

# MASTEROPPGAVE

Masterstudium i intensivsykepleie, kull 2015

November 2017

## INTENSIVSYKEPLEIERES ERFARINGER MED BRUK AV KLINISK SYKEPLEIEDOKUMENTASJON

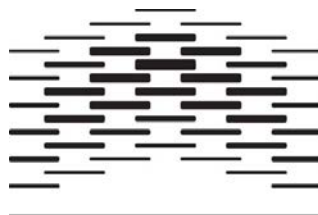
«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av behandlingsplan som dokumentasjonsverktøy i Klinisk Dokumentasjon av Sykepleie?»



Gro Elisabeth Valebjørg Galambos

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Pilestredet



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

## **Forord**

Intensivsykepleieres dokumentasjon i pasientens behandlingsplan er et tema som har engasjert meg over flere år. Det at jeg gjennom masterutdanningen i intensivsykepleie nå fikk muligheten til å utforske dette temaet nærmere har vært en spennende og lærerik prosess.

Spesielt takk til informantene som villig stilte opp til intervjuer og gjorde undersøkelsen mulig å gjennomføre. En stor takk også til min veileder gjennom hele prosessen, Dag-Gunnar Stubberud. Takk for dine gode råd og tilbakemeldinger, og ikke minst for din korte responstid når jeg har sendt inn deler av oppgaven til deg for veiledning. Tusen takk også til alle medstudenter og lærere som på masterseminar har gitt meg konstruktive tilbakemeldinger og innspill.

## Sammendrag

**Bakgrunn, hensikt og problemstilling:** Denne studiens tema er klinisk dokumentasjon av sykepleie, og problemstillingen det tas utgangspunkt i er: «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av behandlingsplan som dokumentasjonsverktøy i klinisk dokumentasjon av sykepleie?*» Dokumentasjon av sykepleie er sentralt for å ivareta pasientsikkerheten og sørge for kontinuitet og kvalitet i den helsehjelpen pasienten mottar. Dette er en viktig del av intensivsykepleierens funksjon og ansvar. Hensikten med denne studien var derfor å få mer kunnskap om hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å bruke behandlingsplan i sin dokumentasjon av sykepleie til pasienten.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming, der det ble utført dybdeintervjuer med til sammen fire intensivsykepleiere på to ulike sykehus. Analysen av datamateriale ble basert på King & Horrocks sin tematiske innholdsanalyse.

**Resultater:** Analysen resulterte i tre hovedtemaer som var sentrale i forhold til intensivsykepleierens erfaringer med bruk av behandlingsplan. Disse var *Tid*, *Systemets funksjonalitet* og *Kunnskap*.

**Konklusjon:** Med dette prosjektet ønsket jeg å øke kunnskapen om hvordan dokumentasjon i pasientens behandlingsplan fungerer i praksis på intensivavdelingen. Funnene i studien viser at intensivsykepleierens erfaringer med bruk av behandlingsplan som dokumentasjonsverktøy er sammensatt. Men tiden de har til rådighet, systemets funksjonalitet og kunnskapene de har om behandlingsplan er vesentlige faktorer for bruken av planen.

**Nøkkelord:** Sykepleiedokumentasjon, Behandlingsplan, Intensivsykepleiere, Erfaringer, Elektronisk pasientjournal, Kvalitativ studie

## Abstract

**Background, purpose and research question:** This study deals with clinical documentation of nursing. The documentation of nursing is essential for preserving patient security, and for providing continuity and quality in the health services the patient receives. This is an important part of the ICU-nurse's function and responsibility. The purpose behind this study was thus to gain more knowledge about the ICU-nurses' experiences regarding the application of care plans in their documentation of nursing.

Research question: «What are the experiences of ICU-nurses when using nursing care plans as a tool for documentation in electronic health records?»

**Method:** This is a qualitative study with a phenomenological approach, where in-depth interviews were conducted with four ICU-nurses in two different hospitals. The analysis of data was based on King & Horrocks' thematic content analysis.

**Results:** The analysis resulted in three main themes: *Time*, *The system's functionality* and *Knowledge*. These themes were important with regard to the ICU-nurses' experiences with the application of nursing care plans.

**Conclusion:** My intention with this study was to increase the knowledge about how documentation in the patient's nursing care plan is applied at the ICU. I found that the ICU-nurses' experiences with the application of nursing care plans as a tool for documentation, are complex. However, the time they have at their disposal, the system's functionality and their knowledge of nursing care plans are essential factors for the application of the plan.

**Key words:** Nursing documentation, Care plan, ICU nurses, Experiences, Electronic health record, Qualitative study

# Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Tema og problemstilling .....	1
1.2 Bakgrunn .....	2
1.3 Hensikt og avgrensning.....	3
2.0 KUNNSKAPSSØK OG KILDEKRITIKK .....	4
2.1 Kunnskapssøk .....	4
2.1.1 Inklusjonskriterier.....	8
2.1.2 Eksklusjonskriterier.....	9
2.2 Kildekritikk .....	9
2.2.1 Kritisk vurdering av utvalgte forskningsartikler. ....	9
2.2.2 Styrker og svakheter ved valgt kunnskap.....	10
3.0 TEORETISK GRUNNLAG .....	12
3.1 Klinisk sykepleiedokumentasjon.....	12
3.1.1 Pasientens behandlingsplan.....	12
3.1.2 Kode- og klassifikasjonssystemer. ....	12
3.1.3 Sykepleieprosessen.....	13
3.2 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar i forhold til dokumentasjon .....	13
3.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar i forhold til forskningsarbeid.....	14
4.0 METODE.....	15
4.1 Kvalitativ design og metode.....	15
4.2 Datainnsamling.....	16
4.3 Utvalg.....	17
4.4 Rekruttering.....	18
4.5. Forberedelse til intervju .....	18
4.5.1 Intervjuguide.....	19
4.5.2 Pilotintervju.....	20
4.6 Gjennomføring av intervju.....	20
4.7 Forskningsetiske overveielser .....	21
4.7.1 Informert samtykke.....	22
4.7.2 Konfidensialitet.....	22
4.7.3 Konsekvenser for informanter.....	22
4.7.4 NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).....	22
4.8 Analyse.....	23

4.8.1 Valg av analysemetode.....	23
4.8.2 Gjennomføring av analysen.....	24
4.9 Studiens kvalitet.....	28
4.9.1 Pålitelighet.....	28
4.9.2 Gyldighet.....	30
4.9.3 Generaliserbarhet.....	30
5.0 RESULTATER.....	32
5.1 Tid.....	32
5.2 Systemets funksjonalitet.....	33
5.3 Kunnskap.....	34
6.0 DISKUSJON.....	36
6.1 Erfaringer med bruk av behandlingsplan.....	36
6.2 Bruk av behandlingsplanen i hverdagen på intensivavdelingen.....	36
6.3 Hva påvirker bruken av behandlingsplan?.....	37
6.4 Veiledende behandlingsplaner.....	38
7.0 KONKLUSJON.....	40
LITTERATURLISTE.....	41

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Tema og problemstilling

Temaet for dette forskningsprosjektet er «Klinisk Dokumentasjon av Sykepleie (KDS)». Klinisk dokumentasjon av sykepleie ble tidligere kalt elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS), men navnet ble endret i 2014 i forbindelse med et standardiseringsarbeid. Den nasjonale betegnelsen er i dag klinisk dokumentasjon av sykepleie. Derfor velger jeg også å bruke denne betegnelsen i mitt prosjekt. Dokumentasjon av sykepleie er sentralt for å ivareta pasientens sikkerhet, og sørge for kontinuitet og kvalitet i den helsehjelpen pasienten mottar. I tillegg er dokumentasjon med på å ivareta de juridiske krav som settes i forhold til det å yte helsehjelp (Vabo, 2014, og Moen, Hellesø og Berge, 2008). Helsepersonelloven (2001) sier at vi som helsepersonell har plikt til å føre journal på pasienten. Vi skal også dokumentere opplysningene på en tilfredsstillende måte, slik at relevant og nødvendig informasjon blir registrert (Lov om helsepersonell, 2001, §39 og §40).

Jeg mener derfor at dette er et svært viktig tema, og det er en viktig del av intensivsykepleierens funksjon og ansvar å føre en skriftlig individuell plan på pasienten for å sikre kontinuitet i pasientens behandling (NSFLIS, 2002). I dag foregår stort sett det meste av dokumentasjonen i pasientens journal elektronisk, og i framtiden vil all dokumentasjon føres i elektronisk pasientjournal (Vabo, 2014). I følge stortingsmeldingen «en innbygger-en journal» påpeker regjeringen også at «gode IKT-systemer er et viktig verktøy for å oppnå bedre kvalitet og pasientsikkerhet» (Meld.St. 9, 2012-2013). Pasientsikkerhet blir av Kunnskapssenteret (2017) definert som «Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (Kunnskapssenteret, 2017). Det er intensivsykepleierne selv som opplever hvordan dokumentasjonsprosessen fungerer i praksis, og derfor mener jeg det er svært viktig å lytte til deres meninger. Jeg velger å fokusere på dokumentasjon i pasientens behandlingsplan i denne oppgaven fordi det er behandlingsplanen som er ansett for å være det beste verktøyet i journalføringen av sykepleie. Den skal gi en strukturert oversikt over den helsehjelpen som er planlagt eller utført (Moen et al., 2008).

Min problemstilling for dette prosjektet blir derfor: **«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av behandlingsplan som dokumentasjonsverktøy i klinisk dokumentasjon av sykepleie?»**

## 1.2 Bakgrunn

Jeg har som sykepleier jobbet med elektronisk dokumentasjonssystem og anvendt behandlingsplaner i dokumentasjonen av sykepleie i flere år, både på sengepost og på intensivavdeling. Jeg har også vært delaktig i revideringen av veiledende behandlingsplaner. Mine erfaringer i forhold til sykepleieres dokumentasjon i elektronisk pasientjournal, og deres holdninger i forhold til dokumentasjon er svært varierende. I følge Vabo (2014) er dokumentasjonssystemets funksjonalitet viktig for at sykepleierne skal kunne innfri dokumentasjonsplikten i forhold til faglige og juridiske krav (Vabo, 2014). Tidligere forskning hevder også at funksjonaliteten i systemet er vesentlig for hvordan det blir akseptert av sykepleierne (Stevenson & Nilsson, 2011, og Carayon et al., 2011).

Sykepleiernes holdninger og kunnskaper i forhold til hvordan man dokumenterer er også viktig (Vabo, 2014). Dette er også min erfaring. Jeg har sett dokumentasjon i pasientens behandlingsplan fungere optimalt på sengepost, men på de intensivavdelingene jeg har jobbet eller hatt praksis har det vært lite i fokus. Man skulle kanskje tro at en intensivavdeling med så mange komplekse pasienter hadde mer fokus på dokumentasjon enn for eksempel en sengepost med «friskere» pasienter. Min erfaring er at intensivavdelinger ofte har flere ulike dokumentasjonsverktøy i bruk, som for eksempel mer utfyllende medisinkurver/observasjonsskjemaer og ulike former for sjekklister. Kan intensivsykepleierne da mene at dokumentasjon i behandlingsplanen blir overflødig? En norsk studie fra 2010, utført på en kirurgisk sengepost og på en postoperativ avdeling, viste at sykepleierne på den postoperative avdelingen konsekvent bare brukte notatdelen i sykepleiedokumentet og ikke behandlingsplanen. De klarte ikke å se hvordan en elektronisk behandlingsplan egnet seg i intensivbehandling og hos postoperative pasienter (Meum, 2012). En annen forskningsstudie utført i Taiwan i 2002 beskriver også at erfarne sykepleiere brukte behandlingsplanen sjeldnere enn sykepleiere med mindre pasienterfaring. De uerfarne sykepleierne hadde større opplevelse av at de standardiserte behandlingsplanene var hjelpefulle verktøy i dokumentasjonen av sykepleie (Lee, 2006). I følge Vabo (2014) er det ingen enkel forklaring på årsaken til mangelfull sykepleiedokumentasjon, men hvor engasjerte sykepleierne er i det elektroniske systemet som brukes har stor betydning (Vabo, 2014). Forskning viser også at dersom sykepleierne ikke ser nytten av den elektroniske pasientjournalen, er det vanskelig å få dem til å bruke systemet slik det er ment (Furlong, 2015, og Carayon et al., 2011). Ut i fra



min problemstilling var det derfor interessant å se på om de intensivsykepleierne som deltok i mitt prosjekt hadde lignende erfaringer som det tidligere forskning viser.

### **1.3 Hensikt og avgrensning**

Med denne studien var mitt ønske å få mer kunnskap om hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å bruke behandlingsplan i sin dokumentasjon av sykepleie til pasienten. Jeg mener en bedre forståelse av hvordan intensivsykepleiere erfarer at dokumentasjonen fungerer, kan bidra til å gjøre eventuelle endringer/forbedringer som igjen kan være med på å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasienten. Tidligere forskning påpeker også viktigheten av at sykepleierne selv er involvert i avgjørelser angående det elektroniske systemets funksjonalitet og anvendbarhet for å kunne identifisere og redusere eventuelle barrierer i forhold til bruk av elektronisk pasientjournal (Carrington & Effken, 2011 og Stevenson et al., 2011).

Sykepleiedokumentasjon er et omfattende fagområde, og det finnes mange ulike modeller innen elektronisk dokumentasjon. Jeg tok imidlertid utgangspunkt i dokumentasjonsmodellen til DIPS (Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus) i min studie. Grunnen til at jeg valgte akkurat dette systemet var at det er det systemet som anvendes på flest sykehus i Norge i dag (Vabo, 2014).

