

*Innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget,
– strøm til papir, eller nye faglege utfordringar for
sjukepleieutdanninga?*

Åshild Havnerås

**Masteroppgave
Masterprogram i helsefag
Studieretning sykepleievitenskap
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen**



Hausten 2007

Forord

Formålet med denne studien har vore å få meir kunnskap om kva faglege utfordringar sjukepleieutdanninga står over for ved innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget. Dette i samanhang med innføring av elektronisk pasientjournal(EPJ). Det sentrale her har vore å få kunnskap om temaet frå eit utdanningsperspektiv Eg vil med dette retta ei stor takk til dei faglærarane som har bidrege med sine tankar, meiningar og erfaringar gjennom fokusgruppeintervjua som er gjennomført. Utan deira faglege engasjement og vilje til å ta del ville dette arbeidet blitt vanskeleg.

Det har vore eit lærerikt arbeid. Frå ein famlande start der eg ikkje heilt var sjølv klar på kva det var eg ville nå tak og vidare framover i arbeidet der deler etter kvart har falt på plass. Eg har hatt fleire rundar med meg sjølv i høve til problemstilling og innfallsvinkling, det har ikkje vore enkelt, men lærerikt. Eg ville ikkje vore dei slitsame stundene forutan, der har eg lært mest.

Eg opplever å ha fått mykje respons, støtte, oppmuntring og hjelp undervegs i arbeidet med oppgåva. Vegleiarer min, Frode F. Jacobsen, førsteamanuensis / dr.polit ved seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen har med sin kunnskap losa meg ut i eit vidare perspektiv enn det eg evna sjølv å sjå. Det har vore utfordrande, men lærerikt. Vidare må eg takke han for konstruktive tilbakemeldingar og støtte.

Eg må takke Instituttleiarane ved dei respektive sjukepleieutdanningane for god hjelp til å rekruttere informantar. Ei stor takk til mine nære arbeidskollegaer som til ei kvar tid har vist omtanke for meg i studiesituasjonen og fagleg interesse for temaet og gitt konstruktiv hjelp. Ei takk til Inger som bidrog sterkt i begge fokusgruppeintervjua.

Familien min, Dag, Maja, Kaja og Torjus skuldar eg ei stor takk. De har vist forståing og tolmod i ein tidkrevjande og utfordrande prosess. Den øvrige familie og gode venner takkar eg òg for at de til ei kvar tid har vist interesse for studiet mitt og gitt oppmuntrande ord.

Heile mastergradsstudiet har gitt meg ei større og djupare fagleg forståing. Samtidig som eg erkjenner at det no er endå meir eg ikkje har tilstrekkeleg kunnskap om, innsikt i og forståing for.

Desember, 2007

Åshild Havnerås

INNHALD

1.0. INTRODUKSJON	8
1.1. BAKGRUNN	9
1.1.1. DOKUMENTASJON AV SJUKEPLEIE	9
1.1.2. SJUKEPLEIEPROSESSEN SOM GRUNNLAG FOR DOKUMENTASJON	10
1.1.3. DOKUMENTASJON AV SJUKEPLEIE I ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL (EPJ)	10
1.1.3.1. VIPS MODELLEN	11
1.1.3.2. UTBREIING AV ELEKTRONISK DOKUMENTASJON	11
1.1.4. EIT KORT TILBAKEBLIKK PÅ FAGINNHOLD OG PEDAGOGISK VINKLING I UTDANNINGA	12
1.1.5. KUNNSKAP OG KOMPETANSE	12
1.2. TIDLEGARE FORSKING	13
1.3. FORMÅLET MED STUDIEN	17
1.4. PROBLEMSTILLING	17
2.0. TEORETISK RAMME	18
2.1. PRAKTISK KUNNSKAP	18
2.1.1. PRAKTISK KUNNSKAP SOM INDIVIDUELL OG KONTEKSTAVHENGIG KUNNSKAP.	19
2.1.1.1. PATRICIA BENNER SIN TEORI OM KOMPETANSEUTVIKLING – FRÅ NOVISE TIL EKSPERT	20
2.1.1.1.1. BENNER SITT SYN PÅ ERFARING	21
2.1.2. TAUS KUNNSKAP	22
2.1.2.1 TAUS KUNNSKAP I SJUKEPLEIEFAGET.	23
2.1.2.2. KORLEIS LEGITIMERE DEN TAUSE KUNNSKAP?	24
2.1.3. LÆRING AV PRAKTISK KUNNSKAP	25
2.1.3.1. MEISTER – SVEIN – LÆRING	25
2.1.3.2. REFLEKSJON SOM ELEMENT I LÆRING	26
2.1.3.3. SITUERT LÆRINGSTEORI OM LÆRING I PRAKSISFELLELESSKAPET	28
2.2. INTEGRERING AV ELEKTRONISK DOKUMENTASJONSSYSTEM I EIN SOSIAL PRAKSIS.	31
2.2.1. SJUKEPLEIE OG TEKNOLOGI	31
2.2.1.1. ENDRINGSPROESSAR	33
2.2.1.2. FLEIRE KUNNSKAPSTRADISJONAR	33
2.2.1.3. TEKNOLOGI SOM SVAR PÅ KRAV OM KVALITET OG EFFEKTIVITET.	34
2.2.2. DET KULTURELLE FAGFELLELESSKAPET	35
2.2.2.1 PROFESJONALISERING I EIN HELSEFAGLEG ORGANISASJON	36
2.2.3. KUNNSKAPS- OG KOMPETANSEBEHOVET I EIN HELSEFAGLEG ORGANISASJON	38
2.3. UTFORDRINGAR VED BRUK AV SJUKEPLEIEPROSESSEN SOM GRUNNLAG FOR DOKUMENTASJON AV SJUKEPLEIE.	39
3.0. METODE	42
3.1. KVALITATIV METODE OG DESIGN.	42
3.2. FORSKINGSPROSESSEN	43
3.2.1. VITSKAPLEG KVALITET	43
3.2.1.1. FØRFORSTÅING	43
3.2.2 FOKUSGRUPPE SOM METODISK FRAMGANGSMÅTE	45
3.2.2.1. STERKE OG SVAKE SIDER VED BRUK AV FOKUSGRUPPER	46
3.2.2.2. VAL AV FOKUSGRUPPE SOM METODE FOR DATAINNSAMLING	48
3.3. FORSKINGSETIKK	49

3.4. UTVAL, KRITERIUM OG REKRUTTERING	50
3.5. GJENNOMFØRING AV FOKUSGRUPPEINTERVJU	52
3.5.1. MODERATOR OG ASSISTENT	52
3.5.2. INTERVJUGUIDE	54
3.5.4. ERFARINGAR FRÅ INTERVJUSITUASJONANE	54
3.5.4.1. GRUPPEINTERAKSJONEN	55
3.6. TRANSKRIPSJON AV DATA.	56
3.7. ANALYSE AV DATA	58
4.0. PRESENTASJON AV FUNN	63
<hr/>	
4.1. KVEN ER DEN GODE ROLLEMODELL ?	64
4.1.1. FAGLÆRARAR SOM ROLLEMODELLAR - GODE NOK?	65
4.1.2. PRAKSIS SOM LÆRINGSARENA	67
4.2. DOKUMENTASJON – REIN PROSEDYRE ELLER FAGLEG INNHOLD ?	70
4.2.1. EIN RAUD TRÅD GJENNOM UTDANNINGA	70
4.2.2. MANGLANDE VERDSETJING AV DOKUMENTASJON – MANGEL PÅ PROSEDYRE ELLER MANGLANDE FAGLEG FOKUS?	73
4.2.3. OVERGANG FRÅ PAPIR TIL ELEKTRONIKK	76
4.2.4. PRAKTISKE VANSKAR – ER DET EI SJUKEPLEIEFAGLEG UTFORDRING ELLER IKKJE?	77
4.3. ELEKTRONISK DOKUMENTASJON – STRØM TIL PAPIR, ELLER EIN ANNAN TANKEGANG?	78
4.3.1. EIN ANNAN TANKEGANG I FORHOLD TIL BRUK AV DEI ELEKTRONISKE DOKUMENTASJONSSYSTEMA.	79
4.3.2. EIN ANNAN TANKEGONG I FORHOLD TIL KORLEIS EIN KAN FORMIDLE SJUKEPLEIE GJENNOM ELEKTRONISK DOKUMENTASJON	80
4.3.3. DRØFTING I FAGFELLESSKAPET	83
4.4. FORSKJELLAR I FOKUSGRUPPENE	84
4.4.1. SJUKEPLEIEPROSESSEN SOM GRUNNLAG FOR DOKUMENTASJON AV SJUKEPLEIE	84
4.5. TEMAOMRÅDE SOM IKKJE VERT PRESENTERT I FOKUSGRUPPENE	86
4.6. AVSLUTTANDE KOMMENTARAR	87
5.0. DRØFTING	88
<hr/>	
5.1. ENDRING MOT NY SOSIAL PRAKSIS.	88
5.1.1. KUNNSKAP OG KOMPETANSE I DEN SOSIALE PRAKSIS.	90
5.1.1.1. KUNNSKAP – OG KOMPETANSEBEHOV I DEN SOSIALE PRAKSIS	90
5.1.1.1.1. IKT KOMPETANSE	90
5.1.1.1.2. ORGANISATORISK KOMPETANSE	92
5.1.1.2. MEISTERMØTET.	93
5.1.1.2.1. FAGLÆRAREN SOM MEISTER	93
5.1.1.2.2. KVEN UTGJER PRAKSISFELLESSKAPET I KLINISK PRAKSIS?	95
5.1.1.3. KUNNSKAPSUTVIKLING - EIN DEL AV DEN SOSIALE PRAKSIS.	98
5.1.2. LÆRING I DEN SOSIALE PRAKSIS	99
5.1.2.1. ROLLEMODELLÆRING – EIN DEL AV DEN SOSIALE PRAKSIS	99
5.1.2.2. LEGITIM PERIFER DELTAKING	101
5.1.2.2.1. ANERKJENNING SOM LEGITIM PERIFER DELTAKAR	101
5.1.2.2.2. MANGLANDE TILGANG TIL DEN SOSIALE PRAKSIS KAN HEMMA FOR LÆRING.	103
5.1.2.2.3. KVEN SKAL LEGGJE TIL RETTE FOR DELTAKING?	104
5.1.2.3. LÆRING OG ULIKE KUNNSKAPSFORMER	106
5.1.2.3.1. TEORIKUNNSKAP DANNAR GRUNNLAGET	106
5.1.2.3.2. ELEKTRONISK DOKUMENTASJON SOM FERDIGHEITSKUNNSKAP	107
5.1.2.3.3. DEN PERSONLEGE ERFARINGSKUNNSKAPEN OPPSTÅR I DEN SOSIALE PRAKSIS.	108

5.1.2.3.3.1. ERFARINGSKUNNSKAP – SOM KUNNSKAPSKOMPONENT I ELEKTRONISK DOKUMENTASJON.	109
5.1.2.4. LÆRING KREV REFLEKSJON.	110
5.1.2.4.1. REFLEKSJON KREV SAMLINGSARENA	112
5.1.2.4.2. REFLEKSJON KAN SKAPE FAGLEG FORNYING I DEN SOSIALE PRAKSIS	113
5.1.2.5. ULIKE KULTURELLE TRADISJONAR	114
5.2. TEKNOLOGIEN UTFORDRAR FAGET.	116
5.2.1. ELEKTRONISK DOKUMENTASJONSSYSTEM UTGJER EIN FORSKJELL.	117
5.2.1.1. HALDNINGSENDRING KAN SKAPA MULIGHEITER	118
5.2.1.2. KORLEIS TA VARE PÅ MANGFALDET I FAGET GJENNOM ELEKTRONISK DOKUMENTASJON?	119
5.2.2. DOKUMENTASJONSSYSTEMA KAN STYRA DET FAGLEGE FOKUSET.	122
5.2.2.1. FAGLEG FOKUS - I ENDRING?	124
5.2.3. STILLE RAPPORT PÅVERKAR	125
5.2.4. SJUKEPLEIEPROSSEN SOM GRUNNLAG FOR ELEKTRONISK DOKUMENTASJON AV FAGET.	126
5.2.4.1. HAR SJUKEPLEIEPROSSEN KRAV PÅ EIN Plass I DOKUMENTASJON AV FAGET?	126
5.2.4.2 AVGRENSAR SJUKEPLEIEPROSSEN DEN SJUKEPLEIEFAGLEGE FORSTÅINGA?	127
5.2.5. KUNNSKAPSFORNYING KAN SKJE GJENNOM DRØFTING.	129
5.2.6. KAN EIN PÅVERKE TEKNOLOGIBRUKEN I SJUKEPLEIEFAGET?	130
5.3 AVSLUTTANDE KOMMENTARAR	132
6.0 KONKLUSJON	133
<hr/>	
LITTERATUR:	135
<hr/>	
VEDLEGG	140
<hr/>	

Samandrag

Formålet med studien har vore å få auka kunnskap og ei større forståing om kva faglege utfordringa sjukepleieutdanninga møter i forbindelse med innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleie i helsetenesta i Noreg.

Studien har ei kvalitativ forskingstilnærming med eit fenomenologisk – hermeneutisk perspektiv. Det er nytta fokusgruppeintervju som forskingsmetode og informantane er lærarar/lektorar frå to sjukepleieutdanningar. Til analyse av datamaterialet har ei modifisering av Giorgi sin fenomenologiske analysemetode vorte nytta, saman med Victoria Wibeck si utgreiing om analyse av fokusgruppeintervju. Lave og Wenger sin teori om situert læring, Patricia Benner sin teori om kompetanseutvikling i sjukepleiefaget er bl.a. nytta for å få fram pedagogiske sider ved datamaterialet. Det har vore av interesse å få fram det særeigne og komplekse ved sjukepleiefaget og sjå dette i samanhang med kva grunnlagsforståing teknologi byggjer på. Torunn Hamran og Kari Martinsen har begge eit kritisk perspektiv på bruk av teknologi i sjukepleiefaget og noko av deira arbeid har vore nytta for å få fram mulege konsekvensar ved å integrere teknologi til bruk i sjukepleiefaget.

Studien viser at informantane opplever at sjukepleieutdanninga har eit stort ansvar når det gjeld å utdanne sjukepleiarar som er fagbevisste og reflekterte i høve til elektronisk dokumentasjon. Informantane erfarer at temaet krev både kunnskap, kompetanse og engasjement i fagmiljøet i sjukepleieutdanninga. For å ivareta sjukepleiefaget ved bruk av elektronisk dokumentasjon stiller dette krav om både sjukepleiefagleg - og IKT kompetanse. Verktøyet kan ved relevant bruk vera til hjelp for å utøve god sjukepleie til pasienten.

Nøkkelord: sjukepleieutdanning, elektronisk dokumentasjon, sjukepleiedokumentasjon, kunnskap, kompetanse.

Summary

The purpose of this study was to get more knowledge and more understanding about which nurse related challenges the nursing education is facing by introducing electronic documentation in healthcare in Norway.

The study is based on a qualitative research design from a phenomenological – hermeneutical perspective. The method of research is Focus Groups and the informants are teachers from two nursing schools. In analyzing the data material a modified version of Giorgi`s phenomenological method of data analysis together with Victoria Wibeck`s method of analyzing data from Focus groups has been used. Lave and Wenger`s theory – Situated learning, and Patricia Benner`s theory in development in nursing knowledge have been used to illustrate the educational parts of the data material. The purpose has been to clarify the specially and the complexity of nursing and to regard this in connection whit what basis the technology is build upon. Torunn Hamran and Kari Martinsen have both a critical view concerning application of technological tools in nursing. Some of their work has been used to illustrate possible consequences by integrating this type of technology in nursing.

The study indicates that the informants report that the nursing education has a great responsibility in educating students to become conscious about the nurse profession and reflected concerning electronic documentation in the nursing field. The informants experience that the topic makes demands to the educational environment. Teachers must possess knowledge, competence and engagement addressed to the case. To protect the main issue of nursing by using electronic documentations system, it makes demands to the nurse to have both nursing - and technological competence. Relevant use of the tool can support good nursing practices.

Key words: nursing education, electronic documentation, nursing documentation, knowledge, competence.

1.0. INTRODUKSJON

Som ein del av innføring av elektronisk pasientjournal (EPJ) i den norske helsetenesta, vert elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget òg ein realitet. Dokumentasjon av sjukepleie har alltid vore eit interessefelt hos meg. Som høgskulelærer i sjukepleieutdanninga, er det med eit utdanningsperspektiv eg ynskjer å sjå nærare på forhold i høve til innføring og bruk av elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget.

Dokumentasjon av sjukepleie er eit fagområde som studentane får undervisning i gjennom alle tre studieåra, men som sjukepleieutdanninga har, etter mi erfaring, vanskar med å skape ei tydeleg ramme omkring. Forsking viser at dokumentasjon av sjukepleie generelt har vore vanskeleg å få til i klinisk praksis. Forskinga viser òg at det er fleire årsaker til dette (Stokke, 1999; Karlsen, 2004; Frank - Stromborg, mfl., 2001; Dahl, 2001). Studentar har i ulike undersøkingar vist at dei saknar undervisning i bruk av elektronisk basert sjukepleiedokumentasjonssystem¹ og om EPJ under utdanninga (SINTEF, 2005; NSF, Studentundersøkelse 2005). Dette, saman med helsepolitiske mål om kvalitetsutvikling knytt til bruk av elektronisk dokumentasjon (Helsedepartementet, Sosialdepartementet, 2004; Sosial og helsedirektoratet, 2005), gjer at eg opplever at sjukepleieutdanninga har eit stort ansvar når det gjeld å bidra til at studentar oppnår ei reflektert og fagleg forankra forståing av kva dokumentasjon av sjukepleie er, både generelt og spesielt i høve til elektronisk dokumentasjon. Som overordna orientering på tema trekkjer eg fram skilnaden på grunnlagsforståinga i sjukepleiefaget og kva forståingsgrunnlag teknologi byggjer på. Innføring av elektronisk dokumentasjon i sjukepleie utfordrar i høve til om teknologien klarer å ivareta det heilskaplege perspektivet ein har i sjukepleiefaget, og om ein gjennom teknologien klarer å sikre kompleksiteten i sjukepleiefaget. For sjukepleieutdanninga kan dette gi konsekvensar i forhold til vektlegging av fagkunnskap, fagleg forståing og fagdidaktikk.

¹ Viser her til kap. 1.1.3. Dokumentasjon av sjukepleie i Elektronisk pasientjournal (EPJ).

Eg vil vidare hevde at utdanninga òg har eit ansvar for å driva forskning og fagleg utvikling innan dette fagområdet. Fokus på kva faglærarar opplever som faglege utfordringa i høve til elektronisk dokumentasjon, kan vera eit bidrag til at temaet får noko større merksemd, og kan verta drøfta i fagmiljø i utdanninga. Kunnskap om temaet kan gjera oss i betre stand til å utdanne sjukepleiarar som har kunnskap og kompetanse til å utøve sjukepleie til pasienten på ein forsvarleg og fagleg god måte, bla. gjennom dokumentasjon av faget.

Kompleksiteten i sjukepleiefaget og i læring av sjukepleie medfører at studien gir ei breiddeinnsikt i større grad enn ein dybdeinnsikt i høve til problemstillinga. I første del av dette introduksjonskapittelet ynskjer eg å gjera greie for ein del forhold som har betydning for temaet og som vert nytta som ei bakgrunnsforståing til innhaldet som kjem seinare i oppgåva.

1.1. Bakgrunn

1.1.1. Dokumentasjon av sjukepleie

Sjukepleiarar har lang tradisjon i å rapportere både i munnleg- og skriftleg form (Moen, mfl. 2002). Den skriftlege dokumentasjonen har endra seg, om ikkje så mykje i innhald som i form, slik eg forstår historia opp mot dagens krav. Rikke Nissen (2000) skreiv i si lærebok frå 1877, om sykeberetninger og sykejournalen. Diakonissene skulle vidareformidle sine kunnskap om pasienten til legen, her var nøyaktig observasjon og objektiv formidling sentralt. Nissen (ibid.) si oversikt over kva ein "Syge -journal" skulle innehalde, liknar i stor grad på krav frå dagens Journalforskrifter (2000), når det gjeld personopplysningar og sjukehistorie. Frå 1940 talet fekk ein lærebøker som omtala forma til den skriftlege dokumentasjonen, formulert som fortløpande rapport (Moen, mfl., 2002).

Dokumentasjon av sjukepleie har fleire og ulike funksjonar, der pasientsikkerheit og synleggjering av faget kan forståast som formålet (Heggdal, 1999).²

Tradisjonen faget har med munnleg rapportering er ikkje lovregulert. Den munnlege rapporten vert sett på som ein arena der ein kan gi utfyllande informasjon om pasientsituasjonen utover det som lar seg dokumentere ³ (Moen, mfl. 2002).

² Heggdal (1999) skisserer at dokumentasjon av sjukepleie skal; sikre kvalitet og kontinuitet i pleia, vera eit juridisk dokument, synleggjera fagleg ansvar, tydeleggjera kva sjukepleie er og erfaringskunnskap, vera eit kommunikasjonsmiddel, vera eit undervisningsmiddel og skal gi grunnlag for leiing og ressursstyring.

³ Munnleg rapport har tradisjonelt vert sett på som ein arena som ivaretar sosial funksjonar, den skaper rom for ; faglege drøftingar og - oppdateringar i pleiefellesskapet, erfaringsutveksling, kunnskapsutvikling.(Moen, 1999)

1.1.2. Sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon

Sjukepleieprosessen dannar ramme for sjukepleiedokumentasjon. Den kan definerast som ein systematisk arbeidsprosess som sjukepleiarar nyttar for å identifisera og løysa sjukepleiefaglege problem. Sjukepleieprosessen har ei anerkjent todeling med ein mellommenneskeleg dimensjon, og ein problemløysande dimensjon. Sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon medfører at den problemløysande delen av prosessen med si trinnvise inndeling, kjem tydelegast fram (Heggdal, 1999). I Noreg tok ein i bruk sjukepleieprosessen tidleg på 1970 – talet, først som eit pedagogisk verktøy i sjukepleieutdanninga, deretter som arbeidsmetode i praksis, då knytt til sjukepleiedokumentasjon gjennom administrative pleieplanar (Kirkevold, 1998).

Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH) nyttar sjukepleieprosessen som ramme for arbeidet med kravsspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget. Denne kravsspesifikasjonen skal reknast som ein standard for korleis ein skal gjennomføre arbeid med elektronisk sjukepleiedokumentasjon i Noreg (KITH, 2003a). Journalforskriftene (2000) legg opp til ein struktur som byggjer på sjukepleieprosessen. Her stilles det krav om å dokumentere pasienten sine problem, tiltak som er sett i verk og kva resultat ein oppnår (Moen, 1999).

1.1.3. Dokumentasjon av sjukepleie i Elektronisk pasientjournal (EPJ)

Sjukepleiedokumentasjon er ein integrert del av EPJ, styrt gjennom Lovverket, og gjennom føringar frå helsestyresmaktene om bruk av elektroniske hjelpemiddel (Helsepersonellova, 1999; Pasientjournalforskrift, 2000). Det er ikkje fastlagde retningslinjer for utvikling, bruk og evaluering av sjukepleiedokumentasjonssystem som ein del av EPJ. Her er det opp til det enkelte helseføretak og institusjon å utarbeide slike system, men helsestyresmaktene er tydelege på ei forventning om bruk av IKT som formidlingsverktøy (Børmark, 2003). Dei fleste elektroniske dokumentasjonssystema i sjukepleie byggjer på den problemløysande metoden i sjukepleieprosessen, sjølv om nokre representerer ein valfridom i høve til å bruke struktur eller fritekst som dokumentasjonsform.

Skal ein nyttiggjera seg dei elektroniske mulighetene som datasystema legg opp til, må ein i større grad nytte eit standardisert språk enn det ein brukar i fritekst, i vanleg skriftleg form.

Ein må ha eit eintydig fagspråk, slik at data om pasienten vert definert likt og at språket kan gjenkjennast. Det har internasjonalt vore arbeidd med klassifikasjonssystem⁴der formålet er å systematisere fagomgrep inn i grupper og klassar (Ruland, 2000). I Noreg er det ikkje teke stilling til om ein skal velje eit felles dokumentasjonssystem, eller ha fleire i bruk, og i kva grad systema skal vera knytt opp til bestemte klassifikasjonssystem. Etter kvart som innføring av EPJ vert ein realitet, tar ein fleire stader i bruk standardiserte pleieplanar, kalla vegleiande pleieplanar (Mølsted, K, 1998).

1.1.3.1. VIPS modellen

VIPS er ein svensk dokumentasjonsmodell⁵. Utviklinga av modellen har hatt som mål å oppnå større tilgjenge og betre oversikt over dokumentasjon av sjukepleie gjennom bruk av fritekst innan for sentrale kategoriar. Desse kategoriane er systematiser gjennom nøkkelord eller søkeord. Struktura i modellen er tilpassa sjukepleieprosessen. VIPS står for Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerheit. Dette er omgrep som vert sett på som grunnleggjande i høve til utøving av sjukepleiefaget, og som er sentrale i høve til dokumentasjon av faget (Ehnbors, mfl., 2001).

1.1.3.2. Utbreiing av elektronisk dokumentasjon

Innføring av EPJ er i gang i helse – Noreg. Det er vanskeleg å finna oversikt over i kva grad elektronisk dokumentasjon av sjukepleie er i bruk i kommunehelsetenesta og i Helseføretaka.⁶ Ut frå datamaterialet i denne studien, informasjon i fagtidsskrifter og eigenkunnskap er det grunn til å tru at det her er stor variasjon i bruk og utbreiing. Av erfaring veit ein at i kommunal helseteneste vert no små handhaldne datamaskinar, Personal Digital Assistant (PDA) nytta.⁷ Legegruppa har nytta EPJ over tid, særleg i kommunehelsetenesta. I somatisk sjukehus er det no meir vanleg med berbare PC- ar. Desse tar ein t.d. med seg rundt til pasientane ved legevisitt, dei gir enkelt tilgang til digitale røntgenbilde og blodprøvesvar. m.m. Ved Helse Bergen føregår all dokumentasjon i sjukepleie elektronisk (www.helse-bergen.no). I øvingsavdelingane ved Høgskulen Stord / Haugesund har ein eigne PC – ar ved kvart pasientrom.

⁴ NIC, NOC og NANDA er truleg dei meste kjende. NIC er retta mot intervensjon i sjukepleiefaget, NOC omhandlar mål og resultat, medan NANDA har fokus på å klassifisera sjukepleiediagnosar (Kristoffersen mfl., 2005).

⁵ VIPS er tatt i bruk av fleire sjukehus i Noreg ved innføring av elektronisk dokumentasjon (Moen, 2002)

⁶ Har søkt på nettsider til Samdata, Statistisk sentralbyrå, Kompetansesenter for IT i helse – og sosialsektoren og vore på nettstadane til fleire Helseføretak og Universitetssjukehus. Tal frå 2003 viser at 75 % av kommunane i landet har datautstyr (KITH, 2003b)

⁷ Desse er enkle å frakte med seg og høver, slik sett, godt for heimebasert teneste. Dei kan koplast opp til andre datamaskinar, telefon og internett (Hofstad, 2006).

1.1.4. Eit kort tilbakeblikk på faginnhald og pedagogisk vinkling i utdanninga

Etter at sjukepleieutdanninga fekk Høgskulestatus i 1982, har fordelinga mellom teoriundervisning og praksisopplæring variert i samsvar med krav frå Rammeplanen for utdanninga.⁸ Rammeplan frå 1987 fastla ei vekting for praksis som utgjorde 50 % av studiet. Pedagogiske krav har vore knytt til variasjon i undervisnings- og arbeidsmetodane, med målsetjing om å oppnå at studenten gradvis får ei sjølvstendig rolle i høve til læring. Førelesning vert sett på som ein metode for å gi studenten oversikt, demonstrasjon er nødvendig for å opparbeide ferdigheiter. Dei ulike høgskulane kan såleis leggje opp eit fagdidaktisk opplegg ut frå lokale rammer (Rådet for høgskoleutdanning i helse – og sosialfag, 1987; Utdannings- og forskingsdepartementet, 2004). Søk på nettsidene til ulike sjukepleieutdanningar i Noreg viser at førelesning, vegleiing i grupper, ferdigheitstrening i eigne øvingsavdelingar, individuell vegleiing i praksis, og litteraturstudie er vanlege undervisnings- og læringsformer som vert nytta. Når det gjeld praksisstudie har forholdet mellom teori og praksis variert. Ein har no ei lik fordeling mellom desse. Det vert vidare stilt krav om forpliktande samarbeidsavtalar mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt (Utdannings- og forskingsdepartementet, 2004).

I undervisning i dokumentasjon av sjukepleie er det slik eg erfarer vanleg at ein underviser på tradisjonelt vis ved hjelp av førelesning i sjukepleieprosessen. I kva grad utdanningsinstitusjonane har tatt i bruk undervisning i elektronisk dokumentasjon er, slik eg forstår, noko varierende.

1.1.5. Kunnskap og kompetanse

Både omgrepet kunnskap og kompetanse vert nytta i denne studien, både i presentasjon av funn og i drøftingsdelen. Eg skisserer kort kva forståing eg har for omgrepa.

Kunnskapsomgrepet kan omtalast som kjennskap, viten, lærdom og innsikt. Omgrepet er oftast nytta utan å relatere det til ein bestemt person. Kompetanseomgrepet kan forståast nært opp til kunnskapsomgrepet, men skilnaden her går i første rekkje på at kompetanse vert retta

⁸ Fram til 1975, då elevane ved grunntdanninga i sjukepleie fekk studentstatus og vidare fram til 1982 då sjukepleieskulane fekk Høgskulestatus, var utdanninga prega av eit nært forhold mellom utdanninga og praksis. Elevane vart lenge rekna som arbeidskraft og praksisstudiet utgjorde 2/3 deler av studie. Teoriundervisninga var i denne bolken prega av førelesningstimar og øving av praktisk gjeremål i eiga øvingsavdeling (Larsen, 1998).

mot den enkelte person si evne til å nyttiggjera seg kunnskapen gjennom handling (Kristoffersen, mfl. 2005). Mogensen mfl. (2006) knytter omgrepet kompetanse til handlingskunnskap saman med refleksjon og vurderingsevne. Omgrepet moralsk kompetanse kjem fram i datamaterialet. Moralsk kompetanse i sjukepleiefagleg samanheng kan sjåast på som evne til å handtere etiske spørsmål og problemstillingar som ein møter i utøving av sjukepleiefaget. Vetlesen og Nortvedt (1996) gjer greie for omgrepet *moralsk opptreden* og seier at omgrepet består av tre ledd; persepsjon, dømmekraft og handling. Persepsjonen, evna menneske har til å ta inn over seg det moralske i situasjonen gir eit grunnlag for dømmekrafta. Dømmekrafta er evna ein har til å ha eit samspel mellom det persepsjonelle og tolking, refleksjon og det å gjera ei avvenning på kva og korleis ein skal handle.

1.2. Tidlegare forskning

For å få ei oversikt over tidlegare forskning som omhandlar tema og problemstillinga har eg nytta nordiske og internasjonale databasar. Dette er NORART, OVID, MEDLINE, Sve Med +, Pro Quest og Pub. Med. Her nytta eg søkjeord som *nursing education, nursing documentation, electronic documentation*, brukt i ulike samansetjingar. Elektroniske søk har gitt funn som viser til artiklar og forskingsprosjekt der ein både har forska på dokumentasjon av sjukepleie samtidig som det er ei tilknytning til sjukepleieutdanninga. Eg finn fleire artiklar som omhandlar integrering av ulike elektroniske dokumentasjonssystem i klinisk praksis og integrering og bruk av spesifikke klassifikasjonssystem i praksis.

Gjennom søk i elektroniske databasar finn eg fleire artiklar frå USA og New Zealand der ein har vurdert sjukepleiarstudentar sin bruk av PDA⁹ i sjukepleieutdanninga. Fleire av desse viser at desse handhaldne datamaskinane i lommeformat kan vera til hjelp for studentar for å oppnå høgare grad av teknologisk kompetanse. Ingen av desse artiklane kjem spesifikt inn på sjukepleieutdanninga og elektronisk dokumentasjon. Eg vel difor berre kort å nemna artikkelforfattarar som Kristine Newman (2007) og Melissa Chamberlain (2006).

Nielsby mfl. (2006) hevdar i sin artikkel at sjukepleieutdanninga har eit stort ansvar i å synleggjera og ta inn over seg, at ved bruk av EPJ, vert det stilt menneskelege og organisatoriske krav, forutan tekniske krav. Artikkelen byggjer på ein kvalitativ undersøking

⁹ Viser til kap. 1.1.3.2. Utbreiing av elektronisk dokumentasjon, der PDA kort er omtala.

der ein har intervjuet superbrukarar¹⁰ i IKT bruk ved praksisstader i sjukehus og i kommunehelsetenesta i Danmark. Formålet med undersøkinga var å finna ut kva ein la vekt på i undervisning i bruk av EPJ, som var retta mot nyttilsett personale og studentar. Undersøkinga viser at studentar lærer seg teknisk kompetanse på brukarnivå i løpet av praksisperioden. Vidare viser funn at opplæringsprogrammet som studentane er med i, ikkje opnar opp for noko form for kritisk refleksjon over bruk av EPJ. Ut frå dette konkluderer forfattarane med at dei ikkje vil tilrå å nytte tid og økonomi til å investere i demonstrasjonsprogram for å førebu studentar teknisk til dokumentasjon i EPJ i praksis. Her meiner forfattarane at funna deira gir støtte for at ein må bruke meir tid i utdanninga til kritisk refleksjon hos studentane. Refleksjon over pasientrettar, datasikkerheit og samanhang mellom bruk av dei eksplisitte dokumentasjonssystem og mulege konsekvensar i høve til utøving av omsorg og nærhet til pasientane.

I høve til norske forhold finn eg òg relevant forskingsarbeid om temaet. I artikkelen *Studenter uten passord*, hevder forfattarane Berit Westad og Jorunn Saunes (2006) at IT – baserte dokumentasjonssystem er med på å redusere studentane sine læringsmuligheter i praksis. Artikkelen byggjer på ein kvantitativ undersøking der forfattarane undersøker tilgang til elektroniske dokumentasjonssystem for studentar i sjukeheimspraksis. Undersøkinga viser at halvparten av studentar i nemnte praksis ikkje får eige passord til datamaskinene, noko som gir seg utslag i at dei ikkje får innsyn i pasientinformasjon eller at dei sjølve får dokumentert sjukepleie til den enkelte pasient. Forfattarane hevdar at dette får konsekvensar for studentane si læring og ser problematikken opp i mot at det vert innført *stille rapport*¹¹ fleire stader i helsetenesta. Undersøkinga viser vidare at skal studentane få ta del i dokumentasjonsarbeidet og få informasjon, må dei visa engasjement og heile tida spørje etter om å låne passord, eller ved at kontaktsjukepleiaren deira viser interesse for dei og på eige initiativ låner ut eige passord. Dette vert opplevd som eit etisk og juridisk dilemma ut frå etiske forplikingar og regelverk som teieplikta og personvern. Forfattarane ser for seg ei løysing der ein nyttar utdanningsversjonar av dei elektroniske dokumentasjonssystema.

¹⁰ Superbrukar kan nyttast som omgrep på personar som får eit større medansvar enn dei andre brukarane av eit IKT system, ofte knytt til opplæring av andre brukarar, dette ut frå eit større kompetansefelt eller ut frå funksjon i fellesskapet. På Wikipedia (<http://no.wikipedia.org>) er superbruker knytt opp til brukar av IT tenester som har større privilegium enn andre brukarar.

¹¹ Stille rapport vert definert av Solvang (2005) som eit system der sjukepleiar i vaktskiftet les nødvendig skriftlig informasjon om pasienten, både dokumentasjon av sjukepleie og deler av pasientjournalen som har betydning for utøving av sjukepleie. Dette inneber ei avviking av den munnlege rapporten og fellessamlinga ein har hatt i samband med denne.

Anette Solvang (2005) byggjer artikkelen *Stille rapport*, på ein kvalitativ evalueringsstudie, der ein har kombinert litteraturanalyse og fokusgruppeintervju. Studien er gjort ved eit norsk sjukehus. Ein har hatt hovudfokus på å sjå om innføring av stille rapport har medført endringar i høve til overtidsbruk, kvalitet på dokumentasjon av sjukepleie, og /eller om innføringa har medført auka tilfredsheit blant sjukepleiarar på respektive avdeling. Artikkelen viser til at sjukepleiarar opplever høgare grad av kvalitet i dokumentasjon av faget gjennom det som blei skildra som meir presise formuleringar. Sjukepleiarane opplevde at innføring av eigne fagmøter tek vare på behovet for munnlig erfaringsutveksling blant sjukepleiarane. Fagmøta vert opplevd som eit forum der ein kan drøfte innhaldet i dokumentasjonen og få hjelp til å skrive sjukepleieplanar.

Utover databasesøk har eg nytta BIBSYS, her fann eg Grønningsæter mfl. (2004) sin forskingsrapport; *Sykepleiedokumentasjon, Studenters og sykepleieres opplevelse av teoriundervisning og praktiske læring*. Dette er ein forskingsstudie som nyttar dokumentanalyse, kvalitativt intervju og spørjeskjema, og representerer eit samarbeidsprosjekt mellom lærarar og studentar ved Høgskulen i Akershus. Formålet med studien var å oppnå betre kvalitet på teoriundervisning i dokumentasjon av sjukepleie og i høve til dokumentasjon av faget i praksis, og å betre samarbeid mellom høgskule og praksis. Forskingsspørsmåla gjekk på kva ein lærer av dokumentasjon i teori og i praksis, og kva fylgjer denne læringa bør få for studiekraft og for undervisningsmetodar, og til sist, kva forbetringar som bør skje i praksisfeltet om ein skal møte studentane sitt behov for læring i høve til dokumentasjon. Her stilte ein spørsmål til både studentar i 3. studieår under praksis i heimesjukepleietenesta og i psykisk helsevern, kontaktsjukepleiarar ved dei respektive praksisstadane og lærarar ved høgskulen.

Rapporten konkluderer med at den sjukepleiefaglege orienteringa som ein vektlegg i teoristudie vert lite synleg for studentane medan dei er i praksis. Her viser rapporten at studentane opplever at mykje av det ein lærer i utdanninga er relevant, men nokre gonger for omfattande. Utdanninga nyttar sjukepleieprosessen sin problemløysande metode som grunnlag for dokumentasjon, og denne gir studentar og nokre av lærarane tilbakemelding på at blir for abstrakt og teoretisk. Studentane opplever størst grad av læring i dokumentasjon medan dei er i klinisk praksis. Samtidig trekkjer dei fram at dokumentasjonen i praksis er mangelfull. Studentane viser ei forståing for at dokumentasjon av faget krev ein modningsprosess. I høve til kva studentane kritiserer av dokumentasjon i praksis er det;

mangelfull dokumentering, upresis dokumentasjon, dobbelføring, personavhengig dokumentasjon og lite kvalitet. Studentane opplever at det er for stort fokus på kvantitet i det som vert dokumentert. I klinisk praksis der ein har innført elektronisk dokumentasjon, er manglande tilgang pga. mangel på passord eit av problema studentane opplever som hemmar læring. Det er varierende i kva grad studentane opplever vegleing i dokumentasjon av kontaktsjukepleiar i praksis, noko som vert skildra som personavhengig. I høve til kva studentane opplever som aktuelle forbetningsområde i høve til læring trekkjer dei fram repetisjon av teori, krav knytt til individuelle arbeid i dokumentasjon og vegleing i praksis av praksislærarar i dokumentasjon. I forholdet mellom utdanninga og praksis konkluderer Grønningsæter mfl.(2004) med at ein må drøfte spørsmål om kva tid det er mest relevant at studenten lærer dokumentasjon, kva som skal vera i fokus til kva tid i høve til teori og praksisstudie, og kven skal vegleie i dokumentasjon når studentane er i klinisk praksis.

Torbjørn A. Stokke og Ingrid Thorell – Ekstrand (2001) viser liknande funn i si kvalitative undersøking. Formålet med deira studie er å skildre korleis ein kan førebu sjukepleiestudentar til 1. praksisperiode. Målet er vidare å få informasjon om læring i dokumentasjon denne praksisperioden, samt om VIPS - modellen har noko betydning for kva ferdigheiter studentar har i å dokumentere gjennom pleieplanar. Til dette siste konkluderer forfattarane med at dei av studentane som nytta VIPS modellen, har ein tydelegare struktur i sin dokumentasjonsform og meir fagleg innhald, enn studentar som har nytta andre modellar. På same måte som Grønningsæter mfl.(2004) så viser studien at studentar opplever at praksis ikkje i noko stor grad, nyttar deler av den problemløysande metoden i sjukepleieprosessen. Praksislærarar opplever at studentane har gode teoretiske kunnskapar om sjukepleieprosessen sin problemløysande metode, men klarer lite å nyttiggjera seg denne i praksis. Stokke og Thorell – Ekstrand (2001) trekkjer fram at kontaktsjukepleiarane vert oppfatta som rollemodellar for studentane, men at sjukepleiarane sjølve opplever seg usikre i rolla. Forfattarane hevder her at ein må ha ei avklaring i høve til forventningar når det gjeld læring av dokumentasjon av sjukepleie i praksisstudie.

Brit Bø (2007) har i si masteroppgåve i sykepleievitenskap, *Hva vinner vi og hva taper vi ved å legge om fra muntlig til stille rapport*, sett på konsekvensar ved innføring av stille rapport ved et norsk sjukehus. Ho har gjennomført ein kvalitativ undersøking der ho har intervjuet sjukepleiarar med erfaring frå både munnleg rapporteringssystem og stille rapportering. I høve til kva som kan vera relevant til mitt forskingsspørsmål finn ho at sjukepleiarar erfarer at

læringsarenaen som munnleg rapport kan fungere som for studentar og nyutdanna sjukepleiarar, forsvinn.

Kristin Heggen (1995) har i *Sykehuset som klasserom*, sett på samanheng mellom sosiale interaksjonsformer og kunnskapsutvikling. Boka byggjer på Heggen si doktoravhandling. Gjennom feltmetodikk har ho fylgd sjukepleiestudentar i deira praksis i somatisk sjukehus. Ho skildrar at studentane er i ein slags mellomposisjon, der ein har bindingar til både utdanningsinstitusjonen og til praksisstaden. Studenten har ikkje noko formelt medlemskap til praksisstaden og praksisstaden har ikkje utdanning som hovudformål. Som student vil ein vera bunden av krav frå begge dei sosiale systema. Heggen (ibid.) hevder at studenten har ein legitim perifer deltaking i praksis, skildra som ein ytterposisjon der nokre oppgåver er med å integrera og andre verkar motsett. I høve til arbeidsoppgåver hevder forfattaren, at oppgåver som utdanninga pålegg studentane å gjennomføre medan dei er i klinisk praksis, er døme på forhold som er med å desintegrera studentane frå arbeidsfellesskapet i klinisk praksis. (Heggen, 1995).

1.3. Formålet med studien

Studien omhandlar det faglærarar i sjukepleieutdanninga erfarer, opplever og meiner omkring innføring av elektronisk dokumentasjon, sett ut frå kva dei opplever som sjukepleieutdanninga sine faglege utfordringa til dette. Auka kunnskap om desse forholda kan vera med å skape større bevisstheit om temaet blant lærarar i sjukepleieutdanninga. Utdanninga har eit stort ansvar når det gjeld kva fagleg kunnskapsgrunnlag den einskilde nyutdanna sjukepleiarar har. Kunnskapsgrunnlaget kan få betydning for den einskilde si forståing for og utøving av faget, for vidare læring, og for sjølv å ta del i utvikling av sjukepleiefaget.

1.4. Problemstilling

Eg har valt fylgjande problemstilling til denne masteroppgåva:

Innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget, – strøm til papir, eller nye faglege utfordringar for sjukepleieutdanninga?

2.0. TEORETISK RAMME

I dette forskingsarbeidet er det sentralt for meg å etablere kunnskap om kva høgskulelærarar i sjukepleieutdanninga opplever som faglege utfordringar i høve til innføring av elektronisk dokumentasjon. Datamaterialet viser at informantane har ei merksemd som er retta både mot pedagogikk og mot det særleine ved sjukepleiefaget i høve til dokumentasjon. Den pedagogiske vinklinga gir grunnlag for å drøfte funn opp mot læringsteori, med vektning på teori som kan kasta lys over praktisk kunnskap. Mine funn viser at informantane vektlegg rollemodellering, har eit fokus på fagmiljøet i utdanninga, og det å få ein større bevisstheit og engasjement i fagmiljøet omkring temaet, og praktiske og faglege utfordringar i høve til bruk av teknologi. Ut frå dette har eg valt å ta utgangspunkt i teori om praktisk kunnskap med ei vekt på taus kunnskap og tillegning av erfaringskunnskap. Pedagogane Jean Lave og Etienne Wenger sin teori om situert læring kan vera ei hjelp til å få eit overordna blikk på datamaterialet. Sjukepleieteoretikar Patricia Benner si utlegging om kompetanseheving i boka *Frå novise til ekspert*, vil vera utfyllande og relevant i høve til å sjå på enkeltelement i materialet. Vidare finn eg det relevant å analysere deler av funna ved å trekkje inn organisasjonsteori. Teoretikarar som kan vera med å setje lys på ulike sider ved innføring av elektronisk dokumentasjon vil òg verta nytta. Blant andre er sjukepleiar og sosiolog Torunn Hamran aktuell, ved at ho gjennom arbeidet sitt har trekt fram, og problematisert, fleire sider ved den norske helsefaglege utviklinga. Eg vil gjera bruk av hennar arbeid i høve til det ho seier om sjukepleiefaget sine særleikenheter sett i lys av ei modernisering av norsk helsevesen. Kunnskapsgrunnlaget som sjukepleie byggjer på er komplekst, og dette kan ha betydning i høve til innføring og bruk av elektronisk dokumentasjon av faget.

2.1. Praktisk kunnskap

Den greske filosofen og naturforskaren Aristoteles (384 – 322 f.Kr.) deler inn kunnskap i tre typar, *episteme*, *techne* og *phronesis*. Episteme kan forklarast som teoretisk viten, der ein forstår teoretiske emne, og kan gjera greie for kvifor. Techne er det tekniske, ferdigheitskunnskapen som ein handtverkar har, der ein utøver faget for å nå eit mål. Phronesis er menneskekunnskap i høve til klokskap og skjønn, nytta i samhandling med andre menneske, der samhandlinga vil vera målet (Thomassen, 2006). Dagens inndeling i syn på kunnskap byggjer i stor grad på Aristoteles sin måte å sjå kunnskap på. Ein skil mellom teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap (Thomassen, 2006; Alvsvåg, 1993). Phronesis vert

òg kalla fortrulegheitskunnskap, det å kjenne det rette, ei kunnskapsform som relaterer seg til det å bli fortruleg og trygg i situasjonar, slik at handlinga vert god, og vurdert ut frå eit godt fagleg skjønn. Kunnskapsformene forbunde med klokskap, skjønn, forstand og fornuft utfyller kvarandre og gir heilskapen i sjukepleiefaget (Alsvåg og Førland, 2007). Aristoteles legg praktisk visdom eller klokskap, praktisk skjønn og dømmekraft, i omgrepet *phronesis*. Handlinga er retta mot enkelttilfelle, og for å gjera handlinga best muleg krev dette evne til å vurdere korleis det generelle, og også allmenne kan nyttast inn i den spesielle situasjon, for å ivareta heilskapen (Thomassen, *ibid.*). Det er denne praktiske kunnskapsforma eg ynskjer å drøfta teoretisk vidare.

2.1.1. Praktisk kunnskap som individuell og kontekstavhengig kunnskap.

Patricia Benner (1995) vektlegg at det er ein forskjell mellom teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap. Teoretisk kunnskap er, slik Benner (*ibid.*) oppfattar det, objektive prinsipp og reglar som kan hjelpe den uerfarne i å tolke og handle i situasjonar, noko ho kallar *knowing that* - kunnskap. Praktisk kunnskap, som Benner kallar klinisk kunnskap, er å setje teori ut i livet, og ein får, ut frå eigne erfaringar, *knowing how* – kunnskap. Benner (*ibid.*) påpeikar at det ikkje alltid lar seg gjere å sjå samanheng mellom teori, *knowing that* – kunnskap og praktisk, *knowing how* – kunnskap, då det ikkje alltid er mogeleg å setje ord på kva ein gjer ut frå teorikunnskap (Benner, 1995).

Eit liknande skilje teiknar filosof Bengt Molander (1993), ved at han skildrar teoretisk kunnskap som det universelle, som ut frå ein handlingssituasjon kan gi ulike svar og fleire tolkingmuligheiter. Praktisk kunnskap derimot gir ikkje fleire svaralternativ i handlingssituasjonen. Her er det *ei* handling som blir den rette, og denne kan ein ikkje trekkje tilbake etter at den er utført. Praktisk kunnskap er samansett, og resultatet av handlinga er avhengig av fleire faktorar. I den konkrete situasjon, må ein vurdere bruk av teoretisk kunnskap. I handlinga vises evne til praktisk kunnskap og evne til å bruke teoretiske kunnskap, ut frå den spesifikke situasjonen. I desse vurderingane ligg òg vår evne til å trekkje fagleg verdiar med inn i utøving av praktisk handling, der vår evne til fagleg skjønn kjem til uttrykk (Molander, 1993).

