

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK 305H

Navn på kandidat: Lise Karin Grimstad

**Sykepleieres erfaringer med innføring og bruk av nettbrett til
sykepleiedokumentasjon på pasientrom**

Dato: 15.08.18

Totalt antall sider: 48

Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært en spennende, krevende og lærerik prosess. Kombinasjon av jobb og studier har vært utfordrende, men med god støtte fra venner, kollegaer og familie er jeg nå i mål. Jeg vil takke veileder Lisbeth Østgaard Rygg for veiledning og oppmuntrende ord gjennom prosessen, mine skriveseminarvenninner for gode diskusjoner og deres evne til å være løsningsorientert. Og til slutt min familie for tålmodighet og forståelse, og en spesiell takk til min mann for være en lydhør diskusjonspartner.

Sammendrag

Masteroppgaven skal belyse problemstillingen: Hvilke erfaringer og tanker har sykepleiere i en kommunal helseinstitusjon gjort seg når det gjelder innføring og bruk av nettbrett med elektronisk dokumentasjon av sykepleie på pasientrommet, og hvordan kan en forstå disse tankene og erfaringene?

Bakgrunn: Velferdsteknologi vil være viktig for løsning av helsevesenets oppgaver fremover. Ny teknologi gir mulighet for nye løsninger, men representerer også nye utfordringer og sykepleiefaglige dilemmaer. Nettbrett med elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS) representerer en endring av sykepleiepraksis, og skaper både utfordringer og muligheter for sykepleieutøvelsen. Kjennskap til sykepleiernes erfaringer vil gi viktig kunnskap for å kunne utvikle denne type velferdsteknologi best mulig.

Metode: For å besvare problemstillingen er det brukt semistrukturerte livsverdenintervjuer med seks sykepleiere på to korttidsavdelinger på en kommunal helseinstitusjon. Analysert av datamaterialet er gjort ut fra kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Studien viser at informantene var fornøyd med bruk av nettbrett til pasientarbeid, så lenge de brukte nettbrettet utenfor pasientrommet. Samtidig viser studien at de intervjuede sykepleierne opplevde det vanskelig å bruke nettbrettet til dokumentasjon inne på pasientrommet. Det var vanskelig å ha med nettbrettet i direkte møte med pasienten. De syntes det var problematisk å skrive på nettbrettene inne hos pasienten, fordi det ble en motsetning mellom dokumentasjon og relasjonen til pasienten. Studien viser at dersom man skal lykkes med innføring av nettbrett med EDS inne på pasientrom i kommunal helseinstitusjon, må sykepleierne oppleve at det bedrer sykepleien til pasienten.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn for problemstilling	3
1.2	Forskning.....	4
1.3	Hensikt og problemstilling	5
1.4	Kontekst og sentrale begreper	5
1.4.1	Pasientgruppen	5
1.4.2	Pasientrom og institusjon	6
1.4.3	Pasientmedvirkning.....	6
1.4.4	Nettbrett med elektronisk dokumentasjon av sykepleie.....	6
1.4.5	Bruk av nettbrett med EDS	6
2	Teoretisk referanseramme	7
2.1	Vitenskapsteoretisk referanseramme	8
2.1.1	Fenomenologisk hermeneutikk	8
2.1.2	Hermeneutisk sirkel og tolkning	8
2.2	Teorier og begreper.	9
2.2.1	Sykepleiedokumentasjon.....	9
2.2.2	Sykepleietenkning og filosofi.....	9
2.2.3	Instrumentalisme	11
2.2.4	Pasientmedvirkning og samvalg.....	11
3	Metode.....	12
3.1	Metode og design.....	12
3.2	Utvalg	13
3.3	Datainnsamling.....	14
3.4	Kvalitativ innholdsanalyse	14
3.5	Etisk refleksjon	15
3.6	Forforståelse	16
4	Funn.....	16
4.1	Innføring av EDS på nettbrett.....	17
4.1.1	Tidligere erfaring med bruk av nettbrett	17
4.1.2	Opplæring av bruken av nettbrett.....	18
4.1.3	Intensjonen ved bruk av EDS på nettbrett.....	18
4.2	Erfaring og refleksjoner rund bruken av EDS på nettbrett i pasientarbeid	18
4.2.1	Generelle betraktninger rundt bruk av nettbrett	18

4.2.2	Refleksjoner sykepleiere hadde rundt bruk av nettbrett inne på pasientrommet	19
4.2.3	Erfaringer sykepleiere hadde rundt bruk av nettbrett inne på pasientrommet ...	20
4.2.4	Sykepleiefunksjon ved bruk av nettbrett.....	21
4.2.5	Erfaringer rundt oppdatering av og på nettbrett.....	21
5	Diskusjon.....	22
5.1	Instrumentalisme og omsorg	23
5.2	Diskusjon av funn:.....	23
5.2.1	Sykepleiedokumentasjon.....	23
5.2.2	Sykepleietenkning	25
5.2.3	Praktisk utøvelse av sykepleie.....	26
5.3	Metodediskusjon.....	26
6	Avslutning	28
6.1	Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	29

Vitenskapelig artikkel:

«Implementering av elektronisk dokumentasjon av sykepleie på nettbrett inne på institusjon - mellom dokumentasjon og pasientmedvirkning»

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjueguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Tilbakemelding fra Norsk samfunnsfaglig Datatjeneste

Vedlegg 5: Forfattererklæring

1 Innledning

Utviklingen av gode velferdsteknologiske løsninger i helsevesenet er viktig i tiden fremover. Økende antall mennesker som får helsehjelp og en eldre befolkning vil gi økt behov for bedre og mer effektive helsetjenester og flere helsearbeidere (Helsedirektoratet, 2014). Hvordan en skal løse disse utfordringene diskuteres stadig. Det er samtidig enighet om at velferdstekniske løsninger vil være en viktig del av fremtidens helse- og omsorgstjenester.

Når en snakker om velferdsteknologi tenker en gjerne på hjelpemidler som øker sikkerhet, trygghet, mobilitet og sosial deltakelse hos brukere (Helsedirektoratet, 2012). Innføring av nettbrett i helsetjenesten er en teknologi som har til hensikt å forbedre etablerte informasjons- og dokumentasjonsrutiner. Nettbrett er definert under begrepet e-Helse, som omfatter informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) som skal bedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren (Direktoratet for e-Helse, 2018).

Samtidig som ny teknologi gir muligheter for nye løsninger, representerer det også nye utfordringer og sykepleiefaglige dilemmaer. Disse blir særlig synlige når i situasjoner som innebærer dialog og samhandling med syke mennesker. Hvordan vil det å bringe ny teknologi inn i en pleier-pasient-relasjon prege den omsorgsfaglige relasjonen? Hvilke dilemmaer kan for eksempel oppstå mellom hensynet til betjening av et teknologisk hjelpemiddel (nettbrett), som skal håndteres fysisk ved å trykke på menyer og hensynet til kommunikasjon med pasienten? Eksisterer det motsetninger mellom teknologiske og omsorgsfaglige hensyn, og hvordan oppleves det i så fall av sykepleieren som skal implementere de nye digitale løsningene? Og hvordan håndterer pleierne slike dilemmaet? Det er denne nye bruken av informasjons- og dokumentasjonsteknolog på pasientrom i institusjon ut i fra et sykepleieperspektiv, som har vært fokus i min studie.

1.1 Bakgrunn for problemstilling

En har i flere år brukt mobiltelefoner med utvidet programvare med elektronisk dokumentasjon av sykepleie i hjemmetjenestene (Bader, 2015). Men å bruke nettbrett ved kommunale helseinstitusjoner og inne på de enkelte pasientrommene er lite utprøvd. Det representerer en vesentlig endring fordi nettbrettet innebærer at en del av kommunikasjonen mellom pleiere og pasient skal håndteres på et nytt teknologisk instrument.

Siden 2016 har slik bruk av nettbrett vært utprøvd ved noen kommuner i Norge (Tieto, 2017). Nettbrettet er et informasjons- og dokumentasjonsverktøy som sykepleierne skal bære med seg gjennom arbeidsdagen og fortløpende bruke inne på pasientrommene.

EDS på nettbrett er fortsatt i en tidlig fase av utviklingen. Det er følgelig lite litteratur å finne om bruken av nettbrett som dokumentasjonsverktøy på helseinstitusjoner. I helsedirektoratets omtale av velferdsteknologi er nettbrett med EDS lite omtalt. Teknologien er definert under mobil IKT løsninger og under Direktoratet for e-Helse (Helsedirektorater, 2012, s.16) I den nasjonale handlingsplanen for e-Helse 2017-2022 (2017) er det vanskelig å finne noe om bruk av nettbrett på institusjon. Dette gjelder også i rapporten om elektronisk pasientjournaler (EPJ) i omsorgstjeneren fra Helsedirektoratet fra 2014.

Helsedirektoratet nevner generelt at «bruk av velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende» (Helsedirektoratet, 2012). Leverandøren av EDS systemene Lifecare eRom, som informanter her bruker sier: «Med Lifecare eRom kan ansatte dokumentere oppgavene sammen med brukeren og brukerne får bedre oversikt over oppgaver, påminnelser og handlinger som utføres» (Tieto, 2017). Som vi ser er leverandøren sin uttalelse tydelig rettet mot brukerens behov, og samspillet mellom ansatt og bruker. Dette perspektivet er vanskelig å finne igjen i Helsedirektoratet (2012) og Direktoratet for e-Helse (2018) sine uttalelser om nettbrett. Også når en leser følgeforskningen til en kommune som har implementert bruken av nettbrett på institusjon, skriver de at det var vanskelig å finne hva som var kommunens målsetting. Et sted i handlingsplanen stod det at målsettingen for velferdsteknologiseringen til kommunen var; bo lengre hjemme, bedre og mer effektiv jobb og forenkle samhandling (Lo og Waldahl, 2017, s.19). I den samme følgeforskningen viset de til at kommunen valgte nettbrett med EDS for at det «skal gi mulighet for å innhente opplysninger og journalføre tiltak mens de ansatte er inne på rommet til brukerne» (Lo og Waldahl, 2017, s.4). Begrepene samhandling og brukervedvirkning ser med andre ord ut til å være fraværende i disse dokumentene.

1.2 Forskning

Som en del av arbeidet med studien utførte jeg tidlig i prosessen et systematisk litteratursøk. Søkene gikk tilbake til 2010 og det ble lagt inn krav om vitenskapelige artikler som var fagfelleurdert. De ble søkt på Cinahl, Pubmed, Svemed + og Scopus. Keyword som gav mest relevante funn og som tilslutt ble bruket, var: Nursing, experience, patient, wireless

technology, ipad, tablet, computers, devices. Søket resulterte i tre vitenskapelige artikler med relevans. Disse artiklene fokuserte på sykepleie erfaringer med elektronisk pasientjournal (Stevenson, Nilsson, Petersson og Johnsson, 2010) og sykepleie erfaringer med mobile enheter i sykepleiepraksis (Johansson, Petersson, Saveman og Nilsson, 2012; Johansson, Petersson og Nilsson, 2011). Det var ingen av artiklene som omtalte bruken av nettbrett til dokumentasjon inne på pasientrommet.

1.3 Hensikt og problemstilling

Teknologiutvikling er viktig i sykepleien og er i kontinuerlig bevegelse. Det å implementere bruk av nettbrett inn på pasientrommene er en ny og forholdsvis lite utprøvd praksis i Norge, og det er grunn til å tro at det å ta i bruk nettbrett vil påvirke måten en jobber med pasientinformasjon og pasientdokumentasjon på.

Hensikten med denne studien har vært å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere som jobber i klinikken har gjort seg når det gjelder innføring og bruk av nettbrett i en kommunal helseinstitusjon. Studien har et spesielt fokus på nettbrett bruk inne på pasientrommet. Etersom sykepleierne er de som iverksetter ny teknologi gjennom konkrete møter med pasienten, er det viktig å ha kjennskap til de konkrete erfaringer sykepleieren har gjort seg, og hvilke tanker de gjør seg angående bruk av teknologien.

Masteroppgaven skal belyse problemstillingen: Hvilke erfaringer og tanker har sykepleiere i en kommunal helseinstitusjon gjort seg når det gjelder innføringen og bruk av nettbrett med elektronisk dokumentasjon av sykepleie på pasientrommet, og hvordan kan en forstå disse tankene og erfaringene?

1.4 Kontekst og sentrale begreper

Dette avsnittet skal gjøre rede for konteksten studien er gjort i, og sentrale begreper. Formålet er å beskrive rammene rundt bruken av nettbrettet; hvordan nettbrettene med elektronisk dokumentasjon av sykepleie er oppbygd og fungerer, kjennetegn ved pasientgruppen, og ved pasientrommet og institusjonen.

1.4.1 Pasientgruppen

Pasientgruppen her, kom enten fra eget hjem eller fra sykehuset og var tildelt ett korttidsopphold på kommunal institusjon i somatikken. Det var en overvekt av pasienter over

65 år og sykdomstilstandene varierte. Noen var på avdelingen for rehabilitering, noen var der i påventer av langtidsplass, andre var der for avlastning for pårørende, og noe skulle avslutte livet sitt på avdelingen.

1.4.2 *Pasientrom og institusjon*

Pasientrommene var enerom med egne bad, der var en liten gang og en liten sittegruppe med TV. De to kommunale korttidsavdelinger lå i samme bygg, men i hver sin etasje. Det var til sammen fem avdelinger i bygget. Hver korttidsavdeling hadde 22 døgnplasser og institusjonen hadde til sammen 80 døgnplasser.

1.4.3 *Pasientmedvirkning*

I studien vil begrepene pasientmedvirkning og brukermedvirkning bli brukt i samme betydning.

1.4.4 *Nettbrett med elektronisk dokumentasjon av sykepleie*

I oppgaven refereres det til bruk av nettbrett som inneholder kommunens elektroniske dokumentasjonssystem for sykepleie (EDS). EDS er en del av den elektroniske pasientjournal systemet EPJ, men er et eget dokumentasjonsområde i systemet. EPJ er tilgjengelig for pasientene på internettet (Helsedirektoratet 2014, Styrer i Norsk sykepleieforbund for e-helse, 2015).

Programvaren i nettbrettene inneholder en standardisert mal for tiltaksplan som er en del av EDS. Med utgangspunkt i malen lages det en individuell tiltaksplan for pasienten. På nettbrettet bekrefter eller kommenterer sykepleieren at sykepleiehandlingen er utført. Nettbrettet er også koblet opp til internett, hvor en kan se på for eksempel prosedyresystemet VAR eller felleskatalogen. Brettene finnes i to størrelser; 15 x 20 eller 15 x 25 cm, og ser ut som et ordinært nettbrett.

1.4.5 *Bruk av nettbrett med EDS*

I kommunen hvor intervjuene ble gjennomført ble det innført bærbare nettbrett med EDS i 2016. Ved implementeringen av nettbrettene skulle sykepleierne bære med seg nettbrettene på vekten og evt. feste brettet i holderen på veggen i gangen på pasientrommene.