I følge Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere (2002), er en intensivsykepleier en person som har autorisasjon som sykepleier i Norge og videreutdanning i intensivsykepleie (NSFLIS, 2002). Jeg avgrenset imidlertid intensivsykepleiere i min problemstilling til kun å inkludere intensivsykepleiere som fysisk jobber på en intensivavdeling. Det var forståelsen av hvordan intensivsykepleiere mener bruk av behandlingsplan i KDS fungerer på intensivavdelinger jeg var ute etter, og det ble derfor naturlig å utelukke intensivsykepleiere som jobber andre steder.

## 2.0 KUNNSKAPSSØK OG KILDEKRITIKK

Å utføre systematiske kunnskapssøk i forkant av en studie er viktig. Jeg måtte være klar over hva som fantes av tidligere forskning og litteratur om mitt tema for å kunne begrunne hvorfor det var viktig å utføre et forskningsprosjekt på akkurat dette området.

### 2.1 Kunnskapssøk

Jeg var ute etter å finne teoretisk kunnskap om dokumentasjon av sykepleie, og tidligere forskning som kunne relateres til min problemstilling. Å undersøke om lignende forskning er gjort kan være med på å øke gyldigheten i studien. Ved å underbygge mine funn med annen litteratur viser jeg objektivitet i forskningen, og at funnene ikke er bygget på mine subjektive holdninger (Johannessen et al., 2010). Jeg ønsket også å finne litteratur som kunne være med på å danne det teoretiske grunnlaget i oppgaven.

For å finne litteratur som kunne belyse temaet mitt på et overordnet plan, søkte jeg på «sykepleiedokumentasjon» i søkemotoren Oria via høgskolens læringscenter. Ut fra dette søket fant jeg fagboken *Dokumentasjon i sykepleie* av Grete Vabo (2014). Denne læreboka var både den sist utgitte av de treffene jeg fikk og den mest relevante i og med at den også tar for seg det elektroniske dokumentasjonssystemet DIPS, som er det systemet jeg har fokus på i mitt prosjekt. Jeg har også hentet noe kunnskap fra læreboka *Sykepleieres journalføring* av Moen, Hellesø og Berge (2008). Dette er noe eldre litteratur, men jeg mener den var et godt supplement til Vabo sin bok. I tillegg brukte jeg «*Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ*» utarbeidet av NSF's faggruppe for E-helse, fordi den var svært sentral i forhold til mitt tema. Den beskriver hvilke krav og forventninger som stilles i forhold til sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal. Jeg har anvendt flere ulike bøker i forhold til metodedelen av oppgaven. Ved å gå gjennom flere forskjellige metodebøker ga det meg som uerfaren innenfor dette feltet en bedre forståelse av de ulike aspektene innen forskningsmetode. De bøkene jeg har henvist mest til i oppgaven er metodebøkene til Kvale & Brinkmann (2015), Malterud (2011), Thagaard (2013) og Johannessen et al. (2010). I tillegg har jeg også anvendt bøkene til King & Horrocks (2010) og Tjora (2017).

For å utføre systematiske kunnskapssøk på problemstillingen, «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av behandlingsplan som dokumentasjonsverktøy i klinisk dokumentasjon av sykepleie?*», utarbeidet jeg et PICO-skjema. Dette er en måte å dele opp

spørsmålene/problemstillingen på, og kan være til hjelp for å sortere søkeord og utarbeide en systematisk søkestrategi (Nortvedt et al., 2012). Jeg lagde følgende PICO-skjema, se tabell 1.

Tabell 1, PICO-skjema for kunnskapssøk:

POPULATION:	Intensivsykepleiere
INTERVENTION:	elektronisk dokumentasjon behandlingsplan sykepleiedokumentasjon
COMPARISON:	
OUTCOME:	erfaringer

Deretter søkte jeg i svemed+ etter MeSH-termer til de norske nøkkelordene «sykepleiedokumentasjon», «intensivsykepleiere» og «erfaring». MeSH (Medical Subject Headings) er et alfabetisk og hierarkisk ordnet begrepssystem med hovedtermer og alternative termer. Bruk av MeSH er med på å sikre kvalitet ved indeksering og gjenfinning, og begrepene skal gi en mer entydig forståelse (Helsebiblioteket, 2017). Jeg kom i mine søk frem til disse relevante engelske søkeordene/MeSH-termene, se tabell 2.

Tabell 2, MeSH-termer/søkeord:

	Søkeord 1	Søkeord 2	Søkeord 3	Søkeord 4
<b>Norsk</b>	- Sykepleie-dokumentasjon	- Intensiv-Sykepleiere	- Erfaring	
<b>Engelsk</b>	- Electronic health records - Nursing records	- Intensive care units - Nursing staff - Nurses	- Attitude of health personnel	

OR  
mellom ord i samme kolonne

AND  
mellom ord i forskjellige kolonner

Jeg gjorde i tillegg søk i svemed+ med søkeordet «dips», siden det er dette dokumentasjonssystemet jeg har fokus på, men det ga ingen relevante treff.

Med de valgte søkeordene utførte jeg også søk i Cochrane for å se om jeg kunne finne noen relevante review-artikler i forhold til min problemstilling, men jeg fikk ingen relevante treff i denne databasen.

Så ut fra de søkeordene jeg kom frem til utførte jeg søkene som vist i tabell 3.

Tabell 3, Søkeshistorikk:

Database / søkemotor / nettsted	Søk nr.	Søkeord/ søkekombinasjoner	Antall treff (pr. ....)	Kommentarer til søk / treffliste (fyll ut etter behov)	Relevante treff
Cinahl (via Ebsco	1	Electronic health records	1530	Søkt som nøkkelord	

host)	2	Nursing records	17790	«Computerized patient record» og «Patient record systems» ble da inkludert	
	3	1 OR 2	18159		
	4	Intensive care units	30079		
	5	Nursing staff	13619		
	6	4 OR 5	43072		
	7	3 AND 6	655		
	8	Attitude of health personnel	52450		
	9	7 AND 8	81		
	10	7 AND 8	30	Avgrenset med «published date 20060101-20171231», «english language» og «research article»	Lee, 2005 Furlong, 2015 Carayon et al., 2011
	Medline (via Ovid)	1	Electronic health records	13038	
2		Nursing records	6590		
3		1 OR 2	19431		
4		Intensive care units	68899		
5		Nursing staff	62569		
6		Nurses	81103		
7		4 OR 5 OR 6	203998		
8		Attitude of health personnel	142539		
9		3 AND 7 AND 8	398		
10		9	247	Avgrenset med «år 2006-2017» og «english language»	
11		10	115	Avgrenset med «publisert 5 siste år»	Stevenson et al., 2011 Carrington et al., 2011 Meum, 2012

				Furlong, 2015 (samme som i cinahl) Carayon et al., 2011 (samme som i cinahl)

Det første kunnskapssøket ble gjort høsten 2016. Deretter ble det gjort nytt søk i mai 2017. Jeg fikk, som vist i tabell 3, 30 treff i Cinahl og 115 treff i Medline. Jeg brukte de samme søkeordene i begge databasene bortsett fra at jeg i Medline også la til «nurses», fordi dette ikke er en ren sykepleiefaglig database slik som Cinahl. Jeg måtte også avgrense søket mitt i Medline til å gjelde publiseringer de 5 siste år, ikke de 10 siste årene som i Cinahl. Dette pga. et stort antall søketreff i Medline, og begrenset kapasitet til å gå gjennom alle. I tillegg mener jeg at forskningsartikler publisert de 5 siste årene er mest interessante i forhold til utviklingen innen IKT.

Etter en gjennomgang av overskrifter og noen abstrakter på disse treffene endte jeg opp med 8 aktuelle artikler i Cinahl og 14 aktuelle artikler i Medline. 2 av artiklene jeg hadde funnet fantes i begge databaser, og jeg endte derfor opp med 20 artikler til sammen. Av disse ble 5 artikler ekskludert fordi de ikke var forskningsartikler og 7 ble ekskludert fordi de ved nærmere gjennomlesning likevel ikke var relevante. Ytterligere 2 artikler ble ekskludert etter å ha gjort en kvalitetsvurdering av de 8 aktuelle artiklene. Jeg satt derfor til slutt igjen med 6 artikler.

Fordi om jeg mener at jeg har gjort grundige og systematiske søk etter relevant forskning, kan jeg ikke utelukke at det finnes mer forskning på området som jeg ikke har fått med i denne oppgaven.

### **2.1.1 Inklusjonskriterier.**

Et av inklusjonskriteriene var at forskningsartiklene skulle omhandle sykepleiernes synspunkter, altså erfaringer, oppfatninger og lignende, siden det var denne kunnskapen jeg var ute etter. Siden få artikler omhandlet intensivsykepleiere valgte jeg

å inkludere sykepleiere generelt. Fordi om jeg var interessert i å se nærmere på intensivsykepleieres erfaringer med bruk av behandlingsplan, mener jeg forskning på sykepleiere generelt, og deres tanker og erfaringer om bruk av elektronisk dokumentasjon kan ha mange likhetstrekk med dem man finner hos intensivsykepleiere på en intensivavdeling.

### **2.1.2 Eksklusjonskriterier.**

Artikler som kun omhandlet medisinske pasientjournaler ble ekskludert, siden det var pasientens behandlingsplan jeg hadde i fokus. Jeg ekskluderte også forskning som omhandlet dokumentasjon i hjemmesykepleie og sykehjem siden forholdene der ofte er svært ulike fra dem du finner på en intensivavdeling. I tillegg ble artikler som omhandlet papirbasert dokumentasjon ekskludert fordi det var erfaringen med elektronisk dokumentasjon jeg ønsket å se nærmere på.

## **2. 2 Kildekritikk**

Kildekritikk er viktig i vurderingen av forskningsartikler. Utvalgte artikler må vurderes i forhold til at vi skal kunne stole på de resultatene forskningen viser, og om resultatene kan være med på å utvide kunnskap og forståelse om gitte tema. Jeg brukte sjekklister til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) for å gjøre en kritisk vurdering av mine utvalgte forskningsartikler (Kunnskapssenteret, 2017). I fem av de seks inkluderte artiklene var det gjort kvalitative studier, mens den siste artikkelen beskriver en kvantitativ studie der det ble utført spørreundersøkelser.

### **2.2.1 Kritisk vurdering av utvalgte forskningsartikler.**

I alle de inkluderte artiklene var formålet med studien klart formulert og jeg vurderte det til at det var brukt egnede design og metoder i forhold til å få svar på problemstillingene.

Jeg gjorde også en vurdering av studienes utvalg. I de fleste studiene kommer rekrutteringsstrategi og karakteristika av utvalget klart frem, men i en av studiene (Meum, 2012) er dette noe uklart. Jeg har likevel valgt å inkludere denne studien siden den er svært relevant både i forhold til at den er norsk, men også fordi den tar for seg det samme dokumentasjonssystemet som jeg anvender i min studie.

I de kvalitative studiene vurderte jeg de ulike metodene for datainnsamling til å være velegnede for å få svar på problemstillingene. Valg av setting, dvs. sykehus/ avdeling studiene ble utført på, er også beskrevet i artiklene. I artikkelen av Furlong (2015), kommer det imidlertid ikke frem når selve studien ble gjennomført. Men siden studien er utgitt i 2015, vil jeg ikke tro at gjennomføringen er gjort så veldig mange år tidligere. Derfor tar jeg den likevel med i oppgaven.

Analysemetode er redegjort for i alle de kvalitative forskningsartiklene.

I forhold til bakgrunnsforhold som kan ha hatt påvirkning i tolkningen av dataene i de kvalitative studiene, er det kun tre av artiklene som oppgir konteksten datainnsamlingen foregikk innenfor. I de to siste (Meum, 2012, og Furlong, 2015) er det uklart hvor intervjuene har foregått. Dette er en svakhet siden konteksten for intervjuene kan være med på å påvirke hvilke svar forskeren får (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2010). Det er også kun to av artiklene hvor forskerne redegjør for sin faglige bakgrunn (Stevenson & Nilsson, 2011, og Furlong, 2015).

I alle studiene er andre kilder trukket inn for å underbygge resultatene i forskningen. Men etiske forhold er ikke redegjort for i to av studiene (Carrington & Effken, 2011, og Meum, 2012).

I den kvantitative studien jeg inkluderte oppga forskerne signifikante p-verdier for resultatene, og randomiseringsprosedyre er beskrevet. I tillegg ble ulikheter mellom gruppene som kunne være med på å påvirke resultatet (antall år med dataerfaring) oppgitt som kovariat (Carayon et al., 2011).

Fordi om noen av artiklene har punkter som ikke er helt tilfredsstillende ifølge sjekklisten, velger jeg likevel å inkludere dem i oppgaven. Mange av punktene er godt beskrevet i artiklene, og ifølge Malterud (2011) kan man ikke forlange at man skal kunne svare «ja» på alle spørsmålene i en sjekkliste for å kunne godta kvaliteten på artiklene. Men man skal være klar over at det holder ikke at en artikkel er fasinerende for at den vitenskapelige kvaliteten skal være god nok (Malterud, 2011).

### **2.2.2 Styrker og svakheter ved valgt kunnskap.**

Alle de utvalgte artiklene omhandler på ulike måter sykepleiernes oppfatninger eller erfaringer med elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Det som går igjen i flere av studiene er at det elektroniske systemets brukervennlighet og nytteverdi er vesentlig i



forhold til hvilke erfaringer sykepleierne har (Carayon et al., 2011, Carrington & Effken, 2011, Stevenson & Nilsson, 2011). Det at flere studier har kommet frem til samme resultat, kan styrke studienes pålitelighet (Tjora, 2017). Studiene er også utført i løpet av de 10 siste årene, bortsett fra en som ble utført i 2002 (Lee, 2006) Dette mener jeg kan gjøre det sannsynlig at kunnskapen som kommer frem også kan være aktuell i dag.

