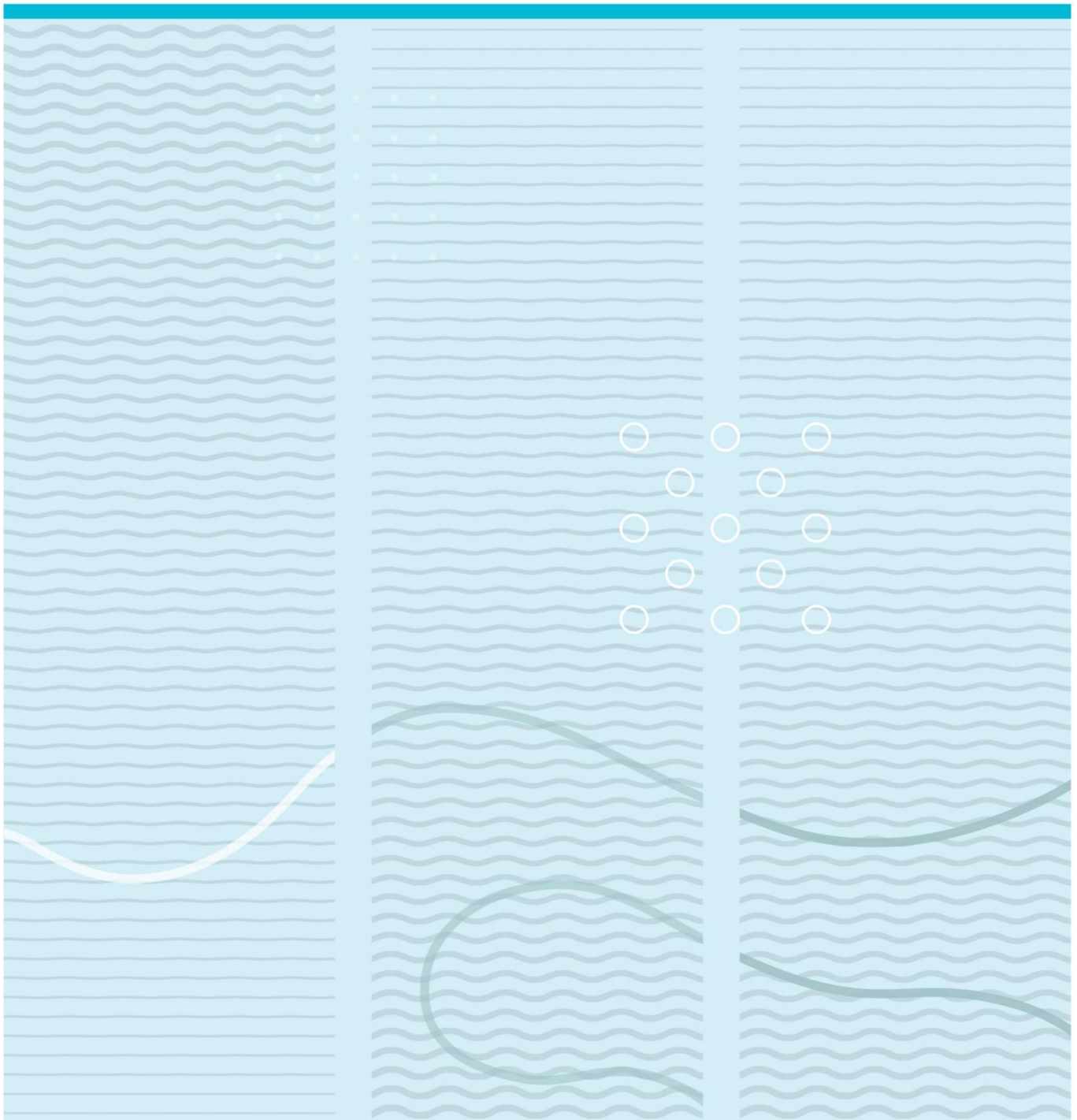


Line Ek Andreassen

«MEWS – et bevisstgjørende og trygghetsskapende verktøy»

Sykepleieres erfaringer med implementering og bruk av MEWS-kartleggingsverktøy i hjemmetjenesten



Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2017 Line Ek Andreassen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Tittel og undertittel:

«**MEWS - et bevisstgjørende og trygghetsskapende verktøy**»

Sykepleieres erfaringer med implementering og bruk av MEWS-kartleggingsverktøy i hjemmetjenesten.

Bakgrunn:

Stadig flere eldre ønsker å bo hjemme lenger med bistand fra hjemmebaserte tjenester. Kravet til kompetanse og forståelse for den geriatriske pasientens kompleksitet er derfor et viktig utviklingsområde i hjemmetjenesten. Kartleggingsverktøyet MEWS kan bidra til å gi de ansatte økt kunnskap om målrettede tiltak og således gjøre dem i stand til å handle raskt og effektivt og gi nødvendig helsehjelp til den hjemmeboende geriatriske pasienten.

Hensikt:

Hensikten med denne studien er å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmetjenesten har med implementering og bruk av MEWS-kartleggingsverktøy som en del av sin observasjon rundt hjemmeboende eldre med risiko for akutt sykdom.

Teoretisk forankring:

Studien er forankret i en hermeneutisk vitenskapstradisjon med et kritisk hermeneutisk teorigrunnlag. Studien inneholder teori om kompetanseutvikling, implementeringsteori og bruk av systematisk kartleggingsverktøy i spesialist- og primærhelsetjenesten.

Metode:

Studien er en kvalitativ undersøkelse basert på semistrukturerte fokusgruppeintervjuer av sykepleiere i hjemmetjenester. Analyse av data ble gjort som en kvalitativ innholdsanalyse med fokus på både manifest og latent innhold, samt en samhandlingsanalyse.

Resultat:

Sykepleierne sier at MEWS-kartlegging gir trygghet ved å avklare roller og ansvar. MEWS er en veileder for vurdering av pasienten og kommunikasjon mellom samarbeidspartnere. Implementeringen av MEWS avhenger av engasjerte ildsjeler og ledere. Ledelsesforankring er en viktig fremmede faktor for implementeringen. Sykepleierne beskriver MEWS som et brukervennlig og nyttig verktøy. MEWS er enkelt å lære, enkelt å lære bort, tar kort tid å gjennomføre og sykepleierne ser nytteverdien da de får respons på kartlegginger som er gjort. Nødvendig utstyr til alle er en forutsetning, det virker hemmende på implementeringen om ikke utstyr er tilgjengelig. Sykepleierne sier MEWS er med på å fremme deres bevissthet knyttet til egen kompetanse og forståelse omkring egen profesjonalitet. Sykepleierne får oppfrisket sine kunnskaper gjennom kurs og får bedre erfaring og kompetanse til å observere og kartlegge den geriatriske pasienten som mottar hjemmebaserte tjenester.

Konklusjon:

Bruken av MEWS fører til økt bevissthet knyttet til ansvar og egen kompetanse, er brukervennlig og trygghetsskapende og forutsetter ledelsesforankring.

Nøkkelord:

MEWS, Modified early warning score, implementering, kartlegging, hjemmesykepleie, geriatri.

Abstract

Title and subtitle:

“MEWS – increase consciousness and build confidence”

Nurses’ experience with implementation of MEWS mapping tool and use of mapping in the homecare services.

Background:

More and more elderly people want to stay home longer with assistance from homecare services. The requirement for competence and understanding of the geriatric patient's complexity is therefore an important development area in the homecare services. The MEWS mapping tool can help nurses increase knowledge about targeted measures, enabling them to act quickly and efficiently and provide necessary healthcare to the geriatric patient.

Purpose:

The purpose of this study is to find out what experiences nurses in the homecare service have with implementing and using MEWS mapping tools as part of their observation of geriatric patients at risk of acute illness.

Theoretical framework:

The study is rooted in a hermeneutical science tradition with a critical hermeneutic theory foundation. The study contains theory of competence development, implementation theory and the use of systematic mapping tools in the specialist and primary health services.

Method:

This study is a qualitative survey based on semistructured focus group interviews by nurses in homecare services. Data analysis was done as a qualitative content analysis focusing on both manifest and latent content, as well as a collaborative analysis.

Results:

Nurses say that MEWS mapping tool provides safety by clarifying roles and responsibilities. MEWS is a supervisor for patient assessment and communication. The implementation of MEWS depends on committed enthusiasts, and anchoring in management is an important promotional factor for implementation. Nurses describe MEWS as a user-friendly and useful tool. MEWS is easy to learn and takes a short time to complete. The nurses see utility as they get responds to surveys that’s done. Necessary equipment for all is a prerequisite; it impedes the implementation if no equipment is available. Nurses say MEWS helps to promote their awareness of their own expertise and understanding of their own professionalism. Nurses get refreshed their knowledge through courses and gain better experience and expertise to observe and map the geriatric patient who receives homecare services.

Conclusion:

The use of MEWS mapping tool leads to increased awareness of responsibility and confidence-building. It is user-friendly and management anchorage is required.

Key words:

MEWS, Modified early warning score, implementation, mapping, homecare, geriatric patient.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	6
Forord	9
1.0 Innledning	11
1.1 Bakgrunn for studien	11
2.0 Hensikt og problemstilling	13
2.1 Problemstilling	13
2.2 Begrepsavklaringer	13
2.3 Oppgavens avgrensing og oppbygging	15
3.0 Teori og tidligere forskning	16
3.1 Litteratursøk.....	16
3.2 Tidligere forskning	16
3.2.1 Bruk av MEWS i spesialisthelsetjenesten:	16
3.2.2 Bruk av MEWS i kommunehelsetjenesten:	18
3.2.3 Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet.....	20
3.2.4 Kompetanseutvikling	23
3.2.5 Implementering	24
3.2.6 Systematisk kartlegging, Alert og MEWS.....	26
3.2.7 Hvordan bruke MEWS-kortet	29
4.0 Design og Metode	30
4.1 Kvalitativ metode.....	30
4.2 Vitenskapsteori	30
4.2.1 Hermeneutikk	31
4.2.2 Kritisk hermeneutikk	31
4.3 Etiske vurderinger.....	32
4.3.1 Datasikkerhet og godkjenning	32
4.3.2 Troverdighet i kvalitativ forskning	33
4.3.3 Informanter.....	35
4.4 Datakilde – fokusgruppeintervjuer	35
4.5 Utvalg	37

4.6	Utforming av intervjuguiden	38
4.7	Gjennomføring av intervju	38
4.8	Transkribering	39
4.9	Min egen forforståelse og bakgrunn	39
4.10	Analysen	40
4.10.1	Kvalitativ innholdsanalyse	40
4.10.2	Veien fra transkribering til analyse	41
4.10.3	Samhandlingsanalyse.....	44
5.0	Resultater	47
5.1	MEWS - et verktøy som fremmer samhandling, trygghet og avklaring av ansvar	48
5.1.1	MEWS-kartlegging gir trygghet	48
5.1.2	Avklaring av ansvar og roller	49
5.1.3	Kommunikasjon - en viktig faktor for samarbeidet.....	51
5.1.4	Ildsjeler - en viktig og nødvendig ressurs	52
5.1.5	Implementering forutsetter ledelsesforankring og rutiner	53
5.2	MEWS - et nyttig og brukervennlig verktøy	54
5.2.1	Utstyr er en forutsetning for MEWS-kartlegging	55
5.2.2	Tid - tidsklemma som hemmende faktor	56
5.2.3	MEWS er nyttig og enkelt å bruke	57
5.3	MEWS - fremmer sykepleiernes bevissthet knyttet til egen kompetanse ...	58
5.3.1	Innsikt og ny forståelse rundt egen kompetanse og profesjonalitet	59
5.3.2	Kompetanse til å møte pasientenes behov	60
5.4	Oppsummering av resultater	61
6.0	Diskusjon	63
6.1	Metodediskusjon	63
6.1.1	Antall informanter	63
6.1.2	Utvalget	64
6.1.3	Bruk av assistent under intervjuene	64
6.1.4	Studiens troverdighet	64
6.1.5	Studiens pålitelighet	65
6.1.6	Studiens overførbarhet	65

6.1.7	Kritikk til metoden	66
6.2	Resultatdiskusjon.....	66
6.2.1	Implementering	66
6.2.2	Fremmende og hemmende faktorer for implementering	74
6.2.3	Bruk av MEWS-kartlegging.....	78
6.3	Oppsummering	81
7.0	Avslutning.....	83
7.1	Implikasjoner for praksis	83
7.1.1	Profesjonaliteten – blir satt i spill	83
7.1.2	Økonomiske påvirkninger	84
7.1.3	“Evighetsprosjekter”	84
7.1.4	Følgforskning i kommunehelsetjenesten	85
7.2	Forslag til videre forskning.....	85
7.3	Konklusjon.....	86

Oversikt over figurer, tabeller og vedlegg:

Figur 1 – Kunnskapskilder som inngår i kunnskapsbasert praksis.....	24
Figur 2 – Kjede av tiltak for systematisk kartlegging.....	27
Tabell 1 - Oversikt over meningsbærende enheter og kondenserte meningsbærende enheter.....	42
Tabell 2- Oversikt over sub-tema, koder og tilhørende kategorier	43
Tabell 3 - Skjematisk oversikt over tema, kategorier og koder.	47
Vedlegg 1 – MEWS-kort	92
Vedlegg 2 – PARiSH framework	93
Vedlegg 3- Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	94
Vedlegg 4 – Intervjuguide	97
Vedlegg 5 – 12 spørsmål til samhandlingsanalysen	98
Vedlegg 6 – NSD, kvittering for meldeskjema.....	99

Forord

Etter fire år med intens aktivitet og hektiske hverdager er det et lite antiklimaks å nå levere inn for siste gang. I fire år har jeg lest, undersøkt, tenkt, skrevet og diskutert alene og med studievenninner og andre rundt meg som har ønsket å høre på. Nå kulminerer alt dette inn i denne siste oppgaven. Det er litt vemodig og ikke lenger få møte likesinnede i kantina på HSN over en kaffe og morgenprat og ikke lenger være i studentrollen. Det skal likevel bli godt med en pause fra tidsfrister, skrivearbeid utpå sene kvelden og å ordne med avspaseringer fra jobb for å rekke undervisninger og veiledninger. Det skal bli fint å få dele kunnskapen jeg har fått. Jeg gleder meg til å fortsette å dele det jeg har lært gjennom disse fire årene. For meg er denne oppgaven et lite, men viktig bidrag til kompetanseutvikling i primærhelsetjenesten. Jeg håper jeg kan bidra til å gjøre kommunehelsetjenesten enda bedre ved å dele den kunnskapen studien har gitt meg. Slik at det blir en enda bedre tjeneste for de som jobber der og for de som mottar den.

Jeg vil takke to svært kunnskapsrike og tålmodige veiledere Heidi Ormstad og Bjørg Landmark for uvurderlig hjelp og støtte med denne oppgaven. Jeg vil også takke familie, venner og arbeidskollegaer som har vært heiagjeng og god motivasjon for å komme til mål. En spesiell takk til mine studievenninner som har vært gode sparringspartnere og oppmuntringsråd gjennom fire år og som også er blitt mine venner.

Drammen 10. September 2017.

Line Ek Andreassen.

1.0 Innledning

Antallet eldre i Norge øker for hvert år og gruppen eldre har stadig flere komplekst sammensatte helseutfordringer. Den geriatriske pasienten kjennetegnes ikke nødvendigvis av alder, men av kompleksiteten av helseproblemene. Pasientens multisykelighet, skrøpeligheit og atypiske symptomer har betydning for en helhetlig tilnærming (Wyller, 2011, s. 17).

Kommunehelsetjenesten opplever utfordringer i forhold til å gi nødvendig helsehjelp og riktig pleie til denne pasientgruppen. Utfordringene handler om å gi lik tilgang til gode likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av personlig økonomi eller hvor pasientene bor (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009, s. 14). Implementering av MEWS-kartlegging i hjemmetjenesten skal være med på å hjelpe sykepleieren til å ta de riktige avgjørelsene når vedkommende står overfor den multisyke geriatriske pasienten med akutt sykdom og funksjonssvikt.

Denne masteroppgaven har til hensikt å generere kunnskap om sykepleieres erfaringer med implementering og bruk av MEWS-kartlegging i hjemmetjenesten. Gjennom semistrukturerte fokusgruppeintervjuer har sykepleiere i ulike hjemmetjenester delt erfaringer omkring dette temaet, som senere er blitt analysert. Deres erfaringer kan gi en bedre oversikt over hva som fremmer og hemmer implementering av dette verktøyet og i hvilken grad de erfarer at bruken av MEWS-kartlegging hjelper dem i arbeidshverdagen i møte med hjemmeboende geriatriske pasienter.

1.1 Bakgrunn for studien

Samhandlingsreformen kom i 2009 og gav nye føringer for helse- og omsorgssektoren, deriblant kommunehelsetjenesten. Pasienten skal få riktig behandling på rett sted og til rett tid (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009). Tall fra SSB viser at i 2016 mottok over 355 000 personer kommunale omsorgstjenester, hjemme eller på institusjon (SSB, 1017). Bistandsbehovet er størst blant de yngste og de eldste i befolkningen. I 2009 ble det fattet 189 694 vedtak om hjemmetjenester mens det i 2016 var oppe i 223 780, dette er en vekst på 18 % (SSB, 1017).

Eldre har stadig bedre helse og flere ønsker å bo hjemme lenger. På bakgrunn av dette øker kravet til hjemmebaserte tjenester. Dette fordrer at helsepersonell som er nærmest pasienten har den kunnskap og kompetanse som trengs for å kunne ta riktige avgjørelser for den enkelte. Kortere liggetid på sykehuset og dårligere pasienter gjør at kommunehelsetjenesten gir avansert medisinsk behandling hjemme hos pasienten (NOU 2015:17, 2015, s. 127). Dette er i tråd med brukernes ønsker og sentrale føringer. Det er viktig med behandling på rett omsorgsnivå for å sikre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene i kommunen. I stortingsmelding 26 (2014-2015) blir dagens utfordringer i kommunehelsetjenesten skissert. Kommunene må oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner og gjøres i stand til å gjennomføre mer forebygging, tidligere innsats, gi flere tjenester nær brukeren og levere flere tjenester i kommunen. Kompetanse i hjemmetjenesten blir trukket frem som et viktig eksempel. Brukerne av hjemmetjenester er i dag mer komplekse og har større helseutfordringer enn før. Hos mange eldre vil symptomene ved akutt sykdom være atypiske og dette vanskeliggjør diagnostiseringen (Wyller, 2011, s. 45-46). En grundig undersøkelse, samt å se alle kliniske funn i sammenheng med pasientens helsetilstand blir viktig. Tap av funksjonssvikt hos geriatriske pasienter kan mistolkes som et rent pleieproblem uten at underliggende sykdom blir oppdaget og behandlet (Wyller, 2011, s. 46-47). Det er derfor behov for en mer avansert kommunehelsetjeneste. Økt kompetanse i hjemmetjenesten vil gjøre sykepleiere i stand til å fange opp tegn på funksjonssvikt på et tidligere tidspunkt, slik at flere sykehusinnleggelses kan forhindres (Meld. St. 26 (2014-2015), 2015, s. 58-69).

Kravet til kompetanse og forståelse for den geriatriske pasientens kompleksitet er derfor et viktig utviklingsområde i hjemmetjenesten. Helsepersonellovens forsvarlighetskrav i form av faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp støtter dette området (Helsepersonelloven, 2017). Kartleggingsverktøyet MEWS kan bidra til å gi de ansatte økt kunnskap om målrettede tiltak og således gjøre dem i stand til å handle raskt og effektivt og gi nødvendig helsehjelp til den hjemmeboende geriatriske pasienten.

2.0 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet MEWS i hjemmetjenesten som en del av observasjoner rundt hjemmeboende eldre med risiko for akutt sykdom. Studien skal også få frem kunnskap om sykepleieres erfaringer rundt implementering av et slikt verktøy og hva som kan fremme og hemme implementeringen.

2.1 Problemstilling

I denne studien vil det arbeides med å besvare følgende problemstilling:

«Hva er sykepleiere i hjemmesykepleien sin erfaring med implementering og bruk av MEWS-kartleggingsverktøy, som en del av observasjoner rundt hjemmeboende eldre med risiko for akutt sykdom?»

Problemstillingen er grunnlaget for disse forskningsspørsmålene som det er ønskelig at studien skal gi svar på:

1. Hvilke erfaringer har sykepleiere med implementering av MEWS-kartlegging i hjemmetjenesten rettet mot den geriatriske pasienten?
2. Hvilke faktorer erfarer sykepleierne er fremmende og hemmende for implementering av dette verktøyet?
3. Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av MEWS-kartlegging av hjemmeboende eldre med risiko for akutt sykdom?

2.2 Begrepsavklaringer

Hjemmetjeneste:

Hjemmesykepleie er kommunenes største helsetjeneste målt i personellressurser. Hjemmetjenesten har døgkontinuerlig drift og består blant annet av hjemmesykepleie, praktisk bistand, trygghetsalarmer, matombringing og dagaktivitetstilbud. Pasienter får helsehjelp og omsorg i eget hjem. Det gis også avansert medisinsk oppfølging i hjemmet i samarbeid med øvrige ø-hjelpstjenester i kommunene og sykehusene (NOU 2015:17, 2015, s. 128).

Den geriatrike pasienten:

Wyller (2017) definerer den geriatrike pasienten som skrøpelig, multisyk med stor komorbiditet. Disse pasientene har behov for en helhetlig tverrfaglig tilnærming. De fleste geriatrike pasienter er over 65 år, men det er ikke primært alder som definerer den geriatrike pasienten, men kompleksiteten av helseproblemene (Wyller, 2011, s. 18).

Alert og MEWS-kartlegging:

Alert står for Acute Life-threatening Events Recognition and Treatment og er et undervisningskonsept bestående av en faglig teoretisk del og praktisk øvelse gjennom casearbeid. Hovedfokuset er å få kunnskap om et system som gir strukturert og prioritert symptombehandling til pasienten (Smith, 2003). En viktig del av kurset er å få kunnskap om Modified Early Warning Score (MEWS) og lære å bruke MEWS-kortet se Vedlegg 1. MEWS er et systematisk kartleggingsverktøy hvor hensikten er å identifisere pasientens kliniske forverring på et tidlig tidspunkt slik at behandling kan igangsettes (Granaas, Vatn, & Lund, 2016, s. 54). De siste årene har Alert blitt byttet ut med ProAct. Det er samme konsept men ProAct har utviklet en egen versjon som er tilpasset kommunene. I denne oppgaven brukes begrepet Alert. Begrepet ProAct blir ikke brukt i denne oppgaven da ingen av hjemmetjenestene som var med i studien har konvertert til dette ennå.

Fremmende og hemmende faktorer:

Det er vanskelig å finne en formell definisjon, men i denne studien defineres en fremmende faktor det som erfares som positivt i implementeringen og i bruken av MEWS-kartleggingen. Det handler om hvilke faktorer sykepleierne i intervjuene trekker frem med positivt fortegn og som de mener kan gjøre implementeringsarbeidet enklere. En hemmende faktor defineres i denne studien som det sykepleierne i intervjuene erfarer som utfordrende for implementeringen, det vil si faktorer som erfares som negative og til hinder for full implementering og bruk av MEWS-kartlegging.

2.3 Oppgavens avgrensning og oppbygging

I kapittel 3.0 blir teoretisk referanseramme og tidligere forskning presentert. Herunder bruk av MEWS i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Kapittel 4.0 omhandler vitenskapsteori, design og metoden og innhenting av data. Innhenting av data er avgrenset til sykepleiere som jobber i hjemmetjenester i tre kommuner på Østlandet. I kapittel 4.8 blir en kvalitativ innholdsanalyse beskrevet før resultatene av funnene blir presentert i kapittel 5.0. Resultatene blir diskutert i kapittel 6.0 og er delt opp i en metodediskusjon og en resultatdiskusjon. Avslutningen og konklusjon blir beskrevet i kapittel 7.0.

3.0 Teori og tidligere forskning

Først vil relevant forskning fra praksisfeltet bli presentert. Deretter vil teorigrunnlaget bli gjort rede for. Videre vil teori knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet, kunnskapsutvikling, implementeringsteori og systematisk kartlegging bli presentert.