Ved intervjutidspunktet var ikke all ønsket informasjon tilgjengelig på nettbrettet, for eksempel medisinarke og epikriser. Dette gjorde at sykepleierne arbeide en del fra vaktrommet, der de stasjonære datamaskinene sto. Tiltaksplanen som dokumentasjonssystemet bygde på ble lagt inn på nettbrettet og endret via datamaskinene på vaktrommet av sykepleierne.

Rapportene ble dokumentert på tiltaksplanene, dette kunne gjøres fra bærbar eller stasjonær pc eller nettbrettene.

Når pasienten kom til avdelingen ble informasjon om pasienten skrevet inn på en brukerstatus, under eller etter innkomstsamtalen med pasienten. Tiltaksplan og prosedyrer ble opprettet fra pc på vaktrommet og lagt på nettbrettene. Tiltaksplanen måtte evalueres av sykepleier fortløpende for å være gyldig og for at pleierne skulle kunne dokumentere effektivt. På nettbrettet var det mulighet for å hake av at tiltaket var utført, eller skrive en rapport under tiltaket. Målsettingen pasienten hadde for oppholdet skulle være førende for tiltakene, slik at en jobber bevisst og målrettet i forhold til dem. I dette dokumentasjonssystemet lagres rapporten en skriver fortløpende, teksten kunne ikke redigeres i ettertid og rapportene er en del av den elektroniske pasientjournalen.

2 Teoretisk referanseramme

Først vil jeg presentere oppgavens vitenskapsteoretiske referanseramme. Deretter skal jeg redegjøre for det teoretiske og begrepsmessige rammeverket som jeg diskuterer funnene i lyset av. Disse ressursene kan deles inn i fire kategorier.

Den første er i hovedsak forskningsbasert litteratur, som også blir brukt i utdanning av sykepleiestudenter. Den andre kategorien er sykepleietenkning knyttet til møtene mellom sykepleiere og pasienter. Det vil bli sett i lyset av omsorgsteorien til sykepleiefilosof Kari Martinsen. Jeg vil også bruke bidrag fra filosof Hans Skjervheim som Martinsen har vist til i sitt arbeide (Martinsen 2005; Skjervheim, 2001). Jeg finner blant annet Martinsen og Skjervheim sine diskusjoner om instrumentelle tilnærminger innen omsorgsfeltet som fruktbare for å forstå tanker og erfaringer som sykepleierne formidler om bruk av nettbrett på pasientrommet, som er den tredje kategorien. En fjerde kategori er litteratur om brukervedvirkning og samvalg. Begrepene om brukervedvirkning og samvalg hadde ikke noen sentral rolle i informantenes fortellinger, men jeg finner de nyttige i en mer overordnet diskusjon av nettbrettets funksjon i lys av sentrale verdier i helse- og omsorgstjenesten i dag.

2.1 Vitenskapsteoretisk referanseramme

2.1.1 Fenomenologisk hermeneutikk

Hovedtemaet for denne studien er sykepleiers tanker og erfaringer, og en målsetting er å utvikle kunnskap ut fra sykepleierens livsverden. Begrepet livsverden finner en innenfor fenomenologisk tenkning (Bengtsson, 2006; Dahlberg, 2014). Livsverden er «den konkrete virkelighet som vi daglig møter og forholder oss til, som vi ikke kan skilles fra, og som vi deler med andre» (Bengtsson, 2006, s.31). Det som er viktig innenfor livsverdensperspektivet er en erkjennelse av at forskeren selv er en del av livsverden. Og det er behov for en «bro» mellom forskerens livsverden og livsverden til de som studeres. Den fenomenologiske hermeneutikken omfatter menneskers verdener i samtid (Bengtsson, 2006, s.40). Dette gjør at den fenomenologiske hermeneutikken egner seg til bruk i helsevitenskap som ser på livsverdener. Det gjelder både i forhold til innsamling og bearbeiding av data for å oppnå kunnskap om andres livsverdener (Bengtsson, 2006, s.40; Kvale og Brinkmann, 2015).

Det er innenfor denne fenomenologisk hermeneutiske forståelsen det vitenskapsteoretiske grunnlaget for studien befinner seg. En forener livsverden forståelsen som en ser i fenomenologien og synet på forforståelsen, tolkningen og kunnskapsutviklingen som en finner i hermeneutikken (Kvale og Brinkmann, 2015).

2.1.2 Hermeneutisk sirkel og tolkning

Tolkning er aldri “nøytral”, en vil alltid tolke omgivelsene ut i fra egen forforståelse, og egne «teorier». I vitenskapelige tekster vil denne tolkningen også bestå av vitenskapelig teorier som forskeren har skaffet seg kjennskap til. Tolkning er en viktig del av prosessen når en ønsker å oppnå en gyldig og allmenn forståelse (Kvale og Brinkmann, 2015). For å oppnå denne forståelsen beveger en seg mellom deler av teksten og helheten i teksten kontinuerlig, i en stadig diskusjon med teksten.

I studien er målet å se på funnene på et mer overordnet nivå, der en spør hva handler dette egentlig om, ut over de enkelte konkrete handlingene og utsagn? Dette gjøres ved at en trekker inn andre perspektiver og ser funnene i nye sammenhenger. Bevegelsen fra helhet til deler og så til helhet omtales som den hermeneutiske sirkel. I hermeneutikken går forskeren i dialog med teksten der forskeren hele tiden søker etter en dypere forståelse (Polit og Beck, 2017).

2.2 Teorier og begreper.

2.2.1 Sykepleiedokumentasjon

Sykepleiedokumentasjon fyller flere roller innen sykepleien. Krav til sykepleiedokumentasjon er nedfelt i helsepersonelloven (1999) og i forskrift om pasientjournal (2000). I sykepleiejournalen som er en del av pasientjournalen skal nødvendig og relevant opplysninger dokumenteres for å kunne gi forsvarlig sykepleie. (Hellesø, 2015) For å få individuelt tilpasset sykepleie er det hensiktsmessig at pasienten deltar i planleggingsprosessen slik at sykepleie ytes ut fra faglige vurderinger og pasientens ønsker og behov (Hellesø, 2015). For å kunne vite om tiltakene er hensiktsmessige, må de evalueres i sykepleiejournalen. Det er også viktig å dokumentere for å vise at tiltakene er utført. I dokumentasjon av sykepleie er det ønske om et mest mulig konkret språkbruk, for å lettere kunne hente ut opplysninger fra journalen (Laukvik, Mølsted og Fossum, 2017).

Det brukes elektroniske pasientjournaler (EPJ) på sykehus og i kommunene. Disse systemene skal lette, effektivisere og automatisere dokumentasjonsarbeidet (Hellesø, 2015, s.226). I EDS er det standardisert praksis på dokumentasjon, for at sykepleierne skal finne frem i dokumentasjonssystemet og for at det i ettertid skal være lett å finne tilbake til informasjonen. (Laukvik mfl. 2017).

2.2.2 Sykepleietenkning og filosofi

Sykepleieren har en spesiell rolle i møte mellom pasient og sykepleier i kraft av sin profesjon. Denne rollen er det fokus på i grunnutdanningen til sykepleierne, der sykepleieteorier er en del av opplæringen. Kari Martinsen er en sentral sykepleietoretiker i Norge. Hun uttaler at omsorg er et viktig begrep i sykepleien (Martinsen, 2003b). Martinsen definerer omsorg som et tredimensjonalt begrep: et relasjonelt begrep, et praktisk begrep og et moralsk begrep (Martinsen, 2003b). Her vil vi se nærmere på det moralske begrepet.

Omsorgsmoral hos Martinsen handler om hvordan sykepleieren er i relasjonen til den syke i det praktiske arbeidet. Kvaliteten på relasjonen er grunnleggende. Denne moralske omsorgen i handlingene læres gjennom praksis og refleksjon. En handler ut ifra sitt menneskesyn og verdier, og handlingen og verdisynet må vurderes kritisk. Det er viktig at sykepleieren vet hvilke verdier han/hun tar beslutninger ut ifra (Martinsen, 2003b, s.17).

Omsorgsmoral handler også om hvordan vi utøver makt i møte med den syke. Om sykepleierens utøvelse av makt bygger på solidaritet og engasjement for den syke, og at

handlingen bygger på et ønske om å gjøre det som oppleves som det beste alternative for pasienten. Sykepleiehandlingen vurderes ut fra moralsk skjønn, situasjonsforståelse ut i fra kunnskap og bevissthet om verdisyn (Martinsen, 2003b, s.17).

I omsorgen i sykepleien ligger det et krav til faglig skjønn. Dette vil si at sykepleieren i møte med pasienten ikke bare vil føle omsorg, men han/hun vil også gjøre vurderinger ut fra sine kunnskaper og erfaringer (Martinsen, 2005). For å kunne handle godt for pasienten må sykepleieren se pasienten. Dette vil si at sykepleieren må ha fokus vendt mot pasienten og være genuint opptatt av budskapet pasienten ønsker å meddele.

Ved samtale mellom pasient og sykepleier viser Martinsen til Skjervheims (2001) begrep; treleddet relasjon, der samtalen mellom pasient og sykepleier skjer mellom likeverdige subjekter, mens saken det gjelder er objektet (Martinsen, 2005; Skjervheim, 2001). Sykepleieren må være engasjert og lydhør for det pasienten forteller. Dette krever engasjement og interesse. Og pasienten må oppleve at de er likestilt i samtalen.

Men hva betyr det å være lydhør? Når en tenker at en skal møte den andre, der den andre er, må en være oppmerksom, lytte, la pasienten få tid til å komme til ordet og spørre forsiktig tilbake. Dette krever tålmodighet og tid (Martinsen, 2005). Et slikt møte krever tillit mellom sykepleieren og pasienten. Tilliten kan skades ved at sykepleieren objektiverer pasienten.

I møte mellom sykepleiere og pasient er det en ujevn maktstruktur ved at sykepleieren har kunnskap, som pasienten ikke har. Martinsen omtaler dette som svak paternalisme som er overordnet pasientens autonomi (Martinsen 2005; 2003a). Det vil si at sykepleieren ut fra tanken om å ville hjelpe pasienten, engasjere seg i pasienten og bruker sitt faglige skjønn for å vurdere hva som er den beste handlingen for pasienten. Pasienten skal involveres i beslutningsprosessen om egen pleie, men noen ganger er situasjonen slik at sykepleieren må ta beslutningen for pasienten. Respekt for pasientens autonomi er viktig, men en må passe på at en ikke lar dette prinsippet legalisere tanken om at pasienten ikke vedkommer en, og en lar være å ikke involvere seg (Martinsen 2005, s.146).

Martinsen skriver «for den praktisk dyktige og kloke sykepleieren vil teoriene og prosedyrene i faget være integrert i gode holdninger» (2003a, s.93). Den gode holdningen vil være med på å se når det er riktig å involvere pasienten i beslutninger ved sykepleieutøvelsen og når det vil være en for stor belastning for pasienten.

2.2.3 Instrumentalisme

Teknologiske løsninger vil prege rammene for kommunikasjon mellom pleier og pasient. Et tredje teoretisk inntak i oppgaven vil ta utgangspunkt i noen av Martinsen og Skjervheim sine tanker om instrumentalisme i møte med den andre.

Martinsen skriver om tiden og effektivitet i møte med pasienten. Hun sier «i helsevesenets rom skal en være spesialist på tid i betydning av at tiden anses som en ressurs man disponerer over, en tid som skal utnyttes» (Martinsen, 2012, s.124). Dette sier hun er en instrumentell måte å se tiden på og det gir liten åpenhet for endringer og nye veier i møtene med den syke (Martinsen 2012, s.124-128). Kjær og Martinsen skriver «det er en kultur for gjøremålstravelhet, for utførelse av enkelte gjøremål, den enkelte prosedyre, en bestilling, uten fornemmelse for stemthetene i rommet» (2015, s.21). Sykepleiedokumentasjonen blir hurtig, en utvikler et detaljert og kodet skriftspråk. Beregner sykepleieren tidsforbruk ut fra en tanke om minst mulig bruk av målbar tid i forhold til det ulike gjøremålene, kan det være vanskelig å være mentalt tilstede i møte med pasienten (Martinsen 2005; 2012).

Skjervheim skriver om «det instrumentalistiske mistaket» (2001). Han trekker opp et skille mellom pragmatiske handlinger og praktiske handlinger, og skriver om utfordringer hvis en overser skillet mellom den pragmatiske og den praktiske handlingen, og lar den pragmatiske handlingen bli styrende (2001). Den pragmatiske handlingen bygger på målsettinger, kalkyler som kommer ut ifra eksperimentell kunnskap som viser til hvordan en skal nå målet.

Handlingen er vellykket når en når målet en har satt seg. Praktiske handlinger er derimot styrt mer av allmenngyldig normer som gjelder for alle og som ikke har opphav i velkalkulerte resultater. Her refererer Skjervheim til det kategoriske imperativt til Kant som sier «handle bare etter den maksime gjennom hvilken du samtidig kan ville at den skal bli en allmenn lov» (Sagdahl, 2014; Skjervheim, 2010) dette er univerallovformuleringen. Den humanistiske formuleringen sier «handle slik at du alltid bruker menneskeheten både i egen og i enhver annen person samtidig som et formål og aldri bare som et middel.» (Sagdahl, 2014). En grunnleggende tanke her er respekt for den andre. Det innebærer at det kun er ovenfor saker eller ting at en kan handle ensidig pragmatisk (Skjervheim, 2001). Dette krever at sykepleieren skal handle ut fra en forståelse for hva som er det beste for pasienten.

2.2.4 Pasientmedvirkning og samvalg

Leverandøren for Lifecare e-Rom, som dette dokumentasjonssystemet heter, skriver på sin nettside at ved bruk av systemet «kan ansatte dokumentere oppgavene sammen med brukeren

og brukerne får bedre oversikt over oppgaver, påminnelser og handlinger som utføres» (Tieto, 2017).

Samhandling er en sentral verdi i helsevesenet. Det gjelder ikke bare imellom organisasjoner, institusjoner og profesjoner, men også mellom pasienter og helsepersonell. Når en bruker nettbrett inne på pasientrommene åpner det for en annen interaksjon mellom pasienten og sykepleieren. Der samarbeide om dokumentasjonen er lettere tilgjengelig enn tidligere. Tanken om samhandling ved dokumentasjon vil sette pasienten i fokus, og gi pasienten mer ansvar, kontroll og styring over eget liv. Dette vil være i samsvar med ønske om brukervedvirkning og pasientsentrert sykepleie (Brataas, 2011).

Tanken om at brukervedvirkning gjøres i samspill med profesjonelle kalles ofte «shared decision making» eller på norsk samvalg eller veiledet valg (Nortvedt og Jamtvedt, 2015; Helsedirektoratet, 2017) Pasienten vil på individnivå være aktiv i beslutningsprosessen i forhold til seg selv og sin situasjon. Beslutninger ved samvalg gjøres i samhandling med sykepleier, ut ifra en kunnskapsbasert praksis. Det bygger på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Nortvedt og Jamtvedt, 2015).

