

Marita Ødegård
Stine Haugland

Kartlegging av behov for digital pasientinvolvering i forkant av elektive operasjoner

Masteroppgave i Helseinformatikk
Veileder: Pieter Jelle Toussaint, IDI
Februar 2023

Marita Ødegård
Stine Haugland

Kartlegging av behov for digital pasientinvolvering i forkant av elektive operasjoner

Masteroppgave i Helseinformatikk
Veileder: Pieter Jelle Toussaint, IDI
Februar 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Vi er inne i en tid hvor hverdagen vår stadig digitaliseres. Flere næringssektorer tilbyr flust av digitale løsninger, men hvorfor har vi ikke kommet lenger innenfor helsesektoren? Pasienten er en relativt uutnyttet ressurs og det etterlyses at de involveres mer. Vi har gjennom vår fartstid i spesialisthelsetjenesten identifisert områder som med fordel kan digitaliseres, slik at pasientene kan involveres mer. Valget falt på kirurgiske avdelinger hvor pasienter legges inn til elektiv kirurgi. Årsaker til at operasjoner blir avlyst/strøket er i noen tilfeller pasientrelaterte. Vi ville derfor finne ut av om digital pasientinvolvering kunne bidra til å redusere andelen strykninger.

Hensikt: Vår hensikt er å kartlegge om det er behov for digital pasientinvolvering i forkant av elektive operasjoner. Hovedformålet vil være å undersøke om digital pasientinvolvering i preoperativ fase, kan bidra til å optimalisere dagens sykehusdrift, både for helsepersonell, sykehusvirksomheten og for pasienten selv.

Metode: Vi har benyttet både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode med hovedfokus på kvalitativ. Det er fordi vi har valgt å benytte oss av både spørreundersøkelse og intervju som metode for datainnsamling. Vi benyttet begge forskningsmetoder for å sikre oss data som var representative for den teoretiske populasjonen. Samtidig benyttet vi også deler av SDI-metoden som forskningsmetode. Helsepersonell ble benyttet som respondenter til spørreundersøkelsen og som informanter til intervjuene.

Resultater: Strykninger av elektive operasjoner tar opp mye ressurser unødvendig, samtidig som det økonomisk koster sykehusene mye penger. Flere av årsakene til strykninger av elektive operasjoner er pasientrelaterte. Helsepersonell er positive til å ta i bruk mer digitalisering i deres arbeidshverdag og mener at pasientene kan og bør involveres i større grad, så lenge etiske hensyn tas. Dette har også pasienter selv ytret behov for i studiene vi har inkludert. Som en følge av at pasientene er bedre informert, kan feil og misforståelser tidligere fanges opp, og risikoen for at operasjoner må strykes på grunn av pasientrelaterte årsaker vil reduseres. Informantene påpeker samtidig at det må satses mer på digitalisering fremover og det er ønskelig at sluttbrukere inkluderes mer i disse avgjørelsene.

Konklusjon: Studien viser at det absolutt er et behov for digital pasientinvolvering i forkant av elektive operasjoner. Dette har våre informanter bekreftet. Det vil kunne gi gevinster både for pasienter, helsepersonell og for sykehusene.

Abstract

Introduction: In these times, our everyday lives are constantly being digitalized. Several industries offer plenty of digital solutions, but why is the health sector still far behind? Patients are a relatively unused resource and there is a need for more involvement. Through our experience in the specialist healthcare service, we have identified areas that could advantageously be digitalized so that patients can be more involved. The choice fell on surgical departments where patients are admitted for elective surgery. The reasons why surgeries are cancelled are in some cases patient related. We therefore wanted to see whether digital patient involvement could help reduce the numbers of surgeries that are being cancelled.

Purpose: Our purpose is to identify whether there is a need for digital patient involvement prior to elective surgery. The main purpose is to investigate whether digital patient involvement in the preoperative phase can help optimize current hospital operations, also for healthcare professionals and for the patients.

Methods: We have used both qualitative and quantitative research methods with the main focus on qualitative methods. This is because we have used both surveys and interviews as a method for collecting data. We used both research methods to secure data that were representative of the theoretical population. At the same time, we also used parts of the SDI method as a research method. Healthcare professionals were both respondents to the survey and informants to our interviews.

Results: Cancelled elective surgeries takes up a lot of unnecessarily resources and are also costing hospitals a lot of money. Some of the reasons to why elective surgeries are cancelled, are patient related. Healthcare professionals are positive to more digitalization in their work area. They also believe that patients can be involved to a greater extent, as long as ethical considerations are taken into account. Patients have also expressed a need for this in the studies we have included. As a result of the patients being better informed, mistakes and misunderstandings can be identified earlier, and the risk of cancelled surgeries due to patient related reasons will be reduced. At the same time, the informants point out that going forward, there must be more investment in digitalization. End users should also be more included in decisions regarding digitalization.

Conclusion: The study shows that there is certainly a need for digital patient involvement prior to elective surgery. Our informants have confirmed this. This could provide benefits for patients, healthcare professionals and for the hospitals.

Forord

Denne masteroppgaven er utarbeidet i 3. studieår av masterprogrammet Helseinformatikk (IT/MVD6191) ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU.

Målsettingen med masterprosjektet var å kartlegge om det er var behov for digital pasientinvolvering i forkant av elektive operasjoner. Vi ønsket å grave dypere i et felt som vi begge interesserer oss for, da vi begge har bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsmengden valgte vi å fordele mellom oss der det var hensiktsmessig, f.eks. ved transkriberinger av intervjuene. Ellers har vi vært sammen om det meste av tankegang og kun valgt å fordele noen kapitler hver, hvor vi i etterkant har kommet med innspill og tilbakemeldinger på hverandres arbeid.

Det å være to studenter sammen om denne oppgaven, har vi ansett som en fordel. Det å i fellesskap kunne drøfte og reflektere, har vært verdifullt. Det har også gitt oss flere synspunkter med tanke på tolkning av funn og innfallsvinkler den andre kanskje ikke hadde tenkt på. Ikke minst har det vært fordelaktig for å klare å holde fokus og være motivert gjennom et helt år med skriving.

Vi vil med dette rette en spesiell takk til vår veileder, professor ved Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap, Pieter Jelle Toussaint for god veiledning dette året.

Vi ønsker også å takke alle informantene som velvillig stilte opp til intervju og delte sine erfaringer, innsikt og tanker med oss.

Det må også utrettes en takk til de avdelingslederne på OUS og AHUS som ønsket å distribuere spørreundersøkelsen vår på sine avdelinger, og for ikke å glemme alle sykepleierne som svarte på dem, til tross for deres hektiske arbeidshverdag.

En masterutdanning ved siden av jobb og privatliv har tidvis vært krevende. Allikevel har det vært svært lærerikt og givende. Vi takker derfor våre familier, venner og kollegaer som har heiet på oss hele veien.

Oslo, 09.02.2023

Marita Ødegård

Stine Haugland

Innhold

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Introduksjon | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn | 1 |
| 1.2 | Hensikt og problemstilling | 2 |
| 1.3 | Teknologi som benyttes preoperativt | 3 |
| 1.4 | Gjeldende preoperative rutiner..... | 3 |
| 1.5 | Avgrensning | 5 |
| 1.6 | Begrepsavklaring | 6 |
| 1.6.1 | Preoperativ..... | 6 |
| 1.6.2 | Prepol..... | 6 |
| 1.6.3 | Elektiv operasjon | 6 |
| 1.6.4 | Strykning | 6 |
| 1.7 | Oppgavens struktur..... | 6 |
| 2 | Teori | 7 |
| 2.1 | Elektive operasjoner og strykninger..... | 7 |
| 2.2 | Digital pasientinvolvering | 10 |
| 2.3 | Digitalisering av arbeidsprosesser | 11 |
| 3 | Metode | 15 |
| 3.1 | Forskningsmetode | 15 |
| 3.2 | Forskningsdesign | 16 |
| 3.3 | Utvalg..... | 16 |
| 3.4 | Valg av metode..... | 17 |
| 3.4.1 | Spørreundersøkelser..... | 17 |
| 3.4.2 | Intervjuer | 17 |
| 3.5 | Fiktiv applikasjon | 17 |
| 3.6 | Datainnsamling - Spørreundersøkelse | 19 |
| 3.6.1 | Planlegging av datainnsamling | 19 |
| 3.6.2 | Gjennomføring av datainnsamling | 21 |
| 3.6.3 | Analyse av datamateriale | 21 |
| 3.7 | Datainnsamling - Intervju | 22 |
| 3.7.1 | Planlegging av datainnsamling | 22 |
| 3.7.2 | Gjennomføring av datainnsamling | 22 |
| 3.7.3 | Analyse av datamateriale | 23 |
| 4 | Presentasjon av funn fra spørreundersøkelsen | 24 |
| 4.1 | Spørreundersøkelsen | 24 |

| | | |
|-----|---|----|
| 4.2 | Oppsummering av funn..... | 30 |
| 5 | Presentasjon av funn fra intervjuene | 32 |
| 5.1 | Presentasjon av informanter | 32 |
| 5.2 | Aktuelle rutiner | 32 |
| 5.3 | Fordeler og ulemper med dagens rutiner | 34 |
| 5.4 | Digitalisering og dens potensielle nytteverdi | 38 |
| 5.5 | Forventninger og etikk | 40 |
| 5.6 | Erfaringer | 42 |
| 5.7 | Tillit..... | 44 |
| 5.8 | Digitalisering av arbeidsoppgaver | 45 |
| 5.9 | Oppsummering av funn..... | 46 |
| 6 | Diskusjon | 49 |
| 6.1 | Elektive operasjoner og strykninger | 49 |
| 6.2 | Digital pasientinvolvering | 51 |
| 6.3 | Digitalisering av arbeidsprosesser | 54 |
| 7 | Konklusjon | 57 |
| 7.1 | Svar på problemstilling | 57 |
| 7.2 | Evaluerings av prosjekt | 57 |
| 7.3 | Videre arbeid | 59 |
| | Referanser | 60 |
| | Vedlegg | 63 |

Figurer

| | |
|---|----|
| Figur 1: Flytskjema av innleggelsesprosessen | 4 |
| Figur 2: Illustrert eksempel av brukergrensesnitt for ansatte | 18 |
| Figur 3: Illustrert eksempel av brukergrensesnitt for pasienter | 19 |
| Figur 4: Spørsmål 1 | 24 |
| Figur 5: Spørsmål 2 | 25 |
| Figur 6: Spørsmål 3 | 25 |
| Figur 7: Spørsmål 4 | 26 |
| Figur 8: Spørsmål 5 | 26 |
| Figur 9: Spørsmål 6 | 27 |
| Figur 10: Spørsmål 7 | 27 |
| Figur 11: Spørsmål 8 | 28 |
| Figur 12: Spørsmål 9 | 28 |
| Figur 13: Spørsmål 10 | 29 |
| Figur 14: Spørsmål 11 | 29 |

Tabeller

| | |
|---|----|
| Tabell 1: Oppsummering av funn i spørreundersøkelsene | 31 |
| Tabell 2: Oppsummering av funn fra intervjuene | 48 |

Forkortelser/symboler

| | |
|------|--|
| NTNU | Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet |
| OUS | Oslo Universitetssykehus |
| AHUS | Akershus Universitetssykehus |
| UNN | Universitetssykehuset Nord Norge |
| NEWS | National Early Warning Score |
| SSB | Statistisk Sentralbyrå |

1 Introduksjon

Da vi skulle velge oss ut et tema, var det mye vi ønsket å skrive om. Det er flere arbeidsprosesser vi har sett fra vårt helsefaglige perspektiv som sykepleier og bioingeniør i spesialisthelsetjenesten, som med fordel kunne vært forbedret. Dette dannet også grunnlaget for hvorfor vi startet på dette masterløpet i utgangspunktet. Vi begge har erfart at det er et ettertrykkelig behov for forbedring og effektivisering innenfor flere områder i helsesektoren. For oss er det derfor tydelig at mer digitalisering må til.

I det følgende kapittelet vil vi gå mer inn på bakgrunnen for valg av tematikk og problemstilling. Vi vil presentere hensikten med vår forskning og utdype hvorfor vi mener valgt tematikk er viktig og relevant. Det vil i dette kapittelet være ulike begrepsavklaringer samt forklaring på hvilken teknologi som benyttes per i dag. Vi har inkludert avgrensninger for å avklare omfanget til oppgaven. På slutten av dette kapittelet gjennomgår vi oppgavens struktur for å skissere oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn

Vi er inne i en tid hvor hverdagen vår stadig digitaliseres. De aller fleste av oss har en smarttelefon og kan gjennom denne få innsyn i hva som skjer i resten av verden. Vi kan enkelt få tilgang til banktjenester og overføre penger i sanntid fra person til person. Hjemleveringstjenester er også bare et tastetrykk unna, med alt man måtte trenge, være seg matvarer eller apotekvarer, levert hjem på døren samme dag. Dette er bare noen eksempler på hvordan flere deler av vår hverdag har blitt digitalisert. For de fleste av oss har de ulike løsningene i stor grad bidratt til å gjøre hverdagen vår enklere. Det eksisterer som nevnt over, mange digitale løsninger innenfor flere ulike næringssektorer. Hvordan har det seg at vi ikke har kommet lengre innenfor helsesektoren?

Pasienten er en relativt uutnyttet ressurs. Digitalisering i helsetjenesten til nå, har i stor grad handlet om å effektivisere papirbaserte og manuelle prosesser som de ansatte gjør. Derimot har det ikke vært et like stort fokus på hvordan involvere pasienten i større grad ved hjelp av digitalisering, og det er først de senere år at f.eks. hjemmesykehus har blitt mer utbredt. Vi mener vi ikke evner å møte de helseutfordringene vi står overfor, uten at pasientene involveres i langt større grad. Vi ser derfor på pasientinvolvering som essensielt for å nå dit vi vil og bør være innen få år. I den nasjonale Helse- og sykehusplanen for 2020-2023 kommer det klart frem at pasienten skal involveres mer. I den samme planen er det varslet om eldrebølgen og et trykkende behov for effektivisering (1). WHO's globale pasientsikkerhetsplan for 2021-2030 har som målsetting innenfor helsesektoren å redusere feil som kan forebygges. For å klare å nå dette målet, må pasientene involveres i arbeidet rundt pasientsikkerhet (2). Pasientinvolvering vil også kunne oppleves positivt for pasienten, ifølge tilbakemeldinger og studier som har blitt gjort (3, 4).

Med bakgrunn i dette, har vi sett på hvilke deler av helsevesenet som kunne hatt utbytte av flere digitale løsninger. Vi ville se nærmere på om det fantes muligheter for å digitalisere enkelte prosesser. Samtidig ønsket vi å se på muligheter for mer pasientinvolvering, da man i større grad kan utnytte potensialet pasientene innehar.

Grunnet oppgavens omfang, har vi valgt å spisse fokuset vårt til spesialisthelsetjenesten og pasienter som skal gjennomgå elektiv kirurgi.

Det finnes rom for optimalisering i flere av områdene for elektiv kirurgi, men for å se nærmere på ett av områdene, kan vi se på operasjoner som blir avlyst/strøket. Hvis vi ser på tall fra Oslo Universitetssykehus (OUS), opereres det 54.000 pasienter der årlig, hvorav 3000 av operasjoner strykes. Som oftest rett før operasjonens planlagte start (5). Det er disse strykningene man ønsker å unngå. Vi ser i en masteroppgave fra 2017, hvilke årsaker som fører til at operasjoner strykes på OUS i 2014 og 2017. Her fremkommer det at noen av årsakene er pasientrelaterte. Årsaker kan være at pasienten ikke har møtt eller at pasienten ikke var fastende ved oppmøte. Totalt sett er det andre organisatoriske årsaker som utgjør hovedtyngden til strykprosenten (6). Vi ønsker allikevel å se på om noe kan gjøres for å hindre de pasientrelaterte strykningene.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med vår forskning vil være å kartlegge behovet for digital pasientinvolvering i forkant av elektive operasjoner. Enten i form av en applikasjon eller integrasjoner med eksisterende applikasjoner. Det kan også være andre digitale plattformer som allerede eksisterer på sykehusene. Dette vil vi gjøre ved å forhøre oss med sykepleiere på kirurgiske sengeposter. Hovedformålet vil være å undersøke om digital pasientinvolvering i preoperativ fase, kan bidra til å optimalisere dagens drift, både med tanke på sykehusvirksomheten, helsepersonell og for pasienten selv. Som nevnt i bakgrunn, forekommer en del av strykningene av pasientrelaterte årsaker. Da det er vanskelig å gjøre noe med de organisatoriske årsakene, tenkte vi det kunne være mulig å gjøre noe med de pasientrelaterte årsakene. Vi bestemte oss derfor for å se på hva man kan løse ved hjelp av digital pasientinvolvering, og dette dannet grunnlaget for oppgaven vår.

Etter hvert som oppgaven vår tok form, ble det gjennom teori tydelig at det ikke bare er pasienter alene som forårsaker de pasientrelaterte strykningene. En del av årsakene kan f.eks. være at pasienten har misforstått informasjonen som har blitt gitt i forkant av innleggelse. Kan det være at årsaken til strykninger egentlig ikke er rent pasientrelatert, men heller er et resultat av manglende eller feil informasjon fra helsepersonell? Hvis dette er tilfellet, ser vi et behov for å strukturere og standardisere informasjonen som gis ut til pasientene preoperativt og i tillegg sørge for at de har all informasjon samlet på ett sted hvor det er lett tilgjengelig. Vi ønsker derfor å rådføre oss med sykepleiere som jobber med pasienter i nettopp den preoperative fasen, for å høre om de mener det finnes rom for forbedring ved å involvere pasienten digitalt. F.eks. gjennom en applikasjon der pasienten selv kan være mer delaktig og lettere lese all informasjon samlet på ett sted, fremfor å ha infoskriv på papir som lett kan bli borte. Standardiserte papirskjemaer som er felles for alle pasienter, uavhengig av operativt inngrep, inneholder også mye tekst som oppleves av brukerne som unødvendig fordi ikke alt som står i skjemaet nødvendigvis er like aktuelt for alle pasientgrupper. Dette kan lett medføre at pasientene velger å ikke lese hele teksten, og dermed kan de gå glipp av potensielt viktig informasjon.

Målsettingen med vårt masterprosjekt vil være å gjøre en behovskartlegging, og vi har derfor formulert følgende problemstilling:

Kartlegging av behov for digital pasientinvolvering i forkant av elektive operasjoner.

1.3 Teknologi som benyttes preoperativt

Helsenorge

Det som i dag brukes av teknologi i fasen før innleggelse på sykehuset, er den digitale løsningen Helsenorge. Herfra får pasienten elektronisk innkallelse og SMS-påminnelse om timeavtaler. Det eksisterer også et digitalt skjema som pasientene kan fylle ut og som vil hjelpe mottakslege og sykepleiere ved innkomst. Pasienten kan ved å bruke dette skjemaet selv fylle ut informasjon de blir forespurt ved innkomstsamtale, som f.eks. høyde, vekt, medisiner og kontaktinfo til pårørende. Dermed slipper helsepersonell selv å etterspørre denne informasjonen. Helsenorge har en integrasjon til DIPS som gjør at skjemaet overføres direkte hit (7).

DIPS (Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus)

I det pasienten møter opp på sykehuset, bruker helsepersonell DIPS for å lese seg opp på pasientens historikk og for å videre dokumentere innkomst- og journalnotater. DIPS er et elektronisk pasientjournalssystem (EPJ) som benyttes på sykehus i flere ulike helseforetak. Herfra rekvireres blant annet blodprøver som skal tas, og viktige beskjeder som blant annet allergier eller pårørendeinformasjon registreres inn, dersom dette ikke er gjort fra tidligere (8). DIPS har som nevnt over en integrasjon med Helsenorge, som gjør at pasienten også kan få tilgang og innsikt i et utvalgt innhold fra egen journal i tillegg til noen prøvesvar (7, 8).

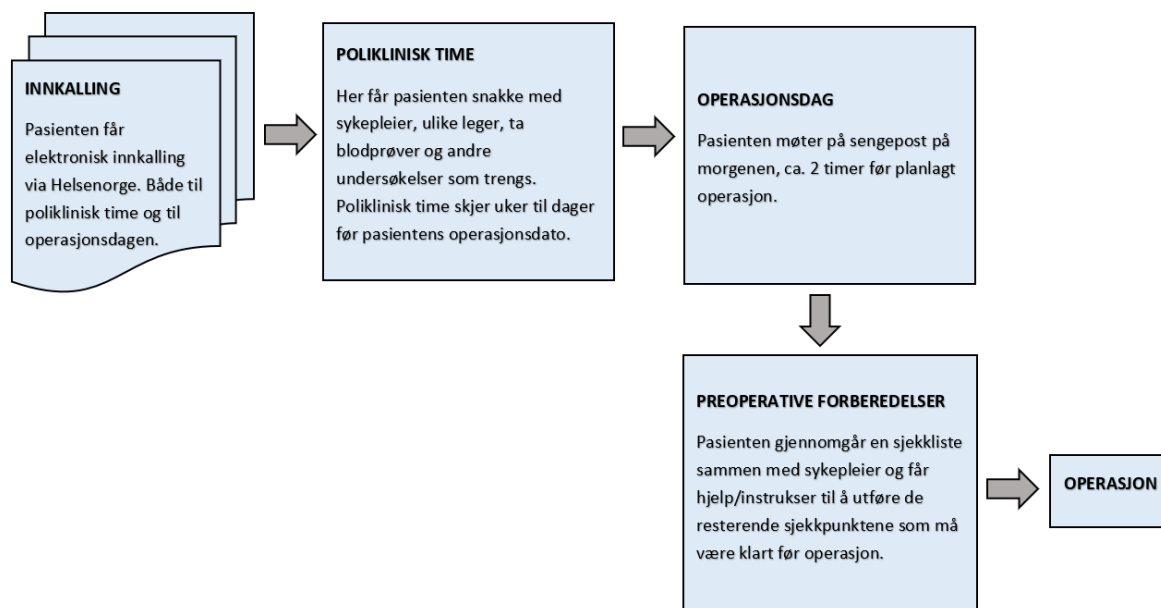
MetaVision

Det blir på mottaksdag også opprettet en pasientkurve i MetaVision, som er en regional kurveløsning som følger pasientens sykehusopphold fra innkomst til utskrivelse. Systemet benyttes av sykepleiere og leger for å innhente og registrere informasjon som vitale målinger, medisiner, prøvesvar og andre aktiviteter (9). For leger og sykepleiere som ordinerer og administrerer legemidler, finnes det innebygd beslutningsstøtte, som bidrar til økt pasientsikkerhet (10).

DIPS og MetaVision har integrasjoner som gjør at man kan arbeide i sanntid med samme aktiverte pasient på begge systemene.

1.4 Gjeldende preoperative rutiner

Rutinene i dette kapitlet er skrevet ut fra egne erfaringer som sykepleier på kirurgisk avdeling på Rikshospitalet. Informantene i studien vår har også bekreftet at dette stemmer overens med nåværende rutiner og har supplert med oppdatert info. De spesifikke rutinene under er dermed kun tatt utgangspunkt i Rikshospitalet drift.



Figur 1: Flytskjema av innleggelsesprosessen

Pasienten mottar innkallelse som sendes ut digitalt på Helsenorge. Innkallingen omfatter både tidspunkt for poliklinisk time og operasjon, i to separate brev. Det sendes også ut time-påminnelser på SMS når timen nærmer seg.

Pasientene som tas imot på prepoliklinikk (prepol) drar hjem etterpå og møter ferdig klargjort opp på sykehuset på operasjonsdagen. Pasientmottak på prepol avlaster sengeposten for blant annet liggedøgn, da pasientene ikke skal overnatte på avdelingen i forkant av operasjon. Noen faktorer som f.eks. lang reisevei og komorbiditet vil avgjøre om pasienter allikevel må legges inn på avdelingen i forkant av operasjonsdagen (11).

På prepol skal pasienten gjennom samtaler med mottakslege, sykepleier, anestesilege, kirurg og eventuelt fysioterapeut. Her gjennomgås sykehistorie, symptombilde, forventninger, avklaringer, og det tas blodprøver og vitale målinger av pasienten. Vurderinger som gjøres på prepol, er gyldig i 3 mnd (12). På slutten av timen, får pasienten informasjon fra sykepleier om hva som skal skje i tiden frem mot operasjonsdagen. Denne informasjonen foregår både muntlig og skriftlig på papirer pasienten får med seg hjem, og omfatter blant annet preoperative forberedelser til operasjon.

De preoperative forberedelsene er som følger:

- Faste fra midnatt (mat, drikke, tyggegummi, nikotin og tobakk)
- Ikke ta medisiner som ikke skal tas (dette bestemmes av anestesilege på prepol)
- Fjerne smykker, piercing og neglelakk
- Pasienten skal dusje med Hibiscrub (antibakteriell såpe) kvelden før operasjon
- Ikke smøre seg med kremer/produkter etter dusj
- Pasienten skal legge seg i rent sengetøy etter dusj
- Pasienten skal ta på seg rent tøy på operasjonsdagen
- Ta Covid-test i forkant av innleggelse (Nytt etter COVID-19)

Før pasienten reiser hjem i tidsrommet frem mot operasjonsdagen, er det derfor viktig å sørge for at pasienten er godt nok informert på prepol. Dette kan ellers føre til telefonhenvendelser til behandlingssted for spørsmål eller avklaring av misforståelser. Som i verste fall igjen kan føre til at pasienten ikke får operert.

På morgenen på operasjonsdagen, møter pasienten forberedt på sengeposten på sykehuset. Her tas pasienten imot av sykepleier. Sammen går det gjennom en preoperativ sjekkliste som følger:

- Vitale målinger (blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, rektal-temperatur, O2-metning i blodet).
- Forsikre seg om at pasienten har fastet
- Forsikre seg om at pasienten ikke har tatt medisiner som ikke skal tas
- Gi premedikasjon
- Påse at smykker, piercinger og neglelakk er fjernet
- Spørre om pasienten har dusjet med Hibiscrub
- Be pasienten ta seg en rask vask med klut
- Corsodyl munnskyll (antibakterielt munnskylllevann)
- Gi pasienten rent operasjonstøy og kompresjonsstrømper
- Vise pasienten til en ren seng
- Legge pasientens eiendeler i et merket skap
- Låse inn pasientens verdisaker i en safe

Sjekklisten over finnes på et papirark som sykepleier krysser av på etter hvert som punktene går gjennom med pasienten. Deretter fører sykepleier inn registreringene i den samme sjekklisten som finnes digitalt i DIPS. Sjekklisten har to intensjoner; 1) å kvalitetssikre at forberedelsene blir gjort og 2) at operasjonsavdelingen skal kunne se i DIPS i sanntid at sjekklisten er utført før pasienten ankommer operasjonsavdelingen.

1.5 Avgrensning

Mottakssituasjoner på sykehus før innleggelse, foregår enten poliklinisk eller på sengeposten. I denne oppgaven velger vi å ha hovedfokus på poliklinisk mottak, da den polikliniske timen ofte finner sted uker til dager i forkant av operasjonsdatoen. Pasientene får dermed et opphold hjemme i tiden før innleggelse. Det forventes dermed mer egeninnsats fra pasientene i denne mottakssituasjonen, og det vil også være større rom for å gjøre feil eller å glemme ting.

Vi har i denne oppgaven valgt å fokusere på perspektivene som kommer frem hos helsepersonell. For å få belyst hva som kan endres i deres arbeidshverdag og hvordan digital pasientinvolvering potensielt kan ha en innvirkning på ulike områder innenfor sykehusvirksomheten. F.eks. om det som nevnt innledningsvis kan bidra til å redusere strykninger av operasjoner. Vi har dermed ikke inkludert pasienter som en egen informantgruppe i studien vår, da det var resultatene fra helsepersonell vi var ute etter for å besvare vår problemstilling.

