



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

MASTEROPPGAVE

Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling

Mai 2017

Fra fortellerkultur til koding

En kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer med sykepleiedokumentasjon i DIPS behandlingsplan



Ill: Tegnehanne, brukt med tillatelse

Ingerd Irgens Hynnekleiv

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

*Where is the wisdom we have lost in knowledge?
Where is the knowledge we have lost in information?*

Thomas Stearns Eliot
(Matney, Brewster, Sward, Cloyes & Staggers, 2011)

Veileder: Professor Ellen Karine Grov,
Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, HIOA
Antall ord: 16 837

Navn: Ingerd Irgens Hynnekleiv	Dato: 15.05.2017
<p>Tittel Fra fortellerkultur til koding. En kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer med sykepleiedokumentasjon i DIPS behandlingsplan</p>	
<p>Formål Den overordnede hensikten er å studere sykepleieres erfaringer med en behandlingsplan der klassifikasjonssystemene North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) og Nursing Intervention Classification (NIC) er integrert. De konkrete formål er å (1) studere hvordan sykepleierne opplever det språklige uttrykket i disse systemene, (2) utforske erfarte fordeler og ulemper ved sykepleieklassifikasjonene og (3) identifisere hva som fremmer og hemmer mestring ved bruk av behandlingsplan.</p> <p>Bakgrunn I 2014 ble det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS innført ved Oslo Universitetssykehus (OUS). DIPS medførte behandlingsplan med NANDA og NIC integrert som hoveddokument i pasientens sykepleiedokumentasjon.</p> <p>Metode Studien er deskriptiv og har et kvalitativt og utforskende design. Det er utført en innholdsanalyse av data fremkommet etter dybdeintervju og fokusgruppeintervju med ni sykepleiere. Studien ble gjennomført ved Kreftklinikken, OUS.</p> <p>Resultater Studiedeltagerne opplevde ofte språket i NANDA og NIC som unaturlig. Enkelte klassifikasjonskoder ble oppfattet som uforståelige. Sykepleierne betraktet bedret oversikt, økt planmessighet og mindre behov for fortløpende notater som fordeler. Klassifikasjonene ga lite rom for nyanser, og informantene uttrykte behov for å supplere med muntlig rapport. Oppfølging fra superbrukere og tilgjengelige veiledende behandlingsplaner var mestringsfremmende faktorer. Utilstrekkelig opplæring og tidsmangel opplevde respondentene som hemmende for mestring.</p> <p>Konklusjon Det er hensiktsmessig å inndele sykepleiernes erfaringer av endringene i praktiske og prinsipielle kategorier. Den praktiske kategorien omfatter arbeidsflyten i den kliniske hverdag og opplevelsen av teknostress. Den prinsipielle kategorien omfatter en dreining av dokumentasjonen fra fortellende beskrivelser til en standardiserende og klassifiserende kommunikasjonsplattform. Studien er et bidrag til å forstå hvordan organisatoriske endringer fundamentalt kan forandre sykepleiens dokumentasjonsmåter, samtidig som endringene påvirker den enkelte sykepleiers arbeidshverdag.</p>	
<p>Nøkkelord Sykepleie, sykepleiedokumentasjon, sykepleieklassifikasjon, NANDA, NIC, sykepleieplan, DIPS behandlingsplan, sykepleieres erfaringer, sykepleieres opplevelser, DIPS, teknostress</p>	

ABSTRACT

Name: Ingerd Irgens Hynnekleiv	Date: 15.05.2017
Title From narratives to coding. A qualitative study of nurses' experiences with the nursing care plan in the DIPS electronic health record	
Purpose The aim of the study is to gain knowledge of nurses' experiences, using the classification systems North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) and Nursing Intervention Classification (NIC) in the nursing care plan. The specific purpose is to (1) examine nurses' experience of the linguistic expression in these systems, (2) explore the facilitators and barriers of applying nursing classifications, and (3) identify the promotional and inhibitory factors of coping with the nursing care plan.	
Background The electronic health record system DIPS was introduced at the Oslo University Hospital in 2014 with the care plan as the main nursing document. The DIPS integrated the classification systems NANDA and NIC as parts of the nursing care plan.	
Methodology The study is descriptive, and has a qualitative and exploratory design. Content analysis of the data has been conducted, based on focus group interviews and in-depth interviews of nine nurses on a cancer ward.	
Results The participants perceived the formulations in the classifications as unnatural. Some classifications were considered incomprehensible. The classifications facilitated the overview and the availability as well as reduced the need for nursing notes. The reported barriers were fixed formulations with less space for individual expressions, and the informants experienced a need for supplements of verbal handovers. Promotional factors were the follow-ups by the superusers and easy access to standardized nursing care plans. Inhibitory components seemed to be time shortage and incomplete instructions prior to start.	
Conclusion The nurses' experiences of the care plan can be divided into two categories. The practical category comprises the change of the nurses' clinical workflow and the experience of technostress. The principled category comprises the shift from a narrative tradition to a prospective planning paradigm with a standardized nursing classification. This study can contribute to the understanding of how organizational changes may affect the nursing documentation, which also interferes with the everyday nursing practice.	
Key words Nursing, Computerized Nursing Care Plans, Standardized Nursing Care Plans, Standardized Nursing Language, Standardized Nursing Terminology, NANDA, NIC, Nursing, Experiences, DIPS, Technostress	

FORORD

Jeg har gjennom mange år som sykepleier ved Radiumhospitalet hatt et engasjement for sykepleiedokumentasjon. Etter overgangen til DIPS var det overraskende at det skulle bli så utfordrende å beherske bruken av verktøyet behandlingsplan. Dette satte meg på tanken om å undersøke sykepleiernes opplevelser av DIPS-implementering og bruk av behandlingsplan nærmere i min masteroppgave.

Ved siden av jobb og familie har arbeidet med masteroppgaven vært krevende men lærerikt. Dette hadde jeg ikke mestret uten gode støttespillere underveis.

Aller først en stor takk til deltagerne i studien som ga av sin tid og var villige til å dele erfaringer med meg. Takk til seksjonsleder, enhetsledere og fagsykepleiere ved Kreftklinikken som har bidratt med å skaffe informanter og tilrettelagt for gjennomføring av studien. Veileder Ellen Karine Grov har hatt en utrettelig tro på meg og kommet med konstruktive innspill. Dette har vært motiverende gjennom hele forløpet. Takk til medstudenter på masterstudiet, det har vært spennende å følge hverandres prosjekter, både gjennom masterseminar og ellers. En spesiell takk til medstudent Margrete Juterud som har støttet meg fremover, og i tillegg lest korrektur på oppgaven. Studiet hadde ikke vært like gøy uten deg! Videre er jeg svært takknemlig overfor min nærmeste leder Gunn Sandvik og hennes team, for støtte og arbeidstidsmessig fleksibilitet. Takk også til min nærmeste kollega fagsykepleier Berit Hofset Larsen, som har gått foran i løypen, delt av sin erfaring og inspirert meg, stilt opp som co-moderator i fokusgruppeintervjuene og lest kritisk gjennom oppgaven. Takk også til Susan Juell for engelskspråklig gjennomgang på tampen.

Inspirerende har det vært å få lov å benytte en av Tegnehannes eminente illustrasjoner på forsiden av oppgaven. Tusen takk! Mange takk også til Norsk Sykepleierforbund for beleilig økonomisk støtte i form av Masterstipend på 20 000,-.

Mine foreldre har stilt opp som aktive besteforeldre og som vertskap for studenten under innspurten, stor takknemlighet går over fjellet til Bergen! Sist men ikke minst en stor takk til min kjære livsledsager, Torfinn. Uten deg hadde ikke dette blitt noe av, du har så stor tro på meg! Våre fire barn skal nå få mer oppmerksomhet fra sin mor, takk til dem for deres tålmodighet og hjelp når mor ikke har hatt tid! Jeg føler meg takknemlig for å ha fått muligheten til å gjennomføre denne studien, samtidig som jeg er glad for at arbeidet nå er avsluttet.

Ingerd Irgens Hynnekleiv

Oslo, mai 2017

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	Introduksjon	1
1.1	Tema og bakgrunn	1
1.2	Hensikten med studien	2
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.4	Begrepsavklaring	2
1.5	Oppgavens struktur og avgrensning	5
2.0	Teoretisk bakgrunn	7
2.1	Lovgivning og sentrale teoretiske perspektiver	7
2.1.1	Sykepleiedokumentasjon	7
2.1.2	Skjønn og språk i pleiekulturen	9
2.1.3	Kvalitet i helsetjenesten	10
2.1.4	Endringsteori	11
2.1.5	Benners kompetanseutviklingsmodell	13
2.1.6	Motivasjon	14
2.1.7	Teknostress	15
2.2	Tidligere forskning relatert til tema	15
2.2.1	Litteratursøk	16
2.2.2	Holdninger til teknologi	17
2.2.3	Endringer i arbeidsflyt	18
2.2.4	Bruk av sykepleieterminologi	18
2.2.5	Opplæringsbehov	20
3.0	Metode	23
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring og design	23
3.2	Datainnsamling	23
3.2.1	Utvalg	23
3.2.2	Dybdeintervju	24
3.2.3	Rekruttering – Datatilgang	24
3.2.4	Fokusgrupper	25
3.2.5	Gjennomføring	25
3.3	Analyseprosessen	26
3.3.1	Behandling av datamaterialet	26
3.3.2	Transkripsjon	26
3.3.3	Analyse og fortolkning	27
3.4	Studiens styrker og svakheter	28
3.4.1	Forskerrolle og refleksivitet	28
3.4.2	Validitet og troverdighet	29
3.5	Etiske hensyn og personvern	30
4.0	Resultater	31
4.1	Opplevelser av kodet språk	31
4.2	Bruk av behandlingsplan med sykepleieklassifikasjoner	32
4.2.1	Muntlig rapport	32
4.2.2	Innholdet i skriftlig notat/evaluering	33
4.2.3	Planmessig tilnærming	34
4.2.4	Pasientens behandlingsplan	35
4.3	Utfordringer ved overgang til nytt dokumentasjonssystem	36
4.3.1	Opplæring ved innføring av DIPS	36
4.3.2	Lokal oppfølging	36

4.3.3 Nye rutiner.....	39
4.3.4 Bruk av veiledende behandlingsplaner.....	39
4.3.5 Tid er mangelvare.....	40
5.0 Diskusjon.....	41
5.1 Endret arbeidsflyt – fremmende og hemmende for mestring.....	41
5.1.1 Behandlingsplan fremmer oversikt	42
5.2 Utfordringer ved endring av teknologi.....	43
5.2.1 Superbrukere som endringsagenter	43
5.2.2 Nødvendigheten av opplæring.....	44
5.2.3 Fra ekspert til novise	46
5.3 Fra fortellerkultur til koding.....	46
5.3.1 Muntlig rapport – skaper kontinuitet, sikrer kvalitet.....	47
5.3.2 Fra pleiekultur til kodet klassifisering	48
5.4 Metodedrøfting.....	51
6.0 Avslutning	53
6.1 Oppsummering	53
6.2 Konklusjon	53
6.3 Implikasjoner for praksis.....	54
6.4 Videre forskning.....	55
Litteraturliste	57
Vedlegg	63

1.0 INTRODUKSJON

Denne studien danner grunnlaget for min masteroppgave i Masterstudiet i sykepleie - klinisk forskning og fagutvikling ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Studiens tema er *sykepleieres erfaringer med sykepleiedokumentasjon i DIPS behandlingsplan*.

1.1 Tema og bakgrunn

I oktober 2014 ble det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS (Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus) innført ved Oslo Universitetssykehus (OUS). DIPS medførte et nytt pasientadministrativt system og en ny elektronisk pasientjournal (EPJ). Det nye pasientjournalssystemet innebærer å planlegge sykepleie ved hjelp av verktøyet *behandlingsplan*. DIPS Behandlingsplan inkluderer bruk av de standardiserte sykepleieklassifikasjonene North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) og Nursing Intervention Classification (NIC).

Sykepleierne i Kreftklinikken har tradisjonelt vært vant til å beskrive sine observasjoner og vurderinger av pasienten i sykepleienotat, kategorisert etter funksjonsområder. For pasienter med omfattende sykepleiebehov har det sporadisk blitt formulert en pleieplan i fritekst. Med innføringen av DIPS skulle pleieplanmodulen, i DIPS kalt behandlingsplan, være hoveddokumentet i pasientens sykepleiedokumentasjon, og klassifisering med standardisert sykepleiespråk skulle benyttes.

Som superbruker for DIPS på egen sengepost erfarte jeg at sykepleierne har brukt lang tid på å lære seg bruken av behandlingsplan, og at den i varierende grad blir oppdatert kontinuerlig, slik intensjonen er. Jeg ønsket derfor å studere systematisk sykepleiernes erfaringer med situasjonen, konsekvensene endringene fikk for deres arbeidshverdag og deres dokumentasjonspraksis. Disse forholdene kan være av betydning for senere systemendringer og vil også være relevant for å bedømme innføringen av DIPS gjennom brukererfaringer fra sykepleiere.

1.2 Hensikten med studien

Formålet med denne studien er å fremskaffe kunnskap om sykepleiernes arbeid med å dokumentere ved hjelp av standardiserte sykepleieklassifikasjoner etter innføringen av DIPS med behandlingsplan ved Kreftklinikken på OUS. Ønsket er å se hva som bidrar til å fremme og hemme sykepleiernes mestring, og om den nye tilnærmingen med bruk av sykepleieklassifikasjoner har fordeler og ulemper for sykepleierne.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

For å utforske studiens tema ble følgende problemstilling formulert:

Hvilke erfaringer har sykepleiere ved Kreftklinikken, OUS, to år etter innføring av dokumentasjon med DIPS behandlingsplan?

Jeg har operasjonalisert problemstillingen til følgende tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever sykepleierne å jobbe med et standardisert språklig uttrykk som klassifikasjonssystemene NANDA og NIC har?
2. Hvilke fordeler og ulemper har anvendelse av NANDA og NIC i behandlingsplan?
3. Hva virker fremmende og hva virker hemmende på sykepleiernes mestring av nytt dokumentasjonsverktøy?

1.4 Begrepsavklaring

Med begrepet *erfaring* forstås en fellesbetegnelse på all den informasjon den enkelte tilegner seg gjennom sansning og handling (Erfaring, 2011). En *opplevelse* er innholdet av en persons subjektive erfaring, tilegnet via persepsjon, tankevirksomhet, motivasjon eller emosjoner (Opplevelse, 2016). Gjentatte opplevelser bidrar til erfaring når de settes sammen via tankemessig bearbeiding, oftest ubevisst. I studien brukes begrepene opplevelser og erfaringer om hverandre.

Sykepleieprosessen er den problemløsende metode som ligger til grunn for planlegging av all sykepleie. Sykepleieprosessen inneholder elementene kartlegging, sykepleiediagnose,

mål/resultat, intervensjon og evaluering, og fremstilles ofte som en syklus (NSFs faggruppe for e-helse, 2015), siden pasientens tilstand stadig endrer seg. Dette danner rammeverket for pasientens behandlingsplan og anbefales for å systematisere og strukturere dokumentasjonen rundt pasienten (Moen, Hellesø & Berge, 2008; Vabo, 2014). Sykepleieprosessen er både en klinisk arbeidsmetode og en dokumentasjonsstruktur. Videre presenteres de ulike elementene i sykepleieprosessen og hvordan de fremkommer i dokumentasjonssystemet DIPS.

Kartlegging av pasientens situasjon starter fra det første møtet mellom sykepleier og pasient. Kartleggingen kan være rask og akuttpreget, eller som en rolig, planlagt samtale med pårørende tilstede. Datainnsamlingen kan bestå av observasjon, samtale og målinger av ulike vitale funksjoner, og er gjerne systematisert innenfor ulike funksjonsområder. En erfaren sykepleier vil raskt kunne sanse hvilke områder som er nødvendig for inngående kartlegging. Både pasientens egne ressurser, ønsker og mål, samt aktuelle risiko- og problemområder bør være en naturlig del av kartleggingen (Karoliussen & Smebye, 1981; Moen et al., 2008). I DIPS journalføres datainnsamlingen i *Kartleggingsnotat*.

En *sykepleiediagnose* beskriver aktuelle eller truende helseproblemer hos en pasient, på bakgrunn av kartlegging av hans tilstand og sykepleiebehov (Vabo, 2014). *NANDA* er et kodeverk med klassifiserte, standardiserte sykepleiediagnoser. Hver *NANDA*-sykepleiediagnose uttrykkes med en kode og et navn, og har også tilknyttet en definisjon, spesielle kjennetegn og relaterte faktorer (NSFs faggruppe for IKT og dokumentasjon, 2007; Vabo, 2014). *NANDA* er omfattende og dekker alle pasientens funksjonsområder. *NANDA* er et internasjonalt system, og det har vært utfordrende å finne dekkende betegnelser på norsk (Flø, 2003). De norske formuleringer oppleves av mange som distanserte og fremmede (Johansen, 2017; Øien & Lillevik, 2009).

Mål/forventet resultat kan være både kortsiktige og langsiktige, og bør om mulig utarbeides sammen med pasient og pårørende (NSFs faggruppe for e-helse, 2015). Målene skal være konkrete, målbare og uttrykke pasientens tilstand når målet er oppnådd. Målene avgjør valg av intervensjoner.

Sykepleieintervensjoner er tiltak som sykepleieren iverksetter for å bidra til pasientens bevegelse mot et ønsket mål (Vabo, 2014). *NIC* er klassifiserte og standardiserte intervensjoner som brukes i DIPS sammen med *NANDA*. Disse tilhører hvert sitt

klassifikasjonssystem og mangler integrasjon, slik at en diagnose ikke automatisk utløser et sett av potensielle tiltak. Sykepleieintervensjonene konkretiseres med *forordninger*.

Evaluering er vurdering av gjennomførte tiltak opp mot effekt og måloppnåelse. Evaluering gjøres fortløpende og i samarbeid med pasienten (NSFs faggruppe for e-helse, 2015). Ved avvik fra behandlingsplan nedfelles dette i dokumentet *Notat/Evaluering*. Evalueringen medfører også en oppdatering av behandlingsplanen slik at den alltid avspeiler pasientens aktuelle situasjon.

NANDA: 00002 Ubalanse i ernæring, mindre enn kroppsbehovet
Forventet resultat: Opprettholder vekt på ... kg
NIC: 1100 Håndtering av ernæring
Forordninger:
<ul style="list-style-type: none">• Føre kost- og drikkeliste• Tilby små, delikat anrettede måltider• Tilby mellommåltid• Oppfordre til å smake på maten til alle måltider

Behandlingsplanen er den nedfelte planen over pasientens behov for sykepleie, og inneholder sykepleiediagnoser, forventede resultater, samt planlagte intervensjoner. I DIPS behandlingsplan kan sykepleiediagnoser NANDA og intervensjoner NIC hentes

Figur 1 Eksempel på oppsett i behandlingsplan

direkte frem fra et kodeverk, eller via veiledende behandlingsplaner (VBP) som er integrert i behandlingsplanmodulen. Behandlingsplanen er utformet slik at det er rom for individuelle kommentarer til både NANDA og NIC, samt mulighet for å formulere diagnoser og intervensjoner i fritekst. Behandlingsplan skal være dynamisk, avspeile pasientens aktuelle tilstand, hvor avslutning av uaktuelle elementer og opprettelse av nye pågår kontinuerlig. Dette muliggjør dokumentasjon som planer, prospektivt, fremfor oppsummerende og beskrivende retrospektiv dokumentasjon som tidligere har vært standard (Nøst, Blekken & Andre, 2015). *Behandlingsplan* er benevnelsen DIPS benytter, i sykepleielitteraturen er *pleieplan* eller *sykepleieplan* vanligst (Moen et al., 2008; NSFs faggruppe for e-helse, 2015).

Veiledende behandlingsplan (VBP) er et kunnskapsbasert dokumentasjons- og beslutningsstøtteverktøy i klinisk dokumentasjon av sykepleie. Denne består av alle aktuelle diagnoser (NANDA), mål, intervensjoner (NIC) og forordninger i en bestemt pasientsituasjon eller til en bestemt diagnosegruppe (Oslo Universitetssykehus, 2016a). Eksempler er pasienter som mottar cellegiftbehandling, eller pasienter som er smitteisolert.

Et dokumentasjonssystem som DIPS med integrerte standardiserte sykepleieklassifikasjoner er et avansert teknologisk arbeidsredskap. Det at verktøyet er utformet pasientsentrert, med forventninger om å bruke individualiserende kommentarer, gjør det krevende å bruke. I tillegg til å hente frem aktuelle diagnoser, mål, tiltak og forordninger fra veiledende plan eller kodeverk må disse redigeres og prioriteres etter hva som er viktig for den enkelte pasient.

1.5 Oppgavens struktur og avgrensning

Oppgaven består av 6 hovedkapitler hvor bakgrunn og teoretisk rammeverk presenteres tidlig. Senere redegjøres det for metodevalgene. I resultatkapitlet fremheves studiens funn på bakgrunn av forskningsspørsmålene. I diskusjonskapitlet drøftes resultatene i lys av metodebruk, tidligere forskning og relevant teori. Det avsluttende kapittel presenterer konklusjon, følger for praksis og behov for videre studier.

Dette er en masteroppgave på 30 studiepoeng, noe som setter de nødvendige begrensninger for omfanget vedrørende datainnsamling og litteraturtilfang. Fokuset er satt på er sykepleiernes erfaringer med å dokumentere med behandlingsplan, ikke i hvilken grad kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen endres ved bruk av behandlingsplan eller standardiserte klassifikasjoner. Jeg har heller ikke vurdert andre klassifikasjonssystemer opp mot NANDA og NIC.

2.0 TEORETISK BAKGRUNN

I dette kapitlet gjør jeg rede for lovgivning og teoretiske perspektiver som regulerer klinisk dokumentasjon i sykepleie og kvalitet i helsetjenesten. Videre belyses begreper som endring, læring, motivasjon og teknostress, som er sentrale ved drøfting av sykepleieres erfaringer ved innføring av nytt dokumentasjonsverktøy. Til sist i kapitlet presenterer jeg relevant forskning.

2.1 Lovgivning og sentrale teoretiske perspektiver

2.1.1 Sykepleiedokumentasjon

Den juridiske bakgrunnen for sykepleiernes dokumentasjon ligger i Lov om helsepersonell:

”Den som yter helsehjelp på selvstendig grunnlag, har plikt til å føre journal”

(Helsepersonelloven, 1999, § 39). Forskrift om pasientjournal detaljerer lovteksten og beskriver hva som skal dokumenteres, stiller krav til innhold og trekker opp retningslinjer for dokumentasjonsplikt (Forskrift om pasientjournal, 2000; NSF's faggruppe for e-helse, 2015; Vabo, 2014). Dokumentasjonen skal synliggjøre vurderinger, handlinger og planer for sykepleien, ivareta pasientens sikkerhet samt danne bakgrunn for kommunikasjon og samarbeid rundt pasienten. Heggdal (2006) understreker at man må benytte pasienten som primærkilde ved planlegging av sykepleie, og kontrollere gyldigheten av tolkningene våre før vi handler. Rotegård og kolleger fremhever den enkelte pasients ressurser og ønske om en aktiv rolle i egen behandling og pleie (Rotegård, Moore, Fagermoen & Ruland, 2010). Ved å ta hensyn til disse perspektivene kan brukermedvirkning sikres i pasientdokumentasjon og i sykepleien.