Molander (2001) utdjupar det han kallar “*den levande kunnskapen*” om det levande menneske sin kunnskap i handling, kunnskap som stadig er i endring, og i beste fall er i forbetring. Han meiner at den levande kunnskapen er forankra i ein praktisk kunnskapstradisjon. Den levande

kunnskapen fordrar at ein vil det beste med sine handlingar for menneske, noko som mange hevdar er eit omsorgsideal for sjukepleiefaget. Omsorgsidealet i sjukepleiefaget ber i seg at sjukepleiefaget har ein kompleksitet av kunnskapsformer i seg, ved at ein skal integrera både fornuft, klokskap og skjønn i den enkelte pasient - sjukepleierelasjon. I dette ligg det ei etisk forplikting i høve til at den utøvande må kunne vurdere fagleg kva som er det beste for menneske. Her seier Molander (ibid.) at teoretisk kunnskap kan vera med på å gi oversikt og orientering, som eit hjelpemiddel, til å vita kva det beste er. Ein må vidare nytte sin eigen kunnskap, som ein har fått gjennom; erfaring, det å vera oppmerksam, det å vera lyttande, vera nær, og gjennom det å ha eit kritisk blikk. Gjennom bruk av dei ulike kunnskapsformene får ein fram heilskapen i situasjonen. Molander nyttar plass til å utdjupe det han legg i omgrepet *oppmerksomhet*, som han hevder er ein sentral føresetnad for å inneha levande kunnskap. Merksemd går på at ein sjølv er merksam på sjølve saka; arbeidsoppgåva, menneske ein skal hjelpe, men det går òg på eins eiga merksemd mot seg sjølv som utøvande og mot eiga evne til å utøve. Her vert det sentralt at ein er open for mulege forbetringar i handlingane sine, og at ein er open for reaksjonar, og refleksjonar andre har på det ein gjer. Dette krev ein tillit til at ein er trygg på at om ein har handla feil, så toler ein å høyre dette, fordi ein vil lære av det. Merksemd er avhengig av refleksjon¹² (Molander, 2001).

2.1.1.1. Patricia Benner sin teori om kompetanseutvikling – frå novise til ekspert

Gjennom eit eige arbeid om kompetanseutvikling rettar Benner (1995) fokuset på utvikling av praktisk kunnskap i sjukepleiefaget. Ho byggjer på Dreyfus & Dreyfus si inndeling av ulike kunnskapsnivå, i sin teori om kompetanseutvikling i sjukepleiefaget. Eksperten kan, gjennom utøving av praktisk handling, tydeleggjera denne erfaringskunnskapen. Eksperten vert ikkje ekspert utan refleksjon over handling, eller gjennom bruk av teoretisk kunnskap åleine. Teoretisk kunnskap, som formelle reglar og retningslinjer, kallar som nemnd Benner (ibid.) for *knowing that* – kunnskap. Ho hevdar at *knowing that* – kunnskap ikkje er tilstrekkeleg i sjukepleieutøvinga. Den personlege dømmekrafta og vurderinga som skjer i sjukepleiesituasjonen er sentral. Denne kunnskapen er det eksperten som innehar. Som novise må ein arbeida seg stegvis framover mot ekspertnivået.¹³ Benner graderer i erfaringsnivå. Ho skildrar utvikling av sjukepleieferdigheiter ved hjelp av 5 trinn:

¹² Går vidare inn på dette i kap. 2.1.3.2. Refleksjon som element i læring

¹³ Viser til kap. 2.1.1. Praktisk kunnskap som individuell og kontekstavhengig kunnskap

- 1) *Novisen* – nybyrjaren, er den urutinerte som ikkje har erfaring. Ein må nytta prinsipp og reglar i utøving av sjukepleie. Han / ho kan nytte reglane, men kan ikkje sjå kva handling, som er mest relevant eller kva tid ein kan eller bør gjera unnatak frå reglane.
- 2) *Avansert nybyrjar* – sjukepleiarar som kan demonstrere ei akseptabel utføring av enkle sjukepleieoppgåver. Ein har teke del i tilstrekkelege mange praksissituasjonar til at ein kan kjenne att aspekt i den konkrete situasjonen.
- 3) *Den kompetente* – sjukepleiar som har arbeidd i 2 – 3 år. Ein kan utarbeider mål og planlegg ut frå bevisstheit om, og ei analytisk betraktning av problema.
- 4) *Den kyndige* – evnar å erkjenne situasjonar som ein heilskap, ikkje som deler. Sjukepleiaren oppfattar heilskapen i nye situasjonar, basert på erfaring og nyoppståtte opplevingar.
- 5) *Eksperten* - Sjukepleiar som er rik på erfaring, og som av den grunn har ei intuitiv forståing av situasjonen, og som konsentrerer seg om den sentrale del av problemet, utan å bruke tid på unødvendige problem i situasjonen. Forsøk på å gi ei verbalisert skildring av eksperten si utføring av sjukepleie verkar frustrerende, då sjukepleiaren arbeider ut frå ei djup forståing av situasjonen, og ein vil ofte grunnje handlingane sine med at ”det kjentes rett”. Berre i nye uvante situasjonar treng eksperten å nytta si analyserande evne.

Kunnskapsutvikling skjer ikkje automatisk. For å bli ekspert må ein utvisa ein aktiv prosess med refleksjon over eiga handling og teoretisk kunnskap. Teorien skal hjelpe ein til å stilla dei rette spørsmåla, slik at ein utfordrar på førehand gitte meningar og forventningar. Som sjukepleiar vil ein ikkje nødvendigvis utvikla seg som ekspert på alle områder, til det vil praksiserfaringa til den einskilde sjukepleiar vera avgjerande. Benner (ibid.) påpeikar at Dreyfus – modellen, som ho byggjer på, er knytt til ferdigheiter og erfaringar som er situasjonsorienterte. Modellen tar mindre inn over seg at den einskilde kan ha individuelle eigenskapar og talent i høve til utøving av faget.

2.1.1.1.1. Benner sitt syn på erfaring

Filosof og sjukepleiar Ingunn Elstad (1995), utdjuar korleis Benner nyttar omgrepet erfaring, som er eit av utgangspunkta for Benner sin teori om kompetanseutvikling. Benner viser til filosofane Heidegger (1889-1976), og Gadamer (1900 - 2002), og til ei hermeneutisk tilnærming i si forklaring kva ho legg i omgrepet. Erfaring oppstår når på førehand gitte meningar og forventningar vert utfordra, stadfesta, eller avkrefta i den konkrete situasjon. Ho

støttar seg til Gadamer i det han seier om det å forstå noko nytt, det å få tak på noko. Benner byggjer her på at erfaring er forståing. Forkunnskapsomgrepet rettar ho mot teori, prinsipp og erfaring. Erfaring oppstår når det skjer noko med forkunnskapen, der den blir forfina, utvikla eller motsagd. Den nye erfaringa overskrider den gamle og forandrar den, og opnar for kyndig handling. Erfaringa, seier Elstad (1995), skildrar Benner som ny kunnskap, som hjelper ein vidare mot eit mål om å gjera det beste.

Det vert reist kritikk mot at trinna i kompetanseutviklingsteorien til Benner sluttar av på ekspertnivået, medan ho ser på erfaringsomgrepet som stadig fornybart ved at erfaring gir ny lærdom (Elstad, 1995). Ein kan òg sjå ein fare ved at ein gjennom ein lang og stabil arbeidspraksis, går inn i eit fastlagd mønster av arbeidsvanar som er gjenkjennelege for den einskilde og for fagfellesskapet, men der desse ikkje er gjenstand for vurdering og revurdering. Til dette kan ein leggje til og som det allereie er gjort greie for, at Benner (1995) byggjer si trinnvise inndeling på at kompetanseutviklinga skjer ved at ein nyttiggjer seg knowing that – kunnskap, i samanhang med den praktiske ferdigheitskunnskapen, og erfaringskunnskapen, knowing how – kunnskap. I høve til å oppnå erfaring så må ein utøva ein prosessuell og aktiv refleksjon over knowing that – kunnskap og over knowing how – kunnskap. Det er når all tidlegare kunnskap vert utfordra at erfaring oppstår (Benner, *ibid.*).

2.1.2. Taus kunnskap

Thomassen (2006) viser til Aristoteles sitt omgrep phronesis, om kunnskap som krev klokskap og skjønn i samhandling med andre mennesker. Molander (1993) vidarefører omgrepet, og viser til vitskapsteoretikar og filosof Michael Polanyi (1891 – 1975) sin teori om taus kunnskap. Molander (*ibid.*) byggjer si forståing på at den praktiske kunnskapen består òg av det ein kallar for taus eller uartikulert kunnskap. Polanyi seier at me kan meir enn me kan seie. Dette er kunnskap som er vanskeleg å overføre til andre fordi den lar seg ikkje setjast ord på, i munnleg eller skrifteleg form. Den tause kunnskapen finnes i dei vurderingar som blir gjort og i dei handlingar som vert utført. Det kroppslege, med det rette handlaget, merksemda, med det gode blikket for kva som skal gjerast og til kva tid, kan seie noko om kunnskapsforma. Det er det nære, handlinga og engasjementet som er det sentrale i den tause kunnskapen. Den levande kunnskapen tar hand om den tause kunnskapen, den er abstrakt, det den omhandlar er distansert og lar seg ikkje skildre i ord.

Molander (ibid.) drøfter om det lar seg gjera å utvikle eit eige fagspråk som kan skildra den tause kunnskapen. Han hevder at dette vert problematisk, først og fremst fordi kunnskapen er av ein slik art at den ikkje lar seg artikulera verken skriftleg eller munnleg. Vidare trekkjer han fram at ein i eit fellesskap både har den urøynde og ein har eksperten, og at mellom desse kategoriane er det eit stort skilje. I høve til at ikkje taus kunnskap kan la seg artikulere, kan ein derimot hevde at *forholda rundt* den tause kunnskapen lar seg skildre og drøfte. Gjennom forteljande form vert den tause kunnskapen tilgjengeleg for tolking (Martinsen, 1996).

2.1.2.1 Taus kunnskap i sjukepleiefaget.

I ei skildring av forholdet mellom taus kunnskap og sjukepleiefaget viser Hamran i boka "den tause kunnskapen" (1987) til at sjukepleiefaget treng mangfaldet av kunnskapsformer. Faget treng teoretisk kunnskap, som Hamran også kallar påstandskunnskap, dette som Benner (1995) skildrar som *knowing that* – kunnskap. Vidare viser Hamran til behovet for ferdigheitskunnskap, kunnskap som er nødvendig for å utføre prosedyrar, og som Benner (ibid.) altså knyter til erfaringsbasert *knowing how* - kunnskap. Hamran (1987) nyttar omgrepet *fortruelegheitskunnskap* om kunnskapsforma, og legg til at den har moralske aspekt i seg. Pasienten sin oppleving treng ikkje stemme overeins med målbare og objektive resultat. Sjukepleiaren kan dra nytte av sin fortrulegheitskunnskap i møte med pasienten, og oppdage dette. Med andre ord, evna til det å sjå pasienten, nyttiggjera seg tidlegare erfaringar frå liknande situasjonar og omstilla denne erfaringa til den aktuelle situasjon, på tross av dei målbare funn, vil vera å nyttiggjera seg av fortrulegheitskunnskap. Dette er kunnskap som ein ikkje klarer å formidle gjennom verbalisering, men gjennom eksempel (Hamran, ibid.).

Ved bruk av fortrulegheitskunnskap viser ein i situasjonen, evne til samtidig å nyttiggjera seg *knowing that* – kunnskap, og *knowing how* – kunnskap, på ein slik måte at handlinga ein utfører, ivaretar dei etiske forpliktingane ein har som fagperson. Hamran (1987.) trekkjer her inn omsorgsomgrepet og viser til sjukepleiar og filosof Kari Martinsen, som er oppteken av mellommenneskelege relasjonar, der ein har ein grunnleggjande holdning til at ein skal vera der for den andre. Måten ein praktisk gjennomfører ei prosedyre på har samanheng med kva teoretisk kunnskap ein har, og som ein erfarer at ein har bruk for. Tidlegare erfaring hjelper ein òg til å sjå kva den andre treng i situasjonen, ut ifrå fortrulegheitskunnskapen. I omsorg for den andre prøver ein å yta den andre respekt gjennom sine handlingar (Hamran, ibid.).

2.1.2.2. Korleis legitimere den tause kunnskap?

I boka "Et kvinnefag i modernisering"(1995) viser Hamran til kritikk som er reist i høve til taus kunnskap og sjukepleiefaget. Hamran viser til kritikk der det vert hevda at taus kunnskap har eit legitimitetsproblem. Kritikken byggjer på eit tradisjonelt vitskapssyn der kunnskap kan skildrast som sann og kan grunnjevast. Dette vitskapssynet byggjer på bestemte kriteria for objektivitet. Taus kunnskap kan ikkje la seg forklarast ut frå objektive mål, til forskjell frå eksplisitt kunnskap. Hamran (ibid.) viser her til at sjukepleiefaget har fått kritikk for å ha hatt ein praksis som ein ikkje har kunne grunnjeve ut frå denne måten å sjå heilskapen ut frå.

Hamran (1995) rettar kritikk mot at modernisering i faget, knytt til dokumentasjon skal byggje på ei forståing av kunnskap der kunnskap alltid lar seg grunnjevast og dokumenterast. Bak krav om presis, objektiv dokumentasjon, ligg ei forståing for at kunnskap i sjukepleiefaget er strukturert ut frå generelle prinsipp og reglar, at kunnskap kan forståast som teori, og handling som bruk av teori, og at desse er separate prosessar. Hamran (ibid.) er kritisk til ei forståing av at det ikkje er nærheit og samanheng mellom dei reglar som styrer handlinga og den situasjonen som handlinga skal skje i.

Den tanke og vurderingsverksemd som skal skje i samband med handling skal, etter no tids forståing av faget sin praksis, vera bunden til bestemte kunnskapsomgrep. Som eksempel på bestemte kunnskapsomgrep vert dokumentasjon trekt fram. Her er kravet å få fram kva resultat ein har oppnådd, og kva nytte handlingane har gitt. Kvalitetsomgrep som vert nytta, er kjenneteikna av kontekstfrie kriterium, som skal få fram det rasjonelle i handlingane og tenkjemåten til utøvaren. I dette påpeiker Hamran (1995) at det er den teoretiske kunnskapen, den kontekstfrie kunnskapen, knowing that - kunnskapen som vert synleggjort. Faren er at ein ikkje verdset og aktualiserer dei andre kunnskapsformene som faget ber med seg. Den tause kunnskapen lar seg ikkje formulerast og forklarast, den er likevel ikkje usynleg. Den tause kunnskapen kjem til uttrykk gjennom handling og gjennom val av kunnskap som kjem til syne. Denne kunnskapsforma er viktig for heilskapen i faget, men den vert ikkje etterspurd i dei formene sjukepleie skal dokumenterast i, slik ein kan forstå Hamran. Hamran (ibid.) hevder at ved å ha ei bevisst haldning til den tause kunnskapen i faget, så kan det bidra til å sikre og styrke utøvaren si sjølvkritiske evne, men at dette krev at ein har arenaer i fagfellesskapet som tar vare på denne kunnskapsforma.

Gjennom å visa til at det er samanheng mellom arbeidsformer og kompetanse, seier Hamran (1995), at synet som ein har på kunnskap kan vera med å påverke kva arbeidsformer ein legg opp til. Sjukepleiefaget har mange praktiske kunnskapskomponentar, der utøving av fortrulegheitskunnskap med fagleg vurdering, og bruk av skjønn krev andre arbeidsformer enn eintydig og gitt kunnskap. Som døme på arbeidsform trekkjer Hamran (ibid.) inn munnleg rapport ein arena som kan vera med å ta vare på den kompetanse som er i eit fellesskap. Dette, kan ein sjå i samanheng med det Hamran (ibid.) seier om forholdet mellom individuell personleg kunnskap og fellesskapet. Den tause kunnskapen kjem til uttrykk gjennom handling hos den einskilde, men får si godkjenning gjennom kva former for uttrykksmåtar som den kulturelle kontekst ein er i, gir rom for. Kunnskap vert gjort legitim i sin eigen kultur (Hamran, ibid.).

2.1.3.Læring av praktisk kunnskap

Klokskap og praktisk visdom slik Aristoteles skildra phronesis, kan ein oppnå gjennom praktisk handling, forståing for verden oppnår ein gjennom handling, seier Thomassen (2006). Refleksjon over handling, og refleksjon i handling, gir ein muligheit til å reflektere over den eksplisitte kunnskapen. Ein kan lære av erfaring og i erfaring. Erfaring får ein gjennom å prøve og feile, feile i form av at forventingar ikkje vert realisert slik ein på førehand hadde sett for seg. Desse erfaringane hjelper ein vidare til å tolke nye situasjonar og bidreg til eit meir nyansert bilde av virkeligheita, enn det den teoretiske kunnskapen kan gi ein åleine (Thomassen, ibid.).

Læring er å tileigne seg kunnskap, ferdigheiter og haldningar. Utveksling av kunnskap foregår gjennom kommunikasjon. Kommunikasjonen kan vera mangearta, og både gjennom tale, skriftspråk, sanseapparatet og gjennom taushet kan ein utveksle kunnskap (Meyer, 2007).

2.1.3.1.Meister – svein – læring

I handtverksfag og yrkesutdanning har bruk av mester – svein – læring lang tradisjon. Kunnskap i faget vert overført ved at læresveinen fylgjer mesteren i instruksjonar og råd. Den lærande byrjar læreprosessen med å observere handlinga. Etterkvart tar ein over utøvinga av det praktiske arbeidet, under oppfylgging av meisteren. Mykje av den praktiske kunnskapen kan ikkje spesifiserast og uttrykkjast ved hjelp av ord, men kan la seg overførast gjennom ein meister – svein modellen (Mogensen,mfl.,2006).

Molander (1993) utdjuper læringsmodellen ved å visa til Dreyfus & Dreyfus sin teori om læring på ulike kunnskapsnivå, og der han skildrar korleis ein ekspert kan nyttiggjera seg taus kunnskap. Ein ekspert reagerer spontant i situasjonen, og kjenner situasjonen att utan å måtte analysere og resonnerer, men handlar på instinkt. På vegen mot å bli ekspert treng ein reglar og teoriar for å forstå og byggja eigen erfaring på. Desse vert mindre betydingfulle når eksperten nyttar sin tause kunnskap i den spontane handlinga, men det betyr ikkje at eksperten handlar tilfeldig utan å vita kva han gjer. Det innlærte blir ein del av kroppen, seier Molander (1993) og viser til Polanyi. Det vert ei forståing for kva som fungerer godt. Det innlærte får berre indirekte eller underordna merksemd.

Vernepleiar og pedagog Karen Jensen (1993) siterer Polanyi frå hans bok om taus kunnskap, ”*Personal knowledge : Towards a Post – Critical Philosophy*” (1958, s. 53). når ho skildrar korleis ein erfaren sjukepleiar kan bidra til at ein som sjukepleiarstudent kan få kunnskap om yrkestradisjonen gjennom meister – svein læring.

”Å lære av en mester er å underkaste seg en autoritet. Man lyder mesteren fordi man har lært å stole på hans måte å gjøre ting på, selv om man ikke alltid i detaljer kan analysere og forklare deres virkning. Gjennom å studere mesteren og etterligne hans prestasjoner i hans nærvær, vil lærlingen ubevisst oppta håndverkets regler, inklusive dem som mesteren ikke selv uttrykkelig kjenner”

Utover det Polanyi legg i meisteren sin funksjon og læresveinen si rolle, hevder Jensen at læresveinen ikkje må vera passiv i si læring, men ha eit aktivt forhold til det læremeisteren gjer og i kva samanhengar det skjer. Dette er i tråd med korleis pedagogar vanlegvis ser på læring i dag, som ein skapande prosess og med høve til fornying for begge partar, både meister og svein (Jensen, 1993).

2.1.3.2. Refleksjon som element i læring

Thomassen (2006) seier i si skildring av kva Aristoteles la i omgrepet phronesis, som tidlegare nemnd, at læring av og nyttiggjering av praktisk kunnskap krev refleksjon. Ho skildrar den praktiske visdomen og klokskapen viser som seg gjennom bruk av skjønn der ein trekkjer inn allmenn kunnskap, prinsipp, og verdiar skal tilpassast den enkelte situasjonen ein er i. Vidare finn Thomassen støtte i det den amerikanske filosofen Donald. A. Schön (1930 – 1997), som seier at kyndig handling er knytt til ein kontinuerleg refleksjonsprosess. Sjølv om ein har erfaring vil ein, hevdar Schön, alltid gå tilbake til situasjonen og vurdere handlinga. Vidare hevder han at det er naturleg for ein kyndig praktiskar å tenkje medan ein er i handling,

ein stanser ikkje opp for å tenkje, men reflekterer samtidig som ein handlar. Det vil slik Thomassen skildrar det vera ei reflekterande pendelverksemd der allmenn kunnskap, prinsipp og verdiar vert retta mot den einskilde og særleine situasjon. Ved refleksjon i handling vil det vera den konkrete situasjonen med individet og det særleine i hendinga som får merksemd for refleksjon, medan avstand til hendinga kan gi rom for å reflektere over bruk av allmenn, og generelle kunnskapen i handlinga, om det er kunnskap av denne art ein manglar t.d. og om bruk av anna kunnskap i vurdering før handling kunne gitt anna handling. Thomassen (2006) refererer til Schøn og seier at det er behov for refleksjon både i og over handling.

Molander (2001) rettar merksemda mot refleksjon når han skriv om den levande kunnskapen. I høve til det å vera merksam på seg sjølv, og si eiga evne til utøving av den praktiske kunnskapen nyttar Molander to omgrep; *Å venda blikket framover*, for å kunne førebu seg til situasjonen og konteksten oppgåva er i, det krev forståing for og bruk av teorikunnskap, bruk av skjønn og eigeninnsikt i kva ein kan. *Å venda blikket bakover* trekkjer Molander fram for å få fram refleksjon over eiga utføring og vera open for andre sin reaksjon. Den stadige læringa er sentralt i den levande kunnskapen, forbetring er ein del av det levande. Det å vera merksam krev òg at ein er i eit fellesskap der ein får respons frå andre på det ein gjer (ibid.). Sjukepleiarane Berle og Torsteinson (i Martinsen, 1993) finn støtte i Schøn, når dei omtalar samanfallande synspunkt. For å lære treng ein å vera i stand til å ta den risiko, og den usikkerheita det er å ta inn andre synspunkt enn sine egne. Det å sjå egne feil er meir ein muligheit for læring, enn ei erkjenning på at ein mislukkast.

I samband med meister – svein – læring vil det for sjukepleiestudentar vera eit behov for refleksjon, både i meister – svein relasjonen, men og utanfor denne relasjonen slik at studenten kan oppleve distanse til situasjon og relasjon. Distansen kan skapast gjennom organisering av praksisstudiet der utdanninga legg til rette for eit fellesskap rundt og med den lærande der dialog omkring det faglege er sentralt (Jensen, 1993). Mogensen mfl.(2006) påpeiker på same måte nødvendigheit av refleksjon i samband med meister – svein læring. Faren er at ein kan overføre tradisjonar og kunnskap som er ein del av det tilfeldige og det ein vanlegvis gjer, utan at det er i samsvar med teoretisk kunnskap, og t.d. etiske sider ved faget. Her er det behov for refleksjon over kva ein har erfart i den praktiske samhandlinga ein har vore i (Mogensen mfl. 2006). Jensen (1993, s. 33) hevdar at evne til kritisk refleksjon ligg som eit vern mot det tilfeldige og det som ligg i ”vanens makt”. Ho seier vidare at studentane

må utover å bli bevisstgjorde på eiga læring og eigen kunnskap, bli kritisk reflekterande over den yrkesspesifikke kunnskapstradisjon.

2.1.3.3. Situert læringsteori om læring i praksisfellesskapet

Jean Lave og Etienne Wenger har med boka *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation* (1991), på dansk *Situeret læring og andre tekster* (2003), gjort kjend ein læringsteori som har hovudfokus på læring som skjer gjennom deltaking i sosiale prosessar. Forfattarane skildrar kva former for sosialt engasjement som opnar opp for læring i den sosiale samanhengen ein er i. I fylgje Lave og Wenger (2003) skjer læring i den sosiale praksis, og gjennom relasjonar mellom den lærande og element i den sosiale praksis. I teorien er det ikkje fokusert på kva kognitive prosessar og omgrepsstrukturar læring omfattar. Omgrepet situert læring kjem av *in situ*, som tyder på staden, og forfattarane siktar dermed til læring på staden. For å vise at situert læring er meir enn *learning by doing*, utdjupar Lave og Wenger (ibid.) omgrepet i forhold til ei vid forståing av det dei legg i situert verksemd eller aktivitet. Her legg dei inn forhold som har med teoretiske perspektiv å gjera, forståing for kva relasjonar i eit praksisfellesskap har av betydning, og korleis læringsarenaen vert opplevd for dei menneska som er involvert i situasjonen. Slik sett kan ein forstå at ein god læringsarena også inneber evne til å ivareta den eksplisitte kunnskap og den tause kunnskapen gjennom individuell refleksjon og gjennom dialog i fellesskapet. Måten ein sosial praksis kan fungere som ein læringsarena på, har å gjera med kva historisk og kulturell bakgrunn praksisen har. Dette legg bla. føringar for korleis den lærande vert tatt imot av praksisfellesskapet på.

Praksisfellesskapet utgjer dei relasjonar som er mellom menneske, i verksemd og verden, som skjer over tid og i relasjon til andre nærliggjande praksisfellesskap. Muligheit for læring ligg i kva sosiale strukturar, maktrelasjonar og vilkår for å vera deltakar som er i den sosiale praksis. Lave og Wenger (2003) tar med seg element frå meisterlæring inn i teorien¹⁴. Den sosiale plasseringa av den lærande i det sosiale praksisfellesskapet er sentralt i denne teorien, og her nyttar Lave og Wenger (ibid.) omgrepet *legitim perifer deltaking*. Legitim perifer deltaking forklarar forfattarane med at den lærande tek del i eit praksisfellesskap der den lærande har ei målsetjing om å bli eit fullverdig medlem i fellesskapet. Den lærande er i bevegelse mot målet ved at ein oppnår å beherska kunnskap og ferdigheiter. Denne prosessen har fleire føresetnader som eg skal komma inn på.

¹⁴ Omgrep som ein kjenner att frå teori om meisterlæring er; *meister, lærling, nybyrjar og veteran* vert nytta.

Eg vil først prøve å tydeleggjera omgrepet legitim perifer deltaking. Legitim seier noko om maktforholdet mellom den lærande og den sosiale fellesskapspraksisen. Legitimitet gir den lærande ein status, der ein er anerkjent som lærande, og dette gir ein tilgang til fleire relasjonar i den sosiale praksis. Perifer i denne samanhangen kan sjåast på som ei positiv plassering i den sosiale praksis som gir den lærande muligheiter til å vera i bevegelse framover mot målet som er ei fullverdig deltaking. Ein er plassert innanfor i den sosiale praksis og det gir ein muligheiter. Det at ein opplever skifting i plasseringa vil slik, Lave og Wenger (ibid.) ser det, vera ein del av dei læringsområda, utviklingsidentiteten, og former for medlemskap som den lærande må forholde seg til og dra nytte av. Med deltaking kan forstå at ein tar del i fellesskapet og det inneberer aktivitet frå den lærande si side.

Lave og Wenger (2003) trekkjer fram forhold som dei meiner er sentrale for å oppnå læring i ein situert praksissamanhang gjennom legitim perifer deltaking. Strukturen i den sosiale praksis er ei viktig kjelde til læring. Praksisfellesskapet vert i situert læring sett på som ei gruppe relasjonar mellom personar, aktivitetar, og verden elles over tid og samstundes i relasjon til liknande praksisfellesskap. Forfattarane hevder at eit praksisfellesskap må vera til stades for at kunnskap skal eksistera. Praksisfellesskapet byggjer opp under kunnskapen i praksis og framhevar det historiske perspektiv i kunnskapen (Lave og Wenger, 2003).

Den lærande er avhengig av å oppleve at ein har legitimitet i fellesskapet, som eit anerkjent medlem av fellesskapet. På denne måten har ein tilgang til aktivitetar og handling i den sosiale praksis. Dette skjer ikkje alltid, og årsakene kan vera slik forfattarane skisserer at fellesskapet har eit behov for kontroll. Ved å gi tilgang til nybyrjarane, dei lærande, vil ein missa noko av denne kontrollen, ein må gi noko frå seg. Lave og Wenger (2003) nyttar teknologibruk i praksissamanhangen som eksempel for å synleggjera kva tilgang, og ikkje tilgang i praksis kan ha å seie for den lærande. Kva verdsetjing eit teknologisk verktøy har i ein praksis er avhengig av kva funksjon det har i systemet, slik dette kjem til uttrykk gjennom utforming og bruk. Skal den lærande oppdaga dette, er ein avhengig av å ha tilgang til teknologien og til dei forhold som verkar inn i praksis i høve til det tekniske verktøyet. Får ein ikkje dette, misser ein òg høve til å observere og bruke verktøyet. Ein får ikkje høve til å sjå kva funksjon verktøyet har i den kulturelle praksis, som det er ein del av (Lave og Wenger, 2003).

Den lærande startar ut i praksisfellesskapet med ein observerande haldning til det som skjer der, og dette gir den lærande innsikt i korleis fagfellesskapet, med sine erfarne deltakarar, fungerer og innsikt i kva aktivitetar som er aktuelle, og kva samanhengar dei ulike aktivitetane inngår i. Etter kvart tar den lærande del i det som skjer i praksis, først med dei enkle oppgåvene etter kvart med meir kompliserte oppgåver. Observasjon av praksis og deltaking kan gi den lærande innsikt i praksis bl.a. det å sjå at oppgåvene eksisterer ikkje isolert, men er ein del av ein heilskap der relasjonane i fellesskapet òg har ei betydning og dette gir oppgåvene og praksisfellesskapet mening. Til tross for at det er enkle oppgåver vil den lærande oppleve å vera til nytte og av den grunn kan ein undervegs vurdere si eiga utøving og funksjon i høve til fellesskapet. Respons på kva ein utfører får ein ved å få nye oppgåver som krev meir innsikt (Lave og Wenger, 2003).

Forholdet mellom meister – og den lærande er, eit av mange ulike relasjonsforhold som den lærande opplever i praksis. Det meisterlige, ekspertkunnskapen, ligg ikkje berre hos meisteren, men i heile organisasjonen av det praksisfellesskap som meisteren òg er ein del av. Fellesskapet og dei relasjonar meisteren er i, gjer ein til meister for den lærande og ikkje berre ut frå kva meisteren sjølv kan. Forfattarane viser òg til at den lærande gjennom sin deltaking i praksisfellesskapet har samhandling med alle i fellesskapet, ikkje berre med læremeistrane, veteranarane i faget. Dette er òg eit viktig bidrag til læring, då likestilte deler kunnskap med kvarandre på ein annan og meir effektiv måte enn det forholdet mellom meister og lærling kan gjera, men òg ved at ein lærer meir av å lære bort til andre som kan mindre enn ein sjølv.(Lave og Wenger, 2003).

Situert læring gjennom legitim perifer deltaking, er læring av både knowing that - og knowing how – kunnskap. Læringsteorien tar høgde for at dei ulike kunnskapsformene krev ulik innlæring, men ved at ein tar del i miljøet handling skjer vil dette opne opp for forståing og innsikt. Gjennom observasjon, handling og refleksjon skjer erfaring hos den lærande, ein kan få innsikt i den tause kunnskapen som ikkje lar seg forklarast, men som vert synleg gjennom handling. Ved at studenten får innsikt i dei samanhengar som handlinga skjer i, og tar del i handlinga i situasjonen, kan dette gi den lærande erfaring og kunnskap som etter kvart har ei form for fortrulegheitskunnskap (Lave og Wenger, 2003).

Den sosiale praksis vil vera i ei kulturell utvikling. Ved at den urøynde kjem inn i praksisfellesskapet påverkar det dei sosiale aktivitetane og den kulturelle utviklinga i den

sosiale praksisen. Sjølve praksisen er i bevegelse mot ei kontinuerleg fornying (Lave og Wenger, 2003). Den sosiale praksis kan sjåast på som eit kulturelt fellesskap. Dei sosiale prosessane, med relasjonar, handling og læring vil, slik eg ser det, ha i seg mange av dei same element som Hamran (1992) definerer pleiekulturen inn i¹⁵.

2.2. Integrering av elektronisk dokumentasjonssystem i ein sosial praksis.

Innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleie gjennom elektronisk pasientjournal er ein del av den statlege satsinga innan teknologi og kvalitet. EPJ vert sett på som eit framsteg på veg mot å nå mål om auka kvalitet gjennom at brukarar av helsetenesta skal oppleve eit meir heilskapleg løp, med større grad av samordning og kontinuitet, betre ressursutnytting, større tilgjenge, og trygge og sikre helsetenester (Helsedepartementet, Sosialdepartementet, 2004; Sosial og helsedirektoratet, 2005).

2.2.1. Sjukepleie og teknologi

Sjukepleiedokumentasjon er ein integrert del av EPJ. Ved å innføre EPJ får ein i sjukepleiefaget eit behov for å nytta seg av eigne datasystem. Sjukepleiarane Cornelia Ruland og Derek Hoy (1993) tar utgangspunkt i at sjukepleie består av ulike kunnskapskomponentar, når dei hevder at skal ein lukkast i å integrere datateknologiens former inn i sjukepleie, må ein vera medviten om kva grunnleggjande syn ein har på sjukepleie og utøving av faget. Teknologien kan berre delvis ivareta deler i faget som bla. det mellommenneskelege aspekt. Omgrepsbruk innan elektronisk dokumentasjon krev ein større grad av eit standardisert språk enn det ein finn i fritekst i vanleg skriftleg format. Ein må nytte eitt eintydig fagspråk, slik at data om pasienten vert definert likt og slik at datamaskinen / dokumentasjonssystemet kjenner omgrepa att. Bruk av klassifikasjonssystem vert trekt inn som ein måte å oppnå dette systemiseringsbehovet på (Ruland, 2000).¹⁶ Tolking av bakgrunnsinformasjon, evne til å forstå og tolke meiningsinnhald, vil krevje eit presist, gjenkjenneleg språk og dette vil berre ivareta deler av meiningsinnhaldet. Teknisk sett er trinna i problemløysingsprosessen i sjukepleieprosessen i samsvar med oppbygginga av eit elektronisk dokumentasjonsprogram. Det er ei logisk rekkefølge av delane, der eine steget fylgjer det føregåande, og der

¹⁵ Eg kjem nærare inn på dette under i kap. 2.2.2. Det kulturelle fagfellesskapet.

¹⁶ Viser til kap. 1.1.3. Dokumentasjon av sjukepleie i Elektronisk pasientjournal (EPJ)

utfordringa er å ivareta det individuelle og relasjonelle. Bruk av teknologi i sjukepleiefaget kan vera funksjonelt dersom ein er bevisst på kva sjukepleie er, kva tenkingsgrunnlag og kva verdiar faget byggjer på. Er dette tilfelle, kan faggruppa sjølv vera delaktig og vera med å påverke utvikling av elektroniske dokumentasjonssystem til bruk i sjukepleie, slik at verktøyet kan ivareta dei faglege verdiar og prinsipp på ein akseptabel måte¹⁷ (Ruland og Hoy, 1993).

Sosiolog Pål Augestad viser i sitt arbeid; "Stopuret, kikhullet og skoleeleven" (2005) til den franske historikaren og filosofen Michel Foucault (1926 -1984) si forståing av omgrepet teknikk og teknologi. Foucault ser på omgrepa ut frå eit maktperspektiv som inneber at makt alltid er tilstades i alle sosiale situasjonar, i einkvar relasjon og i einkvar teknologi. Han skildrar teknikk som eit konkret materiale som skal nyttast til noko, samtidig som det er knytt til eit sett av bruksreglar. Ved hjelp av tekniske reiskap og bruksreglar for dei, får ein bestemte måtar å handle på og gjera ting på. Augestad (ibid.) seier at teknikk i seg sjølv vanlegvis vert sett på som maktnøytralt, medan bruk av teknologi kan gi makt. Foucault har eit anna perspektiv på dette. Foucault hevda at det ligg maktmekanismar innlemma i teknikken. Teknikken er av ein slik art at den er forma opp imot noko. Augestad viser til at tidtaking vert sett i samanheng med bestemte mål; rekordar, plassering m.m. Slik kan ein overføre Foucault si tenking om makt i teknikken til elektronisk dokumentasjon òg. Kvar gong ein nyttar teknikken så får ein ny informasjon og ny kunnskap. Dette knyter Foucault til ein maktrelasjon fordi, slik eg forstår han, ein plasserer og vurderer den nye kunnskapen opp imot noko som er bestemt på førehand, blant anna i form av eit sett med bruksreglar, som skal vera den form for kunnskap som informasjonen skal sjåast i samanheng med. Gjennom føringar frå staten er det, i fylgje Hamran (1992), knowing that – kunnskap som skaper dokumentasjonsforma som informasjon om pasienten skal forståas ut frå. Hamran er kritisk til at det ikkje alle kunnskapsformene i faget vert etterspurd. Etter kvart som teknikken vert innarbeid og bruksreglane vert etablerte i fagmiljø, kan det utvikle seg til å definere ei sanning i situasjonen og det utviklar seg eit normalitetsforhold som ein etter kvart ikkje gir større merksemd (Augestad, 2005).

¹⁷ Viser til kap. 1.1.3. Dokumentasjon av sjukepleie i Elektronisk pasientjournal (EPJ)

2.2.1.1. Endringsprosessar

Antropolog Halvard Vike (2003) viser til at mange av dei offentlege reformene som har vore innført i helse- og sosialtenesta i Noreg bær preg av at ein vil oppnå høg kvalitet, men med minst moglege økonomisk midlar, utan at dei økonomiske aspekt vert drøfta i openheit. Innføring av teknologi og omorganisering er på same måte som økonomi, vanskeleg å diskutere og problematisere for utøvarane i verksemda. Systema som vert innført og argumentasjonen som vert nytta ved innføringa, har eit anna grunnlag enn dei verdiar og den fagkunnskap utøvinga av faget byggjer på. Vike (ibid.) viser til innføring av HVPU reforma, der utøvarar opplever at dei ikkje er tatt med i endringsprosessen og at det oppstår ei avmaktskjensle i fagmiljøet. Endringar skjer i organisasjonar og som medlem av organisasjonane lar ein seg påverke til å godta endring og ein ikkje stiller seg kritisk til at endring skjer. Foucault seier noko om dette i boka "Overvåkning og straff"(2001). Han hevder at menneske lar seg kroppsleg disiplinere til å bli føyelege kroppar. Ved endringar i arbeidsoppgåver som dei Vike (2003) skildrar, påverkar dette kroppen, menneske bruker kroppen annleis, og ein nyttar ikkje krefter på protestere mot endringa, men lar seg føye. Menneske får oppleving av å meistre, samtidig som ein går inn i eit underdanigheitsforhold til den eller dei som er i posisjon og opplever dermed, paradoksalt nok samstundes avmakt.

2.2.1.2. Fleire kunnskapstradisjonar

Sjukepleie, som fag og tradisjon, har eit heilskapleg perspektiv på pasienten. Ein ser sjukepleie ut frå ein fysisk, psykisk, åndeleg og ein sosial dimensjon. Dette inneber at ein tar i bruk fleire vitenskaplege perspektiv i utøvinga av faget. Utgangspunktet for utviklinga av faget har vore pleie av sjuke, slik sett har sjukepleie nært vore knytt til den medisinske verden (Kristoffersen, 1996). Moderne medisin er forankra i ei empiristisk¹⁸ og ofte også ei positivistisk kunnskapstenking¹⁹. Kjenneteikn på empirisme er at kjelde til kunnskap er erfaring og der ein i positivistiske tenking knyt erfaring opp mot det som kan observerast, det som er konstant, - det som kan målast, vegast eller teljast (Thornquist, 2003). Martinsen (2003a) trekkjer fram at det positivistiske vitenskapssynet har fått høg status i sjukepleiefaget og i samfunnet elles. Den byggjer på ein positivistisk forskingstilgang, og ein ser på faget ut frå

¹⁸ Empirisme er ein måte å sjå kunnskap på, gjennom å ha ei forståing for at sanseerfaring er kjelde til kunnskap. Empirismen har eit vitkapsideal med eit krav om at data skal kunna målast og registrerast, ev. gjerast om til kriterium ein kan definere ut frå noko ein kan observere (Thomassen, 2006).

¹⁹ Positivism er ein vitkapsfilosofisk retning som har sine røter i naturvitenskapleg tradisjon. Vitkapsidealet er tufta på at data er målbar og kan registrerast og ikkje verta påverka undervegs i ein forskings samanheng. Ein ynskjer å seie noko om årsaksforhold. Det er mange ulike former for positivism og omgrepet vert nytta ulikt. Den andre hovudretninga i vitkapsfilosofisk retning er hermeneutikken som byggjer på humanvitenskapleg tradisjon (Thomassen, 2006).

eit målrasjonelt - og eit problemløysande perspektiv. Sjukepleie byggjer på dette kunnskapsperspektivet, samstundes som fagtradisjonen har vore nært knytt opp mot ein humanistisk tradisjon der pasientrelasjonen er det vesentlege, og kunnskap kjem frå praksis. Ein av grunnverdiane i pasientrelasjonen er omsorg (Berle og Torsteinson, 1993). Martinsen (2003a) viser til at lærebøker i sjukepleieutdanninga har kunnskapsidealet vore i sterk endring. Det har vore ei utvikling frå at omsorgsomgrepet var det sentrale, til at det vart tatt bort, til fordel for omgrep som skildrar resultat²⁰. Her vart dei tekniske arbeidsoppgåvene tydelege, medan evne til t.d. innleving og relasjonsforståing, det som har med danning av den personlege sjukepleieforståinga, vart mindre framtrudande. Omsorg viser ikkje til produktivitet, seier Martinsen (ibid.)

Som ei tydeleggjering av det Martinsen (2003a) seier om kunnskap og kva status det positivistiske vitenskapssynet har fått i sjukepleiefaget kan det vera relevant å trekkje fram at nye omgrep, og nye måtar å systematisere kunnskapsformer på er aktuelt. Evidensbasert sjukepleie, evidensbasert praksis og kunnskapsbasert praksis har fått innpass i helsefagleg samanheng. Evidensomgrepet har ei mangfaldig omgrepsforståing, frå at det tyder bevis, til ei forståing av at ein er viss på noko (Boge og Martinsen, 2004; Martinsen, 2005). Evidensbasert sjukepleie har ei rangering på kunnskap ut frå kva grad av evidens kunnskapen har²¹. Evidensomgrepet vert nytta i samband med effektmåling og resultatorientering og er etter kvart vorte etablert i enkelte sjukepleiefaglege miljø både i klinisk - og i forskings samanheng (Boge og Martinsen, 2004).

2.2.1.3. Teknologi som svar på krav om kvalitet og effektivitet.

Hamran (1992) seier i boka "Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåte", at det er eit spenningsforhold mellom det at sjukepleiefaget som eit mangfaldig fagområde med ei breidde av arbeidsoppgåver og kunnskapsformer vert vurdert, og sett inn i system som er egna for yrker som har ei avgrensa og spesialisert utøvningsform. Hamran (ibid.) viser til krav frå styresmaktene om effektivitet, og bruk av teknologi, og opplever dette som ei utfordring for faget. Dette grunnjev ho med at måling av effektivitet og kvalitet er retta mot tallforhold

²⁰ Martinsen ([1989]2003) gjev her eit historisk tilbakeblikk der ho viser til lærebøker før 1940 der ein la vekt på danning av den einskilde sjukepleiar som omsorgsutøvar til at ein etter 1940 såg meir på stell av den sjuke som ein del av ei behandling mot det å bli frisk. I lærebøker frå 1950 talet vart omsorgsomgrepet utelate.

²¹ Rangeringa byggjer på ei tankerekkje der ein *Gullstandard*, med kontrollerte forsøk som forskingsmetode vert sett på som kunnskap som gir høgast grad av evidens. Høg grad av evidens gir ut frå denne tanken, høg grad av sikker kunnskap, objektiv kunnskap (Ekeli, 2002).

og resultat, noko som kan vera med å redusere sjukepleiefaget. Dei spesifikke krav til dokumentasjon er retta mot problem, tiltak og resultat, noko som kan formulerast ved hjelp av knowing that – kunnskap, der ein vektlegg diagnose og årsakssamanhangar. Dette fangar ikkje heile mangfaldet i sjukepleie til den einskilde pasient. Faget har i seg kunnskapskomponentar som må skildrast, og omgrep som ikkje treng vera eintydige, og atter andre komponentar let seg ikkje formulerast. Det er desse sidene ved faget, eg forstår, Hamran (ibid.) er redd at vert mindre aktuelle og meir utydelege fordi dei ikkje får plass i ein teknologisk dominert tenkjemåte.

Hamran (1991) stiller spørsmål om kommunikasjonsteknologi kan erstatte munnleg rapportering. Her rettar ho merksemd mot faren ved teknologibruk i høve til ivaretaking av fagtradisjonar i det ho kallar pleiekulturen. Her er ho kritisk til at fagtradisjonar ikkje vert analysert, men skissert som vanar og ritual, medan moderne kommunikasjonsteknologi vert sett på som framsteg for faget. Gjennom rasjonell og systematisk problemløysing skal kommunikasjonsverktøyet bidra til at faget vert skildra gjennom eintydige omgrep i skriftleg form. Hamran (1991) hevder at den munnlege rapporten, som har vore ein del av tradisjonen i sjukepleiefaget, er ein arena for fagleg og sosialt fellesskap, der ein kan halda vedlike ei form for kompetanse som er nødvendig i ivaretaking av sjuke menneske. Kompetanseforma er her retta mot knowing how - kunnskap med taus kunnskap og fortrulegheitskunnskap (Hamran, ibid.).

2.2.2. Det kulturelle fagfellesskapet

Det kulturelle fellesskapet som sjukepleiefaget vert utøvd i, har i seg element som er sentrale for både læring av sjukepleiefaget og for fagleg utvikling. Lave og Wenger (2003) viser som nemnd, til omgrepet praksisfellesskapet i si utlegging om situert læring. I omgrepet legg dei eit handlingssystem der deltakarane deler ei felles forståing av kva ein gjer, og kva betydning dette har for deira liv, og for fellesskapet. Det kulturelle fagfellesskapet har i seg trekk som ein finn att i omgrepet profesjon og i det Hamran kallar ein pleiekultur, og der danning av fagleg identitet og pleieidentitet er sentralt. Dette trekkjer Lave og Wenger inn i høve til den lærande. Nybyrjaren i den sosiale praksis har behov for å utvikla sin identitet i dette fellesskapet, og identitet er ein føresetnad for at læring ved hjelp av legitim perifer deltaking kan skje i den sosiale praksis (Lave og Wenger, ibid.).

Hamran (1992) utdjupar dette i høve til omgrepet pleiekultur. Pleiekultur har i seg ei ramme av felles språk, normer og verdiar som skaper faste og stabile mønstre. Slik ein kan forstå omgrepet er det her tale om at fleire ulike yrkesgrupper kan utgjere eit arbeidsfellesskap i ein pleiekultur. Vanlegvis tenkjer ein her på eit fellesskap av både sjukepleiarar og hjelpepleiarar. Dette fellesskapet bidrar til ei identitetsskaping, der ein kjenner at ein høyrer til. Omgrepet pleiekultur vert ikkje synonymt med det ein forstår med omgrepet profesjon. Pleiefellesskapet har samhandling og samarbeid som eit grunnelement, medan profesjon byggjer på differensiering, der avgrensing og arbeidsinndeling er sentralt (Hamran, 2001).

Profesjonalisering kan sjåast på som ein prosess der utvikling av vitskapleg kunnskap vert nytta for å avgrensa seg som profesjon mot andre nærliggjande yrkesgrupper. Det er ein føresetnad for profesjonalisering av faget at ein har legitimitet av andre yrkesgrupper og befolkninga elles. Som sjukepleiarar i klinisk praksis kan ein oppleva å ha ei fellesskapskjensle og ein identitet som er av profesjonell karakter og av pleiekulturell karakter. Denne todelinga vil vera til stades der arbeidsinnhaldet krev arbeidsdeling og ansvarsforhold pga. kompetanseforskjell (Hamran, 2001).

