumentere retrospektivt i fritekst til å dokumentere i behandlingsplan basert på problem, tiltak og evaluering, erfarte endringer. Ved bruk av elektronisk strukturert journalføring møtte sykepleierne en mer formalisert tilnærming til behandling av pasientdata. Sykepleierne mente likevel at nye tilnærminger gjenspeilet arbeidspraksisen fra før endringen (23).

Studie av sykepleiers erfaringer med å endre arbeidspraksis fant fire hovedkategorier som kategoriserer sykepleierens erfaringer: «Historie», «det er mye jobb», «dette bare skjer med oss» og «det beste for pasienten». (38). Kategoriene er i det følgende nærmere beskrevet:

Historie - Studien avdekket at graden av hvor mye historie påvirket sykepleierens evne til å adaptere ny praksis var påvirket av hvor mye erfaring de hadde med tidligere praksis. Sykepleiere som ikke hadde arbeidet så lenge, ikke hadde samme erfaringene med tidligere praksiser, tidligere (feilede eller suksessfulle) praksisendringer. Den nye måten ble derfor lettere adaptert av nye sykepleiere dels fordi endringen ikke var like utfordret av integrerte arbeidsmåter i deres yrkesutførelse (38). For erfarne sykepleiere opplevde de utfordringer med å huske den nye måten å føre pasientjournal i en travel arbeidshverdag.

Det er mye jobb - Beskriver sykepleierens bevisste kontinuerlige innsats for å arbeide etter den nye arbeidspraksisen. Denne innsatsen kom på toppen av andre arbeidsoppgaver og kunne oppleves krevende. Å endre arbeidspraksis opplevdes videre vanskelig hvis ikke alle som ble påvirket av endringen tok den til seg og fulgte den nye måten å gjøre det på, samtidig (38).

Dette bare skjer med oss - Sykepleiere opplever en forordnende forpliktelse fra noen høyere oppe i organisasjonen om å endre praksis. Selv om praksisendring ble introdusert på personalmøter, gjennom flyveblad og e-post opplevde sykepleiere usikkerhet om hvor endringen kom fra og hvorfor. Individuelle antakelser om bakgrunnen og intensjonen for endringen påvirket holdningen til endringen (38).

Det beste for pasienten - beskriver at på tross av utfordringer knyttet til endringer i arbeidspraksis var de positive til endringen. De ønsket å gjøre det som var best for pasienten, og stolte på at den nye praksisen var nettopp en slik forbedring (38).

Videre belyser temaet utfordringer med å akseptere endringer der man ikke tror eller har fått beskjed om at det skal resultere i noe som er bedre for pasienten, for eksempel endringer som var ment for å redusere skader hos sykepleiere ble ikke vurdert som like viktige å akseptere (38).

2.8 Pasientbehandlingen

Arbeidet med å organisere elementer som spiller inn på pasientbehandlingen er en stor del av sykepleieres arbeidsoppgaver. I følge Allen (19) er dette usynlig, undervurdert og komplekst arbeid. Arbeidet innebærer blant annet å innhente informasjon om pasienten for å sikre riktig helsehjelp, informasjonsutveksling med andre yrkesutøvere og forvaltning av arbeidsplassens ressurser (19).

Det er ulike meninger om arbeidet med teknologiske systemer er en del av sykepleien, eller om den skiller seg fra det sykepleiefaglige. Ved å ha et skille mellom de to kan det føre til bekymring for om det medmenneskelige aspektet ved sykepleie blir borte når sykepleieren fokuserer på tekniske arbeidsoppgaver (20). Bøgeskov m.fl. (21) undersøkte sykepleieres syn på verdien av dokumentasjon. Sykepleieres syn på dokumentasjon inkluderte dokumentasjonen som et verktøy for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen, og gjøre det lettere for kollegaer å sette seg inn i pasienten.

Ved å gå i dybden på sykepleiedokumentasjon oppdaget en annen studie at sykepleiere både i primær- og spesialisthelsetjenesten opplever det som utfordrende å dokumentere informasjon som kan støtte pasienten (22). For eksempel informasjon som er av psykososial karakter. Sykepleiere i studien uttrykte behov for at det som ble dokumentert ble sett på som «sant», og ikke-stigmatiserende for pasienten. Forfatterne påpeker at hva som oppfattes som «sant» for psykososiale data kan endre seg. Til sammenligning kan også vitale målinger endre seg, men ble av sykepleierne oppfattes som lettere å dokumentere. Fysiske, særlig tabubelagte problemer hos en pasient opplevdes også utfordrende å dokumentere. Mangelen på faglige uttrykk for problemet og følelsen av at egen aversjon i møte med for eksempel illeluktende sår brøt med yrkesetiske plikter, kunne resultere i at den kliniske observasjonen «illeluktende sår» ikke ble dokumentert i pasientens journal (22).

Tiltaksplan/behandlingsplan som grunnlag for sykepleiedokumentasjon hadde positiv effekt på sykepleiers kunnskap om sykepleietiltak til den enkelte pasient. Det gir også større fokus på helhetlig oversikt over den enkelte pasients helsesituasjon og pleiebehov (23). Bakgrunnen er at sykepleietiltak som tidligere var vektlagt i den muntlige rapporten, sto nå tydelig formulert i behandlingsplanen. Funnene støtter tidligere studier som viste positive resultater ved å bruke sykepleieprosessen i tiltaksplan som erstatter for fortløpende journaldokument. Blant funnene var at tiltaksplanen, med problem, mål og tiltak, ga bedre oversikt over pasientens situasjon og videreføring av behandlingsforløpet. Særlig var nyttig når sykepleierne ikke kjente pasienten fra tidligere (24). En annen studie viser at EPJ-systemets styrke er å forbedre dokumentasjonspraksis, men svakheten er å vise effekt på kliniske utfall (14).

Ved å innføre en teknisk ny og mer strukturert måte å dokumentere på i behandlingsplan, rapporterte helsepersonell at de ved knapphet på tid prioriterte å opprette behandlingsplan på de mest komplekse pasientene fordi disse hadde størst

nytte av behandlingsplan. Opprettelsen av behandlingsplan på pasienter som ble vurdert til å ha mindre «nytte» av behandlingsplanen ble nedprioritert (23).

2.9 Sykepleieres erfaring med å ta i bruk ny teknologi

En tidlig studie på elektronisk pasientjournalssystem som hadde veiledende behandlingsplaner der sykepleierne kunne velge mellom diagnoser, viste at sykepleiere opplevde det å kunne lete i sykepleiediagnoser i en veiledende behandlingsplan som hjelpsomt. Det reduserte behovet for å huske på ting og diagnoser og kunne hjelpe til å lage behandlingsplan på pasienter der de selv ikke automatisk kom på en sykepleiediagnose. Det var en forskjell mellom bruk hos erfarne og ferske sykepleiere, der de ferske sykepleieren anså behandlingsplanen mer hjelpsom mens de erfarne sykepleiere i mindre grad benyttet seg av den veiledende behandlingsplanens forslag (26).

En studie som undersøke sykepleiers erfaring med å integrere et tidligere papirbasert kartleggingsverktøy i den elektroniske pasientjournalen viste at opprettelsen av behandlingsplanen i elektronisk pasientjournal opplevdes som krevende (39). De videre stegene i bruk av behandlingsplanen var mindre utfordrende. Noen sykepleiere unngikk å opprette denne behandlingsplanen og overlot oppgaven til ressurspersoner når de kom på vakt. Selv om sykepleierne opplevde det elektroniske verktøyet som vanskelig og krevende å bruke hadde de en gjennomgående positiv holdning til verktøyet. Noe av begrunnelsen var en opplevd økt kvalitetssikring av sykepleien, mer systematisk måte å dokumentere på og lettere å gjenfinne ønsket informasjon i pasientjournalen. Videre opplevdes tiltaksplanen/behandlingsplanen som et verktøy for kunnskapsutvikling, en kunnskapskilde (39).

En tidligere omtalt studie fant at innføring av sykepleiedokumentasjon i tiltaksplan/behandlingsplan økte bevisstheten på arbeidsoppgavene og at det slik ble lettere å delegerer arbeidsoppgaver ved behov (23). Informantene ønsket å fortsette med mer systematisk tiltaksbasert form for dokumentasjon på tross av at de opplevde det som tidkrevende. Studien fant også at sykepleierne endret tidspunkt for dokumentering, fra å dokumentere på slutten av vekten, til å dokumentere i løpet av vekten når en arbeidsoppgave i tiltaksplanen var gjennomført. (23).

2.10 Oppsummering

Kapittelet har sett på litteratur som belyser hva som kan påvirker sykepleieres erfaring med bruk av DIPS Arena behandlingsplan som verktøy for dokumentasjon av sykepleie.

Gjennomgående funn ved andre studier og litteratur er at innføringen av EPJ øker kvaliteten på sykepleiernes dokumentasjon. Det er imidlertid noen utilsiktede konsekvenser av innføring av teknologiske løsninger for pasientjournalen. Den interne arbeidskulturen kan bli påvirket og forholdet mellom yrkesgruppene kan forskyves ved at hierarkiske strukturer forsterket. Pasientoppfølgingen antas å ha blitt forbedret, dog påvises det noen svakheter ved at enkelte observasjoner i mindre grad enn før

dokumenteres. Informasjonsutvekslingen hadde noen påviste sårbarhetspunkter etter hvor behandlingsplanen ble plassert i EPJ. Samhandlingen mellom sykepleiere ble bedre ved bruk av standardisert sykepleieterminologi. Funn i tidligere undersøkelser spriker når det gjelder tidsbruk. På den ene siden viser det seg at EPJ fører til en tydeligere kommunikasjon når det brukes rett, og derved redusert tidsbruk. På den annen side kunne det føre til mer tidsbruk ved at det var nødvendig å kompensere for manglende informasjon i det elektroniske systemet. Sykepleiernes erfaring med å ta i bruk ny teknologi og deres evne til å endre arbeidspraksis reflekterte et sammensatt bilde. Sykepleiere ønsket å fortsette med mer systematisk tiltaksbasert form for dokumentasjon på tross av at de opplevde det som tidkrevende. Studien fant også at sykepleierne endret tidspunkt for registrering i systemet.

I neste kapittel skal vi se på hvordan konsepter som kunnskapsgrunnlaget er bygget på er kommet frem gjennom bruk av metoden.

3 Metode

3.1 Innledning

I metodekapittelet presenterer jeg den metodiske til nærmingen jeg finner mest relevant for å forberede, gjennomføre og å komme frem til funn. Funnene presenteres i kapittel 4 og vil i kapittel 5 bli underlagt analyse og drøfting. I kapittelet beskriver jeg hvordan jeg gikk frem for å innhente informasjon og begrunner de valg jeg har tatt.

For å belyse forskningsspørsmålet ønsket jeg å gjennomføre en casestudie gjennom intervjuer ved et sykehus som bruker DIPS Arena. Sykehuset samtykket til at min undersøkelse kunne foretas ved sykehuset og at de ansatte kunne bruke arbeidsdagen til å bli intervjuet. Jeg intervjuet klinikere om deres erfaring med DIPS Arena. Anbefalingen fra sykehuset var å rekruttere sykepleiere i avdelingen jeg tidligere var ansatt da det kunne bidra til en bedre rekruttering av informanter. Den indremedisinske avdelingen har mange pasienter som krever komplekse behandlingsplaner. Antagelsen var derfor at disse sykepleiere både var positivt innstilt til å delta i mitt forskningsprosjekt, og besatt bred og god kompetanse med behandlingsplanen.

Avdelingsleder godkjente prosjektets gjennomføring på avdelingen, og personvernombud på sykehuset godkjente intervjuguide og samtykkeskjemaet til informantene før intervjuene ble gjennomført, etter at prosjektet fikk godkjenning fra NSD (vedlegg 6, vedlegg 7, vedlegg 8).

Jeg utførte fokusert intervju. Fokusert intervju er korte og har en mer strukturert form enn dybdeintervju (12). Fokusert intervju vil kunne gjennomføres fordi tematikken er begrenset, og ikke følsom. Som tidligere kollega ville jeg kunne etablere trygghet og tillitt i intervjusituasjonen relativt raskt, og vi kunne raskt komme til hoveddelen av intervjuet med spørsmål om casen. Diskusjon rundt min rolle som tidligere kollega på avdelingen vil diskuteres sist i kapittelet. Jeg gjennomførte intervjuene på informantenes arbeidsplass, på et samtalerom, enten i arbeidstiden eller direkte etter arbeidstid.

Informantene fikk utdelt invitasjon til intervju og samtykkeskjema i et, som måtte signeres før intervjuene kunne gjennomføres. Intervjuene ble tatt opp på en lydopptaker og data lagret i henhold til NTNUs retningslinjer for datahåndtering. Lydopptaket ble igangsatt etter en kort introduksjon, før spørsmålene ble stilt. Jeg transkriberte intervjuene og veileder hadde tilgang til transkripsjonene. Lydopptakene ble slettet når de var transkribert.

Jeg anser kvalitativ metode som mest hensiktsmessig ved uthenting av data for denne studien. Et personlig intervju gir informanten mulighet til å belyse forhold, tema og holdninger utenfor intervju spørsmålene som ikke fanges opp av spørsmål i en kvantitativ spørreundersøkelse. Der den kvantitative metoden kan tilrettelegge for å tallfeste og knytte empiri opp til teori, søker den kvalitative metoden å knytte teori til empiri (13). Studien søker innsikt i erfaringer med bruk av et nytt system for EPJ, DIPS Arena behandlingsplan, hos brukere som har erfaring med en eldre og annerledes versjon av systemet, DIPS Classic. En styrke med kvalitativ forskning er at den kan gå dypere i fenomener som oppstår i intervjuene. Selv om en søker å gå i dybden, samt åpne for erfaringer som ikke er formulert i intervju spørsmålene, kan ikke kvalitativ metode

garantere for at informantene deler all relevant erfaring for et gitt tema (12). Det er allikevel en metode som øker sannsynligheten av å belyse fenomenet i dybden sammenlignet med kvantitative undersøkelser.