3.1 Litteratursøk

Litteratursøk ble gjort i aktuelle databaser som blant annet Pubmed, Medline, Ageline, Cinahl, EBSCOhost, Helsebiblioteket og SweMed+ med søkeordene; «primary care», «home health services», «modified early warning score», «geriatric» «elderly/old age», «municipal», «Alert» og «MEWS» i ulike kombinasjoner. Disse søkene ga få eller ingen treff i forhold til forskning direkte på MEWS-kartlegging av eldre eller eldre geriatriske pasienter i hjemmetjenesten. Derimot er det treff på MEWS-kartlegging av denne pasientgruppen i sykehjem og MEWS-kartlegging av denne pasientgruppen i sykehus.

3.2 Tidligere forskning

Det er ingen kjente studier som tar for seg MEWS-kartlegging av geriatriske pasienter i hjemmetjenesten. MEWS-kartlegging er godt beskrevet fra sykehusverdenen og noe av dette vil bli presentert her. Antall studier som viser bruk av kartleggingsverktøy utenfor spesialisthelsetjenesten har vist seg å være begrenset. Det er økende interesse for pasientsikkerhetsarbeid i primærhelsetjenesten, men spesialisthelsetjenesten har vært opptatt av pasientsikkerhet og medisinske avvik i langt større grad over flere år (Bondevik, Hofoss, Hansen, & Deilkås, 2014, s. 132)

3.2.1 Bruk av MEWS i spesialisthelsetjenesten:

Flere studier tar opp generell bruk av MEWS i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell på sykehus kan oppdage pasientforverring tidligere ved å bruke kartleggingsverktøy, som for eksempel MEWS-kartlegging (van Galen et al., 2016, s. 2). For å forhindre at pasienten må flyttes fra sengepost til intensivavdeling er det viktig å oppdage pasientens forverring og gi rett behandling så tidlig som mulig. Dette kan også føre til bedre klinisk utfall for den pasienten det gjelder (van Galen et al., 2016, s. 2). Det er

viktig å ha personale på sengepost som kan utføre systematisk kartlegging for å oppdage forverring. Opplært personell vurderer om pasienten kan bli på sengepost og få behandling der, eller om intensivbehandling er nødvendig. Kartleggingsverktøyet MEWS blir brukt i slike vurderinger av pasienten (van Galen et al., 2016, s. 2). Forskningen på effekten ved bruk av MEWS-kartlegging og andre lignende kartleggingsverktøy viser at rask respons fra opplært personell og systematisk kartlegging kan avdekke fysisk funksjonssvikt på et tidligere tidspunkt, pasienten får adekvat behandling raskere og dødsfall på sykehus kan avverges (Bunkenborg, 2014, s. 93).

En britisk studie avdekket problemer med kommunikasjon mellom leger og sykepleiere som en av årsakene til at pasientenes forverringer ikke ble fanget opp. Vurderinger og behandling ble satt i gang for sent da det ikke var avklart hvem som skulle gjøre hva. Det viste seg også å være vanskelig å få helsepersonell til å gjøre pasientvurderinger da dette ble sett på som en legeoppgave (Cherry & Jones, 2015, s. 817). En svensk studie viste også at mangelfull registrering av vitale parametere var et hovedproblem i sykehusavdelinger (Friden & Andren-Sandberg, 2013, s. 1). I to tilfeller manglet registrering av vitale parametere fullstendig. Feiltolkning av parametere og sykdomstilstanden hos pasienter på grunn av mangelfull kompetanse var også et problem (Friden & Andren-Sandberg, 2013, s. 1). Studien til van Galen et al (2016) underbygger funnene i den svenske studien. Studien viser at bare 1% av MEWS-skåringene som var gjennomført 48 timer før pasientforverring var gjort på riktig måte og 43% av pasientene hadde en kritisk skår som krevde tilsyn av lege (van Galen et al., 2016, s. 10-11). Forsinket behandling, som i verste fall kan føre til behandlingsskader, kan forhindres ved å ha opplært personale som bruker gode standardiserte kartleggingsverktøy på riktig måte (Friden & Andren-Sandberg, 2013, s. 1).

Roney et al. (2015) har gjennomgått 18 artikler i sin litteraturgjennomgang. De ser at MEWS blir anbefalt for å oppdage klinisk forverring hos inneliggende pasienter i sykehus og at verktøyet er i utstrakt bruk, men det er begrensede data og få studier som evaluerer bruken av MEWS. Grundige kliniske observasjoner til rett tid og sykepleierens evne til å be om assistanse er avgjørende for inneliggende pasienters muligheter til

overlevelse på sykehus (Roney et al., 2015, s. 2). Videre viser Roney et al. (2015) i sin litteraturgjennomgang at ved å bruke et MEWS-skåringsverktøy kan noen av problemene med menneskelig svikt løses. Bruk av skåringsverktøy gir standardisert og systematisk tilnærming til hvordan helsepersonell kan oppdage pasienter med risiko for forverring av sin kliniske tilstand. Selv om en rekke sykehus bruker skåringsystemer som MEWS for å løse problemet med tidlig oppdagelse av pasientens kliniske forverring utenfor intensivavdelingen, er det få studier som rapporterer effekten av bruken av disse verktøyene. Det er også få resultater i forhold til evaluering av pasientdødelighet og situasjoner hvor de ikke klarte å redde pasienten opp mot bruken av slike kartleggingsverktøy (Roney et al., 2015, s. 2). Ingen av studiene i litteraturgjennomgangen til Roney et al. (2015) inneholdt informasjon og SIRS-kriteriene (Systematisk Inflammatorisk Respons Syndrom) forbundet med oppdagelse av alvorlig sepsis, selv om dette er et velkjent begrep i akutt- og intensivbehandling (Roney et al., 2015, s. 2). MEWS-kartlegging og annen validert kartlegging på sykehus kan bedre kliniske utfall for pasienter med akutt forverring. Dette krever at validerte og pålitelige kartleggingsverktøy blir implementert i avdelingene (Roney et al., 2015, s. 11).

I litteraturgjennomgang til denne studien finnes det lite kjent informasjon om MEWS-kartlegging til den geriatrike pasienten i spesialisthelsetjenesten. Syke geriatrike pasienter innlagt i akuttmottak har andre utfordringer enn yngre pasienter, spesielt når det kommer til å kartlegge pasientens sykehistorie (Salvi et al., 2007, s. 292-294). Geriatrike pasienter kan ha atypiske symptomer, komorbiditet, polyfarmasi, endret kognitiv funksjon, kommunikasjonsproblemer og endrede fysiologiske parametere. På bakgrunn av disse faktorene krever denne pasientgruppen flere ressurser og mer kompetanse (Salvi et al., 2007, s. 293-294). Det er kjent at eldre pasienter inneliggende på intensivavdelinger har lavere sannsynlighet for langsiktig overlevelse (van Galen et al., 2016, s. 2).

3.2.2 Bruk av MEWS i kommunehelsetjenesten:

Det har de senere årene blitt et økt fokus på pasientsikkerhetsarbeid i primærhelsetjenesten (Bondevik et al., 2014, s. 132), men studier om bruk av validerte

kartleggingsverktøy i primærhelsetjenesten er begrenset. Derfor blir det viktig å overføre kunnskap vedrørende bruk av MEWS i spesialisthelsetjenesten videre til kommunehelsetjenesten.

På generell basis kan det ved å forebygge funksjonssvikt og tidlig identifisere pasientens kliniske helsetilstand og behov for behandlingsnivå forhindre sykehusinnleggelser. Ved riktig bruk av personalressursene blir det mer tilgjengelige ressurser for alle. Ved å styrke tjenestetilbudet med tverrfaglig ambulant behandling der spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider, kan dette bedre koordineringen av pasientens behandlingsnivå og sikre kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene (Meld. St. 26 (2014-2015), 2015, s. 14-18). En studie viser at helsepersonell i pre-hospitale tjenester oftere gjør vurderinger om pasientens videre behandlingsforløp uten å ha all klinisk informasjon om pasienten på forhånd. Vurderingene gjøres også av personell med varierende grad av kompetanse og erfaring (Fullerton, Price, Silvey, Brace, & Perkins, 2012, s. 557). Sykepleiere i hjemmebaserte tjenester er ofte alene om å gjøre kliniske vurderinger av pasienten. MEWS kan derfor være et hjelpemiddel for tidligere identifisering av sykdomsutvikling hos pasienter utenfor sykehus. MEWS viser gjennom konkrete målinger hva som skal igangsettes av tiltak for den enkelte pasienten (Fullerton et al., 2012, s. 557). Selv om validerte kartleggingsverktøy viser seg å ha stor effekt for å avdekke akutt sykdom er ikke det optimale systemet kartlagt ennå (Fullerton et al., 2012, s. 561).

Melberg & Hagen (2016) finner i sin studie at kommunene etter innføring av Samhandlingsreformen har økt innsatsen i hjemmetjenesten, økt bruken av korttidsopphold i institusjonene og økt kompetansen i institusjonene. Kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten fører til høyere pleiebelastning i kommunehelsetjenesten. (Melberg & Hagen, 2016, s. 157). Videre sier Melberg & Hagen (2016) at Samhandlingsreformen førte med seg avtaler om økonomiske overføringer fra kommunene til spesialisthelsetjenesten for utskrivningsklare pasienter som kommunene ikke kan eller har kapasitet til å ta imot. Studien viste at enkelte pasientgrupper, blant annet pasienter med KOLS, hjerneslag eller hoftebrudd som var definert som utskrivningsklare, hadde høyere risiko for reinnleggelser, men at dette ikke

har klar sammenheng med innføringen av Samhandlingsreformen (Melberg & Hagen, 2016, s. 143-158). Disse pasientgruppene har en kjent høyere andel geriatriske pasienter. Kortere liggetid vil føre til at sykere pasienter kommer tidligere hjem fra spesialisthelsetjenesten, med økt fare for reinnleggelse, og økt behov for kompetanse blant helsepersonell til tidlig å oppdage dette (NOU 2015:17, 2015, s. 128-130). Bruk av MEWS i hjemmetjenesten kan derfor bidra til at helsepersonell tidligere oppdager akutt sykdom hos den geriatriske pasienten slik at tiltak kan igangsettes hjemme og eventuelt hindre en innleggelse, eller reinnleggelse i spesialisthelsetjenesten.

3.2.3 Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet

Helse- og omsorgstjenesteloven legger føringer for hvordan kommunehelsetjenesten arbeider med fagutvikling og systematisk kvalitetsarbeid. I § 4-2 står det at kommunene skal sørge for at det arbeides med kvalitetsarbeid og pasient- og brukersikkerhet. Videre i § 8-1 til 8-3 plikter kommunene å bidra til å gi undervisning og praktisk opplæring, sørge for etter- og videreutdanning og medvirke og legge til rette for forskning (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011). Hensikten med dette er at kommunen skal kunne tilby de beste tjenestene av høy kvalitet, samt at helsepersonalet får utviklet sin ekspertise på området. Brasaite et.al (2015) fant i sin reviewstudie at helsepersonell anså rapportering av uheldige hendelser som verdifullt og flertallet indikerte at dette var en viktig del av jobben. Medisinske feil blant leger i sykehus var den mest rapporterte hendelsen (Brasaite, Kaunonen, & Suominen, 2015, s. 46). Det er nødvendig å gi sykepleiere den kunnskapen de trenger om holdninger og ferdigheter omkring pasientsikkerhet for å sikre kvaliteten på pasientomsorgen og redusere morbiditet og dødelighet (Brasaite et al., 2015, s. 30-31). Kommunene har ansvar for det faglige utviklingsarbeidet og det er svært nødvendig for å videreutvikle og opprettholde kvaliteten på de tjenestene som blir gitt. Faglig forsvarlige tjenester forutsetter at kommunene jobber systematisk med utvikling av fag- og praksiskompetanse (Førland, 2014, s. 240). Faglig forsvarlighet handler om anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer samt etiske normer som ansees som god praksis. Dette utvikler seg med endringer og utvikling av ny fagkunnskap, faglige normer og verdioppfatninger og endres i takt med samfunnets tanker og krav om hva som er faglig forsvarlig (Førland,

2014, s. 227). Alert og MEWS-kartlegging er eksempler på slikt kvalitetsarbeid som har til hensikt å øke den faglige og praktiske kompetansen til helsearbeidere i kommunehelsetjenesten.

I januar 2017 kom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Den stiller krav til helse- og omsorgstjenestens arbeid med faglige forsvarlige tjenester, pasient- og brukersikkerhet og at krav i helse- og omsorgstjenesten etterleves. Den legger egne føringer for den som har overordnet ansvar i virksomheten. Blant annet handler det om plikt til å ha oversikt og beskrive hvordan det arbeides med systematisk kvalitetsarbeid og pasient- og brukersikkerhet. Det handler også om å ha oversikt over områder som utgjør risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og områder med behov for vesentlige forbedringer av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

I Stortingsmelding nr.13, Kvalitet og pasientsikkerhet (2016-2017) blir reinnleggelser av eldre presentert som en egen nasjonal kvalitetsindikator. Kvalitetsindikatoren kan si noe om kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og samhandling mellom nivåene. Kvalitetsindikatoren defineres som akutt innleggelse av pasienter over 67 år innen 30 dager etter utskrivelse fra et primæropphold i sykehus (Meld. St. 13 (2016-2017), 2015, s. 43). Rundt 15 prosent av alle eldre reinnlegges etter primæropphold på sykehus innen 30 dager etter utskrivelse. Sannsynlighet for reinnleggelse avhenger av blant annet geografiske forhold og hvilken diagnosegruppe pasienten tilhører. Analyser gjort av Folkehelseinstituttet viste at sannsynligheten for reinnleggelse var lavest i Finnmark og Troms og høyest i storbyer som Oslo, Bergen og Trondheim. Diagnosegruppen som opplever flest reinnleggelser er pasienter med KOLS, hjertesvikt og lungebetennelse, mens lavest forekomst av reinnleggelser var hjerneslag og brudd (Meld. St. 13 (2016-2017), 2015, s. 43-44). Det er mange faktorer som påvirker geografiske forskjeller og forskjell mellom diagnoser. Kommunestørrelse, avstand til sykehus, kvalitet på tjenesten og organisering og samhandling mellom tjenestene er eksempler på påvirkende geografiske faktorer. I forhold til diagnosegrupper vil økende alder, kronisk sykdom og

sårbarhet påvirke graden av reinnleggelser. Dette kan både være et tegn på god og riktig behandling, noen pasienter skal reinnlegges, andre reinnleggelser kunne vært unngått da den kan være en belastning for pasienten, pårørende og helsetjenesten (Meld. St. 13 (2016-2017), 2015, s. 44).

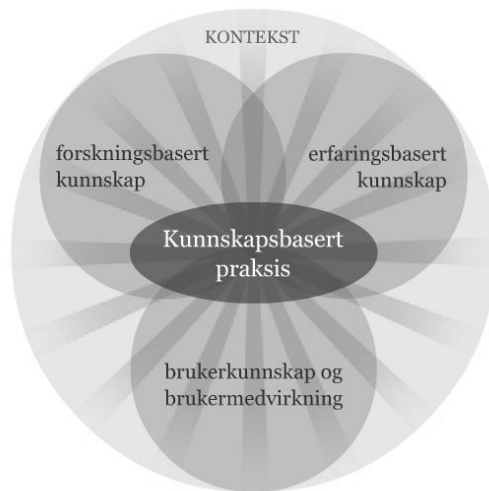
Inntil nylig var pasientsikkerhets mest adressert til spesialisthelsetjenesten og sykehus. Likevel blir en betydelig andel pasienter behandlet i primærhelsetjenesten. Få kjente studier har undersøkt pasientsikkerhetskulturen i primærhelsetjenesten (Verbakel et al., 2014, s. 585). Det er lite forskning og kunnskap om pasientsikkerhet og uønskede hendelser i den kommunale eldreomsorgen (NOU2015:11, 2015, s. 52). Statens helsetilsyn og fylkesmennene gjennomførte derfor et landsomfattende tilsyn i perioden 2009-2012, tilsynet omfattet tjenester til eldre med sammensatte behov. Tilsynet skulle avdekke svikt og uønskede hendelser. Feil i blant annet legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling ble funnet. Årsaken til dette var sammensatt, men kan blant annet knyttes til uklarheter rundt lederansvaret for håndtering av legemidler. De største risikofaktorene for uheldige hendelser var ineffektive omsorgsprosesser, manglende dokumentasjon og dårlig kommunikasjon (NOU2015:11, 2015, s. 52).

For å øke fokuset på kvalitet og pasientsikkerhet i kommune- og spesialisthelsetjenesten ble det fra 2011 til 2013 gjennomført en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Fra 2014 startet et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram som en videreføring av arbeidet med kampanjen. Målet med pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» er å redusere pasientskader, forbedre pasientsikkerhetskulturen og lage varige strukturer for pasientsikkerhet (NOU 2015:17, 2015, s. 56). «I trygge hender 24-7» inneholder flere innsatsområder. For kommunene kaller de det «Pasient- og brukersikker kommune» hvor det er fokusert på blant annet trykksår, riktig legemiddelbruk, samstemming av legemidler, fall og forebygging av underernæring (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016). Hensikten er å sikre vedvarende systematisk arbeid med pasient- og brukersikkerhet i alle ledd, med fokus på blant annet ledelsesforankring, åpenhetskultur, organisatorisk struktur, brukermedvirkning og engasjement hos de ansatte i spesialist- og primærhelsetjenesten (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016).

3.2.4 Kompetanseutvikling

Ideen om at evidensbasert praksis har vært gullstandarden for hva som er profesjonell praksis i sykepleie har eksistert siden introduksjonen til evidensbasert praksis på 90-tallet (Kim, 2006, s. 3). I litteraturen finner vi begrepene evidensbasert medisin, evidensbasert praksis, evidensbasert sykepleie og kunnskapsbasert praksis. På praksisarenaen blir også disse begrepene brukt. Dette refererer til vitenskapelige bevis fra forskningsfeltet, og at praksis er basert på forskning istedenfor sunn fornuft, vaner, uvitenskapelige eksperimentelle metoder, skikker og tro. Evidensbasert- eller kunnskapsbasert praksis ble en reaksjon på gamle tankemåter, både ideologisk men også som et krav om forsvarlig praksis (Kim, 2006, s. 3).

Læring er en kontekstuell og sosial prosess som utvikles i den praktiske yrkesutøvelsen i arbeidshverdagen i kollegafellesskapet (Førland, 2014, s. 234). Kunnskapen må tilpasses situasjon og behov. Den erfaringsbaserte kunnskapen er den praktiske, utøvende og kunnskapsrike «know how», mens den forskningsbaserte kunnskapen handler om boklig, teoretisk og teknisk viten. Begge er nødvendige i utøvelse av praksis sammen med godt faglig skjønn og handlingsklokskap (Førland, 2014, s. 240). Ofte dukker begrepet «best practice» opp i utviklingen av nye rutiner og implementeringsarbeid. Beste praksis avhenger av praktisk erfaring i konkrete situasjoner som bidrar til kloke og skjønnsmessige valg og et godt og sikkert håndlag med pasienten. Det skal være anvendt og anvendbar praksis (Førland, 2014, s. 240). Kunnskapsbasert praksis handler om å bevisst bruke ulike kunnskapskilder i praksis. Figur 1 illustrerer hvilke områder som inngår i en kunnskapsbasert praksis (kunnskapsbasertpraksis.no, 2017).



Figur 1 – Kunnskapskilder som inngår i kunnskapsbasert praksis.

Å jobbe kunnskapsbasert handler om å ta faglige avgjørelser på bakgrunn av systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt kontekst (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 17). Det stilles stadig større krav til etterprøvbare tiltak og effektivitet av tiltak fra helsetjenesten, brukere og samfunnet. For å oppfylle kravet om kvalitet på helsetjenestene er man avhengige av at helsepersonellet jobber på en systematisk og kunnskapsbasert måte og holder seg oppdatert for å kunne gi en tjeneste av god kvalitet med stor troverdighet (Nordtvedt et al., 2012, s. 22).

3.2.5 Implementering

Det finnes mange modeller og studier som skisserer gode forutsetninger for å lykkes med implementeringsarbeid. Likevel skal det ikke sies at det finnes en riktig metode eller modell. Det blir brukt betydelige ressurser til implementering og prosjektutvikling innen helse- og omsorgssektoren som sjelden gir varige resultater (Førland, 2014, s. 240). Det er flere grunner til at virkningen av implementeringen uteblir. Helse- og omsorgssektoren har flere faktorer som påvirker implementering av kvalitetsforbedring og gjør det utfordrende. Helse- og omsorgssektoren er et komplekst system. Det har en historie med utfordrende relasjoner mellom ledere og helsepersonell. Ulike systemer og varierende kvalitet på datasystemer i de forskjellige virksomhetene innefor samme

område og nasjonalt har også vært utfordringer. I tillegg til dette har Helse- og omsorgssektoren en lang tradisjon for omorganiseringer (Førland, 2014, s. 225-240). To studier blir her trukket frem når det snakkes om implementeringsarbeid. Den ene av disse studiene er Powell, Rushmer & Davies (2009) som viser til fem områder som kan påvirke implementeringen. Den andre studien er Kitson, Harvey & McCormack (1998) sitt rammeverk for suksessfull implementering. Powell et al. (2009) trekker frem disse fem områdene som forutsetninger for en vellykket implementering:

- Helsepersonell må ha et engasjement og eierforhold til kunnskapen som skal implementeres.
- Virksomhetens kontekst er viktig slik at den nye kunnskapen kan tilpasses og skreddersys inn i allerede eksisterende systemer.
- Ny kunnskap må være i samsvar med eksisterende mål og visjoner.
- Ledelsen må være aktivt støttende og deltagende i implementeringsarbeidet.
- Implementerings- og forbedringsarbeidet må være av vedvarende karakter og være integrert i organisasjonen.

(Førland, 2014, s. 225-240).

Kitson et al. (1998) sier at suksessfull implementering av forskning i praksis innebærer funksjonen og samspillet mellom tre hovedelementer; graden og arten av forskningen, konteksten eller miljøet forskningen skal implementeres inn i og metoden som blir brukt i implementeringen (Kitson, Harvey, & McCormack, 1998, s. 149). På bakgrunn av dette laget de denne formelen for suksessfull implementering: $SI = f(E, C, F)$, SI (Successful Implementation) = f (function of): E (Evidence), C (Context), F (Facilitation) (Kitson et al., 1998). Suksessfull implementering er lik funksjonen mellom praksis, kontekst og en som driver implementeringen fremover, her kalt «tilrettelegger». Denne formelen er utgangspunktet til det som i dag heter PARIHS-framework, se Vedlegg 2 (Kitson et al., 2008, s. 149-158). De ulike faktorene som påvirker implementeringen blir beskrevet her:

Evidence: Kombinasjonen mellom forskning, klinisk ekspertise og erfaring og pasientens preferanser. På bakgrunn av dette er det en ny rutine eller et nytt verktøy som skal implementeres i virksomheten.

Context: Miljøet eller området hvor endringen eller implementeringen skal finne sted.

Tre hovedelementer påvirker grad av implementering: Kultur, ledelse og rutiner (measurement). Miljøer drevet av oppgaver som ikke gir arbeideren noe, uklare roller og uklar ledelse og fraværende etablerte systemer som måler aktiviteten/utførelsen har færre muligheter til å oppnå suksessfull implementering enn miljøer med det motsatte.

Facilitation: En person, en tilrettelegger, som gjør livssituasjonen enklere for andre.

Rollen som tilrettelegger består av å hjelpe andre til å endre holdninger, vaner, ferdigheter, tankemåter og arbeidsmåter. Vedkommende oppmuntrer andre til å nå sine mål og til handling. Disse elementene er avhengige av hverandre og når de er på plass, vil det kunne oppnås en suksessfull implementering i virksomheten (Kitson et al., 1998, s. 149-158).

Dette er i samsvar med Powell et al (2009) og grunntanken om hva som gir gode forutsetninger for implementering. Det trengs altså evidensbasert kunnskap, den må tilpasses virksomhetens kontekst og det må være en leder som er engasjert og som driver implementeringen fremover.