Brukermedvirkning forutsetter en aktiv handling fra sykepleieren. Sykepleieren må tilrettelegger for brukervedvirkning ved å skape en dialog med pasienten (Vatne, 2011, s.129).

3 Metode

Utgangspunktet for metodevalg er problemstillingen i studiet. For å kunne danne kunnskap om sykepleieres tanker og erfaringer med bruken av nettbrett er det hensiktsmessig å bruke en kvalitativ tilnærming. Jeg skal her gjøre rede for de metodiske valg som ligger til grunn for datainnsamlingen, beskrive utvalget i studien, hvordan datainnsamlingen er utført. Til slutt gjør jeg rede for potensielle etiske utfordringer knyttet til gjennomføringen av studien, og si noen om eget ståsted og egen forforståelse.

3.1 Metode og design

Kvalitativ metode gir tilgang til å forske på menneskets opplevelse av livsverden (Kvale og Brinkmann, 2015) med formålet om å skape en forståelse. Gjennom en teoretisk forankret *tolkning* av funnene er målsettingen å oppnå forståelse på et mer overordnet nivå (Granheim,

Lindgren og Lundman, 2017). Dette representerer en induktiv tilnærming, der en søker å trekke slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud 2017; Zhang og Wildemuth 2005; Granheim mfl. 2017).

3.2 Utvalg

Prosessen med å rekruttere informanter til studiet foregikk i flere trinn. Det var i utgangspunktet ønskelig med informanter fra ulike kommuner for å få et bredere bilde av tanker og erfaringer sykepleiere hadde med bruken av nettbrett på pasientrom. Imidlertid viste det seg at bruken av nettbrett var mindre utbredt enn hva jeg antok. Det var også flere kommuner som hadde innført fastmonterte skjermer på pasientrommene, i stedet for mobile løsninger (Onstad og Westrum, 2016). For få tilgang til informanter som jobber med pasienter på institusjon og brukte nettbrett, tok jeg først kontakt med leverandøren av nettbrett med EDS av merket «Lifecare eRom». Etter å ha fått en oversikt over de 20 kommunene i landet som har kjøpt lisens, viste det seg at fem kommuner hadde systemet i drift, mens åtte kommuner var i oppstartsfasen og syv kommuner ikke hadde kommet i gang.

Jeg sendte mail til kommunene der det var praktisk mulig å gjøre intervjuer, det vil si kommuner utenfor lang reiseavstand. Dette var fem kommuner. Blant disse fem kommunene var det to store institusjoner i to ulike kommuner som brukte nettbrett, inkludert en institusjon hvor jeg selv har vært ansatt. De tre andre kommunene var i oppstartsfasen eller hadde valgt fastmonterte skjermer på pasientrommet, og ble ekskludert fra utvalget. For jeg ønsket å se på bruken av nettbrett med EDS på institusjonen.

Min førsteprioritet var å rekruttere informanter i den institusjonen hvor jeg selv ikke har noen tidligere arbeidsmessige tilknytning. Ved første gangs henvendelse stilte virksomhetsleder i institusjonen seg positiv til deltakelse, men jeg fikk senere kontrabeskjed om at det ikke passet å prioritere slik deltakelse. Etter rådføring med veileder ble det bestemt å bruke to avdelinger i den virksomheten som jeg selv hadde tilknytning til. Jeg hadde tildeligere vært ansatt som sykepleier på en avdeling i denne virksomheten, men ikke på de to avdelingene som var aktuell å rekruttere fra. På rekrutteringstidspunktet var jeg sluttet på avdelingen, men hadde kontor i bygget.

Tillatelse til å gjøre intervjuer ble gitt skriftlig av virksomhetsleder. Avdelingslederne på de to avdelingene ble kontaktet både muntlig og via mail med informasjonsskriv. Avdelingslederne ble bedt om å trekke informanter tilfeldig blant sykepleierne på sin avdeling, og ta kontakt

med dem med informasjonsskriv, for å høre om de ønsket å delta i undersøkelsen. Når dette var avklart med informantene, tok avdelingslederne kontakt slik at jeg kunne ta kontakt med informantene for å avtale intervju.

Jeg gjennomførte intervjuer med seks informanter; fire sykepleiere og to spesialsykepleiere. Informantene hadde fra fire til 22 års erfaring som sykepleiere. Alle hadde 80 % til 100 % stilling, selv om en nylig hadde redusert stillingsprosent sin. De hadde fra et halvt til ett og et halvt års erfaring med nettbrett med EDS. To av informantene var superbrukere og skulle lære opp andre. Alle informantene var kvinner.

3.3 Datainnsamling

For å få kunnskap om sykepleiernes tanker og erfaringer knyttet til bruk av nettbrett, valgte jeg å gjennomføre semistrukturerte livsverden intervjuer. En slik metodisk tilnærming er hensiktsmessig når en ønsker tilgang til informantenes perspektiv på tema omkring arbeidshverdagen (Kvale og Brinkmann, 2015). Jeg hadde en intervjuguide (vedlegg 1) med temaer jeg ønsket å få belyst under intervjuene, for å sikre informasjon rundt problemstillingen.

For å få erfaring med intervjuguiden, intervjusituasjonene og bruk av lydopptaker gjennomførte jeg et prøveintervju. Etter prøveintervjuet ble det gjort justeringer på intervjuguiden. Intervjuene ble gjennomført på et kontor som ligger i samme bygget som informantene arbeidet og som hadde en sittegruppe. Beliggenheten gjorde det lett for informantene å komme i arbeidstiden, samtidig med at de fikk snakke uten å bli uroet over aktivitet i avdelingen. Intervjuene ble gjennomført på et tidspunkt det var rolig på avdelingene til informantene. I intervjusituasjonene prøvde jeg å være bevisst meg selv, min kompetanse og rolle i intervjuene, å lytte åpent og stille «naive» spørsmål (Malterud, 2017). Selve intervjuene varte fra tretti til femti minutter. Jeg gjennomførte et intervju per dag, og jeg transkriberte fortløpende. Transkripsjonen ble utført så ordrett som mulig. Dette kan anses som spesielt viktig i livsverdenintervjuer.

3.4 Kvalitativ innholdsanalyse

Jeg valgt å foreta analysen ut ifra Granheim og Lundman sin metode for kvalitativ innholdsanalyse (2004). Den systematiske klassifiseringsprosessen gjør at forskningen blir

mer etterprøvable og troverdig (Granheim, Lindgren og Lundman, 2017). I analyseformen ønsker en å se på det konkrete innholdet i den transkriberte teksten, dvs. det manifeste innholdet og så gjenkjenne det underliggende i utsagnene, dvs. det latente innholdet, og en kan abstrahere funnene opp på et mer analytisk nivå. Graden av abstraksjon og tolkning vil variere i ulike studier (Granheim, mfl., 2017; Granheim og Lundman, 2004.). For å få en forståelse av hva datamaterialet inneholdt, ble datamaterialet systematisert etter innholdsanalysen sine kriterier. (Granheim og Lundman, 2004; Zhang og Wildemuth, 2005; Prior, 2014).

Intervjuene ble først bearbeidet ved at jeg transkriberte hvert intervju nøyaktig, for deretter å gjennomlese det flere ganger. Dette ga en nyttig oversikt over innholdet i intervjumaterialet. Utsagnene ble deretter klassifisert i meningsbærende enheter, og kondensert ned til mindre setninger og gruppert i koder. Dette var en krevende prosess da noen enheter passet under flere koder. Kodingen er en nøkkel i analysen for å bryte ned og gi dataen mening på en ny måte (Abbott og McKinney, 2013). På bakgrunn av min tolkning av hva kodene egentlig handler om, utviklet jeg sub-kategorier og kategorier, disse er på et mer abstrakt nivå, selv om de fortsatt er tekstnært. Analysene resulterte i åtte sub-kategorier og to hovedkategorier som bygde på subkategoriene og omhandler hovedresultatene i datamaterialet. Det ble etter hvert identifisert et underliggende tema, som er en rød tråd gjennom hele analysen (Granheim og Lundman, 2004).

3.5 Etisk refleksjon

Innenfor forskningsetikk står Helsinkideklarasjonen sentralt. Den skal sikre gode etiske retningslinjer for å unngå overtramp på mennesker (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014; Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015)

I denne studien var informantene sykepleiere, som ikke er en sårbar gruppe her. Men forskeren har uansett et ansvar i forhold til sine informanter om for eksempel ikke å presse informanten i intervjusituasjonen, og å vurdere hvilke konsekvenser det kan ha for informantene å delta i studien (Christoffersen, mfl. 2015).

I studien fikk informanten et informasjonsskriv om studiet og dets formål, deltakerens anonymitet, hvordan en lagrer opplysninger og hvor lenge, og at deltakelse var frivillig (vedlegg 2 og 3). Dette ble levert til dem av avdelingsleder før de takket ja til deltakelse.

Samtykkeskjemaet om frivillig deltakelse og informasjon om at informantene til enhver tid kan trekke sitt samtykke, uten å gi begrunnelse og uten noen form for negative konsekvenser ble utlevert på nytt og gjennomgått med informanten før intervjuet (vedlegg 3). Informantene fikk informasjon om at intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og transkribert på privat datamaskin som var passordbeskyttet. Og at de vil bli slettet ved studiets slutt. Samtykkeskjemaet og kodenøkkel ble oppbevart forskriftsmessig. Datamaterialets konfidensialitet ble ivaretatt i henhold til retningslinjene for ivaretagelse av personvern i forskning.

Studien ble meldt til personvernombudet gjennom Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste og ble godkjent for gjennomføring 08.08.17 (vedlegg 4).

3.6 Forforståelse

I både fenomenologi og hermeneutikk er forforståelsen sentral. Dette er den forståelsen den enkelt forstår ut ifra. Den bygger på den enkeltes historie, individuelle forutsetninger, erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretisk grunnlag (Malterud, 2017, s.44). Denne forforståelsen vil prege forskeren i han/hennes valg av tema, måten en samler data på og hvordan en leser og tolker dataene og hva teori en velger. Det er viktig forskeren er åpen i denne prosessen og fremgangsmåten.

I fortolkende fenomenologi og hermeneutisk tilnærming tar en høyde for at forskeren har en forutgående forståelse for temaet, og at en er bevisst den forforståelsen når en går inn i den tolkende prosessen (Polit og Beck, 2017) Forforståelsen kan være en ressurs og viktig for å gi forskningsprosessen næring og styrke, men en må unngå at en går inn i forskningsprosessen med skylapper og begrenset horisont (Malterud, 2017, s.45).

4 Funn

I dette kapitlet skal jeg gi en utfyllende presentasjon av funnene fra studien. Funnene vil bli presentert gjennom bruk av to hovedkategorier og åtte sub-kategorier, som er identifisert gjennom analysen av datamaterialet. Jeg vil bruke direkte sitater for å underbygge og belyse funnene gjennom meningsbærende enheter (Zhang og Wildemuth, 2005).

De to hovedkategoriene i analysen gjenspeiler hovedtemaene i intervjuene. Det første kategorien belyser innføringen av EDS på nettbrett. Den neste kategorien tar opp

informantenes erfaringer og refleksjoner rundt bruken av nettbrett med EDS i pasientarbeidet. Analysens øverste trinn er identifisering av potensielt underliggende mening i materialet, av Granheim og Lundman (2004) omtalt som analysens *tema*.

Ut fra analysen finner jeg at den kondenserte meningen og kategoriene kan forstås som resultat av et gjennomgående spenningsforhold, mellom to ulike logikker og verdisystem som møtes i de situasjonene som mine informanter forteller fra gjennom intervjuene.

I kapittelet videre vil funnene bli presentert med utgangspunkt i de identifiserte sub-kategoriene og kategoriene, mens analysens underliggende tema - møtet mellom instrumentalismen og omsorg- vil bli drøftet i oppgavens femte kapittel.

Tabell 1								
Tema	I møtet mellom instrumentalisme og omsorg							
Kategorier	Innføring av EDS på nettbrett			Erfaringer og refleksjoner rundt bruk av EDS på nettbrett i pasientarbeid				
Sub-kategorier	Tidligere erfaringer med bruk av nettbrett.	Opplæring av bruk av EDS på nettbrett.	Intensjon ved bruk av nettbrett.	Generelle betraktninger rundt bruk av nettbrett.	Refleksjoner sykepleiere hadde rundt bruken av nettbrett inne på pasientrommet.	Erfaringer sykepleierne hadde rundt bruk av nettbrett inne på pasientrommet.	Sykepleiefunksjon ved bruk av nettbrett.	Erfaringer rundt oppdatering av og på nettbrett.

4.1 Innføring av EDS på nettbrett

Denne kategorien omfatter tre sub-kategorier og vil danne et bilde av informantenes bakgrun, samt fokusere på ulike sider ved innføringen av nettbrett med EDS med utgangspunkt i sykepleiernes perspektiv.

4.1.1 Tidligere erfaring med bruk av nettbrett

Alle informantene fortalte at de hadde erfaring med å bruke nettbrett privat, men i varierende grad. Det å bruke EDS på stasjonær datamaskin hadde de erfaring med. Èn sa «har ikke erfaring med nettbrett på jobb, men stasjonær data er jeg vant med». Èn informant hadde erfaring fra EDS på mobiltelefon i hjemmetjenesten. Men EDS på nettbrett i den formen som

ble brukt i avdelingene, var en ny erfaring for alle. Informantene hadde brukt EDS på nettbrett i avdelingen fra et halvt år til ett og et halvt år. Ved intervju tidspunktet var det ett og et halvt år siden den første avdelingen tok i bruk nettbrett.

4.1.2 *Opplæring av bruken av nettbrett*

Informantene fortalte at før nettbrett med EDS ble tatt i bruk i avdelingene fikk de en generell teknisk opplæring i bruk av nettbrettet. To av informantene fikk opplæring som superbrukere, for å kunne lære opp de andre. Den ekstra opplæringen besto av et todagers kurs der de lærte å lage tiltaksplaner og de lærte om e-Rom, som er arbeidsflaten på nettbrettet.

Noen av informantene fortalte at de hadde vært på et kort kurs der de fikk litt generell opplæring, mens andre hadde lært å bruke nettbrettet ved å utforske nettbrettet selv, i tillegg til gode råd fra kollegaer eller superbrukere. Som en sa; «jeg har bare fått opplæring i praksis, ikke noe opplæringskurs eller noe sånt, bare sånn learning by doing». Men tross dette gav informantene uttrykk for at de opplevde at opplæringen hadde fungert bra.

4.1.3 *Intensjonen ved bruk av EDS på nettbrett.*

Informantene uttrykte at innføringen av nettbrett på avdelingen ble gjort for å bedre tilgjengelighet til informasjon og bedre og mer effektiv sykepleiedokumentasjon. De fortalte også at i opplæringen fikk de informasjon om at de skulle bære med seg nettbrettene inn på pasientrommene. En informant sa: «ideen bak var at en skal ha informasjonen lett tilgjengelig og at vi skulle dokumentere underveis. At vi skulle slippe å samle opp alt mot slutten av vekten og da skrive et notat på alt.» Det ble også nevnt at en skulle unngå rapportskrivning på overtid. En annen informant uttalte det slik: «Jeg fikk ingen opplæring om intensjonen, bare det andre har fortalt meg». Noen informanter gav også uttrykk for at de ikke var helt sikker på hva intensjonen var.