Vi har vurdert noen svakheter ved å benytte digital teknologi i denne kartleggingen. En viktig ting å tenke på, er at man ikke vil kunne nå ut til 100% av pasientgruppen gjennom applikasjoner, da noen pasientgrupper og generasjoner ikke er like digitale anlagt. Men dersom dette kan bidra til at bare 50% av pasientgruppen får riktig og bedre informasjon, så kan dette også tilsvare 50% færre «unødvendige» strykninger.

1.6 Begrepsavklaring

For å gi leseren en bedre forståelse av hva oppgavens omfang omhandler, har vi i dette kapitlet listet opp de mest sentrale begrepene med følgende begrepsavklaringer.

1.6.1 Preoperativ

Preoperativ menes med 'før operasjon'. Et kirurgisk forløp deles nemlig inn i tre faser: **Pre**operativ (før operasjon), **per**operativ (under operasjon) og **post**operativ (etter operasjon) fase (13). I vår oppgave betyr derfor den preoperative fasen, hele tiden fra pasienten får innkallelse og frem til operasjonen finner sted.

1.6.2 Prepol

Prepol er beskrevet av OUS som: «en selvstendig poliklinisk enhet som utreder, informerer og forbereder pasienter før planlagt kirurgi med det mål at pasienten kan møte opp til operasjon på morgenen selve operasjonsdagen» og brukes til å avlaste sengeposten samtidig med å redusere liggedøgn på sykehuset (11).

1.6.3 Elektiv operasjon

En elektiv operasjon er et planlagt kirurgisk inngrep (14). I forkant av enhver operasjon er det viktig pasienten har gjennomgått en rekke undersøkelser og dermed er riktig diagnostisert. Det er også viktig å avdekke andre eventuelle tilleggssykdommer som f.eks. infeksjoner og uregulert blodtrykk, da disse må behandles i forkant av et kirurgisk inngrep (15).

Det motsatte av elektiv operasjon er akutte og øyeblikkelig hjelp-operasjoner (14). Det er langt mindre tid til å foreta de preoperative undersøkelsene ved disse operasjonene (15).

1.6.4 Strykning

Helsedirektoratet definerer strykning som «Andel pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet». Operasjonsprogram er en plan for bruk av operasjonsstuer med tilhørende helsepersonell (16).

OUS definerer strykning som følgende:

En operasjon som fjernes fra operasjonsprogrammet etter at det er godkjent, regnes som strøket. Tidspunkt for godkjenning av dagsprogram kan variere. Før godkjent dagsprogram og fram til klokka 16.00 dagen før operasjon, kan pasienten flyttes og settes opp til operasjon en annen dag uten at dette regnes som stryk (17).

1.7 Oppgavens struktur

Oppgaven inneholder syv kapitler. Kapittel 1 inneholder bakgrunn, hensikt, problemstilling, avgrensning og begrepsavklaring. Kapittel 2 omhandler oppgavens teoretiske omfang. I kapittel 3 vil vi presentere oppgavens metodevalg og selve gjennomføringen av studien. Kapittel 4 og kapittel 5 belyser funnene i de ulike forskningsmetodene. Videre vil vi i kapittel 6 drøfte våre funn opp mot hva teorien sier. Avslutningsvis vil vi i kapittel 7 trekke sammen trådene og komme med vår konklusjon.

2 Teori

I dette kapitlet vil forskning knyttet til den valgte tematikken bli presentert. Det eksisterer allerede flere masteroppgaver, studier og forskningsartikler som er relevante for vår oppgave. Denne forskningen ønsker vi å fremheve i dette kapitlet for å senere kunne knytte forskningen opp mot funn fra egen forskning og senere dra dette inn i en drøfting. Vi har valgt å dele teoridelen inn i tre underkapitler fordi vi ønsker å ha fokus på de tre temaene som er relevante for å kunne besvare vår problemstilling, og for at kapitlet skal bli mest mulig oversiktlig.

2.1 Elektive operasjoner og strykninger

Vi har i vår forskning valgt å ha hovedfokus på om det er mulig å redusere graden av strykninger ved å involvere pasientene med ved bruk av digitale hjelpemidler. Vi har ønsket å fokusere på hvorfor det er viktig å involvere pasientene. Samtidig ønsker vi å se dette i sammenheng med elektive operasjoner og eventuelle strykninger. Spørsmålene vi har stilt oss selv når vi har jobbet med oppgaven er mange. Blant annet; Har pasientinvolvering noe for seg i utgangspunktet? Hvordan kan pasientinvolvering brukes til å redusere andelen strykninger? Er det i utgangspunktet noe behov for å redusere andelen strykninger?

La oss først og fremst definere hva en elektiv operasjon er. En elektiv operasjon er en planlagt operasjon som utføres på et forhåndsbestemt tidspunkt (14). Når en elektiv operasjon skal utføres, blir det satt av tid og ressurser, ikke bare under selve operasjonsdagen, men også med tanke på forberedelsene som hører med, både for sykehusvirksomheten og for pasienten selv. Alt dette har en pris, spesielt for sykehusene, og en elektiv operasjon økonomisk sett er en dyr affære. Hvor mye det koster sykehuset å gjennomføre en elektiv operasjon, vil selvfølgelig avhenge av type operasjon. I rene driftskostnader anslås prisen å være på ca. 10.000 kr. per time. Dette er tall som gjelder for OUS (18). Det er som sagt ikke bare selve operasjonen og forberedelsene på selve operasjonsdagen som tar opp ressurser. Det er også alle ressursene som brukes for å sørge for at pasienten er klargjort til operasjon. Dette krever tid og ressurser fra flere ulike typer helsepersonell og koordinatører. Samtidig må det planlegges og klargjøres til operasjonen, noe som også legger beslag på mye ressurser (18).

Det er ikke noe nytt at gjennomsnittlig levealder har økt med årene. Vi blir eldre og som et direkte resultat av dette, har vi oftere behov for medisinsk behandling på sykehus, f.eks. kirurgiske inngrep som ikke nødvendigvis er akutt. Det blir sagt at bedre velferd er noe som forventes. Samtidig er det også en forventning at dagens helsevesen skal driftes mer effektivt, og det stilles større krav økonomisk til drift av sykehusene (19). Som tidligere og nåværende ansatte på sykehus, kjenner vi begge godt til forventningene om budsjettkutt og hvordan dette påvirker arbeidshverdagen. Det presenteres årlig planer om hvordan avdelingene best kan bidra til en mer kostnadseffektiv drift.

Vi ser her hvor viktig det er at elektive operasjoner går som planlagt, uten unødvendige utsettelse og strykninger. Videre ønsker vi å se nærmere på hva som kan være mulige

årsaker til strykninger og hvordan strykninger kan påvirke både helsesektoren og pasientene. Det er viktig å ikke glemme at en strykning ikke bare vil være en belastning for spesialisthelsetjenesten og det berørte helsepersonellet. For å tydeligere definere hva en strykning er, har vi tatt med ulike definisjoner av en strykning. Eller for å være mer spesifikke; strykning av en elektiv operasjon.

En masteroppgave skrevet av Hansen et al. definerer strykning som "en kansellering av en planlagt operasjon etter at den er satt på operasjonsprogrammet" (18). En annen masteroppgave skrevet av Nilssen og Toussaint definerer strykning på følgende måte, "at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet" (19). I samme masteroppgave kommer det frem at Helsedirektoratet har strykninger av elektive operasjoner som en kvalitetsindikator. En kvalitetsindikator blir i dette tilfelle brukt til å måle og undersøke kvaliteten på de helsetjenestene som spesialisthelsetjenesten utøver til brukerne. Helsedirektoratet fører altså statistikk over antall strykninger og for at en strykning skal bli registrert i Helsedirektoratet sin statistikk, må den tentative operasjonen først være planlagt (19). Denne statistikken blir deretter brukt til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring. Årsaken til at strykninger blir benyttet som en kvalitetsindikator er fordi konsekvensene av en strykning ses på som negativt for pasientene (19). Helsedirektoratet har som uttalt mål at andelen strykninger skal ligge på under 5% (18). Det er variasjoner mellom sykehusene i prosentandelen strykninger, men felles for alle er at ingen når Helsedirektoratets mål. Det er med andre ord mye å hente med tanke på å få ned andelen strykninger.

Det er flere årsaker til at det er ønskelig å få ned prosentandelen strykninger. Som nevnt, vil en strykning kunne påvirke pasienten negativt på flere forskjellige måter. En direkte konsekvens av en utsatt operasjon vil kunne føre til ekstra liggedøgn for pasienten som fikk operasjonen sin utsatt. Dette medfører en ekstra økonomisk belastning for sykehuset, og kan også medføre at en annen pasient ikke får sengeplass på sykehuset. Det vil også påvirke andre pasienter ved at den utsatte operasjonen må planlegges til en annen dag, som igjen vil kunne føre til at andre operasjoner må utsettes. En strykning av en elektiv operasjon vil med andre ord kunne føre til en kaskadereaksjon der flere involverte blir påvirket i negativ grad. Det blir også sagt at en utsatt operasjon kan føre til misnøye hos pasienten (19). Ifølge en masteroppgave skrevet av Torsvik kan en utsatt operasjon også medføre at pasienten opplever både angst og depresjon som følge av dette (20).

Dersom en elektiv operasjon strykes, vil dette også påvirke sykehuset negativt med tanke på det økonomiske aspektet. Det er som nevnt, store driftskostnader knyttet til å gjennomføre en elektiv operasjon. Ifølge en artikkel fra Dagens Medisin, datert til 2004, sitert i en masteroppgave, kan de økonomiske kostnadene av strøkede elektive operasjoner komme opp i 10 MNOK i året (20). Det er derimot viktig å påpeke at dette er tall fra 2004 og dette estimatet kan ha endret seg til nåværende dato. Det er allikevel nærliggende å tenke at de økonomiske kostnadene har økt i takt med årene. Det blir også sagt i en annen masteroppgave at operasjonsavdelingen betegnes som den største økonomiske utgiftsposten i sykehusene (19). Det er derimot ikke til å komme unna at en strøket operasjon vil utgjøre en økonomisk belastning for sykehusene. En belastning som sykehusene helt sikkert skulle vært foruten med tanke på den økonomiske situasjonen og hvor hardt presset sykehusene allerede er.

På et sykehus hvor uforutsette hendelser ofte inntreffer, er det en balansegang å skulle gjennomføre operasjoner til planlagt tid. Være seg at en ulykke inntreffer, og skadde pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp må prioriteres. Denne type operasjoner blir betegnet som "ikke-elektiv kirurgi", og elektive operasjoner blir betegnet som "elektiv kirurgi" i definisjonen til OUS (19). Operasjoner som er øyeblikkelig-hjelp er én av flere årsaker til at en elektiv operasjon kan bli strøket fra operasjonsprogrammet. Det er ikke alltid gitt at det er tid eller ressurser til å både håndtere pasienter som krever øyeblikkelig hjelp og pasienter som skal opereres elektivt.

La oss se nærmere på andre mulige årsaker til at en elektiv operasjon blir strøket. Det ble blant annet gjort en studie for å kartlegge årsaker til forsinkelser av elektive operasjoner. Studien ble utført ved et sykehus i Midt-Norge og de mulige stryk-årsakene som ble avdekket under studien ble delt inn i fire hovedkategorier: Årsaker knyttet til pasienter, personell, operasjonsavdeling/utstyr, eller organisering (21). Pasientrelaterte årsaker hadde en prosentandel på 17% (21). Dette er av interesse for oss ettersom masteroppgaven fokuserer på pasientenes rolle i den preoperative prosessen, samt hvordan digitalisering kan involvere pasienten mer i denne prosessen. Noe som vi igjen håper kan føre til en lavere strykprosent. Dette viser oss at det er et mulig forbedringspotensial med tanke på å redusere denne prosentandelen, og kanskje er nøkkelen til det nettopp økt pasientinvolvering. Det finnes også flere pasientrelaterte årsaker til strykninger. Eksempler på pasientrelaterte årsaker kan være at pasienten ikke møter opp til operasjon, at pasienten ikke lenger vil opereres, eller at pasienten ikke er fastende (18). Den samme studien oppsummerer også på følgende måte hva som er hovedårsakene til forsinkelser av elektive operasjoner. For å sitere fra studien, "de fleste forsinkelser skyldes mangelfull planlegging og organisering av operasjonsprogrammet. Studien indikerer at mer presis planlegging, bedre informasjonsutveksling og et forbedret dataverktøy kan redusere antall forsinkelser ved elektive operasjoner" (21). Det som blir viktig å presisere er at denne studien så på forsinkelser av elektive operasjoner og ikke strykninger. Det er også viktig å få frem at årsaker til strykninger kan variere med tanke på hvilken avdeling operasjonen utføres på, hva slags type operasjon som skal utføres, og hvilken pasientgruppe som pasienten tilhører. Det kan med andre ord være mange og sammensatte årsaker til at en elektiv operasjon strykes. Det vil også alltid være uunngåelige årsaker, årsaker som man ikke får gjort noe med. For eksempel at pasienten har pådratt seg en akutt infeksjon (18).

En masteroppgave som omhandler strykninger ved OUS, deler årsakene til strykninger inn i tre kategorier: Pasientrelaterte årsaker, kliniske årsaker og systemrelaterte årsaker (18). Pasientrelaterte årsaker er det allerede nevnt eksempler på tidligere i dette kapitlet. Det er flere av disse årsakene som kan unngås. Blant annet dette med at pasienten ikke møter opp til operasjon, kan unngås ved å ha bedre og tettere kontakt med pasienten når operasjonsdagen nærmer seg (18). Kliniske årsaker kan være at pasienten har fått en infeksjon, eller medisinske endringer som har ført til at pasienten ikke lenger trenger kirurgi, eller at operasjonen må re-planlegges. Som nevnt tidligere, er det ikke alle kliniske årsaker som kan unngås. Systemrelaterte årsaker kan være sykdom på operasjonsavdelingen, som medfører redusert bemanning og dermed manglende ressurser til å gjennomføre operasjonen. Andre systemrelaterte årsaker kan være manglende gjennomføring av preoperative rutiner, eller at det mangler nødvendig utstyr (18). Flere av de systemrelaterte årsakene kan også i stor grad unngås. Blant annet det som omhandler de preoperative rutinene. Det har blitt prøvd ut flere ulike tiltak for å redusere strykninger, hvor flere tiltak har fokus på de preoperative rutinene. Noen av

tiltakene som nevnes er innføringen av en standardisert preoperativ sjekklister. Dette tiltaket viste seg å ha en synlig positiv effekt ved at andelen strykninger forårsaket av medisinske årsaker gikk ned fra 26% til 13% (18).

Det er altså ønskelig å unngå at elektive operasjoner blir strøket. For å oppsummere; fordi en strøket operasjon blant annet medfører ekstra økonomiske kostnader for sykehusene, uønsket endring i drift på sykehusene og det går utover pasientene. Det er flere årsaker til at en operasjon blir strøket og flere av disse årsakene er det fullt mulig å gjøre noe med. Det er fortsatt et stort forbedringspotensial med tanke på å nå HelseDirektoratets mål om at andelen strykninger skal ligge på under 5% - og dette ønsker vi å gjøre noe med.

2.2 Digital pasientinvolvering

Vi er godt i gang med å inkludere pasientene mer når det kommer til helsetjenester. Nå står teknologien for tur. Helsevesenet ligger flere tiår bak andre næringer når det gjelder teknologisk inkorporering og bruk av informasjonsteknologi (22). WHO's globale pasientsikkerhetsplan for 2021-2030 har som nevnt, målsetting innenfor helsesektoren å redusere feil som kan forebygges. For å klare å nå dette målet, må pasientene involveres i arbeidet rundt pasientsikkerhet (2).

HelseDirektoratets kommentar til lovtekst "Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 3-1" sier blant annet at pasienter som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke i gjennomføringen. Det forutsetter imidlertid at det foreligger et samspill mellom pasient og helsepersonell. For å kunne bidra i medvirkningen, krever det en egeninnsats fra pasientens side. Ut over nødvendigheter for å få gjennomført behandlingen, er det opp til pasientene i hvilken grad de ønsker å medvirke. Det er samtidig viktig å skille på at pasienter har rett til, men ikke er pliktig til å delta i tjenestetilbudet. Tilstrekkelig informasjon er en forutsetning for at pasientene skal kunne medvirke i beslutninger (23). Manglende eller misvisende kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell kan gi økt risiko for pasientskade. Samtidig er dette noe som kan og bør forebygges. Dette understreker derfor viktigheten av god informasjonsflyt mellom helsepersonell og pasient (24).

Smarttelefoner er noe de fleste eier eller har tilgang på. Ettersom tilgjengeligheten er såpass god, kan smarttelefoner være en effektiv måte å kommunisere ut informasjon og kunnskap til pasienter (22). Informasjon som kommuniseres gjennom digitale plattformer, kan også redusere behovet for trykt materiale. Det kan også minne pasienter på viktige forberedelser i forkant av operasjon. Som blant annet å justere medisiner etter hva som ble gjennomgått i samråd med anestesilege (24). Det er velkjent at pasienter opplever mer mestring og kontroll når de har mer innsyn over egen situasjon (25). Helseapplikasjoner har vist seg å være fordelaktig for både pasienter og helsepersonell. Det kan også være mer tids- og kostnadsbesparende (24).

Et flertall verktøy har blitt prøvd ut i kirurgiske settinger for å øke sikkerheten rundt operasjoner. Alt i fra sjekklister til elektronisk telling av operasjonsutstyr. Det oppfordres imidlertid til å introdusere flere pasientfokuserede intervensjoner til bruk i helsevesenet. Pasienter bør oppmuntres til å ta en mer aktiv rolle i sin egen behandling. Det er samtidig viktig at applikasjoner pasienten skal bruke, inneholder info om hva man må

være oppmerksom på og hvordan man enkelt kan komme i kontakt med behandlingssted ved eventuelle spørsmål (22). I en nederlandsk studie fra 2018, ble det undersøkt om pasientsikkerheten under øyeoperasjoner ville bli bedre ivaretatt ved å benytte en digital, pasientstyrt sjekklister i forkant. Det å gi pasientene tilstrekkelig med informasjon viste seg å være en forutsetning, hvor informasjonsteknologi med fordel kan benyttes til å involvere pasientene i denne prosessen. Studien viste at en digital, pasientstyrt sjekklister kan bidra til å øke pasientinvolvering og pasientsikkerheten, også blant de eldre pasientene (26). En britisk studie fra 2019 viser overveiende positiv effekt av å bruke digitale applikasjoner i det preoperative forløpet. Pasientene følte seg også tryggere ved bruk av en applikasjon i preoperativ fase (24).

I en doktorgradsavhandling fra Bergen i 2022 ble det utviklet en sjekklister for kirurgiske pasienter. Sett i lys av WHO's globale pasientsikkerhetsplan (2021-2030), er pasientinvolvering sentralt for å minske forekomsten av uønskede komplikasjoner og hendelser. Derfor har Harris i sin doktorgradsavhandling utviklet en egen sjekklister for kirurgiske pasienter. Den bygger videre på Trygg kirurgi-sjekklister som allerede er innført over operasjonsstuer over hele landet. Harris har også undersøkt gjennomførbarheten av sjekklister ved å inkludere 215 kirurgiske pasienter. De kirurgiske pasientene mente at en slik sjekklister var viktig for å gi tilleggsinformasjon og støtte til pasientene om deres pasientforløp (27).

I en masterstudie fra 2021 ble det sett på erfaringer fra elektive, kirurgiske pasienter ved bruk av en sjekklister for kirurgiske pasienter. Studien avdekket at ved å ta i bruk en sjekklister for pasienter, bidro dette til økt oversikt over viktig informasjon. Pasientene oppga at en preoperativ sjekklister førte til at de følte seg mer trygge og ivaretatt og ønsket å bruke sjekklister igjen ved en senere operasjon, da de følte seg mer involvert i egen sikkerhet (28). Forskningsrådet har bevilget 9 MNOK til å implementere nettopp en slik pasientsjekklister. For å sitere målsettingen direkte, «å styrke pasienters involvering i egen pasientsikkerhet og å forebygge pasientskader i det kirurgiske forløpet» (29). Studien skal testes og valideres av pasienter som skal gjennomgå kirurgi, og gjennomføringen skal foregå over 4 år på to norske sykehus (29).

I en amerikansk studie fra 2020 undersøkes det hvordan digitale pasientportaler blir benyttet i helsevesenet. Resultatene pekte på at intervensjoner ved grundig pasientopplæring, ble assosiert med høyest forbruk av pasientportaler. Pasienter med høy alder, begrenset helse eller digital kompetanse, var de som møtte mest utfordringer ved bruk av pasientportaler (30). Over ser vi flere eksempler på at digital pasientinvolvering nytter. For å kunne involvere pasienten mer digitalt, må også forutsetningene ligge til rette for at flere prosesser innenfor helsesektoren lar seg digitalisere.

2.3 Digitalisering av arbeidsprosesser

Digitalisering, hva betyr egentlig det? La oss først se på hva ordet digitalisering kan bety, hva som ligger i dette begrepet. Digitalisering kan defineres på ulike måter. Blant annet har en masteroppgave skrevet av Heidemann, definert digitalisering på følgende måte: "Digitalisering handler om å anvende teknologi for å fornye, forenkle og forbedre" (31).

Digitalisering vil derfor ha potensial til å endre måten vi jobber på, og tentativt til det bedre ved å ta i bruk ny teknologi for å gjøre arbeidsprosesser enklere og mer effektive (31). Vår mening er at digitalisering ikke bare er fordelaktig for de som anvender teknologi i sin arbeidshverdag, men også for sluttbrukere av ulike tjenester. For eksempel alle de brukerne som benytter seg av tjenesten Vipps. Vipps er i denne sammenheng et meget godt eksempel på hvordan digitalisering er benyttet til å forenkle og forbedre en tjeneste. I denne oppgaven vil vi fokusere på og definere helsepersonell og pasienten som sluttbruker. Vi ønsker også å ha fokus på digitalisering innen helsesektoren, mer spesifikt innen spesialisthelsetjenesten.

Det vi også ønsker å få frem, er hvorfor digitalisering er positivt. Hva er det som gjør at nesten alle har fokus på og et ønske om å digitalisere mer, ikke bare innenfor helse, men også flere andre sektorer. Innen helsesektoren blir ofte begrepet e-helse benyttet når det snakkes om digitalisering. E-helse blir i en masteroppgave skrevet av Nilssen og Toussaint definert på følgende måte: "E-helse er en samlebetegnelse som omfatter utvikling og bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi, med mål og forbedring av kvalitet, sikkerhet og effektivitet innen helse- og omsorgstjenesten" (19). E-helse benyttes allerede den dag i dag innen spesialisthelsetjenesten. Det finnes flere eksempler på hvordan e-helse har bidratt til å forbedre en rekke ulike arbeidsprosesser. Blant annet ved innføring og bruk av EPJ, som for eksempel DIPS og Epic. I den forbindelse bør også MetaVision nevnes som også brukes i stor grad på sykehusene i Helse-Sør Øst og Helse Nord. MetaVision er som forklart tidligere et elektronisk kurvesystem som brukes som et supplement til for eksempel DIPS. Det finnes også flere andre IT-systemer som benyttes. Disse IT-systemene er ofte integrert med hverandre, noe som åpner opp for en rekke muligheter for samhandling. Vår hypotese er at disse IT-systemene i en eller annen grad har bidratt til å forenkle arbeidsprosesser, øke pasientsikkerheten, bidratt til økt grad av samhandling og økt effektivitet. Denne hypotesen er basert på egne brukererfaringer og opplevelser ved å bruke ett eller flere av disse IT-systemene i jobbsammenheng. En annen årsak til denne hypotesen er at vi mener disse IT-systemene har bidratt til å samle og systematisere pasientinformasjon, og samtidig gjort den mer tilgjengelig for helsepersonell som benytter det i pasientbehandling. Disse IT-systemene har også bidratt til å dele informasjon på tvers av ulike profesjoner og spesialiteter innenfor sykehusene.

Det er derimot ikke alle som er like begeistret for å benytte IT-systemer som arbeidsverktøy. En kvalitativ studie ser på hvordan bruken av MetaVision har påvirket anestesipersonell sin måte å jobbe på. I studien gir brukere av systemet konkrete tilbakemeldinger på hvordan det oppleves å bruke MetaVision. Vi valgte å trekke frem denne studien som et eksempel fordi vi mener den kan gi et konkret innblikk i hvordan digitalisering og e-helse kan påvirke arbeidshverdagen til helsepersonell. I intervjuene som ble utført i studien, ble informantene stilt spørsmål som omhandlet erfaringer om daglig bruk og implementering av MetaVision. En av informantene påpekte at teknologien ikke alltid kan stoles på og at det var erfart diskrepans mellom hva helsepersonell ser av kliniske tegn og hva som er registrert av elektroniske målinger (32). Det trekkes også frem at det oppleves at innføring av teknologi kan føre til at erfaringsbasert kompetanse hos helsepersonell kan bli svekket. Istedenfor at helsepersonell stoler på og tar i bruk tilegnet kunnskap, eksisterer det teknologi som har tatt over arbeidsoppgaver og dermed bidrar til å gjøre kunnskap overflødig (32). Studien påpeker også at det oppleves at de praktiske ferdighetene svekkes pga. endret arbeidsfordeling mellom ulike profesjoner

som en konsekvens av innføring av teknologi (32). Tidkrevende er et begrep som ble brukt om MetaVision (32). Det forteller oss viktigheten av at teknologi som innføres må være brukervennlig og bli utviklet med brukeren i fokus. Teknologi som innføres bør utvikles med fokus på å gjøre arbeidsoppgaver enklere og mer effektive. Brukermedvirkning under utviklingsprosessen er essensielt ved utviklingen av ny teknologi og dette påpekes også i den samme studien (32). Den samme studien setter også fokus på hvordan teknologi kan bidra til mer nøyaktige og sikrere pasientdata når det er teknologien som innhenter og samler pasientdata (32). Med andre ord viser dette oss at teknologi kan bidra til å øke pasientsikkerheten, selv om det i denne studien blir påpekt at informantene ikke opplevde økt grad av pasientsikkerhet ved bruk av MetaVision. Det som også blir påpekt i denne studien er at når teknologi tar over arbeidsoppgaver, bidrar dette til å friggi ressurser og tid hos helsepersonell som får muligheten til å f.eks. bruke mer tid med pasienten (32).

Et eksempel på hvordan digitalisering kan ha en positiv effekt på måten helsepersonell jobber på er for eksempel hvordan Post-it lapper ble erstattet med en applikasjon på sykehuset UNN. Informasjon om NEWS (skåringssystem) ble tidligere notert på Post-it lapper mens sykepleiere var inne hos pasienten og deretter ført inn på papirskjema. Under Covid-19 pandemien ble det derimot implementert en applikasjon for registrering av NEWS, som erstattet både Post-it lappene og papirskjemaet. Etter implementeringen av denne applikasjonen, ble det utført en studie for å undersøke effekten av å ta i bruk applikasjonen. Studien ble utført av Nasjonalt senter for e-helseforskning. Resultatene av studien viste at det ble gjort færre feil i beregningen av NEWS-poeng, og applikasjonen forbedret arbeidsflyten ved at helsepersonell hadde tilgang til pasientdata i sanntid. Studien viste også at bruk av applikasjonen førte til færre unødvendige telefonsamtaler mellom lege og sykepleiere, og kommunikasjonen mellom helsepersonell ble forbedret. Studien avdekket også at brukerne av applikasjonen, altså helsepersonell, generelt var fornøyd med applikasjonen. Sykepleierne følte også at innføringen av applikasjonen hadde resultert i at de fikk mer tid med pasientene (33).