Dokumentasjonen i helsetjenesten tidlig på 2000-tallet var preget av overgang fra papir til EPJ. Mange papirprosesser ble bare videreført i elektronisk form, og en del prosesser ble også dobbeltført, på både papir og elektronisk (Duffy, 2015; Heldal & Sjøvold, 2015). Det neste tiåret ble det fokusert på standardisering og samhandling mellom helseinstitusjoner og på ulike nivå i helsetjenesten. Ansvar for å sette en standard for EPJ ble flyttet fra virksomhetene til nasjonalt nivå. Etter 2010, med den rivende teknologiske utviklingen, ser man ikke lenger informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) kun som støttende, men som en måte å forbedre klinisk praksis på. Tema har skiftet fra innføring av kliniske IKT-

systemer til hvordan bruke IKT til forvaltning av informasjon, kvalitetsforbedring av helsetjenesten og bedret styring (Direktoratet for ehelse & Helsedirektoratet, 2015).

For å benytte funksjonalitetene som ligger i elektronisk dokumentasjon mener mange at det trengs et standardisert sykepleiespråk. Andre mener at sykepleieklassifikasjonene utfordrer det mellommenneskelige i sykepleien, og at skjønnnet, uttrykket for sykepleiernes kliniske kompetanse, svekkes ved overgang til standardisert språk. Dette utdyper jeg i det følgende.

Elektronisk dokumentasjon gir store muligheter for struktur. Bruk av sykepleieklassifikasjoner kan bidra til forenklet dokumentasjon. Klassifikasjonssystemene har teoretisk vært kjent i Norge i en årrekke (Flø, 2003), men har ikke vært i systematisk bruk ved OUS tidligere. I Norsk Sykepleierforbunds (NSF) Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ fremkommer det at *”Sykepleieklassifikasjonenes funksjon er å avgrense og uttrykke sykepleiefagets kunnskapsinnhold og virkefelt på en enkel måte”* (NSFs faggruppe for e-helse, 2015, s. 20). Klassifikasjonene bidrar således til å gjøre dokumentasjonen universell og kvantifiserbar.

Et *terminologisystem* er en samlet oversikt over faguttrykk/terminologi. *Klassifikasjon* systematiserer fenomenene etter slektskap og likhet, og setter dem inn i ulike kategorier, som klasser og domener. De kliniske fenomener blir uttrykt med fastsatte begreper. En kode er et system av begreper, og samlingen av kodene er et kodeverk. For å løftes opp til å kalles et *system* kreves en hierarkisk oppbygging av klasser (NSFs faggruppe for e-helse, 2015). Jeg vil i det følgende bruke betegnelsene standardisert sykepleiespråk, sykepleieklassifikasjon og sykepleieterminologi om hverandre, fordi de i denne sammenheng uttrykker det samme: faste, forhånds-formulerte begreper som betegner en sykepleiediagnose eller et sykepleietiltak.

Standardiserte sykepleieklassifikasjoner som NANDA har vært kjent i norsk versjon siden 2003 (Flø), men har først ved integrasjon i DIPS-programvare blitt gjort tilgjengelig for daglig bruk i sykepleietjenesten. Bruk av standardiserte klassifikasjoner gir en mulighet til å spore hvilke sykepleiediagnoser og -tiltak sykepleierne benytter, ved å hente ut data til fagutvikling og forskning. Dette kan også bidra til et universelt sykepleiespråk med mulighet for å beskrive praksis på tvers av land, kultur, klinisk miljø og tid (ICNP, 2005). Gjennom de siste 10-20 årene er det utviklet flere internasjonale klassifikasjonssystemer for sykepleieterminologi, best kjent i Norge er International Classification for Nursing Practice

(ICNP). ICNP er utviklet av International Council of Nurses. Den forelå i første fullstendige versjon i 2005, utgitt på norsk ved Norsk Sykepleierforbund, med anbefalinger for bruk i Norge (NSFs faggruppe for e-helse, 2015). Klassifikasjonene i ICNP er bygget opp etter WHO's system, hvor kjernen er International Classification of Diseases (ICD) (ICNP, 2005).

2.1.2 Skjønn og språk i pleiekulturen

Kari Martinsen minner om at sykepleierens kliniske skjønn uttrykkes gjennom språket (Martinsen, 2005). Hun stiller spørsmål ved den standardiserte sykepleieterminologien, fordi språkets variasjoner ikke kommer til uttrykk her, det blir et abstrakt begrepspråk. Hun beskriver sykepleieterminologien som et språk i stillstand, med tillukkede og objektive begreper, i motsetning til det nyanserte fortellende uttrykket, som beskriver møtet mellom levende mennesker. Videre stiller Martinsen spørsmål ved den evidensbaserte kunnskapstradisjonen. Evidens-, eller Kunnskapsbasert praksis (KBP), som er den vanligste betegnelsen, er en metode for å innhente kunnskap systematisk, der grunnlaget hentes fra forskning og erfaring sammen med perspektivet fra pasienten (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar, 2007). Hun mener at denne kunnskapsformen har mangler – nemlig livsfilosofien, der fortellingen og språket er viktige uttrykk for tenkemåten. Det kliniske skjønn får for lite plass i den evidensbaserte tradisjonen, og den positivistiske tenkemåten får for stort rom innen sykepleie (Martinsen, 2005). På tross av alle teknologiske hjelpemidler er det sansningen, evnen til å skjelne mellom viktig og uviktig, se, lytte, lukte, berøre, som uttrykker kompetansen i sykepleien. Evnen til å la klinisk erfaring og skjønn tolke funn hos pasienten er ikke nødvendigvis målbar, langt mindre dokumenterbar, og kan lett nedvurderes i et evidensbasert system (Elstad, 2014). Skjønnets uttrykkes som ord fra et jeg til et du. Det skrevne ord er avpersonifisert, adressaten er ukjent, den som skriver vet ikke om det blir lest, eller hvordan det blir forstått (Thornquist, 1998).

Muntlig rapport kan derfor bidra til å tegne et tydeligere bilde av pasienten som en person, ved at beskjeder som er viktig for pleien blir formidlet i en fortellende form fra en ansvarshavende til den neste (Elstad & Hamran, 1995; Hamran, 1991; Heggen, 1995). Den enkeltes kjennskap til og vurderinger om pasienten blir til en kollektiv kunnskap gjennom en rapportsituasjon. Hamran (1991) påpeker også at det daglige språket kan være vel så egnet til beskrivelser som en objektiv, allmenn term. Hun henviser videre til at ”tonen” som brukes er viktig i formidling av informasjon om pasienten. Dette tapes ved kun skriftlig informasjon. Pleiekulturen uttrykker dermed en annen type erfaring enn den evidensbaserte, utviklet og

forbedret i en tradisjon som strekker seg tilbake til Nightingales arbeid. Den pasientnære, mellommenneskelige og intuitive delen av sykepleie som ikke blir artikulert klart, kan være lett å overse.

2.1.3 Kvalitet i helsetjenesten

All oppfølging, omsorg og behandling av pasienter i sykehus reguleres av Spesialisthelsetjenesteloven (1999). I lovtekstens §3-4a fremkommer det at alle virksomheter som yter helsetjenester har ansvar for et systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Fra 1. januar 2017 ble Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjort gjeldende. Forskriften påpeker ansvaret for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016). I medfølgende veileder defineres kvalitet som

Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt. (Helsedirektoratet, 2017, s. 5)

Virksomheten skal organiseres slik at helsepersonellet er i stand til å arbeide i tråd med lovpålagte forpliktelser (Helsepersonelloven, 1999). I veilederens kommentar til § 7b står det at ”Medarbeidere i virksomheten skal ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte” (Helsedirektoratet, 2017, s. 27), samtidig som det påpekes at den enkelte også har et selvstendig ansvar for å holde seg oppdatert. Det fremkommer av videre at det skal finnes oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring, i form av systematisk kompetansekartlegging og bidrag til at medarbeiderne får tilstrekkelig opplæring, etter- og videreutdanning (Arntzen, 2014; Helsedirektoratet, 2017).

Økende standardisering og bruk av teknologi i helsetjenesten er strategier for å sikre kvalitet. Regionale og nasjonale retningslinjer, fagprosedyrer og rutiner, standardiserte behandlingsforløp med krav til ventetid (pakkeforløp) og bruk av sykepleieklassifisering er alle elementer som skal bidra til kvalitetsforbedring. Dette skal sikre at pasienten får dekket sine behov, og at tiltak er utført og dokumentert i henhold til lov og forskrift (Forskrift om pasientjournal, 2000; Helsepersonelloven, 1999). Samtidig skal pasienten imøtekommes med

sine individuelle behov. Teknologiske løsninger, standardisering og individualisering er alle komplementære og nødvendige elementer i det profesjonelle møtet med enkeltmennesket (Elstad, 2014). Hva gjelder dokumentasjon viser Moen, Hellesø og Berge (2008) til at utdanningsinstitusjonene har ansvar for at ferdig utdannede sykepleiere har handlingskompetanse i å dokumentere pasientopplysninger og helsehjelp. Til sist har den enkelte sykepleieren et selvstendig ansvar for å sette seg inn i gjeldende krav til dokumentasjon av helsehjelp, og må vite hva, hvordan, når og hvor hun skal dokumentere (Moen et al., 2008).

OUS bygger i sin retningslinje for klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS) på regionale standarder fra Helse Sør-Øst (Oslo Universitetssykehus, 2016b). KDS skal bidra til at pasientene får ”en individuell og målrettet sykepleie av høy faglig etisk og juridisk kvalitet” (Oslo Universitetssykehus, 2016b). Behandlingsplan skal være hoveddokumentasjon og skal til enhver tid følges og være oppdatert. Pasienter i døgnkontinuerlig pleie skal ha opprettet kartleggingsnotat og behandlingsplan innen 24 timer. Ved utarbeidelse av behandlingsplan skal fortrinnsvis veiledende behandlingsplan benyttes. Dobbeltdokumentasjon mellom KDS og journal/kurve skal unngås. Klassifikasjonssystem skal anvendes i behandlingsplan sammen med individualiserende kommentar, og fritekst skal kun unntaksvis benyttes (Oslo Universitetssykehus, 2016b).

2.1.4 Endringsteori

Omleggingen til DIPS i OUS har blitt betegnet som Norgeshistoriens største IKT-omlegging innen helse (DIPS, 2015). Endringen impliserte 13 000 arbeidstagere direkte, og den konkrete omleggingen foregikk over en helg, etter forberedelser over flere år. Før implementeringen ble 900 ansatte skolert for å veilede i egen enhet (superbrukere), mens 100 instruktører var tilgjengelig med hjelp i klinikken de første ukene (DIPS, 2015). Med innføringen av DIPS fikk OUS en felles plattform for IKT på tvers av sykehusets ulike lokaliteter. Løsningen for bruken av EPJ i OUS har videre blitt ensartet ved alle sykehus i helseregion Helse Sør-Øst.

Endringer kan skje raskt eller som utvikling over tid (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Proaktive endringer handler om å ligge i forkant av forventede forandringer i omgivelsene, mens reaktive endringer er en tilpasning til allerede inntrufne hendelser. Endringer kan også kategoriseres som planlagte eller ikke-planlagte. En planlagt endring er basert på en strategi,

med en handlingsplan og implementeringsplan, der en aktivt tilpasser organisasjonen til nye forhold (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Innføring av nytt elektronisk system for pasientadministrasjon og EPJ er et eksempel på en planlagt og strategisk endring. Den var imidlertid reaktiv, da den medførte en oppjustering av EPJ til den standard som allerede var implementert i tilsvarende andre virksomheter i Norge.

I endringsarbeid møter en ofte utfordringer ved overgang fra planer til implementering. Den vanligste utfordringen er motstand fra menneskene som rammes av endringen. En naturlig reaksjon er å forsvare det som er kjent og trygt. Endring kan innebære tap av identitet som er knyttet opp mot kjente oppgaver, men også dobbeltarbeid da gamle systemer brukes parallelt med nytt system (Heldal & Sjøvold, 2015). Endring kan også kreve økt eller endret kompetanse hos medarbeidere, og krever investering i form av ny opplæring for den enkelte og i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

Kurt Lewins tre-fasemodell for endring beskrives av mange som svært betegnende for fasene i en endringsprosess (Heldal & Sjøvold, 2015; Hennestad, Revang & Strønen, 2012; Jacobsen, 2012; Orvik, 2015). Jeg har valgt å se endringene i OUS i lys av denne modellen. Lewin formidler (her i Jacobsen (2012)) at alle systemer og individer søker mot stabilitet og forutsigbarhet. Dette er den første fasen i en endringsprosess, av Lewin kalt *unfreezing*. I denne arbeidskrevende fasen må leder "tine opp" og skape et miljø som ser behov for endring. Neste fase, *changing*, er fasen der endringen skjer. Her vil det være krefter som fremmer utviklingen, men også motkrefter som søker å opprettholde stabilitet. Endringsagenter kan bidra til at drivkreftene blir sterkere enn motkreftene. Når endringen er implementert, er målet å gjenopprette stabilitet, *refreezing*. Nye rutiner skal opprettes slik at arbeidet igjen blir forutsigbart.

Modellen har fått kritikk for å være en kraftig forenkling av en komplisert virkelighet (Orvik, 2015). Modellen synliggjør likevel den planlagte bevegelsen fra ett sted til et annet, og det faktum at endringer krever grundig forberedelse, implementeringsfokus og positiv oppmerksomhet for å opprettholde motivasjonen hos involverte arbeidstakere.

Meyer og Stensaker (2011) bruker begrepet *endringskapasitet* for å beskrive organisasjoners evne til håndtering av planlagte omstillinger. Endring er en langvarig prosess, og organisasjonens endringskapasiteten avhenger av dens evne til å ivareta brukere, ansatte og

daglig drift gjennom alle endringens faser. Innføring av nye systemer krever omfattende endringer i arbeidsmåter og holdninger. Avgjørende redskap er ansattes reaksjoner, ledelsens handlinger og organisatoriske strukturer. Et virkemiddel er bruk av *endringsagenter*, personer som kan frem hjelpe endringsprosessen og bidra i implementeringen (Meyer & Stensaker, 2011). Ved å bruke egne ansatte som endringsagenter skaper det legitimitet i organisasjonen. Disse skal leve videre med endringene, og kompetansen som de opparbeider kan brukes ved senere anledninger. Endringsagentene har et eksplisitt ansvar for å drive endringene fremover. Hos dem som deltar i endringsarbeidet skjer det ofte en personlig utvikling. Dette skaper troverdighet og bidrar til organisasjonens endringskapasitet (Meyer & Stensaker, 2011).

2.1.5 Benners kompetanseutviklingsmodell

Patricia Benner har tilpasset brødrene Dreyfus sin modell for kompetanseutvikling til å gjelde sykepleiere (Benner, 1995). Utviklingen handler om ferdigheter i kliniske vurderinger, basert på klinisk skjønn, og hun uttrykker tre vurderingsdimensjoner ved kvalifisert utøvelse av klinisk sykepleie:

- Bevegelse fra abstrakte prinsipper til bruk av egen erfaring som paradigme.
- Endring i oppfattelse av krevende situasjoner, hvor situasjonen i økende grad sees som et komplett hele, der kun enkelte deler er relevant.
- Overgang fra utenforstående tilskuer til deltagende aktør, engasjert i situasjonen.

Videre beskriver Benner fem utviklingsnivåer:

Nivå 1 Novise: Novisen er styrt av lærebøker, trenger handlingsregler og detaljerte prosedyrer.

Nivå 2 Avansert nybegynner: Kan vurdere ulike aspekter i en situasjon, men setter dem ikke nødvendigvis inn i en større sammenheng. Hun har opparbeidet en grunnleggende kunnskap basert på erfaringer, men kan fortsatt ikke prioritere selvstendig mellom ulike handlinger.

Nivå 3 Kompetent: Den kompetente sykepleier opplever å mestre situasjonene fordi hun klarer å prioritere den mest presserende handling. Hun oppnår økt effektivitet gjennom å planlegge dagen. Hun mangler fleksibiliteten som neste nivå besitter.

Nivå 4 Kyndig: Basert på erfaring persiperer den kyndige sykepleier helheten i situasjonen og tenker ikke gjennom hver handling. Hun gjenkjenner med det samme når situasjonen ikke er som forventet. Den kyndige har gjerne tre-fem års erfaring ved samme enhet.

Nivå 5, Ekspert: Ekspertsykepleieren har på bakgrunn av lang erfaring en sikker sansning og et intuitivt grep om helheten i enhver situasjon, og kan umiddelbart vurdere og fokusere på det presserende i situasjonen.

Benner understreker at modellen gjelder innenfor samme enhet, slik at ved bytte av pasientgruppe eller arbeidsoppgaver må nødvendigvis også ekspertsykepleieren begynne på et lavere nivå igjen.

2.1.6 Motivasjon

Innenfor klinisk virksomhet er de menneskelige kunnskaper og ferdigheter organisasjonens viktigste kompetanse. En optimal organisasjon kjennetegnes av arbeidsbetingelser som fremmer kompetanseutvikling og evne til nyskaping (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Hvordan organisasjonen skal utvikle sin menneskelige kompetanse bør således være en integrert del av kvalitets- og strategiarbeidet. Kliniske helseorganisasjoner er komplekse virksomheter med preg av uforutsigbarhet og høy personalintensivitet, der menneskelig og teknologisk kompetanse er avgjørende (Andresen, Hansen & Grov, 2016; Orvik, 2015). Mange ansatte har en indre motivasjon forankret i selve arbeidet, tross mange trekk ved helseorganisasjoner som utfordrer både motivasjon og helse: høyt stressnivå, turnusarbeid, økende omstillingspress, motstridende mål, uklare rolleforventninger og uklare resultater av innsatsen, med beskjeden anerkjennelse fra leder og kolleger (Orvik, 2015). På denne bakgrunn er engasjement i arbeidet en motivasjonskilde, samtidig som det også kan føre til utbrenthet. Arbeids glede skaper kvalitet for pasientene, utvikler mennesker og øker organisasjonens tjenesteytelse. Å oppleve trivsel og tilknytning til arbeidsplassen er viktig, og bidrar til at de ansatte identifiserer seg med organisasjonens mål og verdier. Anerkjennelse, passende arbeidsoppgaver samt ansvar og kontroll over egen arbeidssituasjon er avgjørende for den enkeltes motivasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

2.1.7 Teknostress

Utviklingen og utbredelsen av ny teknologi gjør at medarbeidernes kompetanse innenfor IKT i større grad er avgjørende for organisasjonens tjenesteytelse (Jacobsen & Thorsvik, 2002). *Teknostress* er et relativt nytt begrep, og omfatter mentalt stress som arbeidstagere opplever ved bruk av IKT i arbeidssammenheng (Fuglseth & Sørebo, 2014). Fenomenet inkluderer arbeidstakers manglende mestring eller tilvenning til IKT. Ingen norske definisjoner foreligger, men Oxford Dictionary definerer teknostress som ”*Stress or psychosomatic illness caused by working with computer technology on a daily basis*” (Oxford Dictionaries, s.a).

Fenomenene som fører til disse tilpasningsproblemene henspiller på faktorer som har potensiale til å utvikle IKT-relatert stress hos arbeidstakere. Dette kan handle om kompleksitet og usikkerhet rundt stadige endringer, eller overbelastning fordi teknologien krever at den enkelte skal arbeide stadig raskere. Kontinuerlig oppdatering i software og hardware samt informasjons-overbelastning er eksempler på teknostress-skapere (Fuglseth & Sørebo, 2014).

Mekanismer som reduserer teknologirelatert stress kan deles i tre hovedkategorier: teknisk støtte, brukeropplæring og involvering. Eksempler her er helpdesk-tjenester, ansattopplæring og brukermedvirkning ved planlegging og implementering av nye IKT-løsninger. Andre studier (Salanova, Llorens & Cifre, 2013; Tarafdar, Pullins & Ragu-Nathan, 2015) viser at teknostress hyppig oppstår når tradisjonelle mellommenneskelige prosesser overtas av informasjonssystemer. Videre rapporterer de at teknostress henger sammen med overbelastning i arbeidet, uavklarte roller og hindringer ved IKT- bruk, samt redusert autonomi i arbeidssituasjonen. Manglende sosial støtte, lite IKT-support og svak kompetanse hos den enkelte er også utslagsgivende. Økt grad av teknostress kan hemme motivasjon, trivsel og arbeidsglede hos den enkelte arbeidstaker.

2.2 Tidligere forskning relatert til tema

Mye forskning på EPJ setter fokus på kvalitetsforbedring av dokumentasjonen ved bruk av standardisert sykepleieterminologi (Müller-Staub, 2009; Müller-Staub, Lavin, Needham & Van Achterberg, 2006; Nøst et al., 2015; Thoroddsen & Ehnfors, 2007; Thoroddsen, Ehnfors & Ehrenberg, 2011; Wangensteen & Igesund, 2009). Etter EPJ-bruk i nesten to tiår har det kommet en rekke studier som omhandler sykepleieres erfaringer med elektronisk dokumentasjon og bruk av standardisert sykepleiespråk, samt om hvordan de teknologiske

endringene virker inn på de faglige dokumentasjonsrutiner.

En av utfordringene ved å navigere i emnet sykepleiedokumentasjon er at det internasjonalt brukes ulike benevnelser om samme tema. På engelsk brukes både Electronic Health Record (EHR) og Electronic Patient Record (EPR) der vi på norsk bruker elektronisk pasientjournal (EPJ). Videre finner vi Standardized Care Plans (SCP), Computerized Nursing Care Plans (CNCNP), og Standardized Nursing Care Plans (SNCP) som alle benevner det vi i denne sammenheng kaller behandlingsplan. Også om sykepleieklassifikasjoner finner vi ulike betegnelser, Standardized Nursing Language (SNL) og Standardized Nursing Terminology (SNT) brukes om hverandre, i tillegg til at ulike klassifikasjonssystemer også refereres til (NANDA, NOC, NIC, ICNP, SNOMED, LOINC, Omaha System¹).

2.2.1 Litteratursøk

Litteratursøk ble utført ved hjelp av biblioteket ved HIOA februar 2017 (bibliotekar Hanne Rennesund Tallaksen). Det ble søkt i Medline og Cinahl (vedlegg 1). Aktuelle søkeord fremkommer av PICO-skjema (vedlegg 2). Medline gav 32 treff, hvorav 5 ble vurdert aktuelle på bakgrunn av tittel. Etter gjennomlesing av abstract falt to av disse bort på grunn av irrelevans. Tre gjenstående artikler ble lagt til grunn. Cinahl gav 176 treff, hvorav 52 ble vurdert som aktuelle ut fra tittel. Av disse ble 20 funnet irrelevante basert på abstract, tre var doktoravhandlinger, tre var kommentarartikler og 7 lot seg ikke fremskaffe i fulltekst. En artikkel sammenfalt med Medlinesøket. Totalt har derfor 22 artikler blitt gjennomgått.