Tre av de seks utvalgte forskningsartiklene inkluderer intensivsykepleiere og/eller intensivavdelinger i sine studier (Carayon et al., 2011, Meum, 2012, og Lee, 2006). Dette mener jeg er en styrke i forhold til at det er intensivsykepleiere jeg har valgt å fokusere på.

Siden jeg kun fant en relevant norsk studie, er det bare denne som omhandler det samme dokumentasjonssystemet som jeg har sett nærmere på i min studie (Meum, 2012). I tillegg er kun to av de seks artiklene europeiske studier (Meum, 2012, og Stevenson & Nilsson, 2011). Ulik praksis i forhold til utøvelsen av sykepleie, og ulike dokumentasjonssystemer kan gjøre det vanskeligere å overføre funnene til min studie.

En annen svakhet ved den utvalgte forskningen i forhold til mitt prosjekt mener jeg er at flere av artiklene tar for seg det elektroniske dokumentasjonssystemet generelt, og ikke fokuserer på behandlingsplanen (Stevenson & Nilsson, 2011, Carrington & Effken, 2011, Furlong, 2015). Dette kan gjøre det vanskeligere å relatere forskningen til min problemstilling.

## **3.0 TEORETISK GRUNNLAG**

I dette kapittelet beskriver jeg den teoretiske referanserammen som er relevant for studiens tema og problemstilling. Jeg presenterer her teori om dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal og behandlingsplan.

### **3.1 Klinisk sykepleiedokumentasjon**

En elektronisk pasientjournal (EPJ) kan ifølge Direktoratet for e-helse (2016) defineres som «en elektronisk samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp» (Direktoratet for e-helse, 2016). Klinisk Dokumentasjon av Sykepleie (KDS) er en del av den elektroniske pasientjournalen, og her registreres dokumentasjonen av sykepleie. KDS inneholder pasientens behandlingsplan, samt at den gir sykepleieren muligheten til å skrive sykepleienotater i fritekst, som for eksempel observasjoner og evaluering av tiltakene i behandlingsplanen.

#### **3.1.1 Pasientens behandlingsplan.**

Behandlingsplanen kan sammenlignes med det man tidligere ofte kalte pleieplan. I denne planen kan sykepleierne registrere informasjon om pasienten i pasientens helhetlige, tverrfaglige journal. Man kan også legge inn veiledende behandlingsplaner som sykepleierne har tilgang til. Veiledende behandlingsplaner er preformulerte oversikter som hvert enkelt helseforetak har ansvar for å utvikle. De skal inneholde sannsynlige sykepleiediagnoser, og aktuelle sykepleieintervensjoner og forordninger i forhold til en pasientgruppe. Disse planene kan sykepleieren bruke som utgangspunkt for å planlegge pleien til pasienten ved å velge de ønskede sykepleiediagnosene og intervensjonene som er relevante for nettopp denne pasienten (DIPS, 2015 og Vabo, 2014).

#### **3.1.2 Kode- og klassifikasjonssystemer.**

Oppbygningen av behandlingsplanen er basert på kode- og klassifikasjonssystemer som NANDA (definisjoner og klassifikasjon av sykepleiediagnoser) og NIC (klassifikasjon av sykepleieintervensjoner). Disse klassifikasjonssystemene inneholder standardiserte sykepleiediagnoser og intervensjoner. Et standardisert språk har ifølge Vabo (2014) vist seg å bedre innholdet og fullstendigheten i sykepleiedokumentasjonen (Vabo, 2014). I 2007 ble det utført en studie på to ulike sykehus i Arizona, hvor det ene sykehuset anvendte et standardisert sykepleiespråk

(NANDA og NIC), mens det andre dokumenterte uten standardisert språk. Her kom det frem at sykepleierne på det sykehuset som brukte en elektronisk journal med et standardisert sykepleiespråk syntes elektronisk dokumentasjon av sykepleie var lettere å utføre enn de som anvendte et journalsystem uten standardisert språk. Forskerne i denne studien har imidlertid satt spørsmålsteget ved om dette resultatet kan være påvirket av at sykepleierne ved det første sykehuset hadde mer erfaring, både som sykepleiere og med bruk av elektronisk pasientjournal (Carrington & Effken, 2011).

### **3.1.3 Sykepleieprosessen.**

For å kartlegge pasientens behov for sykepleie er sykepleieprosessen den mest anvendte metoden. Sykepleieprosessen består av kartlegging, identifisering av problem/diagnose, sette mål, utvikle tiltak/intervensjoner og evaluere tiltakene. Dette er en kontinuerlig prosess. Det er sykepleieprosessen som skal ligge til grunn for dokumentasjonen av sykepleie, og dermed også være den faglige rammen i koding og klassifisering av sykepleie (Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ, 2015).

## **3.2 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar i forhold til dokumentasjon**

Intensivsykepleie er, ifølge Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, «spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død» (NSFLIS, 2004). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) påpeker at sykepleieren selv er ansvarlig for at både faglige, etiske og juridiske aspekter av egen praksis er forsvarlig (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016). I den forbindelse er dokumentasjon av den helsehjelpen som gis en viktig del. Intensivsykepleieren har både en forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon (NSFLIS, 2002), og dokumentasjonen er sentral i alle disse fasene. Uansett hvilken fase pasienten befinner seg i er intensivsykepleierens dokumentasjon av forebyggende, behandlende, lindrende eller rehabiliterende tiltak med på å sikre kontinuitet i behandlingen av pasienten. Jeg mener også at dokumentasjon medvirker til å ivareta rettferdighetsprinsippet i forhold til likebehandling av pasientene. I tillegg sier Lov om helsepersonell (2001), som tidligere nevnt, at alt helsepersonell har plikt til å dokumentere opplysninger i pasientens journal (Lov om helsepersonell, 2001, §39 og §40).

### **3.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar i forhold til forskningsarbeid**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) poengterer at sykepleie blant annet skal bygge på forskning, og at sykepleieren er ansvarlig for å holde seg oppdatert innen forskning og utvikling på eget fagfelt (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016). I tillegg står det nedtegnet i «funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere», at det er en del av intensivsykepleierens oppgaver å jobbe med forskning og fagutvikling for å opprettholde og utvikle den faglige kvaliteten innen intensivsykepleie (NSFLIS, 2002).

## 4.0 METODE

I samfunnsvitenskapelig metodelære skilles det mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Det er det forskningsspørsmålet man stiller som avgjør hvilken metodisk tilnærming som er best egnet (Johannessen et al., 2010). I kvalitativ forskning ønsker man ofte å få vite mer om folks opplevelser, erfaringer eller holdninger i forhold til det aktuelle fenomenet (Malterud, 2011). Siden jeg med mitt forskningsspørsmål, dvs. min problemstilling, var ute etter å få vite mer om «intensivsykepleieres erfaringer», ble det derfor naturlig å velge kvalitativ design og metode for mitt prosjekt.

### 4.1 Kvalitativ design og metode

Ved kvalitative forskningsdesign er man opptatt av å få detaljert informasjon, og dataene foreligger ofte som tekst i motsetning til tall og statistikk som i kvantitativ forskning. Man er i kvalitativ forskning mer interessert i dybdekunnskap og ønsker som sagt mer detaljert informasjon, for eksempel for å se om man finner spesielle mønstre hos en mindre gruppe. Man forsøker å skaffe seg en helhetlig forståelse ut fra å studere relativt få enheter. (Johannessen et al., 2010). I kvantitative studier er man ved representative utvalg ute etter å kunne generalisere funnene fra utvalg til en populasjon. Derimot snakker man i kvalitative studier ofte heller om overførbarheten (ekstern validitet) i funnene. Det må vurderes om resultatene kan brukes i andre sammenhenger/kontekster, utover denne ene undersøkelsen (Johannessen et al., 2010, og Malterud, 2011). Jeg har valgt en fenomenologisk tilnærming som utgangspunkt for mitt forskningsdesign i denne studien. Dette vil si at man er ute etter å «utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med, og forståelse av, et fenomen» (Johannessen et al., 2010), og som sagt er jeg med min studie interessert i å utforske intensivsykepleieres erfaringer med bruk av behandlingsplan. Sentrale trekk for et fenomenologisk design er ifølge Johannessen et al. (2010):

**Forberedelse** der forskeren tar utgangspunkt i kunnskaper og egne erfaringer og forsøker å forstå meningen med et fenomen slik det oppfattes av informantene.

**Datainnsamling** der man samler inn data fra informanter som har erfaringer med det aktuelle fenomenet.

**Analyse og rapportering** der man transkriberer intervjuene og forsøker å plukke ut de fenomenene som er meningsfulle for informantene. Deretter beskrives analyseprosess og resultater (Johannessen et al., 2010).

## 4.2 Datainnsamling

For å få samlet inn data i forhold til min problemstilling utførte jeg kvalitative intervjuer. Jeg ønsket å bruke intervju som metode for datainnsamlingen fordi jeg var ute etter å få vite mer om hvilke *erfaringer* intensivsykepleierne hadde med bruk av behandlingsplan. Denne tilnæringsmåten gjør at informantene lettere kan være med på å bestemme hva som skal tas opp, noe som kan være gunstig når man skal få fram den enkelte informants erfaring.

Fokusgruppeintervjuer kan også være en gunstig kvalitativ tilnærming å bruke når man er ute etter å få vite mer om folks erfaringer (Johannessen et al., 2010), men grunnen til at jeg da valgte å benytte dybdeintervjuer fremfor fokusgruppeintervjuer var for det første at jeg ønsket en-til-en samtaler. Av erfaring vet jeg at det er svært mange ulike holdninger til elektronisk sykepleiedokumentasjon. Dette kan selvfølgelig føre til gode diskusjoner i en fokusgruppe, men jeg mener det kan være lettere for en del informanter å åpne seg og fortelle mer detaljert om sine erfaringer i en en-til-en situasjon fremfor i en gruppe. Malterud (2011) hevder også at den gruppedynamikken som oppstår i en fokusgruppe kan gjøre at avvikende meninger og synspunkter ikke kommer frem (Malterud, 2011). Siden jeg utførte denne studien alene, mener jeg også at det var mer oversiktlig for meg som uerfaren forsker å snakke med informantene en-til-en.

Praktiske årsaker gjorde at jeg valgte å utføre intervjuene på sykehus på Østlandet. Jeg ekskluderte sykehus hvor jeg selv jobber eller har jobbet som sykepleier. Dersom jeg som forsker kjente til informantene og deres kunnskaper og holdninger fra før, kunne det være med på å svekke påliteligheten av studien (Johannessen et al., 2010). Dette kommer jeg nærmere inn på i kapittel 4.9. Det kunne også gjøre det vanskeligere for meg å innta en nøytral forskerrolle dersom jeg skulle intervjuer egne kollegaer/tidligere kollegaer. Jeg er med kvalitative intervjuer ute etter dybdekunnskap i forhold til min problemstilling. Derfor valgte jeg å utføre studien på to ulike sykehus. Jeg vurderte at dette ville gi meg rikere data og en større bredde enn om jeg kun hadde utført intervjuene på et sykehus. Jeg ønsket å utføre studien på sykehus som hadde jobbet med elektroniske behandlingsplaner en stund, slik at de hadde opparbeidet seg erfaringer gjennom noen år. Begge sykehusene/avdelingene som deltok i min studie hadde jobbet med dokumentasjonssystemet DIPS i ca. 10 år, og det var en av grunnene til at jeg valgte nettopp disse sykehusene. I tillegg var det mest praktisk i forhold til å spare tid og ressurser i forbindelse med reisevei. For å få tilgang til forskningsfeltet sendte jeg en søknad om godkjenning til NSD. Se kapittel 4.7.4. Jeg sendte også en søknad til

seksjonslederne på de aktuelle avdelingene for tillatelse til å utføre undersøkelsen hos dem. Dette utdyper jeg nærmere i kapittelet om rekruttering (kap. 4.4).

### 4.3 Utvalg

Jeg utførte et strategisk utvalg i min rekruttering av informanter. Et strategisk utvalg vil si at informantene best mulig skal kunne belyse den problemstillingen man tar opp (Malterud, 2011). Det var vesentlig i dette prosjektet at informantene hadde erfaring med bruk av behandlingsplan i elektronisk dokumentasjonssystem. Jeg ønsket derfor informanter som hadde minimum 1 års erfaring med bruk av det aktuelle dokumentasjonssystemet. I tillegg ønsket jeg at informantene skulle ha jobbet minst 1 år ved gitte intensivavdeling. Av erfaring vet jeg at det tar tid å sette seg inn i alt som finnes av rutiner, utstyr osv. på en intensivavdeling. Jeg mener derfor at man kan ha mindre kapasitet til å sette seg inn i dokumentasjonssystemet når man har vært kort tid i avdelingen. Informantene måtte også være utdannet intensivsykepleiere, siden det var intensivsykepleieres erfaringer jeg var ute etter å undersøke.

Samtidig ekskluderte jeg leder, fagutviklere og eventuelle superbrukere i studien fordi jeg ønsket at informantene skulle være på noenlunde samme nivå i forhold til arbeidssituasjon. Ledere og fagutviklere er ofte mindre ute i direkte kontakt med pasientene, og superbrukere har som oftest fått mer, og kanskje annerledes opplæring en de andre intensivsykepleierne i avdelingen. Å inkludere disse gruppene mener jeg kunne øke risikoen for utvalgsbias i studien.