3.2.6 Systematisk kartlegging, Alert og MEWS

Det er i de senere år kommet mange systematiske kartleggingsverktøy som har til hensikt å identifisere pasientens kliniske forverring på et tidligere tidspunkt (Granaas et al., 2016, s. 54). Forskning i dag viser at inneliggende pasienter kan risikere forsinket og utilstrekkelig behandling. Det er flere grunner til det, men feilaktig tolking og utilstrekkelig måling av vitale parametre og utfordringer i kommunikasjon mellom lege og sykepleier er noen av funnene (Granaas et al., 2016, s. 54). Forskning viser at tegn til forverring av pasientens tilstand vises timer før livstruende hendelser inntreffer. Det er derfor viktig at helsepersonell gjør grundige og nøyaktige målinger til rett tid, i tillegg til å tilkalle hjelp når det er påkrevd. Dette er avgjørende for pasientens muligheter for overlevelse (Roney et al., 2015, s. 2).

Gary Smith (2010) har utarbeidet en modell for å vise kjeden av tiltak som skal til, og hvordan man kan systematisere og strukturere tiltak for å forebygge forverring av pasientens tilstand og forebygge hjertestans på sykehus (Smith, 2010, s. 1209).



Figur 2 – Kjede av tiltak for systematisk kartlegging

(Smith, 2010, s. 1210)

Figur 2 viser de ulike leddene i kjeden. Smith (2010) sier at ingen kjede er sterkere enn det svakeste ledd, og om det skulle være svakheter i denne kjeden vil det forverre pasientens tilstand og føre til kollaps av hele systemet. Hensikten med kjeden er å vise helsepersonell hva som skal til for å jobbe systematisert, vise hvor viktig hvert enkelt ledd er og gjøre det enklere å finne ut av hvor i kjeden det ikke er optimal kunnskap eller kompetanse (Smith, 2010, s. 1209).

Smith (2010) beskriver leddene i kjeden slik: Første ledd i kjeden er **utdanning og kompetanse**. Det handler om å ha kunnskap om hvordan gjenkjenne tegn på forverringer, bruke systematiske kartleggingsverktøy, måle vitale tegn og gjøre observasjoner av pasienten. Andre ledd i kjeden er **monitorering**. Dette handler om evaluering og måling av pasientens vitale tegn. Forskning viser at monitorering skjer i varierende grad og kan være mangelfull. Pasientens respirasjonsfrekvens er oftere mangelfull enn for eksempel blodtrykk og puls. For å forbedre monitoreringen anbefales det å innarbeide en rutine med individuell plan for hvilke vitale parametre som skal måles og hvor ofte hos hver pasient. Tredje ledd i kjeden er **gjenkjennelse**. Det kan være vanskelig å gjenkjenne sykdom og oppdage forverring hos pasientene. Gode oversikter over vitale tegn og bruk at «track and trigger» systemer, som for eksempel MEWS, er viktig for å oppdage forverringer. Fjerde ledd i kjeden er å **be om hjelp**. Det

anbefales for alle sykehus å ha et forståelig og entydig, allment kjent system for tilkalling av hjelp til alvorlig syke pasienter, med kultur for at varsleren ikke blir kritisert når det blir spurt om hjelp. Femte og siste ledd i kjeden er å **respondere**. I mange sykehus er det i dag såkalte RRT – Rapid Response Team (her kjent som for eksempel stansteam eller mobil intensiv). Når pasientens forverring er oppdaget er det nødvendig å oppjustere graden av monitorering og tilkalle rett kompetanse til pasienten slik at riktige tiltak kan igangsettes (Smith, 2010, s. 1210-1211).

Det er samme tanke bak Alert, det vil si hvordan gjenkjenne sykdom og forverring og systematisk sette i gang tiltak. Intensivleger ved Portsmouth Hospital i England, blant annet Gary Smith, laget et lisensbasert undervisningskonsept som heter ALERT™ (Acute Life-threatening Events-, Recognition and Treatment, Alert), basert på disse erfaringene om årsaker til dødsfall på sykehus som kunne vært avverget (Einarson, Jaeger, Melby, & Brudvik, 2011). Alert er et system for tidlig systematisk kartlegging av pasienter med forverret allmenntilstand og akutt sykdom ved bruk av blant annet kartleggingsverktøyet MEWS (Modified Early Warning Score), kommunikasjonsverktøyet ISBAR og gjennomgang av førstehjelp med ABCDE-algoritmen se Vedlegg 1 (Einarson et al., 2011).

MEWS-kartleggingsverktøy har sine begrensninger. Om en av de fysiologiske parameterne ignoreres, ikke fanges opp eller ikke blir rapportert videre kan pasienten fremdeles være en risikopasient med fare for forverring av sykdomstilstanden (Roney et al., 2015, s. 11). Kritikken til MEWS som kartleggingsverktøy har også vært at den kun måler seks vitale parametere og ikke tar hensyn til andre symptomer som klamhet og hudfarge, kvalme, eller smerte. Dette er viktige observasjoner rundt den kritisk syke pasienten (Granaas et al., 2016, s. 57). Det er også få studier som gjør systematisk evaluering av MEWS-kartleggingen, samt at SIRS-kriteriene ikke er med i kartleggingen (Roney et al., 2015, s. 2). Det er viktig å ha opplysninger om pasientens normaltilstand og bruke faglig skjønn og klinisk blick i tillegg til MEWS-kartlegging. Slik kan MEWS være et hjelpemiddel og hindre syensing omkring pasientens helsetilstand i tillegg til at sykepleieren bruker sin faglige vurderingskompetanse (Granaas et al., 2016, s. 57).

3.2.7 Hvordan bruke MEWS-kortet

MEWS, se Vedlegg 1, består av et kort med to sider. Forsiden har et skjema hvor vitale parameter er listet opp på en side og ut fra dem er det et rangeringssystem i en fargeskala. Vitale målinger innenfor normalt referanseområde skårer 0 poeng og er farget grønt. Avvik fra referanseområdet blir skåret fra 1-3 poeng med fargene gult, orange og rødt. Når alle vitale parametere er målt telles poengene opp. Antall poeng gir anbefalinger for videre tiltak; ny måling innenfor gitte timer, kontakt med lege eller behov for akutt hjelp. På baksiden er det listet opp huskelister for ABCDE-algoritmen og ISBAR-algoritmen (et kommunikasjonssystem).

4.0 Design og Metode

I dette kapittelet skal det gjøres rede for studiens metode, datakilde og gjennomføring. Kvalitativ metode blir presentert og detaljer rundt fokusgruppeintervju og transkribering blir beskrevet. Vitenskapsteorien i denne studien bygger på hermeneutikk og et kritisk hermeneutisk teorigrunnlag.

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskning prøver å forstå, beskrive og forklare sosiale fenomener fra innsiden, fra forskningsdeltakernes perspektiv og oppfatninger av sin virkelighet. Fordi det finnes mange perspektiver og oppfatninger av virkeligheten kan forskningen gi oss noen svar, men ikke et allmenngyldig fasitsvar (Nilssen, 2012, s. 25-33). Kvalitativ forskning er en systematisk, strukturert, intuitiv og kreativ prosess hvor det ikke finnes spesielle regler eller oppskrifter på analyseprosessen. Det er viktig å være i dialog og lytte til datamaterialet og være åpen for hva det vil fortelle (Nilssen, 2012, s. 65).

Denne studien har til hensikt å finne ut av hva som er sykepleieres erfaringer med MEWS-kartleggingsskjema, hvordan det er implementert i virksomheten, hemmende og fremmende faktorer for implementeringen og erfaringer knyttet til bruken av MEWS. Kvalitativ metode er valgt på bakgrunn av dette.

4.2 Vitenskapsteori

Hermeneutikk ble valgt som grunnlaget for studiens vitenskapsteoretiske ståsted da kvalitativ analyse handler om å tolke transkribert materiale. Samtale mellom mennesker sees i hermeneutikken på som meningsfulle fenomener. Hermeneutikk handler om fortolkning, både fortolkning av meningsfulle fenomener men også å prøve å redegjøre for hva forståelse er og hva som skal til for å oppnå forståelse (Bondevik & Bostad, 2003, s. 291).

4.2.1 Hermeneutikk

Ordet hermeneutikk kommer fra gresk og betyr i retningen «å bringe til forståelse». Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer var opptatt av at «saken i seg selv» skulle fremtre på egne premisser så langt som mulig. Dette avhenger blant annet av vår innsikt, intuisjon, forforståelse, fordommer og bevissthet (Nilsson, 2007, s. 266-268). En grunn tanke i hermeneutikken er at vi møter verden med en før-forståelse basert på våre forutsetninger (Bondevik & Bostad, 2003, s. 292). Nilsson (2007) sier at bevissthet rundt egen forståelse kan åpne opp for ny forståelse. Å søke meningsforståelsen av et fenomen er den grunnleggende dimensjonen i hermeneutisk metodologi (Nilsson, 2007, s. 266-268). Den hermeneutiske sirkel er også et viktig begrep. Det betegnes som at forforståelsen av noe er i stadig bevegelse mellom helhet og del, det vi skal fortolke og sammenhengen det fortolkes i. De er avhengige av hverandre og påvirker hverandre, hvordan vi fortolker helheten avhenger av hvordan vi fortolker delene og omvendt. Fenomenet som fortolkes er også avhengig av sammenhengen det fortolkes i og omvendt. Det beveger seg altså i en sirkel, eller spiral uten å bli stående på samme sted (Bondevik & Bostad, 2003, s. 294-295).

4.2.2 Kritisk hermeneutikk

Kim (2015) snakker om fem vitenskapsfilosofiske dimensjoner i hermeneutikken; den vitenskapelige, den tekniske, den eksistensielle, den etiske og den estetiske dimensjonen. Hermeneutisk kunnskap gir sykepleieren økt bevissthet og forståelse for pasienten som et unikt eksistensielt individ og kunnskap om å fortolke og beskrive menneskers opplevelse av situasjoner de er i. Videre vil kritisk hermeneutisk kunnskap se på eksisterende systemer og kontekster, makt og dominanser. Sykepleieren vil se på det organisatoriske og sosiale livet med kritisk blick og bli oppmerksom på konflikter i mellommenneskelige relasjoner, i helsetjenesten og i samfunnet generelt (Kim, 2015, s. 153). Dette kommer til nytte når sykepleierne skal fortelle om sine egne erfaringer med implementering av MEWS i hjemmesykepleien. I deres anvendelse av kunnskapsbasert praksis bruker de sin vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse for å kunne bruke relevant kunnskap ut fra situasjon, tolke situasjonen de er i opp mot teoretisk

referanseramme, velge tiltak og utføre handling med utgangspunkt i vitenskapelig kunnskap (Nordtvedt et al., 2012, s. 20).

Stikkordene til kritisk hermeneutisk tenkning vil være kritisk selvrefleksjon og kritikk mot sivilisasjonen. For å få tak i hva som preger den enkelte i samspillet med verden og andre mennesker, som kan ha innvirkning på vår forståelse, må vi finne ut hva som er de ideologiske betingelsene for forståelsen og oppfatningene våre (Bondevik & Bostad, 2003, s. 302). Kritisk hermeneutisk kunnskap har et fortolkende og endringsbasert fokus, bygget på samhandling og kommunikasjon, og setter spørsmål ved eksisterende systemer og kontekster (Gran, 2012, s. 66-69). Å være kritisk til den praksisen som utøves og å sette spørsmålstegn ved organisatoriske barrierer som hindrer sykepleieren i å ivareta pasienten på en god måte er å benytte kritisk hermeneutisk kunnskap (Gran, 2012, s. 66-69).

4.3 Etiske vurderinger

Dette kapittelet tar for seg informasjon om etikken rundt bruk og lagring av data, etikk i forhold til utvalg og troverdighet i kvalitativ forskning.

4.3.1 Datasikkerhet og godkjenning

Informasjonen som kommer frem gjennom intervjuene skal være anonyme. Det betyr at opplysningene om person ikke på noen måte kan bli identifisert verken indirekte eller direkte (Dalland, 2013). Intervjuer som blir gjennomført tas opp som lydfiler. De nasjonale forskningsetiske komiteer (NEM) sier at dersom lydfiler eller tekstfiler skal oversendes eller lagres skal de krypteres (NEM, 2010). Personnavn vil bli anonymisert i transkriberingsprosessen. Lagringsmaterialet sikres forsvarlig for å hindre at sensitive data spres, samt hindre tap av verdifulle data (NEM, 2010). Datamaskinen er derfor passordbeskyttet og lydfiler oppbevares i henhold til retningslinjer for oppbevaring av forskningsdata ved HSN. Alle lydfiler slettes etter at de er transkribert og materialet er ferdig analysert.

Studien ble meldt inn til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) da det ble lagret lydmateriale som kan identifisere informanter i studien. NSD godkjente studien som en

kvalitetsstudie, se kvittering for meldeskjema i Vedlegg 6. Studien er definert som en kvalitetsstudie, og er således ikke meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

4.3.2 Troverdighet i kvalitativ forskning

Virkeligheten kan tolkes i mange retninger og oppfatningen av denne virkeligheten avhenger av subjektiv tolkning. En tekst inneholder alltid mange meninger og det skjer alltid en grad av tolkning når en går inn i en tekst. Dette er et viktig element med tanke på diskusjonen rundt troverdigheten av funn i kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Kvaliteten på kvalitativ forskning avhenger av forskerens innsikt, analytiske ferdigheter og dyktighet gjennom hele forskningsprosessen (Nilssen, 2012, s. 25-33).

For å overbevise om gyldigheten av analytiske valg, resultater og argumenter må de derfor være så tilgjengelige, gjennomskuelige og transparente som mulig. For å få til dette må det ha blitt gjennomført et systematisk arbeid som viser sammenhengen mellom de forskjellige delene av den analytiske prosessen (Halkier, 2010, s. 129). For å styrke troverdigheten må forskeren sørge for at det er en sammenheng mellom hele planen for prosjektet, det empiriske feltet og bearbeidelse og analyse av dataene (Halkier, 2010, s. 127).

Graneheim & Lundman (2004) diskuterer begreper som er viktige for gyldigheten av en studie. I kvantitativ forskningstradisjon er begreper som validitet, reliabilitet og generaliserbarhet mye brukt. I kvalitativ forskning passer ikke disse begrepene like godt fordi kvalitativ forskning er ute etter å finne andre elementer, som erfaringer og opplevelser. Disse er blant annet ikke generaliserbare. I kvalitativ forskning er det av den grunn foreslått å bruke begrepene troverdighet, pålitelighet og overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109).

Denne studien er gjennomført av en masterstudent med lite erfaring om forskning og forskningsprosessen. Kravet til forskerens erfaring og dyktighet blir blant annet trukket

fram med tanke på studiens troverdighet. Ved å legge frem alle fakta fra forskningsprosessen kan den bli så transparent og gjennomsynlig som mulig. Det vil være enklere for lesere å se feilkilder og mulige problemer med denne studien.

4.3.2.1 Troverdighet

Studiens kontekst, informanter, innhenting av data og analyseprosessen påvirker graden av troverdighet. For eksempel vil det å ha en variert gruppe av deltakere øke sannsynligheten for å belyse problemstillingen fra flere kanter. Å velge rett metode og innhente nok data vil være viktig. Studiens kompleksitet og forskningsspørsmålene er styrende for hvilke data som må innhentes. Et viktig punkt for å oppnå troverdighet er å finne de mest passende meningsbærende enhetene. Det vil alltid være en risiko for at noe av meningen kan bli borte i analyseprosessen. Valg av kategorier og tema skal være dekkende for de data som er innhentet og data skal ikke utilsiktet eller systematisk bli utelukket og irrelevant data bli ekskludert (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109-110). Denne studien er en kvalitativ studie med bruk av fokusgruppeintervjuer som metode. Alle intervjuene ble lyttet til flere ganger under transkriberingsprosessen, samt at alle aktuelle meningsbærende enheter ble satt opp i egne skjemaer for bedre oversikt underveis.

4.3.2.2 Pålitelighet

Kvalitativ forskning går over lang tid og innhenting av data kan ha stort omfang og være svært omfattende. Pålitelighet handler om forskerens evne til å være konsekvent med tanke på spørsmål til informantene, være klar over at forskningsprosessen kan endre seg over tid, og vite at intervjuer av mange grupper gir ny innsikt og utvikling hos forskeren og være tydelig på at dette kan ha hatt en innvirkning på forskningen (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Under fokusgruppeintervjuene ble det brukt en semistrukturert intervjuguide, se Vedlegg 4, for å sikre så langt det var mulig at alle informantene fikk snakke om de samme temaene.

4.3.2.3 Overførbarhet

Overførbarhet handler om å overføre funn fra forskningen til andre kontekster. En klar og tydelig beskrivelse av forskningens kontekst, informanter, metode og analyseprosess hjelper leseren med å se overførbarheten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Kvalitative data kan være datamateriale fra forholdsvis små grupper og det kan argumenteres for generaliseringen av at mønstrene i den utvalgte gruppen representerer kategorier i samsvar med den konteksten gruppen utgjør eksempler på (Halkier, 2010, s. 126-131). Utvalget i denne studien er lite og kan ikke generaliseres, det vil være opp til den enkelte leser å se overførbarhet til egen arbeidsplass.

4.3.3 Informanter

Å delta på fokusgruppeintervjuene var frivillig. Det ble laget et informasjonsskriv, se Vedlegg 3, som ble delt ut i forkant av intervjuene sammen med et samtykkeskjema. Informasjonsskrivet ble laget etter retningslinjer fra NSD og inneholdt informasjon om frivillighet, anonymitet, prosjektets formål og hva undersøkelsen skulle brukes til, samt kontaktinformasjon til forfatter og andre medvirkende i undersøkelsen (NSD, 2016). Deltakere kunne trekke seg frem til intervjudagen. Etter at intervjuene ble gjennomført var det ikke lenger mulig å trekke seg fra studien. Informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om dette på forhånd.

4.4 Datakilde – fokusgruppeintervjuer

Fokusgruppeintervjuer egner seg godt til eksplorative undersøkelser. Målet med slike kvalitative forskningsintervjuer er å få frem betydningen av menneskers erfaringer og opplevelser sett fra intervjupersonens side (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 21). Det som kjennetegner en fokusgruppe er kombinasjonene av gruppesamhandlingen og et forskerstyrt emnefokus. Fokusgrupper er egnet til å produsere data om sosiale prosesser som fører til innholdsmessige fortolkninger, belyse normer i gruppers praksis og gi data om mønstre i innholdsmessige betydninger i gruppers beretninger, vurderinger og forhandlinger (Halkier, 2010, s. 10). I denne studien skulle det innhentes opplysninger om erfaringer fra praksisfeltet og erfaringer hos sykepleiere knyttet til ett

bestemt emne. Kvalitative fokusgruppeintervjuer ble derfor valgt som metode for innhenting av data.

En svakhet ved denne studien var at fokusgruppene hadde få deltagere. En av grunnene var begrenset tid til å innhente informanter og intervju dem, samt at informanter avlyste samme dag som intervjuet skulle finne sted. På bakgrunn av dette ble derfor intervjuet med flest informanter (tre informanter) analysert og brukt som bakgrunn for et nytt intervju med fem informanter, inspirert av metoden flerstegsfokusgruppeintervju. Flerstegsfokusgruppeintervjuer sikter mot å utvikle kunnskap som testes mot dens praktiske brukbarhet eller forklarende og begrunnende kraft i praksis, samt sikte mot dybdeforståelse (Hummelvoll, 2010, s. 4). Hummelvoll (2010) sier at flerstegsfokusgrupper ofte benyttes i handlingsorientert forskningsarbeid, som er en form av aksjonsforskningen med et dialogisk og granskende preg. Fokuset i deltakerfokusert forskning er å utvikle kunnskap for handling. Det vil si at fokuset er på lokalt definerte prioriteringer, perspektiver, og sammen med representanter fra felt som forskningen foregår i finne lokal kunnskap og lokale oppfatninger for å frembringe relevant kunnskap (Hummelvoll, 2010, s. 5).

Hensikten med denne metoden er å intervju samme gruppe over flere ganger (Hummelvoll, 2010, s. 6), i dette tilfelle var ikke det mulig å gjennomføre. Inspirasjonen kommer likevel fra å gjennomføre intervjuet med samme spørsmål, men å få dybde i de områdene som den første gruppen var mest interessert i eller å få utdypet spørsmål de ikke besvarte fullt ut. Det første fokusgruppeintervjuet ble derfor transkribert og analysert først for å finne viktige meningsbærende enheter før siste intervju med gruppen på fem ble gjennomført. I innholdsanalysen er alt materialet samlet under ett.

Et fokusgruppeintervju kan ha en gunstig effekt på fellesskapsfølelsen da den enkeltes opplevelser, følelser, erfaringer og vurderinger er referansepunkt for intervjuet og gjør at medarbeiderne kommer tydeligere frem for hverandre (Hummelvoll, 2010, s. 11). Hummelvoll (2010) sier det er en forutsetning at gruppeintervjuet skjer i trygge omgivelser hvor det er en åpen og granskende holdning. Alles erfaringer og synspunkter

skal møtes med interesse. Det er ikke et mål å få en samstemt oppfatning, men å ivareta bredde, variasjon og nyanser (Hummelvoll, 2010, s. 12).

Gjennom intervjuene fungerte undertegnede som moderator. Halkier (2010) sier at en moderator er en profesjonell lytter som skal sørge for at informantene holder seg innenfor forskningsprosjektets temaer, at informantene snakker sammen og har oversikt over gruppens sosiale dynamikk. Halkier (2010) presiserer videre at det er viktig å ha en uformell stemning i fokusgruppen, da blir det enklere for alle å si noe. Lav involveringsgrad er med på å få fokusgruppen til å utfolde seg, mens noe involvering er nødvendig for å holde fokus på temaene og å få så mange forskjellige synspunkter og erfaringer som mulig (Halkier, 2010, s. 56-60).

4.5 Utvalg

Utvalget av informanter til dette prosjektet er ansatte sykepleiere i hjemmetjenester i større kommuner på Østlandet. Informantene var fast ansatt med stillingsbrøk over 60 % og hadde gjennomført opplæring i Alert i løpet av de siste fire årene. Intervju av en pilotgruppe foregikk i egen kommune. Rekrutteringen av informanter gikk via virksomhetsleder i de hjemmetjenestene som ønsket å være med. Virksomhetsledere ble kontaktet og sendte ut informasjon om studien til sine ansatte. De som ønsket å delta tok deretter kontakt med sin virksomhetsleder som så sendte en oversikt over aktuelle informanter tilbake. De aktuelle informantene ble så kontaktet av undertegnede via e-post og telefon for videre informasjon og avtaler, samt tilsendt informasjon om prosjektet via e-post, se Vedlegg 3. De som ønsket det sendte tilbake undertegnet samtykke per post til undertegnede. Det var også mulig å skrive under samtykke på selve intervjudagen.

Det var i utgangspunktet ikke satt noen begrensning i forhold til hvilken rolle den enkelte sykepleier hadde i sin virksomhet. Det var ønskelig at alle hadde en stor grad av pasientkontakt. I hver fokusgruppe var det derfor representert en Alert-instruktør og en fagkoordinator, samt at det i siste gruppe var med en avdelingsleder som ikke gjorde rede for dette før intervjuet var i gang.

4.6 Utforming av intervjuguiden

Forskningsspørsmålene er bakgrunnen for problemstillingen og det som denne studien skal undersøke og finne ut av. Spørsmålene i intervjuguiden baserer seg på dette, se Vedlegg 4. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide i intervjuene. Guiden har hovedtemaer punktvis med forslag til utdypende spørsmål. Under intervjuene ble det lagt opp til en åpen dialog i gruppene for å få diskusjoner omkring de bestemte temaene. Spørsmålene i intervjuguiden skal være til hjelp om gruppen står fast i diskusjonen og for å sikre at man får svar på det som er ønskelig for studien (Halkier, 2010)

Intervjuguiden ble først brukt i pilotintervjuet hvor deltakeren kunne komme med tilbakemelding på om spørsmålene var forståelige og om det var andre spørsmål som var viktige å ha med. Etter revidering av intervjuguiden ble den samme guiden brukt i resten av intervjuene. Selv om en slik guide ble brukt var det også rom for å stille oppfølgingsspørsmål til gruppens temaer. Guiden sørget for en påminnelse til moderator om at alle temaområder ble dekket.

