

Camilla Lie

”Sykepleiernes erfaringer ved bruk av NEWS i primærhelsetjenesten.

”Ser du noe, gjør du noe og, ikke sant?”



Forord

De siste 3 årene har fokus vært å fullføre masterutdanning i avansert klinisk sykepleie (AKS) med tverrfaglig smertebehandling som spesialisering. Denne masteroppgaven har sitt opphav utfra min interesse for det «kliniske blikk» og observasjonskompetanse.

Det er krevende å stå både i arbeid og studere ved siden av et aktivt familieliv. Studiene har ført til både teoretisk, praktisk og faglig erfaring som jeg vil dra nytte av i fremtidige år som AKS sykepleier. Samtidig har denne tiden også gitt rom for personlig utvikling og refleksjon.

Etter en lang og svært krevende prosess ser jeg endelig frem til noen dager hvor ny kunnskap og erfaringer kan fordøyes etter mitt eget tidsskjema. Samtidig har det vært læringsrikt og motiverende når nye ideer og tanker har fått satt sine små frø underveis.

Det er mange som skal takkes, men først og fremst må informantene mine fremmes for deres tillit til meg som utenforstående for måten dere tok dere tid til å opplyse, forklare og utdype deres opplevelser og erfaringer.

Videre ønsker jeg å takke min veileder, Siri Tønnessen, som alltid delte av sin kunnskap og gav konstruktive tilbakemeldinger, som lot meg jobbe i mitt eget tempo og guidet meg trygt i havn.

Mine ledere i Larvik kommune, skal ha takk for god tilretteleggelse av arbeidstid. Disse årene hadde ikke vært gjennomførbart uten god planlegging og kommunikasjon.

Sist men ikke minst er jeg takknemlig for mine gode, støttende kollegaer, familie og venner som har bistått meg i prosessen med tanker, ideer og støttende ord.

En varm takk til mine 2 barn som har heiet på mamma hele veien og som har visst større forståelse enn deres alder skulle tilsi. En mormor og besse som alltid sa ja til å bistå med barnepass slik at denne masterutdanningen kunne fullføres.

Uten dere hadde dette ikke vært mulig.

Camilla Lie

Sammendrag

National Early Warning Score (NEWS) er et observasjonsverktøy som består av 6 fysiologiske parametere med referanseverdi. NEWS benyttes på en strukturert måte for å identifisere tidlige tegn på sykdom eller forverringer i helsetilstand. Ved utregning av NEWS gis det en total score. Ved økt NEWS-score følger en veiledning for ny vurdering eller anbefaling om kontakt med annet helsepersonell.

NEWS implementeres i primærhelsetjenesten i forbindelse med pasientsikkerhetskampanjen ”Tidlig oppdagelse i forverret tilstand”. Hensikten med denne studien er å utforske hvilke erfaringer sykepleiere i primærhelsetjenesten har ved bruk av NEWS.

Studien har et kvalitativ utforskende design med en fenomenologisk tilnærming. Det ble gjennomført 6 semi-strukturerte intervju av 3 sykepleiere fra institusjon og 3 sykepleiere fra hjemmetjeneste i primærhelsetjenesten i Vestfold.

Teorigrunnlaget er lagt på bakgrunn av relevante nasjonale og internasjonale studier, faglitteratur og stortingsmeldinger.

Samhandlingsreformen har ført til en forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten med et økt ansvar for befolkningens helsetilbud. Med økende andel pasienter med mer sammensatte og komplekst sykdomsbilde med økt tjenestebehov vil en konsekvens være et større behov for sykepleiere med klinisk kompetanse. NEWS kan bidra til at sykepleierne har et verktøy som bidrar til økt observasjonskompetanse og til å følge opp pasientenes helsetilstand.

Resultat

Hovedfunn viser til at NEWS bidrar til en økt trygghet og styrker sykepleierne i beslutningsprosesser. NEWS kan ikke benyttes alene som en sjekklister, men vurderes sammen med pasientens klinikk og helsehistorie til en helhet. NEWS bidrar til at sykepleierne opplever at de har fått en økt påvirkningskraft når de kommuniserer med annet helsepersonell.

Ved bruk av NEWS opplever sykepleierne at de er i forkant fordi de oppdager endringer før de fremtrer klinisk. Ved høy NEWS-score kan det se ut til at sykepleierne legger mest vekt på pasientens tilstand når de skal ta vurdering om lege må tilkalles.

NEWS kan også benyttes av andre faggrupper men at det er en forutsetning at NEWS blir forstått for å ha verdi.

Funn tilsier at det er behov for at primærhelsetjenesten styrkes gjennom økt fokus på akuttkompetanse og at det er behov for sykepleiere med erfaring og kompetanse i å oppdage sykdom og forverrelser. Sykepleierne må tilbys opplæring og faglig oppdatering for å imøtekomme utfordringene hos pasienter med kompleks sykdomsbilde.

Studiens funn synliggjør også at det er et behov for selvstendige sykepleiere med bred kompetanse, klinisk observasjonskompetanse, vurderings- og handlingskompetanse for å ivareta pasienter med langvarige, kroniske sykdommer.

Det viste seg at det er utfordringer i forhold til ansatte uten formell utdanning og nivå på utdanning og kompetanse. Det er imidlertid utfordrende for sykepleierne å benytte NEWS på bakgrunn av at det er en pågående implementeringsarbeid i primærhelsetjenesten.

Konklusjon

Sykepleierne er positive til å benytte NEWS i primærhelsetjenesten. Å anvende NEWS gir sykepleierne økt bevissthet i å strukturere kliniske observasjonene. De opplevde større trygghet på egen kompetanse. Samtidig erfarte de at de kan ta raskere vurderinger og beslutninger og kommunisere tydeligere. Sykepleierne i denne studien legger vekt på at det er pasientens klinikk og den kliniske vurderingen som veier tyngst og at NEWS må benyttes som veiledning. NEWS er et egnet verktøy for å oppdage tegn på sykdom og forverrelser tidlig, men det forutsetter at utføreren har kunnskap og kompetanse til å forstå NEWS opp mot pasientens klinikk eller helsetilstand. Sykepleierne er usikre på om NEWS kan delegeres til annet helsepersonell. Det kommer frem i studien at alle sykepleierne ønsker å følge opp pasientene systematisk med NEWS, ved sykdom eller forverrelser av kroniske sykdommer og lidelser.

Nøkkelord

National early warning score, Rapid Response Score, Advanced Nurse Practitioner, Klinisk blick, observasjon, tidlig oppdagelse av forverret helsetilstand.

Abstract

National Early Warning Score (NEWS) is an observation tool that consists of 6 physiological parameters with reference value. NEWS is used in a structured way to identify early signs of deterioration in health condition. When calculating NEWS, a total score is given. In the case of increased NEWS scores, a guide for a new assessment or recommendation on contact with other health personnel follows.

NEWS is implemented in the primary health service by the patient safety campaign "Early Detection in Worsened Condition". The purpose of this study is to explore the experiences of primary care nurses using NEWS.

The study has a qualitative exploratory design with a phenomenological approach. Six semi-structured interviews were conducted by 3 nurses from institution and 3 nurses from home service from primary health service in Vestfold.

The theory is based on relevant national and international studies, academic literature and parliamentary reports.

The reform has led to a shift of tasks from the specialist health service to the primary health service with increased responsibility for the population's health services. An increased proportion of patients with complex health and increased need for service, a consequence will be a greater need for nurses with clinical expertise. In NEWS, nurses have a tool that contributes to increased observation competence and to follow up the patients' health status.

Result

Main findings indicate that NEWS contributes to increased security and strengthens nurses in decision-making processes. NEWS cannot be used alone as a checklist, but is considered together with the patient's clinic and health history. NEWS has made nurses feel that they have gained an increased influence when communicating with other health personnel.

When using NEWS, the nurses experience that they are at the forefront because they discover changes before they appear clinically. In the case of high NEWS scores, it may appear that the nurses place the most emphasis on the patient's condition when assessing whether a doctor should be called to assist.

NEWS can also be used by other professional groups, but it is a condition that NEWS is understood to have value.

Findings indicate that there is a need for primary health services to be strengthened through an increased focus on acute competence and that there is a need for nurses with experience and

expertise in detecting illness and worsening. Nurses must be offered training and professional updating to meet the challenges of patients with complex health.

The study's findings also show that there is a need for independent nurses with broad competence, clinical observation competence, assessment and acute competence to care for patients with long-term, chronic diseases.

It turned out that there are challenges in relation to employees without formal education and level of education and competence. However, it is challenging for the nurses to use NEWS on the grounds that there is an ongoing implementation work in the primary health service.

Conclusion

Nurses are positive about using NEWS in the primary health service. Applying NEWS gives the nurses increased awareness of structuring clinical observations. They experienced greater security on their own expertise. At the same time, they experienced that they can make faster assessments and decisions and communicate more clearly. The nurses in this study emphasize that it is the patient's clinic and the clinical assessment that weighs heaviest and that NEWS must be used as a guide. NEWS is a suitable tool for detecting signs of illness and exacerbations early, but it assumes that the practitioner has the knowledge and skills to understand NEWS against the patient's clinic or health condition. Nurses are uncertain whether NEWS can be delegated to other healthcare professionals. It appears in the study that all nurses want to follow patients more systematically with NEWS, by disease or worsening of chronic diseases and disorders.

Keywords

National Early Warning Score, Rapid Response Score, Advanced Nurse Practitioner, Clinical Eye, Observation, Early Detection of Worsening Health Condition,

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	7
Innledning	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	11
2.0 Teoretisk rammeverk	12
2.1 Oppgaveforskyvning i helsevesenet.....	12
2.2 NEWS	13
2.3 Klinisk sykepleie	19
2.4 Observasjonskompetanse	20
2.5 Intuisjon og observasjon.....	20
2.6 Atypiske symptomer	20
2.7 Temaets relevans for egen studie/ AKS-modell	21
3 Metode	23
3.1 Bakgrunn for valg av metode	23
3.2 Fenomenologi og hermeneutikk	23
3.3 Forforståelse.	24
3.4 Rekruttering og utvalg	26
3.5 Utvalgsstørrelse	26
3.6 Semi-strukturert intervju og intervjuguide.....	27
3.7 Gjennomføringen av intervjuene	28
3.8 Fra talespråk til skriftspråk.	29
3.9 Analytisk fremgangsmåte	30
3.10 Forskningsetiske overveielser	33
3.11 Studiens troverdighet	34

3.12 Overførbarhet	35
4.0 Resultater	36
4.1 Fordeler ved å benytte NEWS i primærhelsetjenesten.	37
4.1.1 NEWS synliggjør tidlig tegn på sykdom og forverrelser.	37
4.1.2 Sykepleieren blir mer bevisst på sammenhengene.....	38
4.1.3 Kunnskap, erfaringer og NEWS fører til tidlig tiltak.....	40
4.1.4 Sykepleierne blir tatt på alvor.....	41
4.2 Faktorer som utfordrer NEWS i primærhelsetjenesten.....	42
4.2.1 ulikt nivå i utdanning, kompetanse og kunnskap	42
4.2.2 Delegere NEWS	43
4.2.3 NEWS og oppfølging	44
4.3 Praktiske utfordringer	45
4.3.1 utfordringer ved samhandling.....	47
5.0 Diskusjon	48
5.1 Forskningsspørsmål 1:	48
5.2 Forskningsspørsmål 2:	50
5.2.1 Systematikken i NEWS førte til mer presis kommunikasjon	51
5.3 Forskningsspørsmål 3	52
5.3.1 Kunnskap om pasienthistorikk	53
5.3.2 Handlekraftige sykepleiere	54
5.4 Temaets relevans for AKS-rollen	54
5.5 Implikasjon for praksis	56
6.0 Konklusjon	57
7.0 Videre forskning	58
8.0 Referanser	59

9.0 Oversikt over tabeller og figurer	66
10.0 Vedlegg	67

Innledning

Det er vanlig at kritisk sykdom ofte fremstår med fysiologiske endringer slik som endret respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, saturasjon og endret mental funksjon. Disse parameterne har blitt benyttet i århundrer for å vurdere pasientens almenntilstand med en forutsetning om at observatøren spesifikt oppdager forverrelser fra det som anses som normalt og responderer påfølgende etter alvorlighetsgrad. (Jansen & Cuthbertson, 2010)

Det er lang tradisjon i sykepleien å måle disse parametere. National Early Warning Score, heretter referert til som NEWS, er et validert observasjonsverktøy som bidrar til en standardisering og strukturering av observasjoner og tiltak. NEWS bidrar videre til en systematisk kommunikasjon og en veiledning for når ta kontakt med annet helsepersonell. Flere Internasjonale studier fra 90-tallet indikerer at pasienter kan ha ubehandlet eller uoppdaget kritisk sykdom. (Pasientsikkerhetsprogrammet 2016).

En studie, publisert i Norge, hadde som hensikt å kartlegge sykepleierens kompetanse i primærhelsetjenesten. Studien avdekket flere store mangler i sykepleierkompetansen hos de ansatte. Sykepleiernes kompetanse og kunnskap i vurderinger om at den eldre pasienten var i ferd med å bli sykere, håndtering av sykdom og å vurdere behovet for lege scoret sykepleierne lavt. Det er størst mangel på kompetanse i hjemmesykepleien enn inne på sykehjem (Bingjonsson, 2016). Hjemmesykepleien har tidligere hatt et praktisk fokus som hjelp til mat, pleie og stell og mindre på oppdagelse av sykdom og forverrelser. Nå er pasientene sykere enn tidligere og overføres hurtigere fra sykehus til hjemmet. (ibid).

Dette er bekymringsverdig for pasientene som bor hjemme og det gjør denne studien aktuell for utvikling av sykepleiekompetansen i primærhelsetjenesten.

Det er ikke kjent at det er utført studier av NEWS i Norge fra primærhelsetjenesten slik som sykehjem og hjemmetjenesten. Kritisk tilstand oppdages ofte for sent og kan få alvorlige konsekvenser som organsvikt og i verste fall, hjertestans hentyder forskning. Flere sykehus rapporterte at de mangler gode systemer og rutiner som sikrer at helsepersonell oppdager og håndterer pasienter med forverret helsetilstand. (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016). Det er nærliggende å tro at dette også gjelder primærhelsetjenesten for øvrig.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I takt med økende antall eldre pasienter med komplekst sykdomsbilde og en forskyvning av ansvar og oppgaver fra sykehus til kommunene, er det et økende behov for kunnskap og kompetanse blant sykepleierne i primærhelsetjenesten. Det har vært ønskelig med en nasjonal standard slik at helsepersonell fanger opp sykdom og videreformidler pasientenes tilstand med faglig kommunikasjon, uavhengig av hvilket nivå helsetjenesten ytes.

En nasjonal standard kan bidra til at helsepersonell snakker samme språk, slik at livstruende tilstander identifiseres på et tidligere tidspunkt og tiltak iverksettes snarest. En utfordring i primærhelsetjenesten kan være en tjeneste sammensatt av ansatte med forskjellig utdanningsnivå, erfaring og kompetanse.

NEWS hørtes for enkelt ut til at det ikke skulle ha vært utviklet tidligere og jeg søkte litteraturen for å finne ut om dette hadde vært forsøkt utviklet for primærhelsetjenesten. Jeg kunne ikke finne forskning eller teori som tok for seg denne problemstillingen men det økte min interesse. Jeg ønsket å se nærmere på hvordan sykepleierne i primærhelsetjenesten erfarte å bruke NEWS.

Under utarbeidelsen av denne studien, ble det i desember 2017 oppdatert en ny versjon av NEWS til NEWS 2 som er blitt tilrettelagt for bruk utenfor sykehus. Dataene er innsamlet på bakgrunn av første utgave av NEWS. NEWS 2 inneholder endringer vedrørende score for pasienter på oksygen, nyoppstått forvirring og layout. Sykepleierne i denne studien påpekte flere av disse faktorene under intervjuene. NEWS 2 omtales ikke videre i denne studien.

Hensikten med denne studien er å bidra til innsikt i sykepleierens erfaringer om bruken av NEWS i primærhelsetjenesten og innsikt i at observasjonskompetanse er en sentral oppgave i sykepleien. På bakgrunn av studiens hensikt, stilles følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleiere ved bruk av NEWS i primærhelsetjenesten?

Problemstillingen søkes besvart gjennom følgende forskningsspørsmål

Hvilke fordeler og utfordringer erfarer sykepleierne med bruk av NEWS?

Hvilke praktiske utfordringer har sykepleierne med NEWS?

Hvordan erfarer sykepleierne at NEWS kan bidra til klinisk oppfølging av pasientene?

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Oppgaveforskyvning i helsevesenet

Samhandlingsreformen har medført en forskyvning av oppgaver og ansvar fra sykehus ut til kommunene. Mennesker lever lenger med en eller flere kroniske, omfattende sykdommer enn tidligere og det vil bli en økning av antall eldre i fremtiden. (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Samtidig vil det bli en økning innenfor de store sykdomsgruppene og da spesielt innenfor livsstilssykdommene. Mange brukere av helsetjenestene i dag lever med mer krevende sykdommer enn tidligere og har derfor et økt behov for mer sammensatte helsetjenester og mer avanserte tjenester enn før (Helsedirektoratet, 2012).