For å finne litteratur om endring og kvalitet i helsetjenesten har jeg brukt Oria søkefunksjon ved HIOAs interaktive Læringscenter. Søkeordene har vært *endring*, *endringsteori*, *organisasjonsteori* og *kvalitet og helsetjeneste*. Jeg har her holdt meg til foreliggende norsk organisasjonsteori, med vekt på ledelse av kliniske virksomheter.

Tidligere forskning har jeg sortert i følgende tema: Holdninger til teknologi, endringer i arbeidsflyt, bruk av sykepleieterminologi og opplæringsbehov.

¹ NOC - Nursing Outcome Classification, ICNP - International Classification for Nursing Practice, SNOMED - Systematized Nomenclature of Medicine, LOINC - Logical Observation Identifiers Names and Codes, Omaha system

2.2.2 Holdninger til teknologi

Hverken alder, kjønn eller utdanningsnivå har i dag særlig innvirkning på holdningen til IKT, peker Huryk på i sin review (2010). De viktigste fremmede faktorene var PC-erfaring, positiv og støttende innstilling fra leder, følelsen av at EPJ hadde direkte nytte samt at systemet var brukervennlig og understøttet sykepleiernes arbeidsflyt. Med *arbeidsflyt* forstås en hensiktsmessighet og ressurstilgjengelighet knyttet opp til aktuell arbeidsoppgave, som eksempelvis at det er en PC tilgjengelig når sykepleier trenger det. Hemmende faktorer var tregt system, nedetid og dårlig design på systemet, samt følelsen av å tingliggjøre pasienten. Den største suksessfaktoren mener forfatteren vil være å inkludere sykepleiere i utformingen av programvaren, noe som også støttes av Stevenson, Nilsson, Petersson og Johansson (2010). I deres review fremholdes også knapp tid som en begrensende faktor for god dokumentasjon. De mener at EPJ ikke har redusert dokumentasjonstid sammenlignet med papir, men måten dokumentasjonen gjøres på er ulik.

Tilstedeværelse av superbrukere, kollegastøtte og støttende holdning fra leder trekkes frem som avgjørende for vellykket implementering, i tillegg til dedikert tid og forutgående dataferdigheter (Whittaker, Aufdenkamp & Tinley, 2009). I deres studie, der 11 sykepleiere ble intervjuet, var målet å kartlegge barrierer og fremmede faktorer ved innføring av EPJ ved et amerikansk sykehus. Sykepleierne brukte bærbare PCer og kunne ta disse med til pasientene ved dokumentasjon. Tekniske elementer som flatt batteri, venting på systemstart og manglende Laptop fungerte som barrierer.

En positiv holdning hos sykepleieleder var avgjørende ved overgang til nytt system (Duffy, 2015). Tilstrekkelig opplæring og ressurser var også nødvendig. Det var mindre effektivt å benytte konsulenter i opplæring, motivasjonen økte når sykepleiere ble lært opp av andre sykepleiere.

Den kvantitative studien til de Veer og Francke (2010) søkte å kartlegge hva som bestemte sykepleieres holdninger. De hadde 680 respondenter, hvorav halvparten ikke hadde brukt EPJ. Til sammen mente 60% at EPJ var nyttig, 55% mente det økte pasientsikkerheten. De som oppfattet EPJ som nyttig, hadde også en mer positiv holdning til bruk av EPJ.

2.2.3 Endringer i arbeidsflyt

Sassen (2009) har gjort en litteraturstudie om sykepleieres emosjonelle forhold til EPJ. Hun oppsummerer hvordan EPJ forandrer måten arbeidsoppgavene blir gjort på. Tidligere var elektronisk dokumentasjon ofte utformet etter legers behov og arbeidsprosesser. Manglende PC ”bedside” gjorde at sykepleierne dokumenterte på papir før de overførte til PC, noe som medførte dobbeltarbeid. Hun konkluderer med at det foreligger tekniske og praktiske utfordringer: software er ofte ikke tilpasset sykepleieres behov, hardware er ikke nok tilpasset sykehushverdagen. Opplæring må derfor skreddersys etter behov og utstyrstilgjengelighet.

Som sluttbrukere med ansvar for pasientenes ve og vel er sykepleierne fleksible, og tilpasser seg mindre funksjonelle elementer i EPJ (Gephart, Carrington & Finley, 2015). Sykepleierne har også problemer med å finne informasjonen de trenger for å ta beslutninger om pasientenes pleie. Sykepleierne ønsker dog ikke å gå tilbake til papirformat. Endringene i arbeidsflyten kan true både pasientsikkerheten og redusere arbeidseffektiviteten.

2.2.4 Bruk av sykepleieterminologi

Bruk av standardiserte sykepleietermer skaper et felles uttrykk som er presist og sporbart hevder Lunney (2006). Hun snakker varmt om at det ligger mye sykepleiekunnskap i denne terminologien, som er nyttig for å kunne aggregere data til forskning, samtidig som bruken er kostnadseffektiv. EPJ krever standardiserte formuleringer, og fast format og rekkefølge forenkler søk, i følge Duffy (2015). Standardiserte koder er bra for kontinuitet og kan bidra til forskning, men kan være vanskelige å bruke når pasienten beveger seg utenfor det antatte forløpet.

I en svensk studie (Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008) ble sykepleieres syn på standardiserte, elektroniske pleieplaner og bruk av kvalitetsstandarder i klinisk praksis undersøkt (kvantitativ studie med 95 respondenter). Kvalitetsstandarder er en forutsetning for å opprettholde pleieplaner med god kvalitet. Standardiserte pleieplaner økte evnen til å gi optimal sykepleie til alle pasienter, reduserte dokumentasjonstid og overflødig dokumentasjon. Sykepleierne i studien var positive til standardiserte pleieplaner og mente det var et nyttig hjelpemiddel, men trengte opplæring. Kvalitetsstandardene var kunnskapsbaserte og ble brukt sammen med pleieplanene. Majoriteten av de spurte mente standardiserte planer

ga bedre kvalitet på sykepleien. Standardiserte planer fokuserte også på pasientens ressurser og inkluderte pasienten i planlegging av mål og tiltak.

Øien og Lillevik (2009) er en av få norske studier innenfor dette området. Her ble tre sykepleieledere intervjuet om bruk av NANDA. Forfatterne konkluderer med at det er en verdikonflikt mellom NANDAs biomedisinske, utenfra-perspektiv i språket, og et holistisk, humanistisk innenfra-perspektiv som sykepleierne har. Språket i klassifikasjonene ble opplevd som en barriere for å dokumentere pasientnært. Uro for den mellommenneskelige sykepleiesensitiviteten fremkom også hos Lee (2006) i hennes kvalitative studie med 20 sykepleiere. Hun undersøkte hvordan sykepleieres erfaringer med pleieplan endret seg ved overgang fra papir til EPJ. Hun hevder at sykepleiernes kunnskapsbase, erfaring og problemløsende metode alltid vil stå høyest ved utarbeidelse av pleieplaner i EPJ, slik at de elektroniske sykepleieplaner kan brukes som referanseliste og egne vurderinger sjekkes opp mot disse. Dermed vil relasjonen til pasienten alltid komme først.

Ulike barrierer for å bruke standardiserte termer i klinisk praksis ble tematisert i en amerikansk studie (Conrad, Hanson, Hasenau & Stocker-Schneider) fra 2012, der hele 1997 deltagere ble inkludert. Selv om argumentene for bruk av klassifikasjoner var gode, som at det gir tilgang til data for forskning og fagutvikling, opplevde sykepleierne at de har for lite tid til å dokumentere og at termene er vanskelig tilgjengelige i EPJ, i tillegg til at de fortsatt ikke er familiære med verken PC-bruk eller termene. Kun en femdel av respondentene i denne studien brukte standardiserte termer.

En større amerikansk survey kartla sykepleieres holdninger til sykepleieterminologier (Schwirian & Thede, 2012; Thede & Schwirian, 2013, 2015, 2016). De inkluderte alle foreliggende systemer, hvorav NANDA, NIC og NOC var de mest brukte, men også ICNP og andre (for oss) mindre kjente klassifikasjonssystemer ble vurdert. NANDA er den best kjente terminologien, og kjennskapen til denne har økt, sammenlignet med en tidligere survey (Schwirian & Thede, 2012). Mer enn 60% fant standardiserte sykepleieklassifikasjoner nyttige i klinisk praksis. NANDA-terminologien var mest brukt til å planlegge sykepleie og generere intervensjoner. Også NIC ble funnet nyttig, 81% anvendte denne ved planlegging av sykepleie og ved rapportering.

Kun en artikkel omhandler bruk av standardisert sykepleieterminologi i et

pasientsikkerhetsperspektiv (Stevenson & Nilsson, 2012). Her ble 21 sykepleiere intervjuet om deres oppfatning av EPJ med utgangspunkt i pasientens sikkerhet innenfor tre kategorier, målinger, medikamenter og oversikt. De opplevde at dokumentasjon ble oversiktligere når journalen alltid var tilgjengelig, men at det var uklart hvor ulike elementer skulle dokumenteres, og hvor i EPJ de kunne finne nødvendig informasjon. De gjennomførte derfor muntlig rapport for ikke å miste relevant pasientinformasjon. Mye ble notert i pleiernes egne notisbøker, og sykepleierne måtte stole på sin erfaring. En stor fordel var at medisinmodulen ble mer oversiktlig på grunn av færre feilskrivninger ved overgang fra håndskrift til elektroniske forordninger.

2.2.5 Opplæringsbehov

Graden av suksess ved innføring av ny teknologi i helsetjenesten henger sammen med brukernes forberedthet (Strudwick & Hall, 2015). Opplæring og støttesystemer gir i seg selv sykepleierne en mer positiv innstilling til teknologi. Suksess kan bare oppnås om sluttbrukerne ønsker å bruke den spesifikke teknologien. Forfatterne hevder at kvalitet på IKT-system ikke handler om teknisk kvalitet, men om funksjonalitet hos sluttbrukerne. Teknisk support, brukermanualer og årlig opplæring er suksessfaktorer. Det samme fant De Vliegheer, Paquay, Vernieuwe og Van Gansbeke (2010). De undersøkte innføringen av EPJ i en hjemmetjenesteorganisasjon, og gjennomførte fokusgruppeintervju med 24 sykepleiere. De påpeker i tillegg at det må tas mer høyde for at sykepleiere har forskjellige evner og ulike individuelle opplæringsbehov. Knapp økonomi setter også begrensninger for opplæring i henhold til en studie om bruken av EPJ hos erfarne sykepleiere (Narcisse, Kippenbrock, Odell & Buron, 2013). Erfarne sykepleiere har i utgangspunktet lav selvtillit på egen IKT-kompetanse, men jo lengre de bruker EPJ, jo mer tilfredse blir de.

Furlong (2015) intervjuet 9 sykepleiere om opplæringen i EPJ. Et av hennes hovedfunn var at sykepleiere ikke var godt nok forberedt. Pasientarbeid gikk foran opplæring, og det var vanskelig å finne tid. Forfatteren hevder at kunnskap om bruk av IKT må være et krav innenfor sykepleiekompetanse. Informantene var imidlertid redde for å miste sykepleiens mellommenneskelige dimensjon. Her bør utdanningsinstitusjonene bidra til å bevisstgjøre sykepleiere om at deres kliniske og faglige kunnskap er overordnet all bruk av teknologi, hevder Furlong.

En-til-en-opplæring av sykepleiere kan være et viktig tiltak for å forbedre kvalitet på sykepleiedokumentasjonen, hevder Jefferies, Johnson, Nicholls, Langdon og Lad (2012). De har testet ut et program med fellesopplæring etterfulgt av en-til-en oppfølging i to uker (Ward-based writing coaching). Et slikt opplæringsprogram bidrar til motivasjon og bedret kvalitet i sykepleiernes dokumentasjon.

Et annet eksempel fra norske forhold ser vi etter implementering av DIPS ved Sørlandet Sykehus (Lium, Lærum, Schulz & Faxvaag, 2006). Evaluering viste her at kompetanse i bruk av PC, opplæring og et velfungerende EPJ-system var nødvendig men ikke tilstrekkelig for vellykket implementering. For å oppnå større grad av suksess må organisasjonen kontinuerlig arbeide med hvordan systemet kan utnyttes slik at EPJ skal kunne bidra til optimalisering av arbeidsprosesser over tid.

3.0 METODE

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring og design

Denne studien har et kvalitativt eksplorativt og deskriptivt design. Jeg søker å forstå sykepleiernes erfaringer og opplevelser ved overgangen til DIPS behandlingsplan, og se disse som et uttrykk for fenomenet som undersøkes (Thagaard, 2013). Jeg ønsker derfor å anvende en fenomenologisk tilnærming. Hermeneutikk er en filosofi som inngår i samme tradisjon der delene forstås i lys av helheten. Ved å samholde enkelte funn med samlet resultat, fremstår en dypere forståelse. Fortolkning av kvalitative data bygger på hermeneutikk, og skaper mening gjennom å kondensere, abstrahere og rekontekstualisere, igjen og igjen (Krogh, 2009).

3.2 Datainnsamling

I denne studien er det valgt fokusgrupper og dybdeintervju som metode. Dybdeintervjuet ble gjennomført i februar 2016. Fokusgrupper ble gjennomført tidlig høsten 2016, med fortløpende transkripsjon og analyse.

3.2.1 Utvalg

I kvalitativ forskning er hensikten å oppnå utfyllende beskrivelser om temaet. Derfor benyttes ofte et strategisk utvalg. Dette utvalget velges innenfor den aktuelle målgruppen med en hensiktsmessighet for øye, enten en særlig interesse for temaet, spesielle erfaringer, eller en god evne til å fortelle om dette (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010; Malterud, 2012). Denne studien søkte sykepleiernes erfaringer og opplevelser, og det var derfor ønskelig med maksimal variasjon (Johannessen et al., 2010). Jeg ønsket informanter som var i ulike mestringsfaser og opplevde bruken av DIPS ulikt. En forutsetning var at de hadde erfaring med dokumentasjon også før DIPS. Kriteriene for inklusjon til fokusgruppene ble derav:

- Minimum 2 ½ års erfaring i Kreftklinikken
- Klinisk stilling med daglig bruk av sykepleiedokumentasjon
- Daglig arbeid på sengeenhet
- Bredde i erfaringer med DIPS
- Kjønnfordeling tilnærmet lik enhetenes personalgruppe, dvs ca 80-90% kvinner.
- Spredning i alder og klinisk erfaring

En utvalgsstrategi som speiler bredden av sykepleiere i pasientnært arbeid kan også bidra til å styrke prosjektets overførbarhet.

3.2.2 Dybdeintervju

Et kvalitativt forskningsintervju kan karakteriseres som en strukturert samtale med et klart formål (Kvale & Brinkmann, 2015). Forut for fokusgruppeintervjuene gjennomførte jeg et dybdeintervju med en sykepleier fra Kreftklinikken. Målet var å øve på intervjuteknikk og gjennomføring, samtidig som jeg ønsket å prøve ut en åpen problemstilling for å finne fram til spesifikke temaområder. Problemstillingen her var:

Hvilke erfaringer har sykepleier med bruk av DIPS Behandlingsplan til inneliggende kreftpasienter under cytostatikabehandling?

Informanten var en erfaren sykepleier fra min egen enhet, med interesse og stor kompetanse innenfor sykepleiedokumentasjon. Jeg ønsket til en viss grad å la informantens erfaringer styre hva intervjuet skulle inneholde, slik at denne piloten kunne gi idéer til tematikken i fokusgruppene. Intervjuguiden i dybdeintervjuet (vedlegg 3) var derfor mer fleksibel, og bidro til at intervjuguiden i fokusgruppene (vedlegg 4) ble spisset mot studiens forskningsspørsmål. Da det i dybdeintervjuet fremkommer data relevant for problemstillingen, har også dette intervjuet blitt brukt i selve studien.

3.2.3 Rekruttering – Datatilgang

For å finne informanter til fokusgruppeintervju henvendte jeg meg først til egen seksjonsleder, som videresendte min søknad (vedlegg 5 og 6) til leder for Kreftklinikken. I samråd med seksjonsleder for sengeposter og fagutviklingssykepleier i stab avklarte vi hvilke enheter på Kreftklinikken, OUS jeg skulle forholde meg til. Jeg fikk så presentere studieplanene under en samling med fagsykepleiere og formidlet informasjonsbrev med forespørsel om deltagelse (vedlegg 7). Disse rekrutterte deretter informanter i samråd med sine enhetsledere. Enhetslederne ble også informert direkte via mail (vedlegg 8). Ønsket var to deltagere fra hver post ved de to ulike lokalisasjonene, noe som ville gi 10 sykepleiere.

3.2.4 Fokusgrupper

Fokusgruppeintervju kjennetegnes ved kombinasjonen av deltagersamhandling og forskerstyrt emnefokus og fremskaffer data om et begrenset fenomen på en relativt enkel måte. Metoden er lite påtrengende for deltagerne og er tidsmessig effektivt for forskeren (Halkier, 2010).

Fokusgrupper er egnet til å produsere data om gitte gruppers fortolkninger og samhandling, samtidig som også samspeillet mellom gruppedeltagerne kan gi verdifulle data. Målet er ikke å komme til enighet, men å belyse temaet fra ulike innfallsvinkler (Kevern & Webb, 2001; Kvale & Brinkmann, 2015). Gruppedynamikken kan bidra til refleksjon hos den enkelte, noe som kan bringe data som ikke ville fremkommet i et dybdeintervju (Halkier, 2010). Ulempen er at den dypere holdning og kunnskap som den enkelte besitter, ikke nødvendigvis fremkommer tydelig.

En fokusgruppe ledes av en moderator, assistert av en co-moderator (sekretær). Å være moderator krever erfaring og sosiale ferdigheter. Jeg fikk her assistanse av fagsykepleierkollega Berit Hofset Larsen, som var co-moderator. Hun kom med innspill og spørsmål før, underveis og etter fokusgruppene. Umiddelbart etter at fokusgruppene var ferdige, gjennomførte vi en debriefing for å samkjøre inntrykk, oppklare uklarheter og gjennomgå stemningen i intervjuet, slik Malterud (2012) anbefaler. Som ny moderator var det en fordel å samle sykepleiere som kjente hverandre fra før. Ansatte på samme og nærliggende sengeposter utgjorde en slik gruppe. De var alle på samme hierarkiske nivå, og det ble god flyt i samtalen. Malterud (2012) anbefaler fem til åtte deltagere i en gruppe. I fokusgruppeintervjuene deltok fem og tre deltagere, noe som ga god taletid for hver enkelt og en trygg stemning i gruppen.

3.2.5 Gjennomføring

I alle intervjuene benyttet jeg en teknisk opptaksenhet (iPhone, mobiltelefon), og i fokusgruppene var det tre enheter i bruk. Dybdeintervjuet ble gjennomført uten avbrudd i et rom tilhørende sengeposten informantens arbeidstid. I fokusgruppeintervjuene samlet vi sykepleiere fra de to lokasjonene i Kreftklinikken hver for seg. Jeg kjente ingen av informantene på forhånd. Intervjuene ble lagt til slutten av arbeidsdagen. I første fokusgruppe deltok fem sykepleiere fra tre ulike enheter. Vi var i et passende stort grupperom, som skapte en fin ramme, og samtalen forløp uten forstyrrelser. Vi serverte kaffe, frukt og kake, noe som bidro til lett introduksjonsprat. De fleste deltagerne hadde lang erfaring, hvorav flere hadde

videreutdanning i kreftsykepleie. I den andre gruppen deltok tre sykepleiere, fra to ulike sengeposter. Sykepleierne i denne fokusgruppen hadde under fem års erfaring, men likevel erfaring med dokumentasjon fra før DIPS ble innført. Rammene var like som den første fokusgruppen, inkludert lett servering, og samtalen forløp uforstyrret.

Samme intervjuguide ble brukt aktivt i begge fokusgruppene. Oppfølgingsspørsmål ble utformet spontant avhengig av tema sykepleierne berørte på underveis. Samtalene forløp således likt, men i den første fokusgruppen ble det snakket mer om bruk av veiledende behandlingsplaner og behandlingsplan som kommunikasjonsverktøy, mens det i andre fokusgruppe ble tatt opp bruk av muntlig rapport og kartleggingsnotat. I den første fokusgruppen var det også tydelige refleksjoner om bruk av sykepleieklassifisering, noe den andre fokusgruppen ikke dvelte spesielt ved. Den første gruppen brukte også flere praktiske og pasientnære eksempler.

3.3 Analyseprosessen

3.3.1 Behandling av datamaterialet

Lydfilene ble straks etter intervjuene overført til passordbeskyttet PC, og slettet fra opptaksenhetene. Det ble ikke samlet inn sensitive opplysninger om informantene, kun bakgrunnsinformasjon som fornavn, kjønn, arbeidssted og type erfaring. Etter intervjuene tildelte jeg alle informantene en tilfeldig bokstav, som ikke er basert på initialer (Informant A, B, C til og med I). Fordelingsnøkkel med informasjon om fornavn og informantnummer ble overført til en låst enhet, og blir slettet etter oppgavens sensur. Det samme gjelder samtykkeskjema fra dybdeintervjuet.

3.3.2 Transkripsjon

Transkripsjon er en oversettelse fra tale til skriftlig språk, og innebærer en abstraksjon, der både stemmeleie, kroppsspråk, interaksjoner og tempo i den fysiske samtalen mistes (Kvale & Brinkmann, 2015). Det skriftlige dokumentet etter transkripsjonene er således en redusert gjengivelse av intervjusamtalene. Kanskje taper særlig fokusgrupper, med sin interaksjon mellom deltagerne, på denne reduksjonen. Fordelen er at jeg selv har utført alle intervjuene, og har minner om både iver, stemmeleie og informantenes engasjement. Bruk av flere opptaksenheter sikret at jeg fikk hørbare data fra alle informantene, og fanget også opp pust,

sukk og mumlende tale i større grad. Transkripsjonen av lydopptakene har jeg gjort selv, snarlig etter gjennomført intervju. Jeg har i transkripsjonsprosessen søkt å fange opp det som ble sagt også der informantene snakket i munnen på hverandre eller ikke avsluttet setningene. All tale ble skrevet ut, også språklige elementer som hmm, eeh, latter, nøling, og pauser. Det fremkommer av transkripsjonene hvem som sier hva, og der det ikke var mulig å høre hva som ble sagt, selv etter mange lytterunder, er dette blitt markert med (...) i transkripsjonen. Halkier (2010, s. 83) har et forslag til transkripsjonsregler som jeg har lagt til grunn. Dybdeintervjuet ble først skrevet ut på dialekt, som så ble endret til bokmål for å beskytte informantens identitet.