I forhold til hvor mange intervjuer som skal gjennomføres, sier Kvale & Brinkmann (2015) og Tjora (2017) at man bør utføre intervjuer frem til man når et metningspunkt, og det kommer fram lite ny informasjon. Dette kan imidlertid være praktisk vanskelig å gjennomføre dersom man har begrenset med tid og ressurser tilgjengelig (Kvale & Brinkmann, 2015, og Tjora, 2017). Malterud, Siersma og Guassora (2016) sier i sin artikkel at adekvat utvalgsstørrelse blant annet avhenger av hvor bred eller smal en studie er. En bred studie vil naturlig nok kreve et større utvalg for å oppnå metning (Malterud, Siersma og Guassora, 2016). Å snevre min studie inn på behandlingsplan, og ikke all sykepleiedokumentasjon i DIPS, mener jeg gjorde det lettere å oppnå metning med det relativt lave antall informanter jeg hadde ressurser til innenfor gitte rammer. For at studien min skulle være gjennomførbart innenfor de rammene som var gitt fra høgskolen med en tidsfaktor på 30 studiepoeng (Høgskolen i Oslo og Akershus, udatert), kom jeg frem til at 4-6 intervjuer var realistisk at

kunne la seg gjennomføre. Etter anbefaling fra veiledere/lærere på masterseminar endte jeg til slutt opp på 4 individuelle intervjuer.

#### **4.4 Rekruttering**

Rekrutteringen av informanter startet som nevnt med at jeg utarbeidet og sendte inn en søknad til seksjonslederne på de aktuelle avdelingene, der jeg spurte om tillatelse til å utføre studien min hos dem (Vedlegg nr.1). I denne søknaden opplyste jeg om at jeg ønsket å notere opplysninger som kjønn og alder på informantene. Dette ble imidlertid ikke gjort, da jeg i etterkant konfererte med min veileder og kom frem det til at disse opplysningene likevel ikke var spesielt relevante for denne studien. Men hadde studien vært av større omfang kunne det selvfølgelig vært interessant å se på om det kunne være noen sammenhenger også ut fra disse opplysningene. Etter å ha fått positivt svar fra begge sykehus forholdt jeg meg, som avtalt, videre til fagutviklerne som rekrutteringsansvarlige. Ved at de rekrutterte ansatte til undersøkelsen sparte det meg som forsker for tid og ressurser med å reise til sykehusene. I og med at jeg ønsket et strategisk utvalg var rekruttering via fagutvikler også gunstig i forhold til at de kjente intensivsykepleierne bedre enn meg. I tillegg ville rekruttering via en tredjeperson være fordelaktig med tanke på informantenes anonymitet. Men jeg måtte selvfølgelig passe på at rekrutteringen skjedde i forhold til min strategi, og at alle informantene fikk lik informasjon. I søknaden om tillatelse skrev jeg derfor hvordan jeg ønsket at rekrutteringen skulle utføres. (Johannessen et al., 2010). Jeg utarbeidet deretter et informasjonsskriv til informantene som skulle være signert før intervjuene ble utført. Her ble de blant annet informert om frivillig deltakelse, konfidensialitet, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. (Vedlegg nr.2). Dette skrivet ble sendt til rekrutteringsansvarlig, som ga det videre til informantene. Kopi av godkjent søknad til NSD ble også sendt til rekrutteringsansvarlig i forkant av intervjuene. (Vedlegg nr.3).

#### **4.5. Forberedelse til intervju**

Jeg har i arbeidet med denne oppgaven erfart at utførelsen av kvalitative intervjuer krever mye jobb både i forkant og etterkant av selve intervjuet. I dette kapittelet går jeg nærmere inn på prosessen med utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføringen av pilotintervjuer som ble gjort i forkant av intervjuene med de utvalgte informantene.



#### 4.5.1 Intervjuguide.

Jeg utførte semistrukturerte intervjuer i denne kvalitative studien. Jeg utarbeidet da en intervjuguide med utgangspunkt i min problemstilling. En kvalitativ intervjuguide består ofte av noen hovedspørsmål/temaer som danner grunnlaget for selve intervjuguiden, og suppleres med oppfølgingsspørsmål for at man skal få mer detaljert informasjon (Thagaard, 2013). Kvalitative spørsmål bør være korte og enkle å forstå, samtidig som de skal gi mulighet for lange og utdypende svar. Spørsmålene bør derfor ikke stilles på en måte som lett kan gi ja/nei svar. Derfor startes ofte spørsmålene i et kvalitativt intervju med ord som «hvorfor», «hva» og «hvordan» (Kvale & Brinkmann, 2015). Rekkefølgen på spørsmålene og temaene kan variere ut fra hvordan hvert enkelt intervju utvikler seg (Johannessen et al., 2010). Ut fra problemstillingen min lagde jeg fire hovedspørsmål/forskningsspørsmål i intervjuguiden:

- Hvordan er dine erfaringer med bruk av behandlingsplan?
- Hvordan opplever du at behandlingsplanen blir brukt i hverdagen på intensivavdelingen?
- Hvilke tanker har du om hva som påvirker bruken av behandlingsplan på avdelingen?
- Hvordan forholder du deg til veiledende behandlingsplaner?

Se vedlegg nr.4.

Jeg mener en semistrukturert intervjuguide var gunstig for meg å bruke i utførelsen av intervjuene fordi jeg ved å forholde meg til en intervjuguide visste at jeg kom innom de temaene jeg ønsket å få svar på i forhold til min problemstilling. Samtidig fikk informantene fleksibilitet til fritt å kunne uttrykke det de tenkte, og mulighet til å komme inn på andre aktuelle temaer der det dukket opp. I tillegg mener jeg at det gjorde det lettere for meg som nybegynnerintervjuer å holde riktig fokus under intervjuene ved at jeg hadde en intervjuguide å forholde meg til.

Utformingen av intervjuguiden ble i hovedsak gjort med utgangspunkt i metodeboken til Johannessen et al. (2010). Jeg synes den beskriver viktige punkter man bør ha med i en intervjuguide på en oversiktlig og lett forståelig måte (Johannessen et al., 2010). I tillegg anvendte jeg også bøkene til Kvale & Brinkmann (2015) og Thagaard (2013)

for å få en bedre forståelse av oppbygningen av en intervjuguide. Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet ut fra Vabo (2014) sin bok om dokumentasjon av sykepleie, i tillegg til at de er basert på funn i tidligere forskning. Mine egne erfaringer med bruk av behandlingsplan har også spilt en viktig rolle i utarbeidelsen av intervjuguidens forskningsspørsmål.

#### **4.5.2 Pilotintervju.**

Jeg gjennomførte to pilotintervjuer med egne kollegaer i forkant av selve intervjuene med de rekrutterte informantene. Dette var for å finne ut av hvordan metoden fungerte, og om intervjuguiden ga meg svar på det jeg var ute etter. Pilotintervjuene gjorde jeg med to kollegaer som meldte seg frivillig til dette. Jeg hadde ikke fått tak i båndopptaker på dette tidspunkt, så denne fikk jeg ikke testet ut da. Men dette ble selvfølgelig gjort før jeg utførte intervjuene som skulle være med i studien. På grunn av mangel på båndopptaker og at pilotintervjuene ble utført på egne kolleger som jeg kjenner godt, ble det ikke aktuelt å inkludere pilotintervjuene i selve studien. Men gjennomføringen var nyttig i forhold til at jeg som førstegangsintervjuer fikk gått gjennom prosessen et par ganger før selve intervjuene, noe som gjorde meg tryggere i settingen. I tillegg fikk jeg som nevnt testet ut intervjuguiden. Det førte til at jeg gjorde noen endringer både i spørsmålsformuleringer og innhold. Jeg fant ut at jeg trengte flere oppfølgingsspørsmål som jeg kunne stille dersom informantene ikke hadde mer og si, og at det var lurt å ha disse skrevet ned i intervjuguiden. Det gjorde meg mindre usikker på hvordan jeg skulle føre intervjuet videre, samtidig som jeg fortsatt klarte å vinkle intervjuet inn på de temaene jeg ønsket å belyse. Jeg omformulerte også et av hovedspørsmålene, siden det ved pilotintervjuene kom frem at det var noe vanskelig å forstå nøyaktig hva jeg mente. Pilotintervjuene var også gunstige for å finne ut ca. hvor lang tid hvert intervju ville ta. Dette tidsperspektivet ga jeg deretter informantene beskjed om via informasjonsskrivet de fikk utdelt.

#### **4.6 Gjennomføring av intervju**

Datoer for intervjuene avtalte jeg med de rekrutteringsansvarlige fagutviklerne. Dette var en mer krevende prosess en jeg hadde forestilt meg. Det var vanskelig å finne datoer som passet både for avdelingene og meg. I tillegg ble det avlysninger på grunn av sykdom, og endring av datoer på grunn av misforståelser. Dette førte til at intervjuene ble utført noe senere i prosessen enn planlagt. Jeg avtalte med rekrutteringsansvarlig på forhånd at de skulle finne et

rom på sykehuset hvor vi kunne ha intervjuene. Jeg presiserte også at det var viktig at vi hadde et rom hvor vi ikke ble avbrutt, da avbrytelser kan gjøre det vanskelig å konsentrere seg om selve intervjuet. Å utføre intervjuene på informantenes arbeidsplass kan ifølge Johannessen et al. (2010) være med på å skape en tryggere setting og bedre relasjonen mellom intervjuer og informant. Denne relasjonen påvirker igjen hva som kommer frem av informasjon i intervjuet (Johannessen et al., 2010). I tillegg kan det være lettere for informantene å møte opp dersom intervjuene forgår på arbeidsplassen.

Jeg møtte opp i god tid før selve intervjutidspunktet, og fikk dermed litt tid til å forberede meg før intervjuet startet. I og med at jeg utførte to intervjuer på hvert sykehus, ble det enklest både for meg og avdelingen at jeg utførte begge intervjuene på samme dag. Jeg hadde derfor også bedt om litt tid mellom hvert intervju til å renskrive notater og gjøre alt klart til neste intervju. Ved starten av selve intervjuet var jeg bevisst på å snakke litt uformelt om «løst og fast» for å lage en avslappet og trygg stemning før jeg satte i gang båndopptakeren. Alle informantene godkjente digitalt opptak av intervjuene. Jeg tok også noen notater under alle intervjuene i tillegg til båndopptaket. Hvert intervju varte ca. en halv time, noe som stemte med det jeg hadde erfart fra pilotintervjuene.

Under selve intervjuet fulgte jeg intervjuguiden, men erfarte raskt at jeg måtte variere rekkefølgen på spørsmålene ut fra hva hver enkelt kom inn på av temaer. Det ble også viktig å tåle at det oppstod pauser under intervjuet, for da begynte ofte informanten å utdype ytterligere. Som førstegangsintervjuer var det utfordrende å klare og stille gode oppfølgingsspørsmål til rett tid. I prosessen med analyseringen av rådata opplevde jeg flere ganger at jeg skulle ønske at jeg hadde hatt enda mer utdypende svar fra informantene. For eksempel sier en informant at «*jeg ser jo nytten av det på noen ting..*» Her skulle jeg fått informanten til å forklare mer om hva disse «noen ting» er. Dette ser jeg i etterkant at jeg kunne gjort noe annerledes.

#### **4.7 Forskningsetiske overveielser**

Kvale & Brinkmann (2015) beskriver prosessen i en intervjuundersøkelse gjennom syv faser: Tematisering, Planlegging, Intervjuing, Transkribering, Analysering, Verifisering og Rapportering. Forskningsetiske overveielser må gjøres gjennom hele denne prosessen. Man må sørge for å innhente informert samtykke fra informantene og vurdere mulige konsekvenser studien kan få for deltakerne. I tillegg skal konfidensialitet sikres gjennom hele forløpet av studien (Kvale & Brinkmann, 2015).

#### **4.7.1 Informert samtykke.**

Ved informert samtykke skal man sikre seg at informantene deltar frivillig. Informantene må informeres om prosjektet og hvordan det skal foregå. I tillegg skal de kjenne til eventuelle fordeler og ulemper ved å delta, og at de har mulighet til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt i studien uten at det får noen konsekvenser for dem. (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg utarbeidet derfor, som tidligere nevnt, et skriv der informantene fikk denne informasjonen, i tillegg til at de måtte skrive under på at de deltok frivillig. Se vedlegg nr.2.

#### **4.7.2 Konfidensialitet.**

Forskerens ivaretagelse av konfidensialitet er viktig, og innebærer at informantene ikke skal kunne identifiseres via de dataene som offentliggjøres. Informantene skal være enige med forskeren i hvordan dataene fra undersøkelsen kan brukes (Kvale & Brinkmann, 2015). I mitt prosjekt brukte jeg som sagt båndopptaker ved selve intervjuene, og ved transkribering ga jeg hvert intervju en tallkode for anonymisering. Jeg har også passet på at alt datamateriale har blitt oppbevart innelåst/utlignelig for andre, og skal sørge for at digitale opptak og annet materiale som ikke er anonymisert slettes nå etter at prosjektet er avsluttet. I presentasjonen av funnene har jeg også ved sitater av informantene unngått å nevne kjønn, som for eksempel «han eller hun sier at...», for bedre å bevare informantenes anonymitet.

#### **4.7.3 Konsekvenser for informanter.**

Som forsker bør man ha tenkt gjennom om den undersøkelsen som utføres kan få noen konsekvenser for de deltakende informantene (Kvale & Brinkmann, 2015). I min studie vurderte jeg ikke dette som noen overhengende fare, fordi jeg gikk inn og intervjuet informantene om et tema som er en del av intensivsykepleiernes hverdag. Intervjuene ville heller ikke få noen konsekvenser for informantenes arbeidsforhold, men informantene fikk på forhånd informasjon om at funnene kan bli brukt i en vitenskapelig artikkel.