Tradisjonelt har omsorgstjenestene i primærhelsetjenesten vært preget av fokus på behandling av sykdommer og lite på tidlig intervensjon og for å forebygge sykdomsutvikling (ibid).

Regjeringen har slått fast at det kreves endringer i kommunene. Kommunene skal tenke helhetlig og forebyggende, tidlig intervensjon og diagnostikk, behandling og oppfølging. Det skal satses på forebygging, pasientnære tjenester, nær pasientens hjem. Kommunen må selv finne løsninger for de fremtidige utfordringene. Pasienter blir utskrevet tidligere fra sykehus og blir raskere overført til kommunene og pasienter som tidligere bodde på institusjoner skal nå få tyngden av tjenestene de har behov for fra kommunen de sogner til. (ibid)

Et prinsipp for samhandlingsreformen er å desentralisere det som kan og sentralisere det som må. (Helsedirektoratet, 2012). Det vil være nødvendig å innse at tjenestene kommunene yter må følge med i denne utviklingen og da selvsagt endres etter dette behovet for en bærekraftig fremtidig helsetjeneste, uttaler verdens helse organisasjon, WHO (2018), som viser til slike endringer på verdensbasis. Det vil si at kommunene må sørge for helhetlige omsorgstjenester innen beste effektive omsorgsnivå, såkalt BEON-prinsippet (St.meld.nr. 47 (2008-2009)).

De pasientene med mest sammensatte og komplekse behov for omsorgstjenester er den minste gruppen som benytter helsetjenester, men samtidig den dyreste (SSB, 2018). Tjenestene må gi hjelp når det er behov for det. En faktor er at det er for liten tid til en helhetsvurdering i møte med fastlegen. En annen vesentlig faktor er at mange hjemmeboende hjelpetrequende pasienter over 80 år, gradvis møter sjeldnere opp på legens kontor eller etterspør tjenester selv. De er derfor avhengige av at personer i deres omgivelser skal fange opp dette behovet. Det skjer ofte for sent i forløpet. En mulig årsak er manglende kompetanse til å fange opp endring i pasientens helsetilstand.

Det er stadig rop om flere hender og økt kompetanse i kommunene som følge av et komplekst helsebilde er det et økende behov for oppfølging av pasienter i sitt eget hjem (St.meld.nr. 47 (2008-2009)). Ofte foregår oppfølging og observasjoner av ufaglærte og andre uten tilstrekkelig kompetanse. Forverringer og endringer i helsetilstand hos eldre oppdages ikke tidlig nok og tas ikke på alvor. Symptomene behandles i mange tilfeller og ikke årsaken til hvorfor symptomene oppstod, hevder Bing-Jonsson (2016) Å fange opp forverrelse eller funksjonssvikt på et tidlig stadium kan være svært faglig krevende påpeker Wyller (2015). Dette fordrer at kommunene må satse på å heve sykepleierkompetansen. I St.meld.nr. 26 (2014-2015) hevdes det at god kvalitet på tjenester er god faglig kompetanse, men de ansatte i pleie og omsorgstjenestene har ikke fått tilbud om opplæring i takt med de nye utfordringene, hevder Bing-Jonsson.

2.2 NEWS

Regjeringen ønsket å styrke det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet og bidra til at kommunene integrerer læring- og forbedringsarbeid i praksis. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble pasientsikkerhetsprogrammet etablert for å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltakspakker. Tiltakspakkene skulle bidra til å styrke helsetjenesten og helsepersonell med faglig opplæring og kursing i å utøve sitt kliniske blikk og observasjonskompetanse.

En av disse tiltakspakkene er ”Tidlig oppdagelse av forverret tilstand”.

Som en del av tiltakspakken blir et Rapid Respons System, heretter RRS, benyttet for å oppdage og håndtere akutt forverring på et tidlig tidspunkt. NEWS er et slikt RRS system. NEWS bidrar til å systematisere observasjoner og sikre at alle vitale parameterne blir målt og utløser så en score for respons. (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2010)

Royal College of Physicians i England (2012) vurderte 33 EWS og utviklet som følge av resultatet en slik utgave i 2009, National Early Warning Score (NEWS). NEWS ble første gang benyttet på et sykehus i Norge i 2010, med et ønske om å oppdage og forebygge sykdom på et tidligere tidspunkt.

NEWS er et validert verktøy og anses som et hensiktsmessig for tidlig identifisering av livstruende hendelser.

(Silcock D.J, Corfield A.R, Glowers PA & Rooney KD. 2015), (Gao, 2007)

Det er begrenset forskning på erfaringer ved bruk av NEWS i primærhelsetjenesten. (Brangan, E. m. fl, 2018). NEWS ble første gang introdusert i vest England til noen sykehus og noen få andre organisasjoner som ambulansetjenesten, psykiatriske sykehus og fengsel. Disse, inkludert Royal College of Physicians (2010), anbefaler videre evaluering av bruken rettet mot primærhelsetjenesten. Det er mange studier som validerer NEWS og dens evne til å forutse klinisk utfall men det er ikke forsøkt å summere styrker og svakheter ved slike verktøy for pasient, personell eller system påpeker Downey, Tahir, Randell, Brown, Janey, (2017)

NEWS bygger på WHO 'kirurgiske sjekklister og Haynes m. fl (2009) kunne vise til en betydelig reduksjon i uønskede hendelser, inklusiv dødsfall etter sjekklister var implementert. Etter flere innrapporterte avvik ved sjekklister ble det reist bekymringer vedrørende hvordan sjekklister ble introdusert. Videre kunne det se ut at å innføre sjekklister uten å forstå hva som ligger bak ikke er nok for å avdekke forverringer. Det er nærliggende å tro at dette også gjelder for NEWS, hevdet Maxwell E (2018). Der det er nok med erfarne sykepleiere som er kjent med å benytte ulike typer for EWS (early warning score) er det en stor fordel med slike verktøy, men forskningen avdekket også at slike EWS-systemer ikke fungerer som planlagt dersom organisasjoner antar at scoring kan overta for klinisk vurdering. (Haynes m. fl, 2009).

Forskning påpeker at EWS og lignende verktøy er effektive verktøy som styrker kommunikasjon mellom sykepleier og leger. Videre sikrer EWS en økt oppmerksomhet fordi de sørger for et presist språk ved kommunikasjon og samhandling. Det kan også se ut til at det øker bruken av fagspråket. (Brangan, E m. fl, 2018). Forskningen viser til at ved å delegere til annet personell som ikke forstår viktigheten av å supplere med observasjoner, reduserer påliteligheten til scoren. (Maxvell, E, 2014).

NEWS er et objektiv observasjonsverktøy som skal hjelpe sykepleieren med den kliniske vurderingen ved akutt sykdom, men tillater også overvåking over tid. Ved å score pasientens vitale parametre på denne måten kan sykepleieren sørge for tidlig varsling av kliniske trender hos pasienten og den kliniske responsen kan følges tett på vei mot forverrelse eller på vei tilbake til normal tilstand. Slik kan sykepleier komme i forkant når akutt livstruende tilstand truer og sette i gang forebyggende tiltak på et tidlig tidspunkt.

NEWS består av 2 deler for å oppdage sykdomstegn på et tidlig tidspunkt. Del 1 består av et hurtigkort som får plass i lommen og som helsepersonell raskt kan avlese en score utfra.

Fysiologiske parametre	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Oksygenmetning (%)	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Tilført oksygen?		Ja		Nei			
Kroppstemperatur (°C)	≤35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Systolisk blodtrykk	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Hjertefrekvens	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Bevissthetsnivå				A			V, P, el. U

Tabell 1 Reproduced from: Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS.*

NEWS del 2 muliggjør oppfølging av pasient over tid. Del 2 er observasjonsskjema som har de samme 6 parameterne og score, men det er lagt til ytterligere variabler som smerte, urinproduksjon, monitoreringsfrekvens og ett par åpne kolonner for individuell tilpassning.

NEWS key		FULL NAME																		
0	1	2	3	DATE OF BIRTH						DATE OF ADMISSION										
		DATE						DATE												
		TIME						TIME												
A+B Respirations Breaths/min	≥25													≥25						
	21-24													21-24						
	18-20													18-20						
	15-17													15-17						
	12-14													12-14						
	9-11													9-11						
≤8													≤8							
A+B SpO ₂ Scale 1 Oxygen saturation (%)	≥95													≥95						
	94-95													94-95						
	92-93													92-93						
	≤91													≤91						
SpO₂ Scale 2† Oxygen saturation (%) Use Scale 2 if target range is 93-92%, eg in hypercapnic respiratory failure ONLY use Scale 2 under the direction of a qualified clinician	≥97 _{on O₂}													≥97 _{on O₂}						
	95-96 _{on O₂}													95-96 _{on O₂}						
	93-94 _{on O₂}													93-94 _{on O₂}						
	≥93 _{on air}													≥93 _{on air}						
	88-92													88-92						
	86-87													86-87						
	84-85													84-85						
≤83%													≤83%							
Air or oxygen?	A=Air													A=Air						
	O ₂ L/min													O ₂ L/min						
	Device													Device						
C Blood pressure mmHg Some units systolic BP only	≥220													≥220						
	201-219													201-219						
	181-200													181-200						
	161-180													161-180						
	141-160													141-160						
	121-140													121-140						
	111-120													111-120						
	101-110													101-110						
	91-100													91-100						
	81-90													81-90						
	71-80													71-80						
61-70													61-70							
51-60													51-60							
≤50													≤50							
C Pulse Beats/min	≥131													≥131						
	121-130													121-130						
	111-120													111-120						
	101-110													101-110						
	91-100													91-100						
	81-90													81-90						
	71-80													71-80						
	61-70													61-70						
51-60													51-60							
41-50													41-50							
31-40													31-40							
≤30													≤30							
D Consciousness Score for NEWS onset of confusion (the score if chronic)	Alert													Alert						
	Confusion													Confusion						
	V													V						
	P													P						
E Temperature °C	≥39.1*													≥39.1*						
	38.1-39.0*													38.1-39.0*						
	37.1-38.0*													37.1-38.0*						
	36.1-37.0*													36.1-37.0*						
	35.1-36.0*													35.1-36.0*						
≤35.0*													≤35.0*							
NEWS TOTAL														TOTAL						
Monitoring frequency														Monitoring						
Escalation of care Y/N														Escalation						
Initials														Initials						

National Early Warning Score 2 (NEWS2) © Royal College of Physicians 2017

Tabell 2 Reproduced from: Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS.*

NEWS er basert på et enkelt visuelt scorings system med fargene hvit (normal), gul (obs), rød (kritisk). Fargene er tilknyttet tallscore der hvit gir 0, gul gir 1, orange gir 2 og rød gir 3 poeng i score. Observasjonsverktøyet gir en score for hvert av de vitale fysiologiske parameterne. Det er 6 parametere som må få sin score. Det er respirasjonsfrekvens, oksygensaturasjon, temperatur, systolisk blodtrykk, puls og forvirring. Disse parameterne er allerede en del av sykepleierens rutiner ved observasjon og ved dokumentering av pasientens tilstand påpeker Royal College of Physicians, (2012)

En score blir gitt til hvert av parameterne underveis og scoren reflekterer alvorlighetsgraden ut i fra hvor mye parameterne varierer fra normalen ved hver enkelt parameter. Scoren må deretter legges sammen for hvert av de 6 parameterne til en totalscore.

Scoren er økt for dem som er oksygenkrevende.

Royal college of physicians (2012) anbefaler 3 nivåer for respons av scoringsresultatene.

En lav NEWS score; 1-4 anbefaler at det bør tas nye vitale parameter innen 1 time

En middels NEWS score; 5 eller mer eller en RØD score er en ekstrem variasjon ved en individuell fysiologisk parameter, bør annet kompetent helsepersonell kontaktes for å vurdere om innleggelse kan bli nødvendig.

(en score på 3 i hver av kolonnene er markert med fargen rød).

En høy NEWS score; 7 og over kan kreve strakstilsyn av kompetent fagpersonell fortrinnsvis lege, eller innleggelse på sykehus.

Disse 3 triggernivåene er anbefalt av RCP og kan tolkes som veiledende ved alvorlighets- og hastegraden på når man skal respondere på den kliniske utviklingen. (ibid).

Chart 4: Clinical response to the NEWS trigger thresholds

NEWS score	Frequency of monitoring	Clinical response
0	Minimum 12 hourly	<ul style="list-style-type: none"> Continue routine NEWS monitoring
Total 1–4	Minimum 4–6 hourly	<ul style="list-style-type: none"> Inform registered nurse, who must assess the patient Registered nurse decides whether increased frequency of monitoring and/or escalation of care is required
3 in single parameter	Minimum 1 hourly	<ul style="list-style-type: none"> Registered nurse to inform medical team caring for the patient, who will review and decide whether escalation of care is necessary
Total 5 or more Urgent response threshold	Minimum 1 hourly	<ul style="list-style-type: none"> Registered nurse to immediately inform the medical team caring for the patient Registered nurse to request urgent assessment by a clinician or team with core competencies in the care of acutely ill patients Provide clinical care in an environment with monitoring facilities
Total 7 or more Emergency response threshold	Continuous monitoring of vital signs	<ul style="list-style-type: none"> Registered nurse to immediately inform the medical team caring for the patient – this should be at least at specialist registrar level Emergency assessment by a team with critical care competencies, including practitioner(s) with advanced airway management skills Consider transfer of care to a level 2 or 3 clinical care facility, ie higher-dependency unit or ICU Clinical care in an environment with monitoring facilities

Tabell 3 Reproduced from: Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS.*

Det er også en veiledning for når helsepersonell kan kontakte annet medisinsk personell/team og hvilken klinisk kompetanse respondenten innehar som kan varsles for hjelp til vurdering av tilstanden, behovet for innleggelse eller vurdere andre alternativer som er tilgjengelige. (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017)

NEWS scoring system benyttes sammen med kliniske observasjoner og det blir hensiktsmessig å se nærmere på hvilke faktorer som aktiverer sykepleierens kliniske funksjon og observasjon.

2.3 Klinisk sykepleie

Slik samhandlingsreformen oppfattes, kan det i tråd med Almås (2003), forstås med at sykepleien bør rette seg mer mot det kliniske i fremtidens omsorgstjeneste. Ordet klinisk (kline=seng) oversettes best fra gresk med “ved seng” eller bedside. Ordet klinikk er forbundet med læren om sykdomsforløp og symptomatologi og ved direkte iaktakelse av pasienter. Klinisk sykepleie kan forstås som sykepleie ved sengen.

Å forstå den sykes tilstand og lidelse er sentralt og kan med dette som grunnlag bidra til lindring og restitusjon. (Almås, 2003). Klinisk sykepleie er først og fremst pleie av den syke, praktisk omsorg for den som lever med sykdom, truende sykdom eller ettervirkninger av sykdom(ibid). En slik omsorg har et moralsk og faglig perspektiv som er nært knyttet sammen. Velgjørenhet, barmhjertighet, autonomi og rettferdighet omfatter det moralske aspektet ved klinisk sykepleie. Ved god sykepleie tilstreber sykepleieren å ivareta den sykes ve og vel med respekt for pasientens selvstendige og informerte avgjørelse. Sykepleieren er forpliktet til å fremme helse på best mulig måte. Dette betyr mer enn å bare ville det beste for et annet menneske. Sykepleieren vil andre vel utfra en faglig forståelse av hva den syke er best tjent med og er forpliktet til å omsette denne faglige innsikten i rett handling som krever kunnskap og kompetanse. (ibid)

Det moralske aspektet ved sykepleie er knyttet til de faglige målene som er viktige for å oppnå god sykepleie for pasienten, uttaler Almås (2003). Kunnskapsbaserte prosedyrer, faglige retningslinjer og helsefremmende teknikker bidrar til helse og restitusjon fra sykdom. Sykepleieren skal altså ivareta det syke mennesket på en kompetent faglig og moralsk måte. Sykepleieren skal ha omsorg for en syk kropp, der allmenntilstanden er betydelig redusert, med en kunnskap som vises ved nøye observasjoner av sykdomstilstander, slik som ved ofte nesten usynlige tegn på enten forbedring eller forverring av pasientens kliniske tilstand. Videre er sykepleie den kyndige oppfølgingen av medisinsk behandling og kan iverksette delegerte medisinske prosedyrer (ibid). For å ivareta det syke mennesket som helhet fordrer det at sykepleieren har lært å ta gode observasjoner og vurderinger av pasienten.