4.7 Gjennomføring av intervju

Alle intervjuene ble gjennomført av undertegnede. Det første fokusgruppeintervjuet var et pilotintervju på egen arbeidsplass. Hensikten med dette intervjuet var å prøve rollen som moderator samt kontrollere at spørsmålene til gruppen ble forstått slik det var tenkt og at de opplevde spørsmålene som mulige å svare på. Dette intervjuet ble transkribert, men er ikke med i analysen av etiske hensyn. Med dette menes at undertegnedes habilitet og relasjon til informantene kan ha påvirket de svarene som ble gitt og gjøre at datamaterialet ikke blir like optimalt som når fokusgruppen ikke kjenner moderator.

Intervju nummer to og tre ble gjennomført i et nøytralt lokale uten tilhørighet til hjemmetjenesten. Intervju nummer fire og fem ble gjennomført på kontorer tilhørende den respektive hjemmetjeneste. I alle intervjuene satt informantene rundt et bord, moderator fikk på denne måten øyekontakt med alle og alle så hverandre. Informantene fikk en kort presentasjon av prosjektet før intervjuene startet. De fikk

også muligheten til å lese informasjon om prosjektet og skrive under samtykkeskjemaet hvis de ikke hadde gjort dette på forhånd. Før intervjuene startet presenterte jeg meg og min rolle som moderator.

Alle intervjuer ble tatt opp med diktafon og overført til PC. Umiddelbart etter transkribering ble alle lydfilene lagret på kryptert minnepenn med kodelås, der minnepinne og kodelås er adskilt. Lydfilene ble så slettet fra diktafon og PC etter at innholdet var analysert.

4.8 Transkribering

Transkribering av data og få data over til skrift er nødvendig for å kunne lage en systematisk analyse (Halkier, 2010, s. 82). Fordelen ved å transkribere selv er mange og er en del av selve analyseprosessen (Nilssen, 2012, s. 47). Alle intervjuer ble transkribert av undertegnede. Transkriberingene er anonymisert i forhold til personnavn og stedsnavn.

I det tale skrives om til tekst gjennomgår språket en fortolkningsprosess som en skal være bevisst på. I en transkripsjon vil det være vanskelig å gjengi det sosiale samspillet som et intervju inneholder og blant annet kroppsspråk, mimikk, toneleie og intonasjon går tapt. Det er viktig å være bevisst hva materialet skal brukes til. Om det er essensielt for analysen å få frem nyanser i språket må dette bli med i transkripsjonen. Hvor detaljert en transkripsjon skal være avhenger av analysen (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 186-187).

I denne studien skulle materialet utforskes med tanke på hva som ble sagt kontra hvordan det ble sagt. Transkriberingen er derfor ikke like detaljert som den bør være for språklige analyser. I samhandlingsanalysen vil noe av gruppens samspill bli belyst.

4.9 Min egen forforståelse og bakgrunn

Fortolkning handler om å forstå mening. Den forforståelsen en person har fra før kan påvirke forståelsen og bør klargjøres for en selv og andre. Da er det enklere å være mer systematisk i sine fortolkninger (Halkier, 2010, s. 91).

Min yrkesbakgrunn startet som pleiemedarbeider på et sykehjem, et første møte med eldreomsorgen og første opplevelsen av ikke å strekke til eller ha god faglig forankring. Etter å ha jobbet som omsorgsarbeider i flere år var jeg ute av helsevesenet en periode for å ta bachelorgrad i tegnspråk og tolking. Det har gitt meg mange erfaringer med å jobbe med språk, oversette og tolke. I denne oppgaven har jeg fått brukt min kunnskap om tolking av språk og tekst. Erfaringen med å ha jobbet med å forstå hva mennesker egentlig sier har vært verdifull. Jeg ble sykepleier i 2012 og har siden jobbet som det i hjemmetjenesten. Det oppleves spesielt og fint å få komme inn i hjemmet til andre, å få lov til å bistå dem der de har sine kjæreste eiendeler, der de føler seg trygge og å få hjelpe de med å leve et verdig liv livet ut i kjente omgivelser. Etter å ha jobbet i kommunehelsetjenesten i mange år ser jeg at fagutvikling stadig blir et viktigere utviklingsområde. Jeg brenner for at kommunehelsetjenesten skal få det faglige løftet det er behov for og at det skal være like høy status å jobbe i kommunene som på spesialavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Jeg tenker at forskning og fagutvikling har en viktig rolle i dette. Spesialisthelsetjenesten har lang forskningstradisjon, det er ingen grunn til at kommunehelsetjenesten ikke skal kunne ha det samme. Denne studien er et ørlite bidrag til det. Det er rimelig å anta at mitt engasjement og min bakgrunn for øvrig kan påvirke hvordan jeg forholder meg til informantene, hvordan det som blir sagt i intervjuer blir tolket og hvordan jeg analyserer og tolker data i denne studien, slik Halkier (2010) beskriver.

4.10 Analysen

Dette kapittelet tar for seg analysen av de transkriberte intervjuene. Kvalitativ innholdsanalyse vil bli beskrevet, samt veien fra transkribert materiale til analyse. Her vil arbeidet med meningskoding og kategorisering bli gjennomgått, samt en beskrivelse av en samhandlingsanalyse.

4.10.1 Kvalitativ innholdsanalyse

Kvalitativ innholdsanalyse passer godt til å analysere de sensitive, mangefasiterte fenomenene og karakteristika i sykepleie (Elo & Kyngäs, 2008, s. 114). Analysen i denne studien er en manifest og latent innholdsanalyse med inspirasjon fra Halkier (2010), Graneheim & Lundman (2004) og Kvale & Brinkmann (2012). Materialet fra intervjuene

ble analysert ved hjelp av koding, kategorisering og begrepsdannelse. Datamaterialet ble tematisert i koder etter det som rent innholdsmessig hørte sammen, deretter ble kodene som hørte sammen kategorisert (Halkier, 2010, s. 84-90). Begrepsdannelse handler om å forholde seg kritisk til egne vurderinger av kategoriseringen av datamaterialet. Ved å sette dem systematisk opp mot hverandre ser man etter temaer, mønstre, gjentakelser, variasjoner, kontraster og motsetninger (Halkier, 2010, s. 90).

Et vanlig spørsmål under analyse av intervjuer er om analysen skal være manifest eller latent. Det åpenbare, selvforklarende og synlige i en tekst er det manifeste innholdet, mens latent innhold handler om det underliggende meningsinnholdet og relasjonelle aspekter i teksten. Både manifest og latent innhold handler om tolking av tekst, men dybden og abstraksjonsnivået er forskjellig (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). I denne analysen var det naturlig først å ha en manifest tilnærming. Etter hvert som analysen ble gjennomført var det naturlig også å se på latent innhold i det analyserte materialet. Manifest og latent innhold vil bli presentert som en sammenhengende helhetlig analyse.

4.10.2 Veien fra transkribering til analyse

Her vil veien fra transkribert materiale til ferdig analyse bli beskrevet. Når alle intervjuene var transkribert ble meningsbærende enheter hentet ut av det transkriberte materialet. Dette heter meningskoding. Deretter ble de delt inn i kondenserte meningsbærende enheter, videre til koder for så å bli kategorisert. Denne prosessen blir beskrevet under.

4.10.2.1 Meningskoding

Koding av det transkriberte materialet foregikk etter inspirasjon fra Graneheim & Lundman (2004). Meningsbærende enheter er ord og setninger som inneholder aspekter relatert til hverandre, innholdet eller konteksten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Meningsbærende enheter ble hentet ut fra de transkriberte intervjuene, satt inn i skjema for så å bli kondensert ned til kondenserte meningsbærende enheter

uten å miste meningsinnholdet. Dette kan ses på som den manifeste delen av analysen, der ønsket er å se hva som kommer opp uten å legge egne tolkinger bak.

Tabell 1, eksempel på skjemaet for hvordan kondensering ble satt opp:

Meningsbærende enhet:	Kondensert meningsbærende enhet:
«jeg føler meg veldig mye mere trygg på at jeg liksom klarer å stå alene som sykepleier og på en måte kunne ta ordentlige vurderinger, for før det var det litt tilfeldig. Jeg ringte til legevakten for jeg skjønnte at her er det noe men liksom, jeg sleit litt med å sette ord på det»	Føler seg trygg i rollen som sykepleier, kan gjøre systematiske vurderinger og å ha et felles språk
«det er veldig nyttig, det er veldig lettvinnt måte å ta å gjøre det ordentlig på. Så behøver du ikke ha all den erfaringen for å ta de målingene og ta den telefonen, da behøver du ikke ha jobba i ti år å ha det kliniske blikket for å gjøre dette, så det kan en nyutdanna klare like bra»	MEWS er nyttig og lettvinnt å gjøre ordentlig, trenger ikke lang erfaring med klinisk blikk, nyutdanna kan klare det
«det var veldig nyttig (kurset), det var veldig greit å ha det der i bakhodet, at man har vært på det kurset. For jeg var ikke så bevisst på akkurat de målingene før det kanskje, jeg burde nok vært det, men jeg var det ikke»	Kurset oppleves som nyttig, bevissthet rundt målinger. Opplevelse av at man burde vært mer bevisst fra før, men var det ikke

Tabell 1 - Oversikt over meningsbærende enheter og kondenserte meningsbærende enheter.

4.10.2.2 Sub-tema og kode

Etter en meningsbærende enhet var kondensert til en mindre enhet ble denne til et sub-tema. Sub-temaet er grunnlaget for koden den skal få. Koden er etiketten til den

meningsbærende enhet og må forstås i en sammenheng med konteksten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107). Kodene fikk i denne analysen en bestemt farge, dette for lettere å skille kodene fra hverandre og få oversikt over hvilke enheter som hører sammen. Når alle koder var farget ble de så kategorisert. Det ble til sammen 11 ulike fargekoder.

Tabell 2, eksempel på hvordan kodene ble fordelt i forskjellige farger:

Sub-tema:	Kode:	Kategori:
Trygghet, observasjon og kommunikasjon	MEWS-kartlegging gir trygghet	Kategori 1: MEWS - et verktøy som fremmer samhandling, trygghet og avklaring av ansvar
Et enkelt verktøy å bruke	Brukervennlig og nyttig	Kategori 2: MEWS - et nyttig og brukervennlig verktøy
Ny bevissthet rundt målinger	Innsikt og ny bevissthet rundt egen kompetanse	Kategori 3: MEWS fremmer sykepleiernes bevissthet knyttet til egen kompetanse

Tabell 2- Oversikt over sub-tema, koder og tilhørende kategorier

4.10.2.3 Kategorisering

Å kategorisere er en kjernefunksjon i kvalitativ innholdsanalyse. En kategori er en gruppe av innhold, som kan sees på som et uttrykk for det manifeste innholdet i teksten. Å lage temaer er en mulighet til å koble sammen den underliggende meningen med de meningsbærende enhetene, kategoriene og kodene på et tolkningsnivå. Kategori kan ses på som det latente innholdet i en tekst. Kondenserte meningsbærende enheter, sub-tema og koder kan passe inn under flere kategorier (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107). Tema og kategorier ble satt sammen i eget skjema, se Tabell 2. På denne måten kommer det klarere frem hva informantene har fremhevet som viktig.

4.10.3 Samhandlingsanalyse

Det var ønskelig å se på samhandlingen i den siste fokusgruppen med fem informanter. Samhandling i seg selv er med på å skape, forhandle og forandre kulturelle og sosiale betydninger i samtalesituasjonen (Halkier, 2010, s. 105-106). Siden siste fokusgruppe var den største og hadde fem informanter er samhandlingsanalysen basert på denne gruppen. Samhandlingsanalysen er inspirert av Halkier (2010) som skisserer 12 spørsmål, etter inspirasjon av Wibeck et al. (2007) se Vedlegg 5. Spørsmålene brukes for å se på samhandlingen i gruppen. Denne analysen tar ikke for seg alle 12 spørsmålene, det er plukket ut to spørsmål som blir sett nærmere på. Følgende spørsmål til materialet fra intervjuet er: Hvilke emner utløste konsensus i gruppen? Hvor fantes det motsetninger i gruppen? (Wibeck, Dahlgren, & Öberg, 2007, s. 252-253). Moderators totale inntrykk av gruppesamhandlingen var at under hele intervjuet opplevdes det stor konsensus i gruppen uansett hvilket tema som kom opp. Det ble ingen store uenigheter mellom informantene. Det var mye latter og god stemning under intervjuet og ved intervjuets slutt var det flere som påpekte at de syntes det var veldig fint å få være med å dele sine erfaringer.

Hvilke emner utløste konsensus i gruppen?

Å ha med seg utstyr ut i bilen var et tema som gav engasjement og diskusjon i gruppen. De opplevde at ikke alle viste hvordan det skulle brukes eller hvor det var. Det var også et problem med nok utstyr til alle som var på vakt. Det var konsensus om at utstyret skulle være med ut i bilen, men denne diskusjonen handlet om utstyret skulle tas med inn etter hver vakt.

...

C: har alle alt utstyret i bilen da?

B: vi har fire sekker, så når du kjører ansvarsvakt så har de med seg en sekk ut, også har de en inne på huset også

D: vi har jo i bilene vi også da

B: det er viktig at de ikke står i bilen tror jeg, ikke hele tiden for det kan bli ødelagt

A: ødelagt utstyr, de tåler ikke kulda

B: så det viktig å heller bare merke det og ha det tilgjengelig så de kan da det med seg ut

D: ja når du står ute i bygda så...

B: ja

A: ja, men du må ta det med

E: viktig at den ikke står i bilen hele tiden

D: men tror det står i bilen hele tiden?

E: Ja, den står i bilen

D: aldri sett at noen har tatt det med seg inn

B: det blir jo ødelagt, så vi tar de med ut og inn på hver vakt

D: ja, det skjer ikke her

C: det er så stor sone og så mye folk så det er...

E: det gjelder å ha system på det

D: vi har jo ikke system på så mye vi da, vi har ikke det

E: vi har ikke det

D: ja, men vi har jo ikke det (latter)

E: vi har nok med å holde hode over vann, og puste...

...

Her går diskusjonen raskt mellom hver deltaker. Alle er deltakende, alle har et innspill. Diskusjonen går over fra å handle om utstyret som skal tas med ut til å handle om systemet og at det oppleves å ikke ha system på ting fordi sykepleieren har nok med sine daglige oppgaver.

Hvor fantes det motsetninger i gruppen?

Dokumentasjon og hvordan og hvor det skulle dokumenteres utløste en diskusjon i gruppa og det ble klart gjennom intervjuet at rutinene ikke var de samme mellom to soner. Motsetningene besto i om det var best å dokumentere på håndholdt PDA som de har med seg ut eller på pc inne på kontoret. Moderator er også aktivt med å stille spørsmål underveis i denne delen av samtalen.

...

Moderator: Dokumenterer dere også på PDAene?

D: ja, ikke alltid hvis det er mye jeg skal skrive så hender det at jeg venter, ja det er mye lettere å skrive på pc-en

C: jeg også, det er så fiklete

(stillhet)

Moderator: Har dere Gerica?

E: ja, jeg skriver som regel målinger eller jeg skriver som regel når jeg er ute, hvis ikke det er sånn veldig.. for da er jeg ferdig med det liksom

C: nei, jeg har alltid igjen det og skriver når jeg kommer inn, mye enklere på en vanlig...

E: vi gjør det på forskjellig måte

E: jeg er bare redd for ikke å ha tid til det, så da er det godt å ha gjort det

Moderator: er det et eget sted dere skriver målingene i Gerica?

E: det er som vanlig journalnotat

C: jeg legger det hvertfall under der

D: sykepleienotat

D: men det finnes jo, skal det ikke være en sånn funksjon i Gerica som du kan få en sånn graf på BT og vekt å...

E: ja

C: det har jeg aldri brukt (sier dette med høy stemme)

A: Det skal finnes, men jeg tror ikke den er helt oppe å går her nå, men en annen sone tror jeg har klart å få den og bruker den aktivt, og det er jo blitt lovt et års tid (av IKT) at vi skal få det

D: ja de (IKT) sa at de skulle få det oppe å gå men, det tar vel litt tid kanskje

A: mm

A: vi ønsker oss det, vi har ønsket oss det lenge å få den

D: ja det hadde vært greit

...

Det er ikke konsensus hvor dokumentasjon av målinger skal skrives i dokumentasjonssystemet. Deltaker B jobber i sone 1 og er ikke med i denne diskusjonen. A er leder i sone 1 og kommer med kommentar på at de venter på et system som skal gjøre dokumentasjonen enklere. C, D og E jobber i sone 2 og har ikke samme rutine for dokumentasjonen internt i sonen. Det er en spenning i gruppa, informantene lener seg over bordet, en kommer med et utrop og alle er engasjerte i dette temaet.

5.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultater fra analysen av intervjuene. Alle intervjuene blir sett under ett og sitater fra intervjuene skrives i *kursiv*. Forskningsspørsmålene dannet grunnlaget for spørsmålene i intervjuene (se intervjuguide Vedlegg 4) og forskningsspørsmålene er utgangspunktet for hva denne studien ønsker svar på. I analysen har det også vært bevissthet rundt å stille spørsmål til materialet. Etter gjennomgang av alt materiale er det tre hovedkategorier som utpeker seg; MEWS - et verktøy som fremmer samhandling, trygghet og avklaring av ansvar, MEWS - et nyttig og brukervennlig verktøy og MEWS - fremmer sykepleiernes bevissthet knyttet til egen kompetanse. Kategorier og koder blir beskrevet videre i oppgaven.

Tabell 3, en skjematisk fremstilling av hvordan tema, kategorier og koder er satt i system:

Tema:	MEWS - et bevisstgjørende og trygghetsskapende verktøy		
Kategori:	Kategori 1: MEWS - et verktøy som fremmer samhandling, trygghet og avklaring av ansvar	Kategori 2: MEWS - et nyttig og brukervennlig verktøy	Kategori 3: MEWS - fremmer sykepleiernes bevissthet knyttet til egen kompetanse
Koder:	MEWS-kartlegging gir trygghet Avklaring av ansvar og roller Kommunikasjon - en viktig faktor for samarbeidet Ildsjeler - en viktig og nødvendig ressurs Implementering forutsetter ledelsesforankring og rutiner	Utstyr er en forutsetning for MEWS-kartlegging Tid, tidsklemma som hemmende faktor MEWS er enkelt og nyttig å bruke	Innsikt og ny forståelse rundt egen kompetanse og profesjonalitet Kompetanse til å møte pasientenes behov

Tabell 3 - Skjematisk oversikt over tema, kategorier og koder.

5.1 MEWS - et verktøy som fremmer samhandling, trygghet og avklaring av ansvar

Den første kategorien beskriver temaene samhandling, kommunikasjon, trygghet og avklaring av roller og ansvarsområder. I dette kapittelet presenteres kodene: MEWS-kartlegging gir trygghet 5.1.1, Avklaring av ansvar og roller 5.1.2, Kommunikasjon - en viktig faktor for samarbeidet 5.1.3, Ildsjeler - en viktig og nødvendig ressurs 5.1.4 og Implementering forutsetter ledelsesforankring og rutiner 5.1.5

5.1.1 MEWS-kartlegging gir trygghet

Trygghet kommer opp i analysen som en viktig faktor for sykepleierne. De beskriver trygghet på flere områder, blant annet trygghet om egen fagkompetanse og vurderinger, trygghet i forhold til samarbeid med kollegaer og kommunikasjon som trygghetsskapende faktor. Flere sykepleiere nevner at helsefagarbeiderne de samarbeider med opplever å være utrygge på bruk av MEWS. Da snakker de om at de som sykepleiere har ansvar for veiledning og opplæring slik at helsefagarbeiderne kan bli trygge i situasjoner der de må gjøre kartlegginger alene. Det blir også beskrevet i et tilfelle pasientens opplevelse av trygghet.

En sykepleier setter ord på hvordan hun opplever at MEWS har gitt henne trygghet:

«MEWS er en veileder for hvordan jeg skal jobbe, ja jeg syns det. Hvis du blir usikker, for vi jobber jo alene, da er det en trygghet for da vet jeg at jeg har kartlagt på riktig måte»

Her beskriver sykepleieren MEWS-kartleggingen som en veileder for hvordan hun skal kartlegge og vurdere pasienten. Da er hun trygg på at hun har gjort det riktig. En annen sykepleier snakket om at hun fort kunne bli stresset i akutte situasjoner og da var det trygt å ha MEWS-kortet og støtte seg til slik at hun husket hva som skulle kartlegges og ikke kom i fare for å glemme noe viktig.

En sykepleier opplever å ha fått et verktøy som gjør henne tryggere på at hun er i stand til å gjøre systematiske kartlegginger av brukerne. Hun forteller om samhandlingen med legevakten og at hun før ikke hadde samme forutsetninger for kommunikasjon som etter at MEWS ble tatt i bruk. Det er flere som nevner at kommunikasjonen med legevakten har blitt bedre etter oppstart av MEWS-kartlegging. Det blir beskrevet slik:

«Jeg føler meg veldig mye mere trygg på at jeg klarer å stå alene som sykepleier og kan ta ordentlige vurderinger, for før det var det litt tilfeldig. Jeg ringte til legevakten for jeg skjønnte at det var noe med brukeren, men jeg sleit med å sette ord på det»

Å erfare at kartleggingen som gjøres er til nytte og hjelper pasienten gir trygghet i rollen som sykepleier. Sykepleierne erfarer at kommunikasjon med legevakten er blitt bedre og at de snakker samme språk. Dette gir trygghet på at de vurderingene de gjør er riktig og blir kommunisert videre på riktig måte. Samarbeidet med kollegaer er en viktig trygghetsskapende faktor som beskrives som viktig for å oppleve trygghet på jobb.

5.1.2 Avklaring av ansvar og roller

Det er mange steder i materialet hvor bevissthet rundt ansvar og rollefordeling blir beskrevet. Ansvar for oppdatering av fagkompetanse, ansvar for opplæring av kolleger, ansvar for samarbeid med kolleger, ansvar for å beholde Alert i virksomheten er noen av områdene som blir trukket fram. Sykepleierne beskriver at de i stor grad tar ansvar for disse områdene som er nevnt. Sykepleierens rolle som forbilder for sine medarbeidere kommer også opp som en viktig faktor. De nevner veiledning som en del av deres rolle som sykepleiere og at veiledning av kollegaene er viktig for at MEWS blir brukt samt at alle får kompetanse til å bruke kortet og utstyret som er nødvendig for å ta målinger. Opplæring av assistenter blir nevnt som en viktig del av deres rolle som veiledere. Når det er mange assistenter på jobb erfarer sykepleierne at det er hemmende for implementeringen. De sier at assistenter ikke kan ha samme ansvaret, selv om de går til dårlige pasienter. Sykepleierne sier også at de erfarer at

hjelpepleierne er usikre i bruken av MEWS-kortet. Dette fører til et det er færre personer som kartlegger.

Flere av sykepleierne sier de har ansvaret for å holde egen fagkompetanse oppdatert. Dette blir nevnt flere ganger. Gjennom å delta på Alert-kurs erfarte de at de fikk oppdatert sin fagkunnskap. En sykepleier snakker om ansvaret for egen faglig oppdatering. Hun er redd for at dette blir glemt i arbeidshverdag og at andre ikke tenker over at faget hele tiden utvikler seg.

«Man har jo ansvar for sin egen læring og holde seg oppdatert. Jeg tror at i hverdagen så blir det borte for mange, man går i den vante tralten så tenker man at man gjør jobben sin, men jobben utvikler seg også»

Sykepleierne forteller om viktigheten av å være ansvarlige overfor sine kollegaer for å vise hvordan MEWS skal brukes, de sier at opplæring av kollegaer spiller en viktig rolle for implementeringen. Ved å vise at de selv bruker MEWS-kartlegging vil dette påvirke kollegaene til også å bruke det. Det blir nevnt at ansvaret for å observere pasienten ligger hos den enkelte og når alle tar et selvstendig ansvar er det fremmede for implementeringen av MEWS. De sier videre at assistenter ikke skal ha det samme ansvaret for observasjoner da de ikke har faglige forutsetninger for å gjøre de vurderingene som trengs. Likevel forteller sykepleierne at de er avhengige av at assistentene gjør observasjoner og gir tilbakemeldinger som er i tråd med hvordan MEWS brukes. Det handler om å ha et ansvar for å samarbeide med andre kollegaer:

«Vi er bevisst på å bruke det her (MEWS-kortet) sammen med hjelpepleierne og assistentene for å lære de å lese og vurdere (...)»