#### **4.7.4 NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).**

Siden min studie inneholdt personopplysninger, måtte jeg melde prosjektet til NSD. Med personopplysninger menes opplysninger og vurderinger som kan gjøre det mulig at enkeltpersoner blir identifisert (Johannessen et al., 2010). Prosjektet måtte meldes til NSD senest 30 dager før jeg kunne starte datainnsamlingen. Etter ca. 6 uker fikk jeg

tilbakemelding og godkjenning av NSD, slik at jeg kunne starte mitt forskningsarbeid. Se vedlegg nr.3.

## 4.8 Analyse

Å analysere betyr ifølge Kvale & Brinkmann (2015) å dele noe opp i mindre biter eller elementer (Kvale & Brinkmann, 2015). Malterud beskriver også analysen som å bygge en bro mellom rådata og resultater gjennom å organisere, fortolke og sammenfatte det materialet man har (Malterud, 2011).

### 4.8.1 Valg av analysemetode.

Det finnes mange ulike metoder man kan bruke for å analysere kvalitative data (Johannessen et al., 2010). Jeg var i analysen av mitt datamateriale ute etter å forstå meningen med det informantene hadde fortalt, og fokuset var på innholdet i datamaterialet. Jeg gikk gjennom flere ulike analysemetoder for å finne den som egnet seg best for mitt prosjekt. Jeg vurderte lenge å bruke Malteruds Systematiske tekstkondensering som analysemetode, men kom etter hvert frem til at denne metoden har en mer deduktiv tilnærming enn det jeg ønsket. Her skal man ved første gjennomlesning av teksten utarbeide foreløpige temaer som man tar med seg videre inn i analysen (Malterud, 2011). Jeg ville ha en mer induktiv tilnærming til materialet, der jeg jobbet fra det empiriske mot det teoretiske (Tjora, 2017). På grunn av min forforståelse i forhold til dette temaet, mener jeg en ren induktiv metode er mer gunstig for å redusere muligheten for bias i studien. Jeg endte derfor opp med å velge King & Horrocks tematiske innholdsanalyse. (King & Horrocks, 2010). King og Horrocks deler analyseprosessen inn i tre stadier:

**Første stadium** er beskrivende koding, der man leser gjennom transkribert tekst for så å plukke ut relevant materiale og omdanne dette til beskrivende koder.

**Andre stadium** går ut på å lage fortolkende koder ved å samle beskrivende koder som har lignende betydning i grupper, og kode disse på nytt i forhold til forskningsspørsmål/problemstilling.

**I tredje og siste stadium** vurderer man de fortolkende kodene ut fra teoretisk og/eller praktisk ståsted og utarbeider overordnede temaer ut fra disse kodene.

Under hele prosessen må man gå tilbake og kvalitetssjekke koder og temaer opp mot den opprinnelige analyseenheten for å se at det er samsvar mellom disse (King & Horrocks, 2010).

#### 4.8.2 Gjennomføring av analysen.

Analyseprosessen startet allerede under selve intervjuene, fordi jeg alt da måtte tolke situasjonen og ta vurderinger på hvilke temaer og utsagn som skulle utdypes (Thagaard, 2013). Jeg foretok all transkribering av intervjuene selv. Dette var en svært tidkrevende prosess, men gjorde samtidig at jeg følte jeg fikk en bedre oversikt over materialet ved å være aktiv i hele prosessen fra utarbeidelse av intervjuguide til fullført analyse.

Etter transkribering fulgte jeg som sagt King & Horrocks prosedyre for analyse av kvalitative intervjuer, og startet med å lese gjennom all transkribert tekst flere ganger med en så nøytral innstilling som mulig. Deretter markerte jeg analyseenheter i teksten som var relevante for min problemstilling. Analyseenheter for hvert enkelt intervju ble så satt inn i tabeller. Jeg omformulerte analyseenheter, som var hentet direkte fra den transkriberte teksten, til «relevant materiale», og lagde deretter beskrivende koder ut fra dette materialet. Dette er altså koder som ligger nært opp til selve teksten/analyseenheter. Tre eksempler er vist i tabell 4.

Tabell 4:

<b>Analyseenhet</b>	<b>Interessant/relevant materiale</b>	<b>Beskrivende kode</b>
vi har jo ikke vært så flinke på det, men så har vi jo fått litt opplæring og hatt litt fagdager og sånn, så vi er jo absolutt i god gang. Og er blitt mye flinkere.	Har ikke vært så flinke på det, men har fått opplæring og hatt litt på fagdager. Så vi har blitt mye flinkere	Blitt flinkere på grunn av opplæring
Jeg synes bare det er litt vanskelig. Litt så du må sitte og lete etter ting og.. det er litt sånn tungvint, og mange ord og.. ( <i>latter</i> ) ..at det kunne gjøres litt	Det er litt vanskelig. Du må sitte og lete etter ting. Blir tungvint og mange ord. Det kunne gjøres litt enklere	Tungvint system

enkler.		
..av og til så får vi jo pasienter tilbake.. og da har vi forstått at da kan vi jo finne gamle behandlingsplaner. Ta fram det, så vi slipper å starte helt på skrætsj. Det er jo nyttig.	Nyttig å kunne ta fram gamle behandlingsplaner når man får pasienter tilbake	Nyttig å kunne hente frem tidligere behandlingsplaner

Jeg lagde deretter en ny tabell hvor jeg på ny satte inn analyseenhet og beskrivende kode, men også utarbeidet fortolkende koder. Se tabell 5.

Tabell 5:

Analyseenhet	Beskrivende kode	Fortolkende kode
vi har jo ikke vært så flinke på det, men så har vi jo fått litt opplæring og hatt litt fagdager og sånn, så vi er jo absolutt i god gang. Og er blitt mye flinkere.	Blitt flinkere på grunn av opplæring	Undervisning
Jeg syns bare det er litt vanskelig. Litt så du må sitte og lete etter ting og.. det er litt sånn tungvint, og mange ord og.. ( <i>latter</i> ) ..at det kunne gjøres litt enklere.	Tungvint system	Brukervennlighet
..av og til så får vi jo pasienter tilbake.. og da har vi forstått at da kan vi jo finne gamle behandlingsplaner. Ta fram det, så vi slipper å starte helt på skrætsj. Det er jo nyttig.	Nyttig å kunne hente frem tidligere behandlingsplaner	Nytteverdi

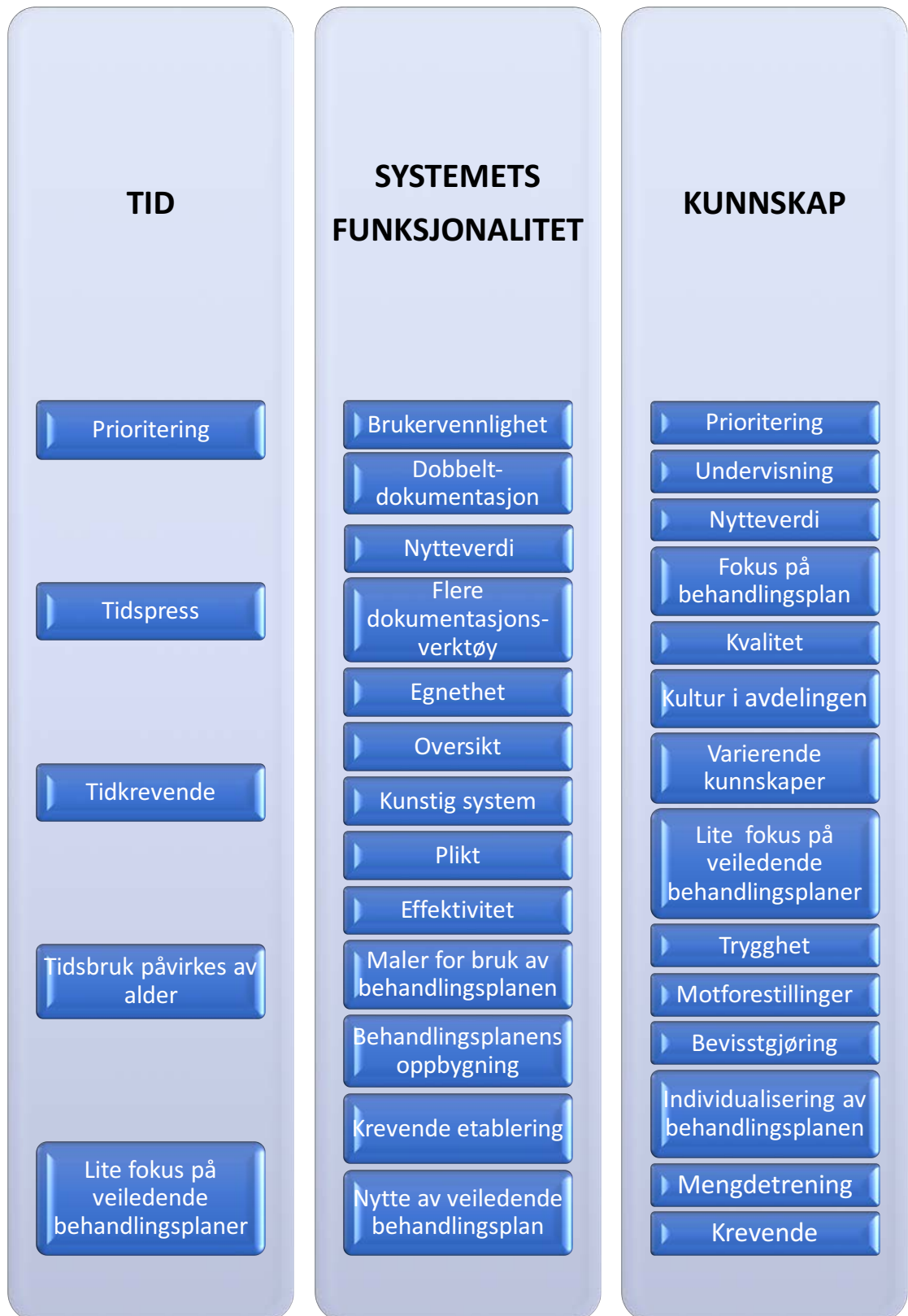
De fortolkende kodene er mer abstrakte enn de beskrivende kodene, og her kommer min tolkning av teksten mer inn.

Grunnen til at jeg lagde to ulike tabeller var at det ga meg bedre oversikt, og gjorde at jeg lettere kunne gå tilbake til analyseenheten og kontrollere de ulike kodene opp mot denne opprinnelige teksten. Jeg gikk nøye gjennom de beskrivende kodene for å finne fellestrekk mellom disse kodene. Dermed kunne jeg plassere flere av de beskrivende kodene under samme fortolkende kode. Dette for å komprimere antall koder, noe som igjen ga meg bedre oversikt og gjorde det lettere å komme frem til de overordnede temaene. Jeg gikk til slutt flere ganger gjennom de fortolkende kodene og plasserte dem innenfor tre ulike hovedtemaer som jeg mener gikk igjen i tekstmaterialet, nemlig: *Tid*, *Systemets funksjonalitet* og *Kunnskap*.

På neste side viser jeg en figur med de tre hovedtemaene jeg kom frem til, og med de fortolkende kodene plassert under hvert tema. Se figur 1. På noen punkter ble en og samme kode plassert under to hovedtemaer fordi den var gjeldene i forhold til begge temaene. Jeg kommer nærmere inn på disse temaene under kapittelet om resultater (Kap. 5.0).



Figur 1:



## 4.9 Studiens kvalitet

Det er flere ulike synspunkter innenfor faglitteraturen i forhold til å vurdere kvaliteten på kvalitativ forskning. Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet er tre kvalitetsbegreper som ofte blir brukt i beskrivelsen av kvalitet (Tjora, 2017). Imidlertid brukes for eksempel ordene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet om de samme begrepene i annen metodelitteratur (Thagaard, 2013 og Johannessen et al., 2010). Tjora (2017) hevder at det har lite for seg å innføre nye begreper for vurderingen av kvalitativ forskning, og at *pålitelighet*, *gyldighet* og *generaliserbarhet* er gode kriterier å bruke i forhold til kvalitet innenfor kvalitativ forskning (Tjora, 2017). Jeg er også klar over at begrepene validitet og reliabilitet er mye brukt for å gjøre rede for kvaliteten på en forskningsstudie, men jeg mener i likhet med Tjora (2017), at de tre begrepene nevnt ovenfor er gode og lett forståelige. Derfor tar jeg hovedsakelig utgangspunkt i Tjora (2017) sin bok om kvalitative forskningsmetoder når jeg går nærmere inn på kvaliteten i denne studien.

### 4.9.1 Pålitelighet.

I følge Tjora (2017) dreier pålitelighet seg om sammenheng gjennom hele forskningsstudien. For å styrke påliteligheten i en studie er det derfor viktig å gjøre rede for forhold som gjelder internt i det enkelte prosjektet. Man kan stille seg spørsmålet om samme studie gjort av en annen forsker ville gitt samme resultat. Forskerens forforståelse og posisjon er sentral i forhold til påliteligheten i studien. Total nøytralitet er umulig innenfor kvalitativ forskning, og det er faktisk viktig å ikke gå ut i forskningsfeltet uten noen form for forforståelse. Forskeren bør være engasjert i det temaet det skal forskes på. Men man må være klar over sin egen forforståelse, og være åpen for å justere denne underveis (Tjora, 2017).