2.4 Observasjonskompetanse

Florence Nightingale (1997) uttalte at observasjoner av pasientens kliniske tilstand er den viktigste praktiske kunnskapen en sykepleier kan lære. Det må læres hva som skal observeres og hvordan, hvilke symptomer som betyr bedring og hvilke som betyr forverring, påpekte Nightingale videre. Observasjoner er en vesentlig kunnskapskilde i klinikken. Det er også ett av de viktigste områdene som har fått mest oppmerksomhet i den medisinske historie og i filosofien. Det er fordi sykdom ytrer seg via kroppslige tegn; symptomene. Disse symptomene kan avlese sykdom i pasientens kropp. (Almås, 2003).

2.5 Intuisjon og observasjon.

Observasjonskompetanse innebærer mer enn å ha de nødvendige kunnskaper om sykdomstegn og patologi. Veldig ofte er det intuisjon og empatisk fornemmelse som aktiverer fagkunnskapen hos sykepleieren sier Almås (2003). Sykepleieren kan komme hjem til pasienten og se at han er blek og medtatt. Sykepleieren får ofte et inntrykk av pasientens ubehag som gjør en oppmerksom på det som er faglig relevant å se etter, for eksempel hvordan det står til med “pusten hans”. En sykepleier må være i stand til å samle og sette seg inn i ulik medisinsk og sykepleierelevant informasjon om pasienten, sykdommer, forløp og prognose. I tillegg må sykepleieren også være sensitiv for andre ikke-visuelle uttrykk. Hørsel, lukt, håndlag og intuisjon spiller sammen med empatien som grunnlag for sansingen sier Almås (2003). Intuisjon dreier seg om å ha erfarings basert praksiskunnskap og teoretisk fagkunnskap på et nivå der kunnskapen har blitt en integrert del av sykepleierens totale sanseintrykk forklarer Almås (2003) Å være nær, var og observant er viktig utgangspunkt for å kunne tolke sykdomsuttrykk og hva en sykepleier skal være på vakt etter. NEWS kan bli et sentralt hjelpemiddel som bidrar til å identifisere sykdom og forverrelser.

2.6 Atypiske symptomer

Det er hensiktsmessig å beskrive kort noen utfordringer knyttet til klinisk kompetanse som kommunale sykepleierne møter i praksis.

Det er de klassiske symptomene helsepersonell er vant med å reagere på eller legge stor vekt på. Wyller (2015) uttaler at ved sykdom hos de eldre mangler ofte de organrettede symptomene som ellers regnes som typiske. Det sees infeksjoner uten feber, hjerteinfarkt uten

brystsmerter, urinveisinfeksjoner uten smertefulle vannlatninger for å nevne noen. Det er vanlig at jo eldre pasienten er, jo flere sykdommer han har, des mer preget av skrøpelighet er han. Symptomene kan skyldes pasientens kroniske underliggende sykdommer eller som følge av normale fysiologiske aldringsprosesser i kroppen. Tegn på sykdom og funn som helsepersonell er vant med å se kan være helt uten betydning hos den eldre pasienten. (ibid)

Videre påpeker Wyller (2015) at det kan være svært vanskelig å klinisk skille normale fysiologiske aldersforandringer og tegn på sykdom. Den største utfordringen kan være at tydelige tegn på sykdomsutvikling hos eldre blir avskrevet som en normal aldringsprosess og blir da ikke tilbudt utredning og behandling som kan være til nytte. Det er ikke normalt sier Wyller (2015) at eldre er forvirret, desorientert eller stadig faller. Den eldre fortjener å bli utredet på lik linje. Det kan også gå den andre veien; tap av elastitet i huden som er en normal aldringsprosess kan vurderes som en dehydrering og man risikerer i stor grad en overdiagnostisering. Det vil kreve mer av helsepersonell samtidig med et økt krav til helsepersonell med spesialisert kompetanse samtidig som sykepleierne får en viktigere sorteringsrolle for hvilke tilstander som kan behandles i primærhelsetjenesten og hvem som skal til spesialisthelsetjenesten. (Helsedirektoratet, 2012)

Sykepleiere med bred kompetanse blir et viktig fokusområde for å kunne gjennomføre denne påkrevde nye oppgaven og det er ut ifra disse utfordringene at avansert klinisk sykepleier også ble innført i Norge.

2.7 Temaets relevans for egen studie/ AKS-modell

Avansert klinisk sykepleie, heretter AKS, eller Advanced nurse practitioner (ANP), er i dag en samlebetegnelse på flere sykepleieroller med en utdannelse på avansert nivå.

I følge International Council of Nurses (ICN), blir AKS definert som:

«En autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking, samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes av konteksten og/ eller autorisasjonskrav i det aktuelle land». Fagerstrøm (2011)

En AKS er en sykepleier med ferdigheter på avansert klinisk nivå som skal kunne bedømme, diagnostisere og igangsette nødvendige tiltak, eller tjenester. AKS skal være i stand til å foreta en grundig klinisk undersøkelse, innhente helseopplysninger, følge opp langvarig sykdom og arbeide forebyggende (ibid). Sykepleiere med master i AKS må ha med bred kompetanse og

ansvar på høyt nivå, kunnskap om somatikk, funksjonssvikt og hvordan dette påvirker pasienten. AKS skal dekke et bredt spekter av medisinske tilstander hos målgruppen (Helsedirektoratet, 2017). Målgruppen vil være de pasientene med ekstra behov for oppfølging. Pasienter med større sykdoms og helseutfordringer og særskilt mennesker med langvarig kroniske, komplekst og sammensatte lidelser. En AKS må ha evne til å jobbe selvstendig og være beslutningsdyktig, identifisere behov, rekvirere røntgen og laboratorieundersøkelser. Forhåpentligvis i takt med utviklingen av rollen i Norge, også forskrive begrensede medikamenter.

Forskning fra utlandet trekker frem flere aspekter på hva AKS, kan bidra med og ikke minst hvordan AKS samarbeidet med pasienten. Både i England og USA har AKS selvstendige roller og er særlig knyttet opp mot oppfølging av kronisk syke. I en del land har AKS ansvar og myndighet som tilsvarer legers på avgrensede områder. Det som gikk igjen var at AKS hadde opparbeidet seg tillit hos pasientene og hadde inngående innsikt og kjennskap pasientens helsetilstand slik at AKS tidlig avdekket avvik fra det som var normalt vedrørende pasientens helse. AKS kunne da ta en beslutning basert på en grundig anamnese og fysisk undersøkelse. Et annet viktig aspekt er at AKS var ett helsetilbud til de skjøreste av de skjøre eldre. (Dick K, Frazier C.S, 2006)

Det er behov for å tenke nytt og legge til rette for nye roller i sykepleien og nye samarbeidsformer som teambaserte tjenester. Hensikten med implementering av AKS er å optimalisere tilbudene til pasientene (Kvangarsnes, 2015). Det er ikke en erstatning for legene, men en komplementær rolle slik at legene kan bruke sin kompetanse på de mest utfordrende og kompliserte pasientdiagnosene. Litteraturen beskriver at AKS kan bidra til å dekke et behov i et felt som er i stadig utvikling der leger og sykepleiere får mer avanserte ansvarsområder og spesialiserte roller sier Fagerstrøm (2011)

3 Metode

I dette kapitlet presenteres metoden og grunnlaget for denne. Jeg vil gjøre rede for en fenomenolistisk tilnærming. Semi-strukturert intervju som intervjuform vil bli presentert samt utvikling av intervjuguiden. Forskningsetiske spørsmål og de valg som ble tatt underveis vil det bli gjort rede for fortløpende. Utvelgelsesstrategien for å komme i kontakt med relevante informanter vil presenteres og dette kapitlet inneholder også en redegjørelse for studiens troverdighet og overførbarhet. Analytiske prosesser vil gjøres rede for. utfordringer og kritikk til kvalitativ metode blir belyst fortløpende.

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming er hensiktsmessig når en vil studere hvordan mennesker oppfatter verden og få frem en beskrivelse av menneskers subjektive opplevelse, perspektiv og forståelse. (Johannessen, 2016) Med bakgrunn i min problemstilling falt valget på et kvalitativ utforskende design. Utforskende design er hensiktsmessig når det er mangelfull litteratur bekrefter Malterud (2011)

Polit & Beck (2017) mener at kvalitativ metode er en pågående prosess der forskeren reflekterer og stiller spørsmålene sine basert på et ønske om å få frem realiteten og synspunkter fra informantene som ikke er kjent for forskeren i startfasen. Dette førte til at jeg tidlig oppdaget at det ville innebære at jeg siktet meg inn på kvalitativ metode. Denne metoden gav meg mulighet til å få frem empirisk data som viser nyanser, bekrefter Kvale & Brinkmann (2015). Det innebar at jeg kunne samle data, fordøye dem og mulighet til å forfølge det som fremstod som spesielt interessant. Jeg måtte ta valg gjennom hele prosessen og være klar for å møte på problematiske situasjoner som oppstod underveis.

(Polit & Beck, 2017).

Dalen (2013) viser til at kvalitativ forskning har et overordnet mål der forskeren utvikler forståelse for fenomener knyttet til menneskers og deres opplevelser i den sosiale settingen eller virkelighet.

3.2 Fenomenologi og hermeneutikk

Kvalitativ metode bygger på menneskelig erfaringer som bidrar til å forstå et fenomen (fenomenologi) og fortolkningen (hermeneutikk) av denne. Husserl og Heidegger utviklet en

filosofisk forståelse eller teori som en fremgangsmåte for å forstå menneskers hverdagslige livserfaringer. Fenomenologiske forskere spør etter meningen bak fenomenet av de som opplever det og hva dette betyr. Essensen er hva det er som gjør et fenomen til det det er og uten ville fenomenet ikke vært det det er. (Polit & Beck, 2017).

I følge Husserls fenomenologi, kan vi ikke sammenligne våre egne forestillinger om fenomener. Vi har bare vår egen oppfatning av hvordan fenomenet er slik at vi kan ikke være sikre på at vår oppfattelse er den rette. I møte med informantene må jeg derfor la dem snakke, med deres stemme, meninger og oppfatninger så fordomsfritt som mulig, på deres premisser. For å få til dette var det viktig for meg å møte opp som åpen, empatisk og innlevende. Egenskaper jeg reflekterte over og forsøkte å etterleve etter beste evne i møte med informantene.

Malterud (2011) påpeker at egen forforståelse må stå på vent og er egentlig et uoppnåelig mål. Eget teoretiske ståsted, opplevelser og erfaringer vil likevel farge forskningen. Denne studentoppgaven og dens resultater vil være farget av meg og det redegjør jeg for under neste kapittel. Det er vesentlig for studiens pålitelighet at jeg klarlegger min forforståelse sett i lys av fenomenene det forskes på.

3.3 Forforståelse.

Å reflektere over egen påvirkningskraft er et viktig aspekt under datasamlingen i kvalitativ metode. Det er nærmest paradigmebestemt eller en refleks at man fokuserer på den andre part eller på saken og ikke på forhold rundt seg selv. Det er en årsak til hvorfor det var viktig å se på hvem jeg er og min rolle som intervjuer i møtet med et annet menneske. (Aadland, 2011).

Jeg valgte å møte informantene på deres arbeidsplass for å utjevne potensielt stedsbetinget negative faktorer. Jeg valgte bevisst å si noe om mine egne opplevelser og erfaringer av å jobbe i primærhelsetjenesten før selve intervjuet og uttrykket tydelig at jeg anerkjente mange av utfordringene til informantene. Jeg forventet å finne sykepleiere som var overlesset av arbeid. Lei og trøtte av å butte hodene i veggen, men i isteden møtte jeg engasjerte, faglig oppdaterte og reflekterte sykepleiere. Jeg møtte mine egne fordommer i døra. En ulempe med slike fordommer kunne føre til at jeg låste meg fast til min egen forståelse og ikke evnet å se fra et annet perspektiv. Jeg reflekterte på hvor jeg hadde fått denne tankegangen fra som da førte til at jeg fikk en større forståelse for de utfordringene sykepleierne har i primærhelsetjenesten.

Malterud (2011) sier at forforståelse er den ryggsekken forskeren bærer med seg inn i en studie før den starter. Denne ryggsekken inneholder forskerens erfaringer, opplevelser, egne meninger og tanker rundt et fenomen.

Min forforståelse bygger på flere års erfaring som sykepleier fra både spesialist- og primærhelsetjenesten. Jeg har arbeidet på flere medisinske sengeposter, geriatrisk utredningspost, sykehjem og hjemmetjenesten. Nå jobber jeg i en av primærhelsetjenestens spesialposter og har daglig kontakt med den multisyke, utskrivningsklare pasienten. Dette mener jeg å anse som en styrke inn i denne studien. Det gjør at jeg lettere kan sette meg inn i og forstå hva informantene mine uttrykker.

Utfordringene sykepleierne forteller om som omhandlet samarbeid med andre yrkesgrupper og instanser som fastlege, legevakt, sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien kjenner jeg igjen.

På bakgrunn av min kjennskap til utfordringene kan det føre til at jeg tolket dataene dit jeg ønsket eller at jeg søkte svar på egne utfordringer. Jeg kunne komme til å tolke svarene mer subjektivt der jeg ønsker å være mest mulig objektiv og åpen. Temaer som omhandler observasjon, samarbeid, kommunikasjon, tidspress og oppfølging er sterkt knyttet til egne sykepleieutfordringer.

Ved siden av jobb og skole, underviser jeg sykepleiere i systematisk klinisk undersøkelse og observasjon, NEWS2 og ISBAR. Min forforståelse til tematikken har gitt meg god innsikt og kompetanse om de diagnostiske og praktiske utfordringene mange sykepleierne erfarer i primærhelsetjenesten. Jeg har videreutdanning i tverrfaglig smertebehandling og erfaring fra praksis gjennom studier og jobb, hvilket jeg anser som et godt grunnlag for å drøfte en økt fokusering mot tidlig oppdagelse, klinikk og økt observasjonskompetanse i primærhelsetjenesten. Malterud (2011) sier at ved å være bevisst på at man har en forforståelse av det fenomenet man forsker på, kan føre til at prosjektet styrkes på den måten at jeg har en nær kjennskap til klinisk sykepleie og systemene der sykepleien utføres. En annen faktor var min bakgrunn og innsikt i yrket som bidro til mindre avstand mellom informantene og meg selv. Jeg opplevde en slags felles forståelse og et ønske om å utgjøre en forskjell.

Mitt ønske for denne studentoppgaven er å gi sykepleierne i primærhelsetjenesten en mulighet å belyse behovet for kompetanse og noen av utfordringene sykepleierne har med å følge opp pasientene.

3.4 Rekruttering og utvalg

Rekruttering av informanter gikk ut på å innhente frivillige informanter som satt på mye kunnskap, kvalifikasjoner og erfaringer innenfor temaene jeg ønsket å forske på. (Polit & Beck, 2017). For å finne frem til disse sykepleierne benyttet jeg bekjente sykepleiere som foreslo de mest egnede informantene for meg. Polit og Beck (2017) mener at selv om at dette er en effektiv måte å samle informanter på, er det ikke nødvendigvis at man får de som innehar rikest informasjon, men at denne strategien egner seg best når man ønsker å rekruttere deltagere fra en spesiell klinisk setting.

I denne prosessen hadde jeg en praktisk tilnærming i forhold til studentoppgavens omfang, tidsbruk og budsjett. Inklusjonskriteriene var sykepleiere med inngående kjennskap til NEWS og som hadde opparbeidet seg lang klinisk erfaring i yrket som sykepleier. Sykepleierne måtte ha sin arbeidsplass i primærhelsetjenesten ved tidspunkt for intervjuene.

Utvalget består av 6 kvinnelige sykepleiere med gjennomsnittlig 16,5 års erfaring fra sykepleieryrket. 3 av sykepleierne jobbet ved en kommunal akutt døgnplass heretter referert som avdeling. 3 av sykepleierne jobbet i hjemmetjenesten/sykehjem og insatsteam. 2 sykepleiere hadde tilleggstudium, en hadde arbeidet hele karrieren i kommunehelsetjenesten og resterende hadde utøvd sykepleie også ved sykehus og andre kommunale omsorgstjenester som sykehjem og hjemmetjenesten. 1 informant var hjelpepleier før hun fullførte sykepleiergraden

3.5 Utvalgsstørrelse

Johannessen m. fl (2016) sier at man i kvalitative studier ønsker mye informasjon fra relativt begrenset antall informanter. Det kan ofte være vanskelig å vite om man har nok informanter på forhånd, men i en studentoppgave lik denne, skal utvalget være stort nok til å kunne si noe om problemstillingen. Informantene i denne studien var rike i sine refleksjoner og erfaringer. De behersket å kommunisere dem slik at jeg oppnådde metningsmålet mitt effektivt med en relativt liten gruppe.

En faktor som kan påvirke kan være at temaene som denne studentoppgaven omhandler, kan føre til at sykepleierne opplever at det stilles spørsmål ved deres kompetanse og informantene kan bli motvillige til å dele sine tanker. Sykepleierne var rike og nyanserte i sine refleksjoner og gav utfyllende beskrivelser, videre viste de meg hvordan de resonerte når de møtte på

utfordringer. Jeg avsluttet å intervju etter den 6. informant, men hadde flere tilgjengelig dersom behovet skulle oppstå. (Polit & Beck, 2017).

