

Masteroppgave HSI500

Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmetjenesten i to norske kommuner med VAR Healthcare som prosedyreverk?

NINA ABUSLAND OG SIGURD BORGÅS

VEILEDER

Santiago Martinez

Universitetet i Agder, 2020

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Forord

Denne oppgaven er avslutningen på masterutdanningen i Helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder kull 2017.

Da vi har studert og samtidig vært i full jobb har dette vært en krevende prosess. Vi har måttet bruke alle tilgjengelige timer i døgnet. Kvelder ble til netter og netter ble i noen tilfeller til morgener. Mellom samlingene i studiet har vi blitt flinke til å fordele oppgaver og vi har blitt gode på å utnytte digitale samhandlingsplattformer. Det siste skulle komme godt med.

Covid-19 satt samfunnet i en tilstand man ikke har sett siden krigstid.

Dette medførte at arbeidsmengden vår ble økt betraktelig i en periode og vi fikk plutselig enda færre timer tilgjengelig i døgnet.

Når man blir tildelt hardere arbeidsvilkår er det hyggelig og til tider helt nødvendig å få hjelp, og hjelp har vi fått.

Vi vil derfor takke:

Vår veileder Santiago Martinez som har stilt opp for oss både med kritiske spørsmål og gode innspill.

Familie som har overtatt det meste av den daglige driften i hjemmet.

Arbeidsgiver for tilrettelegging og støtte.

Kommunene som lot oss gjennomføre prosjektet.

Informantene som delte av sin kunnskap.

Hverandre.

Skien / Kristiansand mai 2020

Sammendrag

Bakgrunn - VAR Healthcare (VAR) tilbyr oppdaterte fagprosedyrer, noe som betyr at kundene slipper å utvikle disse selv. VAR har blitt en stor aktør i Norge når det kommer til å levere sine tjenester til helseforetak, kommunehelsetjenesten og utdanningsinstitusjoner. Det er tidligere gjort forsøk fra det offentlige Norge på å samle fagprosedyrer i en felles nasjonal database, men prosjektet ble avvirket i 2018. Dette setter VAR i en unik posisjon i markedet.

Hensikt og problemstilling – Oppgaven undersøker hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmetjenesten i to norske kommuner har med VAR som prosedyreverk. Erfaringene blir kategorisert i åtte dimensjoner fra Sittig & Singhs nye sosiotechniske modell. Denne modellen vil se hvordan de forskjellige erfaringene står i forhold til hverandre, og hvilke av dimensjonene som bør adresseres for at bruken av VAR skal kunne optimaliseres.

Utvalg og Metode – Oppgaven har en kvalitativ tilnærming og utvalget består av 10 sykepleiere, likt fordelt på to kommuner i Norge. Individuelle intervjuer ble gjennomført for å innhente data.

Resultat – Samtlige informanter bruker VAR i noen grad. De erfarer at prosedyrene er noe mer tilpasset en hverdag i spesialisthelsetjenesten enn for kommunehelsetjenesten. Det er en oppfatning at ledelsen ikke gir tydelige føringer for bruk av VAR, men at dette allikevel ikke bidrar til lav bruk. utfordringer med dekning, liten eller ingen tilgang til fungerende håndholdte enheter har ført til en praksis hvor det medbringes utskrifter fra VAR hjem til pasientene.

Konklusjon – Informantene erfarer at VAR er et godt verktøy. Vi ser igjennom vår analyse av data at enkelte dimensjoner fra modellen kan adresseres lokalt, slik at man får utnyttet potensialet av VAR ytterligere.

Nøkkelord: Digitale prosedyrer, Fagprosedyrer, VAR Healthcare, Erfaringer, Sykepleie

Abstract

Background - VAR Healthcare (VAR) provides up to date clinical procedures, which means that the users won't have to develop these themselves. VAR has become a big player in Norway and provides its services to health trusts, municipal health services and educational institutions. There has been previous attempts to develop a national database for clinical procedures by the government, but this project was set on hold in 2018. This puts VAR in a unique position in the Norwegian market.

Purpose – This study examines the experiences of nurses in two Norwegian municipalities which uses clinical procedures from VAR. Their experiences will be categorized into eight dimensions from the new sociotechnical model by Sittig & Singh. This model will show how the different experiences relates to each other, and which of the dimensions who could be addressed to optimize the use of VAR.

Method and Population – To examine this, a qualitative approach was chosen and a population of ten nurses from two municipalities were interviewed individually.

Results – All of the informants uses VAR to some degree. They experience that the clinical procedures are more adapted to a workflow in a hospital opposed to a municipal home based care. Even though the leaders did not provide clear guidelines for use, the use of VAR was not affected by this. Challenges with internet connection, limited or no access to functional handheld units has led to a practice were nurses are using prints when visiting patients.

Conclusion – The informants sees VAR as a good tool. The analysis of the data shows how some dimensions from the model could be addressed locally to optimize the use of VAR.

Keywords: Digital procedures, Clinical procedures, VAR Healthcare, Experiences, Nursing

Innhold

1.0 Introduksjon og problemanalyse	1
1.1 Nasjonale styrende dokumenter	3
1.2 Pasientskader og avvik	5
1.2.1 Bruk av fagprosedyrer – falsk trygghet?	6
1.3 Felles fagprosedyrer	7
1.4 VAR Healthcare	9
1.4.1 Funksjonalitet og utseende	9
1.5 Forskningsspørsmål.....	12
1.5.1 Problemformulering	13
1.6 Oppgavens oppbygning.....	13
1.7 Avgrensning	13
1.8 Litteratursøk	14
2.0 Teori	15
2.1 Sittig og Singhs Nye Sosiotekniske modell	15
2.2 Begrunnelse for valg av teori	17
3.0 Metode.....	19
3.1 Design og prosedyre for gjennomføring	19
3.1.1 Kvalitativ metode	19
3.1.2 Begrunnelse for valg av metode.....	19
3.2 Forskningsintervju.....	20
3.2.1 Utvalg	21
3.2.2 Rekruttering av informanter	21
3.2.3 Intervjuguide	22
3.2.4 Kvalitetssikring av spørsmålene i intervjuguiden	23
3.2.5 Test av intervjuguide	24
3.2.6 Gjennomføring av intervjuene	24
3.3 Transkribering og metode for analyse.....	25
3.4 Etiske vurderinger og betraktninger	25
3.5 Vurdering av undersøkelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet	26
3.6 Metodekritikk	27
3.6.1 Metode.....	27
3.6.2 Utvalg	28
4.0 Resultater.....	29
4.1 Hardware & Software Computing Infrastructure	29
4.2 Clinical Content.....	29
4.3 Human-Computer Interface.....	32

4.4 People	33
4.5 Workflow and Communication	35
4.6 Internal Organizational Policies, Procedures, Environment, and Culture.....	38
4.7 External Rules, Regulations, and Pressures	39
4.8 System Measurement and Monitoring	40
5.0 Diskusjon.....	42
5.1 Hardware & Software Computing Infrastructure.....	42
5.2 Clinical Content.....	43
5.3 Human-Computer Interface.....	45
5.4 People	46
5.5 Workflow and Communication	47
5.6 Internal Organizational Policies, Procedures, Environment and Culture.....	49
5.7 External Rules, Regulations, and Pressures	50
5.8 System Measurement and Monitoring	51
6.0 Konklusjon	53
6.1 Svar på forskningsspørsmål	55
6.2 Implikasjoner for videre praksis.....	55
6.3 Implikasjoner for videre forskning.....	56
6.4 Styrker og svakheter ved studien	56
6.5 Avslutning	56
7.0 Litteratur.....	57
Vedlegg 1 - Informasjon og samtykkeskjema.....	59
Vedlegg 2 - Intervjuguide.....	62
Vedlegg 3 - Problemformuleringslogg.....	64

Tabeller og figurer

Tabell 1 - Søkelogg	14
Tabell 2 - Fordeling av informanter	22
Tabell 3 - Hovedfunn og forslag til hvordan andre dimensjoner kan adresseres for å optimalisere hver enkelt dimensjon.....	53
Figur 1 - Illustrasjon over hvilke plattformer VAR er tilgjengelig på.	9
Figur 2 - Forsiden av VAR Healthcare	10
Figur 3 - Prosedyrer - undermeny	10
Figur 4 - Prosedyre for automatisk blodtrykksmåling uten begrunnelse	11
Figur 5 - Prosedyre for automatisk blodtrykksmåling med begrunnelse	11
Figur 6 - Illustrasjon av forholdene mellom dimensjonene i modellen.	18
Figur 7 - Informantenes kjennskap til å kunne gi tilbakemeldinger til VAR.....	32
Figur 8 - Oversikt over hvilken opplæring informantene har fått	35
Figur 9 - Informantenes foretrukne kilder til kunnskap i prioritert rekkefølge.....	38

1.0 Introduksjon og problemanalyse

Fagprosedyrer har eksistert i sykepleietjenesten siden fagets morgen. Det ser vi i læreboken til Rikke Nissen “Lærebog i Sygepleie for Diakonisser” som ble publisert i 1877. I denne boken er det blant annet 47 tegninger av ulike bandasjeringer av både ansikt og føtter. Frem til 1909 var dette den eneste læreboken i sykepleie i Norge (Nissen & Martinsen, 2000).

I boken «Sykepleiens natur» er det gjengitt en tale fra Dame June Clark. Tittelen er «Åpningstale til minne om Virginia Henderson» I denne talen sier hun dette om hva hun tenker om sykepleie i år 2020:

«I fremtiden vil forskjellen mellom eksperten og novisen ligge mindre i den kunnskapen de allerede har enn å vite hvor de skal søke informasjon og bruke den. Sykepleiere og forbrukere vil ha umiddelbar og rask tilgang til forskningsresultater og publikasjoner via datanettet; uttrykk som forskningsbasert praksis vil få en helt ny betydning» (Henderson, Mellbye & Munkeby, 1998).

Ved å se på disse eldre uttalelsene kan man se historien og skue fremover til dagens praksis og dagens bruk av fagprosedyrer i helsevesenet.

Hvordan er hverdagen til dagens helsepersonell? Ved å følge nyhetsbildet så avdekkes muligens toppen av isfjellet. Det skrives om alvorlige avvik som fører til feil behandling og som ytterste konsekvens, at pasienter dør.

Fagtidsskriftet *Sykepleien* har i sin utgave 05/19 brukt hele temaheftet på å belyse temaet *i risikosonen* der de tar opp følgende problemstillinger: frykten for å gjøre feil, risikosoner og etterpå - når noe har gått galt (Tholens & Bjørnhaug Johansen, 2019).

Hensikten med å sette seg inn i aktuell litteratur har vært å få en helhetlig forståelse av oppgavens tematikk. Litteraturen har vært et bakteppe for opparbeidelsen av kunnskap til å formulere spørsmål, som skulle gi svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Direktoratet for e-helse skriver at helsetjenesten i Norge er underveis i sin reise fra papirbaserte til digitale arbeidsprosesser. Det er gjort store fremskritt de siste årene, men det gjenstår mye. Tungvinte, mangelfulle og begrensede arbeidsverktøy gir dobbeltarbeid og lavere utnyttelse av kompetanse enn nødvendig (Direktoratet for E-Helse, 2017a).

Samhandlingsreformen påpeker utfordringer knyttet til pasientens behov for koordinerte tjenester, tjenestene besvares ikke godt nok og det omtales som fragmenterte tjenester. Tilbakemeldingene fra pasienter og brukere er at samhandlingen er for dårlig (Hauge, 2017).

Dårlig koordinerte tjenester betyr dårlig og lite effektiv ressursbruk. Strategiske tiltak som trekkes fram i samhandlingsreformen er at regjeringen vil bidra til utvikling av IKT systemer til et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten og bidra til god samhandling med andre sektorer (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009).

Samhandlingsreformen fører til at pasientene kommer raskere hjem etter sykehusopphold. Dette stiller større krav til kommunene som skal ta imot pasienten og følge dem opp (Rotegård & Fossum, 2019).

På tross av en fokusert satsning det siste tiåret er målet om elektronisk kommunikasjon og samhandling enda ikke oppfylt.

Støtte for arbeidet i hjemmetjenesten beskrives som det har blitt bedre, men her er det begrensede funksjonalitet som fører til redusert støtte for arbeidsoppgavene. Det er stor forskjell på kommunene, og særlig de større kommunen har fått bedre teknologistøtte (Hauge, 2017).

Helsepersonell trenger tilgang til råd og anbefalinger i kunnskapsbaserte faglige retningslinjer for å sikre pasienter riktig diagnose, pleie og behandling. Eksisterende retningslinjer er sjelden utviklet i tråd med nye definisjoner og standarder for kunnskapsbaserte faglige retningslinjer (Holtermann, 2016).

Helsetjenesten i Norge har i mange år laget titusenvis av fagprosedyrer. Nettstedet Helsebiblioteket.no har hatt som mål å dele og koordinere arbeidet med utvikling av fagprosedyrer slik at man unngår dobbeltarbeid, og får bedre kvalitet på innholdet.

Sykepleiere i hjemmetjenesten i norske kommuner blir satt høye krav til, både som følge av at de stadig behandler flere og andre og mer kompliserte pasientgrupper enn de tradisjonelt har gjort, som en direkte følge av samhandlingsreformen. Det stilles også krav til kvalitet på pleien, og på dokumentasjonen av denne.

1.1 Nasjonale styrende dokumenter

Under vil vi kort si noe om noen forskjellige nasjonale styrende dokumenter som vi mener er relevante for vår problemstilling. Dette fordi de på ulike måter beskriver behovet for økt digitalisering og fordelene med å ha prosedyrene samlet på ett sted.

Én innbygger – én journal

En innbygger - en journal er bygget på grunntanken på at den rasjonelle måten å dele informasjon på i en digital verden ville være at informasjonen befinner seg på et sted. De som har bruk for, trenger og har lov til å se den får tilgang til informasjonen på ett sted. Ved å se informasjonen der den ligger uten at den må dupliseres eller sendes blir den tilgjengelig (Hauge, 2017).

Det står også at beslutningsstøtte til helsepersonell skal inngå i journalsystemet. Dette skal hjelpe helsepersonell til å ta riktig beslutning ved valg av behandling eller dosering av medisiner (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2012a).

Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017–2022

Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 beskriver sin visjon som at den reelle kvaliteten i helse og omsorgstjenesten skal øke og ressursene skal utnyttes bedre. Personvern og pasientsikkerhet må håndteres som en integrert del av den digitale løsningen. Her beskrives flere mål for 2017. 2022 som viser viktigheten av digitaliseringen er- «*i all hovedsak avvikle papir i utlevering av helseopplysninger i pasientforløp*» (Direktoratet for E-Helse, 2017a).

Nasjonal handlingsplan for e-helse

Nasjonal handlingsplan for e- helse beskriver at det er i dag varierende kompetanse innen e-helse både hos ansatte og ledere i helse og omsorgssektoren. Her er det blant mange, 2 tiltak som blir beskrevet: Arbeide for at e- helse og digitalisering inkluderes i utdanning og videreutdanning av helsepersonell.

1. *Styrke kompetanse og bruk av grundige beslutningsunderlag ved prioritering og innføring av e-helsetiltak*
2. *Arbeide for at e-helse og digitalisering inkluderes i utdanning og videreutdanning av helsepersonell.*

Andre tiltak som blir beskrevet i denne handlingsplanen er digital dialog mellom helsepersonell. *Dialog mellom helsepersonell har sin vesentligste utbredelse i kommunal pleie*

- og omsorgstjeneste, mens dialog mellom spesialist - og kommunehelsetjeneste kun vært pilotert (Direktoratet for E-Helse, 2017b).

God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringens overordnede mål for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er: et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring og bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser.

«Kommunenes ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er understreket gjennom ny kommunal helse- og omsorgslov. Bestemmelsene inneholder krav om styring og ledelse og tydeliggjør virksomhetenes ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet.»

I kapittel 6.4 «*Virkemidler for å redusere uønsket variasjon*» står det at det i helse og omsorgstjenestene har det tradisjonelt vært en individorientert kultur der den enkelte helse- og omsorgsarbeider har hatt stor grad av faglig autonomi.

«I tillegg til nasjonale faglige retningslinjer og veiledere kan standarder, fagprosedyrer, kvalitetsforbedringsprosjekter og konsensusprosesser bidra til reduksjon av uønsket variasjon.»

Det står beskrevet at «*Fagprosedyrer er viktige verktøy for å heve kvalitet og redusere uønsket variasjon*» og det henvises til at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har etablert et nasjonalt nettverk for fagprosedyrer (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2012b).

HelseOmsorg21

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) tok våren 2013 initiativ til HelseOmsorg21 (HO21). Målet med HO21 er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester.

Satsningsområdene er kunnskapsløft for kommunene, lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata. I rapporten blir det beskrevet at kommunene gjennom samhandlingsreformen har fått flere helserelaterte oppgaver med et større ansvar for både behandling og oppfølging av pasienter. Det pekes også på at "utnyttelse av IKT og e - helse gir bedre samhandling, logistikk, pasientflyt og behandling, men også her er svakhetene det manglende samspillet med fragmenterte beslutninger og løsninger" (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2014).

1.2 Pasientskader og avvik

I dette kapittelet viser vi at pasientskader dessverre er en del av dagens virkelighet. Det blir omtalt her som et bakteppe for å påpeke viktigheten av å ha gode fagprosedyrer som kan forebygge feil og pasientskader.

Deler av virkeligheten til kommunehelsetjenesten kommer frem i omfanget av pasientskader. Fra 1 juli 2019 har helsetilsynet og statens undersøkelseskommissjon for helse -og omsorgstjenesten (UKOM) mottatt varsler om alvorlige hendelser fra kommunen. Per 24.09. er der mottatt 37 varsler, 25 alvorlige hendelser. 12 av de var bekymringsmeldinger.

Siden 2017 har UKOM mottatt 10.126 saker fra spesialisthelsetjenesten og hvorav 43,8% av hendelsene var knyttet til kliniske prosesser eller prosedyrer. Den vanligste formen for avvik var brudd på retningslinjer eller prosedyrer. Av hendelsene knyttet til prosedyrer var det 235 pasienter som døde og 712 tilfeller av betydelig pasientskade.

Omfanget av pasientskader i kommunehelsetjenesten er ikke like godt kjent (Amdahl, 2019).

Dette bildet blir også trukket frem i stortingsmelding 11 Kvalitet og pasientsikkerhet 2017. Det er en stor risiko for svikt i helse og omsorgstjenesten, og det kan ha store konsekvenser både for pasienter, pårørende og ansatte. Internasjonale studier anslår at halvparten av de uønskede hendelsene som fører til pasientskade kunne vært unngått. I meldingen blir det også problematisert at i nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester er tilstrekkelig datakvalitet ofte en utfordring, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Dårlig datakvalitet kan skyldes flere faktorer:

- Mangelfull eller manglende registrering fra flere kommuner er en svakhet som resulterer i mangelfulle data som igjen kan gi feil i datagrunnlaget.
- Ulik tolkning av regelverk.
- Forskjellig registreringspraksis.
- Kommunene benytter ulike systemer for rapportering.

(Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2017).

I en artikkel av Karina Aase i Dagens Medisin beskrives situasjonen ved at mer enn 1 av 9 opplever en pasientskade under sykehusopphold. Disse høye skade tallene er ikke unike for Norge. Tall fra Sverige viser et stabilt likt bilde som i Norge. Canada og Australia ligger derimot stabilt lavt på mellom 5 og 6 %. I Norge er det foreløpig ingen statistikk på pasientskade for kommunale helsetjenester som sykehjem og hjemmetjenester, men det er ingenting som tyder på at tallene er noe lavere i kommunehelsetjenesten enn på sykehusene.

Artikkelen trekker også frem at “i nasjonale undersøkelser fremstår samarbeid mellom aktørene som det mest utfordrende.” Forfatteren trekker fram at Norge fortsatt kan bli blant de beste i verden, ved vedvarende og økt innsats fra helsemyndighetene, bedre samarbeid på tvers av tjenestene, lokal tilpasning av pasientsikkerhetsarbeidet og større grad av pasient - og pårørende styrte aktiviteter (Aase, 2019).

1.2.1 Bruk av fagprosedyrer – falsk trygghet?

En av utfordringene som beskrives i artikkelen til Ann Kristin Rotegård “Fra oppslagsverk til beslutningsstøtte - VAR Healthcare som case” er at når det er lokal utvikling av prosedyrer så finnes det mange variasjoner av en og samme prosedyre. Her trekkes det frem at oppdatering av prosedyrer varierer og det er ikke alltid en klar arbeidsflyt for hvor, når og av hvem oppdateringer blir utført (Rotegård & Fossum, 2019).

En fagprosedyrene blir benyttet for å utføre en bestemt oppgave på korrekt måte. På tross av dette er frykten for å gjøre feil en del av hverdagen for sykepleiere. Dette er temaet i fagtidsskriftet Sykepleien. #i risikozonen. 05.19

“Dersom min feil gir pasienten uopprettelig skade, så tror jeg at jeg blir så psykisk knekt at jeg ikke lenger greier å jobbe som sykepleier”

Dette er et av svarene de fikk inn etter en spørreundersøkelse der de hadde søkelys på frykt for å gjøre feil. De konkluderer med at 3 av 10 sykepleiere ukentlig frykter å gjøre feil som skader pasienten. Nesten halvparten av de spurte i undersøkelsen svarer at de ikke utfører dobbeltkontroll av medisiner der det er pålagt. Dette begrunnes med lav bemanning at det ikke alltid er en annen sykepleier på jobb til å utføre denne dobbeltkontrollen. I en kommentar til denne undersøkelsen skriver Liv Bjørnhaug Johansen at det hjelper lite med prosedyrer, forbedringsprosjekter og sikkerhetsrutiner når sykepleiere ikke har arbeidsforhold som gjør at de kan etterleve dem (Tholens & Bjørnhaug Johansen, 2019).

Selv om man har en prosedyre tilgjengelig og arbeidsforhold som tilsier at man kan etterleve den har det i enkelte tilfeller endt med at pasienten ikke har overlevd som følge av at prosedyren har inneholdt feil. Et eksempel på dette er “Djabrail-saken” som blant annet ble omtalt i Dagbladet og NRK høsten 2018. Her ble et medikament administrert via en sprøyte i hodet, som egentlig skulle vært gitt intravenøst. Prosedyren ble fulgt, men prosedyren var ikke oppdatert. Her hevdes det at skaden kunne vært unngått om de hadde hatt bedre rutiner og opplæring (Ntb, 2018) & (Otterlei, 2018).

1.3 Felles fagprosedyrer

I artikkelen “Prosedyrearbeid – meningsløst mangfold?” av Eiring et al 2010, blir det beskrevet at metodene og kvaliteten rundt utvikling av prosedyrer var varierende. Resultatene er oppsummert på følgende måte i artikkelens sammendrag:

“Mer enn 4700 ansatte i norske helseforetak er involvert i utvikling og håndtering av fagprosedyrer. Det totale antallet fagprosedyrer er over 45 000. De fleste foretakene koordinerer ikke prosedyre arbeidet med andre helseforetak. To foretak formidler foretakets praksis over internett. 15 av de 29 foretakene oppgir at de systematisk kvalitetssikrer fagprosedyrene.”

De tolker disse funnene med at:

“Det foregår trolig mye dobbeltarbeid knyttet til utvikling av fagprosedyrer ved norske foretak. Prosedyrene blir i regelen ikke delt med andre fagfolk og med befolkningen. Kvaliteten er ofte uviss, og bør undersøkes nærmere.”

Og de kommer med følgende anbefalinger/konklusjon:

“På bakgrunn av funnene er Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer og Helsehandboka.no, som legger til rette for deling av fagprosedyrer over internett, opprettet. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer har følgende 4 mål: samarbeide om fagprosedyrer, øke kvaliteten på fagprosedyrer, bruker internasjonale verktøy og samarbeide internasjonalt og skolere helsepersonell i håndtering av kunnskap. Helsehåndboka gir en teknisk plattform for å dele fagprosedyrer, gir minimumskrav for kvalitet og utforming, og praktiske verktøy til bruk i arbeidet.”

(Eiring, Pedersen, Borgen & Jamtvedt, 2010).

Nettverket lanserer her nettsiden www.helsehandboka.no. Dette er en nettside som aldri så dagens lys, men arbeidet fortsatte på www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer.

I en sak i Sykepleien ved navn “Hver post, sin prosedyre” av Nina Hernæs blir Eiring intervjuet om sine funn, og blir samtidig konfrontert med at det allerede er fagnettverk som har utvikles slike oppslagsverk:

- Er det ikke gjort noe for å samle prosedyrer før?
- Jo, på sykepleiersiden fins «Praktiske prosedyrer for sykepleietjenesten» og på legesiden «Norsk elektronisk legehåndbok» Men disse koster penger. «Praktiske prosedyrer for sykepleietjenesten» utgis av forlaget Akribe, som er eid av Norsk Sykepleierforbund.
- Vår intensjon er ikke å konkurrere med dem. Vi har rett og slett sett et behov og forsøker å dekke det.

(Hernæs, 2010).

Fra år 2009-2018 jobbet Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer med å samle landets fagmiljøer til å bidra med prosedyrer på www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer.

På grunn av manglende økonomisk støtte fra RHF-ene samt en stram økonomi i helseforvaltningen opphørte nettverket fra 01.01.18. Driften og koordineringen av nettsidene gjøres foreløpig gjennom Oslo Universitetssykehus, i påvente av en ev. regional eller nasjonal videreføring av prosedyrearbeidet (Nylenna, 2018).

Fossum og Rotegård skriver følgende i innledningen i kapittel 9 i boken Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring:

«Flere nasjonale føringer har pekt på betydningen av å sikre koordinering og nasjonale løsninger i helsetjenesten som skal bidra til å heve faglig standard, sikre kvalitet og effektivitet, bidra til lønnsom drift samt styrke faglig dokumentasjon og faglig forsvarlighet i tjenesten gjennom bruk av ny teknologi» (Rotegård & Fossum, 2019).

Kommunen har ansvar for kvalitetssikring. Beslutningstøtte skal innlemmes i journalsystemet og utnyttelse av IKT skal gi bedre samhandling. Dette har ført til at flere av landets kommuner deriblant kommunene som er med i denne undersøkelsen har anskaffet digitale prosedyreverktøy til bruk for sine ansatte. Gjerne fra en kommersiell aktør.

1.4 VAR Healthcare

VAR Healthcare var tidligere kjent under navnet PPS, Praktiske prosedyrer for sykepleietjenesten. Produktet er norsk og har vært i bruk og under utvikling i 16 år. VAR er godt designet, det er utviklet av profesjonelle og kvalitetssikret. VAR burde være en god og sikker kilde til kunnskap (Bruland, 2017).

VAR er nærmest en nasjonal løsning da det brukes av alle landets sykepleierutdanninger, ca. 90 % av landets kommuner og ca. 60 % av norske sykehus (Rotegård & Fossum, 2019).

VAR Healthcare har blitt en stor aktør i Norge når det kommer til å levere sine tjenester til helseforetak, kommunehelsetjenesten og utdanningsinstitusjoner. Det er tidligere blitt gjort forsøk fra det offentlige Norge på å samle fagprosedyrer i en felles nasjonal database, men prosjektet ble som nevnt tidligere avvirket i 2018. VAR Healthcare tilbyr faglig oppdaterte prosedyrer som betyr at kundene slipper å utvikle disse selv.

“Bakgrunnen for VAR Healthcare var de nye helselovene og helse- og kvalitetsreformen som kom i 2000/2001, med økte krav til koordinering og kvalitets sikring av helsetjenestene. Samtidig ble det stilt krav fra myndighetene om økt bruk av IKT for å effektivisere, samordne og bedre kommunikasjonen mellom de ulike virksomheter og institusjoner.” (Var Healthcare, 2016).

1.4.1 Funksjonalitet og utseende

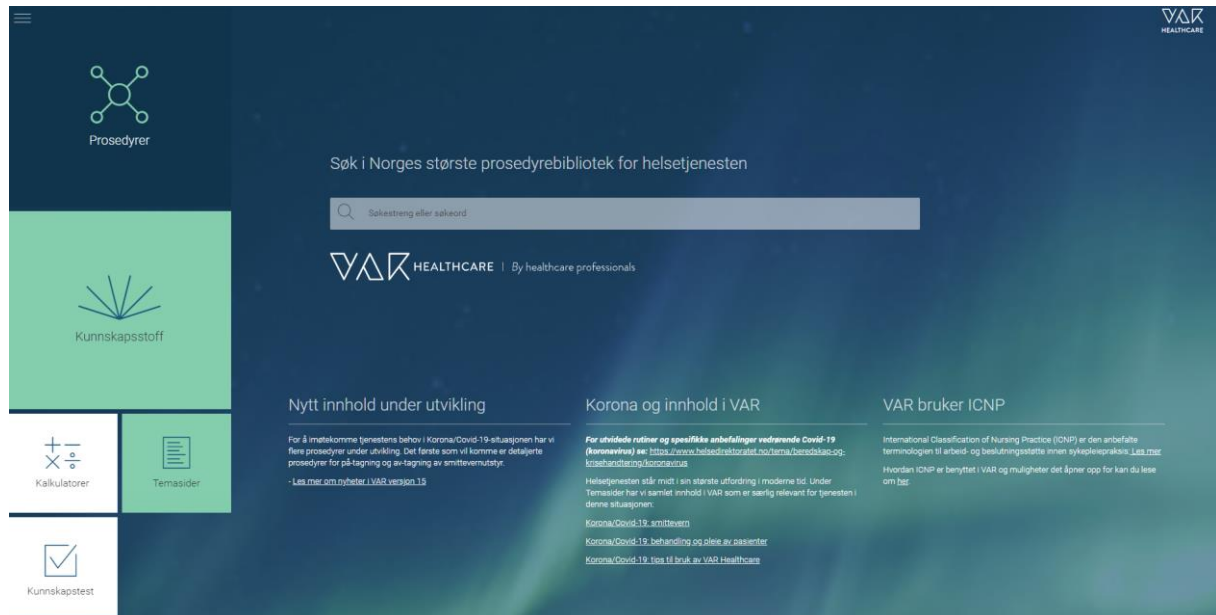
I dette kapitlet beskrives hvordan prosedyreverktøyet VAR Healthcare ser ut for brukeren. Vi tar med dette for å visualisere hvordan dette digitale verktøyet ser ut i praksis.

Bildet under illustrerer at VAR Healthcare er tilgjengelig både på PC/MAC, nettbrett og smarttelefoner.



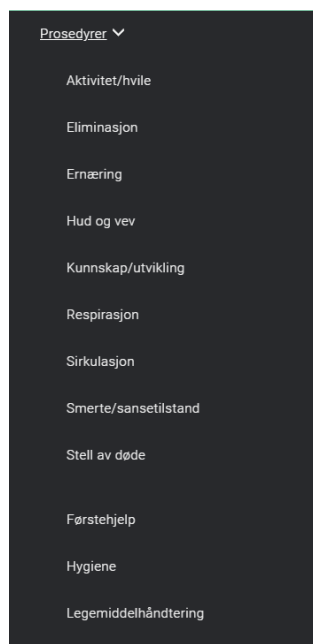
Figur 1 - Illustrasjon over hvilke plattformer VAR er tilgjengelig på.

Ved innlogging via nettleser på PC/MAC ser forsiden ut som bildet under. Menyen til venstre inneholder lenker til prosedyrer, kunnskapsstoff, kalkulatorer, temasider og kunnskapstester. Øverst hovedvinduet kan man se søkefeltet og nederst i hovedvinduet kan man se informasjon og nyheter knyttet til tjenesten.



Figur 2 - Forsiden av VAR Healthcare

Vi velger å vise frem funksjonalitet knyttet til prosedyrer i dette kapittelet, og dette er undermenyen som kommer opp når man trykker på «Prosedyrer» i menyen.



Figur 3 - Prosedyrer - undermeny

Vi har gått inn på «Sirkulasjon» -> «Blodtrykk» -> «Automatisk blodtrykksmåling» og får prosedyren presentert på følgende måte:

The screenshot shows the 'Automatisk blodtrykksmåling' procedure page. At the top, there is a title and a brief description: 'Prosedyren gjelder non-invasiv blodtrykksmåling (NIBP) med elektronisk apparat beregnet for bruk på overarmen.' Below this, it says 'Kontroller pulsens regelmessighet før målingen. Uregelmessig puls, som ved atrieflimmer, kan medføre feilmåling. Ta i så fall flere målinger, ev. kontroller blodtrykket manuelt ved bruk av [Auskultatorisk måling av blodtrykk på overarm.](#)' There are links for 'Ren prosedyre', 'Les mer', and 'Endringer i versjon 15'. The main section is titled 'Gjennomføring' and contains a step indicator '1 Forberedelse' with a sub-step 'Utstyr og materiell'. The instruction reads: 'La pasienten sitte/ligge i ca. 5 minutter med armen i riktig stilling'. It lists three bullet points: 'La pasienten hvile i ca. 5 minutter før målingen.', 'Sørg for at pasienten sitter/ligger godt.', and 'La armen til pasienten ligge i riktig stilling med håndflaten opp. Overarmen skal ligge slik at mansjetten plasseres i hjertehøyde.' At the bottom, there is a toggle for 'Vis begrunnelse' which is currently turned off.

Figur 4 - Prosedyre for automatisk blodtrykksmåling uten begrunnelse

Figur 4 viser kun steg 1 av totalt 6 steg i prosedyren. Figuren viser også kun tiltakene som skal utføres, men ikke hvorfor de skal utføres. Neste figur er av samme steg, men da med knappen for «vis begrunnelse» aktivert.

This screenshot is identical to the one above, but the 'Vis begrunnelse' toggle at the bottom is now turned on (green). The justification text is added to the bullet points: 'For å sikre et mer korrekt blodtrykk.' This text is added below the first and second bullet points.

Figur 5 - Prosedyre for automatisk blodtrykksmåling med begrunnelse

Kjøper av denne teknologien, som kan være et universitet, helseforetak eller som i denne oppgaven kommunen, bestemmer hvordan brukerne skal få tilgang til programvaren. Noen velger et passord for alle brukere mens andre gir hver enkelt bruker et eget passord.

Dagens status til VAR Healthcare er at VAR har integrasjonsløsning til alle elektroniske pasientjournaler i Norge. Dette gjør at sykepleierens journalføring kan bli effektivisert og kvalitetssikret. Dersom det lages veiledende behandlingsplaner/pleieplaner så kan en koble til mulige prosedyrer fra VAR. Dette gjør at disse prosedyrene blir liggende med den oppdaterte versjonen tilgjengelig for sykepleieren.

VAR har i dag ca. 30 - 35 eksterne bidragsyttere som følger opp fagstoff og prosedyregruppe sammen med redaktørene. Det er en forskningsbibliotekar i VAR som utvikler og vedlikeholder databasen.

“Innholdet blir så videre validert av fagekspertter fra andre deler av helsevesenet og/eller andre faggrupper” (Rotegård & Fossum, 2019).

VAR blir som nevnt brukt i store deler av helsenorge som en digital prosedyrehåndbok. Den er tilgjengelig for helsepersonell der arbeidsgiver har anskaffet den og kan brukes som oppslagsverk og som en kilde til kunnskap.

For å undersøke hvordan virkeligheten ser ut i praksisfeltet er det utarbeidet noen forskningsspørsmål vi ønsker å besvare i denne oppgaven.

1.5 Forskningsspørsmål

På bakgrunn av problemanalysen stiller vi følgende syv forskningsspørsmål:

1. Har kommunen nedfelt føringer om bruk av VAR?
2. Hvilke føringer har sykepleierne fått av sine ledere når det kommer til bruk av VAR?
3. Gjenspeiler grad av ledelsesforankring grad av bruk?
4. Eksisterer det parallelle systemer eller flere kilder til samme kunnskap?
5. Har innføringen av VAR gjort lokalt utviklede prosedyrer overflødige?
6. Blir VAR brukt til kompetanseheving/undervisning/oppslagsverk?
7. Hva er den foretrukne kilden til kunnskap hos de ansatte?

1.5.1 Problemformulering

I denne oppgaven søker vi å finne kunnskap om erfaringer til sluttbrukeren av det digitale prosedyreverktøyet VAR Healthcare. Problemstillingen vi har kommet frem til basert på problemanalysen og som vil hjelpe oss med å besvare forskningsspørsmålene er:

Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmetjenesten i to norske kommuner med VAR Healthcare som prosedyreverk?

1.6 Oppgavens oppbygning

Dette er en evalueringsstudie hvor vi søker å finne kunnskap om bruken av digitale prosedyreverk i 2 kommuner. Vi søker kunnskap om erfaringer fra sykepleiere i hjemmetjenesten. Kapittel 2.0 presenterer studiens teoretiske forankring. Modellen for evaluering og sosiotechniske perspektiv benyttes som rammeverk for relevante funn i litteraturen. Metode og utvalg beskrives i kapittel 3

Resultat kommer i kapittel 4.0 og i kapittel 5.0 kommer diskusjonsdelen der vi diskuterer resultatene opp mot teoretisk rammeverk og forskningsspørsmål. Oppsummering og konklusjon kommer i kapittel 6.0 med svar på forskningsspørsmålene og forslag til videre forskning. Litteraturlisten presenteres i kapittel 7.0 etterfulgt av vedlegg.