For å få frem påliteligheten i min studie, beskriver jeg gjennom oppgaven hvordan jeg har jobbet for å komme frem til akkurat dette resultatet. Jeg utarbeidet et rekrutteringsskriv for å være sikker på at informantene tilfredsstilte de kriteriene jeg hadde, og det var viktig med et strategisk utvalg av informanter for sikre at de hadde kunnskap om temaet. Jeg utførte pilotintervjuer og presenterte prosjektet mitt på masterseminar for å få tilbakemeldinger på intervjuguide, og en bekreftelse på at intervjuene faktisk ville gi meg svar på det jeg var ute etter å vite. Den samme intervjuguiden ble selvfølgelig brukt til alle intervjuene. Det at jeg ikke kjente til informantene fra før og fikk en tredjeperson til å utføre rekrutteringen er også med på

å styrke påliteligheten. I tillegg har jeg fulgt høgskolens retningslinjer med tanke på bruk av digitalt opptaksutstyr, lagring av lydopptak og transkribering. Jeg utførte som nevnt all transkribering selv, og hørte gjennom opptakene flere ganger. Likevel ser jeg at det kan være en svakhet i forhold til påliteligheten i oppgaven at jeg har vært alene om transkriberingsarbeidet.

I forhold til min forforståelse har jeg, som nevnt tidligere i oppgaven, i flere år jobbet med DIPS og dokumentasjon i behandlingsplan. I tillegg har jeg jobbet noe med revidering av veiledende behandlingsplaner, og er ressursperson innenfor DIPS på avdelingen hvor jeg jobber. Det var derfor viktig at jeg var klar over min egen forforståelse før jeg gikk i gang med datainnsamlingen. I følge Malterud (2011) er forforståelse «den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter.» Dette påvirker både hvordan vi samler inn, og hvordan vi tolker dataene (Malterud, 2011).

Jeg har svært ulike erfaringer med hvordan bruk av behandlingsplan fungerer i praksis. Jeg har sett den fungere, men også opplevd at behandlingsplanen så å si ikke blir brukt. Min oppfatning var også at det er mye negative holdninger til bruk av behandlingsplan. Den forforståelsen jeg satt inne med var en viktig grunn til at jeg ønsket å utføre en studie på akkurat dette temaet, men det at jeg kjente til det miljøet som skulle undersøkes, kunne ha både positive og negative sider. Det kunne gjøre det lettere for meg å forstå informantenes situasjon, samtidig som det kunne gjøre at jeg lettere overså nye og uventede aspekter. Det var derfor viktig at jeg hadde tenkt gjennom at min forforståelse kunne påvirke den kunnskapen jeg var ute etter (Tjora, 2017 og Thagaard, 2013). Jeg var under intervjuene, og også gjennom analyseprosessen bevisst på å prøve og stille meg så åpen som mulig. Men siden jeg ikke har noen tidligere erfaring med å gjøre forskningsstudier, har jeg heller ikke mye erfaring med å stille meg i en «nøytral» posisjon som forsker. Jeg forsøkte å la informantene snakke mest mulig, og prøvde å formulere utdypende spørsmål på en måte som ikke skulle være påvirket av mine tanker om temaet. Jeg kan likevel ikke gi noen garanti for at min forforståelse ikke har vært med på å påvirke resultatene av denne studien.

#### **4.9.2 Gyldighet.**

Gyldigheten i en studie handler om hvorvidt funnene i studien gir oss svar på det vi ønsker å vite. Man må vurdere om det er sammenheng mellom prosjektets design og resultater, og de forskningsspørsmålene man forsøker å finne svar på. Det er viktig at valg av metode samsvarer med problemstillinger og forskningsspørsmål. Det styrker også gyldigheten av studien at den er faglig forankret, og bygger på annen relevant forskning og litteratur (Tjora, 2017).

For å styrke gyldigheten av denne studien har jeg gjort systematiske søk etter annen relevant forskning, og jeg har brukt annen litteratur som omhandler temaet som teoretisk forankring i oppgaven. Det at jeg har bygd intervjuguiden min ut fra relevant litteratur og forskning om temaet mener jeg også er med på å styrke gyldigheten. I tillegg har jeg trukket litteratur og tidligere forskning inn i diskusjonen av mine funn for å underbygge disse. Jeg mener også at det styrker gyldigheten i min studie at jeg i denne oppgaven går gjennom analyseprosessen fra forberedelse til gjennomføring, slik at leseren kan følge denne prosessen trinn for trinn. Jeg har hele veien vært kritisk til mine tolkninger, og med jevne mellomrom gått tilbake og kvalitetskontrollert tolkningene opp mot de opprinnelige analyseenhetene. En svakhet i forhold til gyldigheten vil likevel være at jeg har utført både transkribering og tolkning av analysedata alene. I tillegg tenker jeg at min noviserolle i forskningssammenheng kan være med på å påvirke gyldigheten i studien. Jeg har ingen tidligere erfaring med verken utforming av intervjuguide, utførelse av dybdeintervjuer eller analyse av kvalitative data. Fordi om jeg har lest mye faglitteratur i forhold til forskningsprosessen, tenker jeg at manglende erfaring kan være en svakhet når det gjelder gyldigheten i denne studien.

#### **4.9.3 Generaliserbarhet.**

Generaliserbarhet dreier seg om hvorvidt forskningen er relevant også i andre sammenhenger, utover de enhetene som er undersøkt i den enkelte studien. Det har lenge vært diskutert hvor nødvendig generalisering er i kvalitativ forskning og om dette er et mål for denne type forskning. Noe forskningslitteratur bruker, som nevnt, begrepet overførbarhet i stedet for generaliserbarhet når det gjelder kvalitativ forskning. Tjora (2017) mener at dette er ugunstig fordi generaliserbarhet er en bedre kjent indikator for kvalitet, og fordi begrepet overførbarhet i større grad snevrer inn

hvilken type generalisering det dreier seg om i kvalitativ forskning (Tjora, 2017). Innenfor kvalitativ forskning kan man imidlertid ikke stille spørsmål om resultatene fra for eksempel en intervjuundersøkelse, kan generaliseres globalt. Her må man heller se på om disse resultatene også kan være gjeldende i andre relevante situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det at jeg har utført min undersøkelse på to ulike intensivavdelinger, på to ulike sykehus, og kommet frem til flere lignende funn på begge avdelinger mener jeg kan være med på å styrke generaliserbarheten i studien. Sammenfallende funn fra to ulike intensivavdelinger mener jeg viser at funnene kan være gjeldende også på andre intensivavdelinger som benytter behandlingsplan i DIPS. Men samtidig er dette en relativt liten studie, og jeg ser derfor at flere studier rundt samme tema vil være nødvendig for å styrke generaliserbarheten ytterligere.

## 5.0 RESULTATER

Intensivsykepleiere har ulike erfaringer i forhold til bruk av behandlingsplan i DIPS, men den tiden intensivsykepleierne har til rådighet viste seg i min studie å være en viktig faktor med tanke på hvor mye behandlingsplanen blir brukt i en hektisk hverdag på intensivavdelingen. Hvordan selve dokumentasjonssystemet er oppbygd og hvor lett det er å bruke hadde også mye å si. I tillegg var kunnskapen hos intensivsykepleierne vesentlig, både i forhold til holdningen til systemet og hvor mye det blir brukt. Jeg vil i dette kapitlet presentere mine funn i denne studien, og legge frem noen sitater fra tekstmaterialet for å underbygge disse funnene. Jeg har forsøkt å utarbeide temaer som peker på ulike sider av det med bruk av behandlingsplan. På noen områder klarer jeg likevel ikke å unngå at temaene har noen likheter og påvirker hverandre.

### 5.1 Tid

Tid er en sentral faktor i en hektisk intensivhverdag, også når det gjelder bruk av behandlingsplan. Det var spesielt to aspekter som kom frem i forhold til dette i min studie. Det første er tidspresset som intensivsykepleierne står ovenfor. En av informantene uttalte det slik:

*«du trenger arbeidsro og plass for å kunne sette deg ned med det. Og får du en ny pasient, så kan det være at du blir stående og serve rundt senga i god tid før du får satt deg ned»*

Dette går igjen hos flere av informantene. Tiden de har til rådighet har mye å si for hvordan, og hvor mye de bruker behandlingsplanen. En av de andre informantene sier:

*«for du håndterer jo pasienten først, og så må du ta hånd om pårørende som er engstelige og sånne ting. Og du må jo få trygge allerede der, tenker jeg er viktigere enn å sette seg ned å skrive behandlingsplan»*

Det kommer også frem at plikten intensivsykepleierne har til å dokumentere, gjerne i flere ulike dokumentasjonssystemer, gjør at de i en travel hverdag må prioritere det de mener er viktigst, og kanskje også enklest:

*«vi har jo så mye dokumentasjonsplikt at jeg tror vi prioriterer å skrive i tekstdelen, og vi prioriterer å få klikka inn alt i metavision»*

Det andre aspektet innenfor temaet tid går ut på at behandlingsplanen er tidkrevende å bruke. Dette aspektet henger nok litt sammen med de to andre temaene, kunnskap og systemets

funksjonalitet, som jeg kommer tilbake til. Men en informant sier: *«Jeg synes det er litt tungt å bruke fordi at.. skal jeg si at jeg synes det er litt tidkrevende.. for det at jeg kan det ikke så godt. Så jeg bruker mye tid på å skrive behandlingsplan»*

Det blir også nevnt av en informant at det er mer tidkrevende å lære seg systemet når man er eldre, og at man da kanskje trenger litt mer tid.

## **5.2 Systemets funksjonalitet**

Et annet tema som gikk igjen hos intensivsykepleierne som var med i denne studien, var behandlingsplanens funksjonalitet. I følge bokmålsordboka beskrives funksjonalitet som «det å være praktisk, formålstjenlig innrettet» (Bokmålsordboka, 2017). Det var flere forhold som ble nevnt av informantene innenfor dette temaet. Brukervennligheten er sentral i forhold hvor mye behandlingsplanen blir brukt. Flere mente at det er et tungvint dokumentasjonsverktøy som er vanskelig å finne frem i.

*«Jeg tror det er at folk synes det er litt.. kanskje litt vanskelig å bruke den på riktig måte. Du må liksom lete så mye for å finne de rette...»*

Det som også går igjen er at det blir mye dobbeltdokumentasjon på grunn av at det er mye som dokumenteres i flere ulike dokumentasjonsverktøy. En informant uttaler at: *«man kan synes noen ganger at man fører det mange plasser liksom. Eh.. at det blir litt.. at det blir dobbeltrapportering på en måte, og det skal jo per definisjon være unødvendig.. egentlig. Når man har dokumentert det en plass, så er det liksom greit.»* En av de andre informantene sier også i forhold til det med dobbeltdokumentasjon at: *«det blir litt dobbelt, men vi har jo behov for å vise.. for kveldsvakt hvis vi er på dag.. vi har jo behov for å vise at vi har gjort det.»*

Nytteverdien av behandlingsplanen trekkes frem av alle informantene. En sier: *«altså, i en hektisk intensivhverdag så ser jeg ikke helt nytten av det.. fordi at vi har så mange andre verktøy»*

Men samtidig snakker alle informantene om at behandlingsplanen blir brukt til å beskrive sårprosedyrer, og her ser samtlige at den har en nytteverdi. Likevel nevnes det av flere at i den grad de bruker behandlingsplanen, er det mest fordi de er pålagt å gjøre det. I større grad enn at de ser nytteverdien av den. En informant uttrykker at:

*«når folk ser nytten av det, så tror jeg jo at de kanskje hadde brukt det mer også»*

Å ha god oversikt over pasienten er viktig for intensivsykepleierne, men det er delte meninger blant informantene om hvorvidt behandlingsplanen i DIPS gir god oversikt eller ikke. En som mener at behandlingsplanen gir lite oversikt, uttaler: *«hvis jeg ikke har hatt en pasient før og ofte skal lese bare behandlingsplan, så syns jeg at jeg får altfor lite oversikt over pasienten. Jeg må inn og lese notater, og gjerne legenotater for å si det rett ut.. for å få et bilde av det».*

Mens en annen informant er mer positiv til behandlingsplanen, og sier at *«det er en forenkling for oss. Det skaper jo en mer for.. oversikt og en forutsigbarhet».*

Likevel kommer flere inn på det med egnethet, og mener at denne typen behandlingsplan kanskje er mer egnet å bruke på sengeposter og sykehjem, enn på intensivavdelinger. Det nevnes flere grunner til dette; blant annet at intensivavdelingen har tettere oppfølging, noe som gjør planen overflødig. I tillegg påpekes det at kompleksiteten hos en intensivpasient gjør behandlingsplanen lang og uoversiktlig, og at behandlingsplanen ikke er så egnet fordi det er så hyppige endringer på en intensivavdeling. En informant sier: *«..også er det noe med at eh.. den behandlingsplanen er kanskje ikke så god på å fange.. på avdelinger hvor det er mye endringer.. hvor det er mye akutt».*

### **5.3 Kunnskap**

Det tredje hovedtemaet jeg kom frem til i studien dreier seg om kunnskap. Den kunnskapen intensivsykepleierne har om behandlingsplanen påvirker både bruken og holdningene til dette verktøyet. Fokus på behandlingsplan og jevnlig undervisning har stor betydning for bruken av planen. Informantene ved den ene avdelingen hadde nylig hatt undervisning om behandlingsplan, og de nevner undervisning som en viktig faktor flere ganger i løpet av intervjuene. Blant annet nevnes det at undervisningen har gjort at *«det har blitt løftet fram i bevisstheten vår, og at vi føler en mer forpliktelse til det. Samtidig som vi har lært mer og føler oss tryggere på hvordan vi skal gjøre det.. at det.. det er viktig med undervisning altså»*

En av informantene hadde også en fin sammenligning i forhold til det med undervisning om behandlingsplan. Denne informanten sier at *«Vi må jo minnes på det her, akkurat som vi trenger jevnlig undervisning i forhold til hjerte-lunge redning»*