Sykepleieren er avhengig av at den som er hos pasienten klarer å gjøre noen kartlegginger, eller kjenner pasienten godt. Her blir nytten av at alle kan gjøre kartlegginger beskrevet og erfaringen med hva som kan være utfordringen:

«det verste jeg vet er når du får telefon fra noen; pasienten er en gammel, dement dame og hun er ikke sånn som hun pleier (...) hun er litt annerledes i dag. Så skal du vurdere da, så kan ikke pasienten si noe, ingen kan si hva som er forandringen, vanskelig mange ganger synes jeg»

Sykepleierne sier at ansvaret for å holde MEWS ved like er sykepleieren selv. De sier at lederen har ansvar for å følge opp og sørge for at det blir gitt jevnlig oppfriskningskurs og for videre implementering, men ved spørsmål om hvem som har ansvaret for at MEWS blir brukt sier de at det er deres eget ansvar:

«sykepleierne tenker jeg, for det er vi som bruker det mest og det er jo for oss, det er vi som skal bruke det, alle har et ansvar at det skal følges opp, spesielt sykepleierne»

5.1.3 Kommunikasjon - en viktig faktor for samarbeidet

Denne kategorien handler om kommunikasjon og samarbeid med kollegaer, på tvers av soner og med andre samarbeidspartnere. Samhandling er et viktig område som diskuteres i alle gruppene og kommunikasjon påvirker samarbeidet. Samhandlingen skjer mellom kollegaer og mellom andre yrkesgrupper som for eksempel lege og legevakt. Sykepleierne forteller at god kommunikasjon og godt samarbeid gir en opplevelse av trygghet. MEWS-kartlegging fører til et universelt språk om målinger, kartlegging og vurderinger av pasienten. Sykepleierne trekker frem viktigheten av å ha samme språk, da kan misforståelser unngås og det blir lettere for motparten å forstå hva som skjer. God kommunikasjon fremmer samhandling med kollegaer og legevakt.

«Det er bedre samhandling (med legevakt) og man opplever at man snakker om de samme tingene»

Sykepleieren beskriver at kommunikasjonen med legevakten har blitt mer profesjonell. De opplever at de blir hørt og at det ikke lenger er diskusjoner om sykepleierens vurderinger er riktige eller ikke:

«jeg føler vi blir tatt mer på alvor, vi sier navn, personnummer, det synes det blir veldig profesjonelt, også oppgir jeg verdiene og da er det ikke noe mer å snakke om, det er ikke noe tvil»

Sykepleierne erfarer at det i større grad enn før blir forventet at de har MEWS-kartleggingen klar når de ringer legevakt. En sykepleier forteller at hun ikke hadde kartlagt, men at pasienten var kritisk syk, likevel forlangte legevakt at hun tok målinger. Sykepleieren sier dette forsinket behandlingen av pasienten og opplevelsen av at hennes faglige kompetanse ikke var nok gjorde noe med henne. Hun sier at den sykepleiefaglige kompetansen fremdeles er viktigst i tillegg kommer den systematiske kartleggingen.

I en av kommunene var det forskjell mellom sonene hvor langt implementeringen var kommet. En sone var godt i gang med implementeringen og sykepleierne fra andre soner opplevde kommunikasjonen annerledes der MEWS var blitt en del av den daglige rutinen:

«jeg har merket når jeg har ansvarsvakt at sone 1 er eneste sonen hvor det (mews) fungerer, når du ringer de og hjelpepleier ringer meg så kommer målingene på rad og rekke»

5.1.4 Ildsjeler - en viktig og nødvendig ressurs

Med ildsjeler menes de personene sykepleierne trekker frem som ressurspersoner i virksomhetene. Det er de som sørger for at implementeringen går fremover og som holder i «den røde tråden» i den daglige driften. Denne «ildsjelen» er en viktig og nødvendig ressurs som er med å drive implementeringen fremover. Ildsjeler beskrives å være både fagkoordinatorer og sykepleiere. Ildsjeler kommer i tillegg til leder og er en nødvendig ressurs med hovedoppgave å minne alle på å bruke MEWS-kartlegging i en travel hverdag. Dette er viktig da sykepleierne forteller at de glemmer å bruke MEWS, spesielt i de virksomhetene som nettopp har startet implementeringen. Samtlige

sykepleiere snakket om å ha en ressursperson i teamet som kunne bruke MEWS, oftest var det en Alert-instruktør som hadde rollen som ressursperson. Ildsjelen ble beskrevet som engasjert, motivert og interessert i implementeringsarbeidet av MEWS, men var også en ressursperson på andre områder i virksomheten.

«det drives litt av de sykepleierne som er engasjert i det ikke sant, og når de ikke er her så detter det litt»

En sykepleier beskriver behovet for at noen tar initiativet og følger opp i det daglige:

«(...) ja, for å minne på, jeg tror det må være den som har den røde tråden gjennom uka, og det skal være dagsykepleier, den må ta initiativ til det hver dag, for det er forskjellig folk på jobb, folk er på kurs og folk har ferie, så det må være en som har den røde tråden i det»

Sykepleierne beskriver ildsjelen som spesielt viktig for at MEWS skal fortsette å bli brukt i virksomheten. En sykepleier sa hun var redd for at MEWS kunne bli borte om ikke noen holder tak i det, snakker om det og har det med i planene videre.

5.1.5 Implementering forutsetter ledelsesforankring og rutiner

Ledelsesforankring og rutiner i virksomheten kommer raskt opp som et sentralt punkt. Flere av informantene trekker frem lederens ansvar og engasjement som svært viktig for implementeringen og for videre bruk. I flere virksomheter forteller de at lederen er for lite til stede og ikke tar det ansvaret som behøves for at MEWS blir en integrert rutine. Flere ledere har ikke vært på kurs og noen av sykepleierne sier at lederen ikke vet hva MEWS handler om, hvordan det brukes eller hva som kreves av ressurser. Her snakker en sykepleier om lederens ansvar for implementering i virksomheten:

«det man ser i denne kommunen er at det er veldig få ledere som har vært på kurs. Det er ikke så lett å implementere noe når lederne ikke er med på det. Så nå

er de blitt tvinga og det er satt opp et kurs som de skal på. Nå er det ikke noe valg lenger»

En sone opplever at deres leder er opptatt av MEWS, men ikke er flink nok i hverdagen til å minne de ansatte på å bruke det. En annen sone forteller at deres leder er svært opptatt av at de bruker MEWS, lederen bruker det selv og minner de ansatte på å bruke det.

«det er stor forskjell fra leder til leder om de er interessert i det som skjer ute blant brukerne, noen er nok mest interessert i det administrative, tror jeg»

Sykepleierne trekker frem lederansvaret som spesielt viktig for integrering av MEWS som rutine:

«Jeg tenker jo at lederen må være ansvarlig, hovedansvarlig for at du får satt av tid til å gjøre dette her, så det blir implementert i hele sonen, det må være at lederen også har hovedansvaret tenker jeg»

Flere informanter sier at lederen må ha hovedansvaret for å få MEWS implementert, samt drive arbeidet fremover og vedlikeholde slik at det blir brukt. En informant snakker om faren for at MEWS ikke blir brukt og til slutt blir borte:

«Det jeg tenker kan være faren er jo at det kan dø ut, det at ledere ikke er nok på, at Alert er innført også glemmer man det på en måte, det må jo holdes ved like. Det må holdes litt i, at man tenker på det når man lager til seminardager og kursdager og at det er med i planen da»

5.2 MEWS - et nyttig og brukervennlig verktøy

Kodene som fremtrer under denne kategorien er: Utstyr er en forutsetning for MEWS-kartlegging 5.2.1, Tid - tidsklemma som hemmende faktor 5.2.2 og MEWS er enkelt å bruke 5.2.3

5.2.1 Utstyr er en forutsetning for MEWS-kartlegging

Utstyr blir trukket fram som viktig for å gjennomføre MEWS-kartlegging og kunne gjøre vurderinger av pasientene. Sykepleierne sier at utstyr er en forutsetning for å bruke MEWS-kartleggingen slik den er tenkt. Det er ikke mye utstyr som trengs, blodtrykksapparat og tempmåler er det eneste, resten kartlegger du ved å høre, se, kjenne og prate med pasienten. To virksomheter måtte gå til lokale foreninger som jobber med veldedighet for å få sponset penger til utstyr. Flere sier at utstyr ikke blir prioritert, at det ikke er nok utstyr, at utstyret ikke virker og ikke alle får sitt eget utstyr. I tillegg kreves det at alle vet hvordan utstyret skal brukes og hvor det er plassert på virksomheten, noe som erfares at ikke alltid stemmer. Flere nevner at opplæringen i bruk av utstyret ikke har vært god nok og at mange, spesielt helsefagarbeidere, vegrer seg for å gjøre kartlegginger. Det er hemmende for implementeringen at det ikke er utstyr tilgjengelig til alle som skal kartlegge. Sykepleierne erfarer at usikkerheten rundt om det er utstyr å ta med seg ut gjør at noen ikke prioriterer å kartlegge og skylder på at det ikke er utstyr. En sykepleier sier det slik:

«sonene må ha nok utstyr tilgjengelig og det må være i orden, det er første bud, og at folk vet hvordan de skal bruke de forskjellige tingene»

Det fortelles om forskjeller mellom yrkesgrupper om hvem som får utstyr og ikke. I en virksomhet fikk helsefagarbeidere sekk men ikke blodtrykksapparat, i en annen virksomhet har helsefagarbeidere en sekk på deling. Sykepleierne forteller at de som ikke har eget utstyr må reise inn på kontoret og hente det før de kan ta målinger, dette fører til at målinger ikke blir gjennomført. Økonomi blir pekt på som årsaken til at det ikke er nok og riktig utstyr til alle. En sykepleier sier dette om hvordan utstyret ble prioritert:

«(...) også fikk alle hver sin sekk, helsefagarbeiderne de fikk ikke blodtrykksapparat, det hadde vi ikke nok penger til»

En sykepleieleder forteller om anskaffelse av utstyr til egen virksomhet:

«det jeg kan si da, som jeg har tatt som kritikk til kommunen, er jo at jeg spurte min leder igjen om vi kunne kjøpe sekker, jeg spurte om fem sekker og det fikk jeg jo ikke lov til, jeg fikk kjøpe en. Så søkte vi sanitetsforeningene, så vi fikk penger av dem til å kjøpe, og sånn skal det ikke være»

5.2.2 Tid - tidsklemma som hemmende faktor

Tid ble ikke diskutert hyppigst, men det kom opp som en faktor for gjennomføring av MEWS-kartlegging og vurdering. Sykepleierne snakket om tid og tidspress som en hemmende faktor for implementeringen av MEWS. Sykepleierne opplever at MEWS i seg selv ikke tar lang tid å gjennomføre når man kan det og er kjent med de målingene som skal gjennomføres. Likevel er det en hemmende faktor når de opplever å ikke ha tid til å følge opp dårlige pasienten slik de vet de bør gjøre. Sykepleierne forteller at de ser seg nødt til å delegere oppgaver videre, og de opplever følelsen av å gjøre en dårlig jobb da det er deres oppgave å følge opp pasientene. Sykepleierne snakker også om at de har behov for å bli kjent med den nye rutinen. Når det skal implementeres mange nye rutiner i virksomheten erfarer de at de ikke har tid til å sette seg godt nok inn i den, gjennomføre den og at det ikke settes av nok tid til at rutinen blir en del av hverdagen, sykepleierne erfarer at dette hemmer implementeringen.

Sykepleierne snakker om tid som hemmende for gjennomføring av selve MEWS-kartleggingen, og hemmende for implementeringen ved at det ikke er tid til å bli kjent med rutinen og at det er mange ting som skal skje i virksomheten samtidig:

«jeg tenker at det handler veldig mye om tid for når det er fryktelig mye å gjøre så blir pasientene veldig dårlig før vi rekker å komme inn eller før vi rekker å se de ekstra, kaste det ekstra blikket da, og ta fram utstyret»

En sykepleier snakker om tid til å fokusere på en ting av gangen. Hun opplever at det er mange ting som skjer i kommunen og det kan ta fokuset bort fra implementeringen av en ny rutine:

«i vår bransje er det så mye snakk om omorganisering, det er så mye nytt som skjer hele tiden, (...) det er så mye informasjon som kommer fra kommunen, mye nytt de driver med, velferdsteknologi og, hodet fullt av ideer, vi må si hva vi skal ha fokus på i hverdagen, det synes jeg er en utfordring»

I kommunehelsetjenesten er det stadig nye rutiner eller oppgradering av gamle rutiner som skal på plass. Dette er viktig for drift og opprettholdelse av faglig forsvarlighet, men sykepleierne opplever det som et stressmoment og at alt blir halvveis gjennomført. De snakket om at de savnet tid til å konsentrere seg om en ting av gangen.

Noen ganger var det geografiske avstander som gav opplevelse av dårlig tid. Kommunene som var med i studien hadde forskjellige geografisk utstrekning. Spesielt en kommune hadde stort geografisk omfang og opplevde at mye av tiden gikk bort til å komme seg til og fra brukerne:

«Det vi bruker mye tid på er jo kjøring, halve arbeidsdagen går jo nesten i bilen»

Tid ble snakket om i positiv forstand av en sykepleier. Hun sier at MEWS-kartlegging kan føre til at det sparer tid å få avklart situasjonen hos pasienten tidligere, likevel erfarer hun at mange tenker at de ikke har tid:

«man kan spare tid, hvis du må fly frem og tilbake mange ganger, så kan du heller få avklart situasjonen litt, hva som må gjøres tidligere, det er det som hindrer mange – at de tenker at de ikke har tid»

5.2.3 MEWS er nyttig og enkelt å bruke

Samtlige sykepleiere forteller at de synes MEWS er enkelt og bruke og at det er et nyttig verktøy. Sykepleierne beskriver MEWS-kortet som brukervennlig. En sykepleier sier at hvis et verktøy skal tas i bruk og bli implementert må det være nyttig og sykepleieren må oppleve at det er lett å bruke, samt at det tar kort tid. De forteller videre at MEWS-kortet er enkelt å lære bort til andre. Sykepleierne sier målingene og kartleggingen er kunnskap de har fra før, men at verktøyet er så lett å bruke at de velger å benytte seg

av det. Det er flere sykepleiere som sier at verktøyet hjelper dem med å huske hva som skal kartlegges og at det er et godt tillegg til deres kliniske blikk og vurderingskompetansen de har fra før. En sykepleier sier det slik:

«det tar ikke så veldig mye tid og det er også litt cluet bak det. For det er så lett å bruke at det tar deg kanskje to minutter også er det systematisk satt opp og det er det som er det fine med det, det er også det som fenga meg i starten, at det er lett å lære, at det er lett å lære bort»

En sykepleier beskriver at MEWS-kortet er så enkelt å bruke at en ikke har behov for lang erfaring for å bruke det. Hun forteller at det er et bra verktøy også for nyutdannede sykepleiere som ikke har like lang erfaring med bruk av klinisk blikk:

«det er veldig nyttig (mews), det er veldig lett vint måte å gjøre det ordentlig på (...) så behøver du ikke ha erfaringen for å ta de målingene og ta den telefonen, da behøver du ikke ha jobbet i ti år og ha det kliniske blikket for å gjøre dette, så det kan en nyutdanna klare like bra»

Dette fremmer implementeringen da det er flere som kan benytte seg av det. Likevel sier sykepleierne at det ikke holder med MEWS-kartlegging alene. De presiserer at deres sykepleiefaglige kompetanse er viktig i kartleggingen av syke pasienter, men at MEWS hjelper de til å bli mer systematiske i kartleggingen og bli tryggere på egne vurderinger.

5.3 MEWS - fremmer sykepleiernes bevissthet knyttet til egen kompetanse

Kodene i den siste kategorien er: Innsikt og ny forståelse rundt egen kompetanse og profesjonalitet 5.3.1 og Kompetanse til å møte pasientens behov 5.3.2.

5.3.1 Innsikt og ny forståelse rundt egen kompetanse og profesjonalitet

Sykepleierne sier at de har fått ny bevissthet knyttet til egen fagkunnskap etter Alert-kurset, det gav god repetisjon av kunnskap de hadde fra før men også ny forståelse av hvordan bruke kunnskapen de allerede hadde. Opplevelse av profesjonaliteten var også noe som ble trukket frem som en ny bevissthet. De beskriver at MEWS-kartleggingen gir føringer for hvordan de skal være profesjonelle i forhold til kommunikasjon med kollegaer, lege og legevakt. Det er også en forventning fra spesielt legevakten om at de er profesjonelle og har gjort de kartleggingene som er nødvendige før kontakt med legevakt. To sykepleiere beskriver det slik:

«de (legevakt) forventer at man gjør det og at man nesten ikke får hjelp før man har tatt det, rett og slett, så du må gjøre det»

«veldig fint med legevakta som faktisk spør etter disse tingene og har vi ikke gjort dem så «nei, ring tilbake» og det er jo veldig fint for da får man kontinuerlig brukt det hele tiden»

Alert-kurset ble av samtlige erfart som veldig bra, de var fornøyd med opplæringen som ble gitt og forteller at de har enda bedre forutsetninger for å gjøre gode vurderinger etter kurset. Sykepleierne ble entusiastiske når de snakket om kurset og flere nevnte at et slikt kurs burde vært obligatorisk og tilbudt alle som jobber i hjemmetjenesten.

«det var et av de beste kursene jeg har vært på, for det handla om akkurat det jeg driver med i hverdagen min, i jobben min, jeg fikk trent på akkurat det»

En sykepleier fortalte at det å sende en innleggelsesrapport med gode vurderinger påvirket hennes yrkesstolthet og erfarer at det blir en profesjonell kommunikasjon om pasienten. Hun får vist sykehuset at de som jobber i hjemmetjenesten er profesjonelle og dyktige i sine vurderinger og at det danner et godt grunnlag for videre behandling av pasienten:

«du kan lime inn en rapport hvor alt er gjort, da blir jeg mere stolt, og se at her er det en god grunn. Det har litt å si for vår stolthet, at vi som hjemmesykepleien ikke er helt blåst, de kan mye og de er flinke til å vurdere og her er det skikkelig grunnlag»

5.3.2 Kompetanse til å møte pasientenes behov

Sykepleierne snakker om en bevissthet rundt egen kompetanse knyttet til pasientens behov. De trekker frem at de har fått ny og viktig kompetanse som brukes i møte med den syke pasienten gjennom Alert-kurset. Dette handlet både om å få ny kunnskap, men også om å friske opp gammel kunnskap om fysiske sammenhenger i kroppen, førstehjelp, vurderingskompetanse og hvordan kartlegge pasienten med MEWS. Sykepleierne fortalte at økt kompetanse gav økt opplevelse av trygghet.

«det er så mange sammenhenger som vi ikke har sett, som vi burde ha sett tenker jeg, vi har jo lært om det en gang»

Flere snakket om hvor fint de syntes Alert-kurset var. Kurset gav dem innføring i fysiologi, sykdomslære og bruk av verktøyene som inngår i Alert. Flere etterspurte også oppfriskningskurs og en sykepleier foreslo at det burde vært et krav på lik linje med førstehjelp og at det var fast oppfriskning hvert år. I hver fokusgruppe som ble intervjuet var det med en instruktør som hadde holdt kurs for sine kollegaer.

«det var veldig nyttig (kurset), det var veldig greit å ha det der i bakhodet, at man har vært på det kurset. For jeg var ikke så bevisst på akkurat de målingene før det, jeg burde nok vært det, men jeg var det ikke»

For å vurdere pasientens helsetilstand må sykepleierne observere pasienten. MEWS er grunnlaget for denne observasjonen og flere sykepleieren beskriver erfaringer fra før og etter innføring av MEWS. En sykepleier sier dette:

«mye lettere når man skal reise ut og vurdere pasientene, sånn som før da måtte du bruke dette veldig kliniske blikket, og du kommer langt med det, men dette er veldig konkret og godt. Etter det kurset så ble jeg mer bevisst på å gjøre disse målingene konsekvent når du skal vurdere en pasient»

Selv om MEWS-kartlegging er innført og kortet brukes så er sykepleierne opptatt av kunnskapen de har fra før, sykepleiekunnskapen, både den faglige og den erfaringsbaserte de har etter mange år i hjemmetjenesten. En sykepleier beskriver at flere glemmer å se på helheten, slik man gjorde før innføring av MEWS og har erfart dette:

«det er noen som glemmer å se helheten, de bare ser på tallene, du må minne de på hvordan det er. Det er ikke bare tallene, hvis alt ser fint ut så er det ikke dermed sagt at pasienten er helt frisk, men det hjelper å få noen tall»

5.4 Oppsummering av resultater

Sykepleierne sier at MEWS-kartlegging gir trygghet gjennom å være en veileder for hvordan pasienter skal vurderes og hvordan sykepleiere skal kommunisere med kollegaer og andre samarbeidspartnere. Sykepleierne sier at MEWS også gir trygghet i rollen som sykepleier ved å avklare rollen og ansvaret de har.

Sykepleierne sier at implementeringen av MEWS avhenger av ildsjeler som engasjerer seg i implementeringen og en av oppgavene til ildsjelen er å minne alle på å bruke MEWS hver dag. Engasjerte ledere og ledelsesforankring blir også trukket frem som svært viktig fremmede faktor for implementeringen. Uten forankring i ledelsen vil dette virke hemmende på implementeringen av MEWS.

Sykepleierne beskriver MEWS som et brukervennlig og nyttig verktøy, men for at MEWS skal være mulig å gjennomføre kreves det nødvendig utstyr til alle. Det virker hemmende på implementeringen om nødvendig utstyr ikke er på plass. MEWS er brukervennlig fordi det er enkelt å lære seg og enkelt å lære bort til andre. Det tar ikke

lang tid å gjennomføre og sykepleierne ser nytteverdien da de får respons på de kartleggingene som blir gjort.

Sykepleierne sier at MEWS er med på å fremme deres bevissthet knyttet til egen kompetanse og gir innsikt og forståelse omkring kompetanse og egen profesjonalitet. Sykepleierne får oppfrisket sin kunnskap gjennom kurs og får bedre erfaring og kompetanse til å observere og kartlegge pasientene.

6.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få svar på hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har med implementering og bruk av MEWS-kartleggingsverktøy, som en del av observasjoner rundt hjemmeboende eldre med risiko for akutt sykdom. Hovedfunn i studien viser at MEWS er et bevissthetsgjørende og trygghetsskapende verktøy. Dette kapitlet er delt inn i 6.1 Metodediskusjon, diskusjon i forhold til valgte metoder og gjennomføring av studien og 6.2 Resultatdiskusjon, diskusjon av funn og resultater.

6.1 Metodediskusjon

I dette kapitlet blir bruk og kritikk av metode diskutert. Områdene som vil bli diskutert er valg av informanter 6.1.1 og utvalg 6.1.2, bruk av assistent i intervjuene 6.1.3, studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet 6.1.4 og kritikk til valg av metode 6.1.5.

6.1.1 Antall informanter

I denne studien var det få informanter i hver fokusgruppe. To fokusgrupper hadde to informanter, en fokusgruppe hadde tre informanter og en fokusgruppe hadde fem informanter. Dette kan ha påvirket samhandlingen i gruppen. Moderator skal i utgangspunktet være lite deltakende i intervjuprosessen, og kun komme med spørsmål, men ellers la gruppen snakke og diskutere så fritt som mulig. Opplevelsen av dette i de små gruppene var at moderators rolle ble større. Det var behov for oftere involvering med spørsmål og kommentarer underveis da informantene ikke klarte i like stor grad å spille på hverandre slik de gjorde i fokusgruppen med fem informanter. Jeg vil understreke at informantene ikke ble styrt mot et bestemt resultat. I motsatt fall kan det gå utover troverdigheten til resultatene.