Som metode for kategorisering av data er det benyttet Stegvis deduktiv- induktiv metode introdusert av Aksel Tjora (12). Det var nødvendig med en systematisering og koding av data som grunnlag for analysen. I analysen vil jeg identifisere gjentakende fenomener for gruppering og konsepter. Konsepter bringer empirien videre til funn som utgangspunkt for den videre drøftingen med påfølgende konklusjon og anbefalinger. Metoden vil belyse erfaringer hos et utvalg sykepleiere på en strategisk utvalgt sengepost. Antall informanter er 10 personer. Casestudien krever at utvalget har erfaring med tema, hvilket er sikret gjennom strategisk valg av avdeling og presentasjon av forskningsspørsmålet for mulige informanter. Utvalget er spesifikt til den utvalgte avdelingen, og annen empiri kan finnes på andre avdelinger. Denne avdelingen ble valgt blant annet fordi avdelingen er stor og sammensatt hva gjelder ansatte, pasienter og diagnoser slik at behandlingsplanene sykepleierne arbeider med varierer både i kompleksitet og omfang.

Arbeidshverdagen på sykehuset er hektisk. Ledelsen og ansatte har erfaring med å forholde seg til kvalitative undersøkelser. Gjennom godt samarbeid med ledelsen, planlegging og god informasjon var prosjektet gjennomførbart.

3.2 Case-studie

En case-studie foregår innenfor allerede eksisterende rammer for utvalg (4). Forskningsspørsmålet og følgende avgrensning la rammen for hvor informantene kunne rekrutteres fra. Avdelingen var unik i sykehussammenheng fordi den var pilot for innføring av behandlingsplan i DIPS Arena i somatikken. Som følge av dette hadde sykepleierne der mest erfaring med bruk av behandlingsplan i DIPS Arena på hele sykehuset. David Silverman (2014) sier at «En case-studie prøver å skape «analytiske generaliseringer» om sosiale prosesser» (40). Herunder er bruken av nytt EPJ-system på medisinsk avdeling denne sosiale prosessen. Ved å undersøke et case har man mulighet til å la forskningsprosessen avdekke nye, mer interessante fenomener som en ikke hadde tenkt på før en begynte, og slik tilpasse intervjuguide og utvalg (40). I denne studien kom det til uttrykk blant annet slik: Det ble tidlig avdekket at et av spørsmålene i intervjuguiden var vanskelig for sykepleierne å forstå. Ved senere intervjuer ble det lagt til en overgang til spørsmålet der bakgrunnen for spørsmålet ble forklart. Samtidig ble spørsmålet omformulert ved å bruke mer dagligdagse ord. Det ble også klart at noe av ordlyden i intervjuguiden ikke var relevant. Det spørsmålet modifiserte jeg muntlig under intervjuet. Spørsmålet dreide seg om struktur og standardisering.

Videre skal case-studien tillegge vekt på enkelt-hendelser. Case-studien kan være bedre egnet enn andre metoder til å motbevise forutinntatte antakelser enn å bekrefte dem (40) (fra Flyvbjerg, 2004:429). Funn-kapittelet i denne studien belyser erfaringer med varierende grad av konsensus blant informantene. Slik får leseren økt innsikt i fenomenet som studeres.

Ved å bruke strategisk utvalg for intervjuer i en case rekrutterer man informanter fra en gruppe mennesker som er sannsynlig å ha erfaring med fenomenet som undersøkes

(12). Denne måten å gjøre utvalg på umuliggjør systematisk utvalg, og det tilkommer derfor et krav om at forskeren faglig forsvarer utvalget som er gjort (13). Sykepleierne ble rekruttert til intervju ved en presentasjon på avdelingen. Det ble opplyst om undersøkelsen ved avdelingens vaktrom og ved oppslag på veggen. Rekrutteringen foregikk ved at informantene som var interessert oppsøkte forskeren og fikk utdelt samtykkeskjema som de fleste signerte der og da.

Informantenes alder strakk seg fra 26 år til 31 år. Alle informantene var etnisk norske kvinner. Samtlige informanter hadde erfaring med å bruke DIPS Classic, og var med på overgangen til DIPS Arena. De hadde lik erfaring med å bruke Behandlingsplan i DIPS Arena, ca. 2,5 år. Erfaring i helsevesenet inkludert arbeid før og under sykepleieutdanningen varierte fra 4,5 til 10 år, med et gjennomsnitt på 7,5 år. Alle informantene hadde erfaring med et annet system for elektronisk pasientjournal, enten gjennom arbeid som sykepleier eller gjennom arbeid eller praksis før og under sykepleiestudiet. Alle informantene kan derfor regnes som å ha erfaring med elektronisk pasientjournal, og å bruke ulike systemer for elektronisk pasientjournal før de begynte å bruke DIPS Arena. En idé før utvalget var samlet og datainnhenting var gjennomført var å undersøke om alder, arbeidserfaring og erfaring med elektronisk pasientjournal påvirket sykepleiernes erfaring med DIPS arena behandlingsplan.

Det at informantene ble rekruttert ved selv å oppsøke forskeren kan ha ført til skjevheter i utvalget. Det kan være karakteristikk ved disse personene som skiller dem fra andre mulige informanter på avdelingen og som kan påvirke funnene. Disse kan ha et sterkere ønske om å dele positive eller negative erfaringer enn andre sykepleiere på avdelingen. Ønsket om å delta kan også ha vært påvirket av at informantene kjente forskeren fra tidligere, og det kan ha vært personlig motivasjon om å «gjøre en tjeneste». Ved at deltakerne selv måtte oppsøke forskeren ble det forsøkt å redusere skjevhet i utvalget. Metoden kalles utvelgning ved selvseleksjon (41). Bruk av selvseleksjon ved rekruttering utelukker ikke skjevhet. Studien mangler erfaringer fra deltakerne som ikke ønsker å delta, og som muligens skiller seg fra erfaringene som belyses i funnene. Spørsmål og utsagn som gjentok seg fra potensielle informanter, omhandlet i stor grad uttrykk for usikkerhet for om de hadde godt nok teknisk forståelse til å kunne bidra i en studie som undersøkte et system for elektronisk pasientjournal. De ble da fortalt at studien ønsket å undersøke hvordan vanlige sykepleiere som brukere opplevde systemet, og at de hadde verdifull erfaring som brukere av begge disse systemene, som folk med «høyere» teknisk kompetanse ikke vil kunne uttale seg om.

Samtykkeerklæringene (vedlegg 5) gav meg tilgang til en gruppe informanter som jeg da fulgte opp og avtalte intervju med. Flere informanter uttrykte ønske om å gjøre intervjuet «der og da», eller i løpet av arbeidsdagen. De som hadde uttrykt sterkt ønske om å delta i studien uten å ha signert skjema, fulgte jeg opp med direkte kontakt én gang til for å undersøke om de ville intervjues. Resultatet var deltagelse fra to informanter som hadde ventet på å bli kontaktet. Frivillig deltagelse samt en forståelse for om det ikke passet å gjennomføre intervju, ble vektlagt i kontakt med informantene. På bakgrunn av det ovenstående konkluderer jeg med at utvalget kan ha skjevheter, men utvalget har erfaringene det søkes etter for å belyse forskningsspørsmålet.

3.3 Intervju

Det fokuserte intervjuet anbefales der temaet som skal undersøkes er begrenset, ikke-sensitivt og forskeren har mulighet til å danne god relasjon til informanten relativt raskt. Det fokuserte intervjuet har en ramme på maks 30 minutter, og en snitt-tid på 12 minutter (12). Før intervjuene starter må tema være tydelig avgrenset av forskeren på forhånd (12), da tidsrammen ikke tillater at intervjuobjektene snakker om andre tema enn det som er fokus for undersøkelsen.

For å gjøre deltakelse i studien beleilig for informantene, og i et forøk på å øke deltakelse i studien, falt valget på å intervju informantene på deres arbeidsplass.

Forskningsprotokollen la en plan for setting, der informantene på forhånd skulle ha avtalt tid for intervjuet. Det var planlagt å tilby beskjeden oppvarming. Det viste seg dog at flere av informantene så forskerens tilstedeværelse på avdelingen som en mulighet for å gjennomføre intervjuene på stående fot. Derfor ble de fleste intervjuene spontant gjennomført på et avlukket rom i tilknytning til avdelingen når det passet for informantene. Flere av informantene uttrykte at intervjuformen som fokusert intervju gjorde at det var gjennomførbart i løpet av arbeidsdagen. Intervjuene i denne studien hadde en varighet på mellom 12 og 28 minutter med en snitt-tid på 17,9 minutter.

Min tilstedeværelse på arbeidsplassen uten noen annen plan enn å rekruttere og svare på spørsmål, gjorde at informantene tok kontakt og vi gjennomførte intervju når de var ferdig med noen arbeidsoppgaver og selv opplevde at de hadde en lomme av tid til intervju. Sykehusavdelingens dynamikk la en forventning fra forskerens side om avbrudd i form av alarmer eller telefoner til informantene. Overraskende nok ble alle intervjuene på avdelingen gjennomført uten avbrudd. Noen informanter uttrykte ønske om å møtes utenfor arbeidsplassen for å gjennomføre intervjuet. Studiens forskningsspørsmål har ingen direkte ramme for at selve intervjuene må gjennomføres i arbeidsmiljøet på sykehusavdelingen, og ønsket ble derfor imøtekommet.

Intervjuguide (Vedlegg 4a, 4b) skal skape rammen for intervjuet (12). Videre eksisterer det gjensidige forventninger mellom intervjuer og informant om hvem den andre er. Karakteristikk hos den ene kan skape forventninger fra den andre om felles forståelse. Forskeren må derfor særlig i situasjoner der felles karakteristikk som for eksempel alder, kjønn og livssituasjon likner og er relevante for undersøkelsen påta seg en rolle av naivitet (12). Ved gjennomføring av intervjuene ble både åpne og spissede oppfølgingsspørsmål benyttet for å unngå opplevelsen av en «felles sannhet» som ikke ble verbalisert. For eksempel ble en påtatt rolle av naivitet benyttet i situasjoner underveis i intervjuene der informantene kom med ufullstendige svar, eller det var uklart hva informantene mente. Forskerens rolle som tidligere kollega og bruker av systemet viste seg gjentatte ganger ved at jeg opplevde å ha egen erfaring som liknet på informantenes erfaringer. Det ble forsøkt å skjule opplevelsen gjennom en påtatt naivitet. Mulige konsekvenser ved forskerens nærhet til casen og informantene diskuteres ytterligere ved flere anledninger senere i oppgaven.

Intervjuguide brukes for å strukturere intervjuene, og kan utarbeidet på ulikt vis (12). Intervjuguiden ledsager forsker og informant gjennom intervjuets ulike faser – oppvarming, refleksjon og avslutning. Den kan også gi en opplevelse av seriøsitet (12). Intervjuguiden inkluderte i tillegg en introduksjonsdel. Introduksjonen presenterte informantene for forskeren, bakgrunn for studien og aktuelt tema, samt

intervjumetodens karakter. Informantene ble gitt en påminnelse om anonymitet, frivillige deltakelse og mulighet til å trekke seg underveis, samt tidsrammen for intervjuet. Hensikten var å lede informantens tanker inn på fenomenet som ble studert, gi rolleavklaring, og skape en felles forståelse for hensikten med intervjuet (13). Lydopptaket ble startet etter introduksjonen. Oppvarmingsspørsmålene var lukkede. Noen av oppvarmingsspørsmålene belyste karakteristikk ved informantene som allerede var kjent – for eksempel at de hadde erfaring både med DIPS Classic og DIPS Arena. Hensikten med disse spørsmålene var å bevisstgjøre informanten på egen rolle og egne erfaringers relevans for forskningsspørsmålet ved at de bekrefter erfaring med fenomenet som undersøkes. Kjernen i intervjuet var bygget opp av åpne, men målrettede spørsmål, med eventuelle oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene var organisert etter tema, der forskeren introduserte tema for påfølgende spørsmål med den hensikt å lede informantens fokus. De åpne spørsmålene legger til rette for refleksjon, og med bruk av oppfølgingsspørsmål eller utdypende spørsmål som «hvordan», «hvorfor», «på hvilken måte ...», også gjenta noe av svaret, kan en søke dybde i erfaringene (12). Slik hjelper forskeren å søke egenopplevde erfaringer hos informanten, og slik unngå at svarene baserer seg på generelle betraktninger om fenomenet fra informantens side (12).

Spørsmålene i intervjuenes hoveddel tok for seg sykepleiers erfaring med DIPS Arena behandlingsplan med tema som:

- Hvordan systemet støtter sykepleierens arbeid
- Endringer i arbeidshverdagen etter implementeringen av nytt system
- Rutiner for journallesing og dokumentering før/nå
- De veiledende behandlingsplanenes opplevde «kvalitet»
- Informasjonsutveksling før/nå
- Tilgang på nødvendig informasjon
- Med andre sykepleiere
- Med andre yrkesgrupper
- Tidsbruk for journallesing og dokumentering (informasjonsutveksling) før/nå

Temaene over ble dekket gjennom flere spørsmål med ulik vinkling, for å søke at ikke en enkelt formulering av et spørsmål satte rammene for, og dermed «mistet» viktige erfaringer om bruk av systemet.

Avslutningsvis ble informantene spurt om de ønsket å legge til noe om behandlingsplan i DIPS Arena. Hensikten var å åpne opp for å belyse fenomenet på en måte forskeren ikke hadde forutsett. Responsen på spørsmålet varierte. Noen informanter sa tvert «nei», mens andre delte erfaringer som ikke var relevant for forskningsspørsmålet. Flere informanter brukte anledningen til å oppsummere erfaringene belyst underveis i intervjuene og trekke frem det de mente var viktigst. I tillegg var det flere tilfeller der informantene belyste erfaringer med bruk av systemet som ikke hadde kommet frem tidligere i intervjuet, og som ble oppfattet som relevant for forskningsspørsmålet.

3.4 Analysemetode

Analysemetoden skal gi mening til empirien (13). Stegvis- deduktiv induktiv metode (SDI-modellen) er en analysemetode presentert av Aksel Tjora (12). Metoden bruker empirien til å danne koder, som videre kategoriseres. Dette skaper grunnlag for å utvikle konsepter og teori. Disse skal igjen testes mot empirien (12). Den skal ha et nysgjerrig, utforskende utgangspunkt med mål om en generaliserbar forståelse (12). Det sentrale ved SDI-metoden er å ha tro på empirien, og støtte forskeren i sin analyse uten å måtte knytte det til konsepter, og unngå å trekke for raske slutninger (12).