3.3.3 Analyse og fortolkning

Jeg har valgt å følge Malteruds metode for analyse (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015; Malterud, 2011), som har følgende hovedpunkter:

- Få et helhetsinntrykk fra tekstene, skaffe overblikk
- Kode tekstene, basert på tema som fremkommer i tekstene (induksjon)
- Klassifisere kodene i kategorier eller temaer
- Ekstrahere meningsbærende enheter fra kategoriene til kodegrupper
- Analysere det sorterte materialet, utvikle kategorier av mening, se mønstre, sammenhenger, rekontekstualisere

Jeg har brukt Excel som hjelpemiddel i analysearbeidet. I sammenstillingen av de meningsbærende enheter har jeg lagt vekt på å fremstille informantenes utsagn slik de ble uttalt. I fremstillingen i resultatdelen har jeg fjernet lyduttrykk som ”mmm” og ”eeh”, samt forkortet der informanten gjentar eget utsagn. Jeg har da brukt følgende markering: [...]. Utover dette fremstiller jeg meningsbærende enheter slik de ble uttrykt i fokusgruppen.

Eksempel på oppstilling i analyseskjema:

Meningsbærende enhet	Kode	Tema	Subtema
F: Men det kan jo hende, jeg vet ikke om de etter hvert går bort fra det, og så at man heller skal skrive det i behandlingsplanen? Man bruker jo litt tid på det. Den kartleggingen. Som man egentlig kunne brukt på behandlingsplan.	2	Struktur	Strategier for dokumentasjon
B: Det (behandlingsplan med preformulerte koder) gir en bedre oversikt, og det konkretiserer hva problemet til pasienten er, og så drukner ikke de essensielle problemene i hvor mange brødsriver pasienten har spist...	2	Struktur	Strukturering av KDS
E. (svært engasjert) Dess eldre du blir, dess verre er det å tilegne seg noe nytt. Og, særlig data kanskje, som ikke er min sterke side, som jeg ikke har så veldig interesse for, så alle forandringer for meg, blir sånn ”ååå hjelp, skal vi begynne med noe nytt”, for nå var den PasDocen så veldig godt innarbeidet.	1	Opplæring	Fra ekspert til novise

I arbeidet med å utvikle kategorier gjorde jeg en empiristyrte analyse, ved å la temaer som fremkom i rådataene danne grunnlag for kategorisering av tekstens meningsbærende enheter. Jeg trakk ut alle meningsbærende enheter og kodet dem, før de ble sortert etter tema. Disse temaene har ulik størrelse, og jeg har sammenfattet meningen innenfor hvert tema, samt identifisert illustrerende sitater. Til sist har jeg rekontekstualisert, ved en sammenfatning der jeg gjenforteller meningsinnholdet i de ulike temaene, og eksemplifiserer også med talende sitater. Dette har jeg presentert i resultatkapitlet. Gjennom arbeidet med monografien har jeg hermeneutisk stadig gått tilbake til rådataene for å vurdere sammenhengen ulike sitater står i, for å sikre at utsagn blir sett i konteksten de er sagt i.

3.4 Studiens styrker og svakheter

3.4.1 Forskerrolle og refleksivitet

Som DIPS-Superbruker og leder av Ressursgruppe for Sykepleiedokumentasjon på egen arbeidsplass er sykepleiedokumentasjon et fagområde jeg kjenner godt og har meninger om. Jeg har derfor gjennom hele prosessen med datainnsamling, analyse og fortolkning forsøkt å ha en refleksiv objektivitet ved å stille kritiske spørsmål til min egen forståelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å la veileder, medstudenter og flere uavhengige personer se på materialet har jeg søkt å sikre at min forståelse av fortolkningen er transparent og at føringer minimeres. Samtidig er denne nærheten en ressurs som gjør at jeg forstår betydningen av

informantenes utsagn, jeg selv har stått i tilsvarende situasjon. Å arbeide metodisk med materialet har likevel styrket mitt utenfra-blikk, slik at jeg har kunnet se stoffet i en større sammenheng.

Aktiv deltagelse på masteroppgaveseminar med jevnlige presentasjoner av eget arbeid har utgjort et verdifullt forum for justeringer og tilbakemeldinger. Fellesskapet av masterstudenter har sett mitt materiale og har gitt meningsfulle innspill. Jeg har også bidratt til andres arbeid ved gjennomlesning og tilbakemelding. Dette siste har også utvidet horisonten og gitt metodiske innspill for min egen oppgave.

Jeg har tilstrebet en induktiv tilnærming under gjennomlesning av transkripsjonene. Jeg har forsøkt å lese uten å la meg styre av min førforståelse. Jeg har fått støtte av veileder til å utmeisle tema og kategorier. Min stilling som fagsykepleier kan også ha hatt innvirkning på oppfølging av spørsmål i fokusgruppene. I analyseprosessen har gjenkjennende elementer blitt tydelige, og denne nærheten gjør det vanskeligere for meg å se datamaterialet på avstand. Dette har jeg vært oppmerksom på under arbeidet, noe som er velkjent ved studier på egen arbeidsplass (Johannessen et al., 2010). Men å sette egen førforståelse bort og møte dataene med blanke ark har naturligvis vært umulig. Studien må leses i dette lyset – forskeren er en insider i materialet.

3.4.2 Validitet og troverdighet

Validitet betyr datas gyldighet. Intern validitet innebærer at en undersøker det som er ment å undersøkes og at resultatene er gyldige for mitt utvalg. Ekstern validitet angir at dataene kan være gyldige også i en annen tilsvarende sammenheng. Validering er en prosess, og jeg har tilstrebet å tenke validitet gjennom alle studiens faser, etter Kvale og Brinkmanns modell (Kvale & Brinkmann, 2015). Refleksivitet underveis i forskningsprosessen bidrar til økt grad av troverdighet. Troverdighet er et begrep som anvendes i kvalitativ forskning (Graneheim & Lundman, 2004; Johannessen et al., 2010). Å bruke en systematisk metode for analyse- og fortolkningsarbeidet styrker oppgavens troverdighet, ved at metoden jeg har brukt er sporbar (Christoffersen et al., 2015) og transparent. Jeg har videre drøftet metodebruk i kapittel 5.4 *Metodedrøfting*.

3.5 Etiske hensyn og personvern

Studien søker å kartlegge opplevelsene og erfaringene til helsearbeidere, og var dermed søknadspliktig til personvernombudet for helsetjenesten, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (vedlegg 9). Studien ble godkjent av NSD 07.06.16 (vedlegg 10). Sykepleierne fikk via fagsykepleiere og enhetsledere på sengepostene skriftlig og muntlig informasjon om studien, og deres deltagelse ble antatt som samtykke (Ruyter, Førde & Solbakk, 2014). Det fremkom av gitt informasjon at deltakerne når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg fra studien. Da det ble aktuelt å også legge dybdeintervjuet til grunn i studien, ble skriftlig samtykke fra informanten innhentet.

I fremstillingen av resultater har jeg vektlagt at dette er en studie i egen klinikk, og det fremkommer ikke informasjon som kan knytte den enkelte informant til en bestemt enhet, ei heller fremkommer informantenes kjønn. Jeg har ved transkripsjonen anonymisert de enkelte deltagerne, samt søkt å oversette dialekt til bokmål for å gjøre materialet mindre gjenkjennbart og ivareta deltagerens konfidensialitet. Jeg har også anonymisert enhetene som den enkelte arbeider ved.

4.0 RESULTATER

Informantene hadde noe ulik klinisk bakgrunn, og spennet i deres sykepleiererfaring var fra 2½ år til over 20 års erfaring. Tre informanter hadde under 5 år erfaring, tre hadde mellom 6 og 20 års erfaring, og tre hadde mer enn 21 års erfaring som sykepleiere.

Jeg har valgt å tematisere funnene fra intervju og fokusgrupper i følgende kategorier:

- *Opplevelser av kodet språk*
- *Bruk av behandlingsplan med sykepleieklassifikasjoner*
- *Utfordringer ved overgang til nytt dokumentasjonssystem*

Jeg vil i det følgende presentere resultatene med disse kategoriene som overskrifter, samtidig som jeg knytter forskningsspørsmålene opp til de aktuelle kapitlene hvor disse besvares.

4.1 Opplevelser av kodet språk

I dette kapitlet besvares forskningsspørsmålet: *Hvordan opplever sykepleierne å jobbe med et standardisert språklig uttrykk som NANDA og NIC?*

DIPS behandlingsplan bruker klassifikasjonssystemene NANDA og NIC. Sykepleierne synes kodene passet til aktuelle problemstillinger hos pasientene, men noen av kodene opplevde informantene som lite konkrete med lange unødvendige setninger. Sykepleierne sa de hadde behov for å gjøre det mer virkelighetsnært og kutte ut litt av setningene. E beskrev språket: *Laange formuleringer, [...] det blir så veldig voksent og høyt på strå-språk, [...] Det er så veldig oppblåst.* Overgangen fra tidligere gjengav hun slik: *Vi kunne bruke DocuLive akkurat som vi ville, vi kunne skrive egen tone og eget språk på det, men her er det allerede forklart, at sånn skal det stå her!* D sa: *Jeg kan jo merke at det er direkte oversatt fra amerikanske diagnoser (latter).* Språket ble også beskrevet som kunstig og unaturlig, *Ja, det er jo ikke helt det man ville brukt selv,* sa F.

Informantene sa de hadde behov for å kommentere i tillegg til koden for å gjøre det mer forståelig og tilpasset den enkelte pasienten. D formulerte det slik: ***Forstyrrelse i urineliminasjon**, hva er det for noe? Da passer det kanskje å legge til en liten kommentar om*

det. Og da blir den mye mer for den pasienten, med en gang. H sa: *Ja, for noen ganger [...] blir det ikke fylt inn (individualiserende kommentar) i det hele tatt, så står det bare "spesifiser:" der fortsatt.* Muligheten til å individualisere bidro dermed til at sykepleierne oppfattet kodene som funksjonelle, selv om formuleringene var noe unaturlige.

Enkelte diagnoser var slik formulert at de vanskelig kunne stå alene. B forklarte: *Sånne eksempler må jo utfylles: [...]"Åndelig nød -pasienten har et stort behov for å snakke".* Noen koder fremstod som problematiske å tolke innholdsmessig, og F sa: *Det man ikke forstår helt, det tar man ikke.* Formuleringene kunne også fremstå som selvfølgeligheter når de ble nedtegnet, mente D: *Vi var frustrerte da vi startet at det var litt flåsete mål som var en selvfølgelighet, når det står at pasienten skal være smertelindret, så: "okei, det vet vi". [...]* *Den røde delen som er mål, kan fort bli "hva tror du om meg?"* Dette kunne gjøre at mål som virket som selvfølgeligheter ikke alltid ble nedfelt, mente informantene. Enkelte koder som er viktige for pasientgruppen i Kreftklinikken mangler i klassifikasjonssystemene. Diagnoser og tiltak rundt f. eks håravfall og epileptiske anfall finnes det ikke koder for, fremholdt sykepleierne. Dette er imøtekommet ved å lage faste fritekstdiagnoser i Veiledende behandlingsplaner (VBP).

4.2 Bruk av behandlingsplan med sykepleieklassifikasjoner

I dette kapitlet søker jeg å besvare forskningsspørsmålet: *Hvilke fordeler og ulemper har anvendelse av klassifikasjonssystemene NANDA og NIC i behandlingsplan?*

Da DIPS ble innført, skulle bruk av klassifikasjoner gi en mer oversiktlig sykepleiedokumentasjon med mindre føring av kontinuerlige rapporter, og redusert muntlig informasjonsoverføring, såkalt *Stille rapport*. Bruk av behandlingsplan inkluderte bruk av NANDA og NIC, og informantene skilte ikke tydelig mellom dette, behandlingsplan var klassifikasjoner.

4.2.1 Muntlig rapport

Det har vært vanskelig å legge bort muntlig rapport selv om alt dokumenteres i behandlingsplan. G: *Det er jo egentlig stille rapport, men vi er jo glad i å gi litt muntlig rapport, også.* Typiske rapporttema var oppgaver som skulle gjøres, slik H fortalte: *Det eneste*

vi skal si er vel HLR minus², hvis det pågår cytostatika, eller hvis det er helt spesielle ting, til nattevaktene skal vi i tillegg kunne si at det pågår væske og antibiotika x4 og sånne ting.

Sykepleierne rapporterte ofte muntlig det som var skrevet i behandlingsplan, spesielt til nattevaktene. Det økte egen trygghet, slik G erklærte: *Så derfor kan jeg ha behov for å si alt som skal bli gjort, selv om det står. Jeg tror det er en dobbel sikkerhet for seg selv. F sa: Det er deiligere når man har gitt litt rapport...*

Sykepleierne sa at de trodde neste skift ikke hadde tid til å lese før de skulle begynne å jobbe, og at enkelte sykepleiere på natt ikke behersket behandlingsplan og bruk av klassifikasjonene godt nok. G: *Så hvis det er mye å gjøre kan det være at de ikke får lest på pasientene før kl 02 på natta, og da er det noe med en trygghet for oss, for en vet jo at noen ganger får de ikke tid å se på behandlingsplanen engang. H: Men jeg sier i hvert fall til de som overtar min pasient: husk på det og det, selv om jeg allerede har skrevet det i behandlingsplan. Nattevaktene selv etterspurte gjerne muntlig rapport, dersom ikke dette ble gitt.*

4.2.2 Innholdet i skriftlig notat/evaluering

Når det gjaldt hva som skulle skrives i notat/evaluering, fremkom det ulike rutiner ved de forskjellige enhetene, og også grensesnittet mot kurven ble diskutert. I blant ble sykepleietiltak og forordninger til pasienten fortsatt skrevet i notat/evaluering i tillegg til i behandlingsplan, slik G formulerte:

Selv om behandlingsplanen er der, så er det trygt å skrive det i tillegg (latter) så man dobbelfører nok mye. Det er jo det som behandlingsplanen er til for, at man skal skrive mindre, så man skal bare skrive det helt relevante, hvis det er noe utenom det vanlige, så jeg synes jo notatene er blitt kortere.

Enkelte elementer mente informantene måtte skrives i evaluering, slik B fremholdt:

Samtidig tror jeg at det er enkelte ting som man må skrive i en evaluering, for eksempel har du et urinkateter og det står i behandlingsplanen, så vil det jo være naturlig at en følger med

² Ikke oppstart av Hjerne-Lungeredning

at det kommer noe på urinkateteret, og at det ikke har gått tett eller det er resturin, men jeg tror mange velger konsekvent å skrive: Tømt urinkateteret for 600 ml.

Andre mente at dette var informasjon som skulle nedfelles i kurven. Noen dokumenterte observasjoner og målinger både i kurve og i evaluering.

H formulerte potensialet i behandlingsplaner: *Det har vært ganske effektivt i forhold til at hvis du bare har fulgt alt som står i planen og har signert i kurven for vekten, så trenger du ikke skrive noe notat.*

Samtidig var det også uklarheter mellom behandlingsplan og notat/evaluering: *Vi er litt usikre på hva som skal skrives og hva som skal i behandlingsplanen, sa F. Det var utfordrende å endre vaner fremholdt C: Hva skal vi skrive og ikke skrive, særlig for cytostatika. For vi er så vant med å skrive "kur pågår, uten anmerkning", og det er egentlig bortkasta, for det har vi jo på et eget arbeidsskjema. Når ting var uten anmerkning skrev noen, andre skrev ingenting. Dette kunne også medføre at tema som burde dokumenteres kanskje ikke ble dokumentert. A uttrykte sin frustrasjon: Men så har vi det med ernæring da, der skal vi nesten ikke skrive noen ting, hvis de har dårlig matlyst, pasientene, ikke fører drikke eller ernæringsliste, kostregistrering, hvor skal vi skrive det da?*

4.2.3 Planmessig tilnærming

Planmessigheten og strukturen i behandlingsplan med sykepleieklassifikasjoner ble vurdert som positiv. DIPS behandlingsplan bygger på den "gammeldagse" måten å dokumentere på med problem, mål og tiltak, slik I formulerte: *Den (behandlingsplanen) er jo bare en videreføring over til dataen, som jeg kjenner meg godt igjen i, da. Sammenlignet med tidligere dokumentasjonssystem var behandlingsplan med NANDA og NIC fordelaktig slik B hevdet: Det gir en bedre oversikt, og det konkretiserer hva problemet til pasienten er, og så drukner ikke de essensielle problemene i hvor mange brødkiver pasienten har spist. Tidligere måtte man eksempelvis lese mange notater for å finne noe om pasientens tannstatus. B formulerte hvordan det har endret seg: I stedetfor står det: **Fremme munnhelse** – pasienten har gebiss.*

4.2.4 Pasientens behandlingsplan

Når sykepleieren skulle individualisere til den enkelte pasient måtte hun legge inn en tilpasset kommentar i de aktuelle sykepleiediagnoser, mål og tiltak. Behandlingsplanen skal avspeile den enkelte pasientens behov, slik I sa: *Og så slår jeg opp på behandlingsplanen og ser hva det er de har trukket ut eller fanget opp, hva er fokus for denne pasienten her. Hva er det han trenger av sykepleietiltak?* Klassifiseringene ga således et raskt overblikk, samtidig som de ble individualisert til den enkelte. D påpekte at de har blitt flinkere å individualisere:

På tiltaksdelen så kan man ta de kodene som er litt amerikansk, men ofte er de jo helt greie, og så kan man lage sine egne underpunkter som passer til pasienten. Og etter jeg skjønnte at man kunne det, da synes jeg det var lettere å gjøre det spesifikt for den pasienten.

Mange pasienter hadde like problemstillinger, sa G: *Vi har jo så mange pasienter som har tilnærmet samme problemet, så da vil de automatisk bli like. Men det er jo aldri sånn at man har en standardpakke for brystpasienter, at "da putter vi inn det", så det blir lagd for hver enkelt pasient.* Behandlingsplan ble likevel utformet individuelt, men oftest med utgangspunkt i en diagnose- eller behandlingsspesifikk VBP. Som E fremholdt: *Jeg gjør som regel det (bruker VBP). Finner gode punkt som passer min pasient. Der står både mål og alt, så det er veldig lettvent.* I behandlingsplanen skulle det fremkomme sammenheng mellom sykepleiediagnose, mål og tiltak, noe det ikke alltid var: *Ja, det er mange pasienter som kan være her i 4-5 uker og ikke har et eneste mål i behandlingsplanen. Det skal jo ikke være sånn,* sa H.

I trakk frem muligheten til å skrive behandlingsplan i samråd med pasienten: *Sånn at hvis du hadde skrevet denne planen sammen med pasienten, så sier du: "Dette er det jeg har oppfattet som er viktig for deg, stemmer det?"* I fortalte videre: *Men du går sjelden tilbake til pasienten og viser han hvordan du har trukket ut dette her, og spør: "Er det riktig sånn som jeg oppfatter?"* Videre var informanten opptatt av å få frem pasientens stemme også i dokumentasjonen om ham: *For det er jo han det handler om, vet du. Og der tenker jeg at det kreves et visst mot, for å ta med pasienten til å skrive pleieplanen.* For å få dette til måtte de være forberedt på å både sette av tid og være aktivt tilstede, noe som ikke alltid var enkelt.

4.3 utfordringer ved overgang til nytt dokumentasjonssystem

I dette kapitlet søker jeg å besvare forskningsspørsmål 3: *Hva virker fremmende og hva virker hemmende på sykepleiernes mestring av nytt dokumentasjonsverktøy?*

Spesielt for de sykepleierne som var godt voksne var det utfordrende å gå over til noe nytt, og spesielt databaserte verktøy. Overgangen opplevdes stressende, og det var vanskelig å henge med. E uttrykte: *Det var plutselig ikke noe artig å gå på jobb lengre, grudde meg nesten til de data greiene.* Noen av sykepleierne hadde også en vegring som de opplevde som lite konstruktiv og hemmende for læring. Flere uttrykte at det har tatt svært lang tid å lære systemet. Noen aksepterte at de trengte hjelp, mens andre mestret DIPS med letthet. Disse forskjellene var ikke alltid aldersbetinget, men som regel var det de eldste som lærte senest. Etter å ha fortalt om sin egen langvarige opplæringsprosess sa imidlertid E: *Men det glir jo selyfølgelig inn for gamle damer også!*

4.3.1 Opplæring ved innføring av DIPS

Opplæringen i regi av OUS forut for oppstart av DIPS traff ulikt. En mente det var helt bortkastet, men flere mente at den ga et grunnlag. A sa: *Men jeg syntes det var greit med de kursene til å begynne med, det var fint å få oppfølging rett etterpå. Men det var mye som gikk meg hus forbi.* B: *Jeg synes egentlig det kurset vi hadde i forkant var i hvert fall en fin sånn grobunn.* Flere påpekte at kursene ikke var tilpasset nok, slik at det ble vanskelig å henge med. E: *Den opplæringa vi fikk, gikk sånn kjapt og gjennom masse, masse.*

Oppfølging av superbrukere og DIPS-ressurser initialt var også viktig, slik C fortalte:

Superbrukerne [...] gikk rundt og hjalp oss hele tida. Så det var veldig, veldig bra, og så kom de også fra... ja, de ordentlige DIPS-folka, [...] de gikk rundt på posten de første ukene, og hjalp til. Men det har jo tatt tid for mitt vedkommende. Det har tatt lang tid.

4.3.2 Lokal oppfølging

Sykepleierne fortalte at de begynte å få mer kontroll på bruk av DIPS og behandlingsplan nå, to år etter, godt hjulpet av repetisjoner, informasjon, støtte og en-til-en-opplæring. Spesielt superbrukernes og fagsykepleiernes innsats ble fremhevet som grunn til at DIPS-bruken nå jevnt over befinner seg på et akseptabelt nivå, slik G fremsa: *Vi har en super superbruker som*

tegner og sender mail til oss med liksom "akkurat sånn gjør du". Hun lager oppskrifter til oss[...], da må vi jo sjøl sitte og kludre med det på egen hånd. B sier: Og så var vi veldig heldige for vi har en fagsykepleier som har bare stått på så det synger etter. Og passet på at alle hang med.

E fortalte:

Vet du, det som egentlig var gjennombruddet for meg, det var at fagsykepleier på avdelingen vår tok to og to ut av avdelinga, og så gikk vi gjennom en case, der det var inn med teskje. Alt fra kartleggingsnotat til alt som jeg egentlig ikke hadde fått med meg fra før, det fikk jeg med meg. Da satt vi to timer og så hadde vi bare om DIPS, og en case, så det var veldig, veldig bra [...]Og da fikk jeg sånn lys, jeg! Rett og slett.

Sykepleierne hevdet at DIPS var et svært godt og effektivt verktøy, når de nå i større grad mestret bruken. Informantene mente at behandlingsplan med sykepleieklassifikasjoner har vært det vanskeligste å lære i DIPS. Det gjaldt både den praktiske bruken og det å skape en felles holdning til hva og hvor mye det skulle skrives. C:

Jeg synes kanskje den behandlingsplanen er litt av det vanskeligste. Fordi mange av de andre tingene var for så vidt likt, innkomstnotat, utnotat, sammenfatning, ja blodprøvesjekk, [...]. En ting er å se når du skal lese den, men liksom det å skulle klare å finne frem alle diagnosene og tiltakene, ja, og i starten, hvor mye skulle det stå der?