1.7 Avgrensning

Det finnes flere problemstillinger som kunne blitt med videre i oppgaven. Det hadde vært interessant å se på hvordan kommunene ser på nytte kontra kost ved en slik anskaffelse. Man kunne også sett på pasientskadestatistikk før og etter innføring av VAR Healthcare, for å belyse en viktig side med fagprosedyrer.

Vi har også valgt å utelukke temaene som hovedsakelig setter søkelys på økonomi, da dette ikke er innenfor vårt kompetanseområde og heller ei direkte relevant for studiet.

1.8 Litteratursøk

Tabell 1 - Søkelogg

Søkeord	Database	Antall treff
VAR Healthcare	Google Scholar	1
VAR Healthcare	OvidSP (Alle databaser)	1
CDSS&EHR&NURSING	OvidSP (Alle databaser)	83
VAR Healthcare	Oria	6

For å belyse temaet i denne oppgaven har vi gjennomført litteratursøk i enkelte av databasene vi har funnet gjennom bibliotekets sider ved UIA.

Søkeordene var: VAR Healthcare, CDSS, EHR, og Nursing.

Vi har også gjort google søk med de samme ordene i den hensikt å lete etter publiserte studier som vi ikke kunne finne ved søk i databasene i tabell 1.

Vi har brukt pensumbøker fra tidligere semester i dette studiet, søkt i lovdata, ulike NOUer, direktoratet for e helse, helsebiblioteket med mer.

Vi har også brukt litteraturlistene i relevante bøker og artikler for å finne relevant fagstoff.

2.0 Teori

Teori kommer fra det greske «theoria» og betyr «det å se på», «betrikte» eller «granske». Teorier har mange bruksområder og spiller en vesentlig rolle i det meste av forskning (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2006).

I denne oppgaven brukes teorien for å utforme intervjuguiden, til å systematisere funn og for å tolke resultatene fra undersøkelsen.

Vi vil nå presentere modellen og komme med vår begrunnelse for valg av nettopp denne teorien.

2.1 Sittig og Singhs Nye Sosiotekniske modell

Basert på begrensinger i allerede eksisterende modeller har Dean F. Sittig og Hardeep Singh utviklet en ny modell som skal kunne brukes til å studere *health information technology* (HIT) i et komplekst adaptivt helsevesen. Modellen brukes til å studere hele spekteret innenfor områdene: design, utvikling, bruk, implementering og evaluering av HIT.

De mener blant annet at de tidligere modellene ikke er utviklet for å se på forholdene mellom maskinvare, programvare, informasjon/innhold og brukergrensesnitt. Noe som vil være viktig for å kunne evaluere bruk av et system. Da problemer kan oppstå i alle disse dimensjonene. Tidligere modeller har i stor grad forholdt seg til «Teknologi» uten å bryte dette begrepet opp i flere mindre bestanddeler.

Modellen ser på hvordan man kan analysere et aspekt av et system ved å kombinere det tekniske og muligheten for overvåkning/monitorering med flere sosiotekniske dimensjoner.

De mener at modellen bygger på og bygger bro over tidligere rammer og lanserer åtte dimensjoner i sin modell:

1 Hardware & Software Computing Infrastructure

Modellen setter søkelys på maskinvare og programvare som må ligge til grunn for å kjøre et program. Hardware blir brukt om alle de fysiske komponentene i et datasystem som prosessor, skjerm, tastatur, datalagring, nettverk, og strømforsyning. Software er koding som gir maskinvarekomponenter instruksjoner, selve programvaren med tilhørende applikasjoner og back-end systemer. Dimensjonen er teknisk og er sammensatt av fysiske enheter og programvaren som kreves for at enhetene skal kunne kjøre. Brukere flest tenker ikke på at denne dimensjonen eksisterer før det oppstår feil eller problemer med noen av komponentene.

2 Clinical Content

Denne dimensjonen omfatter alt av data, informasjon og kunnskap som er lagret i systemet. Det innbefatter strukturert og ustrukturert tekst, tall og bilder som er lagret i programmet. Informasjonen kan enten bli skrevet inn av bruker, det kan være informasjon som er lesbar for bruker, informasjon som kan redigeres av bruker og eventuelt informasjon som kan slettes av brukere med spesielle rettigheter.

3 Human-Computer Interface

Et grensesnitt gjør det mulig for ubeslektede enheter å samarbeide. Maskinvaren og programvaren «operasjonaliserer» brukergrensesnittet, sett at programmet kjører som det er tenkt, så kan eventuelle problemer knyttet til programmet skyldes «human-computer Interface» problemer. Aspekter som å se, høre og berøre er alle sentrale. Det gjør det mulig for en bruker å samhandle med en programvare på en datamaskin. En mulig feil eller manglende funksjonalitet i brukergrensesnittet kan representere både feil med selve grensesnittet, men det kan også være problemer med maskinvare eller programvare. Denne dimensjonen omfatter også ergonomi. Hvis en bruker har tilrettelagt for å kunne stå ved datamaskinen eller må bruke utstyr som er tilrettelagt for andre, kan brukeren oppleve problemer bruk av mus og tastatur.

4 People

Denne dimensjonen representerer alle involverte mennesker: utviklere, sluttbrukere og fremtidige brukere av et system. Selv om opplæring åpenbart er en viktig del av sluttbrukerdelen av modellen, så dekker ikke opplæring i seg selv alt av brukerrelaterte problemer. Mange brukerfeil kan skyldes dårlig systemdesign eller feil i utviklingen eller konfigurasjon. Derfor er det viktig at menneskene som utvikler programmet må ha den riktige kunnskapen, ferdighetene og opplæringen som kreves for å utvikle applikasjoner som er trygge, effektive og enkle å bruke. I de fleste tilfeller vil brukerne av systemet være ansatte i helsevesenet.

5 Workflow and Communication

Dette er den første dimensjonen i modellen som anerkjenner at mennesker ofte må jobbe sammen med andre for å utøve god helsehjelp. Dette samarbeidet krever betydelig toveis kommunikasjon. Denne dimensjonen tar høyde for stegene som er trengt for at hver enkelt pasient får den pleien den trenger, når den trenger den.

Det er sjelden at et informasjonssystem passer eksakt til den enkelte arbeidsplass sin arbeidsflyt. Derfor er det ofte slik at systemet må tilpasses arbeidsflyten eller at arbeidsflyten må tilpasses systemet.

6 Internal Organizational Policies, Procedures, Environment, and Culture

Interne og organisatoriske elementer som retningslinjer, prosedyrer og kultur påvirker alle elementer i den sosio- tekniske modellen. Organisatoriske ledere er ansvarlig for å føre tilsyn med alle aspektene av HIT systemet (Health Information Technology) som anskaffelse, implementering, bruk, overvåkning og evaluering. Spesielt viktig er det derfor å påse at både innhold og bruk av helseinformasjon teknologien er i tråd med virksomhetens retningslinjer. Interne regler og forskrifter blir ofte opprettet i respons til eksterne regler og forskrifter.

7 External Rules, Regulations, and Pressures

Denne dimensjonen representerer ytre faktorer som legger føringer for, eller plasserer begrensninger på systemet i form av konstruering, utvikling, implementering, bruk og evaluering av HIT-systemer. Dette kan være lover, handlingsplaner, forventninger eller krav fra eksterne enheter.

8 System Measurement and Monitoring

Denne dimensjonen har stort sett blitt utelatt i andre modeller. Ifølge denne modellen må HIT overvåkes og evalueres regelmessig. Evalueringen bør inneholde fire elementer:

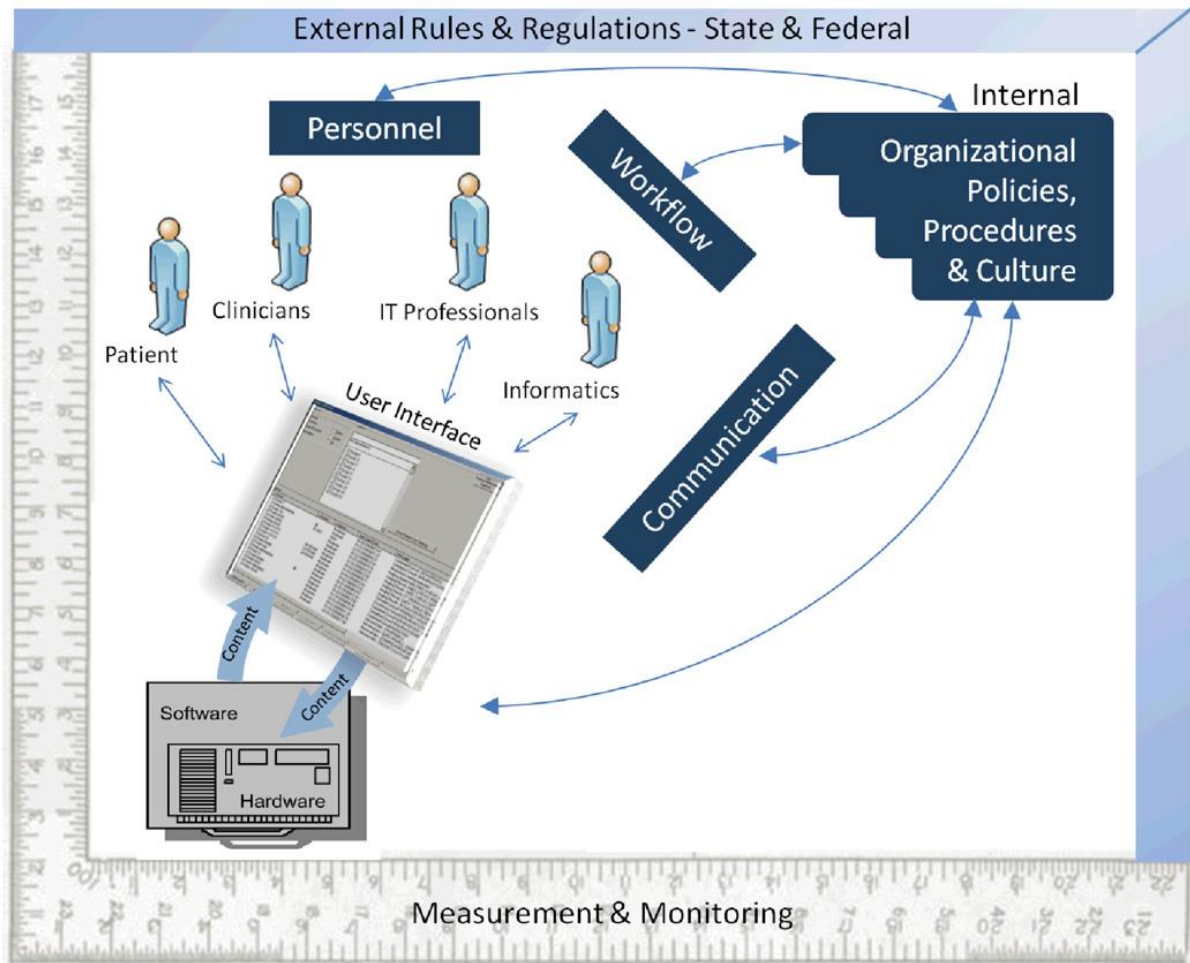
1. Tilgjengelighet (responstider og opptid).
2. Hvordan de forskjellige funksjonene blir brukt av sluttbrukerne.
3. Hvor effektivt systemet er, at pasienten får pleien som er forordnet.
4. Dokumentere og rapportere feil og mangler som oppstår ved bruk av systemet.

I tillegg til å overvåke og monitorere på et lokalt nivå, bør det også etterstrebes å utvikle systemer som kan overvåke og monitorere på et globalt nivå, kommuner, fylker og nasjonalt (Sittig & Singh, 2015).

2.2 Begrunnelse for valg av teori

I dette masterstudiet i helseinformatikk og sosialinformatikk undersøker vi bruken av et digitalt prosedyreverk i praksis. Vi anser denne modellen som passende, da vi vil undersøke bredt rundt brukerens erfaring av et IT-system. Artikkelforfatterne beskrives at foreløpige undersøkelser av HIT gjort med denne modellen har demonstrert den potensielle verdien av å

vurdere alle de 8 dimensjonene til å forutse, diagnostisere og korrigere en rekke problemer (Sittig & Singh, 2015).



Figur 6 - Illustrasjon av forholdene mellom dimensjonene i modellen.

For å forstå modellen i denne oppgaven vil den beskrives ut ifra hjemmesykepleien som en organisasjon. Vi bruker alle de 8 dimensjonene gjennom oppgaven.

3.0 Metode

I dette kapittelet vil vi presentere design, valg av metode og instrument for innhenting av data.

3.1 Design og prosedyre for gjennomføring

Vi er ute etter å forske på erfaringene til sykepleiere i kommunehelsetjenesten som bruker VAR. Vi har valgt et kvalitativt design med et kvalitativt forskningsintervju som instrument for å besvare vår problemstilling. Undersøkelsen kan også sies å ha et eksplorerende design, da vi undersøker et fenomen som er delvis eller helt ukjent (Johannessen et al., 2006).

Intervjuene vil bli gjort ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide.

3.1.1 Kvalitativ metode

“Kvalitativ forskningsmetode brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaringer.” (Helsebiblioteket.No, 2016).

3.1.2 Begrunnelse for valg av metode

Ved at vi har hatt boken av Kvale og Brinkmann som pensum har vi tatt med flere av momentene inn i vårt forskningsprosjekt. De skriver at det kvalitative intervjuet blir noen ganger kalt ustrukturert eller standardisert. Det trekkes også frem i denne boken at mange metodiske beslutninger må fattes på stedet, mens intervjuet foregår da det ikke er mange standardiserte prosedyrer for gjennomføring av disse intervjuene (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). Vårt intervju er allikevel ikke helt ustrukturert eller ustandardisert da vi har brukt en intervjuguide. Det er semistrukturert, men fortsatt ustandardisert. For å finne svar på problemstillingen ble det her valgt kvalitativ metode. Ved å gjennomføre intervju av informanter, vil det kunne gi oss mulighet for å kunne gå i dybden og undersøke erfaringer fra informantene der de beskriver sin hverdag i praksisfeltet. Dette vil dog være subjektive data som vil medføre enkelte begrensninger når det kommer generalisering av våre funn.

Kvalitativ metode blir beskrevet som en metode som egner seg når en forsker på menneskers erfaringer og opplevelser. I denne oppgaven søker vi etter kunnskap om erfaringer, så vi anser denne metoden som et riktig valg.

3.2 Forskningsintervju

Det finnes forskjellige måter å fremskaffe kvalitativ kunnskap, et kvalitativt forskningsintervju kan være en måte, noe Kvale & Brinkmann karakteriserer som en samtale med struktur og formål som egner seg når man ønsker å studere meninger, holdninger og formål. Intervjustrukturen er knyttet til rollefordelingen mellom deltakerne. Intervjueren stiller spørsmål og følger opp svar fra informantene. Formålet er å forstå eller beskrive noe. Menneskers erfaringer og opplevelser kommer best frem når informantene selv kan være med på å bestemme hva som tas opp i intervjuet (Kvale et al., 2015). Det er ønskelig å få frem virkeligheten til informantene og beskrive deres erfaringer (Dalland, 2007).

Et kvalitativt forskningsintervju står i kontrast til den kvantitative tradisjonen hvor alt skal kunne måles og struktureres. Ved en kvalitativ tilnærming til innhenting av kunnskap går vi mer inn i opplevelsen og erfaringen til informantene. Ved å se på hva informantene opplever, føler og mener, kan vi finne kunnskap om hvordan ting blir som det blir. Et eksempel kan være kjærlighet. Hvordan kan man rasjonalisere sin partner med tall? Det kan oppleves som Umulig.

Forskningsintervjuet skal forstå verden sett fra informantens side og samtidig at intervjueren skal løsrive seg fra sin egen virkelighetsforståelse. Den viktigste grunnen for å velge intervjuformen er at den harmonerer med forskningstemaet, noe vi hevder den gjør (Kvale et al., 2015).

Kvale og Brinkmann skisserer opp 7 forskningsstadier som de bruker flere steder i sin bok:

1. Tematiseringen av et intervjuprosjekt. Her beskrives formålet med oppgaven og her må vi forklare undersøkelsens hvorfor og hva -spørsmålet før vi stiller hvordan.
2. Planlegging. Forskeren må planlegge utførelsen av intervjuet med å ta hensyn til alle delene av intervjuet. hvordan det skal analyseres, hva vi vil oppnå og hvordan skal forskeren innhente kunnskapen. det er spesielt viktig å gå igjennom den moralske implikasjoner.
3. Selve intervjuet. Intervjuet skal utføres via en intervjuguide som leder forskeren gjennom intervjuet. Hovedvekten skal ligge på det som forskeren vil opplyse og sørge for at intervjuet holder den retningen som formålet med undersøkelsen vil oppnå.
4. Transkriberingen. Her skrives inn det orale til tekst som kan analyseres.

5. Analyse. Formålet med undersøkelsen legger grunnlaget for hva man vektlegger ved analysen.
6. Verifikasjon. Funnene ved intervjuet skal undersøkes for generaliserbarhet, pålitelighet og validitet. Hvor pålitelige resultatene er og om oppgaven undersøker det den er ment å undersøke.
7. Rapportering. Funnene som man finner i løpet av undersøkelsen formidles i et vitenskapelige overholdt form som tar hensyn til undersøkelsen etiske sider (Kvale et al., 2015).

Vi har fulgt disse 7 stadiene igjennom hele vår prosess med denne oppgaven.

3.2.1 Utvalg

Det undersøkes for å få kunnskap og det er mulig å undersøke et utvalg av populasjonen. Utvalget bør være egnet til å svare på problemstillingen og det finnes måter som gjør det svært sannsynlig at man får et representativt utvalg (Johannessen et al., 2006)

Utvelgelse av empiriske data som skal brukes i forskning, er etter norm underlagt bestemte regler. Det kreves at data blir systematisk utvalgt, for å hindre at forskeren skal velge å benytte data som gir det svaret han eller hun er ute etter. For å unngå et skjevt utvalg bør man spørre «alle det måtte gjelde», men dette er urealistisk. Man kunne også spurt halvparten, eller hver tredje eller fjerde, slik at det blir et system i utvelgelsen og med dette også et representativt utvalg (Dalland, 2007).

I denne oppgaven er informantene strategisk utvalgt og et slikt utvalg er ikke alltid representativt for hele populasjonen. I kvalitativ forskning er man ofte ute etter personer med bestemte forkunnskaper eller erfaringer.

Kriteriene våre er at informantene skulle være sykepleiere, ansatte i hjemmetjenesten i en kommune som er kunde av VAR Healthcare.

3.2.2 Rekruttering av informanter

En informant er ifølge Repstad en lokalkjent person som forskeren får informasjon fra (Repstad, 1987). Vi vil nå redegjøre for hvordan vi rekrutterte informanter til vårt prosjekt.