3.4.1 Koding

SDI-modellen har kun et kodenivå og skal være rent induktiv. Man koder datamaterialet, transkripsjonen, med for eksempel ord eller setninger som representerer det som blir kodet. En kan kode setninger eller avsnitt, gjerne med informantens egne ord. Det er her viktig at kodene beskriver hva som sies, ikke hva som svares på. «Empirinær kode skal uttrykke kjernen i materialet, redusere volumet og gi utgangspunkt for videre idégenerering basert på oversikt over detaljer i datamaterialet» (Tjora, s. 197) (12) Det er brukt et dataprogram for analyse av kvalitative data (CAQDAS), NVIVO. Dataprogram for analyse av kvalitative data anbefales av Tjora for å sikre bånd mellom kodene og empirien kodene representerer (12). For studenter ved NTNU er NVIVO tilgjengelig for gratis nedlastning gjennom universitetets nettressurser.

Intervjuene ble transskribert, transkripsjonene ble kodet der man lager empirinære koder i den første. Etter at man har kodet en hel tekst, gjentas prosessen med neste dokument og koder materialet inn i de samme kodene, eller nye koder der er behov for det. Slik kodes alle transkripsjonene med fokus på empirinær koding for hvert intervju (12). Som forventet ved bruk av denne metoden, resulterte det i mange koder. Kodingen i denne studien førte til 201 koder.

Kodene kan alene brukes til å finne empiri som er interessant for videre analyse, uten at man må gå tilbake til transkripsjonen. Ved å gjøre en kodetest skal man avdekke om kodene er empirinære eller kun sortert etter empiri. Etter alt datamateriale er kodet kan man se hvor hyppig ulike koder finnes i teksten og få oversikt over alle kodene i datamaterialet. Elementer i empirisk data som forskeren ser gjennom datagenerering eller koding som trigger analytiske idéer kalles empirisk-analytiske referansepunkter. Disse kan man ta vare på i notater, uten at man konkluderer, men som lagring av idéer en kan komme tilbake til senere (12). I løpet av kode-prosessen ble noen av kodene derfor tatt vare på i et separat notat med hensikt å potensielt bruke dette videre i drøftingen.

3.4.2 Kodegruppering

Når alle transkripsjonene er kodet grupperes kodene i større grupper. Kodegruppene danner grunnlag for resultatene, og brukes videre til å skape konsepter og videre teorier (12). Kodene ble gjennomgått igjen og igjen og gruppert sammen med andre koder de tematisk kunne assosieres med. Hvis det ikke fantes eksisterende grupper for en kode, ble en ny kodegruppe opprettet som anbefalt (12). Kodene man anser som irrelevante kan også sorteres i en restgruppe, fordi man i grupperingsarbeidet begynner å finne kursen for videre analyse. For eksempel ble alle koder som snakket om karakteristikk ved

informantene sortert for seg selv. Koder som belyste temaer som ikke var relevante for forskningsspørsmålet ble også sortert i en restgruppe. Kodene grupperes til de er flyttet inn i grupper som representerer det kodene beskriver. Ved å kontinuerlig anvende en grupperings-test sikrer man at kodene i en gruppe kan assosieres med hverandre og skiller seg fra andre kodene og temaene i andre kodegrupper(12).

Kodegruppene i studien (utenom karakteristikker ved informanten) endte opp på seks grupper med en restgruppe: Sykepleieren før påvirker informasjonskvalitet, en god behandlingsplan – nyttig verktøy, arbeidsdagens forløp endres, lav bruk av samhandlende profesjoner, dokumentasjonsarbeidet krever arbeid, sparer tid på dokumentering. Disse kodegruppene danner så grunnlag for temaer i analysen.

3.4.3 Konseptutvikling

I konseptutviklingen bruker en kodegruppene som utgangspunkt, men lar det teoretiske ta mer plass i søken etter hvilke problem eller fenomen *empirien* egentlig handler om (12). I studiet ble det gjort ved å ta utgangspunkt i kodegruppene og kombinere dem og temaer fra empirien i drøftingen. Oppgavens analyse og drøfting samt konklusjon i kapittel 5 og 6 besvarer forskningsspørsmål og belyser konsept som empirien snakker om.

3.5 Drøfting av forskerens rolle

De fleste informantene hadde en relasjon til meg som gjennomførte intervjuet som en tidligere kollega. Jeg hadde en antakelse om at mange av informantene var klar over min interesse for helseinformatikk samt studie bak mastergraden, og dermed også interessen for DIPS Arena. Informasjon om prosjektet både i rekrutteringsprosessen og introduksjonen for intervjuene, avdekket at selv om flere visste at jeg studerte, hadde ingen inngående kunnskap verken om interessefeltet mitt eller akkurat hva det var jeg studerte. Informantenes deltagelse er frivillig, og de underskrev et informert samtykke. Skjema ble lagret innelåst hjemme hos meg. Intervjuene inkluderte ikke personopplysninger. Funn kan ikke kunne spores til den enkelte deltaker. Data lagres etter NTNUs retningslinjer på sikker server.

Avdelingen hvor undersøkelsen fant sted vil være anonymisert i oppgaven. Personer og organisasjoner med kunnskap om prosjektet og om avdelingens tidligere pilot-status, vil kunne identifisere avdelingen. Både avdelingen og gruppen informanter er imidlertid såpass stor at identifisering av den enkelte informants stemme er lite sannsynlig (42).

Ved transkribering av intervjuene noterte jeg meg at målet om en påtatt naivitet til det studerte fenomenet ved gjennomføring av intervju, som beskrevet over, bare delvis var nådd. Min vurdering er likevel at de ikke influerte validiteten av hva som kom fram i intervjuene. Nettopp på grunn av den tilliten basert på kjennskapet mellom intervjuer og respondent, var det en tone av ærlige ytringer og tillit til at anonymiteten ville overholdes av intervjuer.

3.6 Oppsummering

Dette kapitlet har tatt for seg hvordan kunnskapsgrunnlaget er kommet frem. Videre har kapitlet beskrevet hvordan case-studiet er gjennomført ved bruk av fokusert intervju. Intervjuene genererte en stor mengde data som ble kodet ved hjelp av SDI-metoden. Videre viser kapitlet styrker og svakheter ved valgt metode og forskerens rolle. I neste kapittel presenteres funnene som fremkom ved gjennomføring av studien.

4 Funn

4.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres funn fra intervjuer gjort med sykepleiere på generell medisinsk sengepost. Informantene deltok på fokuserte intervjuer som var basert på samme intervjuguide. Spørsmålene søkte å belyse erfaringer sykepleierne hadde med bruk av behandlingsplan i DIPS Arena sammenlignet med bruk av fortløpende journalnotat med tilhørende behandlingsplan i DIPS Classic. Spørsmålene søkte å belyse erfaringer med den nye teknologiens påvirkning på arbeidsdagen, blant annet knyttet til tema som tidsbruk, informasjonsutveksling og samhandling, og informasjonstilgjengelighet.

Kodegruppene i studien endte opp på seks grupper og en restgruppe:

- en god behandlingsplan – nyttig verktøy
- arbeidsdagens forløp endres
- lav bruk av samhandlende profesjoner
- dokumentasjonsarbeidet krever arbeid
- sparer tid på dokumentering
- individuell variasjon

Disse kodegruppene danner så grunnlag for temaer i analysen. Kodegruppene er også brukt for å presentere funn, som det fremkommer av det følgende.

4.2 «en god behandlingsplan» - «dokumentasjonsarbeidet krever arbeid»

Sykepleierne har delt erfaringer for hvordan systemet oppleves i bruk gjennom en arbeidsdag. Arbeidsdagen inkluderer ulike interaksjoner med en pasientjournal, en av disse er når sykepleierne mottar en ny pasient og skal opprette behandlingsplan. Tidligere brukte de kartleggingsnotat med satte punkter som skulle fylles ut ved mottak av nye pasienter på sengeposten. Den nye løsningen var endret og prosessen delt. Et krav til innkomsten var å opprette behandlingsplan og bruke en veiledende behandlingsplan for innkomst på medisinsk sengepost. Denne inneholdt en rekke sykepleieintervensjoner og tiltak for blant annet kartlegging som skulle være gjennomført innen en tidsfrist. Samtidig skulle sykepleieren selv velge aktuelle sykepleiediagnoser, mål og tiltak med forordninger ved å enten bruke andre veiledende behandlingsplaner eller behandlingsplaner de selv satt sammen, ofte en kombinasjon av disse. En veiledende behandlingsplan kan brukes for én sykepleiediagnose, mens andre fokusområder krever opprettelse av egen plan. Pasientene har som hovedregel flere fokusområder/sykepleiediagnoser og behandlingsplanen kan bestå av en kombinasjon av

flere med tilhørende mål, tiltak og forordninger. Sykepleierne opplevde opprettelsen av behandlingsplanen som tidkrevende.

[..]I6: jeg kan kjenne litt på at det er veldig mye som skal fylles inn og passes på, og legges inn. Når det er sånn; du har tatt imot en kjempekompleks pasient så er den der Arena behandlingsplan-siden en sånn Mt. Everest som skal bestiges rett før du skal hjem fra vakt, også har du gjerne litt dårlig tid..

Men jeg liker det også, for man får litt sånn systemisert seg veldig, jeg er veldig glad for de gode behandlingsplanene jeg møter, jeg synes «over all» det er positivt, men det er en veldig stor jobb å lage den første planen.

Svarene i undersøkelsen viser at sykepleierne dokumenterte mer i løpet av arbeidsdagen enn før. Muligheten til å dokumentere det man hadde gjort underveis i arbeidsdagen, når det passet en selv, ble trukket frem som positivt.

Sykepleierne forklarer at ved å ha mulighet til å dokumentere under spesifikke tiltak lettere kunne gjøre dette fortløpende. Tidligere opprettet de ett sykepleienotat og dokumenterte ved vaktens slutt. Sykepleierne opplevde det som vanskeligere å vite hva som var relevant å skrive i sykepleienotatet i Classic en når tiltakene var presentert i Arena. Å dokumentere eller oppdatere det en allerede hadde gjort bidro til oversikt, som videre hjalp å organisere og prioritere videre arbeidsoppgaver før vaktens slutt. Én informant uttrykte at hun også i gamle Classic opprettet sykepleienotat og dokumenterte i løpet av vekten. Samtidig sier samme informant at

I7: Det er mye lavere terskel nå for å dokumentere underveis enn når man måtte sette seg ned og begynne å skrive egne ord.

Sammenlignet med kartleggingsnotatet brukte sykepleierne i denne studien mye mer tid på å opprette en god behandlingsplan enn å føre inn observasjoner i ett kartleggingsnotat. Da sykepleierne ble spurt om behandlingsplan-funksjonen i DIPS Classic uttrykte de at denne ble lite brukt.

Én sykepleier opplevde at det var vanskelig å huske alt som skulle inn i behandlingsplanen når en selv opprettet den. Sykepleieren erfarte at dette førte til at hun kunne glemme å legge inn nødvendige og relevante opplysninger om pasientens situasjon. Oppsettet til kartleggingsnotatet i Classic med 12 punkter man skulle dokumentere under opplevdes som et hjelpemiddel for å huske når en ble presentert med alle funksjonsområdene.

Sykepleierne ble spurt om hvordan de opplevde at DABHP støttet opp deres arbeid. Flere av informantene forteller at behandlingsplanen bidrar til oversikt. Strukturen på behandlingsplanen, og hvordan den ser ut visuelt bidrar til lettere og bedre oversikt over pasienten. Presentasjonen av sykepleieprosessen med fokusområder, mål og sykepleieintervensjoner var presentert i et skjermbilde og synlig ved siden av hverandre opplevdes som positivt. Sykepleierne beskrev løsningen som mer helhetlig. Slik bidro brukergrensesnitt til at sykepleierne opplevde informasjonen som lettere tilgjengelig enn tidligere da de leste gjennom flere sykepleiedokumenter fra flere vakter.

I den nye løsningen kunne de ved å trykke på sykepleieintervensjoner få opp sykepleienotater og evalueringer som var skrevet under tiltak til høyre i skjermbildet istedenfor å lete gjennom et utall dokumenter for å finne informasjon om et spesifikt tiltak. Sykepleierne opplever bedre oversikt over hvordan pasientens situasjon har vært under hele sykehusoppholdet enn før de brukte behandlingsplanen til

sykepleiedokumentasjon. Lettere oversikt over flere dager var en av årsakene. Det var ikke alle som delte denne opplevelsen. Sykepleiedokumentet i Classic opplevdes av noen (1) som en lettere kilde til informasjon enn behandlingsplanen. Tidligere erfarte sykepleieren at det sist skrevne dokumentet fra en dagvakt inneholdt oppdatert informasjon om pasientens situasjon. Sykepleienotatet fungerte som en enkel oppsummering av pasientens situasjon, noe behandlingsplanen ikke tilbyr på lik måte. I Arenas behandlingsplan er informasjonen organisert under aktuelle tiltak og det oppleves som en mer oppstykket måte å tilegne seg informasjon på.

Oversikten den nye løsningen ga opplevdes særlig positivt når en hadde lite tid til å lese seg opp. Dette er nyttig fordi sykepleierne opplever å raskere kunne tilegne seg nødvendig informasjon før de skulle samhandle med andre yrkesgrupper. Nyttien oppleves videre når man skal få oversikt over en kompleks pasient eller få oversikt over hvilke arbeidsoppgaver en skal utføre i løpet av vekten.

Fokusområdene/sykepleiediagnosene til venstre i skjermbildet gjør at sykepleierne lett kunne få inntrykk av hva slags pasient de kom til å møte inne på pasientrommet. Lettere tilgang til helhetlig informasjon om pasientens situasjon pekes på som ett verktøy for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen. Dette løftes frem som særlig viktig når det er vikarer eller uerfarne sykepleiere som skal lese seg opp.

I2: Det er lettere å få oversikt over en pasient, og få ett inntrykk av arbeidsoppgavene og hvordan arbeidsdagen kommer til å bli.

Sykepleierne er dog enige om at det ikke er tilstrekkelig å kun lese seg opp i behandlingsplanen, og at de fremdeles benytter andre journaldokumenter for å få tilstrekkelig informasjon om pasienten. Løpende legenotat, innkomstjournal, innleggelsesnotat fra sykepleier i akuttmottaket, samt notater fra ernæringsfysiolog, fysioterapeut og ergoterapeut er eksempler. En sykepleier problematiserer at en nå må navigere mellom ulike «faner» i systemet mellom sykepleiedokumentasjon i behandlingsplan og andre notater i dokumentoversikten. Det oppleves som økt arbeidsbelastning sammenlignet med tidligere.