4.2 Erfaring og refleksjoner rund bruken av EDS på nettbrett i pasientarbeid

Denne kategorien omfatter fem subkategorier som danner et bilde av informantens erfaringer og refleksjonen rundt bruk av nettbrett med EDS mer generelt, samt bruken inne på pasientrommene.

4.2.1 *Generelle betraktninger rundt bruk av nettbrett*

Analysen viste at informantene hadde gjort seg mange tanker rundt bruken av nettbrett i pasientarbeidet. En tanke var at hvorvidt og hvordan nettbrettet skulle brukes i pasientarbeidet

måtte vurderes fortløpende. En måtte tenke over hvor en var i pasientforløpet og hvilke oppgaver en skulle gjøre, hva slags samtale en skulle ha, før man bestemte seg for om nettbrettet skulle brukes. Ën informant uttrykte seg slik, «det er viktig at alt ikke blir digitalisert, det skal effektiviseres, men det er mennesker vi jobber med». I flere av intervjuene kom det frem en oppfatning om at fokuset på pasienten ble endret ved bruk av nettbrett. Informantene gav uttrykk for at det var viktig at pasienten måtte være i sentrum i pasientarbeidet, og at pasienten måtte oppleve å være i fokus.

I intervjuene var det ingen av informantene som nevnte samhandling med pasienten som en side ved det å bruke nettbrettet. Det som opptok informantene var pasienten sin oppfattelse av nettbrettet og at det ikke skulle lage en barriere mellom dem og pasienten. Ved direkte spørsmål rundt samhandling sa en informant: «det var planen at vi skulle dokumentere inne på pasientrommet, det var det som var i fokus, jeg følte ikke at vi skulle sette oss ned og dokumentere sammen med pasienten». Informantene knyttet ingen målsettinger om samhandling til bruk av nettbrett.

4.2.2 Refleksjoner sykepleiere hadde rundt bruk av nettbrett inne på pasientrommet

Informantene valgte stort sett å ikke bruke nettbrett inne hos pasienten. De oppga flere grunner for dette. De brukte uttrykk som å «være tilstede i øyeblikket», «å kunne sitte og se folk i øynene», «skape tillit», «være lydhør», «observere i situasjonen» og «å være tilgjengelig i samtalen». Ën uttalte seg slik:

Jeg tenker at hvis det er noen som har et stort behov for å meddele meg noen ting, kanskje en dyp bekymring, kanskje en sorg eller ett eller annet, da skal man i alle fall ikke sitte med noe som skaper avstand mellom oss, det vil være støtende og uhøflig hvis jeg har nettbrettet i handa.

Og òn annen sa:

Når jeg er inne på pasientrommet er pasienten i fokus og hvis jeg skal stå og dokumenterer og så spør pasienten meg om noe, eller de trenger hjelp, eller de lar være og spør fordi de tror jeg er opptatt. Jeg tenker at det ikke er heldig.

Informantene bekymret seg for hvordan pasientene oppfattet dem hvis de hadde med nettbrett. De trodde at nettbrettene ville skape en distanse mellom dem og pasienten. Når temaet dreide seg inn på bruk av nettbrett i møte med alvorlig syke pasienter sa informantene at de opplevde det vanskelig, og at det var feil å bruke nettbrett inne hos døende.

Informantene opplevde at nettbrettet var i veien, noe som forstyrrer i situasjonen. Det var vanskelig å skulle skive rapport, samtidig med at de skulle samtale med pasienten. De sa det var lite tillitsvekkende å sitte og skive på nettbrettene med pasienten tilstede. Informantene valgte å dokumentere utenfor pasientrommet.

Valget om ikke å utføre dokumentasjonsarbeid inne på pasientrommet var også tett knyttet opp til behovet for å trekke seg tilbake og reflektere over hva de skulle dokumentere og hvordan. Èn informant sa:

Av og til er det godt å få tenke over situasjonen og få reflektert, hva var det jeg så, det er litt godt å trekke seg ut for å la tankene kverne og få skrevet ned hva det er jeg har sett og tenkt over hva som er viktig å dokumentere.

Det å trekke seg tilbake og tenke over hva man skrev, var viktig. Informantene var opptatt av at de de skrev skulle være leselig for pasient og pårørende, og at det skulle være objektivt. Det å konsentrere seg med pasienten tilstede var vanskelig. På pasientrommet skulle pasienten være i fokus, dokumentasjonen var en sykepleieoppgave som måtte gjøres etter en var ferdig inne hos pasienten, var en uttalelse. Èn sa det slik, «jeg tenker at nettbrett er kjempebra, så lengen jeg får ha det på vaktrommet og skrive der, så er jeg kjempefornøyd.»

4.2.3 Erfaringer sykepleiere hadde rundt bruk av nettbrett inne på pasientrommet

Informantene uttrykte seg positivt til å bruke nettbrettet inne på pasientrommet i visse situasjoner. Det var situasjoner som først og fremst kan karakteriseres som konkrete og tekniske og som innebar å skrive inn verdier og hente informasjon.

Informantene uttrykte at det å ha tilgjengelighet til prosedyrer som var enkle å søke opp, gjorde at de følte trygghet inne hos pasienten ved prosedyre-arbeid og det førte til at de brukte sykepleieprosedyrene mer aktivt. Informantene brukte også nettbrettene for å hente informasjon om diagnose, brukerstatus og for å kunne svare på spørsmål fra pasient og pårørende. Ved innkomstsamtaler med pasienten og pårørende, ble gjerne bærbare pc brukt fremfor nettbrett, fordi det innebar mer noteringer.

I noen situasjoner fortalte informanter at når de brukte nettbrettet inne på pasientrommet prøvde de å skjule det, eller de brukte nettbrettet fortrinnsvis når pasienten sov. Hvis der var en-til-en pleie og sykepleieren oppholdt seg på samme pasientrom hele vekten, tok de gjerne med seg nettbrettet. Noe annet informanter sa, var at det var lett å glemme igjen nettbrettene inne på rommene, da måtte de lete etter dem og dette tok tid.

Informantene opplyste at de brukte nettbrettet mindre inne på pasientrommet enn hva de hadde tenkt. De sa; «vi ser det ikke fungerer etter intensjonen.» De fortalte også at de valgte å dokumentere rett etter at de har gått ut av rommet og oftest på vaktrommet. Men at de fortsatt dokumenterte fortløpende, for å unngå å sitte og skrive på slutten av vekten.

4.2.4 Sykepleiefunksjon ved bruk av nettbrett

Informantene uttrykte jevnt over at de var fornøyd med å bruke nettbrett i avdelingen. Selv om de ønsker seg enkelte forbedringer, så erfarte de at nettbrettet hjalp dem i deres arbeid. Èn informant uttalte; «det er et godt redskap for å få oversikt, en huskeliste over hva som skal gjøres hos den enkelte» Nettbrettet var et godt hjelpemiddel i det tverrfaglige samarbeidet med lege, fysioterapi, ergoterapi og tildelingskontoret.

Det at informasjon og prosedyrer var lett tilgjengelig opplevdes positivt, og nettbrettene hjalp dem i å jobbe mot målsettingen pasienten hadde for oppholdet. Informantene opplevde at pleierne ble bedre til å dokumentere. Dette gjorde det enklere for sykepleierne å ha oversikt og kontroll over pasientene hun/han hadde ansvaret for.

Et annet aspekt var at nettbrettet gjorde at pleiepersonalet unngikk å stå i kø for å skrive rapport. Nettbrettet lettet og var tidsbesparende i forhold til arbeidet rundt medisinerings.

Alle informantene fortalte at de fikk informasjon om at nettbrettet skulle brukes inne på pasientrommet. Dette prøvde de ut i starten, både ved å få montere nettbrettholdere på veggen på pasientrommene, og ved å skaffe vesker som en kunne ha nettbrettene i. Men informantene opplevde at dette ikke fungerte. Nettbrettene var for store til å ha i lommene på arbeidstøyet, veskene var i veien i arbeidet, og holderne var vanskelige å bruke. Arbeidsstillingen ble nevnt som en begrensende faktor når de prøvde å bruke holderne på veggen. Èn informant uttrykte det slik:

Det fungerer ikke å bevege seg mellom rommene med nettbrettene. Det er helt tiden pasienter rundt omkring i fellesrommene og plutselig må du hjelpe til. Du blir hentet inn her og der, når du går ut av vaktrommet blir du hentet inn i situasjoner og så ringer det på, slik at det er veldig kjekt å ha hendene fri.

4.2.5 Erfaringer rundt oppdatering av og på nettbrett.

Tiltaksplanen som ble lagt inn på nettbrettene av sykepleiere fikk mye fokus i intervjuene. Informantene brukt mye tid på å lage og redigere dem. Informantene var likevel klar på at det

var viktig å se pasienten utover tiltakene i tiltaksplanen. En informant hadde et ambivalent forhold til tiltaksplanen og uttalte:

I forhold til sykepleie så er det veldig nytt for meg at tiltakene skal være ferdig servert. Det er klart vi setter dem opp etter hvert og vi vurderer dem selvfølgelig. Men jeg har vært vant med å jobbe mer selvstendig. Jeg føler vi har en bestilling nå. Da blir på en måte at dette er oppdraget ditt. Jeg er ikke så vant med å jobbe slik. Det er ikke så helhetlig kanskje.

Det var også noen andre utfordringer, som at alle pleierne måtte oppdatere seg og lese prosedyrene på nettbrettet hyppig. Hvis ikke var arbeidet informantene gjorde med oppdateringer uten effekt, og tiltaksplanen fungerte ikke etter intensjonen.

Et annet perspektiv som ble trukket frem var at jo bedre de kjente pasienten jo sjeldnere tok de med seg nettbrettet inn på pasientrommet. De valgte å lese journal og oppdatere seg før de gikk inn til pasienten, og stillerapport-systemet gjorde det lett å lese seg opp på pasienten.

I intervjuene ble vaktrommet ofte nevnt. På vaktrommene stod datamaskinene som måtte brukes for å oppdatere EDS på nettbrettet. Noe av informasjonen informantene trengte i arbeidet sitt og en del informasjon de måtte dokumentere kunne bare nås på datamaskinene. Dette gjorde at informantene bruker mye tid på vaktrommet.

5 Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg drøfte de viktigste funnene i undersøkelsen. Jeg skal her særlig legge vekt på det som sykepleierne har formidlet av tanker og erfaringer når det gjelder det å bruke nettbrett inne på pasientrommet. Funnene omfatter også noen beskrivelser som gjelder prosessen med å innføre og gi opplæring i bruken av nettbrett med EDS. Disse funnene vil jeg diskutere i den vitenskapelige artikkelen. Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg også gjennomføre en metodekritikk av studien.

Jeg vil starte med å diskutere det overordnede temaet i studien, og som vil gå igjen i diskusjonen av funnene både i dette diskusjonskapitlet, og i artikkelen; sykepleiernes erfaringer som et uttrykk for møtet mellom instrumentalisme og omsorg.

5.1 Instrumentalisme og omsorg

Martinsen (2003b) omtaler omsorg som en sentral verdi i sykepleie, der det legges vekt på at det er pasientens «beste» som er hensikten med møtene mellom pasient og sykepleier. I et instrumentalistisk perspektiv vil derimot den ytre definerte målsettingen som er satt for møtet være avgjørende. Dette er to grunnleggende ulike syn på formålet med møtet med pasienten, som kommer til uttrykk i ulike situasjoner knyttes til bruk av nettbrett inne hos pasienten.

5.2 Diskusjon av funn:

Studien viser at det å innføre og bruke nettbrett med EDS inne på pasientrommene var utfordrende for flere av informantene. De opplevde det gunstig å bruke nettbrettet når de skulle innhente informasjon. Men når de skulle bære med seg nettbrettene og dokumentere omsorgsarbeidet fortløpende inne på pasientrommet, beskriver informantene det som vanskelig å gjennomføre.

Det var spesielt på tre områder de opplevde dette vanskelig. Det ene gjaldt sykepleiedokumentasjon. Det andre områder var knyttet til deres sykepleietenkning rundt å møte pasienten med nettbrett. Og det tredje var praktiske utfordringer ved bruk av nettbrett i sykepleieutøvelsen.

5.2.1 Sykepleiedokumentasjon

Informantene fortalte at de skulle bære med seg nettbrettene kontinuerlig for å kunne skaffe informasjon og å registrere informasjon inne på pasientrommet.

Informantene erfarte at nettbrettene bedret tilgang til informasjon. Dette samsvarer med to vitenskapelige artikler som omtaler mobilen enheter i sykepleiepraksis (Johnsson, Petersson, Saveman og Nilsson 2012; Johansson, Petersson og Nilsson, 2011). Likevel opplevde de dette ofte ubehagelig og i noen situasjoner feil å skulle bringe med seg nettbrett fysiske inn på pasientrommet, og valgte derfor å la nettbrettet ligge ute og heller hente nettbrettet når det var et konkret behov for informasjon.

Hensikten med å innføre nettbrett har vært at dokumentasjonen skulle gjøres av sykepleierne mens de var inne på pasientrommet. Målet var bedre og mer effektiv dokumentasjon, ved at en dokumenterte rett etter handlingen ble utført. Samtidig viser intervjuene at informantene ikke har oppfattet pasientmedvirkning som en sentral målsetting ved innføringen av nettbrettene.

Man har altså innført bruk av nettbrett med EDS inne hos pasienten, uten at informantene oppfattet pasientmedvirkning som et mål. Det ble også montert veggholdere ut i gangen på pasientrommene. Der skulle sykepleierne feste nettbrettene når det kom inne på rommet, og stå å skive rapport før de forlot rommet. Dette forsterker inntrykket av at samhandling med pasienten ikke var i fokus.

Hvorfor har ikke hensynet til pasientmedvirkning vært tydelig kommunisert? Når en ser på føringene fra Helsedirektoratet for bruk av nettbrett, er det vanskelig å finne noe om samhandling med pasienten, og hos Direktoratet for e-Helse er det også vanskelig å finne informasjon om samhandling eller medvirkning (Helsedirektoratet 2012; Direktoratet for eHelse, 2014). Hos importøren av nettbrettet og dokumentasjonssystemer er imidlertid brukerperspektivet med i beskrivelsen av systemet (Tieto, 2017).

Informantene gav derimot uttrykk for en oppfatning om at det inne på pasientrom hos alvorlig syke pasienter ikke var riktig å bruke nettbrett. Hvordan vi kan forstå denne motstanden mot nettbrett blant informantene? Martinsen sier at i pleiesituasjonen med den syke, bør sykepleieren tilstrebe å gjøre situasjonene så enkel som mulig og unngå å bruke unødvendige gjenstander eller ord (Martinsen, 2003b, s.75-77).