2.2.2.1 Profesjonalisering i ein helsefagleg organisasjon

Sosiolog Eliot Freidson (1986) viser, i boka *Professional Powers*, korleis ein kan sjå på forhold mellom kunnskap og makt, i ein profesjons - samanhang. Profesjonane kan utøva makt, men grad av makt kan variere innan ein og same profesjon. Formålet med å markere yrkesgrupper som profesjonar er å få autoritet og kontroll over enkeltområde i samfunnslivet. Freidson (ibid.) hevdar at legeyrket er einaste faggruppa i helsetenesta som, ein ut frå kriterium kan definere som profesjon²². Auka akademisering av sjukepleieutdanninga gjer at fleire ser på sjukepleiefaget som ein eigen profesjon, utan å nytta så strenge kriterium som Freidson har nytta. Profesjonaliseringa av faget kan sjåast på i samanhang med gjera sjukepleiefaget vitskapleg (Foss, 2001). Det sentrale i mitt forskingsarbeid, vil her vera å nytta teori om profesjonalisering på ein slik måte at det kan bidra til ei analyse av forventningar til roller, og ansvars plassering i eit fagfellesskap som pleiekulturen kan

²² Freidson (1984) viser til at ein profesjon må vera basert på høgare gradsutdanning, med eigen lisens, sertifisering og akkreditering. Sjukepleiarar kan ikkje ut frå denne definisjonen verta anerkjent som fullverdig profesjon, men som semi-profesjon. Slik også mange andre faggrupper i sosialt arbeid, kan sjåast som. Forskjellen går slik eg forstår på grad av sjølvstendig arbeid og ikkje, sjukepleiarar vert ut frå definisjonen ikkje sett på som sjølvstendige yrkesgruppe, men ei gruppe som er underordna legeprofesjonen og organisasjonen i helsetenesta (Freidson, 1970; Etzioni i Goode, 1969).

representere. Dette ynskjer eg å gjera, utan å ta stilling til kor sterkt sjukepleiefaget er blitt profesjonalisert.

Det som særmerkjer ein profesjon, er den formell kunnskap og kompetanse som gjeld for det einkilde faget, det ein kan kalle faget sin natur, og som er retta inn mot dei spesielle arbeidsoppgåvene som ligg til profesjonen (Freidson, 1986). Det kan verka samlande og styrkande på profesjonen ved at kunnskap og kompetanse er med å danna avstand til nærliggjande yrkesgrupper.

I ein profesjon vil ein ha ulike roller og funksjonar. Profesjonen får ei differensiering ved at ein har t.d. spesialitetar og ulike karrierevegar og dette vil gi ulike oppfatningar på kva som er aktuell kunnskap og kompetanse. Slik vil det vera i høve til kva som er verdiar og mål for profesjonen òg. Freidson (1986) viser til at ein forskar og ein teoretikar vil ha eit anna grunnlag for si vurdering av kva som er det formelle kunnskapen i profesjonen, enn det ein administrator i ein organisasjon vil ha. Ein forskar vil t.d. vera meir opptatt av ideal enn kva som skjer i praksis, hevder Freidson (ibid.). Ein praktikar i yrkesprofesjonen vil utøve faget sitt ved bruk av berre deler av den formelle kunnskapen som profesjonen byggjer på. Her er den formelle kunnskapen omgjort og tilpassa til dei aktivitetane som profesjonsdeltakarane er ein del av. Her kan det bli ein avstand mellom den formelle kunnskapen, som det vert stilt krav om, og den form for kunnskap som vert nytta i utøving av faget.

Profesjonen har behov for å ha ein viss kontroll over organisering av profesjonen, og vidareutvikling av profesjonen, ved at profesjonen sjølv styrer forskning og utdanning. Opplevinga av kor sterk profesjonsgrensene er, kan ha å gjera med i kva fagmiljø ein som sjukepleiar har sitt virke, og kva andre yrkesgrupper ein samarbeider med. Sjukepleiar og sosialantropolog Frode F. Jacobsen (2005) skildrar bl.a. forholdet mellom sjukepleiegruppa i høve til andre faggrupper, og ufaglærte i pleiefellesskapet i norske sjukeheimar. Han viser til at ved slike institusjonar har sjukepleiarar få avgrensa arbeidsoppgåver som berre denne yrkesgruppa utfører og som kan vera med å synleggjera sjukepleiarar som eigen profesjon. I høve til sjukepleiarstudentar sitt læringsmiljø vil det her vera av interesse om det er sjukepleie som yrkesprofesjon eller om det er pleiekulturen som utgjer det kulturelle fagfellesskapet studentane opplever å vera ein del av i klinisk praksis.

2.2.3. Kunnskaps- og kompetansebehovet i ein helsefagleg organisasjon

Sosiolog Per Måseide (1987a) si doktoravhandling, *Interactional aspects of patient care. The social organization of medical adequacy in a hospital ward*, er knytt til sjukehus som sosial organisasjon. Måseide ser på sjukehus som ein kompleks organisasjon som har til oppgåve å løyse problem og fremme helse, samtidig som strukturane i organisasjonen vert oppretthaldne og vedlikehaldne sett ut frå eit organisasjonsmessig synspunkt. Skal ein oppnå formålet med organisasjonen må ein ha medlem som har tilstrekkeleg kompetanse som bidreg til at dei løyser arbeidsoppgåvene i organisasjonen på ein tilfredstillande måte. I dette ligg det både fagleg kompetanse, men òg, eit behov for å ha kunnskap og kompetanse om korleis ein organisasjon er bygd opp i strukturar og korleis organisasjonen fungerer (Måseide, 1987).

Kunnskap om organisasjonen sine aktivitetar og samhandlingsmønster er, som allereie nemnd, i stor grad taus. Kompetanse på dette området får ein primært gjennom praktisk handling, bygd på teoretisk klinisk kunnskap, men òg på praktisk kunnskap og taus kunnskap. Måseide (1987b) viser til at komplekse organisasjonar som sjukehus fungerer best dersom det ikkje er mange reglar som styrer utøvinga av pasientomsorga. Her er det behov for fleksibilitet og evne til å vurdere ut frå den einskilde situasjon. Det som kan her kan oppfattast som regleverk er eit samspel som byggjer på ei taus forståing mellom aktørane. Sjukehuset som organisasjon har eit behov for heile tida å vera i utvikling og fornying, samstundes som aktørane skal møte svært ulike behov hos ulike pasientar, og ta høgde for at behova også kan variere over tid. Aktørane opprettheld og reproducerer systemet utan å vera spesifikt medviten om dette, deira fokus er i høve til pasientomsorg og behandling. Sidan dette er kompetanse som bl.a. byggjer på taus kunnskap vil det vera variasjon i korleis medlem i ein organisasjon innehar slik kunnskap, kunnskapen vil vera individuell, samtidig så påpeiker Måseide (1987,b) på at aktørane er ein del av eit system og det som er logisk og fungerer innan for systemet påverkar den individuelle forståinga ein som individ har.

Måseide(1987,b) viser til at det til ei kvar tid i ein sjukehusorganisasjon rår ein viss grad av usikkerheit omkring behandling av pasienten, om retningslinjer ein skal fylgje m.m. Han viser til at formelle møter der aktørane i organisasjonen kan få avklara desse usikkerheitene og der ein kan få informasjon, dela erfaringar og tankar er viktige skal ein organisasjon sine medlemmer til ei kvar tid ha kunnskap nok til å løysa oppgåvene som ein er sett til.

2.3. Utfordringar ved bruk av sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon av sjukepleie.

Dokumentasjon av sjukepleie, både i tradisjonell skriftleg form og i dagens elektroniske pasientjournal, byggjer på den problemløysande prosessen i sjukepleieprosessen, i tråd med dei krav som vert sett til journalføring (Heggdal, 1999; Moen, 1999; Journalforskriftene, 2000). Bruk av sjukepleieprosessen, som ramme for dokumentasjon av sjukepleie, gir utfordringar for faget slik fleire har påpeika (Alvsvåg, 1993b; Martinsen, 2003b). Her vil eg ta utgangspunkt i sjukepleiefaget sin omsorgsdimensjon som er nærliggjande for forståing og utøvinga av faget. Kari Martinsen (2003) seier at omsorg i ein sjukepleiefagleg samanheng byggjer på tre dimensjonar; den relasjonelle, den praktiske og den moralske dimensjon. Dette betyr at det er i samhandling mellom menneske, der sjukepleiar er der for den andre, pasienten, at handling skjer. Den moralske dimensjonen har å gjera med at omsorga ein har for den andre, byggjer på at ein vil den andre vel, det beste for den andre. Den andre vert sett på som subjektet i relasjonen. For å kunne vurdere dette fagleg har ein behov for både teorikunnskap, erfaringskunnskap og for fortrulegheitskunnskap som tidlegare er omtala. Martinsen nyttar omgrepet klinisk skjønn, for å få fram det ho legg i det moralske. Det å kunne tyde og forstå det den andre treng, vert i ein fagleg samanheng eit fagleg skjønn, der ein bruker sitt kliniske blikk (Martinsen 1990; Martinsen, 2003) Martinsen har i fleire høve reist kritikk mot bruk av sjukepleieprosessen. Ho seier (1990, s.78): "Omsorgens natur motsetter seg å deles opp, rykke sløs fra sammenhengen, for så å settes sammen igjen". Den relasjonelle dimensjonen vert redusert til at den andre vert sett på som eit objekt som lar seg måle. Sjukepleieprosessen representerer ein mål – middel tankegang, der ein ynskjer å få fram effekt og resultat. Ved bruk av sjukepleieprosessen i dokumentasjonsarbeidet og ved at statlege føringar stiller krav om problem, tiltak og resultat, kan ein forstå at det her er knowing that – kunnskap som vert etterspurd (Journalforskriftene, 2000). Martinsen (1990) viser her til, i tråd med det Hamran (1987) hevder, at sjukepleieprosessen, ikkje opnar for fortrulegheitskunnskap.

Sjukepleiarvitar Herdis Alvsvåg (1993b) seier at sjukepleieprosessen er med å få fram diagnose, årsak og verknad, ved at den problemløysande delen si trinnvise inndeling gir sjukepleiaren ei påminning om kva ein skal sjå etter hos pasienten. I ein dokumentasjons samanheng vert dette kunnskap som lar seg formulera. Blikket ein her nyttar vil ha eit anna utgangspunkt enn det Martinsen (2003) legg i det kliniske blikk, der utgangspunktet for det

ein ser er kva inntrykk pasienten gir ein. Likevel seier Alsvåg (1993b, s.113) ”Det diagnostiserende blikket har sin berettigelse, men også sin begrensing.” *Berettigelsen* er knytt til at ein som sjukepleiar har merksemda retta mot å finna ut av kva som er galt og som plagar pasienten, for så å kunne vera til hjelp. Den problemløysande metoden deler opp pasientsituasjonen for å skapa forståing. Metoden opnar opp for deler av faget, knytt til det som lar seg verbalisere (Alsvåg, 1993b). I høve til dagens krav, er dette retta mot pasienten sine problem, dei tiltak som er sett i verk og kva resultat ein har oppnådd (Journalforskriftene, 2000). Legitimiteten er knytt til at faget er komplekst og for å få fram årsaksforhold kan det vera til nytte å dela opp. Å nytta eit diagnostiserande blikk kan hjelpa ein til å få fram årsakssamanhangar i pasientsituasjonen. Årsakssamanhengane byggjer på teoretisk kunnskap, som Aristoteles kalla episteme (Thomassen, 2006). Denne teoretiske kunnskapen, *knowing that* – kunnskapen, kan slik sett bli tydelegare for både studentar og sjukepleiarar, og dette er kunnskap ein ha må som eit grunnlag for å vurdere kva som er det beste for pasienten (Benner, 1995; Molander, 2001).

Kritikken mot sjukepleieprosessen har komme fram både nasjonalt og internasjonalt. Meleis (1997), professor i sjukepleievitskap, viser til at det er lite samsvar mellom den holistiske budskapen som ligg bak sjukepleietenkinga, og den meir reduksjonistiske tilnærminga som sjukepleieprosessen tilseier. Sjukepleieprosessen, med den problemløysande delen, byggjer opp under diagnosetenking og behovstenking. Pasienten blir redusert til ei samling problem (Kirkevold, 1998). Det konkrete, det objektive, det som let seg observera og registrera ved pasienten sin situasjon kan bli ivaretatt ved å nytta den problemløysande metoden.

I samband med at Martinsen (1990) deler kritiske refleksjonar mot sjukepleieprosessen, rettar ho òg merksemda mot språkforma, og hevder at kravet om eit eintydig språk ikkje opnar opp for det intuitive, det skjønnsmessige. Ho vektlegg at sjukepleie er meir enn instrumentell problemløysing. I usikre og komplekse pasientsituasjonar må sjukepleiar nytte teoretisk kunnskap saman med innleving, intuisjon og skjønn i sine vurderingar (Martinsen. 1990; Martinsen, 2003a). I slike situasjonar er det fortrulegheitskunnskapen kjem til uttrykk. Denne kunnskapsforma er ei samanveving av teorikunnskap, praktisk kunnskap, erfaringsviten og evne til klinisk skjønn i situasjonen. Denne kunnskapsforma lar seg vanskeleg formulera eintydig. Gjennom det forteljande språket kan ein, i større grad få fram oppleving og skildring av situasjonar, enn det ein kan med ei standardisert språkform. Det forteljande språket, òg

kalla fritekst, opnar for sansing og følelsar, der språket gir plass for kompleksiteten i pasientsituasjonen (Martinsen, 1991).

Klassifiseringssystema, som ein kan nytte ved bruk av elektroniske dokumentasjonssystem, må vera svært detaljerte for å få skildre sjukepleiepraksis (Ruland (2000). Arbeidet med utvikling av klassifikasjonssystem / sjukepleiediagnosar har i hovudsak vore gjort på bakgrunn av einigheit blant fagpersonale,²³ som ei empirisk generalisering utan noko teoretisk forankring eller rammeverk (Meleis, 1997). Å klassifisere sjukepleiefaget er i seg sjølv vanskeleg, faget byggjer på omsorg for den enkelte, der kunnskap og erfaring vert smelta saman med her og no møtet, med pasienten. Noko kan planleggjast, noko skjer spontant ut frå situasjonen, noko lar seg vanskeleg gjenforteljast skriftleg.

Erfaring med bruk av klassifikasjonssystem i elektronisk dokumentasjon av sjukepleie viser at systema er mindre fleksible enn tradisjonell skriftleg dokumentering gjev rom for (Ruland, 2000, Moen, 1999). Moen (1999) hevder at ved bruk av klassifikasjonssystem i dokumentasjonsarbeidet er det ein fare for at dokumentasjonsforma får større merksemd enn innhaldet i faget. Konsekvensen vert at dei intuitive og erfaringsbaserte sidene av faget vert undervurdert. Ho eksemplifiserer ved å vise til at i arbeidet med dokumentasjonsmodellen VIPS²⁴, er det dei problemløysande sidene i sjukepleiefaget som vert ivaretatt.

²³ Meleis(1997) viser til at sjukepleiarar kom saman på sjukepleiekongressar og fatta vedtak om korleis og kva ein skulle systematisere og klassifisere. Dette skjedde frå 1976 og utover i USA.

²⁴ Viser til kap. 1.1.3.1. VIPS modellen

3.0. METODE

3.1. Kvalitativ metode og design.

I arbeidet med bakgrunn for studie og problemstillinga blei det tidleg klart for meg at eg ynskte å gjennomføra eit forskingsprosjekt ved hjelp av kvalitativ metode. Kvalitative metodar er eigna for å skildre og analysere karaktertrekk og eigenskapar ved det fenomenet ein studerer og å oppnå djupare forståing for fenomenet og dei kontekstane som det inngår i (Malterud, 2003). I mitt arbeid vil det vera å karakterisera faglege utfordringar ved innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleie knytta til sjukepleieutdanninga, slik fagtilsette ved utdanning opplever det, og gjera greie for ulike kontekstar, både ideologisk og organisatorisk, som ein kan forstå elektronisk dokumentasjon ut frå. Kvalitative metodar eignar seg i særskild grad til å oppdage og forstå informantane si eigne fortolkingar og deira eigen meiningsskaping. Informantane si eigen forståing av kva elektronisk dokumentasjon er, kvifor den er innført, kva den krev og kva den fører med seg av fordeler og ulemper er fokus i denne oppgåva.

Metodologi viser til kva filosofisk - teoretisk forankring som ligg bak metoden, det vera seg grunnleggjande forankring i høve til menneske sin natur og vilkår, til kunnskap og kunnskapsutvikling m.m. Metodologien gir føringar for kva metode ein vel ut frå kva kunnskapsinteresse som er aktuell (Råheim, 2001, med referanse til Van Manen, 1990). Kvalitative metodar byggjer mellom anna på fenomenologiske og hermeneutiske tradisjonar som filosofiske tenkjemåtar gjennom å søkje innsikt i menneskeleg erfaring og fortolking. Det at ein som forskar oppnår kunnskap om menneske si erfaring ved å skildre, utforske og tolke vert vektlegg i hermeneutisk- fenomenologisk metodologi. Teksten er uttrykket og arbeidsmaterialet (Repstad, 1998; Råheim, *ibid.*; Malterud, 2003). Vidare eignar metoden seg til å få fram meiningsinnhaldet i fenomen både ut frå det dynamiske, det holistiske og det individuelle, slik det vert opplevd i situasjonen (Malterud, *ibid.*; Polit og Beck, 2004). Ut frå problemstillinga eg har valt er det naturleg for meg å gå inn i arbeidet med ei tenking som er inspirert av fenomenologisk hermeneutisk metodologi. Kvalitativ metode byggjer i hovudsak på deltakande observasjon, dybdeintervju, gruppeintervju eller litteraturstudie som datainnsamlingsmetode. For bl.a. å få fram mulege mønster i det faglærarar i sjukepleieutdanninga, som sosial gruppe kan ha av erfaringar og tankar om problemstillinga har eg valt å nytte fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Fokusgruppe som

metode har element av kvalitativ dybdeintervju og deltakande observasjon i seg, dette kan vera hensiktsmessig i høve til formålet med problemstillinga i oppgåva (Morgan, 1988).

3.2. Forskingsprosessen

3.2.1. Vitskapleg kvalitet

Det ligg fleire vitskapsteoretiske føresetnader til grunn for at kvalitative forskingsmetodar skal kunna bidra til kunnskapsutvikling og verta anerkjent som forskning med vitskapleg kvalitet. Føresetnadene går på at ein fylgjer grunnleggjande kriterium for forskning. Validitet eller truverde, reliabilitet og kalla pålitelighet, relevans og refleksivitet er aktuelle kriterium ved bruk av kvalitativt forskingsmetode. Dette er kriterium som eg i forskingsprosessen må vera bevisst på og aktiv vurdere arbeidet opp mot (Malterud, 2003; Kvale, 1997). Pålitelighet i arbeidet må eg sikre gjennom å gi ei stegvis og oversiktleg framstilling på korleis forskingsprosessen har blitt gjennomført. Eg håpar at mi framlegging når det gjeld framgangsmåte vedrørende forskningsetiske sider, gjennomføring av fokusgruppe og dataanalyse på dette området, er oversiktleg slik at andre kan vurdere pålitelegheita i arbeidet (Kvale, 2001). Pålitelegheit har òg å gjera med om eg klarer å ivareta refleksiviteten i arbeidet mitt, dette saman med truverdet i arbeidet mitt prøver eg å reflektere over vidare i dette kapittelet.

3.2.1.1. Førforståing

Refleksivitet har å gjera med om forskaren klarer å få fram kritiske argument og refleksjon mot si eiga oppfatning av tema ein forskar på, forskingsprosess og i høve til kva ein konkluderer med. Nærhet til stoffet, evne til å få fram argumentasjon som utfordrar eiga oppfatning, bevisstheit om eiga førforståing og val av teoretisk rammeverk er faktorar som her verkar inn. Som forskar vil eg alltid sjølv påverke forskingsprosessen og val av teoretisk rammeverk. Førforståinga mi vil vera prega av personleg kunnskap, fagleg perspektiv, erfaring og teoretisk perspektiv. Førforståinga mi er med meg under heile forskingsprosessen. Dette må eg ha eit bevisst forhold til, og eg har undervegs prøvd å heile tida reflektere over kva innverknad førforståinga mi har på dei ulike delane i prosessen. Mi evne til å få fram dei essensar som ligg i datamaterialet og om eg evnar til å få fram motsvar i høve til eiga oppfatning omkring tema, er avgjerande for i kva grad eg klarer å ivareta mi rolle som forskar i dette (Malterud, 2003). Ved å nytta ei fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming til

problemstillinga og forskingsprosessen vil det vera nødvendig å prøve å setje eiga førforståinga i parentes i deler av forskingsprosessen, eg ynskjer t.d. å ta vare på og vera lojal mot det deltakarane seier noko om i fokusgruppediskusjonen. Å redusere sin eigen førforståing fullstendig lar seg ikkje gjera. Det er viktig å vera klar over kva ein på førehand har kunnskap om, i høve til fenomenet ein skal undersøkje (Gjengedal, 1994). Den metodologiske tilnærminga utfordrar meg til å vera medviten på mi førforståing til problemstillinga, førforståinga mi kan bli set på prøve, men den kan òg bidra til ny kunnskap. Førforståinga mi kan vera med å danne eit grunnlag for ny kunnskap. Ved bruk av den hermeneutiske sirkel eller spiral kan eg oppnå ei forståande og fortolkande innstilling. Ved å ta for meg delane og sjå på desse ut frå heilskapen, får eg ny kunnskap om delane og der eg deretter kan få ny kunnskap om heilskapen (Thomassen, 2006).

Gjennom mange års arbeid som sjukepleiar i somatisk sjukehus har eg alltid hatt ei interesse for korleis me som faggruppe dokumenterer faget vårt. Innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleie har lenge vore omtala og det har tatt tid før innføringa har blitt ein realitet. Som høgskulelærer erfarer eg at sjukepleieutdanninga har ei avventande haldning til korleis utdanninga skal forholde seg til innføringa. Ein vil først sjå kva som skjer i klinisk praksis før ein kan ta stilling til korleis utdanningsinstitusjonen sjølv skal leggje opp undervisning og oppfølging av kunnskapsbehovet, knytt til kombinasjonen IKT og dokumentasjon av sjukepleie. Denne haldninga, tenkjer eg, kan få konsekvensar ved at sjukepleieutdanninga ikkje er aktive med på å leggje føringar for korleis faget kan bli ivaretatt ved bruk av IKT system i dokumentasjonsarbeidet. Ut frå ei forståing av at teknologi som fagområde, som nemnd, byggjer på ei anna grunnforståing enn det sjukepleiefaget gjer, stiller eg spørsmål til i kva grad innføring og bruk av elektronisk dokumentasjon vil påverke faget. Gjennom den standardisering og klassifisering som systema byggjer på, vil dette då verka hemmande på korleis ein kan få dokumentere mangfaldet i faget? Dette vil igjen påverke sjukepleiarstudentane si forståing av faget. Dette er med å prega mi førforståing av problemstillinga eg har valt til denne mastergradsoppgåva.

God kvalitativ forskning krev både analytisk erfaring og distanse (Kvale, 2001). Min nærleik til sjukepleieutdanninga ser eg på som ein ressurs, men òg som ein utfordring. Eg ser faren ved at eg sjølv er i eit tilsvarande undervisningsmiljø som deltakarane i fokusgruppene og det at eg har vore opptatt av tema over tid kan medføre at eg går for nær og identifiserer meg med aktørane eller pregar aktørane sine utsegn med mitt engasjement. Dette har eg prøvd å vera

bevisst på gjennom å gi tilkjenne i fokusgruppene at eg forstår utsegn gjennom støttande nonverbal kommunikasjon i form av nikk og smil, eller i form av oppfølgings kommentarar i høve til det som vart sagt. Det siste var i lita grad nytta. Eg var medviten om at eg ikkje skulle gå for nær ved å utdjupa dei enkelte sine kommentarar, då dette kunne ha medført at dei unngjekk å seie noko som var så kjent at det blei unødvendig å setje ord på. Eg var òg bevisst på å unngå å forstyrre ved å komma med eigen oppfatningar inn i fokusgruppesamtalane. Nærleik til fag og faggruppe har vore ei større utfordring for meg i analysearbeidet, då mykje av datamaterialet vert handsama av meg på ein implisitt måte som indikerer at eg ikkje ser kva andre treng å vita for å forstå. Dette har eg prøvd å vera bevisst på i framstillinga av arbeidet.

Gjennom uformelle samtalar om problemstillinga med kollegaer frå andre høgskular enn dei som er med i undersøkinga har eg fått innspel omkring andre temaområde ved problemstillinga enn dei eg sjølv har vore opptatt av, dette har vore nyttig og gitt meg bidrag til å få ein nødvendig distanse til problemstillinga.

3.2.2 Fokusgruppe som metodisk framgangsmåte

Morgan (1996, s 130) definerer fokusgruppeintervju²⁵ som:

ein forskningsteknikk som samlar data som kjem fram gjennom gruppesamhandling om eit tema som er gitt av forskaren (mi oversetjing).

Det er samtalen og drøftinga omkring temaet, gjennom gjensidig påverknad av gruppedeltakarane, som vert kjelde til datainnsamlinga. Dette er det særeigne ved metoden. Mykje av interaksjonen skjer mellom deltakarane, ikkje mellom intervjuar og deltakarane. Fokusgruppeintervju inneber at det er forskaren som bestemmer tema deltakarane skal ha fokus på. Intervjuforma kan vera god til å få fram data om mønster i dei sosiale grupper samtalar om, vurderer og kva grupper kan einast om å vera ueinige i (Halkier, 2003).

Morgan (1988) viser til at fokusgruppeintervju har element av både kvalitativ dybdeintervju og deltakande observasjon i seg. Som metode eignar den seg til å få fram data som ein elles ikkje så enkelt får fram i desse to andre kvalitative metodane. Her er det drøftinga, samtalen om temaet i fokusgruppene som vert det sentrale i datainnsamlinga, kva ved temaet vert

²⁵ Bruk av fokusgruppe har tradisjonelt vore knytt til marknadsanalyse frå 1940 talet og utover. Sosiologiforskar David L. Morgan har med sitt arbeid bidrege til at metoden er gjort kjend og no er nytta i aukande grad i akademiske fagmiljø. (Halkier, 2003)

drøfta, kva vert ikkje drøfta, kva temaområde er det som får andre temaområde inn på diskusjonsarenaen t.d.

Kitzinger (1995) trekkjer fram korleis fokusgruppe kan få fram det særeigne innanfor gitte kulturelle kontekstar. Fokusgruppeintervju eignar seg godt som forskingsintervju dersom ein ynskjer å få datamateriale og kunnskap om erfaringar, haldningar og synspunkt om eit tema frå eit miljø der menneska samhandlar (Malterud, 2003).

Talet på kor mange deltakarar ein har i kvar gruppe, og kor mange grupper ein nyttar varierer ut frå tema, storleiken på prosjektet og kva ressursar ein har til rådvelde. Det er eit planlagd møte mellom 5 – 10 personar som har noko felles omkring temaet. Desse deltakarane sit saman i 1- 2 timar og drøfter temaet, deler erfaringar og tankar omkring temaet med kvarandre. Drøftinga vert tatt opp på bandspelar og det er moderator som leiar diskusjonen²⁶ (Wibeck, 2000; Krueger & Casey, 2000; Morgan, 1988).

Å gjennomføre eit fokusgruppeintervju stiller krav om god praktisk planlegging. Det kan vera tidkrevjande å samle inn tilstrekkeleg informantar (Morgan, 1996). Vidare må møtestad vera på ein plass som ikkje skaper vanskar for den enkelte deltakar. Sjølvve intervju - rommet må ha kvalitetar som sørgjer for tilstrekkeleg plass til at alle kan sitje rundt same bord og sjå kvarandre godt, og at intervjuet kan fungere utan forstyringar. Vidare vert det anbefalt å kunne servere noko til deltakarane som ikkje inneberer for mykje støy i høve til lydbandopptak, og som ikkje på andre måtar hemmar diskusjonen (Krueger & Casey, 2000; Wibeck, 2000).

3.2.2.1. Sterke og svake sider ved bruk av fokusgrupper

Ved bruk av fokusgruppe er det som ved bruk av andre typar metode både sterke sider og svake sider. Her må ein gjera ei vurdering ut frå kva metoden kan bidra til ut frå kva problemstilling ein har. Dei sterke sidene ved eit fokusgruppeintervju er, som skissert ovanfor dette som går på å få kunnskap om temaet ein har fokus på gjennom å få fram deltakarane si erfaring og oppleving omkring temaet, der deltakarane kan samanlikna sine syn, få respons på, assosiere, reflektere over og vidareutvikle eige syn i høve temaet. Alt dette som eit resultat av gruppeinteraksjonen som skjer i fokusgruppa (Wibeck, 2000). Metoden eignar seg til å få fram kva deltakarane opplever som sentralt og viktig i høve til temaet (Brataas, 2001).

²⁶ Kjem nærare inn på moderator sin funksjon i fokusgruppeintervju, kap. 3.5.1. Moderator og assistent

Fokusgruppe er ein metode som gir data om eit tema på ein effektiv måte; ein møter fleire informantar samtidig. Metoden opna for anna type data enn ved individuelle intervju, då data kjem fram i samspelet deltakarane har med kvarandre. Gjennom observasjon under intervjuet kan ein få kunnskap om grader av einigheit og ueinigheit omkring eit tema (Morgan, 1996). Kitzinger (1995) seier at fokusgrupper kan bidra til at ein får ei forståing for korleis meiningar oppstår i ein gitt samanheng, og at gruppeprosessen kan bidra til at deltakarane får satt ord på erfaringar og meiningar.

Krueger og Casey (2000) rår frå bruk av fokusgruppe dersom ein er ute etter sensitive opplysningar, då dette kan skade deltakarane.

Ei side av kritikken mot bruk av fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode er den at det kan utvikle seg gruppenormer, der enkeltindividet si røyst ikkje vert høyrd, ein gir støtte til det allereie uttalte. Motstridande meiningar vert ikkje løfta fram. Minoriteten sitt syn vert ikkje høyrd (Repstad, 1998). For å unngå dette vert det stilt store krav til moderator som har som oppgåve å løfte alle deltakarane fram med sine meiningar, og at den enkelte skal kjenna tryggleik for å uttale seg. Å bruke fleire grupper kan vera med å sikre validiteten i høve til dette, slik at avvikande syn hos undergrupper/ mindretalet kjem fram i diskusjonen. Vidare kan ein i planlegginga sørgje for at gruppene er homogent samansett slik at det ikkje i utgangspunktet er ein maktmessig asymmetri ut frå formelle posisjonar i gruppene (Brataas, 2001).

Morgan (1996) problematiserer dette som går på moderator si rolle i eit fokusgruppeintervju, og seier at dette er ein kritisk faktor ved metoden. Han viser til forskning som tyder på at moderator har tendens til å forstyrre i deltakarane sin diskusjon, ved sjølv å bryta inn. Forskaren har, og skal ha, mindre kontroll over kva retning diskusjonen tar enn ved eit dybdeintervju. Dette i lag med sider ved gruppeinteraksjonen stiller krav til moderator, som ikkje skal styra diskusjonen, men som kan ut frå kunnskap om temaet og personlege eigenskapar, prøve å leie drøftinga inn mot problematikken dersom diskusjonen tar andre vegar (Morgan, 1988). Her vert det avgjerande i kva grad det er lagt opp til ei aktiv eller passiv rolle for moderator, og om vedkommande evnar å fylle rolla slik den er planlagt (Wibeck, 2000).

3.2.2.2. Val av fokusgruppe som metode for datainnsamling

Val av fokusgruppe som metode for datainnsamling i dette prosjektet, ligg i særtrekka ved fokusgruppeintervju; Interaksjonen som er i gruppa blant deltakarane, det at kunnskap vert skapt gjennom utveksling av erfaringar, tankar og synspunkt, der sjølve intervjuet kan ha ein aktiviserande effekt på deltakarane om temaet i gruppa. Problemstillinga er av ein slik art at ein finn mykje erfaringar og tankar om temaet blant fagtilsette i sjukepleieutdanninga, men at det har nødvendigvis ikkje vore mykje drøfting omkring temaet. Fokusgruppeintervju kan her vera med å bidra til at viktig kunnskap kan komma fram og bli formidla i høve til temaet.

Deltakarane i denne studien, viser til at fokusgruppa gav dei eit høve til å komme saman og drøfte faglege spørsmål omkring eit sentralt tema i sjukepleieutdanninga, noko dei erfarer at det elles er lite av. Dette gav meg god støtte, då eg elles opplevde at eg måtte bruka av tida deira både i forkant og under sjølve fokusgruppeintervjuet. Tilbakemeldinga frå informantane på dette gav meg òg respons på at metoden eg hadde valt, verka relevant til dette formålet. Diskusjonen dei har hatt i fokusgruppene vil dei kunne ta med seg vidare inn i sitt arbeidsmiljø, dette er noko dei kan byggje vidare på. I mi forskning ser eg at fokusgruppe som metode, kan gi nokre ringverknader som eg truleg ikkje hadde oppnådd ved bruk av individuelle intervju. Konkret så kan eg trekkje fram at under fokusgruppeintervjua, kom det fram kunnskap omkring elektroniske dokumentasjonssystem som andre faglærarar ikkje var kjend med. Vidare vart det trekt inn at nokre informantar ser at innføring av elektronisk dokumentasjon påverkar sider ved sjukepleiefaget som andre informantar har tenkt mindre over.

Fokusgruppe som metode medfører at det er kunnskap og informasjon som eg ikkje får, som eg ved hjelp av individuell dybdeintervju ville hatt muligheit til å gå nærare inn på. Det er sider ved datamaterialet, som det kunne vore spanande å sett nærar på, fått ei utdjuping på, i høve til kva den einskilde meiner. Eg tenkjer her særleg på tema som vert trekt fram av enkelt deltakarar, men som fokusgruppa truleg av ulike årsaker, ikkje fangar opp og drøfta vidare. Ved bruk av dybdeintervju kunne eg komme nærare inn på den enkelte informant si livsverd og det perspektiv individet har i høve til oppleving og forståing i høve til problemstillinga (Kvale, 2001).

Bruk av deltakande observasjon²⁷ kunne vore eit aktuelt metodeval. Det kunne vore fagleg spennande å fylgja eit tilsvarande fagmiljø som mitt eige. Motargumentasjonen her er faren eg ser for å gå for nær eige miljø og mista den observerande rolla og det at eit slikt prosjekt ville truleg vore for tidkrevjande i høve til at dette er ei masteroppgåve.

Litteraturanalyse har eg heller ikkje valt då eg som masterstudent opplever at denne metoden stiller store krav til meg som urøynd forskar, der eg bla. opplever at empirien vert mindre tilgjengeleg for meg som urøynd forskar.

3.3. Forskingsetikk

All forskning skal ivareta dei forskningsetiske sider som kjem fram ved det aktuelle forskingsprosjektet. I mitt arbeid har eg fylgt dei forskningsetiske prinsipp om informert samtykkje, frivilligheit og konfidensialitet om (NEM, 1994) .

Problemstillinga i forskingsprosjektet er ikkje av ein slik art at ein kjem inn på personlege opplysningar, det var av den grunn ikkje nødvendig med noko vidare søknad til forskningsetisk komité.

Etter at Prosjektplanen var godkjend, sendte eg søknad og fekk godkjenning frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), vedlegg 1. Eg tok skriftleg kontakt med Instituttleiara ved 2 sjukepleieutdanningar. Her informerte eg om studie og bad om hjelp til å skaffa aktuelle informantar frå sjukepleieutdanninga, vedlegg 2. Leiarane mottok samtidig informasjonsbrev til den enkelte informant, vedlegg 3, samtykkeerklæringa, vedlegg 4 og eigen frankert svarkonvolutt. Det var den enkelte instituttleiar som informerte kollegaer ved sjukepleieutdanninga om prosjektet mitt, og delte ut skriftleg informasjon og svarinnhald. Eg hadde først dialog med den enkelte informant i form av e- post, etter at eg hadde motteke positivt svar på at dei kunne vera med i prosjektet.

Konfidensialitet er sentralt i forskningsetiske samanheng, og blei vektlagt i informasjonsskrivet til instituttleiar og til den enkelte informant. Gjennom heile forskingsprosessen har eg halde samtykkeerklæringane og lydband, notat og sjølve

²⁷ Denne metoden går bla. ut på å fylgje prosessar og hendingar i kvardagen, utan at ein verkar forstyrrende på desse, fordi ein er utanforståande. Gjennom observasjon får ein kunnskap om handling. Slik sett kan metoden bidra til å synleggjera uartikulert kunnskap (Parahoo, 1997).

transkripsjon med påfølgjande analyse frå kvarandre og utilgjengelege for uvedkommande. Eg har vidare lagt til fiktive namn til dei einstilte deltakarane.

Det er i alle former for forskning viktig å informere om at deltakarane undervegs kan trekkje seg frå studien utan at dette skaper konsekvensar for deltakarane. Dette blei gjentatt under sjølve fokusgruppeintervjua. Sjølv om temaet for fokusgruppeintervjuet ikkje i utgangspunktet skulle innebere noko form for personlege opplysningar, så kan det oppstå situasjonar i eit slikt intervju som framkalla situasjonar som gjer at deltakarar kan oppleve det urett å ta del vidare.

3.4. Utval, kriterium og rekruttering

For å få kunnskap om problemstillinga, er det av verdi kven ein vil ha med, og kven ein får med som deltakarar i ei kvalitativ forskning. Ein nyttar ofte eit såkalla strategisk utval. Det er ynskjeleg å få informantar som har eit forhold til temaet og som ein forventar kan bidra til informasjon om problemstillinga. Dette er med å sikre at ein arbeider etter formålet om å gjennomføre ei undersøking som er gyldig, at ein bla. oppnår å få svar på det ein spør om i problemstillinga (Malterud, 2003).

Gruppesamansetjinga har betydning for kva ein får ut av datainnsamlinga. Morgan (1996) viser til at diskusjonen i fokusgrupper glir lettare i homogene grupper, der deltakarane er av same kjønn, alder og sosial bakgrunn og har noko felles omkring temaet som skal drøftast. Krueger og Casey (2000) framhever at utover fellesskap omkring temaet vil det at deltakarane opplever at det ikkje er nokon som har større makt enn andre medfører trygge rammer for den einstilte deltakar i intervjusituasjonen. Homogenitet har òg betydning i høve til analysearbeidet.²⁸ Å leggje til rette for at deltakarane skal kunne oppleve å vera komfortabel i fokusgruppa er eit mål, samtidig som det må vera ein balanse mellom det å ha ei trygg og homogen gruppe for deltakarane til det at ein får fram eit mangfald av meiningar, der både nye tankar kjem fram og motstridande tankar kjem fram (Krueger og Casey, 2000).

Inklusjonskriteriet for prosjektet har vore deltakarar som arbeider som fagpersonar i norsk sjukepleieutdanning, og som gjennom sitt arbeid er engasjert i det som har med undervisning, og / eller vegleiing av studentar i dokumentasjon av sjukepleie. Eg har ikkje tatt høgde for

²⁸ Ynskjer ein å samanlikne grupper så er det ein fordel å plassere tilnærma like deltakarar i same fokusgruppe (Krueger og Casey, 2000).

kjønn, alder eller sosialbakgrunn, då dette truleg har mindre å seie for tematikken i problemstillinga. Det som er sentralt i denne samanhengen er erfaringane, tankane, opplevingane, deltakarane har omkring elektronisk dokumentasjon av sjukepleie sett i eit utdanningsperspektiv. For å unngå forskjellar med omsyn til ulike maktposisjonar blant deltakarane i fokusgruppa var det undervisningspersonale eg etterspurde, ikkje leiarar i utdanninga. Fokusgruppe kan bidra til debatt i eige fagmiljø, difor har eg vektlagt at det er av interesse at fleire frå eitt fagmiljø kjem saman for å utveksle tankar og meiningar basert på eit tilnærma likt erfaringsgrunnlag. Er fokusgruppedeltakarane trygge på kvarandre kan dette verke positivt i høve til samtalen, det kan bidra til forståing for kva deltakarane snakkar om fordi ein deler mykje felles erfaring og kjenner forholda fokusgruppa drøftar ut frå (Halkier, 2003).

Talet på kor mange grupper ein skal ha med i eit forskingsprosjekt varierer ut frå formål og type forskning. Krueger og Casey (2000) seier at det er når ein oppnår ein grad av metting i datamaterialet som tilseier antall grupper, men rår til å starta ut med 3- 4 grupper. Wibeck (2000) viser til at talet på grupper må ha samanhang med kompleksiteten i problemstillinga, der det ved høg kompleksitet truleg er større avstand mellom deltakarane si oppleving av temaet, og til dette treng ein fleire fokusgruppe.

Om gruppestorleiken ved bruk av fokusgruppe får ein frå litteraturen ulike anbefalingar,²⁹ I prosjektplanen min la eg opp til ein gruppestorleik på 6 – 10 informantar. I mitt arbeid fekk eg erfare at det å samle saman informantar til fokusgruppeintervju tar tid og kan vera vanskeleg. Eg fekk to fokusgrupper, med 5 og 6 deltakarar. Då det viste seg at eg ikkje hadde fått lydbandopptak på det eine fokusgruppeintervjuet prøvde eg å få til eitt tredje intervju. Dette måtte eg gi opp ut frå at det var vanskeleg og tidkrevjande å få fleire grupper ut frå utvalskriterium. Det tok mellom 3 til 5 månader frå førespurnad til gjennomføring av dei to først planlagde intervju.

²⁹ David L. Morgan (1996) viser til samanhang mellom gruppestorleik og grad av involvering frå moderator si side. Store grupper krev at moderator er aktiv og har eit fast grep over drøftinga, medan ei lita gruppe opnar opp for at deltakarane kan diskutera friare utan nokon som styrer dei til ei kvar tid. Han hevdar vidare at små grupper eignar seg best dersom temaet er av kjenslemessig art der det er sentralt at kvar deltakar får høg grad av tid til å ta del i drøftinga. Morgan viser til at deltakarar på 6 – 10 kan vera høvande. Morrison og People (1999) viser til Dilorio, som hevder at ei gruppe i storleik på 4 – 12, der 8 deltakarar er det ideelle. Krueger og Casey (2000) trekkjer inn at det er formålet med forskinga som bør vera utslagsgjevande for talet. Forfattarane rår til at fokusgruppe bør ikkje ha fleire enn 10 deltakarar og grunnjev dette med at alle deltakarane må ha høve til å delta i diskusjonane. Vidare viser dei til faren ved å ha for få informantar med, viser her til 4 deltakarar, då erfaringsgrunnlaget kan verta smalare. Små fokusgrupper opnar meir opp for å gå i djupare inn i temaet enn ved bruk av store, som dei karakteriserer som 8 deltakarar og meir. Wibeck (2000) hevder at ved større grupper enn 6 deltakarar så er det ein fare for at det oppstår undergrupper som drøftar temaet seg imellom.

For å få tak i deltakarar til fokusgruppene fylgde eg framgangsmåten som er skissert ovanfor.³⁰ Eg fekk positiv tilbakemelding frå nokre deltakarar, men ikkje tilstrekkeleg mange. Etter nokre veker kontakta eg Instituttlearane pr. e-post for å komma med ei etterspørjing på om vedkommande visste noko om respons, eller om det kunne vera aktuelt å minna aktuelle informantar på førespurnaden. Eg enda opp med 5 informantar ved utdanningsinstitusjon 1 og 6 informantar ved institusjon 2. Ved begge høgskulane starta no kontakten med den einskilde som hadde sagt seg villig. Ved hjelp av e- post og telefon avtala me møtetidspunkt og – stad. Ved utdanningsinstitusjon 2 var det stor interesse frå alle informantane å ta del, men det var vanskeleg å finna eit felles møtetidspunkt. Fokusgruppeintervjuet måtte utsetjast tre månader. Som ei påminning om intervjusamlinga sendte eg ut ein e-post til alle deltakarane om tid og stad for sjølve fokusgruppeintervjuet.

3.5. Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Homogenitet i gruppa, aktuell tematikk og moderator som evnar å få fokusgruppa til å samtale og debattere, er viktige faktorar som må til skal ein få eit fokusgruppeintervju til å fungere. For å klare dette siste er det sentralt at fokusgruppeintervjuet er godt planlagd frå moderator si side og at vedkommande er godt førebudd (Krueger og Casey, 2000).

3.5.1. Moderator og assistent

Moderator skal i eit fokusgruppeintervju vera den som leier fokusgruppa framover i drøftinga av temaet.³¹ Moderator sitt hovudansvar kan seiast å vera knytt til det å skapa rom og atmosfære i fokusgruppa slik at erfaringar, tankar og meininga kjem til uttrykk. T.d. er det sentralt her at deltakarane drøfter med kvarandre og ikkje med moderator. Dette krev at ein klarer å ivareta det som skjer i gruppa til ei kvar tid. Vidare må ein ha kunnskap om, og interesse for temaet som skal drøftast. Moderator må t.d. om nødvendig hjelpe deltakarane til å ha fokus på temaet (Wibeck, 2000; Halkier, 2003; Krueger og Casey, 2000). Wibeck (2000) trekkjer fram at ein moderator skal halda seg nøytral, ikkje med si framferd visa sin eigen oppfatning, samtidig som moderator må vera merksam, for å fange opp kva som skjer både verbalt og nonverbalt i gruppa.

³⁰ Viser til kap. 3.3. Forskingsetikk

³¹ Her vert det sentralt om ein har lagt opp til ein høg eller ein liten grad av struktur i intervjuet og i intervjuguiden. Dette må ein som forskar ta stilling til i forkant av sjølve gjennomføringa av intervjuet (Wibeck, 2000) Viser elles til skildring av moderator sin funksjon i kap. 3.2.2.1. Sterke og svake sider ved bruk av fokusgrupper.

Det vert anbefala å nytte assistent, òg kalla co – moderator, som hjelp undervegs i intervjuet, til å ta ansvar for det praktiske med lydbandopptakar, servering undervegs og til å noterer ned det som kan støtte opp om det verbale som kjem inn på bandet (Wibeck, 2000; Krueger & Casey, 2000; Morgan, 1988).

Gjennomføring av fokusgruppeintervjua fungerte slik eg hadde planlagt. Som assistent fekk eg hjelp av ein medstudent og kollega som sjølv har nytte av å få erfaring med denne metoden. Gjennom begge intervjua kunne eg som moderator ha ei relativt passiv rolle slik eg hadde planlagt. Deltakarane viste engasjement for temaet, det medførte at drøftinga i stor grad gjekk av seg sjølv. Eg kom inn med spørsmål dersom eg såg at dette var naturleg. Tanken om ikkje å bryta inn i ein pågåande diskusjon, var viktig å respektere. Oppstod det stillheit der deltakarane trengte ein slags input for å komma vidare, prøvde eg å bidra med å komma med spørsmål i høve til det som var sagt. Til tross for denne noko passive rolla kjente eg at det var til hjelp å ha erfaring med å leie ulike grupper av menneske då eg hadde rolla som moderator. Ein skal i slike situasjonar klare å ha fokus både på temaet og på den enkelte deltakar, og på samspelet deltakarane i mellom. Ein skal sørge for at alle som ynskjer får komme til orde, at interessante emne vert utdjupa, og generelt vera observant på alt som skjer. Eg opplevde at deltakarane i utgangspunktet var trygge på kvarandre sidan dei var i eit kollegium, dette gjorde truleg at diskusjonen kom relativt raskt i gang, og at mi rolle som moderator ikkje opplevdes så vanskeleg. Eg prøvde å ha eit ekstra fokus på dei som sa lite, med tanke på å gi dei høve til å ta ordet når det var aktuelt. I oppstarten fungerte eg som ein ordstyrar før diskusjonen i gruppene fungerte på eiga hand.

Undervegs i intervjua noterte eg ned utsegn som eg ikkje ville gløyme, anten fordi dei sa noko uventa om temaet eller dei sa noko som eg såg vekte interesse og engasjement hos fleire i fokusgruppa, men som ikkje ein umiddelbart fekk fylgt opp. Eg erfarte at det er viktig å ha kunnskap om temaet som vert diskutert, sjølv om eg som moderator ikkje tok del i sjølve diskusjonen var det ofte at eit tilkjennegevande nikk og eit støttande smil fekk deltakarane til å fortsetje i diskusjonen. Kunnskap om temaet gjorde at eg også lettare fekk til å sjå samanhengar mellom dei ulike diskusjonane og ut frå desse komma med oppfølgingsspørsmål. Avslutningsvis prøvde eg å summere opp kva eg satt att med frå diskusjonen i fokusgruppa, og for å få respons på dette. Her trekte eg fram sider ved temaet slik eg forstod deltakarane hadde drøfta desse. Dette opplevde eg som meningsfullt då eg

fekk utfyllande kommentarar på noko og elles støtte på at eg hadde oppfatta drøftinga, slik den var meint.

Deltakarane fekk orientering om at assistenten kom til å notere undervegs, og at ho kom til å vera taus utover det som hadde med det praktiske å gjera. Assistenten skisserte ned korleis deltakarane satt, og kven som til ei kvar tid snakka. Dette for å skilje informantane frå kvarandre i transkripsjonsarbeidet. Vidare noterte ho ned stikkord under heile intervjuet og fekk fram kva hovudtrekk i temaet den enkelte snakka om. Dersom det kom spesielle ord og uttrykk som vakte interesse, latter eller medførte stillheit, vart desse markert. Ho klarte òg å få fram kva tid nonverbal kommunikasjon vart gjeldande.³²

3.5.2. Intervjuguide

Fokusgruppeintervju krev spørsmål som er opne og som det kan skapast ein diskusjon ut frå. Tanken med ein intervjuguide er å ha støtte til å setje i gang ein samtale og ei drøfting omkring tematikken (Krueger & Casey, 2000).