Når ny teknologi skal tas i bruk, er det viktig med et godt samarbeid mellom utviklere og brukere. Samtidig er det viktig at alle profesjoner som blir påvirket også får medvirke i utviklingen og innføringen (19). Digitalisering kan, som skrevet tidligere, påvirke og skape nye arbeidsrutiner og nye måter å samhandle på mellom ulike profesjoner og avdelinger innad i sykehusene (19). Vi mener derfor det er viktig at omfanget av innføringen av ny teknologi tas hensyn til dersom implementeringen og bruken av teknologien skal bli vellykket.

Innføring av ny teknologi og digitalisering kan være vel og bra det, men det er også viktig å huske på at det er like viktig hvordan helsepersonell velger å bruke denne teknologien. Som vi har erfart så kan digitalisering og ny teknologi føre til andre måter å jobbe på og nye arbeidsfordelinger mellom de ulike profesjonene. Selv om teknologien som innføres kan utføre arbeidsoppgaver som helsepersonell ellers ville utført selv, så har fortsatt helsepersonell et ansvar for at arbeidsoppgavene som utføres gjøres riktig og med den standard og kvalitet som er påkrevd (19). Dersom det gjøres feil, kan det i verste tilfelle få fatale konsekvenser for pasientene, og det er helsepersonell som er ansvarlig for at feil ikke skal forekomme (19). Teknologien frigir altså ikke helsepersonell fra å anvende sin kunnskap. Mennesker vil fortsatt være en vital del av helsetjenestene

som helsesektoren yter. Teknologi og kunstig intelligens vil nemlig ikke kunne erstatte menneskelige egenskaper som for eksempel sosial intelligens (34).

Hva er det som derimot kan være noe av årsaken til at digitaliseringsprosjekter ikke alltid lar seg gjennomføre? I Stortingsmelding 27 (2015-2016), Digital agenda for Norge, pekes det på mangelfull koordinering og at det mangler en overordnet plan som sikrer en felles koordinering på utvikling av IKT (35). I den samme stortingsmeldingen pekes det også på at det mangler IKT kompetanse. Det nevnes også at helsesektoren ikke utnytter potensialet i å være en stor aktør. Helsesektoren har et potensiale til å innad i sektoren "spille seg selv bedre", blant annet når det gjelder utvikling av løsninger, drift, anskaffelser, og forvaltning. Flere forskjellige nasjonale arenaer for e-helse har blitt etablert for å prøve å øke graden av koordinering nasjonalt når det gjelder e-helseprosjekter (35).

Digitalisering har kommet for å bli, og er ikke noe som kan unngås. Vi mennesker lever lengre, samtidig utdannes det ikke nok helsepersonell til å dekke det fremtidige behovet. Som en konsekvens av at vi lever lengre vil vi også ha behov for mer helsehjelp. Digitalisering og utvikling og innføring av ny teknologi er derfor ønsket av flere. Regjeringen anerkjenner behovet for å satse på digitalisering, og har spesielt fokus på hvordan digitalisering kan bidra til å øke pasientinvolveringen i den Nasjonale helse- og sykehusplanen for 2020-2023 (1). Helsesektoren og helsepersonell selv har også et behov for at den teknologiske utviklingen fortsetter for å sikre at kvaliteten på tjenestene som leveres er av høyeste kvalitet (36). Det er altså ingen grunn til å sette på bremsene, men heller øke farten på den teknologiske utviklingen innenfor helsesektoren. Dette for å sikre et helsevesen som er bærekraftig, ikke bare per dags dato, men også fremover. Et helsevesen som bør være solid nok til å håndtere ulike utfordringer som f.eks. en økende, aldrende befolkning (34). Samtidig er det tydelig og pressende fra flere hold at digitalisering er veien å gå innenfor helsesektoren også. For å sitere direkte fra Stortingsmelding 27 (2015-2016), Digital agenda for Norge: "Helse- og omsorgssektoren er en av de mest kunnskaps-, teknologi- og informasjonsintensive sektorene. Økt digitalisering vil bidra til bedre kvalitet og en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste" (35).

3 Metode

I dette kapitlet vil vi presentere valg av forskningsmetode og forskningsdesign, samt begrunne valg av metode. Vi vil presentere og begrunne hvordan vi har valgt å utføre vår forskning, samt hvordan vi har valgt å analysere de data som har fremkommet av vår forskning. Vi vil også presentere hvordan vår forskning ble gjennomført i praksis. I tillegg vil vi presentere en fiktiv applikasjon, som også vil bli nevnt senere.

3.1 Forskningsmetode

Det finnes to ulike forskningsmetoder; kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Kvantitativ metode er ofte brukt i form av spørreskjemaer og sammenhenger hvor man presenterer data som numeriske tall/statistikk (37). Den som imidlertid egner seg best til vår oppgave, er kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskningsmetoden brukes for å "undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaringer" (38). Når kvalitativ forskningsmetode benyttes presenterer data som gjengitt tekst (39). Ved kvalitativ forskningsmetode samles data inn ved for eksempel intervju eller observasjon (37). På denne måten vil vi kunne få bedre innsikt i menneskelige erfaringer. Dette kalles fenomenologi og baserer seg på å undersøke hvordan et fenomen oppleves fra enkeltindividets sitt perspektiv (39). Vi har valgt å både samle inn data ved å bruke spørreundersøkelser kombinert med intervjuer.

Selv om vi benytter oss av spørreskjema og sånn sett krysser grensen til kvantitativ forskning med tanke på behandling av innsamlet data, vil vi fortsatt benytte kvalitativ forskningsmetode. Årsaken til dette er fordi vi ikke kommer til å ha fokus på de numeriske dataene vi får fra spørreundersøkelsen, men heller bruke det som et supplement til å understøtte teori og hypoteser fra forskning som er gjort tidligere. I tillegg vil vi utføre intervjuer av de som også har vært respondenter i spørreundersøkelsen. Vi vil ha større fokus på data innsamlet fra intervjuene enn fra spørreundersøkelsen. Vårt fokus er å gå i dybden av tematikken og ikke bare skrape i overflaten. Kvalitativ forskningsmetode kan også være velegnet i de tilfeller hvor det ikke eksisterer så mye forskningsbasert kunnskap på området fra før av (40).

Vi kommer også delvis til å benytte SDI-metoden som forskningsmetode. SDI står for stegvis-deduktiv induktiv metode. SDI som metode baserer seg på å benytte induktiv metode og empiri ved forskning som videre utvikles til teori, samtidig benyttes også deduktiv metode hvor teori testes ut ved gå trinnvis tilbake fra teori til empiri. SDI metoden gir oss muligheten til å være eksplorerende og samtidig gå i dybden av tematikken (39). Dette er noe vi ønsker å gjøre for å utforske flest mulige aspekter ved den valgte tematikken. Samtidig gir det oss muligheten til å etterprøve teoriene som fremkom av vår eksplorerende metodikk. Det finnes også allerede eksisterende faglitteratur som omhandler vår valgte tematikk, i tillegg til de erfaringer vi selv sitter med ettersom vi begge har erfaring med å jobbe innenfor spesialisthelsetjenesten (39, 41).

Vi har funnet noe forskning som omhandler deler av tematikken, men ikke spesifikt det vi er ute etter. Dette er derfor noe som forsterker vårt ønske om å få belyst temaet i større grad. Samtidig vil vi også dra nytte av personlige erfaringer da en av oss tidligere har jobbet som sykepleier på kirurgisk avdeling. Det er dog viktig at vi påser å ikke la disse erfaringene bidra til mulig bias i videre arbeid, men at de dataene vi innhenter er data

som representerer hele den teoretiske populasjonen. Vi vil definere den teoretiske populasjonen som sykepleiere som vil ha som en del av sin arbeidshverdag å klargjøre pasienter til elektive operasjoner.

3.2 Forskningsdesign

Forskningsdesign er løsningen på hvordan en problemstilling kan besvares og hvilken måte det skal gjennomføres på (42). Vi har kommet frem til at induktivt og eksplorerende design vil være mest aktuelt i vårt tilfelle, ettersom vi ønsker å få frem ny kunnskap og nye perspektiver rundt et fenomen. Med induktiv metode, menes det at man benytter en forskningsmetode hvor man kan være eksplorerende og går fra empiri og erfaringsbasert læring, ved hjelp av f.eks. observasjoner til teori (39). Dette kan ses på som at man ved å observere eller intervju informanter om enkelttilfeller finner ny kunnskap om enkelttilfellene (39). Eksplorerende design gir oss også muligheten til å kunne gjøre endringer underveis i oppgaven dersom det dukker opp data som vi vil utforske videre (40). Dette er noe vi ser på som hensiktsmessig for vår oppgave. Ettersom vi har valgt å utføre intervjuer har vi muligheten til å være eksplorerende i intervjudelen. Det er nettopp i intervjudelen at det meste av det eksplorerende forskningsdesignet kommer til sin rett (39).

3.3 Utvalg

Når spørreundersøkelsen skal utføres vil vi benytte bekvemmelighetsutvalg som utvalgsmetode. Vi vil benytte respondenter/informanter som er en del av den teoretiske populasjonen. Det vil være to sykehus som vi vil innhente respondenter fra, OUS (Rikshospitalet) og AHUS (Nordbyhagen). Årsaken til at utvalgsmetoden vil være bekvemmelighetsutvalg er fordi vi velger ut de respondentene fra den teoretiske populasjonen som det er enklest å få tak i (43). Vi har tenkt at det er mest hensiktsmessig å dele ut spørreundersøkelsen på avdelinger hvor vi har kontakter og at dette kan bidra til å øke svarprosenten på undersøkelsen. Det er viktig at vi sikrer høy svarprosent for å unngå mulig bias og at skjevheter oppstår (43).

I kvalitative intervjuer, er formålet å velge ut de informantene som er i målgruppen vi er interessert i å vite noe om, eller som vil gi oss verdifulle opplysninger (44). Det ble benyttet strategisk utvalg da vi skulle velge informanter til intervju. Dette fordi informantene ikke var tilfeldig utvalgt, men ble valgt ut grunnet sin posisjon eller synspunkter og meninger (39). I dette tilfellet, grunnet sine synspunkter eller meninger som vi ønsket å få et dypere og mer helhetlig innblikk i. Her var også hensikten å få utfyllende beskrivelser fra informantene, slik at oppgavens problemstilling kunne belyses fra flere vinkler. Når det kommer til utvalgsstørrelse innenfor kvalitative intervjuer, er det nyttig å innhente så mye informasjon som mulig, fra et mindre utvalg av informanter. Det mest vanlige er å ha et utvalg på 10-15 informanter. Det viktigste er ikke å skaffe mange informanter, men et relevant utvalg (44). Antall informanter vi anså som hensiktsmessig og gjennomførbart å intervjuer var ca. 6 stk. Dette var også det antallet vi endte opp med. Alle er ansatte på OUS, Rikshospitalet. Når det gjaldt spørreundersøkelsen, så vi for oss å få med tentativt 100 respondenter. Ettersom det jobber mange sykepleiere på hver avdeling, så vi for oss at dette burde være mulig. Det vil være viktig for oss å bruke de dataene vi får frem til å ikke bare belyse allerede eksisterende teori, men også å finne ny teori og økt innsikt om dette temaet. Som nevnt tidligere vil vi definere den teoretiske populasjonen som sykepleiere som vil ha som en del av sin arbeidshverdag å klargjøre pasienter til elektive operasjoner. Årsaken til at vi

valgte å definere den teoretiske populasjonen slik vi gjorde er fordi vi mener det er disse personene som sitter på den kunnskap og teori som vi ønsker å få frem og belyse. Det er disse personene som opplever og jobber med det vi har som tema, og dermed har den erfaringsbaserte praksisen som ikke vi besitter i like stor grad.

3.4 Valg av metode

Her har vi delt inn de to metodene vi har benyttet: spørreundersøkelser og intervjuer.

3.4.1 Spørreundersøkelser

Vi tenkte at spørreundersøkelse ville være en god kvantitativ metode, slik at vi kunne få frem så mange synspunkter som mulig på våre spørsmål. Det var viktig for oss at vi fikk data som var representativ for den teoretiske populasjonen, og som også gjenspeiler virkeligheten og hvordan hverdagen er for vår teoretiske populasjon. Samtidig ønsket vi også å innhente data som bidro til å øke forståelse og innsikt i tematikken som vi har valgt oss ut. Vi ønsket å bruke denne spørreundersøkelsen til å få innsikt i tematikken i forkant av intervjuene. Dermed ga det oss et bedre grunnlag da vi skulle utforme spørsmålene i intervjuguiden.

3.4.2 Intervjuer

Intervjuer er en kvalitativ metode som benyttes for å blant annet få dypere innsikt om et tema (39). I spørreundersøkelsen som vi gjennomførte, skrapte vi bare overflaten for å enklere få oversikt over hva den teoretiske populasjonen mente om ulike aspekter ved vårt tema. Ved å utføre intervjuer ønsket vi å komplementere de dataene vi fikk fra spørreundersøkelsen med mer konkrete meninger og tanker fra ulike informanter. Vi mente at det var hensiktsmessig med intervjuer for å få en dypere forståelse av de ulike arbeidsprosessene og hvordan vårt utvalg selv opplever dagens arbeidssituasjon. Det var også viktig for oss å få økt innsikt i om informantene selv mente det ville være mulig å innføre nye digitale hjelpemidler, og hva de mente måtte til for å få gjennomført det. Intervjuguiden ble derfor utformet i den grad at spørsmålene som ble stilt kunne gi oss en bedre forståelse og også få frem viktige meninger hos informantene. Spesielt viktig var det også å få frem innsikt i om digitalisering er noe som faktisk er ønsket. I tillegg til i hvilken grad, og hvordan digitalisering kan bedre nåværende arbeidsprosesser. Vår oppgave vil i hovedsak basere seg på kvalitativ fremstilling av data, da det er resultatene og tolkningen fra intervjuene vi kommer til å vektlegge mest.

Intervjuguiden var også utformet i en slik grad at vi ønsket å gi informantene rom og muligheten til å snakke fritt innenfor temaet. På den måten så håpet vi på å få belyst ulike aspekter ved temaet på en ny måte ved at informantene kom med helt ny informasjon og kunnskap under intervjuet. Informasjon og kunnskap vi kanskje ikke hadde lest om i litteraturen eller hørt om.

3.5 Fiktiv applikasjon

I samtale med informantene har vi forsøkt å få innspill til en applikasjon. Ved å forklare funksjonaliteten til en fiktiv applikasjon, kan dette trigge informantene til å komme opp med ideer rundt teknologi. Dette har vist seg å være en lur ting å gjøre, da man kan få flere nyttige innspill enn om man ikke gjør det.

Applikasjonen vi har sett for oss, er tenkt å fungere som hovedsakelig en digital sjekkliste, men også som en informasjonsportal for pasienter. Helsepersonell kan på appen se hvilke preoperative forberedelser pasienten har utført i sanntid, og kan på denne måten gjøre en tidlig kartlegging av pasientstatus. Pasienter kan også 'sjekke inn' noen timer før ankomst til sykehus, slik at helsepersonellet ser at pasienten er våken og på vei. Det er også tenkt som et samhandlingsverktøy mellom pasient og helsepersonell.

Under har vi illustrert et eksempel på hvordan ulike brukergrensesnitt ville sett ut på en fiktiv applikasjon:



Figur 2: Illustrert eksempel av brukergrensesnitt for ansatte



Figur 3: Illustrert eksempel av brukergrensesnitt for pasienter

Applikasjonen er som vist over tenkt å ha et brukergrensesnitt både for pasienter og ansatte. I en typisk pasientportal vil pasientene kunne se oversikt over timeavtaler, sjekkliste på ting som skal utføres, ofte stilte spørsmål, kunne lese informasjon og se instruksjonsvideoer for f.eks. hvordan man skal utføre de preoperative forberedelsene hjemme. Det bør også være en mulighet for å enkelt komme i kontakt med behandlingssted gjennom applikasjonen.

I en typisk ansattportal vil sykepleierne kunne ha oversikt over alle pasienter som skal inn til operasjon og hva som gjenstår på deres sjekklister. Som nevnt over, bør det også være rom for å enkelt kunne kommunisere med pasientene, f.eks. besvare spørsmål pasientene stiller.

Skjermbildene ble aldri vist til informantene. Skjermbildene er kun utviklet for å lettere illustrere funksjonaliteten for leserne av oppgaven vår.

3.6 Datainnsamling - Spørreundersøkelse

Vi har delt opp datainnsamling i tre underkapitler: planlegging, gjennomføring og analyse:

3.6.1 Planlegging av datainnsamling

Som metode har vi som nevnt tidligere primært valgt kvalitativ forskningsmetode. Derimot som et supplement valgte vi også å benytte oss av en kvantitativ forskningsmetode da vi ønsket å utføre en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelser kan utføres både på papir og digitalt. Ettersom våre respondenter skulle svare på

spørreundersøkelsen i arbeidstiden, falt valget på papirskjemaer. Dette fordi vi selv konkluderte med at det ville være enklere og raskere for respondentene å besvare en spørreundersøkelse på papir, enn en som er digital. Det er ansett at svar fra papir og digitale undersøkelser er like gyldige (45). Skjemaene med spørreundersøkelsen er det tenkt at den skal ligge synlig og lett tilgjengelig der flest mulig respondenter ikke bare ser dem, men også har muligheten til å besvare dem. F.eks. personalrommet. Det er også tenkt at vi skal lage en egen mappe som ferdig utfylte skjemaer kan legges i og på den måten enkelt bli samlet inn, med minimal risiko for at skjemaene skal bli borte. Vi valgte altså å ha spørreundersøkelsen på papir, da vi anså dette som mest hensiktsmessig og at dette ville gi oss større andel svarprosent på undersøkelsen. Erfaringsmessig vet vi at det ikke er like enkelt å svare på elektronisk undersøkelse, hvis dette sendes ut på for eksempel Facebook. Det er fordi vi av erfaring vet at under arbeidstiden er de færreste ansatte på Facebook og i tillegg til at sykehusene sine datamaskiner ikke skal anvendes til slike formål. Vi tenkte derfor at det ville være enklere for de ansatte å besvare undersøkelsen dersom den var i papirformat. Et annet viktig aspekt ved spørreundersøkelser er at de oppleves ikke som for inngripende, slik et intervju for eksempel kan. Det er heller ikke like tidkrevende å utføre en spørreundersøkelse kontra flere intervjuer (45). Vi måtte også bestemme oss for hvor lenge skjemaene til spørreundersøkelsene skulle ligge ute på sykehusene. Vi hadde tentativt tenkt å ha en svarfrist på en uke.

Da vi skulle utforme spørsmålene til spørreundersøkelsen, var det i all hovedsak viktig for oss at spørsmålene var korte og konsise. Det var også viktig at de var godt formulerte og at det ikke levnet rom for misforståelser av respondenten, så respondentene begynte å tolke meningen med spørsmålet (45). Det ble også vurdert hvilke svaralternativer de ulike spørsmålene skulle ha. Det vi kom frem til var at med tanke på databehandlingen og tolkning av funn, var det mest hensiktsmessig med ja/nei som svaralternativer. Vi synes også det var verdifullt at respondentene kunne svare med egne ord på ett av spørsmålene, som også var et veldig åpent spørsmål. Vi startet utformingen av spørreskjemaet ved å innhente opplysninger om dagens praksis, for så å vinkle spørreundersøkelsen mer rettet mot fremtidens muligheter/ønsker for optimalisering. Vi inkluderte også noen spørsmål om en mulig digital løsning vi hadde sett for oss, med bakgrunn i brukergrensesnittene vist over. Vi tenkte også på rekkefølgen vi stilte spørsmålene i, da man kan bli påvirket av det forrige spørsmålet og dens svar, ettersom man kan bli farget av stemningen på de forrige spørsmålene. Det var også viktig at de spørsmålene vi stilte ikke ble oppfattet som ledende eller at de bar preg av en mulig bias ettersom vi selv utformet spørsmålene. Spørsmålene skulle altså være nøytrale og ble utformet deretter. Årsaken til at dette var viktig for oss var fordi vi ønsket å få respondentenes egne meninger og ikke respondentenes mening mulig farget av vårt allerede predisponerte tankesett. Vi tilstrebet derfor å blande de positive og negative ladede spørsmålene, så ikke det skulle være preg av at vi hadde en personlig mening om tematikken (46).

Det er nemlig ikke til å komme unna at etter hvert som vi begynte å jobbe med denne masteroppgaven, og fikk mer innsikt, så dannet vi oss flere meninger rundt tematikken i oppgaven vår. Vi ønsket altså i all hovedsak å stille de spørsmålene som ville generere svar som kunne hjelpe oss med å besvare vår problemstilling. Vi har også tenkt på det etiske ved å gjennomføre en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelser anses for å være lite inngripende og den bør være utformet i en slik grad at full anonymitet er sikret (14). Samtidig har vi søkt og fått godkjenning fra NSD til å gjennomføre spørreundersøkelsen.

Spørreskjemaet ligger vedlagt i vedlegg.

3.6.2 Gjennomføring av datainnsamling

I mai, 2022, leverte vi ut 350 spørreskjemaer fordelt på Rikshospitalet og AHUS, på ulike kirurgiske sengeposter. Sammen med skjema til spørreundersøkelsene, la vi også ved infoskriv om spørreundersøkelsen. Vi kontaktet avdelingsledere eller ressurspersoner ved hver enkelt avdeling som spørreundersøkelsen ble levert til. Vedkommende ble spurt om samtykke til å levere ut skjemaer til spørreundersøkelsen, og ble samtidig fortalt om hensikten med vår masteroppgave. Det ble også spurt om vedkommende hadde mulighet til å oppfordre og tilrettelegge for at flest mulig ansatte fikk besvart spørreundersøkelsen. Vedkommende som vi snakket med fungerte som vår kontaktperson og tok altså ansvar for å distribuere skjemaene til sykepleierne på avdelingen og at skjemaene ble samlet inn igjen. Vi hadde, som nevnt over, tenkt til å la spørreundersøkelsene ligge på avdelingene i én uke. Grunnet lav svarprosent, ble fristen økt til to uker. Totalt fikk vi inn 55 besvarte skjemaer.

3.6.3 Analyse av datamateriale

Råmateriale fra spørreundersøkelsene har vi ført inn i sektordiagrammer for å lage en visuell fremstilling av datamaterialet som ble innhentet fra spørreundersøkelsen. Dette ble gjort for å mer oversiktlig fremstille svarene fra respondentene på de ulike spørsmålene. Ved å få en visuell oversikt over svarene på spørreundersøkelsen ble det også enklere å få en oversikt over, og å kartlegge, hvilke funn som ble spørreundersøkelsen avdekket.

Vi har også vurdert gyldigheten til dataene vi har innhentet, for å vurdere om de kan brukes eller ikke. Dersom svarprosenten er vurdert til å være for lav eller at utvalget i ettertid ble ansett for å være feil, vil dette kunne bidra til en eventuell bias og dermed anses som en mulig feilkilde. En risiko ved å benytte spørreundersøkelse er altså at vi ikke kan garantere å få tilbake like mange spørreskjemaer som vi gir ut. En risiko vil da være å sitte igjen med en lav svarprosent, noe som vil gi oss et tynt datagrunnlag til videre skriving av masteroppgaven. En annen mulig feilkilde vil være at spørsmålene ikke er formulert godt nok og at en eller flere respondenter misforstår når spørsmålet skal besvares, eller at spørsmålene er formulert på en ledende måte. Dette vil også kunne bidra til en potensiell bias (45). Det vil også være viktig at det datamaterialet vi samler inn vil sikre validiteten til masteroppgaven og at det bidrar til å belyse og å besvare vår problemstilling. Da må datagrunnlaget være stort nok og representativt for den teoretiske populasjonen.

3.7 Datainnsamling - Intervju

Vi har også her delt opp datainnsamling i tre underkapitler: planlegging, gjennomføring og analyse:

3.7.1 Planlegging av datainnsamling

Da vi planla intervjuene, lagde vi intervjuguiden. Denne utformet vi på bakgrunn av spørsmålene vi hadde i spørreundersøkelsen, for å bygge videre på tankeprosesser derfra. Dette for å få mer helhet og sammenheng i funnene våre.

Vi rekrutterte informanter ved personlig forespørsel av bekjente og tidligere kollegaer som vi visste hadde en viss lengde arbeidserfaring. Vi tenkte vi ville få flere erfaringsbaserte svar av de informantene som hadde jobbet noen år, i motsetning til helt nyutdannede sykepleiere. Før informantene sa ja til intervju, var det viktig for oss at de hadde lest gjennom informasjonsbrevet. Dette fordi det blant annet står at det vil bli gjort lydopptak. Vi spurte derfor eksplisitt om dette i tillegg til å sende ut informasjonsbrevet. Ettersom vi tenkte at lydopptak kunne være en medvirkende årsak til at noen ville trekke seg. Det var derfor bedre at vi fikk avslag med én gang, enn i det vi satte i gang med intervjuene. Heldigvis fikk vi ingen avslag, til tross for lydopptak og vi kunne dermed fortsette planleggingen.

Vi foreslo å holde alle intervjuene på informantenes arbeidssted, da vi ønsket å være mest mulig fleksible for å tilpasse oss informantenes allerede travle hverdag med varierende turnustider. Da vi vet at sykepleiere tidvis har svært hektiske arbeidsdager, valgte vi å holde intervjuene i forkant eller etterkant av en vakt. På denne måten visste vi at vi ikke ville bli forstyrret under intervjuene. Et par dager i forveien, sendte vi ut påminnelser til informantene, slik at de ikke skulle glemme tidspunktet for intervjuet. Dette var det bra vi gjorde, da én av informantene hadde notert seg ned feil tidspunkt. Vi fikk heldigvis raskt klarhet i dette og alle intervjuene ble derfor holdt til avtalt tid.

3.7.2 Gjennomføring av datainnsamling

I september 2022, gjennomførte vi alle seks intervjuene. Fire av intervjuene ble avholdt på informantenes arbeidssted og to av intervjuene utenfor arbeidssted. Utenfor arbeidssted fordi det var det som passet disse informantene best. Vi var som sagt Presentasjon av funn fra spørreundersøkelsen fleksible, for å sikre gjennomføringen av intervjuene. Vi var opptatte av at informantene skulle føle seg trygge og ivaretatte under intervjuet. Derfor påminnet vi informantene underveis om at det var lov å trekke seg når som helst, både under eller etter intervjuet. Intervjuene varte i ca. 20 minutter. Vi var begge til stede under intervjuene og byttet på å ha rollen som intervjuer og observatør. Vi merket stor forbedring på effektivitet og tidsbruk fra første til siste intervju. Dette var nok et resultat av at vi ble tryggere i rollen som intervjuere, og dermed holdt oss mer til poenget og unngikk unødvendige tenkepauser og omveier.

Etter å ha gjennomført de to første intervjuene, merket vi at noen av spørsmålene våre skapte noe usikkerhet og misforståelse blant informantene. Vi valgte derfor å gjennomgå spørsmålsformuleringene våre i etterkant, for å se om vi kunne gjøre noen endringer. Det endte med at vi forenklet og delte opp noen av spørsmålene, for å gjøre de mer

forståelige og selvforklarende. De fire påfølgende intervjuene gikk dermed overraskende mye bedre. Så vi konkluderte med at det var riktig avgjørelse å justere litt på spørsmålsformuleringen vår. Alle intervjuene ble vellykket gjennomført uten at noen trakk seg og vi kunne dermed gå videre til analysedelen av intervjuene.