Veileder satt oss i dialog med en av redaktørene i VAR Healthcare som igjen satt oss i kontakt med noen kontaktpersoner i flere kommuner i Sør-Norge.

Vi sendte så et informasjonsskriv om prosjektet til to av kontaktpersonene vi fikk fra redaktør i VAR Healthcare.

Etter en tid med e-postkorrespondanse fikk vi avtalt to møter, ett i hver kommune, hvor vi fikk komme og presentere prosjektet foran alle interesserte.

Vi presenterte prosjektet i to sykepleiermøter. Vi ble godt mottatt på begge møtene og de fremmøtte virket oppriktig interessert i temaet vi presenterte. Etter at presentasjonen var gjennomført spurte vi om noen kunne tenke seg å la seg intervju. Vi fikk raskt navn og kontaktinformasjon på langt flere enn vi kunne rekke å intervju, men på grunn av frafall senere i prosessen var det godt å ha noen ekstra informanter på listen.

Kontaktpersonene på disse arbeidsplassene var behjelpelig med logistikken og tilrettelegging, så de som ønsket å delta fikk lov til å gjøre dette i sin arbeidstid. I dialog med kontaktpersonene ble det satt opp tid og sted for intervjuene.

Ifølge Kvale og Brinkmann skal man intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite (Kvale et al., 2015).

På grunn av oppgavens størrelse og den tiden vi hadde til rådighet ble det til sammen valgt ti informanter.

Vi måtte også begrense det til å gjelde intervjuobjekter som var tilgjengelige for oss i den aktuelle perioden vi hadde tilgjengelig for innsamling av data.

Informantene har ulik ansiennitet, noen er nyutdannet og andre har jobbet over lengre tid i hjemmetjenesten.

Tabell 2 - Fordeling av informanter

Kommune	Antall informanter
Kommune 1 (K1)	5
Kommune 2 (K2)	5

3.2.3 Intervjuguide

Det er hensiktsmessig å låne når man lager en intervjuguide og her har vi blant annet hentet grunnleggende poeng fra boken *Det kvalitative forskningsintervju* (Kvale et al., 2015).

Målet med å lage en intervjuguide er at vi skal få svar på problemstillingen, og at vi kan styre samtalen inn på tema vi ønsker å belyse. Sekundært er målet at vi skal lære å forske. Under utformingen av spørsmålene i intervjuguiden ble det valgt å sette opp temaer istedenfor bare spørsmål. Ved å velge å sette opp temaer på denne måten, og ikke bare konkrete spørsmål var

hensikten å ikke å styre informantenes historie, men la dem få fortelle sin historie så fritt som mulig.

Intervjuobjektet er i denne settingen hovedpersonen og vi søker at hen skal prate mest mulig. For å lykkes med det er strategien er det viktig å blant annet å stille åpne spørsmål.

Intervjuguiden ble bygd opp ved en innledende del med introduksjonsspørsmål, der vi ønsket å skape en avslappende stemning og ta opp generell informasjon. Her ønsket vi å formidle viktigheten av den informasjonen informanten deler, da vi ikke har funnet at det er gjennomført mange lignende undersøkelser tidligere.

I hoveddelen tas temaene opp og samtalen blir styrt slik at flest mulige sider blir belyst. Intervjuguiden ble utarbeidet slik at den skulle dekke kategoriene i modellen til Sittig & Singh.

Intervjuguiden ligger som vedlegg 2.

3.2.4 Kvalitetssikring av spørsmålene i intervjuguiden

I forkant av intervjuene gikk vi kritisk igjennom intervjuguiden vår for å se på om det dukket opp noen fallgruver som flyttet fokus fra temaene eller det som var ønskelig å få belyst. Dette var også viktig for å utelukke at den inneholdt noen kilder til misforståelser eller utilsiktede tolkninger.

Noen elementer som var ønskelig å unngå var å ikke stille doble spørsmål under selve intervjuet. Ved å bli for ivrige så kan en stille to spørsmål i litt for rask rekkefølge. Dette kan skape forvirring i stedet for ro og minske muligheten til å få frem historien til informanten. Negativt ladede ord og uttrykk kan skape en demper på dialogen og flytte fokus. Ledende spørsmål ønsket vi å unngå og heller stille åpne spørsmål, samtidig som vi ønsket å holde oss til temaet og få svar på problemstillingen.

En annen fallgruve kan være å fremsette påstander i spørsmålsformuleringen. Det å bruke forsterkede adjektiver som for eksempel: "Er du enig i at innføringen av VAR Healthcare har vært en dundrende fiasko?" Et mulig scenario basert på et slikt eksempel er at informanten vil være lojal overfor arbeidsgiver og søke å tone ned negative sider av saken (Jacobsen, 2015).

Lukkede spørsmål som kan besvares med ja eller nei er ikke velegnet for å lykkes med et dybdeintervju da spørsmålsstillingen eventuelt kan bremse for den frie assosiasjonen. Ved å gå i for mange fallgruver i intervjuet kunne vi risikere at det ble vi som intervjuere og ikke

informanten som pratet. Intervjuet kan bli springende og mangle struktur, eller at informanten overtar styringen og at vi ikke klarer å innhente den informasjonen som er ønskelig for oppgaven.” Jo kortere intervjuerens spørsmål er, og jo lenger intervjuerens svarer, desto bedre (Dalland, 2007).

3.2.5 Test av intervjuguide

For å teste intervjuguiden i praksis og øve på det å gjennomføre et intervju, ble det gjennomført en test. For å få testet intervjuguiden på en mest mulig realistisk måte ble den gjennomført på en annen sykepleier.

Det var nyttig å lese spørsmålene høyt og få tilbakemelding på hvordan spørsmålene ble oppfattet. Vi gjennomførte noen mindre korreksjoner etter testen. På grunn av avstand ble testen gjennomført av en av forfatterne av denne undersøkelsen. Erfaringen ble delt i etterkant. I denne samtalen ble intervjuguiden evaluert, og det ble gjort noen presiseringer for å få frem tema spørsmålene tydeligere og følge opp det vi skrev i søknaden til NSD.

Kvale og Brinkmann beskriver forskningsintervjuet som et håndverk. “Når forskerens person blir det viktigste forsknings instrumentet, blir forskerens kompetanse og håndverksmessige dyktighet- hans eller hennes evner, følsomhet og kunnskaper - avgjørende for kvaliteten på den kunnskapen som produseres” (Kvale et al., 2015).

Innspillingsutstyret ble kvalitetssikret i forkant av intervjuene. Vi hadde 2 ulike båndopptakere for å være sikrer på at vi ikke ved en feil skulle miste våre innsamlede data.

3.2.6 Gjennomføring av intervjuene

Vi valgte å ikke sende intervjuguiden til informantene på forhånd. Dette da vi ønsket å få de spontane, åpne og beskrivende svarene. Dersom informanten ikke hadde svar til noen av spørsmålene, så er det også et svar.

Informanten sin selvbestemmelse og autonomi ble ivaretatt ved at de gav et frivillig og skriftlig samtykke til å delta i prosjektet. Dette ble signert under datainnsamlingen. Her ble det påpekt at de uten begrunnelse og på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg fra prosjektet.

Datainnsamlingen var avtalt med kontaktpersonene ved hvert arbeidssted og det var satt av tid så informantene fikk fri for å delta på denne undersøkelsen.

Intervjuene ble tatt opp med utstyr som ikke var tilkoblet internett og slettet fra disse så fort de var lastet opp på sikker sone på universitetets servere.

Vi oppbevarte i tillegg en enkel koblingsnøkkel på et separat område slik at vi kunne være sikre på hvilket intervju som tilhørte den enkelte informant. Dette ble også gjort for å anonymisere informantene.

3.3 Transkribering og metode for analyse

Selve transkriberingen ble gjort kort tid etter at intervjuene var gjennomført. Dette for å ta det mens det var friskt i minne samt være så troverdig opp mot det muntlige som mulig. Alle intervjuene ble ordrett transkribert.

Da vi kodet intervjuene våre valgte vi å begynne med forhåndsdefinerte kategorier som vi har hentet fra modellen til Sittig og Sing. Dette ble gjort for å skape en god struktur vi kunne bygge videre på i diskusjonskapittelet og i konklusjonen. Kvale og Brinkmann skriver at kategoriene kan være utviklet på forhånd, som i vårt tilfelle eller de kan vokse frem i løpet av analyseprosessen. De kan hentes fra teorien eller de kan hentes fra intervjupersonenes eget ordforråd. De skriver også at en kategorisering av intervjuene i en undersøkelse kan gi bedre oversikt over store mengder data og gjøre det lettere å sammenligne og teste hypoteser (Kvale et al., 2015).

Vi valgte å importere transkripsjonene våre til analyseverktøyet NVivo, hvor vi hadde satt opp kategoriene fra modellen til Sittig og Singh. Vi gikk så igjennom alle intervjuene og kodet i henhold til disse kategoriene. Koding defineres av Kvale og Brinkmann som «Nedbryting av en tekst i håndterlige stykker og tilføyelse av et eller flere nøkkelord til et tekststykke så det senere kan gjenfinnes» (Kvale et al., 2015).

3.4 Etske vurderinger og betraktninger

«Etikk dreier seg blant annet om visjonen om det gode liv. Forskningsetikk dreier seg om visjonen om den gode forskning» (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2015).

I et forskningsprosjekt skal personopplysninger fra informanter behandles konfidensielt. Lov om behandling av personopplysninger definerer dette (Justis- Og Beredskapsdepartementet, 2018).

Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag omtaler risiko og gevinster for informantene. Det pekes på at mennesker som observeres eller intervjues alltid blottstiller noe av seg selv. Forskeren bes

være særs varsom ved bruk av kvalitative forskningsmetoder da det kan medføre skade i form av integritetskrenkelser. Det oppfordres til varsomhet dersom informanten vegrer seg for å prate om temaer (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2010).

Ved å vise empati, forståelse, åpenhet og anerkjennelse kan informanten prate om sårbare temaer. Strategier for å unngå at forskningsintervjuet skal bli en trussel for informantens selvforståelse trekkes fram som: Unngå kategoriske og entydige fortolkninger, vurdere kroppsspråk, forskeren er åpen om sitt faglige ståsted, ha dialog underveis om hvordan det som kommer frem kan forstås (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2015).

«Etiske problemstillinger oppstår når forskningen direkte berører mennesker, spesielt ved datainnsamlingen, enten den foregår gjennom deltakende observasjon, intervjuer eller eksperimenter» (Johannessen et al., 2006).

Norsk senter for forskningsdata (NSD) sier at prosjekt som skal omhandle personopplysninger som navn, fødselsnummer, kjønn, og som fører til at informantene kan gjenkjennes, er meldepliktig (Norsk Senter for Forskningsdata, 2020).

Søknad ble sendt til NSD (Ref.: 677804) og FEK og ble godkjent av begge.

Prosjektnavnet som opprinnelig ble innmeldt til NSD avviker fra hva prosjektet heter i dag, men alle andre detaljer og opplysninger er nøyaktig det samme.

Som vedlegg 1. ligger informasjons og samtykkeskjemaet.

3.5 Vurdering av undersøkelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Reliabilitet handler om dataenes pålitelighet. “Reliabilitet har med forsknings resultatenes konsistens og troverdighet å gjøre”. Resultatene vil kunne bli påvirket av forskerens samspill med informantene og den enkelte situasjonen (Kvale et al., 2015).

Vi mener at oppgavens og da særlig resultatene våre har en god reliabilitet. Vi har ti intervjuer som alle er gått igjennom av begge forfatterne og vi har gått god for hverandres transkriberinger. Ved å sammenligne hverandres transkriberinger med opptakene og vurdere om man ville skrevet noe annerledes så har vi på denne måten kunne styrke reliabiliteten i oppgaven. Dette ble gjort før vi begynte med analysen.

Validiteten omhandler mulighetene til å trekke gyldige slutninger ut fra resultatene av en studie. “I vanlige ordbøker blir validitet definert som en uttalelses sannhet, riktighet og styrke” (Kvale et al., 2015).

For å oppnå en god validitet så bestemte vi på forhånd hva og hvordan intervjuene skulle komme fram i transkriberingen. Vi ble enige om at alt som ble sagt skulle bli skrevet ned. Å oppnå en god validitet er vanskelig, men ved å ta opp validiteten med spørsmålet “Hva er nyttig for min forskning?” før vi transkriberte mener vi at vi klarte å enes om en arbeidsmåte som ville gjøre validiteten på transkripsjonene god.

Når resultatene av undersøkelsen vurderes til å ha en god reliabilitet og validitet, så kommer spørsmålet om resultatene i hovedsak er av lokal interesse eller om de kan overføres til andre kontekster og situasjoner. Hvis dette er mulig kan vi si at resultatet er generaliserbart (Kvale et al., 2015). Vi har et lite utvalg og har stort sett subjektive data så vi kan ikke si at våre funn i hovedsak er generaliserbare, men vi tror at enkelte av våre funn kan overføres til flere andre lignende miljøer.

Vi ønsker å undersøke praksis i to kommuner. Fortrinnsvis i geografisk nærhet til der vi bor, slik at arbeidet vårt blir overkommelig. Kommunene VAR Healthcare har gitt oss navn på kontaktpersoner i, er mellomstore kommuner i norsk målestokk, og vil derfor være representative for kommuner av samme størrelse og budsjett. Alle kommuner i Norge blir pålagt de samme kravene fra staten når det kommer til å yte helsehjelp, men det er stor forskjell på en kommune med 200 innbyggere og en kommune med 700.000 innbyggere. Dermed blir det vanskelig å finne en eller flere kommuner som ville være representative for Kommune-Norge som en helhet..

3.6 Metodekritikk

Vi vil nå kort beskrive noen refleksjoner over valg av metode og utvalg. Dette vil bære preg av en del ubegrunnede undringer og udokumenterte utsagn.

3.6.1 Metode

Ved at vi valgte kvalitativ metode, som en metode som vi mente passet til å svare på vår problemstilling, valgte vi med det samme bort muligheten for å gjøre en større kvantitativ undersøkelse. I retrospekt kan vi spørre oss selv om vi kanskje kunne fått de samme svarene fra en spørreundersøkelse, hvis den var godt nok utarbeidet. Da vi ikke har noen større erfaring med å utforme spørreundersøkelser, landet vi på at det tryggeste for oss var å velge et intervju, på tross av fordelene et elektronisk spørreskjema kunne gitt oss. Som f.eks. å måle forhåndsdefinerte responser hos relativt mange respondenter. Men vi mener at vårt prosjekt kanskje kan resultere i at noen andre plukker opp stafettpinne og utfører en større kvantitativ undersøkelse basert på våre funn.

3.6.2 Utvalg

Ved at det var en ansatt i VAR Healthcare som gav oss navn på et utvalg kontaktpersoner, så kan vi ikke være sikre på at disse var tilfeldig utvalgt, eller om dette er personer i kommuner hvor bruken av VAR står sterkt. Hvis dette er tilfellet, vil dette kunne påvirke om resultatene vi fikk er generaliserbare. Det er naturlig å tro at VAR Healthcare satt oss i kontakt med personer i vårt «område» utelukkende basert på geografisk bekvemmelighet for oss, men en kan aldri være sikker. Vi har heller ikke spurt VAR Healthcare om vi fikk tildelt «utstillingsvinduerne». Men en undring rundt dette tror vi er viktig å få med.

Kontaktpersonene i kommunene satt oss også i kontakt med anbefalte informanter. Her kan vi heller ikke være sikre på at vi fikk et bredt utvalg. Vi satt heller ingen krav til kommunene om dette, så denne usikkerheten er helt på vår kappe. Her kunne vi ha bedt om et bredt utvalg, men også her ble det lagt vekt på hvem som hadde lyst til å stille opp og at de hadde anledning, fremfor noe annet.

4.0 Resultater

Her i dette kapittelet vil vi presentere våre funn. Kapittelet er delt inn under overskriftene fra vår valgte modell.

Informantene vil bli navngitt på følgende måte: i =informant+nummer+ k =kommune+1 eller 2.

Informantene vil alltid bli titulert ved bruk av det kjønnsnøytrale pronomenet «hen», dette for å sikre anonymisering.

Kommunene vil bli navngitt k =kommune+1 eller 2.

F.eks.:

Kommune nummer 1 = $k1$

Informant nummer 1 fra kommune nummer 1 = $i1k1$.

4.1 Hardware & Software Computing Infrastructure

Alle informantene sier at de har tilgang på VAR på arbeidsstasjonene sine når de er “inne”.

Samtlige informanter kan også fortelle om et system som fungerer godt både på stasjonær og bærbare maskiner.

Begge kommunene har VAR integrert i sin EPJ, og man kan koble prosedyrene mot pasientenes tiltaks/pleieplan. Denne funksjonen fungerer godt på stasjonære og bærbare maskiner, men kun $k2$ har denne funksjonen på sine mobile enheter.

$I3k1$ forteller at hen har tilgang til VAR på kommunens ipad, men at hen opplever dekningsproblemer og derfor ofte har med utskrifter fra VAR til områder med dårlig internettdekning.

4.2 Clinical Content

$I1k1$ beskriver innholdet i prosedyrene som godt, men at det ofte er for avansert skrevet og at detaljnivået enten er for høyt eller for lavt. Det savnes en mellomting. Informanten beskriver at prosedyrene er for lite tilpasset en arbeidshverdag i kommunen og kommer med følgende utsagn:

“Ofte så er det en sterile prosedyrer på sykehuset også gjør vi ikke en steril prosedyre her”.

Videre beskriver hen at når man skal ta stilling til om en prosedyre fra VAR skal benyttes så går de igjennom den i fellesskap, og hvis de finner den dekkende så blir den tatt i bruk.

Informanten forteller også om en praksis som går ut på at de forenkler prosedyrene, slik at den blir mer tilpasset og lettere å følge.

I2k1 beskriver at innholdet i fagprosedyrene er “mer enn godt nok” og at funksjonen hvor man kan se begrunnelse for tiltakene er en god støtte. Hen poengterer også viktigheten med at alle prosedyrene i VAR er kunnskapsbaserte og garantert oppdaterte.

Informanten forteller også at kommunen har overtatt ansvaret for pasienter med et spesielt pleiebehov og at VAR sin prosedyre for å utføre dette stellet ble bestemt som behandlingsmetode. Denne prosedyren påførte pasientene det gjaldt smerter, så informanten gjorde et søk på Youtube for å se om hen utførte prosedyren korrekt. Her fant hen ut at prosedyren i VAR og fremgangsmåten på Youtube avvok fra hverandre. Ved å følge metoden fra Youtube opplevde ikke pasienten lenger prosedyren som smertefull. Intervjuer stiller da spørsmål om hen hadde gitt tilbakemelding til VAR på dette, noe hen da svarer nei på. Informanten forteller også at hun ikke kjenner til muligheten om hvordan hen gir tilbakemelding på prosedyrer.