Innholdet i behandlingsplanen er ved en god behandlingsplan et godt hjelpemiddel for sykepleierne. Samtidig erfarer samtlige at det er for stor grad av variasjon i behandlingsplanene. De uttrykker at innholdet både kan være for mangelfullt og for mangfoldig. Informantene opplever at de ofte leser behandlingsplaner der irrelevante tiltak er presentert, eller at elementene ikke er spesifisert til den aktuelle pasientens situasjon. Økt arbeidsbelastning er en konsekvens fordi informasjon må siles ut og behandlingsplanen må oppdateres i større grad enn bare for endringer som har skjedd på egen vakt.

I7: [...] kan bli litt motløs hvis man møter på en veldig rotete plan og det er to eliminasjons-tiltak og det er kaos. Fordi folk ikke gjør det ordentlig.

Sykepleierne forklarer dette med at andre sykepleiere vurderer annerledes enn dem selv, eller at andre sykepleiere ikke har hatt tid til å oppdatere det nødvendige i behandlingsplanen. Manglende konsensus blant sykepleierne for hva som var nødvendig og relevant informasjon i pasientjournalen ble også trukket frem som årsak til det informantene opplevde som «dårlige» behandlingsplaner. Sykepleierne erfarte at bruken av behandlingsplanen påvirkes av hvor erfaren sykepleieren som oppretter og vedlikeholder den er. Erfarne sykepleiere har bedre forutsetninger for å vite hva som bør inkluderes og ekskluderes i behandlingsplanen. Disse sykepleierne er en ressurs fordi de

oppretter «gode» behandlingsplaner og rydder i «dårlige» behandlingsplaner de kommer over. Slik gjør erfarne sykepleieres arbeid i behandlingsplanen at andre sykepleiere, enten uerfarne, nyansatte eller vikarer, lettere kan videreføre pasientbehandlingen.

Variasjonen på kvaliteten og relevansen i informasjonen om en pasient i behandlingsplanen påvirket opplevelsen av systemet som hensiktsmessig. Både for mye unødvendig informasjon og for lite eller feil informasjon påvirket hvor mye tid sykepleierne brukte på å tilegne seg nødvendig informasjon om pasienten. En sykepleier eksemplifiserer uttrykker erfaringer slik:

I9: hvis de før deg ikke har gjort en god nok jobb kan det være vanskelig å få ut informasjon om pasienten

Når en skulle lese seg opp på nattevakt var sykepleierne fornøyde med oversikten behandlingsplanen ga. En tendens var at det i større grad enn for dagvaktene ga tilstrekkelig informasjon om en pasient ved å orientere seg i behandlingsplanens «overskrifter» og lese over notatene til høyre. Notatene til høyre ble da brukt som kilde til om det var noe spesielt en burde lese seg mer opp på i behandlingsplanen. Dette ble eksemplifisert ved nattevakter der de fremdeles brukte muntlig rapport – der kunne man kjapt få overblikk over pasienten også supplerte sykepleieren fra aftenvakten med viktige ting man skulle følge opp om natten.

Ved at behandlingsplanene ikke er bygget opp av fritekst opplever noen at enkelte typer informasjon om pasientens situasjon er vanskelig å journalføre. Hvis en pasient er nedstemt, uten å være deprimert, er det vanskelig å finne passende sted å lage tiltak for dette. Om pasienten er deprimert finnes det veiledende behandlingsplaner for det. Nedstemthet relatert til aktuell situasjon er vanskeligere å få til å passe inn i behandlingsplanen. Sykepleierne opprett da «frittstående tiltak og/eller forordninger» for dette i behandlingsplanen. Erfaringen var at slik informasjon da kunne gå tapt enten ved at den var plassert på et «ulogisk» sted i behandlingsplanen, og ikke ble lest, eller at det ikke ble plassert i behandlingsplanen i det hele tatt.

I4: Det negative er at informasjon/dokumentasjon som ikke passer inn i en forordning forsvinner. Det blir kanskje skrevet på en plass der det ikke hører hjemme, og så vet ikke nestemann at der skal man lete etter den. Også forsvinner det.

At man ikke måtte vente til arbeidshverdagen gikk mot slutten med å dokumentere ble av sykepleierne tillagt verdi i arbeidet på en uforutsigbar og travel sykehuspost. Uforutsette hendelser mot slutten av vekten ble trukket frem som eksempel på noe som hindret ferdigstilling av dokumenteringen før neste arbeidslag kom på vakt og skulle lese seg opp.

Dette hadde ikke endret seg fra før implementeringen av DIPS Arena behandlingsplan. Når sykepleierne kommer på vakt er informasjonen i behandlingsplanen som regel oppdatert. I tilfeller der den ikke er oppdatert, er det allikevel som regel tilstrekkelig oppdatert informasjon fra vekten før til å få inntrykk av pasienten. Til sammenligning opplevde de tidligere å måtte vente med å lese seg opp på pasienten fordi sykepleieren fra forrige vakt ikke hadde fullført sykepleiedokumentasjonen enda. Mens de fleste sykepleierne gir Arenas utforming æren for endringen i dokumentasjonspraksis stiller andre spørsmål ved om det heller skyldes egen utvikling som sykepleier.

4.3 «arbeidsdagen endres» - «sparer tid på å dokumentere»

Informantene har delte erfaringer for om de bruker mer eller mindre tid på arbeid i pasientjournalen i Arena enn i Classic. Noen sykepleiere bruker mindre tid totalt sett på arbeid i sykepleiejournalen enn før. Tiden oppleves spart ved at de kvitterer «utført» for spesifikke forordninger og at de spesifikke forordningene med beskrivelser av arbeidsoppgaver begrenser hvor mye man kan/ må dokumentere i fritekst. Samtlige sykepleiere deler opplevelsen av disse to funksjonene/utformingene i Arena som effektiviserende. Andre sykepleiere bruker like mye tid på arbeid i pasientjournalen som før. Sykepleiere fordeler tiden i pasientjournalen annerledes mellom ulike pasientgrupper. Hos «lette» pasienter der opprettelsen av behandlingsplanen er enkel og de hovedsakelig huker av for «utført» når de dokumenterte brukte de mindre tid. Det viste seg at opplevelsen ikke gjelder for ivaretagelsen av behandlingen av komplekse pasienter. Ved siden av at arbeidsbelastningen ved opprettelse av behandlingsplan økte sammenlignet med tidligere dokumentasjonspraksis, var også vedlikeholdet av disse behandlingsplanene krevende.

Sykepleierne var allikevel positive til behandlingsplanen i bruk hos disse pasientene, såfremt behandlingsplanen var godt laget. Nødvendig informasjon var presentert mer oversiktlig og lettere tilgjengelig også tilbake i tid. Opplevelsen av å gjøre en god jobb med å lage en behandlingsplan ble også tillagt verdi for sykepleieren som kom etter dem. Sykepleierne opplever det som positivt å gjøre en god jobb med behandlingsplanen og det letter andres arbeid, selv om arbeidet krever både tid og innsats.

Samtlige sykepleiere er fornøyd med muligheten for å kvittere når arbeidsoppgaver er «utført». Sykepleierne bruker mindre tid på selve dokumenteringen av dagens arbeid og utførte oppgaver. Årsaken beskrives som muligheten til å kvittere for utførte arbeidsoppgaver istedenfor å skrive at man hadde utført dem.

I8 Jeg skriver mye mindre unødvendig nå enn i det gamle.

Alle informantene trakk frem kvitteringsfunksjonen som positiv i løpet av intervjuene. Sykepleierne utdyper med at det er mange tilfeller hvor en arbeidsoppgave er utført i henhold til prosedyre, uten komplikasjoner eller avvik. Tidligere dokumenterte de slik informasjon i sykepleienotatet. Løsningen opplevdes som en lettere måte å «bevise» for neste person at man hadde utført arbeidsoppgaver uten at man måtte skrive det i fritekst. Muligheten til å kvittere oppleves av noen som en årsak til at de nå bruker mindre tid på å dokumentere sykepleie.

I1: Før så følte du at du måtte dokumentere «Ja han er stelt i dag, han er skifta, han gjort det.» for å vise at du har gjort det, men nå kan du bare huke av.

I4: Det har på en måte blitt enklere å dokumentere.

Erfaringene fra studien viser at noen sykepleiere fremdeles dokumenterer det de har gjort i fritekst under aktuelt tiltak/forordning. De fleste uttrykte en oppfatning av «andre» eller «noen» som utførende for slik praksis (I1, I2, I4 og I6 -I10) og at det var noe de observerte når de leste notaene for tiltakene. En sykepleier uttrykker at hun fra tid til annen også dokumenterer noe unødvendig av «gammel vane». Det er variasjon blant sykepleierne for om de kun kvitterer utførte arbeidsoppgaver, men majoriteten (9) sier at de nå er mer bevisst på hva som «må» dokumenteres, og kun kvitterer ut resten.

4.4 «lav bruk av samhandlende yrkesgrupper»

Sykepleierne opplevde at andre yrkesgrupper brukte sykepleiejournalen mindre til informasjonsinnhenting enn tidligere. Ved å undersøke dette nærmere kom det frem faktorer ved det nye systemet som sykepleiere mente forklarte dette. Sykepleierne mente at den nye løsningen for sykepleiedokumentasjon var blitt innført som sykepleiespesifikk, og de stilte seg spørrende til hvilken grad av opplæring andre yrkesgrupper hadde fått i å bruke behandlingsplanen. At sykepleiejournalen nå var plassert separat fra dokumentoversikten som inneholdt alle de andre profesjonenes journaldokumenter ble også brukt som forklaring. Noen erfarte at en adskillelse av sykepleiedokumentasjonen fra andre yrkesgruppers dokumentasjon som at denne dokumentasjonen var mindre viktig. Adskillelsen oppleves av noen som en «nedgradering» av sykepleiedokumentasjonen.

Sykepleierne mener det nye systemet for å lese sykepleiedokumentasjon er godt egnet til informasjonsutveksling med andre profesjoner. Informasjonen i sykepleiedokumentasjonen vurderes av sykepleiere til å ha faglig relevans for samhandlende yrkesgrupper.

I8: [...] det er aspekter (ved samhandling) som burde påvirkes mer enn det gjør.

I1: [...] vi er ganske rutinerte på å kartlegge funksjoner hos pasienter som har problemområder som er relevante for andre.

I2: Hadde fysioterapeutene og legene bare giddet og gå inn og lest på de punkter som faktisk er viktig, så hadde de jo fått så mye informasjon. Istedenfor at vi må si det hele tiden

I10: [...] vi dokumenterer en del ting som ergoterapeutene eller fysioterapeutene kanskje burde vært inne og lest før de går inn til pasienten. Men at de heller ringer oss i forkant av at de går til pasienten og etterspør informasjon, og at vi da gir den informasjonen som står der [i behandlingsplanene] muntlig.

Sykepleierne trakk frem at den tematiserte organiseringen av behandlingsplanen åpnet for at andre yrkesgrupper lettere enn før kunne finne frem til ønsket informasjon uten å bla i journaldokumenter flere dager tilbake. Slik mente de at for eksempel fysioterapeutene kunne finne relevant informasjon uten å måtte lese notater som ikke var relevant for deres yrkesutøvelse. Ingen av sykepleierne opplever at andre yrkesgrupper utnytter potensialet i informasjonsinnhenting som behandlingsplanen har.

I9: Det må jo være lett for dem å skimme over [...] folk skriver mye kortere enn før [...] du slipper å gå inn i et og et dokument og lese fra dag til dag, der skrev folk mye mer unødvendige ting også.

Sykepleierne spesifiserte dog at det var stor variasjon innad i de ulike yrkesgruppene for hvor mye de brukte behandlingsplanen. Flere trakk fram at både palliativt team og ernæringsfysiologer skilte seg positivt ut. Sykepleierne opplevde at disse gruppene oftere enn andre brukte behandlingsplanen til å lese seg opp på pasientens situasjon. En annen trodde både fysioterapeutene og ergoterapeutene tilknyttet sengeposten brukte den til informasjonsinnhenting.

Blant legene opplevde sykepleierne at informasjonsinnhenting var redusert fra tidligere praksis.

I1: Jeg tror legene var litt flinkere til å trykke seg inn på sykepleienotat før, men de har ikke satt tatt seg tid til å sette seg inn i behandlingsplan.

Allikevel viste det seg at mange leger, uavhengig av stilling, brukte behandlingsplanen til å lese rapport fra telemetri-sykepleierne. Disse sykepleierne arbeidet på intensiv og ikke på den studerte sengeposten. Sykepleierne i studien forklarte dette med at legen hadde fått beskjed om at de fant telemetri-rapporten i behandlingsplanen. Noen opplevde at legene ringte til sykepleierne på sengepost for å få dem til å vise hvordan de fant telemetri-rapporten i behandlingsplanen. En sykepleier erfarte at når hun lærte legen hvordan den kunne finne ønsket informasjon fortsatte legen å praktisere læringen. Sykepleieren ga altså legen opplæring i bruk av behandlingsplanen i Arena som første til endret arbeidspraksis hos legen.

Individuelle variasjoner fremkom under alle spørsmålene.

4.5 Oppsummering

Kvalitet på informasjonen i behandlingsplanen er ikke nevneverdig bedret ved behandlingsplanen i DIPS Arena. Funnene tyder dog på omfanget av den tidligere omtalte «unødvendige» dokumentasjonen er betydelig redusert. For å etterprøve en reduksjon må en gjøre en revisjon av journaldokumentene. Sykepleiere vurderer både typen informasjon og kvalitet på denne, og gjør en innsats for at behandlingsplanen de leverer fra seg til nestemann er av høy kvalitet. Pasientjournalens potensial som samarbeidsverktøy er ikke utnyttet i Arena. Om noe, tyder funnene på at samhandlende yrkesgrupper har redusert bruken av sykepleiedokumentasjon til informasjonsinnhenting. Erfarte endringer i arbeidshverdagen inkluderer raskere dokumentering, lettere tilgjengelig helhetlig informasjon, mer dokumentasjon i løpet av vekten og økt arbeidsbelastning i forbindelse med mottak av nye pasienter. Betydningen i en større sammenheng vil forsøkes besvart i neste kapittel, drøftingen.