3.7.3 Analyse av datamateriale

I etterkant av intervjuene, oppbevarte vi lydopptakene konfidensielt og satte raskt i gang med transkriberingen mens vi hadde intervjuene fersk i minnet. Vi fordelte de seks intervjuene slik at det ble tre intervjuer å transkribere hver. Når man analyserer, deler man opp noe i elementer, og har som mål å trekke ut en mening eller et budskap for å finne et mønster i datamaterialet (43). Vi hadde i forkant blitt enige om en mal for hvordan vi skulle transkribere og kode innholdet. Koding gjorde arbeidet lettere og mer oversiktlig da vi senere skulle trekke ut funn til oppgaven vår. Sitater har også blitt hentet ut og gjenbrukt som direkte sitat for å underbygge informantens meninger og tanker.

4 Presentasjon av funn fra spørreundersøkelsen

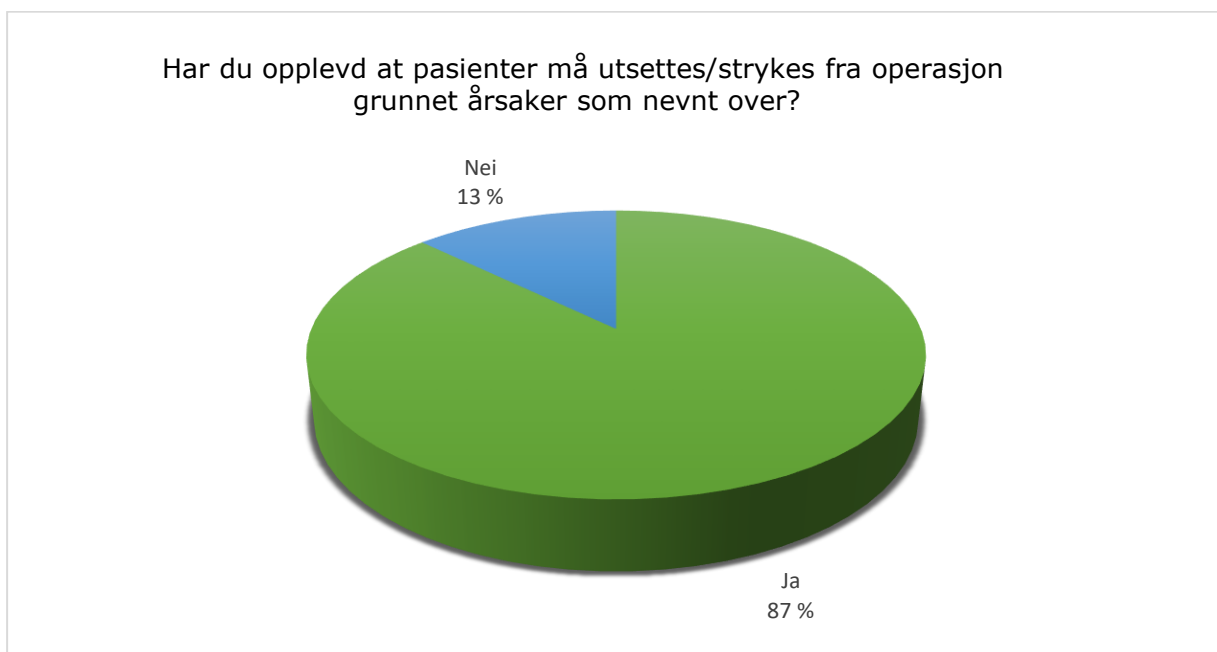
I dette kapitlet presenteres funn fra spørreundersøkelsen. Totalt fikk vi inn 55 besvarte spørreundersøkelser. Vi har valgt å presentere funnene våre grafisk med sektordiagrammer. Dette for å gi en visuell fremstilling av de ulike spørsmålene med tilhørende svar. I tillegg til den visuelle fremstillingen vil vi også til slutt oppsummere og kommentere funn fra spørreundersøkelsen samlet. Årsaken til at vi ønsker å kommentere funnene samlet er fordi vi mener det er viktig å se spørsmålene og svarene i sammenheng med hverandre slik at riktig kontekst kommer frem.

4.1 Spørreundersøkelsen

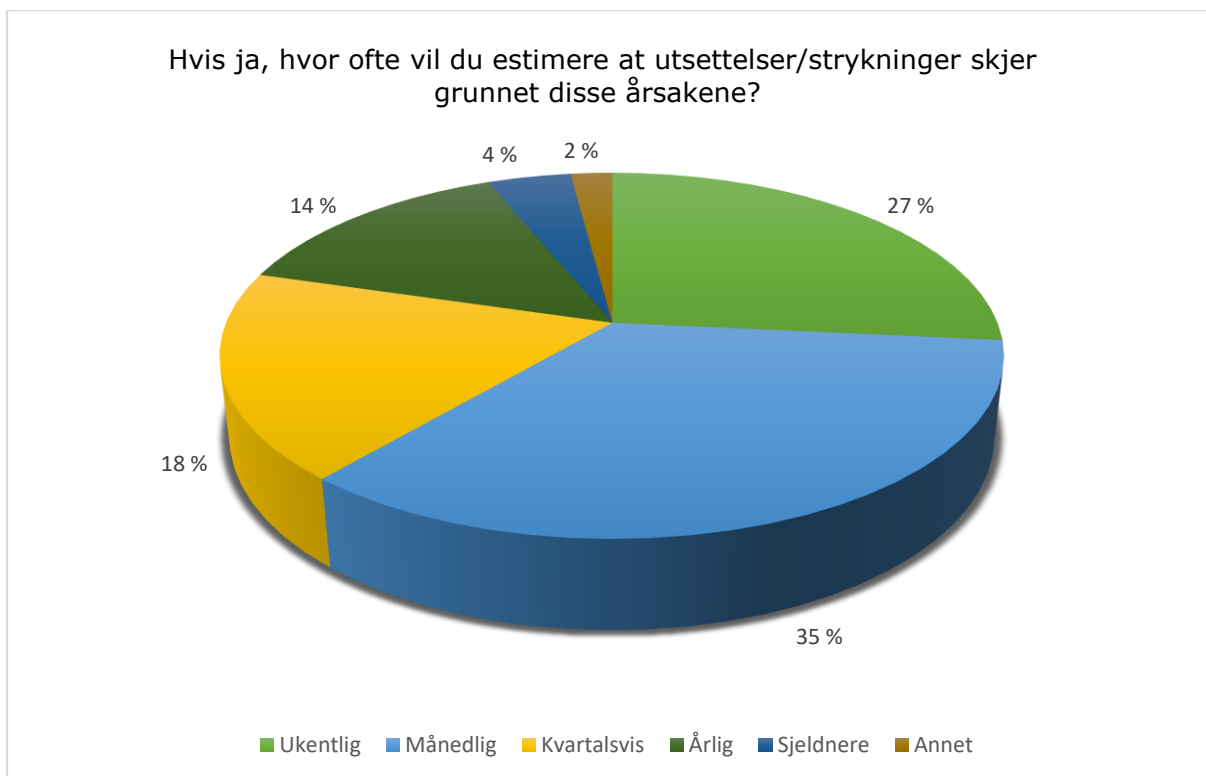
For å enklere kategorisere funnene våre, har vi valgt å dele spørsmålene inn i følgende kategorier:

- **Strykninger**
- **Arbeidsflyt**
- **Telefonhenvendelser**
- **Effekten av digitale løsninger**
- **Papirskjemaer**
- **Utvikling av digitale løsninger**

Strykninger

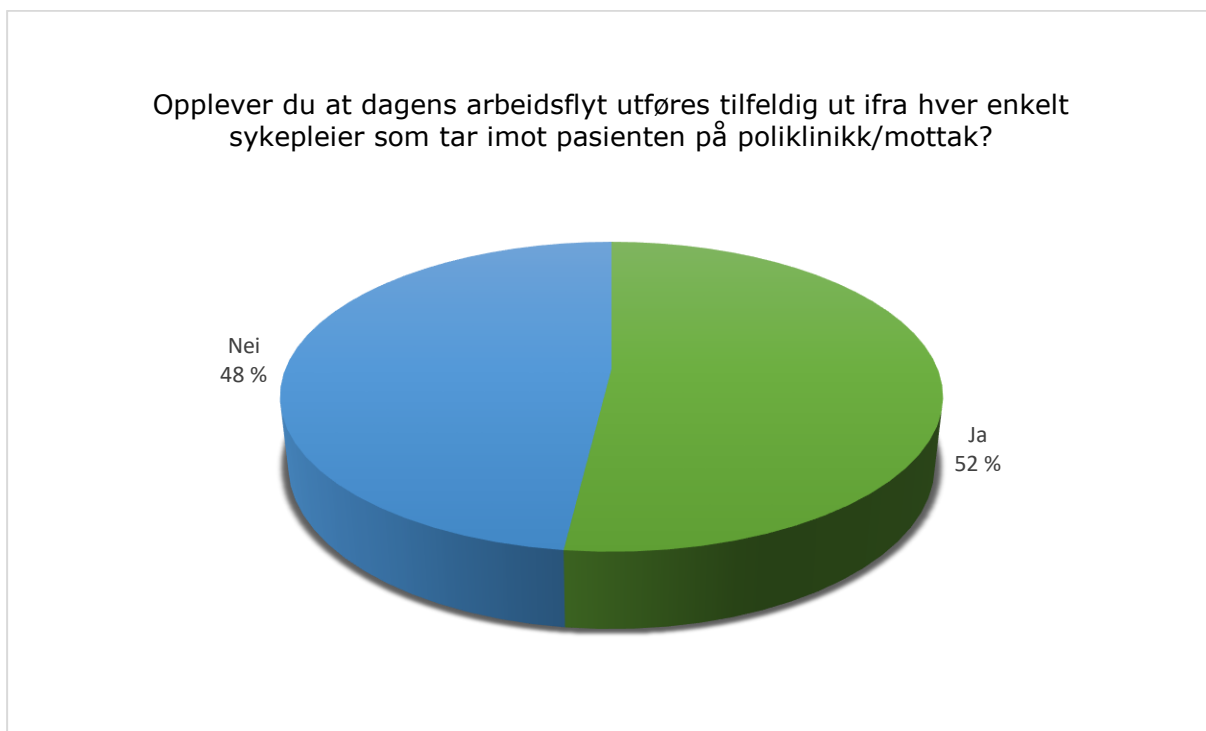


Figur 4: Spørsmål 1



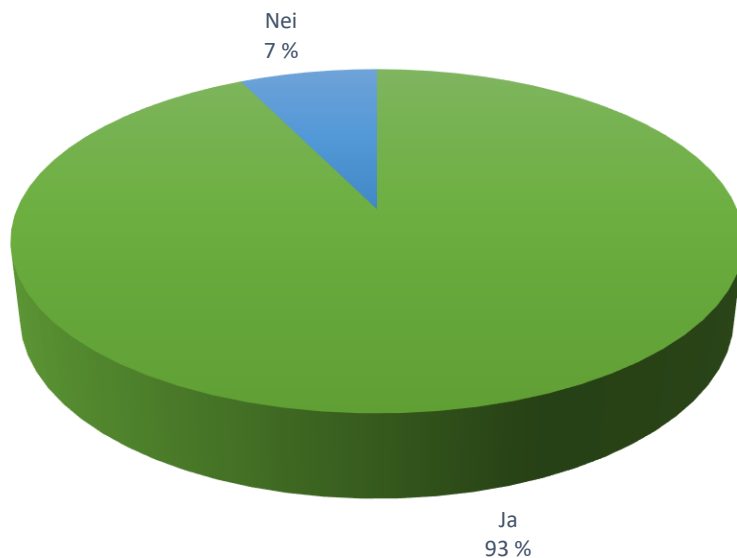
Figur 5: Spørsmål 2

Arbeidsflyt



Figur 6: Spørsmål 3

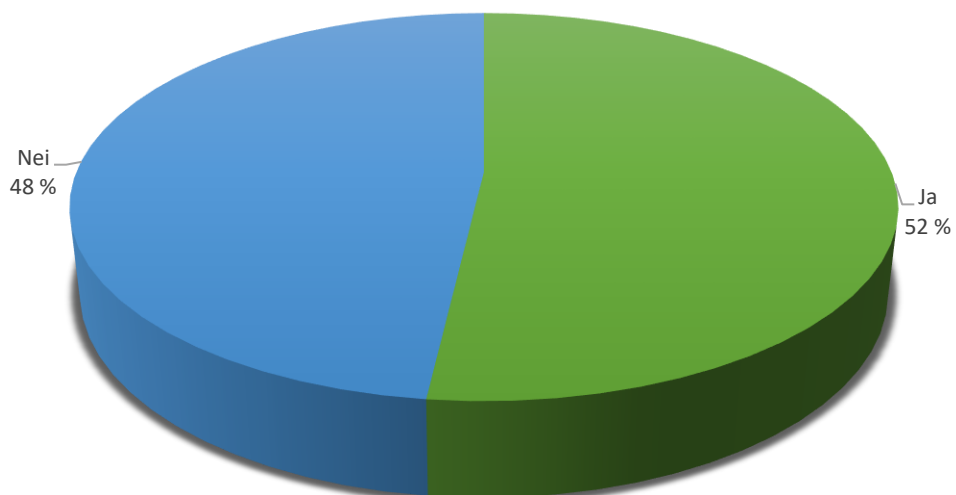
Kunne dagens arbeidsflyt på mottak (både på post og poliklinikk) blitt forbedret i større grad? (Eks. papirer pasienten får med seg hjem kan lett bli borte)



Figur 7: Spørsmål 4

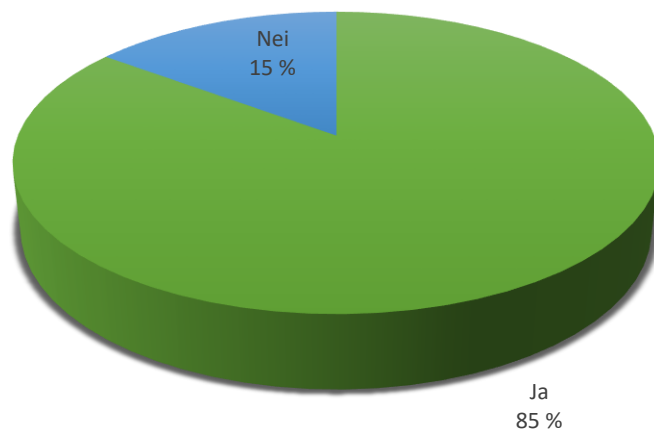
Telefonhenvendelser

Opplever dere mange telefonhenvendelser på post i forkant av innleggelser pga. misforstått/uteblitt informasjon på mottak/poliklinikk?



Figur 8: Spørsmål 5

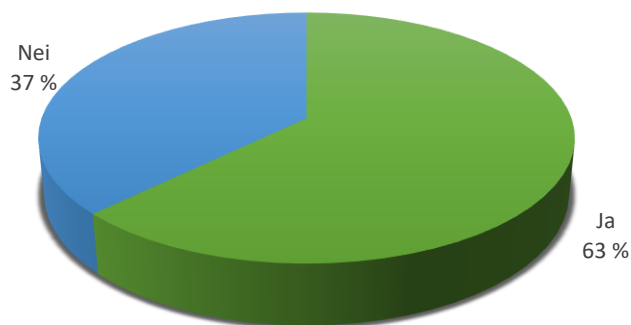
Tror du et digitalt forberedelsesskjema med informasjon og instruksjoner ville hindret noen av disse telefonhenvendelsene? (Eks. instruksjonsvideo om hvordan dusj med Hibiscrub skal utføres)



Figur 9: Spørsmål 6

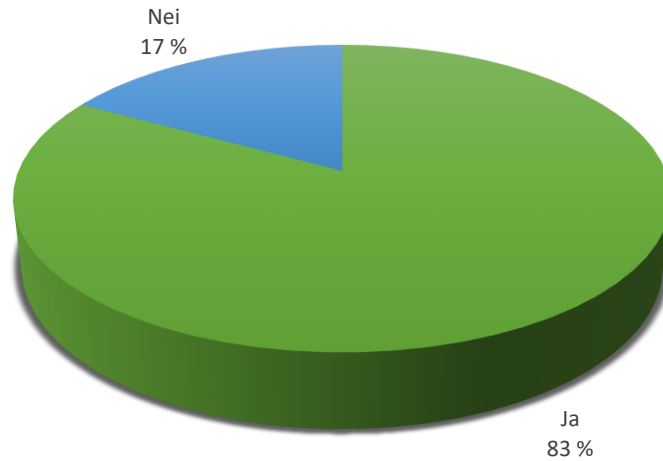
Effekten av digitale løsninger

Kunne et digitalt innsjekkingsystem (1-2 timer i forkant av oppmøtetidspunkt bekrefter pasienten «tidlig innsjekk») føre til at sykepleiere på post tidligere kunne iverksatt tiltak som å ringe/vekke pasienten?



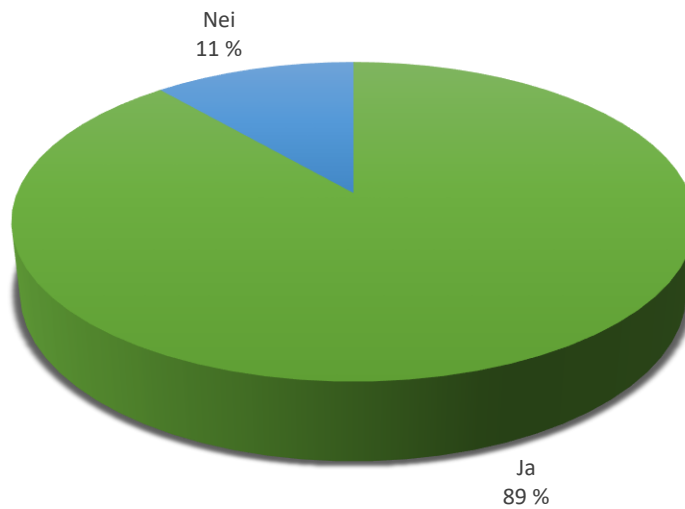
Figur 10: Spørsmål 7

Kunne en digital huskeliste for forberedelser (Hibiscrub, rent sengetøy, TED-strømper, tannpuss, oversikt over medisiner man skal/ikke skal ta) hatt noe for seg?



Figur 11: Spørsmål 8

Tror du digitale påminnere i appen om at pasient skal faste fra midnatt vil være effektivt? Slik at pasient får påminnere om å f.eks. ikke spise/drikke/snuse/røyke samme dag.



Figur 12: Spørsmål 9

Papirskjemaer



Figur 13: Spørsmål 10

Utvikling av digitale løsninger



Figur 14: Spørsmål 11

Svar på fritekstspørsmål

Helt på slutten av spørreundersøkelsen stilte vi også følgende spørsmål hvor respondentene fikk muligheten til å svare fritt på; «Har du andre forslag til hvordan man ved å involvere pasienten digitalt i forkant av innleggelse/operasjon kan være med på å hjelpe pasienten til å huske alt (les= så man hindrer strykninger og utsettelse)?».

Dette spørsmålet besvarte tre respondenter følgende på:

«Vi må ikke glemme at det er mange som syns det er vanskelig å navigere digitale verktøy. Det må være enkelt og brukervennlig og det bør finnes alternativer for de som ikke mestrer digitale løsninger»

«Kanskje fylle ut mer om funksjoner på forhånd. Brillor/høreapparat, kontinens, mobiliseringsgrad ol.»

«Digitale instruksjonsillustrasjoner/filmer om hvordan utføre preoperative forberedelser og mer info om hva man kan forvente»

4.2 Oppsummering av funn

Oppsummert så ønsker hovedtyngden av respondentene, hele 81%, flere digitale løsninger. Ønsket om at mer skal digitaliseres, gjenspeiles i de fleste besvarelsene. På flere av spørsmålene har over halvparten av respondentene svart «ja» på spørsmål som omhandler behov og ønske for at mer innen helsesektoren skal digitaliseres. I dette tilfellet med fokus på de preoperative prosessene før elektive operasjoner. Det som også er verdt å bemerke seg fra spørreundersøkelsen, er at på spørsmål 10 så har flertallet av respondentene besvart at de er fornøyde med dagens løsning. Derimot har flere av de samme respondentene også svart på spørsmål 11 at det ville vært ønskelig med flere digitale løsninger. Alle respondenter som har svart at de er fornøyde med nå-situasjonen på spørsmål 10, har også svart «ja» på ett eller flere av spørsmålene, da de svarte på spørsmål 7-9. Det viser seg dermed tydelig at det er ønskelig med mer digitalisering, og dette ønsket kommer fra helsepersonell selv.

Det kommer frem at helsepersonell ser en mulig nyttegevinst av å digitalisere flere arbeidsprosesser, hvorav 83% av respondentene svarte «ja» på spørsmål 8. Over halvparten av respondentene opplever mange telefonhenvendelser i forkant av pasientinnleggelser. Hele 85% av respondentene mener at et digitalt forberedelsesskjema ville ført til færre telefonhenvendelser.

Funnene viser at hele 87% av respondentene har opplevd at elektive operasjoner må strykes. Av denne prosentandelen har totalt 62% besvart at strykninger skjer ukentlig og månedlig. Det er med andre ord et ganske stort forbedringspotensial når det gjelder elektive operasjoner og den høye andelen strykninger.

Vi har i skjemaet under oppsummert funnene etter de samme kategoriene vi brukte i kapittel 4:

| Tema | Funn |
|-------------|--|
| Strykninger | <ul style="list-style-type: none">87% av respondentene har opplevd at elektive operasjoner må strykes. Hvorav denne prosentandelen har |

| | |
|---------------------------------|---|
| | totalt 62% besvart at strykninger skjer ukentlig og månedlig. |
| Arbeidsflyt | <ul style="list-style-type: none"> • Over halvparten, 52%, av respondentene føler at dagens arbeidsflyt utføres tilfeldig, avhengig av hvilken sykepleier som tar imot pasienten. • Hele 93% av respondentene mener at dagens arbeidsflyt kan forbedres. |
| Telefonhenvendelser | <ul style="list-style-type: none"> • 52% av respondentene føler at de får for mange telefonhenvendelser fra pasientene i forkant av innleggelse. • 85% av respondentene mener at et digitalt forberedelseskjema ville bidratt til færre telefonhenvendelser. |
| Effekten av digitale løsninger | <ul style="list-style-type: none"> • Over halvparten av respondentene tror digitale løsninger vil ha en nytteverdi. |
| Papirskjemaer | <ul style="list-style-type: none"> • 58% av respondentene svarte at de ønsker å bruke en digital applikasjon, men også fortsette med å bruke papirskjemaer. • 15% av respondentene svarte at papirskjemaer er utdaterte og ønsker å fornye nåværende prosesser. • 19% av respondentene svarte at de er fornøyde med papirskjemaer. |
| Utvikling av digitale løsninger | <ul style="list-style-type: none"> • 81% av respondentene ønsker flere digitale løsninger, mens 19% er fornøyde med nåværende situasjon. |

Tabell 1: Oppsummering av funn i spørreundersøkelsene

5 Presentasjon av funn fra intervjuene

I dette kapittelet presenteres funn fra intervjuene. Vi har valgt å dele funnene inn i ulike kategorier når de presenteres. Spørsmålene vil derfor bli presentert under aktuell kategori. Dette for å presentere funnene på en mer systematisk og kategorisk måte, som vil gjøre det enklere å holde oversikt over de ulike funnene. I tillegg vil vi ha en kort presentasjon av informantene innledningsvis.

Vi har valgt å dele spørsmålene inn i følgende kategorier:

- **Dagens preoperative rutiner**
- **Fordeler og ulemper med dagens preoperative rutiner**
- **Digitalisering og dens potensielle nytteverdi**
- **Forventninger og etikk**
- **Erfaringer med digitalisering**
- **Tillit**
- **Digitalisering av arbeidsoppgaver**

Før vi startet intervjuene, presenterte vi kort for informanten våre tanker om den fiktive applikasjon, som er tiltenkt å kunne benyttes av både helsepersonell og pasienter. Årsaken til at vi valgte å gjøre dette var for å gi informanten et bilde av en tenkt løsning fra vår side og samtidig gi informantene et eksempel på en mulig måte å digitalisere den preoperative prosessen. Det var viktig for at informantene skulle kunne besvare deler av spørsmålene under intervjuet. Det ble under intervjuene også nevnt andre mulige eksempler, for å hjelpe informantene med å bedre forstå enkelte spørsmål, og å stimulere til å sette i gang tankeprosesser hos informantene.

5.1 Presentasjon av informanter

Informantene i studien er anonymisert til Sykepleier 1-6 og beskrives på følgende måte:

- Sykepleier 1 har 5,5 års fartstid på kirurgisk avdeling.
- Sykepleier 2 har 7 års fartstid på kirurgisk avdeling.
- Sykepleier 3 har 10 års fartstid på kirurgisk avdeling.
- Sykepleier 4 har 6 års fartstid på kirurgisk avdeling.
- Sykepleier 5 har 4 års fartstid på kirurgisk avdeling.
- Sykepleier 6 har 7,5 års fartstid på kirurgisk avdeling.

5.2 Aktuelle rutiner

Kan du forklare kort hvordan de preoperative rutinene for pasienter som skal inn til elektive operasjoner er?

Det første spørsmålet informantene ble stilt under intervjuet, var for å kartlegge dagens rutiner. Selv om alle informantene jobber på samme avdeling, kom det frem under

intervjuene at det er forskjeller på rutinene som utføres. Blant annet er det forskjeller på hvordan pasientene får innkallelse. Det er også forskjell på den informasjonen som gis til pasienten innledningsvis i den preoperative prosessen, og hvordan informasjonen gis. Noe gis muntlig, noe gis skriftlig på papir og noe gis digitalt. Informant 2 sier følgende om hvordan pasienten får innkallelse: "Pasienten får digital innkalling, etterfulgt av 2 påminnelser på SMS. Også dukker de opp hos oss". Informant 1 sier følgende: "På mottaksdag får pasienten muntlige beskjeder". Informant 3 sier følgende om hva pasientene kan få informasjon om: " Dette er stort sett informasjon om dusj og alt de skal gjøre i forkant hjemme". Informant 2 sier følgende om hvordan pasientinformasjonen blir lagret og hva som skjer videre med pasienten frem til operasjon:

De blir deretter lagt inn elektronisk i DIPS og MetaVision. Videre går det gjennom samtaler med lege, kirurg, anesthesi, tar blodprøver og undersøkelser. Så får de beskjed om hva de skal gjøre før de kommer tilbake. Noe de for øvrig også har fått et brev om digitalt.

Når informant 5 skal svare på dette spørsmålet, blir det igjen tydelig at det er forskjeller på rutinene. Det som blir sagt fra informant 5 er nemlig forskjellig fra de andre informantene. Informant 5 sier følgende:

Sykepleier går gjennom et kartleggingsnotat sammen med pasient. Hvor vi spør alt i fra hvilke behov pasienten har når han skal legges inn, så vi er klar over det. Så er det vanlige målinger, vitalia, blodprøver, informasjon om hvilke type inngrep pasienten skal igjennom, og dusjinstruksjoner, generelt hva som må gjøres på forhånd før de kommer, og forklare at man skal ha en samtale med kirurg, innkomstlege, ja. Mye som skjer. Og alt dette skjer muntlig.

Informant 5 presiserer at den informasjonen som blir gitt til pasienten er muntlig. Med andre ord er det ulikt om informasjon blir gitt til pasienten muntlig eller skriftlig, og hva slags informasjon som blir gitt. Informant 1 forteller under intervjuet følgende om det pasienten må igjennom før operasjon: "Blodprøver, EKG, Samtale med kirurg, samtale med anestesilege".