Informanten forteller deretter at hen skal gjøre det, slik at endringen kan bli kontrollsjekket og at flere pasienter kan nyte godt av “oppdagelsen”.

I3k1 forteller også at hen syns at prosedyrene er for rettet mot spesialisthelsetjenesten, og at de med fordel kunne vært “litt mere runde i kantene”.

I4k1 beskriver prosedyrene som gode. Hen trekker frem at de er godt strukturert og at de er lettfattelig og punktvis presentert. Hen beskriver at prosedyrene gir hen det hen har behov for. Videre beskriver hen at hen bruker prosedyrene uten begrunnelse i situasjoner hvor hen føler seg trygg og at hun benytter seg av prosedyrer med begrunnelse i situasjoner der prosedyren er ny, eller i situasjoner hvor hen har med seg student og behovet for begrunnelse er større.

Informanten nevner også viktigheten med at prosedyrene er kvalitetssikret og oppdaterte, i motsetning til en tidligere praksis hvor prosedyrene ble produsert og vedlikeholdt lokalt.

I5k1 beskriver prosedyrene som “veldig fine” og “lett forståelig” når de sees på en skjerm. I tilfeller hvor prosedyrene må skrives ut opplever informanten ofte problemer, uten at hen utdyper dette ytterligere. Illustrasjonene blir fremhevet som et godt virkemiddel.

I1k2 forteller også om funksjonen hvor man kan velge “med” eller “uten begrunnelse” og at dette er en god funksjon. Hen nevner også at det er lett å finne ut om det er gjort endringer i prosedyren, hvor og hvorfor det er gjort. Hen trekker også frem funksjonene “kunnskapsstoff” og “kunnskapstest” som gode faglige supplement. Hen ønsker seg også en mer utskriftsvennlig versjon av prosedyrene.

I2k2 forteller at prosedyrene er gode og at funksjonen “med og uten begrunnelse” er et godt hjelpemiddel.

I3k2 gjør et poeng ut av det samme som flere av de andre informantene med at prosedyrene er for tilpasset en arbeidshverdag i sykehus, men er klar på at hen må forholde seg til de og følge de så godt hen kan. At de er oppdaterte og kvalitetssikret er også noe hen verdsetter høyt. At de er kunnskapsbaserte gjør at hen føler seg tryggere i pasientbehandlingen.

I4k2 er også av den oppfatning av at innholdet holder en høy Standard. Igjen blir funksjonen med at man kan velge å se begrunnelse trukket frem som noe positivt. Hen meddeler at hen alltid bruker prosedyrene med begrunnelsen synlig.

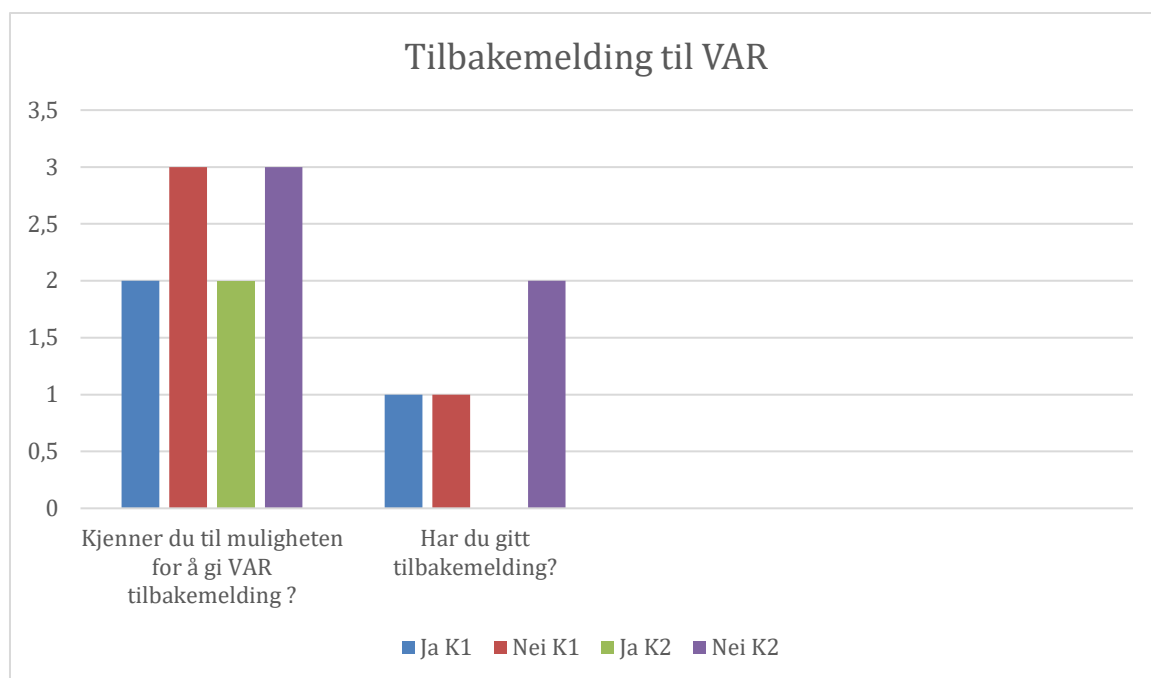
“Selv om jeg har gjort prosedyren mange ganger før så synes jeg det er greit å friske opp litt”

At prosedyrene er kvalitetssikret og kunnskapsbaserte blir igjen løftet frem som viktig. Hen har høy tillit til prosedyrene i VAR og sier at i situasjoner der det foreligger to prosedyrer, f.eks. en fra sykehuset og en fra VAR, blir prosedyren fra VAR foretrukket.

I5k2 beskriver funksjonen “med begrunnelse” som god hvis man er usikker på hvorfor man skal gjøre som beskrevet.

“Om du føler et punkt kanskje er unødvendig så står det der begrunnelse for hvorfor du skal gjøre det”

At prosedyrene virker å være mer rettet mot sykehus blir igjen påpekt. Hen forteller at ofte så krever utførelsen av prosedyrene et utvalg sterilt utstyr de ikke har tilgjengelig i kommunen. I de tilfellene blir noen av trinnene “hoppet over” fordi man ikke har utstyr eller fasiliteter til å følge prosedyren slavisk.



Figur 7 - Informantenes kjennskap til å kunne gi tilbakemeldinger til VAR

4.3 Human-Computer Interface

I1k1 forteller at hun synes det kan være vanskelig å finne frem til riktig prosedyre, og at man må treffe veldig nøyaktig med riktige ord for at søkefunksjonen skal ta deg til riktig prosedyre.

I2k1 beskriver at hen tidligere var veldig godt kjent med bruken av PPS, men etter at programmet ble til VAR synes hen det ble litt vanskelig å orientere seg. Grunnet endringer i design og struktur. Men at hen har lært seg å bruke det på nåværende tidspunkt.

“Det er bare å klikke litt rundt, så finner en ut av det, kanskje søke litt annerledes å bruke noen andre søkeord”

Innholdet i menyen er godt inndelt, og det er lett å navigere seg mellom tester, kunnskapsstoff og prosedyrer.

Hen savner dog en metode å filtrere søkene sine på. Hen gir følgende eksempel:

“Hvis jeg søker på kateter, så burde jeg kunne hake av for om det gjelder mann eller dame, om det er størrelsen jeg lurer på, at man kan filtrere på flere ting- det har jeg savnet”

I3k1 forteller at det tar tid å lete etter det man skal finne. Hen opplever at det er vanskelig å finne riktig prosedyre. Søkefunksjonen er “litt tuklete” og hen skulle ønske at det var enklere å få en oversikt, allerede fra startsidene.

I4k1 trekker også frem at det er vanskelig å søke. Søkemotorer er kresen på valg av ord ifølge informanten. Når man først har funnet frem til riktige søkeord og får noen treff, får man flere relevante valg og det mener informanten er en bra ting. Hen mener at VAR er oversiktlig og godt strukturert.

I5k1 forteller at hen aldri har hatt noen problemer med å navigere seg rundt i VAR og sier også at søkefunksjonen fungerer godt. Programmet i sin helhet oppleves også enkelt å bruke.

I1k2 har brukt VAR såpass lenge og mye at hen opplever det som en naturlig del av arbeidshverdagen. Hen synes det er lett å finne frem til prosedyrene.

I2k2 sier hen synes VAR er lett å bruke, og at hun navigerer mest med å klikke seg frem i menyen. Hen benytter ikke søkefunksjonen, da hen selv sier at “å klikke” er lettere. Hen nevner ikke at søkefunksjonen er dårlig.

I3k2 forteller at VAR er brukervennlig uten å utdype dette ytterligere.

I4k2 erfarer at designet er godt egnet til innholdet, hen synes at menyen er selvforklarende og at det er lett å finne frem. Både via søk og meny.

I5k2 forteller at hen synes overgangen fra PPS til VAR var utfordrende. Hen bruker primært VAR på telefonen og erfarer at det er vanskelig å finne frem der.

“Du må blant annet trykke på en egen mappe for utstyrliste, den kommer ikke direkte opp”

Informanten benytter ikke “PC-versjonen” så mye, fordi hen primært leser prosedyren i bilen før hen går inn til brukeren. Hen navigerer seg oftest frem via søkefeltet, men kommenterer også at søkemotoren er “kresen”.

4.4 People

I1k1 er VAR-kontakt og har deltatt på flere kurs i regi av VAR. Hen forteller at VAR ikke blir brukt til noen form for undervisning der hen jobber. Hen forteller også at hen tror at over halvparten av de ansatte mest sannsynlig ikke har hørt om VAR en gang, men hvis hen sier “PPS” så kanskje det “ringer noen bjeller”. Hen forteller videre at det ikke blir brukt av hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere. Hen anslår at VAR er bedre kjent blant sykepleierne enn

hos de andre yrkesgruppene. Hen beskriver også at systemet blir lite brukt også av sykepleierne, og at det er sykepleiestudentene som skiller seg ut i graden av bruk. Sykepleierne er også flinke til å henvise til VAR hvis en student lurere på noe.

I2k1 forteller at VAR blir brukt mye til intern undervisning. Hen forteller at de alltid sjekker VAR før de skal ha undervisning for ny og oppdatert informasjon. Hen refererer også til en kollega som er sårsykepleier og forteller at hen også bruker VAR til å holde seg oppdatert. Hen tror ikke alle sykepleierne har det som vane å bruke VAR daglig. Hen trekker frem sykepleiestudenter som en gruppe som bruker det mye.

I3k1 identifiserer sykepleiestudentene som de mest kyndige i bruk av VAR.

“For å si det sånn, så er det de som har lært opp oss. Mer enn noen andre”

I4k1 forteller at det er høy aksept for å bruke VAR blant kolleger og at sykepleiestudenter kan mye om VAR. De kommer til praksis med tiltro og tillit til VAR.

I5k1 har et inntrykk av at VAR er en prioritert kilde når det kommer til hvor sykepleiere går når de skal innhente kunnskap.

I1k2 forteller at VAR brukes mye til intern undervisning. VAR er et anerkjent verktøy blant de ansatte og informanten gir alle nyansatte en kort innføring i bruk av systemet. Hen trekker frem at hen også er nøye med å vise studenter i praksis hvordan man benytter seg av programmet selv om de allerede kjenner til det fra utdanningen. Dette gjøres på bakgrunn av at hen ser at ikke alle studenter er “like flinke” til å bruke det, men at de må begynne med det når de starter i praksis.

I2k2 beskriver også at VAR blir brukt til intern undervisning og at VAR er anerkjent som et godt verktøy blant de ansatte. Hen trekker også frem at sykepleierstudenter er godt kjent med VAR fra utdanningen.

I3k2 informerer at VAR blir brukt til intern undervisning og også på “sykepleiermøter” hvor de går igjennom planene til pasientene. Hen identifiserer nyutdannede sykepleiere som en gruppe som er vant til å bruke VAR.

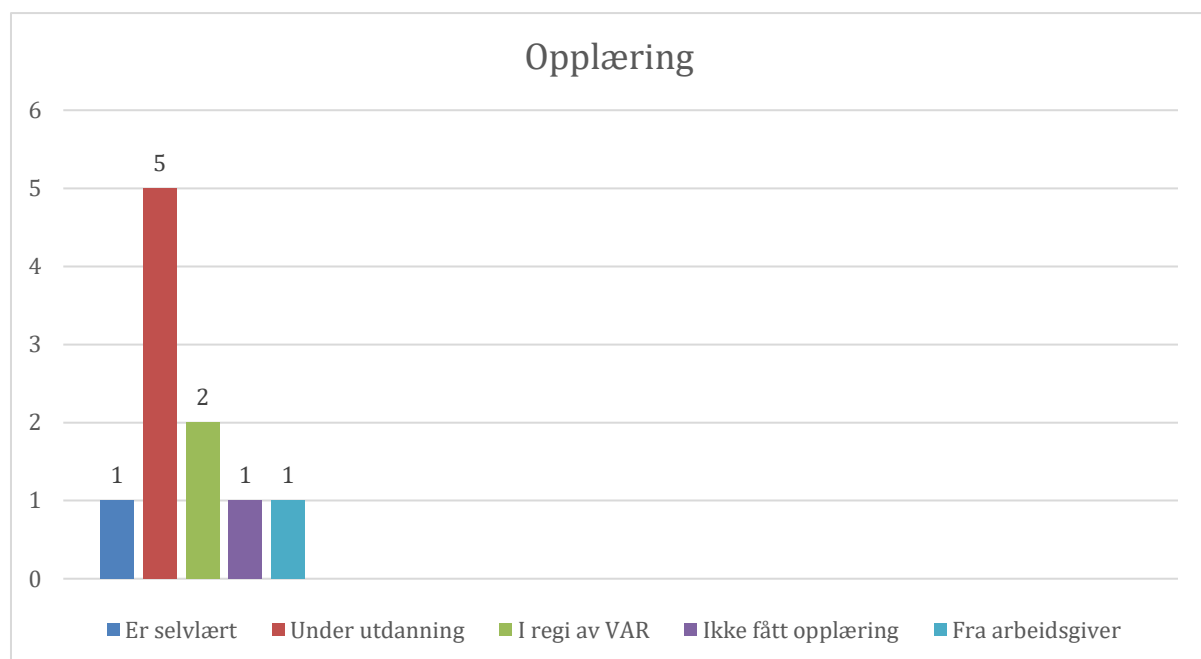
“De er vant til å bruke det som et redskap, de har det på telefoner, pader og hjemme”

Dette står i kontrast med hvordan hen oppfatter bruken blant helsefagarbeidere, der hen mener at mange av de ikke vet hva det er. Hen tror også VAR hadde vært tjent med å markedsføre seg litt mer overfor andre yrkesgrupper i helsevesenet.

I4k2 forteller at sykepleierne er vant med å bruke VAR, men er tvilende til om “hjelpepleierne” er like flinke. Hen sier hun ofte får spørsmål fra de om hvordan de skal bruke VAR og eller hvordan de skal utføre en prosedyre.

VAR blir brukt til intern undervisning, ikke nå nylig, men tidligere har det blitt brukt mye. Dette kan bero på tilfeldigheter ifølge informanten. Bruk av VAR er anerkjent blant kolleger og hen sier at hun ikke tror at det er noen som “har noe spesielt imot det”.

I5k2 har inntrykk av at det er mest sykepleiere som bruker VAR, hen er usikker på hvor mange helsefagarbeidere som bruker det. Hen identifiserer fagsykepleier på avdelingen som en ressurs som man kan spørre om hjelp med VAR og med prosedyrer.



Figur 8 - Oversikt over hvilken opplæring informantene har fått

4.5 Workflow and Communication

I1k1 forteller at hen har tilgang på VAR “inne på kontoret”, men at en må skrive ut prosedyren hvis hen trenger å ta den med til pasienten. Utskriften av prosedyren blir da liggende igjen hos pasienten, til den enten er foreldet eller ikke lenger er aktuell.

Ved usikkerhet ved hvordan en prosedyre skal utføres forteller informantene at hun først rådfører seg med kolleger, men hvis prosedyren er ny “for alle” eller at det er veldig viktig å utføre den korrekt vil hen hente informasjonen fra VAR. Hen meddeler at også Google ofte kommer før VAR i hierarkiet når det kommer til foretrukket kilde til kunnskap og

informasjon. Dette utdypes videre med at hvis man står flere og diskuterer om hvordan man skal utføre en prosedyre er det fort gjort å ta frem telefonen å google det. Informanten sier deretter at hvis man av en eller annen grunn betviler kvaliteten på det man finner, så vil man kontrollsjekke det i VAR.

Informanten sier også at man gjerne bruker VAR som utgangspunkt når de trenger en prosedyre, men at de gjerne redigerer den til å bli mer enkel og mindre detaljert. Denne forenklete prosedyren blir da oppbevart på et ark hjemme hos pasienten, og i noen tilfeller blir den også lagret lokalt på kommunens pc.

I2k1 sier at det på intervjutidspunkt skjer mange endringer i kommunen, så det er ikke alltid prosedyrene samsvarer med hva de faktisk gjør. Hen beskriver også at de skriver ut prosedyrene fra VAR og oppbevarer de hjemme hos pasienten. Utskriftene fra VAR bli merket med dato. Hver sykepleier har ansvar for å holde prosedyrene til sine primærpasienter oppdaterte.

Hen svarer nei på om noen av VAR sine funksjoner har erstattet manuelle rutiner som tidligere var på papir.

I3k1 omtaler inntoget av VAR som en revolusjon.

“Tidligere hadde jeg ting i permer og jeg måtte stadig kontakte sykehuset for å holde prosedyrene oppdatert (..) Jeg har alltid jobbet med fagarbeid så jeg syns dette var en stor forbedring”

Hen beskriver arbeidet med å holde egenutviklede prosedyrer oppdaterte som nærmest umulig og er glad for at dette tilhører fortiden.

Informanten forteller også at de skriver ut prosedyrene fra VAR når de skal bruke de hos en pasient.

Hen viser til et eksempel ved at når det oppstår diskusjoner og usikkerhet rundt en prosedyre sjekker man prosedyren sammen i VAR og når de involverte får lest prosedyren oppstår det ofte en enighet rundt hvordan prosedyren skal utføres. Dette står i sterk kontrast med hvordan slike situasjoner kunne være før de hadde tilgang til VAR.

Det at man har oppdaterte prosedyrer når man stadig får flere nye pasientgrupper som tidligere ble behandlet i sykehus oppleves også som en stor fordel.