I mitt prosjekt var det tilstrekkeleg å få informantane til å sjølv seie noko om si eiga rolle i utdanninga og noko om kva, i høve til dokumentasjon av faget dei arbeide med. Deretter var drøftinga i gang i begge fokusgruppeintervjua. Forarbeidet eg hadde med intervjuguiden, vedlegg 5, og det at den heile tida låg tilgjengeleg var til hjelp. Skulle informantane trengja stikkord eller spørsmål undervegs, var både overgangsspørsmål og nøkkelspørsmåla klare. Eg var opptatt av at intervjuguiden ikkje skulle vera for synleg, og påverke informantane til å bli opptatt av svare på spørsmål. (Wibeck, 2000) Erfaringa mi var at sjølv om eg ikkje stilte så mange spørsmål, så var begge fokusgruppene innom dei temaområda som intervjuguiden inneheld.

3.5.4. Erfaringar frå intervjusituasjonane

Første fokusgruppeintervjuet blei gjennomført mai 2006. Til dette intervjuet nytta eg prosjektplanens detaljar om førebuing og gjennomføring. Alle fem informantane som eg hadde avtale med, stilte. Deltakarane i fokusgruppa bar diskusjonen i stor grad sjølv, eg var

³² Desse notatane vart svært viktige særleg i det intervjuet der lydbandopptaket ikkje fungerte, kjem tilbake til dette i kap. 3.6. Transkripsjon av data

inne for å få dei til å seie noko om utdanninga sine utfordringar i høve til alle stengslene som dei i drøftinga skisserte opp. Elles så var det ikkje nødvendig for meg å komma med innspel. Samtalen varte som avtala i 1 ½ time, og vart avslutta med ei oppsummering av innhaldet i fokusgruppediskusjonen, der deltakarane fekk respondere på kva eg hadde fått med.

Av tekniske årsaker vart ikkje lydbandopptak vellukka. Det me umiddelbart huska og reflekterte over etter intervjuet, saman med assistenten sine notat og eigne notat utgjer transkripsjonen etter dette intervjuet. Eg meiner eg har fått fram temaområda fokusgruppa drøfta, argumentasjonen som kom fram har eg fått med, ein del av utsegnene til informantane var notert ned undervegs, og andre huska me klart, desse er med. Likevel vil ikkje datamaterialet vera av same kvalitet som ved eit lydbandopptak. Denne erfaringa gav meg lærdom metodisk i høve til førebuing og det å ta med ekstra utstyr og vera trygg i bruk av teknikken.

Eg planla fokusgruppeintervju 2 slik eg hadde planlagt første intervjuet. Her nytta eg to bandspelarar for å vera sikker på å få eit vellukke opptak. Gjennomføringa fungerte på mange måtar likt som ved første intervju. Drøftinga gjekk i stor grad av seg sjølv, eg som moderator fekk ei passiv rolle slik eg hadde tenkt, kom med nokre spørsmål ut frå kva dei tidlegare hadde sagt og fekk trekt inn tema i intervjuguiden på den måten. Som første fokusgruppa kom dei inn på tema eg hadde skissert i intervjuguiden, utan at eg som moderator i noko særleg grad måtte styra dei dit med reine spørsmål eller stikkord.

I denne fokusgruppa var det ingen som hadde nye avtalar umiddelbart etter intervjuet, og dette var med å prega avslutninga i intervjuet. Då tida nærma seg slutt summerte eg opp kva eg opplevde deltakarane hadde snakka om og dette gav dei vidare engasjement til å drøfta vidare. Heilt avslutningsvis fekk eg spørsmål om kva problemstilling som eg hadde valt, dette igjen gav ein ny runde med kommentarar og diskusjon i høve til områder som før var sagt, men som informantane ynskte å poengtera.

3.5.4.1. Gruppeinteraksjonen

Mi erfaring er at begge fokusgruppene fungerte nokså likt på område som har med samspel i gruppa å gjera. Eg opplevde at deltakarane kjende kvarandre og var frie i samtalen, samstundes som tematikken ikkje var for personleg for eit gruppeintervju. Deltakarane våga å

ta opp emne som dei visste at det var usemje om. Dei tok opp tema som var lite diskutert, men som vart naturleg for dei å ta opp i fokusgruppa. Til tider var det stort engasjement der fleire snakka samtidig. Humor og latter var til stades både, slik eg opplevde det, som eit resultat av entusiasme og engasjement, men òg som ei slags avvæpning i høve til kva den einskilde hadde sagt.

I begge intervjuva var det nokre deltakarar som hadde meir erfaring, og anna kompetanse enn dei andre deltakarane. Desse var aktive med i drøftinga, og kunne til tider komma med informasjon, som dei andre gav tilkjenne at var nyttig. Vidare var det i begge gruppene deltakarar som hadde ei meir kritisk haldning til sider ved temaet, og desse bidrog til å skape ei bredde i drøftinga. Alle deltakarane tok del i samtalanene, men ikkje alle i like stor grad. Eg opplevde likevel at dei informantane som snakka minst, var aktiv lyttande til det andre hadde å seie, og kom med respons i form av tilkjennegivande lydar eller smil, nikking. På denne måten opplevde eg at alle viste engasjement i gruppa.

Undervegs i transkripsjonen og analysen ser eg at det i begge gruppene oppstår endringar i korleis enkelte av deltakarane uttrykkjer si forståinga av temaområde, dei er ikkje heilt konsistente i sine utsegn. Dei kan starte ut med eit utsegn for så seinare i fokusgruppa seie noko som nærare er ein motsetnad til det ein først har uttalt. Dette kan forståast som naturleg, ut frå at temaet er lite debattert, og ein lyttar engasjert til andre sine tankar og meiningar. Dette kan vera eksempel på korleis fokusgruppe kan fungere ved at deltakarane gjennom felles erfaring kan gjensidig påverkar kvarandre til å skape forståing og ev. ny meining. Det skjer ei form for nydanning av kunnskap i gruppa og dette er meir relevant der og då enn å uttrykkje seg konsistent. Begge gruppene kom med spontane ytringar på at det var både positivt for deira del og nyttig å komme saman på denne måten å få diskutere temaet.

3.6. Transkripsjon av data.

Ved kvalitativ forskning omgjer ein datamaterialet ein har til tekst. Lydband vert transkribert til tekstformat. Her er det ulike vegar å gå både når det gjeld i kva grad ein ordrett skal transkribere, og kven som gjer arbeidet. I planlegginga valt eg ein ordrett transkriberingsprosedyre, dette fordi eg er uerfaren, og ikkje vil missa noko av innhaldet tidleg i prosessen. Wibeck (2000) anbefaler ein fullstendig transkripsjon for å ivareta den datarikdom som vil vera tilstades. Formålet er å ivareta samtalen slik at den best muleg representerer det som informant og fokusgruppa ynskte å formidle. Her viser Wibeck (ibid.)

til at det er ulike nivå i transkriberinga og at ein ved fokusgruppeintervju vil ha nytte av å ta med det både det som ordrett vert sagt, og det som elles skjer i fokusgruppa. Grad av nøyaktigheit i transkripsjonen får betydning i høve til kor mykje ein kan få med av gruppeinteraksjonen, pausar, latter, engasjement i form av mange snakkar samtidig (Wibeck, ibid.). I analysearbeidet ser eg at det å ha fått med stor grad av gruppeinteraksjon i transkripsjonen har gitt meg data som får fram bla. overgangar frå eitt tema til eitt anna.

I omgjerung av datamateriale til tekst vil det skje ein reduksjon, ein klarer ikkje å ivareta alle sidene ved ein slik samtale. Reduksjonen er basert på forskaren sine val og dette må ein som forskar vera merksam på i denne delen av forskingsprosessen (Kvale, 2001). Dette vart aktuelt for meg då eg umiddelbart etter eine fokusgruppeintervjuet oppdaga at lydbandopptaket var mislukka. Transkripsjonen her måtte eg basera på dei inntrykk assistent og eg satt att med etter intervjuet. Inntrykka baserer seg på det eg huska frå intervjuet, og notatane me hadde gjort under intervjuet og seinare sama dag. Her kunne eg ikkje få til noko ordrett transkribering, men eg har valte å ta med dei sitat som eg huska og som var nedskrivne, desse utgjer transkripsjonen.

Lydbandopptaket etter fokusgruppeintervju to transkriberte eg slik eg hadde planlagt, ordrett, har tatt med pausar, og andre lydare som kom inn på bandet. Eg har skrive transkriberinga på bokmål, men i dialektform, då dette var naturleg ut frå språkforma til deltakarane.

I transkriberinga av begge fokusgruppene har eg lagt inn fiktive namn. Wibeck (ibid.) seier at kven som seier kva i eit fokusgruppeintervju er av mindre betydning enn i eit dybdeintervju. Eg har likevel personfesta utsegna for å kunne nytte desse i det vidare analysearbeidet med å få fram aktivitet og for å få fram om nokon av informantane var opptatt av særlege tema ved problemstillinga.

Transkriberinga er ein tidkrevjande, men nyttig prosess. Eg har spela av lydbandet mange gongar for å få med alt, sjølv om fokusgruppedeltakarane i stor grad var eksemplariske og ikkje snakka samtidig. Erfaring med å transkribere sjølv er positiv. Eg opplever at eg har eit godt grep på datamaterialet, eg høyrer t.d. stemmene til deltakarane etterkvart som eg arbeider med dei ulike tema i analyse og drøftinga. Dette gjeld, vil eg hevde, til tross for at eg manglar lydbandopptaket til eine fokusgruppa.

Malterud (2003) seier at transkripsjonen avdekkjer at det kan liggje mykje materiale som ein ikkje får bruk for i det vidare arbeidet med forskingsprosjektet, noko eg støttar meg til i utveljing av tema i analysearbeidet. Til tross for at deltakarane viste engasjement og haldt seg til temaet i stor grad, vil det alltid vera områder som ein ikkje i like stor grad kan trekkje med vidare i forskingsarbeidet.

3.7. Analyse av data

Analyse kan skildrast som å bygge bru mellom rådata og resultat ved at ein organisering datamaterialet gjennom fortolking og samanfatting. (Malterud, 2003). Å analysere fokusgruppeintervju byggjer på mange måtar det same som å analysere andre kvalitative intervju, men i fokusgruppeintervju er det drøftinga om tema i problemstillinga som er sentral i analysen og seinare i drøftingsdelen (Kitzinger, 1995). I dette prosjektet finn eg støtte i analysemetoden om meiningsfortetting, utarbeidd av Amedeo Giorgi(1931-). Giorgi byggjer på prinsippa om *reduksjon*, *skildring* og *essens*. Reduksjon går på forskaren si evne til prøve å setje eiga førforståinga i parentes.³³ I høve til skildring, vektlegg Giorgi (1997) det å vera trufast mot informantane sine opplevingar og erfaringar gjennom analyseprosessen. Han trekkjer fram at ein ved å skildre informantane sine utsegner gir ein informantane eit språkleg uttrykk, utan å komme fram til ei forklaring eller ein konstruksjon av det informantane deler av informasjon. Ein prøver å ta vare på informanten si oppleving. Ein arbeider vidare stegvis ut frå transkripsjonen og dannar seg inntrykk ut frå skildringane får fram det særmerkte i funna, og dette kallar Giorgi for essensar (Gjengedal 1994).

Giorgi sin analysemodell er utarbeidd for dybdeintervju, ikkje med tanke på fokusgruppeintervju. Eg har difor nytta ei modifisert utgåve metoden. Analysemetoden gir støtte i form av den fenomenologiske tanken den byggjer på, og nyttar framgangsmåten som ei rettesnor for analysearbeidet. Her tenkjer eg særleg på dette første trinnet Giorgi har med, det å danne eit heilskapleg inntrykk av materialet. Vidare kan eg nytte det Giorgi (1985) seier om å danne seg eit bilde frå det einskilde intervjuet, gjennom å analysere langsgåande før ein går vidare med ein meir tverrgåande innfallsvinkel, dette forstår eg ut frå det fenomenologiske perspektivet som Giorgi har i analysemetoden.

³³ Viser til kap. 3.2.1.1. Førforståing

For å få fram drøftingsinnhaldet i fokusgruppeintervjua har eg nytta det Wibeck (2000) seier om analyse av fokusgruppeintervju. Ho vektlegg at analyse av fokusgrupper handlar om å kode materialet, dele materialet opp i einingar og deretter søkje etter mønster og tendensar. Wibeck (ibid.) anbefalar å arbeida gjennom transkripsjonen og sjå etter kva er det som vert drøfta og til kva tid, og å få fram kvifor det er overgang til nytt tema. Slik kan ein få fram drøftinga i fokusgruppene Dette er ei vertikal analysing der ein tar for seg kvart fokusgruppeintervju for seg. Deretter går ein vidare for å kode, dele opp i einingar for så å finna mønster og tendensar som går att i dei ulike fokusgruppene (Wibeck, 2000). Eg opplever at Wibeck si skildring av analyse av fokusgruppeintervju ikkje er noko motsetnad til Giorgi sin analysemodell, men heller ei tydeleggjering av kva som er relevant i høve til analyse av fokusgruppeintervju.

Under gir eg ei kort framstilling over dei ulike trinna i Giorgi sin analysemetode. Deretter går eg inn på min eigen framgangsmåte i analysearbeidet.

1) Danning av heilskapsinntrykk –Om *Sense of the whole* seier Giorgi (1985) at ein må gå til teksten for å danna seg eit bilde av det heile. Dette dannar grunnlag for neste steg. Malterud (2003) trekkjer fram at det i denne fasen er viktig at ein som forskar klarer å halde tilbake eigen førforståing og teoretisk referanseramme. Det er viktig å vera open for det inntrykk som kjem og ikkje starte med å systematisere noko i denne fasen.

2) Identifisering av meiningsdannande einingar –I denne delen vert det sentralt å få fram dei deler av tekstgrunnlaget som seier noko om sentrale tema. Her byggjer ein på heilskapsinntrykket, eller sjølve problemstillinga. Giorgi (1985) kallar det å skilja ut *meningsbærande einingar*. Reint praktisk kan ein gjera dette på fleire måtar, det sentrale vert å identifisera dei meiningsbærande einingane ein finn og plassere desse under kvart tema. Denne systematiseringa kallar ein *koding*. Ved å dele opp og trekkje ut deler av heile teksten byggjer ein på omgrepet dekontekstualisering (Malterud, 2003). I denne fasen skriv ein ikkje om teksten, men lar informantane sine utsegner vera opphavlege. Meiningseningane er kontekstavhengige, og verkelegheita er meir samansett enn det ein kan få fram i ein studie. Einingane er prega av kva perspektiv forskaren ser dei ut frå. Dette må ein som forskar vera bevisst på (Giorgi ibid.).

3) Transformerings frå informantens sitt språk til forskaren sitt. – dette trinnet går på at ein skal arbeide vidare med å systematisk trekkje ut mening ved å samle saman og fortette innhaldet i dei meiningsbærande einingane som ein no har identifisert. Det kan være mange

meningsbærande einingar under kvar kode og ein må no sortere vidare i ulike undergrupper. Analysen vert prega av eins faglege perspektiv og ståstad. Giorgi kallar dette, å abstrahere og kondensere datamaterialet (Malterud, 2003).

4) Samanfating, skildring og danning av syntese – det avsluttande arbeidet i ei analyse, gjeld å rekontekstualisere datamaterialet. Her vert dei meningsbærande einingane sett saman og formidla vidare. Her ligg det krav til forskaren om å gå lojalt fram i høve til informantane sine utsegn og opphavlege mening. Validitet i dette går på å sikre at måten eg har identifisert meininga i datamaterialet stemmer overens med det som verkeleg var meint i fokusgruppesituasjonen, og her gjeld det å ta vare på det kontekstuelle. Siste fase i analysearbeidet går òg på å vurdere og drøfte funn opp mot empiri og teori (Malterud, 2003).

I mitt eige analysearbeid starta danning av heilskapsinntrykk allereie i avslutningsfasen for kvart fokusgruppeintervju.³⁴ Gjennom tidleg arbeid med intervju og gjennom transkriberingsarbeidet, ”festa” intervju seg hos meg. Inntrykket eg satt att med etter samtalane, notat, lydband og sjølve transkripsjonen, gir meg eit heilskapsbilde av datamaterialet så langt. Undervegs i analyseprosessen har eg gått tilbake til både lydbandopptak og transkripsjon,. Eg har ført logg, der eg la inn dei refleksjonar som har komme opp, noko som ytterlegare har bidrege til å gje eit heilskapsinntrykk

Gjennom danning av heilskapsinntrykk har eg komme fram til to tema som eg opplever er gjennomgåande i det informantane er opptatt av. Det er *kvalitet i undervisning i dokumentasjon av sjukepleie* og *dokumentasjon av sjukepleie vert opplevd som vanskeleg*. Dette er to tema som eg opplever er blitt stadfesta og forsterka gjennom det vidare analysearbeidet.

Desse tema har eg tatt med vidare inn i arbeidet med å finna meningsberande einingar. Eg byrja denne prosessen med ei horisontal analyse. Wibeck (2000) anbefaler denne form for analyse dersom fokusgruppene er relativt like og der ein er i hovudsak opptatt av det innhaldsmessige i større grad enn gruppeinteraksjonen. Dette fungerte ikkje bra i mitt analysearbeid. Eg gjekk for fort fram, og mista det sentrale med metoden, diskusjonen i fokusgruppa. Dette kom tydelegare fram då eg starta å analyserte vertikalt, kvar fokusgruppe for seg. Med støtte i Wibeck (ibid.) si framstilling om å trekkje ut i teksten kva emne

³⁴ Viser her til kap. 3.5. Gjennomføring av fokusgruppeintervju og kap. 3.5.4. Erfaring frå intervjusituasjonane.

fokusgruppene til ei kvar tid drøfta, vart drøftinga og tema som var omtala tydelegare for meg. Dette vart markert med omgrep i marginen, og eg markerte i teksten kva tid det var temaskifte. Dette var ein meiningsfull måte å få fram kva deltakarane drøfta.

Å analysere vertikalt i denne fasen opna mykje opp for meg i forståing for analyse og i høve til sjølve datamaterialet. Eg fekk ei større forståing for kva drøftinga i dei ulike fokusgruppene omhandla. Det blei tydelegare kva den enkelte fokusgruppe var opptatt av og korleis dei fungerte t.d. ; kva var det i diskusjonane som medførte stort engasjement, kva som medførte stillheit, i kva diskusjon kom latter ofte fram, kva var enkelt informantar opptatt av, kva vart forsøkt diskutert, men som dei einskilde fokusgruppene ikkje gav respons på m.m.

Det måtte fleire rundar med vurdering til, før eg såg klart kva som var dei meiningsbærande einingane. Her var det nyttig å gå inn i dei ulike tema og sjå på kva i diskusjonen som verkeleg vert drøfta, kva ligg implisitt i det dei seier, er det noko som vert tatt for gitt, kva kunnskap er det eg treng for å forstå kva dei her er opptatt av. I denne fasen nytta eg transkriberingsdokumenta aktivt, difor var det viktig å sikre at eg hadde eksemplar som var komplett. Eg nytta Word program med merknadsfunksjon for å kunne notere mine egne refleksjonar undervegs i datamaterialet. Her var eg opptatt av å forstå deltakarane og det var sentralt for meg å notere ned dette gjennom at eg stilte meg spørsmål om: Kva er det deltakarane snakkar om og drøftar? Kva erfaring er det dei viser til, kva tankar gjer seg gjeldande? Her gjekk eg tilbake til lydbandet og til assistenten sine notat for å få ei stadfesting på om eg hadde forstått uttalen slik det var meint og om eg tok vare på det kontekstuelle i datamaterialet. Eg markerte i teksten med egne ord der eg opplevde eit skilje i tematikken, ein overgang mellom to tema, eller dersom eit tema ikkje vart fylgt opp i fokusgruppa.

Eg arbeidde vidare først vertikalt deretter horisontalt. Det byrja å utkrystallisere seg områder som eg oppfatta deltakarane var meir opptatt av enn andre. I denne fasen nytta eg teljefunksjonen i dataprogrammet for å få ei stadfesting på kor mange gonger dei ulike omgrep var nytta av fokusgruppene, dette for å kunne få hjelp til å tydeleggjera kva fokusgruppene var opptatt av og ikkje. Grønmo (1984), tar til orde for å nytte element i kvantitativ forskingsmetode for supplere og utfylle ved kvalitative funn og omvendt.

Kodinga av materialet sa seg ikkje heilt sjølv. Undervegs vart utsegn og diskusjonar flytta frå den eine meiningsbærande eininga til andre, då eg opplevde at enkelte utsegn og diskusjonar kan ha fleire betydingar. Eg fekk fram 10 meiningsbærande einingar, og desse vart etterkvart til 3 einingar. Justering av dei meiningsbærande einingane har vore ein prosess som eg har arbeidd med heilt fram til presentasjon av data, her har det vore nyansar som eg har vore usikker på i høve til både plassering av data, og i høve til å finna dekkjande omgrep til nokre av dei meiningsbærande einingane. Ved trekkja ut deler av datamaterialet gjennom arbeidet med dei meiningsbærande einingane har eg her forsøkt å dekontekstualisere materialet.

Undervegs i arbeidet med dei meiningsbærande einingane har eg arbeidd med underkategoriar. Her har det vore deler av datamaterialet som har framstått tydeleg og som sjølvsegte som underkategoriar til dei 3 meiningsbærande einingane, medan eg har slitt meir for å systematisere utsegn i teksten på andre deler. Her har det vore nyttig å sjå tilbake på dei tema som kom fram under danning av det heilskapsinntrykket; kvalitet i undervisninga og opplevinga av at dokumentasjon av faget er vanskeleg. Ved hjelp av desse to hovudtemaa kjem underkategoriane tydlegare fram for meg. I denne fasen har det vore viktig, nok eingong, å vera tru mot det informantane hadde uttala, og prøve å forstå det slik det var meint. Dette samtidig som eg ser materialet ut frå mine perspektiv. Undervegs i analysearbeidet har eg notert merknader i transkripsjonsdokumenta, og som eigen refleksjonstekst. Her vert det ei veksling mellom å sjå delane i lys av heilskap og heilskap i lys av delane gjennom at eg nyttar både transkripsjonsteksten, analysearbeidet og eigne refleksjonar.

I arbeidet med å samanfatte, skildre og danne syntesar har eg trekt ut essensen frå dei to fokusgruppeintervjua og vidare samanlikna intervjuinnhaldet på tvers. Gjennom dette og i drøftingskapittelet har eg prøvd å rekontekstualisere datamaterialet, der eg vurderer, drøftar og set dei meiningsbærande einingane inn i ein større samanhang.

4.0. PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet vil eg presentere korleis informantane i dei to fokusgruppeintervjua skildrar erfaringar og refleksjonar og kva drøfting som kjem fram omkring innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleie og kva utfordringar dette kan gi sjukepleieutdanninga. I analysearbeidet har eg vore på leit etter kunnskap omkring temaet, det fokusgruppene gjennom sin diskusjon har vore spesielt opptatt av, og typiske trekk ved det deltakarane har trekt fram og drøfta. Det Giorgi (Gjengedal 1994) kallar essensar, har eg prøvd å systematisere inn hovudkategoriar. Erfaringa mi frå sjølve intervjusituasjonane og frå analyseprosessen er at innhaldet i datamaterialet har ein stor grad av samanheng. For å skapa ei viss oversikt over datamaterialet vel eg å ha dette eige kapitlet der eg prøver å systematisere funna.

Heilskapsinntrykket frå sjølve fokusgruppeintervjua og den vidare analysen av datamaterialet gir grunnlag for å hevde at deltakarane i undersøkinga, drøftar ut frå eit ynskje som er retta mot betre kvalitet i undervisninga i elektronisk dokumentasjon, og retta mot kva fagleg ståstad studentane oppnår gjennom utdanninga. Samtidig som dei er opptatt av kvalitet i høve til temaet så kjem det òg tydeleg fram ei erkjenning på at dokumentasjon av sjukepleie vert opplevd som vanskeleg. Ynskjet fagpersonalet har om eit betre undervisningstilbod i dokumentasjon av sjukepleie kan, vera med å forsterka opplevinga av at dokumentasjon av sjukepleie er vanskeleg. Til desse områda trekkjer informantane inn fleire forhold som dei meiner at utdanninga må leggje vekt på i tida framover i sjukepleieutdanninga.

Hovudfunna gjenspeglar innhaldet frå begge fokusgruppeintervjua og underpunkta er med å framheva det fokusgruppene drøfta i høve til kvar hovudkategori. Hovudkategoriane, eg er komme fram til, er fylgjande:

Kven er den gode rollemodell?

Dokumentasjon – rein prosedyre eller fagleg innhald ?

Elektronisk dokumentasjon – ”strøm til papir ” eller ”en annen tankegang”?

Sjølv om alle fokusgruppedeltakarane kjem frå to sjukepleieutdanningar som har stor grad av likskap både i høve til storleik og tradisjon, så er det nokre forskjellar i høve til drøftingsinnhaldet som eg vel å trekkje fram. Dette kjem som eit eige punkt i dette kapitlet.

Til sist verkar det naturleg å kort trekkje fram funn som går på kva områder innanfor temaet som ikkje vert presentert gjennom fokusgruppene, det ein kan kalle negative funn.

Eg vil prøve, gjennom bruk av sitat å få fram spenning i drøftinga og karakteristika for fokusgruppediskusjonane.

Samansetjinga i fokusgruppene var høgskulelektorar – lærarar som alle hadde ei tilknytning til undervisning og eller vegleiing av studentar i høve til dokumentasjon av sjukepleie. Deltakarane representerer, som nemnd, to sjukepleieutdanningar, som er på ulike stader i prosessen med å utvikle undervisninga retta mot dokumentasjon av faget ut frå dagens krav til bruk av elektronikk. Utdanninga der deltakarane i fokusgruppe 2 arbeider, har eit samarbeidsprosjekt med klinisk praksis i høve til teknisk opplæring av eit elektronisk dokumentasjonssystem i teoridelen i studie. Dette utgjer ein forskjell mellom fokusgruppene. Begge fokusgruppene nyttar mykje omgrepet dokumentasjon både når deltakarane meiner elektronisk form for dokumentasjon og når det snakkar om dokumentasjon av sjukepleie på eit generelt grunnlag. Nokre gonger vert elektronisk dokumentasjon nytta, og dette framhever at her er det dette spesifikt som vert tale om. I dette kapitlet prøver eg å halda på denne forståinga og nytta dei omgrep slik dei vert nytta i intervjusituasjonen.

4.1. Kven er den gode rollemodell ?

I begge fokusgruppene trekkjer informantane fram at, i høve til dokumentasjon, så har studentar behov for rollemodellar, slik dei elles er vant til i utdanninga. Informantane i fokusgruppene set ord på det som har med rollemodellering på fleire måtar: I eiga rolle som lærar, gjennom det å vera tydeleg i handling og visa engasjement for dokumentasjon av faget, gjennom å visa studentane ei bevisst haldning til, og refleksjon omkring temaet og gjennom praktisk, og fagleg vegleiing både i teori og i klinisk praksis. I same lei går skildring av forhold i praksis som ein del av ei rollemodellering, som ein del av dette kjem informantane inn med kva konsekvensar praktiske vanskar medfører for opplæring og bruk av elektronisk dokumentasjon. Konkret så skildrar deltakarane rollemodellering ved å nytte ord som; *læra dei, vegleie, oppfylging, bevisstgjøring, rollemodell*, og det å gjera det *meningsfylt* for studentane.

4.1.1. Faglærarar som rollemodellar - gode nok?

Deltakarane er opptatt av at utdanninga har eit stort ansvar i høve til å utdanne fagbevisste og reflekterte sjukepleiarar. Dette spesifiserer deltakarane ved å trekkje fram at studentane må oppnå bl.a. både sjukepleiefagleg kompetanse og elektronisk kompetanse. Fleire informantar seier at dei som faglærarar må hjelpe studentane, må vise studentane, og vera tydelege slik at studentane forstår og på denne måten bidra til at studentane skal kunne både dokumentere faget og ha ei reflektert kritisk haldning til både fagleg innhald, til bruk og utvikling av dei elektroniske dokumentasjonssystema ein nyttar. I begge fokusgruppene kjem det fram at delakarane meiner at sjukepleieutdanninga her har eit stort ansvar og har eit stykke veg å gå før ein kan vera tilfreds med kva læring ein kan vera med å gi studentane.

Informantane i begge fokusgruppene stiller krav på eigne vegne, når det gjeld utdanninga sitt bidrag til studentane si læring. Dei uttrykkjer forventning om at faglærarar treng nytta både sjukepleiefagleg og IKT - fagleg kompetanse i dette arbeidet. Når det gjeld sjukepleiefaglege kompetansen, så vert det ikkje dette spesifisert vidare; det ligg implisitt at alle deltakarane i gruppene veit kva ein her meiner. Når behov for sjukepleiefagleg kompetanse vert uttrykt, vert det gitt verbal og nonverbal støtte i utsegna. Her brukar informantane uttrykk som; ein treng fagkompetanse, fagkunnskap, og ein må vita kva ein skal gjera nå ein står ved sjukesenga. Når det gjeld IKT kompetanse i eigne rekkjer, er informantane sjølvkritiske til at faglærarar generelt ikkje er på plass for å kunne vera gode rollemodellar for studentane. Her kjem det fram ei erkjenning, i begge fokusgruppene, av at faglærarar manglar IKT kompetanse når det gjeld både bruk og teknisk forståing. Informantane nyttar omgrep som ”datasperre” og ”engstelse for tastaturet”. I høve til teknisk kompetanse spesifiserer den eine av informantane i fokusgruppe 2, behovet ein som faglærar har for å forstå kva muligheiter dei ulike dokumentasjonssystema kan gi. Ho viser til at det stiller krav til datadugleik som kan opne for at ein ser muligheiter for korleis ein kan dokumentere faget. Denne kunnskapen ser deltakarane i fokusgruppa at fagmiljøet i utdanninga ikkje har, og at dette påverkar deira høve til å visa veg for studentane. I denne samanhangen opplever eg at fokusgruppa er samstemte på at utdanningsinstitusjonen deira er på god veg, ved at samarbeidsprosjektet om teknisk opplæring har medført at faglærarar no har ein betre IKT kompetanse enn før, og at i tida framover kan fokus bli retta mot innhaldet i dokumentasjon av faget.

I høve til rollemodellering vert det òg trekt inn frå ein av informantane i fokusgruppe 2, at ho ynskjer at studentane skal lære seg det ho kallar for ”organisatorisk kompetanse”. Ho meiner at det er vanskeleg for studentane å læra og forstå, for seinare å nytte organisatorisk kompetanse, når studentane elles ikkje ser at det vert gjort av sjukepleiarar i praksis og av faglærarar i utdanninga. Det er eit uttalt ynskje frå informantane i begge fokusgruppene om å få studentane til aktivt vera med å påverke, og i den samanhang etterlyser informantane eit engasjement i eiga faggruppe. Fleire av informantane i fokusgruppe 1 set ord på dette ved å stille spørsmål om ein sjølv er for feig i høve til å seie frå når dokumentasjon ikkje vert ivaretatt. Ein av informantane påpeiker for eigen del at ho stiller ikkje krav ho heller når noko ikkje fungerer. Fleire informantar stiller spørsmål til korleis studentane skal bli bevisste, reflekterte og engasjerte i fagområdet når dei sjølv ikkje klarer å synleggjera eit engasjement her. Den eine informanten frå denne fokusgruppa uttrykkjer det slik:

”Jeg er opptatt av hva som går ut av skolen, at det er studenter som er reflekterte i forhold til faget, og at vi som lærere må være gode rollemodeller i forhold til det å være kritisk. Vi sier ikke ifra i noen stor grad vi heller, gjør vi vel? (kort pause) jeg kommer ikke med noen krav.”

Drøftingane på dette, i begge gruppene, kjem vidare inn på at ein som faglærer må vera bevisst når det gjeld eige fagområde og ha eit engasjement for temaet skal ein vera ein god læremeister for studentane når det gjeld dokumentasjon. Rammeplan for sjukepleieutdanninga vert trekt inn som eit eksempel på at ein må ha eit eige engasjement for temaet, då denne planen ikkje viser spesifikt kva mål ein har for utdanninga i høve til elektronisk dokumentasjon. Dette vert trekt fram i fokusgruppe 2 og kommentert. Her opplever ein at det er opp til den enkelte høgskule og fagtilsett å få dette på dagsorden, og fylgje dette opp – til dette er det nødvendig med eit engasjement.

”[] det betinger at det er noen på en høyskole som er interessert i det, og som ser det, og som tar den ballen. Og det er ikke alle høyskoler som gjør.”

I samband med at det vert retta ein viss skepsis mot bruk av standardiserte sjukepleietiltak i fokusgruppe 1 uttaler ein informant at ho opplever at dette gir utdanninga ein anna muligheit i høve til å vegleie og vurdere studentane på. Som faglærer må ein her sjå studenten ut frå kva val studenten tar i høve til standardtiltaka. I fokusgruppe 2 er ein av informantane særleg opptatt av at innføring av elektronisk dokumentasjonssystem med bruk av VIPS modellen, medfører at ho som praksislærer må oppdatere seg, ho treng å forstå modellen for å kunne vegleie studentar. Ho seier:

”[] Å dokumentere alt under ett, det syns eg er vanskelig og då ser eg at det er vanskelig å formidle til studentene, for det er noe annet enn det eg er opplært til. Altså eg må tenke annerledes. Og det er klart – det krever noe og skal eg bli trygg på det før eg skal formidle det vidare til studentene. Så det er klart det er krevende[]”

Drøftinga går ikkje vidare her, men deltakarane vender tilbake til korleis VIPS modellen deler inn områda som skal dokumenterast.

4.1.2. Praksis som læringsarena

Deltakarane i begge fokusgruppene trekkjer i stor grad inn opplevingar og erfaringar frå praksis undervegs i dei ulike diskusjonane om temaet. Når det gjeld praksis som læringsarena, der studentane møter mange og ulike rollemodellssituasjonar, er det fleire forhold som vert drøfta. Faglærarane i begge fokusgruppene viser til at både dei sjølve og studentar erfarer at det til tider vert dokumentert mindre ved elektronisk dokumentasjon enn ved tradisjonelle papirdokumentasjonssystem. Her vert årsaker som lang innloggingstid og avgrensingar i høve til kven som har tilgang til datamaskinane gitt som grunngeving. Vidare trekkjer informantane inn forhold som har med nedbemanning og stort arbeidspress som aktuelle årsaker òg. Det vert uttrykt bekymring i høve til denne erfaringa, både i høve til kva sjukepleie som vert dokumentert og kva fylgje det kan få for pasient, men og i høve til læringsverdien til studentane som ikkje kan oppdatere seg optimalt i høve til pasienten.

Informantar i fokusgruppe 2 viste til brei erfaring frå praksis med at det tar lang tid før studentane får passord til å logge seg inn på, ein informant konkretiserer med å seie at nær halve praksistida går før dette er i orden. Dette meiner informantane at går ut over tilstrekkeleg mengde trening og det å bli trygg i den tekniske delen av dokumentasjonsarbeidet. Ein informant påpeikar at studentane må ha tilgang til dokumentasjonssystemet, slik at dei kan lesa om pasienten og skrive sjølvstendig. ” Det er dette ein lærer av”, seier ho. Informantane i fokusgruppe 2 viser at dei har ei felles erfaring med at det er vanskeleg å vegleie i praksis når datamaskinane står inne på kontor som elles skal nyttast til mange andre gjeremål. Student og lærar kan ikkje arbeide uforstyrra, og informantane kjenner på at ein sit i vegen og at andre skulle hatt maskinane. Ein av informantane viser til at det er mange studentar som gir henne tilbakemelding på at dokumentasjon vert vanskeleg fordi studentane opplever at dei treng lang tid til dokumentasjonsarbeidet, og at dette er det ikkje rom for sidan det er mange andre skal ha

same maskin. Samtidig som informantane i fokusgruppe 2 erfarer ein del praktiske vanskar, opplever dei òg at samarbeidsprosjektet utdanningsinstitusjonen har med praksis, er eit framsteg i høve til å gi studentane betre opplæring når det gjeld elektronisk dokumentasjon.

Fokusgruppe 2 drøftar vidare forhold rundt kven som er vegleiar for studentane i sjukeheimspraksis ut frå at dette har betydning for vegleieing i dokumentasjon av faget. Ein informant erfarer at det ofte er hjelpepleiarar som får dette ansvaret i sjukeheimspraksis, og ho meiner at det bør sjukepleieutdanninga ta høgde for. Ho meiner sjukepleieutdanninga bør ha meir kunnskap om kva nivå vidaregåande skule har på dokumentasjon. Her vert det ein diskusjon, i første omgang fordi ikkje alle har same erfaring og difor ikkje ser problemstillinga, men òg fordi det her kjem fram synspunkt på at hjelpepleiargruppa ikkje har tradisjon for å dokumentere. I drøftinga kjem det fram forståing for at ein kan la hjelpepleiarar vegleie i høve til stell av pasientar, men ikkje dokumentasjon av faget. Utskrift av transkripsjonen kan tydeleggjera kva informantane her er opptatt av:

Bjørg 45) Det som eg ser som en utfordring i praksis i første året er at vi ser at studenter får sin hovedoppfølging av hjelpepleiere og både holdning og kunnskap i forhold til dokumentasjon av sykepleie er i veldig mye større grad varierende her. Og det å kvalitetssikre det er en hovedutfordring, mange i tillegg til det har utenlandsk bakgrunn og dette med språkforståelse er og en utfordring. [...]

Temaet vert ikkje umiddelbart fylgt opp av dei andre deltakarane, men informanten trekkjer det inn att i diskusjonen:

Bjørg 63) Ja eg tenker jo det at siden vi i kommunehelsetjenesten, studenter får hjelp og av hjelpepleiere så hadde det vært interessant å snakket med videregående opplæring. - Hvordan går de inn i forhold til dokumentasjon? Det skulle vi ha visst noe om i forhold til det. Eg opplever mye forskjellig der

Eva 64) Hvem var det du sa?

Bjørg 65) Hjelpepleiere i kommunehelsetjenesten, de har ofte ansvar for sykepleierstudentene og eg vet ikke hvilken opplæring og hvordan de læres opp i forhold til dokumentasjon. Det hadde vært veldig nyttig å vite.

Doris 66) Der er jeg grunnleggende uenig med deg. Jeg mener at lærerne skal ha ansvar for at sykepleierstudenter lærer seg å dokumentere sykepleie. Så vi kan overlata mye til hjelpepleierne i forhold til stell, men lærerne må ta ansvar for at studentene kan dokumentere sykepleie, at vi må ta denne opplæringen innad i skolen og kanskje sette et større fokus på det ute i praksis. Og da kan man si at det har det ikke vert tid til osv., men det har heller ikke vert fokus på det. Sånn som omstendighetene har vært. Jeg tror

ikke på at den biten skal hjelpepleieren få, hjelpepleierne er gode på grunnleggende stell og sykepleie, men dokumentasjonen har ikke de tradisjonelt hatt ansvar for heller

Bjørg 67) Men etter Helsepersonelloven kom så har de samme plikt og derfor så tenker eg at de har samme plikt, men det er ikke nødvendigvis vårt ansvar, men det hadde vært interessant å vite hva lærer de. Nettopp og for å vite noe om det, som høyskole for vi må forholde oss til at... selvfølgelig har de sykepleiere inne...

Doris 68) Å vite noe om det er greit nok, men vi kan ikke ta ansvar for det for å dokumentere det en sykepleier gjør og dokumentere det en hjelpepleier gjør skal i utgangspunktet være to forskjellige ting, altså. Å viss det er delegert så har du ikke den samme retten, nei, plikten til å dokumentere. Så jeg tenker at dette dreier seg om en bevisstgjøring av sykepleiere òg altså. Men jeg ser, helt greit å vite, det er ikke det jeg mener, men vi må ta ansvar for det, tenker jeg.

Bjørg 69) Jeg tror i alle fall vi må være veldig bevisst på det i forhold til praksis at det blir en viktig bit. Vi ønsker oss jo primært sykepleiere primært til veiledere, å veilede studentene. Men i praksis så fungerer det veldig ofte ikke sånn.

Doris 70) Det er et godt argument vi kan ha.

Bjørg 71) Ja, i alle fall at sykepleierne får et overordna mer ansvar i praksis på at den dokumentasjonsdelen må de gå inn og ta et større ansvar for overfor studentene, må være tydelig på det.

Stille pause

Det er einigheit i at ved slike forhold må det komma fram det meiransvar som både faglærarar og sjukepleiar i praksis har i å vegleie studentar i dokumentasjon av faget. I fokusgruppe 1 kjem det fram ei tilsvarande haldning, der deltakarane trekkjer fram at praksislærar har spesielt vegleingsansvar, når det elles er vanskeleg for studentane å få oppfølging på dette.

Informantane i fokusgruppe 2 meiner at innføring av stille rapport påverkar praksisstudiet for studentane på fleire vis. Samtalen viser at det er ulike syn på denne arbeidsforma, men alle tilkjenner at dei ynskjer ei drøfting på dette. Her viser fleire informantar at dei opplever at munnleg rapport kan sjåast på som drøftingsarena og læringsarena for studentar og nyutdanna sjukepleiarar. Ein informant opplever det problematisk at fagdiskusjonen i praksis forsvinn. Denne diskusjonen i praksis er viktig for studentane i deira læring om faget og om dokumentasjon, og til det å vera kritisk til kva ein dokumenterer. Ho seier det er ingen rom for dialog, "[] fordi at alt foregår i stillhet[]". Ein informant viser til god erfaring med at ved innføring av stille rapport så har praksis innført fellesmøte der ein i fellesskap kan dela

informasjon om pasientsituasjonane og drøfta vidare planlegging og utføring av sjukepleie til pasientane på avdelinga.

Fleire av informantane i fokusgruppe 2 erfarer at ved bruk av elektronisk dokumentasjon får studentane får meir vegleiing og tilbakemelding på dokumentasjonsarbeidet frå kontaktsjukepleiar, enn det dei fekk tidlegare ved papirbaserte system. Dei viser til at EPJ er med å aktivisere sjukepleiarar i praksis i høve til vegleiing. No må studenten sende arbeidet til sjukepleiar, og denne må opne opp dokumentet før signatur. Dette erfarer informantane er med å gjera sjukepleiarane meir aktive i høve til å lese kva studentane skriv og gi respons på dette.

4.2. Dokumentasjon – rein prosedyre eller fagleg innhald ?

Diskusjonane i begge fokusgruppene ber preg av ei veksling mellom å ha fokus på bruksområde og – måte, når det gjeld elektronisk dokumentasjon, og til det å drøfta korleis ein kan ivareta innhaldet i faget i dokumentasjon av sjukepleie. Bruksområde viser her til i kva samanhengar kan det vera relevant å trekkje inn dokumentasjon av sjukepleie som ein del av sjukepleieutøvinga, bruksmåte er retta mot tekniske muligheiter som ligg i systemet; klassifikasjonssystem, standardisert språk, søkefunksjonar m.m. Drøftinga ber vidare preg av at deltakarane opplever at ein ikkje kjem utanom nokon av delane skal ein oppnå god læring for studentane. Deltakarar i begge fokusgruppene kjem inn på forhold som omhandlar både det å sjå dokumentasjon av sjukepleie som ein naturleg del av undervisningsopplegget utdanninga tilbyr studentane, gjennom alle studieåra, og som ein naturleg del av faget. Vidare seier informantane noko om at utdanninga og klinisk praksis er prega av at innføring av elektronisk dokumentasjon er i ein oppstartsfase.

4.2.1. Ein raud tråd gjennom utdanninga

Informantane frå begge fokusgruppene gir inntrykk av at dei opplever at utdanninga har eit stort ansvar når det gjeld å utdanne sjukepleiarar som har eit høgt fagleg nivå når det gjeld dokumentasjon av faget generelt, ikkje berre i høve til elektronisk dokumentasjon. Ein informant seier det slik:

”Jeg vil jo påstå at vi aldri har gitt god undervisning i hva som skal dokumenteres. For da hadde sykepleierne ute vært flinkere (latter rundt bordet). Det gjelder ikke bare

høgskolene her i byen, men utdanningene har ikke vært flinke på å undervise i hva som skal dokumenteres []”

Med humor og ei sjølvkritisk haldning set ein med dette opp status for eige arbeid, og får fram ei stemning som tilseier at informantane i fokusgruppe 2, vil meir med utdanninga enn det denne og andre utdanningar til no har fått til når det gjeld temaet. Fokusgruppe 1 har ei tilsvarande haldning til at ein har eit ansvar for å gjera utdanninga betre i høve til undervisning i dokumentasjon av faget.

Ein av informantane i fokusgruppe 2 er opptatt av at Rammeplanen for utdanninga ikkje gir spesifikk føring for kva nivå, og kva kompetanse studentane skal ha i høve til elektronisk dokumentasjon ved endt utdanning. Ho peiker på at omgrepa helseinformatikk og sjukepleieinformatikk ikkje er nemnd i planen. Dette utfordrar høgskulane til å markere sjølve kva plass elektronisk dokumentasjon skal ha i utdanninga, seier ho.³⁵

Utdrag av transkripsjonen under, viser at informantane i fokusgruppe 1 er opptatt å gjera undervisninga meningsfull for studentane og at for å oppnå forståing av faget treng studentane opplæring i sjukepleieprosessen. Til dette siste kjem ein av informantane med spørsmål om ein treng sjukepleieprosessen for å forstå faget. Ho viser gjennom heile intervjuet ei spørjande haldning til om prosessen bidrar til fagleg forståing eller ikkje.

Lise, 38) Jeg mener vi må starte i første studieår med å ha sykepleieprosessen som grunnlag. Det må bli en meningsfull læring for studentene. Vi må være mer samkjørte med praksis i vårt teoretiske opplegg.

Hedda, 39) Ved at det blir redusert undervisningstid i teori medfører at vi må ut i praksis og prøve ut studentene der. Vi må følge studentene i praksis på dette området. Våre ledere bestemmer tid til undervisning, studenten må få en beredskap. ”Ingen teoritimer” betyr at en må gjenta det evt. på andre måter.

Jorunn, 40) Vi var i Danmark på studiebesøk, der henviste de til at heile studieopplegget var et tett samarbeid med praksis, pleieplanar i praksis var et samarbeid mellom praksis og skolen. Det virket spennende. Her hos oss har vært en kraftig reduksjon i timetall i forhold til undervisning om sykepleieprosessen. Tidligere hadde vi 12 – 14 timer, nå er det redusert til 4 timer.

³⁵ Viser elles til det som er knytt til kommentarar til Rammeplanen i kap. 4.1.1. Faglærarar som rollemodellar - gode nok?

Lise, 41) Skolen må bli bedre på å undervise i sykepleieprosessen , vi lærere må bli mer like eller mer samkjørte i forhold til studiekravene eller alle de arbeidskravene vi stiller til studentene i praksis, jeg tenker da på det å gi kommentarer og tilbakemelding på administrativ pleieplan.

Kari, 42) Kan vi snu det på hodet og si at studentene ikke trenger sykepleieprosessen, men de trenger kunnskap om de elektroniske systemene, så kommer det andre etter hvert ? Jeg mener selvsagt at studentene må ha fagkunnskap. Men det er en annen måte å se det på.

Hedda, 43) Målet må jo være at faget styrer elektronikken, ikke omvendt.

Utover dette vert forholdet mellom utdanninga og klinisk praksis trekt inn på fleire måtar. Ein annan informant ynskjer å bruke representantar frå klinisk praksis meir til undervisninga om temaet. Denne utdanningsinstitusjonen har ikkje innført teknisk opplæring i elektronisk dokumentasjonssystem i teoridelen av studiet. Ein informant stiller spørsmål om det ikkje lar seg gjera å få inn elektroniske dokumentasjonssystem inn i skulen. Ho får til svar at dette er prøvd, men pga. personvern er leverandørar tilbakehaldne. Ein av deltakarane i fokusgruppe 2 såg òg på forhold som kan skapa større nærhet mellom det studentane erfarer og lærer i klinisk praksis og det dei lærer i teoribolken. Ho konkretiserte ved å visa til at studentar har behov for refleksjon og drøfting over kva dei erfarer i praksis vedrørande dokumentasjon når dei kjem tilbake til teoristudie etter ein praksisperiode.

I fokusgruppe 2 vert det nytta mykje tid på å drøfte organisering av undervisning knytt til temaet, slik at studentane opplever ein progresjon i læringa gjennom dei tre studieåra. Erfaringa som dei har gjort seg ved å gi studentane teknisk opplæring i eitt elektronisk dokumentasjonssystem, er med å gi dei fleire innspel i høve til dette. Fleire av informantane i fokusgruppe 2 seier noko om at elektronisk dokumentasjon kan få ein meir naturleg og sjølvstøtt plass i undervisninga gjennom å integrera fagområdet inn i aktiviteten elles i øvingsavdelinga. Dei ynskjer at dokumentasjon vert sett på som ein del av sjukepleieutøvinga generelt, ikkje noko ein avsluttar vakta med, slik tradisjonen har vore. For at studentane skal få ei erfaring av dette, planlegg utdanninga å leggje den tekniske opplæringa i elektronisk dokumentasjon til 1. studieår. Her vektlegg den eine informanten at dette er berre ei teknisk opplæring, men ved å leggja den til første studieår vil studentane kunne oppleve progresjon når ein får meir kunnskap og forståing om innhaldet etter kvart. Dette får ho støtte på av fleire bl.a. av ein av informantane som seier at det blir viktig at studentane dokumenterer i EPJ slik

at det blir ein naturleg del av det studentane gjer frå dag ein i studiet. Ho seier vidare at i dag kan ikkje studentane sile ut kva som er viktig og ikkje, og legg til at i klinisk praksis er det òg mange sjukepleiarar som ikkje ser dette. Her held diskusjonen fram i høve til kven det er som vegleiar studentane i praksis på dokumentasjon³⁶.