Det kommer frem under intervjuene at det er store variasjoner i antall dager fra pasienten er til mottaks time og fem til selve operasjonsdagen. Informant 4 forteller blant annet: "Nei, de kommer jo inn også skal de enten opereres dagen etter eller mange dager etter. Og at de reiser hjem i permisjon". Informant 2 forteller også at det kan gå uker før pasienten kommer tilbake til sykehuset for å bli operert og sier følgende under intervjuet: "Så drar de fra sykehuset og kommer tilbake dager, til uker senere". Når pasienten møter opp på operasjonsdagen, er det forskjellige rutiner som skal utføres før operasjonen. Informant 6 forteller om følgende rutiner som pasienten må igjennom på operasjonsdagen:

Når pasienten kommer til avdelingen på operasjonsdagen, skal det tas blodtrykk, NEWS-scoring, rektaltemperatur og det er det mest utfordrende. De kan ta den selv, men ganske mange klarer det ikke. De har ikke fått noe informasjon om det. Så du møter opp, du er redd, også skal sykepleierne «bare» stikke den her opp i rumpa di, som det første du gjør når du kommer. Det er stas. Corsodyl munnskyll, smykker må av, skjorte bak frem, nettingtruse, ren seng og støttestrømper. Det er

ikke alltid det har blitt målt opp størrelse til støttestrømper i mottak, så da må man ofte måle opp dette på nytt.

5.3 Fordeler og ulemper med dagens rutiner

Hva fungerer godt med dagens rutiner?

Informantene fikk som neste spørsmål svare på hva som fungerer godt med dagens rutiner. En av rutinene som fungerer godt er bruken av poliklinisk mottak. Det er nemlig først de senere år at poliklinisk mottak for pasienter som skal til elektive operasjoner ble opprettet. Alle informantene er enige i at poliklinisk mottak av pasienter avlaster sengeposten i den daglige driften. For å sitere informant 3: "Det gjør i hvert fall at belastningen på avdelingen blir bedre". Informant 4 sier i sitt intervju følgende: "Man får jo gjort alt på forhånd da. Man blir ferdig med det den dagen. Slik at når pasienten møter opp på operasjonsdagen, så er det bare den vanlige preoperative sjekklisten man går igjennom. Så det er veldig fint. Det sparer jo tid". Informant 6 deler følgende under intervjuet: "De som er oppegående nok til å klare seg selv, avlaster avdelingen ved å gjøre de preoperative rutinene selv". Informant 1 er også enig og deler følgende: "Man får som regel alltid gjort ferdig det som skal gjøres av sykepleieoppgaver på mottaksdag". Sykepleieoppgaver er her ment som de oppgaver som ble nevnt i forrige del, blant annet kartlegging, vitale målinger (for eksempel blodtrykk, puls, temperatur etc.), blodprøver og det som gis av muntlig informasjon og instruksjoner til pasientene.

Det er også andre prosesser ved dagens rutiner som fungerer godt, blant annet at blodprøver blir tatt i forkant av innleggelser. Dette er en oppgave som avlaster sykepleierne som tar imot pasientene på operasjonsdagen. Det tas blodprøver av pasientene på den polikliniske timen som er gyldig opp mot 14 dager.

Hva fungerer dårlig? Kan noe gjøres annerledes?

Informantene ble også spurt om hva som fungerer dårlig med dagens rutiner. Da var det flere av informantene som trakk frem innkallingsbrevene som sendes ut til pasientene. Blant annet ble det påpekt at innkallingsbrevene som sendes ut digitalt i forkant kun fungerer for de digitalt oppegående pasientene. Informantene opplever at den eldre generasjonen ikke får med seg innkallingsbrevene. Informant 2 forteller blant annet: «Når det kommer til digital innkalling og påminnelser som sendes ut til pasientene på SMS, så er det ikke tatt høyde for at folk er eldre og ikke like digitalt anlagt. Så de får det ikke alltid med seg. Og det er litt trist». Dette gir oss en pekepinn på at det er flere demografiske hensyn må tas når prosesser skal digitaliseres og at det er viktig å tenke på hvordan digitale løsninger påvirker alle aldersgrupper.

Informantene trekker frem andre svakheter med innkallingsbrevene. Informant 6 forteller blant annet at det har vært tilfeller hvor informasjon glipper, fordi det sendes ut to relativt identiske brev; en innkallelse til poliklinisk time og en innkallelse til selve operasjonen. For å sitere informant 6 på dette:

Flere av pasientene har ikke fanget opp at de har fått innkallelse til mottak, ettersom de har trodd det bare var to like brev om operasjonen. Så pasientene

har i mottak sagt at de ikke hadde kommet til mottak om det ikke var for at de fikk påminnelser-SMS om timeavtalene i forkant.

Det er altså ingen tvil om at samtlige av informantene er enige om at de digitale innkallelelsesbrevene som sendes ut i forkant har flere mangler. For å sitere informant 6 som setter ord på dette med følgende utsagn: "Brevene som sendes med pasienten hjem er elendige. Det er også dårlig forklart hva som skjer for pasientene den dagen de kommer inn til preoperativ samtale". Flere av informantene nevner at pasientene på bakgrunn av manglende informasjon i brevene, møter uforberedt til mottakssamtale. Informant 1 sier:

Mange tror de skal operere den dagen de kommer. De blir drit forbanna liksom og jeg skjønner det. For det står ikke på brevene når operasjonen er. Det står bare at de skal komme til innleggelse. Si at pasienten har mottak på fredag og operasjon på mandag. Så kan pasienten få dra hjem i helgen i permisjon, men dette vet de kanskje ikke på forhånd. Så det er mange pasienter som kommer og har pakka hele bagen også må vi bare si «ja du kan bare dra hjem på perm». Hvorpå pasienten svarer at de har pakka med seg alt, så nå vil de bare bli her. Så da har jo vi pasientene i to døgn, helt unødvendig. Det som også skjer ganske ofte er at det plutselig viser seg å være dårlige pasienter som trenger masse hjelp, så vi må da kanskje leie inn ekstra bemanning over helgen.

Det er velkjent hvor tidspresset helsepersonell er. Samtidig som regjeringen selv ønsker at flere pasienter kun skal behandles poliklinisk og med færrest mulig liggedøgn. Det er med andre ord et stort forbedringspotensial som ligger i måten disse innkallingsbrevene er utformet og hvordan de sendes ut til pasientene. Forbedringer som muligens kan effektivisere hverdagen til sykepleierne som tar imot pasientene som skal inn til operasjoner. Det er også tenkelig at det å forbedre disse innkallingsbrevene vil komme pasientene til gode også med tanke på hvor stor frustrasjon og hvor mye forvirring brevene kan skape.

Et annet viktig aspekt er det økonomiske. Sykehusene og helseforetakene er per dags dato presset økonomisk (47). Dersom innkallingsbrevene fører til unødvendige liggedøgn for pasientene, vil dette også medføre en ekstra unødvendig økonomisk belastning for sykehusene. Flere informanter påpeker spesifikt hvordan pasientene unødvendig blir lagt inn på grunn av de tror de skal inn til operasjon samme dag som de kommer, og blir frustrerte når de så får vite at dette ikke er tilfelle. Kanskje vil ikke pasienten reise hjem. Da blir pasientene liggende på sykehuset frem til operasjonsdagen. Vi ser for oss at dette kan unngås dersom innkallingsbrevene utformes på en annen måte og viktig informasjon kommer tydeligere frem. Vi ser på dette som et klart og tydelig eksempel på hvordan én liten endring kan føre til store forbedringer. Både for sykepleierne, men også for pasientene, som bør slippe frustrasjon og misforståelser knyttet til utydelig innhold i innkallingsbrevene.

Innkallingsbrevene som sendes ut til pasientene skaper også frustrasjon hos pasientene av andre årsaker. Informant 4 sier under sitt intervju følgende om dette:

De fleste pasientene er ikke helt forberedt på hva som kommer den dagen de legges inn. Hvis de skal operere dagen etter, eller over helgen, så er de gjerne ikke forberedt på at det blir mye venting, og at de må sitte og vente. Det skjer

veldig ofte at pasientene blir værende på avdelingen over helgen, selv om det er planlagt for at de skal hjem i permisjon. Uten at pasienten selv vet om dette i forkant. Det virker dårlig planlagt ut ifra hvor de bor, hvis det er for lang avstand til sykehuset, eller grunner som at de ikke klarer seg selv i helgen. Dette skyldes jo dårlig informasjon fra sykehuset i forkant, som kanskje har gjort at pasienten eller pårørende har misforstått og trodd de skal legges inn. Dette igjen fordi det kommer dårlig frem i innkallingsbrevene.

Dette er med på å understreke at det er et behov for en endring. Vi ser for oss at digitalisering kan bidra positivt på flere ulike måter.

Dagens rutiner innebærer at pasientene får mye informasjon den dagen de kommer inn til mottak. Det har tidligere kommet frem at informasjonen som pasientene får i innkallingsbrevene oppleves som mangelfull. I tillegg er det flere informanter som mener at pasientene får for mye informasjon på mottaksdag. For å sitere informant 5: "Det er mye informasjon pasienten får den dagen, de husker jo sikkert ikke halvparten engang når de går hjem". Informant 6 setter ord på hvordan mangelfull informasjon fører til problemer for både pasienter og sykepleiere og sier følgende:

På selve operasjonsdagen får pasienten beskjed om å komme kl. 07, og forventer nok ikke at de skal bli kastet rundt og at de skal inn til operasjon bare en time etter ankomst til avdelingen. Mange er sure for at de må komme såpass tidlig. De ringer ofte kvelden før og spør om hvorfor de må komme så tidlig og om de heller kan komme kl. 08. Andre pasienter har problemer med å få transport til sykehuset. Pasienten spør oss om vi kan bestille taxi for dem. Det som har med transport å gjøre er jo Pasientreiser, og de har begrensede åpningstider. Gjerne vanskelig en søndag kveld, når pasienten skal møte opp tidlig mandag morgen. Det er også veldig strenge regler for hvem som har krav på å få dekket pasientreiser. Det er generelt dårlig informasjon.

Informant 6 fortsetter å belyse problemene med dårlig informasjon og sier videre i intervjuet: "Veldig ofte kommer pasientene til avdelingen på operasjonsdagen og for eksempel har tatt medisiner". Det kommer altså tydelig frem at informantene mener informasjonen som gis til pasientene er for dårlig og at dette går utover pasientene, ved at for eksempel operasjoner blir utsatt fordi pasienten ikke er forberedt. Dette som en direkte konsekvens av mangelfull informasjon til pasientene.

Helsepersonell er som sagt presset både når det gjelder tid og ressurser, dette kommer også frem under intervjuene. Informantene nevner det i sammenheng med at tydeligere informasjon til pasientene kunne bidratt til å lette noe av arbeidspresset. Informant 6 sier:

Pasientene møter som sagt på avdelingen kl. 07 og skal inn til operasjon kl. 08. Tiden vi har på morgenen er veldig knapp. Heldigvis kommer noen pasienter litt før, så nattevaktene kan starte å klargjøre de til operasjon. Det er to sykepleiere ute på sengeposten på nattevakt i det tidsrommet, hvor den ene skal gi rapport til dagvaktene, så den andre sykepleieren har en halvtime på å klargjøre pasientene. Til tider kommer det 5-6 pasienter fra prepol man må klargjøre samtidig.

Det er med andre ord fordelaktig både for pasientene og sykepleierne at informasjonen som gis til pasientene kommer tydelig frem. Det kommer også frem under intervjuene at viktig pasientinformasjon ikke alltid er tilgjengelig når det er behov for det. Informant 3 belyser dette ved å si følgende: «Det blir jo en belastning for nattevaktene når det kommer en haug med polikliniske pasienter på morgenen som skal tas imot. Siden de tas imot så lang tid i forkant av innleggelsen, kan ting glippe».

Når vi spør om informantene kan utdype dette med at ting kan glippe, svares det:

Ja, for eksempel. Så forsvinner kanskje det som er ført inn av målinger og medisiner på MetaVision på mottaksdagen. Si at anestesilege har nulltet viktige medisiner også har ikke pasienten fått det med seg. Når de da kommer hit på morgenen, står de ikke nulltet ut. Så det krever jo at sykepleierne her har en viss kunnskap om hvilke medisiner som vanligvis skal gis og ikke gis. Og det er jo ikke alltid den kunnskapen sitter inne.

Dette mener vi er med på å understreke behovet for at prosesser digitaliseres og systematiseres i større grad enn det som per dags dato er tilfelle.

Et viktig aspekt er bruken av riktig type helsepersonell til riktig type arbeidsoppgaver og hvilke yrkesgrupper som skal gjøre hva på sykehusene. Dette har det blant annet vært mye fokus på hos ulike interesseorganisasjoner som NSF (Norsk sykepleierforbund) og BFI (Bioingeniørfaglig institutt). Det har blitt nevnt av flere informanter at oppgaver som utføres av sykepleiere på prepol i stor grad blir utført riktig og dermed avlaster avdelingen som tar imot pasienter til operasjon. Informant 6 kommer med et eksempel her på hva som kan skje i en inntakssituasjon hvor sykepleiere ikke er involvert i de ulike prosessene:

Det er et forskningsprosjekt som gjøres på avdelingen, hvor forskende lege bestemmer hvem som skal inn og foreta en bestemt operasjon. Siden pasienten ikke i forkant er tatt imot av sykepleier, gjøres kartleggingen i forkant basert på diagnostiske funn, og dermed kartlegges ikke grunnleggende behov like nøye. Dette fører til at pasientene ofte er vurdert til mer oppegående enn de faktisk er, og kommer da til avdelingen i mye dårligere form enn antatt. Dette gjør at de trenger mer hjelp enn det sykepleierne har fått rapport om. Noe som gjør at vi ofte ikke har nok personell til å håndtere disse pasientene, som ifølge inntakstnotat av lege ikke hadde noe informasjon om grad av selvstendighet. Da går man gjerne ut ifra at pasienten er oppegående og selvstelt. På ankomstdagen kan pasienten eksempelvis komme i rullestol og være veldig pleietrengende. Dette krever mye ressurser og burde vært fanget opp i forkant og skrevet ned i et inntakstnotat.

Dette er et klart eksempel på hvorfor det er viktig å ha riktig kompetanse til riktig oppgaver og illustrerer også de mulige konsekvensene dersom det ikke er tilfelle.

En av fordelene som ble nevnt i forrige kapittel om polikliniske blodprøver, fører ikke nødvendigvis bare positive sider med seg. Informant 6 gjør oss oppmerksom på dette under intervjuet ved å si følgende:

Pasienter tar blodprøver når de er på prepol, men disse blodprøvene kan avvike mye når det er to uker til du skal inn til operasjon. Infeksjonsparametere for eksempel. Mye kan skje i kroppen på to uker. Så mange pasienter kommer jo til avdelingen på morgenen på operasjonsdagen og har kanskje lett feber, ser vi når vi måler temperaturen deres. Da må vi jo ta haste-blodprøver og ser kanskje at de har stigende infeksjonsparametere. Da må operasjonen avlyses. Jeg tenker mange pasienter er redde for at de ikke blir operert hvis de sier fra om symptomer, fordi de kanskje allerede har ventet lenge nok på denne operasjonen, og dersom de sier fra, må de kanskje vente mange måneder til. Så terskelen for å være ærlig om dette, er veldig høy. Eventuelt kunne det vært en funksjon i applikasjonen dere snakker om. At de melder fra om symptomer og man samtidig forsikret dem om at det ikke er farlig å si ifra, på grunn av at de har rett på ny behandlingsdato innen to uker eller hvor lenge det er de har rett på det. Det vil lettere kunne avdekke en pasient-strykning tidlig, slik at man kan planlegge for å få inn en annen pasient tidligere. Det burde også vært opplyst i appen om at konsekvensene ved å ikke være ærlig om symptomer, kan være fatale. Hvis man tenker på hva som kan skje om man lar seg operere med en infeksjon i kroppen. Det kan jo ha ganske uheldige konsekvenser.

Det er med andre ord mye som må tas hensyn til og det er viktig å ikke glemme alle aspekter ved de ulike arbeidsoppgavene som skal utføres. Det er viktig at rutiner som innføres er godt gjennomtenkte.

For å oppsummere, så kommer det tydelig frem at informantene sin opplevelse er at informasjonen som gis til pasientene oppleves mangelfull. Dette fører igjen til blant annet frustrasjon hos pasientene, unødvendige liggedøgn for pasientene, unødvendig belastning for sykepleierne. Det er ikke gitt at bedre samhandling mellom sykepleier og pasient vil løse alle problemer, men vi kan tenke oss til at det kan løse en del av problematikken som blir adressert under intervjuene. Det blir tatt opp under intervjuene viktigheten å ha riktig kompetanse til rett tid og sted. Det som også kommer frem, er at innføringen og bruken av prepol har en nytteverdi og at sykepleierne selv anser bruken av prepol som verdifull.

5.4 Digitalisering og dens potensielle nytteverdi

Kan du se for deg noen arbeidsoppgaver som hadde blitt enklere om de var digitale?

Det ble under intervjuene spurt om hvilke arbeidsoppgaver som kunne blitt enklere dersom de ble digitalisert. Alle informantene var enige om at det vil være fordelaktig å digitalisere enkelte arbeidsoppgaver. For å sitere informant 3 som nevnte et eksempel på hva som kan digitaliseres: «Papirer som pasienten får vil jo lett flyte rundt og de mister det også. Det å da ha en mulighet til å slå det opp digitalt vil jo gjøre det enklere å følge med da». Informant 4 har mange av de samme tankene som informant 3 og sier følgende: «Konkrete beskjeder om hva man som pasient kan forvente av informasjonen man skal gi. Som folk glemmer som burde vært et sted. Så kommer de jo gjerne med masse papirer også skal man bare legge til mer papirer i den bunken de har». Dette viser at sykepleierne selv mener at det vil være hensiktsmessig å digitalisere ulike arbeidsoppgaver. Både for sykepleierne og pasientene. Det er spesielt pasientsikkerheten

dette kan gå utover dersom pasientene går glipp av viktig informasjon eller at papirer med pasientsensitiv informasjon blir borte. Som en direkte konsekvens av at pasientene ikke får med seg viktig informasjon eller at papirer blir rotet bort, kan dette føre til at helsepersonell heller ikke har kritisk viktig informasjon om pasienten i forbindelse med operasjonen. Dersom all viktig pasientinformasjon var digital, ville helsepersonell lettere hatt oversikt over pasientinformasjonen. Som pasient ville det også vært enklere å ha oversikt over hvilken informasjon som helsepersonell har tilgang til.

Et av de gjentakende problemområdene som nevnes av informantene er når pasientene kommer inn til mottak og skal gjennomføre samtaler med ulike helsepersonell. Det blir mye venting for pasientene siden det skal koordineres og gjennomføres samtaler med ulike profesjoner (for eksempel leger, sykepleiere og fysioterapeuter). Noen av informantene kommer med forslag for å effektivisere dette ved å ta i bruk digitale hjelpemidler. Informant 4 sier følgende: "Dersom kirurgen kunne tatt kirurgisk samtale over telefon eller face time når det passet. Det måtte ha vært det beste". Mye av det samme kommer også frem i intervjuet med informant 1, som sier følgende:

Med tanke på kirurgene og sånn, at de vet at det er organisert bedre med tanke på at de vet når de skal komme og snakke med pasientene. Man må jo som sykepleier hele tiden bare huke tak i kirurgen når han/hun er ledig. Det kan være utfordrende og tiden mellom operasjoner og sånn kan være knapp. Så hvis de kunne tatt en slags videokonsultasjon med pasienten, hvis de ikke finner tid mellom operasjonene, så hadde pasienten sluppet å sitte mange timer på sykehuset bare for å vente på kirurgen. Mange timers venting for en samtale som kan tas over telefon.

Informantene har flere eksempler på arbeidsprosesser som kan digitaliseres. Et eksempel kommer fra informant 5 som synes at digitalisering kan brukes til å involvere pasienten i større grad med tanke på forberedelser før operasjon som pasienten selv kan ha ansvar for. Og at pasienten lettere har tilgang til informasjon om de forberedelsene som skal gjøres av pasienten. Informanten sier følgende:

Såne ting pasientene kan forberede seg på i forkant. Før de kommer på sykehuset. Kanskje et litt lettere skriv på hvordan de skal dusje. Eller medisiner de ikke burde ta. Ja.. Ting de får vite på forhånd at de skal gjøre da. Mer tydelig info på ett sted, så de kun har det å forholde seg til og slipper å ringe avdelingen for øvrige spørsmål.

Ifølge informantene er det tydelig at det er flere arbeidsoppgaver i preoperativ fase som med fordel kan digitaliseres. Informant 6 var imidlertid fokusert på å digitalisere den prosessen av innleggelsen som omhandler sjekklister og de forberedelsene som pasienten må gjøre før operasjon. Informant 6 sier følgende:

Når pasienten møter på avdelingen på operasjonsdagen, må man gå gjennom hele den regla med kirurgiske forberedelser. Hadde det for eksempel vært mulig å motta beskjed i sanntid om at pasientene har huket av på en digital sjekkliste hva som allerede er gjort, så hadde jo det spart sykepleierne for tid på dette. Fjerning av smykker, gifting, neglelakk osv. er greit å gjøre i forkant. Gifting er ofte vanskelig å få av og tar litt tid. NEWS-scoring og vitale målinger må vi selvfølgelig

gjøre. Men kanskje akkurat rektal temperatur kunne blitt tatt av pasienten selv før ankomst til sykehuset.

Tenker du at en applikasjon hvor pasienten i større grad deltar ved hjelp av en preoperativ sjekkliste med påminnere, ville effektivisert dagens rutiner?

Da vi spurte informantene om de kunne se for seg at en tiltenkt applikasjon med en preoperativ sjekkliste og informasjon til pasientene ville ha nytteverdi, var det liten tvil om at svaret var «ja». Informant 5 svarte følgende: "Ja, absolutt". Informant 6 svarte også: "Ja, absolutt! Både digital sjekkliste og påminnere". Informant 1 sier følgende:

Det kunne absolutt vært en bra løsning. Hele den preoperative sjekklisten vi bruker på morgenen, hvor pasienten skal ta av seg smykker, neglelakk osv. Det hadde jo lettet vårt arbeid å slippe å gå gjennom hele den listen når de kommer på morgenen, når vi allerede har kjempedårlig tid.

Informant 4 er inne på mye av det samme og sier følgende:

Ja, det tror jeg absolutt. Det ville sikkert lettet litt på arbeidet og. At man ikke må gjenta ting flere ganger. Også er det jo bare det med de som faller utenfor, de eldre. Men jeg tror for folk flest så er det sikkert kjempenyttig, for da slipper de også å spørre på nytt. En pasient ringte for eksempel til avdelingen nå i helgen og spurte når han skulle legges inn igjen.

Informant 2 sier følgende:

Det meste går greit sånn som det går. Men denne app-ideen deres, hvis det hadde vært rom for å sende pasienter påminnere kvelden før og noen timer før oppmøte. Så slipper man å overlesse pasientene med spørsmål med en gang de kommer inn døren. Vi løper jo rundt med disse papirlistene for å kontrollere om pasientene har husket å dusje, pusset tennene, faste, tatt medisiner. Kanskje de kan krysse av for at de har dusjet, pusset tenner osv. selv. Da unngår man unødvendig mas på pasienten i en sårbar situasjon. Så kan de styre litt med slike ting selv.

For å oppsummere så levner tilbakemeldingene fra informantene liten tvil om at informantene mener at digitalisering vil ha en positiv effekt og bidra til en mer effektiv arbeidshverdag. Dagens sykepleiermangel er høyst reell, og vi mener digitalisering vil kunne bidra til å lette arbeidshverdagen for sykepleierne. Samtidig må vi ikke glemme at stadig flere pasienter selv ønsker å ta en mer aktiv rolle i sin sykehushverdag, noe som også informantene selv påpeker.

5.5 Forventninger og etikk

Hva mener du kan forventes av pasientene mtp grad av involvering, og i hvor stor grad er det etisk riktig å involvere dem?

Når informantene ble spurt om dette, er de fleste positive til å involvere pasientene i større grad enn det som er praksis per nå. Det gjelder også det etiske aspektet ved det. Det som blir nevnt av flere informanter er at pasienten må være samtykkekompetent for at det skal være etisk riktig å involvere pasienten. Det ble nevnt som et eksempel av flere informanter at pasienten ikke kan ha nedsatt kognitive evner. For å sitere informant 1:

Eh, det eneste som er problemet er jo disse gamle da. Og de demente og også de med nedsatt kognitiv funksjon. Så da måtte man kanskje fått en løsning hvor pårørende kan svare for de da. Eller sykehjemmet hvis det er noen som bor på sykehjem. Jeg tenker det er ikke noe problem å gjøre det så lenge pasienten er oppegående.

Det som også blir trukket frem av en informant er at pasientene må være digitalt kompetente dersom det skal være etisk riktig å involvere dem. I den sammenheng ble det også nevnt av en informant at digitalisering kan føre til at noen pasientgrupper kan risikere å bli ekskludert. For de pasientgruppene som ikke ville være i stand til å bruke digitale hjelpemidler, eller hvor det ikke vil være etisk riktig, ble det nevnt at man fortsatt kan bruke de gjeldende arbeidsprosesser som ikke krever digital involvering.

Under intervjuene var det flere informanter som påpekte at dersom en applikasjon tas i bruk, vil det være frivillig å laste den ned. Dersom pasienten velger å laste den ned, vil jo pasienten automatisk samtykke til å bruke applikasjonen. For å trekke frem hva informant 6 sa: "Applikasjonen vil som dere sier bli frivillig å bruke, så om pasienten ikke har lyst, så er det greit. Men da blir det heller ikke noe etisk vanskelig å vurdere om det er riktig med involvering, ettersom de selv velger". Det blir også trukket frem av flere informanter at dersom pasienten involveres i større grad, vil det igjen kunne føre til økt følelse av autonomi. Det ble påpekt av flere informanter at pasienter vil få tilgang til mer informasjon ved å bruke en slik applikasjon, og dermed også oppleve økt følelse av å ha mer kontroll. For å sitere informant 4: «Jeg tror jo at de kan føle litt mer at de bidrar mer i sin egen behandling. For det vet jeg i hvert fall at mange ikke føler at de har noe de skulle ha sagt. Kanskje det automatisk gjør at de føler mer kontroll over situasjonen».

En informant nevnte viktigheten av å ikke pasientene tilgang til for mye informasjon. Det er viktig å vurdere hvilken type informasjon pasienten skal ha tilgang til. Den samme informanten, informant 2, hadde følgende å si om dette og hvorfor informanten mente det var viktig å vurdere hvilken informasjon som pasienten skal ha tilgang til:

Jeg syns i det generelle bildet, at vi involverer pasienten for mye til for alvorlige ting. Men småtterier som preoperative forberedelser, tenker jeg at det kunne gått greit. Men ting som at pasienter har tilgang til egne blodprøver syns jeg er tull, for det er en del overtenkere her i verden. Noen ting er det bedre at helsepersonell får vite før pasienten. Men en preoperativ app – kjør på!