6.1.2 Utvalget

I forhold til utvalget vil kritikken være at i alle gruppene var en informant Alert-instruktør og kursholder. Dette kan ha påvirket dataene på den måten at en instruktør har dyptgående kunnskap om MEWS og hvordan det skal brukes og er i større grad involvert i implementeringen i virksomheten. I en gruppe var en sykepleieleder med som informant. Lederen kom med utfyllende svar om implementering og organisering som var fint for informasjonen omkring dette, men det kan ha påvirket dataene i forhold til hvilken relasjon de andre informantene har til sin leder. Det opplevdes at informantene var trygge på lederens likeverdige rolle i gruppen, og det antas at de ville svart det samme som hvis lederen ikke hadde vært til stede. Det kan likevel ha hatt motsatt effekt avhengig av forholdet mellom den enkelte informant og den aktuelle lederen. Det må også tas med i kritikken av utvalget at enkelte informanter kan ha gitt de svarene de tror moderator vil ha i stede for å si hva de egentlig mener.

6.1.3 Bruk av assistent under intervjuene

Det anbefales at moderator har med en assistent. Denne personen brukes til å skrive ned hendelser under intervjuet som ikke kommer med på lydopptaket. Som for eksempel hvem sitter hvor, kroppsspråk og andre kontekstuelle faktorer som kan påvirke interaksjonen mellom deltakerne og som kan tas med i en analyse. I første intervju var en assistent med, men ikke i de tre neste. Dette kan ha hatt innvirkning på intervjuene, da det ble vanskeligere å få med ting som ikke er med på lydbåndet. Som kompensasjon for assistenten ble det under intervjuet tegnet ned på ark hvordan gruppen satt rundt bordet samt skrevet ned med egne koder hvilke deltaker som var aktive, tilbaketrunkede, ivrige og så videre. Dette ble gjort for at moderator skulle huske konteksten under transkriberingen og eventuelt bruke denne informasjonen i analysen.

6.1.4 Studiens troverdighet

Denne studien er en kvalitativ studie gjennomført med bruk av fokusgruppeintervjuer. I henhold til målet med studien som er å finne ut av sykepleieres erfaringer krever dette en kvalitativ tilnærming da erfaringer er vanskelig å måle eller telle. Å innhente

tilstrekkelig data til å belyse problemstilling og forskerspørsmål vil alltid være et spørsmål, for hva er å ha tilstrekkelig nok data? Under gjennomføringen av intervjuene var det fokus på å få tette/mettet data, dette stiller krav til moderators spørsmålsformuleringer og i hvilken grad moderator får formidlet disse. Men hvordan kan jeg forsikre meg om at informantene har forstått spørsmålene riktig og at jeg som moderator tolker informantene riktig? Informanten kan kommunisere ulikt både i uttrykk og i ord, ulik generell grad av entusiasme og ulik grad av kunnskap om temaet. Dette er noe som kan påvirke resultatet, og det vil da også påvirke troverdigheten. Dette er viktig å ha i bakhodet når man jobber med kvalitativ metode. Under gjennomgang av materialet er det alltid en utfordring å finne de mest passende beskrivende meningsbærende enhetene. Derfor ble intervjuene gjennomlest flere ganger og alle aktuelle meningsbærende enheter ble satt opp i skjemaer for bedre oversikt underveis i arbeidet.

6.1.5 Studiens pålitelighet

Denne studien er blitt gjennomført over et år. Dette kan påvirke resultatene ved at tiden fra intervjuene er gjennomført til analysen er ferdig har vært lang. Å huske alle detaljer fra intervjuene blir viktig, de er dokumentert, men det kan likevel være informasjon som er tapt over tid. Det kan ha påvirket resultatet at gruppene hadde kommet ulikt i gang med implementeringen av MEWS. Der hvor en gruppe erfarte at MEWS var godt implementert var det for en annen gruppe det å bruke MEWS ganske nytt. Kanskje resultatet ville blitt annerledes om gruppene var mer like i hvor langt de var kommet i implementeringen.

6.1.6 Studiens overførbarhet

Utvalget i denne studien vil være for lite til å kunne generalisere for en hel gruppe. Denne studien sier bare noe om erfaringene en gruppe sykepleierne har med bruk av MEWS og deres erfaringer med implementering og bruk av et slikt verktøy på deres arbeidsplass. Det vil bli opp til leseren om en kjenner seg igjen og ser overførbarheten til egen arbeidsplass.

6.1.7 Kritikk til metoden

Bruk av kvalitative fokusgruppeintervjuer ble valgt som metode for innhenting av data. I etterkant ser det ut til at bruk av et flerstegsfokusgruppeintervju ville vært en mer hensiktsmessig metode for denne studien. Da ville samme fokusgruppe blitt intervjuet over flere ganger og diskusjoner om implementering og bruk av MEWS kunne antas å få mer dybde. Det var også utfordringer med å samle informanter i flere forskjellige grupper. Det kan hende det ville vært enklere å samle samme gruppe med samme informanter over flere ganger.

6.2 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet blir resultatet av funnene diskutert i lys av teori, egne erfaringer og tidligere forskning som beskrevet i kapittel 3.0 og 4.0. Resultatdiskusjonen er besvart ut fra forskningsspørsmålene som ble presentert på side 13. Resultatdiskusjonen er delt inn i tre hovedområder 6.2.1 Implementering, 6.2.2 Fremmende og hemmende faktorer for implementeringen og 6.2.3 Bruk av MEWS-kartlegging.

Det ble gjennomført nye litteratursøk etter at resultatene forelå og noen nye artikler ble funnet. Litteratursøket viser en stadig økende interesse for pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten og noe ny forskning er gjennomført blant annet på bruk av ulike verktøy for å fremme pasientsikkerhet. Ingen kjente studier tar for seg MEWS-kartlegging i hjemmetjenesten eller bruk av slik kartlegging rettet mot geriatriske pasienter i kommunehelsetjenesten.

6.2.1 Implementering

Implementering kommer frem i analysen som et viktig område. Det interessante er at samtlige informanter sier de synes at verktøyet er nyttig, lett og bruke og at de vil bruke det – hvorfor blir implementering beskrevet som så utfordrende? Under dette kapitlet blir implementeringsprosessen diskutert i lys av Powell, Rushmer & Davies (2009) fem områder som påvirker implementering og Kitson, Harvey & McCormack (1998) sitt tidlige rammeverk for suksessfull implementering.

6.2.1.1 Implementeringsprosessen

En av utfordringene med organisering av implementeringer i kommunen blir skissert av en sykepleier. Hun sier at det stadig er noe nytt de må forholde seg til, nye planer, rutiner, kurs og grupper å være involvert i. Hun sier det er utfordrende å følge opp alle krav om involvering. Hun er redd for at det ikke skjer noe mer med alt som er satt i gang og at sykepleierne ender opp med å gjennomføre daglige oppgaver og ikke komme videre med planer som allerede er diskutert. Dette forteller noe om opplevelsen av hverdagen i hjemmetjenesten, og det kan antas ikke å gjelde for bare denne sykepleieren. Powell et. al (2009) sier at virksomhetens kontekst har betydning for implementeringen og ny kunnskap må tilpasses og skreddersys inn i allerede eksisterende systemer (Powell, Rushmer, & Davies, 2009, s. 7). Her ligger noe av utfordringen med at alle sykepleierne i studien ønsker å bruke MEWS-kartlegging, opplever det som nyttig og lett å bruke, men de beskriver at det ikke blir en del av den daglige rutinen i alle virksomhetene.

Kitson et.al (1998) sier at en suksessfull implementering avhenger av allerede etablerte rutiner, men også ledere og personer som er engasjerte i rutinen og hjelper andre med å endre holdninger, vaner og tankemåter (Kitson et al., 1998, s. 150-152). Hvis lederen ikke er engasjert, som en sykepleier i denne studien beskriver, hvordan skal den lederen klare å motivere sykepleierne til å jobbe med implementering av MEWS? I modellen til Kitson et.al (1998) blir det trukket frem viktigheten av evidens, personer som motiverer for implementering og implementeringens kontekst, hvor implementeringen skal skje. Praksisen og gjennomføring av sykepleie, som handler om kontakt og forhold mellom klinisk utøver og pasient, kan kun oppnås ved å bruke flere kilder til bevis. Gjennom forskning, klinisk erfaring, pasienterfaring og konteksten disse befinner seg i (Rycroft-Malone, Seers, et al., 2004, s. 81). Helsepersonellet må ha eierskap og engasjement til kunnskapen som skal implementeres (Powell et al., 2009, s. 7). Det viser seg både i litteraturen men også fra sykepleierne i denne studien at personer som er ildsjeler og motivatorer er med å holde implementeringen i gang og vedlikeholde MEWS i virksomhetene. Jeg tenker at om ingen tar oppgaven som ildsjel av fri vilje og tar denne aktive rollen i arbeidsgruppen blir det også vanskelig å gjennomføre implementeringen

og beholde de nye rutinene. Sykepleierne etterspør en mer tydelig ledelse som er engasjert og med på å drive implementeringen av MEWS fremover.

En av sykepleierne sier at MEWS er lett å lære og lett å lære bort til andre. Ansvar for å lære opp hverandre blir flere ganger hentet frem som en viktig del av implementeringen av MEWS. Sykepleierne hadde et stort fokus på at helsefagarbeiderne måtte få samme kunnskapen, bli gode i observasjoner og gode på kartlegging av den syke hjemmeboende. Sykepleierne beskriver at de er avhengige av at andre også gjør observasjoner for dem. Den nye kunnskapen som implementeres må også være i tråd med virksomhetens eksisterende mål og visjoner (Powell et al., 2009, s. 71). Her kan det tyde på at opplæring av alle ansatte ikke er forankret i virksomheten og at slik opplæring avhenger av at den enkelte sykepleier engasjerer seg og at helsefagarbeideren er interessert i å lære.

Det er også andre utfordringer knyttet til implementering av nye rutiner i hjemmetjenesten. En viktig faktor slik jeg ser det, som informantene ikke snakker så mye om er å «være ute på hjul» og jobbe alene. En sykepleier sier «*Det vi bruker mye tid på er jo kjøring, halve arbeidsdagen går jo nesten i bilen*». Kollegaene har få og korte samlingspunkt i løpet av en dag. Samarbeidet er fragmentert og ikke konstante. Veiledning og råd fra kollega og ledelsen skjer i samlingspunktene i forkant eller etterkant av eventuelle situasjoner man er i. Dette skiller seg ut fra å jobbe sammen i en avdeling på en institusjon der kollegaveiledning kan skje raskere og der ledelsen kan få større innblikk i hva som skjer i avdelingen. I hjemmetjenesten er ledelsen og kollegaer avhengig av at alle er innforstått med den nye rutinen, at alle gjennomfører det på planlagt måte og at alle rapporterer tilbake når rutinen ikke virker som den var tenkt. Jeg tenker at her er det mange ledd hvor informasjon kan hindres i å komme videre, som igjen fører til at målet om full implementering i hjemmetjenesten kan være utfordrende å oppnå. Implementerings- og forbedringsarbeidet må være av vedvarende karakter og være integrert i organisasjonen for å kunne si at det har vært en suksessfull implementering (Powell et al., 2009, s. 71). Flere sykepleiere i studien forteller om ledere som ikke har vært på kurs, og som ikke vet hva MEWS-kartlegging innebærer. Sykepleierne sier at disse lederne ikke engasjerer seg i implementeringen og vet ikke

hva det kreves av ressurser. Sykepleierne erfarer at implementeringen av MEWS ikke har kommet ordentlig i gang og at MEWS-kartlegging er tilfeldig. I en av disse kommunene har de satt i gang tiltak med at alle ledere skal på kurs. I en annen kommune er lederen engasjert og bruker av og til MEWS selv, disse sykepleierne erfarer at MEWS er implementert i sin avdeling, selv om ikke alle bruker det.

6.2.1.2 Å beholde MEWS - en bekymring

En sykepleier i studien reflekterte rundt bekymringen for at MEWS ikke blir integrert i arbeidshverdagen og at det kan dø ut. Sykepleieren forteller at virksomheten er avhengig av en person som holder tak i MEWS og minner de på å bruke det hver dag. Uten denne personen, ildsjelen eller lederen, vil den enkelte fortsette å jobbe som den «alltid har gjort» og ingen vil huske på å bruke MEWS. Dette er et paradoks slik jeg ser det da de også sier at MEWS er et viktig verktøy de ønsker å bruke. Sykepleierne ser helt klart nytteverdien og de sier det er verdt å beholde.

Det blir brukt betydelige ressurser til implementering og prosjektutvikling innen helse- og omsorgssektoren, men sjelden gir det varige resultater (Førland, 2014, s. 225-240) og det er flere grunner til at virkningen av implementeringen uteblir. utfordringene blir skissert i Kitson et al. (1998) formel for hva som er suksessfull implementering og Powell et al. (2009) fem områder for vellykket implementering. Hvis en skal se resultatene fra denne studien i lys av hva som skal til for suksessfull implementering sier sykepleierne at arbeidsmiljøet og pådrivere - «ildsjeler» har betydning for implementeringen. Riktig og nok utstyr, ledelsesforankring og et brukervennlig og nyttig verktøy blir fremhevet som særdeles viktig.

Det er viktig å få en primærhelsetjeneste som er mer spesialisert ut fra kravet om pasientsikkerhet, samt utfordringene i forhold til å ta imot pasienter fra spesialisthelsetjenesten til hjemmetjeneste med sammensatte sykdomsutfordringer og avanserte behandlingsforløp hjemme. Overgang mellom nivåene i helsetjenestene utgjør en stor risiko for pasienten, spesielt for skrøpelige eldre. Risikofaktorer er ineffektive omsorgsprosesser, manglende dokumentasjon og dårlig kommunikasjon (NOU2015:11, 2015, s. 52). Kommunene er derfor avhengige av å ha kompetanse og

ressurser til å ta i mot disse pasientene som ønsker å være hjemme til tross for alvorlig sykdom.

Dagens MEWS-kartleggingsverktøy er ikke spesialdesignet for kommunehelsetjenesten da fokuset i første omgang var å få det på plass i spesialisthelsetjenesten. Legen Ian Anderson (2016) fra New Zealand sier dette og foreslår at det skal lages et eget kartleggings skjema for primærhelsetjenesten. Han har laget et forslag til kartleggingsverktøy og kaller det PHEWS – Primary Health Early Warning Score (Anderson, 2016, s. 5-6). Grunnen til dette er at han ser at andre kartleggingsverktøy ikke dekker symptomene hos den geriatriske pasienten og er ikke laget for skåring av kritisk syke pasienter i kommunehelsetjenesten. De eldste pasientene har ofte multimorbiditet, redusert immunforsvar og har høy risiko for feildiagnostisering av alvorlig sykdom på grunn av vage og ikke-spesifikke symptomer. Primærhelsetjenesten skiller seg ut fra spesialisthelsetjenesten da det ikke er muligheter for raske svar på blodprøver og diagnostiske prosedyrer. Det er heller ikke utstyr til å gjøre målinger over lengre tid. I primærhelsetjenesten må den enkelte lege og sykepleier stole på sin kliniske evaluering, pasientens sykdomshistorie og bakgrunn og noen ganger intuisjon når det skal ta avgjørelser om pasienten skal sendes videre til spesialisthelsetjenesten (Anderson, 2016, s. 5-8).

Sykepleierne i min studie ser nytteverdien av å bruke MEWS og ser verdien i å beholde det. Kan det likevel være at om de hadde et kartleggingsverktøy som var skreddersydd for deres behov og oppgaver at enda flere hadde brukt det? Jeg tenker det er viktig at alle involverte har fokus på å forbedre rutiner som overføres fra spesialisthelsetjenesten og få de tilpasset behovet i primærhelsetjenesten. Det er også viktig med videreutvikling av kunnskap og kvalitet blant ansatte i primærhelsetjenesten (Førland, 2014, s. 240). Kommunene står overfor mange utfordringer med tanke på veksten i antall eldre og utøvelse av forsvarlige tjenester. Derfor må det jobbes systematisk med fag- og praksisutvikling i form av forskning, praksisferdigheter, faglig skjønn og handlingsklokskap (Førland, 2014, s. 225-240). Sykepleierne i studien forteller også om utstyr som ikke er tilgjengelig når de trenger det. Ressurser må på plass - uavhengig av hvor de kommer fra og det er kommunens ansvar å sikre dette. Igjen handler det om,

slik jeg ser det, å ha en tydelig ledelse som sier noe om hva det faktisk krevers når MEWS skal implementeres. At alle som bruker MEWS skal ha nødvendig utstyr burde være en selvfølge og ikke noe man blir nødt til å forsvare eller diskutere. For at implementeringen og endringen skal bli av vedvarende karakter er det uansett viktig å tilpasse kunnskaper og rutinen til den lokale konteksten i avdelingene (Powell et al., 2009, s. 64).

6.2.1.3 Ledelsesforankring

Powell et al. (2009) sier at ledelsen må være aktivt støttende og deltakende i implementeringsarbeidet (Powell et al., 2009, s. 70). Samtlige sykepleiere i studien sier at en av de viktigste faktorene for implementering av MEWS i hjemmesykepleien er forankring i ledelsen. De sier videre at suksessfull implementering er avhengig av at lederen vet hva MEWS er, de bør ha vært på kurs, de må være engasjerte og ha et ønske om å implementere det i sin virksomhet. Det var forskjeller mellom virksomhetene i forhold til hvor involvert lederen var i implementeringen av MEWS. En sone opplevde at lederen etterspurte målinger, minnet de på å bruke det og brukte det selv. I en annen sone opplever sykepleierne lederen som lite til stede og at det ikke er noen som tar ansvar for at implementering skal være vellykket.

Eierskap og fellesskapsfølelse til arbeid med kvalitet og forbedring er et lederansvar (Meld. St. 13 (2016-2017), 2015). Lederens ansvar er å være kjent med kvalitet og risiko i egen virksomhet og legge til rette for forbedringstiltak og kontrollere at de virker. Et godt lederskap er grunnlaget for å kunne utvikle og omstille tjenesten (Meld. St. 13 (2016-2017), 2015, s. 60-63). I Stortingsmelding 13 (2016-2017) viser de til følgende områder som er viktig for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet; utvikling av pasientens helsetjeneste, utfordre personell, ledere og pasienter til å bruke resultatene som grunnlag for å redusere uønsket variasjon i tjenestene og forbedre dem, og utvikle en kvalitetsorientert ledelse samt etablere systemer som skal gi en sikkerhetsfokusert og lærende kultur (Meld. St. 13 (2016-2017), 2015, s. 6). Videre i meldingen står dette spesielt om ledelse; «*Det er et klart lederansvar å bidra til at kunnskap og resultater fra ulike kilder brukes som grunnlag for målrettede tiltak for å redusere uønsket variasjon og forbedre tjenesten*» (Meld. St. 13 (2016-2017), 2015, s. 6).

Ledere har, på bakgrunn av Stortingsmelding 13 (2016-2017), ansvar for å forbedre tjenesten de er leder for. Hva da med de avdelingene som ikke har ledere som konsentrerer seg om drift uten å tenke for mye på kvalitetsforbedring? I NOU 2015:11, *Med åpne kort*, kommer det frem at lederes oppmerksomhet ofte rettes mot budsjettbalanse og antall pasientbehandlinger i helseforetakene. For ledere i primærhelsetjenesten handler det om å ha både et administrativt og faglig ansvar. De blir stadig utfordret på tilstrekkelig bemanning, økonomiske ressurser, vedlikehold av utstyr og samhandling mellom og virksomheter i kommunen og spesialisthelsetjenesten (NOU2015:11, 2015, s. 195-196). En leder skal fylle mange funksjoner men, slik jeg ser det, er det likevel svært viktig å ha tilstedeværende og engasjerte ledere, som jobber for å få sykepleierne til å innse at MEWS er et viktig verktøy for å lykkes med forbedring av pasientsikkerheten og gi en bedre tjeneste til pasientene.

Utvikling av en støttende arbeidskultur som fremmer helsepersonellens autonomi og selvstendighet er viktig for blant annet økt kvalitet på pleien som blir gitt, en demokratisk og relasjonell ledelse vil bidra til dette (André, 2014, s. 220). Ledere må være aktivt involverte i kvalitetsforbedringsarbeid, både for symbolsk og praktisk gjennomføring. De skal sikre at kvalitetsforbedringen er i samsvar med virksomhetens strategiske mål, sørge for at endringer kommer gjennom barrierer i systemet, at de blir gjennomført ressursbesparende, sikre at virksomheten bruker eksterne ressurser i kvalitetsforbedringen for å støtte opp om lokalt kvalitetsforbedringsarbeid (Powell et al., 2009, s. 71). MEWS-kartlegging må sees på som et tiltak for å forbedre kvaliteten på tjenesten som blir gitt pasienten. Verktøyet er med på å hjelpe sykepleieren til systematisk kartlegging av pasienten, slik at igangsetting av tiltak kan skje på et tidlig tidspunkt. Sykepleiere i denne studien sier at det er viktig å ha fokus på MEWS-kartlegging fremover for at det ikke skal bli glemt og bli borte i den daglige driften. Sykepleierne sier at lederne må ta ansvaret for at MEWS blir integrert som rutine i deres virksomhet.

6.2.1.4 Betydningen av personlig involvering

Et funn som kom frem i studien var spørsmålet om konsekvensen av å ha alt som skal til for å lykkes med implementeringen, men likevel ikke bruke MEWS-kartlegging. Sykepleierne sier at dette avhenger av involveringen fra «ildsjeler». Betydningen av personer som involverer seg blir trukket frem som svært viktig. Så, hvem skal pålegges oppgaven som «ildsjel» og kan det forventes at noen naturlig tar på seg denne rollen? Kitson et al. (1998) sier at implementeringen avhenger av en person som hjelper andre å endre holdninger, vaner, ferdigheter, tankemåter og arbeidsmåter (Kitson et al., 1998, s. 152). Flere sykepleiere i studien forteller at Alert-instruktører er engasjerte, det er de som er ekspertene, men de trenger nødvendigvis ikke være motivator eller ildsjel i alle avdelingene. Det blir derfor viktig å ha en konkret plan for videre implementering som ikke innebærer at bare ildsjelen involverer seg, men en plan for involvering fra alle som skal bruke MEWS. Sykepleierne i studien sier de er rollemodeller og forbilder for andre i virksomheten. Sykepleierne sier de må vise sine kollegaer at de ønsker å beholde MEWS og være med å veilede og lære opp sine kollegaer.

I Kitson et al. (1998) sier de at suksessfull implementering avhenger av å bruke kompetansen til eksterne og interne tilretteleggere (ildsjeler). Selv om konteksten der implementeringen er dårlig vil sterke tilretteleggere klare å implementere ny praksis, men dette tar lengre tid enn hvis konteksten er tilpasset den nye praksisen. Tilretteleggere som ikke er engasjerte eller har utilstrekkelig kompetanse på området som skal implementeres gjør at nye rutiner eller prosedyrer ikke blir implementert. Det skjer lite endring i virksomheter som ikke har interne eller eksterne ildsjeler eller pådrivere (Kitson et al., 1998, s. 156). Det kan virke som implementeringen av Alert, i enkelte virksomheter, har baserer seg i stor grad på frivillighet og en "det er kjekt-å-ha"-mentalitet. Alert som konsept må formaliseres på et høyere ledernivå i kommunen, og ikke bare være opp til den enkelte sykepleieren og deres nærmeste leder å få implementert.

6.2.2 Fremmende og hemmende faktorer for implementering

Her vil faktorer som virker fremmende og hemmende for implementeringen bli diskutert. Tid vil også bli diskutert her. Hemmende og fremmende faktorer for implementeringen ble etterspurt for å få en bedre innsikt i hva som må til for å implementere MEWS og hva sykepleierne peker på som utfordringer ved implementering og bruk av MEWS. Samt hva som er positive faktorer i forhold til implementeringen.