Ein av informantane har arbeidd med å integrera opplæring av elektronisk dokumentasjon i utdanninga, ho har konkrete tankar om korleis ein kan bruke EPJ i øvingsposten som ein naturleg og aktiv del av undervisninga. Ho skisserer muligheiter der undervisningsopplegget utfordrar studentane til å nytte informasjon om tenkt pasient. For å kunne vurdere og utføre sjukepleie må dei nytta det elektroniske dokumentasjonssystemet aktivt. Same informanten påpeiker fleire gonger at skal studentane ha utbytte av undervisninga i dokumentasjon og kunne utøve fagområdet etter utdanninga, må den enkelte student vera datakyndig. Eit krav i utdanninga om at studentane er pliktig til å bruke EPJ i øvingsposten vil vera med å fremme dette datakompetansebehovet, hevder ho. Det vert ikkje noko diskusjon i fokusgruppa omkring dette. Eg opplever her at er deltakarane einige i at det er naturleg at elektronisk dokumentasjon vert trekt meir inn i øvingsavdelinga, og at dei lyttar med entusiasme og ein viss grad av positiv forundring til korleis ein kan oppnå aktivitet omkring slik bruk blant studentane. Samtidig viser dei til bruk av andre elektroniske læringsverktøy som har gitt studentane og dei sjølv god erfaring i høve til læring.

4.2.2. Manglande verdsetjing av dokumentasjon – mangel på prosedyre eller manglande fagleg fokus?

Deltakarane i begge fokusgruppene var opptatt av at dokumentasjon av faget ikkje har den posisjon i faget som den bør ha, og refererer til forhold både i praksisfeltet og i utdanninga. Fleire informantar i fokusgruppe 1 meiner at sjukepleiarar i praksis ikkje har tilstrekkeleg fagkunnskap og kunnskap om lovverket til å sjå kva verdi dokumentasjon av sjukepleie generelt bør ha. Vidare viser dei til at praktiske vanskar ved innlogging gjer at sjukepleiarar i praksis ikkje prioriterer elektronisk dokumentasjon av faget. Ein informant relaterer dette med manglande verdsetjing til mangel på moralsk kompetanse. Ein annan faglærer rettar fokus på at leiarane ved dei ulike praksisstadane har eit ansvar både i høve til engasjement og i høve til det å stilla krav. Ho spør kvifor ikkje leiarar rettar sanksjonar mot manglande dokumentasjon. Samtidig som informantane her viser ei kritisk haldning mot praksisutøvinga, meiner dei at

³⁶ Viser til kap. 4.1.2. Praksis som læringsarena

det er samanheng mellom dei rammene som ligg for dokumentasjon i praksis og kva sjukepleiarar i praksis klarer å prioritere. Her trekkjer fleire informantar inn faktorar som nedbemanning og mange uforutsette oppgåver som kjem i løpet av ein arbeidsdag i praksis.

I høve til forhold i utdanninga som er med å seie noko om kva plass dokumentasjon bør ha i faget, viser informantane i fokusgruppe 1 til bekymringa dei har i høve til redusert undervisningstid i fagområdet. Vidare trekkjer informantane frå begge fokusgruppene inn behovet dei ser i høve til haldningsendring og fagbevisstheit i høve til dokumentasjon. Her kjem faglærarane inn på ansvaret som utdanninga har. Den eine informant i fokusgruppe 2, seier:

” [...]Og det er jo et paradoks at høgskolene skal gå i bresjen og være nyskapende i denne sammenheng dilter vi langt etter [...]”

Denne informanten er konkret i si oppfatting av kva plass dokumentasjon av faget skal ha, og ho seier vidare at dokumentasjon ikkje er noko som skal skje etter at handlinga er avslutta. Ho påpeiker fleire gonger at ho meiner at dokumentasjon av sjukepleie skal utførast og nyttast aktivt både før, under og etter praktisk samhandling med pasient.³⁷ I høve til at informanten meiner at elektronisk dokumentasjon kan nyttast samtidig som ein er i samhandling med pasienten er det ut frå ein tanke om at datamaskinar skal vera i nærleiken av pasientsamhandlingsplassen, t.d. på sjukerommet. Informanten forklarar vidare at under samhandling med pasient kan ein ha behov for utvida informasjon om situasjon og ein kan nyttiggjera seg søkemuligheiter som er i dokumentasjonssystemet.

Ein av informantane i fokusgruppe 1, uttaler at ho opplever at dokumentasjon er kjernen i faget, ho seier vidare:

”[...] sykepleiedokumentasjon med sjukepleieprosessen kunne vært stammen i sykepleieutdanningen, så kunne de omkringliggende delene bli trekt inn i forhold til dette. Sykepleiedokumentasjon er viktig for faget. Det må få et løft.”

Uttalen viser eit engasjement for temaet, men ho får reaksjon frå den eine av informantane som det tidlegare er referert til ut frå at ho har eit kritisk spørjande haldning til bruk av sjukepleieprosessen, reagerer sterkt på denne uttalelsen. Ho viser til at sjukepleieprosessen har ein pedagogisk og ein administrativ funksjon og at ein må skilje i dette. Drøftinga elles i denne fokusgruppa er ikkje så spesifikk når det vert tale om forhold som har å gjera med i kva grad ein gir dokumentasjon av sjukepleiestatus eller ikkje. Her kjem deltakarane fram med

³⁷ Viser til kap. 1.1.3.2. Utbreiing av elektronisk dokumentasjon

fleire utsegn som går på at ein må verdsetje fagområdet meir, at ulike forhold ikkje fungerer fordi ein ikkje verdset dokumentasjon av faget godt nok. Her er eit utdrag frå transkripsjonen som viser kva tankar informantane har om det å verdsetje fagområdet i høve til sjukepleie generelt.

Ingrid, 26) [...] Jeg kjenner til at det er personale på et sykehjem i byen som har gått ut og sagt at med nåværende bemanning så kan vi ikke dokumentere pleien til pasientene

Jorunn, 27) Men det er jo lovpålagt å dokumenter pleien.

Lise, 28) (viser her til det Ingrid, seier om å la vera å dokumentere) Det forteller hvordan de ser på dokumentasjon opp i mot den øvrig sykepleie, dokumentasjon er ikke viktig i forhold til sykepleie.

Hedda, 29) Er vi for feige ?

Ingrid, 30) En kan forstå ut fra at det er tidkrevende med dokumentasjon av pleien opp i mot alle andre gjøremål på et sykehjem.

Lise, 31) Jeg mener det har med hvilket syn en har på sykepleie å gjøre dette. Vi må ta ansvar selv dersom vi meiner dette er viktig...

Ein informant går vidare inn på bevisstheit over dokumentasjonsansvaret og seier at til trass for at det er lovregulert, så møter ikkje sjukepleiarar i praksis noko form for sanksjon når ein her ikkje oppfyller krav til dokumentasjon. Ho seier at leiinga i helsetenestene er lite aktive her, og at dette er med å påverke den kulturen som studentane kjem ut i under utdanninga, men òg som ferdigutdanna sjukepleiarar.

Noko seinare i samtalen spør ein av faglærarane om lovverket skal vera det styrande for kva innhaldet i dokumentasjon av sjukepleie skal vera, og om det at det er blitt ei lovpålagt oppgåve, påverkar faget? Denne informanten prøver undervegs i fokusgruppeintervjuet å få til ei drøfting omkring tenkingsgrunnlaget til dokumentasjon av sjukepleie. Informanten får litt støtte for at spørsmålet er adekvat, men det kjem ikkje fram noko vidare problematisering av dette. Ein informant trekkjer fram at til trass for juridiske krav så er det viktigaste at ein har tid til den enkelte pasient.

4.2.3. Overgang frå papir til elektronikk

Begge fokusgruppene kjem inn på at sjukepleieutdanninga er inne i ei overgangsfase når det gjeld dokumentasjon av faget. Dette vert trekt inn når faglærarane snakkar om det å ha fokus på fagområdet generelt, og når undervisningsopplegg og innhald vert drøfta. Samtalen til faglærarane i fokusgruppe 1, er i hovudsak her rett mot klinisk praksis og dei erfaringar informantane har herifrå. Den eine informanten etterspør gradvis innføring i klinisk praksis, og ho seier ho er redd for at ein i praksis ikkje vil meistre krava som elektronisk dokumentasjon fører med seg.

Informantane frå begge fokusgruppene kjem med uttale på at dei ser det er ei utfordring at både studentar, men ikkje minst faglærarar manglar datakompetanse. I høve til studentar viser faglærarane i begge fokusgruppene ei forståing for at dette er ein kortvarig overgangsfase, då bruk av datateknologi etter kvart er meir vanleg generelt sett. Informantane i fokusgruppe 2, viser til at i utdanninga har det dei kallar voksne studentar, og uttaler at erfaringa tilseier at desse har mindre datakompetanse enn yngre studentar. Faglærarane ser det som positivt at høgskulen stiller krav i opptaksbrevet om elementær datakunnskap. I høve til denne overgangsfasen viser eine informanten i fokusgruppe 2 til at ho opplever at studentar som ikkje er datakyndige mister erfaring med dokumentasjon medan dei er i praksis, ved at det tar lengre tid før desse studentane bruker dokumentasjonssystema.

Begge fokusgruppene vektlegg at datakunnskapen blant faglærarar generelt sett er dårlegare enn hos studentane. Det vert ikkje noko drøfting på kva krav ein skal stilla til eige fagmiljø eller kva utfordringar dette gir utdanninga.

I fokusgruppe 2 meiner ein av informantane at deira utdanning er i ein overgangsfase ved at utdanninga har innført opplæring i eit elektronisk dokumentasjonssystem medan studentane er i teoristudie. Dette har gitt både studentar og faglærarar erfaringar, og det har gitt faglærarane ei teknisk opplæring samtidig som ein av praksisstadane har innført same systemet. Denne faglæraren peiker på at utdanninga klarer ikkje å ha fokus på både opplæring av teknisk kompetanse og innhald i kva ein dokumenterer samtidig. Ho seier:

”[] det er alltid sånn i overgangsfaser så er man aldri god nok. Men vi må bare være bevisst på det då. Og tenke; Ja, i de årene no når vi har jobbet med å få innført (namngir dokumentasjonssystemet)og EPJ – undervisning her på skolen så har det gått

på bekostning av at vi ikke har fått trent studentene våre godt nok opp i hva de skal dokumentere.”

I begge fokusgruppene viser deltakarane til at studentar må forholde seg til mange system når dei er i dei ulike praksisstudia. Overgang frå papir til elektronikk medfører at enkelte praksisstader opererer med mange system og med dobbelføring. Vidare er det ulike elektroniske dokumentasjonssystem som vert nytta. Dette medfører at studentane må setje seg inn i dei ulike dokumentasjonssystema sin eigenart før ein kan nytta dei fullverdig. Ein av faglærarane uttaler at dette kan skape forvirring for studentane og kan dermed redusere læringseffekten. Ein annan informant påpeikar at dette medfører at studentane har fokus på det tekniske, medan innhaldet i dokumentasjonen får mindre plass.

4.2.4. Praktiske vanskar – er det ei sjukepleiefagleg utfordring eller ikkje?

Forutan praktiske vanskar som studentar og praksislærarar møter i klinisk praksis ved elektronisk dokumentering av faget, lyfter òg informantane i fokusgruppe 2 opp at dette er òg aktuelt i teoridelen der ein har ei teknisk opplæring i eit elektronisk dokumentasjonssystem. Ved at opplæringa går på det same systemet som ein nyttar i ein av praksisinstitusjonane til høgskulen, ligg det ein del restriksjonar i bruk av dei aktuelle PC – ane. Dette har medført eit system som nokre av informantane opplever som tungvinte og tidkrevjande. I forlenginga av dette, kjem det opp ein diskusjon på om alle dei praktiske vanskane ein opplever i forbindelse med teknisk opplæring i teori, og opplæring og bruk av elektroniske dokumentasjonssystem i praksis, er ei fagleg utfordring eller ikkje. Dei praktiske vanskane som vert skissert i fokusgruppa vert av ein informant opplevd som ei sjukepleiefagleg utfordring ved at ho meiner det påverkar studentane sine læringsforhold³⁸. Til dette vert ho møtt av motargumentasjon frå den ein av dei andre informantane som meiner at dei tekniske vanskane som her er skissert, er tekniske utfordringa som støttepersonell har ansvar for, og som sjukepleiepersonell berre skal komma med bestilling til. Ein skal ikkje ta ansvar for dette, men heller retta merksemda mot haldningar til bruk av elektronisk dokumentasjon og endring av tankegang her. Denne delen av drøftinga i fokusgruppe 2 kjem ein tilbake til to gonger, og eine informanten nyttar høve til å seie noko om det etter at intervjuet formelt er avslutta. Dette viser at erfaringar omkring dei praktiske forholda i høve til bruk av elektronisk

³⁸ Viser her til kap. 4.1.2. Praksis som læringsarena.

dokumentasjon engasjerer. Diskusjon her føregår i hovudsak mellom to informantar i fokusgruppa, som transkripsjonen her viser:

Anny 146) Litt av de faglige utfordringer som du Doris mener vi er ferdig med no, ikke ferdig med, i forhold til dette med å skaffe PC er, skaffe datakort og tilgang til huset, altså for det har vært mye og det er klart at vi er kommet mye lenger no enn vi var når vi begynte, men eg ser at OK det må faktisk stå PC'er permanent

Doris 147) (overtar) Men det er det jeg mener det er ikke faglige utfordringer, det er tekniske utfordringer og det er viktig å skille på for de tekniske utfordringene de skal andre faktisk ta seg av. Vi skal bare komme med en bestilling, men det å få den bestillingen hørt av folk.

Anny 148) For det påvirker faget vårt og du kan faktisk ikke lære det viss du ikke har PC-èn der. Sant, eg tenker at det er det samme som du kommer og skal holde ett foredrag og du kommer med pennen (USB) og der er ikke videokanon i dette rommet her, sant at du, det er noe med at de tingene må være der for at du skal kunne videreformidle noe som går på fag. Enkle rammefaktorer.

Doris 149) men det er det jeg mener er viktig å skille på her, hva er faglige utfordringer og hvilke signal skal vi sende til støttepersonellet? Fordi at støttepersonellet er ikke klare for å ta den bøygen sykepleiere utgjør i forhold til dette og det viser seg bl.a. ved at de har for få PC'er tilgjengelig i avdelinger og sånn. Og det er ikke sykepleierne, det er støttepersonell. En skal ikke ta mer ansvar enn det

Dei andre deltakarane i intervjuet er aktivt lyttande og kjem med støtte i form av lydar og nikkning til informanten som hevder at dette er eit område utdanninga har eit ansvar i høve til. Dei er vidare lyttande til den andre informanten som kjem med motargument som viser at ho ser at det er eit problem, men som hevdar at dette skal andre ha ansvar for. Eg opplever at her er det nye tankar som vert lansert, og at dei på eit prinsipielt grunnlag ikkje er ueinige med ho.

4.3. Elektronisk dokumentasjon – strøm til papir, eller ein annan tankegang?

Deltakarar i begge fokusgruppene trekkjer fram tankar omkring at innføring av elektronisk dokumentasjon utfordrar ein til ein annan tankegang. Omgrep som her vert nytta er; *å tenkje annleis, ein annan tankegang*. Ein informant i fokusgruppe 2 seier at det krev ei haldningsendring både blant lærarar og studentar i høve til elektronisk dokumentasjon. Ho grunnjev dette med at innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleie opnar opp for muligheiter til endra handlingsmønster i høve dokumentasjon til faget. Dette krev ein endra tankegang, seier ho. Innføring av elektronisk dokumentasjon krev ei haldningsendring blant faglærarar i utdanninga seier ein annan informant. Ho meiner at fagmiljøet ikkje er godt nok

orientert om kva som er kvardagen ute i praksis, der datamaskinen oppbevarer og behandlar all data om pasienten ;”[]det å få staben til å innse at du får ikke en gang lov å printe ut et ark.[]”. I samanheng med dette viser deltakarane frå begge fokusgruppene at der er behov for ei drøfting i fagmiljøet i utdanninga for å kunne skape ein bevisstheit, for så å få til endringar og forbetringar i høve til utdanninga si undervisning i dokumentasjon av sjukepleie.

4.3.1. Ein annan tankegang i forhold til bruk av dei elektroniske dokumentasjonssystema.

Når det gjeld bruk av dei elektroniske dokumentasjonssystema er det eit skilje i høve til kva dei to fokusgruppene er opptatt av. Her kjem erfaringa deltakarane i fokusgruppe 2 har med teknisk opplæring i dokumentasjonssystem til uttrykk. Deltakarane i fokusgruppa er til dels spesifikke i kva dei meiner er viktige områder å arbeida vidare med for utdanninga. Ein informant seier at ein må få inn ein annan tankegang i høve til at det no ikkje lenger er papirdokument ein skal forholde seg til, men eit elektronisk system som tilbyr mange fleksible muligheter i høve til oppsett og informasjonsutveksling. Ho meiner at ein må kunne bruke det elektroniske systemet aktivt, ved at studentar vert opplært til å bruke systemet i planlegging av sjukepleie, undervegs i handling, og etter handling. Dette uttrykkjer ho er viktig at studentane gjennomfører først i øvingsposten deretter i praksis. Ho uttrykkjer eit ynskje om at utdanninga byrjar å bevisstgjera studentane så dei kan begynne å stille krav til korleis ein vil bruke dei elektroniske dokumentasjonssystema, og skapa eit ny handlingsmønster rundt dokumentasjon av faget. Ho grunnjev dette med at ein tradisjonelt har tenkt munnleg overføring av data og informasjon om pasientane, og at det er opp til den enkelte korleis ein vil dokumentere. Denne tradisjonen heng att i måte å tenkje elektronisk dokumentasjon på seier ho, og kallar det :”[] strøm til papir”.

I fokusgruppe 1 kjem det ikkje fram noko stor drøfting omkring korleis elektronisk dokumentasjon skal nyttast. Her viser ikkje fokusgruppedeltakarane at dei har gjort seg opp spesifikke tankar om dette verken i høve til teoriundervisning eller til kva som skjer i klinisk praksis. Ein av informantane seier fleire gonger at ho er opptatt av brukarmedverknad og lovverket som styrer dette. Ho ser for seg at elektronisk dokumentasjon er med å opna opp for ein større eigenaktivitet i høve til forholdet mellom pasient og EPJ. Dette vil endra helsepersonell sitt handlingsmønster i høve til bruk av elektronisk dokumentasjon. Ho hevder at ho opplever det ho kallar, eit paradigmeskifte i høve til at Helsepersonellova og

Pasientrettighetsloven utfordrar til ein annan tenkemåte. Her må sjukepleieutdanninga meir på banen seier ho, utan å konkretisera meir kva utfordringar dette gir utdanninga. Dei andre deltakarane i fokusgruppa gir ho ikkje full tilslutning i dette. Ein informant seier i sin kommentar at grunnlagstenkinga er viktigast. Ein annan informantane uttrykkjer skepsis i høve til at tilgang til informasjon om pasienten kan bli for tilgjengeleg for mange ulike aktørar. Ho stiller spørsmål ved om pasienten vert i varetatt med tanke på personvern i eit slikt system.

4.3.2. Ein annan tankegang i forhold til korleis ein kan formidle sjukepleie gjennom elektronisk dokumentasjon

Begge fokusgruppene tek opp spørsmål retta mot korleis elektronisk dokumentasjon kan formidle sjukepleie. Kva bevisstheit og holdningsendringar som må til i alle fagmiljø skal ein oppnå ei positiv utvikling her. Her er fokus retta mot dokumentasjonsform, dokumentasjonsmodell og kva rammer i praksis som påverkar formidlinga av faget. Faglærarane drøftar dette ut frå forståing av at desse forholda påverkar korleis utdanninga skal leggje opp undervisninga i teoridelen av studiet retta mot temaet. Val av dokumentasjonsform, dokumentasjonsmodell og praktiske forhold i klinisk praksis påverkar slik eg forstår informantane, studentane si læring i form av at det er med å skapa forståing av dokumentasjon i faget.

Ein av informantane i fokusgruppe 2 startar fokusgruppeintervjuet med å avklare at ho opplever at det er forskjell på omgrepa sjukepleiedokumentasjon og dokumentasjon av sjukepleie. Ho meiner at sjukepleiedokumentasjon er all form for dokumentering som ein sjukepleier utfører; kurvføring, medikamentdokumentasjon, meldingar, m.m.

Dokumentasjon av sjukepleie, meiner ho, er dokumentasjon av kva sjukepleie som sjølvstendig funksjon utført av sjukepleiar, m.a.o. sjukepleie som er planlagd, gjennomført og respons som pasienten gir på dette, og det er slik lova krev. Dette får ho støtte av hos dei andre i fokusgruppa og eg opplever at dette er ein bevisstheit omkring omgrepsbruken som er integrert hos deltakarane i denne gruppa. Informanten seier vidare at ho tar dette opp fordi ho opplever at det er ein forskjell som er viktig å formidle til studentane.

I begge fokusgruppene kjem ein inn på ei drøfting omkring bruk av fritekst eller standardisering i elektronisk dokumentasjon av sjukepleie. I fokusgruppe 1 har ein erfaring

med at elektronisk dokumentasjonssystem er knytt opp til klassifikasjonssystem³⁹ i sjukepleie og at dette påverkar studentane si læring. Ein informant erfarer at det er med å redusere studentane si forståing for kva samanheng det er mellom problem / behov og val av sjukepleieintervensjon. Ho erfarer at sjukepleiarar i praksis òg synes dette er vanskeleg, og at studentar opplever det vanskeleg å sjå verdien av å arbeide med administrativ pleieplan når sjukepleietiltaka allereie er lagt. Ho opplever at sjukepleie vert standardisert pga. kopling mot klassifikasjonssystem, og at dette er negativt for faget og for kva studentane oppfattar som sjukepleie. Ein annan informant ser positivt på at elektronisk dokumentasjon har vore med å aktivisert sjukepleiarar i praksis til å utarbeide *Veiledende sykepleieplaner*⁴⁰. Ho påpeikar samtidig at det her vert viktig å tilpasse bruken av desse til pasienten sine individuelle behov.

Ein av informantane i fokusgruppe 1 uttrykkjer fleire gonger at ho er skeptisk til at ein i praksis ikkje nyttar alle ledda som det elektroniske dokumentasjonssystemet byggjer på. Ho spesifiserer ikkje kva fylgjer dette kan få for faget eller for studentar si læring. Ein annan informant stiller spørsmål om ikkje fritekst er den dokumentasjonsforma som skildrar sjukepleiefaget best. Denne informanten har erfaring frå psykiatritenesta, på at det er fritekst - forma som vert valt når avdelingar skal dokumentere sjukepleie i EPJ. Til dette vert det ikkje kommentert noko, og fokusgruppedeltakarane går over på andre tema.

I fokusgruppe 2 går drøftinga meir inn på korleis ein kan nytta den systematiseringa som elektroniske dokumentasjonssystem byggjer på. Ein informant seier at ein må nyttiggjera seg dei muligheitene ein har i systema ved at ein kan få fram relevant og utfyllande informasjon om pasienten gjennom bruk av søkeord. Dette seier ho stiller krav om struktur og systematisk oppbygging av dokumentasjonssystema, og det stiller krav om bevisstheit og ein viss einigheit i fagmiljøet omkring val av omgrep. Ho held fram med at ved å nytte systema på ein slik måte kan ein ikkje bruke fritekst som dokumentasjonsform. Ho går ikkje inn på kva utfordringar dette kan gi sjukepleieutdanninga, men ho etterlyser ein diskusjon i utdanninga omkring fritekst eller bruk av struktur.

³⁹Viser her til kap. 1.1.3. Dokumentasjon av sjukepleie i Elektronisk pasientjournal (EPJ)

⁴⁰ Viser her til kap. 1.1.3. Dokumentasjon av sjukepleie i Elektronisk pasientjournal (EPJ)

Fleire av informantane i fokusgruppe 2 kjem inn på kravet om at dokumentasjonen berre skal stå ein plass, ikkje fleire. Her løftar dei fram at dette vert ein utfordring i høve til studentane, og at overgang frå papir til elektronikk er med å forsterka dette kravet. Ein av informantane hevder at dette er ein av dei største utfordringane som utdanninga må gripa fatt i ved vegleiing av studentar. Ho viser til at studentar møter mange dokumentasjonsstader i klinisk praksis, der til dømes ein praksisplass dokumenterer medikament på 5 ulike stader. Her vert det ei utfordring for studenten å sjå kva som er den rette staden. Til dette seier ho:

”[]der har vi en utfordring å lære våre studenter i en tankegang, for det blir en annen tankegang enn når det var papirdokument[]”

Deltakarane i fokusgruppe 2 nyttar tid på å snakka om kva dei erfarer at elektroniske dokumentasjonssystem byggjer på. Her kjem dei fram til at VIPS – modellen⁴¹ er sentral og at sjukepleieteoretikaren Virginia Henderson si oversikt over behovsområde vert nytta. Dette vert drøfta og det er einigheit omkring at det hjelper studentane å ha områder som dei vert styrt inn mot når dei dokumenterer sjukepleie til pasienten. Det er òg einigheit i fokusgruppa om at desse områda har tradisjonelt vore retta mot dei fysiske behova til pasienten. Ved bruk av VIPS modellen ser fleire informantar at det her skjer ei endring, men at det ikkje er blitt optimalt enno. Her kjem ein informant inn med eksempel i høve til seksualitet som i vegleiaren til VIPS modellen vert karakterisert berre i form av kvinnelege behov. Fleire informantar meiner at bruk av VIPS modellen, får tydelegare fram pasienten sine ressursar, dei sosiale og åndelege sidene i livet til pasienten enn det ein har fått fram tidlegare i papirbaserte dokumentasjonssystem. Ein informant trekkjer inn ei meir negativ haldning til VIPS modellen, ved at ho hevder at den er med å strukturere fritekst, medan ho meiner at fritekst ikkje er ideelt for å utnytte dei elektroniske dokumentasjonssystema. Ho har tidlegare i drøftinga tatt til orde for at faget må arbeide fram mot å oppnå felles forståing for omgrep som skal nyttast i bruk av elektronisk dokumentasjon. Ho seier:

”Men vi må kanskje tvinges til å få fram noen valg som sier noe om; Okey – tenke i forhold til de enkelte ting. Altså kommer det frem kommunikasjon og så skal man dokumentere noe på det. Og så vil det, [...]det vil bli tydelig at her har man ikke dokumentert noe, for eksempel, en pasient har ligget inne i tre uker og det står ikke noe om kommunikasjon, så bør jo den som er ansvarlig begynne å stille spørsmål til sine sykepleiere: Er det ikke viktig å kommunisere med denne pasienten, hva skjer med kommunikasjon? Altså har det en annen type effekt enn VIPS modellen har, for VIPS modellen har fremdeles, det blir tekst, tekst, [...]”

⁴¹ Viser til kap. 1.1.3.1. VIPS - modellen

I samband med drøfting av kva konsekvensar innføring av stille rapport har, kjem deltakarane i fokus gruppe 2 inn på bruk av eit standardisert språk i dokumentasjonsarbeidet på ein annan måte, ved å visa til at samtidig som det er nødvendig er det òg vanskeleg. Ein av informantane seier at ved mangel på munnleg overføring av informasjon om pasienten, må ein dokumenterer alt, og at det er vanskeleg fordi, alt lar seg ikkje bli dokumentert på ein presis måte. Fleire informantar i fokusgruppa tar til orde for å lære opp studentar til å bruke, som dei seier, eit meir ”presist” og ”konsist” språk. Ein informant ser ein samanhang mellom dette og det å få studentane til betre å sjå kva som skal dokumenterast og i kva rekkjefylgje. Ho skisserer ein tanke om at ved å lære studentane opp til eit meir konsist fagspråk så vil studentane bli meir bevisste om faget òg.

4.3.3. Drøfting i fagfellesskapet

Deltakarane gir uttrykk for at dei set pris på å få eit slikt høve som intervjusituasjonen gir, til å diskutere dokumentasjon av sjukepleie saman. Faglærarane påpeiker at temaet er viktig å diskutere, men at dette vert sjeldan gjort i fagmiljøet i utdanninga. I fokusgruppe 2 er deltakarane tydelege på at gjennom drøfting og refleksjon kan ein oppnå bevisstheit i høve til elektronisk dokumentasjon. Begge fokusgruppene uttrykkjer eit ynskje om auka bevisstheit om temaet og her er fokus retta mot både studentane og inn mot eige fagmiljø. Omgrep som vert nytta er; *diskusjon, drøfting, bevisstheit, haldning til, haldningsendring, opptatt av, reflekterte studentar, kritiske studentar.*

Faglærarane i fokusgruppe 2 hevder at det er behov for ein arena der ein kan ha dialog i fellesskap om felles tema i fagmiljøet i utdanninga, dei viser til at det no vert etablert eit fellesfora for alt fagpersonale i utdanninga, og at dette verkar positivt då det ikkje har vore tilrettelagd eit slikt fora tidlegare. Som støtte for dette kjem det fram at fleire ser at skal ein oppnå ein raud tråd og ein progresjon for studentane i undervisninga i dokumentasjon av faget, så må ein ha ein arena der ein kan drøfte med kvarandre. Effekt av dette seier informantane er at alle kjende med kva fagpersonale ved dei ulike studieåra er mest opptatt av, og alle kan ha utbytte av kvarandre sine tankar om, kunnskap om og haldning til dokumentasjon av faget. I denne drøftinga kjem det òg fram ei kort drøfting på om kva organisering av fagpersonale som er mest hensiktsmessig. Her har deltakarane erfaring frå både organisering i årseiningar og fagteam. Ein av informantane meiner det er med å

kvalitetssikra at ein arbeider i fagteam der ein har ansvar for det faglege innhaldet, ho legg til at det kan vera meir spennande òg.

Det er nokre områder som deltakarane i fokusgruppe 2 påpeikar at må drøftast meir i fagfellesskapet i utdanninga. Ein informant trekkjer fram bruk av datamaskinar når ein er i samhandling med pasient som utfordrar i høve til både kommunikasjon og hygiene. Ho ynskjer òg ein debatt om bruk av fritext kontra struktur i dokumentasjonsforma. Ein annan spør om ikkje konsekvensar av innføring av stille rapport bør drøftast.⁴² Dette får dei begge støtte på ut frå ei forståing av at desse områda vert påverka av innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget. Innføringa gir ringverknader som utdanninga må ha eit bevisst forhold til i si undervisning i tema.

4.4. Forskjellar i fokusgruppene

Som presentasjonen av hovudkategoriane viser, så er det til tider skilnad på kva dei to fokusgruppene har fokus på, og i kva retning diskusjonane og samtalane er retta mot i høve til dei ulike kategoriane. Eg opplever at det er skilnad på kvar den enkelte utdanningsinstitusjon er når det gjeld tankeprosessar og planleggingsprosessar i høve til undervisning i dokumentasjon av sjukepleie og at dette pregar måten problemstillinga vert drøfta på. Fokusgruppene har noko ulik erfaring på undervisning i elektronisk dokumentasjon, dette medfører ei ulik vinkling på temaet i fokusgruppene. Sjukepleieprosessen som vert trekt fram under, vert i hovudsak berre drøfta i fokusgruppe 1. I fokusgruppe 2, viser faglærarane til at sjukepleieprosessen ligg som eit grunnlag for dokumentasjon av sjukepleie, utan at dei problematiserer dette forholdet.

4.4.1. Sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon av sjukepleie

Sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon vert trekt inn på to måtar gjennom samtalane i fokusgruppe 1. For det første vert sjukepleieprosessen drøfta ut frå ei erkjenning at faglærarar opplever at den er naturleg og viktig for å kunne dokumentere faget. På den andre sida vert det stilt spørsmålsteikn ved sjukepleieprosessen i høve til dokumentasjon av faget. Ein av informantane ynskjer ein diskusjon om bruk av sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon av sjukepleie.

⁴² Dette er utdjupa i kap. 4.1.2. Praksis som læringsarena.

Fokusgruppe 1 har gjennom store deler av intervjuet kommentarar på det som har med grunnlagstenkinga til dokumentasjon av sjukepleie å gjera⁴³. Deltakarane i fokusgruppe 1, med unntak av den ein informant, viser ei forståing for at sjukepleieprosessen er nødvendig skal studentane klare å dokumentere faget. Her er deltakarane opptatt av sjukepleieprosessen som grunnlag for å lære og forstå dokumentasjon av sjukepleie. Her opplever eg at dei fleste av deltakarane i fokusgruppa var lite tilfredse med utdanninga sin måte å vektleggje sjukepleieprosessen på i undervisninga. Informantane viser til at utdanninga har hatt denne undervisninga først i 6. semester, og for framtida er det lagt opp til at ein skal ha færre undervisningstimar til å formidle kunnskap om denne prosessstakegangen. No er planen å leggje undervisninga til første studieår, noko fleire av deltakarane seier dei er meir nøgde med.

Fleire av deltakarane i fokusgruppe 1 uttaler at dei meiner at sjukepleieprosessen er viktig og at studentane må ha ei god forståing for sjukepleieprosessen skal dei kunne forstå dokumentasjon av sjukepleie. Ein informant meiner at grunnlaget for undervisning i første studieår bør vera sjukepleieprosessen. Ein annan informant i gruppa uttaler at ho opplever at sjukepleieprosessen utgjør, saman med dokumentasjon av faget, ei stamme i faget som ein kan trekkje dei omkringliggjande delane inn mot. Til dette får ho kritisk tilbakemelding frå ein av dei andre informantane. Denne informanten hevder at sjukepleieprosessen er meir enn den problemløysande delen, og at ein må vera bevisst på at sjukepleieprosessen fungerer som eit pedagogisk verktøy i utdanning, men som eit arbeidsverktøy i den kliniske kvardagen.

Denne informanten prøver under heile intervjuet å skapa ein debatt i fokusgruppa om alternativ tenking til sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon av faget. Ho stiller kritiske spørsmål til om sjukepleieprosessen er den beste metoden å nytta som grunnlag for dokumentasjon av sjukepleie, og om prosessen er med på å fremma eller hemma faget. Ho kommenterer at klinisk praksis vel fritekst som dokumentasjonsform, og ho spør om ikkje fritekst og fortløpande rapportering kan bidra til at faget vert betre. Ho utdjupar ikkje kva ho legg i dette. I høve til bruk av elektroniske dokumentasjonssystem stiller ho spørsmål om IKT og sjukepleie kan påverke kvarandre eller om det er sjukepleiefaget som vert påverka av elektronisk tankegang. Informanten erfarer, som tidlegare nemnd, at sjukepleiarar i praksis

⁴³Fokusgruppe 1 nyttar *sjukepleieprosessen* og *prosessen* ei rekkje gonger. Prosessen kan her nyttast i ulike samanhengar, men nokre gonger så viser informantane til sjukepleieprosessen når ein nyttar ordet prosessen.

ikkje opplever å sjå samanhang mellom problem og tiltak, når ein nyttar databasar med standardiserte sjukepleieintervensjonar. Desse spørsmåla og kommentarane vert ikkje fylgt opp av dei andre deltakarane i fokusgruppa. Eg tar med nokre sitat for å skildre dette.

Kari, 22): ”Hva er kravene til dokumentasjon? Kanskje fortløpende rapport er like godt som problemløysende pleieplan.

Jorunn, 23): Sykepleierne har en høy grad av ”stress i hode” det er travelt ved vaktskifte, legevisitt som varer til kl. 13.00, mange ting som skal følges opp etterpå, nye pasienter som kommer inn som kanskje er alvorlig syke[...]

og

Kari, 33): ”Men kan vi spørre oss om IKT og sjukepleie påvirker hverandre. Blir sykepleiefaget påvirket av IKT? Er kanskje ikke den problemløysende metoden den som eigner seg som dokumentasjonsform for sykepleien? Kan sykepleie bli bedre gjennom fortløpende rapportering?

Jorunn, 34): Jeg lurer på om det er system vi kan ta inn i skolen? Geric, Profil,

Hedda, 35): Vi har hatt kontakt med flere leverandører, de er lite villige[...]

I drøftinga der bruk av sjukepleieprosessen vert trekt inn kjem ein av informantane med spørsmål om kva det er ein er forplikta til i høve til dokumentasjon av faget og om ein har noko form for fridom her. Ho får ikkje noko svar umiddelbart, men fokusgruppedeltakarane kjem inn på lovverket sin plass i høve til dokumentasjon seinare i intervjuet. Her stiller ein av informantane spørsmål om lovverket har fått for stor makt i forhold til faget. Den same informanten etterlyser tidlegare i intervjuet bruk av sanksjoner når dokumentasjonskrava ikkje vert fylgt opp i praksis. Ho etterlyser at leiinga er meir aktive og stiller krav no når lovverket seier at helsepersonell har ei plikt, dette får ho ikkje noko respons på av dei andre deltakarane.

4.5. Temaområde som ikkje vert presentert i fokusgruppene

Dokumentasjon av sjukepleiefaget har ei rekkje funksjonar⁴⁴. Utover at det er ein lovpålagd oppgåve vert ikkje desse funksjonane i noko særleg grad løfta fram i drøftingane. Det er t.d. inga problematisering i høve til om elektronisk dokumentasjon kan bidra til større kontinuitet i pasient- sjukepleiar samhandlinga, og om bruk av klassifikasjonssystem kan bidra til betre sjukepleie for pasienten. Ein av informantane i fokusgruppe 1 trekkjer fleire gonger fram at ho ser fordelar med å ha fritekst som dokumentasjonsform, dette vert i liten grad møtt av dei

⁴⁴ Viser til kap. 1.1.1. Dokumentasjon av sjukepleie

andre deltakarane. I begge fokusgruppene blir det i liten grad drøfting rundt mulege konsekvensar ved bruk av standard språk og koding i høve til det å dokumentere knowing how – kunnskap, fortrulegheitskunnskap i pasientsituasjonen som t.d. pasientoppleving, og erfaringar frå pasient- sjukepleiarrelasjonen. Informantane i fokusgruppe 2 seier det er eit behov for å drøfte bruk av standardisert dokumentasjonsform og fritekst, utan å seie noko meir kva i dette dei ynskjer å drøfte. Dette kan sjåast på som eit negativt funn som eg prøver å trekkje inn i drøftingskapitelet.

Fokusgruppe 2 drøftar kva konsekvensar praktiske vanskar medfører for opplæring i elektronisk dokumentasjon, og her kjem dei inn på ein diskusjon om dette skal sjåast på som eit sjukepleiefagleg ansvar eller eit ansvar som personale frå andre fagområde skal ta seg av. Her kunne det vore interessant å få fram kva tankar og erfaringar informantane har, i høve til korleis utdanningsinstitusjonen og ev. dei ulike praksisstadane kan komma vidare ut frå denne erfaringa og mot eit betre tilbod til studentane når det gjeld fagområdet.

Informantane trekkjer fram drøfting, dialog og refleksjon som pedagogisk metode i læring. Ei utdjuping på kva informantane her erfarer og tenkjer kan vera gunstig for eige fagmiljø kunne vore av interesse, sett opp imot at informantane opplever at faggruppa har låg kompetanse i elektronisk dokumentasjon av sjukepleie.

4.6. Avsluttande kommentarar

Fokusgruppedeltakarane deler erfaringar, meiningar og tankar dei har omkring temaet elektronisk dokumentasjon og sjukepleieutdanninga. Funna i datamaterialet ber preg av at sjukepleieutdanninga er i starten på ei utvikling innanfor elektronisk dokumentasjon av sjukepleie. Informantane byggjer sine utsegn på erfaringar som dei har både frå teori – og praksisdelen av sjukepleieutdanninga. Sentrale områder er læring av praktisk kunnskap og forhold som påverkar læringa. Informantane trekkjer òg fram forhold som at innføring av elektronisk dokumentasjon kan medføre endringar av fagleg kvalitet og at dette må fagmiljøet i utdanninga skapa ei bevisstheit omkring slik at det positivt kan verka inn på studentane si læring og forståing av faget. Presentasjon av funn viser at det er sider ved temaområdet som skaper nye situasjonar og forhold, nokre av desse sidene kom fram under fokusgruppeintervjuet og gav deltakarane ny erfaring. Datamaterialet viser òg at det ikkje er alle sider ved problemstillinga som like djupt vert belyst i løpet av ei kort samling som intervjuet var.

5.0. DRØFTING

I denne undersøkinga spør eg etter kva faglege utfordringar innføring av elektronisk pasientjournal kan få for sjukepleieutdanninga. Som datamaterialet i førre kapitel viser vektlegg fokusgruppene mange samanfallande synspunkt, samla inn under to hovudtema; - eit ynskje om god kvalitet i det utdanninga tilbyr studentane både av fagleg og pedagogisk karakter når det gjeld elektronisk dokumentasjon og – ei erkjenning av at dokumentasjon av faget er vanskeleg. Sjukepleieutdanninga har tradisjonelt bygd opp mykje av si undervisning og læring på erfaringslæring og rollemodellering. Datamaterialet viser at dette kan vera ein naturleg veg å gå for utdanninga i høve til å formidle kunnskap i elektronisk dokumentasjon òg. I dette ynskjer eg å drøfte ulike aspekt som fokusgruppedeltakarane her trekkjer inn, om forhold rundt den lærande⁴⁵ ved læring av elektronisk dokumentasjon. Til dette nyttar eg i stor grad Lave og Wenger (2003) sin Læringsteori; Situert læring.

Eg nyttar teorien til å belyse fleire sider ved datamaterialet, for å få fram og utdjupe det informantane seier, til fortolking av det dei seier, for å utfylle datamaterialet og for å få fram andre alternativ til det som kjem fram frå informantane. Utover læringsperspektivet i datamaterialet ynskjer eg å drøfte forhold som kjem fram omkring det å integrere elektronisk dokumentasjon inn i sjukepleiefaget. Informantane viser ulike perspektiv i høve til kva retning dei ser for seg at sjukepleiefaget skal venda når det gjeld bruksområde og dokumentasjonsform. Her kan det oppfattast som at det er ei spenning mellom bruk av sjukepleieprosessen og ei teknologisk utvikling i sjukepleiefaget på eine sida og ivaretaking av dei humanistiske verdiar i faget på andre sida. Dette vil eg prøve å lyfte fram i drøftinga vidare.

5.1. *Endring mot ny sosial praksis.*

Innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget som ein del av elektronisk pasientjournal skaper endringar i sjukepleietenesta. Endringane kan gå både på dei praktiske handlingane i tenesta og i høve til grunnlagstenkinga ein har for å dokumentere. Fokusgruppedeltakarane som har teke del i dette forskingsprosjektet, har hatt fokus på å få fram kvalitet i det utdanninga skal tilby sjukepleiestudentar når det gjeld undervisning i dokumentasjon. Ut frå ein tanke om å bli betre, lyfter dei fram og drøftar dei moment dei

⁴⁵ I omgrepet den *lærande* legg eg sjukepleiarstudent, dersom ikkje anna er markert.

opplever er med å skapa endring. Informantane spesifiserer i si drøfting kva sider dei meiner sjukepleieutdanninga spesielt må ta høgde for ved denne innføringa. Komponentane som vert trekt fram for å oppnå høgare kvalitet på tilbodet til studentane, kan forståast som ei ramme som utgjer studentane sitt læringsmiljø. Læringsmiljøet har i seg forhold som høyrer heime både i utdanningsinstitusjonen og i klinisk praksis. Informantane legg vekt på at det må skje ei forbetring ved alle desse komponentane som utgjer ramma; Dei hevder at dokumentasjonen må få sin naturlege plass i utdanninga, - faglærarar og studentar må inneha den nødvendige IKT kompetanse og faglege kompetanse, - alle praktiske forhold må liggje til rette for å gjennomføre elektronisk dokumentasjon både i teoidel og praksis del av utdanninga og - at det bør vera sjukepleiarar, saman med praksislærar som vegleiar studentane i dokumentasjonsarbeidet i praksis. - Engasjement og fagleg bevisstheit blant fagpersonale i utdanninga vert òg sett på som ein viktig faktor.

Ramma, eg har skissert ovanfor, kan sjåast på som sentrale moment for å skapa eit gunstig læringsmiljø for sjukepleiestudentar i høve til elektronisk dokumentasjon. Dette er viktige element i den sosiale praksisen som studenten skal læra i. Her kan ein tenkje seg ei forståing av sosial praksis der det ikkje er eit skarpt skilje mellom teori- og klinisk praksisstudie, men at studentane er i ei veksling mellom dei to arenaene som saman dannar eit heile for studentane. Lave og Wegner (2003) ser i sin teori om situert læring, på ein sosial praksis som ein stad der handling føregår. Eg kjem seinare inn på at informantane ikkje alltid kan forståast som at dei ser at studentane til ei kvar tid er i ein felles sosial praksis samanheng, slik ein forstår situert læringsteori.

Sjukepleieutdanninga har, som allereie nemnd, tradisjonelt hatt eit klart skilje mellom teori og praksis⁴⁶. Datamaterialet legg grunnlag for å forstå at læring i elektronisk dokumentasjon treng fleire innfallsvinklar. Informantane spesifiserer at teoretisk kunnskap og ferdigheitstrening kan studentane få medan dei er i teoribolken. Vidare seier informantane at gjennom praksisstudiet får studentane muligheit til læring gjennom observasjon og eigen deltaking i det konkrete dokumentasjonsarbeidet. Her kan ein trekkje inn at ved å vera til stades og oppleve kva tid og korleis elektronisk dokumentasjon av faget vert nytta, kan studentane òg få ei god innsikt i kva fagleg betyding dokumentasjon av faget har. Lave og Wenger (ibid.) er opptatt av at læring skjer i sosial praksis, med fokus på den lærande sin

⁴⁶ Rammeplan for sykepleierutdanning (2004) krev at studentane skal ha ei jamn fordeling av studiepoeng knytt til desse kunnskapsområda. Rammeplanen (2004) definerer ferdigheitstrening, førebuing til praksis og refleksjon over praksisstudie som ein del av praksis, men skil mellom dette og klinisk praksis, klinisk praksis vert definert som samarbeid med pasient og pårørande.

plassering i den sosiale praksis. Som student i sjukepleieutdanninga har ein fått det forfattarane kallar ein legitim perifer deltaking i den sosiale praksis som ein kan forstå at både teori og praksisstudie utgjer for studenten. Studenten er anerkjend som ein lærande, som ein del av eit årskull i sjukepleiestudiet. I høve til klinisk praksis så vil den einskilde vera ein legitim perifer deltakar gjennom formelle avtalar, men like sentralt er kva reell godkjenning studenten opplever å ha i den sosiale praksis. Datamaterialet viser òg at informantane er opptatt av at studentane skal oppleva rollemodellering i dette læringsmiljøet. Dette, saman med sider ved læring av ulike kunnskapsformer vil eg gå nærare inn på under.

5.1.1. Kunnskap og kompetanse i den sosiale praksis.

Datamaterialet synleggjer at informantane i fokusgruppene opplever at kompetanse i sjukepleiefaget, IKT - og organisatorisk kompetanse er viktig skal ein som faglærer kunne bidra til å auka kvaliteten på undervisninga i dokumentasjon av faget. Informantane ser at studentane lærer i ulike sosiale fagsamanhangar. Deltakarane er samtidig opptatt av å bidra til ei god rollemodellering gjennom meister – svein - tradisjonen. Datamaterialet viser at informantane opplever at det er tett samanheng mellom kunnskaps- og kompetansenivået, fagleg bevisstheit og engasjement, korleis ein kan vera ein god læremeister, og korleis ein er ein del av eit godt læringsmiljø for studenten.

5.1.1.1. Kunnskap – og kompetansebehov i den sosiale praksis

5.1.1.1.1. IKT kompetanse

Faglærarane har ei erkjenning av at kunnskap og kompetansenivået innan IKT i eige fagmiljø i utdanninga ikkje er tilstrekkeleg. Dei viser til manglande kompetanse på eit grunnleggjande nivå. Ein av informantane opplever at faglærarar er redde for tastaturet. Informantane meiner òg at dei fleste faglærarane ikkje har tilstrekkeleg kunnskap og erfaring til å sjå kva muligheiter som ligg i det teknologiske verktøyet, og dette skaper sperrer for å sjå kva muligheiter som kan vera til stades for elektronisk dokumentasjon av sjukepleie, noko som kjem til uttrykk i fokusgruppe 2. Den eine faglæraren fortel her korleis datasystem kan nyttast som eit aktivt medium ved at ein kan gå inn og søkje etter informasjon, legge inn informasjon og få opp respons på kva anna informasjon som òg kan vera aktuell. Dei andre deltakarane i fokusgruppa lytta med merksemd og begeistring, og gir respons på at dette er nye tankar og nye muligheiter slik dei ser det. Behovet for kunnskap og kompetanse er i tråd med det

Måseide (1987a) seier om komplekse organisasjonar⁴⁷. Han hevder at medlemmene må ha ein kompetanse som gjer dei i stand til å til å løysa dei oppgåver som ligg i organisasjonen.