Under intervjuene spurte jeg informantene konkret om hvordan de forholder seg til veiledende behandlingsplaner, da disse er sentrale i utarbeidelse og oppdatering av behandlingsplaner i DIPS. Her var det et ganske stort skille mellom den avdelingen som nylig hadde hatt undervisning og den som hadde hatt mindre fokus på dette med behandlingsplan. Mens



sistnevnte så og si ikke anvendte veiledende planer, ble de brukt flittig på førstnevnte avdeling. I forhold til veiledende behandlingsplaner nevner en at: *«Jeg vil ikke si at de blir noe større grad brukt enn.. enn sånn manuell plukking, holdt jeg på si.. det.. altså.. generelt sett så er hele behandlingsplanen lite brukt».*

En av de andre informantene uttrykker derimot at: *«vi har jo også en veiledende plan for intensivpasienten her, som vi bruker.. for da finner vi ting raskere».*

Det kommer frem av denne studien at det er stor variasjon i intensivsykepleiernes kunnskaper om behandlingsplan, og dette er igjen med på å påvirke kvaliteten på de behandlingsplanene som blir laget. Informantene uttrykker at det er stor variasjon i hva som blir lagt inn i pasientens behandlingsplan, og en informant sier om behandlingsplanen at *«det skal bare stå veldig spesielle ting, og ut fra vi er så forskjellige som vi er i kunnskapen, så blir det veldig forskjellige pleieplaner, og veldig ymse».*

## **6.0 DISKUSJON**

Hensikten med denne studien var å få mer kunnskaper om de erfaringene intensivsykepleiere har med å bruke behandlingsplan i sin dokumentasjon av sykepleie. I helsedirektoratets årsrapport fra 2016 om meldinger for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, formidles det at 12% av innsendte avvik i 2016 var knyttet til dokumentasjon av pasientens helsehjelp. Manglende eller ufullstendig dokumentasjon er oppgitt som bakgrunn for en stor del av disse avvikene (Helsedirektoratet, 2017). Dette kan tyde på at helsepersonell, og sannsynligvis også intensivsykepleiere har et stort forbedringspotensiale når det gjelder dokumentasjon. Jeg mener et større fokus på dokumentasjon i pasientens behandlingsplan kan være med på å påvirke bruken av behandlingsplanen, og kvaliteten på denne i en positiv retning. I dette kapitlet tar jeg opp igjen forskningsspørsmålene som jeg tok utgangspunkt i under mine intervjuer, og drøfter resultatene mine opp mot teori og tidligere forskning.

### **6.1 Erfaringer med bruk av behandlingsplan**

Da jeg startet intervjuene mine med å stille informantene dette generelle, åpne spørsmålet om hvordan dine erfaringer er med å bruke behandlingsplan, var informantenes første reaksjon i hovedsak den at behandlingsplanen blir lite brukt og at den er «tung» å bruke. De mente også at behandlingsplanen ga lite oversikt over pasienten. Dette samsvarer med tidligere forskning fra Sverige der informantene også ga uttrykk for vansker med å få oversikt. Imidlertid tok denne forskningen for seg hele den elektroniske pasientjournalen, og ikke bare behandlingsplanen, noe som er viktig å være klar over i sammenligningen med min studie (Stevenson et al., 2011). Stortingsmelding nr. 11 om nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) beskriver også utfordringen med å få oversikt over pasienten pga. flere ulike dokumentasjonssystemer, og at dette kan påvirke kvaliteten på den helsehjelpen pasienten får (Meld. St. 11, (2015-2016)).

### **6.2 Bruk av behandlingsplanen i hverdagen på intensivavdelingen**

Jeg kom i denne studien, som sagt, frem til at behandlingsplanen blir relativt lite brukt av intensivsykepleierne, men undervisning i forhold til dokumentasjonsverktøyet viser seg å ha positiv innvirkning. Meum (2012) beskriver i sin studie at sykepleierne på postoperativ avdeling hadde vansker med å se egnetheten med bruk av behandlingsplanen til intensiv- og postoperative pasienter (Meum, 2012). Behandlingsplanens egnethet på intensivavdelingen ble også tatt opp av mine informanter, og flere nevner, som beskrevet i resultatkapitlet, at de

synes behandlingsplanen er lite egnet på en intensivavdeling. Imidlertid viser mine resultater at den avdelingen som nylig hadde hatt undervisning om behandlingsplan var mye mindre opptatt av planens egnethet på intensivavdelingen, enn de som ikke hadde hatt undervisning i det siste. Kan økte kunnskaper om systemet da gjøre at intensivsykepleierne bedre ser egnetheten av behandlingsplanen også på en intensivavdeling?

I likhet med tidligere forskning viser også mine resultater at intensivsykepleiernes bruk av, og holdninger til systemet påvirkes av om de ser nytteverdien av det, og hvor brukervennlig de opplever at systemet er (Furlong, 2015, og Carayon et al., 2011). NANDA og NIC er sentrale begreper i dokumentasjonen av sykepleie i DIPS, og ifølge Vabo (2014) kan bruk av disse standardiserte begrepene være fordelaktig i forhold til at sykepleierne lettere oppnår en felles forståelse av begrepene (Vabo, 2014). Informantene i min studie uttrykte imidlertid at denne standardiseringen gjør dokumentasjonsverktøyet virkelighetsfjernt og vanskelig å bruke. Samtidig er en slik standardisering og klassifisering viktig med tanke på utveksling av informasjon på tvers av helsetjenestenivåer og som data for videre forskning og evaluering (Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ, 2015). Dette vil igjen kunne bedre kvaliteten på helsehjelpen og være med på å øke pasientsikkerheten (Meld.St. 11, 2015-2016). Hvordan kan man da opprettholde et slikt klassifikasjonssystem samtidig som man skal få intensivsykepleiere og andre brukere til å anvende det, og se nytten av et standardisert språk i sykepleiedokumentasjonen? Her tror jeg, i likhet med det forskningen til Carrington & Effken (2011) og Stevenson et al. (2011) viser, at muligheten intensivsykepleiere, og sykepleiere generelt, har til å påvirke og være involvert i utviklingen av det elektroniske systemet har mye å si for at systemets funksjonalitet skal bli best mulig (Carrington & Effken, 2011 og Stevenson et al., 2011).

### **6.3 Hva påvirker bruken av behandlingsplan?**

Intensivsykepleierne uttrykte i min studie at tiden de hadde til disposisjon var vesentlig for hvor mye de brukte behandlingsplanen. I en travel intensivhverdag må det gjøres prioriteringer, og her ble behandlingsplanen ofte nedprioritert. Disse funnene samsvarer med Lee (2006) sin studie der sykepleierne også mente at dokumentasjonen var vanskelig å få til på grunn av tidspress (Lee, 2006). Her har leder på avdelingen en viktig rolle i forhold til at det legges til rette for en forsvarlig dokumentasjonspraksis. For eksempel vil tilstrekkelig bemanning, egnede arbeidsforhold og lignende være med på å påvirke tiden intensivsykepleierne kan disponere til dokumentering (Veileder for klinisk dokumentasjon av

sykepleie i EPJ, 2015). I tillegg tenker jeg at gode dokumentasjonsrutiner er vesentlig. Flere av informantene i min studie nevnte at oppdatering av behandlingsplanen ofte var det siste som ble gjort på vakta. Derimot uttrykte noen informanter at etter at de hadde hatt undervisning var det lettere å ta den frem tidligere på vakta og inkludere den mer i en travel hverdag. Dette viser igjen at tilstrekkelig undervisning er en viktig faktor for bruken av behandlingsplanen.

Jeg kom altså i denne studien frem til at kunnskapene intensivsykepleierne satt inne med i forhold til bruk av behandlingsplan spilte en sentral rolle med tanke på om de brukte planen eller ikke. De som nylig hadde hatt undervisning brukte behandlingsplanen mer enn de som hadde lite fokus på behandlingsplan. Men samtidig hadde de som i mindre grad anvendte behandlingsplanen tatt i bruk flere elektroniske dokumentasjonsverktøy. Man kan jo stille seg spørsmålet om det var mangel på undervisning, eller bruk av flere elektroniske systemer som gjorde at behandlingsplanen ble mindre brukt på den ene avdelingen enn den andre. Kanskje var det en kombinasjon? Som Vabo (2014) sier så er det ingen enkel forklaring på mangelfull sykepleiedokumentasjon, men engasjementet til sykepleierne har stor betydning (Vabo, 2014). I resultatkapittelet nevnte jeg en informant som sa at undervisning hadde gjort dem tryggere, og økt bevisstheten rundt bruk av behandlingsplan. Jeg mener undervisning dermed kan være med på å øke intensivsykepleiernes interesse og engasjement rundt temaet, noe som igjen kan påvirke bruken av behandlingsplan i en positiv retning. Furlong (2015) hevder også at sykepleiernes kunnskaper er viktige for hvordan elektronisk sykepleiedokumentasjon brukes. Hun sier at det er viktig at undervisningen hjelper sykepleierne til å forstå nytten av systemet i et større perspektiv enn kun ut fra «dag-til-dag» bruk (Furlong, 2015).

Moen et al. (2008) skriver i sin bok om sykepleiedokumentasjon at en del av utfordringene sykepleiere møter med bruken av EPJ (nå KDS) skyldes at de ikke har fått nok kompetanse til å klare å se fordelene og mulighetene som kommer med bruk av elektronisk sykepleiedokumentasjon. I tillegg skapes det utfordringer ved at funksjonaliteten til systemene ikke er optimal (Moen et al., 2008). Denne boken er fra 2008, men ut fra de resultatene jeg har kommet frem til i forhold behandlingsplan, ser det faktisk ut til at dette er like aktuelt i dag, nesten 10 år senere.

#### **6.4 Veiledende behandlingsplaner**

Veiledende behandlingsplaner ble brukt i varierende grad av informantene i min studie. Som tidligere nevnt brukte de som nylig hadde hatt undervisning de veiledende

behandlingsplanene mer aktivt. De brukte veiledende behandlingsplan for intensivpatienten i utarbeidelsen av pasientens behandlingsplan, og mente de hadde god nytte av den. Den andre avdelingen så ikke noe større nytte av å bruke veiledende behandlingsplan enn å legge inn diagnoser og tiltak «manuelt». Tanken med de veiledende behandlingsplanene er at de skal kunne spare sykepleierne for tid og ressurser brukt på dokumentering, og frigjøre mer tid til å bruke hos pasienten (Vabo, 2014). Per nå er det opp til hvert enkelt sykehus å utarbeide veiledende behandlingsplaner, og jeg mener det er avgjørende at kvaliteten på disse planene er god for at de skal bli brukt slik de er ment. Generelt mente informantene i min studie at de veiledende behandlingsplanene de brukte var av god kvalitet. Det jobbes, ifølge Vabo (2014), for tiden også med at utviklingen av veiledende behandlingsplaner skal kunne utføres på et høyere nivå, og ikke være opp til hvert enkelt sykehus. Dersom man har planer som gjelder for alle sykehus som anvender DIPS som dokumentasjonssystem, vil dette være med på å styrke kvalitetssikringen av de veiledende behandlingsplanene (Vabo, 2014). Det er imidlertid viktig at intensivsykepleierne, og helsepersonell for øvrig, klarer å individualisere behandlingsplanen ut fra den generelle veiledende planen for at den skal være tilpasset hver enkelt pasient. Dette er vesentlig for kvaliteten på den helsehjelpen pasienten får (Vabo, 2014, og Moen et al., 2008). Hvor mye hver behandlingsplan ble individualisert ga også varierende svar hos mine informanter. Noen mente at i den grad de brukte behandlingsplanen klarte de å tilpasse den til hver enkelt pasient, mens andre nevnte at de syntes behandlingsplanen ble for lang og generell.

## 7.0 KONKLUSJON

I dette prosjektet har jeg sett nærmere på hvilke erfaringer intensivsykepleiere sitter inne med i forhold til elektronisk dokumentasjon i pasientens behandlingsplan. Dokumentasjon er en sentral del av intensivsykepleierens hverdag, og det er viktig at denne utføres på en tilfredsstillende måte. Med dette prosjektet var derfor mitt ønske å øke kunnskapen om hvordan dokumentasjonen fungerer i praksis. Funnene i studien viser at intensivsykepleierenes erfaringer med bruk av behandlingsplan som dokumentasjonsverktøy er sammensatt. Men tiden de har til rådighet, systemets funksjonalitet og kunnskapene de har om behandlingsplan er vesentlige faktorer for bruken av den.

En bedre forståelse av intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser i forhold til dokumentasjon i behandlingsplanen håper jeg kan bidra til eventuelle forbedringer til det beste for både pasient og intensivsykepleier. Men selv om jeg mener min utvalgsstørrelse var dekkende i forhold til den metoden som ble brukt i denne studien, ser jeg likevel at flere studier med et større utvalg av informanter vil være nødvendig for at resultatene i større grad skal kunne gjelde også i andre sammenhenger.

## LITTERATURLISTE

Bokmålsordboka. (2017). Hentet 15. september 2017 fra

[http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=funksjonalitet&ant\\_bokmaal=5&ant\\_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok= begge](http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=funksjonalitet&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok= begge)

Carayon, P., Cartmill, R., Blosky, M.A., Brown, R., Hackenberg, M., Hoonakker, P., Walker, J.M. (2011). ICU nurses` acceptance of electronic health records. *J Am Med Inform Assoc* 18, 812-819. doi: 10.1136/amiajnl-2010-000018

Carrington, J.M. & Effken, J.A. (2011) Strengths and Limitations of the Electronic Health Record for Documenting Clinical Events. *CIN: Computers, Informatics, Nursing, Vol.29(6)*, 360-367.