Martinsen skriver også om svak paternalisme der sykepleiere ut fra faglig skjønn vurderer pasientinvolvering (2005; 2003a). Sykepleieren vil ut fra solidaritet, engasjement og kunnskap vurdere på hvilket nivå en skal involvere pasienten. Sykepleieren er genuint opptatt med å handle ut i fra en tanke om å gjøre det beste for pasienten, og vil vurdere pasientens evne til medvirkning ut i fra helsetilstand. Vi kan derfor altså forstå informantenes motstand mot å bruke nettbrett inne hos pasienten som et uttrykk for at de oppfatter det feil å involvere pasienter i situasjonene med alvorlig sykdom.

Informantene erfarte at en ved bruk av nettbrett med EDS jobbet mer effektivt mot målsettingen pasienten hadde for oppholdet på institusjonen. Dette målrettede arbeidet oppleves samtidig som en del av en *gjøremålstravelhet* som Kjær og Martinsen skiver om (2015). For sykepleierne blir det trolig et spørsmål om å balansere mellom en pragmatisk handling og en praktisk handling (Skjervheim 2001), slik at en samtidig handler slik at mennesket (pasienten) er mål i seg selv og ikke bare et middel (Skjervheim 2001).

Informantene opplevde det altså ubehagelig å utføre dokumentasjon på nettbrettet mens de var inne på pasientrommet. De oppfattet sykepleiedokumentasjon som et ansvar som lå hos dem som profesjonelle, og noe pasienten ikke trengte eller burde være deltakende i.

Når en ser på EDS på nettbrett, så er det lagt opp til å skive rapport under kategorier og koder for å sikre lett tilgang og oversikt i dokumentasjonen. (Hellesø 2015; Grimsbø, 2016). Et spørsmål som er relevant å stille seg her, er i hvilken grad systemet med EDS på nettbrett har hatt samhandling med pasienten som intensjon? (Nortvedt og Jamtvedt, 2015). Det krever mye av sykepleieren å skulle transformere en samtale fortløpende slik at informasjonen som skal dokumenteres passe inne i kodene og kategoriene. Martinsen stiller spørsmålet om dette kodete skriftspråket vil hemme samtaler mellom sykepleieren og pasienten? (2012).

5.2.2 Sykepleietenkning

I informantenes beskrivelse rundt det å bruke nettbrett inn hos pasienten, så kom det også opp en rekke ulike temaer rundt sider ved relasjonen til pasienten. Dette var tanker om å skulle «se» pasienten, å være tilstede i øyeblikket, ikke være uhøflig, ikke skade tilliten i forholdet, å observere pasienten, og være tilgjengelig for pasienten. Dette er begreper som en gjenkjenner i Martinsen (2003b) sine arbeider. Martinsen omtaler omsorg som «å hjelpe og å ta vare på» (2003b, s.14), og hun definerer tre begreper innenfor omsorg, der iblant omsorgsmoral. Omsorgsmoral omhandler at man ut fra kunnskap erfaringer og refleksjon som sykepleiere, handler på den måten en tenker hjelper pasienten mest (2003b).

Informantene erfarte det som vanskelig å bruke nettbrettet i møte med pasienten. De var redd for at det skulle virke støtende og upassende. Til tross for at informantene hadde fått informasjon om å bruke nettbrettet inne hos pasienten i sin opplæring, valgte de å ikke gjøre det ut fra hensyn til relasjonen til pasienten. Martinsen tanker om å være oppmerksom i møte med pasienten (2003a; 2003b), kan se ut til å samfalle med informantenes tanker.

Blikkontakt er ord som dukker opp i intervjuerne. Et nettbrett krever at man har blikket rettet mot skjermen og oppmerksomheten vendt bort fra pasienten når en bruker det. Sykepleiernes motstand mot å bruke nettbrettet inne på pasientrommet i nærheten av pasienten kan tolkes som en reaksjon på nettopp denne egenskapen ved nettbrettet; det er designet for bruk av enkeltindivid eller som et telekommunikasjonsmiddel. I sykepleie bør dialog med pasienten være ut ifra det Skjervheim kaller treleddet relasjon (Skjervheim, 2001; Martinsen, 2005). I en treleddet relasjon er pasienten og sykepleieren likestilt i samtalen og er samlet om et felles tema (Martinsen, 2005 s.24-28). En engasjerer seg uten å objektivere den andre. Dette krever oppmerksomhet rettet mot møtet mellom pasient og sykepleieren.

Implementeringen av nettbrettene har i stor grad blitt gjennomført i lys av en mål-middel logikk, der opplæringen og informasjonene knyttet til nettbrettene har vektlagt de tekniske og

instrumentelle sidene, men sykepleierne er orientert mot enkeltmennesker og sin rolle som part i en relasjon til et annet likeverdig menneske. Med Skjervheim kan man si at nettbrettene har vært innrettet mot pragmatiske handlinger, mens sykepleiernes orientering i konkrete situasjoner ovenfor enkeltpasienter har vært praktisk handling. Slik sett kan informantenes løsningsstrategier tolkes som en reaksjon mot det Skjervheim har referert til som «det instrumentalistiske mistaket» (2001).

5.2.3 Praktisk utøvelse av sykepleie

Informantene fortalte også at det var vanskelig for dem praktisk å bære med seg nettbrett og samtidig utøve sine arbeidsoppgaver.

Sykepleieyrket er et yrke som krever fysisk bevegelse. En sier at det er et praktisk yrke, og inne på institusjon beveger en seg hurtig fra pasientrom til pasientrom. Med andre ord er det sentralt at sykepleieren har en høy mobilitet, og de må samtidig kunne frakte med seg medisiner eller annet medisinsk utstyr. Selv om informantene i min studie forteller om forsøk med ulike løsninger for å lette denne praktiske utfordringen, så erfarte informantene at det ikke fungerte godt å transportere nettbrettene med seg.

5.3 Metodediskusjon

Det eksisterer ulike syn på hvilke kriterier som bør legges til grunn for å vurdere kvaliteten på kvalitative forskningsopplegg (Polit og Beck, 2017). Jeg skal i min diskusjon av kvalitet tatt utgangspunkt i en inndeling av Granheim og Lundman (2004) med troverdighet (trustworthiness) som et overordnet begrep og som omfatter: pålitelighet (dependability), overbevisningskraft (credibility) som er min oversettelse, og overførbarhet (transferability).

Målsettingen med oppgaven har vært å oppnå en forståelse av sykepleieres erfaringer og tanker om bruken av nettbrett med EDS på pasientrom. Studiens troverdighet avhenger av om jeg har vært reflektert når det gjelder valgene jeg har gjort i studien og oppmerksom på betydningen mitt eget ståsted, og at studien følger forskningsmessige metoder.

Med *pålitelighet* (dependability) stiller en spørsmålet om studien har systematisert kunnskapen på en slik måte at den er solid og tåler vurdering av andre. Det innebærer også en vurdering av om studien er uten sterke påvirkninger av personlige holdninger og fordommer (Kvale og Brinkmann, 2015).

En forutsetning for å kunne vurdere om studiet holder mål vitenskapelig er at den gir leseren innsikt i hvordan kunnskap er innhentet og hvordan den håndteres (Malterud, 2017). Dette krever en grundig beskrivelse av forskningsprosessen. Denne studien er bygd på kvalitativ metode der intervjuene behandles ut fra kvalitativ innholdsanalyse. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Granheim og Lundman (2004) sin beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse. Det er et mål at det skal være lett for andre å følge mine valg gjennom analysen. Dette vil bidra til økt pålitelighet i studien. Jeg har også prøvd å gi en inngående beskrivelse av analyseprosessen i oppgaven.

Fra tidligere arbeidspraksis har jeg selv erfaring med bruk av nettbrett med EDS på institusjon i ett år. Dette gjør at jeg har en forforståelse knyttet til temaet, noe som kan være både en styrke og en svakhet under gjennomføringen av studiet. Jeg har underveis i prosessen fått kritiske spørsmål rundt min forståelse og tolkning av veileder og kolleger. Det har skapt økt bevissthet om mitt eget ståsted.

Gjennom prosessen med analyse av funnene fikk jeg ny forståelse rundt bruken av nettbrett med EDS, og innsikt i forhold jeg ikke kjente til fra før. Dette tolker jeg som uttrykk at jeg ikke var blind for andres erfaringer og opplevelser i intervjuene. Informantene hadde mange sammenfallende erfaringer og tanker seg imellom, men formidlet også tanker og erfaringer som jeg selv hadde gjort meg. For å redusere betydningen av egen rolle og forforståelse presiserte jeg i starten av intervjuene at jeg ønsket deres erfaringer og tanker og at det i intervjuet ikke var noe som var riktig eller galt. Og for å kontrollere meg selv og min vektlegging av funnene, gikk jeg gjennom intervjumaterialet flere ganger. Jeg valgte også å bruke hele intervjumaterialet når jeg utførte analysen for å unngå at jeg valgte vekk noe som ikke «passet».

Studiens *overbevisningskraft* (credibility) vurderes på bakgrunn av om metoden jeg har brukt i studien er logisk og hensiktsmessig å bruke for å belyse problemstillingen. Hvor godt egnet er de innsamlede dataene til å beskrive det fenomenet jeg ønsker å se på? I studien har det vært et mål å skape forståelse av informantenes erfaringer og tanker. Jeg gjennomførte derfor semistrukturerte livsverden intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2015) for å få et innblikk i informantenes fortellinger om bruken av nettbrett. Analysemetoden er kvalitativ innholdsanalyse, en metode som tillater at en systematisk undersøker kommunikasjonen som kommer frem i de transkriberte intervjuene (Abbott og McKinney, 2013). Dette er en metode

som egner seg ved analyse av semistrukturerter intervjuer, og som tar både hensyn til det manifeste og det latente innholdet i datamaterialet.

Funnene bygger på intervjuer med seks sykepleiere med fra et halvt år til ett og et halve års erfaring med å bruke nettbrett med EDS på kommunal helseinstitusjon. Disse sykepleierne har etter nesten daglig bruk av nettbrettet, gjort seg flere tanker og erfaringer med den aktuelle bruken av nettbrett.

Overførbarhet (transferability) i kvalitativ metode dreier seg om hvorvidt en har oppnådd funn som er relevant og om er nyttige på andre områder (Johannessen, mfl.2010; Dragset og Ellingsen, 2011). Forskningsprosessen bør være reflektert, og kunnskapen utvikles slik at den gir ny innsikt og kunne brukes i andre sammenhenger (Malterud, 2017, s.17). Det som er viktig her er at en gjennom undersøkelsen gir en god beskrivelse av hele konteksten studien er gjort i, slik at leseren kan vurdere når funnene i studien kan overføres til andre situasjonen (Granheim og Lundmann, 2004).

I denne studien var informantene fra samme institusjon, men to ulike avdelinger. Dette gjør at de har samme opplæring, da det var det samme IKT- teamet som lærte opp personalet begge avdelingene. Dette gir mindre variasjon og kan potensielt redusere overførbarheten i studiet. Samtidig er det lite grunn til å tro at denne korttidsinstitusjonen er spesielt utypisk for korttids- og sykehjemsinstitusjoner flest i Norge.

Institusjonen som ble brukt til datainnsamling var den samme institusjonen som jeg som intervjuer var ansatt på. Dette var ikke førstevalget, men det viste seg å være utfordrende å rekruttere informanter med erfaring fra bruk av nettbrett ved andre institusjoner. Samtidig har jeg ikke arbeidet ved de aktuelle avdelingene hvor mine informanter var ansatt. I tidsperioden studien pågikk var jeg ikke ansatt på noen avdelinger på institusjonene. Det var selvsagt en utfordring at noen av sykepleierne som ble intervjuet kanskje hadde kjennskap til hvem jeg var, det kan påvirke dem under intervjuene. Men ingen hadde noen direkte yrkesmessig relasjon eller privat relasjon til meg.

6 Avslutning

Denne oppgaven er en studie av sykepleiers erfaringer og tanker knyttet til innføring og bruk av nettbrett med EDS på pasientrom i en kommunal helseinstitusjon. Studiens empiriske grunnlag er livsverdenintervjuer (Kvale og Brinkmann, 2015) med seks sykepleiere som var

ansatt på to korttidsavdelinger på sammen institusjon. Et litteratursøk viser at det så langt finnes lite forskningsbasert kunnskap om bruk av nettbrett på pasientrom. Studiens bidrag er å kunne gi kunnskap om hvordan sykepleiere opplever og erfarer innføring og bruk av nettbrett på pasientrom på kommunal helseinstitusjon, og analyserer dette som et spenningsforhold mellom instrumentalisme og målstyring på den ene siden og omsorg og sykepleiefaglige verdier på den andre. Studien viser at å innføre et teknologisk hjelpemiddel med effektivisering som en sentral verdi, uten å samtidig ta høyde for sykepleiefaglige og sykepleierens verdier i møte med pasienten, gjør at innføringen vil kunne få lav måloppnåelse. Sykepleiere setter relasjonen til pasienten foran en forventning om å bruke nettbrett inne på pasientrommet. Studien tyder på at dersom man skal lykkes med innføring av nettbrett med EDS inne på pasientrom i kommunal helseinstitusjon, må sykepleierne oppleve at det bedrer sykepleien til pasienten. Dette er studiens viktigste funn.

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning.

I denne studien ser en at informantene på mange områder er fornøyd med å bruke nettbrett med EDS på helseinstitusjon. Men når det gjelder bruk av nettbrett til dokumentasjon inne på pasientrommet, velger sykepleierne nettbrettet bort for eksempel ved å la brettet ligge inne på personalrommet og heller hente det ved behov.

Informasjon og kommunikasjonsteknologi er ikke «god» i seg selv, men kan bli god når den brukes på riktig måte. Ved innføring av nettbrett på institusjon bør ulike faggrupper gå sammen og diskutere formålet med bruken av nettbrettet, hvilke verdier ligger til grunn for bruken, hvordan prosessen med å innføre nettbrettet på avdelingen skal gjennomføres, og hvem som har ansvaret for hva. Sykepleiere med klinisk erfaring og pasienter bør involveres. Disse slutningene sammenfaller med Stevenson, Nilsson, Petersson, Johansson (2010) funn i en litteraturgjennomgang i forhold til sykepleieres erfaring med bruk av EPJ på sykehus.

Å implementere teknologiske hjelpemidler i omsorgsykker er ikke noe nytt, men en trenger å høre stemmene til dem som er ute i praksis og bruker disse hjelpemidlene i direkte samhandling med pasientene. Slik kunnskap vil være nødvendig for å få en mest mulig hensiktsmessig utnyttelse av hjelpemidlene, og for at en skal få hjelpemidler som er tilpasset bruken. Derfor er det viktig at forskningen rettes mot erfaringene som klinikerne innehar.

Litteraturliste:

Abbott, M.L., McKinney (2013). *Understanding and Applying Research Design*. (s. 316-325) First Edition. John&Sons inc.