Måseide (ibid.) hevder at i komplekse organisasjonar treng ein fagleg kunnskap slik informantene her viser til, ein må ha kunnskap om det tekniske verktøyet for å kunne nytta det på ein god sjukepleiefaglege måte. Her vert det òg nødvendig med pedagogisk kunnskap for å kunna formidle korleis det tekniske verktøyet, på ein god måte, kan nyttast sett ut frå eit sjukepleiesynspunkt.

Måseide (ibid.) seier vidare i høve til kompetanseomgrepet i ein organisasjon, at ein må ha kunnskap om korleis organisasjonen er bygd opp og fungerer. Døme på dette kan vera slik informantane seier om å samarbeide med klinisk praksis for å få til praktisk opplæring i elektroniske dokumentasjonssystem i teoridelen av utdanninga, det vil stille både fagleg og pedagogisk krav skal ein få dette til å fungere. Vidare må ein ha kompetanse i bla. kva som utgjer eit forarbeid for eit slikt samarbeid og kunnskap om kven i organisasjonen som kan få til eit formelt samarbeid og som kan ta avgjerder i eit slikt samarbeid. Til dette treng ein kunnskap og kompetanse om korleis ein organisasjon er strukturert og korleis den fungerer.

For sjukepleieutdanninga vert det å oppnå at studentane opplever læring og utvikling omkring elektronisk dokumentasjon gjennom førelesning, praktisk øving og vegleiing, ei viktig oppgåve for utdanningsinstitusjonen som organisasjonen. Her er det tale om kompetanse nok til bla. å sjå korleis ein kan nyttiggjera seg dei muligheter som finnes i dei elektroniske dokumentasjonssystema, vurdert ut frå ein sjukepleiefagleg ståstad, for så å formidle dette til studentar. Det vil slik Måseide (ibid.) hevdar, komma fram behov for kompetanse i ulike kunnskapsformer i dette. Ein treng ein teoretisk forståing i høve til sjukepleiefaget, men òg i høve til IKT faget. Vidare er det sentralt at ein nyttar praktisk kunnskap til å få erfaring i å bruke elektronisk dokumentasjonssystem. Etter kvart som ein opparbeider seg praktisk erfaring med det elektroniske dokumentasjonssystemet, vil ein ved hjelp av fagleg skjønn i den einskilde situasjon kunne vurdere kva muligheter verktøyet kan bidra til i høve til sjukepleiefaget, kva styrker verktøyet har, og kva svakheiter verktøyet har. Slik vil ein kunne opparbeide seg erfaringskunnskap i høve til bruk av elektroniske dokumentasjonssystem, bygd opp etter rammer frå Benner (ibid.) sin teori i kompetanseutvikling. Ved hjelp av denne

⁴⁷ Måseide (1987a) refererer til sjukehuset i sin doktorgrad. Eg opplever likevel at utdanningsinstitusjon sjukepleieutdanninga har noko av kompleksiteten i seg ved at det vert stilt store krav til dei ulike oppgåvene i organisasjonen ovanfor studentar, praksisfelt, forskning og utviklingsarbeid. Det er ein organisasjon som skal levere vare av høg kvalitet.

spesifikke erfaringskunnskapen i bruk av elektronisk dokumentasjon og ved hjelp av den organisatoriske kompetansen som Måseide (1987) viser til, kan dette bidra til at ein kan vera med å påverke utviklinga av dei elektroniske dokumentasjonssystema ut frå eit sjukepleiefagleg perspektiv, slik eine informanten i fokusgruppe 2 er opptatt av. I denne forståinga ligg det at kompetanse i elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget har i seg ein kompleksitet av fleire kunnskapsformer.

5.1.1.1.2. Organisatorisk kompetanse

I samband med drøfting omkring det å få studentane engasjerte i kva som skjer i fagmiljøet så etterlyser den eine informanten i fokusgruppe 2 det ho kallar for ”organisatorisk kompetanse”. Ho viser her til både fagmiljø i klinisk praksis òg i sjukepleieutdanninga. Ho utdjuvar dette, ved at ho i liten grad opplever at sjukepleiarar er aktivt med å utvikle faget, eller påverke forhold rundt utøving av faget. Dette, opplever ho, er med å påverke studentane. Informanten viser her til innføring av stille rapport. Sjukepleiarane i praksis, stiller ikkje spørsmål til noko ved innføringa, sjølv om innføring vil påverke sjukepleiarane sine arbeidsoppgåver. Blant anna vil det påverke korleis ein kan formidle faget gjennom den skriftlege elektroniske dokumentasjonsforma, og i høve til korleis ein får informasjon om arbeidsoppgåver. I fokusgruppe 1, seier fleire noko av det same ved at dei påpeiker at dei sjølve heller ikkje er så aktive når det gjeld å seie ifrå om kva dei meiner. Den organisatoriske kompetansemangelen, som informantane viser til, medfører slik informantane seier det at studentane mister gode rollemodellar på dette området.

Informanten etterspør respons frå sjukepleiarar i klinisk praksis til at innføring av stille rapport er vorte innført. Ho opplever at det er stille når det gjeld reaksjonsformer frå aktørane organisasjonen òg. Her forstår eg at informanten etterspør ei anna form for organisatorisk kompetanse enn den Måseide (1987b) viser til. Han rettar merksemda mot handling i pasientsamanhang, her er det tale om organisering utanfor pasientsamhandlinga. Erfaringa informanten kjem med kan sjåast i lys av det Vike (2003) seier om innføring av reformer som har anna ideologisk forankring og fagleg forståing enn t.d. sjukepleiefaget. Innføring av stille rapport vert hevda å vera ut frå omsyn til effektivisering og økonomi (Bø, 2007). I dette vil det liggja slik Vike (ibid.) seier, utfordringar i å reagere på og påverke avgjerder ved at ulikskapane i grunnlagsforståinga gjer seg utslag i ulike omgrepsforståing mellom her, sjukepleiarar i klinisk praksis og leiinga i organisasjonen. Det kan, som eg òg trekkjer inn

seinare i drøftinga vera relevant å få fram at etter kvart som nyinnføring er etablert i den sosiale praksis vil den opplevast som ein normaltilstand (Augestad, 2005)⁴⁸.

Informanten påpeiker at i mangel på organisatorisk kompetanse så mister studentane gode rollemodellar på dette området. I dette ligg det ei forståing av at den gode rollemodell kan visa veg utover kunnskap som studenten kan tileigne seg ved hjelp av teori (Mogensen mfl. 2006). I dette ligg det at denne forma for organisatorisk kompetanse har i seg element av taus kunnskap. Den tause kunnskapen vert i hovudsak formidla gjennom erfaringslæring ved at det er rollemodellar i miljøet (Hamran, 1987). Her er det slik informanten i fokusgruppe 2 seier, mangel på rollemodellar som kan sikre at slik kunnskap vert vidareført, og i denne samanhengen påverkar dette studentane si læring i den sosiale praksis. Her vert det tale om at den kulturelle tradisjon som er i den sosiale praksis, manglar innslag av å vidareføre taus kunnskap om organisatoriske forhold (Lave og Wenger, 2003).

Innføringa av stille rapport vil påverke organisering av, og innhaldet i arbeidsoppgåver i sjukepleiefaget ved at formidlinga og dialogen ein har med sine samarbeidspartar om sjukepleie vert avgrensa til elektronisk dokumentasjon. Hamran (1995) hevder at det er ein samanhang mellom det synet ein har på fagkunnskapen og kva arbeidsformer ein legg opp til. Ho viser til at ved å ta bort den munnlege rapporten vil ein òg kunne ta bort ein arena som tar vare på ein fortrulegheitskunnskap og kompetansen som er i eit fellesskap. I høve til dette erfarer Solvang (2005) at dette kan gå tapt om ein ikkje finn erstatningsordningar.

5.1.1.2. Meistermøtet.

5.1.1.2.1. Faglæraren som meister

Som faglærer i sjukepleieutdanninga skal ein fylla ulike roller, det vera seg å; informere, instruere og demonstrere, gi støtte og oppmuntring, vera rollemodell, planlegge, strukturere og utvikle undervisning, vera kontrollør og sensor. Desse funksjonane tilseier at ein treng kunnskap og erfaring (Mogensen mfl., 2006). I dette ligg det forventningar om at ein har kompetanse i faget, at ein har ein slags ekspertise. Det å ha ekspertise, skildrar Benner (1995) som årelang erfaring som skaper ein intuitiv forståing for ulike praktiske situasjonar. Slik eg forstår informantane i fokusgruppene, manglar fagmiljøet kompetanse i elektronisk dokumentasjon av sjukepleie. Skildringane informantane har omkring kompetansenivået blant

⁴⁸ Viser til kap. 5.2.6. Kan ein påverke teknologibruken i sjukepleiefaget? Her har eg greia nærare ut om kva Augestad (2005) med referanse til Foucault legg i omgrepet.

faglærarar i sjukepleieutdanninga, har meir eit preg av det Benner (ibid.) kallar eit novisenivå når det gjeld elektronisk dokumentasjon av sjukepleie. Benner (ibid.) gir noviseomgrepet innhald ved å seie at ein her manglar erfaring, og klarer difor ikkje å forholde seg til meir enn det tekniske.

Den manglande kompetansen kjem til uttrykk når informantane i fokusgruppe 2, viser til at dei ikkje har tilstrekkeleg teoretisk kunnskap og praktisk kompetanse til å sjå korleis elektronisk dokumentasjon kan nyttast. Denne kompetansen kallar Benner (ibid.) for forkunnskap. Det kan vera ei ekstra utfordring at faglærarar generelt i liten grad deltar i klinisk praksis som kan gi dei relevant erfaring i bruk av elektronisk dokumentasjonssystem. Fagpersonalet manglar og kan ha vanskar med å etablere forkunnskap. Erfaring oppstår slik Benner (ibid.) skildrar det, når det skjer noko med forkunnskapen, ein må ha eit utgangspunkt for å nyttiggjera seg ny kunnskap. Sidan ein manglar forkunnskap som gjer at ein kan vurdere det ein opplever i bruk av elektronisk dokumentasjon, vert det vanskeleg å oppnå erfaring på dette området. Med dette som utgangspunkt kan ein sjå at det i ein startfase av innføringa vert slik eine informanten kritiserer, ein flyt frå strøm til papir. Ein overfører tradisjonell dokumentasjonsform til nytt verktøy. Ut frå kompetansestigen som Benner (ibid.) skisserer, treng ein erfaring i aktuelle situasjonar som gir relevant erfaring for å kunne gjenkjenne situasjonar og nyttiggjere seg desse. Her tenkjer eg både på teknisk erfaring i dei ulike dokumentasjonssystema, som praktisk kunnskap, men òg erfaring som gir kunnskap om bruk av elektronisk dokumentasjonssystem i høve til sjukepleiefaget, knowing how – kunnskap.

Knowing how – kunnskap opnar for at ein bruker fagleg skjønn i den enkelte pasientsituasjon i høve til å vurdere korleis ein best kan formidle sjukepleie gjennom dokumentasjonssystemet, og korleis ein i størst grad kan nyttiggjere seg mulegheitene i systemet til å hente ut relevant informasjon. Faglærer med sjukepleiefagleg – og IKT - fagleg kompetanse, vil kunna opplevast som ein meister i møtet med studentane. I utøvinga og i haldninga til fagområdet kan denne læraren dermed vera ein rollemodell for studentane i deira læring om temaet. Slik erfaring ser informantane for seg at ein som faglærer får ved å vera i klinisk praksis med tilgang til elektronisk dokumentasjonssystem, eller som informantane påpeiker, ved at ein nyttar elektronisk dokumentasjon i utdanninga som ein del av undervisninga i fagområdet.

Situert læringsteori kan i denne samanhangen forståast slik at konsekvensar av manglande kompetanse hos praksislærer, vil vera avhengig av kva andre relasjonar studenten opplever

læring i når det gjeld elektronisk dokumentasjon. Kanskje studenten opplever å lære ut frå den aktivitet som kontaktsjukepleiarar og andre i den kliniske praksisen bidrar med, samt den aktiviteten studenten sjølv tar initiativ til, og den responsen studenten opplever å få på eigen aktivitet både i klinisk praksis og i det pedagogiske opplegget som er i utdanninga. Dette samla kan gjera at den enkelte student opplever at det meisterlige ligg i dei ulike prosessane i den sosiale praksis, ikkje hos den einskilde personen (Lave og Wenger, 2003). Informantane viser at dei ser problemstillinga om fagleg utfordringar for sjukepleieutdanninga ved innføring av elektronisk dokumentasjon ut frå ulike perspektiv i denne samanhengen. Informantane drøftar i særleg grad ut frå ein individuell ståstad, der dei har fokus på eige bidrag ovanfor studentane og viser til at dei sjølve ikkje har tilstrekkeleg kunnskap og kompetanse. I høve til manglande IKT kompetanse i eige fagmiljø vektlegg informantane dette mindre. Eg tolkar datamaterialet slik at informantane ser på komponentane som utgjer læringsramma som meir fragmentert enn det Lave og Wenger (ibid.) legg i eit praksisfellesskap. Til tross for dette kan ein ut frå refleksjonane til informantane tenkje seg at utfordringa for utdanninga vert, utover det å skaffa seg eigen kompetanse innanfor IKT, det å leggja til rette for at studentane møter bruk av elektronisk dokumentasjon i dei ulike praksisfellesskapa dei er perifere deltakarar i, og at fagfellesskapa stimulerer til læring og til kritisk refleksjon omkring fagområdet.

5.1.1.2.2. Kven utgjer praksisfellesskapet i klinisk praksis?

Faglærarane i fokusgruppe 2 erfarer at i 1. års praksis, sjukeheimspraksis, er hjelpepleiarar òg med og vegleiar sjukepleiarstudentane. Hjelpepleiarar bidrar til vegleiiing generelt, men òg i høve til dokumentasjon av faget. Dette er ikkje alle informantane klar over, men dei viser i diskusjonen at dei stiller seg kritisk til at slikt skjer. Her påpeiker informantane at innan dokumentasjon av faget så er det sjukepleiarar som skal vegleie studentane, og grunnlegg dette med kva kompetanse hjelpepleiarar har og ikkje har på dette området. Det vert i drøftinga trekt inn at hjelpepleiarar har som helsepersonell dokumentasjonsplikt, men at dette ikkje gir dei grunnlag til å vegleie i fagområdet, slik eg forstår informantane. Her trekkjer fokusgruppa inn forhold som har å gjera med kven som er den gode rollemodell når det gjeld elektronisk dokumentasjon, ut frå ei forståing av kven som er anerkjent i den sosiale praksis til å ha funksjon som ekspert. Faglærarane viser til at hjelpepleiarane ikkje har tradisjon for å utføre og vegleie dokumentasjon av sjukepleie. Det kan vera aktuelt å sjå på dette som ei tydeleggjering av fagprofesjonen. Freidson (1986) seier at ein profesjon skal bla. byggje på høg formell kompetanse og eit avklara arbeidsomfang. Ut frå drøftinga i fokusgruppa kan ein

sjå at det er ei slik avgrensing fagl raranes ynskjer å få fram når det gjeld kven som skal kunne vegleie studentar i dokumentasjonsarbeidet.

I høve til ei ansvarsavgrensing i vegleiingsarbeidet kan ein forstå kvifor formelle krav om kompetanse og arbeidsoppgåver er tilstades. Freidson (1986) hevder at det i profesjonen kan vera ulike oppfatningar omkring kva som er aktuell kunnskap, mål og verdiar. I denne samanhengen er det interessant å trekkje inn at hovudtyngda av fagpersonale som studentane m ter her, er hjelpepleiarar. Informantane viser til at hjelpepleiarane har sin styrke, dei er gode rollemodellar i pleieoppg ver, men informantane tek avstand frå at denne yrkesgruppa kan og skal vegleie i dokumentasjonsarbeidet. Det informantane her seier kan forståast ut frå ei haldning til at avhengig av kva arbeidsoppgåver det er tale om, så vert hjelpepleiarane som gruppe inkludert i eller ekskludert fr  det Hamran (1992) kallar for pleiekulturen i helsetenesta. Eg forstår informantane slik at det er dei reint pleiemessige oppgåvene sjukepleiarar og hjelpepleiarar i arbeidet samarbeider og samhandlar om. Ekskluderinga av hjelpepleiarar som vegleiarar i høve til dokumentasjon kan  g sjåast på som ein form for profesjonalisering, noko eg kjem nærare inn på vidare.

Datamaterialet gir ikkje grunnlag for å vurdere om sjukepleiarar som arbeider ved sjukeheimar er like kritiske til denne praksisen som det fagl raranes her gir uttrykk for. Pleiefellesskapet i ein sjukeheim er prega av at faggruppene hjelpepleiarar og sjukepleiarar utfører i stor grad dei same oppgåvene, skilje her er ikkje så markant som t.d. i eit somatiske sjukehus. Dette gjer at sjukepleiargruppa ikkje så tydeleg har sine s rfunksjonar som profesjonskategoriseringa spør etter (Jacobsen, 2005). Hjelpepleiarane som gruppe i sjukeheimsinstitusjonar er stabile og i fleirtal og er ofte den faggruppa som har størst grad av samhandling med pasientane. Dette kan vera kvalifikasjonar som studentane kan dra nytte av i ei vegleing omkring dokumentasjon av sjukepleie til den einskilde pasient. Informantane i fokusgruppe 2 viser til at hjelpepleiarar er gode i å ut va sjukepleie i stellsituasjonar, dette kunne vore eit fagområde der studentane fekk vegleiinga av hjelpepleiarar i n r det gjeld dokumentasjon  g. Informantane i fokusgruppe 2, trekkjer ikkje inn desse muligheitene i drøfting i fokusgruppeintervjuet.

Dokumentasjon av sjukepleie har tradisjonelt vore ei oppgåve som berre sjukepleiarane har utført. Lovverket (Helsepersonellova, 1999) har ikkje her påpeika at det spesifikt er sjukepleiarar som skal dokumentere sjukepleie, men den einskilde helsearbeidar.

Dokumentasjon er likevel ei oppgåve som informantane meiner at sjukepleiegruppa i hovudtrekk skal ha ansvar for. Denne oppfatninga kan byggje på ei forståing av at knowing how - kunnskapen er større hos sjukepleiarar enn hjelpepleiarar i denne samanhengen. Sjukepleiarar har gjennom 3 års utdanning ei annan teoretisk kunnskapsforankring enn hjelpepleiargruppa. Tradisjonelt sett har sjukepleiegruppa hatt dokumentasjon som sitt ansvarsfelt og arbeidsoppgåve, og på denne måten opparbeidd seg ein breiare praktisk kompetanse. Erfaringskunnskapen og evne til fagleg skjønn er betre etablert og har eit breiare grunnlag å utvikla seg i, hos sjukepleiegruppa, slik eg forstår informantane.

Det kan som nemnt vera tilstades eit behov for profesjonalisering i høve til å danna identitet ved å skapa skilje og avstand mellom yrkesgrupper og arbeidsoppgåver ved hjelp av akademisk kunnskap (Hamran, 2001). Det kan likevel vera relevant å trekkje inn det Freidson (1986) seier om oppfatning av kunnskap. Han hevder at det ut frå kva posisjon og funksjon ein har i profesjonen, vil vera ulike oppfatningar av kva som er aktuell kunnskap og kompetanse, og kva verdiar og mål som ein skal fylgje. Kanskje kan argumentasjonen til faglærarane tyde på at dei meiner den teoretiske kunnskapen som sjukepleiarar har, er meir relevant enn den lange og pasientnære erfaringa hjelpepleiarar har i høve til dokumentasjon av faget. Her er det interessant å trekkje inn det Stokke mfl. (2001) erfarer i sitt studie, at studentane opplever at utdanninga har ei sterkare grad av teoretiske tilnærming i høve til dokumentasjon enn det dei opplever i praksis. Omgrepsbruk og grunnlagstenking for dokumentasjon som vart vektlagd i teoridelen av studiet, fann studentane ikkje att i sjukeheimspraksis.

Medan teoretikaren er opptatt av ideal, vil den formelle kunnskapen, som er knytt til profesjonsutdanninga, verta omgjort og tilpassa til dei aktivitetane som i skjer den kliniske praksis, slik kan det òg vera i høve til dokumentasjon av faget (Freidson, 1986). Ut frå ein eit profesjonaliseringsperspektiv er kanskje motstanden mot å gi frå seg vegleiingsansvar større i eit teoretisk utdanningsmiljø enn blant sjukepleiarar i det kliniske fagmiljøet. Teorikunnskap og praksisutøving som vert nytta i samband med dokumentasjon er ein del av den sosiale praksis, der fellesskapet har ein sentral plass. Dette kjem eg nærare inn på.

5.1.1.3. Kunnskapsutvikling - ein del av den sosiale praksis.

Datamaterialet viser at faglærarane opplever at det stiller store krav til både utdanningsinstitusjon og til klinisk praksis for å sikre eit tilstrekkeleg kunnskaps- og kompetansenivået i dette fagfellesskapet. Lave og Wenger (2003) meiner at praksisfellesskapet utgjer den viktigaste faktoren for læring og for at studenten opplever at han eller ho er ein del av dette fellesskapet. Meisterlæring kan ikkje utelukkande forståast som det forholdet den lærande har til meisteren som enkeltperson. Lave og Wenger (ibid.), slik eg forstår dei, ser meir på den totale meisterkunnskapen som dei meiner sit i heile organisasjonen, i heile den sosiale praksis. Ut frå denne tankegangen kan ein, som tidlegare nemnd, sjå for seg at den sosiale praksis som sjukepleiarstudentar skal oppleve læring av elektronisk dokumentasjon i, dannar ei ramme omkring studenten. Ramma inneber at studenten opplever meisterkunnskap om temaet enten i teoristudie eller i praksis eller begge stader. Dette perspektivet opnar opp for fleire måtar å leggje opp undervisning og ulike læringsaktivitetar for studentane på. Det synes å gi støtte til det informantane foreslår i høve til undervisningsformer; førelesning med vektlegging av sjukepleieprosessen som grunnlag for å forstå dokumentasjon av faget, bruk av EPJ i øvingsavdelinga i utdanningsinstitusjonen, det å trekkje inn fagleg ekspertise frå klinisk praksis og det at praksislærarar er aktiv i vegleing i elektronisk dokumentasjon av studentar i klinisk praksis.

Faglærarane vektlegg at dei som faggruppe må ha kunnskap om både fag og IKT – bruk, men det kjem mindre tydeleg fram korleis dei ser for seg at utdanninga skal forholde seg til sjølve dei elektroniske dokumentasjonssystema. Lave og Wenger (ibid.) hevder at den lærande lærer ved å vera i samhandling med andre lærande, sjølv om dette ikkje er veteranar i faget. Bruk av medstudent i læring i elektronisk dokumentasjon av sjukepleie vert ikkje omtala i fokusgruppene, men begge gruppene kjem inn på at unge studerande har eit høgare kompetansenivå innan IKT enn eldre har, der ein truleg har ein mulighet, til å utnytta desse yngre som ein ressurs. Samtidig synes det som, basert på Lave og Wenger si innsikt (ibid.), at å læra saman med studenten kan vera ein måte å gå fram for å oppnå praktisk kunnskap i IKT for faglærarane òg. Informantar i fokusgruppe 2 seier i tråd med ein slik tankegang at utdanningsinstitusjonen har no ei stund hatt fokus på det IKT – tekniske, for at faglærarane skal lære den praktiske delen, men at no er ein klar for å ha fokus på det faglege innhaldet. Dette kan tyde på at faglærarane har lært det praktiske, samtidig med studentane, der begge partar har vore i ei noviserolle. No er tida moden for at læringa skal få eit litt anna fokus, der

fagl r r rane har plass til å trekkje inn sjukepleiefaget, samtidig som studentane lærer teknikken. I fylgje trinninndelinga til Benner (1995), må ein bli fortruleg med dei praktiske oppgåvene f r ein kan "løfte blikket" og ta inn over seg det innhaldsmessige.

Ein kan forstå informantane slik at i fellesskapet av studentar lærer studentane av andre lærande, slik Lave og Wenger (ibid.) skildrar. Bilete som informantane har av læringsmiljøet som sjukepleiarstudentar er i n r det gjeld læring i elektronisk dokumentasjon, er prega av at ein er i ein startfase. Slik sett er mange i praksisfellesskapet samtidig i ein er lærande posisjon. Den sosiale praksis er dermed i kulturell og sosial utvikling. I denne utviklinga er det i fylgje Lave og Wenger (ibid.) nyttig at dei lærande er med å påverke med sine spørsmål og si forståing. Her kan fagl r rarar og sjukepleiarar i praksis saman med studentar vera med å påverke den kulturelle utviklinga i den sosiale praksis samtidig som ein lærer.

Utgangspunktet for teorien om situert læring, slik eg forstår den, er det å få fram at ulike former for det å vera i eit sosialt praksisfellesskap utgjer ulike muligheiter til læring (Lave og Wenger, 2003). Utover at fagl r r rane her meiner at hjelpepleiarar i sjukeheimar ikkje har tilstrekkeleg kompetanse til å vegleie i elektronisk dokumentasjon av faget, set dei ikkje skarpe skilje i høve til kva sosial samanhang studenten kan vera i, n r læring i elektronisk dokumentasjon skjer. Informantane synes å forstå at læring bør skje både i utdanningsinstitusjonen og i klinisk praksis, men er som tidlegare nemnd mindre tydelege på om desse to arenaene utgjer eit heile for studentane sine læringsbehov.

5.1.2. Læring i den sosiale praksis

Tidlegare i dette kapittelet har eg prøvd å drøfte kva datamaterialet seier om behovet for endring av ramma rundt sjukepleiarstudentar i høve til læring i elektronisk dokumentasjon av faget. I denne delen ynskjer eg å drøfte n rre korleis læring kan skje i den sosiale praksis studentane er i.

5.1.2.1. Rollemodell ring – ein del av den sosiale praksis

Informantane nyttar to perspektiv når dei drøftar læringsformer. For det første vert rollemodellæring trekt fram. Datamaterialet gir grunnlag for å meine at informantane ser på seg sjølv som aktuelle rollemodellar for studentane, og at dei her har eit personleg ansvar. Informantane trekkjer  g inn eit perspektiv som viser at dei tenkjer at studentane lærer og skal

lære gjennom eigen deltaking på fleire arenaer, der rollemodellæringa er ein del av ein heilskap.

Forventningane som faglærarane har om rollemodellæring byggjer truleg på at ein i faget har tradisjon for å nytte seg av meister – svein læring. Her ligg det forventingar om at ein må ha ekspertkompetanse for å kunne vera ein god rollemodell for den lærande.

Sjukepleieutdanninga byggjer på ein vegleiingsmodell i klinisk praksis, der studenten til ei kvar tid har ein kontaktsjukepleiar som har hovudansvaret saman med praksislærer for vegleiing av studenten (Mortensen, mfl. 2006). I dette ligg den personavhengige vegleiingstanken, slik Benner (1995) sin kompetanseutviklingsteorien byggjer opp om.

Faglærarane, særleg i fokusgruppe 1, nytta tid på å drøfte deira eiga rolle i høve til studentane si læring. Her vert det trekt fram eksempel på at dei sjølve ikkje til ei kvar tid er bevisste på det å vera god rollemodell for studentane si læring når det gjeld elektronisk dokumentasjon. Dei kjem fleire gonger inn på at rollemodellfunksjonen er knytt til eige kompetansenivå og eige engasjement i høve til dokumentasjon generelt og elektronisk dokumentasjon spesielt. I fokusgruppe 2 viser den eine informantten liknande synspunkt. Ho eksemplifiserer ved å visa til at skal ein bli ein god vegleiar for studentar, må ein forstå modellen som det elektroniske dokumentasjonssystemet byggjer på og ev. setje seg inn i systemet og bli trygg på det.

Datamaterialet viser at faglærarane er opptatt av heile læringsmiljøet studenten er i når han eller ho skal lære og forstå elektronisk dokumentasjon. Diskusjonen i fokusgruppene viser at informantane er opptatt av at dei ulike elementa rundt det å utdanne fagbevisste og reflekterte sjukepleiarar i elektronisk dokumentasjon av faget, skal fungere. Utan å gå nærare inn på dei einskilde elementa her, nemner eg; forhold studentane møter i klinisk praksis⁴⁹, det å vera ein god rollemodell for studentane, og tilrettelegging av teoriundervisning og praktisk undervisning med ferdigheitstrening i teoribolken. Til dette har eg tidlegare vore inne på at informantane ikkje er heilt klare i si framstilling på om dei ser alle forholda som skal bidra til meningsfull læring for studenten, som ein heilskap. I høve til situert læring kan ein truleg sjå på dette som at fagmiljøet i utdanninga ynskjer å bidra i den sosiale prosessen slik at den lærande opplever at det er samanhang mellom dei ulike aktivitetane i den sosiale praksis den lærande er i. Dette vil påverke den kulturelle prosessen i den sosiale praksis, og på denne måten påverke læringa til studenten (Lave og Wenger, 2006). Dette kan ein òg sjå i

⁴⁹ Viser her til det som vert drøfta under kap. 5.1.2.2. Legitim perifer deltaking

samanhang med det Lave og Wenger (ibid.) seier om meisterlæring i den sosiale praksis. Forfattarane trekkjer fram at det er den sosiale praksis som representerer meisterlæringa for den lærande. Dette er med å leggje eit grunnlag for at eg i den vidare drøftinga vel å ha hovudfokus på læring i den sosiale praksis.

5.1.2.2. Legitim perifer deltaking

Det er opplevinga til den lærande, i høve til kor ein kjenner seg plassert i den sosiale praksis, som utgjer det viktigaste utgangspunkt for læring. Oppleving av kva relasjonar ein er i, i høve til handlinga i den sosiale praksisen, er sentral. Legitim perifer deltaking betyr, slik Lave og Wenger (2003) skildrar det, at studenten har ein anerkjent status som lærande i den sosiale praksisen. Avtaleverket⁵⁰ sikrar den einskilde student ein formell tilgang til den sosiale praksis som kan bidra til læring for studenten.

5.1.2.2.1. Anerkjening som legitim perifer deltakar

Læring skjer fordi den sosiale praksis er i ulike handlings- og aktivitetsmønster. Den lærande kan observere og etter kvart sjølv ta del i handlinga. Læring inneber òg at den lærande ser kva samanheng handlinga skjer i, og at ein har ei oppleving av at ein er deltakande i den sosiale praksis som ein bidragsytar mot eit felles mål (Lave og Wenger, 2003). Datamaterialet viser at informantane er opptatt av at elektronisk dokumentasjon skal vera ein naturleg del av faget og organisert på ein meningsfull måte. Informantane ser det som viktig at studentane skal oppleve ein progresjon i læringsutviklinga i fagområdet. I utdjuping av dette drøftar deltakarane i fokusgruppe 2 det å trekkje undervisning i EPJ og elektronisk dokumentasjon inn som ei praktisk øving i øvingsavdeling i skulen. Det kjem ikkje fram ei spesifikk skildring frå informantane av korleis handlinga rundt praktisk bruk av elektronisk dokumentasjonssystem og aktivitetar i bruk av EPJ skal skje i øvingsavdelinga. Eg forstår datamaterialet slik, at øving i elektronisk dokumentasjon skal skje som ein integrert del av dei øvrige prosedyrane studentane øver på.⁵¹ Dette kan bidra til at studentane opplever at dei er medlem av ein sosial praksis, der handling og aktivitetar i bruk av elektronisk dokumentasjon og EPJ i øvingsavdelinga ikkje skjer tilfeldig, men at det har sin naturlege samanheng.

⁵⁰ Rammeplanen viser til eit krav om samarbeidsavtalar mellom utdanningsinstitusjonen og dei spesifikke praksisstadane studentane skal nytte.

⁵¹ Opplæring i sjukepleiefaglege prosedyrar byggjer i store trekk på; demonstrasjonstimar i spesifikk prosedyre, ev. integrert inn i eit tenkt pasientcase, deretter øving under vegleing av faglærar og til sist eigenøving med medstudentar.

Ved å leggje denne opplæringa inn i utdanningsinstitusjonen opnar ein òg opp for at studenten får tilgang til fleire læringsaktivitetar i denne delen av den sosiale praksis (Lave og Wenger, 2003). Faglærarane ynskjer at denne aktiviteten skal starte tidleg i studiet, allereie 1. studieår, for at studentane skal oppleva at bruk av EPJ skal opplevast som ein naturleg del av utøvinga av sjukepleiefaget. Dei kjem vidare inn på at ved å starta tidleg i studiet med bruk av elektronisk dokumentasjon av faget vert det enklare for studentane å sjå kva innhald som er relevant og ikkje. Dette er i tråd med det Lave og Wenger (ibid.) seier at gjennom praktisk handling i praksisfellesskapet, lærer ein det reint praktiske, men ein lærer òg ut frå dei relasjonane ein er i og opplever at handlinga skjer i, til dømes i forhold til det å sjå kva samanhengar det elektronisk dokumentasjon vert nytta i. Ut frå denne argumentasjonen kan ein forstå informantane dit at dei ynskjer at studentane skal ta del i ein prosess som verkar naturleg for dei i høve til dokumentasjon gjennom eigenaktivitet. Informantane påpeiker den naturlege plasseringa av undervisning i elektronisk dokumentasjon. Her lyfter dei fram at dokumentasjon må få sin naturlege plass i sjukepleiefaget, og samstundes må det opplevast naturleg og relevant for studentane. Ved å arbeida for at studentane skal oppleva læring i elektronisk dokumentasjon som både ein naturleg og meningsfull prosess, kan ein vera med på å opne opp for at studentane kjenner seg som ein del av den sosiale praksis dei er lærande i. Dermed oppnår ein at studenten kjenner ei form for legitimitet ved det meningsfulle i læringa (Lave og Wenger, ibid.). Det at læringa skal byggjast opp slik at studentane opplever progresjon heng naturleg saman med at informantane ser på studentane som på nybyrjarstadiet i starten, men med muligheiter til å utvikla seg mot å få ein auka ekspertise etter kvart. Det er denne prosessen som av Lave og Wenger (ibid.), vert skildra som den perifere deltakinga der ein har ei erkjenning av at ein er nybyrjar, men med potensiale i seg til å komma nærare inn mot ekspertnivået i fagfellesskapet.

Studenten treng den elementære kunnskapen om det elektroniske dokumentasjonssystemet slik informantane skisserer før dei har nok kompetanse til å vurdere kva fagleg innhald som er relevant og ikkje. Faglærarane i fokusgruppe 2 refererer til studentane si positive erfaring, når informantane seier at studentane får ei tettare oppfølging av det studentane har dokumentert i elektronisk pasientjournal enn det dei opplevde tidlegare. Kanskje institusjonsrutinar som er knytt til bruk av elektronisk dokumentasjonssystem bidreg til at studenten kjenner seg meir ivaretatt, og får ei større anerkjenning enn tidlegare og at dei opplever at dokumentasjonsarbeidet dei har utført er med å bidra mot ei felles målsetjing om sjukepleie til den einskilde pasient. Den perifere plasseringa studentar har gir dei ei godkjenning på at dei

kan vera urøynde, men samstundes lærande, i den sosiale praksisen. Det å ta del i enkelte deler av arbeidet er ein start i denne prosessen. Respons frå den sosiale praksis på det ein gjer er med å gi ei godkjenning på kvar ein er i læringsprosessen, noko som skaper motivasjon. Organisering og tilrettelegging gjennom ferdigheitstrening i teoridelen av studiet, og aktiv deltaking i praktisk handling i klinisk praksis, kan vera med å gi studenten respons på at han eller ho vert sett på som legitime, perifere deltakarar i den sosiale praksis (Lave og Wenger, *ibid.*).

5.1.2.2.2. Manglande tilgang til den sosiale praksis kan hemma for læring.

Lave og Wenger (2003) viser til at det skapar vanskar for den lærande når ein opplever ikkje å ha tilgang til dei relasjonar og handlingar som skjer i den sosiale praksis, og dermed til legitim perifer deltaking. Her nyttar forfattarane tilgang til teknologi som eit eksempel. I høve til kva praktiske vanskar som kjem fram i datamaterialet, så er problem med å få tilgang til datamaskiner eit kjent fenomen hos deltakarane i begge fokusgruppene. Fokusgruppe 2, som har hatt teknisk opplæring i elektroniske dokumentasjonssystem i skulesamanheng, har erfaring med at dette er eit problem medan studentar er i teoribolk òg. Det tar tid å få passord som gir tilgang til det elektroniske dokumentasjonssystemet og det er for få datamaskiner. Faglærarar skildrar dette som frustrerande og at det går ut over den mengdetreninga som studentane treng.

Westad og Saunes (2006) viser til liknande erfaring i si undersøking. Dei hevder at pga. praktiske vanskar som mangel på passord, vert studentane si læring redusert ved at dei ikkje får tilgang til informasjon om pasientane, og vert hemma i høve til læring i utøving av fagleg dokumentasjon. Lave og Wenger (*ibid.*) seier at om ein manglar tilgang til teknikken mister ein ikkje berre det praktiske opplæringa, men ein mister òg muligheit til å sjå og forstå kva funksjon verktøyet har, i kva samanhengar ein nyttar verktøyet og kva forhold som verkar inn på den praktiske utøvinga i høve til verktøyet. Lave og Wenger (*ibid.*) viser til at ein kan manipulere tilgang til den sosiale praksis for å oppnå kontroll. Gjennom utveljing kan ein styre kven som har den legitime perifere deltakinga. Omsynet til at ein skal ivareta teieplikta og personvern kan påverka avgjerder om kven som skal ha tiltang til EPJ elektroniske dokumentasjonssystem i sjukepleie. Konsekvens for læring kan bli slik deltakarane i fokusgruppe 2 refererer til og som Westad og Saunes (2006) viser til at studentar i klinisk praksis ikkje får direkte tilgang, men er avhengig å låne passord hos t.d. kontaktsjukepleiar til

for å komme inn i datasystemet. I eit forsøk på å få til ei ordning med elektronisk dokumentasjonssystem inn i utdanningsinstitusjonen, opplevde faglærarar i fokusgruppe 1, at dette ikkje kunne gjennomførast fordi leverandør var redd for at personvernet ikkje vart ivare tatt.

Mangel på aktivitet kan òg sjåast som mangel på tilgang den lærande har til den sosiale praksis. Læringa vil vera avgrensa til dei aktivitetar som den lærande får ta del i og ser ein samanhanga i (Lave og Wenger. 2003) Faglærarane i begge fokusgruppene viser til at dokumentasjon i praksis ikkje har høg prioritet og at det ikkje til ei kvar tid er høg kvalitet på dette arbeidet. Her vert det referert til at sjukepleiarar ikkje har nok fagleg og moralsk kompetanse⁵² til å sjå at dokumentasjon av faget er viktig, samtidig som deltakarane viser til at dei ytre rammene for dokumentasjonsarbeidet, med travel og lite forutsigeleg arbeidssituasjon er uheldige. Det at faget i liten grad vert dokumentert kan vera med på å prega læringsinnhaldet til studenten. Opplever studentane at den sosiale praksis nedprioriterer dokumentasjon av sjukepleie vil dette vera med å setja sitt preg på kva studenten får ta del i når det gjeld observasjonar og eigenaktivitet. Dette kan, slik Lave og Wenger (ibid.) påpeiker, gi konsekvensar for motivasjon til læring, både generelt, men òg spesielt i høve til dokumentasjon.

Den manglande moralske kompetansen som det i fokusgruppe 1 vert vist til, kan vera knytt til ei forståing av at dokumentasjon av faget ber i seg ein stor grad av det Molander (2001) kallar for den levande kunnskapen, ei evne til bruk av eit fagleg etisk skjønn. Dokumentasjon kan som andre sjukepleieoppgåver knytast til omsorgsidealet, og det at sjukepleiar har ei etisk forplikting ovanfor pasienten i høve til dokumentasjon. Manglande levande kunnskap kan medverke til redusert tilgang for studenten i den sosiale praksis.

5.1.2.2.3. Kven skal leggje til rette for deltaking?

Det er ikkje grunnlag ut frå datamaterialet å konkludere med at mangel på praktisk tilrettelegging i utdanningsinstitusjonen og i klinisk praksis⁵³ er ei bevisst handling som er gjort for å halda studentar utanfor. Eg forstår informantane dit hen at denne situasjonen meir er eit resultat av at innføring av elektronisk dokumentasjon er i ein startfase. I samband med

⁵² Viser her til kap. 1.1.5. Kunnskap og kompetanse

⁵³ Viser her til drøftinga over om tilgangsproblematikk og praktiske vanskar, der datamaterialet er henta frå fokusgruppe 2.

drøftinga deltakarane i fokusgruppe 2 hadde om dei praktiske vanskane, kom det opp ueinigheit omkring kven som hadde eit ansvar her for å retta opp desse vanskane. Dette opplever eg er relevant å trekkje inn i drøfting omkring legitim perifer deltaking. Ueinigheita her kan seie noko om ansvar for å gi tilgang, og ansvar for å danna ein sosial praksis der studenten kan kjenna seg som ein legitim perifer deltakar.

Debatten går på om det er eit sjukepleiefagleg ansvar å sjå til at dei praktiske vanskane vert rydda opp i, eller om dette er noko ein skal bestille som ein ordre til andre faggrupper. Argumentasjonen for at dette er eit sjukepleiefagleg ansvar går på at dei praktiske vanskane får konsekvensar for læring og for det faglege innhaldet i den elektroniske dokumentasjonen av faget. Motargumentet er at sjukepleiarar ikkje skal ta ansvar for alt, men vera bevisst på kva ein vil ha av utstyr. Debatten kan sjåast i lys av om ein skal sjå på fagmiljøet som ein del av ein sosial praksis, ein felles læringsarena for studentane, eller ikkje. Som ein del av den sosiale praksis har både faglærarar i utdanninga og sjukepleiarar i praksis eit ansvar for å leggje til rette for at studenten opplever at den legitime perifere tilgangen er reell (Lave og Wenger, 2003). Her kan ein vidare drøfte korleis ein kan sjå på fagidentitet. Er denne retta mot eit fagfellesskap som bidrar i høve til eit heile, eller opplever ein at fagidentiteten er avgrensa, heilt spesifikt i høve til kva arbeidsoppgåver profesjonen har ansvar for (Hamran, 2001).

Dette gir ein overgang til å drøfte i kva grad informantane opplever at det er utdanningsinstitusjonen sitt ansvar åleine at sjukepleiarstudentane opplever læring i elektronisk dokumentasjon som meiningsfullt. Dette kan sjåast ut frå ein fellesskapstanke som situert læringsteori forfektar (Lave og Wenger, 2003). Presentasjon av funn og drøftingskapittelet hittil viser at informantane vektlegg sjukepleieutdanninga sitt ansvar i høve til dette. Informantane framhever sitt eige individuelle ansvar i høve til rollemodellering og fagmiljøet sitt ansvar i høve til å integrera dokumentasjon betre inn i heile utdanninga både teoretisk og i praktisk læring. Vidare er informantane tydelege på at det ikkje er ei oppgåve for hjelpepleiarar å vegleie studentar i dokumentasjon, har studentane ingen andre vegleiarar, må utdanninga sjølv komme inn og ta arbeidet. Her viser ikkje informantane at dei opplever at hjelpepleiargruppa som har ein unik pasientkunnskap, kan bidra til læring for studentane i dokumentasjon av sjukepleie. I drøftinga der informantane kjem inn på praktiske vanskar i klinisk praksis ved bruk av elektroniske dokumentasjonssystem, er deltakarane forsiktige med å tilegna praksis noko eige ansvar, her vert det til dømes ikkje etterspurd kva praksis gjer med

vanskane som studentane møter. Her vert det drøfta kva utdanninga kan gjera med desse problema som drøftinga over viser. Holdninga informantane her viser ved at dei tileignar seg sjølv og eigen utdanningsinstitusjon hovudansvaret for at studentar skal oppnå god relevant læring i høve til elektronisk dokumentasjon, kan ha å gjera med at dei ikkje ser på klinisk praksis som ein sentral aktør for læringsmåla ein har for studentane. Informantane er ikkje like tydelege på at alle forhold som kan påverka og gi den lærande kunnskap og kompetanse kan sjåast på som ein felles sosial praksis, slik Lave og Wenger (ibid.) sin teori tilseier.

5.1.2.3. Læring og ulike kunnskapsformer

Sjukepleie har eit heilskapleg perspektiv på pasienten. Ein ser pasienten ut frå ein fysisk, psykisk, åndeleg og ein sosial dimensjon, og ein nyttar både teoretiske og praktiske kunnskapsformer for å forstå og for å kunne utøve faget. Eg oppfattar informantane slik at dei meiner at teorikunnskap dannar eit grunnlag som studentane treng før dei kan dokumentere faget. Informantane opplever vidare at elektronisk dokumentasjon har ein praktisk kunnskapsdimensjon, og ein dimensjon som byggjer på den einskilde si evne til fagleg klokskap, skapt gjennom ein kombinasjon av teorikunnskap, erfaring og innsikt i den særeigne situasjonen. Faglærarane meiner vidare at sjukepleieutdanninga har eit ansvar når det gjeld å utvikle undervisningsopplegg som verkar meningsfullt for studentane si læring om elektronisk dokumentasjon. Informantane er i første rekke opptatt av at studentane må oppleve ein progresjon i studiet og ein raud tråd i høve til det dei lærer om dokumentasjon av faget. Forståinga av at elektronisk dokumentasjon av sjukepleie byggjer på fleire kunnskapsformer og utfordringa om læringsprogresjon om temaet treng ikkje vera motsetnadsfylt, slik eg forstår informantane. Utfordringa for utdanninga er slik eg tolkar informantane, meir retta mot at bevisstheit om temaet er nødvendig skal ein få dette til.

5.1.2.3.1. Teorikunnskap dannar grunnlaget

Episteme i form av den teoretiske kunnskapen som ligg i botnen før studentane kan byrje å dokumentera, er teorikunnskap i sjukepleiefaget og i støttefag som t.d. i naturvitskaplege emne. I tråd med dette poengterte deltakarane i fokusgruppe 1 at ein må vita kva ein skal gjere når ein står ved sjukesenga. Når ein er i pasientsamhandlinga blir det stilt krav om å nytte alle former for fagkunnskap som er relevante. Som sjukepleiar må ein vita kva pasienten treng ut frå den situasjon han eller ho er i. Ein må ha kunnskap til å vurdere kva som må prioriterast i pasientsituasjonen. Dette kan vera eksempel på det Alsvåg (1993b) kallar det diagnostiserande blikket, der ein har fokus på kva som problemet og kva som plagar

pasienten, og kva ein skal setje i verk av handling ut frå dette. I dette ligg det både naturvitskapleg og humanistisk teorikunnskap. Ei fagleg vurdering byggjer ikkje berre på intuisjon, men på teorikunnskap frå sjukepleiefaget òg frå støttefag, slik at ein sikrar at ein tek omsyn til alle dimensjonane i faget i utøvinga av sjukepleie (Kristoffersen, 1996).

Faglærarane i fokusgruppe 1 er opptatt av at studentane skal få ei god innføring i sjukepleieprosessen med den problemløysande metoden allereie i 1. studieår. Nokre informantar støttar dette synet tydeleg. Ein informant hevder at sjukepleieprosessen bør vera grunnlaget for undervisninga heile 1. studieår, medan ein annan seier at sjukepleieprosessen saman med dokumentasjon bør utgjere ei stamme i faget. Ein tredje informant meiner at dette siste synspunktet er å gå for langt, då prosessen skal vera til hjelp for å lære og for å utføre faget. Informantane i fokusgruppa seier fleire gonger at sjukepleieprosessen er grunnlaget for å forstå faget og dokumentasjon av faget. Dei grunngjev dette med at det er ein god pedagogisk arbeidsmetode som hjelper studentane til å systematisere og sjå sjukepleiefaget, det gir studentane ein arbeidsmetode.

Det er vanleg at undervisning i sjukepleieprosessen har vore prega av førelesningstimar der ein har gått gjennom prinsippa i prosessen og den stegvise oppbygginga. I fokusgruppe 1 uttrykte deltakarane skepsis mot at desse førelesningstimane no vert redusert. Likevel ser dei muligheiter for å erstatte denne undervisningsforma ved at ein har spesielt fokus på kunnskap om sjukepleieprosessen medan ein vegleiar studentar i klinisk praksis. Ut frå dette kan ein forstå at informantane vektlegg det Benner (1995) kallar knowing that - kunnskapen. Ved å vegleie i sjukepleieprosessen medan studentane er i klinisk praksis kan ein tenkje seg at studentane får både knowing that kunnskap, men òg innslag av knowing how – kunnskap. Praksiserfaringa studentane tileignar seg i dokumentasjon til den einskilde pasientsituasjon kan bidra til større forståing.