3.6 Semi-strukturert intervju og intervjuguide

Polit & Beck (2017) trekker frem semi-strukturert intervju når forsker ønsker å være sikker på at temaet som studeres dekkes under samtalen. Jeg valgte å benytte semi-strukturert intervju som datasamlingsmetode. Jeg forstod at et semi-strukturert intervju åpnet opp for at jeg kunne bevege meg fritt mellom tema, spørsmålene og rekkefølgen av spørsmålene. Jeg kunne gå tilbake eller be informanten om å utdype dersom det var behov for det. Når man benytter semi-strukturert intervju fører det til at jeg har mindre innvirkning på svarene som gis og informanten kan svare med egne ord (ibid). Det gav meg mer utfyllende svar enn ved bruk av forberedte og formulerte spørreskjemaer hvilket er en stor fordel ved denne metoden bekrefter Johannessen m. fl (2016). En annen fordel med semi-strukturert intervju er ifølge Aadland (2011) at informantene kan komme til ordet med sine egne tanker og gjengi tankene så upåvirket som mulig.

Jeg fokuserte på at jeg skulle ha enkle åpne spørsmål og stikkord for tema jeg ønsket skulle bli belyst under intervjuene. Under intervjuene oppfordret jeg informantene til å utdype der jeg fornemmet at det kunne ligge hendelser bak. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål og gjentok utsagnene for å forsikre meg om at jeg hadde forstått dem riktig. Det førte til at jeg fikk mer utfyllende og flere nyanserte svar samtidig som det bidro til å validere min egen tolkning. (Malterud, 2011).

Ved slike intervju er det forskeren som har kontroll over situasjonen. Jeg valgte tematikken, jeg valgte sted og det var mitt ansvar å føre samtalen videre, men også å avslutte den. Det er viktig at jeg er bevisst på at under en slik intervjusituasjon ligger det et maktforhold mellom informant og intervjuer. Informanten på den andre siden har kontroll over hva hun velger å dele av sine kunnskaper og tanker. Det viser til at det er av betydning å legge til rette for et godt samspill og en god atmosfære, mener Kvale & Brinkman (2009) noe jeg også ønsket å vektlegge.

3.7 Gjennomføringen av intervjuene

Jeg ønsket å bli mest mulig trygg i intervjuene. Det var derfor hensiktsmessig å foreta en pilotrunde for å avdekke eventuelle svakheter ved intervjuguiden og teste båndopptakeren. Fokuset under utarbeidelsen av intervjuguiden var at jeg stilte med åpne spørsmål og hadde i stikkordsform underpunkter som jeg mente kunne være relevante. Jeg opplevde at intervjuguiden kunne benyttes som mal når testpersonen gikk utenfor tema for denne studentoppgaven.

Intervjuene fant sted mellom mars og april i 2018. Polit & Beck (2017) vektlegger at et intervju bør starte med å få informanten til å slappe av ved å åpne opp for og å avvæpne situasjonen med litt “small talk” for å overkomme sceneskrekke. Det hjelper både for intervjueren og informanten, samtidig som det kan være en måte å oppnå tillit. Jeg åpnet med en kort introduksjon av meg selv og formålet med studien, intervjuets lengde, signering av samtykkeerklæringen og praktiske opplysninger slik som bruk av båndopptaker og konfidensialitet og anonymisering av innsamlede data. Informasjonsskriv med samtykke ble sendt ut før gjennomføringen av intervjuet via mail. Lengden på intervjuet ble satt etter 2 runder med prøveintervju. Sted der intervjuene skulle foregå ble tilslutt satt av informantene, men med informasjon om at det fortrinnsvis burde foregå på et rom uten forstyrrelser og helst på deres arbeidsplass. Jeg valgte å ta notater bevisst i etterkant av intervjuene da jeg ikke ønsket å spore bort fra historiene eller glemme å stille oppfølgingsspørsmål. Jeg satt meg umiddelbart ned etter hvert intervju for å notere mine tanker om situasjonen, kjemien mellom informanten og meg selv, lokalet, tanker om ulike utsagn og mine umiddelbare inntrykk over det jeg fant interessant. Relevante utsagn og emner begynte å tre frem og dette tok jeg med videre inn i neste intervju.

I en intervjusetting er det flere viktige aspekter som kan påvirke informasjonsflyten. I følge Polit & Beck (2017) er gode intervjuere mennesker som har evne til å se situasjonen utfra respondentens perspektiv. Tillit til meg som intervjuer og min evne til å lytte er det mest kritiske punkt (ibid). Å intervjuer krever at man er en god lytter, ikke avbryter, leder informanten eller kommer med råd eller meninger. Mye falt naturlig for meg men jeg innså at jeg ble svært engasjert og tok meg selv i å lede informanten ved et par anledninger. Ved å lytte oppmerksomt til hva informantene sier kunne jeg komme med hensiktsfulle bemerkninger eller oppfølgingsspørsmål. Avslutningsvis trekker jeg frem at god kjemi

mellom informant og intervjuer er essensielt for å få frem de beste erfaringene, tankene og refleksjonene slik Polit & Beck (2017) også påpeker.

3.8 Fra talespråk til skriftspråk.

Transkribering er prosessen der tale blir til skriftform.

Kvale & Brinkman (2015) understreker at transkribering av innsamlet empiri er en fase der forsker kan bli grundig kjent med stoffet og videre også bli en bedre intervjuer. Jeg opplevde at denne fasen gav overblikk og satte i gang tankevirksomhet umiddelbart etter intervjuene. Denne fasen ledet meg inn på mulige nye retninger og tilleggsspørsmål til neste intervju.

Under transkriberingen oppdaget jeg at jeg ikke fulgte enkelte spor. For å illustrere et eksempel var det flere som inviterer til videre spørsmål eller utbroderinger der jeg bestemmer meg for å skifte tema. Det er hensiktsmessig at informanten får tid på seg til å reflektere for å kunne svare. (Polit & Beck, 2017). Samtidig opplevde jeg at jeg flere ganger utbroderte bakgrunnen for mitt valg av tema der jeg heller burde latt informantene snakke fritt for å unngå i størst mulig grad peile dem inn dit jeg ville ha dem under intervjuet. Jeg ble mer bevisst på dette etter min første transkribering og inviterte videre til at de neste informantene skulle ta seg den tiden de trengte til å reflektere på svaret sitt og opplyste at jeg ikke hadde dårlig tid. Jeg opplevde da at informantene og situasjonen videre ble mer avslappet og jeg fikk mer utfyllende svar i retur. Jeg reflekterte mye på om jeg var redd for stillheten, eller på om denne stillheten under intervjuene faktisk var informanten som reflekterte. Da jeg merket at jeg bedre mestret intervjurollen oppdaget jeg at det sannsynligvis var det første som var tilfelle.

Transkribering av intervju foregikk stort sett rett etter det var gjennomført. To av intervjuene ble gjennomført uten å bli transkribert da de ble utført med kort tid etter hverandre.

Gjennomsnittstiden på hvert intervju var på ca. 1,5 time. Transkriberingsprosessen tok lang tid og jeg lyttet flere ganger til hvert intervju for å kvalitetssikre materialet, noe som bidrar til å styrke materialets validitet. (Kvale & Brinkman, 2009)

Det ble samlet store mengder empirisk data og bestod av mange dataskrevne sider. Temaer, fenomener og nøkkelpunkter begynte å utpeke seg og ble notert i loggboken for å bli med videre i prosessen.

Under transkriberingsprosessen utelukket jeg de fleste lyder som ehh...hm.. og um da jeg ikke anså dem som relevant for problemstillingen min, men mer som en metode informantene ubevisst benyttet for å kjøpe seg tid til refleksjon. (Polit & Beck, 2017)

3.9 Analytisk fremgangsmåte

Jeg startet med å lese det transkriberte materialet flere ganger og dannet meg et helhetsinntrykk av materialet. Jeg skrev sammendrag av intervjuene før jeg begynte å se på de meningsbærende enhetene som hørte sammen og fargekodet dem. Videre i prosessen førte jeg de meningsbærende enhetene systematisk inn i matriser under sitt tilhørende tema. Neste steg var å kondensere dem ned til kortere formuleringer der meningen i enheten ble beskrevet med få ord. (Elo S & Kyngås H, 2008). Videre ble de kondenserte meningsbærende enhetene til subkategorier og kategorier. Se tabell 4

Kvale & Brinkmann (2009) vektlegger at informantens svar skal leses mest mulig fordomsfritt. Jeg forsøkte bevisst å arbeide mest mulig lojalt med informantenes erfaringer slik at meningsinnhold og erfaringene kommer frem uten for mye av min egen tolkning. Neste steg i prosessen er en dypere og mer kritisk tolkning av materialet. Jeg valgte å gruppere kodene som uttrykte synlighet, kompetanse, oppfølging og praktiske utfordringer for en mer logisk fremstilling under kategorier og subkategorier.

Tabell 4

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Subkategori	Kategori
<p><i>"Ofte er man jo usikker når man står med pasienten. Si dårlig men ikke SÅ dårlig. Hva er dårlig? Og det å få noen tall på det og forslag på tiltak synes jeg var nyttig".</i></p>	<p>Sykepleieren er usikker i vurderinger men opplever NEWS nyttig når hun får en score og forslag på tiltak.</p>	<p>Når hun benytter NEWS som verktøy føler hun seg tryggere i situasjoner fordi avvik blir tydeligere og får forslag på hva hun skal gjøre videre.</p>	<p>NEWS synliggjør tidlig tegn på sykdom og forverrelser.</p>	<p>Fordeler ved å benytte NEWS i primærhelsetjenesten.</p>
<p><i>Hvordan henger det sammen med pasientens diagnose? Har pasienten dette fra før? Altså, du setter det opp mot noe da. For det er ikke bare et parameter. : jaja! Ja si pulsen da, så har du en høy puls da, si en atrieflimmer. Når du ser noe så gjør du noe òg! Ikke sant? Eller du setter det opp imot noe som det feiler pasienten fra før av da..</i></p>	<p>Sykepleier vurderer NEWS på bakgrunn av diagnose og klinikk i tillegg til klinisk kompetanse som fører til tiltak.</p>	<p>Sykepleieren benytter erfaringer og kunnskap i vurderingen av sykdomstegn som kan være mindre opplagt for andre.</p>	<p>Kunnskap, erfaring og NEWS fører til tidlig tiltak</p>	
<p><i>"Det er jo helt feil egentlig at det er sånn men det blir litt sånn tilfeldig hvilken oppfølging det blir".</i></p>	<p>Sykepleieren opplever det er feil at oppfølgingen blir tilfeldig</p>	<p>For å oppdage tidlige tegn på sykdom kan ikke oppfølging være tilfeldig, men i praksis er det tilfeldig</p>	<p>NEWS og oppfølging</p>	<p>Faktorer som utfordrer NEWS i primærhelsetjenesten</p>
<p><i>"Vi er jo avhengig av å få opplysningene fort og ikke være avhengig av å lete på eget initiativ/ interesse eller kall det hva du vil. Da mister man fort det overblikket".</i></p>	<p>Sykepleieren er avhengig av å ha informasjon raskt. Det skal ikke være avhengig av lyst og vilje til å oppdage avvikene</p>	<p>Sykepleieren bør ha tilgjengelig informasjon slik at hun får oversikten av pasientens helsetilstand</p>	<p>Praktiske utfordringer</p>	

Jeg brukte tid på å forstå hva som egentlig ble sagt og det er her hermeneutikk kommer inn. Gadamer utviklet en filosofisk hermeneutisk metode, en hermeneutiske sirkel. For å forstå noe som har mening må vi gå ut ifra en viss forforståelse av helheten som detaljene hører sammen med. Den forståelsen vi får utfra delene virker tilbake på forståelsen for helheten. (Nilsson, 2007)

Jeg undret på om jeg stilte de riktige spørsmålene. Hva er kompetansen som ligger til grunn? Hvordan oppleves utfordringene? Hva sier egentlig sykepleierne om disse temaene? Opplever informantene hverdagen som tryggere med NEWS når uforutsette ting skjer? Det kan stilles mange spørsmål til en gitt tekst og ulike spørsmål kan gi ulike fortolkninger eller meninger av en tekst sier Dalen (2004) En viktig faktor har gjennom hele analyseprosessen, vært å veksle mellom materialet og de meningsbærende enhetene underveis slik Graneheim & Lundman (2004) trekker frem.

Analyseprosessen har vært en krevende og utfordrende prosess mot å forsøke å utvikle en dypere forståelse og innsikt. (Elo & Kyngås, 2008). Jeg søkte etter å se noe i et nytt perspektiv eller fra en annen vinkel for å berike min forforståelse. Veiledning og fagfellevurderinger gjennom prosessen bidrar til å styrke validiteten til analysen. (Malterud, 2012)

3.10 Forskningsetiske overveielser

Forskning på mennesker i Norge, reguleres av LOV 2006-06-30, Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning, forskningsetikkloven (Lovdata.no)

Det er hensyn en forsker bør ta stilling til under utarbeidelsen av en studie (NSD, 2014). Det må innhentes samtykke fra informanten om deltagelse. Videre må det garanteres for konfidensialitet og informeres om mulighetene for å trekke seg når som helst i prosjektet uten negative eller ubehagelige konsekvenser. Under intervjuene var det viktig å reflektere over hvilke konsekvenser informasjonen som ble gitt ville ha for konsekvens for informanten. Informantene fikk i forkant av intervjuene tilsendt en informasjonsguide med en kort presentasjon av meg og min bakgrunn. Videre presenteres bakgrunn og formål med studien. Påfølgende presenteres informasjon om anonymitet, konsekvenser ved deltagelse og muligheten til å trekke seg når som helst under utarbeidelsen av studien. (Kvale & Brinkman 2017). Informantene fikk se eksempler på spørsmål for å høre ordlyden, men jeg ønsket de spontane erfaringene, følelsene og uttrykkene. Informanten fikk informasjon om båndopptak av intervjuene, tidsperspektiv på intervjuene og at studien er frivillig. Informasjonsskriv og intervjuguide ligger som vedlegg nr 1 og 2

Det er informanten selv som må bestemme hva de slipper ut av informasjon og forskeren ivaretar konfidensialiteten og beskytter informantene slik at de ikke kan gjenkjennes. I kvalitative studier er forskeren ofte tettere på deltakeren en ved kvantitative studier og kan derfor være av større personlig intervensjon. Det er derfor en nødvendighet at forsker reflekterer over hvor kritiske spørsmål en kan stille deltagerne. Deltakerne i studien skal utsettes for minst mulig belastning med maksimum utbytte påpeker Polit og Beck (2017).

I denne studien ble det reflektert over og tatt høyde for de forskningsetiske retningslinjer. Det innebærer at jeg beskytter informasjonen som har kommet til meg som følge av denne studien. Personlige opplysninger, båndopptak og transkripsjoner er lagret adskilt på ulike minnepenner. Materialet som har blitt benyttet vil bli destruert ved innlevering av denne studien.

Av informasjon som publiseres, er det yrkestittel, gjennomsnittlig antall yrkes år og at deltagerne var kommunalt ansatt ved gjennomføringen av intervjuene og kan ikke identifiseres i denne studien. Det ble søkt Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD, før oppstart med denne studien (NSD, 2014).

3.11 Studiens troverdighet

Troverdighet er essensielt i kvalitativ forskning og det beskrives flere kriterier for å oppnå troverdighet. Kredibilitet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet. (Polit & Beck, 2017) Kredibilitet sier noe om tillitten til dataene og tolkningen av dem. Påliteligheten sier noe om holdbarheten over tid. Bekreftbarhet sier noe om objektivitet i innsamlingen og i dataanalysen. Overførbarhet svarer til mulighetene for å overføre resultatene til andre settinger eller grupper (ibid).

I den presenterte studien kan det stilles spørsmål vedrørende de valg som ble foretatt men analyseprosessen og resultatene skal bli beskrevet i tilstrekkelig detalj slik at leser får en forståelse for hvordan analysen ble utført, med styrker og svakheter. (Elo & Kyngås, 2008). Et relevant spørsmål er hvorvidt jeg fant de informantene som hadde de kvalifikasjonene, egenskapene og erfaringene jeg søkte for å belyse studiens problemstilling. En utfordring kan være om du får de personene som ikke har noe imot å bli studert, de er trygge på faget sitt. Det var sykepleiere med lang fartstid i sykepleierollen og som hadde jobbet lenge i primærhelsetjenesten. Dersom jeg inkluderte nyutdannede sykepleiere kan det stilles spørsmål til om jeg hadde fått et annet perspektiv enn fremlagt i denne studentoppgaven.