Det kom frem at det var en lang periode med usikkerhet før de hadde en felles forståelse på enheten. Enkelte sa også at de fortsatt strevde med å bruke behandlingsplan.

Bruk av behandlingsplan ble enklere med et oversiktlig kartleggingsverktøy. Sykepleierne brukte DIPS Kartleggingsnotat, og når dette var grundig fylt ut, dannet det en adekvat bakgrunn for behandlingsplan. F sa: *Man bruker jo litt tid på det. Den kartleggingen. Som man egentlig kunne brukt på behandlingsplan.* Kartleggingen kunne bli så omfattende at den nesten gikk over til en slags behandlingsplan, slik G sa: *Egentlig så lager vi på et vis behandlingsplan i kartleggingsnotatet.* G fortalte videre om planer med å kunne hente frem kartleggingsnotat via en lenke i behandlingsplan: *Men det som vi skal prøve å lære nå, er at vi*

skal kunne bare trykke oss inn på kartleggingsnotatet fra behandlingsplanen. Et grundig kartleggingsnotat muliggjorde at neste vakt kunne overta behandlingsplanarbeidet.

En utfordring var å bli enige om en felles måte å bruke behandlingsplanen på i de enkelte enhetene. D sa: *Det eneste som funka var bare å prøve og feile. Vi holdt på i et år halvannet, før det egentlig har sittet godt, og vi har funnet de kodene som passer våre diagnoser og våre problemer, men det tar tid!* D fortalte videre at det har blitt mye lettere enn under DocuLive: *Når du leser om en pasient har du det mer samlet, det har jeg faktisk ikke tenkt over, men det er ganske behagelig, å kunne se i ett dokument og få mye ut av det.*

Nå fortalte sykepleierne at de gikk inn og endret på behandlingsplanen ofte og definerte den som dynamisk. C sa: *Jeg tror jeg forandrer på den stort sett hver dag.* Behandlingsplanen ble lang og uoversiktlig hvis uaktuelle tiltak og diagnoser ikke ble avsluttet fortløpende, mente de. DIPS har medført en mer oversiktlig måte å formidle beskjeder på. Det ble også mindre klikking frem og tilbake, og notatene har blitt kortere, sa informantene.

Beskjeder, totalbilde over hjemmesituasjon, telefonnummer til hjemmesykepleie, pårørende og lokalsykehus i behandlingsplanen opplevdes funksjonelt, og sykepleierne syntes nå det var blitt oversiktligere å finne informasjon. Det kunne også fremkomme spesielle ting som var gjeldende fra kur til kur, og det kunne stå hva pasienten hadde fått informasjon om, slik I sa:

Jeg synes det er veldig viktig å få frem hva det er de har fått informasjon om... rundt cellegiftbehandling, bivirkninger og virkninger og hvordan de skal forholde seg når de kommer hjem [...] det er på en måte en kvalitetssikring, har pasienten fått all den informasjonen han trenger?

Dette var oversiktlig og lettet daglig arbeid, sa informantene. De brukte kortere tid på å sette seg inn i pasientens situasjon ved vaktstart når de leste i behandlingsplanen, mens de ved mottak av pasienter brukte lengre tid på dokumentasjon enn før.

Sykepleierne brukte også mye tid på å lete etter riktig kode, spesielt når pasienten hadde mange ulike problemstillinger. F: *Hvis jeg sitter lenge og leter, så bare skriver jeg i fritekst. Men det har jeg skjont at det skal man helst ikke gjøre...* G var litt oppgitt: *Går vel egentlig på at jeg synes noen ganger det er vanskelig å finne frem, for oppi hodet så tenker du*

tiltakene og målene, og så bruker jeg så fryktelig lang tid på å finne det. Sykepleierne var enige i at kodene passet til det som feilte pasienten, men de var vanskelige å finne.

4.3.3 Nye rutiner

Behandlingsplanen med sykepleieklassifikasjoner fungerte også som kommunikasjonsverktøy mellom de ulike vaktskift. Den var en slags huskeliste over oppgaver. D uttrykte dette tydelig: *Det var noe av den største utfordringen. Å stole på et nytt beskjedsystem, mellom oss, mellom vaktene.* Informantene hevdet at det var utfordrende å skulle stole på systemet, eksempelvis at alle skrev inn beskjeder. Behandlingsplanene opplevdes som en klar forbedring fra tidligere notater, slik H gjengir: *Jeg synes stort sett behandlingsplanene fungerer bra, litt rotete og sånt, men det er en veldig god ordning i forhold til rapport.* Før var det ikke gitt at tidligere notater ble lest, og informantene opplevde behandlingsplan med klassifikasjoner som en sikrere metode for dokumentasjon.

4.3.4 Bruk av veiledende behandlingsplaner

Tilpasninger til aktuelle pasientgrupper og situasjoner på hver enkelt post lettet arbeidet med å utarbeide behandlingsplan. Veiledende behandlingsplaner (VBP) ble mye brukt. D utdypet: *Men de veiledende er fine, som det ligger i ordet. Vi bruker de først. Som en sånn grunnstein. Fundament.* A sier: *Vi kan jo søke på Kreft Palliasjon. Den har hjulpet meg mye, i alle fall!* Flere ulike VBP ble brukt: Kreft Palliasjon, Medikamentell Kreftbehandling, Kreft Truende Tverrsnitt, Kreft Strålebehandling, men også VBP på andre diagnoser ble benyttet, slik E fastslår: *Du finner masse nyttig under (VBP) Hjertesvikt selv om ikke pasienten din har hjertesvikt.* Utarbeiding av behandlingsplan på en standard elektiv innkomst begynner å sitte mer, sa de, mens en diffus øyeblikkelig-hjelp-pasient krevde lengre tid. De fleste sa at det var enkelt å plukke koder fra VBP selv om det tok tid. Dette ga oversikt og konkretiserte hva pasienten trengte av hjelp. Det kunne virke vanskelig å legge vekk den fortellende formen, og sykepleierne erfarte at det legges inn diagnoser, mål eller tiltak som er overlappende. B: *Noen ganger så ser jeg på behandlingsplanen at folk har brukt fire forskjellige punkter for å definere at pasienten skal være så smertefri som mulig.* Det var utfordrende å få med både mål og tiltak til de enkelte diagnoser, og skape en sammenheng.

En sykepleier beskrev at hun i VBP fant mål og NIC til en sykepleiediagnose først, før hun gikk videre til neste sykepleiediagnose. Da sikret hun også at de kom i riktig rekkefølge i

behandlingsplanen. Det fremkom at sykepleiediagnosene måtte fylles ut med en individuell kommentar, for å spesifisere f. eks hvor pasienten hadde vondt. B: *Fremfor bare å trykke på diagnosen akutt smerte, så står det jo faktisk relatert til. Så da er det naturlig å for eksempel skrive truende tverrsnitt, hvor det truende tverrsnittet ligger, og så - smerte i høyre hofte som stråler ned beinet.* Klipp-og-lim-mulighetene som ligger i VBP gjør DIPS funksjonelt, mente I: *Så denne plukk og klipp og lim er i hvert fall disse "ungdommene" veldig flink til. Sånn at jeg tror de synes det er morsommere, altså!*

4.3.5 Tid er mangelvare

Utforming av en fullstendig behandlingsplan tok tid. Sykepleierne rakk ofte ikke å opprette behandlingsplan på samme vakt som pasienten kom inn, fortalte G:

En klarer ikke å lage en fullstendig behandlingsplan med en gang man tar de imot. Man bruker for mye tid på det. E sa: Men hvis den jobben skal være tenkt gjort den samme dagen som jeg tar imot, da har du ikke sjans [...] så det tar liksom noen dager før den er komplett, da, de fyller inn etter hvert.

Hvis mottakssykepleier på dagvakt hadde skrevet en god kartlegging, var det lettere for kveldsvakten å fortsette på behandlingsplanen. Det kan være gøy også, fortalte E: *Har du tid så er det litt morsomt å lete opp ting, og få det bra, men som regel så har en ikke tid! En skal ha det hurtig og greit!* I tillegg til at tiden var en begrensende faktor, var pasientmottak nå blitt mer omfattende, med dokumentasjon på ulikt vis, slik E fortsatte:

Det tar lengre tid. Å ta imot en pasient er ikke så enkelt lenger, du skal ha et kartleggingsnotat, og så skal det skrives inn i behandlingsplanen slik at det er enkelt å få det opp, og gjerne ESAS³ også, inn der, så du kan jo bruke en halv formiddag på å ta imot en pasient hvis du skal gjøre det skikkelig!

G foreslo *Bedre tid?* som tiltak for at behandlingsplanene skulle bli mer individuelle. Tidsønsket skapte allmenn latter, før mer opplæring og oppfølging ble etterlyst, da de mente det var mer realistisk å få gjennomført.

³ ESAS: Edmonton Symptom Assessment System, Symptomkartleggingsskjema

5.0 DISKUSJON

Sykepleierne ved Kreftklinikken gir uttrykk for erfaringer av ulik karakter. Etter analyse av resultatene har jeg valgt å kategorisere sykepleiernes erfaringer av omstillingene i to kategorier: Erfaringer av *praktisk karakter* og erfaringer som vitner om endringer av *prinsipiell karakter*.

Det praktiske speiler endringens konsekvenser for sykepleierhverdagen, slik som ny arbeidsflyt og utfordringer knyttet opp mot teknostress. Dette utdypes i kapitlene om *Endret arbeidsflyt – fremmende og hemmende for mestring* og *Utfordringer ved endring av teknologi*. Opplevelsene av prinsipiell karakter henspiller på strukturelle endringer ved måten sykepleierne dokumenterer på, endringer som får konsekvenser i stort omfang og på lang sikt. Dette drøftes i det siste underkapitlet, *Fra fortellerkultur til koding*.

5.1 Endret arbeidsflyt – fremmende og hemmende for mestring

Både Sassen (2009) og Gephart et al. (2015) påpeker at sykepleierne naturlig nok opplever endringer i arbeidsflyt etter overgang fra papir til elektronisk dokumentasjon. I min studie synliggjøres at disse endringene også kan oppstå ved skifte av EPJ-system, relatert til blant annet endrede dokumentasjonsstrategier. For å forstå arbeidsflytens betydning er det viktig å ha i mente at dokumentasjon om pasienten er en av mangfoldige oppgaver sykepleierne daglig ivaretar. Hverdagen på sengepost er kompleks og kan være vanskelig for den enkelte å planlegge.

Dokumentasjon av sykepleie i form av planlegging og endringer i behandlingsplan kan utføres gjennom hele vekten, en klar fordel sammenlignet med tidligere vaktrapport, som ble skrevet som en oppsummering mot slutten av vekten. Samtidig påpeker informantene at de bruker mye tid på å lete etter diagnoser og tiltaksformulering. Dette fordrer at de ikke kan oppdatere en behandlingsplan ”i forbifarten”. En sykepleier sier at hun ikke rekker å *kludre* med å lage behandlingsplan hvis hun har fire mottak en dag. Uttrykket *kludre* rommer mye, både at det er tidkrevende og at det oppfattes som vanskelig. Sykepleierne er avhengige av å sette seg ned, lete frem en aktuell VBP, hake av diagnoser, mål og tiltak, redigere

formuleringene for å passe pasienten, samt vurdere om det er elementer som må endres eller avsluttes.

Veiledende behandlingsplaner beskrives som et egnet verktøy, og utarbeiding av behandlingsplan for en elektiv pasient med fastsatt og kjent behandlingsopplegg går lettere nå, ifølge informantene. Tidselementet holdes frem av informantene som det enkeltstående tiltaket som vil ha størst utslag på hensiktsmessig utarbeidelse av behandlingsplaner. Dette bekreftes av flere studier, knapphet på tid er en barriere for sykepleiernes opplevelse av mestring (Conrad et al., 2012; Stevenson et al., 2010; Whittaker et al., 2009).

Vanlig prosedyre ved enhetene er at sykepleieren som mottar pasienten innkomstdagen skriver kartleggingsnotat og utformer behandlingsplan. Dette ansees som rasjonell ressursbruk. Flere av informantene påpeker at dette ikke er gjennomførbart på grunn av knapphet på tid, og ansvar for flere pasientmottak samme dag. Inngående kartlegging kreves og prioriteres dermed først. Dette krever at neste ansvarlige sykepleier må sette seg grundig inn i pasientens situasjon for å samle data til behandlingsplan-utarbeidelse, noe som kan medføre ineffektivitet og kvalitetsforringelse.

5.1.1 Behandlingsplan fremmer oversikt

Informantene er fornøyde med at en oppdatert behandlingsplan konkretiserer pasientens problem og gir raskere og bedre oversikt over pasientens situasjon. Da opplever de dokumentasjonen som systematisert og tydelig: Kartleggingen for seg, diagnoser og tiltak et annet sted. Dette er nyttig og brukervennlig, slik også omtalt hos de Veer og Francke (2010) og Huryk (2010). Det har tatt tid å stole på et nytt system, men etter to års bruk opplever informantene at verktøyet er funksjonelt.

Begge fokusgruppene trekker dog frem problemer med dobbelføring. Dette innebærer at observasjoner nedfelles flere steder. Stevenson og Nilsson (2012) peker på at dokumentasjonen blir mer oversiktlig når journalen alltid er tilgjengelig elektronisk, samtidig som det er uklart hvor ulike elementer skal dokumenteres. I deres studie sikret informantene dette ved å supplere med muntlig rapport for ikke å miste viktig informasjon. Det samme opplever sykepleierne i min studie. Grensesnitt mot annen dokumentasjon er uklart. Vitale målinger, væskebalanse og vekt kan føres både i kurve, observasjonsskjema og i

notat/evaluering. Dette medfører ekstraarbeid, mindre oversikt og risiko for feilføringer, med fare for pasientsikkerheten.

DIPS behandlingsplan inneholder funksjonaliteter som kan bidra til en systematiserende effekt, redusere dobbeltføring og virke positivt på flyten i sykepleiernes arbeid.

Funksjonaliteten *frekvens* i behandlingsplan angir hvor ofte en handling skal gjennomføres. Ved å legge inn forordninger om hvilke observasjoner som skal gjøres, fremkommer det tydelig for alle som har ansvar for pasienten *hva* som skal observeres, *hyppigheten* av observasjonene og *hvor* de skal dokumenteres. Dette gir optimal oversikt over planlagte arbeidsoppgaver.

5.2 utfordringer ved endring av teknologi

Før implementeringen av DIPS hadde mange hørt mye positivt om DIPS-systemet. Doculive, PasDoc og Infomedix⁴ hadde mangler og begrenset funksjonalitet, og mange gledet seg til et system med integrasjon av ulike program. En annen motiverende faktor var integrasjon med andre lokasjoner i OUS, slik at dokumentasjonen kunne følge pasienten på tvers av enhetene Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål. Organisasjonen hadde informert om og forberedt omleggingen lenge. Likevel uttrykker en av informantene at hun etter innføring av DIPS grudde seg til å gå på jobb, på grunn av *de datagreiene*. Hvis teknologien oppleves som for vanskelig å bruke, kan det overskygge alle fordelene de ulike programmene teknisk måtte ha (Strudwick & Hall, 2015).

5.2.1 Superbrukere som endringsagenter

Å implementere et nytt dokumentasjonssystem i en så stor organisasjon som OUS var en omfattende, planlagt og strategisk endring (Jacobsen & Thorsvik, 2002). I følge Lewins endringsmodell (Jacobsen, 2012) er forberedelsesfasen, *unfreezing*, mest krevende. Her legges grunnlaget for at selve endringen skal gå så smertefritt som mulig. Ved OUS var endringen forberedt i flere år, både på virksomhets-, avdelings- og enhetsnivå. Selve gjennomføringen gikk over en helg, og perioden siden oktober 2014 har vært en langvarig *refreezing*-fase (Jacobsen, 2012). De som initierer endringen kaller Jacobsen (2012) endringsagenter, uavhengig av posisjonen de har i organisasjonen. Meyer og Stensaker (2011)

⁴ Doculive var pasientdokumentasjon, PasDoc var system for medisinske støttefunksjoner, Infomedix var pasientadministrativt system

anbefaler her å bruke egne ansatte, gjerne på enhetsnivå, for å bidra til legitimitet og motivasjon.

Superbrukerne var ved DIPS-implementeringen OUS sine viktigste endringsagenter. Forut for endringen hadde i tillegg instruktører, selektert fra klinikken, ansvar for grunnopplæringen av alle ansatte. Etter implementeringen hadde disse en veiledende funksjon i noen uker. De blir nevnt av informantene som viktige, men de sto ikke i det daglige kliniske arbeidet. Ansvar for daglig oppfølging og veiledning falt på superbrukerne. Superbrukernes innsats, sammen med fagsykepleiere på post, holdes frem som vesentlig for sykepleiernes mestring av DIPS behandlingsplan, og som reduserende av teknostress (Fuglseth & Sørebo, 2014). De har enhetsvis skapt en forståelse for hvordan behandlingsplan skal benyttes som kommunikasjonsverktøy, og ikke minst har de som veiledere og undervisere av pleiepersonalet gjort en betydelig innsats. Superbrukerne har vært en viktig ressurs i alle endringens faser, og drevet endringen fremover (Jacobsen, 2012; Meyer & Stensaker, 2011).

5.2.2 Nødvendigheten av opplæring

Flere av informantene i studien uttrykker nytte av grunnopplæringen forut for oppstart av DIPS. En rekke studier understreker nødvendigheten av god opplæring og støttesystemer, slik som brukermanualer, helpdesk-funksjon og veiledende kolleger (De Vliegher et al., 2010; Furlong, 2015; Lium et al., 2006; Narcisse et al., 2013; Strudwick & Hall, 2015). Mye av dette ble tatt høyde for ved overgangen til DIPS i OUS. Hvorfor uttrykker likevel informantene i studien at de opplevde frustrasjon, lavt mestringsnivå og vegring?

Informantene sier at det har tatt svært lang tid å lære systemet. Noen mener grunnopplæringen gikk altfor raskt og heller ikke var tilpasset den enkeltes ferdighetsnivå. Andre synes den ga et fint grunnlag. Tidspress rundt direkte pasientarbeid gjør at informantene sjelden får praktisert dokumentasjonen i rolige omgivelser med mulighet for å øve og repetere, med eller uten veiledning. Disse opplevelsene bekreftes av Conrad et al. (2012) og Furlong (2015): Sykepleierne er ikke godt nok forberedt til å bruke teknologien, og det blir lite tid til opplæring siden klinisk arbeid går foran. Informantene påpeker at spesielt redigeringsfunksjonaliteten i behandlingsplan er lite selvforklarende. De til dels kontra-intuitive teknologiske løsningene har også tungvinte søkemuligheter. I tillegg er utfylling av kartleggingsnotat og behandlingsplan delvis overlappende, og begge har krav om opprettelse

innen 24 timer etter innleggelse (Oslo Universitetssykehus, 2016b). For å bli en effektiv bruker av behandlingsplan kreves mengdetrening.

Opplæringsbehovet ved et nytt IKT-basert system var betydelig, og i særdeleshet var behandlingsplan-modulen omfattende og krevde mer opplæring enn tilbudt. Systemets brukere er klinikere, eksperter på pasientbehandling og omsorg, de har verken spesiell kompetanse eller nødvendigvis interesse for databaserte støttefunksjoner. En av informantene ytret at først da hun satt i direkte opplæring med fagsykepleieren fikk hun et gjennombrudd i forståelsen av verktøyet. Interessante og passende arbeidsoppgaver, ansvar og tilfredstilteisen ved å gjøre en god jobb er viktige faktorer for den enkeltes motivasjon i sitt arbeid (Jacobsen & Thorsvik, 2002). De fleste informantene sier at de nå to år etterpå håndterer DIPS og behandlingsplan ”godt nok”. Frustrasjon og følelse av manglende mestring preget den første tiden etter innføring av DIPS, og enkelte uttrykker at de fortsatt ikke kjenner verktøyets funksjonaliteter nok. Sykepleierne synes fortsatt innlæring av nye funksjoner, oppdateringer og manglende felles forståelse for hvordan behandlingsplanen skal brukes er strevsomt.

Lokal opplæring av sykepleiere setter behandlingsplanen inn i en pasientnær aktualitet (Jefferies et al., 2012). Dette gir opplæring i de veiledende behandlingsplanene som er aktuelle ved den enkelte enhet, og ansvarliggjør superbrukere og fagsykepleier under opplæringen. At nærmeste leder, superbrukere og sykepleiere med DIPS-kompetanse viser entusiasme og bidrar med veiledning, er en fremmede hovedfaktor for mestring hos sykepleierne (Duffy, 2015; Whittaker et al., 2009). Det viktigste tiltaket for bedret flyt ligger imidlertid på virksomhets- og leverandørnivå: at sykepleiere er delaktige i utformingen av de elektroniske journalsystemene, og da spesielt med representasjon i sluttbrukergruppen (Huryk, 2010; Stevenson et al., 2010).

Ved Kreftklinikken ble behandlingsplanmodulen innført ved oppstarten av DIPS, mens OUS sine øvrige klinikker har innført denne modulen senere. Kompleksiteten i behandlingsplan kan ha blitt undervurdert, og ansvaret for oppfølging av sykepleierne som IKT-brukere havnet på enhetsnivå. I tillegg til å bruke et verktøy som de ikke mestret ennå, skulle sykepleierne dokumentere på en ny måte ved hjelp av behandlingsplan som hoveddokument. Frustrasjoner relatert til nye tenkemåter blandet seg med utfordringer knyttet til teknostress (Fuglseth & Sørebo, 2014). Denne delen av endringen syntes ikke sykepleierne å være forberedt på, ei heller organisasjonen i stor nok grad.

EPJ representerer en grunnleggende struktur i sykepleietjenesten, og uten kompetanse i bruk av et slikt system kan kontinuiteten i pasientarbeidet reduseres, og liv og helse settes i fare. For å ivareta pasientsikkerheten er det kritisk viktig at den enkelte sykepleier mestrer verktøyet DIPS behandlingsplan. Det er arbeidsgivers ansvar å sørge for opplæring og å ha en oversikt over den enkeltes kompetanse (Arntzen, 2014; Helsedirektoratet, 2017).

5.2.3 Fra ekspert til novise

Usikkerhet, utrygghet og manglende teknologisk kompetanse hos den enkelte ansatte, sammen med stor belastning i arbeidet, er bidragsyttere til opplevelse av teknostress (Fuglseth & Sørebo, 2014; Salanova et al., 2013; Tarafdar et al., 2015). Liten innvirkning på egen arbeidsmengde kan hemme motivasjon og arbeidsglede hos den enkelte (Andresen et al., 2016), i tillegg til å gi en opplevelse av stress. Selv om planleggingen av DIPS-overgangen har vært omfattende har det muligens ikke blitt tatt nok høyde for individuelle tilpasninger i grunnopplæringen. Informantene påpeker at det er i hovedsak de eldste som sliter med å lære bruken av ny teknologi. Dette gjør at sykepleiere som kanskje gjennom en årrekke har vært på ekspertnivå, blir tilnærmet noviser når det gjelder EPJ og bruk av behandlingsplan (Benner, 1995; Narcisse et al., 2013). De blir avhengige av brukermanualer, kollegastøtte og gjentatt opplæring. Faren for teknostress (Fuglseth & Sørebo, 2014) er størst hos denne gruppen som ikke er familiær med teknologiske enheter. Dette kan ha negativ innvirkning på deres syn på seg selv som klinisk kompetente sykepleiere, samtidig som det også kan endre kollegenes syn på dem. Fra å være sykepleiere som konfereres vedrørende komplekse pasientkasus og kliniske utfordrende situasjoner, kan de bli ansett som tungnemme og utdaterte. Mestring av teknologiske støttesystemer er sentralt for den enkeltes motivasjon i jobben (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Dette fordrer ekstra oppfølging av denne gruppen ansatte for fortsatt opplevelse av arbeidsglede, trivsel og tilknytning til arbeidsplassen.