5 Analyse og drøfting

5.1 Innledning

I inneværende kapittel vil funn fra studien presentert i kapittel 4 gjennomgås i lys av kunnskapsgrunnlaget presentert i kapittel 3. Grunnlaget for diskusjonen er:

«Sykepleieres erfaring med behandlingsplan i DIPS Arena»

På grunn av den empirinære metoden som er anvendt i oppgaven har jeg delt diskusjonen inn etter temaer belyst i empirien. Alle temaer omhandler aspekter ved sykepleieres arbeid som påvirkes av et nytt system, og en ny løsning for sykepleiedokumentasjon. Disse aspektene er

- en god behandlingsplan – nyttig verktøy
- arbeidsdagens forløp endres
- lav bruk av samhandlende profesjoner
- dokumentasjonsarbeidet krever arbeid
- sparer tid på dokumentering.
- individuell variasjon

Utvalget viste seg å være relativt homogent hva gjelder alder samt erfaring i helsevesenet og med elektronisk pasientjournal. Videre er utvalget av en såpass liten størrelse at det ikke kan generaliseres for avhengighetsforhold mellom disse faktorene og erfaringene som presenteres. Homogeniteten i utvalget kan ha svekket funnenes overføringsverdi. Karakteristikk ved majoriteten av ansatte på avdelingen utvalget kom fra er i stor grad representert. Både menn, personer med høyere alder og andre etniske grupper er minoriteter på avdelingen. Erfaringer fra utvalg der disse gruppene er representert kan vise andre funn.

5.2 Informasjonsutveksling

5.2.1 samhandling med andre yrkesgrupper

Når en skal se for seg interaksjonsrommet teknologien skal passe inn i, må en identifisere aktører som skal bruke teknologien og interaksjoner konkurrere med teknologien (32). Konkurransen med en annen interaksjon som en direkte erstatning er et av disse (14). Pasientjournalen består av informasjon fra flere yrkesgrupper som skal være lett tilgjengelig for blant annet å yte best mulig helsehjelp (7). Utvalgt litteratur tyder på et ønske fra samhandlende aktører om å ha innsikt i denne (17).

Studien i denne oppgaven fant at andre yrkesgrupper i mindre grad enn tidligere benytter seg av sykepleiejournalen for å tilegne seg informasjon om pasientenes situasjon. Erfaringen gjelder både for leger og andre grupper sykepleierne samhandler med. Ny teknologi for sykepleiedokumentasjon gjorde at legene slet med å finne informasjon i sykepleiejournalen og at tverrfaglig samarbeid også med andre

yrkesgrupper ble svekket (36). Det er interessant å se i sammenheng med tidligere studier der andre yrkesgrupper har ønsket seg mer standardisering av sykepleiedokumentasjon (17) og begrunnet dette med at de slet med å finne relevant informasjon når sykepleiejournalen besto av fritekstdokumenter for hver vakt (17). Informantene mener at å flytte sykepleiejournalen gjør at andre yrkesgrupper ikke leser behandlingsplanen i Arena like mye som de leste sykepleienotatene i Classic.

Kvaliteten på innholdet i sykepleiejournalen er lenge blitt problematisert. Blant annet fordi sykepleiere bruker ulike måter å dokumentere pasientens situasjon og sykepleien de yter (27). Som nevnt fant en meta-studie at standardisering av sykepleiedokumentasjon forbedret innholdets kvalitet (35). Det er verdt å merke seg at funn i min studie viser at på tross av en innsats for å løfte kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen, med en løsning som møter mange av ønskene for hvordan sykepleiedokumentasjon skal struktureres, benyttes mulighetene for informasjonshenting lite av andre yrkesgrupper i DIPS Arena.

Studiens deltakere erfarte at andre yrkesgrupper ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring i bruk av behandlingsplanen i DIPS Arena. Lite bruk av systemet hos andre yrkesgrupper, slik informantene erfarte det, kan tyde på at det stemmer. Det var gitt noe opplæring. Funnene tyder likevel på at opplæringen for navigering i behandlingsplanen ikke var tilstrekkelig for optimal utnyttelse av muligheten for å innhente informasjon om sykepleie og pasientens situasjon i behandlingsplanen. Det kan tenkes at årsaken er at behandlingsplanen ble introdusert som sykepleie-spesifikk, slik informantene beskriver det. Hvorfor ikke andre yrkesgrupper fikk tilstrekkelig opplæring i bruk av behandlingsplanen er uvisst. Med tanke på hvor sentral sykepleie er i pasientenes behandlingsforløp kan en spørre seg om ikke innsyn i sykepleiejournalens behandlingsplan med blant annet evalueringer og observasjoner er relevant for andre yrkesgrupper. Tilnærmingen til sykepleiedokumentasjonen minner om tilnærmingen i tidligere studier der andre yrkesgrupper sorterte sykepleiejournalen bort fra den felles dokumentoversikten i pasientjournalen (20). En ønsket effekt med å standardisere sykepleiedokumentasjon er å synliggjøre sykepleiefaget i pasientbehandlingen (43) noe som har vist seg å være mulig (44).

Sykepleiere benytter seg av journalnotater fra andre yrkesgrupper når de tilegner seg informasjon om pasientens situasjon (45). På samme måte opplyser informantene i min studie om en utstrakt praksis for informasjonsinnhenting om pasientens situasjon i journalnotater fra andre yrkesgrupper. Sammenlignet med den nevnte lave graden av bruk fra andre yrkesgrupper kan funnet tyde på en type hierarki der sykepleiere vurderer dokumentasjon fra andre yrkesgrupper som relevant for utførelse av egen profesjon, mens denne holdningen ikke gjengjeldes, i like stor grad, av samhandlende yrkesgrupper.

Har de opplevde endringene påvirket samhandlingen?

Studier har vist at synliggjøring av sykepleiejournal oppleves som en synliggjøring av det sykepleiefaglige (20). Informantene i oppgavens undersøkelse uttrykker bekymring for at sykepleiejournal ble fjernet fra dokumentoversikten fordi de opplever det som et signal på at den er mindre viktig. Samtidig bruker sykepleierne tid på å vise legen informasjon i journalen, og å bli kontaktet telefonisk i like stor, eller høyre grad enn før. I lys av en annen omtalte studie (36) som undersøkte endring i sykepleiedokumentasjon er funnet interessant. Endringen inkluderte blant annet en separasjon av sykepleiejournalen fra

andre yrkesgrupper. Resultatet var at en etablert egalitær samarbeidskultur preget av flatt inter-profesjonelt hierarki ble brutt opp. Legene slet med å finne ønsket informasjon fra sykepleiere i journalen (36). Studien løfter frem behovet for å anerkjenne at å endre dokumentasjonspraksis påvirker tverrfaglig samarbeid (36). På tross av mange ulikheter mellom omstendighetene for den nevnte endringen i journalpraksis og min studie, kan en trekke læring fra likhetene. En kan derfor hevde at løsninger for EPJ som kan forsterke hierarkiske skiller mellom profesjoner, er lite hensiktsmessig. Funnene både i min og i studiene jeg referer til tyder på at separering av sykepleiedokumentasjon bidrar til utvikling og forsterking av et yrkeshierarki. Plasseringen av behandlingsplan i DIPS Arena synes derfor ikke hensiktsmessig med tanke på samhandling. Det er interessant at sykepleiere opplevde slik adskillelse i 2021, da det allerede i 2010 ble funnet empiri som tydet på at å visuelt presentere journaldokumenter fra ulike profesjoner samlet, bidro til det tverrfaglige samarbeidet på avdelingen (36). Hvorfor praksis opprettholdes er ikke et tema for denne studien. Funnet er uforutsett og kan ha betydning for videre utvikling og design av EPJ.

5.2.2 Informasjonsutveksling med sykepleiekollegaer

Behandlingsplanen skal være kilde til relevante og nødvendige sykepleiefaglige opplysninger om pasientens situasjon som er nødvendig for å yte helsehjelp (3). Opplysningene skal ved å være fremstilt samlet og oversiktlig gjøre det lett for andre å sette seg inn i pasienten helsetilstand (9) og slik bidra til kontinuitet i pasientens behandling og pleie med best mulig utfall som mål.

Sykepleiere erfarer at behandlingsplanen kan inneholde tiltak som er utgått på dato eller at viktig informasjon som man oppdager i andre dokumenter mangler i behandlingsplanene. Behandlingsplaner kan inneholde «unødvendig» informasjon. Funnen tyder på at vurderingen av informasjon i behandlingsplaner som mangelfulle, er subjektivt betinget. Sykepleieres erfaring med aktuell prosedyre, pasient og/eller behandlingsløp påvirker disse vurderingene. Utsagnet I1: «*Vi trenger ikke kostregistrere mer enn to dager*», tyder på at ikke alle sykepleiere har samme kunnskap om nevnt prosedyre. Erfaringer med ulikheter mellom erfarne og uerfarne sykepleiers opplevde nytte av prosedyre-spesifikke behandlingsplaner kan vise liknende ulikheter i kunnskap hos sykepleiere (26).

Mangelfull informasjon og kartlegging forekommer særlig i behandlingsplanene til de lettere pasientene. Sett i sammenheng med studien av Halsetrønning et.al. som viste til at sykepleierne fikk økt kritisk tenkning og vurdering av hvilke pasienter som hadde best utbytte av behandlingsplanen når det var konflikt om hvilke pasienter de rakk å opprette behandlingsplaner på (23), kan en se likheter. Erfaringer med behandlingsplan i Arena, og effekt på kvalitet i dokumentasjon på komplekse vs. enkle pasienter, kan tyde på at sykepleiere her også vurderer nytteverdi hos den enkelte pasient. Funnene kan dog tyde på at innsatsen det tar å opprette og oppdatere behandlingsplan på komplekse pasienter går ut over dokumentasjons- og tiltakskvaliteten hos de «lette» pasientene. En sykepleier sa I5: *noen ganger ser jeg vi ikke har kartlagt ting vi er lovpålagt å kartlegge, som «barn som pårørende»*. Det er godt å se at sykepleiere prioriterer nytteverdi ved tidsnød. Samtidig risikerer lette pasienter å motta mangelfull kartlegging og behandling når prioritering skjer.

Det er et problem når informasjonen i behandlingsplanen ikke tilfredsstillende krav i loven. Sykepleiere sikrer gjennom kritisk tenkning og faglige vurderinger at lav informasjonskvalitet ikke påvirker behandlingen. En kan allikevel ikke utelukke at feil har

eller vil forekomme som følge av lav informasjonskvalitet i behandlingsplanen. Samtidig viser både tidligere forskning og litteratur til en utstrakt tradisjon for informasjonsinnhenting i andre kilder enn sykepleiedokumentasjonen (7, 23, 46). Informantene i min studie viser også utstrakt grad av informasjonsinnhenting andre steder. Selv om hva som er godt nok til en viss grad kan hevdes å være subjektivt, gir arbeidsoppgavene og profesjonen føringer for hva som er viktig for hvilke pasienter, og når.

5.3 Den enkelte sykepleier påvirker behandlingsplanen

Med unntak for opprettelsen av behandlingsplanen tyder funnene på at prosesser med informasjonsinnhenting, vedlikehold og påfølgende tidsbruk i behandlingsplanen har sterkt avhengighetsforhold med om behandlingsplanen er «god» fra før av. Fenomenet personavhengighet synes å gjennomsyre empirien. Det har lenge blitt problematisert at sykepleiere bruker ulikt språk for å dokumentere sykepleien (27), og sykepleiedokumentasjon er studert gjennom tidene. Det er etterspurt økt kvalitet og mindre personavhengighet i dokumentasjonen av sykepleie (47) Som nevnt er det iverksatt en rekke tiltak for mer standardisering av sykepleieres dokumentasjon (48). En løsning lik den casen representerer er et slikt tiltak.

Det er interessant å se at selv 2,5 år etter innføring av mer strukturert system for sykepleiedokumentasjon oppleves sykepleiejournalen i behandlingsplan å ha varierende kvalitet. Med kvalitet menes da nødvendig og relevant informasjon (9).

5.4 Endringer i sykepleieres arbeidshverdag

Tid

Fenomenet med mindre eller mer tid brukt kan ikke verifiseres fordi det ikke er målt i denne studien. Allikevel er det valgt å løfte frem informantenes egne erfaring med tid brukt i Classic og Arena. En kan ikke automatisk kategorisere subjektive hevdelser som ugyldig empiri(12). Dette vil være å ugyldiggjøre subjektive opplevelser og beregninger.

Når sykepleier på vakt ikke anser behandlingsplanene som «god nok» påvirker det dem negativt. Konsekvensene erfares blant annet i form av økt tidsbruk til informasjonsinnhenting og/eller oppdatering av behandlingsplanen. Funnene tyder på at å opprette gode behandlingsplaner er det mest tidkrevende med løsningen DIPS Arena behandlingsplan som verktøy for sykepleiedokumentasjon. Etter samhandlingsreformen har liggedøgnene gått ned, mens det er en kjent sak at sykehusene fremdeles opplever høy belastning(49). Sykepleierne har altså ikke færre pasienter å forholde seg til.

Høy turnover, færre liggedager på sykehus men også flere re-innleggelser i 2017 enn før samhandlingsreformen (50). Forskning viser at pasientene som re-innlegges ofte er eldre, komplekse pasienter (51). Dette er en sårbar pasientgruppe, som er i behov av mer helsehjelp enn yngre, friskere pasienter. Innleggelsen fører til at sykepleier på sengepost gjennomfører mottak, og opprettelse av behandlingsplan på pasienten. Informantene

opplever opprettelsen av behandlingsplanen i Arena som mer krevende enn notatet i Classic ved mottak av nye pasienter. Resultantene sammenfaller med tidligere studie (23). Både min studies resultater og den tidligere studien viste at særlig behandlingsplanen hos komplekse pasienter var verdifull for sykepleiere og de er positive til behandlingsplanen. Dette tyder på at sykepleiere verdsetter bidrag til kvalitet på behandlingen over effektiv bruk når de vurderer system for pasientjournal.

Utførte arbeidsoppgaver - Kvittering

Muligheten til å kvittere ut arbeidsoppgaver i behandlingsplanen ved å huke av for «utført» oppleves som positiv. Flere uttrykte et behov for å journalføre utførelsen av forventede pleieoppgaver og sykepleietiltak hos den enkelte pasient, selv om informasjonen man hentet inn gjennom utførelsen av disse ikke avvek fra formuleringen i tiltaket. De opplevde det som tidsbesparende å kvittere for oppgavene, istedenfor å skrive «Har gjort x» for å forsikre kollegene om at denne oppgaven var gjennomført. Funnet betyr at informantene ser på loggføring av arbeidsoppgaver som en viktig del av sin oppgave og møter slik myndighetskrav (9). Behovet for å bevise gjennomførte arbeidsoppgaver fremkommer også der evalueringen ikke avviker fra forordningen i behandlingsplanen. De trekker frem at det er fint at neste person på jobb kan se at dette er «utført» og slik forsikres om at arbeidsoppgavene ikke henger igjen til neste vakt.