6.2.2.1 *Hemmende og fremmende faktorer for implementeringen*

Når legevakt eller andre kollegaer etterspør MEWS sier sykepleierne at dette er en fremmende faktor for implementeringen ved at sykepleierne må bruke MEWS. Det er først når legevakt forlanger MEWS-kartlegging av pasienten at sykepleierne erfarte det som en hemmende faktor. Det var ikke i alle situasjoner sykepleierne fikk tatt MEWS før kontakt med legevakt og de erfarte at dette førte til forsinkelser i behandlingen til pasienten. Sykepleierne i undersøkelsen sier noe om dobbeltarbeid i den forstand at skåringer tas på nytt. Det blir en forsinkelse i diagnostiseringen og behandlingen til pasienten da legevakt krever at MEWS-skåringer er gjort. En sykepleier sier at hun «ikke ser hensikten i å MEWS-skåre når symptomene er klare og ambulanspersonell likevel gjør egne skåringer». I studien til van Galen et al. (2016) så de på grunnleggende årsaker til at pasienter ble forflyttet fra sengepost til intensivavdeling i sykehus. Nesten halvparten av årsakene var menneskelig svikt. Blant disse var svikt i monitorering av pasientens progresjon eller forverring den største årsaken til at pasienter måtte få intensivbehandling. Svikt i riktig bruk av MEWS og svikt i dokumentasjon av kartleggingen kom også frem som årsaker til forsinket behandling av pasienten (van Galen et al., 2016, s. 7-11). Studien viser viktigheten av å monitorere pasientens vitale parameter og sette i gang tiltak på et tidlig tidspunkt. Det må en holdningsendring til med tanke på at MEWS alltid skal skåres, som en fast rutine for å avdekke akutt sykdom, selv om symptomene i seg selv er klare. Det kan ikke bli en «sovepute» at ambulanspersonell har egne rutiner for MEWS-kartlegging, da en av hensiktene med MEWS-kartlegging nettopp er å følge med på pasientens sykdomsutvikling.

Helsevesenet står overfor en stor utfordring for å sikre trygg omsorg, forebygge skade og tidligere oppdage akutt sykdom hos pasientene. Salvi et al. (2007) skisserer spesielt utfordringene med eldre pasienter i akuttmottaket. Eldre pasienter har ofte atypiske symptomer, komorbiditet, polyfarmasi, utfordringer med kommunikasjonen og endret kognitiv status. Dette gir igjen utfordringer i forhold til innhenting av anamnese og valg av videre behandling. Hensikten med akuttmottaket er å gi behandling og sette i gang tiltak ved akutt sykdom. Når en eldre pasient med komplekse helseutfordringer kommer inn opplever helsepersonell utfordringer med innhenting av blant annet anamnese og medisinlister som et hinder i effektiv behandling av pasienten (Salvi et al., 2007, s. 293-295). Dette viser viktigheten av kommunikasjon og videreformidling av observasjoner og informasjon om pasientens sykdomshistorie, i de tilfeller hjemmetjenesten har sørget for innleggelse av pasienten. Slik at behandling kan settes i gang så raskt som mulig.

I reviewstudien til Brasaite et al. (2015) ble det rapportert om generelt positive holdninger til pasientsikkerhet. I studien ble holdningene forbedret hos praktikanter etter ferdighetstrening, spesielt i forhold til feilanalyse og evnen til å påvirke og forbedre sikkerhetsarbeidet (Brasaite et al., 2015, s. 46). Videre sier Brasaite et al. (2015) at uheldige hendelser kan unngås ved å sørge for bedre kunnskap om pasientsikkerhetsarbeid og skaper en kultur for åpen rapportering av hendelser relatert til pasientskader (Brasaite et al., 2015, s. 47). Jeg tenker at et åpent miljø der man ikke er redd for å melde avvik er fremmede for implementeringen. En slik holdningsendring kan ikke sykepleierne ta hånd om alene, det må også være et ledelsesansvar.

Sykepleierne sier at veiledning av kollegaer var en fremmede faktor for implementeringen. Sykepleierne erfarte at det var flere som benyttet seg av kartleggingsverktøyet etter veiledningen. Likevel opplevde noen sykepleiere at de veiledet kollegaer som likevel ikke bruker verktøyet. Dette opplevde de som hemmende. Sykepleierne brukte sin tid på veiledning men MEWS ble fremdeles ikke brukt. Grunnen kan være, som flere sykepleiere nevnte, at helsefagarbeidere er redde for å gjøre feil, de har for liten grunnkunnskap om fysiologiske faktorer og de ønsker at sykepleieren skal ta dette ansvaret. Kim H. S. (2006) sier at å ha kunnskapsbasert praksis

er kritisk fordi det viser til spesialisert, profesjonell kunnskap og det får direkte implikasjoner for den praksisen som utføres (Kim, 2006, s. 9-10). Videre sier hun at bruken av denne kunnskapen påvirkes av blant annet situasjonen man er i, personlighet, hva personen liker/misliker, emosjoner, kompetansenivå og kontekstuelle faktorer. I tillegg vil innholdet i personlige erfaringer og den spesifikke fagkunnskapen til den situasjonen personen er i der og da påvirke arbeidet (Kim, 2006, s. 9-10). Jeg tenker at kompetanseutvikling for helsefagarbeiderne blir et viktig fokus, slik at de tørr å gjøre de pasientobservasjonene som er nødvendige.

MEWS-kortet blir erfart som veldig konkret, lett å bruke og har et systematisk oppsett. Sykepleierne sier dette er en fremmede faktor i seg selv. En sykepleier snakker om opplevelsen av å være profesjonell når hun skårer pasienter og meddeler disse skåringene vider til for eksempel legevakt. Dette er fremmede for implementeringen i den grad at sykepleierne sier at positiv respons fra andre gir en følelse av stolthet og mestring. Det oppleves som en hemmende faktor at kollegaer ikke gjør målinger, men forventer at sykepleieren skal ta ansvaret for deres vurderinger og observasjoner, spesielt når uttrykkene «*pasienten er ikke som han pleier*» og «*pasienten er pjusk i dag*» blir brukt. Sykepleierne sier de er avhengig av at helsefagarbeiderne kan gjøre MEWS-skåringer, både for ikke å forsinke pasientens behandling men også for å styrke sin egen faglige kompetanse og opplevelse av mestring.

Sykepleierne i studien snakker om ildsjelen som en viktig fremmede faktor for implementeringen. Sykepleierne sier at ildsjelen ofte snakker om MEWS, minner alle på å bruke det, gir råd og veiledning, og fremmer samarbeid mellom kollegaer i virksomheten. Rycroft-Malone et al. (2002) sier at tilretteleggeren, ildsjelen, skal være behjelpelig med implementeringen og ikke prøve å overtale eller være formanende. Rollen som tilrettelegger og ildsjel inneholder mange elementer, alt fra å gi hjelp til å oppnå en bestemt oppgave til å bruke metoder som gjør det mulig for personalet å se på egne holdninger, vaner og ferdigheter. Tilretteleggeren må ha kunnskap og evner for å fylle rollen effektivt (Rycroft-Malone et al., 2002, s. 177). Det blir påpekt av en sykepleier at så fort ildsjelen er borte fra arbeidsplassen så faller bruken av MEWS litt sammen. Da er det ingen som tar tak i rutinen, det er ingen som etterspør målinger og

ingen som driver arbeidet videre. En sykepleier sier at alle har et ansvar, og det er opp til alle å gjøre hverandre gode i kartlegging og sørge for at MEWS blir brukt. Det er de som står pasientene nærmest og opplever verktøyet som nyttig. På tross av dette er det flere sykepleiere som erfarer at MEWS ikke blir brukt.

Ledelsesforankring ble tatt opp i kapittel 6.2.1.3. Likevel er det verdt å nevne at sykepleierne snakker om virksomhetens ledelse som både en fremmende og en hemmende faktor. Sykepleierne sier at ledere som engasjerer seg, er aktivt deltakende og interesserte er fremmende for implementeringen av MEWS. Ledere som ikke engasjerer seg, som er opptatte av organisatoriske oppgaver fremfor implementering av MEWS er hemmende for implementeringen. Dette stemmer overens med resultater fra en studie av Rycroft-Malone et al. (2004). Her kommer det frem at implementering avhenger av en leder som har kunnskap om prosjektet som skal gjennomføres, har erfaring med implementeringsarbeid, klarer å koordinere prosjektet, må være positiv og entusiastisk og ha gode kommunikative ferdigheter (Rycroft-Malone, Harvey, et al., 2004, s. 919).

6.2.2.2 Tid

Jeg hadde i forkant av intervjuene tenkt at tiden ville bli en av de større diskusjonene i fokusgruppene. Slik ble det imidlertid ikke, selv om jeg etterspurte tanker omkring bruk av tiden til MEWS-kartlegging ble det aldri, ikke i noen av gruppene, en stor diskusjon. Rycroft-Malone et al. (2004) finner i sin studie at ressurser ble trukket frem som et problemområde, og mangel på tid ble trukket frem som en potensiell barriere men i form av for lite personale og personalets forventninger til implementeringen (Rycroft-Malone, Harvey, et al., 2004, s. 919). Sykepleierne i min studie snakket også om tiden i forhold til selve organiseringen av arbeidsdagen og å ha tid til alle oppgavene. I forhold til å ha tid til MEWS-kartlegging sa de at dette tok de seg tid til, samt at det ikke tok lang tid å kartlegge. Tid ble nevnt i enkelte andre sammenhenger men de sykepleierne som brukte MEWS-kartlegging anså dette som så viktig at tid kom i andre rekke.

6.2.3 Bruk av MEWS-kartlegging

Sykepleierne sier at MEWS er et bevisstgjørende og trygghetskapende verktøy, samt at ansvar og roller blir tatt opp som et sentralt tema. Dette blir diskutert nærmere her. Sykepleiernes erfaringer rundt bruk av MEWS-kort og kartlegging omhandler opplevelse av trygghet, bevisstgjøring rundt egen kompetanse og avklaring av ansvar og roller. Sykepleierne sier at MEWS-kortet er enkelt å forstå. MEWS-kortet ble sett på som en veileder eller huskelapp for hva som skal kartlegges, i hvilken rekkefølge og hvordan kommunikasjonen med andre skal være. Sykepleierne sa gjentatte ganger at det var enkelt å bruke MEWS. Så hvorfor er det flere som også sier at det ikke brukes?

Ordet nyttig ble ofte brukt av informantene i forbindelse med at MEWS er et nyttig verktøy. Begrepet nyttig blir definert som brukbar, gagnlig, noe som egner seg til noe og er dugelig (Språkrådet 2017). Sykepleierne sier at MEWS egner seg til å gjøre skåringer av pasienter som bor hjemme. De sier også at MEWS er brukbart, det går an å bruke det og det gagnar pasienten at sykepleierne bruker det. Det er derfor riktig å kunne si at MEWS er et nyttig verktøy for kartlegging av pasienten.

Cherry & Jones (2015) finner i sin studie at alle respondentene anså MEWS som et nyttig verktøy, men poengterte at MEWS-skåringer kan feilberegnes og dette må alle være oppmerksomme på. Å fange opp pasientenes individuelle forskjeller er en utfordring, og det er usikkert om bruk av MEWS gjør dette. Derfor er det viktig å se på MEWS som et hjelpemiddel og ikke en erstatning for sykepleierens faglige vurderinger (Granaas et al., 2016, s. 57). Helsepersonellens ansiennitet og rolle kan påvirke holdningene og føre til at pasienter ikke blir skåret. Enkelte leger kan avvise en høy MEWS-skår fordi de forventer disse vitale målingene å være høye ut fra pasientens nåværende sykdom og tidligere medisinske historie (Cherry & Jones, 2015, s. 812). Alle informantene var enige i at når MEWS-kartlegging brukes riktig var det et utmerket verktøy for å varsle sykepleiere og annet medisinsk personale om forverring hos pasienten, og veilede de til den mest hensiktsmessige behandlingen. For at MEWS skal være effektivt må alle sykepleiere og medisinsk personell kommunisere, samarbeide og gjennomføre de tiltak som er nødvendige for pasienten (Cherry & Jones, 2015, s. 817). Roney et al. (2015) sier at pasienter med risiko for forverring av sykdomstilstanden trenger kritisk tenkende sykepleiere og ikke bare at noen samler og registrerer vitale

parametre (Roney et al., 2015, s. 11). Selv om funnene er fra spesialisthelsetjenesten har det mange likhetstrekk med funn i denne studien som representerer kommunehelsetjenesten.

6.2.3.1 MEWS - et bevisstgjørende og trygghetsskapende verktøy

Et av hovedfunnene i denne studien viser at sykepleieren erfarer at MEWS er et bevisstgjørende og trygghetsskapende verktøy. Sykepleierne snakker om økt bevissthet og ny forståelse av egen kompetanse, både fagkompetanse, erfaringsbasert kompetanse og vurderingskompetanse. Bevissthet knyttet til erfaringer rundt egen profesjonalitet kom også opp som et funn. Bruk av MEWS var for mange sykepleiere en trygghet. MEWS ble sett på som et arbeidsverktøy, en huskeliste og en veileder å bruke i en kritisk eller usikker situasjon. Alle informantene sa seg enig i at de erfarer å være mer trygge i egne vurderinger etter at de begynte å bruke MEWS. Informantene i studien til Cherry & Jones (2015) sier at MEWS hjelper de med å synliggjøre pasientens grad av sykdom og guider sykepleieren til å finne rett behandling. Forutsatt at MEWS brukes riktig og at medisinsk personell jobber sammen om pasienten og setter i gang nødvendige tiltak (Cherry & Jones, 2015, s. 817).

Sykepleierne sier at MEWS-kortet er brukervennlig og lett å bruke og lett å lære bort til andre. De sier at å bruke MEWS-kortet i kartleggingen av den kritisk syke pasienten gjør de tryggere i avgjørelsen av hva som skal gjøres videre i behandlingen av pasienten. Det er et stadig økende fokus på pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten (Bondevik et al., 2014). Omfanget av pasienter som i det daglige er i kontakt med kommunehelsetjenesten er stort. Svært mange pasienter går gjennom primærhelsetjenesten på daglig basis og det er stor sannsynlighet for at noen av dem blir utsatt for en uheldig hendelse (Michel et al., 2017, s. 11). Det er også i større grad enn tidligere svært syke pasienter som mottar tjenester fra kommunene (NOU 2015:17, 2015, s. 127). Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» skal sørge for et økt fokus på pasientsikkerhet og redusere faren for at pasientene opplever uheldige hendelser i kommunehelsetjenesten. Konseptet kalles «Pasient- og brukersikker kommune» (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016). Gjennom kunnskapsbasert praksis fletter man sammen forskning og erfaringer fra praksisfeltet. Nasjonale strategier for

kvalitet og pasientsikkerhet sier at kunnskapsbasert praksis er et virkemiddel for å oppnå god kvalitet på tjenestene (Nordtvedt et al., 2012, s. 23). Det er derfor viktig at kommunene er sitt ansvar bevisst og gjør det de kan for å redusere risikoen for å påføre pasientene skader på grunn av uheldige hendelser. Ingen av hjemmetjenestene i denne studien hadde startet opp med pasientsikkerhetsprogrammet så lenge studien pågikk. Det er likevel grunn til å tro at et slikt konsept er nødvendig for økt fokus på å redusere forekomsten av uheldige hendelser i kommunehelsetjenesten.

6.2.3.2 Ansvar og roller

Det er mange ansvarsområder som blir beskrevet av sykepleierne. Samarbeidet med kollegaer og andre instanser, ansvaret for rollen som forbilde og veiledning til kollegaer ble nevnt. Ansvaret for opplæring til kollegaer i bruk av MEWS var svært viktig for samtlige sykepleiere. Å være gode rollemodeller slik at andre gjør som dem ble deres svar på hvordan man skal få alle i virksomheten til å kartlegge.

Sykepleierne var delt i hvordan de brukte MEWS i sine observasjoner. I noen virksomheter var implementeringen kommet godt i gang og sykepleierne brukte MEWS når det var påkrevd uten å tenke at det ikke skulle brukes. I virksomheter hvor implementeringen av MEWS ikke var kommet like langt sa sykepleierne i flere tilfeller at observasjoner var noe de gjorde hele tiden, de var vant med det og derfor trengte de ikke bruke MEWS for de viste hva de skulle gjøre. Denne holdningen kan være hemmende for implementeringen, samt at slike holdninger kan ha en tendens til å spre seg videre i virksomheten. Likevel sa sykepleierne også at MEWS var et nyttig verktøy, og det er denne motsetningen som gjør meg undrende til hvorfor de da ikke bruker MEWS hver gang. Smith (2010) sier at riktig opplæring av personalet er viktig. Opplæringen skal omhandle hvordan observere pasienter, inkludert; måling av vitale tegn, tolkning av observerte tegn og gjenkjennelse av tegn på forverring. Opplæring av personalet må også omhandle; hvordan bruke kartleggingsverktøy, hvordan tilkalle hjelp, når og hvordan sette i gang enkle livreddende tiltak, organisering av teamarbeid, informasjonsoverføring og palliativ pleie (Smith, 2010, s. 1209). I Fridén & Andrén-Sanberg (2013) sin studie poengterer de at MEWS er en del av kartleggingen av

pasienten, men at MEWS alene ikke gir hele bildet av pasientens sykdomsutvikling (Friden & Andren-Sandberg, 2013).

Derfor er det viktig det Brasaite et al. (2015) sier i sin studie; Investering i klinisk- og profesjonell ferdighetstrening til helsearbeidere må prioriteres. Fordi gode ferdigheter omkring pasientsikkerhet knyttes opp til positive pasientutfall og bedre kvalitet på helsetjenesten. Samlet sett fant de at helsepersonell har positive holdninger til hendelsesrapportering og pasientsikkerhet, men noen er fortsatt redde for straffetiltak ved rapportering av hendelser. Relevant opplæring kan imidlertid påvirke disse holdningene (Brasaite et al., 2015, s. 48).

Sykepleierne i studien erfarte at Alert-kurset var svært bra og at de fikk oppfrisket gammel kunnskap og at de fikk nytt faglig påfyll. Flere sykepleiere kunne tenke seg å ta kurset en gang til, samt at alle sykepleierne ønsket årlig undervisning og repetisjon for å holde seg oppdatert på MEWS. Det var ingen sykepleiere i studien som hadde sett en slik plan for oppfølging og flere var redd for at det ikke ble noe mere undervisning om temaet. Spørsmålet om hvem som har ansvaret for å beholde MEWS i virksomheten ble stilt. Flere av sykepleierne sier at det er de som bruker det, er nærmest pasienten og ser det som et nyttig verktøy. Sykepleierne sier det til sist er deres ansvar å bruke det og beholde det.

6.3 Oppsummering

Etter gjennomgang av alt materialet tegner dette seg ut som hovedresultatet; Bruken av MEWS fører til økt bevissthet knyttet til ansvar og egen kompetanse, er brukervennlig og trygghetsskapende og forutsetter ledelsesforankring.

Sykepleierne erfarer at de får en ny bevissthet rundt egen rolle og sitt ansvar i virksomheten og som sykepleiere. De erfarer at gode kartlegginger blir respondert på og at dette fører til opplevelsen av å være profesjonell.

Sykepleierne erfarer at bruk av MEWS-kartlegging fungerer som en veileder og trygger dem i hvordan de skal kartlegge pasientene riktig. Sykepleierne sier at MEWS er et

enkelt verktøy å bruke og at alle kan klare å gjennomføre kartleggingen så fremst det blir lagt til rette for veiledning og opplæring i virksomheten og kollegaer imellom. Sykepleierne erfarer at de er avhengige av at helsefagarbeidere også kan observere og kartlegge pasientene.

Ildsjeler i virksomhetene kommer opp som en viktig faktor for implementeringen. Sykepleierne erfarer at engasjerte medarbeidere er med å drive implementeringsarbeidet fremover. Når ildsjelen ikke er til stede blir det erfart at implementeringsarbeidet stagnerer.

Sykepleiere i hjemmetjenesten erfarer at implementering av MEWS forutsetter ledelsesforankring. Sykepleierne i studien erfarer at engasjerte og aktivt deltakende ledere er en fremmende faktor, mens ledere som er mer opptatt av administrative oppgaver er hemmende for implementeringen av MEWS.

7.0 Avslutning

I siste kapittel gjøres det rede for implikasjoner for praksis 7.1, forslag til videre forskning 7.2 og konklusjon 7.3

7.1 Implikasjoner for praksis

Denne studien kan ikke generaliseres for praksisfeltet, den viser kun erfaringer en gruppe sykepleiere har fra eget arbeid med MEWS-kartlegging. Det blir opp til den enkelte å sammenlikne studiens funn med egen praksis og erfaringer omkring dette temaet.

I dette kapittelet vil disse områdene for implikasjoner for praksis bli beskrevet. 7.1.1 Profesjonalitet – blir satt i spill, 7.1.2 Økonomiske påvirkninger, 7.1.3 «Evighetsprosjekter» og 7.1.4 Følgforskning i kommunehelsetjenesten.

7.1.1 Profesjonaliteten – blir satt i spill

MEWS blir karakterisert som et trygghetsskapende og bevisstgjørende verktøy. Det er trygghetsskapende i den grad at MEWS er enkelt å bruke, det oppleves som nyttig og det er et godt hjelpemiddel for kartlegging av pasienten. MEWS er bevisstgjørende i den grad at sykepleierne blir mer bevisst egen fagkunnskap, sin profesjonalitet, sin rolle og sitt ansvar. Ved bruk av MEWS-kartlegging blir det en profesjonell måte å snakke rundt pasientens symptomer på. De involverte vil forstå hva det dreier seg om og ha det samme «stammespråket». Dette vil redusere uklarheter i kommunikasjonen samt at det vil avklares raskere hva som er pasientens videre behov. Tidlig identifisering av akutt sykdom og raskere til behandling er hensikten bak Alert og MEWS-kartlegging. Dette vil til sist gagne pasientene i den grad at de vil oppleve et helsevesen som kommuniserer bedre sammen, pasienten får behandling raskere enten der den er eller i spesialisthelsetjenesten og forverring av pasientens tilstand kan unngås på et tidligere tidspunkt eller håndteres der det er personale med rett kompetanse. Å oppleve profesjonalitet er viktig for motivasjon i arbeidet, for den enkelte sykepleiers selvtillit og viktig for andres oppfattelse av sykepleieprofesjonen som helhet. Spesielt for

sykepleiere som jobber i kommunehelsetjenesten, der det til tider har vært mindre fokus på fagutvikling, pasientsikkerhet og forbedringsarbeid.

Det er verdt å nevne endringer i dagens sykepleierutdanning. Sykepleierstudenter får i dag en annen type opplæring i tidlig kartlegging av akutt syke pasienter. Dette omhandler blant annet bruk av de nyeste kartleggingsverktøyene og en utvidet kartlegging av vitale parametre ved bruk av blant annet stetoskop. Det er i dag også flere masterstudien som omhandler akutt klinisk sykepleie (AKS-studier). Dette vil ha noe å si for fremtidens sykepleiere og deres møte med den akutt syke geriatriske pasienten. Deres kunnskaper om og økt fokus på observasjoner kommer pasientene til gode. De blir ressurspersoner i virksomhetene og kan veilede kollegaer i nye måter å observere og kartlegge pasientene på.

7.1.2 Økonomiske påvirkninger

Når denne oppgaven er skrevet ferdig og levert er Alert blitt historie og ProAct tar over stafettspinnen. ProAct er samme lisensbaserte konsept, men i stede for MEWS brukes kartleggingsverktøyet NEWS. Kommunens økonomi påvirker hvilke arbeidsmetoder og verktøy helse- og omsorgstjenesten skal bruke. Om kommunen ikke satser på slike lisensierte kurs vil ikke de som jobber der få tilgang på denne informasjonen. For meg virker dette litt for tilfeldig. Erfaringer fra egen kommune er at hjemmetjenesten satset på å utdanne egne instruktører i Alert, mens sykehjemmene ikke har implementert Alert og MEWS hos seg. I forhold til tidlig kartlegging av kritisk sykdom hos eldre bør det være nasjonale krav til hva kommunene skal innføre av slike kurs og verktøy. Slik at det blir like god og likeverdige tjenester til de som mottar det være seg hjemme eller på institusjon uavhengig av kommunens økonomi.