“Vi hadde ikke klart oss uten”

I4k1 beskriver også en arbeidsflyt hvor man ser på prosedyrene “på kontoret” og at man ofte tar med seg en utskrift hjem til pasienten. Hen er også nøye med å merke prosedyrene med dato/versjon slik at det skal være lett for andre som utfører prosedyren å sjekke om det er den nyeste oppdaterte versjonen som ligger hjemme hos pasienten.

Hen forteller også at de nå har fått tilgang på Ipad, men at det fremdeles er knyttet noe usikkerhet til hvordan man skal bruke disse.

I5k1 bruker VAR når hen skal ta i bruk nye prosedyrer eller prosedyrer som det har vært lenge siden hen har utført. Hen leser seg opp på prosedyrer når hun tilrettelegger for at pasienten kommer hjem fra sykehuset. Hen bruker også VAR for å lære bort prosedyrer til andre.

Det blir skrevet ut prosedyrer fra VAR som blir oppbevart hjemme hos pasientene.

I1k2 forteller at hen har en slags rolle med å følge opp at VAR blir brukt på riktig måte på sitt arbeidssted. Hen opplever at mye kunnskap går i arv, uten at man faktisk har vært inne i VAR og undersøkt hva som faktisk stemmer og gjelder. Hen oppfordrer alle til å sjekke VAR fremfor å spørre hverandre for å utelukke en potensiell feilkilde. Hen forteller at i de tilfellene oppfordringen blir fulgt, så får de involverte også med seg eventuelle oppdateringer i prosedyrene.

I2k2 forteller også at hen oppbevarer utskrifter av VAR prosedyrer i veska si, og ser at dette er en potensiell kilde til at prosedyrene som blir utført ikke er garantert oppdaterte. Men praksis er, ifølge informanten å skrive ut prosedyrene med jevne mellomrom, slik at man til enhver tid bærer på en oppdatert prosedyre. Hen meddeler at det er de som skriver ut prosedyrene sitt ansvar å makulere de gamle når de blir erstattet med en nyere versjon.

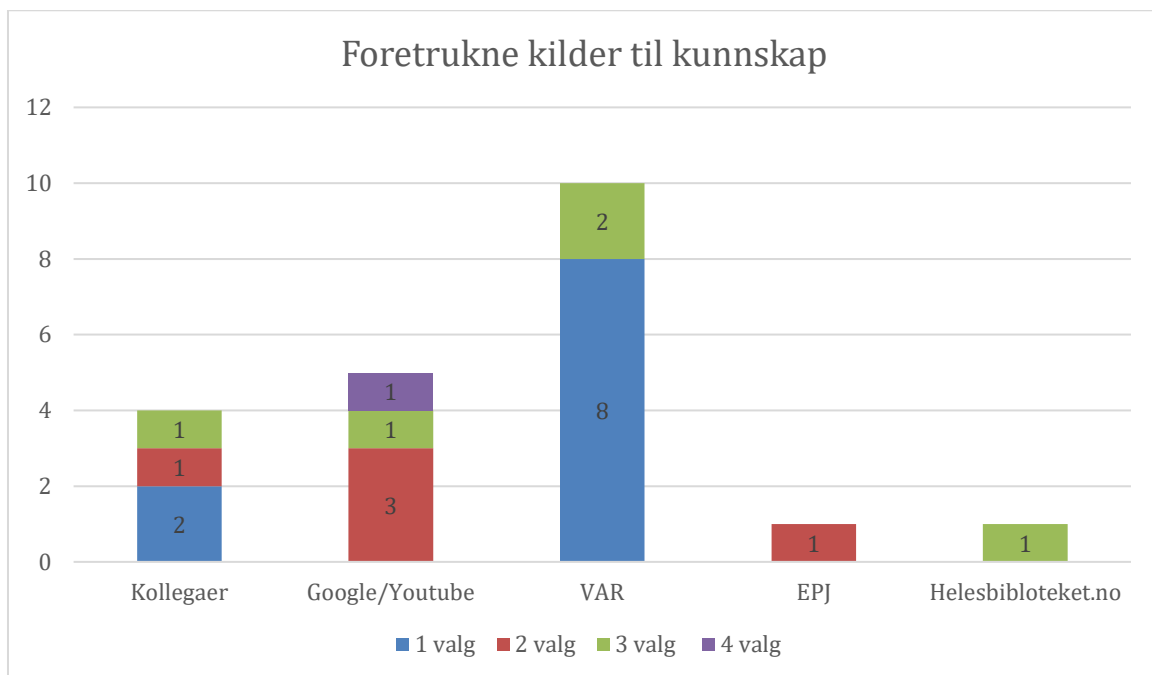
I3k2 informerer om at når hen skal utføre nye prosedyrer så leser hun seg opp i VAR, og det forventes også at studenter gjør det. Hen forteller også at det brukes mye i forberedelsene når de skal motta nye pasienter. Prosedyrene blir skrevet ut og oppbevart hos pasientene.

I4k2 kan fortelle at tidligere fikk man ofte med prosedyrer fra sykehuset, det hender ikke så ofte lenger, nå benyttes VAR i veldig stor grad. Tidligere hadde man også et prosjekt i kommunen som lagde egne prosedyrer, dette prosjektet er avsluttet og prosedyrene er ikke lenger i bruk, de er erstattet av VAR. Informanten ser at dette er fordelaktig da man nå ikke trenger å bekymre seg over hvorvidt prosedyrene er oppdaterte eller ikke.

I5k2 meddeler at hen bruker VAR når det er noe hen er usikker på, eller om det er lenge siden hen har utført en spesiell prosedyre. Hen bruker det også for å se hvilket utstyr hen må medbringe til pasienten. Hen forteller også at hen liker å lese prosedyren på forhånd, nettopp fordi hun ikke kan stå inne hos pasienten “å stuke med telefonen”.

“Da sitter jeg heller i bilen og forbereder meg”

Hen forteller at hen ikke har som praksis å ta med utskrifter hjem til pasienter, men at de oppbevarer utskrifter fra VAR i en perm til bruk på øvelsesavdelingen.



Figur 9 - Informantenes foretrukne kilder til kunnskap i prioritert rekkefølge

4.6 Internal Organizational Policies, Procedures, Environment, and Culture

I1k1 forteller at det ikke ligger noen spesifikke føringer fra nærmeste leder om at de er pålagt å bruke VAR sine prosedyrer fremfor andre.

I2k1 forteller at det ligger en oppfordring fra nærmeste leder om at de skal bruke prosedyren i VAR. Men ingen klar instruks.

I3k1 informerer om at leder verdsetter bruk av VAR, men ingen klar føring ligger forankret.

I4k1 forteller at enhetsleder kom med en klar beskjed om at lokale prosedyrer ikke lenger skulle utvikles og vedlikeholdes da de innførte VAR.

I5k1 kan ikke erindre om det ligger noen konkret føring fra ledelsen om at det er VAR som skal brukes som prosedyreverk. Samtidig sier hen at leder stoler på at de velger riktig prosedyre for pasientene og at hvis de ikke hadde hatt VAR hadde de etterspurt noe annet å bruke. Informanten sier så at man som nyansatt får beskjed om at “her skal vi bruke VAR” og at man blir introdusert for det samtidig som man får opplæring av virksomhetens EPJ.

I1k2 mener at når kommunen har kjøpt VAR så ligger det en indirekte føring om at dette skal brukes. VAR er også distribuert på alle pc'er som benyttes av pleiepersonell. Hen forteller videre at leder har delegert ansvaret for VAR til informanten, så i dette tilfellet er det informanten sin oppgave å sørge for at alle ansatte benytter VAR.

I2k2 kjenner ikke til om det ligger noen bestemmelser om at de må benytte VAR.

I3k2 svarer på spørsmålet om det ligger noen føringer fra nærmeste leder om at man skal benytte VAR på følgende måte:

“Hun er til stede og hun vet at vi bruker det”

I4k2 forteller at de blir oppfordret til å bruke VAR og med dette trekker hun slutningen om at det med dette må ligge en forventning fra ledelsen sin side om at det blir brukt.

I5k2 informerer om at det ble bestemt at man skulle begynne å bruke VAR samtidig som arbeidet med å utvikle egne prosedyrer ble avvirket.

4.7 External Rules, Regulations, and Pressures

I1k1 problematiserer bruken av prosedyrer som blir sendt med pasienten fra behandlere i spesialisthelsetjenesten. Det kan være prosedyrer som finnes i VAR, men som allikevel kan avvike fra hverandre.

I3k1 forteller også om at spesialisthelsetjenesten sender med egenutviklede prosedyrer til pasienter, og at det da blir spørsmål om man skal bruke den eller en tilsvarende prosedyre i VAR.

I4k1 beskriver også tilfeller der pasienter får med prosedyrer fra spesialisthelsetjenesten. Hen sier at det blir naturlig å følge den som fulgte med pasienten, men at det blir dobbeltsjekket med VAR hvis prosedyren er helt ukjent eller ny for kommunen.

I5k1 savner et felles nasjonalt system som alle følger og som det er noen som har ansvar for å holde oppdatert. Dette kunne hindre at man sitter hver for seg og lager de samme prosedyrene, mener informanten.

I1k2 forteller at det hender de mottar prosedyrer fra spesialisthelsetjenesten som de selv må oppdatere når de sammenligner prosedyren med VAR. Det kan være detaljer som er utdaterte, og at man fremdeles kan benytte prosedyren etter at man har oppdatert disse.

I3k2 opplever at prosedyrene de får fra spesialisthelsetjenesten ofte er svært samkjørte med VAR. Hen forteller også at det forventes at man benytter prosedyren som følger med pasienten fra spesialisthelsetjenesten.

I4k2 forteller at det hender at man får prosedyrer fra spesialisthelsetjenesten, da ofte i sammenheng med at man har vært på undervisning eller kurs. I ettertid av slike kurs benytter man ofte prosedyren fra spesialisthelsetjenesten hvis man får pasienter med denne aktuelle problematikken.

I5k2 mener det hadde vært lettere om spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeidet, eller ble enige om hvilke prosedyrer som gjelder for pasientgrupper man har et delt ansvar for. Hen refererer til pasienter med sår som blir fulgt opp på poliklinikk. Denne pasientgruppen får ofte prosedyrer som er laget spesielt for de, men ofte med en metodikk som er vanskelig å etterstrebe i hjemmet.

4.8 System Measurement and Monitoring

I1k1 forteller at det ikke er noen som overvåker bruken av VAR. Hen sier at ingen har kontroll på eller fører noen statistikk på hvor mye det blir brukt.

I2k1 informerer om at det ikke er noen som oppgave å passe på at VAR blir brukt. Hen nevner at "fagkoordinator" på avdelingen allikevel er veldig flink til å oppfordre alle til å bruke det. Informanten har heller aldri hørt at liten eller gal bruk av VAR er noe stort problem.

I3k1 sier også at det ikke er noen med "haukeblikk" som passer på de, men hen tror det hadde blitt lagt merke til av de andre sykepleierne hvis det plutselig ble benyttet prosedyrer som ikke er fra VAR.

I4k1 er også av den oppfatning at det ikke er noen som kontrollerer om de bruker VAR. Hen sier at de har stor tillit fra ledelsen, og at det forventes at de velger riktige prosedyrer. Derimot er sykepleierne flinke til å passe på hverandre, ifølge informanten.

I5k1 forteller at det ikke er noe system som overvåker bruken av VAR, men at det er primærkontakt som alltid skal sørge for at prosedyren blir oppbevart i mappa til pasienten. Hvis prosedyren ikke ligger der den skal blir det lagt merke til, og det er i seg selv en måte å kontrollere det på, sier informanten.

I1k2 forteller at hen i sin rolle som fagsykepleier har ansvaret for å sørge for at VAR blir brukt av de andre ansatte. Hen forteller også at avdelingslederne av og til sjekker om VAR blir knyttet til pasientens pleieplan i kommunes EPJ. Dette blir gjort for å gi tilbakemeldinger til ansatte, slik at de kan forbedre sin praksis knyttet til dette.

I2k2 sier at det er avdelingens fagsykepleier har ansvar for å lære opp de ansatte i bruk av VAR, men at det ikke er noen som direkte følger med på om det blir brukt eller ikke. Hen sier det beror på at det ikke foreligger noe system for det.

I3k2 forteller at det ikke er noen som direkte følger opp bruken av VAR, men at det ofte har fokus på sykepleiermøtene.

I4k2 kjenner ikke til om det er noen som følger opp bruken av VAR på sin avdeling.

I5k2 sier også at hun ikke kjenner til om det er noen som overvåker bruken av VAR på avdelingen.

5.0 Diskusjon

Her i dette kapittelet vil det bli sett på hovedfunn i lys av teorien, forskningsspørsmål, litteratur, egne erfaring og betraktninger. Kapittelet er delt inn under overskriftene fra vår valgte modell.

Oppgavens formål har vært å undersøke: *“Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmetjenesten i to norske kommuner med VAR Healthcare som prosedyreverk?”*

5.1 Hardware & Software Computing Infrastructure

Under denne kategorien ble det funnet fellestrekk som at “alle informantene sier at de har tilgang på VAR på arbeidsstasjonene sine når de er “inne”. Samtlige informanter kan også fortelle om et system som fungerer godt både på stasjonære og bærbare maskiner.

I Modellen til Sittig & Singh så fokuseres det på maskinvare og programvare som noe vesentlig som må ligge til grunn for å muliggjøre bruk av et program eller system. Den viser også til at brukere flest tenker ikke på at maskin og programvare eksisterer, før det oppstår feil eller problemer. Vi ser at informantene er positive til programvaren og rapporterer om at det fungerer godt på de datamaskinene de bruker inne på kontorene. Det at systemet virker er trolig med å øke brukernes tilfredshet med systemet (Sittig & Singh, 2015).

En kan undre seg over at de er så fornøyde her når litteraturen problematiserer dette. Ord som Tungvinte, mangelfulle og begrensede arbeidsverktøy som gir dobbeltarbeid og lavere utnyttelse av kompetanse enn nødvendig er beskrevet i dokumentet Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017 - 2022. Det kommer ikke frem hvor lenge de har brukt VAR Healthcare og om de har brukt systemet over tid så kan det tenkes at barnesykdommer er luket bort.

Det kommer frem at flere av informantene har vært på ulike kurs/seminar i regi av VAR Healthcare. Dette har trolig økt kunnskapen om hvordan de best kan utnytte og bruke programvaren og kan spille inn på tilfredsheten av å bruke programvaren. Vi har ikke spurt om hvor gammel maskinparken er. Om informantene har gammelt, slitt og eller treg maskinvare kan det spille inn på tilfredsheten med bruken.

Når informanten er ute hos brukerne har ikke alle informantene denne brukerstøtten fra VAR Healthcare på sine håndholdte enheter. Det er på disse håndholdte enhetene informantene har sine arbeidslister med navn på brukeren og en kort oversikt over hva brukeren har vedtak på.

Samtidig som det fremheves i litteraturen at av vi er underveis i reisen fra papirbaserte til digitale arbeidsprosesser. Så kommer der frem i denne studien at prosedyren er på papirer ute hos noen av pasientene. Det er gjort store fremskritt i digitalisering av arbeidsprosesser de siste årene. En kan undres om det er det disse fremskrittene vi ser et fravær av her. (Rotegård & Fossum, 2019).

Det kan se ut som de ansatte her har nok tilgang på datamaskiner når de er inne på kontorene og at de opplever at systemene virker tilfredsstillende. Begge kommunene har VAR integrert i sin EPJ, og man kan koble prosedyrene mot pasientenes tiltaks/pleieplan. Denne funksjonen fungerer godt på stasjonære og bærbare maskiner, men kun k2 har denne funksjonen på sine mobile enheter.

«I3k1 forteller at hen har tilgang til VAR på kommunens ipad, men at hen opplever dekningsproblemer og derfor ofte har med utskrifter fra VAR til områder med dårlig internettdekning».

Fra nasjonalt hold så påpekes det at beslutningsstøtte til helsepersonell skal inngå i journalsystemet. Dette skal hjelpe helsepersonell til å ta riktig beslutning ved valg av behandling eller dosering av medisiner (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2012a).

I praksisfeltet i denne undersøkelsen så ser vi at det virker når de er inne på kontoret, men ikke ute hos pasienten der jobben skal utføres. Noen bruker sine private telefoner for å hente prosedyrene de trenger.

5.2 Clinical Content

Under denne kategorien ble det avdekket at informantene er godt fornøyde med det faglige innholdet i datasystemet. Spesielt trekkes det fram som positivt at de kan velge en forenklet versjon og en versjon med forklaringer.

Erfaringene informantene deler ser ellers ut til å variere noe.

I1k1 beskriver innholdet i prosedyrene som godt, men at det ofte er for avansert skrevet og at detaljnivået enten er for høyt eller for lavt. Det savnes en mellomting. Informanten beskriver at prosedyrene er for lite tilpasset en arbeidshverdag i kommunen og kommer med følgende utsagn:

“Ofte så er det en sterile prosedyrer på sykehuset også gjør vi ikke en steril prosedyre her”.

Modellen i denne kategorien omfatter alt data på datamaskinen - informasjon- kunnskap som er lagret i systemet. Det refererer til strukturert og ustrukturert tekst, tall og bilder som er lagret i programmet. Informasjonen i dette tilfellet omhandler prosedyrene som sykepleieren trenger for å utføre sykepleie til sine pasienter.

Samtidig kommer det frem at de erfarer at flere av prosedyrene er krevende å få gjennomført ute i hjemmene hos brukerne da de opplever at de er mest tilpasset en institusjon som for eksempel sykehus. *I3k1 forteller også at hen syns at prosedyrene er for rettet mot spesialisthelsestjenesten, og at de med fordel kunne vært "litt mere runde i kantene".*

Flere informanter trekker fram at de er fornøyde med at prosedyren finnes i 2 utgaver. Den ene er en forenklet utgave og den andre har med forklaringer. *Hen meddeler at hen alltid bruker prosedyrene med begrunnelsen synlig. "Selv om jeg har gjort prosedyren mange ganger før så synes jeg det er greit å friske opp litt"*

En annen forklarer hvorfor hen foretrekker å bruke prosedyren med forklaring.

I5k2 beskriver funksjonen "med begrunnelse" som god hvis man er usikker på hvorfor man skal gjøre som beskrevet. Om du føler et punkt kanskje er unødvendig så står det der begrunnelse for hvorfor du skal gjøre det"

Regjeringens overordnede mål for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring og bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser. Her ser vi at «Kommunenes ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er understreket gjennom ny kommunal helse- og omsorgslov. Bestemmelsene inneholder krav om styring og ledelse og tydeliggjør virksomhetenes ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet.» (Direktoratet for E-Helse, 2017b).

Det kommer fram at informantene også har fokus på kvalitet og pasientsikkerhet.