Bader, K. W. (2015). *Personlig Digital Assistent (PDA) og hjemmesykepleie*: Master i klinisk sykepleievitenskap Kull heltid 2013. Fakultet for helsefag Høgskolen i Oslo og Akershus. Institutt for sykepleie.

Bengtsson, J. (2006). En livsverdentilnærming for helsevitenskapelig forskning. I Bengtsson J. (red) *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologisk bidrag*. (s.13- 58). Kristiansand: Høyskole Forlaget.

Brataas, H. V. (2011).Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis- prosess og verktøy. I. Brataas, H.V. (red). *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (s. 31-51) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., Utne I., (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningen*. (s. 43-51) Oslo: Abstrakt forlag

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa &vårdande*. Stockholm: Natur &kultur.

De nasjonale forskningsetiske komiteen (2104). *Helsinkideklarasjonen*: Hentet fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (26.06.18)

Direktoratet for e-helse (2017). Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2022. Hentet fra:<https://ehelse.no/publikasjoner/nasjonal-handlingsplan-for-e-helse-2017-2022>. (22.07.18)

Direktoratet for e-helse (2018). Elektronisk pasientjournal (EPJ) Hentet fra: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/26/Utviklingstrekk%202018%20-%20beskrivelser%20av%20drivere%20og%20trender%20relevant%20for%20e-helse.pdf> (15.04.18.)

Drageset, S., Ellingsen,S., (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. (s.332-332) Sykepleien Forskning 5 (4). Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju>

Granhein, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. (s.105-112) *Nurse Education Today*. 24 www.elsevier.com/locate/nedt

Granhein, U. H., Lindgren, B. M., Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis. A discussion paper. (s. 29-34) *Nurse Education Today*. 56 www.elsevier.com/locate/nedt

Grimsbø, G. H. (2016). Digitale tjenester i pasientomsorgen. I Kristoffersen N. J., Nordtvedt F., Skaug, E-A, Grimsbø, G. H. (red) *Grunnleggende sykepleie Bind 1*, sykepleie-fag og funksjon. (s.311-335) Oslo: Gyldendal Akademiske. 3 utg.

Forskrift om pasientjournal (2000). Forskrift av 21 desember nr1385. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385?q=Forskrift%20nr%201385> (24.07.18)

Hellesø, R. (2015). Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I Grov, E. K., Holter, M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*: Cappelen Damm AS: 5 utg. s.209-241

Helsedirektoratet (2012). Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi> (09.05.18)

Helsedirektoratet (2014). Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten. Status, utfordringer og behov. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten-status-utfordringer-og-behov> (09.05.18)

Helsedirektoratet (2017). Nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy som skal publiseres på helsenoreg.no. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/nasjonale-kvalitetskrav-til-samvalgsverktoy-som-skal-publiseres-pa-helsenorgeno> (02.06.18)

Johannessen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode*. (s.229-236). Abstrakt forlag 4 utg.

Johansson, P., Petersson, G. & Nilsson, G. (2011). Experience of using a personal digital assistant in nursing practice - a single case study. (s. 855-862) *Journal of Nursing Management*, 19(7),. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01261.x

Johansson, P., Petersson, G., Saveman, B.-I. & Nilsson, G. (2012). Experience of mobile devices in nursing practice. (s. 50-54). *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 32(4).

Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk. 3 utg.

Kjær, T. A., Martinsen, K. red. (2015). *Utenfor tellekantene essay om rom og rommelighet*. (s.13-27) Bergen: Fagbokforlaget

Laukvik, L. B., Mølsted, K., Fossum, M. (2017). Felles fagspråk i sykepleiedokumentasjon. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/05/felles-fagsprak-i-sykepleiedokumentasjon>

Lo, C., Waldahl, R. H. (2017). 20 prosent teknologi? - Digitalisering av pleie- og omsorgstjenestene i Bodø kommune. Rapport fra Nordlandsforskning. Hentet fra: <http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/1316229-1495522540/Dokumenter/Arbeidsnotater/2017/NF-notat%201004-1017.pdf>

Lov av 2 juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (24.07.18)

Malterud, K., (2017). *Kvalitative forskningsmetode for medisin og helsefag*. 4 utg. Universitetsforlaget, AS.

Martinsen, K. (2003 a). *Fra Marx til Løgstrup om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2 utg.

Martinsen K. (2003 b). *Omsorg sykepleie og medisin. Historisk filosofisk essay*. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2 utg.

Martinsen, K., (2005). *Samtalen, skjønnet, og evidensen*. Oslo: Akribe as.

Martinsen, K., (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe as.

Nortvedt, M.W, Jamtvedt G. (2015). Brukermedvirkning i sykepleien. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/08/brukermedvirkning-i-sykepleie>

Onstad, S. M., Westrum I., (2016). Nytt og nyttig, men er det nyttiggjort? Erfaring med implementering av Lifecare eRom i kommuner: Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Polit, D. F., Beck, C. T, (2017). *Nursing research. Generating and Assessing Evidens for Nursing Practice.* (s. 462-575) Wolters Kluwer. Tenth edition.

Prior, L., (2014). Content Analysis: *Oxford Handbooks Online of Qualitative Research:* Edited by Patricia Leavy. Hentet fra: www.oxfordhandbooks.com

Sagdahl, M. (2014). Kategorisk imperativ I. Store norske leksikon. Hentet fra: [https://snl.no/kategorisk_imperativ_\(05.05.18\)](https://snl.no/kategorisk_imperativ_(05.05.18))

Skjervheim, H. (2001). *Deltakar og tilskodar og andre essays.* (s, 71-87, s.241-262). Ide & tanke Aschehoug

Stevenson, J.E., Nilsson, G.C., Petersson, G.I., Johansson, P. (2010). Nurse`s experience of using records in everyday practice in acute/inpatient ward settings. (s.63-72). A literature review I Health Informatics Journal 16(1).

Styret i Norsk sykepleieforbund for e-helse (2015). Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal: Norsk sykepleieforbund. Versjon 5.0. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/2512377/Veileder%20for%20elektronisk%20sykepleiedokumentasjon%202015%20.pdf> (29.07.18)

Tieto, (2017). Lifecare eRom - Arbeidsflaten for norske sykehjem. Hentet fra: <https://www.tieto.no/bransjer/helse-og-velferd/kommunal-helse-og-omsorg-tieto/velferdsteknologi/lifecare-erom>. (10.04.18)

Vatne, S. (2011). Brukermedvirkning utfordringer i sykepleiernes pedagogiske funksjon i psykisk helsearbeid I Brataas H (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis, pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer.* (s.123-135). Oslo: Gyldendal Akademiske..

Zhang Y., Wildemuth B.M., (2005). Qualitative Analysis of Content Hentet fra: https://www.ischool.utexas.edu/~yanz/Content_analysis.pdf (26.01.18)

Vitenskapelig artikkel:

«Implementering av elektronisk dokumentasjon av sykepleie på nettbrett på institusjon – mellom dokumentasjon og pasientmedvirkning»

Forfatter: Lise Karin Grimstad

Nøkkelord: Velferdsteknologi, nettbrett, dokumentasjon, helseinstitusjon, kvalitativ metode.

Sammendrag

Bakgrunn: Ved noen kommunale helseinstitusjoner i Norge har man tatt i bruk nettbrett med elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS). En hensikt med innføringen er at sykepleierne skal bruke nettbrettene for å bedre og effektivisere informasjons- og dokumentasjonsarbeidet inne på pasientrommene. Nettbrettet representerer en endring av sykepleiepraksis, og skaper både utfordringer og muligheter for sykepleieutøvelsen.

Hensikt: Å få kunnskap om sykepleieres tanker og erfaringer med innføring av nettbrett med EDS på institusjon, og undersøke hvordan de opplever og håndterer innføringen.

Metode: Studiens design er kvalitativ med individuelle dybdeintervju av seks sykepleiere fra to korttidsavdelinger ved en kommunal helseinstitusjon. Dataene ble analysert gjennom kvalitativ innholdsanalyse.

Hovedresultat: Studien viser at informantene var fornøyd med innføringen av nettbrett med EDS på avdelingene. Det var positivt å ha rask og enkel tilgang til pasientinformasjon, og lett tilgang til å skrive rapport.

Samtidig viser studien at de intervjuede sykepleierne opplevde det vanskelig å bruke nettbrettet til dokumentasjon inne på pasientrommet. Det var vanskelig å ha med nettbrettet i direkte møte med pasienten. De syntes det var problematisk å skrive på

nettbrettene inne hos pasienten, fordi det ble en motsetning mellom dokumentasjon og relasjonen til pasienten. Det var også praktisk vanskelig å bære med seg nettbrettene mellom pasientrommene.

Konklusjon: Innføring av nettbrett slik de beskrives gjennom intervjuene med sykepleierne, er preget av brytningen mellom ulike og til dels motstridende hensyn, dokumentasjon på den ene siden og pasientmedvirkning på den ene andre. Innføringen av nettbrettet er preget av teknisk- administrative målsettinger, samtidig som det skal skje innenfor rammen av sykepleiefaglige hensyn, der omsorg, samarbeid og pasientmedvirkning er sentrale verdier. Det er en motsetning mellom disse to hensynene, som blir forsterket ved lite systematisk opplæring, og uklarheter knyttet til hvem har ansvaret for opplæringen. Det blir opp til sykepleierne å finne løsninger i konkrete situasjoner der disse hensynene står mot hverandre.

Introduksjon

Velferdsteknologi i helsevesenet er i rask utvikling, og forventes å skulle være en løsning på et fremtidig økende behov for sykepleiere (1,2). Et eksempel er innføringen av nettbrett med elektroniske dokumentasjon av sykepleie (EDS) på kommunale helseinstitusjoner.

Som med annen avansert teknologi og informasjonssystemer som skal brukes på eller for mennesker, er det behov for at flere ulike aktører er involvert når løsninger skal utformes og implementeres. De ulike aktørene dekker ulike kunnskapsområder og ulike ansvarsområder knyttet til løsninger, og representerer også ulike «eiere» og målsettinger. Dette gjelder også for nettbrett med EDS. Løsningene ligger under Direktoratet for e-Helse sitt ansvarsområde (3,1) fordi det handler om innhenting og oppbevaring av helse -og personopplysninger. Men selve betjeningen av nettbrett ser ut til å være overlatt til kommunens IT-avdeling og sykepleiernes forventede allmennkompetanse. Målsettingen innenfor informasjonsteknologi generelt er ifølge Helsedirektoratet å forbedre sikkerhet, kvalitet og effektivitet i helsesektoren (1 s16): Elektronisk pasientjournal (EPJ) som EDS er en del av, skal øke kvaliteten av dokumentasjonen, lette informasjonsoversikten, gi søkemuligheter og grunnlag for uthenting av rapporter til kvalitetsforbedende arbeid og forskning (2 s.53). Norsk Sykepleieforbund skriver at mobil teknologi «legger til rette for at dokumentasjon kan skje fortløpende og i nærvær av og i samarbeid med pasienten» (4 s.23). I et følgeforskningsprosjekt til en kommune som hadde implementert bruk av nettbrett med EDS

på institusjon var en av målsettingene med nettbrettet å kunne «innhente opplysninger og journalføre tiltak mens ansatte er på pasientrommet» (5 s.4). Andre målsettinger var bedre samhandling og å jobbe bedre og mer effektivt. (5 s.19-23).

For å få en oversikt over tidligere forskning på dette temaet, ble det utført søk i databasene: Cinahl, Pubmed, Svemed + og Scopus med litt ulike nøkkelord. Det ble funnet tre artikler som fokuserte på sykepleie erfaringer med elektronisk pasientjournal (6) og sykepleie erfaringer med mobile enheter i sykepleiepraksis (7,8). Det var ingen av artiklene som omtalte bruken av nettbrett til dokumentasjon inne på pasientrommet.

Hensikt med studien

Formål med artikkelen er økt kunnskap om sykepleieres tanker og erfaringer med innføring av nettbrett med EDS på pasientrom, og å undersøke hvordan sykepleierne opplever og håndterer de ulike og til dels motstridende hensyn som knytter seg til innføring av nettbrett i deres arbeidshverdag.

Metode

Denne kvalitative studien er basert på semistrukturerte dybdeintervju. Disse ble gjennomført i oktober 2017 i to korttidsavdelinger i middels stor bykommune

Utvalg

For å skaffe informanter ble flere virksomhetsledere i ulike kommuner i Norge kontaktet. Disse kommunene ble lokalisert gjennom kontakt med leverandøren av Lifecare-eRom som er datasystemet som ble brukt (9). Det viste seg at de fleste kommunene enten hadde valgt å bruke fastmonterte skjermer inne på pasientrommet (10), eller ikke var kommet i gang med nettbrettene. Det var to kommuner som hadde erfaring med nettbrett med EDS, men bare en av dem hadde mulighet for å delta. Derfor ble to ulike avdelinger brukt fra samme institusjon og kommune. Begge avdelingene var korttidsavdelinger. Virksomhetsleder på institusjonen ble kontaktet og gav skriftlig tillatelse til å gjøre intervjuer. Det ble tatt kontakt med avdelingslederne med informasjonsskriv og de ble bedt om å trekke ut tre sykepleiere hver. Sykepleierne var kvinner, de har arbeidserfaring fra fire til 22 år. Alle hadde stillingsprosent fra 80 til 100%. To av informantene var superbrukere og veiledet de andre sykepleierne på avdelingene.

Datasamling

Når informantene hadde takket ja, tok intervjuer kontakt med informant med videre informasjon og samtykkeerklæring. Det ble før oppstart av dybdeintervjuene foretatt pilotintervju med en sykepleier fra en annen avdeling, og intervjuguiden ble endret noe. Intervjuguiden hadde noen bakgrunnsspørsmål og ni temaer som ble berørt i samtalen.

Alle intervjuene ble gjort på institusjonen i informantenes arbeidstid, når det passet dem og avdelingene. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og transkribert fortløpende og ordrett.

Analyse

Analysen bygger på en fenomenologisk hermeneutisk prosess (12,13,14,15,16). Studien bygger på en induktiv og empirisk metode (11). Analysen ble utført ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, etter anbefalingene fra Granheim og Lundman (11). I analysen ble de transkriberte intervjuene lest gjennom flere ganger for å danne et helhetsinntrykk. Datamaterialet ble sortert i meningsbærende enheter og kondensert ned til mindre setninger og gruppert i koder. Og ut i fra disse ble det utviklet sub-kategorier og kategorier.

Etiske overveielser

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og personvernombudet, den ble godkjent i august 2017. Regional etisk komite ble ikke søkt, da undersøkelsen ikke omfattes av helseforskningsloven. Personvernet er fulgt etter gjeldende retningslinjer. Informantene fikk informasjonsskriv og samtykkeerklæring før deltakelse. Materialet er oppbevart etter forskriftene.