Informasjonsinnhenting

Behandlingsplan basert på sykepleieprosessen anbefales både i eldre og nyere fagbøker/bøker som en komponent ved sykepleiedokumentasjon (7). Bruk av behandlingsplan for sykepleiedokumentasjon fører til mer oversiktlig innhold i dokumentasjonen (23, 24, 26, 39), blant annet fordi en unngår å måtte lese gjennom vaktnotater. Funnet i studien støtter litteraturen. Informantene uttrykker økt oversikt over pasientens situasjon og helsetilstand sammenlignet med i Classic. Samtidig opplever noen at fragmentering av informasjon øker mengden informasjon en må lese gjennom.

«hjelper å organisere oppgavene»

Funnene i studien viser at ny teknologi påvirker sykepleiernes måte å tenke på, som vist i flere tidligere studier (25) (26). Konkret påvirker teknologien blant annet hvordan behandlingsplanen fungerer som verktøy for å få helhetlig oversikt over pasientens situasjon. Også planlegging av arbeidsoppgaver påvirkes av behandlingsplanen. Økt oversikt over arbeidsoppgaver trekkes frem både ved planleggingen av dagen ved vaktens begynnelse og ved organisering og prioritering av gjenstående arbeidsoppgaver i løpet av arbeidsdagen. Denne erfaringen deler studiens informanter med sykepleiere i andre studier (23). Behandlingsplanen bidrar til prioritering av arbeidsoppgaver, men viser ikke en endring i hvilken grad gjenstående arbeidsoppgaver delegeres. En oversikt over gjenstående arbeidsoppgaver har tidligere ført til økt delegering av arbeidsoppgaver selv ikke rekker (23). Samtidig er det tidligere vist at behandlingsplanen reduserte behovet for å dokumentere etter vaktens slutt (23). Igjen spriker litteraturen med erfaringene i denne studien der ingen av informantene rapporterte om redusert bruk av overtid til å dokumentere.

Erfarne sykepleiere som kvalitetssikrer for egen og andres del

Arbeidet til erfarne sykepleiere endret seg fra tidligere. De fungerer som kvalitetskontrollører i behandlingsplanene. De oppdaterer behandlingsplanene de møter til å møte egen standard. Funnet er ikke en forventet konsekvens av systemet. Allen

trekker frem organisering av arbeidsplassens ressurser som en av sykepleiernes undervurderte arbeidsoppgaver (19). Funnene tyder på at erfarne sykepleiere utfører slikt arbeid ved bruk av behandlingsplan i DIPS Arena. Behovet forklares blant annet med at andre ikke har tilstrekkelig kunnskap om nødvendig behandling til å sikre gode behandlingsplaner. Litteraturen støtter funnet og viser at sykepleiere overløst opprettelse av behandlingsplan til ressurspersoner (39).

Tidligere studie viste innføring av behandlingsplan at uerfarne sykepleiere brukte behandlingsplanen i større grad enn de erfarne sykepleierne. Årsaken var at de erfarne sykepleierne ikke opplevde behandlingsplanens forslag som hjelpsomme, mens de uerfarne opplevde behandlingsplanen som hjelp til utforming av pasientbehandlingen (26).

Sykepleiere i min studie opplever behandlingsplanen som hjelpsom. Det er verdt å nevne at den sykepleieren med minst erfaring i min studie hadde arbeidet som sykepleier i 2,5 år. Sykepleiere tillegger også behandlingsplanen verdi for uerfarne sykepleiere. Det at erfarne sykepleiere «kontrollerer» behandlingsplanen for de mer uerfarne sykepleierne kan tyde på at de besitter erfaringsbaser kunnskap som muliggjør praksisen. Med funnet i tankene kan det virke som at behandlingsplanen ikke gir tilstrekkelig støtte for uerfarne sykepleiere, på tross av at den presenterer forslag til tiltak (sykepleieintervensjoner) og forordninger.

At sykepleiere velger å bruke tid på å øke kvaliteten på behandlingsplaner laget av andre kan knyttes til at sykepleiedokumentasjon har verdi for kontinuitet i pasientbehandlingen og at det oppleves som meningsfullt å gjøre arbeid som skaper verdi for andre sykepleiere (21). Samtidig er behandlingsplan i Arena utformet som en «levende» behandlingsplan, og sykepleiere opplever at en god behandlingsplan har verdi for eget arbeid. Å oppdatere behandlingsplanene gagnar både eget og andres arbeid.

5.5 Effekt på pasientbehandling

God sykepleiedokumentasjon bidrar til kontinuitet og sikret god pasientbehandling (2, 21). Tilgangen på relevant og nødvendig informasjon er en forutsetning for å utføre hensiktsmessig pasientbehandling, inkludert kontinuitet i pasientbehandlingen både for sykepleiere og andre yrkesgrupper. Slik kan en argumentere for at erfaringer sykepleiere har med bruk av behandlingsplan i DIPS Arena har konsekvenser for pasientbehandlingen.

Som vist i funnene opplever informantene at sykepleiedokumentasjonen hos noen pasientgrupper øker i kvalitet, men den hos andre reduseres i kvalitet.

Ved opplevd lav kvalitet på dokumentasjonen uttrykker samtlige at de søker å sikre andre måter å tilegne seg nødvendig og relevant informasjon og slik unngå at kvaliteten på den enkelte behandlingsplan påvirker pasientbehandlingen. Allikevel kan økt tidsbruk for å innhente denne informasjonen komme til å påvirke andre arbeidsoppgaver. En kan heller ikke garantere for at en unngår at informasjon går tapt. Blant annet kan informasjon gå tapt ved at noen aspekter ved pasientenes situasjon ikke intuitivt har en plass i behandlingsplanen. Selv om ingen av sykepleierne i denne studien uttrykte erfaring med at kritisk informasjon var gått tapt kan det ikke utelukkes for andre utvalg

eller for fremtiden. Fravær av informasjon er ikke likt fravær av kritisk informasjon, men det betyr ikke at informasjonen ikke er nødvendig og relevant. Videre er sykepleiere i en posisjon der de tilegner seg informasjon om en pasient som på tross av å ikke passe in i en sykepleiediagnose kan bidra til pasientens helhetlige situasjon. At denne informasjonen går tapt når sykepleiere ikke får uttrykke seg i fritekst er tidligere problematisert (20).

Sykepleiere nevner ikke eksplisitt effekter på pasientbehandling av ny utforming av behandlingsplanen. Samtidig uttrykker flere at evalueringer og notater for hvert tiltak tilbake i tid er lettere tilgjengelig. Som en konsekvens av lettere tilgjengelig informasjon leser sykepleierne i realiteten mer enn de gjorde i notatene i Classic, der de normalt leste de 2-3 nyeste sykepleiejournalene. I tillegg mener én sykepleier at hun får mer tid til pasientene fordi behandlingsplanens utforming er mer intuitiv.

Sykepleiere sier at de opplever at det er informasjon i pasientjournalen som andre yrkesgrupper burde ha tilegnet seg før de går inn på pasientrommet. Selv om konsekvensene av at andre yrkesgrupper ikke tilegner seg ikke informasjon i behandlingsplanen ikke er undersøkt ytterligere i denne studien, kan det påvirke hvordan andre yrkesgrupper utøver sine profesjoner i møte med pasienten. Informantene erfarer ikke at dette fører til konsekvenser for behandlingen, fordi man kommuniserer med hverandre i løpet av arbeidshverdagen og slik korrigerer eventuell feil/ikke oppdatert informasjon hos kollegaer.

5.6 Oppsummering

Funnene i studien viser at på tross av en ny form for sykepleiedokumentasjon med strengere rammer for hva som kan og skal dokumenteres, synes det å være stor grad av personavhengighet i sykepleiedokumentasjonen. Informantene opplevde DIPS Arena som en forbedring mot DIPS Classic. Visuelt samlede overskrifter og informasjon tematisk organisert opplevdes av mange som raskere tilgjengelig og en hjelp til å strukturere arbeidsdagen. De fleste informantene opplevde likevel ikke at en mer tematisert behandlingsplan var et bidrag til redusert tidsbruk.

Samhandling med andre yrkesgrupper påvirkes av endring i dokumentasjonssystem, noe som støttes av tidligere studier. Et funn var at på tross av hva informantene opplevde som en bedre kvalitet på EPJ, førte det likevel til mindre informasjonsutveksling mellom yrkesgrupper, noe som kan skyldes mangelfull opplæring.

Kvitteringsløsningen sparer tid, verdsettes av informantene og fører til mindre dobbeltdokumentasjon blant sykepleiere.

Manglende fritekst ble nevnt som en risiko ved at informasjon som «ikke passer inn noe sted», ikke blir fanget opp og videreført.

Informantene gav uttrykk for at andre yrkesgrupper leste seg for lite opp på sykepleiejournalen. Informasjonen er flyttet og brukes derved mindre, slik mine informanter ser det. At samarbeidende yrkesgrupper ikke «får med seg» sykepleieinformasjonen, blir kompensert for ved muntlig overført informasjon i løpet av arbeidsdagen.

Erfarne sykepleie synes å ha en rolle som kvalitetskontrollører for sykepleiedokumentasjonen, herunder hvilke sykepleiediagnoser, mål og tiltak som er med, samt spesifikasjoner av disse. Funn indikerer at sykepleieinformasjonen oppdateres av erfarne sykepleiere.

Funnene tyder også på mangelfullt innhold i behandlingsplaner hos lette pasienter. For pasientgrupper med et mer komplekst sykdomsbilde opplevdes den nåværende pasientjournalen å bidra til bedre, og lettere tilgjengelig, dokumentasjon.

I kapitlet konklusjon, vil jeg oppsummere hovedelementer fra kapitlet som grunnlag for de konklusjonene jeg trekker sett i sammenheng med forskningsspørsmål.

6 Konklusjon

I konklusjonen ser jeg funn underlagt analyse og drøfting i lys av de forskningsspørsmålene som ble presentert i innledningen. På bakgrunn av funn er det nå naturlig å gruppere noen av disse spørsmålene sammen i en konklusjon.

Ved bruk av behandlingsplan i DIPS Arena; ser arbeidshverdagen annerledes ut nå enn før, og på hvilken måte? Hvordan vurderer de DIPS Arena behandlingsplan gitt funksjonalitet i sin arbeidshverdag, ved overgang fra fritekst til mer definerte maler?

Sykepleiere opplever systemet som omfattende og tidkrevende å bruke, men har allikevel enn gjennomgående positiv holdning til systemet. Informantene opplevde DIPS Arena som en forbedring mot DIPS Classic. Økt kvalitet på innholdet kombinert med lettere tilgang til mer helhetlig informasjon om pasientens situasjon verdsettes høyt. Visuelt samlede overskrifter og tematisk organisert informasjon, opplevdes av mange som lettere tilgjengelig og en hjelp til å strukturere arbeidsdagen. De fleste informantene opplevde likevel ikke at en mer tematisert behandlingsplan var et bidrag til redusert tidsbruk. Endringer i arbeidspraksis har delt mottakelse, men alle er svært fornøyde med å kunne kvittere utførte arbeidsoppgaver. Kvitteringsløsningen sparer tid, verdsettes av informantene og fører til mindre dobbeltdokumentasjon blant sykepleiere.

personavhengighet i sykepleiedokumentasjonen. Funnene tyder på at behandlingsplanen alene ikke sikrer kvalitet på informasjon som tilsiktet, men at sykepleiere tar ansvar for å løfte kvaliteten på dokumentasjonen der den vurderes som dårlig. Det er allikevel usikkert om kvalitet på pasientbehandlingen er ivaretatt fordi funnene tyder på stor grad av personavhengighet for kvalitet på innholdet i behandlingsplanen.

Opplever brukerne at de må tilpasse seg systemet eller tar systemet høyde for brukernes arbeidspraksis? Er målet om mer eksakt journalføring og et bedre samhandlingsverktøy mellom faggruppene nådd?

Sykehuset har innført ett nytt system for pasientjournal som legger grunnmuren for en videreutvikling av elektronisk pasientjournal. Løsningen muliggjør mer informasjonsutveksling og standardisering av sykepleiedokumentasjon i fremtiden. Manglende fritekst ble løftet som en bekymring om at relevante sykepleiefaglige observasjoner gikk tapt.

Et funn var at på tross av hva informantene opplevde som en bedre kvalitet på EPJ, førte det likevel til mindre informasjonsutveksling mellom yrkesgrupper via behandlingsplanen, noe som kan skyldes mangelfull opplæring. Informantene gav uttrykk for at andre yrkesgrupper leste seg for lite opp på sykepleiejournalen. At samarbeidende yrkesgrupper ikke «får med seg» sykepleieinformasjonen, blir kompensert for ved muntlig overført informasjon i løpet av arbeidsdagen. Andre yrkesgruppers lave bruk av informasjonsinnhenting fra sykepleiedokumentasjon i behandlingsplan er utfordrende for sykepleiere. Sykepleiere tilpasser seg andres bruk av systemet. Funn tyder på et stort potensial for lett tilgjengelig, hensiktsmessig informasjon om pasientens situasjon i behandlingsplanen – men at potensialet er uutnyttet. Økt søkelys på opplæring og tilbakemelding til andre yrkesgrupper kan gi innsikt i potensialet.

Funnene i studien viser at på tross av en ny form for sykepleiedokumentasjon med strengere rammer for hva som kan og skal dokumenteres, synes det å være stor grad av personavhengighet i sykepleiedokumentasjonen. Funnene tyder også på mangelfullt innhold i behandlingsplaner hos lette pasienter. For pasientgrupper med et mer komplekst sykdomsbilde opplevdes den nåværende pasientjournalen å bidra til bedre, og lettere tilgjengelig dokumentasjon. Funnet er et eksempel på uutnyttet potensial i behandlingsplanen. Funn for årsak til denne ufullstendig dokumentasjon hos lette pasienter mangler. Studier som undersøker denne mangelen, hadde vært interessant. Personavhengigheten ved kvaliteten på behandlingsplanen synliggjør en sårbarhet ved behandlingsplan i Arena som viser at myndighetskravet om nødvendig og relevant informasjon (9) ikke sikres i denne løsningen.