Et annet aspekt for ivaretagelse av studiens troverdighet stilles til utvelgelsen av de meningsbærende enheter der jeg ikke ønsket å utelukke eller overse relevante funn. Videre var det komplisert å analysere materialet (Ibid). Ytringene var mange, lange og bygget på kjent sykepleierkunnskaper. En svakhet ved studien kan være at temaene er for kjent for meg slik at jeg overser funn som kunne være av betydning.

Det ble viktig å finne frem til de meningsbærende enhetene som gjenspeilet problemstillingen og forskerspørsmålene. Meningsenhetene måtte verken bli for store eller for små slik at de ble mangelfulle i beskrivelsen av fenomener. Gjennom å demonstrere og vise til tabell hvordan kondensering av datamaterialet ble fremført, samt understøtte funn med sitater, sikres gyldigheten mellom transkribert tekst og resultater. Forskerlogg ble benyttet og underbygger studiens troverdighet. (Vaismoradi M, m.fl. 2013)

3.12 Overførbarhet

Graneheim & Lundman (2004) påpeker at studiens pålitelighet innebærer en vurdering av om studien er overførbar. Studien må være pålitelig og troverdig, konsistens og holdbar over tid. Eller kan, som Polit & Beck (2017) påpeker, data reproduseres under andre betingelser eller omstendigheter? Hvis det er tilfelle vil intervjuguidens spørsmål og tema sikre at spørsmålene som stilles, er de samme.

En utfordring ved innholdsanalyse er at det ikke finnes en lineær metode å utføre dette på. Den er mindre standardisert og formatisk og det er forskerens evne, innsikt og analytiske evne som avgjør resultatene. Det er ingen riktig måte å gjøre det på sier Elo & Kyngås (2008)

Polit & Beck (2017) påpeker at ved å demonstrere og synliggjøre en link mellom resultater og data er med på å øke studiens validitet. Funn kan ses opp mot en teoretisk sammenheng, andre forskers funn, fortolkninger og resultater. Malterud (2011) beskriver at prosessen med å validere ikke er et mål for å bevise at sannheten er funnet, men å vise til at jeg har vurdert rekkevidden ved å knytte teori, forskning og resultater sammen og kan vise til deres gyldighet og gi en begrunnelse for hvorfor de hører sammen.

Graneheim og Lundman (2004) påpeker at det er leseren som avgjør om resultatene er pålitelige, men forfatter kan argumentere for overførbarhet. Overførbarhet handler om at studiens funn og resultater kan være meningsfulle for andre. Kan det benyttes til noe? Kan den gjøre en forskjell? Overførbarhet har sine begrensninger og betingelser for om våre funn kan gjøres gjeldene i andre sammenhenger en der studien er utført. Malterud (2011).

Overførbarheten styrkes når forsker redegjør for hele forskningsprosessen. Studiens kontekst, utvalg, dataanalysen og funn med informantenes sitater er beskrevet og er transparent. Det kan medføre at andre forskere kan følge prosessen som førte frem til disse funnene.

4.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres studiens resultater som har fremkommet etter analyse av transkribert materiale. Resultatene fremstår med 2 overordnede hovedtema; fordeler og utfordringer med bruken av NEWS i primærhelsetjenesten. De påfølgende subkategorierene presenterer de viktigste funnene som fremkom under analysen. Det er bevist at noen av kategoriene vil gå igjen i de presenterte resultatene for de er sammenhenger med hverandre.

Tabell 5 Kategorier, modell inspirert av Elo og Kyngås (2008).

SUBKATEGORI	KATEGORI	TEMA
News synliggjør tidlige tegn på sykdom og forverrelser	Fordeler ved å benytte NEWS i primærhelsetjenesten	Sykepleiernes erfaringer med bruk av NEWS i primærhelsetjenesten
Sykepleieren blir mer bevisst på sammenhengene		
Kunnskap, erfaring og NEWS fører til tidlige tiltak		
Sykepleierne blir tatt på alvor		
Ulikt nivå i utdanning, kompetanse og kunnskap	Faktorer som utfordrer NEWS i primærhelsetjenesten	
Delegere NEWS		
NEWS og oppfølging		
Utfordringer ved samhandling	Praktiske utfordringer	

4.1 Fordeler ved å benytte NEWS i primærhelsetjenesten.

4.1.1 NEWS synliggjør tidlig tegn på sykdom og forverrelser.

Å tidlig gjenkjenne tegn på sykdom ved observasjoner kom frem i alle intervjuene.

Sykepleierne vurderer pasientene ved å observere hele pasientens tilstand, om pasienten benevner plager eller viser tegn til forvirring, uro, stress eller tegn på smerter. Når det var noe som ikke stemte med hvordan pasienten oppfattes til daglig, var det flere sykepleiere som bemerket at dette kunne gi dem indikasjon for tidlige tegn på sykdom. Kroppslige tegn og uttrykk ble også nevnt slik som hudens farge og temperatur, klamhet, kald, svette, hoste, surkling, eller sviende vannlatning. Flere av sykepleierne opplever at disse tegnene kan ha et snikende forløp og være svært subtile i startfasen eller pasienten kan avfeie dem på direkte spørsmål knyttet til sykdom og gjøre sykepleierne usikre i vurderingene sine.

”Ofte er man jo usikker når man står med pasienten. Si dårlig men ikke SÅ dårlig. Hva er dårlig? Og det å få noen tall på det og forslag på tiltak syns jeg var nyttig”.

I forhold til observasjoner ble stigning i blodtrykk eller puls, men også respirasjonsfrekvens beskrevet som tegn på sykdom, men for uspesifikt og ikke vektlagt stor verdi alene. Hvis pasienten var, for eksempel tungpustet og surklete i tillegg ville disse observasjonene bli vektlagt mer. Dersom det også var andre observasjoner i tillegg til økte vitale tegn så vektlegger sykepleierne dette mer i mistanken om utvikling av sykdom.

«det som er interessant og relevant er jo sammenhengen. Er det mer enn 1 verdi som er utenfor. Det er DET som er vesentlig. Og det vil NEWS-skjema hjelpe til med

Noen sykepleiere påpekte at flere symptomer på sykdom fremtrer på NEWS før sykepleierne selv oppdager at det kan være av verdi å forfølge klinisk. Det fremkommer videre at disse observasjonene sammen med NEWS styrker vurderingen slik at de blir tryggere på om pasienten er i ferd med å utvikle sykdom på et tidligere tidspunkt. Sykepleierne erfarer at de er mindre invasive på den måten at de kan utføre de små tiltak raskere og på et tidligere tidspunkt.

” du ser jo dette tidligere, så det blir ikke så akutt og man tenker at det ikke er så tilfeldig når man oppdager en forverring og jeg tenker at det må jo være misjonen med det og”

Samtlige av sykepleierne erfarer at NEWS er et nyttig observasjonsverktøy for å identifisere tidlige tegn på sykdom eller forverrelser i pasientenes helsetilstand på et tidlig tidspunkt, men at det er pasientens kliniske tilstand som skal vektlegges mest verdi.

” så synes jeg det er viktigere å se på tidligere parametere, altså hvis det er avvik fra normalen. For noe kan automatisk score veldig høyt men det er dens normale tilstand.... Så det er jo en del skjønn oppi det her og da i tillegg”.

Videre hevder alle sykepleierne at en vesentlig faktor er at NEWS, med sin inndeling i farger og score og veiledning, hjelper dem raskt med å skille det normale fra det som er avvikende eller unormale parametere. NEWS hjelper dem med å bekrefte de kliniske observasjonene og styrker dem i beslutninger med å avdekke på et tidlig tidspunkt. Hun opplever at NEWS bidrar til at hun oppdager avvik mye raskere.

“Det er jo det som er så fint med de fargene! De sier deg noe med en eneste gang. Den er RØD, okay”.

4.1.2 Sykepleieren blir mer bevisst på sammenhengene

Sykepleiere som hadde benyttet NEWS lengst hadde erfart at noen pasienter kunne ha høy NEWS score som ikke samsvarte med klinikken de observerte. Med erfaring oppdaget sykepleierne at kroniske sykdommer utløste høy score selv om pasienten ikke var klinisk betydelig besværet og kanskje derfor heller ikke skulle behandles for dette da det var å anse som normalt. En høy NEWS score gav unødig uro for sykepleierne. Klinisk var pasienten oppegående og selvhjulpent men NEWS kunne indikere” kontinuerlig overvåkning og innleggelse på sykehus”.

Sykepleierne erfarte at de ikke kunne vektlegge selve NEWS-scoren for mye verdi når det kom til slike situasjoner.

“Også så vi jo ofte det at de ikke var så dårlige som det NEWS `en sa, men det var ofte da vi oppdaget at det var underliggende sykdommer, kroniske lidelser som gjør at pasienten har økt NEWS ved innkomst”.

Dersom pasientene hadde kroniske sykdommer fra før, men at det var vesentlig faktor at det var nødvendig å se på hvordan NEWS henger sammen med symptomer og tidligere sykdommer og kunne ta en beslutning utfra om det var normalt eller ikke for den pasienten. Kronisk sykdom og NEWS ble trukket frem av flere sykepleiere fordi de mente at oppfølging

i en rolig sykdomsfase er en sentral faktor for å kunne se sammenhengene og dermed sette dem sammen til en helhetsvurdering og handle deretter.

KOLS- men også hjertesvikt ble stadig sykdommer som utpekte seg, som sykepleierne erfarte fikk lite eller ingen oppfølging og uttrykte at for å være i stand til å se sammenhengene og sammenligne det som er tegn på sykdom fra det som er friskt, må disse pasientene bli fulgt over tid:

“Ja det å kjenne til habituelle verdier er veldig ønskelig. Om de da begynner eller det blir gjort ved innkomst det tenker jeg vil være veldig vesentlig at de har de habituelle vitale parameterne. Det er jo de man ofte sammenligner med når pasienten kommer inn. Dårlig som hos oss, så vet vi ingen ting om hvordan de er ellers”.

Sykepleierne trakk frem en faktor som de mente var vesentlig for å kunne se sammenhengene. For å se og bli oppmerksom på endringer i helsetilstand må sykepleierne vite hva de skal se etter. Pasienten må følges opp og først da kan de sette dette i en sammenheng. Flere sykepleiere påpeker at NEWS bidro til å bli oppmerksom på denne sammenhengen.

Noen av sykepleierne påpekte at de opplevde en forutinntatthet om at sykepleierne er dem som kjenner pasienten best men påpekte at det ofte ikke er tilfelle. De fant god støtte i de tilfellene der pasienten hadde blitt fulgt opp jevnlig med NEWS. Sykdom eller lidelser som pasienten hadde i sykehistorien sin fra tidligere, snakket alle sykepleierne om, og for å være i stand til å ta en grundig vurdering mente samtlige at det er oppfølging og kompetanse som må til for at man kan være rustet til å oppdage disse endringene tidlig. De oppfordret også til at man må benytte skjønn på hvordan NEWS benyttes og at oppfølging tilpasses den enkelte pasient og tjeneste.

4.1.3 Kunnskap, erfaringer og NEWS fører til tidlig tiltak

Samtlige sykepleiere mente at NEWS bidro til en økt kompetanse og mer kunnskap om somatiske lidelser. Det ble stadig trukket frem at symptomene pasientene viste var vage og vanskelig å få tak på. Flere påpekte at de manglet fagfolk å konferere med. Å ha kunnskaper og erfaring ble trukket frem som vesentlige faktorer og med NEWS å støtte seg til gjorde det dem sikrere i observasjonene.

“Jeg har jo jobbet med dette i kjempemange år men ofte med en liten klump i magen. Reagerer jeg riktig nå? Hva skal jeg gjøre nå? Hva er normalen? Når skal man vente og se og når skal man handle?”

Noen av sykepleierne påpeker spesielt at NEWS har bidratt til at de kommer bort fra den subjektive synsingen uten å ha forstått alvorlighetsgrad eller sammenhengen bak målinger og observasjoner når en pasient er på vei til å bli syk. I NEWS sier sykepleierne at de får reliable målinger og en score som ikke avhenger, i like stor grad av, øyet som ser.

“Og jeg synes det er trygt nok for meg selv, at jeg har sjekket alle disse parameterne og ikke bare synser at pasienten er dårlig. DET holder ikke mål. Da må man nesten vite at det er noe man må reagere på og hvor fort da”.

Det ble fremhevet at kunnskap om somatiske tilstander og observasjonskompetanse, samt opplæring i akutte situasjoner, er viktig for å vite hva man skal reagere på og at det er dette som fører til tiltak. Det medfører at man må forstå det man måler og ikke bare måle for å måle. Med tanke på å forstå det man ser og sette det sammen med vitale parametere, påpekes det at NEWS bidrar til å sette sammen de første vage symptomer og observasjoner til et tydeligere helhetsbilde eller til en sammenheng. Flere av sykepleier påpeker at NEWS komplimenterer erfaringer og kunnskap og fører til tiltak.

En sykepleier sier at som fagperson må du kunne sette sammen alle opplysninger for å utføre de rette tiltakene men det avhenger av at du forstår samtidig med at en oppdager dem:

“Hvordan henger det sammen med pasientens diagnose? Har pasienten dette fra før? Altså, du setter det opp mot noe da. For det er ikke bare et parameter. : jaja! Ja si pulsen da, så har du en høy puls da, si en atrieflimmer. Når du ser noe så gjør du noe òg! Ikke sant? Eller du setter det opp imot noe som det feiler pasienten fra før av da”.

Et par av sykepleierne påpeker at NEWS ikke er en sjekklister som sykepleierne kan krysse av for og så får man et svar, men at den komplimenterer og bistår sykepleieren med å utføre

systematiske observasjoner bygget på fagkunnskap og erfaringer. Å opparbeide kunnskap og erfaring tar tid slik at man blir trygg i situasjonene, men når sykepleierne ble trygge i bruken av NEWS, opplevdes ellers utfordrende situasjoner, faglig spennende, påpeker en sykepleier.

Å se etter sammenhenger beskrives av sykepleierne som et av de viktigste aspektene ved sykepleierfaget. Sykepleieren ser etter sammenhenger for et godt faglig grunnlag å ta beslutninger utfra, som ikke bare er spennende og interessant, men fører til at tiltak blir satt i gang raskere. Den tvilen sykepleieren måtte ha, blir eliminert bort når tallene får tale. Hun forteller om sin erfaring med NEWS:

” Man gjør jo det samme, men det er på en måte å sette ting inn i en sammenheng som gjør at du kan konkludere med tiltak på en måte. Det er det som jeg synes dette hjelper meg med”.

Sykepleierne påpekte at det er kompetansen og erfaringene sykepleieren har med seg som utpeker seg som det viktigste og avgjørende aspektet ved å oppdage tidlige tegn på sykdom og som fører til tiltak og NEWS gir dem tydeligheten.

4.1.4 Sykepleierne blir tatt på alvor.

En felles oppfatning var at sykepleierne opplever at de har økt troverdighet når de skal overbringe beskjeder til legen. Samtlige bemerket at de kunne kjenne på det å ikke nå frem eller ikke ble tatt på alvor når de formidlet observasjoner som bekymret dem vedrørende pasientenes tilstand. Noen mente at det kunne handle om at det ikke oppfattes like observasjoner mellom sykepleierne eller om det deres evne til å formidle dem. Samtlige mente at NEWS bidro til at de hadde et verktøy i dialog med annet helsepersonell som bidro til en mer presis kommunikasjon og presiserte på en tydeligere måte med NEWS. I noen tilfeller ble NEWS benyttet strategisk for å forhandle pasienten inn på sykehus.

“Det er liksom når du bruker de rette ordene og da kommer du frem. Og hvis du ikke bruker de ordene så avviser de deg som regel”.

Ved å få vitale parametere ved siden av observasjonene opplevde flere av sykepleierne at de fikk økt kommunikasjonsevne og dialogen ble mer systematisk.

” Man blir jo kanskje tatt litt mere på alvor. Og DET er bra, veldig bra”.

4.2 Faktorer som utfordrer NEWS i primærhelsetjenesten

4.2.1 ulikt nivå i utdanning, kompetanse og kunnskap

Samtlige av sykepleierne i denne studien erfarer at det stilles mer krav til kompetanse og at det har skjedd en stor endring i pasientbildet i primærhelsetjenesten. Sykepleierne trekker frem organisatoriske sammensatte faktorer som at de ikke er tilstedet hos pasienten til enhver tid, lange reiseavstander, forskjellig utdanning og kompetanse samt ufaglærte som ikke har forutsetninger for å oppdage disse tidlige tegn på sykdom. Dette utfordrer gjennomføring av NEWS som må forstås for å ha verdi, sier flere av sykepleierne. En sykepleier påpeker at det er mange som kunne vært oppdaget før de ble så dårlige at det måtte til med invasiv behandling og risikere ytterligere forverring i helsetilstanden. Et par av sykepleierne mener at det burde være mulig å fange disse symptomene tidligere.