5.1.2.3.2. Elektronisk dokumentasjon som ferdigheitskunnskap

Faglærarane i fokusgruppe 2 er konkrete i sine tankar om kva som kan bidra til at studentane kan oppnå praktisk kunnskap om elektronisk dokumentasjon. Dei hevdar at studentane treng praktisk opplæring i aktuelle dokumentasjonssystem, og at ein kan bruke EPJ som aktivitet i øvingsavdelinga slik at studentar får øving. Gjennom forslag til undervisningsformer som kjem fram i intervjuet kjem det fram at informantane ser på den praktiske delen av kunnskap her som ei ferdigheitskunnskap som ein må ha som grunnlag for kunnskap i elektronisk

dokumentasjon. Den praktiske kunnskapen vert av informantane knytt til handling og handlingsferdigheiter hos studentane, slik Aristoteles skildrar techne, som handtverkar kunnskap og som målretta handling (Thomassen, 2006). Techne er kontekstavhengig, rett og god handling vil vera avhengig av kva situasjon ein er i, der utøvinga vil vera knytt til kroppsleg, praktisk kunnskap (Thomassen, ibid.). Praktisk kunnskap er, slik Molander (1993) seier, samansett, og resultatet av handlinga er avhengig korleis ein evner å vurdere bruk av teorikunnskap og til det å utføre handlinga. Den praktiske ferdigheitskunnskapen, som faglærarane ynskjer at studentane skal tileigna seg i øvingsavdelinga, skal vera som ei førebuing til klinisk praksis. Deltakarane i fokusgruppe 2 opplever at det er nødvendig med teknisk opplæring, og at det er naturleg at denne opplæringa allereie kjem i 1. studieår, slik at studentane kan byggje vidare med teori og praksiserfaring ut frå dette. Dette meiner informantane at ein òg kan oppnå ved å bruke EPJ inn i øvingsavdelinga. Her kan ein truleg få fram ein viss grad av tryggleik i studenten sin praktiske handlingskunnskap.

Informantane ynskjer at studentane skal oppnå læring utover det reint tekniske, det å kunne trykkje på tastaturet. Dette er i tråd med Benner (1995) sine tankar om kompetanseutvikling, der ein byggjer vidare på kjende situasjonar. Ved at studentane får tilgang til ein tenkt pasientjournal i t.d. pasientcaseøving, kan dette bidra, til at studenten får øving i å sjå kva situasjonar som det kan vera relevant å nytta EPJ, og erfaring med kva type informasjon dei her kan få. Deltakarane i fokusgruppe 1 deler denne tanken om ferdigheitstrening for å oppnå teknisk IKT kompetanse før studentane går ut i praksis. Ved deira utdanningsinstitusjon har ein til no diverre ikkje fått til eit egna samarbeid med dataleverandørar om dette.

5.1.2.3.3. Den personlege erfaringskunnskapen oppstår i den sosiale praksis.

Faglærarane i fokusgruppene viser i fleire samanhengar til at dei opplever at utdanninga har eit ansvar for å ivareta studentane si læring gjennom rollemodellering. Informantane seier mykje om at ein må vera der for studentane. Med eiga framferd skal ein; *vise dei, vera rollemodell for dei, lære dei, gi god oppfølging, og vise eit engasjement for faget*. Bak dette ligg ei forståing for at faget er samansett av eit mangfald av kunnskapsformer, slik sjukepleiefaget ofte vert skildra i faglitteraturen (Kristoffersen, 1996). Rollemodellskildringa hos informantane byggjer, slik eg forstår, på at mykje av kunnskapen som ligg i elektronisk

dokumentasjon har form av knowing how – kunnskap, det Hamran (1987) kallar for fortrulegheitskunnskap⁵⁴.

5.1.2.3.3.1. Erfaringskunnskap – som kunnskapskomponent i elektronisk dokumentasjon.

Faglærarane i fokusgruppe 2 ynskjer ei integrering av øving i elektronisk dokumentasjon og anna prosedyreaktivitet i øvingsavdelinga. Dei vil ha ei organisering av undervisninga som kan gi studentane mulegheit til å oppleve fagleg samanhang mellom dokumentasjon og sjukepleie. Denne kunnskapen er meint som ei førebuing til klinisk praksis. Informantane er opptatt av at klinisk praksis er viktig for å oppnå erfaring i sjukepleiefaget. Gjennom å fylgje erfarne sjukepleiarar kan studenten her òg oppnå kunnskap utover den tekniske sida ved dokumentasjonen. Ein kan sjå for seg at studentane kan få innsikt i kva samanhengar det er naturleg å nytta elektronisk dokumentasjon som verktøy for informasjon om aktuell pasient, og at studenten kan få ein start i høve til å sjå kva fagleg innhald som vil vera relevant å ta med inn i det elektroniske dokumentasjonssystemet. Dette er ei læringsform som eg tidlegare har vist til at Lave og Wenger (2003) seier vert naturleg ut frå at studentane vil oppfatte og ta inn over seg det som skjer omkring handlinga òg.

Gjennom samhandling med kontaktsjukepleiar og andre i praksis vil studentane få kunnskap om kva samanhang den elektroniske dokumentasjonen vert nytta i, og kva type informasjon systema kan gi sjukepleiaren. Er det i førebuing av stellsituasjon, i førebuing til administrering av medikament, nyttar ein elektronisk dokumentasjon medan ein er inne på pasientromma for å kunne informere pasientane om t.d. blodprøvesvar, eller er det berre i samanhang med overføring av informasjon til kollegaer som skal overta ansvaret for pasienten at ein nyttar det elektroniske dokumentasjonssystemet? I lys av dette kan ein forstå kva ein av informantane i fokusgruppe 2 er opptatt av når ho snakkar om bruk av dei elektroniske dokumentasjonssystema før, under og etter samhandling med pasient, og aktiv bruk av EPJ i øvingsavdelinga i utdanningsinstitusjonen. Oppfattar den lærande studenten at det er samanhengar med kva tid, og kva ein har fokus på, når ein nyttar dei elektroniske dokumentasjonssystema, kan dette vera med å påverke til at studenten oppfattar elektronisk dokumentasjon av sjukepleie som noko meir enn ei rein prosedyre, som ein ut frå vanleg

⁵⁴ Viser her til kap. 2.1 Praktisk kunnskap, der bla. phronesis er omtala.

rutine utfører. Læring i den sosiale praksis kan bidra til kunnskap utover den praktiske handlinga (Lave og Wenger, *ibid.*).

5.1.2.4. Læring krev refleksjon.

Molander (1993) trekkjer inn det kroppslege, merksemda og det gode blikket når han skildrar den tause kunnskapen. Informantane i begge fokusgruppene er opptatt av at ein skal utdanne sjukepleiarar som har denne merksemda med seg i høve til dokumentasjon som fagområde.

Dei ynskjer å utdanne bevisste sjukepleiarar som har ei reflektert og kritisk haldning til utøving av elektronisk dokumentasjon. Skal ein vera reflektert må ein evne å nyttiggjera seg sin personlege erfaringskunnskap og sjå denne i samanheng mellom teori og praksis.

Faglærarane i fokusgruppe 2, utdjupar her at ein må få studentane til å tenkje annleis, når det gjeld bruk av elektronisk dokumentasjon og ikkje berre byggje på det ein tradisjonelt har gjort med skriftleg dokumentasjon. Dette kan òg sjåast på som ei form for phronesis, der ein må utvikle ein personleg kunnskap som gjer at ein klarer å tenkje annleis slik at det vert meningsfullt i høve til korleis bruke og byggje opp dokumentasjonen av faget (Thomassen, 2006).

Molander (2001) set refleksjon inn i samanheng med det han seier om den levande kunnskapen. Den levande kunnskapen omhandlar kunnskap ein har som stadig er i bevegelse. Utøving av sjukepleie byggjer på at faget har eit omsorgsideal som grunnforståing, med ei etisk forplikting i høve til å gjera det beste for pasienten (Martinsen, 1993). Skal ein klare dette må ein alltid ha ei merksemd retta mot alle forholda rundt situasjonen, inkludert seg sjølv. For å oppnå dette må ein ha ein refleksjon over eiga adferd både ved det Molander (*ibid.*) skildrar som å venda blikket framover og ved å venda blikket bakover. I fylgje Thomassen (2006), har ein eit behov for å tenkje gjennom eiga handling, både medan ein er i handlinga og i etterkant. Refleksjon i etterkant av ein praksisperiode, slik den eine av informantane i fokusgruppe 2, etterlyser, kan sjåast på som det å venda blikket bakover. Ved hjelp av distanse til hendingane kan studentane få lyfte fram eigne erfaringar, og få respons på tankar dei gjer seg i høve til kva den einskilde student har opplevd. Her kan faglærarar ta del og vegleie studentane til å sjå situasjonar som dei har erfaring frå i klinisk praksis, i lys av teoretisk kunnskap med faglege prinsipp og verdiar (Jensen, 1993).

Informantane seier mindre om korleis dei som faglærarar kan gå fram for å inspirere og utfordre studentane til kritisk tenking. Det synes som om faglærarane manglar den levande

kunnskapen, fortrulegheitskunnskapen i høve til elektronisk dokumentasjon. Faglærarane manglar erfaring frå praktisk bruk av elektroniske dokumentasjonssystem, og fagleg skjønn i høve til å sjå kva tid og korleis slike system kan vera til nytte sett ut frå ei sjukepleiefaglege orientering. Martinsen (1990) påpeikar at i komplekse situasjonar er det sentralt at ein evner å nyttiggjere sitt faglege skjønn, det å vurdere ut frå situasjonen og ut frå teoretiske kunnskap og erfaring kva som er det beste. Det kan vera at faglærarar klarer å sjå kompleksiteten i pasientsituasjonen, men at kompleksiteten, som det elektroniske dokumentasjonssystemet er med å representerer er vanskelegare å forholde seg til.

Datamaterialet viser at deltakarane i fokusgruppeintervjua ikkje berre har fokus på å oppnå bevisste og reflekterte studentar, men dei har òg blikket retta innover mot eige fagmiljø. Deltakarane ser samanheng mellom det å oppnå høg kvalitet på dokumentasjon i utdanninga, og det at eige fagmiljø er bevisste på fagområdet og har eit engasjement for temaet. For å oppnå denne faglege bevisstgjerings hevdar informantane at ein må heva kompetansenivå i elektronisk dokumentasjon. Vidare påpeiker informantane at det er ei rekkje områder som må drøftast i kollegiet for å oppnå den nødvendige bevisstheita. I fokusgruppe 2 er det fleire spesifikke områder som informantane opplever at fagfellesskapet må drøfte nærare. Dei trekkjer fram konsekvensar for bruk av og innhald i elektronisk dokumentasjon ved innføring av stille rapportering, felles forståing ved bruk av omgrep i den elektroniske dokumentasjonen av faget, og konsekvensar i høve til hygiene og kommunikasjon når ein nyttar datamaskin som verktøy samtidig som ein er i samhandling med pasient.

Informantane ynskjer vidare ei drøfting av korleis ein kan skapa ein raud tråd i undervisninga og progresjon i læringa når det gjeld elektronisk dokumentasjon i utdanninga. Dette er tema som representerer ulike kunnskapsformer, men som alle vert påverka ved innføring og bruk av eit elektronisk verktøy. Ved å tileigna seg erfaringskunnskap vil ein som faglærar etterkvart sjå korleis desse områda spelar inn i høve til å dokumentere faget. Kyndigheit vert utvikla gjennom refleksjon, og den praktiske kunnskapen og klokskapen krev refleksjon (Thomassen, 2006). Denne kunnskapsutviklinga kan, slik eg forstår informantane, dialog og refleksjon i fellesskap vera med å utvikle.

Til dette er det interessant å leggje til den erfaringa sjølve fokusgruppeintervjua har gitt, i høve til læring gjennom dialog og refleksjon. Gjennom drøftinga kjem det fram kunnskap om både forhold i klinisk praksis som var ukjend for mange av deltakarane og forhold som var

meir spesifikke retta mot bruksområde og muligheiter ved elektroniske dokumentasjonssystem. Gjennom dialog og refleksjon blant deltakarane i fokusgruppeintervjua opna det seg ny kunnskap og forståing for bla. desse områda. Dette kan gi støtte til det informantane seier om at det er formålstenleg å drøfte temaet i eit fagfellesskap. Det kan vidare relaterast til at forståing for tema som er samansett av ulike kunnskapskomponentar krev refleksjon, og til det situert læringsteori seier om læring som skjer i dei prosessar som er i samhandling med andre i eit praksisfellesskap (Thomassen, 2006; Lave og Wenger, 2003). Fokusgruppeintervjuet fungerer som ein samlingsarena, der deltakarane får komma med sine erfaringar og oppfatningar og får respons frå dei andre deltakarane, dette opnar for refleksjon slik Molander (2001) viser til, og som vert nærare drøfta under.

5.1.2.4.1. Refleksjon krev samlingsarena

Informantane i fokusgruppe 2 påpeikar, i samband med at drøftingsbehovet i fagmiljøet vert trekt fram, at utdanningsinstitusjonen manglar ein felles arena for fagleg drøfting.

Faglærarane erfarer at dei er organisert noko isolert, og dei har sine spesifikke studieår som dei planlegg og gjennomfører undervisning i høve til. Dette medfører at fagområde som høyrer heime i alle dei tre studieåra ikkje vert sett på i eit langsiktig perspektiv, men som enkeltdelar som skal inn i det aktuelle studieår. Den raude tråen i utdanninga manglar, og ein klarer ikkje å oppnå den progresjon som ein ideelt ser for seg at studentane skal oppleva i høve til læring. Dokumentasjon er eit fagområde som informantane i begge fokusgruppene, opplever får lita felles merksemd.

Behovet informantane opplever for eit felles møtepunkt, er samanfallande med det Måseide (1987a) seier om behovet ein i ein organisasjon har for fastlagde møtestader. Måseide (ibid.) rettar som tidlegare nemnd, merksemda mot all usikkerheit som er i fagmiljø i eit sjukehus, omkring behandling av pasient, bruk av retningslinjer. For å redusere usikkerheita, er det eit behov for å ha faste møtepunkt som gir rom for refleksjon som ei drøfting i fagfellesskapet kan gi. I lys av Lave og Wenger (2003) sin teori om situert læring kan ein sjå på felles møtepunkt i fagmiljøet i utdanninga som eit bidrag til den læringsprosessen som til ei kvar tid finn stad i den sosiale praksis som utdanningsinstitusjonar kan vera. Ein felles møtearena kan vera med å bidra til fornying av dei handlingane som er retta mot t.d. undervisning i elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget. Dette forstår eg som samanfallande med det Molander (2001) seier om merksemd retta mot seg sjølv og den respons ein får frå andre. Skal

dette finna stad må ein vera i eit fellesskap der ein får respons frå andre på det ein seier og gjer.

I høve til at studentar har behov for refleksjon over fag og eiga utøving, seier den eine informanten i fokusgruppe 2 at det er ynskjeleg med plass på timeplanen til at studentane etter ei økt i praksis fekk reflektert over kva erfaringar dei har gjort, og kva dei har lært, for så å vera betre førebudd til neste praksisøkt. I forholdet mellom taus kunnskap og fagfellesskap hevder Hamran (1995) at skal ein oppnå kritisk refleksjon så krev dette ein arena i fagfellesskapet som tar vare på den tause kunnskapsforma. Her kan det vera avgjerande kva syn fagfellesskapet i utdanningsmiljøet har på elektronisk dokumentasjon som kunnskapsform. Det er samanhang mellom syn på kunnskap og val av arbeidsformer, og dette kan få betydning for korleis ein legg til rette for refleksjon hos studentane. Ser ein på fagområdet som ein teknisk prosedyre, eller vektlegg ein at dette er eit fagområde som krev kunnskap som byggjer på teori, praktiske ferdigheiter, òg på fagleg skjønn kan dette vera med å styra kva ein her prioriterer av læringsmuligheiter for studentane (Hamran, *ibid.*).

Ut frå ei forståing av at utdanningsinstitusjonen og det kliniske praksisfeltet til saman utgjer eit heile i den sosiale praksis for den lærande studenten, kan det vera nærliggjande å tenkje at studentane her har behov for eitt felles møtepunkt. I eit formelt samarbeid mellom desse institusjonsnivåa, kan ein sjå for seg at det vil vera naturleg at ein har formelle arenaer som Måseide(1987a) viser til, der ein kan i fagfellesskapet ha høve til å drøfte, utveksle informasjon og erfaring og reflektere over eiga utøving og læring. Informantane har eit fokus på dette, sett ut frå kva som skjer i utdanningsinstitusjonen, men dei seier ikkje noko om at det er behov for å ha felles arenaer for samarbeid med det kliniske praksisfeltet for å oppnå ei målsetjing om betre kvalitet i høve til utdanningsinnhaldet i elektronisk dokumentasjon.

5.1.2.4.2. Refleksjon kan skape fagleg fornying i den sosiale praksis

Informantane gir uttrykk for at gjennom drøfting og refleksjon over faget generelt, og elektronisk dokumentasjon spesielt, vert ein som lærar i sjukepleieutdanninga meir bevist på fagområdet. På denne måten kan ein vera til betre hjelp for studentane i deira læring. Ut frå det informantane seier kan ein forstå at den sosiale praksis som faglærarane er ein del av vert fornya ved hjelp av felles dialog og refleksjon med arbeidskollegaer. Praksis vil, slik Lave og

Wenger (2003) hevdar vera i ein kontinuerleg prosess som medfører endring over tid og med det fornying. Nye arbeidsverktøy, slik elektroniske dokumentasjonssystem er, kan skapa behov for nye arbeidsmetodar.

Refleksjon mellom student og faglærer vert, som nemnd, trekt fram i høve til at studentane treng å reflektere over erfaringar frå praksisstudiet. Informantane trekkjer ikkje her fram at studentane sin refleksjon og dialog med lærar kan bidra til at faglærarkollegiet kan oppnå større grad av bevisstheit når det gjeld elektronisk dokumentasjon av faget. Dialog og refleksjon mellom studentar og faglærarar kan sjåast i samanheng med det Lave og Wenger (ibid.) seier om fornying. Forfattarane viser til at ein lærer av å læra bort til andre som kan mindre enn ein sjølv og viser vidare til Goody (Lave og Wenger, ibid. s. 97), som seier at ein kan sjå på det å vera uerfaren som noko positivt fordi ein då får fram naive spørsmål og perspektiv. I samhandling med erfarne deltakarar vil eit naivt engasjement framkalla refleksjon over handling. Lave og Wenger (ibid.) viser til at, den elles så erfarne, slik sett òg kan ha ein viss grad av legitim perifer deltaking og at dette kan skape utvikling for praksisfellesskapet. I denne samanheng kan ein sjå for seg at studentane har vore i klinisk praksis og har fått noko erfaring i elektronisk dokumentering. Ein må truleg sjå på studentane som uerfarne i ein sjukepleiefagleg samanheng, meir enn i ein IT teknisk samanheng. Gjennom studentane sin tekniske kompetanse kan studentane bidra ovanfor faglærarane, medan sjukepleiefagleg er det faglærarane som kan vegleie studentane. Refleksjon, læring og fornying over korleis sjukepleiefaget kan formidlast gjennom elektroniske dokumentasjonssystem. kan bli til gjennom ein veksling av naive spørsmål frå både studentar og faglærarar.

5.1.2.5. Ulike kulturelle tradisjonar

Lave og Wenger (2003) trekkjer inn kva innverknad dei kulturelle tradisjonane i den sosiale praksis har av betydning for læringa og for forståinga av kva som skjer i praksisfellesskapet. Den eine informantane i fokusgruppe 2 seier at dokumentasjon av faget har vore i ein munnleg tradisjon, slik ho oppfattar det. Ho meiner at det har vore ein tradisjon der det har vore opp til den einskilde sjukepleiar å sjølv bestemme korleis ein har dokumentet. Ho seier at og at det har vore opning for individuelle løysingar i høve til kva ein ville leggje vekt på og i kva form ein skulle dokumentere. Denne forma for fleksibilitet meiner informanten ikkje er gunstig skal ein ha utbytte av funksjonane dei elektroniske systema no legg til rette for. Ho

ynskjer at sjukepleiefaget skal nytta dei elektroniske systema på ein aktiv måte. Ho viser til oppkopling til klassifikasjonssystem, bruk av eit standardisert språk og bruk av søkefunksjonar, som eit gode i samanheng med at dei elektroniske systema kan nyttast til meir enn tradisjonell rapportering. Ein av informantane i fokusgruppe 1 erfarer at sjukepleiarar i klinisk praksis innan psykiatritenesta føretrekkjer å nytta fritekst som dokumentasjonsform, ved bruk av elektroniske dokumentasjonssystemet. Denne forma opnar opp for det informanten i fokusgruppe 2 kallar, individuelle dokumentasjonsformer, slik eg tolkar ho.

Sjukepleieprosessen sin problemløysande metode har i utdanningssamanheng, vore brukt og vore med å byggje opp undervisning om dokumentasjon, sidan 1970 – talet her i Noreg (Heggdal, 1999; Kirkevold, 1998). Erfaringa informanten i fokusgruppe 2 har med at dokumentasjon av faget byggjer på munnleg tradisjon og individuell dokumentasjonsform, kan gi eit grunnlag for å stille spørsmål om den problemløysande metoden er det reelle grunnlaget for korleis den einskilde sjukepleiar har valt å dokumentere faget. Her kan det vera ein avstand mellom teori og praksis. Kan det vera at sjukepleiarar i den kliniske praksis oppfattar den problemløysande metoden som ein pedagogisk metode og ikkje som ein administrativ metode ein nyttar i dokumentasjonsarbeidet? Det kan vera relevant å visa til Stokke og Thorell – Ekstrand (2001) si undersøking, som viser at studentar opplever at det er avstand mellom det utdanninga vektlegg og det dei erfarer i praksis når det gjeld bruk av sjukepleieprosessen. Utdanninga vektlegg sjukepleieprosessen sin trinnvise framgangsmåte i undervisning i dokumentasjon medan studentane ikkje opplever å møte dette att i noko særleg grad, i deira møte med dokumentasjon av faget i klinisk praksis. Dette kan gi støtte til forståinga den eine faglærer har i høve til den munnlege tradisjon og individuell dokumentasjonsform. Samtidig som denne eine informanten, trekkjer inn desse erfaringane om at dokumentasjon av sjukepleie har tradisjon for å bli individuell og nærast tilfeldig, har andre informantar i fokusgruppa, ei anna oppfatning. Fleire andre informantar viser til at i klinisk praksis vert behovsområda som V. Henderson har skissert i si utlegging om sjukepleie⁵⁵, aktivt vert nytta i dokumentasjonsarbeidet (Kristoffersen, mfl. 2005). Dei viser til at denne erfaringa ikkje er noko som er nytt etter innføring av elektronisk dokumentasjon, men at dette var vanleg tidlegare òg. Behovsområda vert nytta som rettesnor i høve til kva innhald ein skal ta med i dokumentasjonsarbeidet. Vidare viser informantane til at i VIPS –

⁵⁵ V. Henderson sin teori om sjukepleie omhandlar sjukepleiefaget sine spesielle funksjonar eller ansvarsområde. Som eit utgangspunkt for å vurdere den individuelle pasientsituasjonen la Henderson til grunn dei menneskelege behova.

modellen, som no er innført saman med elektronisk dokumentasjon, kjenner dei att den problemløysande metoden.

Den individuelle dokumentasjonsforma som det til dels har vore tradisjon for, slik eine informant ser det, kan sjåast på som ein konsekvens av at sjukepleie har hatt ei anerkjening av at faget òg byggjer på individuell kunnskap, fortrulegheitskunnskap, levande kunnskap som denne forma vert skildra som (Hamran, 1987; Molander i Alsvåg, mfl., 2001). No vert Helsepersonellova (1999) brukt til å justere for kven som har dokumentasjonsplikt, for kva. Journalforskriftene byggjer på trinna i den problemløysande metoden ved at ein skal dokumentere problem, tiltak og resultat (Moen, 1999). Nye føringar frå styresmaktene gjennom lovverket gir sjukepleieutdanninga ein argumentasjon for å halda fram med å ha fokus på sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon av faget. Det kan kome til å bli ein viktig fagpolitisk debatt om kva konsekvensar for faget og for studentane si læring desse føringane kan skape. Vert det i framtida mindre avstand mellom det sjukepleieutdanninga vektlegg i si teoriundervisning i dokumentasjon av faget, og det studentane møter som grunnlag for dokumentasjon i klinisk praksis?

Innføringa av elektronisk dokumentasjon vil prege den sosiale praksis ved at det skaper endringar og muligheter for endringar i utøving og bruksområde til elektronisk dokumentasjon, der den historiske og kulturelle tradisjon vil bli fornya (Lave og Wenger, 2003). Endringa kan slik sett vera med å påverke den læringa studentane får, i høve til både teoretisk vinkling, praktisk erfaring og til fagleg utvikling som kan vera med å gi studenten ei personleg erfaringskunnskap, gjennom kunnskapsforma som Aristoteles kalla *phronesis* (Thomassen, 2006).

5.2. Teknologien utfordrar faget.

Informantane erkjenner og viser til personleg erfaring på at dokumentasjon vert opplevd som eit vanskeleg fagområde. Den kunnskap og erfaring som faglærarane i fokusgruppene har viser at dei opplever at teknologien er med å gi faget nokre utfordringar. Dette er utfordringar som ikkje nødvendigvis er negative for faget, men som ein må forholde seg til i fagmiljøet i utdanninga.

Datamaterialet gir grunnlag for å forstå at dersom utdanninga skal oppnå kvalitet i høve til kunnskap og kompetanse i elektronisk dokumentasjon, kjem ein ikkje utanom å drøfte forhold som har å gjera med bruk av elektronisk dokumentasjonssystem i utøving av sjukepleie, og at dette gir konsekvensar for val av dokumentasjonsform. Her kjem det fram ulike perspektiv.

Ei forventning er at elektronisk dokumentasjon opnar for ein annan bruk enn ein tradisjonelt har vore vant til. Skal ein utnytte mulighetene, inneber det bla. ei strukturert dokumentasjonsform, som ikkje opnar for individuell valfridom i høve til form. Fleirtalet av informantane i fokusgruppene gir uttrykk for at tradisjonen faget har med å bruke sjukepleieprosessen som tenkingsgrunnlag for dokumentasjon er både nyttig og naturleg. Ein av informantane synleggjer eit anna perspektiv ved at ho stiller kritiske spørsmål ved denne tradisjonen og ynskjer debatt på dette. Ho meiner fritekst som dokumentasjonsform er meir tenleg enn standardisering av omgrep og form. Datamaterialet gir grunnlag for hevde at informantane meiner det er samanhang mellom bruksmåtar og dokumentasjonsform, og mellom bruksmåtar og det faglege innhaldet. Eg ynskjer å drøfte desse forholda i lys av kva utfordringar dette kan gi sjukepleieutdanninga.

5.2.1. Elektronisk dokumentasjonssystem utgjer ein forskjell.

Datamaterialet frå fokusgruppeintervjua ber preg av at innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleie er i startfasen av utviklinga. Hovudtyngda av informantane har ikkje noko særleg eigenerfaring og kunnskap, slik dei sjølv seier. Nokre av informantane har ut frå eigen kompetanse, interesse og arbeidsfelt, tankar omkring korleis integrering av elektronisk dokumentasjonssystem kan bli eit gode for faget. Desse faglærarane ser fleire muligheter ved innføringa og relaterer desse til både klinisk praksis og til utdanninga. Etter kvart som tankar og idear vert delt i fokusgruppene, opplever eg at dei andre deltakarane viser interesserte, er lyttande og tidvis imponerte over kva ein kan få til ved hjelp av datateknologien.

Samtidig som informantane viser interesse for dei nye mulighetene, legg dei ikkje skjul på at dette er eit til dels vanskeleg fagfelt. Dei nyttar ord som problematisk og avansert når det vert tale om å ta vare på faget, halda seg til lovverket og lære og forstå det nye arbeidsverktøyet. Det stiller, slik eg ser det, krav til utdanninga som ein sosiale praksis (Lave og Wenger, 2003). Informantane viser engasjement for kva elektronisk dokumentasjon kan medføre i

høve til undervisningsformer, muligheter i høve til bruksområde, men òg at dei uttrykkjer at dokumentasjon generelt oppleves vanskeleg. Dette kan vise at dei ser, slik Måseide (1987a) seier, at det er nødvendig å ha kunnskap og kompetanse om dei oppgåvene utdanningsinstitusjonen som organisasjon skal fylle. Opplevinga av at elektronisk dokumentasjon er med å komplisere det som elles òg vert opplevd vanskeleg, vert ei utfordring for utdanninga. Informantane uttrykkjer dette, som tidlegare nemnd, gjennom drøfting omkring; behov for meir kunnskap og kompetanse, integrering av dokumentasjon i fag og i utdanning, praktisk tilrettelegging, og fagleg bevisstheit og engasjement i læringsmiljøet. Vidare plasserer denne sosiale praksis seg inn i ei fornyingsfase der ein kan dra nytte av oppbyggingsmodellen som Benner (1995) skisserer i sin kompetanseutviklingsteori.

5.2.1.1. Haldningsendring kan skapa muligheter

Haldningsendring i fagmiljø i høve til kva som skjer i den kliniske kvardagen når det gjeld bruk av elektronisk dokumentasjon, og vedrørande krav og muligheter i høve til dokumentasjon, er eit tema i drøftinga i begge fokusgruppene. Ein av informantane hevdar at faglærarar i utdanninga ikkje forstår kva som er kvardagen ute i praksis når det gjeld dokumentasjon av faget, og at ei haldningsendring må til skal utdanninga komma på banen med eit relevant undervisningsopplegg. Ein annan informant meiner at haldningsendring må til hos studentane i høve til at dei må sjå kva muligheter datateknologien kan bidra med når det gjeld bruk av elektronisk dokumentasjonssystem. Ho trekkjer fram det som før er omtala, at ein skal kunne nytte dokumentasjonssystema før, under og etter samhandling med pasienten.

Behovet for ei haldningsendring slik informantane hevdar, kan sjåast opp mot det Lave og Wenger (2003) seier om dei kulturelle og tradisjonelle handlingane i ein sosial praksis. Haldningane i den sosiale praksis vert prega av dei kulturelle og tradisjonelle prosessane som finn stad i den sosiale praksisen. Praksisfellesskapet vil vera med å gi støtte for kunnskap som kjem til syne gjennom dei sosiale prosessane og relasjonane. Her kjem den kulturelle forståinga av kunnskapen til uttrykk. Endring i forståing av den sosiale praksis vil gå over tid. Gjennom at dei praktiske handlingane, som er med å synleggjera forståinga av kunnskapen, vert endra, fører dette til ny forståing. Ny forståing og endra handling byggjer på den kunnskap ein ber med seg (Lave og Wenger, *ibid.*). Måseide (1987a) hevder at organisasjonen sine medlemmer må ha eit visst kompetansenivå for å utføra arbeidsoppgåvene sine. Dette vil

vera relevant å trekkje inn i denne samanhengen. Ein kan slutta at IKT kompetanse om elektronisk dokumentasjon i praksisfellesskapet, saman med dei praktiske handlingar ein både observerer og tar del i sjølv, vil vera med å påverke haldninga ein har til fagområdet. Dette krev at studentar og fagtilsette er i ein sosial samanheng der dette vert aktualisert gjennom bruk av elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget. Som tidlegare vist til hevdar Måseide (ibid.) at deler av den organisatoriske kompetansen er ikkje aktørane like bevisst på. Her opplever eg at informantane går utover det Måseide seier, ved at dei påpeiker behovet for å ha dialog og refleksjon behovet. Dette forstår eg som at dei er bevisste på kva ansvar og oppgåver som ligg i utdanninga når det gjeld elektronisk dokumentasjon, dei er no i gang med å finne ut av korleis desse kan løysast.

5.2.1.2. Korleis ta vare på mangfaldet i faget gjennom elektronisk dokumentasjon?

Informantane viser til at elektronisk dokumentasjon av faget utgjer ein vesentleg forskjell. Eine informanten i fokusgruppe 2 seier at det utgjer meir enn å overføre papirversjonen inn i eit elektronisk system. Ho hevdar at det ligg mange muligheiter i datateknologien som ein må utnytte, slik at det kan komma faget til gode. Ho illustrerer dette bla. ved å skissera at ein til ei kvar tid ved hjelp av søkeord kan nå informasjon om pasienten på ein lettfatteleg måte. Dette krev, seier ho, at ein ikkje nyttar fritekst, men systematiserer og organiserer informasjonen ein legg inn i høve til bruk av standardar i oppsett og ordval. Ho viser til at ein treng ei organisering og systematisering som byggjer på påførehand definerte omgrep, ikkje slik ho opplever med VIPS – modellen, som strukturerer fritekst. Ruland (2000) hevder at ved bruk av elektronisk dokumentasjon treng ein ei standardisering i høve til omgrep i faget.

Internasjonale klassifikasjonssystem kan bidra til dette.

Kunnskapsforståinga i høve til bruk av teknologi med elektroniske dokumentasjonssystem som krev standardar og avgrensa omgrepsforståing, vert kritisert av Hamran (1995). Ho hevder at slik kunnskapsforståing har andre verdiar enn det sjukepleiefaget tradisjonelt har hatt som verdigrunnlag. Hamran (ibid.) viser til at teknologien byggjer på ei forståing av sjukepleiefaget der handlingane kan sjåast som mekaniske, tekniske og verdi- og kontekstfrie og at moderne kommunikasjonsteknologi ikkje etterspør fortrulegheitskunnskapen i faget. Ho har tidlegare stilt seg kritisk til om dei eintydige elektroniske dokumentasjonssystema, tar vare på det heilskaplege perspektivet som sjukepleiefaget tradisjonelt har bygd på, og som den individuelle fortrulegheitskunnskapen bidrar til (Hamran, 1992).

Ein av informantane i fokusgruppe 1, støtter noko av denne kritikken. Ho seier, som nemnd, at ho har tru på fritekst som dokumentasjonsform. Denne informanten viser under fokusgruppeintervjuet at ho er skeptisk til systematiseringa som elektronisk dokumentasjon representerer og ho erfarer at bruk av standardiserte sjukepleietiltak⁵⁶ er med å redusere læring for studentane. Ho opplever at bruk av standardiserte sjukepleietiltak i ein gitt pasientsituasjon medfører at både sjukepleiarar, og ikkje minst studentar, mister muligheiten til å sjå samanheng mellom behovet / problemet til pasienten og det ein som sjukepleiar set i verk av tiltak. Erfaringa informanten i fokusgruppe 1 gjer greie for, kan tyda på at det faglege innhaldet kan mista noko av si kraft ved at ein ikkje ser samanhengen i det som vert dokumentert. Dette representerer ei konkretisering av det Martinsen (1990) seier om det å dele opp sjukepleiefaget, og at ei slik oppdeling er lite i samsvar med *omsorgens natur*. Pasientsituasjonen vert trekt ut frå sin samanheng og sett saman att. Her kjem det inn alternative standard sjukepleietiltak som studenten skal forholde seg til, utan å sjå kva samanheng det er mellom problemstilling den aktuelle pasient er i og dei sjukepleietiltaka som kjem fram på dataskjermen. Informanten det her er referert til får liten respons i fokusgruppa på dette innspilet ho har om bruk av fritekst som ei naturleg dokumentasjonsform. Som presentasjon av funn viser er dette og dei forholda som Hamran (1992) og Martinsen (ibid.; 2003 a) trekkjer fram kritikk mot, lite drøfta, men som informantane i fokusgruppe 2 seier er det behov for å drøfta forholdet mellom ei standardisert språkform og fritekst.

Ein kan òg sjå for seg at elektroniske dokumentasjonssystem som bidrar til at standardiserte sjukepleietiltak kjem fram, kan hjelpe studenten til å gå i gang med handling. Faren er likevel at studenten handlar utan å forstå kva fagleg samanheng handlinga skjer i. Studenten som nybyrjar treng reglar, svar og retningslinjer, og dei har ikkje tilstrekkeleg erfaring til sjølv å vurdere kva som er det beste i konkrete situasjonar (Benner, 1995).

Datasystema byggjer på at ein bruker målbare og eintydige omgrep i dokumentasjonen av faget (Ruland, 2000). Innføring av EPJ i helsetenesta har som nasjonal målsetjing å oppnå effektivitet og eit heilskapleg kvalitetssystem (Sosial og helsedirektoratet, 2005). Hamran (1992) seier at dette formålet vert retta mot tallmessige forhold og resultat. Dette representerer

⁵⁶ Ho viser her til at ved bruk av elektroniske dokumentasjonssystem som er knytt opp til klassifikasjonssystem, vil det komma opp alternative standardiserte sjukepleietiltak som sjukepleiar gjer sine val ut frå.

ei avgrensing i høve til kva kunnskap som lar seg artikulere inn i det elektroniske dokumentasjonssystemet. Det kan vera nærliggjande å tenkje at det vert ei avgrensing, der ein rettar fokus mot ei problemorientering og det å sjå årsakssamanhangar i pasientsituasjonen, slik Alsvåg (1993b) skildrar det ho kallar det diagnostiserande blikk. Dette kan vera med på å forklare kvifor læringsverdien, slik informanten i fokusgruppe 1 opplever det, vert redusert.

Den tause kunnskapen som mykje av det praktiske handverket er tufta på, lar seg ikkje artikulere (Molander, 1993). Sjukepleietiltaka er standardisert opp imot gitte samanhangar. Den einskilde pasientsituasjon kan verta redusert og slik Martinsen(2003a) seier, objektivvisert, og sett inn i ein, på førehand, definert situasjon. Ut frå standardiseringa vert ein styrt i høve til kva som lar seg bli formulert. Dette vert ein del av den sosiale praksis som studenten tar del i gjennom observasjon og handling. For studenten vert det standardiserte sjukepleietiltaket eit svar, ein kunnskap som han eller ho vil forholde seg til som ei form for ei sanning, og eit regelverk som studenten som novise vil ta til seg og byggje vidare på utan å ha tilstrekkeleg erfaring til å vurdere kunnskapen (Benner, 1995). Dette kan bidra til at studenten får redusert si læring fordi han eller ho søker etter eitt svar, det aktuelle sjukepleietiltaket, som ein ikkje sjølv klarer å vurdere om er det beste, men som ein nyttar fordi ein held seg til standardaren. I høve til sjukepleieutdanninga ser eg at dette kan vera med å forsterka utdanninga sitt ansvar i høve til å ivareta at studenten får respons på dei vurderingar ein gjer i val av sjukepleietiltak, slik den eine informanten i fokusgruppe 1 seier, at ein no må ha større fokus på dei val studenten gjer ut frå at det kjem opp standardtiltak å velje mellom. Det er vidare nærliggjande å tenkje at det kan vera nødvendig med ein gjennomgang og ei problematisering av pasientsituasjonen, utover det som kjem fram i den elektroniske dokumentasjonen for å oppnå at studenten får ei meir heilskapleg forståing for pasientsituasjonen.

Teknologien opnar for muligheiter, slik fleire informantar er inne på, samtidig som det vert stilt generelle krav til den enkelte om å nyttiggjera seg bruk av teknologi på ein fagleg forsvarleg måte. Pål Augestad (2005) viser til Foucault, og det han seier om teknologi og makt. Foucault hevda at teknologi innehar makt ut frå at den er bygd opp mot noko og på bakgrunn av noko. Den informasjon, og eller kunnskap ein får ved hjelp av teknologien, vil vera prega av kva den er forma inn i, ut frå dei prisnipp og verdiar den er bygd opp om. Dette er gitt førehand kva form informasjonen skal sjåast i samanhang med. I dette ligg det makt, seier Foucault (Augestad, *ibid.*). Dei standardiserte sjukepleietiltaka ein får fram i

dokumentasjonssystemet, kjem fram fordi det er kopla opp mot klassifikasjonssystem som er knytt opp til på førehand definerte situasjonar. For studenten kan sjukepleietiltaka som kjem fram, opplevast som svaret på kva handling som er den beste i pasientsituasjonen.

Maktforholdet som Foucault trekkjer inn, ligg, slik eg ser det, i at studentane får presentert nokre svar som er på førehand gitt. Fridomen til å sjølv vurdere ligg ikkje i systemet. Ein kan erfare mindre fridom til å utøva fagleg skjønn. Tanken har vore å kvalitetssikre, men her kan ein òg tenkje at den einskilde utøvar av sjukepleiefaget mister sin muligheit til å sjølv vurdere kva som er det beste i denne aktuelle pasientsituasjonen. Etter kvart som standardane i dei elektroniske dokumentasjonssystema er innarbeidd, vil det vera naturleg å tenkje ei utvikling der dei representerer ei sanning i høve til sjukepleiefaget. Augestad (ibid.) omtalar dette som ei utvikling mot eit normalitetsforhold som ein ikkje gir noko større merksemd. Moen (1999) seier at ved å nytte klassifikasjonssystem i dokumentasjonssystema er det ein fare for at merksemda vert i størst grad retta mot dokumentasjonsforma, og ikkje innhaldet. Ho ser faren ved at ein då utelet intuitiv og erfaringsbasert kunnskap i dokumentasjon av faget.

5.2.2. Dokumentasjonssystema kan styra det faglege fokuset.

Fleire informantar ser muligheiter ved at måten dokumentasjonssystema er bygd opp dokumentasjon som kan vera eit gode for faget. Ein av informanten i fokusgruppe 2 viser til situasjonar der det elektroniske dokumentasjonssystemet kan verka retningsgivande for utøving av sjukepleiefaget. Ho skildrar ein tenkt situasjon der ein ikkje har dokumentert noko om kommunikasjon og at dette vert etterlyst, fordi dokumentasjonssystemet viser tydeleg kva område som det ikkje er dokumentert noko på. Informanten opplever at dette kan vera til hjelp, som ei påminning i utøving av faget.

På same måte skildrar fleire av dei andre informantane i denne fokusgruppa at dei erfarer at bruk av VIPS⁵⁷ modellen i elektronisk dokumentasjon, og bruk av Henderson si behovsoversikt, til bla. datasamling om pasienten, i tradisjonell skriftleg dokumentasjon har vore til hjelp for studentane for å få fram det sjukepleiefaglege innhaldet i dokumentasjonen. Inndeling og systematisering fungerer som ei rettesnor og ei påminning om kva av fagområda ein kan, eller bør, ta med i vurdering og i dokumentasjon av sjukepleie til den enkelte pasient.

⁵⁷ Viser til kap. 1.1.3.1. VIPS - modellen

Informantane sine framtidstankar og refleksjonar her samsvarer med det Benner (1995) seier om nybyrjaren sitt forhold i høve til retningslinjer, der desse vert nytta som rettesnor i utøving av faget. Desse retningslinjene kan vidare sjåast på som ein del av ein teknologi med maktaspekt i kraft av at den set ein slags standard for kva som er aktuelt og dette vert eit normalitetsforhold (Augestad, 2005). Her vert det ikkje opp til den einskilde sjukepleiar, ut frå sin faglege kompetanse, å vurdere kva som skal dokumenterast og ikkje. Normalitetsforholdet som truleg vil utvikle seg får som tidlegare nemnd betyding for studenten si læring. Dette vil vera ein av dei faglege utfordringane som sjukepleieutdanninga står over for ved innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleie.

Sjølve fokusgrupeintervjuet avdekkjer, som før nemnd, at deltakarane får ny kunnskap om kva muligheter elektronisk dokumentasjon opnar opp for når det gjeld bruk av informasjon om pasienten. Her er eine informanten i fokusgruppe 2 aktiv og deler tankar om korleis dette kan bidra til eit meir heilskapleg fokus på pasienten enn det ho tidlegare opplevde gjennom tradisjonell dokumentasjon⁵⁸. Denne nye kunnskapen vert oppfatta positiv av dei andre deltakarane og erfaringa frå intervjusituasjonen kan vera med å skildre korleis dokumentasjonssystemet kan styre det faglege fokuset og på denne måten bli ein ny normalsituasjon i høve til dokumentasjon av sjukepleie.

Utan at dette blei grundig drøfta i fokusgrupeintervjuet kan denne forståinga av korleis sjukepleiarar aktiv kan bruke elektronisk dokumentasjonssystem, viser at faglærarane sine refleksjonar her gir motsvar til det kritiske perspektivet som Hamran (1992;1995) og Martinsen (1990; 2003a) har i høve til bruk av teknologi i sjukepleiefaget. Slik mulighetene ved verktøyet vert skissert, kan forståing av det Ruland og Hoy (1993)seier, gi støtte. Forfattarane hevder at gjennom ved å ha kunnskap både i sjukepleie og i IKT faget, kan ein nytte elektronisk dokumentasjon slik at det kjem til nytte for pasienten. Informanten viser til korleis ein aktivt kan nytte verktøyet bla. ved å bruke søkjemuligheter i verktøyet. For å kunne vurdere kva for data ein treng om pasientsituasjonen må ein ha ei fagleg vurdere av pasientsituasjonen, til dette er det faglege skjønnet nødvendig, saman med fortrulegheitskunnskap som fagutøvinga byggjer på (Martinsen, 2003a; Hamran, 1987)

⁵⁸ Viser her til utdrag frå transkripsjonen, kap. 4.3.2. Ein annan tankegong i forhold til korleis ein kan formidle sjukepleie gjennom elektronisk dokumentasjon

5.2.2.1. Fagleg fokus - i endring?

Deltakarane i fokusgruppe 2 hevder at inndelinga i VIPS –modellen har god pedagogisk effekt på dokumentasjon generelt. Informantane erfarer at ved bruk av VIPS modellen, vert dei sosiale og åndelege behova tydelegare for studentane. Tidlegare då ein berre støtta seg til Henderson si behovsoversikt, hadde ein meir fokus på dei fysiske behova. Nyare elektronisk dokumentasjon er ei vidareutvikling i høve til kva kunnskap ein tradisjonelt har hatt merksemd retta mot i dokumentasjonsarbeidet, hevdar informantane. Merksemda vert utvida i høve til fagleg dokumentering og ein kan sjå på det som ei fornying i den sosiale praksis. Skal ein byggje vidare på det informantane seier, om at tenkinga som ligg bak dokumentasjonssystemet kan verka retningsgivande, kan dette verka utviklande, slik sett. Den sosiale praksis vert endra mot at fellesskapet dokumentere sjukepleie som er retta mot kommunikasjon, sosiale og åndelege behov i større grad enn tidlegare. Læring for sjukepleiarstudentar skjer fordi dei observerer og tar del i desse sosiale prosessane som skjer i den sosiale praksis. Studentane vert styrt mot å forholde seg til desse områda, sjølv om det tidlegare ikkje har vore tradisjon for å dokumentere så mykje på desse fagområda. Dette kan sjåast som læring ut frå dei sosiale relasjonar studentane tar del i, i den sosiale praksis (Lave og Wenger, 2003).

Endring og utvikling i den sosiale praksis kan sjåast på utover eit sosiokulturelt læringsperspektiv. Den vidare utviklinga i fagmiljøet, kan verta prega av kva formell kunnskap som medlem i fagmiljøet identifiserer seg med. Dette vil vera avhengig av kven i profesjonen eller i fagmiljøet som her legg føringar (Freidson, 1986). Ikkje all kunnskap som vert formidla frå meister til svein i eit sosialt fellesskap treng å vera kunnskap som er i samsvar med den formelle kunnskapen (Mogensen mfl., 2006). Framgangsmåtar, rutinar, og refleksjonar som skjer i den sosiale praksis treng ikkje, som tidlegare nemnd, å vera i tråd med det som vert oppfatta som den formelle kompetanse. Til tross for at dokumentasjonssystema utfordrar sjukepleiar til å ha ulike fagfokus i dokumentasjonsarbeidet, treng ikkje sjukepleiar å signalisere dette til studenten at dette er viktig og synleggjera kvifor.

Evidensbasert sjukepleie, eller kunnskapsbasert praksis, kan vera eksempel på at ulike fagmiljø kan ha ulikt syn på den faglege utviklinga og ulik oppfatting på kva som er formell kompetanse. I nokre fagmiljø er evidensbasert sjukepleie etablert som ei målsetjing og

satsingsområde (Boge og Martinsen, 2004). Det problematiske, slik eg forstår desse forfatarane, er at evidensbasert sjukepleie byggjer på eit kunnskapshierarki der målbar kunnskap har høgast grad av evidens, medan humanistisk kunnskap som bla. får fram erfaringskunnskap, vert vurdert som kunnskap med låg grad av evidens. Den status som evidensbasert sjukepleie får i fagmiljø kan ha betyding for kva formell kunnskap og kompetanse som vert retningsgivande for den faglege og kulturelle utviklinga som skjer i miljøet. Her kan ein sjå samanhangar med kva som vert oppfatta som høg grad av evidens og det som vert etterspurd i dokumentasjon av sjukepleie, gjennom lovverket (Journalforskriftene, 2000).

5.2.3. Stille rapport påverkar

Debatten om bruk av standardiserte strukturar eller fritext som dokumentasjonsform, kjem fram når fokusgruppe 2, trekkjer inn erfaringar med bruk av stille rapport i klinisk praksis. Her vert bruk av språkform drøfta. Deltakarane viser at dei ser at ikkje alt i faget lar seg formulera eksplisitt, og, som dei seier, ikkje lar seg formulera presist. Samtidig med dette referer dei til at ved stille rapport så er det eit auka behov for at det som vert dokumentert vert framstilt på ein presis måte, slik at misforståingar ikkje oppstår. Organiseringa medfører at ein ikkje har nokon å spørje, men at teknologien er den einaste informasjonskjelda. Det Måseide (1987a) seier om behovet for faste møtepunkt i ein organisasjon for å utveksle bla. informasjon, kan her igjen trekkjast inn, slik den munnlege rapporten tradisjonelt har fungert. Datateknologien med EPJ har fleire stader overtatt denne funksjonen (Bø, 2007).