Vi ser at de er opptatt av" *At prosedyrene er kvalitetssikret og kunnskapsbaserte. Hen har høy tillit til prosedyrene i VAR og sier at i situasjoner der det foreligger to prosedyrer, f.eks. en fra sykehuset og en fra VAR, blir prosedyren fra VAR foretrukket.*

Samtidig som flere ønsker seg prosedyrer som er mer tilpasset situasjonen de står i når de jobber hjemme hos pasientene." *Prosedyrer virker å være mer rettet mot sykehus. Hen forteller at ofte så krever utførelsen av prosedyrene et utvalg sterilt utstyr de ikke har*

tilgjengelig i kommunen. I de tilfellene blir noen av trinnene “hoppet over” fordi man ikke har utstyr eller fasiliteter til å følge prosedyren slavisk.

En av Informanten forteller også om en praksis som går ut på at de forenkler prosedyrene, slik at den blir mer tilpasset og lettere å følge. I den sammenheng kan en undre seg over om det kan være en kilde til feil om en avviker fra prosedyren og lager egne forenklende prosedyrer.

5.3 Human-Computer Interface

Under denne kategorien ble det avdekket at flere av informantene erfarer at søkemotoren i dataprogrammet kunne vært bedre.

I1k1 forteller at hun synes det kan være vanskelig å finne frem til riktig prosedyre, og at man må treffe veldig nøyaktig med riktige ord for at søkefunksjonen skal ta deg til riktig prosedyre. En annen trekker fram at hen opplevde denne funksjonen var bedre før.

I2k1 beskriver at hen tidligere var veldig godt kjent med bruken av PPS, men etter at programmet ble til VAR synes hen det ble litt vanskelig å orientere seg. Grunnet endringer i design og struktur. Men at hen har lært seg å bruke det på nåværende tidspunkt.

Modellen fra Singh og Sittig innebærer aspekter som å se, høre og berøre. Det gjør det mulig for en bruker å samhandle med en programvare på en datamaskin. Dette omfatter feil eller manglende funksjoner, samt ergonomiske aspekter som arbeidsstilling

Det blir beskrevet som et grensesnitt som gjør det mulig for ubeslektede enheter å samarbeide (Sittig & Singh, 2015).

For at brukeren skal samhandle med programvaren så trengs det kunnskap om dette.

Helse- og omsorgsdepartementet tok våren 2013 initiativ til HelseOmsorg21. Målet med HO21 er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester. Ved satsning på økt kunnskap er et av målene å styrke kompetanse og bruk av grundige beslutningsunderlag ved prioritering og innføring av e-helsetiltak. Satsningsområdene er kunnskapsløft for kommunene. Ved lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2014).

Informantene beskriver at det tar tid å lete etter det man skal finne. En informant opplever at det er vanskelig å finne riktig prosedyre. Søkefunksjonen er “litt tuklete” og informanten skulle ønske at det var enklere å få en oversikt, allerede fra startsidene.

I rapporten fra Helse og Omsorgsdepartementet 2014, blir det beskrevet at kommunene gjennom samhandlingsreformen har fått flere helserelaterte oppgaver med et større ansvar for både behandling og oppfølging av pasienter. Det pekes også på at ”utnyttelse av IKT og e-helse gir bedre samhandling, logistikk, pasientflyt og behandling, men også her er svakhetene det manglende samspillet med fragmenterte beslutninger og løsninger (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2014).

Det kommer ikke frem fra informantene om arbeidsstilling for å bruke utstyret er tilfredsstillende. Det kommer frem at det bruker programvaren på kontoret eller på egne mobiler når de sitter i bilen før de går inn til brukeren.

5.4 People

Teorien i denne kategorien omhandler mennesker. Det omfatter alle involverte personer både utviklere, sluttbrukere og fremtidige brukere av et system. Disse menneskene må ha den riktige kunnskapen, ferdighetene og treningen som kreves for å utvikle applikasjoner som er trygge, effektive og enkle å bruke. Pasienter eller deres omsorgspersoner er i tråd med den nyeste utviklingen stadig viktigere brukere av HIT. Modellen peker på bekymring om at denne gruppen ikke kan ha den samme kunnskap eller kompetanse til å håndtere nye helseinformasjons teknologier.

Flere av informantene trekker frem at det er mest sykepleiere som bruker VAR, hen er usikker på hvor mange helsefagarbeidere som bruker det. Hen identifiserer fagsykepleier på avdelingen som en ressurs som man kan spørre om hjelp med VAR og med prosedyrer. En annen informant tror ikke alle sykepleierne har det som vane å bruke VAR daglig. Hen trekker frem sykepleiestudenter som en gruppe som bruker det mye. I3k1 identifiserer sykepleiestudentene som de mest kyndige i bruk av VAR.

“For å si det sånn, så er det de som har lært opp oss. Mer enn noen andre”

Samtidig som informantene beskriver bruk av teknologien så kommer det frem at VAR blir brukt til intern undervisning og også på “sykepleiermøter” hvor de går igjennom planene til pasientene. Hen identifiserer nyutdannede sykepleiere som en gruppe som er vant til å bruke VAR. «De er vant til å bruke det som et redskap, de har det på telefoner, padder og hjemme”

Sykepleiestudenter og nyutdannede blir her fremhevet som en ressurs på å ha denne kunnskapen og bruke teknologien. Satsning på å øke kunnskapen er et av målene i Nasjonal handlingsplan for e-helse. *Arbeide for at e-helse og digitalisering inkluderes i utdanning og*

videreutdanning av helsepersonell. (Direktoratet for E-Helse, 2017b). En kan jo tolke at det merkes i praksisfeltet når studentene og nyutdannede blir sett på som en ressurs når det gjelder å ta i bruk og bruke dette digitale prosedyre verktøyet som er VAR Healthcare.

I Figur 8 kommer det frem at 50 % av informantene har fått sin opplæring i VAR når de var under utdanning. En kan tolke dette at regjeringens mål med å styrke opplæringen på skolene har effekt. 10 % av informantene er selvlært, 20 % har fått opplæring i regi av VAR, 10 % oppgir å ikke ha fått noen opplæring og 10 % har fått opplæring i regi av arbeidsgiver. Det er ikke kartlagt ansiennitet og når informantene avsluttet sin utdanning. Dette ville kunne sagt oss noe om de som er relativt nyutdannede trolig hadde lært dette under utdanning, mens de som er eldre har lært dette enten på kurs i regi av VAR, eller intern opplæring av sin arbeidsgiver. Det å være selvlært eller å ikke ha fått noen opplæring kan tolkes som at de har klart å lære seg systemet på egen hånd, noe som kan tyde på at VAR Healthcare er intuitivt.

5.5 Workflow and Communication

Teorien i denne kategorien omhandler samarbeid og betydelig toveis kommunikasjon mellom helsepersonell og teknologi. Teorien peker på at denne kommunikasjonen ofte er avgjørende for å kunne yte pasientbehandling på en effektiv måte.

Her i denne dimensjonen står de for de skritt som trengs for at hver pasient får den omsorgen de trenger på det tidspunktet de trenger den. Dette gjelder også mellom helsepersonell og teknologi. Det er sjelden at informasjonssystemet passer eksakt til klinikkens arbeidsflyt. Derfor er det ofte slik at informasjonssystemet må tilpasses arbeidsflyten eller at arbeidsflyten må tilpasses helseinformasjonssystemet (Sittig & Singh, 2015).

Hva når kommunikasjonen og informasjonsflyten sviket? I stortingsmelding 11 Kvalitet og pasientsikkerhet 2017 omtales det at det er en stor risiko for svikt i helse og omsorgstjenesten, og det kan ha store konsekvenser både for pasienter, pårørende og ansatte. Internasjonale studier anslår at halvparten av de uønskede hendelsene som fører til pasientskade kunne vært unngått (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2017).

Det kommer fram at begrensninger i teknologien hindrer noen av informantene i å ha tilgang til prosedyren digitalt der de utfører arbeidet, i hjemmet hos pasienten. I den ene kommunen har informantene ikke tilgang til den digitale prosedyren på sin håndholdte enhet og i den andre kommunen har de tilgang til VAR på sine håndholdte enheter, men det er flere steder

det er for dårlig internetdekning slik at de ikke har tilgang til den oppdaterte versjonen av prosedyren.

Det som blir avdekket er at informantene skriver ut prosedyren på papir og legger den ut hjemme hos pasienten. Her kan det være en kilde til feil dersom prosedyren på papir ikke blir oppdatert dersom m det kommer nye oppdaterte prosedyrer.

På spørsmål om VAR har erstattet papirprosedyrer er svaret ja. En informant beskriver før de begynte med PPS - som er forløperen til VAR så hadde de alle prosedyrer på papir og i permer. De har de ikke nå. Samtidig kommer det frem at siden de ikke har internettilgang alle steder ute hos brukerne eller at VAR er integrert i journalsystemet så må de ha dette på papir ute hos brukeren. I den ene kommunen er VAR integrert i journalsystemet og der beskriver informantene at de har tilgang til VAR. Mulig dette kan tolkes som at det finnes parallelle systemer. De prosedyrene de får fra sykehuset som ikke er laget i VAR kan tolkes som et parallelt system eller en annen kilde til kunnskap.

Det som kommer frem er at informanten beskriver at man gjerne bruker VAR som utgangspunkt når de trenger en prosedyre, men at de gjerne redigerer den til å bli mer enkel og mindre detaljert. Denne forenklete prosedyren blir da oppbevart på et ark hjemme hos pasienten, og i noen tilfeller blir den også lagret lokalt på kommunens pc. Samtidig så kommer det også frem at det skjer mange endringer i kommunen. Dette fører til at ikke alltid prosedyrene samsvarer med hva som faktisk skal utføres. Informanten beskriver også at de skriver ut prosedyrene fra VAR og oppbevarer de hjemme hos pasienten. Hver sykepleier har ansvar for å holde prosedyrene til sine primærpasienter oppdaterte.

I artikkelen til Ann Kristin Rotegård settes det fokus på utfordringer med å ha lokale utviklede prosedyrer:

«Når det er lokal utvikling av prosedyrer så finnes det mange variasjoner til en og samme prosedyre. Her trekkes frem at oppdatering av prosedyrer varierer og det er ikke alltid en klar arbeidsflyt for hvor, når og av hvem oppdateringer blir utført» (Rotegård & Fossum, 2019).

En innbygger - en journal er bygget på grunntanken på at den rasjonelle måten å dele informasjon på i en digital verden ville være at informasjonen befinner seg på et sted. De som har bruk for, trenger og har lov til å se den får tilgang til informasjonen på ett sted. Ved å se

informasjonen der den ligger uten at den må dupliseres eller sendes blir den tilgjengelig (Hauge, 2017).

5.6 Internal Organizational Policies, Procedures, Environment and Culture

Teorien i dette kapittelet omhandler interne og organisatoriske retningslinjer. Dette innbefatter elementer som politikk, prosedyrer og kultur. Her disse elementer påvirker hverandre i den sosiotekniske modellen. Organisatoriske ledere er ansvarlig for å føre tilsyn med alle aspektene av HIT systemet som anskaffelse, implementering, bruk, overvåkning og evaluering. Spesielt viktig er det derfor å påse at både innhold og bruk av helseinformasjon teknologien er i tråd med virksomhetens retningslinjer (Sittig & Singh, 2015).

Studien viser at informantene har ulik oppfatning på om det ligger klare føringer fra leder på hvordan og om man skal benytte VAR.

I1k1 forteller at det ikke ligger noen spesifikke føringer fra nærmeste leder om at de er pålagt å bruke VAR sine prosedyrer fremfor andre.

I2k1 forteller at det ligger en oppfordring fra nærmeste leder om at de skal bruke prosedyren i VAR. Men ingen klar instruks.

I3k1 informerer om at leder verdsetter bruk av VAR, men ingen klar føring ligger forankret.

Alle informantene oppgir at de bruker VAR, også de som ikke opplever at der er klare forventninger fra leder om å bruke VAR.

Interne regler og forskrifter blir ofte opprettet i respons til eksterne regler og forskrifter. Helsepersonell trenger tilgang til råd og anbefalinger i kunnskapsbaserte faglige retningslinjer for å sikre pasienter riktig diagnose, pleie og behandling. Eksisterende retningslinjer er sjelden utviklet i tråd med nye definisjoner og standarder for kunnskapsbaserte faglige retningslinjer (Holtermann, 2016).

Helsetjenesten i Norge har i mange år laget titusenvis av fagprosedyrer. Ved å dele og koordinere disse unngår man dobbeltarbeid, og får bedre kvalitet på innholdet. Dette burde være bakgrunnen for at leder burde legge konkrete føringer for bruken av VAR.

5.7 External Rules, Regulations, and Pressures

Teorien i dette kapitlet omhandler det som står for ytre krefter. Hva som legger føringer eller plasserer begrensninger i konstruering, utvikling, implementering, bruk og evaluering av et system (Sittig & Singh, 2015).

I denne studien definerer vi ytre krefter som blant annet nasjonale retningslinjer.

En innbygger - en journal er bygget på grunntanken på at den rasjonelle måten å dele informasjon på i en digital verden ville være at informasjonen befinner seg på et sted. De som har bruk for, trenger og har lov til å se den får tilgang til informasjonen på ett sted. Ved å se informasjonen der den ligger uten at den må dupliseres eller sendes blir den tilgjengelig (Hauge, 2017).

Andre ytre krefter vi har indentifisert i denne studien er samarbeidspartnere som sykehus/ spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket sender ofte med sine egenutviklede prosedyrer når de skriver pasienter ut fra sykehus til kommunene.

Studien viser at informantene peker på utfordringer ved bruken av prosedyrer som blir sendt med pasienten fra behandlere i spesialisthelsetjenesten. Det kan være prosedyrer som finnes i VAR, men som allikevel kan avvike fra hverandre. Her kommer også frem at når spesialisthelsetjenesten sender med egenutviklede prosedyrer til pasienter, blir det spørsmål om man skal bruke den medsendte eller en tilsvarende prosedyre i VAR.

De peker på at ytre krefter i form av sykehuset sine rutiner, kan stride mot de interne rutinene de bruker som de finner i VAR.

I4k1 beskriver også tilfeller der pasienter får med prosedyrer fra spesialisthelsetjenesten. Hen sier at det blir naturlig å følge den som fulgte med pasienten, men at det blir dobbeltsjekket med VAR hvis prosedyren er helt ukjent eller ny for kommunen.

Helse og Omsorgs departementet skriver at beslutningsstøtte til helsepersonell skal inngå i journalsystemet. Dette skal hjelpe helsepersonell til å ta riktig beslutning ved valg av behandling eller dosering av medisiner (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2012a).

Hvis utfordringen informantene står ovenfor er at samarbeidspartnere i stor grad baserer sine prosedyrer på egne interne prosedyrer slik Eiring et al påpeker i sin artikkel, vil det kunne medføre en risiko å benytte seg av disse (Eiring et al., 2010).

5.8 System Measurement and Monitoring

Teorien i dette kapitlet er ifølge Singh og Sittig stort sett utelatt i andre teoretiske modeller. Ifølge teorien må HIT evalueres regelmessig.

Evalueringen bør bestå av tilgjengelighet, i hvilken utstrekning og til hvilke egenskaper og funksjoner som er tilgjengelige og klare for bruk. Hvordan klinikere får hjelp av forskjellige funksjoner i programvaren, hastigheten, gevinstrealisering, effektiviteten av systemet og uønskede hendelser. Målinger bør gjøres før og etter implementering av nye systemer. Man bør også måle og evaluere kvaliteten på pleien som følge av ny HIT (Sittig & Singh, 2015).

Direktoratet for e helse beskriver at det per i dag ikke foreligger noe godt informasjonsgrunnlag om e- helseaktivitet. De beskriver at dette er i ferd med å endre seg. Det planlegges for årlig revisjon av den 4 årlige nasjonale handlingsplanen for å justere mål og tiltak i henhold til utredninger som er gjennomført (Direktoratet for E-Helse, 2017b).

Informantene gir tilbakemelding om at de ikke oppfatter at det er noen systematisk overvåkning av om de bruker VAR.

I1k1 forteller at det ikke er noen som overvåker bruken av VAR. Hen sier at ingen har kontroll på eller fører noen statistikk på hvor mye det blir brukt.

Dette er gjennomgående hos informantene. Vi ser at *fagkoordinator* i k2 blir trukket frem som en som oppfordrer til bruk.

I2k1 informerer om at det ikke er noen som oppgave å passe på at VAR blir brukt. Hen nevner at "fagkoordinator" på avdelingen allikevel er veldig flink til å oppfordre alle til å bruke det. Informanten har heller aldri hørt at liten eller gal bruk av VAR er noe stort problem.

Helsetjenesten blir beskrevet å være inne i en brytningstid hvor betingelsene endres og etablerte måter å arbeide på er satt under press. Det vises gjennom den økende digitaliseringen og hvor nye informasjonssystemer lever parallelt med papirbaserte og analoge systemer. Hellesø og Olsen peker også på at en av utfordringene er kravet til økt standardisering (Rotegård & Fossum, 2019).

I denne studien kan det tyde på at informantene opplever oppfølgingen av bruk av VAR som ulikt. Der I4k1 er av den oppfatning at det ikke er noen som kontrollerer om de bruker VAR. Hen sier at de har stor tillit fra ledelsen, og at det forventes at de velger riktige prosedyrer. Derimot er sykepleierne flinke til å passe på hverandre, ifølge informantene. Studien avdekker at fagkoordinator, som er en av informantene er at hen i sin rolle som fagsykepleier har

ansvaret for å sørge for at VAR blir brukt av de andre ansatte. Hen forteller også at avdelingslederne av og til sjekker om VAR blir knyttet til pasientens pleieplan i kommunes EPJ. Dette blir gjort for å gi tilbakemeldinger til ansatte, slik at de kan forbedre sin praksis knyttet til dette.

Det har ikke lyktes med å avdekke om det er gjort noen evaluering av bruken av VAR. Derimot er det gjort en konseptutredning i forbindelse med utredningen av en innbygger en journal. Her kommer det frem at nullalternativet, som innebar at alle fikk fortsette med å videreutvikle sine egne systemer uten et system med nasjonal styring, kom dårligst ut (Hauge, 2017).

I teorien til Sittig og Singh så beskrives det at foreløpige undersøkelser av HIT med fokus på sikkerhet og effektivitet har demonstrert den potensielle verdien av å vurdere alle 8 dimensjoner til å forutse, diagnostisere og korrigere en rekke problemer (Sittig & Singh, 2015).

6.0 Konklusjon

Vår konklusjon blir presentert med å legge frem hovedfunnene for hver dimensjon, for å så komme med forslag til hvilke andre dimensjoner som bør adresseres for å optimalisere hver enkelt dimensjon. Vi vil også si litt om hvorvidt vi har klart å besvare våre forskningsspørsmål, og eventuelt hvorfor vi ikke har klart å besvare de.