Påvirker informantens alder deres holdning til DIPS Arena behandlingsplan?

Alder utdypes ikke nærmere, men funnene tyder på en sammenheng mellom dokumentasjonskvalitet og erfaring. Av funnene fremgår det at erfarne sykepleiere justerer og supplerer kollegaers tidligere innlagte informasjon i pasientjournalen, når de opplever den som mangelfull i henhold til sin standard av hva god sykepleiedokumentasjon er.

God sykepleiedokumentasjon er et kontroversielt tema nasjonalt. Funnene mine viser at sykepleiere har ulik dokumentasjonspraksis i behandlingsplan. Sykepleiere bør derfor involvere seg i utvikling av retningslinjer for hvilken sykepleiefaglig dokumentasjon behandlingsplanen skal inneholde. Sykepleieres involvering er viktig fordi det får konsekvenser for utviklingen av elektronisk pasientjournal.

Hvilke andre erfaringer vil informantene dele om systemet i undersøkelse, og er det andre faktorer som vil prege funnene.

Forvaltningen har en vei å gå når det kommer til måloppnåelse ved utviklingen av elektronisk pasientjournal. Dagens løsning gjør ikke arbeidshverdagen lettere og den sikrer heller ikke kvalitet på informasjon i journalen. Føringer for dokumentasjonspraksis bør tilrettelegge for løsninger som sykepleiere verdsetter. Et klart funn er at informantene satte stor pris på muligheten til å kvittere for utførte arbeidsoppgaver. Denne funksjonen kan utvikles videre.

6.1 Avslutning

Sist vil jeg trekke frem studiens funn som bekreftes av en rekke andre studier – at sykepleie og organiseringen av sykepleie for den enkelte sykepleier er ett omfattende arbeid. «Flere varme hender» og mer tid til pasientnært arbeid formuleres som ett av målene med utvikling av nye løsninger for sykepleiedokumentasjon. På bakgrunn av det ovenstående kan en spørre seg om målet er realistisk. Kanskje en heller kan anerkjenne organiserings- og dokumentasjonsarbeidet som en integrert del av sykepleie og herunder arbeid som tar tid? Er det realistisk å ønske å redusere liggetiden på sykehus samtidig som man ønsker å effektivisere tidsbruken på det komplekse arbeidet med informasjonsforvaltning som kreves av sykepleiere?

Uten konsensus blant yrkesutøvere for hva som er «god» dokumentasjonspraksis vil ingen system kunne fungere sømløst. Det behøves nasjonalt og internasjonalt arbeid for ikke bare å standardisere språket man bruker, men også hva som skal dokumenteres og på hvilken måte. Denne standarden vil danne grunnlag for videre utvikling av EPJ systemer. En EPJ anbefales å inkludere presisering av sykepleiefaglige, pasientrettede arbeidsoppgaver. Som en anerkjennelse av sykepleiefaglig praksis vil jeg på bakgrunn av denne studien konkludere med at sykepleieres erfaring med EPJ er av stor betydning for den videre utvikling av elektroniske pasientjournalssystemer.

6.1.1 Innspill til videre forskning

Studien viser at implementering av EPJ med behandlingsplan oppleves som et potensielt nyttig samarbeidsverktøy og virkemiddel for god pasientoppfølging. Det er en vei å gå før potensialet er utnyttet.

En kan for eksempel tenke seg at sykepleiediagnosene i pasientjournalen, knyttes opp til finansiering slik det gjøres med de medisinske kodene. Slik kan man synliggjøre sykepleiefaget i dokumentasjonen, samtidig som det kan bidra til å tette avstanden mellom opplevd arbeidsmengde i usynlig arbeid og det som anerkjennes på forvaltningsnivå. En slik løsning kan gi sykepleiere insentiv for å sørge for at sykepleiediagnosene de velger er korrekte og representative for arbeidet de gjør med pasientene. Det kan samtidig motivere til mer omfattende dokumentasjon på de «lettere» pasientene.

Videre forskning på utforming av EPJ og sykepleieplanens strategiske plassering i fagsystemet bør være et prioritert tema. Likeledes en anerkjennelse av sykepleieres fagdisiplin der ikke alt passer inn i forhåndsdefinerte bokser bør ivaretas i videre systemutvikling. Til syvende og sist er dette viktig for å sikre best mulig ivaretagelse av pasientene og best mulig forutsetninger for vellykket behandlingsforløp.

7 Referanser

1. omsorgsdepartementet H-o. Meld. St. 9 (2012–2013). *Én Innbygger - Én Journal*. 2013.
2. Direktoratet for e-helse. Plan for e-helse 2019-2022. 2019.
3. Lov om helsepersonell m.v., 64 Helsepersonelloven,(1999).
4. Helsedirektoratet. Aktivitet i somatiske sykehus, spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.
5. Helse- og omsorgsdepartementet (Meld. St. 7 (2019–2020)). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. In: Helse- og omsorgsdepartementet, editor. Regjeringen.no.
6. Nasjonal e-helsetrategi - Høringsdokument(31. mai 2022, 2022).
7. Hugrún Ösp E, Eiken G-M, Jensen LH, Plathe HS, Hugrún Ösp E. Helsevurderinger og sykepleiedokumentasjon : H. Ösp Egilsdóttir, Guro-Marie Eiken, Liv Helene Jensen og Hilde S. Plathe. Bergen: Fagbokforlaget; 2021.
8. DIPS. DIPS journalsystem 2022 [Available from: <https://www.dips.com/sykehus/losninger/dips-journalsystem>.
9. Forskrift om pasientjournal, 168 Pasientjournalforskriften(2019).
10. Sykepleieforbund N. Dokumentasjon og planlegging av sykepleie u.å. [Available from: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/dokumentasjon-og-planlegging-av-sykepleie>.
11. Andresen M. En Big Bang Evolusjon - Innføring av et Elektronisk Pasient Journal System ved Diakonhjemmet Sykehus. 2019.
12. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
13. Dalland O. Metode og oppgaveskriving 6. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk 2017.
14. Coiera E. Guide to health informatics. 3rd ed. ed. Boca Raton, Fla: CRC Press; 2015.
15. Johnson L, Edward K-L, Giandinoto J-A. A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. *Collegian*. 2018;25(3):355-61.
16. Sabab N, Moen A, Bondevik H. Språkbruk og mønstre i sykepleiernes journalføring. En diskursanalytisk tilnærming. *Sykepleien forskning (Oslo)*. 2020(82323):e-82323.
17. Törnvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *J Clin Nurs*. 2008;17(16):2116-24.
18. Sør-Øst H. Regional EPJ modernisering Helse Sør-Øst; 2022 [updated 11.03.2022. Available from: <https://helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/digitalisering-og-e-helse/regionale-ikt-prosjekter/regional-epj-modernisering#forventet-nytte>.
19. Allen D, Birkeland EU. Sykepleiernes usynlige arbeid : organisering av sykehus og pasientomsorg. 1. utgave. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.
20. Obstfelder A, Lotherington AT. Sykepleie og teknologi - en komplisert relasjon. *Nursing and technology - a complicated relationship*. 2014;4(4):309-13.
21. Olivares Bøgeskov B, Grimshaw-Aagaard SLS. Essential task or meaningless burden? Nurses' perceptions of the value of documentation. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2019;39(1):9-19.
22. Hellesø RS, Maren. «Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å skrive om det» - sykepleieres refleksjoner om sin journalføring. 2019. In: Digitalisering i sykepleietjenesten - en arbeidshverdag i endring [Internet]. Cappelen Damm Akademisk/NOASP; [73 - 83].
23. Halsetrønning J, Aune AG, André B. Innføring av tiltaksplan i elektronisk pasientjournal. *Klin Sygepleje*. 2020;34(3):176-89.
24. Bårdsen Drange B. Kvalitet, eller...? Sykepleien forskning (Oslo). 2009(21):42-4.

25. Patel VL, Kushniruk AW, Yang S, Yale JF. Impact of a computer-based patient record system on data collection, knowledge organization, and reasoning. *J Am Med Inform Assoc.* 2000;7(6):569-85.
26. Lee T-T. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *J Clin Nurs.* 2006;15(11):1376-82.
27. Baagøe Laukvik L, Mølsted K, Fossum M. Felles fagspråk i sykepleie=dokumentasjon. *Sykepleien forskning (Oslo).* 2017(61855):e-61855.
28. Bunting J, de Klerk M. Strategies to Improve Compliance with Clinical Nursing Documentation Guidelines in the Acute Hospital Setting: A Systematic Review and Analysis. *SAGE Open Nursing.* 2022;8:23779608221075165.
29. Melby L, Hellesø, R., Brattheim, B. & Toussaint, P. Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner. 2019. In: *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring [Internet].* Oslo: Cappelen Damm Akademisk; [131–52].
30. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Content and Completeness of Care Plans After Implementation of Standardized Nursing Terminologies and Computerized Records. *Comput Inform Nurs.* 2011;29(10):599-607.
31. Eriksen IM, Larsen KS. Sykepleiedokumentasjon – Papir versus elektronisk dokumentasjon. *Nordisk sygeplejeforskning.* 2012;2(4):297-306.
32. Winograd T. *The Design of Interaction. Beyond Calculation: The Next Fifty Years of Computing.* New York, NY: Springer New York; 1997. p. 149-61.
33. Coiera E, editor *Mediated Agent Interaction 2001*; Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
34. Waneka R, Spetz J. Hospital Information Technology Systems' Impact on Nurses and Nursing Care. *J Nurs Adm.* 2010;40(12):509-14.
35. Saranto K, Kinnunen U-M, Kivekäs E, Lappalainen A-M, Liljamo P, Rajalahti E, et al. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scand J Caring Sci.* 2014;28(4):629-47.
36. Halford S, Obstfelder A, Lotherington A-T. Changing the record: the inter-professional, subjective and embodied effects of electronic patient records. *New technology, work, and employment.* 2010;25(3):210-22.
37. Yee T, Needleman J, Pearson M, Parkerton P, Parkerton M, Wolstein J. The influence of integrated electronic medical records and computerized nursing notes on nurses' time spent in documentation. *Hagerstown, MD* :2012. p. 287-92.
38. Arsenault Knudsen ÉN, King BJ, Steege LM. The realities of practice change: Nurses' perceptions. *J Clin Nurs.* 2021;30(9-10):1417-28.
39. Marianne Brattgjerd IJD, Grethe Bøgh Næss, & Rose Mari Olsen. Dokumentasjonspraksis og bruk av elektronisk tiltaksplan for døende pasienter i sykehjem – en mysteriefokusert studie. 2019. In: *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring [Internet].* Oslo: Cappelen Damm Akademisk; [91 - 111].
40. Silverman D. *Interpreting qualitative data.* 5th ed. ed. Los Angeles, Calif: SAGE; 2014.
41. Grønmo S. Utvalg. *Store Norske Leksikon* 2021.
42. Torvik GKB. Prosjektskisse Masteroppgave. [Semesteroppgave]. In press 2020.
43. Christensen B. Standardisert terminologi i dokumentasjon av sykepleie. *Sykepleien forskning (Oslo).* 2021(85947):e-85947.
44. Sansoni J, Giustini M. More than terminology: using ICNP to enhance nursing's visibility in Italy. *Int Nurs Rev.* 2006;53(1):21-7.
45. Anne Moen RH, Asbjørn Berge *Sykepleieres journalføring: Dokumentasjon og informasjonshåndtering.* Oslo: Akribe; 2008.
46. Moen A, Quivey M, Mølsted K, Berge A, Hellesø R. *Sykepleieres journalføring : dokumentasjon og informasjonshåndtering.* Oslo: Akribe; 2008.
47. Kristin A. Laugaland IA. Utdanningene må ta sykepleie-dokumentasjonen alvorlig. *Dagens Medisin.* 2019 07.12.2019.
48. e-helse Df. *Terminologi for sykepleiepraksis- konseptutredning.* Online: Direktoratet for e-helse; 2018.

49. Hatlebakk IM. Hvor mye brukes sengene på sykehusene? : SSB; 2016 [updated 27. januar 2016. Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hvor-mye-brukes-sengene-pa-sykehusene>.
50. Nilsen L. Flere reinnleggelser enn før samhandlingsreformen. Dagens Medisin. 2017 01.11.2017.
51. Hauck K, Zhao X. How dangerous is a day in hospital? A model of adverse events and length of stay for medical inpatients. Med Care. 2011:1068-75.

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Sykepleienotat med behandlingsplan i Classic

Vedlegg 2: Behandlingsplan i Arena, bruker velger kun å se oversikt over forordning mål og tiltak

Vedlegg 3: Behandlingsplan i DIPS Arena der bruker velger å se forordninger med spesifikasjoner og forløpende notater

Vedlegg 4a: Intervjuguide del 1

Vedlegg 4b: Intervjuguide del 2

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 6: Meldeskjema NSD

Vedlegg 7: Melding NSD 10.062021

Vedlegg 8: Melding NSD 03.01.2022

Vedlegg 10: Informasjon og visualisering av kodeprosessen ved SDI-modellen kan ettersendes ved forespørsel.