Resultater

Resultatene viser for det først at informantene opplevde at innføringen av nettbrett med EDS bedret arbeidsdagen deres betraktelig. De beskrev det som positivt å kunne ha et eget nettbrett tilgjengelig hele vekten. Det gav muligheter for raskt og enkel tilgang til informasjon og prosedyrer. Med tiltaksplanen på nettbrettet jobbet pleierne mer målrettet i tråd med vedtaket til pasienten. Pleierne på avdelingen ble flinkere til å dokumentere, noe som bedret pasientoversikten til sykepleierne. Videre beskrev sykepleierne nettbrettet om et godt redskap i tverrfaglig samarbeid ved at informasjonsflyten ble bedre. Felles for disse positive punktene er samtidig at de i stor grad er begrenset til informasjonsbehandling som ikke nødvendigvis involverer kommunikasjon med pasienten.

Når temaet for intervjuet retter seg mot forventningene om å bruke nettbrettet på pasientrommet, i pasientens nærvær, eller i samarbeid med pasienten, blir imidlertid sykepleiernes beskrivelser mer sammensatte, og mindre entydig positive.

Vi skal her ta for oss de erfaringene sykepleierne fortalte om, og beskrive de nærmere under fire hovedpunkter:

- 1) Forstyrrende i nære samtaler med pasienten.
- 2) Dokumentasjon av sykepleie -alenearbeid.
- 3) Praktisk: tungvint å bære med seg fysisk.
- 4) Opplæring – som dokumentasjonsredskap.

Forstyrrer i nære samtaler med pasienten.

Informantene opplevde det vanskelig å bruke nettbrettene inne på pasientrommet. En informant sa:

Jeg tenker at hvis det er noen som har et stort behov for å meddele meg noen ting, kanskje en dyp bekymring, kanskje en sorg eller ett eller annet, da skal man i alle fall ikke sitte med noe som skaper avstand mellom oss, det vil være støtende og uhøflig hvis jeg har nettbrettet i handa.

Sykepleierne i intervjuene uttrykte bekymring for hvordan pasientene oppfattet dem hvis de hadde med nettbrett inn på rommet. De gav uttrykk for at det var viktig å være tilstede i øyeblikket, å kunne se folk i øynene, skape tillit, være lydhør, observere i situasjonen og å være tilgjengelig i samtalen med pasienten. Dette var vanskelig når de hadde nettbrettet.

Sykepleierne i intervjuet uttrykte seg positivt til å bruke nettbrettet inne på pasientrommet i situasjoner som var konkrete og tekniske, som å skrive inn verdier, hente informasjon og svare på spørsmål. Men de valgte da å hente nettbrettet på vaktrommet ved behov, fremfor å bære det med seg på fast basis.

Dokumentasjon av sykepleie -utføres best som alenearbeid

Sykepleierne beskrev det altså som problematisk å skulle betjene nettbrettet i situasjoner hvor de samtidig skal være en dialogpartner med pasienten, fordi det var lite tillitsvekkende å sitte og skrive på nettbrettene med pasienten som tilskuer. «Inne på pasientrommet må pasienten være i fokus og dokumentasjonen er en sykepleieoppgave, som måtte gjøres etter en var ferdig inne hos pasienten» sa en informant.

Det å være i dialog med pasienten, var altså vanskelig forenlig med samtidig å skulle gjøre dokumentasjon og registreringer på nettbrettet. «Av og til er det godt å få tenke over situasjonen og få reflektert, hva var det jeg så, det er litt godt å trekke seg ut for å la tankene kverne og få skrevet ned hva det er jeg har sett og tenkt over hva som er viktig å dokumentere» sa en informant.

Det er kjekt å ha hendene fri

En tredje utfordring knytter seg til nettbrettets fysiske egenskaper. Informantene opplevde det praktisk vanskelig å bære med seg nettbrettene mellom pasientrommene. Og en sa:

Det fungerer ikke å bevege seg mellom rommene med nettbrettene. Det er helt tiden pasienter rundt omkring i fellesrommene og plutselig må du hjelpe til. Du blir hentet inn her og der, når du går ut av vaktrommet blir du hentet inn i situasjoner og så ringer det på, slik at det er veldig kjekt å ha hendene fri.

Sykepleierne som ble intervjuet hadde prøvd å bære med seg nettbrettene i starten. Både ved at det ble montert nettbrettholdere på veggen i gangen på pasientrommene, og ved å skaffe vesker som en kunne ha nettbrettene i. Men de opplevde at dette ikke fungerte. Nettbrettet var for store til å ha i lommene på arbeidstøyet, veskene var i veien i arbeidet, og holderne var vanskelige å bruke. Så informantene valgte å bruke nettbrettene utenfor pasientrommene og heller hente det ved behov. Dette syntes de fungerte godt.

Opplæring – som dokumentasjonsredskap

Den fjerde utfordringer sykepleierne trakk frem, rettet seg mot opplæringen. Ved opplæring i bruk av nettbrett med EDS fortalte flere av informantene i studiet at de hadde fått et kurs med teknisk opplæring av EDS på nettbrettet av kommunens IKT-team. Andre var mer selv lærte. En informant uttrykte: «Jeg har bare fått opplæring i praksis, ikke noe opplæringskurs eller noe sånt, bare sånn learning by doing».

Avdelingene hadde superbrukere som var sykepleiere med todagers kurs i bruk av nettbrettet med EDS. Disse skulle støtte og lære opp pleiepersonalet som ikke hadde vært på kurs, og ellers ved behov.

Informantene fortalte at de i opplæringen fikk informasjon om at nettbrettet skulle bæres med dem på vakta. Og de skulle dokumentere fortløpende inne på pasientrommene. Målet var å ha informasjon lett tilgjengelig, og få en bedre og mer effektiv sykepleiedokumentasjon.

Diskusjon

Informantene uttrykte seg i stor grad positive til nettbrett som løsning for EDS. Samtidig valgte de å ikke bruke nettbrettet med EDS inne på pasientrommet, men lot det ligge på vaktrommet og hente det ved behov.

Nedenfor skal jeg trekke frem fire forhold som fremstår som sentrale for å forstå hvorfor sykepleierne ikke brukte nettbrett til dokumentasjon inne på pasientrommet. Disse forholdene er målklarhet, tidseffektivisering og gjøremålstravelhet, egenskaper ved nettbrett, og egenskaper ved implementeringsprosessen.

Målklarhet

Det kommer frem under intervjuene at informantene ikke hadde blitt forespeilet at nettbrettene skulle brukes i samhandling med pasientene. Pasientene var stor grad fraværende i informantens omtale av hvordan nettbrettet var tenkt brukt. I beskrivelsen brukte de formuleringer som «inne på pasientrommet», men samtidig var pasienten og det konkrete møtet med pasienten lite omtalt.

De intervjuede sykepleiernes beskrivelse preges av en forståelse av at nettbrettet med EDS skulle primært brukes av dem, som dokumentasjonsredskap, uten samarbeid med pasienten. Med dette perspektivet som bakteppe ble det ikke naturlig for dem å møte pasienten med et nettbrett i hånden. Med en tilnærming til nettbrettet som et teknisk dokumentasjonsredskap, har sykepleierne oppfattet det som unødvendig, kanskje også ubehagelig, å dokumentere inne på pasientrommet med pasienten som tilskuer. Det var også satt opp nettbrettholdere ute i gangen på pasientrommet, som var myntet på at pleierne skulle stå der og skrive rapport. Denne fysiske utformingen av nettbrettløsningen styrket budskapet om at dialog med pasienten ikke var i fokus.

Informantene bruket ord som uhøflig og lite tillitsvekkende om å bruke nettbrettet hos pasienten. Det synes altså å være en uklarhet når det gjelder målsettingen for å innføre nettbrett med EDS (1,2,4,5) der målsettingen om dokumentasjon og registrering av opplysninger, og målsettingen om pasientmedvirkning og individualisert omsorg i sykepleieutøvelsen, står imot hverandre. På overordnet og politisk nivå er føringene for mer pasientsentrert sykepleie med individualisert omsorg og aktiv samhandling med pasienten ganske entydig (17,18). Men resultatene fra denne studien viser at i innføringen av en konkret

velferdsteknologisk løsning som denne, har signalene om pasientrettet sykepleie blitt med uklare.

Tidseffektivisering og gjøremålstravelhet

I en følgeforskning til implementering av nettbrett med EDS på en institusjon nevnes det at nettbretter skal redusere den indirekte tiden sykepleieren bruker. Dette vil si den tiden sykepleierne ikke bruker sammen med pasient (5).

Martinsen snakker om tid og effektivitet i møte med pasienten, der hun sier «i helsevesenets rom skal en være spesialist på tid i betydning av at tiden anses som en ressurs man disponerer over, en tid som skal utnyttes» (19 s.124). Effektivitet måles gjerne i klokketiden en bruker på en arbeidsoppgave og det er viktig å gjøre mest mulig på minst mulig tid i helsevesenet.

Martinsen kaller dette *gjøremålstravelhet* (19 s.127). I samfunnet er sykepleiemangelen i fokus og behovet for å effektivisere arbeidsoppgavene til sykepleierne er stort.

Velferdsteknologi har sammen med andre målsettinger også en målsetting om å avhjelpe behovet for sykepleiere i tiden fremover (1).

For sykepleierne i studiet innebar innføringen av nettbrettet med EDS et ønske om å forflytte en arbeidsoppgave som tidligere ble gjort på vaktrommet inn på pasientrommet, for at sykepleieren skulle bruke mer tid inne hos pasienten. Men samtidig var arbeidsoppgaven uendret. Dette vil si at pasienten ikke ble inkludert i dokumentasjonsarbeidet. Informantene forklarte dette delvis med at det under opplæringen ikke var lagt vekt på at pasienten skulle involveres. Resultatet har blitt en del av det Kjær og Martinsen beskriver som «en kultur for gjøremålstravelhet, for utførelse av enkelte gjøremål, den enkelte prosedyre, en bestilling, uten fornemmelse for stemtheten i rommet» (20 s.21) Det var sykepleiernes varhet for denne «stemtheten» inne hos pasienten som gjorde at de valgte vekk bruken av nettbrettet inne på pasientrommet.

Nettbrettet: Som teknologisk og fysisk gjenstand.

Dokumentasjonssystemet som var brukt på nettbrettet var utformet slik at det ikke var rom for å gjøre endringer i pasientjournalen i ettertid. Når du har skrevet noe og lagret, så var det låst i den elektroniske pasientjournalen (EPJ)(21). EDS er en del av EPJ og har sin egen plattform

på nettbrettet (22). I EDS systemet var det laget områder ut ifra koder/tiltak der en dokumenterer. Språket skulle være nøyaktig og konkret (4,23,24). Dette dokumentasjonssystemet er altså i utgangspunktet ikke tilpasset samtalen som form. Samtaler er dynamiske og spontane, med skiftende tema og komplekse nyanser. Å skulle bruke nettbrettet i en samtalesituasjon med pasienter vil med andre ord kreve at sykepleieren kan transformere innholdet i en samtale med pasienten inn i kategorier i tiltaksplanen raskt og effektivt. Samtidig skal språket være nøyaktig og konkret.

Nettbrettet har også noen fysiske egenskaper som tilsier at det er utformet for bruk av én person, og ikke tenkt som et verktøy i en dialog mellom to personer som møtes. Og formen på nettbrettet gjør det utfordrende for sykepleierne å bære det med seg gjennom vekten.

Nettbrettene som implementeringsprosess

Et funn i denne studien av sykepleiernes erfaringer er at innføringen av elektronisk dokumentasjon på nettbrett er preget av brytningen mellom ulike og dels motstridende hensyn, og flertydige målsetninger. Selv om denne studien ikke har vært en implementeringsstudie eller har hatt evaluering som siktemål, kan det være fruktbart å diskutere innføringen av nettbrett ut ifra et implementeringsperspektiv. Durlak og DuPre har identifisert fire faser i vellykkede implementeringsstrategier: Informasjonsspredningsfasen (informasjon gis til den mottakende organisasjon), adopsjonsfasen (den nødvendige beslutning tas), implementeringsfasen (opplæring og veiledning av personalet), og vedlikeholdsfasen (med utvikling av rutiner for vedlikehold av kompetanse) (2). Innføringen av nettbrett i kommunen kan på intervju tidspunktet ikke sies å ha kommet til den fjerde fasen, men har vært gjennom de tre første fasene. Sykepleierne viser i sine beskrivelser særlig til opplæringsfasen, hvor personalet fra IKT-avdelingen i kommunen har stått for opplæringen. Implementeringen av nettbrett har vært preget av et sammensatt eierskap, der sykepleiernes beskrivelser tyder på at de sykepleiefaglige perspektivet har fått en sekundær rolle, til fordel for teknisk-rasjonelle hensyn og dokumentasjon. Denne utfordringen er trolig ikke avgrenset til opplæringsfasen, men reflekterer trolig også trekk ved informasjonsspredningsfasen og adopsjonsfasen, der beslutninger tas og informasjon formidles til organisasjonene. På overordnet og politisk nivå er føringene for en mer pasientsentrert sykepleie med individualisert omsorg og aktiv samhandling med pasienten ganske entydig (17,18). Men resultatet fra denne studien viser at i innføringen av denne konkrete løsningen, har signalene

blitt flertydig, og sykepleiefaglige perspektiver og hensyn til pasienten har kommet i bakgrunnen når tiltaket skulle utformes.

Troverdighet

Denne studien bygger på erfaringer og tanker seks sykepleiere hadde om bruk av nettbrett med EDS på institusjon. Intervjuene er gjort på samme institusjon, men på to ulike avdelinger. Dette vil si at det var samme IKT-gruppen som gjennomførte implementeringsprosessen, men med ulik avdelingsledelse.

Konklusjon

I denne studien ser en at informantene var veldig fornøyde med innføring av EDS på nettbrett på avdelingen. Nettbrettet hadde bedret arbeidssituasjonen og medførte mange fordeler i forhold til informantens utøvelse av sykepleie. Samtidig opplevde de utfordringer knyttet til å skulle bruke nettbrettet inne på pasientrommet.

I opplæringen de fikk om bruk av nettbrett med EDS, har det ikke vært fokus på samhandling med pasienten inne på pasientrommet. De har dermed heller ikke oppfattet samhandling og medvirkning som et sentralt aspekt med innføringen. Dette gjorde at informantene erfarte bruken av nettbrett i møte med pasienten som vanskelig. Informantene valgte vekk bruken av nettbrett med EDS inne på pasientrommet fordi det etter deres oppfatning ikke bidro til bedre utøvelse av sykepleie.

Artikkelens resultater kan tyde på at det trengs en mer overordnet diskusjon av intensjonen med bruk av nettbrett inne hos pasienten, og av hvilke faglige hensyn som skal styre utformingen av et slikt tiltak. Det handler også om samspillet mellom teknisk-rasjonelle perspektiver på den ene siden og sykepleiefaglige perspektiver på den andre, når velferdsteknologiske tiltak planlegges og utformes innenfor helse- og omsorgstjenestene (24). Er bruken ment for effektivisering av informasjon og dokumentasjon, eller er den en del av en mer pasient-orientert sykepleie der medvirkning og samvalg er en viktig del av pleien, eller begge deler? (22,4) Gode utviklings- og implementeringsprosesser som omfatter analyse av og diskusjon om hvordan man kan samarbeide tverrprofesjonelt på en god måte kan være et tiltak.