Flere av informantene nevnte under intervjuene at pasientene selv vil ha mer innsyn og kontroll. I sammenheng med dette ble det også nevnt av en av de samme informantene at det kan gjøre arbeidshverdagen til sykepleierne lettere dersom man digitaliserer flere arbeidsprosesser. Det ble også påpekt av enkelte informanter at digitale hjelpemidler også vil være en fordel for pasientene med tanke på bedre pasientflyt og kanskje mindre strykninger. For å sitere informant 3: "det er jo i bunn og grunn for deres egen del, i

hvert fall med en sjekklister før operasjon. Om de deltar, vil jo det hjelpe dem å ikke bli strøket da". For å oppsummere, var alle informantene mer eller mindre positive til å involvere pasientene i større grad ved hjelp av digitale hjelpemidler. Flere av informantene nevnte også at de så på det som positivt både for sykepleierne og pasientene selv. For å sitere informant 5:

Jeg tenker det er fint, da du får litt mer kontroll rundt situasjonen selv også. Er litt mer forberedt og vet litt mer hva du kommer til. Så jeg tenker absolutt det er mer etisk riktig å involvere pasienten mest mulig, ja. At det er best for begge parter.

For å oppsummere, er de fleste informantene positive til å involvere pasientene i større grad ved hjelp av digitale hjelpemidler. De ser heller ikke på det som problematisk med tanke på det etiske, så lenge pasientene er samtykkekompetente og klarer å håndtere digitale hjelpemidler. I de tilfeller der digitale hjelpemidler ikke kan brukes av ulike årsaker, må det tilpasset ut fra pasientens behov. Flere av informantene er også av den oppfatning at det er ønskelig fra pasientene selv å ta en mer aktiv rolle i egen behandling. Dette er noe også informantene mener er positivt for pasientene, ved at det kan føre til økt opplevelse av kontroll.

5.6 Erfaringer

Erfaringer med andre digitaliseringer på arbeidsplassen? For eksempel papirprosesser som har blitt digitale o.l.?

Under intervjuene ble det spurt om informantene har noen erfaringer med digitalisering på sin arbeidsplass. Ikke alle informantene hadde erfaring med å digitalisere arbeidsprosesser. Det som ble nevnt under intervjuene, som eksempler på digitaliseringsprosesser som informantene hadde kjennskap til, var overgang fra papirbasert til elektronisk kurve, digitale sjekklister, digitalisering av e-håndboka til Instagram og digitalisering av kompetansehefte. I tillegg ble også digitalt helseopplysnings skjema nevnt av en informant. Dette skjemaet ligger på Helsenorge og fylles ut i forkant av operasjon. Skjemaet ligger også i DIPS, slik at viktige opplysninger for operasjonen blir liggende digitalt, samtidig som det ikke blir glemt å innhente viktig info under innkomstsamtalen.

Ved innføring av elektronisk kurve er det innføring av programmet MetaVision som blir nevnt av flere informanter. I sammenheng med dette ble det også tatt opp av den ene informanten at det kun er sykepleierne som har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av MetaVision. Den samme informanten sa også at det hadde vært en fin overgang å gå fra papirkurver til elektronisk kurve. For å sitere informant 2: "Vi byttet fra papirkurver til elektronisk kurve. Det var en fin overgang, tilstrekkelig opplæring til sykepleierne, men ikke legene". Her kunne vi under intervjuet kanskje gått mer i dybden på hvorfor kun sykepleierne og ikke legene fikk tilstrekkelig opplæring og hvordan dette opplevdes for informanten. Spesielt siden dette med tilstrekkelig opplæring er noe vi anser som essensielt for å få innført ny teknologi og at det skal bli tatt i bruk. Informant 4 som nevnte overføring av e-håndboka til Instagram, snakket også i den sammenheng om at informanten selv oftere tok i bruk e-håndboka på Instagram, ettersom den var lettere tilgjengelig. For å sitere denne informanten:

E-håndboka! En ansatt har jo laget Instagram-konto, så det har jo blitt vår nye e-håndbok. Det er faktisk noe jeg bruker som et oppslagsverk når jeg er på avdelingen. Siden jeg ikke er der så ofte, så bruker jeg det til å slå opp. Og det synes jeg er så mye lettere enn å bruke den opprinnelige e-håndboka.

En annen informant trekker frem at å digitalisere arbeidsprosesser, ikke trenger å være et revolusjonerende og stort prosjekt. Det å digitalisere små arbeidsprosesser kan også ha en positiv effekt. For å sitere informant 6:

Dette er et eksempel på hvordan man kan ta en liten prosess og digitalisere den. Det vil ikke revolusjonere alt, men på akkurat den biten, vil det være en ting mindre å bekymre seg over. Det vil dermed bli litt lettere å gjøre jobben sin som sykepleier.

Dette ble sagt av informanten i sammenheng med digitalt helseopplysningsskjema som var synkronisert mot DIPS. Informant 6 snakket også om hvor viktig det hadde vært å digitalisere dette helseopplysningsskjemaet. For å sitere denne informanten: "Det som står i dette skjemaet er ofte de tingene som blir glemt i innkomstsamtale med pasienten. Det er jo kjempeviktig i denne sammenheng å få denne informasjonen". Med andre ord ser sykepleierne selv på det som viktig å få systematisert og digitalisert denne type pasientinformasjonen, tatt pasientsikkerheten i betraktning.

En informant nevnte at når viktige opplysninger om pasientene var skrevet for hånd så kunne det medføre en risiko for at viktig informasjon ikke ble vurdert, dersom håndskriften var vanskelig å tyde. Informasjon kan derfor også med fordel skrives digitalt. Noe annet som kom frem under intervjuene, var at det ikke var så mye som hadde skjedd på deres arbeidsplass med tanke på digitalisering av arbeidsprosesser. For å sitere informant 5: "MetaVision er vel det eneste nye som har blitt digitalisert, ellers er det vel det samme". Ved innføring av digital sjekkliste, ble det nevnt av informanten under intervjuet at denne sjekklisten kun ble benyttet av ansatte på informantens egen avdeling. Det til tross for at sjekklisten lå i DIPS og dermed var tilgjengelig for andre avdelinger også. For å sitere informant 3:

Vi har jo på en måte digitale sjekklister nå da. Så det eneste jeg har bitt meg merke i er at den ikke brukes. Altså den overgangen fra oss til operasjon for eksempel, at den vi har, en sjekkliste i DIPS, men de på operasjon ser jo ikke på den. Så det er ti minutter med kryssforhør i slusa fordi de ikke har sett på temperatur og hvilke medisiner som er gitt.

Informanten selv mente at her var det et forbedringspotensial. Pasientene blir spurt flere ganger om samme type informasjon, noe som kunne vært unngått om sjekklisten i DIPS hadde blitt brukt og sett på av alle avdelinger.

For å oppsummere så var det ikke alle informanter som i like stor grad hadde vært med på å digitalisere arbeidsprosesser. Derfor var det ikke alle som hadde så mye erfaring om dette, men alle informantene hadde opplevd en eller annen form for digitalisering. Dette kan vel også være med på å understreke hvor lite digitalisering som gjøres innen helsesektoren, tatt arbeidstiden til informantene, nevnt innledningsvis i betraktning. Et

annet viktig poeng som vi ønsker å trekke frem som den ene informantene sa, at selv det å digitalisere små prosesser kan utgjøre en stor forskjell.

5.7 Tillit

Har du tillit til at teknologi som eventuelt innføres vil fungere som tiltenkt?

Det som kommer frem under intervjuene er at alle informantene er positivt innstilt og ser egentlig ikke for seg noen større utfordringer knyttet til innføring av ny digital teknologi. Alle informantene har altså tillit til at det som innføres av ny teknologi vil fungere som tiltenkt. For å sitere informant 3, som svarte følgende da vi under intervjuet stilte dette spørsmålet: "Ja, jeg synes det er veldig fint". I forbindelse med dette er det en informant som trekker frem at digitalisering er jo faktisk fremtiden. For å sitere denne informanten, informant 5: "Ja, det har jeg. Jeg tenker jo at alt blir mer og mer digitalisert så. Tenker også at det er fremtiden på sikt. Så ja, jeg har tillit til det". Noen av informantene ser for seg startproblemer, hovedsakelig med selve systemet som skal implementeres, men også på grunn av sykepleierne. I den sammenheng nevnes de eldre sykepleierne som kanskje ikke vil være like positive til digitalisering. Informantene er heller ikke bekymret for at brukerne skal klare å tilegne seg kunnskapen som den nye teknologien fører med seg. I den sammenheng blir det av flere av informantene trukket frem noen forutsetninger for at teknologi som innføres skal fungere som tiltenkt. En informant ser for seg at det vil være en tilvenningsfase, for å sitere informant 2: "Tror det hadde vært en tilvenningsfase, men tror i bunnen og grunnen at det hadde funka". En annen informant trekker frem at teknologien må være enkel å forstå og brukervennlig. Videre mener en annen informant behovet for at det gis tilstrekkelig med opplæring.

Har du tillit til at digital deling av pasientinformasjon er sikkert?

Nesten alle informantene er i utgangspunktet trygge på at det er sikkert å bruke digitale hjelpemidler med tanke på deling av data. Så fremt enkelte forutsetninger er på plass. Informant 3 nevner for eksempel: "Jeg har i hvert fall ikke vært noe paranoid på det". Det som blir nevnt fra en av informantene er at det må flere brannmurer på plass og økt sikkerhet. Ved innlogging til den eksemplifiserte applikasjonen vår, ble det nevnt av en informant at da kan det for eksempel benyttes Bank-ID ved pålogging. Det blir også trukket frem av en informant at ingenting aldri er helt sikkert. For å sitere informant 6 som tok opp dette: "Ja, så godt det kan gjøres. Eller ja. Alt kan jo hackes, men. Man må jo på en måte ha tillit til at det funker. Man kan bryte seg inn i et arkiv også".

For å oppsummere, mener alle informantene at teknologi som innføres vil fungere som tiltenkt forutsatt at visse forutsetninger er på plass. For eksempel at teknologien er brukervennlig og at det gis tilstrekkelig opplæring. Det vi anser som viktig er at brukervennlighet er i fokus når ny teknologi skal utvikles og implementeres. Det er viktig at utviklere har kjennskap til sluttbrukerne sine behov og tar hensyn til ønsker og tilbakemeldinger fra de som skal ta i bruk teknologien. Dermed kan teknologien tilpasses sluttbrukernes behov. Det er velkjent at teknologi som ikke er brukervennlig vil møte større motstand når den innføres, og kanskje også forkastes av brukerne. Denne teorien samsvarer med det informantene har sagt under intervjuene. Det at informantene selv

trekker dette frem, mener vi er med på å understreke viktigheten av at dette er på plass når ny teknologi utvikles og implementeres. I dagens helsevesen er det velkjent at dagene er hektiske og at tidspresset er stort blant de ansatte. Uavhengig av dette, mener vi det er viktig at det settes av tilstrekkelig med tid til opplæring og at dette ikke er noe som nedprioriteres av ledere innenfor helsesektoren. Skal de ansatte få fullstendig utbytte av teknologien som innføres, må også opplæringen være tilstrekkelig. Det at dette blir trukket frem av en av informantene er også med på å understreke dette. Når det gjelder spørsmålet om tillit til at det er sikkert å dele pasientinformasjon så har alle informantene, med unntak av en informant, tillit til at deling av pasientinformasjon er trygt. Det er forutsatt at sikkerhet prioriteres når nye digitale hjelpemidler utvikles og skal implementeres.

5.8 Digitalisering av arbeidsoppgaver

Hva mener du skal til for å få digitalisert flere arbeidsoppgaver på nåværende arbeidsplass?

Da informantene ble spurt om dette, ble det av alle informantene sagt at det økonomiske må være på plass. Det trekkes frem at det er trange rammer økonomisk og at sykehusene ikke alltid virker like villige til å strekke seg økonomisk for å få på plass digitale løsninger. Flere av informantene er usikre på om sykehusene er villige til å investere og ser for seg at å digitalisere vil utgjøre en stor økonomisk kostnad. For å trekke frem et sitat fra informant 2: "Men økonomisk vet jeg ikke hva dette koster, og de er ganske gjerrige da. Vet ikke hvor mye penger de hadde vært villige til å spytte inn i det". En annen informant trekker frem at man ikke kommer unna digitalisering og håper derfor at det satses mer enn det som gjøres per nå. En informant nevner at vedkommende er usikker på hvem det er som faktisk kan ta disse avgjørelsene med å innføre ny teknologi. En annen informant sier at vedkommende er usikker på hvordan man går frem for å starte en sån type endringsprosess. For å sitere informant 1: "Det må satses, men jeg vet ikke hvem sin jobb dette her er. Så jeg vet ikke hva som skal til". Akkurat dette tror vi flere er usikre på. Hvem er det som til syvende og sist tar avgjørelsen om det skal settes av tid, ressurser og penger?

Alle informantene mener det vil være endringsvilje blant de ansatte på deres arbeidsplass for å få gjennomført digitalisering av arbeidsprosesser. Flere av informantene nevner i denne sammenhengen at de er flere unge ansatte på arbeidsplassen og at det er noe som ses på som en fordel når nye prosesser skal implementeres. For å sitere informant 4: "Det er så mange unge her som er litt sånne åpne for sånne ting. Så jeg tror egentlig at det, men ja, men det må sikkert være noen som virkelig vil det for at det skal gå". Enkelte informanter nevner også at de tror de eldre sykepleierne vil være mer skeptiske til endringsprosesser. En informant trekker frem viktigheten av å formidle hva slags endringer som ønskes innført og deretter se hvilke reaksjoner som oppstår blant de ansatte. Deretter ta en avgjørelse basert på reaksjonen man får fra de ansatte. Et annet viktig poeng som blir trukket frem fra flere informanter, er viktigheten av å digitalisere arbeidsprosesser med tanke på at det kan gjøre arbeidshverdagen mer effektiv og lettere for de ansatte. For å sitere informant 5: «Hvis det er noe som kan gjøre det lettere, at vi kan føre inn ting, målinger, forskjellige

ting, rett inn på PC-en før pasientene kommer, at de har dusjet, pusset tenner og alt som de kan på en måte. Ja, så hadde det hjulpet mye».

Som nevnt tidligere, ved å digitalisere prosesser kan det også kan føre til økt følelse av autonomi hos pasientene ved at de selv får ta en mer aktiv rolle under sin behandling. I kapittel 3.5 tar vi for oss hvordan en slik applikasjon kunne vært utformet. Det var denne applikasjonen som ble nevnt under alle intervjuene som et eksempel på en måte å digitalisere en arbeidsprosess. Her tiltenkt den preoperative prosessen for pasienter som skal inn til elektive operasjoner. Da dette ble presentert som et forslag til informantene, var de alle positive til dette og mente at dette var noe som kunne gjøre arbeidshverdagen enklere, ikke bare for sykepleierne, men også for andre helsepersonell som er involvert. Informant 6, sa følgende om nettopp dette: "Alle hadde tatt imot en app med åpne armer om det hadde avlastet arbeidsmengden vår".

Det ble også nevnt fra informantene at de kunne se for seg at dette ville være noe pasientene kom til å være positive til også. For å sitere informant 2: "Personlig om jeg selv var pasient, hadde jeg ikke stilt meg kritisk til å kaste meg på denne appen. Tror de fleste hadde vært villige til å prøve det". Det ble trukket frem at en slik applikasjon kunne være med på å effektivisere arbeidsprosesser. Vi ser også for oss at en slik applikasjon vil være med på å sikre økt grad av pasientsikkerhet. Dette baserer vi på tilbakemeldingen fra informantene, som nevner at ved å bruke en slik applikasjon, hadde sykepleiere enklere fått ført inn pasientinformasjon. Dermed vil sykepleierne lettere få tilgang til pasientinformasjon på forhånd, dersom pasienten selv kunne føre inn informasjon direkte i applikasjonen. Det ble flere ganger poengtert at dette kan forenkle arbeidsprosesser for sykepleierne. Basert på tilbakemeldinger fra informantene, ser vi for oss at å ta i bruk en slik applikasjon vil kunne føre til at pasientinformasjon som blir innhentet før en elektiv operasjon, i større grad blir systematisert, og ikke tilfeldig ut ifra hvilken sykepleier pasienten møter ved innkomst på sykehuset.

Flere av informantene poengterer også at dersom det skal satses, må det være noen dedikerte personer som virkelig driver prosessene fremover. For å sitere informant 4: "Jeg tror det som skal til, er noen som virkelig engasjerer seg".

For å oppsummere, er økonomi et nøkkelord når det gjelder hva som skal til for å digitalisere flere arbeidsoppgaver. Dette med økonomi blir trukket frem av flere av informantene som også tviler på at sykehusene både har råd og er villige til å satse økonomisk. Det til tross for at digitalisering kanskje kan bidra til å redusere ikke bare strykninger, men også unødvendige liggedøgn for pasienter. Både strykninger og unødvendige liggedøgn er økonomiske belastninger for sykehusene og kan koste sykehuset mye penger. Det blir også trukket frem av informantene at endringsviljen er på plass dersom det igangsettes digitalisering av ulike arbeidsprosesser. Det som også blir trukket frem er at informantene mener både helsepersonell og pasienter vil være positive til mer digitalisering.

5.9 Oppsummering av funn

| Tema | Funn |
|-----------------------------|---|
| Dagens preoperative rutiner | <ul style="list-style-type: none">Til tross for at alle informantene jobber på samme sykehusavdeling, |

| | |
|---|--|
| | <p>kommer det frem at det er ulikheter i hvordan de preoperative rutinene utføres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er også forskjeller på hvordan informasjonen gis til pasientene, noen muntlig og andre skriftlig. |
| Fordeler med dagens preoperative rutiner | <ul style="list-style-type: none"> • Bruken av poliklinisk mottak, da det avlastet sengeposten. |
| Ulemper med dagens preoperative rutiner | <ul style="list-style-type: none"> • Mangelfulle innkallingsbrev. Som en konsekvens av dette møter for eksempel ikke alltid pasienter opp forberedt, eller ikke er klar over hva som venter dem. • Utilfredshet hos pasientene grunnet lite eller misvisende info. • Pasientene får mye informasjon muntlig, som ofte glemmes, eller på papir som kan rotes vekk. • Unødvendige liggedøgn grunnet misforståelser av informasjon. • Pasientene vet ikke konsekvensene av å møte opp på operasjonsdag med enten forkjølelsessymptomer, lett feber, ikke møte fastende eller å ha tatt medisiner. • Ved strykninger skjer det en kjedereaksjon ved at det skaper ulemper både for pasienten, tilknyttet helsepersonell, operasjonsvirksomheten og sykehusdriften. • Tiden man har til rådighet på morgenen for å gjennomgå den preoperative sjekklisen oppleves som for knapp. |
| Digitalisering og dens potensielle nytteverdi | <ul style="list-style-type: none"> • Enighet om at det vil være fordelaktig å digitalisere noen arbeidsoppgaver i den preoperative fasen. • Ønske om å digitalisere papirskjemaene med informasjon, slik at pasienten har alt samlet på ett sted. • Forslag om å digitalisere kirurgisk samtale i forkant av operasjon. • Enighet om at en tiltenkt applikasjon som foreslått vil tilføre nytteverdi for alle parter. |
| Forventninger og etikk | <ul style="list-style-type: none"> • Positive til å involvere pasientene i større grad enn dagens praksis, |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>forutsatt at pasienten er samtykkekompetent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tror pasientene selv vil sette pris på å bli involvert mer og dermed vil oppleve mer kontroll. |
| Erfaring med digitalisering | <ul style="list-style-type: none"> • Ikke alle informantene har erfaring med å digitalisere arbeidsprosesser. Blant de informantene som hadde erfaring, var det ulik grad av erfaring. • Eksempler på digitaliseringsprosesser informanter hadde vært med på er blant annet innføring av elektronisk kurve, overføring av e-håndbok til Instagram, digitalt helseopplysningsskjema, digital sjekkliste og digitalisering av kompetansehefte. • En av informantene sier at det oppleves som at det er lite som blir digitalisert. |
| Tillit | <ul style="list-style-type: none"> • Alle informantene har tillit til at teknologi som innføres vil fungere som tiltenkt, forutsatt at det er brukervennlig og gis tilstrekkelig opplæring. • Dersom det møtes motstand ved innføring av ny teknologi, vil det tenkes at det er blant de eldste av de ansatte. • Nesten alle informanter har også tillit til at digital deling av pasientinformasjon vil være sikkert, forutsatt at sikkerheten er ivaretatt og prioriteres. |
| Digitalisering av arbeidsoppgaver | <ul style="list-style-type: none"> • For å digitalisere arbeidsprosesser er det enighet om at det økonomiske må være på plass. • Usikkerhet rundt hvem som tar avgjørelsene og hvordan man går frem for å starte en slik prosess. • Det eksisterer endringsvilje blant de ansatte, spesielt dersom endringene fører til arbeidsavlastning. • Positive til digitalisering som fører til større grad av pasientinvolvering. • Viktigheten av å ha en eller flere personer som virkelig engasjerer seg, for å få gjennomført endringer. |

Tabell 2: Oppsummering av funn fra intervjuene

6 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte teori opp mot de funnene vi gjorde oss i spørreundersøkelsen og intervjuene. Vi skal med andre ord se på hvordan forskning og teori henger sammen med det som oppleves i praksis, basert på våre funn. Hva samsvarer mellom teori og funn? Hva samsvarer ikke? Hva er eventuelle hypoteser og årsaker til dette? Vi kommer underveis til å stille noen spørsmål som vi vil reflektere rundt. Vi belyser også våre egne meninger og reflekterer rundt teori og funn satt opp mot valgt tematikk. Kapitlet vil bli delt opp i tre underkapitler. Dette fordi vi ønsket å følge den samme inndelingen som vi gjorde i teori-kapitlet. Vi vil drøfte mulige årsakssammenhenger og løsninger som omhandler temaene til hvert av underkapitlene. Temaene vi har delt inn underkapitlene i er:

- Elektive operasjoner og strykninger
- Digital pasientinvolvering
- Digitalisering av arbeidsprosesser

6.1 Elektive operasjoner og strykninger

Hva er det som gjør at en elektiv operasjon blir strøket? Hvorfor bør strykninger unngås, og hva kan man eventuelt gjøre for å unngå dette? Vi har tidligere i denne oppgaven definert både hva en elektiv operasjon er, og hva en strykning er. Vi har også lært at Helsedirektoratet har strykninger som en kvalitetsindikator og at det er et uttalt mål at andelen strykninger av elektive operasjoner skal være under 5%. Hvorfor er det derimot så viktig å unngå strykninger?

Et aspekt ved elektive operasjoner som strykes, som vi mener det er viktig å diskutere, er det økonomiske. Det viser seg som tidligere nevnt i en artikkel fra Dagens Medisin at de økonomiske kostnadene kan komme opp i 10 MNOK i året for elektive operasjoner som blir strøket. Dette er et estimat fra 2004, og beløpet har mest sannsynlig endret seg siden den tid. Allikevel kan vi fortsatt slå fast at det ikke er økonomisk lønnsomt å stryke elektive operasjoner. I media kan vi stadig lese om hvordan sykehusene må ta mer ansvar for sin økonomi grunnet de høye utgiftene, og helseforetakene blir bedt om å spare der det spares kan. Det vil derfor være av stor interesse i helseforetakene, å få ned andelen elektive operasjoner som strykes. Et annet aspekt er bruk av ressurser og andelen ressurser som går med til å klargjøre og å utføre en elektiv operasjon. Det kreves ressurser både til den preoperative, peroperative og postoperative delen av en operasjon. Ressursene det er snakk om er blant annet helsepersonell som allerede er hardt presset når det gjelder tid og arbeidsoppgaver. Dette er det samme helsepersonellet vi hører fra bekjente og leser om i nyhetene at gråter når de kommer hjem fra jobb, fordi de er så slitne og overarbeidet. Helsepersonell som føler de ikke strekker til, eller får utøvd profesjonsrettede arbeidsoppgaver. Det kommer tydelig frem under flere av intervjuene hvor mye tid og ressurser som går med til det preoperative. Flere av informantene sier tydelig ifra under intervjuene at de føler flere av arbeidsoppgavene deres kunne vært enten unngått eller blitt utført av f.eks. pasienten selv. Arbeidsoppgavene er ofte et resultat av mangelfull informasjon til pasientene, kombinert med lav grad av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og pasienten. Vi mener det er flere av arbeidsoppgavene helsepersonell utfører, som med fordel kunne blitt utført av andre profesjoner eller av pasienten selv, dersom digitalisering hadde fått

mer fokus og blitt satset mer på innen helsesektoren. Ved å minske andelen strykninger vil dette kunne føre til at helsepersonell f.eks. får mer tid til pasienten.

Et annet viktig argument for å redusere andelen strykninger er fordi det kan påvirke pasienten negativt på flere ulike måter dersom operasjonen må avlyses. Det kan blant annet medføre angst og depresjon hos pasientene, som det skrives om i en masteroppgave skrevet av Torsvik. I flere av våre intervjuer, ble det også tatt opp at pasientene kunne bli frustrerte når de møtte opp på sykehuset til det de trodde var operasjonsdag, for så å få beskjed om at operasjonen er på et senere tidspunkt. Nå var det i denne konteksten snakk om at pasientene hadde misforstått datoen for operasjonen og derfor fått beskjed om å reise hjem for å komme tilbake til riktig dato. Det vil nok uansett være veldig plausibelt å anta at flere pasienter kan og vil reagere med frustrasjon dersom de får beskjed om at deres operasjon må strykes. Samtidig kan en strøket operasjon føre til en kaskadeeffekt der andre operasjoner utsettes. Det er med andre ord mange gode grunner til at strykninger av elektive operasjoner bør reduseres. Strykninger fører til nødvendig økte kostnader for et allerede hardt presset helsevesen som blir bedt om å spare penger. Strykninger kan påføre pasientene psykiske plager og føre til nødvendig frustrasjon og uro. Det er også nødvendig bruk av allerede hardt pressede helseressurser.

Hva kan være årsaker til strykninger og hvordan kan disse årsakene unngås? Vi utførte en spørreundersøkelse hvor resultatene viser at 87% av respondentene hadde erfart at pasientrelaterte årsaker hadde ført til at en operasjon hadde blitt strøket. I en studie utført ved et sykehus i Midt-Norge, ble det konkludert med at andelen pasientrelaterte årsaker var på 17%. Det er en ganske stor diskrepans mellom 87% og 17%, men det er heller ikke vår intensjon å sette disse to prosentandelene opp mot hverandre. Vi vil ikke i denne masteroppgaven prøve å komme frem til en fasit på hvor stor andel pasientrelaterte årsaker utgjør av den totale andelen årsaker til strykninger. Det vi med sikkerhet kan konkludere med, er at det eksisterer flere pasientrelaterte årsaker som kan føre til strykninger. Noen av disse årsakene kan man dessverre ikke unngå, blant annet akutte infeksjoner hos pasientene. Samtidig er det også pasientrelaterte årsaker som kan unngås. En av de pasientrelaterte årsakene som kan unngås, som blir nevnt i masteroppgaven skrevet av Nilssen, er at pasienten ikke møter opp til operasjon av ulike årsaker.