Utfordringar for sjukepleieutdanninga kan sjåast på som todelt i denne samanhangen. Utgangspunktet er at den faglege utviklinga og læringa for studenten vert prega av at elektronisk dokumentasjonssystem er informasjonskanalen ein skal nytta for å skaffe pasientopplysningar. Studenten kan, som tidlegare drøfta,⁵⁹ danna seg ei normalitetsforståing for kva type informasjon og kunnskap han eller ho treng om pasienten. Denne forståinga vert prega av kva kunnskap teknologien opnar opp for å dokumentere og kva kunnskap teknologien etterspør. Dette kan bidra til at kunnskapskravet om pasienten vert tydeleg og oversiktleg for den lærande student.

⁵⁹ Viser til drøftinga i kap. 5.2.1.2. Korleis ta vare på mangfaldet i faget gjennom elektronisk dokumentasjon og kap. 5.2.2. Dokumentasjonssystema kan styre det faglege fokuset

Den andre måten å sjå konsekvensar for studentar si læring ved at elektronisk dokumentasjon er einaste informasjonskanal kan forståast ut frå at studenten vert hemma i si faglege utvikling ut frå at teknologien kan vera med å reduserer forståinga av pasientsituasjonen hos studenten. Ved at teknologien krev eit presist språk er det berre kunnskap som lar seg formulerast presist som kjem til uttrykk. Gjennom bruk av klassifikasjonssystem og gjenkjennelege omgrep i dokumentasjonssystema oppnår ein ei standardisering. Normalitetsforståinga hos den uerfarne studenten kan verta prega av dei standardane som det elektroniske dokumentasjonssystemet opnar for og etterspør (Augestad, 2005). Dette kan særleg hemma studentane i si læring, då dei med sitt novisepreg enno ikkje har situasjonserfaring nok til sjølv å sjå for seg heilskapen i pasientsituasjonen, og ut frå det vurdere kva informasjon ein som pleiar til ei kvar tid treng. Å oppnå ei felles forståing av faglege omgrep seier deltakarane at er vanskeleg, men som den eine informanten i fokusgruppe 2 seier, derfor er dette viktig å drøfte i fagfellesskapet. Innføring av stille rapport er med å forsterka dette drøftingsbehovet, hevdar fleire informantar.

5.2.4. Sjukepleieprosessen som grunnlag for elektronisk dokumentasjon av faget.

5.2.4.1. Har sjukepleieprosessen krav på ein plass i dokumentasjon av faget?

Datamaterialet viser at sjukepleieprosessen sin problemløysande metode vert i stor grad, oppfatta som eit naturlege grunnlag å byggjer elektronisk dokumentasjon opp omkring. I fokusgruppe 2 vert dette ikkje skilt ut som eige tema, her snakka informantane om metoden på ein meir implisitt måte.

I fokusgruppe 1 vart metoden fleire gonger trekt fram. Ein av informantane seier her at ho er skeptisk til at ein fleire stader i klinisk praksis ikkje alltid fylgjer malen i den problemløysande metoden som dei elektroniske dokumentasjonssystema stort sett byggjer på. Ho viser til at ein skreiv inn kryss i staden for aktuell tekst. Malen som det elektroniske dokumentasjonssystemet er bygd opp rundt kan sjåast på som ei retningslinje for føring av elektronisk dokumentasjon (Heggdal, 1999). Informanten utdjupar ikkje kvifor ho er skeptisk til at ein ikkje fylgjer trinna i sjukepleieprosessen. Skepsisen ho uttrykkjer kan tolkast ut frå at sjukepleiar har ei juridisk forpliking i å dokumentere problem, tiltak og resultat (Journalforskriftene, 2000). Dette fylgjer delande i sjukepleieprosessen og fyller sjukepleiar ikkje inn i alle delane, har ein ikkje utført den lovpålagde oppgåva ein er sett til. Ei anna forståing kan vera at skepsisen informanten viser til kan forståast som at faget ikkje vert godt

nok ivaretatt når ikkje nyttar systemet fullstendig. I dette ligg det ei forståing av at sjukepleieprosessen med sin problemløysande metode eignar seg som grunnlag for dokumentasjon av sjukepleiefaget. Dette er noko denne informanten har hevda under intervjuet ved bla. å seie at sjukepleiedokumentasjon saman med sjukepleieprosessen kan sjåast på som stamma i faget.

Sjukepleieprosessen vert i fokusgruppe 1 fleire gonger vist til som sentral for studentane i deira forståing av faget og i høve til det å læra seg dokumentasjon av faget⁶⁰.

Dokumentasjonsforma som byggjer på den problemløysande metoden opnar opp for det diagnostiserande blikket. Dette blikket rettar merksemda mot kva som er pasienten sitt problem, kva ein gjer med det og kva resultatet av dette vert. Dette er ei dokumentasjonsform som får fram årsakssamanhangar (Alsvåg, 1993b). Ei tilslutning til denne måten å dokumentere faget på, kan forståast ut frå eit perspektiv på faget som tilseier at sentrale sider ved faget lar seg dokumentera. Effekt av tiltak, er noko av det som vert definert som sentralt. Martinsen (2003a), hevdar at over tid så har ein hatt ei endring der kunnskapsidealet har endra seg frå å vera eit omsorgsideal, til no å vera retta mot å fremma resultat.

Dokumentasjonsforma som her er omtala kan skapa grunnlag for læring, og kan slik informantane i fokusgruppe 1 påpeiker, ha ein pedagogisk funksjon. Oppdelinga skaper forståing bla. ved at det vert ein klar og tydeleg samanheng mellom nokre av delane i pasientsituasjonen; problem, tiltak og resultat. Den lærande får anledning til å forholde seg til dei ulike delane av heilskapen i dokumentasjonsarbeidet. Forståinga av oppdelinga som sjukepleieprosessen innehar, kan ein finne støtte for i det Benner (1995) seier om nybyrjaren som treng retningslinjer og regelverk for å forstå og for å kunne gå i handling. Skepsisen som den eine informanten i fokusgruppe 1 viser, ved at ikkje alle ledda i sjukepleieprosessen vert fylgd i dokumentasjonsarbeidet, kan ut frå dette forståast som at sjukepleiefaget ikkje vert tydeleg nok dokumentert når deler av prosessen vert utelatt.

5.2.4.2 Avgrensar sjukepleieprosessen den sjukepleiefaglege forståinga?

Ein av informantane i fokusgruppe 1 prøver å få til ein debatt på om sjukepleieprosessen er det naturlege valet i høve til grunnlagstenking ved dokumentasjon av sjukepleie. Under heile

⁶⁰ Viser her til drøftinga i kap. 5.1.2.3.1. Teorikunnskap danner grunnlaget

fokusgruppeintervjuet stiller ho spørsmål om den problemløysande metoden er hensiktsmessig ut frå kva faget er best tent med. Informanten vert møtt med respekt, men dei andre deltakarane responderer berre tidvis, ved å seie at det er relevant det ho tar opp. Dei går oftast vidare inn på andre områder, slik utdrag frå transkripsjonen kan vise⁶¹. Informanten eg viser til, kjem aldri så langt at ho får grunnje sine mange spørsmål om dette. Likevel får ho fram at ho opplever at gjennom dokumentasjon i fritekst så kan faget komma fram på ein betre måte enn gjennom oppdelinga som sjukepleieprosessen krev. Ho utdjuar ved å seie at sjukepleieprosessen har ein problemløysande og ein mellommenneskeleg del. Underforstått her at den mellommenneskelege delen kjem ikkje til uttrykk gjennom dokumentasjon som er strukturert gjennom den problemløysande metoden. Ho viser til bruk av pedagogisk pleieplan i undervisninga, og erfarer at metoden er god i pedagogisk forstand. Hennar erfaring er at klinisk praksis vel fritekst form i dokumentasjon av sjukepleie. Denne informanten er inne på problematiske sider ved sjukepleieprosessen som også er blitt kritisert av bla. Kari Martinsen. Utover det som tidlegare i drøftinga er referert til av kritikk av sjukepleieprosessen og dokumentasjonsformer vil eg ta med at Martinsen (1990) hevdar at sjukepleieprosessen er ein metode som rettar faget inn i ein mål – middel tankegang, ein tankegang som ein finn att i lovverket i høve til krav om dokumentasjon, der fokus er å måla effekt og få fram resultat. Dette er som tidlegare drøfta, Martinsen (ibid.) kritisk til ut frå at sjukepleiefaget byggjer på andre verdiar, og at det ut frå eit slikt grunnlag for dokumentasjon vert vanskeleg å få fram mangfaldet i sjukepleiefaget. I samanheng med dette kan det vera relevant å trekkje fram at det ikkje i nokre av fokusgruppene kjem fram spørsmål om elektronisk dokumentasjon er eit gode for faget mtp. ivaretaking av pasienten og t.d. kontinuitet i sjukepleia til pasienten. I fokusgruppe 2 låg dette som ei implisitt positiv forståing då dei drøfta muligheiter ved bruk av elektronikk til fordel for tradisjonell dokumentering.

Sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon av sjukepleie gir utdanninga nokre utfordringar i høve til studentane si forståing av faget, ved at deler vert tydeleggjort, andre deler ligg meir implisitt i forståinga av faget. Informanten trekkjer fram den implisitte forståinga av faget ved å peike på at sjukepleieprosessen har ein mellommenneskeleg del òg. Denne implisitte forståinga av faget er prega av at ein ser på fagkunnskap som situasjonsbetinga, taus og som byggjer på fagleg klokskap, slik fortrulegheitskunnskap kan skildrast (Hamran, 1987).

⁶¹ Viser her til kap. 4.4.1. Sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon av sjukepleie.

Debatten omkring i kva grad sjukepleieprosessen eignar seg som grunnlag for dokumentasjon av sjukepleiefaget, er ein stor og omfattande debatt, slik eg ser det. Sjukepleiedokumentasjon har, sidan sjukepleieprosessen på 1970 – talet her i landet, fekk plass i undervisning av faget vore rekna som ein adekvat metode for dokumentasjon av faget (Kirkevold, 1998). Gjennom lang tradisjon i faget kan det vera vanskeleg å sjå for seg anna dokumentasjonsgrunnlag, noko som kan henge saman med at sjukepleieprosessen fungerer bra som eit pedagogisk verktøy.

5.2.5. Kunnskapsfornyng kan skje gjennom drøfting.

Datamaterialet viser at informantane har ulike perspektiv på både bruksområde og dokumentasjonsform. Informantane i begge fokusgruppene var opptatt av at desse områda må drøftast i fagmiljøet.

Faglærarane ynskjer seg kvalitet gjennom "ein anna tankegang" basert på sjukepleiefagleg bevisstheit og kritisk refleksjon knytt til elektronisk dokumentasjon. Dette viser seg ved at dei skisserer sine perspektiv på kva som vil vera relevante bruksområde og dokumentasjonsformer. Til dette siste er det ein viss grad av ueinigheit i fokusgruppe 1, noko som heng saman med at eine informanten er kritisk til systematisering av den faglege dokumentasjonen. Til desse ulike perspektiva er det eit ynskje frå faglærarane i fokusgruppene å få til ein fagdebatt.

Det kan vera naturleg å gå tilbake til å sjå kva kunnskapsformer ein slik debatt vil byggje på, det vil vera fagleg sjukepleiekunnskap i foreining med informasjonsteknologisk kunnskap. Her er både teoretiske – og praktisk kunnskap integrert, der den praktiske kunnskapen har i seg phronesis – kunnskap. Kunnskapsforma som inneheld evne til å setje teori, praktisk handlingskunnskap, og eigenerfaring saman. Dette utgjer ein personleg klokskap, slik at ein er i stand til å vurdere dei ulike situasjonane og deira særpreg (Thomassen, 2006). Ei drøfting omkring muligheter og konsekvensar kan vera med å skapa merksemd rundt dei ulike kunnskapsformene, og dette er nødvendig skal ein skapa ei fornyng i fagfellesskapet. Mykje av den praktiske kunnskapen, vil i denne samanhangen og som allereie nemnd vera taus kunnskap. Skal ein bli medviten omkring denne delen av faget, må ein gjere dette ved

refleksjon på eiga utøving. Slik refleksjon kan skje i samhandling med andre i fellesskapet gjennom faglege drøftingar. (Molander i Alvsvåg, mfl. 2001; Thomassen, ibid.)

5.2.6. Kan ein påverke teknologibruken i sjukepleiefaget?

Ein kan stille spørsmål om det er mangel på fagleg -, IKT teknisk - og eller organisatorisk kompetanse som gjer at det ikkje vert noko drøfting omkring kvaliteten ved at ein no innfører elektronisk dokumentasjon av sjukepleie. Ingen i dei to fokusgruppene stiller kritiske spørsmål til at innføring av elektronisk dokumentasjon skjer utan at det ligg føre noko fagleg avklaring av på kva måte dette vil tene faget, og sjukepleieutøvinga til pasientane. Dette kan forståast som ei tilsynelatande godtaking av innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget. Her kan ein forstå dette ut frå at utdanningspersonalet i sin sosiale praksis, ikkje har hatt høve til å skaffa seg erfaring i å sjå kva konsekvensar bruk av elektronisk dokumentasjon av sjukepleiefaget kan medføre. Ein kan òg forstå den haldninga til at innføringa vert godtatt på bakgrunn av det Vike (2003) seier, at som medlem av organisasjonar kan ein oppleve å ikkje verta involvert i prosessar som føregår ved innføring av nye reformer, prosjekt, endringar i arbeidsoppgåver.

Ein av informantane viste i fokusgruppe 2 til erfaring med at sjukepleiarar var med i prosjektgrupper ved innføring av elektronisk dokumentasjon i klinisk praksis, men at desse mangla tilstrekkeleg IKT kompetanse til å kunne seie noko om kva dei ynskte, eller kva dei ikkje ville ha. Manglande IKT kompetanse kan vera årsak til at ein ikkje kjenner at ein er ein del av avgjerdsprosessen, men det treng ikkje vera heile forklaringa. Vike (ibid.) hevdar at innføring og teknologi på eit generelt grunnlag vert grunngeve ut frå heilt anna ideologi og fagkunnskap enn det utøving av t.d. sjukepleiefaget byggjer på. Dette gjer at drøfting og argumentering kan verta vanskeleg for sjukepleiarar som er med i avgjerdsfora, i sine møter med leverandørar, overordna leiarar og andre, men òg for drøftingar i fagmiljø generelt. Dette kan medføre at det å ta del i avgjerdsprosessar, som har med innføring av teknologiske verktøy å gjera, vert vanskeleg. Ein får eit formelt ansvar ved at ein er anerkjent som medlem av ei prosjektgruppe, slik informanten i fokusgruppe 2 viser til, medan den reelle mulighet for påverknad vert redusert fordi ein opplever at det kan vera skilnad mellom aktørane i prosjektgruppa på kva ein vektlegg og ikkje, kva omgrep ein bruker og forstår og ikkje.

For utdanninga kan dette medføre at ein må klargjere for studentane at det er forskjell på kva verdiar og kva forståing teknologien i arbeidsreiskapen byggjer på og kva ideologi og fagforståing sjukepleiefaget byggjer på.

Utover dette vert det i datamaterialet ikkje vist til noko erfaring frå klinisk praksis der sjukepleiarar stiller seg kritisk til innføring av elektronisk dokumentasjon. Desse forholda kan la seg forklare ved at brukarane av dei elektroniske dokumentasjonssystema evnar å tilpasse seg dei nye systema. Foucault (2001) viser til at ein som menneske lar seg kroppsleg tilpasse nye forhold, og bruker ikkje krefter på protestere. Augestad (2005) viser, som tidlegare nemnd til Foucault, i høve til at teknologien ikkje er nøytral, men påverkar, sjølv om menneske ikkje er seg dette bevisst. Augestad (ibid.) nyttar stoppeklokka til å få fram at etter kvart som ein bruker denne, oppnår ein å få fram data som ein kan samanlikne fleire med, og som etter kvart utgjer ein standard og ein normalitet. Slike sett kan ein dra parallellar til dei elektroniske dokumentasjonssystema òg. Systema etterspør, som òg er tidlegare omtala, nokre sider ved sjukepleiefaget og utøvinga av faget, desse sidene er det som etter kvart får status som det normale og dokumentasjon av faget består av å dokumentere det standarden etterspør. Den nye situasjonen vert etter kvart etablert og ein opplever den som normal. Då er det naturleg at ein stiller mindre spørsmålsteikn ved situasjonen. Informantane uttrykkjer heller ikkje noko tydeleg merksemd retta mot kva overordna konsekvensar innføring og bruk av elektronisk dokumentasjon kan medføre. Det at klinisk praksis ikkje stiller seg skeptiske til innføringa og det at ein sjølv som faglærer i sjukepleieutdanninga ikkje har den IT –tekniske kompetansen, som informantane refererer til er nødvendig, kan vera ei forklaring på dette. Det er likevel nærliggjande å tenkje at ein i ein utdannings samanhang må trekkje inn desse forholda. Konsekvensar bruk av elektronikk for å skildre eit humanistisk fag som sjukepleie, byr på utfordringar som studentane må oppøve eit reflektert forhold til.

Statlege føringar hevdar at innføring av elektronisk pasientjournal skal bidra til eit meir pasientvennleg møte med helestenesta, gjennom ei større grad av effektivisering (Sosial og helsedirektoratet, 2005; Sosial og helsedepartementet, 1996) . Det fokus som er etablert i den sosiale praksis vil prega kunnskapsutviklinga. Informantane i dette prosjektet har vore opptatt av at det må til ei bevisstgjerig gjennom drøfting, skal ein evne å påverke fornyinga i den sosiale praksis. Det vil som omtala i drøftingskapittelet, vera ei rekkje forhold som vil prega det fokus som vert etablert i den sosiale praksis.

5.3 Avsluttande kommentarar

Drøftingskapitelet har hatt hovudvekt på å belyse kva informantane seier om forhold som kan påverke til at studentane skal oppnå best mogeleg læring i høve til elektronisk dokumentasjon. Gjennom å nytta Lave og Wenger (2003) sin teori om situert læring kan ein finna støtte for at sjukepleiesstudentar vert sett på som legitime perifere deltakarar i det lærande miljø som utdanninga kan tilby. Læringsformer er drøfta og rollemodellering som ein del av den situerte læringa kjem fram. Informantane si holdning til om teoristudie og praksisstudie utgjer eit heile som ein sosiale praksis kan ikkje seiast å vera eintydig. I forlenginga av dette kan det vera relevant å etterspørje om ikkje eit samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisinstitusjonane vil vera hensiktsmessig, dette har eine fokusgruppa erfaring med, men det er faktorar som vert trekt fram i intervjuet som tilseier at eit vidare samarbeid her kunne bidrege til betre læringsmuligheiter for studentane.

Drøftingskapitelet går vidare inn på ulike sider ved innføring og bruk av elektronisk dokumentasjonssystem som teknologisk verktøy i sjukepleiefaget. Vidare prøver drøftingsdelen å belyse ulike sider ved bruk av sjukepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon av faget.

Undervegs i kapitelet kjem det fram sider ved problemstillinga som i mindre grad er diskutert i fokusgruppeintervjua, men som likevel verkar relevant å få fram i drøftingsdelen av oppgåva.

6.0 KONKLUSJON

Hensikta med studien har vore å få større innsikt i kva faglærarar opplever er faglege utfordringar sjukepleieutdanninga i Noreg står ovanfor ved innføring av elektronisk dokumentasjon av sjukepleie som ein del av EPJ. Ulikskapar ved sjukepleieutdanningane kan ha betydning for den vitenskaplege kvaliteten ved prosjektet, då utdanningsinstitusjonane informantar var knytt til hadde ulik erfaring i høve til kva grad elektronisk dokumentasjon faktisk var innført i dei respektive praksisstadane institusjonane nytta. Det var òg ein forskjell i høve til korleis utdanningsinstitusjonane hadde tatt omsyn til innføringa med tanke på undervisningsopplegg for studentane.

Til tross for det var ulike erfaringsbakgrunn blant informantane frå dei to utdanningsinstitusjonane opplever eg at datamaterialet viser ei større bredde enn eg hadde forventa. Informantane frå dei to fokusgruppeintervjua viser eit rikt bilete på kva dei opplever som sine og institusjonen sine oppgåver og ansvarsområde i tida framover og viser at dei har fokus på både faglege - og på pedagogiske utfordringar for utdanninga.

Informantane har hatt fokus på endring i høve til forbetring i kva utdanninga kan tilby studentane i deira læring i dokumentasjon generelt og elektronisk dokumentasjon spesielt. Eg har valt å sjå læring opp mot teori om situert læring (Lave og Wenger, 2003). Informantane viser at dei opplever at det er tett samanheng mellom teoristudiet og praksisstudiet i høve til studentane si læring, men informantane skil ved instansane ved å tydeleggjera at det er utdanningsinstitusjonen som har hovudansvar for at læring skjer.

I tråd med tidlegare forskning⁶² opplever informantane at dokumentasjon av sjukepleiefaget er og har vore vanskeleg. Innføring av elektronisk dokumentasjon medfører nye utfordringar, men opnar òg for nye muligheiter når det gjeld bruksmåtar og – områder. Her kjem informantane inn på at utdanninga må løfte dokumentasjonen fram i fagmiljøet slik at dialog, og refleksjon i fagfellesskapet kan bidra til auka kunnskap, auka engasjement. Informantane er opptatt av at sjukepleiefaget er eit humanistisk fag og at det krev fleire kunnskapsformer for å få den heilskaplege forståinga av faget. Ovanfor studentar i læring er informantane opptatt av at faget må bli ivaretatt til tross for at elektronisk dokumentasjon kan medføre ei avgrensing ved at ein nyttar standardisering og fastlagd struktur.

⁶² Viser her til kap. 1.0. Introduksjon

Fokusgruppeintervjua var i seg sjølv ein arena for dialog og refleksjon om temaet, noko som forsterka deltakarane si oppfatning av at innføring av elektronisk dokumentasjon i sjukepleiefaget er eit tema som har mange drøftingsaspekt ved seg og som utdanninga generelt ikkje har hatt stort fokus på. Metoden har òg verka forsterkande på forståinga av Lave og Wenger (2003) si oppfatning av at gjennom samhandling i eit sosial fellesskap så skjer fornying. Det er ei rekkje områder ved problemstillinga som vart oppdaga, og nokre gjort klarare for deltakarane i gruppeintervjua.

Etter å ha arbeida med problemstillinga og sjølve masteroppgåva over tid er eg klar over at dette er eit omfattande temaområde. Her er sjukepleieutdanninga truleg avhengig av å få meir kunnskap og kompetanse før ein med tryggleik kan seie at ein er på rett veg i høve til å sikre at faget vert godt formidla gjennom det elektroniske verktøyet og i høve til å sikre at ein utdannar sjukepleiestudentar som evner å ha handlingskompetanse i elektronisk dokumentasjon av faget og som har ei kritisk reflektert haldning til elektronisk dokumentasjon av faget. Til dette treng ein bl.a. meir forskning. I første omgang kunne det vore interessant å få meir kunnskap om praktisk opptrening i bruk av elektronisk dokumentasjonssystem i utdanninga bidrar til fagleg god dokumentasjon. Gir den pedagogiske tanken positivt svar på om studentane er betre førebudde til å gå i gang med elektronisk dokumentasjon når dei startar ut i klinisk praksis og forstår dei betre i kva samanhengar ein kan nyttiggjera seg bruk av elektronisk dokumentasjon til beste for pasienten?

Litteratur:

- Alsvåg, H. (1993a) Hvor beveger sykepleien seg – mot viten eller klokskap? I *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Kirkevold, M., Nortvedt, F. Alsvåg H. (red.) ad. Notam, Gyldendal.
- Alsvåg, H. (1993b) Det gode blikket og de gode hendene. I: *Den omtensomme sykepleieren*. Martinsen, K. red. s.111 – 129 Otta, TANO
- Alsvåg, H.& Førland O. (2007) *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo, Akribe
- Augestad, P.(2005) ”Stopuret, kighullet og skoleeleven” I: *Arkitektur, krop og læring*, Larsen, K., s. 241 – 261, København, Hans Reitzels forlag.
- Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo, Tano forlag i samarbeid med Munksgaard.
- Berle, T. I .&. Torsteinson, O. (1993) Den reflekterte praktiker i sykepleieperspektiv. I: *Den omtensomme sykepleier*. red. Martinsen, K. s.37 – 60 Otta, TANO
- Boge, J. & Martinsen, K. (2004) Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, nr. 13 s. 58 – 61, 2004
- Brataas, H. (2001) Fokusgrupper – en kvalitativ forskningsmetode. *Sykepleien* nr. 14. tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=612> [lest 05.07.05.]
- Bø, B. (2007) *Hva vinner vi og hva taper vi ved å legge om fra muntlig til stille rapport* Universitetet i Bergen, Masteroppgave i helsefag, studieretning sykepleievitenskap,.
- Børmark, S. (2003) Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen. *Tidsskrift for Sykepleieforskning*, nr. 3, s.152 -167.
- Chamberlain, M. (2006) *Nursing students` perceptions of usefulness and ease of use of personal digital assistant technology in the classroom and clinical setting*. Master of Science in Nursing. Florida USA, The Florida State University, College of nursing.
- Dahl, K. (2001) Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. *Sykepleien* nr. 1 s. 54 – 58
- Ehnfors, M.& Ehrenberg A., Thorell – Ekstrand I. (2001) VIPS – modellens som grunnlag for sykepleierens journalføring. I: *Sykepleie – praksis og utvikling*, del 1, kap. 9, red. E. Gjengedal og R. Jakobsen, Oslo, Cappelen akademiske forlag.
- Ekeli, B. V. (2002) *Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Eureka forlag, Høgskolen i Tromsø.
- Elstad, I.& Hamran T.(1995): *Et kvinnefag i modernisering: sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo, Ad notam, Gyldendal.

- Foss, C.(2001) Profesjonalisering av helsefagene – til hvilken pris. I: *Kunnskap, kropp og kultur, Helsefaglige grunnlagsproblemer*. s. 243 – 265. H. Alvsvåg, N. Andersen, E. Gjengedal, M. Råheim, Oslo, ad Notam Gyldendal.
- Foucault, M. (2001) *Overvåkning og straff*. 3. utgåve, Trondheim, Gyldendal.
- Frank-Stromborg, M. & Christensen A., Elmhurst, D. (2001) Nurse Documentation: Not done or worse, done the wrong way – part I, *Oncology Nursing Forum*, Vol. 28 Issue 4, p697 – 702
- Frank-Stromborg, M. & Christensen A., Elmhurst, D. (2001) Nurse Documentation: Not done or worse, done the wrong way – part II, *Oncology Nursing Forum*, Juni 2001, Vol. 28 Issue 5, s.841-846
- Freidson, E. (1970) *Professional Dominance, The social structure of medical care*. Chicago, Aldine Publishing Company.
- Freidson, E. (1986) *Professional Powers – a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago, The University of Chicago.
- Giorgi, A. (1985) *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh, USA, Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1997) The theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative research procedure, *Journal of Phenomenological Psychology*; Fall 1997; 28, 2; ProQuest Psychology Journals side 235- 260
- Gjengedal, E. (1994) *Understanding a world of critical illness. A phenomenological Study of the experiences of Respirator Patients and their Caregivers*. University of Bergen, Department of Public Health Care Division for Nursing Science.
- Goode, W. J. (1969) The theoretical limits of professionalization. I A. Etzioni (Ed.), *The semi-professions and their organization* s. 266-313. New York, The Free Press.
- Grønmo,S.(1984) *Qualitative and Quantitative Approaches in social research*. Oslo Norwegian Fond for Market and Distribution Research.
- Grønningsæter, A.M.& Hove S., Egede – Nissen V., (2004) *Sykepleiedokumentasjon. Studenters og sykepleieres opplevelse av teoriundervisning og praktiske læring*. Oslo, Høgskolen i Akershus, forskningsserie 10/ 2004
- Halkier, B. (2003) *Fokusgrupper*. Lund, Sverige, Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Hamran, T. (1987) *Den tause kunnskapen, Utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapsteoretisk perspektiv*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Hamran, T.(1991) Effektiviseringens grenser. I: *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Album, D. G. Midré, s. 55 – 84. Oslo. ad notam forlag
- Hamran, T. (1992) *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåte*. Oslo, Gyldendal norsk forlag.

- Hamran, T. (2001) Kunnskap, kvalifikasjonskrav og oppsplitting av et kvinnelig fagfellesskap. I: *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. red. Alsvåg H. mfl. s. 185 - 215. Oslo, ad notam Gyldendal
- Heggdal, K. (1999) *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo, Gyldendal akademiske forlag.
- Helsedepartementet, Sosialdepartementet (2004) *S@mspill 2007, Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*. Statlig strategi 2004 – 2007. Tilgjengeleg frå: http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/_quot_s_mspill_2007_quot__ny_strategi_for_elektronisk_samarbeid_i_helse__og_sosialsektoren_5708 [lest november 2005]
- Heggen, K.(1995) *Sykehuset som "klasserom"*. Praksisopplæring i profesjonsutdanninger. Oslo, Pedagogisk forskning, Universitetsforlaget.
- Helsepersonellova (1999) *Lov om helsepersonell*, Tilgjengeleg frå <http://www.lovdatab.no> [lest januar 2005]
- Hofstad, E.(2006) PDA – brukes for lite. *Sykepleien*, nr. 13, s. 39
- Jacobsen, F. F. (2005) *Cultural Discontinuity as an Organizational Resource: Nursing in a Norwegian Nursing Home*, Bergen, Norsk lærerakademi.
- Jensen, K. (1993) Den fremtidige profesjonsutdanningen. Perspektiver på kunnskap og læring. I: *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. red. Kirkevold, M., Nortvedt, F. Alsvåg H. s.32 - 43. ad. Notam, Gyldendal.
- Journalforskrift, (2000) *Forskrift om pasientjournal*. Tilgjengeleg frå Lovdata [lest 04.07.05.]
- Karlsen, R.(2004) Fin i kontakten. Vanlige svakheter ved sykepleiedokumentasjonen i psykiatriske sykehusavdelinger. I *Sykepleien*, nr. 15. Tilgjengeleg frå <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1062> [lest 22.01.2005]
- Kirkevold, M.(1989) Praktisk kunnskap i sykepleien – muligheter og mulige problemer. I *Praktisk kunnskap i sykepleievitenskap*. Wetlesen J og Kirkevold, M. Publikasjonsserie 3/ 1989, Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.
- Kirkevold, M.(1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2. utgåve, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Kitzinger J. (1995) Introducing focus groups. *British medical journal*, volume 311, s. 299 -302.
- Kompetansesenter for IT i helse – og sosialsektoren AS, (2003a) *Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*, rapport 12 / 03, Tilgjengeleg frå <http://www.kith.no> [lest 20.01.05.]
- Kompetansesenter for IT i helse – og sosialsektoren AS, (2003b) Elektronisk dokumentasjon av sykepleie, Høringsuttaleleser med kommentarer, rapport 33 / 03, Tilgjengeleg frå <http://www.kith.no> [lest 20.01.05.]
- Kristoffersen, N. J.(red.)(1995) *Generell sykepleie, , Pasienten og sykepleier - samhandling , opplevelse og identitet*. Bind 2. Oslo, Universitetsforlaget.

- Kristoffersen, N. J.(red)(1996) *Generell sykepleie, Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Bind 1. Oslo, Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, N.& Nortvedt F., Skaug E.A.,(2005) *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Krueger, R. A. & Casey, M.A. (2000): *Focus Groups, A practical guide for applied research*. USA. Saga Publications.
- Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal Akademiske.
- Larsen, J. (1998) *Hver dag er en sjelden gave, Festtidsskrift til 90 års jubileet for sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Bergen*. Bergen, Høgskolen i Bergen.
- Lave, J.& Wenger E.,(2003) *Situert læring og andre tekster*, København, Hans Reitzels forlag.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2. utgave. Oslo Universitetsforlaget.
- Martinsen, K (1990) *Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie I: Grundlagsproblemer i sykeplejen*. s.60 – 84. Jensen, T., L. U. Jensen, Kim, W. C., Århus, Danmark, Forlaget Philosophia
- Martinsen, K.& Wærness, K. (1991) *Pleie uten omsorg? – norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*. Oslo, Pax
- Martinsen, K. red. (1993) *Den omtensomme sykepleieren*. Otta, TANO
- Martinsen, K. (1996): *Fenomenologi og omsorg*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Martinsen, K.(2003a) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Historisk - filosofiske essays, 2. utgåve, Otta, Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b) *Fra Marx til Løgstrup, om etikk og sanselighet i sykepleien*. 2. utgåve, Otta, Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo, Akribe forlag.
- Meleis, A. I. (1997) *Theoretical nursing, Development and Progress*. 3 utgåve, Philadelphia, New York, Lippincott.
- Meyer, K. (2007) *Kommunikasjon, læring og trivsel i arbeidsmiljøet. I: Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* red. Alvsvåg, H. O. Førland, s. 269 – 287. Oslo, Akribe
- Moen, A. (1999) *Informasjonsteknologi i sykepleietjenesten, utfordringer og muligheter*. Oslo, Akribe forlag.
- Moen, A., mfl. (2002) *Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Faglig og juridisk utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere*. Oslo, Akribe forlag.
- Mogensen, E.& Ekstrand, I. T., Løfmark, A. (2006) *Klinisk utdanning i høgskolan – perspektiv och utveckling*. Lund, Sverige, Studentlitteratur.

- Molander, B. (1993) *Kunnskap i handling*. Gøteborg, Sverige, Daidalos forlag.
- Molander, B. (2001) Kunnskapsmångfald och olika kunnskapstradisjoner, I: *Kunnskap, kropp og kultur.Helsefaglige grunnlagsproblemer*. red. Alsvåg H. mfl. s. 124 – 146. Oslo, ad notam Gyldendal
- Morgan, D. L. (1988) *Focus groups as qualitative research*. Qualitative research methods series 16, A USA. Newbury Park, California, Sage University paper.
- Morgan, D. L. (1996) Focus groups. I *Annual Review of Sociology*, Vol. 22, Issue 1, s.129 – 152.
- Mølstad, K. (1998) Veien til veiledende sykepleieplaner. I *Sykepleien* nr. 15, Tilgjengeleg frå <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=278>[Lest 05.12.07]
- Måseide, P. (1987a) *Interactional aspects of patient care. The social organization of medical adequacy in a hospital ward*. Bergen, Universitetet i Bergen.
- Måseide, P.(1987b): *Medisinsk sosiologi, Noen sosiologiske perspektiv på sjukdom og behandling*. Oslo, TANO AS.
- NEM, (1994) *Forskning på menneske*. Lover, regler og retningslinjer. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin.
- Newman, K. (2007) The impact of a PDA – Assisted Documentation Tutorial on Student Nurses` Attitudes. I *Computer Informatics Nursing*, 25(2): s. 76 – 83, Mars/ April.
- Nielsby,U. mfl. (2006) Studerende skal reflektere over elektroniske journaler. I *Sygepleiersken*, nr. 8/ 2006. Tilgjengeleg frå www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=13824 [Lest 22.07.07]
- Nissen, R. med etterord av K. Martinsen, (2000) *Lærebog i Sygepleie*. Oslo, Gyldendal Akademiske.
- Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2005) *Studentundersøkelse*. Tilgjengeleg frå www.sykepleierforbundet.no. [Lest 28.06.05]
- Parahoo, K. (1997) *Nursing Research, Principles, Process and Issue*. New York, Palgrave.
- Polit, D. F & Beck, C. T. (2004): *Nursing research, Principles and Methods*, 7 utgåve. USA. Lippincott Williams et. Wilkins.
- Repstad, P. (1998) *Mellom nærhet og distanse*. Oslo Universitetsforlaget.
- Ruland, C.& Hoy D.,(1993) *Datateknologi og sykepleie, Hvem setter premissene?* Norge, ad Notam Gyldendal forlag.
- Ruland, C.(2000) *Helse- og sykepleieinformatikk. Hvordan IKT kan bidra til utvikling av en betre helsetjeneste*. Oslo, Gyldendal akademiske.
- Rådet for høyskoleutdanning i helse- og sosialfag, (1987) *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Ajourført mars 1996

Råheim, M.(2001) *Kvinnens kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter*. Bergen, Universitetet i Bergen.

Sintef, helse (2005) *Kandidatundersøkelse*, Tilgjengeleg frå <http://nokut.no/sw8030.asp>
[Lest 28.06.05]

Solvang, A. (2005) Stille rapport. I *Sykepleien* nr. 19, Tilgjengeleg frå www.sykepleierforbundet.no. [Lest 01.09.07]

Sosial og helsedepartementet (1996) *Mer helse for hver BIT: Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste*. Handlingsplan 1997 – 2000. Oslo.

Sosial og helsedirektoratet (2005) - *og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. IS – 1162 Veileder.

Stokke, T. Å. (1999) Sykepleiedokumentasjon holder sjelden mål. *Sykepleien* nr. 10. Tilgjengeleg frå <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=368> [Lest 22.01.05]

Stokke T. A. & Thorell – Ekstrand, I. (2001) Have students learned to document nursing care in college and in their first practice period? I *Vård I Norden*, 3. s.17 – 22.

Thomassen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse – og sosialfag*, Oslo, Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget.

Utdannings- og forskningsdepartementet (2004) *Rammeplan for sykepleieutdanning*, fastsett 1. juli 2004.

Vetlesen, A. J.& Nortvedt, P.(1996): *Følelser og moral*. 2. utgåve, Oslo, ad notam Gyldendal.

Vike, H.(2003) Byråkratiske utopier. Om etablering av orden i offentlig forvaltning. *Norsk antropologisk tidsskrift*, nr. 02 – 03 s.123 – 136.

Westad, B. & Saunes, J. (2006): Studenter uten passord. *Sykepleien*, nr. 17. Tilgjengeleg frå www.sykepleierforbundet.no. [Lest 02.07.07]

Wibeck, V.(2000) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppeintervjuer som undersøkingsmetode*. Sverige, Lund, Studentlitteratur

Nettsteder:

www.helse-bergen.no

<http://no.wikipedia.org/wiki/Hovedside>

VEDLEGG

Vedlegg 2

Til Instituttleder
Institutt for helsefag

Stord, 24. 03. 2006

FØRESPURNAD OM HJELP TIL Å VELJE UT INFORMANTAR TIL FORSKINGSPROSJEKT

Eg heiter Åshild Havnerås og studerer for tida sjukepleievitenskap ved Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sykepleievitenskap. Eg vil med dette be om hjelp til å velje ut informantar til datainnsamling i forbindelse med masteroppgåva mi. Vegleiaren min er førsteamanuensis Frode Fadnes Jacobsen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Tema for oppgåva er: **Sjukepleieutdanning og sjukepleiedokumentasjon, med særleg vekt på elektronisk dokumentering.**

Tema i oppgåva handlar om styresmaktene sitt arbeid knytt til kvalitetssikring og effektivitet ved innføring av EPJ i helsetenesta. Her inngår lovverket og nasjonale strategiar. Føringane frå styresmaktene i høve til sjukepleiedokumentasjon er at ein skal dokumentera problem, tiltak og resultat. Ved elektronisk innføring aukar behovet for klassifisering og standardisering i høve til kva ein skal dokumentera, dette kan medføre faglege utfordringar mtp. det mangfaldet som sjukepleie skal ivareta. I Rammeplan for sykepleieutdanningen av 1.juli 2004 er eit av formåla at ein skal utdanne sjukepleiarar som har handlingskompetanse i å dokumentere, kvalitetssikre og evaluere eiga utøving i faget og har handlingskompetanse til å visa ei kritisk – analytisk haldning til helsetenesta.

Sjølv arbeider eg ved HSH, sjukepleieutdanninga på Stord. Sjukepleiedokumentasjon har alltid vore av interesse for meg og no ynskjer eg å få meir kunnskap om temaet sett ut frå eit utdanningsperspektiv. Kva sjukepleielærarar tenkjer og meiner omkring innføring og bruk av elektronisk sjukepleiedokumentasjon. Eg nyttar ei kvalitativ tilnærming i prosjektet og vil bruke fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Fokusgruppeintervju kan bidra til diskusjon og meningsdanning og -utveksling i gruppa, noko som kan gi rike data for dette temaet.

Eg ynskjer å gjennomføre to fokusgruppeintervju med deltakarar frå to norske sjukepleieutdanningar. Fagtilsette eg ynskjer med i fokusgruppene er høgskulelektorar – lærarar som arbeider med sjukepleiedokumentasjon gjennom undervisning og/ eller gjennom praksisvegledning av studentar. Helst frå alle tre studieåra i utdanninga.

Gruppeintervjuet vil vare om lag 11/2 time og vil bli tatt opp på lydband. Det vert ikkje spurd etter sensitive data. Eg vil leia gruppa. Med meg har eg ein assistent som vil hjelpe til med det praktiske rundt intervjuet og som noterer undervegs. Det vert enkel

servering. Intervjua vil verta avvikla i perioden april - juni 2006. Tid og stad må avtalast nærare med den einskilde gruppe.

Resultat vert formidla gjennom mastergradsoppgåva mi, som eg planlegg ferdig vår / sommar 2007. All data skal behandlast konfidensielt og vert sletta etter at prosjektet er avslutta.

Prosjektet skal meldast til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS.

Eg ber med dette om du kan hjelpa til med å velje ut 6 – 10 kandidatar frå Institutt for helsefag, sykepleieutdanningen, til å ta del i dette prosjektet.

Vidare ber eg om at du gir *førespurnad om å ta del i eit forskingsprosjekt – informasjonsskriv og samtykkeerklæring* til dei som seier seg interesserte i å delta. Kan du be dei om å returnere samtykkeerklæringa i vedlagde frankerte konvolutt ? Når eg har fått namn på dei som ynskjer å vera med vil eg ta kontakt og gi nærare informasjon om prosjektet og gjera avtalar som er tilpassa informantane sine muligheiter.

Vonar det let seg gjera at informantar som seier seg villig til å delta i intervjuet får høve til å gjera dette i arbeidstida si.

Ber om at de tar kontakt dersom noko er uklart:

ashild.havneras@hsh.no eller tlf. 53491492 / 90658039

Med venleg helsing frå

Åshild Havnerås
Myraskogen 22
5417 Stord

VEDLEGG 3

Til lærarar ved sykepleieutdanningen /

FØRESPURNAD OM DELTAKING I EIT FORSKINGSPROSJEKT –
INFORMASJONSSKRIV

Eg heiter Åshild Havnerås og studerer for tida sjukepleievitskap ved Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sykepleievitenskap. I den forbindelse er eg no i gang med masteroppgåva mi. Tema for oppgåva er:
Sjukepleieutdanning og sjukepleiedokumentasjon, med særleg vekt på elektronisk dokumentering.

I samband med dette vil eg høyre om du vil delta som informant i prosjektet mitt. Vegleiaren min er førsteamanuensis Frode Fadnes Jacobsen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Sjølv arbeider eg som lærar ved Høgskolen Stord/ Haugesund, sjukepleieutdanninga på Stord.

Bakgrunn for tema i oppgåva er innføring av Elektronisk pasientjournal i helsetenesta, ynskje frå studentar om meir læring knytt til elektroniske dokumentasjonssystem og eigne refleksjonar omkring kva faglege utfordringar elektronisk sjukepleiedokumentasjon kan gi oss i bachelorutdanninga i sjukepleie. Til dette prosjektet treng eg å få dine tankar og meiningar omkring temaet.

Eg ynskjer fagtilsette som arbeider med sjukepleiedokumentasjon gjennom undervisning og/eller gjennom praksisvegleiing av studentar.

Eg nyttar ei kvalitativ tilnærming i prosjektet, der eg vil bruke fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju opnar opp for diskusjon og meningsutveksling i gruppe der ingen svar er rette eller feil. Samlinga vil vare om lag 1 1/2 time og vil bli tatt opp på lydband. Det vert ikkje spurd etter sensitive data. Eg vil leia gruppa. Med meg har eg ein assistent som vil hjelpe til med det praktiske rundt intervjuet og som noterer undervegs. Det vert enkel servering. Intervjua vil verta i perioden april - juni 2006. Tid og stad må avtalast nærare med den einskilde gruppe.

Resultat vert formidla gjennom mastergradsoppgåva mi, som eg planlegg ferdig vår / sommar 2007. All data vil bli behandla konfidensielt og sletta etter at prosjektet er avslutta. Prosjektet skal meldast til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du er interessert i å vera med i dette prosjektet ber eg deg signere vedlagte samtykkeerklæring og returnere den til med i vedlagte konvolutt. Når eg mottar denne vil eg ta kontakt for å gi meir informasjon og avtale tid for intervju.

Å ta del i eit slikt prosjekt er frivillig, du kan trekkje deg utan forklaring kva tid som helst.

Ta gjerne kontakt : ashild.havneras@hsh.no eller på tlf. 53491492

Med vennleg helsing

Åshild Havnerås
Myraskogen, 22,
5417 Stord.

VELEGG 4

SAMTYKKEERKLÆRING VED INNSAMLING OG BRUK AV DATA TIL FORSKINGSFORMÅL.

Eg seier meg med dette villig til å ta del i prosjektet med temaet:
Sjukepleieutdanning og sjukepleiedokumentasjon, med særleg vekt på elektronisk dokumentering.

Eg ha motteke og lese skriftleg informasjon om prosjektet. Vidare er eg også kjent med at prosjektdeltakinga er frivillig og at eg undervegs i prosjektet kan trekkje meg utan å måtte oppgi grunn for dette.

Namn:

E-post adr.....

Tlf.nr.:

Stad Dato

Underskrift

VEDLEGG 5

INTERVJUGUIDE:

INTRODUKSJONSSPØRSMÅL:

Ynskjer å få fram kva bakgrunn den enkelte informant har og vil spørje om:

- kor lenge ein har vore sjukepleiar/ evt. anna helsefagleg bakgrunn og kva ein har arbeidd med klinisk.
- kor lenge ein har arbeidd i sjukepleieutdanninga og kva fagområde som har vore og er sentrale for den enkelte.

OVERGANGSSPØRSMÅL:

Kva umiddelbare tankar har ein når ein høyrer omgrepet elektronisk sjukepleiedokumentasjon/ EPJ ?

Kva erfaring har den enkelte i gruppa med elektronisk sjukepleiedokumentasjon ?

- gjennom eige arbeid (eigen klinisk praksis, undervisning, fagutvikling / forskning)
- gjennom erfaringar frå vegleiing av studentar i praksis
- gjennom kursdeltaking i elektronisk sjukepleiedokumentasjon
- I kva grad underviser sjukepleieutdanninga i elektronisk dokumentasjonsarbeid ?

NØKKELSPØRSMÅL:

I kva grad drøftar ein innføring og bruk av elektronisk sjukepleiedokumentasjon internt blant lærarkollegiet ?

I kva grad drøftar ein temaet i andre fora ? (fellesmøter med andre sjukepleieutdanningar, i NSF)

I kva grad drøftar ein temaet med studentane i utdanninga ?

Dersom ein har slike drøftingar kva er det ein er opptatt av i drøftinga, kva er det som vert vektlagt, evt. kva er utgangspunktet for slike drøftingar ?

Har lovverk og politiske føringar vore sentrale i desse drøftingane / diskusjonane ?

- I tilfelle i kva samanheng har ein trekt desse inn ?

Kva opplever de at elektronisk dokumentering kan bidra med i høve til faget og for praksis ?

- Kva er det studentane refererer til som positiv / eigen erfaringar / eigne tankar ein har her?
 - Trekk gjerne fram konkrete typar positive kommentarar studentane kjem med.

Er det noko ein sjølv erfarer eller gjennom studentane si erfaring ein ser at kan skape utfordringar i høve til elektronisk dokumentasjon ? (praktiske vanskar, IKT – kunnskapsmessige, sjukepleiefaglege utfordringar)

- Trekk gjerne fram konkrete typar spørsmål, innvendingar, vanskar studentane og de sjølve har.

Her kan det vera aktuelt å trekkje inn omgrepa *sjukepleie og standardisering* dersom ikkje gruppa sjølv har tankar og meiningar omkring dette med faglege utfordringar.

Er det noko i faget / i praksis som blir tydelegare ved gjennomføring av bruk av elektronisk sjukepleiedokumentasjon? Har det skjedd noko endring i vektlegging av områder i faget ?

- i pasientsituasjonen ?

Gjennom intervjuet kan det komma fram at informantane opplever faglege utfordringar / forskjell / endringar som det vil då vera naturleg å fylgje dette opp ved å stille spørsmål om ein har tankar omkring korleis ein i sjukepleieutdanninga kan imøtekomma dette.

Spørje etter kva informantane opplever som sentrale og viktige områder som utdanninga bør ivareta spesielt ut frå dei erfaringar ein til no sit inne med.

AVSLUTTANDE SPØRSMÅL:

Her vil det vera naturleg å oppsummere det eg umiddelbart har fått ut av samtalen i gruppa og be om å få tilbakemelding på mi forståing av dette.

Eg vil be om oppklarande kommentarar og om informantane har noko dei ynskjer å tilføye. Dersom eg ikkje får nokon nye innspel og dersom det ikkje har komme fram under samtalen i gruppa vil eg avslutte med spørsmål om **korleis opplever informantane aktualiteten i temaet ?**