” For det er noe med det å alltid få tatt de første målingene når du oppdager, eller får en varselampe da ”

Flere sykepleiere påpeker at det er et stort gap i kunnskapsnivå, kompetanse, erfaring og utdanning og at pasientene i tillegg har mer krevende somatiske lidelser som vanskeliggjør den tidlige oppdagelsen. Sykepleierens kapasitet til å utføre NEWS på alle pasientene beskrives som nærmest umulig. En sykepleier forteller hvordan de forholder seg:

“vi screener ikke alle, bare de vi forventer er dårlige. Så da er det mer å avkrefte eller bekrefte. Det er alltid ett eller annet symptom som er tydelig FØR vi går inn”.

Sykepleierne må belage seg på disse vage, diffuse tilbakemeldingene og det er ofte tilfeldigheter når sykdom oppdages. Det er en eller annen oppstått situasjon som fall, endret adferd eller andre tilbakemeldinger som fører til at sykepleierens alarmer går. En sykepleier forteller hvordan hun forholder seg til NEWS:

“Ellers så bruker vi det ved en henvendelse om dårlig pasient; «Kan du gå å se til ...» Det er ofte tilfeldig ja. Det er hvis en merker en endring i klinikken... og da kan det være disse vage tilbakemeldingene man får“.

4.2.2 Delegere NEWS

En utfordring som sykepleierne stadig diskuterte var om NEWS kunne delegeres til andre faggrupper. Bakgrunnen for å benytte alle med fagkompetanse til å utføre NEWS bygget på flere årsaker men forskjell på kompetanse og utdanning fremstod som sentralt.

“Du kan ikke bare ta masse målinger og ha gjort det men du forstår ikke noe av de på en måte”.

Sykepleierne beskriver en travel hverdag med stadig flere påførte arbeidsoppgaver og kompliserte pasienttilfeller. En sykepleier beskriver en typisk dag der hun har 4 pasienter som skal følges opp med NEWS hvilket hun opplever som praktisk umulig. Hun opplever at hun ikke strekker til. Hun gjør det hun må og opplever at hun bedriver brannslukning. Å kjenne på å ikke strekke til er ingen god følelse og kan fort føre til utbrenthet og maktesløshet sier hun. Det er flere av sykepleiere som har kjent på den samme følelsen. At det er sykepleierens ansvar ene og alene å følge opp og oppdage sykdom eller forverrelser. Sykepleierne mente at det fortrinnsvis var en av sykepleierens viktigste oppgave, å utføre vurderinger av pasientens tilstand. I praksis påpekte flere at det ikke er gjennomførbart.

For å få til en helhetlig ivaretagelse av pasienten nevner samtlige at NEWS kan læres av andre yrkesgrupper også med grundig opplæring. Alle sykepleierne var enstemmige i at det var sykepleierens oppgave å vurdere NEWS-scoren opp mot klinikken og vurdere videre tiltak men på et organisatorisk nivå var det verken realistisk eller gjennomførbart. Videre uttrykte sykepleierne at de stiller seg positive til at så mange som mulig får anledningen til å lære å utføre NEWS og gjøre gode observasjoner:

“Det skal være mulig for hvem som helst å lære seg dette her og en hjelpepleier tar jo ofte målinger. Men jeg vet at det er ikke sånn, så jeg tror at det er gjennomførbart av andre, det tror jeg. For det er jo skumlere det at ikke observasjoner blir gjort fordi at man ikke har den kompetansen”.

4.2.3 NEWS og oppfølging

At samtlige sykepleiere ønsker en tettere oppfølging av pasientene kommer klart frem under alle intervjuene. Enkelte av sykepleierne presiserer dette ønsket da de erfarte at NEWS hjalp dem med å avgjøre behandling og utføre tiltak, eller om det er normalt for den enkelte pasient og dermed avstå ytterligere behandling. De savnet den gode pasientoppfølgingen der informasjonen var tilgjengelig:

” ja vi skulle jo ønske det var mer informasjon for det er ikke ofte at slike opplysninger følger med. At det er litt mer samsvar.”

Sykepleierne trekker frem at det ofte er mangelfull opplysninger om pasientenes kliniske tilstand og observasjoner av pasienten. Noen sykepleiere påpeker at det ikke er oversiktlige systemer som tillater oppfølging av pasienten og mangler vesentlig pasientinformasjon slik at sykepleierne kan være i stand til å forutse trender over tid.

“Vi har aldri hatt noe form for skjema for oppfølging”.

Et vesentlig argument for hvorfor oppfølgingen er utfordrende er det flere som erfarer, går på manglende oppfølgingsverktøy av observasjoner. NEWS observasjonsskjema er ikke blitt implementert på alle steder men samtlige påpeker at det er viktig for å kunne følge opp og bli bedre rustet til å oppdage avvik. Når nye pasienter plutselig blir dårligere har sykepleierne lite informasjon å ta vurderinger utfra. Særlig utpekes nye pasienter som de ikke kjenner fra før som en utfordring.

“Så hvis et slikt skjema kunne fulgt pasienten så hadde det nok lettet mye ja. Det er jo ofte det at ambulanspersonellet spør om det har vært slik over flere dager og jeg må si det at det er sjeldent jeg kan svare konkret på det”

Sykepleierne sier at de savner kontinuitet for å følge opp sykdom slik at de kan se utviklingen. Flere opplever at de ofte ikke kan uttale seg om hvordan pasientene er til vanlig. Sykepleierne savner kontinuitet og sier at de ikke kan svare på konkrete spørsmål da de ikke kjenner til pasienten eller har noe å vise til. En sykepleier sier:

“Ja det er jo mange fastleger som tror at vi fanger opp mer enn det vi gjør så da tar de ikke så ofte kontroller hos dem så...Men det er bra at de prøver å gjøre det litt mer enklere for hjemmesykepleien”.

Pasienter som lider av kroniske sykdommer krever mer oppfølging, sier sykepleierne, men at det er utfordrende når det ikke følger med pasientens tidligere målinger.

Hun påpeker flere aspekter for hvorfor oppfølging er spesielt utfordrende. En kombinasjon av manglende fagpersoner, sykdom og oppfølging er det flere som trekker frem. Flere av sykepleierne uttrykker bekymring over en svært presset arbeidssituasjon med nedbemanning, utilstrekkelig med tid og manglende kjennskap til pasientenes sykehistorie for å ta de vurderingene som gir god oppfølging av pasientene. Oppfølgingen oppleves som tilfeldig eller fraværende hos samtlige av de intervjuede sykepleierne:

” Det er jo helt feil egentlig at det er sånn men det blir litt sånn tilfeldig hvilken oppfølging det blir”.

4.3 Praktiske utfordringer

En bekymring ved høy NEWS-score er at det fører til hyppige gjentakelse av målinger og alle sykepleierne betvilte om det vil være like gjennomførbart alle steder i tjenesten. Sykepleierne er enstemmige i at det også er en annen sentral faktor for pasienten når NEWS utløser hyppige målinger av vitale parameter.

” Pasientene opplever det jo fryktelig masete når de har litt høy score og det blir ofte”.

Alle nevner KOLS-pasienten som en spesielt utfordrende pasientgruppe. Sykepleierne opplever at disse pasientene bruker opp kreftene sine på utførelsen som målingene krever. Å snu seg i sengen for en tempmåling for en pasient med KOLS eller en eldre med skader eller vondter fra før var svært belastende. En sykepleier opplever det uetisk å ta rektal temperatur når pasienten er i sin habituelle tilstand selv om NEWS er høy eller pasienten observeres av andre årsaker.

I startfasen uttrykte noen av sykepleierne oppgitthet over enda et skjema. Det var ikke rom for å følge opp med alle disse målingene i en allerede hektisk avdeling, var noen av bemerkningene. Å utføre NEWS etter score bemerker alle sykepleierne som utfordrende å gjennomføre. Det ble mye målinger sier en:

” Vi gjør jo ikke annet også ble du jo opphengt i den klokka når du skulle gjøre det. Og det sa jo legene og sjefene at dere må jo ikke henge dere opp i klokka. Det er ikke noe vits i å måle bare for å måle».

Alle sykepleierne erfarte at pasientene ofte utløste høy score hvilket igjen førte til hyppige målinger og utfordringene dette medførte for pasientene.

En sykepleier påpekte at det ofte ikke lot seg gjøre å måle etter score hos den eldre forvirrede eller deliriske pasienten. Disse reagerte ofte med stor uro og økende forvirring. En annen sykepleier tok frem den eldre pasienten som ble urolig og redd for at det skulle være noe alvorlig. Å vekke pasientene på natt førte til nye bekymringer og mange hadde allerede tatt innsøvningsmedisinene sine og brukte dem dermed opp og resulterte å ligge våken resten av natten. Pasientene ble utslitt og påfølgende slet med å sove og sykepleierne erfarte at de utførte unødig og mer brydsomme målinger enn hva de gjorde godt.

Sykepleierne er bevisst på dette når de stadig skal ta NEWS pga høy score og påpeker at de måtte bruke skjønn og lage avtaler på vegne av pasientene. Å sove og hvile var ofte et tiltak som var vel så viktig som hyppige målinger, mente sykepleierne.

For å kunne utføre en NEWS må sykepleierne ha tilgang til utstyr. En sykepleier utpekte utstyr som en vesentlig utfordring gjennom en situasjon hun stod opp i:

“ Det var forsøkt å ta en temp men da var det kaldt så den funkete ikke, men så visste jeg det så jeg hadde en tempmåler i lomma før jeg kom til pasienten. Den må nemlig ha romtemperatur for å virke”.

Sykepleieren som uttaler seg, påpeker en vesentlig utfordring: hun må på forhånd vite at hun skal ta NEWS når hun kommer. Utstyret som benyttes må derfor beskyttes eller holdes ved riktig temperatur for å fungere. Slitasje ved slik type bruk, kvaliteten på produktene og påliteligheten ved avleste resultater bemerkes ikke videre av sykepleieren.

4.3.1 utfordringer ved samhandling

Flere av sykepleierne beskriver ulike utfordringer vedrørende kommunikasjon og en vesentlig faktor, som flere peker på, er at det tilstrebes et papirløst samfunn. Det meste av kommunikasjonen går elektronisk og mellom datasystemer som ikke snakker sammen.

“Vi er jo avhengig av å få opplysningene fort og ikke være avhengig av å lete på eget initiativ/ interesse eller kall det hva du vil. Da mister man fort det overblikket”.

Flere beskriver dokumentasjonssystemer som man må lete etter rapporter på symptomer og vitale parameter. For å oppdage tegn på sykdom tidlig er det viktig for sykepleierne å unngå å bruke mye tid på å lete i pasientjournaler. En sykepleier uttrykker at hun har sett en vesentlig stor endring på hvem som bodde hjemme for bare 5 år siden og at det er en faktor at tilganger, synlighet og tilgjengelighet står sentralt for sykepleierne og går igjen i alle intervjuene:

I hjemmetjenesten beskrives det som utfordrende når pasientinformasjon går gjennom flere ledd. Det fokuseres på tiltak og ikke på helsetilstand, sykdommer og symptomer:

“Vi kan lese det på E-link vi også men de er så raske med å ta det bort. Så er det jo saksbehandler som sier hva vi skal gjøre hos pasienten. Hva de har vært innlagt for og slike ting. ja eller de skriver en annen type tekst, en sammenfatning. Så det er ikke alt vi får vite”.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet presenteres studiens diskusjon. Resultatene vil diskuteres opp mot teoretisk perspektiv og tidligere forskning beskrevet innledningsvis i denne studien. Avslutningsvis vil det gis innspill til en AKS rolle i primærhelsetjenesten, implikasjon for praksis samt videre forskning.

Det pågår store omveltninger i kommunene med forskyvning av pasienter fra institusjon til hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2012). Mennesker med komplekse somatiske og psykososiale behov skal bo lenger hjemme og er i tillegg også den aldersgruppen som oppsøker fastlegen i mindre grad, hvilket underbygger viktigheten av denne studien.

5.1 Forskningsspørsmål 1:

Hvilke fordeler og utfordringer erfarer sykepleierne ved å benytte NEWS?

Samtlige sykepleiere i denne studien fremhevet NEWS som et trygt og nyttig verktøy som hjalp dem med å utføre systematiske observasjoner og vurderinger. Flere av sykepleierne påpeker at de ofte er alene om å vurdere pasienten og få fagpersonell å støtte seg til som kjenner pasienten fra før og usikkerheten blir mindre når NEWS blir benyttet i vurderingene. Samarbeid med andre instanser beskrives som utfordrende. Oppfølging av pasientenes somatiske tilstand beskrives som tilfeldig og fraværende.

Sykepleiere er i daglig kontakt med pasienter som kan være i et tidlig stadium av en sykdom. (Anderson I, 2016). Det kan være vage, atypiske symptomer og tegn som kan progrediere når ikke sykepleier er tilstede. De eldste, de multimorbide og de med redusert immunrespons har høyest risiko for å ikke bli fanget opp. (ibid). Det er disse pasientene primærhelsetjenesten fikk ansvaret for etter samhandlingsreformen trådte i kraft i år 2012. (St.meld.nr. 47(2008-2009)).

Sykepleierne i denne studien kan fortelle at de ikke alltid er bemannet med tilstrekkelig personal eller personal med kompetanse i observasjon. Mangel på utfyllende pasientinformasjonen ble også fremhevet som påvirker den grundige kliniske vurderingen for å ta beslutninger vedrørende pasienten.

For å utføre observasjoner må sykepleier ofte belage seg på sin kompetanse, klinisk vurdering, lite informasjon om bakgrunn og noen ganger intuisjon når de skal vurdere

pasientene (Anderson I, 2016). I tillegg skal sykepleieren utøve omsorgsfull og forebyggende sykepleie for en god faglig forsvarlig praksis uttaler Wyller (2015)

Når det å identifisere og skille akutt sykdom fra normale aldringsprosesser i utgangspunktet er klinisk utfordrende slik Wyller (2015) påpeker, bidrar til å øke forståelsen for hvor utfordrende dette må være i praksis for sykepleierne. Samtidig med at det er mangel på fagpersoner å konferere med.

Sykepleierne i denne studien opplever at de har vært usikre på å skille det normale fra det som er tegn på sykdom. Usikkerhet om de tar de rette vurderingene og i hvilken grad det haster med tilsyn av annet helsepersonell eller hvorvidt pasienten bør innlegges på sykehus. NEWS har medført at sykepleierne i denne studien, erfarer situasjonene som tryggere, både for seg selv da de oppdager disse atypiske tegnene tidligere. Det påpekes at NEWS må forståes i sammenheng med pasientens somatiske bilde.

Helsedirektoratet (2012) på sin side beskriver at primærhelsetjenesten vil få en viktigere sorteringsfunksjon for å løse pasienter til rett sted i behandlingssystemet. Det tilsier at sykepleierne har behov for solid klinisk kompetanse og systemforståelse for å kunne fullføre denne ansvarsfulle oppgaven, men funn indikerer at det ikke samsvarer med utfordringsbildet sykepleierne ute i feltet beskriver.

Når symptomene er vage og atypiske vil det kreves en bredere systematisk tilnærming med en kjennskap til pasientens sykehistorie, noe som er tidkrevende. (Anderson, I. 2016). Dersom dette skal være mulig å gjennomføre i praksis, kan sykepleiere benytte NEWS for å redusere risikoen for å overse symptomer på akutt sykdom og iverksette tiltak på et tidligere tidspunkt. En gunstig effekt kan være at det fører til at unødige innleggelser reduseres. (ibid)

Helsedirektoratet (2012) uttaler videre, at ved etablering av akuttfunksjoner lokalt må primærhelsetjenesten ha god kompetanse innenfor akuttmedisin men studier kan vise til at det er manglende kompetansehevende tiltak for sykepleierne i primærhelsetjenesten (Bing-Johnsson, 2016) Kompetansehevende tiltak vil kunne være sentralt for å få best utbytte og utnyttelse av NEWS i primærhelsetjenesten.

Tilbake til denne studien formidler sykepleierne at de nå har fått et verktøy som er svært visuelt med farger som indikerer alvorlighetsgraden og når man skal respondere på disse. Alle sykepleierne sier at NEWS overlater lite rom for synsing og opplever at de utfører de samme observasjonene hvilket kan indikere at kontinuitet, synlighet og objektivitet trygger sykepleierne når det oppstår akutte hendelser. Liple (2018) hevder at NEWS er et

hjelpemiddel og ikke en sjekkliste slik som sykepleierne i denne studien også påpeker. Det kliniske bildet veier tyngst og er avgjørende for videre tiltak, hevder sykepleierne.

Det er nært å slutte seg til at NEWS har gitt sykepleieren et viktig objektiv og systematisk observasjonsverktøy som bistår og trygger sykepleierne i disse utfordrende situasjonene. Det ser ut til at NEWS gjennom sitt systematiske oppsett kan, sammen med kompetanse og klinisk blikk, supplere sykepleierens totale observasjonskompetanse (Granaas, Vatn & Lund, 2016).

5.2 Forskningsspørsmål 2:

Hvilke praktiske utfordringer erfarer sykepleier ved bruk av NEWS?