7.1.3 “Evighetsprosjekter”

Mange prosjekter og rutiner blir forsøkt implementert i kommunehelsetjenesten. Er det slik at alle blir fullt implementert og er i bruk i årene etter implementering? Jeg har erfart at det er det ikke. Noen prosjekter forsvinner like raskt som de var på plass, noen kommer ikke engang til implementeringsfasen. En forutsetning er at prosjektet i seg

selv er nyttig og at de som skal bruke det erfarer at det har en konkret nytteverdi i deres daglige arbeid. En annen viktig forutsetning som sykepleierne i denne studien trekker frem er engasjementet rundt prosjektet, at det er en drivkraft som holder tak i prosjektet og et ønske fra alle om at det skal implementeres. En tredje faktor som også er nevnt som en av de viktigste er at prosjektet må være forankret i ledelsen. Både for økonomiske ressurser som må være på plass, men også for engasjementet og et sterkt ønske om implementering. Å holde tak i, å holde i live prosjekter etter implementeringsfasen vil jeg påstå er et evighetsprosjekt. Det er aldri slik at nye rutiner og verktøy «lever sitt eget liv» videre i virksomheten. Det må stadig snakkes om, holdes kurs i, repeteres, undervises i og brukes for at det skal bli en del av den daglige driften og til slutt bli til en selvfølgelighet i virksomheten.

7.1.4 Følgforskning i kommunehelsetjenesten

Det settes i gang mange prosjekter i en kommune, problemet er at det er lite evaluering i etterkant. Det er også lite følgforskning av pågående prosjekter. Utvalget av forskning i kommunehelsetjenesten knyttet opp mot eldre med akutt sykdom og spesielt forskning i hjemmebaserte tjenester er lite. Spesialisthelsetjenesten har lang tradisjon for og erfaring med forskning. Om kommunene skal klare å henge med på fremtidens helseutfordringer er det nødvendig å gjøre opp en status på dagens rutiner. Det må undersøkes hva som skal til for å øke bevisstheten rundt forskning og undersøkelser på egen arbeidsplass. Det må sikres at virksomheten jobber etter «best practice» og at de holder seg oppdatert på den nyeste forskningen. Det må sikres at rutiner som allerede er forbigått forskningsmessig ikke blir implementert. Det må også sikres at den nyeste praksisen kommer ut til pasientene. Implementeringsarbeidet må løftes opp på et høyere ledelsesnivå enn å basere seg på at det er ansvaret til avdelingens leder og den enkelte sykepleier som jobber der.

7.2 Forslag til videre forskning

Litteratursøkene til denne oppgaven viser at det er lite forskning knyttet til bruk av MEWS i primærhelsetjenesten og bruk av MEWS knyttet opp mot geriatriske pasienter generelt. Denne studien har innhentet erfaringer fra en liten gruppe sykepleiere i

hjemmetjenester på det sentrale Østlandet. Følgforskning i kommunehelsetjenesten er nødvendig for å innhente informasjon om hvordan prosjekter i kommunehelsetjenesten blir gjennomført. Evaluering av prosjekter og implementering av dem kan si noe om behovet for kompetanse på området. Samt om prosjekter blir gjennomført på den mest hensiktsmessige, ressursbesparende og økonomiske måten.

Denne studien er en kvalitativ studie og har tatt for seg en liten gruppe sykepleieres erfaringer knyttet til bruk og implementering av MEWS i sine virksomheter. Det kan være mulig å se på dette gjennom en kvantitativ studie, for eksempel en større spørreundersøkelse, på bakgrunn av denne studiens funn. En større studie er uansett nødvendig for å kartlegge hvor utstrakt bruken av MEWS er i kommunehelsetjenesten. Ikke bare i hjemmesykepleie men også knyttet opp mot sykehjem. Det kan være interessant å sammenlikne Alert opp mot ProAct, å se på denne måten å bruke lisensbaserte kursopplegg og kartleggings skjemaer på i kommunehelsetjenesten.

7.3 Konklusjon

Hovedresultatet til denne studien er; bruken av MEWS fører til økt bevissthet knyttet til ansvar og egen kompetanse, er brukervennlig og trygghetsskapende og forutsetter ledelsesforankring.

Innføringen og implementeringen av kartleggingsverktøyet MEWS i hjemmetjenesten er gjennomført i varierende grad. I noen kommuner fungerer det slik det er tenkt, mens andre kommuner strever med implementering, engasjementet og forståelsen av viktigheten av å bruke slike verktøy. Ledelsesforankring og lederes involvering viser seg å være et svært viktig og sentralt tema.

MEWS-kartlegging blir karakterisert som nyttig, enkelt å bruke samt er en god veileder for hvordan kartleggingen av akutt syke pasienter i hjemmetjenesten kan gjennomføres. Likevel blir ikke verktøyet alltid brukt. Det erfares av sykepleierne at ikke alle vet hvordan kartleggingen skal gjøres, det er ikke nødvendig utstyr til å gjennomføre kartleggingen eller det er holdninger blant de ansatte på virksomheten som hindrer at MEWS-kartlegging blir gjennomført.

I oppløpet til denne studien blir det bestemt i kommunene som har deltatt i studien at opplæringskurset Alert skal avløses av opplæringskurset ProAct. Dette beviser nok en gang at når en rutine er implementert, og kanskje bare kommet halvveis i prosessen, kommer det noe nytt som skal innføres. Dette er sykepleierne i denne studien sin bekymring. Det blir aldri rom for å bli godt kjent med en ny rutine før den blir erstattet med noe annet. Selvfølgelig skal det utvikles og forskes frem nye måter å jobbe på, som tjener pasienten bedre. Kommunehelsetjenestene må være fremoverlent med tanke på å bidra til ny forskning men også implementering og bruk av den. Dette kommer i en konflikt med sykepleiernes opplevelse av å jobbe fortere, være mer effektive og til slutt uttale noe som at «alt var bedre før». Jeg vil påstå at alt er blitt bedre med tanke på kartlegging av den geriatriske pasienten, og at fremtidens kommunehelsetjeneste har mye spennende å se fram til. Det viktigste må være å ha en gjennomførbar og bærekraftig strategi for implementering. Samt å ha et ønske blant ledere og de ansatte om å involvere seg, engasjere seg og bidra til ny innovasjon og en suksessfull implementering av denne.

Litteraturliste


- Anderson, I. (2016). A proposed Primary Health Early Warning Score (PHEWS) with emphasis on early detection of sepsis in the elderly. *J Prim Health Care*, 8(1), 5-8. doi: 10.1071/hc15044
- André, B. (2014). Positive arbeidslivserfaringer i kommunehelsetjenesten. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 216-224). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Hansen, E. H., & Deilkås, E. C. T. (2014). Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Scandinavian journal of primary health care*, 32(3), 132-138.
- Bondevik, H., & Bostad, I. (2003). *Tenkepauser : filosofi og vitenskapsteori*. Oslo: Akribe.
- Brasaite, I., Kaunonen, M., & Suominen, T. (2015). Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review. *Scand J Caring Sci*, 29(1), 30-50. doi: 10.1111/scs.12136
- Bunkenborg, G. (2014). *In-hospital patient safety-prevention of deterioration and unexpected death by systematic and interprofessional use of early warning scoring* (B. 2014): Lund University.
- Cherry, P. G., & Jones, C. P. (2015). Attitudes of nursing staff towards a modified Early Warning System. *British journal of nursing*, 24(16), 812-818.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Einarson, E., Jaeger, M., Melby, A. K., & Brudvik, M. (2011). *ALERT™*. Hentet 19.03.2016 2016, fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/alert>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring>
- Friden, T., & Andren-Sandberg, Å. (2013). Critically ill hospitalized patients must get help in time. Measure, evaluate, act is the foundation - supported by ALERT, MEWS and MIG. *Läkartidningen*, 110(29-31), 1350-1353.
- Fullerton, J. N., Price, C. L., Silvey, N. E., Brace, S. J., & Perkins, G. D. (2012). Is the Modified Early Warning Score (MEWS) superior to clinician judgement in detecting critical illness in the pre-hospital environment? *Resuscitation*, 83(5), 557-562. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.01.004
- Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 225-241). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Gran, S. V. (2012). Sykepleieteori i møte med pasienten. *Sykepleien*, 4, 66.
- Granaas, M., Vatn, L., & Lund, S. B. (2016). Fanger opp forverring tidligere. *Sykepleien*(06), 4. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.57777
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helse-og Omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4
- Helsepersonelloven. (2017). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hummelvoll, J. K. (2010). Flerstegsfokusgruppeintervju—en sentral metode i deltagerbasert og handlingsorientert forskningssamarbeid. *Klinisk sygepleje*, 34(03), 4-13.
- Kim, H. (2006). Knowledge synthesis and use in practice—debunking «evidencebased». *Klinisk sykepleje*, 20(2), 24-34.
- Kim, S. H. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn - det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health care*, 7(3), 149-158.
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. [journal article]. *Implementation Science*, 3(1), 1. doi: 10.1186/1748-5908-3-1
- kunnskapsbasertpraksis.no. (2017, 14.04). *Kunnskapsbasert praksis*. fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Melberg, H. O., & Hagen, T. P. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(02), 143-158.
- Meld. St. 13 (2016-2017). (2015). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepratementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>
- Meld. St. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1&q=>
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid* Oslo: Helse- og omsorgsdepartement. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1&q=>
- Michel, P., Brami, J., Chanière, M., Kret, M., Mosnier, A., Dupie, I., . . . Quenon, J.-L. (2017). Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey. [Article]. *PLoS ONE*, 12(2), 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0165455
- NEM. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 15.05.2016 2016, fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/7-Registrering-og-lagring-av-lyd-og-bildedata/>

- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier - den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nilsson, B. (2007). Gadammers hermeneutikk. Noen betraktninger om sentrale dimensjoner innenfor hermeneutikken ut fra Gadammers tenkning. *Sykepleien forskning*(4), 266-268.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- NOU2015:11. (2015). *Med åpne kort*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- NOU 2015:17. (2015). *Først og fremst*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- NSD. (2016). *Krav til samtykke*. Hentet 16.05.2016, fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/samtykke.html>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2016). *I trygge hender*. 2017, fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/pasient-og-brukerikker-kommune/om-pasient-og-brukerikker-kommune>
- Powell, A., Rushmer, R., & Davies, H. (2009). *A systematic narrative review of quality improvement models in health care*: NHS Quality Improvement Scotland.
- Roney, J. K., Whitley, B. E., Maples, J. C., Futrell, L. S., Stunkard, K. A., & Long, J. D. (2015). Modified early warning scoring (MEWS): evaluating the evidence for tool inclusion of sepsis screening criteria and impact on mortality and failure to rescue. *J Clin Nurs*, 24(23-24), 3343-3354. doi: 10.1111/jocn.12952
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B., & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01007.x
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Eastbrooks, C. (2002). Ingredients for Change: Revisiting a conceptual model. *Qual. Saf. Health Care*, 11. doi: 10.1136/qhc.11.2.174
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x
- Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., De Tommaso, G., & Dessi-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal and Emergency Medicine*, 2(4), 292-301.
- Smith, G. (2003). *ALERT - En multiprofessionell kurs om vård av akut sjuka patienter*. (A. Hvarfner, Overs.). Lund: Universitetssjukhuset i Lund.
- Smith, G. B. (2010). In-hospital cardiac arrest: is it time for an in-hospital 'chain of prevention'? *Resuscitation*, 81(9), 1209-1211.
- Språkrådet (2017). *Bokmålsordboka*. Hentet 15.07 2017, fra <http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=Nyttig>
- SSB. (2017). *Fleire brukarar, aukande bistandsbehov*. Hentet 01.08.2017, fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fleire-brukarar-aukande-bistandsbehov>
- van Galen, L. S., Struik, P. W., Driesen, B. E., Merten, H., Ludikhuizen, J., van der Spoel, J. I., . . . Nanayakkara, P. W. (2016). Delayed Recognition of Deterioration of Patients in General Wards Is Mostly Caused by Human Related Monitoring Failures: A Root Cause Analysis of Unplanned ICU Admissions. *PLoS One*, 11(8). doi: 10.1371/journal.pone.0161393

- Verbakel, N. J., Van Melle, M., Langelaan, M., Verheij, T. J., Wagner, C., & Zwart, D. L. (2014). Exploring patient safety culture in primary care. *International Journal for Quality in Health Care*, mzu074.
- Wibeck, V., Dahlgren, M. A., & Öberg, G. (2007). Learning in focus groups an analytical dimension for enhancing focus group research. *Qualitative research*, 7(2), 249-267.
- Wyller, T. B. (2011). *Geriatrici*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1 – MEWS-kort



MEWS bør alltid kontrolleres ved tjenestens første kontakt med pasienten, ved forverring og ved uro over pasientens tilstand

Modified Early Warning Score

Score	3	2	1	0	1	2	3
Resp. frekv.	> 30	< 9	9-14	15-20	21-29	> 30	> 30
Puls/min	≥ 130	≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Syst. BT	≥ 200	≤ 70	71-80	81-100	101-199	≥ 200	≥ 200
CNS	Reagerer ikke		Nyoppstått forvirring	Klar og orientert	Reagerer på tiltale	Reagerer på smerte	Reagerer ikke
Temp °C	> 38,5	≤ 35	35,1-36	36,1-38	38,1-38,5	> 38,5	> 38,5

Om MEWS er 0 ► Ny kontroll om et døgn

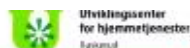
Om MEWS er 1-2 ► Ny kontroll om 8-12 timer

Om MEWS er ≥ 3 ► Kontakt lege

Ved hjertestans: Ring 113 og start HLR

Kontakt lege ved alvorlig uro over pasientens tilstand, og/eller hvis:

- Sa O2 endres til < 90% til tross for O2 behandling
- Diurese er ≤ 100 ml siste 4 timer
- Pasienten har sterke smerter

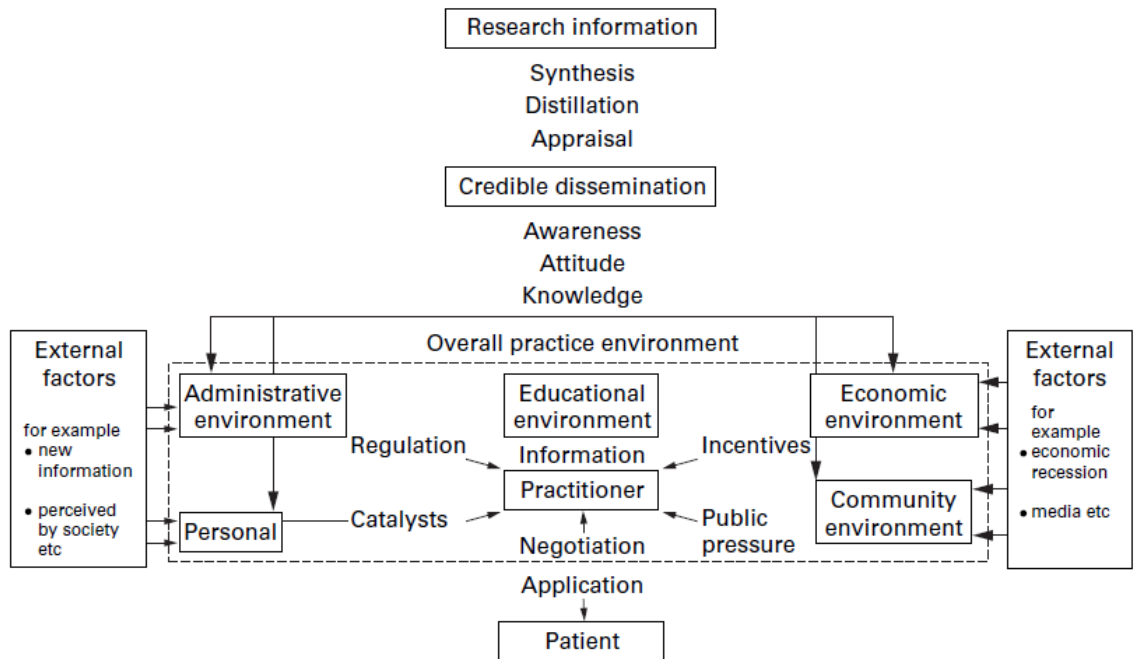


ABCDE – Observasjon av pasienter og tiltak	ISBAR – Kommunikasjon om pasienter
<p>A Airway Fri luftvei? ► Kjevetak, oksygen, stabilt sideleie, sug i luftveier</p>	<p>I Identifikasjon Presenter deg, din funksjon og arbeidssted. Presenter pasientens navn og fødselsnummer.</p>
<p>B Breathing Respirasjonsfrekvens? SAO₂? respirasjonslyder ► Evt. assistert ventilasjon med pocketmaske</p>	<p>S Situasjon «Jeg ringer fordi ...» «Jeg har målt disse verdiene: BT, puls, resp.fr» (MEWS)</p>
<p>C Circulaton BT? Perifere/sentrale pulser? Hjerterefrekvens? Kapillær etterfylling innen 2 sekunder? ► 1-2 gode veneflater. Evt. Væskebolus, Ringer</p>	<p>B Bakgrunn Diagnose(r) Kort referat fra aktuell sykehistorie</p>
<p>D Disability Bevissthetsnivå? Pupillestørrelse? Blodsukker? ► Evt. gi glucose. Evt. stabilt sideleie</p>	<p>A Analyse «Jeg er bekymret» «Pasienten er forvirret ...» «Pasienten er ustabil ...» «Jeg tror problemet er ...»</p>
<p>E Exposure Temperatur? Fullstendig kroppsundersøkelse ► Tiltak etter omstendighetene</p>	<p>R Råd «Hva synes du jeg skal gjøre ...?» «Hva mener du jeg skal observere» «Når vil du jeg skal ta kontakt igjen»</p>

Desember 2014

MEWS-kort, forside og bakside, fra Utviklingscenter for hjemmetjenester i Buskerud, scannet 24.4.2016.

Vedlegg 2 – PARiSH framework



Linear implementation models (Kitson et al., 1998). Modell for implementering av forskning i praksis.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Sykepleieres erfaringer med implementering og bruk av MEWS-kartleggingsverktøy i hjemmetjenesten.”

Bakgrunn og formål

Hensikten med denne studien er å få frem ny kunnskap om sykepleieres erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet MEWS i hjemmetjenesten, som en del av observasjoner rundt hjemmeboende eldre med risiko for akutt sykdom, samt erfaringer rundt implementering av et slikt verktøy.

Problemstillingen:

Hva er sykepleiere i hjemmesykepleien sin erfaring med implementering og bruk av MEWS-kartleggingsverktøy, som en del av observasjoner rundt hjemmeboende eldre med risiko for akutt sykdom?

Studien er en masteroppgave og gjennomføres av masterstudent Line Ek Andreassen ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Prosjektleder og ansvarlig er Heidi Ormstad, professor ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

Med bakgrunn i problemstillingen er virksomhetsleder i hjemmetjenesten kontaktet for å finne sykepleiere som kunne tenke seg å delta i studien.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å si ja til å delta i denne studien innebærer å være med på et fokusgruppeintervju. Et fokusgruppeintervju er intervju av en gruppe som sitter sammen. Gruppen vil få spørsmål fra den som intervjuer. Spørsmålene åpner opp for en samtale, diskusjon,

refleksjon eller kommentarer i gruppen. Det skal være 6-7 deltakere i intervjuet, en som intervjuer og en assistent som ikke skal svare på spørsmål, men hjelpe intervjueren underveis. Intervjuet vil vare i ca 60 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Etter intervjuet vil lydopptaket bli transkribert til tekst for så å bli slettet når oppgaven er ferdig.

Spørsmål som er bakgrunn for dette intervjuet:

1. Hvilke erfaringer har sykepleiere med implementering av MEWS-kartlegging i hjemmetjenesten rettet mot den geriatriske pasienten?
2. Hvilke faktorer erfarer sykepleiere er fremmende og hemmende for implementering av slike verktøy?
3. Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av MEWS-kartlegging av hjemmeboende eldre med risiko for akutt sykdom?
4. Hvordan opplever sykepleierne at MEWS-kartlegging har hjulpet dem til å strukturere observasjonene bedre rundt den hjemmeboende eldre?

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Prosjektleder, veileder og student vil ha tilgang til lydfiler. Lydfilene vil bli slettet etter at de er oversatt til skriftform. Lydfiler og skriftlig materialet blir oppbevart på privat pc og i Høgskolen Sørøst-Norges forskningsdatabase.

Alt skriftlig materiale blir anonymisert. Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes: **Mai 2017.**

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn helt frem til intervjustart. Det er ikke mulig å trekke seg etter at intervjuet er gjennomført. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent Line Ek Andreassen, 91 61 95 72 (line_ek@hotmail.com). Prosjektansvarlig kan også kontaktes ved spørsmål: Heidi Ormstad, 40 21 58 62, heidi.ormstad@hbv.no

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

Samtykker til å delta i gruppeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 4 – Intervjuguide

TEMA:	Underspørsmål:
1. Erfaringer med MEWS <ul style="list-style-type: none"> - Kan dere fortelle om situasjoner hvor dere valgte å benytte MEWS. - Hva førte det til? 	Ev. oppfølgingsspørsmål
<ul style="list-style-type: none"> - Bruken - Har dere eksempel på situasjoner hvor forhold ved pasienten eller ved dere selv som gjorde det lett å ta i bruk MEWS? 	Når bruker dere MEWS?
<ul style="list-style-type: none"> - Har dere eksempel på situasjoner hvor forhold ved pasienten eller ved dere selv som gjorde det utfordrende å ta i bruk MEWS? 	I hvilke situasjoner er det vanskelig å gjøre skåringer?
<ul style="list-style-type: none"> - Er det situasjoner hvor dere tenker/har erfart at MEWS var medvirkende til at pasientens problemer førte til riktig behandling? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hva er enkelt med MEWS? - Hva er vanskelig med MEWS? - Hva oppleves som nyttig?
<ul style="list-style-type: none"> - Sahandling 	Hvordan ha samhandlingen med lege/legevakt blitt etter oppstart med MEWS?
	Hvordan er samarbeidet innad i avdelingen i forhold til MEWS-skåring over tid, hos en bruker?
<ul style="list-style-type: none"> - Implementering av MEWS 	Hvilke faktorer er viktige for å kunne bruke MEWS? <ul style="list-style-type: none"> - Tid - Sted - Utstyr - Kunnskap - Informasjon om bruker -
	Bruker alle MEWS? <ul style="list-style-type: none"> - Hvilken tanker har de om svaret er nei?
<ul style="list-style-type: none"> - Ledelse/struktur 	I hvilken grad er ledelsen involvert?
<ul style="list-style-type: none"> - Fremtiden - Er det et verktøy verdt å kjempe for å beholde? 	Hvordan skal man beholde MEWS i hjemmesykepleien? <ul style="list-style-type: none"> - Hva påvirker viljen til å fortsette å bruke MEWS?

12 spørsmål til analysen av samhandlingsformer i fokusgruppedata.

1. I hvor høy grad tok gruppen emnene til seg?
2. Hvorfor, hvordan og når ble emnene tatt opp?
3. Hvilke uttrykk utløste konflikt?
4. Hvor fantes det motsetninger?
5. Hvilke felles erfaringer ble uttrykt?
6. Hvilke allianser ble dannet?
7. Var det bestemte uttrykk som ble «tiet i hjel»?
8. Var det bestemte uttrykk som dominerte?
9. Hvordan løste gruppen uenigheter?
10. Hvilke emner utløste konsensus?
11. Hvem sin interesse ble representert i gruppen?
12. Hvordan ble følelser håndtert?

(Halkier, 2010)

Heidi Ormstad

Institutt for sykepleievitenskap (Drammen) Høgskolen i Buskerud og
Vestfold

Postboks 7053

3007 DRAMMEN

Vår dato: 06.07.2016

Vår ref: 48924 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.06.2016.
Meldingen gjelder prosjektet:

*48924 Sykepleieres erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy
i hjemmetjenesten og erfaringer omkring
implementering av kartleggingsverktøy i
hjemmetjenesten*

*Behandlingsansvarlig Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste
leder*

Daglig ansvarlig Heidi Ormstad

Student Line Ek Andreassen

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd
med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet,

ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.10.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Line Ek Andreassen line_ek@hotmail.com



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48924

Utvalget skal informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker skriftlig til deltakelse.

Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker/student følger Høgskolen i Sørøst-Norge sine rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres.

Forventet prosjektslutt er 31.10.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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