Vedlegg 1: Sykepleienotat med behandlingsplan i Classic

01. Kommunikasjon og sanser:
 02. Kunnskap/Utvikling/Psykisk:
 03. Respirasjon/Sirkulasjon:
 04. Ernæring/Væske/Elektrolyttbalanse:
 05. Eliminasjon:
 06. Hud/Vev/Sår:
 07. Aktivitet/Funksjonsstatus:
 08. Smerte/Søvn/Hvile/Velvære:
 09. Seksualitet/Reproduksjon:
 10. Sosialt/Planlegging av utskrivelse:
 11. Åndelig/Kulturelt:
 12. Annet/Legedelegerte aktiviteter og observasjoner:

Ny diagnose... Nytt mål... Nytt tiltak... Nye forordn... Rediger... Slett Avslutt Opp Ned Veil. plan... Tidl. plan Åpne dok Vis avsluttede Vis forslag

Behandlingsplanelementer	FD	Frekvens/situasjon	Start	Revidert/Slutt	Status
Behandlingsplandiagnoser					
Gassutveksling, redusert		3	13.05.22		Aktivt
Angst		2	13.05.22		Aktivt
Behandlingsplanmål/forventede resultater					
God respirasjon		3	13.05.22		Aktivt
Behandlingsplantiltak/forordninger					
Assistanse til ventilasjon		3	13.05.22		Aktivt
Gi o2 etter legens forordning		som forordnet	13.05.22		Aktivt
Måle BT, puls, sao2, PEF		x2/døgn, ved behov	13.05.22		Aktivt
Sikring av frie luftveier		3	13.05.22		Aktivt
Hjelp/oppmuntre pas til å bruke PEP-fløyte		ved behov	13.05.22		Aktivt
Adm slimløsende medikament (inhalasjon, brusetabletter) etter legens forordning.		som forordnet	13.05.22		Aktivt
Frittstående behandlingsplanforordninger					
PPS: Avledning ved hjelp av rolig rytmisk respirasjon		3	13.05.22		Aktivt

Vedlegg 2: Behandlingsplan i Arena, oversikt

The screenshot displays the 'Behandlingsplan' (Treatment Plan) overview in the Arena system. The interface is organized into several panels:

- Godkjenn / Avbryt / Legg til / Gjenbruk / Organiser:** A top navigation bar with icons for approval, cancellation, addition, reuse, and organization.
- Tidligere planer:** A dropdown menu for selecting previous plans.
- Fokusområde (Focus Area):** A list of focus areas with 'Legg til fokusområde' (Add focus area) button.
 - Kvalme (Nausea):** Siste Aktivitet: 11. mai 2022 kl 13:47. Includes a 'Vis historikk' (View history) link.
 - Ubalanse i ernæring: Mindre enn kroppsbehovet (Nutritional imbalance: Less than body requirement):** Siste Aktivitet: 11. mai 2022 kl 13:48. Includes a 'Vis historikk' link.
- Mål (Goals):** A list of goals with 'Mål' (Goals) header.
 - Opplever kvalmelindring (Experiences nausea relief):** Siste Aktivitet: 11. mai 2022 kl 13:47. Includes a 'Vis historikk' link.
 - Opprettholde vekt, evt. vektøkning hvis ønskelig (Maintain weight, or weight gain if desired):** Siste Aktivitet: 11. mai 2022 kl 13:48. Includes a 'Vis historikk' link.
- Tiltak/forordninger (Interventions/Orders):** A list of interventions with 'Uvid alle' (Show all) button.
 - Pleie ved kvalme (Care for nausea):** Includes a 'Vis historikk' link.
 - Ernæringsterapi (Nutritional therapy):** Includes a 'Vis historikk' link.
 - Ernæringsovervåking (Nutritional monitoring):** Includes a 'Vis historikk' link.
- Aktivitetslogg (Activity Log):** A log of activities with filters for 'Skriv ut' (Print), 'Vis merkelapper' (Show tags), 'Vis avsluttede' (Show completed), and a search bar.
 - 11. mai 2022 (10):** A date filter with a 'Minimer alle' (Minimize all) button.
 - Lagt til (10):** A list of activities added on that date.

Vedlegg 3: Behandlingsplan i DIPS Arena der bruker velger å se forordninger med spesifikasjoner og forløpende notater

The screenshot displays the DIPS Arena interface for a treatment plan. The interface is divided into several sections:

- Fokusområde (Focus Area):** Contains two items: "Kvalme" (Nausea) and "Ubalanse i ernæring: Mindre enn kroppsbehovet" (Nutritional imbalance: Less than body requirement). Each item includes a "Siste Aktivitet" (Last Activity) timestamp and a "Vis historikk" (View History) link.
- Tiltak/forordninger (Interventions/Orders):** A list of interventions with "Siste Aktivitet" and "Vis historikk" links. The items are:
 - Pløse ved kvalme (Relieve nausea)
 - Administrere antiemetika Når pasienten ber om det (Administer antiemetics when the patient asks for them)
 - Så ofte/lange som pasienten tolererer Som forordnet (As often/long as the patient tolerates As ordered)
 - Ernæringsterapi (Nutritional therapy)
 - Kartlegge matpreferanser (Map food preferences)
 - Gi hyppige og små næringsrike måltider (spesifiser) Ønskekost (Give frequent and small nutrient-rich meals (specify) Preferred diet)
 - Før måltid (Before meal)
 - Ernæringsovervåking (Nutritional monitoring)
- Mål (Goals):** Contains two goals: "Opplever kvalme/indring Spesielt i forbindelse med måltider" (Experiences nausea/vomiting especially in connection with meals) and "Opprettholde vekt, evt. vektøkning hvis ønskelig" (Maintain weight, or weight gain if desired). Each goal includes a "Siste Aktivitet" timestamp and a "Vis historikk" link.
- Aktivitetslogg (Activity Log):** Shows a log for "11. mai 2022 (31)". It is categorized into "Notat/Evaluering (8)" (Notes/Evaluation) and "Ikke utført (1)" (Not performed). The "Notat/Evaluering" section includes:
 - Administrere antiemetika (Administer antiemetics) - Forordning (Order)
 - Enda et eksempel på notat kvalme (Another example of note nausea) - Ikke utført (Not performed)
 - Eksempel notat kvalme (Example note nausea) - Utført (Performed)
 - Enda et eksempel på notat kvalme (Another example of note nausea) - Utført
 - Eksempel notat kvalme (Example note nausea) - Utført
 - Gi hyppige og små næringsrike måltider (spesifiser) (Give frequent and small nutrient-rich meals (specify)) - Forordning
 - Enda et eksempel på notat ernæring (Another example of note nutrition) - Utført
 - Eksempel notat ernæring (Example note nutrition) - Utført
 - Kartlegge matpreferanser (Map food preferences) - Forordning
 - Enda et eksempel på notat ernæring (Another example of note nutrition) - Utført
 - Eksempel notat ernæring (Example note nutrition) - UtførtThe "Ikke utført" section includes:
 - Administrere antiemetika (Administer antiemetics) - ForordningBelow these are sections for "Lagt til (10)", "Redigert (5)", and "Utført (7)".

Vedlegg 4a: Intervjuguide side 1

Intervjuguide masteroppgave Gina Kornelia Bruun Torvik

Utstyr: Opptaker, samtykkeerklæring/inforskriv, penn, mappe til samtykkeerklæring, druer, drikke(?) avhenger av restriksjoner

Hvem er jeg?

Kort om min yrkesbakgrunn

Fortelle om studiet

Kort gjenta tema for intervjuet – Erfaringer med DIPS Arena behandlingsplan

Opptak

Anonymitet

Tidsramme for intervjuet – 30 min maks om fokusert intervju

GRUPPERE SPØRSMÅL

Lydopptak begynner

INTRO

- Alder: 20-30, 30-40, over 40 ? Hvor detaljert dette skal være avhenger av informantene og kan tilpasses for å ivareta deres anonymitet.
- Erfaring i helsevesenet antall år
- Erfaring med DIPS Classic antall år
- Erfaring med annet EPJ-system – antall år
- Evt. hvilket epj-system?
- Erfaring med DIPS Arena – antall år

Erfaring med DIPS Arena behandlingsplan

- Hva syntes du om hvordan DIPS Arena behandlingsplan støtter opp ditt arbeid som sykepleier?

Erfaring med DIPS Arena Behandlingsplan og arbeidsprosesser

- Har arbeidshverdagen din endret seg etter at du tok i bruk DABHP?
 - Hvordan?
- Vurderer du denne endringen til å være positiv eller negativ, og på hvilken måte?

Informasjonsutveksling

Vedlegg 4b: Intervjuguide side 2

- Vurderer du denne endringen til å være positiv eller negativ, og på hvilken måte?

Informasjonsutveksling

- Opplever du at du kan tillegge deg nødvendig informasjon om en pasient ved å lese behandlingsplan?
 - På hvilken måte?
- Opplever du at kollegaer fra andre profesjoner (leger/fysioterapeuter etc.) kan tillegge seg nødvendig informasjon om en pasient ved å lese behandlingsplan?
 - Hvordan sammenligner du denne opplevelsen med tidligere? Blir du ringt mer/mindre enn før for informasjon om en pasient?
 - Er det andre aspekter ved samhandling med andre yrkesgrupper som du tror påvirkes av overgangen til DIPS Arena behandlingsplan?
 - På hvilken måte?
- Om du brukte et annet system før DIPS Arena, har dine rutiner for journallesing og dokumentering endret seg?
 - På hvilken måte?
- Tror du at du bruker mer eller mindre tid på dokumentering og journallesing med DIPS Arena Behandlingsplan?
 - Hva skyldes det?
 - Opplever du det som positivt eller negativt?
- DABHP strukturerer data. Opplever du at de ulike behandlingsplanene rommer det som behøves for å journalføre og hente inn informasjon for deg som sykepleier?
- Opplever du at behandlingsplanen ofte er oppdatert?
- Er det noe du ønsker å legge til om behandlingsplan i DIPS Arena?

DIPS Arena behandlingsplan – sykepleieres erfaringer

Vil du delta i forskningsprosjektet ?

Bakgrunn og formål:

Dette prosjektet er knyttet til masteroppgave i Helseinformatikk med fokus på klinikers erfaringer hva gjelder nytt system for arbeidsprosess-støtte og elektronisk pasientjournal (DIPS Arena behandlingsplan), og hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag, og helsehjelpen til pasientene.

Hva innebærer deltagelse i studie?

Deltakelse innebærer deltagelse på ett intervju med meg med varighet maks 30 minutter. Opplysningene som fremkommer i intervjuet vil anonymiseres, kodes, grupperes og analyseres opp mot problemstillingen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Kun forskere i dette prosjektet vil ha tilgang til personopplysninger om deg. Samtykkeskjema skal signeres, og er det eneste dokumentet som inneholder identifisering av deg. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opptak av intervju transkriberes (oversettes til tekst), og deretter destrueres opptakene. Samtykkeskjema vil oppbevares inntil 6 mnd. etter mastergraden er avsluttet (senest juni 2022).

Frivillig deltagelse

Din deltagelse i denne studien er basert på frivillighet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi en grunn.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet:

- Få rettet eller slettet personopplysninger om deg
- Få innsyn i hvilke personopplysninger som er lagret om deg
- Få utlevert opplysninger om deg
- Klage til datatilsynet eller personvernombudet på behandling av personopplysninger om deg

Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Hvordan kan jeg finne ut mer?

- IDI – Institutt for datateknologi og informatikk ved NTNU Trondheim:
Pieter Jelle Toussaint; e-post pieter@ntnu.no eller telefon 40646586
- Gina Kornelia Bruun Torvik; gktorvik@stud.ntnu.no eller telefon 90236371.



Fakultet for informasjons-
teknologi og elektroteknikk
Institutt for datateknologi
og informatikk

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet '**DIPS Arena behandlingsplan – sykepleieres erfaringer**' og samtykker til å delta i studien.

Sted, Dato

Signatur

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Meldeskjema

Referansenummer

175725

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Masteroppgave Helseinformatikk

Prosjektbeskrivelse

Å undersøke hvordan et nytt system for elektronisk pasientjournal påvirker arbeidsprosess hos klinikere.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Ingen. Skal kun bruke signatur for samtykkeskjema.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Gina Kornelia Bruun Torvik, ginabruuntorvik@live.no / gktorvik@stud.ntnu.no, tlf: 90236371

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for informasjonsteknologi og elektroteknikk (IE)
/ Institutt for datateknologi og informatikk

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Pieter Jelle Toussaint , pieter@ntnu.no, tlf: 40646586

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Sykepleiere på sengepost på sykehus

Rekruttering eller trekking av utvalget

Avdelingens sykepleiere, over ett hundre, vil få tilsendt en epost hvor de søkes rekruttert som informanter. Det vil bli opplyst om undersøkelsen ved avdelingens vaktrom og ved oppslag på veggen. Slik vil jeg rekruttere om lag 10-15 sykepleiere.

Avdelingsleder ved har godkjent prosjektets gjennomføring på avdelingen, og videre skal personvernombud på sykehuset godkjenne intervjuguide og samtykkeskjemaet til informantene før intervjuene kan igangsettes, etter at prosjektet får godkjenning fra NSD.

Alder

19 - 65

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Ved å henvende seg til Dataansvarlig (Pieter Toussaint) eller prosjektansvarlig (Gina Kornelia Bruun Torvik). Dette informeres om i informasjon og samtykkeskriv.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Ved å henvende seg til meg eller dataansvarlig. Det vil kun være opptak av personen, uten navn, og transkriberte opptak vil være anonyme fra begynnelsen av.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

- Annen godkjenning

Annen godkjenning

Skal levere spørsmål og infoskriv til sykehusets personvernombud for godkjenning etter at NSD godkjenning er inne.

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Fysisk isolert maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres fortløpende
- Adgangsbegrensning
- Andre sikkerhetstiltak

Hvilke

Samtykkeskjema skal signeres, og med en gang anonymiseres med koblingsnøkkel. Både skjema og koblingsnøkkel oppbevares innelåst og separat og destrueres maks 6 mns etter at prosjektet (masteroppgaven) er innlevert. Senest juni 2022.

Varighet

Prosjektperiode

04.02.2021 - 22.06.2022

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, data vil bli oppbevart uten personopplysninger (anonymisering)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

- Koblingsnøkkelen slettes
- Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres
- Lyd- eller bildeopptak slettes

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

På grunn av at jeg har kommet i gang så sent setter jeg juni 2022 som dato der lydopptakene senest skal være slettet i frykt for at intervju trekker ut vil jeg sikre meg. Så jeg ikke trenger å slette lydopptakene før de er ferdig transkribert og kodet.

[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave Helseinformatikk](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer

175725

Prosjekttittel

Masteroppgave Helseinformatikk

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for informasjonsteknologi og elektroteknikk (IE) / Institutt for datateknologi og informatikk

Prosjektansvarlig

Pieter Jelle Toussaint

Student

Gina Kornelia Bruun Torvik

Prosjektperiode

04.02.2021 - 31.12.2021

[Meldeskjema](#) 

Dato

10.06.2021

Type

Standard

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.06.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021. Det er lagt opp til at personopplysningene kan lagres ytterligere seks måneder etter prosjektslutt.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med

prosjektet

· lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfylder kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave Helseinformatikk](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer

175725

Prosjekttittel

Masteroppgave Helseinformatikk

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for informasjonsteknologi og elektroteknikk (IE) / Institutt for datateknologi og informatikk

Prosjektansvarlig

Pieter Jelle Toussaint

Student

Gina Kornelia Bruun Torvik

Prosjektperiode

04.02.2021 - 22.06.2022

[Meldeskjema](#) 

Dato

03.01.2022

Type

Standard

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen registrert 31.12.2021

Vi har nå registrert 22.06.2022 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres om forlengelsen.

Vi vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