For å unngå nødvendige pasientrelaterte strykninger, mener vi at det er viktig med god kommunikasjon og informasjonsflyt mellom pasient og behandlingssted. Dette blir også nevnt i den samme masteroppgaven, hvor det tas opp at strykninger av elektive operasjoner kan unngås ved å ha bedre samhandling med pasienten i det preoperative forløpet. Det ble nevnt i funnene våre at informasjonen som gis til pasientene, ofte oppleves mangelfull. Det blir også adressert i spørreundersøkelsen, hvor resultatene gjenspeiler noe av det samme som kommer frem under intervjuene. Blant annet svarer over halvparten av respondentene «ja» på spørsmålet om de får mange telefonhenvendelser i forkant av innleggelser. Vår hypotese er at denne andelen kunne vært betraktelig lavere dersom informasjonen som gis til pasientene forbedres. Samtidig mener 93% av de samme respondentene at et digitalt forberedelsesskjema ville redusert antall telefonhenvendelser. Andre pasientrelaterte årsaker til strykninger er f.eks. at pasienten ikke møter fastende til en operasjon. Dette er et eksempel på en pasientrelatert årsaker som vi mener kunne vært unngått dersom informasjonsflyten mellom pasient og behandlingssted hadde vært bedre. Det at en operasjon blir strøket på

grunn av mangelfull informasjon gitt til pasienten, vil derimot også kunne ses på som en systemrelatert årsak til strykninger. Det vi oppdaget etter hvert som vi leste oss opp på temaet, var at det var påfallende mangelfull organisering i den preoperative fasen før operasjonene. Det med mangelfull organisering som en mulig årsak til strykninger, blir nevnt i en studie som undersøkte årsaker til strykninger og som ble utført ved et sykehus i Midt-Norge. Det ble også tatt opp av informantene hvordan de opplevde at viktig informasjon ikke ble gitt til pasienten. Kan dette f.eks. også være en årsak til at strykninger forekommer? Vi mener det. Dersom informasjonen som gis til pasientene er mangelfull eller at pasientene glemmer informasjon, kan det potensielt føre til at pasienten ikke får med seg alle forberedelsene som skal gjøres før operasjonen. Dette er relevant og viktig informasjon som pasientene må få med seg dersom en operasjon skal gjennomføres. Vi ser derfor for oss at dersom pasientene har informasjonen tilgjengelig hele tiden i den preoperative perioden, så kan dette føre til færre strykninger.

Vi mener på bakgrunn av forskningen vi har lest og data fra intervjuene og spørreundersøkelsen, at digitalisering kan bidra til å tette gapet mellom pasient og helsepersonell og dermed kunne optimalisere samhandlingen mellom pasient og behandlingssted. Samtidig ser vi at digitalisering som en konsekvens av å bedre samhandlingen, vil kunne bidra til å minske andelen strykninger. Blant annet ved å digitalisere den informasjonen som gis til pasientene. Ut ifra en masteroppgave, kunne vi lese at andelen strykninger forårsaket av medisinske årsaker, gikk ned fra 26% til 13% etter innføring av en standardisert preoperativ sjekklister. Vi mener derfor at det å digitalisere flere prosesser, involvere pasienten mer og å standardisere flere av prosessene vil ha en positiv innvirkning når det kommer til å redusere strykninger av elektive operasjoner.

6.2 Digital pasientinvolvering

Slik vi nevner innledningsvis, poengteres det i den nasjonale Helse- og sykehusplanen for 2020-2023 at pasienten må involveres i større grad. Hvor går egentlig grensen for hvor mye pasientene kan og bør involveres? Før vi svarer på dette, blir det viktig å påpeke at pasienter først og fremst må være samtykkekompetente for å kunne involveres. Pasienter må også føle seg komfortable med teknologi, slik at ikke de digitale hjelpemidlene blir en barriere og skaper motsatt effekt. Helsedirektoratets kommentar til lovtekst i pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, sier at pasienter som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke i gjennomføringen. Her er det viktig å påpeke at pasientene har rett til, men ikke er pliktige til å medvirke. Samtidig må man spørre seg hvor mye det er etisk riktig å involvere pasientene. Det blir også viktig at informasjonen pasientene får tilgang til, er nøye regulert. Det må derfor på forhånd være overveid av helsepersonell hvilken type informasjon pasientene trenger tilgang til og ikke.

Innledningsvis nevnte vi også at helsesektoren ligger flere tiår bak andre sektorer når det kommer til digitalisering, og da også brukervedvirkning. For å ta banktjenester som et eksempel, så er dette såpass inkorporert i dagens samfunn at vi ser på det som helt unødvendig å fysisk skulle dra til banken for å opprette kontoer eller overføre penger for oss. Vi synes derfor det er på høy tid at vi begynner å ta i bruk pasientene som en mer synlig ressurs i helsetjenesten. Vi er også ganske sikre på at pasientene selv ønsker å ha en større rolle gjennom sitt pasientforløp. Ut ifra forskning vi har lest på feltet, bekrefter

det hypotesen vår. Teorien vår bekrefter også dette. Blant annet kom det frem i en nederlandsk studie at pasienter som selv fikk delta i å ta beslutninger, opplevde mestring og kontroll over å ha mer innsyn og innflytelse over egen situasjon (25). Informantene våre mener også at pasientene vil komme til å sette pris på å bli mer involvert, og på den måten kunne oppleve mer kontroll over egen situasjon.

Våre funn viser at de eksisterende innkallingsbrevene pasientene får digitalt på Helsenorge oppleves som mangelfulle. Det er gitt tilbakemeldinger fra pasienter om at innkallingen er misvisende. Dette skaper frustrasjon hos pasientene. Det kan blant annet være fordi de har møtt opp på sykehuset og trodd at de skulle opereres samme dag. De har kanskje pakket og forberedt seg på overnatting på sykehuset, før så å bli fortalt at dette ikke er tilfellet, da det kun er en poliklinisk time. Pasientene får også mye informasjon på prepol, enten er den på papir, som lett kan rotes vekk, eller så gis informasjonen muntlig. Muntlig informasjon glemmes ofte, og er som spørreundersøkelsen tilsier, ofte tilfeldig ut fra hvilken sykepleier som gir informasjonen. Hvordan får pasientene medvirket i sin egen behandling dersom informasjonen som gis er mangelfull og lett å misforstå? Vi mener derfor det er prekært at informasjon som gis til pasientene er standardisert. Ved å dele denne type informasjon med pasientene via en applikasjon slik vi skisserer, vil pasientene enkelt ha tilgang til og mulighet for å oppdrive informasjonen når pasienten selv måtte ønske.

Manglende eller misvisende kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell kan gi økt risiko for pasientskade. Samtidig er dette noe som kan og bør forebygges. Dette understreker derfor viktigheten av god informasjonsflyt mellom helsepersonell og pasient. Dette understøttes i en vitenskapelig artikkel vi henviser til, som ser på bruken av smarttelefoner og hvordan applikasjoner potensielt kan bedre kommunikasjonsflyten mellom pasient og helsepersonell. Samhandling mellom pasient og helsepersonell er av aller høyeste viktighet mener vi, samtidig som informasjonsflyten skal være god. Dette vil alt i alt bidra til å styrke pasientsikkerheten. Digitalisering vil ikke bare forbedre informasjonsflyten mellom pasient og helsepersonell. Digitalisering kan også bidra til at pasienten føler seg tryggere. Dette viste blant annet studien fra 2021, hvor de kirurgiske pasientene, ved å ta i bruk en digital sjekklister før operasjon, opplevde å føle seg tryggere og mer ivaretatt (28). Pasientene i den samme studien mente en slik preoperativ sjekklister ga viktig tilleggsm informasjon og støtte til pasientene i deres pasientforløp. I tiden før en operasjon, er pasientene gjerne sårbare og har mange tanker i hodet. Muntlig informasjon fra helsepersonell kan derfor oppleves vanskelig å motta, fordi det lett blir glemt. Det kan også skyldes at helsepersonell glemmer å gi all informasjon. Vi mener at en applikasjon ville sørget for å sikre all nødvendig informasjon, samtidig som det kunne forbedret samhandlingen mellom pasient og helsepersonell. Dermed hadde det også styrket forebyggingen av pasientskader, som bare en av flere gevinster. En av målsettingene i WHO`s globale pasientsikkerhets plan for 2021-2023 er nettopp å redusere andelen feil innen helsesektoren. Her blir det også tydelig at pasienten selv må involveres i dette arbeidet for at vi skal nå dette målet.

Det vi kan slå fast med en gang, er at det er konsensus om at det må satses på mer digitalisering. Resultatene fra både spørreundersøkelsen og intervjuene viser at det er ønskelig med mer digitalisering, såfremt visse forutsetninger ligger til grunn. Digitalisering er også en del av flere ulike målplaner, blant annet Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Med andre ord er det et overordnet mål fra regjeringen å satse

mer på digitalisering i tillegg til å involvere pasientene i større grad. Det er ikke nødvendigvis rekruttering av helsepersonell som er svaret på den økende krisen i helsesektoren. Deler av svaret på krisen kan være å digitalisere flere arbeidsprosesser enn det som har blitt gjort til nå. En annen løsning er å involvere pasientene mer. Det er som sagt ønsket av både helsepersonell og pasienter at det satses mer på digitalisering. Det er dermed tydelig at viljen til å ta i bruk ny teknologi absolutt er til stede. Det er ikke bare ønsket, men blir også sett på som en nødvendighet og en naturlig prosess, med tanke på hvordan den teknologiske utviklingen ellers har skutt fart innenfor andre næringssektorer.

Samtidig er vi også inne i en tid der pasientene stadig ønsker å bli mer aktive deltakere i sin behandling. De ønsker å involveres, de ønsker mer informasjon, og de ønsker økt medvirkning. Det å involvere pasientene og la de få ta en større rolle kan være fordelaktig og bidra til å minimere presset på helsepersonell. Det viser seg nemlig at både helsepersonell og pasienter er positive til dette og ser på det som en gevinst. Pasientene får ta en mer aktiv rolle i sin behandling og det kan bidra til å frigi ressurser blant helsepersonell, som det allerede er mangelvare på. At det blir frigitt ressurser på denne måten, kan bidra til at helsepersonell får mer tid til å rendyrke sine profesjonsoppgaver og dermed også får mer tid til pasientene. Dersom pasientene kan og vil delta mer aktivt, er det som nevnt i starten av kapitlet, viktig at de både er samtykkekompetente og evner å håndtere teknologien som brukes.

Det ble under et av intervjuene etterspurt det etiske ved å involvere pasientene. Spørsmålet om hvor mye informasjon som bør gjøres tilgjengelig for pasientene ble stilt. Akkurat dette spørsmålet synes vi er veldig viktig å diskutere. Vår mening er at det eksisterer en etisk grense på hvilken og hvor mye informasjon pasientene bør ha tilgang til. Derfor er det nærliggende å tenke at det samme også gjelder med tanke på hva som kan kreves av pasienten, når det kommer til å utføre visse oppgaver. Hvor denne grensen går derimot, er en helt annen debatt. Vi mener det er viktig at denne debatten tas og at helsepersonell og pasienter deltar like aktivt og blir hørt. Ansvaret for hvor den etiske grensen skal gå, kan ikke ligge hos utviklerne, men heller hos de som skal bruke løsningen. Det eksisterer allerede ulike løsninger der pasienter får mer og mer innsyn. Et eksempel er en løsning som Fürst tilbyr til sine kunder. Det at pasienter her får tilgang til sine blodprøvesvar, ble av den ene informantene nevnt som et eksempel på informasjon som pasienten ikke burde ha tilgang til. Den teknologiske utviklingen fører mye bra med seg, men tilgang til for mye informasjon trenger ikke nødvendigvis alltid å være en fordel. Informanten som tok opp dette, snakket i den sammenheng om at det kunne være enkelt for pasientene å trekke egne konklusjoner basert på prøvesvar som forelå og kanskje også risikere å selvdagnostisere. Noe som igjen kan medføre ekstra stress for pasienten. Det er jo heller ikke noe nytt at man i forkant av legetimer, bruker f.eks. Google til å søke opp referanseverdier på prøvesvar eller symptomer. Vi ser for oss at ikke sjelden vil f.eks. ordet 'kreft' dukke opp i søkeresultatene. For mange er det dermed enkelt å tenke dithen at man kanskje har nettopp kreft. Pasienten møter dermed selvdagnostisert og bekymret opp hos legen, kun for å få bekreftet om den tiltenkte diagnosen stemmer eller ikke. Dette er nok et eksempel som understreker at for mye tilgjengelig informasjon ikke nødvendigvis er det beste for pasienten. Dette er et synspunkt vi absolutt deler og selv er bekymret for etter hva vi selv har erfart som helsepersonell i spesialisthelsetjenesten.

Pasienter som ofte har ventet lenge på operasjon, kan ha høyere terskel for å si ifra dersom man i dagene før operasjon, opplever litt sår hals eller rennende nese. Dette ble adressert som et problem i et av intervjuene våre. Årsaken til den høye terskelen for å si ifra, handler nok om at pasientene ikke vet konsekvensene av å møte opp til operasjon med symptomer. Pasientene er naturlig nok redd for at dersom operasjonen må utsettes, vil man måtte påregne enda lenger ventetid for å få ny operasjon. Ved å tydelig informere pasienter om konsekvenser av å gjennomgå kirurgi på feil premisser, kunne det spart sykehuset for mange strykninger. Pasientene kunne f.eks. ved hjelp av en digital applikasjon, leste den standardiserte og samlede informasjonen der. På denne måten hadde pasientene blitt oppfordret til å kontakte behandlingsstedet på et tidligere tidspunkt, slik at man fikk stokket om operasjonskalenderen og re-planlagt i tide. Vi mener veien å gå for å få til dette vil være ved å ta i bruk teknologi, som f.eks. en mobilapplikasjon. Applikasjonen kan fungere som et bindeledd og et digitalt samhandlingsverktøy mellom pasient og behandlingssted. I tillegg vil en applikasjon også kunne fungere som et oppslagsverk og en digital sjekkliste som pasienten kan benytte seg av. På denne måten kan pasienten involveres mer i den preoperative fasen, og dermed oppleve mer kontroll over situasjonen. Blant annet hva som må gjøres av forberedelser før pasienten skal inn til operasjon. Dette vil kunne føre til bedre informasjonsflyt for pasientene, ettersom alt er lagret på ett sted, samt at det er lagret digitalt på en sikker plattform, som gjør at pasientinformasjonen ikke havner på avveie. Økt autonomi for pasienter som stadig ønsker å delta mer aktivt i sin behandling, er også et meget viktig argument. Dette kan også føre til at jobbhverdagen til helsepersonell effektiviseres og dermed frigjør tid i en allerede presset arbeidshverdag. En tredje fordel ved å innføre en slik applikasjon, vil være at det fører til bedre drift av sykehusvirksomheten, ved at operasjonsprogrammene i større grad kan kjøres gjennom som planlagt. For oss er det dermed svært innlysende at digitalisering må til, samt at vi involverer pasientene i større grad enn hva som gjøres i dag.

6.3 Digitalisering av arbeidsprosesser

Mangelen på helsepersonell er reell og det etterlyses stadig mer arbeidskraft og flere hender. Fagorganisasjoner og SSB legger frem tall som viser at det er et ettertrykkelig behov for å utdanne og ansette flere helsepersonell. Ikke bare viser statistikken at det er et behov, men det fremmes også stadig vekk et behov om mer ressurser fra helsepersonell selv. Regjeringen anerkjenner også det trykkende behovet for flere helsepersonell i helsesektoren og nevnte blant annet dette i Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023. Er det én ting som er sikkert, så er det at helsesektoren må styrkes og bli mer robust for å klare å takle et stadig større press. Press med tanke på økonomi og besparelser, men også press grunnet den stadig aldrende befolkningen som har behov for helsetjenester. Den fryktede eldrebølgen som det har vært snakk om i så mange år, er på mange måter allerede her. Som vi har vært inne på tidligere, er ikke løsningen å nødvendigvis jobbe hardere, men smartere. Det er flere vitenskapelige artikler som peker på behovet for mer digitalisering og hvordan digitalisering kan bidra til å styrke helsesektoren. Helsepersonell selv har også i våre funn uttrykt et sterkt ønske om å digitalisere flere arbeidsprosesser. Etter vår mening vil digitalisering og pasientinvolvering være løsningen på mye av utfordringene helsevesenet står overfor, men ikke alt. Vi så et eksempel på dette på UNN, hvor de innførte en applikasjon som erstattet Post-it lapper og papirskjemaer. Dette skapte positive effekter på

arbeidshverdagen til helsepersonell. Ikke bare i form av bedre kommunikasjon, men også andelen feil ble redusert ved registrering av pasientdata. Det vi er helt sikre på, som også fremkommer både i teorien og i funnene våre, er at man må tenke nytt når det gjelder arbeidsmetoder. Digitalisering vil kunne hjelpe med dette, samt at det har potensiale til å friggi tid, slik at helsepersonell kan fokusere på mer profesjonsrettede oppgaver, samt kvalitetssikring og fagutvikling. Med andre ord så kan digitalisering, hvis det gjøres riktig, bidra til å skape en bedre og mer kvalitetssikret helsetjeneste.

Helsepersonell ser at det er behov for nytenkning og de ser også hvordan teknologien kan utgjøre en forskjell. Dette kommer tydelig frem i evalueringer der det ble evaluert hvordan innføringen av ny teknologi påvirket helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og måten de jobbet på (32). Hvis vi ser på tallene fra spørreundersøkelsen vår, så svarte ca. halvparten (52%) at de syntes dagens arbeidsflyt utførtes tilfeldig ut ifra hvilken sykepleier som tok imot pasienten på prepol. For å fange opp alt pasienten trenger av preoperativ informasjon, bør det derfor standardiseres og gjøres tilgjengelig digitalt. På denne måten sikrer man at pasienten får det med seg, selv om sykepleieren på prepol skulle glemme å informere om noe. Menneskelige feil og mangler vil alltså kunne forekomme, og dermed bør vi jobbe oss rundt denne problematikken så godt som mulig - her ved hjelp av digitalisering og standardisering. Det er flere viktige argumenter for digitalisering av arbeidsoppgaver. Blant annet viser teorien vår at det kan gi økt pasientsikkerhet, noe som man alltid bør tilstrebe innenfor helsesektoren. I et av intervjuene våre, ble det nevnt at E-håndboken som sykepleiere innhenter prosedyrebeskrivelser fra, ofte nedprioriteres fordi det oppleves som for tungvint å trykke seg inn på sykehusets intranett. Sykepleierne velger altså heller å bruke den forenklete versjonen på Instagram. Vi kan ut ifra dette tolke at det er lettere å anvende informasjon via en applikasjon, enn å lete frem informasjon fra andre steder.

Litteraturen vår påpeker som allerede nevnt, at teknologi kan føre til nye arbeidsprosesser. For at de nye arbeidsprosessene skal fungere som tiltenkt og best mulig, viser også egen erfaring oss viktigheten av å evaluere prosessen underveis. Det er nemlig ikke gitt at de nye arbeidsmetodene fungerer som tiltenkt, eller at alle aspekter er like gjennomtenkt. Under intervjuene våre, kommer det frem at dersom man skal kunne lykkes med digitalisering av arbeidsprosesser, må det eksistere endringsvilje blant de ansatte som skal ta de nye i bruk de nye prosessene. Leverandører av teknologi og deres utviklere er prisgitt tilbakemeldinger fra sluttbrukere. Dette for å kunne utvikle brukervennlige produkter som er tilpasset arbeidsflyten. Teknologien burde også oppleves som hensiktsmessig av sluttbrukerne, slik at de ser verdien av å anvende den. Det samme gjelder når teknologien skal implementeres. Sluttbrukere må være involvert i hele prosessen. Flere vitenskapelige artikler viste også til viktigheten av brukermedvirkning når ny teknologi skal utvikles og implementeres. Under intervjuer der samtalen omhandlet hva som skal til for å få til mer digitalisering i helsesektoren ble spesielt viktigheten av god opplæring nevnt.

Økonomi er som nevnt tidligere i denne oppgaven stadig en styrende faktor som ofte nevnes. Både innad i sykehusene og utad, i f.eks. media. Skal flere arbeidsprosesser digitaliseres så vil det koste penger. Det vil koste penger å utvikle nye digitale løsninger, og det vil også koste penger å anskaffe og å implementere ny teknologi. Skal ny teknologi utvikles og innføres så må det altså satses. Dette påpekes også av informantene under intervjuene. Det ble i intervjuene stilt spørsmålstegn ved hvem det

er som faktisk tar disse avgjørelsene? Svaret på det spørsmålet vil vi anta er nokså komplekst og avhenger av flere ulike faktorer. For eksempel, kan en allerede eksisterende løsning tas i bruk eller må en ny løsning utvikles? Hvor omfattende vil det være å utvikle og ta i bruk en ny digital løsning? Våre erfaringer fra spesialisthelsetjenesten er at det kan virke som om det er mangel på rom for kreativ tenkning og nyskaping på arbeidsplassene. Er det rett og slett ikke tid eller mulighet i en travel hverdag? Det som også blir påpekt av en av informantene under intervjuene, er at dersom ny teknologi skal utvikles eller implementeres, må det også være ressurssterke personer involvert som har den nødvendige drivkraften til å sørge for at prosessene rundt disse prosjektene ikke stopper opp. Det samme sier litteraturen. Dette er noe vi anser for å være et viktig poeng og vi ser tydelig behovet fra flere ansatte som engasjerer seg. Ikke bare for å være en pådriver i ulike prosjekter som involverer innføringen av ny teknologi, men også for å bidra til å skape en optimisme rundt prosjekter og de nye teknologiske løsningene som skal implementeres. Endringsvilje er et nøkkelord. Ansatte som ønsker å involvere seg og vil dele sine meninger og synspunkter er viktig dersom prosjekter skal lykkes. Hvordan har det seg at ingen av de spurte informantene våre vet hva som skal til for at endringer innføres? Det ses et tydelig behov for å synliggjøre ned på avdelingsnivå, hvem som vedtar endringer i organisasjonen, og hvordan man fra et sluttbrukers ståsted kan bidra til å endre dagens praksis.

Et interessant funn vi bemerket oss, var at det under intervjuene kom tydelig frem at mer digitalisering ikke bare er ønsket, men at det også er et behov for det. Samtidig viser svarene fra spørreundersøkelsen vår at flere av respondentene er fornøyde med dagens arbeidsrutiner, dog kun 19% av respondentene. For å gjøre det hele enda mer interessant, ønsker også de samme respondentene fra spørreundersøkelsen mer digitalisering i sin arbeidshverdag. De mener også at digitalisering kan bidra til å minimere det som anses å være såkalte 'tidstyver' og vil bidra til at helsepersonell får jobbe med mer profesjonsrettet arbeid. Hvis vi ser på et av de gjentakende problemene som ble identifisert under intervjuene, så er det på slutten av nattevakt/starten av dagvakt svært travelt for sykepleierne på sengeposten. Flere viktige arbeidsoppgaver skal gjøres på relativt kort tid. I løpet av én time skal man rekke å ta imot pasientene, vise de til sengen og gjennomgå den preoperative sjekklisten med dem. Det er heller ikke bare én, men flere pasienter som skal tas imot og klargjøres samtidig. Videre skal informasjon registreres digitalt inn i DIPS og MetaVision før pasienten skal inn til operasjon kl. 08. Det er i dette tidsrommet rett før operasjon, at det ofte fremkommer om det har oppstått misforståelser fra pasientens side. Selv om flere av respondentene mener at dagens arbeidsrutiner fungerer tilstrekkelig, så mener vi det er viktig å huske på følgende: Selv om noe fungerer, trenger ikke det å bety at det ikke kan bli bedre. Arbeidsprosesser og arbeidsflyt kan alltid optimaliseres. Spørsmålet er bare hvor mye ressurser man skal legge i det og hva som er den potensielle nytteverdien opp mot kostnad. I dette tilfellet vil vi se for oss at nytteverdien ved å digitalisere nevnte arbeidsprosesser er for stor til å ikke bruke ressurser på det. Under spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om dagens arbeidsflyt burde forbedres, hvorav 93% av respondentene svarte "Ja". Dette sier sitt. Da vi mot slutten av spørreundersøkelsen spurte om det ville hatt en nytteverdi å innføre et digitalt forberedelseskjema, var 85% av respondentene klare på dette. Så hvorfor ikke la sykepleierne som jobber slik, få være med å bestemme hvordan jobben bør gjøres?

7 Konklusjon

I dette kapitlet vil vi presentere en konklusjon på drøftingen og et svar på vår problemstilling. Vi ønsker også i dette kapitlet å presentere forslag til hva vi mener det må være fokus på og jobbes med videre fremover for å skape et mer robust helsevesen ved hjelp av digitalisering og økt pasientinvolvering.

7.1 Svar på problemstilling

Vi mener svaret på vår problemstilling er at det absolutt må satses mer og er et pressende behov for digital pasientinvolvering i forkant av elektive operasjoner. Dette har også våre informanter bekreftet. Det vil kunne gi gevinster både for pasienter, helsepersonell og for sykehusene.

For pasienten: Pasientene er bedre informert, fordi de har fått standardisert og kvalitetssikret informasjon, som de lett kan lete frem fra sin mobiltelefon. De føler seg dermed trygge og ivaretatt og vil oppleve økt grad av autonomi, mer kontroll og at de har mer innsyn i egen situasjon.

For helsepersonell: Ved at informasjonen som gis til pasientene er standardisert og kvalitetssikret, glipper det ingen informasjon som en menneskelig svikt fra helsepersonell sin side. Arbeidsflyten på sengepost forenkles, ved at pasienten bidrar til å registrere informasjon på egenhånd i en digital applikasjon. Helsepersonellet får dermed bedre tid til å gjøre sine arbeidsoppgaver i tidsrommet de har til rådighet, og slipper å gjøre dobbeltarbeid. Helsepersonell kan dermed lettere disponere tiden sin til mer profesjonsrettede oppgaver.

For sykehusene: Som en følge av at pasientene er bedre informert, vil helsepersonell enklere kunne gjøre jobben sin i det tidsrommet de har til rådighet. Dermed kan feil og misforståelser lettere oppdages, og risikoen for at operasjoner må strykes på grunn av pasientrelaterte årsaker reduseres. Som en direkte konsekvens av dette, vil de økonomiske kostnadene kunne reduseres, i form av at operasjonsprogrammet i større grad gjennomføres som planlagt.

7.2 Evaluering av prosjekt

Vi ønsker avslutningsvis å evaluere anvendt forskningsmetode. Vi har valgt å dele det inn i styrker og svakheter:

Styrker ved forskningsmetode

Vi så på intervjuer som en mer utdypende måte å innhente data på, i form av erfaringer og synspunkter. Ved å benytte oss av intervjuer fikk vi muligheten til å gå mer i dybden og å være mer eksplorerende. Intervjuformen åpnet opp for muligheten for at ny innsikt kanskje ble oppdaget under selve intervjuene ved at informantene delte innsikt og

synspunkter som vi kanskje selv ikke hadde reflektert rundt. Mer enn spørreundersøkelsen ville gjort alene. I denne masteroppgaven ble spørreundersøkelsen dermed benyttet mer som et supplement og hovedfokus var på data fra intervjuene. Intervjuene valgte vi å gjennomføre på fritiden til informantene, da det i en hektisk arbeidshverdag ville kunne gitt oss mindre tid til å få gjennomført intervjuene. Hvis man som informant, vet at man har flere arbeidsoppgaver eller pasienter som venter, vil det kunne bli et stressmoment som mest sannsynlig kan påvirke hvor utfyllende svar som gis.

Svakheter ved forskningsmetode

Det er flere svakheter ved vår studie som kan ha påvirket resultatet. Først og fremst har vi liten erfaring med forskning, men har valgt å se på prosessen som lærerik i form av ny kunnskap og erfaringer. En annen svakhet er at vi kun valgte ut et fåtall kirurgiske avdelinger på OUS og AHUS til å delta i spørreundersøkelsen. Som nevnt i avgrensning, har vi kun inkludert helsepersonell i studien vår, og dermed hatt fokus på deres perspektiver.

Da vi utformet spørreundersøkelsen, valgte vi å unnlate å spørre om alder da vi ikke så på alder som en påvirkende faktor. Sett i retrospekt, burde vi ha inkludert alder i spørreundersøkelsen før vi konkluderte med at alder ikke var en påvirkende faktor. Dette ble spesielt klart for oss under intervjuene. Ettersom det ved flere anledninger ble nevnt at alder var av betydning når det gjaldt i hvilken grad ansatte ville være positive til digitalisering. Dessuten mener vi at ikke bare alder, men også arbeidserfaring, vil være med på å påvirke hvordan en ansatt vil stille seg til digitalisering og dermed også ens synspunkter om digitalisering. Det ville derfor med fordel skapt en mindre skjevhet og en enda bedre forståelse og innsikt i temaet dersom vi hadde hatt en bredere demografisk gruppe med informanter.