5.3 Fra fortellerkultur til koding

Bruk av klassifikasjonssystem i sykepleiedokumentasjon er uttrykk for tanken om at standardisering kan bidra til økt kvalitet og større pasientsikkerhet. Dette kan dog også innebære en forventning om redusert tidsbruk, noe som kan stå i kontrast til kvalitet innen klinisk arbeid, der tid ofte er nøkkelen til kvalitet (Orvik, 2015).

Standardisert sykepleiespråk i behandlingsplan gir økt oversikt, og tilgangen til veiledende behandlingsplaner gjør NANDA og NIC lett tilgjengelig. Informantene påpeker at dokumentasjonsstrategien er lik som før med datainnsamling, problem, mål og tiltak. Forskjellen er metoden det utføres på, fra tidligere papir til nåværende datasystem. De finner bruken praktisk og rasjonell i elektronisk form, noe som sammenfaller med funnene i American Nurses Associations sine surveys, sykepleierne mener NANDA og NIC er nyttige i praktisk bruk (Schwirian & Thede, 2012; Thede & Schwirian, 2013, 2015, 2016).

Duffy (2015) hevder at bruk av EPJ krever klassifisering, da det fremmer både søkefunksjonalitet og kontinuitet, samt gjør dokumentasjonen tilgjengelig for forskning. Lunney (2006) understreker i tillegg at uttrykket blir presist og sporbart ved bruk av standardiserte termer. EPJ skal bidra til at kvaliteten på dokumentasjonen blir bedre, eksempelvis gjennom kunnskapsbaserte VBP (NSFs faggruppe for e-helse, 2015). Bruk av klassifikasjoner er således et skritt på veien mot nasjonal standard for kvalitet i helsetjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016). Det foreligger foreløpig ikke nasjonale føringer for bruk av terminologi i sykepleiedokumentasjon, men NSF anbefaler at klassifikasjonssystemet ICNP integreres i EPJ (NSFs faggruppe for e-helse, 2015).

5.3.1 Muntlig rapport – skaper kontinuitet, sikrer kvalitet

Informantene forteller at de ofte gir muntlig rapport selv om enhetene har innført stille rapport. Spesielt til nattevaktene kjenner sykepleierne behov for å *si litt*, da det øker egen trygghet. En studie bekrefter også dette, etter overgang til EPJ velger sykepleierne å bruke muntlig rapport for å holde oversikten (Stevenson & Nilsson, 2012). Muntlig rapport avdekker en lojalitetskonflikt – lojalitet til systemet med stille rapport, ved å bruke potensialet som ligger i behandlingsplan som kommunikasjonsverktøy, stående opp mot kontinuitet i pasientomsorgen. Informantene sier behandlingsplan er en sikrere dokumentasjonsmetode enn kontinuerlige rapporter, men uttrykker en uro for at verken rapport eller behandlingsplan blir lest. For å sikre informasjonsflyten gis muntlig rapport. Flere av informantene bekrefter at behandlingsplan fortsatt ikke er så oppdatert og individualisert at de klarer å se et klart bilde av den enkelte pasienten. Kari Martinsen (2005) ser standardisering av sykepleiespråket som et element av fremmedgjøring. Hun holder frem det levende og nyanserte språket, som hun mener bærer i seg mye mer enn diagnoser, tiltak og forordninger. Gjennom språket uttrykkes

pasienten som det unike mennesket han er. Muntlig rapport er dermed nødvendig som pleiekulturens spesifikke uttrykk (Thornquist, 1998).

Denne vinklingen åpner også for at sykepleierne rapporterer muntlig fordi de har behov for å *fortelle* noe om pasienten som de har blitt kjent med. De vet for eksempel at han skal ha væske i.v og antibiotika x 4, men de har også fanget opp at han er litt engstelig, har litt vondt og sover litt dårlig. Likevel er han ikke så urolig at det passer inn som *00146 Angst, 00133 Smerte – kronisk* eller *00095 Forstyrret søvnmønster* i en behandlingsplan. Formidling av en slik bekymring til neste ansvarshavende, kanskje ved en nøling eller et ekstra ord i omtalen av pasienten, bidrar til at sykepleieren opplever at kontinuiteten rundt pasienten ivaretas. Et slikt nyansert uttrykk, formidlet ansikt til ansikt, favner betydninger som ikke fremkommer klart via NANDA eller NIC i en skriftlig behandlingsplan (Thornquist, 1998).

5.3.2 Fra pleiekultur til kodet klassifikasjon

Bruk av faste sykepleieklassifikasjoner gir et universelt språk. Det gir muligheter for felles forståelse av sykepleie på tvers av land, samtidig som det letter kommunikasjon om pasienten mellom ulike omsorgsnivå. Innføring av klassifikasjon gir en oversiktlig og ryddig dokumentasjon, da pasientens sykepleiediagnoser og aktuelle tiltak hentes frem fra en mal. En unngår ulike formuleringer fra den enkelte sykepleier, kvalme er *00134 Kvalme – relatert til:*, uavhengig av hvilket land, omsorgsnivå og sykepleier som skal hjelpe den kvalme pasienten.

Samtidig bærer pleiekulturen med seg verdifulle elementer som står i fare for å mistes ved en slik standardisering (Elstad & Hamran, 1995; Hamran, 1991). Det individuelle, kvalmen hos denne spesielle pasienten og de subjektive vurderingene den enkelte sykepleier gjør, kan nyanseres mindre i en klassifisert sykepleiediagnose enn i fritekst. Det historiske, pasientens tidligere erfaringer med kvalme, og at han er unik, med egne ressurser, relasjoner og mestringsstrategier fremkommer ikke like tydelig i *00134 Kvalme – relatert til:*.

Er det da slik at vi tar med oss det beste fra den narrative tradisjonen inn i kodeverket? Funnene i studien viser at utfordringene sykepleierne møter gjennom DIPS i stor grad er av praktisk og teknologisk karakter. Informantene kommenterer at språket, spesielt i NANDA-diagnosene er unaturlig og annerledes enn slik de selv ville formulert seg. De standardiserte kodene gir et fast og kategorisk uttrykk, og egen tone og eget språk fremkommer ikke, sier en

informant. Kritikken som Kari Martinsen fremholder mot standardisering av språket (Martinsen, 2005) er mer vitenskapsteoretisk grunnleggende enn motstanden som fremkommer i denne studien. Informantene ser klart gevinstene som bruk av sykepleieklassifikasjonen gir, slik som ryddighet, oversikt og et felles uttrykk for tilsvarende problemstillinger. Informantenes frustrasjoner henspiller heller på NANDAs uhensiktsmessige formuleringer og manglende språklig flyt i norsk oversettelse, mer enn faglig motstand mot bruk av sykepleieterminologien. Dette påpekes også pregnant, i satirisk form, i en Petit i Sykepleien, der det fremkommer at NANDAs formuleringer gjør dem umulig å bruke til å beskrive det som faktisk *er* pasientens problem (Johansen, 2017).

Hvilke verdier språket i klassifikasjonene formidler er også relevant i denne sammenheng. Å tro at sykepleieklassifikasjonene er verdinøytrale er i beste fall naivt. Klassifikasjonene bygger på et kunnskapsgrunnlag med en verdimessig forankring (Øien & Lillevik, 2009). Vanlige ord i NANDA er *effektiv-ineffektiv, risiko for, svekket, forstyrrelse, funksjon – dysfunksjon*, ord som bærer i seg medisinsk, kunnskapsbasert tradisjon mer enn omsorgsperspektivet (Flø, 2003; Martinsen, 2005). Også i NIC finner vi i stor grad ord preget av behandlingsimperativet, intervensjoner er formulert som blant annet *behandling av, forbedre, håndtere, fremme, terapi, tilrettelegge, administrere, redusere* – uttrykk for sykepleierens assisterende funksjon, instrumentelle og distanserende. Små unntak er heldigvis *omsorg for døende og omsorg for spebarn*, og ordet *støtte*, som begge uttrykker sykepleierens selvstendige funksjon, nærvær og tilstedeværelse. Verdigrunlaget og kunnskapssynet klassifikasjonene bygger på er således viktig for hvilket klassifikasjonssystem som skal legges til grunn ved en nasjonal strategi for sykepleietjenesten.

Flere studier (Furlong, 2015; Heggdal, 2006; Lee, 2006; Øien & Lillevik, 2009) uttrykker en bekymring for å miste sykepleiens mellommenneskelige aspekt og det individuelle hos pasienten ved overgang til sykepleieklassifikasjoner. Tonen som nyanserer de skjønsmessige vurderingene sykepleieren har gjort, kan stå i fare for å mistes. Heggdal påpeker videre at det blir vanskeligere å gjøre pasienten delaktig i planlegging av sykepleien (Heggdal, 2006). Lee imøtekommer dette ved å fremheve at det fortsatt må brukes faglig skjønn og kunnskap, og at denne kompetansen er overordnet (Lee, 2006). Fogelberg Dahm og Wadensten (2008) mener derimot at bruk av standardiserte behandlingsplaner skjerper blikket for pasientens ressurser, og forenkler pasientens delaktighet i utforming av mål og intervensjoner. Dette elementet løftes også frem av en informant: sykepleierne må ikke være redde for å ta med pasienten i

utarbeidelsen av behandlingsplan. Her er teknologien enn så lenge en barriere, da dokumentasjonen skjer på rom uten tilgang for pasienter. Håndholdte enheter og skjermtilgang på sengerom vil etterhvert kunne være bidragsytende til at pasienten lettere blir delaktig i dokumentasjonen, og at hans ressurser i større grad blir trukket inn (Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008; Heggdal, 2006; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016; Rotegård et al., 2010). Dette er også i tråd med nasjonale krav til kvalitet i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

Behandlingsplanen har nå i stor grad overtatt rollen til sykepleieberetningen. Den klassiske rapporten og evalueringen ble skrevet i fortid, mens planen for sykepleie, som betegner fremtiden, peker fremover på risikodiagnoser og forventet effekt av tiltak. Denne endringen beskriver Nøst et al. (2015) som et skifte fra *retrospektiv* til *prospektiv* dokumentasjon, noe som impliserer en endring i sykepleiernes arbeidsprosesser også. Gjennomførte tiltak og observasjoner skal ikke lenger noteres med mindre det er avvik fra oppsatt behandlingsplan. Fremfor å beskrive hva som er gjort skal sykepleieren justere behandlingsplanen, og dermed vise hva kolleger skal observere og følge opp videre. Informantene i studien legger frem lite eksplisitte refleksjoner om denne endringen, men de er positive til at tilnærmingen til pasienten blir mer planmessig. Tilgjengeligheten av standardiserte klassifikasjoner og veiledende behandlingsplaner kan også muliggjøre bruken av behandlingsplanen på en hensiktsmessig måte og kan således imøtekomme et udekket behov. Denne erkjennelsen kan ha bidratt til at behandlingsplan har blitt såpass godt mottatt tross motstanden under implementeringen. Dette støtter Huryk (2010), en viktig fremmede faktor ved innføring av ny teknologi er opplevelsen av nytte hos brukerne.

Fra subjektivt utformede enkeltbeskrivelser er vi nå på vei over til en universell kommunikasjonsplattform, som formulerer sykepleie i et felles språk. Dette ser jeg som en klar fordel ved sykepleieklassifikasjon. Ved å bryte tradisjonen med dokumentasjon av narrativ karakter, som går helt tilbake til Florence Nightingales tid, må det likevel anerkjennes at sykepleiedokumentasjonen nå avspeiler gitt sykepleie på en kategoriforskjellig måte. Dette finner jeg svært interessant, og savner her en prinsipiell, faglig drøfting, gjerne med Norsk Sykepleierforbund som aktør. Innføring av behandlingsplan som hoveddokument i pasientens sykepleiedokumentasjon har medført en endring av den enkeltes utøvelse av sykepleie ved at pasientomsorgen nå formuleres som planlagte handlinger i klassifiserte koder. En slik overgripende endring kan kalles et paradigmeskifte: vår forståelse av sykepleiedokumentasjon

og sykepleiespråk er i ferd med å endre seg fundamentalt. I tillegg er sykepleie, som eget stolt og selvstendig fag, nå i ferd med å etablere systemer for et felles språk for sykepleie, universelt og lokalt (ICNP, 2005). Et paradigmeskifte er etablering av en helt ny teori som etter hvert vil gå inn i faghistorien som selvsagt (Elstad, 2014). Først ved å se praksis på avstand oppdager en omfanget av denne endringen i sykepleien. Endringer i virkelighetsforståelsen oppleves ofte som resultat av en naturlig utvikling, men betegnes likevel av Thomas Kuhn, som introduserte paradigme-begrepet, som en kunnskapsteoretisk revolusjon (Elstad, 2014).

5.4 Metodedrøfting

I fokusgruppene bruker informantene konkrete eksempler på hvordan de dokumenterer i behandlingsplan, og synliggjør dermed opplevelser fra hverdagen. Også i dybdeintervjuet fremkommer det tydelig at all dokumentasjon utgår fra et ønske om å ivareta pasienten optimalt. Dette har bidratt til rike og pasientnære data. Bruk av fokusgrupper har gitt meg tilgang på datamateriale fra mange sykepleiere ved hjelp av kun to intervjuer. I tillegg fikk jeg utfyllende tilgang til en sykepleiers erfaringer ved dybdeintervju, noe som har bidratt til fylldigere datamateriale.

En svakhet ved bruk av fokusgruppeintervju er at det er vanskelig å få frem den enkeltes vurdering av egen adferd. Det virker lettere for informantene å formulere en felles holdning på vegne av kollegafellesskapet. Informantene svarer i generelle termer, *slik gjør vi det på min post*, – som kan uttrykke et ideal like mye som det forteller hva sykepleieren faktisk gjør. Dette kan være en del av fokusgruppens ulempe (Halkier, 2010), især hvis temaene relateres til tabuer eller ulike typer vanskeligheter som teknostress. Hva den enkelte sykepleier gjør i praksis vet vi derfor ikke nok om. På den andre siden kan også moderators spørsmålsformuleringer ha noe å si for hvilke svar deltagerne i fokusgruppen gir. Å anvende hensiktsmessig intervjueteknikk krever øvelse og lang erfaring, noe intervjuerne i denne studien har i begrenset grad.

Både i intervjuguide og i samtalene generelt fremkommer uttrykket ”bruk av behandlingsplan”. Dette kan inneholde tre ulike handlinger: at en *opprettet* en ny behandlingsplan, *redigerer/oppdaterer* en eksisterende behandlingsplan, eller at en *leser* behandlingsplanen når en skal bli kjent med en ny pasient. Disse nyansene kommer ikke

tydelig nok frem i min intervjuguide eller i informantenes svar. Helhetsinntrykket fra datamaterialet er likevel at ”bruk” henviser til utforming og oppdatering av en behandlingsplan, mens der faste nattevakter omtales betegner ”bruk av behandlingsplan” lesemodus.

Det kan også stilles spørsmål ved i hvilken grad bruk av intervju alene gav tilstrekkelig utfyllende data, og om observasjonsstudier ville gitt utfyllende informasjon for å belyse problemstillingen. Tilstedeværelse på sykepleiernes arbeidsrom over en periode kunne i en annen grad enn fokusgrupper gitt svar på dette. Studiens omfang har her vært en begrensende faktor.

6.0 AVSLUTNING

6.1 Oppsummering

Gjennom denne studien har jeg fremskaffet kunnskap om hvilke erfaringer sykepleiere ved Kreftklinikken, OUS har, to år etter at dokumentasjon med DIPS behandlingsplan ble innført.

Sykepleierne opplever det standardiserte språklige uttrykket til NANDA og NIC som kunstig og lite konkret, og formidler at det krever utfyllende kommentarer for å passe til pasienten.

Respondentene forteller at fordelene med bruk av klassifikasjonssystemene er rask oversikt, ryddig inntrykk og at det er lett å orientere seg om pasienten ved å lese behandlingsplanen. Ulempen med NANDA og NIC handler særlig om praktisk dysfunksjonalitet: det er tungvint å lete etter riktige koder, og redigeringsarbeidet er tidkrevende.

Opplæring forut for oppstart la et grunnlag av kunnskap om bruken av behandlingsplan. Videre har superbrukere og fagsykepleiere på post bidratt med mye undervisning og oppfølging, som har vært viktig for å fremme sykepleiernes mestring. Veiledende behandlingsplaner har også vært en viktig ressurs for å fremme tilgjengeligheten av aktuelle NANDA- og NIC-koder. Negativ innvirkning på arbeidsflyt, knapp tid til dokumentasjon og opplæring samt teknostress har vært de hemmende hovedfaktorene for sykepleiernes mestring av nytt dokumentasjonsverktøy.

6.2 Konklusjon

Det er hensiktsmessig å inndelegge sykepleiernes erfaringer av endringene i praktiske og prinsipielle kategorier. Av de praktiske problemene sykepleierne har erfart, virker de teknologiske å være de største. Videre er fundamentale endringer i arbeidsprosesser og bruk av sykepleieklassifikasjoner en praktisk endring med konsekvenser for daglig arbeid. Behovet for basisopplæring synes å ha vært undervurdert, og oppfølging underveis har blitt supplert fra både superbrukere og fagsykepleiere, initiert ved den enkelte enhet. Innføringen av DIPS innebar omfattende endringer, og implementeringsfasen har virket mer krevende enn det organisasjonen hadde tatt høyde for.

Erfaringer av prinsipiell art antyder konsekvenser for hele sykepleietjenesten, en dreining fra beskrivelser av sykepleie til en standardiserende og klassifiserende kommunikasjonsplattform. Dette kan betraktes som en grunnleggende endring, og et paradigmeskifte som krever stor endringskapasitet. Gjennom OUS sin definisjon av behandlingsplan som hoveddokument for klinisk dokumentasjon av sykepleie, ser vi nå en ny standard for sykepleiedokumentasjon. Fra tidligere å rapportere utført interaksjon med pasienten, dokumenteres nå sykepleie som en fremoverskuende plan, basert på manifeste og risikovurderte sykepleiediagnoser.

En slik stor organisasjonsendring innvirker også på hele kvaliteten som virksomheten leverer. For å opprettholde kvalitet i sykepleietjeneste og pasientbehandling i refreezing-fasen er det viktig ikke å underdimensjonere behovet for opplæring og oppfølging av den enkelte ansatte.

Studien er et bidrag til å forstå hvordan organisatoriske endringer fundamentalt kan endre sykepleiens dokumentasjonsmåter, samtidig som de påvirker den enkelte sykepleiers arbeidshverdag.

6.3 Implikasjoner for praksis

Denne studien er ikke en systematisk evalueringsstudie. Ved en virksomhetsovergripende, systematisk evaluering av DIPS vil det være naturlig å foreta en journalgranskning, for å vurdere kvalitet på sykepleiedokumentasjonen før/etter DIPS. Min studie viser at ved en slik eventuell undersøkelse bør også dokumentasjonssystemets brukere lyttes til, for å kunne fremskaffe kunnskap om DIPS-implementeringen på en annen måte enn en dokumentanalyse.

Jeg finner det aktuelt å fremheve pleiekulturens verdier, i en tid preget av økende effektivitetskrav og standardiseringer. Sykepleiefaglige kvaliteter kan ikke bestemmes kun av eksterne systemleverandører. I en vurdering av hvilke klassifikasjonssystemer som skal anvendes, og hvordan, bør også sykepleiere på alle organisatoriske nivå være delaktige. Klassifikasjoner vil være nyttige og verdifulle i fremtidens sykepleietjeneste, men det må også være rom for synliggjøringen av pasienten som enkeltmenneske med ressurser, erfaringer og individuelle behov. Pasientene må bli ivaretatt av sykepleiere som innehar både klinisk skjønn, omfattende faglig innsikt og teknologikompetanse.

6.4 Videre forskning

I denne studien er det fremskaffet data som utforsker studiens problemstilling. Bruk av kvalitative metoder er generelt egnet som grunnlag for hypotese generering, og er et godt grunnlag for hypotesetestende studier gjennom en kvantitativ survey. Mange av informantenes erfaringer kan således danne grunnlag for spørsmålsstillinger i en slik survey.

For å benytte mulighetene som kunne ligge i en virksomhetsovergripende evaluering av implementeringen av DIPS ved OUS, er det flere områder det ville ha vært interessant å studere videre. Et feltstudie med observasjon av sykepleieres dokumentasjonsstrategier, med mål om å kartlegge de deler av behandlingsplan som gir størst utfordringer, vil kunne gi verdifull informasjon om hvordan sykepleiere tilnærmer seg ny teknologi. De fleste avdelinger ved OUS startet med behandlingsplan først ett år etter omleggingen til DIPS. Det ville således være nyttig å sammenligne erfaringene fra sykepleiere ved disse klinikkene med funnene fra min studie, for å vurdere om denne tidsforskyvningen ville ha konsekvenser for mestring.

Å vurdere andre klassifikasjonssystemers brukervennlighet og funksjonaliteter opp mot NANDA og NIC ville også være interessant. Å kartlegge grundigere sykepleieres teknostress i forbindelse med endring av dokumentasjonssystem og ny software vil kunne fremskaffe nyttig informasjon om strategier for opplæring. Videre vil det være nyttig å avklare hvilken assistanse som trengs og hvilke støttesystemer som er funksjonelle ved innføring av nye IKT-systemer.