DIPS. (2015). Hentet 8. september 2016 fra <https://www.dips.no/dips-behandlingsplan>

Direktoratet for e-helse. (2016). Hentet 8. september 2016 fra <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/elektronisk-pasientjournal-epj>

Furlong, K. (2015). Learning to Use an EHR: Nurses` stories. *Canadian-nurse.com, Vol.111(5)*, 20-24.

Helsebiblioteket (2017). Hentet 6. november 2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Helsedirektoratet (2017). Årsrapport 2016. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Hentet 3. november 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arsrapporter-meldeordningen-for-uonskede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten>

Høgskolen i Oslo og Akershus. (udatert). Hentet 19. september 2016 fra [http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Master/Intensivsykepleie/Programplan-for-Masterstudium-i-intensivsykepleie-2015#Studiets\\_innhold\\_og\\_opbygning](http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Master/Intensivsykepleie/Programplan-for-Masterstudium-i-intensivsykepleie-2015#Studiets_innhold_og_opbygning)

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode (4.utg.) Oslo: Abstrakt Forlag.

King, N. & Horrocks, C. Interviews in Qualitative Research. London: SAGE Publications.

- Kunnskapssenteret. (2017). Hentet 10. september 2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kunnskapssenteret. (2017). Hentet 3. november 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lee, T.T. (2006). Nurses` perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *Journal compilation*, 2006, doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01480.x
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (2001). Hentet fra 8. september 2016 fra [http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_8#KAPITTEL\\_8](http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8)
- Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning; *En innføring*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V.D., Guassora, A.D. (2016). «Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power» *Qualitative Health Research*, Vol.26(13), 1753-1760.
- Meld.St. 9 (2012-2013). En innbygger – en journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Hentet 8. september 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/?ch=1&q=>
- Meld.St. 11 (2015-2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Hentet 3. november 2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>
- Meum, T. (2012). «Lost in translation»: The challenges of seamless integration in nursing practices. *International journal of medical informatics*, 82, e200-e208.
- Moen, A., Hellesø, R., og Berge, A. (2008). Sykepleieres journalføring. *Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) (2002), *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere*. Hentet 5. september 2016 fra [https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%202\\_.pdf](https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%202_.pdf)



Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS). (2004). Hentet 10. september 2016 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/17036/Definisjoner>

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Stevenson, J.E. & Nilsson, G. (2011). Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2011. Blackwell Publishing Ltd.

Thagaard, T. (2013). Systematikk og innlevelse. *En innføring i kvalitativ metode*. (4.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vabo, G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie*. (2.utg.) Oslo: Cappelen Damm.

Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ. (2015). Hentet 2. september 2016 fra <https://www.nsf.no/Content/2512377/Veileder%20for%20elektronisk%20sykepleiedokumentasjon%202015%20.pdf>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2016). Hentet 10. september 2016 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

## VEDLEGG NR. 1

### FORESPØRSEL OM TILLATELSE TIL Å UTFØRE FORSKNINGSPROSJEKT I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE I INTENSIVSYKEPLEIE

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og jobber nå med den avsluttende oppgaven i min mastergradstudie i intensivsykepleie. Jeg skal utføre en kvalitativ forskningsstudie i forhold til intensivsykepleieres erfaringer med klinisk sykepleiedokumentasjon. Formålet med denne studien er å finne ut mer om hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å bruke behandlingsplan i sin dokumentasjon av sykepleie, og problemstillingen min er: «**Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av behandlingsplan som dokumentasjonsverktøy i Klinisk Dokumentasjon av Sykepleie?**» Jeg håper en bedre forståelse av hvordan intensivsykepleiere erfarer at dokumentasjonen fungerer, kan bidra til at man gjør eventuelle endringer/forbedringer som igjen kan være med på å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasienten.

For å få svar på min problemstilling ønsker jeg å intervjuer til sammen 6 intensivsykepleiere. Jeg tenker å inkludere to ulike intensivavdelinger i studien, så derfor håper jeg på å få lov til å intervjuer 3 intensivsykepleiere fra deres avdeling.

Inklusjonskriterier: I tillegg til at informantene må være utdannet intensivsykepleiere, ønsker jeg at de har jobbet minimum 1 år ved deres intensivavdeling. Av erfaring vet jeg at det tar tid å sette seg inn i alt som finnes av rutiner, utstyr osv. på en intensivavdeling. Jeg mener derfor at man kan ha hatt mindre kapasitet til å sette seg inn i dokumentasjonssystemet dersom man har vært kort tid i avdelingen. Det er også vesentlig for studien at informantene har noe erfaring med bruk av behandlingsplan i elektronisk dokumentasjonssystem. Derfor ønsker jeg informanter som har minimum 1 års erfaring med dokumentasjon i DIPS, da det er DIPS som vil være det dokumentasjonssystemet jeg har fokus på.

Jeg ønsker at rekruttering av informanter foregår via fagsykepleier eller seksjonsleder ved intensivavdelingen, og deltakelse skal selvfølgelig være frivillig. Etter rekruttering sender jeg

rekrutteringsansvarlig et skriv om informert samtykke som deles ut til de aktuelle informantene. Dette skal underskrives før intervjuene utføres.

Intervjuet: Spørsmålene i selve intervjuet vil alle spinne rundt erfaringene intensivsykepleierne har med å bruke behandlingsplan. Jeg er ikke ute etter å teste hvor mye de kan, eller om de gjør ting på den rette måten. Det jeg ønsker å vite mer om er hvilke erfaringer de sitter inne med, enten de er positive eller negative. Jeg kommer også til å notere noen indirekte personopplysninger, som alder, kjønn, hvor lenge de har jobbet som intensivsykepleiere, og hvor lenge de har jobbet med det aktuelle dokumentasjonssystemet. Dette for lettere å kunne se sammenhenger i de resultatene jeg får.

Hvert intervju vil vare ca. 30 minutter, og det vil bli tatt opp via lydopptaker/diktafon i tillegg til at jeg kommer til å gjøre noen notater underveis. Datamateriale vil bli behandlet konfidensielt og lagret etter gjeldende retningslinjer. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven, og alt datamateriale vil bli slettet når prosjektet er avsluttet. Godkjenning fra NSD (personvernombudet) vil foreligge før intervjuene gjennomføres.

Jeg er relativt fleksibel i forhold til intervjutidspunkt, så dersom det er vanskelig for dere å få gjennomført alle intervjuene på samme dag vil det sannsynligvis la seg gjøre å fordele dem på forskjellige dager. Det er ønskelig at et møterom/grupperom eller lignende er disponibelt, slik at selve intervjuet kan foregå uforstyrret. Etter planen tenker jeg å utføre intervjuene i april-mai 2017.

Dersom dere har spørsmål kan jeg kontaktes på tlf: 90110378 eller mail:

[s119007@stud.hioa.no](mailto:s119007@stud.hioa.no) Det er også mulig å kontakte min veileder ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Dag-Gunnar Stubberud på tlf: 67236191 eller mail: [Dag-Gunnar.Stubberud@hioa.no](mailto:Dag-Gunnar.Stubberud@hioa.no)

Håper dere ønsker å delta. På forhånd takk for hjelpen.

Gro Elisabeth Valebjørg Galambos

Intensivsykepleier og Masterstudent ved HiOA

## VEDLEGG NR. 2

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *”Intensivsykepleieres erfaringer med bruk av klinisk sykepleiedokumentasjon”*

##### **Bakgrunn og formål**

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og dette prosjektet er den avsluttende oppgaven i min mastergradstudie i intensivsykepleie. Formålet med denne studien er å finne ut mer om hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med bruk av behandlingsplan i sin dokumentasjon av sykepleie, og problemstillingen er: *«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av behandlingsplan som dokumentasjonsverktøy i Klinisk Dokumentasjon av Sykepleie?»*

Jeg håper en bedre forståelse av hvordan intensivsykepleiere erfarer at dokumentasjonen fungerer, kan bidra til at man gjør eventuelle endringer/forbedringer som igjen kan være med på å forbedre kvaliteten på sykepleien til pasienten.

For å få svar på min problemstilling ønsker jeg å intervju til sammen 4-6 intensivsykepleiere for å høre hvilke erfaringer dere har med bruk av behandlingsplan. For å kunne delta i studien må du være utdannet intensivsykepleier. I tillegg ønsker jeg informanter som har jobbet minimum 1 år ved intensivavdelingen. Det er også vesentlig for studien at du som informant har noe erfaring med bruk av behandlingsplan i elektronisk dokumentasjonssystem. Derfor ønsker jeg informanter som har minimum 1 års erfaring med dokumentasjon i DIPS, som er det dokumentasjonssystemet jeg har fokus på.

##### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltakelse i studien innebærer at du deltar i et intervju der du får spørsmål i forhold til hvilke erfaringer du har med å bruke behandlingsplan. Jeg er ikke ute etter å teste hvor mye du kan, eller hvilke kunnskaper du har. Det jeg ønsker å vite mer om er hvilke erfaringer du sitter inne med, enten de er positive eller negative. Hovedspørsmålene du kommer til å bli spurt om vil være:

*Hvordan er dine erfaringer med bruk av behandlingsplan?*

*Hvordan opplever du at behandlingsplanen blir brukt i hverdagen på intensivavdelingen?*

*Hvilke tanker har du om hva som påvirker bruken av behandlingsplan på avdelingen?*

*Hvordan forholder du deg til veiledende behandlingsplaner?*

Jeg kommer i tillegg til å spørre om noen indirekte personopplysninger, som for eksempel alder og hvor lenge du har jobbet som intensivsykepleier. Dette for lettere å kunne se sammenhenger i de resultatene jeg får. Selve intervjuet vil vare ca. 30 minutter, og det vil bli tatt opp via lydopptaker/diktafon i tillegg til at jeg kommer til å gjøre noen notater underveis.

##### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

All informasjon om deg vil bli behandlet konfidensielt, og lagret etter gjeldende retningslinjer. Jeg som forsker vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn, og det er kun jeg og

min veileder som vil ha tilgang til personopplysningene. Intervjuopptaket vil oppbevares innelåst i analyseperioden, og vil bli slettet ved prosjektets slutt.

Datamaterialet vil bli anonymisert, og dette slettes også når prosjektet avsluttes. Prosjektet skal etter planen avsluttes i november 2017. Resultatene kan bli publisert i en vitenskapelig artikkel, men du vil som informant ikke kunne bli gjenkjent i en eventuell publikasjon.

### **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 anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du ta kontakt med masterstudent Gro Elisabeth Valebjørg Galambos på tlf:90110378 eller e-post: [s119007@stud.hioa.no](mailto:s119007@stud.hioa.no) Det er også mulig å kontakte min veileder ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Dag-Gunnar Stubberud på tlf: 67236191 eller e-post: [Dag-Gunnar.Stubberud@hioa.no](mailto:Dag-Gunnar.Stubberud@hioa.no)

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

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

**VEDLEGG NR. 3**

Dag Gunnar Stubberud  
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 26.04.2017

Vår ref: 53826 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53826	<i>Intensivsykepleieres erfaringer med bruk av klinisk sykepleiedokumentasjon</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Dag Gunnar Stubberud</i>
<i>Student</i>	<i>Gro Elisabeth Valebjørg Galambos</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/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.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, 15.11.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

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

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Gro Elisabeth Valebjørg Galambos s119007@stud.hioa.no



Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet.

I meldeskjemaet har dere krysset av for at dere skal publisere personopplysninger i oppgaven. Dersom personopplysninger skal publiseres, må det innhentes et eksplisitt samtykke til dette. Vi kan imidlertid ikke finne informasjon om dette i informasjonsskrivet. Personvernombudet legger derfor til grunn at dette er feil, og har endret dette punktet til at dere skal publisere anonymt og at ingen informanter vil kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Forventet prosjektslutt er 15.11.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak



## VEDLEGG NR. 4

### INTERVJUGUIDE

Intervjuguiden baseres på at jeg ønsker å utføre semistrukturerte intervjuer. Jeg tar utgangspunkt i noen veiledende hovedspørsmål, men rekkefølgen kan variere ut fra situasjonen i hvert enkelt intervju.

Tidsramme: Ut fra tidligere gjennomføring av to pilotintervjuer beregnes hvert intervju til å vare i ca. 30 minutter.

Jeg kommer til å starte intervjuene med å presentere meg selv, studien og hensikten med intervjuet. Jeg vil også informere deltakerne om rettighetene de har i forhold til informert samtykke.

Jeg ønsker også å notere meg informantenes:

- Kjønn
- Alder
- Hvor lenge de har vært intensivsykepleiere
- Hvor lenge de har jobbet med det aktuelle dokumentasjonssystemet (DIPS)

**Problemstilling:** «Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av behandlingsplan som dokumentasjonsverktøy i Klinisk Dokumentasjon av Sykepleie?»

#### SPØRSMÅL:

**Hvordan er dine erfaringer med bruk av behandlingsplan?**

- Positive/negative

**Hvordan opplever du at behandlingsplanen blir brukt i hverdagen på intensivavdelingen?**

- Både av deg selv og generelt på avdelingen
- Sykepleiediagnoser og sykepleietiltak i behandlingsplanen baseres på klassifikasjonssystemer som NANDA og NIC – hvordan bruker du disse?
- Blir planen individualisert/relatert til den enkelte pasient?
  - Hvis ja; På hvilken måte?
  - Hvis nei, Hvorfor ikke?

**Hvilke tanker har du om hva som påvirker bruken av behandlingsplan på avdelingen?**

- Hvorfor?
- Flere ting/andre forhold?

**Hvordan forholder du deg til veiledende behandlingsplaner?**

- Positivt/negativt
- Hvordan brukes disse i utarbeidelsen av pasientens behandlingsplan?
- Hvor gode/nyttige mener du at de veiledende behandlingsplanene er?

Er det noe du ønsker å tilføye?

Har du eventuelt forslag til forbedringer?