Det kan se ut som sykepleierne trenger en innføring som bygger på sykepleietenkning der pasientfokuset er i sentrum, men samtidig også ivaretar hensynet til de teknologiske og instrumentelle aspektene ved innføring av velferdsteknologi. Dette eksemplet med innføring

av EDS på nettbrett, illustrerer behovet for at implementering involverer sykepleiereledere med kunnskap og visjoner om sykepleieutvikling. IKT kunnskap alene er ikke tilstrekkelig.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030; 2012. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf> (nedlastet 14.04.18)
2. Helsedirektoratet. Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten. Status, utfordringer og behov; 2014 Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/5/Elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten-IS-2221.pdf> (nedlastet 09.05.18)
3. Direktoratet for eHelse. Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022; 2018. Tilgjengelig på: <https://ehelse.no/e-helse> (nedlastet 15.04.18)
4. Norsk Sykepleieforbund forum for IKT og Dokumentasjon (NSFID). Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal en veileder fra Norsk Sykepleieforbund forum for IKT og Dokumentasjon 3 utg.; 2007. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf> (nedlastet 07.07.18)
5. Lo, C., Waldahl, R.H.: 20 prosent teknologi? - Digitalisering av pleie- og omsorgstjenestene i Bodø kommune. Rapport fra Nordlandsforskning; 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/1316229-1495522540/Dokumenter/Arbeidsnotater/2017/NF-notat%201004-1017.pdf> (nedlastet 17.08.17)
6. Stevenson, J.E., Nilsson, G.C., Petersson, G.I., Johansson, P. Nurse`s experience of using records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review I Health Informatics Journal; 2010: 16(1) s.63-72.

7. Johansson, P., Petersson, G., Saveman, B.-I. & Nilsson, G. Experience of mobile devices in nursing practice. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*; 2012: 32(4), 50-54.
8. Johansson, P., Petersson, G. & Nilsson, G. Experience of using a personal digital assistant in nursing practice - a single case study: *Journal of Nursing Management*; 2011: 19(7), 855-862. Tilgjengelig fra: doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01261.x
9. Tieto. Lifecare eRom - Arbeidsflaten for norske sykehjem ; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.tieto.no/bransjer/helse-og-velferd/kommunal-helse-og-omsorg-tieto/velferdsteknologi/lifecare-erom> (nedlastet 10.04.18)
10. Onstad, S. M., Westrum I. Nytt og nyttig, men er det nyttiggjort? Erfaring med implementering av Lifecare eRom i kommuner. Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap Institutt for helse- sykepleievitenskap, 2016.
11. Granheim, U. H., Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*; 2004:24 s. 105-112
12. Polit D. F., Beck C, T. *Nursing research. Generating and Assessing Evidens for Nursing Practice*: Wolters Kluwer; Tenth edition; 2017. s. 468-490
13. Bengtsson, J. En livsverdentilnærming for helsevitenskapelig forskning. I Bengtsson J. (red) *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologisk bidrag*: Kristiansand: Høyskole Forlaget; 2006, s.13- 58.
14. Zhang Y., Wildemuth B.M. *Qualitative Analysis of Content*; 2005. s.1-11 Tilgjengelig fra: https://www.ischool.utexas.edu/~yanz/Content_analysis.pdf (nedlastet 26.01.18)
15. Granheim, U. H., Lindgren B. M., Lundman, B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 56; 2017. s.29-34

16. Hsieh, H-F, Shannon S.E Qualitative Health Research, vol 15 No 9, november 2005.
Saga Publications; s1277-1287 Tilgjengelig fra: DOI: 10.1177/1049732305276687
17. Direktoratet for forvaltning og IKT, Fornyings- og administrasjonsdepartementet.
Europeisk veileder i brukerretting og brukervedvirkning. 2009. Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fad/vedlegg/forvaltningsutvikling/brukere_rettingsveileder.pdf (nedlastet 29.07.18)
18. Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G. Brukervedvirkning i sykepleien. Sykepleie forskning;
2015:08 Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/08/brukervedvirkning-i-sykepleie> (nedlastet 28.04.18)
19. Martinsen, K. Løgstrup og sykepleien. Oslo: Akribe as; 2012. s 109-141
20. Kjær T. A., Martinsen, K., (red). Utenfor tellekantene essay om rom og rommelighet.
Bergen: Fagbokforlaget; 2015. s.13-26
21. Direktoratet for e-Helse. Elektronisk pasientjournal (EPJ); 2018. Tilgjengelig fra:
<https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/elektronisk-pasientjournal-epj>
(nedlastet 15.06.18)
22. Styret i Norsk sykepleieforbund for e-helse. Veileder for klinisk dokumentasjon av
sykepleie i elektronisk pasientjournal: Norsk sykepleieforbund. Versjon 5.0 -april 2015
Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/Content/2512377/Veileder%20for%20elektronisk%20sykepleiedokumentasjon%202015%20.pdf> (nedlastet 29.07.18)
23. Martinsen, K., Samtalen, skjønnnet, og evidensen. Oslo: Akribe AS; 2001. s.23-49.
24. Grimsbø, G. H. Digitale tjenester i pasientomsorgen. I Kristoffersen N. J., Nordtvedt F.,
Skaug, E-A, Grimsbø, G. H. (red) *Grunnleggende sykepleie Bind 1*, sykepleie-fag og
funksjon. Oslo: Gyldendal Akademiske; 3 utg. 2016, s.311-335

25. Durlak, J. A., Dupre, E. P. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation American Journal of Community Psychology; 2008: 3-4 s. 327-350

Vedlegg 1

Intervjuguide:

Bakgrunns spørsmål:

Hva er din alder?

Er sykepleieren mann eller kvinne?

Er du spesialsykepleier? Hvis ja, innenfor hva område?

Hvor mange år har du vært sykepleier/spesialsykepleier?

Hvor mange år har du arbeidet i nåværende stilling?

Hvor høy stillingsprosent har du?

Har du erfaring med bruk av nettbrett fra før?

Har du tidligere erfaringen med nettbrett i andre jobber?

Hvor lang erfaring har du med å bruke nettbrett i denne formen på avdeling?

Temaer:

Fortell litt om hvilken opplæring du fikk i bruk av nettbrett i institusjonen?

Kan du reflektere /tenke litt den informasjon du fikk om intensjonen med bruk av nettbrett?

Kan du si litt om hvordan du opplever å bruke nettbrett generelt?

Fortell litt om hvordan bruker du nettbrettet i ditt arbeid med pasientene?

Hvilken tanker har du gjort deg rundt det å bruke nettbrett inne på pasientrommene?

Kan du reflektere litt om hva du tenker om bruken av nettbrett i samtaler med en alvorlig syk pasient?

Kan du reflektere litt rundt hvilke tanker du gjør du deg i forhold til relasjonen mellom deg og pasienten ved bruke av nettbrett?

Kan du si litt om hvordan du opplever din utøvelse av sykepleie ved bruk av nettbrett?

Har du noen opplevelser / erfaringer med bruk av nettbrett som du vil dele? Hvis ja, kan du beskrive dette?

Vedlegg 2

Skriv til avdelingen:

Mitt navn er Lise Karin Grimstad. Jeg er utdannet kreftsykepleie og arbeider i Bodø kommune som kreftkoordinator. I tillegg går jeg på Master i Klinisk Sykepleie ved Nord Universitet. Som ledd i denne utdanningen skal jeg skrive en masteroppgave med en vitenskapelig artikkel. Jeg ønsker å rette oppmerksomheten på sykepleieres tanker og erfaringer med bruk av nettbrett i møte med syke og alvorlig syke mennesker. Jeg har i mine søk i databaser funnet svært lite forskning på området og ønsker derfor å gjøre en studie på dette. Som metode brukes kvalitative intervjuer av sykepleiere. Det jeg vil forsøke å få frem er hvordan sykepleiere erfarer og tenker rundt det å bruke nettbrett i møte med syke mennesker. Om de har noe tanker om dette i forhold til den sykepleien de gir.

Tema: Å belyse sykepleierens erfaringer og tanker rundt å bruke nettbrett i møte med den syke pasienten på institusjon?

Jeg søker derfor din avdeling om lov til å intervju 3 sykepleiere som bruker nettbrett i pasientarbeidet. Hvis det arbeider mannlige sykepleiere der, ønsker jeg å få intervju 1-2 av dem. Ellers så ønsker jeg at det blir trukket tilfeldig blant de andre aktuelle sykepleierne. Intervjuene håper jeg å kunne foreta i avdelingen mens sykepleieren er på jobb. Dette fordi tidligere erfaringer er at mange ikke ønsker å stille opp på fritiden. Intervjuene vil vare ca. 45 min. og det vil bli tatt opp på lydopptak.

Både navnet på kommune, avdelingen og de som deltar i studien vil bli anonymisert slik at ingen skal kjenne seg igjen. Deltakelse i studien er frivillig og hver og en vil få lov til å trekke seg når det skulle være inntil innsending av publikasjon.

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste den 08.08.17.

Jeg er takknemlig for hjelpen om du kan dele ut et informasjonsskriv til de som kan være aktuelle. De som vil delta signerer på et vedlagt samtykkeskjema som de igjen returnerer til meg. Jeg vil ta kontakt med deg for å få vite navn på deltakere.

Hvis ønskelig kan informanten som delta få tilsendt oppgaven når den er ferdig

Vennlig hilsen

Student:

Lise Karin Grimstad

Tlf 99597509 mail: grimblik@gmail.com

Veileder: Lisbeth Østgaard Rygg, Førsteamanuensis, Nord universitet

Vedlegg 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt/ masteroppgave i klinisk sykepleie.

Temaet i oppgaven: ” Å belyse sykepleierens erfaringer og tanker rundt å bruke nettbrett i møte med syke og alvorlig syke pasienten på institusjon ”

Bakgrunn og formål:

Studiet er en masteroppgave i klinisk sykepleie ved Nord universitet.

Bakgrunn for studiet er innføringen av nettbrett i flere kommunale institusjoner i Norge. Tanken er blant annet at nettbrettene skal brukes inne på pasientrommene for å bedre og å effektivisere pasient dokumentasjon.

I denne undersøkelse ønsker jeg å få kunnskap om hvordan sykepleiere på institusjon erfarer og tenker om bruken av nettbrett i sykepleien til syke og alvorlig syke pasienter.

Gjennomføring:

Undersøkelsen vil bli gjennomført på kommunale institusjoner som har innført bruk av nettbrett i pasientpleien. Det vil være ønskelig med kunnskap fra sykepleiere arbeider med syke/alvorlig syke.

Informantene vil være sykepleiere/spesialsykepleiere fra to ulike avdelinger, dvs. 3 personer fra en avdeling. Det tilstrebes like kjønnsfordeling, hvis mulig. Sykepleier som er aktuelle vil bli tilfeldig trukket ut av leder på avdeling.

Deltakelse i studiet innebærer:

I denne studien vil det bli gjort et åpent intervju der jeg ønsker å få frem tanker og erfaringer sykepleieren har om bruk av nettbrett inne på pasientrommene. Intervjuet vil ta ca. 45 minutter og vil bli tatt opp på lydopptaker.

Disse opptakene vil bli behandlet anonymt og det vil bli behandlet i forhold til gjeldende lover og regler.

I intervjuet vil det være noen spørsmål om utdanning og erfaring, men hovedfokus vil være på dine tanker og erfaringer med bruk av nettbrett i møte med pasienter. Du må gjerne komme med fortellinger i forhold til temaet.

Jeg som intervjuer er kreftsykepleier med noe erfaring med nettbrett i møte med palliative pasienter.

Hva skjer med informasjonen jeg innhenter?

Alle personopplysninger som blir samlet inn vil bli behandlet konfidensielt. Det vil bare være min veileder og jeg som har tilgang til informasjonen. Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni -2018. Da vil all personidentifiserbar informasjon bli anonymisert/slettet når studien er ferdig. Intervjuene og identifiserbare opplysninger vil bli oppbevart adskilt og utilgjengelig for andre.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i forskingsprosjektet, og du kan trekke tilbake samtykket ditt når som helst uten å oppgi grunn for det og uten at det vil gi noen form for konsekvenser inntil innsendingen av publikasjonen.

Alle opplysningane om og fra deg vil bli anonymisert, og vil ikkje være identifiserbare i oppgaven.

Dersom du har spørsmål, ta kontakt med:

Masterstudent :

Lise Karin Grimstad

Tlf 99597509

Grimblik@gmail.com

Veileder:

Lisbeth Ø.Rygg

Tlf 74 21 23 38

Lisbeth.O.Rygg@nord.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4



Lisbeth Ø. Rygg
Høgskoleveien 27
7600 LEVANGER

Vår dato: 08.08.2017

Vår ref: 54872 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.06.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

54872	<i>Sykepleierens opplevelse og tanker rundt å bruke nettbrett i møte med den alvorlig syke pasienten på institusjon</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Lisbeth Ø. Rygg</i>
Student	<i>Lise Karin Grimstad</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](#). 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](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

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

Marianne Høgetveit Myhren

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10 / anne-mette.somby@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lise Karin Grimstad, grimbluk@gmail.com



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54872

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

Personvernombudet legger til grunn at forskere og studenter følger Nord universitet sine rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2018. 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 lydopptak

Vedlegg 5

Nordisk sygeplejeforskning / Nordisk Sykepleieforskning
Nordic Nursing Research

Forfattererklæring

Manuskriptets tittel

"Implementering av elektronisk dokumentasjon
av sykepleie på nettport på institusjon
- mellom dokumentasjon og pasientmedvirkning!"

Korrespondanseansvarlig forfatter

Navn: Disa Karin Gnmstad

Adresse: Grensdatstia 1b, 4024 BODØ

E-mail: gnmbuk@gmail.com

Telefon: 99597509

Det erklæres herved:

- At manuskriptet eller deler av manuskriptet ikke er publisert andre steder.
- At manuskriptet ikke er under vurdering i annet tidsskrift eller siteres/publiseres i annet tidsskrift under vurderingen.
- At gjeldende vitenskapelige og etiske retningslinjer er fulgt.
- At det ikke eksisterer interessekonflikter med hensyn til innholdet i manuskriptet.
- At krav med hensyn til opphavsrett er fulgt.
- At nødvendige tillatelser for publisering er innhentet.
- At personer og institusjoner som nevnes i manuskriptet har akseptert dette.
- At alle forfatterne oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet.
- At referanser er oppgitt også for sekundære publikasjoner.

Tidsskrift: Sykepleie Forskning

Publikasjonsår/vol./side:

- Underskriftene bekrefter at manuskriptet ikke tidligere har vært publisert i sin nåværende form.

Manuskriptets forfattere _____ Dato 30.07.16 Underskrift
(Anført i den rekkefølge de nevnes i manuskriptet)

1. Lise K. Grimstad _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____