LITTERATURLISTE

- Andresen, I. H., Hansen, T. & Grov, E. K. (2016). Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs. *Nordic Journal of Nursing Research*, 205715851667642. doi: 10.1177/2057158516676429
- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten : arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis* (From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice, G. Have, Overs.). Oslo: TANO i samarbeid med Munksgaard.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Conrad, D., Hanson, P. A., Hasenau, S. M. & Stocker-Schneider, J. (2012). Identifying the barriers to use of standardized nursing language in the electronic health record by the ambulatory care nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(7), 443-451. doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00705.x
- de Veer, A. J. E. & Francke, A. L. (2010). Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 846-854. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.016
- De Vlieghe, K., Paquay, L., Vernieuwe, S. & Van Gansbeke, H. (2010). The experience of home nurses with an electronic nursing health record. *International Nursing Review*, 57(4), 508-513. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00827.x
- DIPS. (2015). Gigantprosjektet OUS. Hentet fra <https://www.dips.com/no/gigantprosjektet-ous> 170407
- Direktoratet for ehelse & Helsedirektoratet. (2015). *Utredning av «Én innbygger – én journal»*. Oslo: Direktoratet for ehelse, Helsedirektoratet,. Hentet fra [https://ehelse.no/Documents/Sammendrag Utredning av %C3%89n innbygger %C3%A9n journal_1.0.pdf](https://ehelse.no/Documents/Sammendrag%20Utredning%20av%20%C3%89n%20innbygger%20%C3%A9n%20journal_1.0.pdf) 170330
- Duffy, M. (2015). Nurses and the Migration to Electronic Health Records. *American Journal of Nursing*, 115(12), 61-66.
- Elstad, I. (2014). *Sykepleietenking* (Grunnlagstenkning i sykepleie). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elstad, I. & Hamran, T. (1995). *Et kvinnefag i moderniseringen : sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Erfaring. (2011). Store Norske Leksikon. Hentet 26.04.2017 fra <https://snl.no/erfaring>.
- Flø, K. (Red.). (2003). *NANDA sykepleiediagnoser : definisjoner & klassifikasjon, 2001-2002* (Norsk utgave utg.). Oslo: Akribe.
- Fogelberg Dahm, M. & Wadensten, B. (2008). Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records--a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2137-2145. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02377.x
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (ikrafttredelse 01.01.2017)*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring) 170330
- Forskrift om pasientjournal. (2000). *Forskrift om pasientjournal FOR-2000-12-21-1385*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385> 170330

- Fuglseth, A. M. & Sørebo, Ø. (2014). The effects of technostress within the context of employee use of ICT. *Computers in Human Behavior*, 40, 161-170.
- Furlong, K. (2015). Learning to Use an EHR: Nurses' stories. *Canadian Nurse*, 111(5), 20-24.
- Gephart, S., Carrington, J. M. & Finley, B. (2015). A Systematic Review of Nurses' Experiences With Unintended Consequences When Using the Electronic Health Record. *Nursing Administration Quarterly*, 39(4), 345-356. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000119
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* (Fokusgrupper). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen : en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal.
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heggen, K. (1995). *Sykehuset som "klasserom" : praksisopplæring i profesjonsutdanninger* (Pedagogisk forskning, Bind 6). Oslo: Universitetsforl.
- Heldal, F. & Sjøvold, E. (2015). Endring i sykehus - et spørsmål om ledelse. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 135(2), 144-146.
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring-170330>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell , sist endret LOV-2015-12-18-121 fra 01.01.2016*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64-170330>
- Hennestad, B. W., Revang, Ø. & Strønen, F. H. (2012). *Endringsledelse og ledelsesendring* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Huryk, L. A. (2010). Factors influencing nurses' attitudes towards healthcare information technology (Vol. 18, s. 606-612). Oxford, UK.
- ICNP. (2005). ICNP® Versjon 1 Internasjonal Klassifisering for Sykepleiepraksis. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/378981/Mer-om-ICNP.pdf> 170413
- Jacobsen, D. I. (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer : innføring i organisasjon og ledelse* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jefferies, D., Johnson, M., Nicholls, D., Langdon, R. & Lad, S. (2012). Evaluating an intensive ward-based writing coach programme to improve nursing documentation: lessons learned. *International Nursing Review*, 59(3), 394-401. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.00994.x
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johansen, L. B. (2017). Sykepleiediagnose: Risiko for inadekvat kommunikasjon og voldsom irritasjon. *Sykepleien*, 3/2017, 77.
- Karoliussen, M. & Smebye, K. L. (1981). *Sykepleie : fag og prosess* (Søkelys på sykepleien). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kevern, J. & Webb, C. (2001). Focus groups as a tool for critical social research in nurse education. *Nurse Education Today*, 21(4), 323-333. doi: 10.1054/nedt.2001.0563
- Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing), 3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Lee, T. (2006). Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *Journal of Clinical Nursing*, 15(11), 1376-1382. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01480.x
- Lium, J.-T., Lærum, H., Schulz, T. & Faxvaag, A. (2006). From the Front Line, Report from a Near Paperless Hospital: Mixed Reception Among Health Care Professionals. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(6), 668-675. doi: 10.1197/jamia.M2108
- Lunney, M. (2006). Staff development. Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: novice to expert. *Journal of Nursing Administration*, 36(3), 118-125.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Matney, J. S., Brewster, A. P., Sward, G. K., Cloyes, G. K. & Staggers, G. N. (2011). Philosophical Approaches to the Nursing Informatics Data-Information-Knowledge-Wisdom Framework. *Advances in Nursing Science*, 34(1), 6-18. doi: 10.1097/ANS.0b013e3182071813
- Meyer, C. B. & Stensaker, I. G. (2011). *Endringskapasitet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Moen, A., Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring : dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(1), 9-15. doi: 10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I. & Van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514-531. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x
- Narcisse, M.-R., Kippenbrock, T. A., Odell, E. & Buron, B. (2013). Advanced Practice Nurses' Meaningful use of electronic health records. *Applied Nursing Research*, 26(3), 127-132. doi: 1016/j.apnr.2013.02.003
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert : en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NSFs faggruppe for e-helse. (2015). Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ. I M. Svanes, V. A. m. Nyhus, O. Hagen, S. R. Børmark, G. Vabo & E. Holen-Rabbersvik (Red.). Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/2512377/Veileder for elektronisk sykepleiedokumentasjon 2015 .pdf](https://www.nsf.no/Content/2512377/Veileder%20for%20elektronisk%20sykepleiedokumentasjon%202015.pdf) 170330
- NSFs faggruppe for IKT og dokumentasjon. (2007). Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. I K. Mølsted, A. M. Mauritzen & L. M. Angermo (Red.), (4. utg. utg.)
- Nøst, T. H., Blekken, L. E. & Andre, B. (2015). Sykepleieres erfaringer med innføring av sykepleiediagnoser [Implementering av sykepleiediagnoser i fritekst]. *Sykepleien Forskning*, 9(1), 44-52.
- Opplevelse. (2016). Store Norske Leksikon, . Hentet 26.04.20217 fra <https://snl.no/opplevelse>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Oslo Universitetssykehus. (2016a). Ehåndboksdocument ID 65750 nivå 1: Veiledende behandlingsplan (VBP), utarbeide. OUS.
- Oslo Universitetssykehus. (2016b). Ehåndboksdocument ID 106175 nivå 1: Prosedyre for klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS). OUS.

- Oxford Dictionaries. (s.a). Technostress. *Oxford Dictionaries*.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2016). *Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighet 170330](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighet%20170330)
- Rotegård, A. K., Moore, S. M., Fagermoen, M. S. & Ruland, C. M. (2010). Health assets: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 513-525. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.09.005
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Salanova, M., Llorens, S. & Cifre, E. (2013). The dark side of technologies: technostress among users of information and communication technologies. *International journal of psychology*, 48(3), 422-436.
- Sassen, E. J. (2009). Love, hate, or indifference: how nurses really feel about the electronic health record system. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 27(5), 281-287. doi: 10.1097/NCN.0b013e3181b2162a
- Schwirian, P. M. & Thede, L. (2012). Informatics: The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experience and Attitudes--SURVEY II: Participants, Familiarity and Information Sources. *Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2), 1-1. doi: 10.3912/OJIN.Vol17No2InfoCol01
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten LOV-1999-07-02-61*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stevenson, J. E. & Nilsson, G. (2012). Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 667-676. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05786.x
- Stevenson, J. E., Nilsson, G. C., Petersson, G. I. & Johansson, P. E. (2010). Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: a literature review. *Health Informatics Journal*, 16(1), 63-72. doi: 10.1177/1460458209345901
- Strudwick, G. & Hall, L. M. (2015). Nurse acceptance of electronic health record technology: a literature review. *Journal of Research in Nursing*, 20(7), 596-607. doi: 10.1177/1744987115615658
- Tarafdar, M., Pullins, E. B. & Ragu-Nathan, T. (2015). Technostress: negative effect on performance and possible mitigations. *Information Systems Journal*, 25(2), 103-132.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thede, L. Q. & Schwirian, P. M. (2013). Informatics: The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experience and Attitudes--SURVEY II: Participants' Education for the Use of Standardized Nursing Terminology 'Labels'. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), 1-1. doi: 10.3912/OJIN.Vol18No02InfoCol01
- Thede, L. Q. & Schwirian, P. M. (2015). Informatics: The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experience and Attitudes—SURVEY II: Participants' Perception of the Helpfulness of Standardized Nursing Terminologies in Clinical Care. *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1), 1-1. doi: 10.3912/OJIN.Vol20No01InfoCol01
- Thede, L. Q. & Schwirian, P. M. (2016). Informatics: The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experience and Attitudes--SURVEY II: Evaluation of Standardized Nursing Terminologies. *Online Journal of Issues in Nursing*, 21(1), 4-4. doi: 10.3912/OJIN.Vol21No01InfoCol01
- Thornquist, E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

- Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: pre - and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1826-1838. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01836.x
- Thoroddsen, A., Ehnfors, M. & Ehrenberg, A. (2011). Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. *Computers, Informatics, Nursing*, 29(10), 599-607. doi: 10.1097/NCN.0b013e3182148c31
- Vabo, G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Wangenstein, G. & Igesund, H. (2009). Nyttige NANDA [Nyttige NANDA]. *Sykepleien*, 97(1), 38-41.
- Whittaker, A. A., Aufdenkamp, M. & Tinley, S. (2009). Barriers and facilitators to electronic documentation in a rural hospital. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 293-300. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01278.x
- Øien, L. & Lillevik, O. G. (2009). Linguistic and valuable challenges in introduction of the classification system NANDA [Språklige og verdimeslige utfordringer ved innføring av klassifikasjonssystemet NANDA]. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 79-86.

VEDLEGG

1. Søkeprofil Litteratursøk
2. PICO skjema
3. Intervjuguide/samtykkeskjema dybdeintervju
4. Intervjuguide fokusgruppe
5. Forespørsel om gjennomføring av studie i Kreftklinikken
6. Informasjonsbrev til klinikken
7. Forespørsel om deltagelse
8. Informasjon til enhetsledere
9. Meldeskjema Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD)
10. Kvittering Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD)

VEDLEGG 1 SØKEPROFIL LITTERATURSØK

http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?.

http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?.

Vedlegg 1 Søkeprofil litteratursøk



Monday, February 20, 2017 5:17:46 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S18	S10 AND S14	Limiters - Published Date: 20060101-20171231; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	176
S17	S10 AND S14	Limiters - Published Date: 20060101-20171231 Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	119
S16	S10 AND S14	Limiters - Published Date: 20060101-20171231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	200
S15	S10 AND S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	306
S14	(MH "Nurse Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	20,866
S13	S10 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full	241

VEDLEGG 1 SØKEPROFIL LITTERATURSØK

Print Search History: EBSCOhost

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?>

			Text	
S12	S1 AND S10 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	16
S11	S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	36,639
S10	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	19,518
S9	(coping skills) AND (S7 OR S8)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	671
S8	(MH "Adaptation, Psychological+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	16,410
S7	(MH "Coping+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	22,662
S6	"standardized nursing terminology"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	16

VEDLEGG 1 SØKEPROFIL LITTERATURSØK

Print Search History: EBSCOhost

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?>

S5	(MH "Iowa Nursing Interventions Classification+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,106
S4	(MH "NANDA International")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	378
S3	(MH "Patient Care Plans+") OR (MH "Nursing Care Plans, Computerized") OR (MH "Electronic Health Records") OR (MH "Nursing Care Plans+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	17,946
S2	"nursing documentation"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	545
S1	(MH "Nurses+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	164,712

VEDLEGG 1 SØKEPROFIL LITTERATURSØK

Ovid Search Results

<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.24.0a/ovidweb.cgi>

Database(s): **Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present**
 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	exp nurses/ or exp nursing staff/	135425
2	exp Nursing Records/	6447
3	exp Patient Care Planning/	58284
4	nanda.mp.	528
5	nic.mp.	1678
6	nursing interventions classification.mp.	200
7	North American Nursing Diagnosis Association.mp.	162
8	exp Medical Records Systems, Computerized/ or exp Standardized Nursing Terminology/	32046
9	exp Electronic Health Records/ or exp Hospital Information Systems/ or exp Information Systems/	217645
10	exp Adaptation, Psychological/	113018
11	"Attitude of Health Personnel"/	105115
12	2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	280593
13	10 or 11	214360
14	1 and 12 and 13	1147
15	limit 14 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)"	96
16	limit 15 to last 10 years	32

References

Ardern-Jones J, Hughes DK, Rowe PH, Mottram DR & Green CF. (2009). Attitudes and opinions of nursing and medical staff regarding the supply and storage of medicinal products before and after the installation of a drawer-based automated stock-control system. *International Journal of Pharmacy Practice*, 17(2), 95-9. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med6&NEWS=N&AN=20214257>.

Bandiera G, Hynes MK & Spadafora SM. (2014). Duty hour restrictions: organizational dynamics, systems issues, and the impact on faculty. *BMC Medical Education*, 14 Suppl 1, S5. doi:10.1186/1472-6920-14-S1-S5

Boutilier S. (2007). Leaving critical care: facilitating a smooth transition. *DCCN - Dimensions of Critical Care Nursing*, 26, 137-42; quiz 143-4. doi:10.1097/01.DCC.0000278762.46972.df

Brewer BB, Brewer MA & Schultz AA. (2009). A collaborative approach to building the capacity for research and evidence-based practice in community hospitals. *Nursing Clinics of North America*, 44, 11-25, ix. doi:10.1016/j.cnur.2008.10.003

Collette C, Bravo G & Tu le M. (2009). Development of a urinary incontinence educational program using a competency-based approach and case method. *Journal for Nurses in Staff Development - JNSD*, 25, E5-E10. doi:10.1097/NND.0b013e3181ae140d

✓ Courtney KL, Alexander GL & Demiris G. (2008). Information technology from novice to expert: implementation implications. *Journal of Nursing Management*, 16, 692-9. doi:10.1111/j.1365-2634.2007.00829.x

de Boer J, Lok A, Van't Verlaat E, Duivenvoorden HJ, Bekker AB & Smit BJ. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 73, 316-26. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.009

Dehn B. (2007). Care of the menopausal patient: a nurse practitioner's view. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 427-37.

VEDLEGG 1 SØKEPROFIL LITTERATURSØK

Ovid: Search Results

<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.24.0a/ovidweb.cgi>

doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00246.x

Endacott R, Boulanger C, Chamberlain W, Hendry J, Ryan H & Chaboyer W. (2008). Stability in shifting sands: contemporary leadership roles in critical care. *Journal of Nursing Management*, 16, 837-45. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00937.x

Ervin NE. (2008). Caseload management skills for improved efficiency. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(3), 127-32. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medc&NEWS=N&AN=18386700>.

Ervin NE. (2008). Caseload management skills for improved efficiency. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(3), 127-32. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med6&NEWS=N&AN=18386700>.

Espinosa L, Young A & Walsh T. (2008). Barriers to intensive care unit nurses providing terminal care: an integrated literature review. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31, 83-93. doi:10.1097/01.CNQ.0000306402.55518.da

Fowler C, Kirschner M, Van Kuiken D & Baas L. (2007). Promoting self-care through symptom management: a theory-based approach for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 221-7. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00218.x

Fry MM & Dacey C. (2007). Factors contributing to incidents in medicine administration. Part 1. *British Journal of Nursing*, 16, 556-8. doi:10.12968/bjon.2007.16.9.23435

Grissom N. (2009). Model for consideration: retaining the experienced aging workforce in home care. *Home Healthcare Nurse*, 27, 60-3. doi:10.1097/01.NHH.0000343788.42218.69

Harrison S & Lydon J. (2008). Health visiting and community matrons: progress in partnership. *Community Practitioner*, 81(2), 20-2. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med6&NEWS=N&AN=18335867>.

Haylock PJ, Mitchell SA, Cox T, Temple SV & Curtiss CP. (2007). The cancer survivor's prescription for living. *American Journal of Nursing*, 107, 58-70; quiz 71. doi:10.1097/01.NAJ.0000265276.92317.b2

Henneman EA. (2007). Unreported errors in the intensive care unit: a case study of the way we work. *Critical Care Nurse*, 27(5), 27-34; quiz 35. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=17901458>.

Holst L, Lundgren M, Olsen L & Ishoy T. (2009). Dire deadlines: coping with dysfunctional family dynamics in an end-of-life care setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 15, 34-41. doi:10.12968/ijpn.2009.15.1.37951

VEDLEGG 1 SØKEPROFIL LITTERATURSØK

Ovid: Search Results

<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.24.0a/ovidweb.cgi>

Huryk LA. (2010). Factors influencing nurses' attitudes towards healthcare information technology. *Journal of Nursing Management*, 18, 606-12. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01084.x



Kirk TW. (2007). Managing pain, managing ethics. *Pain Management Nursing*, 8, 25-34. doi:10.1016/j.pmn.2006.12.004

Lowe G, Plummer V, O'Brien AP & Boyd L. (2012). Time to clarify—the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 677-85. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x

Murphy N & Roberts D. (2008). Nurse leaders as stewards at the point of service. *Nursing Ethics*, 15, 243-53. doi:10.1177/0969733007086022

Otieno OG, Toyama H, Asonuma M, Kanai-Pak M & Naitoh K. (2007). Nurses' views on the use, quality and user satisfaction with electronic medical records: questionnaire development. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 209-19. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04384.x



Picard C & Henneman EA. (2007). Theory-guided evidence-based reflective practice: an orientation to education for quality care. *Nursing Science Quarterly*, 20, 39-42. doi:10.1177/0894318406296783

Porter-O'Grady T & Malloch K. (2008). Beyond myth and magic: the future of evidence-based leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 32, 176-87. doi:10.1097/01.NAQ.0000325174.30923.b6

Sassen EJ. (2009). Love, hate, or indifference: how nurses really feel about the electronic health record system. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 27, 281-7. doi:10.1097/NCN.0b013e3181b2162a



Smith-Stoner M & Markley J. (2007). Home healthcare nurse recruitment and retention: tips for retaining nurses: one state's experience. *Home Healthcare Nurse*, 25, 196-205. doi:10.1097/01.NHH.0000253438.15685.dd

Steevenson G. (2007). A reflective case study in the obstetric theatre: focusing on the principles of care involved. *Journal of Perioperative Practice*, 17(2), 68, 70-5. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=17319568>.

Stevenson JE, Nilsson GC, Petersson GI & Johansson PE. (2010). Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review. *Health Informatics Journal*, 16, 63-72. doi:10.1177/1450458209345901



Weber S. (2007). Critical care nurse practitioners and clinical nurse specialists interface patterns with computer-based decision support systems. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 580-90. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00262.x

VEDLEGG 1 SØKEPROFIL LITTERATURSØK

Ovid: Search Results

<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.24.0a/ovidweb.c>

Weber S, Crago EA, Sherwood PR & Smith T. (2009). Practitioner approaches to the integration of clinical decision support system technology in critical care. *Journal of Nursing Administration*, 39, 465-9. doi:10.1097/NNA.0b013e3181bd5fc2

VEDLEGG 2 PICO-SKJEMA TIL LITTERATURSØK

20.02 2017

Kontaktperson:

Ingerd Irgens Hynnekleiv ingerd@hynnekleiv.no

Avdeling for kreftbehandling

Tema:

Sykepleieres erfaringer etter innføring av DIPS i OUS

Sykepleiedokumentasjon

Mestring

Opplæringsstrategi

Sykepleieklassifikasjoner

Endring

Problemstilling(er).

Bruk av standardisert språk

Klassifikasjonssystemene NIC og NANDA

Klinisk kompetanse møter teknologiske nyvinninger

Erfaring i klinisk sykepleie – bruk av ny IT-basert teknologi

Behandlingsplan i sykepleie

Stille rapport mellom vaktskift

Sykepleiernes opplevelse av å jobbe med et standardisert språklig uttrykk

Fordeler/ulempes med bruk av NIC og NANDA

Hva hemmer og hva fremmer sykepleiernes mestring av nytt dokumentasjonsverktøy?

Effekten på personalet, ikke kvalitet på dokumentasjonen

Sett spørsmålet ditt inn i PICO, eventuelt PS:

- P: Sykepleiere som bruker DIPS /EPJ /NIC og NANDA
- I: innføring av ny teknologi
- C: Ikke relevant
- O: Mestring, endring, opplæring, (kvalitet)

- S: Sykehus, døgnbehandling

VEDLEGG 2 PICO-SKJEMA TIL LITTERATURSØK

SØKETERMER

P	Forslag til søkeord: <ul style="list-style-type: none">• Registered Nurse• Nursing Personnel• Nurse Specialist• Oncologic Nursing —• Cancer Nursing
I	Forslag til søkeord: <ul style="list-style-type: none">• Nursing documentation• Documentation of care• Patient care planning• Advanced care planning• Electronic health records• Standardized Nursing Terminology• NANDA International• NIC Terminology• Nursing Terminologies• Standardized Nursing Language• Care planning system• Computerized records
O	Forslag til søkeord: <ul style="list-style-type: none">• Coping• Coping Skills• Nurse attitude• Adaption, psychological• Attitude of health personell

VEDLEGG 3 INTERVJUGUIDE DYBDEINTERVJU

Informasjon og intervjuguide

Intervju om sykepleiedokumentasjon
A8, onsdag 3.februar 2016 kl 10.00

Jeg er som du er kjent med Masterstudent ved HIOA, og holder denne våren på med et 10 studiepoengs kurs i kvalitativ metode. Dette intervjuet inngår som datagrunnlag for et arbeidskrav, der målet er å få øvelse i intervjugjennomføring, transkripsjon og analysemetode relatert til kurset i kvalitativ metode.

Temaet for intervjuet (sykepleiedokumentasjon i vid forstand) er valgt fordi det er et av mine interessefelt, og også et tema jeg planlegger å skrive om i masteroppgaven i en eller annen form.

Data fra dette intervjuet vil kun bli brukt til denne mindre øvelsen, og vil ikke direkte bli brukt i andre sammenhenger. Data fra intervjuet vil heller ikke bli brukt i noen sammenhenger på A8.

Informanten står selvfølgelig fritt til å referere til ting som kommer frem i intervjuet, men fra min side vil informanten være anonymisert.

Jeg vil under intervjuet bruke båndopptager.

Oslo, 28.1.2016

Ingerd Irgens Hynnekleiv
Kreftsykepleier og Masterstudent i Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling

Jeg samtykker til bruk av båndopptager:

VEDLEGG 3 INTERVJUGUIDE DYBDEINTERVJU

Intervjuguide dybdeintervju

Problemstilling for oppgaven:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av DIPS Behandlingsplan til inneliggende kreftpasienter under cytostatikabehandling?

Alder

Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?

- Hvor lenge jobbet på aktuelle arbeidsplass?

Hva slags erfaringer har du med sykepleiedokumentasjon?

Jeg er jo kjent med at du sitter i Dokumentasjonsgruppen her på sengeposten. Kan du si noe mer om dette engasjementet?

Hvordan bruker du BP i det daglige?