Spørsmålene i spørreundersøkelsen ble i utgangspunktet utformet for å være lett forståelige og enkle å besvare. Da vi fikk tilbake skjemaene og begynte å jobbe med dataene, ble vi usikre på om alle hadde forstått alle spørsmålene. Vi oppdaget at noen av respondentene hadde krysset av flere alternativer på et spørsmål. I spørsmål 10, ga dette oss et tvetydig svar på om respondentene faktisk ønsket å fornye dagens arbeidsprosesser eller om de var fornøyde med nåværende situasjon. Dette gjør det vanskelig å vurdere validiteten til svarene og hva som vektlegges mest. Selv om det ene ikke utelukker det andre. Det kan for eksempel tenkes at noen kan være fornøyd selv om det alltid finnes rom for forbedring. I retrospekt ser vi at vi her burde påpekt at det kun var mulig å velge ett svaralternativ.

For å begrense utvalget og også på bakgrunn av tidsrammen vi hadde til rådighet, valgte vi å kun inkludere informanter til intervju fra en og samme sykehusavdeling. Hadde vi inkludert flere avdelinger eller sykehus, ville det kunne kommet frem flere svar, med et bredere spekter av tankeprosesser og vinklinger. Vi kunne valgt å inkludere pasienter som en egen informantgruppe for å få frem ytterligere aspekter. Det ville også muligens styrket våre påstander på hva som omhandler pasientene. Seks informanter er heller ikke nok til å kunne konkludere med om funnene våre er representative. Allikevel ga det oss et innblikk i det vi ønsket å undersøke rundt vår problemstilling.

7.3 Videre arbeid

Det er mye man kunne skrevet om videre dersom denne masteroppgaven hadde vært en doktorgradsavhandling. Vår forskning stopper dessverre her, men vi vil anbefale at det gjøres videre arbeid på følgende områder:

- Det må bli mer synlig for helsepersonell hvem og hvor avgjørelser tas ift. digitalisering/effektivisering av dagens arbeidsoppgaver. Det eksisterer allerede endringsvilje blant ansatte, men hvordan skape endringsprosesser? Hvordan skal disse endringsprosessene igangsettes? Og hvordan kan de ansatte være med å påvirke sin egen arbeidshverdag?
- Vi oppfordrer også helsesektoren til å se på andre sektorer når det kommer til digitalisering. Hvordan har det seg at helsesektoren henger så langt bak?
- Pasienten bør involveres i langt større grad og på flere nivåer enn hva som gjøres i dag. Vi oppfordrer også til å tenke nytt når det kommer til å involvere pasienten. Pasientene er positive til å bidra og kjenner sin egen situasjon godt. Vi er nødt til å ta i bruk alle ressurser vi har til rådighet og vi må bruke de på riktig måte.

Referanser

1. omsorgsdepartementet H-o. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019 [14.12.22]. Available from: https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf.
2. Donaldson SLD, Neelam; Gupta, Nikhil. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care: World Health Organization; 2021 [02.01.23]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/patient-safety-action-plan>.
3. Helsedirektoratet. Evaluering og vurdering av avansert hjemmesykehus for barn Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [updated 24.06.2105.06.22]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-og-vurdering-av-avansert-hjemmesykehus-for-barn/erfaringer-med-avansert-hjemmesykehus/pasientens-helsetjeneste-og-nytteverdi>.
4. Blodkreftforeningen. Store fordeler ved avansert hjemmesykehus Oslo: Blodkreftforeningen; 2021 [05.06.22]. Available from: <https://www.blodkreftforeningen.no/2021/07/store-fordeler-ved-avansert-hjemmesykehus/>.
5. Tømmerbakke SG. Nå kan fastleger teste ut triagering av pasientene: Dagens Medisin; 2021 [08.06.22]. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/04/13/soker-fastleger-til-pilotprosjekt/>.
6. TietoEVRY. Om ti år vil over 30 prosent flere av oss ha fått kreft - Det er ikke helsevesenet vårt rigget for av to hovedgrunner: TietoEVRY; 2020 [08.06.22]. Available from: <https://www.tietoevry.com/no/nyhetsrom/alle-nyheter-og-meldinger/pressemeldinger/2020/08/om-ti-ar-vil-over-30-prosent-flere-av-oss-ha-fatt-kreft.-det-er-ikke-helsevesenet-vart-rigget-for--av-to-hovedgrunner/>.
7. Helsenett N. Helsenorge: Norsk Helsenett; 2011 [02.01.23]. Available from: <https://www.helsenorge.no/pasientjournal/>.
8. DIPS. DIPS: DIPS; [02.01.23]. Available from: <http://www.dips.com/sykehus/losninger/dips-journalsystem>.
9. Universitetssykehus O. Dokumentasjon i DIPS behandlingsplan og e-kurve MetaVision: Oslo Universitetssykehus; 2021 [02.01.23]. 3:[Available from: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/105626>.
10. Eide THS, Hilde Margrete. MetaVision, elektronisk kurve: Et verktøy i forbedring av pasientsikkerhet? : Farmatid.no; 2021 [updated 22.02.201002.01.23]. Available from: <https://www.farmatid.no/vitenskap-og-fag/faglige-artikler/article-1871>.
11. Universitetssykehus O. Konsepter for funksjonsområder i nye sykehusbygg Oslo: Oslo Universitetssykehus; 2021 [updated 202104.01.23]. 01:[Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Utbygging-p%C3%A5-Radiumhospitalet/Documents/2021%2002%2010%20Konsepter%20for%20funksjonsromr%C3%A5der%20i%20nye%20sykehusbygg.pdf>.
12. Bergen H. Prepol: Helse Bergen; 2022 [updated 25.10.22; cited 2023 04.01.23]. 0.6:[Metodebok]. Available from: <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=69giKtWN>.
13. Schlichting E. preoperativ: Store medisinske leksikon; 2020 [updated 14.04.2004.01.23]. Available from: <https://sml.snl.no/preoperativ>.
14. Kåss EH, Erlend. elektiv: Store medisinske leksikon; 2021 [04.01.23]. Available from: <https://sml.snl.no/elektiv>.
15. Schlichting E. operasjon - kirurgi: Store medisinske leksikon; 2019 [cited 2023 04.01.23]. Available from: https://sml.snl.no/operasjon_-_kirurgi.
16. Helsedirektoratet. Strykninger av planlagte operasjoner: Helsedirektoratet 2008 [04.01.2023]. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/utsettelse-av-planlagte-operasjoner/N-006%20Strykninger.pdf/_/attachment/inline/cd5eb23b-e1a6-48ce-b817-cdec5377fd64:0ffd1b93ead0219ccc14569fa1245240efb535c7/N-006%20Strykninger.pdf.

17. Universitetssykehus O. Operasjonsplan_Ombestilling og strykning av operasjon_P: Oslo Universitetssykehus; 2015 [updated 02.02.202104.01.23]. 1.2:[Available from: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/78898>].
18. Hansen J, K,K; Slinning, M, G; Winge, K, S; Berger, S,G. Redusere andel strykninger av elektive operasjoner ved nevrokirurgisk avdeling (NKI), Oslo Universitetssykehus Oslo: Universitet i Oslo; 2021 [11.12.22]. Available from: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/85721>.
19. Nilssen IC, Toussaint PJ. DIPS Operasjonsplan og strykprosent i Oslo universitetssykehus - En evalueringsstudie. NTNU; 2018.
20. Torsvik E. Strykninger fra operasjonsprogrammet. En klinisk audit for å kartlegge andel og årsaker, og identifisere kunnskapsbaserte tiltak.: Høgskolen i Bergen; 2011 [11.12.22]. Available from: <http://hdl.handle.net/11250/2481990>.
21. Værdal HB, G,H; Haugdahl H,S. Årsaker til forsinkelser ved elektive operasjoner: Nordisk Tidsskrift for Helseforskning; 2021 [04.12.22]. Available from: <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2979401/Vaerdal.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
22. Russ S, Latif Z, Hazell AL, Ogunmuyiwa H, Tapper J, Wachuku-King S, et al. A Smartphone App Designed to Empower Patients to Contribute Toward Safer Surgical Care: Community-Based Evaluation Using a Participatory Approach. JMIR Mhealth Uhealth. 2020;8(1):e12859.
23. Helsedirektoratet. Pasientens eller brukerens rett til medvirkning Oslo: Helsedirektoratet; 2015 [updated 08.08.22. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon/pasientens-eller-brukerens-rett-til-medvirkning#referere>].
24. De La Cruz Monroy MFI, Mosahebi A. The Use of Smartphone Applications (Apps) for Enhancing Communication With Surgical Patients: A Systematic Review of the Literature. Surgical Innovation. 2019;26(2):244-59.
25. van Riel P, Zuidema RM, Vogel C, Rongen-van Dartel SAA. Patient Self-Management and Tracking: A European Experience. Rheum Dis Clin North Am. 2019;45(2):187-95.
26. Stolk-Vos AC, van der Steen JJ, Drossaert CH, Braakman-Jansen A, Zijlmans BL, Kranenburg LW, et al. A Digital Patient-Led Hospital Checklist for Enhancing Safety in Cataract Surgery: Qualitative Study. JMIR Perioper Med. 2018;1(2):e3.
27. Harris K. Development and validation of surgical Patients' own Safety Checklist – PASC : A new tool to involve patients in safety: The University of Bergen; 2022 [updated 24.09.2215.12.22]. Available from: <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/3021183?show=full>.
28. Ravnøy M. Elektive kirurgiske pasienters erfaringer vedrørende bruk av pasientenes kirurgiske sikkerhetssjekkliste (PASC): Høgskulen på Vestlandet; 2021 [15.12.22]. Available from: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2771994>.
29. Harris K, Søfteland E, Moi AL, Harthug S, Storesund A, Jesuthasan S, et al. Patients' and healthcare workers' recommendations for a surgical patient safety checklist – a qualitative study. BMC Health Services Research. 2020;20(1):43.
30. Lyles CR, Nelson EC, Frampton S, Dykes PC, Cembali AG, Sarkar U. Using Electronic Health Record Portals to Improve Patient Engagement: Research Priorities and Best Practices. Ann Intern Med. 2020;172(11 Suppl):S123-s9.
31. Heidemann MU. Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten. En kvalitativ studie av endringer i arbeidspraksis som følge av velferdsteknologi Oslo: Universitetet i Oslo; 2018 [12.12.22]. Available from: <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-66905>.
32. Leonardsen A-CLB, Anne Marie Gran; Valeberg, Berit Taraldsen. Metavision kan påvirke måten anestesipersonell jobber på. Det digitale kurvesystemet Metavision kan innvirke på arbeidsflyt og arbeidsfordeling mellom sykepleiere og leger: Sykepleien; 2022 [updated 202210.12.22]. Available from: <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-90361.pdf>.

33. Brækhus LA. Har byttet ut «post-it»-lapper med app: – Ga umiddelbar effekt for brukeren: Dagens Medisin; 2022 [10.12.22]. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/11/28/har-byttet-ut-post-it-lapper-med-app--en-liten-teknologisk-revolusjon-pa-sykehuset/>.
34. Østbye TS. Digitalisering som varmer. Praktisk økonomi & finans. 2020;36(1):39-46.
35. moderniseringsdepartement Dkk-o. Meld. St. 27 (2015–2016) Melding til Stortinget; Digital agenda for Norge. IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet: Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartement; 2016 [17.12.22]. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/fe3e34b866034b82b9c623c5cec39823/no/pdf/s/stm201520160027000dddpdfs.pdf>.
36. Lie SS. Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient: Sykepleien; 2019 [updated 201914.12.22]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Silje-Lie/publication/336515064_Digitalisering_i_helsevesenet_skaper_nye_roller_for_sykepleier_og_pasient/links/60251d9192851c4ed563ae76/Digitalisering-i-helsevesenet-skaper-nye-roller-for-sykepleier-og-pasient.pdf.
37. Grønmo S. Kvalitativ metode: Store norske leksikon; 2009 [updated 03.11.2005.06.22]. 25:[Available from: https://snl.no/kvalitativ_metode.
38. Helsebiblioteket. Kvalitativ metode: Helsebiblioteket; 2016 [updated 31.08.2205.07.22]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-44-kvalitativ-metode>.
39. Tjora AH, Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 4. utgave. ed. Oslo: Gyldendal; 2021.
40. helsefag Dnrfmo. Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag; 2009 [05.06.22]. Available from: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>.
41. Oslo Ui. Forskningsopplegg og metoder Oslo: Universitetet i Oslo; [17.01.23]. Available from: <https://www.uio.no/studier/emner/jus/afin/FINF4002/v14/metode1.pdf>.
42. Lerdal A. Metodekapitlet: Sykepleien; 2009 [05.06.22]. Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2009/10/metodekapitlet>.
43. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 5. utg. ed. Oslo: Abstrakt; 2016.
44. forskningsdata Nsf. Vanlige spørsmål: Norsk senter for forskningsdata; [05.06.22]. Available from: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/vanlige-sporsmal>.
45. Børsting J. METODER FOR DATAINNSAMLING: SPØRREUNDERSØKELSER, INTERVJU & FOKUSGRUPPER: Universitetet i Oslo; [05.06.22]. Available from: https://www.uio.no/studier/emner/matnat/ifi/INF2260/h17/timeplan/chapter_5_8-norsk.pdf.
46. Jacobsen DI, Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 4. utgave. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2022.
47. RHF HS-Ø. Krevende budsjett for sykehusene: Helse Sør-Øst RHF; 2022 [updated 18.11.2216.11.23]. Available from: <https://helse-sorost.no/nyheter/krevende-budsjett-for-sykehusene>.

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD vurdering

| | |
|---|-----------------|
| meldeskjema for behandling av personopplysninger | about:blank |
| NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA | |
| Vurdering | |
| Referansenummer | |
| 497994 | |
| Prosjekttittel | |
| Kan digital pasientinvolvering preoperativt bidra til å redusere strykninger av elektive operasjoner? | |
| 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: 73550739/40646586 | |
| Type prosjekt | |
| Studentprosjekt, masterstudium | |
| Kontaktinformasjon, student | |
| Stine Elisabeth Haugland, stineed9@gmail.com, tlf: 99024403 | |
| Prosjektperiode | |
| 09.02.2022 - 09.02.2023 | |
| Vurdering (1) | |
| <hr/> | |
| 06.04.2022 - Vurdert | |
| OM VURDERINGEN | |
| Personvern tjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. | |
| Personvern tjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg. | |
| TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET | |
| Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 09.02.2023. | |
| av ? | 12.04.2022 16:2 |

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.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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 viderebehandles 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

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

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).

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

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller 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 eventuelt 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 oss 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/fulle-utmeldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Simon Gogl
Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Infoskriv Spørreundersøkelse

Invitasjon til deltakelse i spørreundersøkelse:

Kan digital pasientinvolvering preoperativt bidra til å redusere strykninger av elektive operasjoner?

Kort informasjon om prosjektet og formålet med prosjektet

Vi er to masterstudenter som ønsker å invitere deg til å bidra i vårt prosjekt. «Kan digital pasientinvolvering preoperativt bidra til å redusere strykninger av elektive operasjoner?» er et masterprosjekt med tidsramme: Februar 2022 – februar 2023. Det gjennomføres av Marita Ødegård og Stine Haugland, sisteårsstudenter på Helseinformatikk ved NTNU. Prosjektleder er Pieter Toussaint, Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap, NTNU. Det er NTNU som er ansvarlig institusjon for prosjektet. Formålet med prosjektet er å kartlegge om digital pasientinvolvering vil kunne forbedre dagens arbeidsflyt og i beste fall redusere unødvendige strykning av elektive operasjoner på sykehusene.

Datainnsamling

Vi kommer til å bruke innhentet data for å kartlegge hva sykepleiere på ulike avdelinger mener fungerer bra eller dårlig og hva som eventuelt kunne ført til en forbedring. For å få best datagrunnlag, benyttes både spørreundersøkelse og dybdeintervjuer. Vi innhenter ingen form for sensitive opplysninger. De eneste opplysningene vi vil innhente er opplysninger som omhandler sykepleieres arbeidshverdag og tidligere, nåværende og en potensiell fremtidig arbeidsmetode.

Hva skjer med innhentet informasjon?

Du vil forbli anonym i denne spørreundersøkelsen. Innsamlede spørreskjemaer kommer til å bli oppbevart konfidensielt og forsvarlig på et sikkert sted. Det er kun Marita Ødegård og Stine Haugland som vil ha tilgang til spørreundersøkelsene. Etter uthenting av data, vil spørreskjemaene makuleres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Du kan derfor avstå uten å oppgi noen grunn for dette. Ønsker du å trekke deg etter du har besvart og levert spørreskjemaet, kan det være utfordrende å finne akkurat ditt spørreskjema. Det er dog mulighet for å lokalisere spørreskjemaet ut fra fritekst-feltet, dersom dette er besvart. Da fjernes selvfølgelig besvarelsen din.

Som deltaker har du også rett til å be om innsyn i oppgaven og be om sletting eller rettelser av opplysninger. Du har også klagerett til Datatilsynet.

Kontakt

Har du spørsmål eller ønsker ytterligere informasjon om prosjektet, kontakt masterstudent Marita Ødegård, på maritaod@stud.ntnu.no eller tlf: 954 52 133.

Prosjektansvarlig: Pieter Toussaint. Tlf: 406 46 586. Mail: pieter@ntnu.no

Personvernombud for NTNU: Thomas Helgesen. Tlf: 930 79 038. Mail: personvernombud@ntnu.no

Prosjekt er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og har referansenummer 497994.

Vedlegg 3: Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelse for sykepleiere på kirurgisk avdeling

Formålet med denne spørreundersøkelsen er å se på dagens arbeidsflyt og kartlegge om og eventuelt hvordan nåværende rutiner kan forbedres.

Tidsramme: fra pasienten er tatt imot på poliklinikk/mottak i forkant av elektiv operasjon -> frem til pasienten møter på sengepost på operasjonsdagen.

Vi ønsker å se på om økt digital involvering fra pasienten (eks. mobil-app) preoperativt, kan være med på å standardisere og kvalitetssikre informasjon og dermed forhåpentligvis redusere «unødvendige» strykninger og utsettelse grunnet forhold som kunne vært unngått. *Eksempel: Uteblitt informasjon, feilinformasjon, misforståelser, glemskhet, pasient er ikke fastende, pasient har tatt medisiner som ikke skulle tas, ikke dusjet med hibiscrub, mm.*

1. Har du opplevd at pasienter må utsettes/strykes fra operasjon grunnet årsaker som nevnt i kursiv over?
 Ja
 Nei
2. Hvis Ja, Hvor ofte vil du estimere at utsettelse/strykninger skjer grunnet disse årsakene?
 Ukentlig
 Månedlig
 Kvartalsvis
 Årlig
 Sjeldnere
 Annet: _____
3. Opplever du at dagens arbeidsflyt utføres tilfeldig ut ifra hver enkelt sykepleier som tar imot pasienten på poliklinikk/mottak?
 Ja
 Nei
4. Kunne dagens arbeidsflyt på mottak (både på post og poliklinikk) blitt forbedret i større grad? (Eks. papirer pasienten får med seg hjem kan lett bli borte)
 Ja
 Nei
5. Opplever dere mange telefonhenvendelser på post i forkant av innleggelse pga. misforstått/uteblitt informasjon på mottak/poliklinikk?
 Ja
 Nei
6. Tror du et digitalt forberedelsesskjema med informasjon og instruksjoner ville hindret noe av disse telefonhenvendelsene? (Eks. instruksjonsvideo om hvordan dusj med Hibiscrub skal utføres)
 Ja

- Nei
7. Kunne et digitalt innsjekkingssystem (1-2 timer i forkant av oppmøtetidspunkt bekrefter pasienten «tidlig innsjekk») føre til at sykepleiere på post tidligere kunne iverksatt tiltak som å ringe/vekke pasienten?
- Ja
 Nei
8. Kunne en digital huskeliste for forberedelser (Hibiscrub, rent sengetøy, TED-strømper, tannpuss, oversikt over medisiner man skal/ikke skal ta) hatt noe for seg?
- Ja
 Nei
9. Tror du digitale påminnere i appen om at pas. skal faste fra midnatt være effektivt? Slik at pas. får påminnere om å f.eks. ikke spise/drikker/snuse/røyke samme dag.
- Ja
 Nei
10. Hva tenker du om at det benyttes papirskjemaer med preoperativ informasjon til pasienter som skal hjem i mellomtiden før operasjon?
- Fornøyd. Pasienten får den info som behøves og jeg opplever lite eller ingen problemer knyttet til dette.
 Papirskjema er utdatert, vi burde fornye nåværende prosesser.
 Ønsker en middelvei, hvor digitalt anlagte pasienter kan bruke digital applikasjon, mens øvrig pasientgruppe bør beholde papirskjemaene.
11. Hva tenker du om den generelle utviklingen av digitale løsninger i helsevesenet?
- Savner manuelle og papirbaserte prosesser. Forandringer skaper frustrasjon.
 Fornøyd med nå-situasjonen.
 Ønsker mer digitale løsninger.

Har du andre forslag til hvordan man ved å involvere pasienten digitalt i forkant av innleggelse/operasjon kan være med på å hjelpe pasienten til å huske alt (les= så man hindrer strykninger og utsettelse)

Vedlegg 4: Infoskriv Intervju

Invitasjon til deltakelse i dybdeintervju

Kan digital pasientinvolvering preoperativt bidra til å redusere strykninger av elektive operasjoner?

Kort informasjon om prosjektet og formålet med prosjektet

Vi er to masterstudenter som ønsker å invitere deg til å bidra i vårt prosjekt.

«Kan digital pasientinvolvering preoperativt bidra til å redusere strykninger av elektive operasjoner?» er et masterprosjekt med tidsramme: Februar 2022 - februar 2023. Det gjennomføres av Marita Ødegård og Stine Haugland, sisteårsstudenter på Helseinformatikk ved NTNU. Prosjektleder er Pieter Toussaint, Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap, NTNU. Det er NTNU som er ansvarlig institusjon for prosjektet. Formålet med prosjektet er å kartlegge om digital pasientinvolvering vil kunne forbedre dagens arbeidsflyt og i beste fall redusere unødvendige strykning av elektive operasjoner på sykehusene.

Datainnsamling

Vi kommer til å bruke innhentet data for å kartlegge hva sykepleiere på ulike avdelinger mener fungerer bra eller dårlig og hva som eventuelt kunne ført til en forbedring.

For å få best datagrunnlag, benyttes både spørreundersøkelse og dybdeintervjuer.

Vi innhenter ingen form for sensitive opplysninger, kun tema som omhandler tidligere, nåværende og potensielt fremtidige arbeidsmetoder i deres arbeidshverdag. De opplysningene som innhentes, er svar på spørsmål fra intervjuet. Eksempler på spørsmål fra intervjuet er:

- Hvordan er eksisterende preoperative rutiner for pasienter som skal inn til elektive operasjoner?
- Tanker rundt hvordan digitalisering kan bidra til å potensielt bedre rutiner for pasienter som skal inn til elektive operasjoner?

Hva skjer med innhentet informasjon?

Det vil bli gjort lydopptak som senere vil bli transkribert. Etter transkribering vil relevant data bli trukket ut og brukt i masteroppgaven. Det kan i masteroppgaven bli referert til og trukket ut enkelte setninger/sitater som intervjuobjekter har sagt under intervjuet. Dette for å belyse eller styrke eventuelle meninger, teorier etc. Dersom sitater fra informanter blir benyttet i masteroppgaven vil informanter bli referert til som «informant 1, informant 2» etc. og dermed være anonyme. Ved en publisering av masteroppgaven vil det derfor ikke være gjenkjenkelig og sporbart til hvilken informant som har sagt hva.

I intervjuet vil det bli gjort lydopptak, og anonymiteten vil dermed ikke kunne sikres, i den grad at stemmen vil kunne være gjenkjenkelig. Vi kommer derfor til å oppbevare lydopptaket konfidensielt og slette det så fort det er transkribert. Intervjuet vil dermed ikke lenger kunne spores tilbake til vedkommende etter dette. Det er kun Marita Ødegård og Stine Haugland som vil ha tilgang til lydopptaket. Pieter Toussaint vil ikke ha tilgang til lydopptak, men vil ha tilgang til transkribering og videre data som er trukket ut av transkriberingen. Etter prosjektets slutt og masteroppgaven er godkjent, vil all data som er lagret bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta som informant. Du kan derfor avstå uten å oppgi noen grunn for dette. Ønsker du å trekke deg i etterkant av intervjuet, er dette selvfølgelig også helt greit. Som deltaker har du også rett til å be om å få innsyn i oppgaven og be om sletting eller rettelser av opplysninger. Det betyr at dersom du som informant skulle kjenne igjen f.eks. et sitat og ikke ønske at dette er med i prosjektet, eller om du ønsker rettelser fordi du f.eks. føler det som er skrevet ikke samsvarer med hva du egentlig ønsker å få frem. Du har også som deltaker klagerett til Datatilsynet.

Kontakt

Har du spørsmål eller ønsker ytterligere informasjon om prosjektet, kontakt masterstudent Stine Haugland, på stineeha@stud.ntnu.no eller tlf: 990 24 403.

Prosjektansvarlig: Pieter Toussaint. Tlf: 406 46 586. Mail: pieter@ntnu.no

Personvernombud for NTNU: Thomas Helgesen. Tlf: 930 79 038. Mail:

personvernombud@ntnu.no

Prosjekt er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og har referansenummer 497994.

Vedlegg 5: Intervjuguide

Intervjuguide sykepleier som jobber med å forberede pasienter til elektive operasjoner

Innledning:

- Presentere oss selv og bakgrunnen for at vi ønsker å intervju informanten
- Formål med intervjuet (Vi forklarer behovet for økt pasientinvolvering og hvordan vi ser for oss at det kan bidra til å redusere andelen strykninger av elektive operasjoner)
- Informere om og spørre om tillatelse til lydopptak
- Informere om anonymitet og at man kan trekke seg når som helst
- Spørsmål?

Presentasjon av informanten

- Fartstid som sykepleier på kirurgisk avdeling?

Intervju

- Kan du forklare kort hvordan de preoperative rutinene for pasienter som skal inn til elektive operasjoner er?
- Hva fungerer godt med dagens rutiner?
- Hva fungerer dårlig? Kan noe gjøres annerledes?
- Kan du se for deg noen arbeidsoppgaver som hadde blitt enklere om de var digitale?
- Tenker du at en applikasjon hvor pasienten i større grad deltar ved hjelp av en preoperativ sjekkliste med påminnere, ville effektivisert dagens rutiner?
- Hva mener du kan forventes av pasientene mtp grad av involvering, og i hvor stor grad er det etisk riktig å involvere dem?
- Erfaringer med andre digitaliseringer på arbeidsplassen? F.eks. papirprosesser som har blitt digitale o.l.?
- Har du tillit til at teknologi som eventuelt innføres vil fungere som tiltenkt?
- Har du tillit til at digital deling av pasientinformasjon er sikkert?
- Hva mener du skal til for å få digitalisert flere arbeidsoppgaver på nåværende arbeidsplass? (endringsvilje blant ansatte? Påvirkning fra andre helseinstanser?)

Avslutning:

- Takke for tid og deltagelse
- Spørsmål om intervjuet?
- Gjenta fra innledning at man fortsatt kan trekke seg og at lydopptak blir slettet
- Gi kontaktinfo hvis man kommer på noe eller ombestemmer seg