Sykepleierne i hjemmetjenesten beskriver utfordringer med NEWS i hjemmetjenesten. En faktor er at pasienten kun er under oppsyn under hjemmebesøk og utenom besøk kan sykdom progrediere ubemerket. En faktor som ble fremhevet som vanskelig å etterleve var responsscalaen. Å reise frem og tilbake for å ta NEWS etter anbefalte score er ikke gjennomførbart i hjemmesykepleien sier flere. Flere faktorer påvirker hvorfor dette ikke har vært mulig. Få ansatte på vakt og ansatte med varierende grad av utdanning eller ufaglærte. Reisetid til og fra hjemmet, pasientlister med liten fleksibilitet og frigjort tid til oppfølgingsbesøk er ikke medregnet på listene sier sykepleierne. Forskning og teori viser til at vurdering av helsetilstand er tidkrevende (Brangan m. fl, 2018)

Endringer blir kanskje ikke fanget opp tidlig nok og fører til forsinkelser. De Meester m. fl (2013) hevdet at selv om vitale parametere blir målt etter prosedyre, forstås ofte ikke risikoen når det oppstår endring. Tilstrekkelig kunnskap om fysiologi og patofysiologi er påkrevd ved forverring. (McGinley & Pearce, 2012). Sykepleierne i hjemmetjenesten var nølende til å delegere NEWS og observasjoner til annet helsepersonell, men mente at ved å styrke observasjonskompetansen var de positivt innstilt på at alle kunne lære seg å gjøre observasjoner med NEWS. En forutsetning var at klinikken og NEWS må forstås av den som utfører observasjonene. Det kan stilles spørsmål til om det er hensiktsmessig at annet helsepersonell anvender NEWS og utfører observasjoner i et praksisfelt som er under slike store omveltninger. På den andre siden er det mangel på sykepleiere (NSF, 2018) slik at det vil være hensiktsmessig at også annet helsepersonell oppnår kompetanse i å ta NEWS og observasjoner.

Sykepleierne på avdeling hadde erfart andre utfordringer. De sa at det opplevdes som unødvendig og noen ganger uetisk å foreta hyppige målinger hos pasienter med habituell høy NEWS score. I samarbeid med lege gjorde de individuelle avtaler for når disse skulle utføres. Sykepleierne i denne studien har i samarbeid implementert NEWS etter beste evne men med enkelte begrensninger da de erfarte at NEWS må benyttes som veiledende. Ved å legge en plan for neste vurdering ved økt NEWS score kunne sykepleieren unngå å forstyrre pasientens nattesøvn. Responstiden for gjentakende besøk i hjemmesykepleien, benyttes veiledende og sykepleierne benytter skjønn der de tar høyde for neste besøk, om pasienten har pårørende som kan se til pasienten eller hvilken tid på døgnet endringene i helsetilstanden oppdages slik at de kunne ta vurderinger til det beste for pasienten.

5.2.1 Systematikken i NEWS førte til mer presis kommunikasjon

Sykepleierne beskriver at de har hatt utfordringer med å få legene på tilsyn i hjemmetjenesten.

Det er som regel en sykepleier som oppdager tegn på sykdom først, men hun kan verken rekvirere til diagnostiske undersøkelser, stille diagnose, eller iverksette medisinsk behandling. Hun er derfor avhengig av å formidle pasientens situasjon på en forståelig og direkte måte. Hun bygger sine observasjoner på en kombinasjon av magesfølelse, erfaring, kompetanse og klinisk blikk. (Granaas m. fl, 2016)

Funn i denne studien indikerer at de har hatt utfordringer med å formidle sitt budskap til lege eller annet helsepersonell før implementering av NEWS. Det kan spekuleres om det kan skyldes at sykepleierne ikke var presise nok i kommunikasjonen når de skal beskrive pasientens tilstand, erfaring eller om det er manglende kunnskap om fysikk og somatikk. Det kan være evnen til å uttrykke teoretisk kunnskap eller kjennskap til pasientens sykehistorie som utfordrer når det skal overbringes pasientinformasjon. Å få tilsyn av lege i hjemmet kan ha en sammenheng med sykepleiernes evne til å kommunisere et tydelig budskap (ibid).

Flere sykepleiere nevner tilgang på lege som en vesentlig faktor. På avdeling opplevde sykepleierne en god dekning av leger til enhver tid på døgnet. I hjemmesykepleien derimot, indikerer det gjennom funn, som et sårbart punkt og en større utfordring som bekrefter hvor viktig og relevant, tydelig og presis kommunikasjon har, for å få gehør for det som blir kommunisert. Samtidig må fastlegene hjemmetjenesten samhandler med, informeres og instrueres i bruken av NEWS.

Funn i denne studien viser at sykepleierne erfarer at NEWS bidrar til en bedret kommunikasjon med annet helsepersonell. Sykepleierne forteller i de situasjonene de

opplevde ikke å bli hørt, innhentet ny NEWS-score der hun kunne vise til hvilke endringer i helsetilstand med en økt score og økt hastegrad. Tallene ble fakta, krevde respons og sykepleierne opplevde en mer faglig tyngde gjennom presis kommunikasjon. Systematiske observasjoner i tall med farger, score og respons kan indikere at det er mest effektivt å benytte målbare bevis for å raskere få tilgang til eller iverksette tiltak sier Granaas m.fl. (2016)

5.3 Forskningsspørsmål 3:

Hvordan erfarer sykepleierne at NEWS kan bidra til klinisk oppfølging av pasienten?

Alle sykepleierne trekker frem betydningen av å kjenne pasientens bakgrunn og de normale vitale verdiene for å tidlig avdekke tegn på sykdom eller forverrelser. NEWS bygger på kliniske observasjoner og det kan være av stor verdi at pasientens vitale parametere og sykehistorie blir gjort lett tilgjengelige for sykepleierne ute i feltet (Wolfenden J m. fl, 2010)

Videre kan funn i denne studien indikere at det har vært stor usikkerhet og flere utfordringer knyttet opp til hvilken oppfølging pasientene har fått i hjemmet. Det var uvisst om pasientene følges opp med regelmessige målinger av normale verdier, samt hvilken informasjon sykepleierne har tilgang på i hjemmet. Det kan indikere at NEWS del 2 er et hensiktsmessig verktøy fordi det tillater oppfølging slik at sykepleierne kan følge trender over tid. Flere sykepleiere ønsket NEWS del 2 hjemme hos pasienten og påpekte at de angiveligvis ville blitt mer oppmerksom og bevisst på kliniske unormaliteter.

Sykepleierne i denne studien opplever at de ofte må lete gjennom et uoversiktlig dokumentasjonssystem der de beskriver at de søker informasjon for egen interesse og opplever det nærmest som detektivarbeid. Pasientjournalene er fulle av uvesentlig og uviktige notiser som truer sikkerheten, påpeker pasientombudet. Sykepleien (2011) Dette kan indikere et massiv tidsbruk som kunne kommet pasientene til gode dersom synlighet og tilgjengelig informasjon var oversiktlig og tilstede. NEWS oppfølging kan benyttes i hjemmet for denne oppfølgingen.

Det er ikke formelle utdanningskrav til sykepleiekompetanse utover bachelorgrad for å arbeide i primærhelsetjenesten. Regjeringen (2018). Tjenesteinstitusjonene vet dermed ikke hvilken kompetanse de har til rådighet når det ansettes sykepleiere. Det er bekymringsverdig dersom sykepleierne ikke dekker tjenestens kompetansebehov og brukernes behov. (ibid). I

tråd med en helsetjeneste som er i stor endring er det betenkelig at sykepleierne ikke har blitt rustet opp til å møte denne store endringen med økt kompetanse i akuttsykepleie, tidlig oppdagelse av livstruende tilstander og NEWS i forkant av samhandlingsreformen.

Sykepleierne i primærhelsetjenesten har jobbet etter en praktisk modell der fokus er de innvilgede vedtak på oppgaver som skal utføres. Klinisk blikk utvikles og formes i de rammer en lever i og de institusjoner en arbeider i, så grunnleggeren av moderne medisin, Bichat så tidlig som i 1801. (Kari Martinsen, 2003). For å trekke en sammenheng med Bichats utsagn, kan det tenkes at å utøve sykepleie etter praktisk modell med vedtak, kan føre til at sykepleierne enten risikerer å glemme tillært kunnskap, ikke lærer å gjenkjenne tegn på sykdom, eller slik Nightingale (1997) påpeker som vesentlig: ikke hatt mulighet til å trene opp sitt kliniske blikk, samtidig som at disse pasientene har fått en mer sammensatt og komplisert helse. I primærhelsetjenesten må det settes i sammenheng med forskyvningen av den komplekse pasient fra sykehus til hjemmeboende for å imøtekomme BEON-prinsippet. Jeg trekker frem hjemmesykepleien, som følge av denne dreiningen av ansvar, og den instansen som har endret seg mest, er den instansen som bør endre fokus fra en mer praktisk omsorg til å bli en mer klinisk omsorg slik Johansen E, Fagerstrøm L (2010) påpeker.

Johansen & Fagerstrøm (2010) sier at primærhelsetjenesten er et upløyd forskningsområde i Norge men forskning nasjonalt viser til at en dreining fra primærhelsetjenestens praktiske omsorg bør rette seg mer mot en modell som er mer klinisk rettet mot de som lider av langvarige, kroniske helsetilstander. Med bakgrunn i forskningen samt utviklingen av en mer kompleks klinisk rettet primærhelsetjeneste, er tidlig oppdagelse av forverret helsetilstand og oppfølging sentrale stikkord for å imøtekomme denne dreiningen og øke sykepleiekompetansen. Funn i denne studien indikerer at NEWS er og blir et viktig observasjonsverktøy som hjelper sykepleieren å oppdage, følge med over tid, bli bevisst endringer og rapportere endringene på et tidligere tidspunkt.

På den andre siden tilsier forskningen at det kan tyde på at samtidig med at oppfølging vil være effektivt, økt livskvalitet for pasientene og kan det bidra til en bedret helsetjeneste for dem med langvarige helseutfordringer. (Askerud, Conder, Jenny, 2017)

5.3.1 Kunnskap om pasienthistorikk

Nye pasienter er farlige pasienter sier Anderson I (2016). Å ha god kjennskap til pasienten er til god hjelp for når pasienten ser ut til å utvikle sykdom eller ser syk ut. NEWS sammen med

opdatert sykehistorie vil danne et godt utgangspunkt for sykepleieren og danne grunnlaget for en fullstendig vurdering av pasienten i primærhelsetjenesten (ibid).

Sykepleierne i hjemmetjenesten opplever at det rår en felles oppfatning og forventning til at de kjenner pasientenes bakgrunn inngående og innehar pasientinformasjon for å være rystet til å oppdage endringer og tegn på sykdom. Men noen av sykepleierne fra hjemmetjenesten maler et annet bilde. Tjenesten blir beskrevet som en tjeneste preget av lav bemanning, ufaglærte, lite kjennskap til pasientens helsehistorie, manglende oppfølging av pasientene i sykdommens rolige faser, mangelen på observasjonsverktøy og liten tid til å sette seg inn i pasienten for den gunstige helhetsvurderingen. Det kan tilsynelatende peke mot at sykepleierne arbeider i et utfordrende miljø som ikke ble opprustet eller tilrettelagt for den store dreiningen av kompliserte pasienter i forkant av samhandlingsreformen.

5.3.2 Handlekraftige sykepleiere

Betegnelsen “kompetanse” er et vagt konsept som varierer fra person til person. (Watson, Stimpson, Topping & Porock, 2002). Trekkes det paralleller mellom formell kompetanse, komplekse sykdomstilstander, oppfølging og funn fra denne studien, er det fristende å hentyde til at fremtidens primærhelsetjeneste er i behov av handlekraftige sykepleiere med klinisk kompetanse. Sykepleiere med erfaring og formell utdanning til å kunne utføre systematiske observasjoner bygget på kunnskap og god innsikt i pasientens helsetilstand. Pasienten er avhengig av at personene rundt dem fanger opp og bistår dem for å ivareta pasienten på best mulig måte (Anderson I, 2016) Sykepleierne i denne studien uttrykker mangelfull oppfølging av helsetilstand som en sentral faktor for å være i stand til å identifisere tidlige tegn på sykdom.

5.4 Temaets relevans for AKS-rollen

Når primærhelsetjenesten overtar flere sammensatte og komplekse oppgaver må sykepleieprofesjonen styrkes på lik linje for å ivareta denne oppgaveforskyvningen. En avansert klinisk sykepleier, AKS, er en ny sykepleierrolle i Norge, men forskning fra andre land der nurse practitioner (NP) har selvstendige roller med utvidede rettigheter, kan vise til å ha positiv effekt. Martinez-González m. fl, (2014) vurderte kostnads effekten på omsorg utført av AKS i forhold til lege i primærhelsetjenesten. Studien viste til høyere

pasienttilfredshet med AKS som omsorgsyter samtidig også en reduksjon i risikoen for sykehusinnleggelser. Dødeligheten ved sykepleieromsorg istedenfor lege, hadde mindre eller ikke signifikant forekomst. Det kan tilsynelatende se ut til at en AKS har en positiv effekt på pasienttilfredshet, antall sykehusinnleggelser og redusert dødelighet. Kostnadene på å erstatte leger med sykepleier viste seg å være noenlunde lik.

Nurse practitionerer har i andre land vokst frem pga manglende leger. Det er ikke hovedargumentet i Norge, men det kan være aktuelt på noen enkeltområder at AKS sykepleiere overtar noen legeoppgaver i primærhelsetjenesten som oppfølging av personer med langvarig kronisk sykdom med svingende forløp med hyppige innleggelser og hyppig bruk av helsetjenester. Disse trenger regelmessig oppfølging slik forskning og teorien kan vise til. (Helsedirektoratet, 2017)

For å imøtekomme at disse pasientene skal behandles i hjemmet etter BEON-prinsippet, vil sykepleiere med bred kompetanse, kompetanse i kontinuerlig vurdering og oppfølging, spille en sentral rolle, sier Johansen og Fagerstrøm (2011)

Oppsummert indikerer funn i denne studien at sykepleierne i primærhelsetjenesten har behov for et mer tilrettelagt arbeidsmiljø som bidrar til å styrke klinisk kompetanse og kunnskap.

Sykepleierne erfarer at NEWS hjelper dem under observasjoner og i å ta vurderinger. NEWS bidrar til at de opplever hverdagen tryggere og at de har fått en mer faglig tyngde når de kommuniserer med annet helsepersonell.

Studiens funn synliggjør også at det er et behov for selvstendige sykepleiere med breddekompetanse, klinisk observasjonskompetanse, vurderings- og handlingskompetanse for å ivareta pasienter med langvarige, kroniske sykdommer.

5.5 Implikasjon for praksis

For å få til en god og trygg tjeneste i fremtidens primærhelsetjeneste, må det legges til rette for kompetanseutvikling og kunnskap for sykepleierne slik at de kan ivareta pasientene både når det oppstår akutte hendelser og for å følge opp pasientene. De kommunale sykepleierne vil som følge av dette ha behov for kompetanseutvikling som gjør dem i stand til å oppdage tidlige tegn på livstruende tilstander og ivareta pasientene med faglig forsvarlighet.

Sykepleierne må kunne utføre korrekte observasjoner og vurderinger samtidig som de arbeider forebyggende med oppfølging. (Helsedirektoratet, 2012)

Tiltak for implikasjon i praksis består av flere punkter. Sykepleierne bør ha mulighet til jevnlig fagdager som inneholder oppfriskning i fysiologi, observasjonskompetanse og sykdomsmekanismer som kompetansehevende tiltak for sykepleiere med bachelorgrad jamfør pasientsikkerhetsprogrammet (2010). Fagutviklingsprosjekter der teoretisk og praktisk trening i akutte situasjoner der fokuset er på den komplekse, hjemmeboende pasient, for alle i primærhelsetjenesten uavhengig av utdannelsesnivå kan bidra til en samlet styrket tjeneste.

Et annet viktig tiltak kan være å vektlegge og legge til rette for ordinær videreutdanning på etterutdanning eller på masternivå rettet mot geriatrifeltet eller master i avansert klinisk/geriatrik sykepleie lik Universitetet i Sørøst-Norge (USN) tilbyr i Drammen/Horten.

Oppfølging og ivaretagelse av den komplekse pasient og økt kunnskap om dokumentasjonspraksis og utbedring av dokumentasjonssystemer er et av forbedringsområdene i primærhelsetjenesten.

Funn i denne studien kan forhåpentligvis bistå til å hjelpe sykepleierne i primærhelsetjenesten, ved å ha satt ord på trykk, med å løfte sykepleieprofesjonens utfordringer. Samtidig at andre relevante instanser som ledere, helsepersonell, kompetansesentere, utdanningssteder, politikere får innsikt i relevante forbedringsområder som kan bidra til å videreutvikle tjenesten til det ytterste for våre medmennesker.