Tabell 3 - Hovedfunn og forslag til hvordan andre dimensjoner kan adresseres for å optimalisere hver enkelt dimensjon.

Dimensjon fra modell	Hovedfunn	Hvilke dimensjoner som bør adresseres:
1. Hardware and software	God tilgang på utstyr på kontoret, nok datamaskiner. Begge har VAR integrert i sin EPJ, kun k2 har VAR integrert i sin EPJ på håndholdt enhet. Begge kommuner har utfordringer med bruk av VAR hjemme hos pasientene.	*Her bør software delen av samme dimensjon forbedres slik at VAR fungerer like godt på alle enheter som måtte benyttes.
2. Clinical Content	Høy grad av tilfredshet med innholdet og designet på programvaren. Muligheten til å se prosedyre med og uten begrunnelse verdsettes høyt. Prosedyrene kunne vært mer tilpasset en hverdag i hjemmetjenesten. 40% av informantene kjenner til muligheten til å gi tilbakemelding til VAR, men kun 25% av disse har benyttet seg av muligheten.	*Samme dimensjon bør videreutvikles i samme positive retning, samt at man burde sett på mulighetene til å tilpasse prosedyrene etter hvor og av hvem de skal brukes. *Dimensjon 3 bør adresseres slik at funksjonen for å gi tilbakemelding blir mer synlig.
3. Human Computer Interface	Flere av informantene var misfornøyde med søkemotoren.	*Her bør dimensjon 1 forbedres på databasenivå, slik at man kan søke bredere og få treff med f.eks. synonymer.
4. People	Kun 1 informant har fått opplæring i regi av arbeidsgiver. Studenter blir identifisert som en ressurs.	Her bør det gjøres en endring i dimensjon 6, at arbeidsgiver bør legge til rette for kurs. Kanskje kan studenter eller nyutdannede være en ressurs i undervisningsøyemed.

5.Workflow and Communication	Vi ser en utbredt praksis med at informantene tar med seg utskrifter fra VAR hjem til pasientene.	Det bør settes fokus på dimensjon 1, at man får utnyttet potensialet i teknologien. F.eks. ved at de ansatte får distribuert VAR på kommunens telefoner. I kommuner der VAR er tilgjengelig på håndholdt enhet bør det etterstrebes å bruke funksjonen via EPJ.
6.Organizational Policies and Procedures	Informantene har ulik oppfatning på om det ligger klare føringer fra leder om bruk av VAR. På tross av dette, benytter alle VAR, da det er det eneste de har tilgjengelig. De har ingen egenutviklede fagprosedyrer.	Leder burde tydeliggjøre sine og kommunens forventninger til bruk. Leder bør kunne være en mer tydelig person i dimensjon 4.
7.External Rules, Regulations, And Pressures	Flere informanter påpeker situasjonen med at pasienter ofte får med seg prosedyrer fra spesialisthelsetjenesten, og at praksis rundt bruken av disse er noe diffus.	Leder og faglig ansvarlig bør tydeliggjøre praksis rundt bruken av disse. Dimensjon 6 bør adresseres.
8.System Measurement and Monitoring	Det kommer ikke frem om systemet eller bruken av systemet evalueres på noen systematisk overordnet måte.	*Det burde være en automatisk tjeneste som ser på forholdet mellom prosedyrer inkludert i pasientens pleieplan og hvor hyppig og av hvem de benyttes. Dette bør utbedres i dimensjon 1. Samtidig bør leder ha en tydeligere rolle for å følge opp bruken av VAR. Enten personlig, eller ved å delegere ansvaret. Dette bør utbedres i dimensjon 4.

*= Forslag som er rettet til utvikleren av VAR.

6.1 Svar på forskningsspørsmål

Vi stilte i kapittel 1.5 følgende forskningsspørsmål:

1. Har kommunen nedfelt føringer om bruk av VAR?
2. Hvilke føringer har sykepleierne fått av sine ledere når det kommer til bruk av VAR?
3. Gjenspeiler grad av ledelsesforankring grad av bruk?
4. Eksisterer det parallelle systemer eller flere kilder til samme kunnskap?
5. Har innføringen av VAR gjort lokalt utviklede prosedyrer overflødige?
6. Blir VAR brukt til kompetanseheving/undervisning/oppslagsverk?
7. Hva er den foretrukne kilden til kunnskap hos de ansatte?

Informantene opplever ikke at kommunen har noen spesielle føringer om bruk av VAR

Healthcare, samtidig så ser vi at alle informantene er godt kjent med programmet.

Informantene har ingen felles forståelse om hvilke føringer arbeidsgiver har gitt, men bruken av programmet ser ikke ut til å påvirkes av dette.

VAR sin posisjon hos de spurte kommunene er i en særklasse, da ingen av kommunene lenger utvikler egne fagprosedyrer, det eksisterer ingen konkurrerende system på overordnet nivå, og VAR sitt inntog i kommunene har ene og alene æren for at man ikke lenger utvikler egne prosedyrer systematisk.

Foruten å bli brukt til prosedyreverk benyttes VAR i noen grad til internundervisning, og flere av informantene har VAR som en mye brukt kilde til kunnskap. 80% av informantene har VAR på førsteplass som foretrukken kilde til kunnskap.

6.2 Implikasjoner for videre praksis

Det burde tilstrebes å «lukke sløyfa» å gå vekk fra praksis med papirutskrifter, så man er sikre på at man hele tiden opererer med ny og oppdatert prosedyre. For å lykkes med å erstatte papirprosedyrer sett i lys av funn fra denne undersøkelsen, vil det være behov for bedre internettdekning og at personalet får opp prosedyren på sine håndholdte enheter som de har med seg.

6.3 Implikasjoner for videre forskning

Det hadde vært spennende om noen tok denne undersøkelsen videre i en større skala for å se om våre funn samsvarer med andre kommuner i landet.

Pasientskader og avvik i kommuner som bruker VAR er også et område som burde bli undersøkt nærmere.

6.4 Styrker og svakheter ved studien

Det som er spennende med denne studien er at vi bruker en relativt ny teori. Vi finner ikke mye forskning på dette temaet vi har valgt. Ved å bidra til ny kunnskap anser vi dette som en styrke.

En svakhet er at vi har hatt en liten gruppe med informanter. Det hadde vært spennende og hatt med flere kommuner. Dette ble valgt på grunn av tilgjengelig tid og størrelsen på denne studien.

Graden av bruk av VAR er ikke lett å måle i denne type studie da vi ikke har laget noe annet verktøy enn dialog og informantenes opplevelser og erfaringer. Tall og prosenter ville gjort det lettere å vise til resultater i akkurat dette spørsmålet.

Ved å ha stilt andre spørsmål rundt evalueringen av VAR kunne vi muligens fått andre og mer utfyllende svar. Vi håper og tror at vi likevel har bidratt til å bevisstgjøre informantene og den som leser denne oppgaven med økt kunnskap rundt dette temaet.

6.5 Avslutning

Avslutningsvis vil vi nevne at aktualiteten ved temaet i denne oppgaven, kan sees i lys av at prosedyrer er daglig i bruk i dagens helsetjeneste. En kan visualisere dette ved å tolke at prosedyren er verktøyet til den som utfører helsehjelpen. Ved å ha godt nok verktøy sikrer det at arbeidet blir best mulig. Vi erfarer gjennom å arbeide i helsetjenesten under denne pandemien hvor viktig gode og tilgjengelige prosedyrer og kilder til kunnskap er.

Vi ser at Virginia Henderson kommentarer fortsatt er relevant:

«En forsker som ikke finner, reviderer og bygger på beslektet forskning, er opptatt med å finne opp hjulet en gang til – det er å sløse med tid og vanligvis også med andre folks penger»
(Henderson et al., 1998).

7.0 Litteratur

- Aase, K. (2019). Norge er fortsatt ikke best på pasientsikkerhet. Hentet 10.04.2019 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/11/12/norge-er-fortsatt-ikke-verdens-beste-pa-pasientsikkerhet/>
- Amdahl, P. (2019). Fakta: Så mange pasientskader og alvorlige hendelser skjer. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/09/fakta-sa-mange-pasientskader-og-alvorlige-hendelser-skjer>
- Bruland, K. (2017). VAR Healthcare, tidligere PPS, med nytt design og funksjonalitet. Hentet 03.01.2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/1125682/17036/VAR-Healthcare-tidligere-PPS-med-nytt-design-og-funksjonalitet>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015). Hva er forskningsetikk? Hentet fra <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hva-er-forskningsetikk/>
- Direktoratet for e-helse. (2017a). *Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022*. Hentet fra <https://ehelse.no/strategi/e-helsestrategi>.
- Direktoratet for e-helse. (2017b). *Nasjonal handlingsplan for e-helse (2017-2022)*.
- Eiring, Ø., Pedersen, M. S., Borgen, K. & Jamtvedt, G. (2010). Prosedyrearbeid – meningsløst mangfold? ; The making of clinical procedures – meaningless diversity? : Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (nr.47). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012a). *Én innbygger – én journal : Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. (nr.9). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.,
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012b). *God kvalitet – trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (Meld. St. 10). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21 - Et kunnskapssystem for bedre folkehelse*. Oslo: Helsedepartementet Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseo-msorg21_strategi_web.pdf?id=2266705.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. (Meld. St. 11). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/>.
- Helsebiblioteket.no. (2016). Kvalitativ metode. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
- Henderson, V., Mellbye, S. & Munkeby, A.-M. (1998). *Sykepleiens natur : en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforl.
- Hernæs, N. (2010). Hver post,sin prosedyre. *Sykepleien*, 98(6), 10,11. Hentet fra <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/363789.gen-ext.pdf>.

- Holtermann, M. (2016). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Abstrakt forl.
- Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) (2018).
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nissen, R. & Martinsen, K. (2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk senter for forskningsdata. (2020). Personverntjenester. Hentet fra <https://nsd.no/personvernombud/>
- NTB. (2018, 05.10.2018). Helse vest får bot på 1,5 millioner etter at Djabrail (6) døde av feilbehandling. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/nyheter/helse-vest-far-bot-pa-15-millioner-etter-at-djabrail-6-dode-av-feilbehandling/70287084>
- Nylenna, M. (2018). Historikk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/om-fagprosedyrer/historikk>
- Otterlei, S. S. (2018, 12.09.2018). Sykehuset gjorde samme feil i 1999 – Helsetilsynet vil straffe dem for Djabrails død. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/hordaland/sykehuset-gjorde-samme-feil-i-1999--helsetilsynet-vil-ha-dem-straffet-for-djabrails-dod-1.14022859>
- Repstad, P. (1987). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rotegård, A. K. & Fossum, M. (2019). *Fra oppslagsverk til beslutningsstøtte – VAR Healthcare som case*. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 177–200). doi:<https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch9>
- Sittig, D. F. & Singh, H. (2015). A New Socio-technical Model for Studying Health Information Technology in Complex Adaptive Healthcare Systems. I V. L. Patel, T. G. Kannampallil & D. R. Kaufman (Red.), *Cognitive Informatics for Biomedicine: Human Computer Interaction in Healthcare*. Cham: Springer International Publishing, Cham.
- Tholens, B. & Bjørnhaug Johansen, L. (2019). #I RISIKOSONEN. *Sykepleien*, 5.
- VAR Healthcare. (2016). Historien om VAR Healthcare. Hentet fra <https://www.varhealthcare.no/var/no/om-oss/article.action?contentId=105928>

Vil du delta i forskningsprosjektet
” Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmetjenesten i to norske kommuner med VAR Healthcare som prosedyreverk?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *undersøke og samle kunnskap om dette teamet*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne masteroppgaven er å samle inn kunnskap og nok informasjon til å kunne foreta en kvalitativ undersøkelse og tolke disse funnene. Det skal ende opp som en masteroppgave i emnet Helse og Sosialinformatikk ved Universitetet i Agder (UiA), Norge.

Opplysningene vi samler inn skal kun brukes til denne oppgaven og datamaterialet fra intervjuet vil bli slettet når oppgaven er gått igjennom sensuren juni 2020. Opplysningene vil bli anonymisert og vi følger universitetets retningslinjer for personvern og datalagring.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Førsteamanuensis Santiago Gil Martinez ved UiA Grimstad er ansvarlig for dette forskningsprosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er i kraft av din stilling som sykepleier i kommunehelsetjenesten og som følge av kontakt vi har hatt med VAR Healthcare.

Vi innhenter tillatelse fra din arbeidsgiver til å foreta denne undersøkelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil møte oss og delta i et intervju på 30 – max. 45 min. Samtalen vil bli tatt opp. Vi tar kontakt med deg for å avtale tid og sted. Opplysningene blir lagret på en sikker sone på universitetets OneDrive område.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine data og informasjon vil bli deretter

slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun vi og veileder ved UiA som vil ha tilgang til informasjonen du gir.

Dine rettigheter:

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes [11 Juni.2020]. Etter det vil lydopptakene og transkriberingen bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiA Grimstad har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved Santiago Gil Martinez (epost: Santiago.Martinez@uia.no; tlf.: 91617967)
- Vårt personvernombud: Ina Danielsen (epost: Ina.Danielsen@uia.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.
- Nina Abusland (Student) og Sigurd Borgås (Student) (epost: nabusland@gmail.com; tlf.: 99319856 og epost: sigurdborgas@gmail.com; tlf.: 99587436)

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Santiago Gil Martinez)

Studenter
Nina Abusland og Sigurd Borgås

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmetjenesten i to norske kommuner med VAR Healthcare som prosedyreverk?**» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet i Juni 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 - Intervjuguide

Første del av intervjuet:

- Takke for at vedkommende ønsker å bidra for å belyse problemstillingen.
- Vi presenterer oss.
- Informere om viktigheten av informantens kunnskap.
- Vi informerer om bakgrunnen for prosjektet.

Presisere at informantens kunnskap er av stor viktighet for denne forskningen.

Generelt:

- Erfaringer fra bruk av VAR Healthcare (VAR).

Hardware/Software/Innhold/UI

- Erfaring som bruker - design, brukervennlig, tilgjengelighet,
- Teknologi/ tilgjengelig og oppdatert programvare - tilgjengelig på pc, nettbrett og mobile løsninger?
- Har man tilgang og tid til å bruke på dette verktøyet gjennom hele arbeidsdagen?
- Har noen av VAR sine funksjoner erstattet manuelle papir rutiner?
- Kjenner du til om det er mulighet til å gi tilbakemelding på prosedyrene eller innholdet i VAR til eieren av programmet?
 - (Hvis ja) Vet du om noen har gitt tilbakemelding?

Kunnskap/undervisning/Oppslagsverk

- Brukes VAR til intern undervisning?
- Bli det benyttet som en kilde til kunnskap / oppslagsverk?
- Hvor leter man hvis man lurer på en prosedyre?
- Hvilken av disse kildene blir foretrukket av sykepleierne?
- Og hvorfor blir den ene oftest valgt?
- Sett i sammenheng med xxxxx som er kommunens eget prosedyreverktøy/kvalitetssystem, kan du si noe om hva som blir brukt oftest for å innhente kunnskap?
- Kan du si noe om hvordan den praktiske bruken av VAR er ute i praksisfeltet?
- Beskriv hvordan opplæring du har fått
- Er det noen som sjekker/følger opp bruken av VAR? Hvis ja, på hvilken måte?

Ledelse og pasientsikkerhet

- Er informanten delaktig i å utforme, evaluere og revidere interne prosedyrer i kommunen?
- Påvirker bruken av VAR lokalt utviklede fagprosedyrer?
- Ligger det føringer eller forventninger fra din leder mht bruk av VAR?
- Er det anerkjent av kollegaer å bruke dette verktøyet?
- Utvikler man lokale prosedyrer som allerede finnes i VAR?

- Bruker man innhold fra VAR i egne prosedyrer?
- Eksisterer det parallelle systemer eller flere kilder til samme kunnskap?
- Har innføringen av VAR gjort lokalt utviklede prosedyrer overflødige? Til hvilken grad, på hvilket nivå?
- Linker man til VAR fra eget kvalitetssystem?

Avslutning

- Kan du oppsummere dine erfaringer med VAR?
- Er det noe du som bruker tenker burde vært annerledes?
- Forbedringspotensial?
- Er det noe du kan tenke og dele med oss innenfor dette temaet som vi ikke har spurt deg om?

Vedlegg 3 - Problemformuleringslogg

Dato	Problemformulering / Tema	Hypotese	Metode	Hvorfor ikke
29.08	Digitale prosedyrer i en kommune	Blir potensialet utnyttet – hvorfor ikke	Kvantitativt	Vid problemstilling
29.08	Hva er målet med innkjøp av digitale prosedyreverktøy i en kommune?	Velges det systemet som er best? Billigst?	Kvantitativt	For snevert og ikke direkte i vårt fagfelt.
30.08	Hva styrer valg av digitale prosedyreverktøy?	Økonomi, innhold eller hva naboen har.	Kvalitativt	For snevert
30.08	Påvirker grad av ledelsesforankring bruken av VAR Healthcare i praksisfeltet?	Sannsynligvis stemmer det.	Kvantitativt	Ja / Nei spørsmål Ønsker å gå mer i dybden .
30.08	Er VAR en foretrukken kilde til kunnskap blant sykepleiere i hjemmetjenesten ?	Youtube og google eller kollegaer er lettere tilgjengelig og blir foretrukket fremfor VAR	Kvalitativt	For vid problemstilling, ikke problembasert nok.
02.09	Erfaringer med bruken av VAR i hjemmetjenesten?	Kartlegge bruken av VAR i praksis	Kvantitativt	For vid problemstilling.
04.09.	Erfaringer til fagutviklere / fagsykepleiere i hjemmetjenesten med bruken av VAR?	Blir dataverktøyet utnyttet	Kvalitativt	Usikker på om vi vil få nok informanter samlet - Tidkrevende å gjennomføre
09.09	Effektiv og lik bruk av fagsystemer (Bakteppe: “Meningsløst mangfold) Kommune sine mål vs Nasjonale mål	Blir VAR Healthcare brukt effektivt og likt innad i kommunen? Bidrar dette til å øke kompetansen?	Kvalitativt	Ikke fornøyd med ordlyden.
09.09	Erfaringer til hjemmesykepleiere med VAR Healthcare	Kartlegge bruken	Kvalitativt	For vid problemstilling

10.09	Erfaringer til hjemmesykepleiere med VAR Healthcare som prosedyreverktøy	Kartlegge bruk og erfaringer rundt temaet	Kvalitativt	Usikker på ordlyden
10.09	Erfaringer til hjemmesykepleieren i to norske kommuner med VAR Healthcare	Kartlegge bruk og erfaringer til hjemmetjenesten	Kvalitativt	Mulig ikke helt på plass
	Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmetjenesten i to norske kommuner med VAR Healthcare som prosedyreverk?	Forske på erfaringer	Kvalitativt	