- Utforming/oppsett av BP
- Bruk av BP
- Endring av BP

Hvis du tenker på sykepleierne på gruppen du vanligvis jobber, hvordan bruker de BP?

- Utforming/oppsett av BP
- Bruk av BP
- Endring av BP

Hvem følger opp BP til den enkelte pasienten? Hvordan opplever du at dette fungerer?

Hva er grunnen til at sykepleierne skal bruke BP?

- Konsekvenser av en lite utfyllende BP
- Gjennomgang av de enkelte punktene i BP (diagnose, mål, tiltak, forordning)

Pasienter som får cellegiftbehandling er en stor andel av pasientene ved denne sengeposten. Hvordan avspeiler BP den individuelle sykepleien til disse pasientene?

Eksempler?

Er det situasjoner/pasienttilstander under cellegiftbehandling der det er viktigere enn andre å bruke BP? Hvilke?

Opplever du noen endringer i arbeidsmåten til sykepleierne etter at sengeposten aktivt tok i bruk DIPS Behandlingsplaner høsten 2014?

Tusen takk!!

VEDLEGG 4 INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPER

Intervjuguide fokusgrupper

Problemstilling for oppgaven:

Hvilke erfaringer har sykepleiere ved Kreftklinikken, OUS, to år etter innføring av dokumentasjon med DIPS-behandlingsplan?

Intervjudatoer: 14.09.16, kl 14.00, 15.09.16, kl 12.00

Introduksjon:

Takk for at dere har stilt opp til fokusgruppeintervju! Dere er viktige informanter i masterprosjektet om **Sykepleiernes dokumentasjonserfaring etter innføring av DIPS-behandlingsplan i 2014 ved Kreftklinikken**. Denne samtalen er et ledd i min masteroppgave, der jeg ønsker å sette lys på hvilke erfaringer dere sykepleierne har gjort dere med bruk av DIPS behandlingsplan.

Ingerd Hynnekleiv– masterstudent, leder av fokusgruppen

Berit Hofset Larsen – fagspl, i denne anledning assistent/sekretær.

Vi vil begge komme med innspill for å sikre at vi kommer gjennom spørsmålene i intervjuguiden.

Planen er å ta opp samtalen på lydbånd, er det ok for alle?

Starte opptak

Hensikten med denne fokusgruppen er å få frem deres erfaringer med DIPS behandlingsplan. Dette er ingen prestasjon eller konkurranse, det er ikke om å gjøre å være ”best” i DIPS, alle erfaringer er like relevante.

Kjøreregler: Dette er ikke et tradisjonelt intervju, der jeg spør og dere svarer. Tanken er heller at dere snakker med hverandre rundt temaet, utveksler erfaringer, fremfor å bare snakke til Berit og meg som leder samtalen.

Ønsker å få frem alles erfaringer, kommer til å stille spørsmål underveis for å få frem en bestemt vinkling eller et tema, og for å få alle til orde. Fint om dere også er med å passe på at alle kommer til orde!

VEDLEGG 4 INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPER

Det er viktig at dere ikke snakker i munnen på hverandre, og heller ikke hvisker til sidemannen, det vil gjøre opptakene vanskelig å høre etterpå.

Intervjuguiden angir en tematisering for intervjuet. Den vil utvides med oppfølgingsspørsmål etter hvert som samtalen med informantene skrider fram.

Informasjonen som fremkommer i denne gruppen er taushetsbelagt, både for deltagerne og for intervjuerne. Det som kommer frem her i gruppen skal bli i gruppen.

Intervjuguide:

1. Kort presentasjonsrunde: Fornavn

2. Nå er det to år siden DIPS ble innført. Jeg vil gjerne høre om hvordan denne tiden har vært fra oktober 2014 og frem til nå.

Fortell om hvilke praktiske erfaringer dere har med bruk av DIPS behandlingsplan ?

- Hvilken opplæring har dere fått?
- Hva fungerer greit?
- Hva er vanskelig/utfordrende?

3. Introduksjon: Behandlingsplan (BP) skal være hoveddokumentet for pasienten i sykepleiedokumentasjonen.

Fortell hvordan dere bruker BP i det daglige?

Momenter som bør framkomme (etterspørres hvis samtalen ikke inkluderer disse):

- Utforming/opprettelse av BP
- Bruk av BP
- Endring av BP
- Hvordan finner dere frem til nye diagnoser, mål og tiltak/forordninger?
- Hvilke VBP-er brukes?

VEDLEGG 4 INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPER

4. Innføringen av DIPS har medført bruk av standardiserte koder, sykepleiediagnoser og - tiltak (NANDA/NIC) i behandlingsplanen til den enkelte pasient.

Hvilke refleksjoner har dere gjort dere omkring dette med standardisert språk?

Momenter som bør framkomme (etterspørres hvis samtalen ikke inkluderer disse):

- Fastsatte koder
- Hvordan individualisere?
- Som ledd i kvalitetssikringssystemet ved OUS
- Hvordan avspeiler BP den individuelle sykepleien til disse pasientene?
- Hvordan stemmer kodene med pasientens reelle behov?
- Kommentarer om språket som sådan?

5. Behandlingsplan har nå blitt et helt annet redskap enn det pleieplan i Doculive var tidligere.

Noe av bakgrunnen er behandlingsplan som sådan, men ikke minst også innføring av standardiserte koder.

Hvilke fordeler er det å bruke NANDA- og NIC-kodene i behandlingsplan?

Kan du utdype dette?

- Hvorfor?

Hvilke ulemper er det å bruke NANDA- og NIC-kodene i behandlingsplan?

Kan du utdype dette?

- Hvorfor?

6. Andre kommentarer?

Er det noe dere avslutningsvis ønsker å meddele om DIPS-behandlingsplan

Takk for hjelpen!

VEDLEGG 5 FORESPØRSEL TIL KLINIKKEN

Fra: Ingerd Irgens Hynnekleiv [<mailto:ingerd@hynnekleiv.no>] **Sendt:** 31. mai 2016 19:42 **Til:** [REDACTED] **Kopi:** Ellen Karine Grov **Emne:** Forespørsel om gjennomføring av masterprosjekt i Kreftklinikken

Som et ledd i min Mastergrad i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) ønsker jeg å gjennomføre en kvalitativ studie om sykepleiernes erfaringer av å dokumentere med standardiserte sykepleieklassifikasjoner (NANDA og NIC) etter innføringen av dokumentasjonssystemet DIPS ved Kreftklinikken, Oslo Universitetssykehus (OUS).

Prosjektets problemstilling er:

Hvilke erfaringer har sykepleiere ved Kreftklinikken, OUS, to år etter innføring av dokumentasjon med DIPS behandlingsplan?

Vi ønsker å gjennomføre fokusgruppeintervju med sykepleiere fra ulike sengeposter i Kreftklinikken, og ser for oss konkret gjennomføring av intervjuer i september 2016. Se vedlegg for nærmere detaljer. Vedlagt er også prosjektbeskrivelse for studien, tentativ intervjuguide og informasjonsskriv til deltagerne, til din informasjon.

Ser frem til å høre fra deg.

Med vennlig hilsen

Ingerd Irgens Hynnekleiv

Masterstudent, Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling ved HIOA
Fagsykepleier AKBS8

VEDLEGG 6 INFORMASJONSBREV TIL KLINIKKEN

Forespørsel om gjennomføring av forskningsprosjektet

”Ny arkitektur, samme innhold?”

*Sykepleieres dokumentasjonserfaringer
etter innføring av
DIPS-behandlingsplan i 2014 ved
Kreftklinikken, OUS.*



Bakgrunn og formål

Som et ledd i min Mastergrad i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) ønsker jeg å gjennomføre en kvalitativ studie om sykepleiernes erfaringer av å dokumentere med standardiserte sykepleieklassifikasjoner (NANDA og NIC) etter innføringen av dokumentasjonssystemet DIPS ved Kreftklinikken, Oslo Universitetssykehus (OUS).

Prosjektets problemstilling er:

Hvilke erfaringer har sykepleiere ved Kreftklinikken, OUS, to år etter innføring av dokumentasjon med DIPS behandlingsplan?

Vi ønsker å gjennomføre fokusgruppeintervju med sykepleiere fra ulike sengeposter i Kreftklinikken.

Jeg er til daglig knyttet til sengepost A8 som sykepleier og fagsykepleier. Jeg har således god kjennskap til Kreftklinikken, og dette er årsaken til at jeg ønsker å knytte prosjektet opp til dette fagområdet.

Rekruttering av deltagere

Studien baserer seg på gruppeintervju, og deltagerne vil bli invitert til en fokusgruppesamling. Gruppeintervjuet vil vare ca. 1 time. Vi ser for oss to – tre fokusgrupper med 5-6 deltagere i hver. Vi vil derfor trenge rundt 15-18 informanter. Da dette er en kvalitativ studie, ønsker vi informanter med erfaring og engasjement for dokumentasjon i DIPS. Som egnede informanter ser vi for oss DIPS Superbrukere og fagsykepleiere med over halv stilling i klinikk. For å skaffe et hensiktsmessig utvalg er vi avhengige av tett samarbeide med seksjonsleder/fagsykepleiere/enhetsledere i klinikken for førsthåndskontakt med personer som tilfredsstillende utvalgsriteriene.

VEDLEGG 6 INFORMASJONSBREV TIL KLINIKKEN

Fokusgruppene

Spørsmålene vil omhandle hvordan sykepleierne opplever bruken av kodede sykepleiediagnoser og – tiltak i DIPS, sammenlignet med dokumentasjon før DIPS ble innført. Vi er også interessert i hva de vurderer som fordeler og ulemper med å bruke disse kodene. Det er også viktig å få fram hvordan sykepleierne mestrer bruken av behandlingsplan i DIPS, eventuelt hvorfor de synes det er enkelt eller vanskelig, altså hvilke praktiske erfaringer de har med systemet.

Praktiske forhold

Vi ønsker å gjennomføre fokusgruppene i løpet av september 2016. Vi ser for oss å gjennomføre fokusgruppene umiddelbart etter arbeidstid, og i et møterom i tilknytning til hhv. Kreftsenteret ved Ullevål eller Radiumhospitalet. Deltagelse i studien vil dermed ikke få konsekvenser for deltagerens arbeidstid.

Fokusgruppeintervjuene vil bli tatt opp på bånd. Informasjonen som fremkommer i fokusgruppen er taushetsbelagt både for deltakerne og for intervjuer.

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2017. Personopplysninger og lydfiler vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og sykepleierne kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom en person trekker seg, vil alle opplysninger tilført fra denne, bli slettet.

For nærmere informasjon og eventuelle spørsmål til studien, ta kontakt med

Prosjektleder Ingerd Irgens Hynnekleiv, e-post: ingerd@hynnekleiv.no tlf 9909 9392.

Veileder for prosjektet Ellen Karine Grov, e-post: Ellen-Karine.Grov@hioa.no, tlf 988 45 950.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, referansenr. 48651.

Med vennlig hilsen

Ingerd Irgens Hynnekleiv
Prosjektleder

Vedlegg: Intervjuguide, informasjonsskriv til deltagere, prosjektbeskrivelse

VEDLEGG 7 FORESPØRSEL TIL DELTAGERE

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Ny arkitektur, samme innhold?” Sykepleieres dokumentasjonserfaringer etter innføring av DIPS-behandlingsplan i 2014 ved Kreftklinikken, OUS.

Bakgrunn og formål

Denne studien er et ledd i min Mastergrad i *sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling* ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Formålet med studien er å undersøke sykepleiernes erfaringer av å dokumentere med standardiserte sykepleieklassifikasjoner (NANDA og NIC) etter innføringen av dokumentasjonssystemet DIPS ved Kreftklinikken, Oslo Universitetssykehus (OUS).

Prosjektets problemstilling er:

Hvilke erfaringer har sykepleiere ved Kreftklinikken, OUS, to år etter innføring av dokumentasjon med DIPS-behandlingsplan?

Vi ønsker sykepleiere fra sengepostene i Kreftklinikken til å delta i prosjektet. Deltagelse er basert på frivillighet, og erfaring med dokumentasjon i DIPS er en forutsetning.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien baserer seg på fokusgruppeintervju, og deltagerne vil bli invitert til en fokusgruppesamling. Denne vil bli lagt rett etter arbeidstid, og stedet blir et rom i tilknytning til din arbeidsplass.

Gruppeintervjuet vil vare ca.1 time.

Fokusgruppen vil bestå av 4-6 sykepleiere, og vi ønsker her at hver enkelt deltar aktivt med innspill om sine erfaringer, holdninger og oppfatninger.

Spørsmålene vil omhandle hvordan du opplever bruken av kodete sykepleiediagnoser og –tiltak i DIPS, sammenlignet med dokumentasjon før DIPS ble innført. Vi er også interessert i hva du vurderer som fordeler og ulemper med å bruke disse kodene. Det er også viktig å få fram hvordan du mestrer bruken av behandlingsplan i DIPS, eventuelt hvorfor du synes det er enkelt eller vanskelig, altså hvilke praktiske erfaringer du har med systemet.

Fokusgruppeintervjuet vil bli tatt opp på bånd dersom dere tillater dette.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger vil kun være tilgjengelige for meg som masterstudent og min veileder. Ved utskrift av intervjuet vil alle deltagerne få tildelt et pseudonym, slik at utsagn ikke kan spores tilbake til enkeltpersoner. Lydfilene vil bli lagret på en minnepenn i et låsbart rom, og vil slettes når prosjektet er avsluttet. Navneliste og pseudonymoversikt vil bli lagret i en låsbar enhet i et annet rom, adskilt fra de øvrige dataene. Disse opplysningene slettes etter at masteroppgaven er sensurert.

VEDLEGG 7 FORESPØRSEL TIL DELTAGERE

Informasjonen som fremkommer i fokusgruppen er taushetsbelagt både for deltakerne og for intervjuer. Deltakelse i fokusgruppeintervjuet innebærer samtykke til deltakelse i studien, og dermed er ikke underskrift nødvendig.

Alle utsagn som kommer frem i fokusgruppene vil bli omskrevet til bokmål, og vi vil tilstrebe å anonymisere spesielle dialektuttrykk og talemåter. Det vil likevel være en mulighet for at en deltager i studien kan kjenne igjen sine egne og de andre deltagernes utsagn i den ferdige publikasjonen og presentasjoner av denne. Utover dette skal det ikke være mulig å spore den enkelte deltager.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.5. 2017. Personopplysninger og lydfiler vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med
Prosjektleder Ingerd Irgens Hynnekleiv, e-post: ingerd@hynnekleiv.no tlf 990 99 392.
Veileder for prosjektet Ellen Karine Grov, e-post: Ellen-Karine.Grov@hioa.no, tlf 988 45 950.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, prosjektnummer 48651.

VEDLEGG 8 INFORMASJON TIL ENHETSLEDERE

Fra: Ingerd Irgens Hynnekleiv **Sendt:** 7. september 2016 15:19 **Til:** [REDACTED]
Emne: Informanter til masteroppgaveintervju

Kjære enhetsleder i [REDACTED].

Som et ledd i min Mastergrad i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) ønsker jeg å gjennomføre en kvalitativ studie om sykepleiernes erfaringer av å dokumentere med standardiserte sykepleieklassifikasjoner (NANDA og NIC) etter innføringen av dokumentasjonssystemet DIPS ved Kreftklinikken, Oslo Universitetssykehus (OUS).

Prosjektets problemstilling er:

Hvilke erfaringer har sykepleiere ved Kreftklinikken, OUS, to år etter innføring av dokumentasjon med DIPS behandlingsplan?

Prosjektet er godkjent av klinikkleder Sigbjørn Smeland, og gjennomføres i samråd med Seksjonsleder [REDACTED]. Studien er også meldt til Personvernombudet for forskning, og har prosjektnr. 48651 hos Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Vi ønsker å gjennomføre fokusgruppeintervju med sykepleiere fra ulike sengeposter i Kreftklinikken, og ser for oss konkret gjennomføring av intervjuer nå i september 2016. For å finne egnede informanter har vi forhørt oss med både fagsykepleiere og noen DIPS superbrukere, og disse vil forhøre seg rundt på sengepostene og formidle kontakt mellom meg og aktuelle informanter.

Rent praktisk ønsker vi **to informanter fra hver sengepost på [REDACTED] onsdag 14.9.2016, kl 14 og 15.**

På [REDACTED] ønsker vi å snakke med tilsvarende to sykepleiere fra hver post torsdag 15.9.2016, kl 12 og 13. Tidspunktene er fastsatt i samråd med fagsykepleierne, og vi håper dette kan passe for sengeposten. I intervjuet håper vi å samle sykepleiere fra alle sengepostene i [REDACTED] på hhv [REDACTED] og [REDACTED], og intervjuene vil bli utført av fagsykepleier Berit Hofset Larsen og undertegnede.

Vi har stor forståelse for at det kan være vanskelig å avse personale i en travel hverdag, men ber likevel om at dette prioriteres. Vi tror at sykepleiernes erfaringer med bruk av DIPS, behandlingsplan og kodete sykepleiediagnoser og –tiltak lettest fremkommer i en slik kvalitativ studie som vi nå er i gang med. Vi ønsker å høre sykepleiernes praktiske erfaringer basert på hverdagen i en aktiv sengepost, hvordan de opplever å mestre bruken av DIPS og hva som hemmer og fremmer bruken av DIPS og DIPS behandlingsplan.

Vedlagt informasjonsskriv til deltagerne, til deres informasjon.
Ser frem til å høre fra dere.

Med vennlig hilsen

Ingerd Irgens Hynnekleiv, Masterstudent, Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling ved HIOA

VEDLEGG 9 SØKNAD TIL NSD



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger er.
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet. Les mer om hva behandling av personopplysninger innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ○ Nei ●	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel , slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler .
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke	Stemme registreres på lydfil. Arbeidsplass vil være kjent for forsker, og navn kan også fremkomme i fokusgruppeintervjuet	NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Les mer. Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjekttittel		
Prosjekttittel	Sykepleieres dokumentasjonserfaringer etter innføring av DIPS Behandlingsplan i 2014 ved kreftklinikken, OUS.	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Oslo og Akershus	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen. Les mer om behandlingsansvarlig institusjon .
Avdeling/Fakultet	Fakultet for helsefag	
Institutt	Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

VEDLEGG 9 SØKNAD TIL NSD

Fornavn	Ellen Karine	<p>Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om daglig ansvarlig.</p> <p>Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.</p> <p>Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.</p> <p>NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.</p>
Etternavn	Grov	
Stilling	sykepleier, dr. polit, professor	
Telefon	67236378	
Mobil	988 45 950	
E-post	Ellen-Karine.Grov@hioa.no	
Alternativ e-post	postmottak-hf@hioa.no	
Arbeidssted	HIOA, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid	
Adresse (arb.)	Pilestredet 32	
Postnr./sted (arb. sted)	0130 Oslo	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Ingerd Irgens	
Etternavn	Hynnekleiv	
Telefon	22230777	
Mobil	99099392	
E-post	ingerd@hynnekleiv.no	
Alternativ e-post	iik@ous-hf.no	
Privatadresse	Langmyrgrenda 57	
Postnr./sted (privatadr.)	0861 Oslo	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> • Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ○ Annet 	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Masteroppgavens hensikt er å undersøke sykepleieres erfaringer med å dokumentere etter standardiserte sykepleieklassifikasjoner (NANDA og NIC) etter innføringen av det kliniske dokumentasjonssystemet DIPS.</p> <p>Problemstilling: Hvilke erfaringer har sykepleiere ved Kreftklinikken, OUS, to år etter innføring av dokumentasjon med DIPS behandlingsplan?</p> <p>Forskningsspørsmål</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hvordan opplever sykepleierne å jobbe med et standardisert språklig uttrykk slik NANDA og NIC representerer? •Hvilke fordeler og ulemper har anvendelse av klassifikasjonssystemene NANDA og NIC i behandlingsplan? •Hva er det som virker fremmende og hva virker hemmende på sykepleiernes mestring av nye dokumentasjonsverktøy? 	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		

VEDLEGG 9 SØKNAD TIL NSD

Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige forskningstematikker og utvalg .
Beskriv utvalg/deltakere	Sykepleiere ansatt ved sengeposter ved Kreftklinikken, OUS	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Utvalget blir rekruttert fra sengeposter ved Kreftklinikken, av undertegnede i samarbeid med seksjonsleder/enhetsleder ved den enkelte seksjon/enhet.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Kontakt med utvalget vil gjøres i samråd med seksjonsledere. Oppslag og evt. informasjonsmøte på sengeposter, med påfølgende frivillig rekruttering fra sykepleiernes side. Kontakten vil gå via enhetsleder, som legger frem forespørsel for aktuelle sykepleiere.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre temasider .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	Max 20	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om sensitive opplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. Les mer .
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/ sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om registerstudier. Dersom du skal anvende registerdata, må variabelliste lastes opp under pkt. 15</p> <p>Les mer om forskningsmetoder.</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger	Det planlegges gjennomføring av to-tre gruppeintervju	
9. Informasjon og samtykke		

VEDLEGG 9 SØKNAD TIL NSD

Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal her.</p> <p>Les om krav til informasjon og samtykke.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. Les mer.</p>
10. Informasjonssikkerhet		
Spesifiser	<p>Lyddopptak fra gruppeintervju vil transkriberes, og anonymiseres i transkripsjonene. Lydfilene vil oppbevares på minnepenn i et låsbart rom. Personopplysninger (fornavn) og de gitte pseudonymer vil oppbevares i en låsbar enhet i et annet rom.</p>	<p>NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Vi anbefaler koblingsnøkkel.</p>
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lyddopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input checked="" type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	<p>Aktuelle lydfiler oppbevares på minnepenn i låsbart rom, slettes etter prosjektet er fullført. Transkripsjoner av lydfilene vil være anonymisert med pseudonymer, og inneholder ikke personopplysninger.</p>	<p>Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?</p>
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	<p>Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktreguleres.</p>
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	<p>F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.</p>
Hvis ja, beskriv?		<p>Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.</p> <p>Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. Les mer.</p>
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	<p>F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.</p>
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		

VEDLEGG 9 SØKNAD TIL NSD

Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registreier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om andre godkjenninger .
Hvis ja, hvilken		
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart	15.08.2016	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektslutt	15.05.2017	Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering av data .
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Dette er et mindre Mastergradsprosjekt, ekstern finansiering er ikke aktuelt.	Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger	Lydfilene slettes ved prosjektslutt.	Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 3. <ul style="list-style-type: none"> ● Intervjuguide fokusgrupper.docx ● Prosjektbeskrivelse Masteroppgave Ingerd.docx ● 160422_Informasjon til deltagere masteroppgave.doc 	

VEDLEGG 10 KVITTERING FRA NSD



Ellen Karine Grov
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 07.06.2016

Vår ref: 48651 / 3 / ABS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48651	<i>Sykepleieres dokumentasjonserfaringer etter innføring av DIPS Behandlingsplan i 2014 ved kreftklinikken, OUS</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Karine Grov</i>
<i>Student</i>	<i>Ingerd Irgens Hynnekleiv</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Andreas Bratshaug Stenersen

Kontaktperson: Andreas Bratshaug Stenersen tlf: 55 58 30 19

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.