6.0 Konklusjon

Jeg har i denne studien undersøkt hvilke erfaringer sykepleier har gjort seg ved bruk av NEWS i primærhelsetjenesten under 3 kategorier.

Sykepleierne beskrev flere fordeler ved bruk av NEWS utenfor sykehus. Den sørget for en objektiv systematisk måte å kommunisere pasientens alvorlighetsgrad som kan være utfordrende å formidle, spesielt til annet fagpersonell og andre som yter helsetjenester. Funn i studien viste til at sykepleierne ble mer systematiske i observasjoner med NEWS og at NEWS må forstås i sammenheng med sykehistorie og klinikk. Dette synnliggjør at helsepersonell på tvers av fagutdanning må få opplæring i NEWS og tilstrekkelig kunnskaper om fysiologi og somatiske tilstander. Det må læres hva som kan være observasjoner som avviker fra det som er normalt for den enkelte pasienten. Noen ganger utfordret en økt NEWS deres kliniske kunnskap til at sykepleierne benyttet bevisst mer skjønn og la så videre individuelle planer for videre forløp.

Flere av utfordringene som ble avdekket viser til at det må sees i den sammenheng det utøves sykepleie. Sykepleierne i denne studien arbeidet både på avdeling og i hjemmetjenesten. Erfaringene vil derfor variere noe og må sees i den sammenhengen de jobbet i. Utfordringene er sammensatte og omfattet både på system- og personnivå.

Kompetanse, skjønn, kommunikasjon og egnet utstyr er vesentlige faktorer når NEWS er i bruk påpekte samtlige. Det er ikke alltid det er gjennomførbart å utføre NEWS etter de anbefalte responstidene men at det har blitt tilpasset for best praktisk løsning.

Når det legges til rette for at pasienter skal behandles i hjemmet bekrefter mine funn på at det må satses på en styrket hjemmesykepleie som kan bidra til å oppdage sykdom på et tidlig tidspunkt, forebygge funksjonsfall og sykdomsutvikling. I gevinst av dette unngå unødvendige sykehusinnleggelser og opphold på institusjon.

Sykepleierne i denne studien var innom flere aspekter ved å arbeide i primhelsetjenesten som kan bidra til å forsinke prosessen med å oppdage tidlige tegn på sykdom. Et sentralt funn var at sykepleierne erfarer at det var tilfeldigheter hvem som fikk oppfølging. Kompetanse, opplevelse av å være alene med ansvaret, utfordringer vedrørende oppfølging, dokumentasjonssystem og kommunikasjonsutfordringer kan alle alene forsinke tidlig oppdagelse av livstruende hendelser, men NEWS bidro til at sykepleierne kunne ta raskere kliniske vurderinger og beslutninger utfra et helhetsbilde som hjalp dem i utfordrende situasjoner.

En annen utfordring var forholdet mellom NEWS og sykepleiernes vurderinger som skapte en usikkerhet i noen tilfeller. Royal College of Physicians (2010) anbefalinger er at NEWS skal benyttes som et hjelpemiddel ved klinisk vurdering og ikke istedenfor den kliniske vurderingen og at bekymring for pasientens helsetilstand alltid veier tyngre enn NEWS.

RCP (2010) påpeker at NEWS må tilrettelegges slik at det er gjennomførbart på det nivået NEWS benyttes. En konsekvens av åpen bruk kan være at NEWS endres lokalt for å tilpasse deres bruk. Lages det nye EWS kan det oppstå forvirring og en distansering fra ønsket om en felles standard for alle helsepersonell uavhengig av nivå.

7.0 Videre forskning

Verktøyet NEWS var nylig implementert og ble benyttet i tilpasset form, med lommekort og som støtte til egen vurdering. NEWS del 2 oppfølging var ikke tatt i bruk alle steder.

Primærhelsetjenesten er et uutforsket område og vil i fremtiden være en arena med mange utfordringer i tråd med helsedirektoratets føringer. Det må derfor satses på flere og større studier med klinisk kompetanse og komplekse pasienter som fokus for å kunne gi disse faglig forsvarlige tjenester jamfør St.meld.nr. 29 (2012-2013).

Jeg mener det ville være av interesse som en forlengelse av denne studien å se på sykepleierens mulighet for faglig oppdatering og kompetansehevende tiltak i primærhelsetjenesten. Hvordan funn i denne studien påvirker sykepleierne i form av stort ansvar, arbeidsmiljø og press. En annen studie som går på pasientens erfaringer av oppfølging av langvarige, kroniske sykdommer ville også være svært interessant. Samt studier som omhandler å samle faggrupper i team rundt de mest komplekse pasientene.

8.0 Referanser

1. *Askerud, Anna, Conder, Jenny*, 2017 "Patients' experiences of nurse case management in primary care: a meta-synthesis". CSIRO
Doi: 10.1071/py17040
2. *Almås* 2003, "Klinisk sykepleie" 2001, Gyldendal akademisk Bind 1
3. *Alvin C. York* m.fl. "The news about NEWS" 2015, Wolters Kluwer Health Inc.
Doi: 10.1097/01.NME.0000470092.23563.92
4. *Aadland, E.* 2011. " *Og eg ser på deg*", 3.utg, Universitetsforlaget,
5. *Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M. Foss, C* (2014), "Competence in advanced older people nursing: Development of nursing older people-Competence evaluation tool". *International journal of older people nursing*, 10
6. *Brangan E, Banks, J. Brant, H.* m.fl (2018), "Using the national early warning score (NEWS) outside acute hospital settings: a Qualitative study of staff experiences in the West of England"
Doi: 10.1136/bmjopen-2018-022528
7. *Dalen, M.* " *Intervju som forskningsmetode-en kvalitativ tilnærming*", 2004, Universitetsforlaget
8. *De Meester K, Das T, Hellemans K, Verbrugghe W, Jorens P, Verpooten G, Van Bogaert P.* "Impact of a standardized nurse observation protocol including MEWS after Intensive Care Unit discharge". *Resuscitation*. 2013
Doi: 2013a; 84:184–8

9. *Downey C.L, Tahir W, Randell R, Brown J.M, Janey D.G*, 2017 "Strengths and limitations of early warning scores: A systematic review and narrative synthesis" *International Journal of Nursing Studies*, Volume 76
doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.003

10. *Dick K, Frazier C.S* 2006. An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders.
DOI: 10.1111/j.1745-7599.2006.00140.x

11. *Elo S & Kyngås H* (2008)"The qualitative content analysis process" *Journal, advanced nursing* 62
Doi: 10.1111/j.1365-2468.2007.04569.x

12. *Fagerstrøm*, 2011«*Avancerad klinisk sjuksköterska*» Forlag studentlitteratur 1 utg.

13. *Forskningsetiske retningslinjer*,
Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/>

14. *Graneheim U.H & Lundemann B* (2004)"Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness" *Nurse education today*, volum 24
Doi 10.1016/j.nedt.2003.10.001

15. *Haynes, A.B, M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D m.fl.*
"A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population", 2009, *The New England Journal of Medicine*, 2009
Doi: 10.1056/NEJMs0810119

16. Helsedirektoratet (2017) ” *Videreutdanning for sykepleiere- Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?* ” Helsedirektoratet, rapport 2017

17. Helsedirektoratet (2012) ” *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030* ”. Oslo: Helsedirektoratet, Rapport 2012

18. *Ian Anderson* 2016”A proposed Primary health early warning score (PHEWS) with emphasis on early detection of sepsis in the elderly” Journal Compilation. Royal college of general practitioners
Doi: 10.1071/HC15044

19. *Jan O. Jansen, Cuthbertson BH*, ”Detecting critical illness outside the ICU: the role of track and trigger system”, 2010
Doi: 10.1097/MCC.0b013e328338844e.

20. *Johansen E, Fagerstrøm L*, 2010 ”An investigation of the role nurses play in Norwegian home care”, British journal of community nursing
Doi: doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.10.78742

21. *Johannessen A, Tufte P.A. og Christoffersen, L* (2016), «*Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*», 5.utg, Abstrakt forlag

22. *Kristoffersen, N. J.* (2011). ”*Teoretiske perspektiver på sykepleie*”. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie*, Bind 1. Oslo: Gyldendal akademisk.

23. Kvale, S & Brinkmann, S. (2015) ”*Det kvalitative forskningsintervju*”, 3 utg, Gyldendal akademiske
24. Kvangarnes M. ”*Faget som som kan utgjere ein skilnad*” Dagens Medisin 2015
hentet 13.05.18 fra <http://www.dagensmedisin.no>
25. Liplely N (2018) ”Early warning score tools are aids, not checklists” Nursing management, volum 24 nr 9
26. Lovdata (2017) Helse og omsorgsdepartementet ”*Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*” (forskningsetikkloven) Hentet 05.12.18 fra <http://www.lovdata.no>
27. Lovdata (2017) Helse og omsorgsdepartementet ”*Forskrift om pasientjournal*” (1.1.2001)
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
28. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) (1.7.2009)
Hentet fra:
<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/>
29. International Council of Nurses (ICN), Hentet 05.12.18 fra: <https://www.icn.ch/>
30. Malterud, K, (2011), ”*Kvalitative metoder i medisinsk forskning*”, 3 utg, universitetsforlaget.

31. Martinsen, K., "Omsorg, sykepleie og medisin" Universitetsforlaget, 2003, 1. utg. 2 opplag
32. *Martinez-González N, Djalali S* m.fl 2014. "Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis"
Doi: 10.1186/1472-6963-14-214
33. *Maxwell, E* (2014), "Turning risk-assessment tools into life savers" Nursing management, London vol 24, nr 9
Doi: 10.7748/nm.24.9.12.s14
34. *McGinley, A & Pearse, R. M.* (2012)
"A new standard to help identify patients in need of critical care"
Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e5310>
35. *Nilsson, B* (2007) "Gadamers hermeneutikk", sykepleien
Doi: 10.4220/sykepleienf.2007.0009
36. Norsk senter for forskningsdata (NSD) Hentet 5.12.18 fra: <http://www.nsd.uib.no/>
37. Norsk sykepleie Forbund (NSF), "Sykepleiermangelen har økt med 47 prosent"
Hentet 09.01.18 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3882885/1740674/Sykepleiermangelen-har-okt-med-47-prosent>
38. Polit & Beck 2016 "Nursing research- Generating and assessing, Evidence for nursing practice" 10 utg. Lippincott Williams and Wilkins forlag

39. Pasientsikkerhetsprogrammet (2010) Hentet 03.05.18 fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
40. Regjeringen, 2017 "Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)", Kunnskapsdepartementet, Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>
41. Regjeringen, (2016) «Lovfester krav til kompetanse i kommunene» Helse- og omsorgsdepartementet, Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/lovfester-krav-til-kompetanse-i-kommunene/id2503122/>
42. Royal college of physicians 2012 Hentet 03.05.18 fra <https://www.rcplondon.ac.uk/>
43. *Silcock D.J, Corfield A.R, Glowers PA & Rooney KD.* (2015), "Validation of the national early warning score in the prehospital setting" Resuscitation
Doi: 10.1016/j.
44. Sykepleien 2016, "Fanger opp forverring tidligere" norsk tidsskrift for sykepleie, nr 6
DOI: 10.4220/sykepleiens.2016.57777
45. Sykepleien 2011 "Alt for lange pasientjournaler truer pasientsikkerheten" norsk tidsskrift for sykepleie
46. Statistisk sentralbyrå (2003) Hentet fra:
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-slaar-lenger-inn-over-europa-enn-norge>

47. *Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T (2013), "Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study". Nursing & Health sciences*
Doi: 10.1111/nhs.12048
48. *Wolfenden, J., Dunn A., Holmes, A., Davis, C. & Buchan, J., 2010," Track and trigger system for use in community hospitals" Nursing standard*
49. *Watson, Stimpson, Topping & Porock, 2002,"Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature", Leading global Nursing research*
Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02307.x
50. *Wyller T. B., "Geriatrici- en medisinsk lærebok", Gyldendal akademiske, 2015, 2.utg.*
51. *World health organisation (WHO) Hentet 5.12.18 fra <http://www.who.int/>*
52. *Utviklingscenter for hjemmetjenesten og sykehjem.*
Hentet fra: <http://www.utviklingscenter.no/>
53. *St. Meld nr 26 (2014-2015). "Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet". Helse og omsorgsdepartementet.*
54. *St.Meld nr 29 (2012-2013), "Morgendagens omsorg", Helse og omsorgsdepartementet.*
55. *St. Meld nr 47 (2008-2009)," Samhandlingsreformen, Rett behandling- på rett sted- til rett tid", Helse og omsorgsdepartementet.*

9.0 Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1 NEWS del 1 Hurtigkort med score

Tabell 2 NEWS del 2 Observasjonsskjema

Tabell 3 NEWS Track & trigger response

Tabell 4 Matrise i analyseprosessen

Tabell 5 Oversikt Tema

10.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Søknad til NSD/Informasjonsskriv til deltagerne

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 1

Søknad til NSD/Informasjonsskriv til deltagerne

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Erfaringer ved bruk av TILT i kommunehelsetjenesten»

Bakgrunn og formål

Formålet med denne studien er å belyse sykepleiers erfaringer med bruk observasjonsverktøyet NEWS- national early warning score i kommunehelsetjenesten. Det er utfordringer og fordeler ved å benytte et slikt observasjonsverktøy i den kliniske vurdering i den tidlige fasen av et sykdomsforløp som vil bli belyst. Dette vil være min avsluttende studentoppgave i Master i avansert klinisk sykepleie ved Universitetet i Sørøst-Norge og er delvis et bestillingsprodukt fra Larvik kommune da NEWS skal implementeres i hele kommunen.

Dette er en kvalitativ studie og datainnsamlingen vil bli utført ved hjelp av semi-strukturert intervju.

Utvalget vil bestå av sykepleiere med minimum 3 års praksis i klinikken. Det er vesentlig for oppgavens formål at sykepleierne innehar en viss kompetanse og erfaring fra klinikken. Sykepleierne må være kommunalt ansatt og benytte identisk observasjonsverktøy som blir omtalt i denne studentoppgaven. Rekruttering av informanter vil skje gjennom 2-3 avdelingsledere i kommunehelsetjenesten.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer å være med på et intervju med varighet på ca. 1 time +/- der vi snakker om dine erfaringer med bruk av NEWS. Spørsmålene som vil stilles vil ha en ordlyd som f.eks.:

Kan du fortelle meg om din erfaring med bruk av NEWS som verktøy i din arbeidshverdag?

Kan du utdype når du erfarer at behovet for å NEWS'e pasientene oppstår?

Deltagelse gir deg ingen fordeler eller ulemper som arbeidstaker i kommunehelsetjenesten.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og transkriberes. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil opprettes koblingsnøkkel for oppbevaring av personlige opplysninger som vil være oppbevart adskilt fra øvrige data.

Deltagere vil ikke kunne gjenkjennes i evt publikasjoner.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i september 2018. Informasjon som kommer frem i intervjuet vil behandles konfidensielt og båndopptak vil bli slettet straks masteroppgaven er blitt sensurert.

Frivillig

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger som du har gitt bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder

Camilla Lie på tel: 92664276.

Veileder for studentoppgaven er:

Siri Tønnessen, førsteamanuensis ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

siri.tonnessen@usn.no

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

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Sykepleierens erfaringer med bruk av TILT i kommunehelsetjenesten

Alder..... Kjønn.....Antall års erfaring som sykepleier.....

1. Kan du fortelle meg om din erfaring med bruk av TILT som verktøy i din arbeidshverdag?

- *Hva opplever du er fordelene med bruk av TILT?*

Struktur av observasjonene?

Økt bevissthet av observasjonen?

Objektive observasjoner?

Rom for tolkning?

- *Hva opplever du utfordringene ved bruk av TILT?*

Tidkrevende?

Erfaring?

Opplæring?

Kronikere?

2. Kan du fortelle meg når du erfarer at behovet for å TILTe pasientene oppstår?

- **Alle TILT`es?**
- **Tilfeldig?**
- **Intuisjon?**
- **Klinikken?**
- **Erfaring?**
- **Usikkerhet?**

3. kan du fortelle meg hva du gjør videre med TILT-observasjonene dine?

4. Erfarer du at TILT støtter deg til å ta beslutninger? Og på hvilken måte?

5. Erfarer du at sykdom blir identifisert tidligere?

**6. Kan du fortelle meg om dine erfaringer ved TILT som er utenfor normalen?
Utløst TILT uten at det er akutt livstruende tilstand?**

7. Hvilke observasjoner erfarer du ikke dekkes av TILT

- **Kroppstemperatur (kald, varm, svett, klam etc)?**
- **Smerter?**
- **Uro?**
- **Fall?**

**8. kan du fortelle meg dine erfaringer i situasjoner TILT ikke gir konkrete svar?
Hva gjør du i slike settinger?**

Avslutningskommentarer/Tilleggsopplysninger/Notater etc.

Har du tilleggskommentarer som ikke har blitt drøftet?