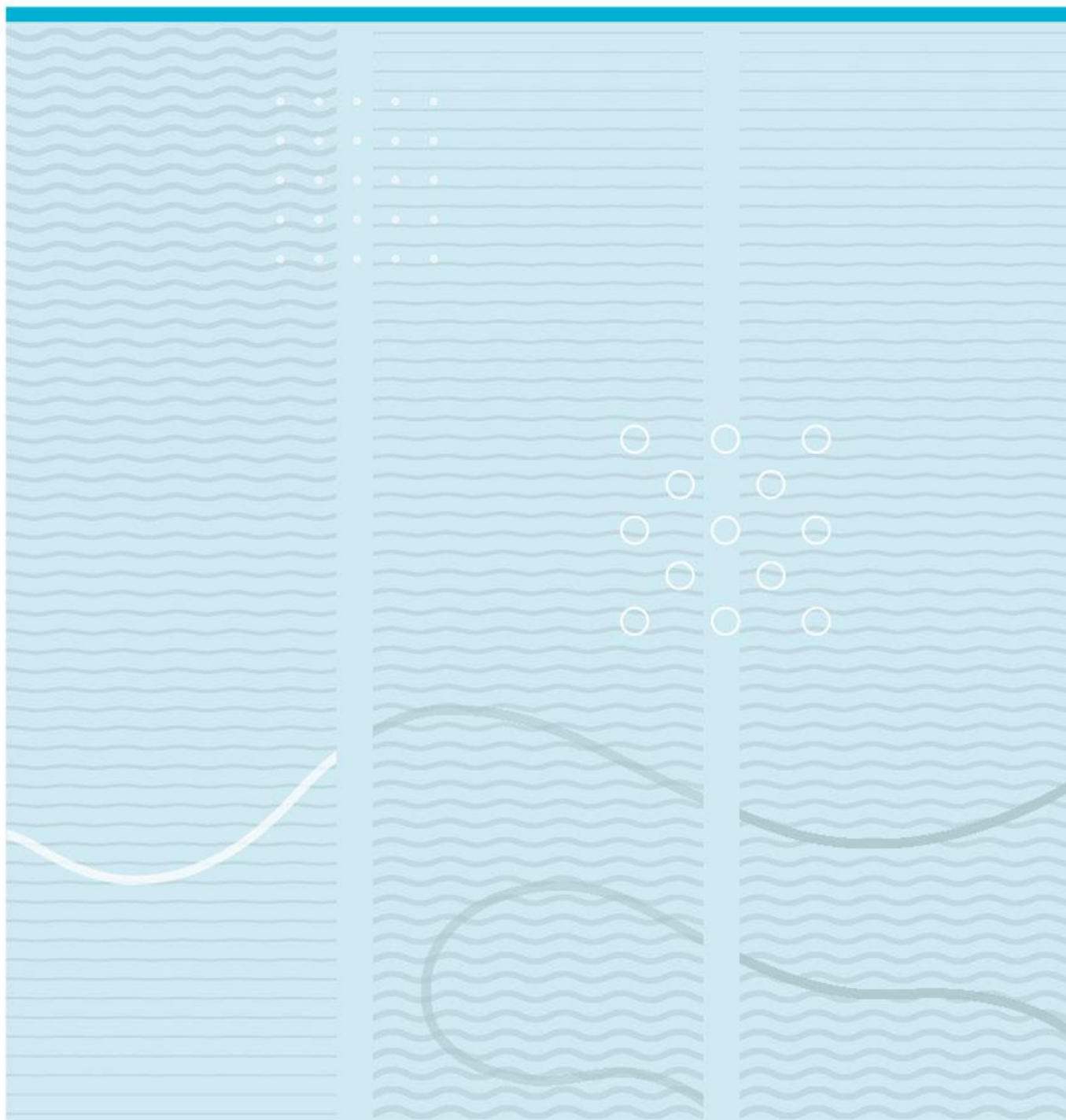


Stine Brandt

Hvilke faktorer påvirker sykepleieres bruk av vurderingsverktøy i kommunehelsetjenesten?

En kvantitativ tverrsnittstudie



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

<http://www.usn.no>

© 2023 Stine Brandt

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Samhandlingsreformen og en stadig eldre befolkning med komplekse helseutfordringer har stilt økte krav til sykepleiere i kommunale hjemmebaserte tjenester. Eldre kan gjerne ha mer uspesifikke symptomer, der akutt funksjonssvikt kan være eneste symptom på sykdom og de kan også oppleve en rask sykdomsutvikling. Dette stiller høye krav til faglighet og effektivitet hos sykepleierne som skal vurdere pasientene. Pasientsikkerhetsprogrammet har derfor anbefalt å bruke vurderingsverktøy for å tidlig oppdage sykdom. Det mest brukte vurderingsverktøyet i Norge er NEWS/NEWS2, som bruker en kombinasjon av pasientens vitale parametere sammenlignet med referanseverdier for å gi relevante responsanbefalinger. Tidligere forskning har beskrevet en rekke barrierer for bruk av slike vurderingsverktøy i inhospital og prehospital sammenheng, herunder manglende kunnskaper, manglende opplæring og oppfølging, begrenset med tid, avdelingskultur, frivillighet rundt rutiner, selvtillitsmangel hos helsepersonellet og manglende forståelse hos leger. Det finnes ikke tilsvarende forskning for den norske kommunehelsetjenesten.

Hensikt: Å generere kunnskap om hvordan sykepleiere i kommunale hjemmebaserte tjenester vurderer pasienter i en akuttmedisinsk situasjon. Dette i form av om de bruker et slags vurderingsverktøy, og i så fall i hvilket omfang, hvordan bruk av vurderingsverktøy er forankret på arbeidsplassen, samt hvilke faktorer som eventuelt påvirker sykepleiernes bruk av slikt verktøy.

Problemstilling: «Hvilke faktorer påvirker sykepleieres bruk av vurderingsverktøy i kommunehelsetjenesten?»

Metode: Studien er gjennomført som en kvantitativ tverrsnittstudie, i form av et nettbasert spørreskjema. Spørreskjemaet ble distribuert til 143 sykepleiere med arbeidssted i hjemmebaserte tjenester, fordelt over fire ulike kommuner i den sørøstre delen av Norge. Totalt besvarte 50 sykepleiere spørreskjemaet, noe som gir en svarprosent på 35%.

Resultat: 98% av sykepleierne angir å bruke vurderingsverktøy, hvorav 28% angir bruk daglig og 54% ukentlig bruk. 84% angir å bruke NEWS/NEWS2, 8% MEWS, 66% ABCDE. 80% angir å ha rutiner for bruk av vurderingsverktøy, og 84% oppgir at arbeidsplassen har fokus på vurderingsverktøy. 46% angir å i svært stor eller stor grad å ha god nok tid til å gjøre vurderinger.

Analyser viser ingen tydelig korrelasjon mellom sykepleiernes angitte hyppighet for bruk av vurderingsverktøy opp mot arbeidserfaring, opplæring, tilgang på «superbruker», tid for siste opplæring eller trening. Det vises heller ingen korrelasjon mot opplevelsen av god nok tid, eller tilgang til utstyr. Det vises en moderat korrelasjon mellom sykepleiernes angitte hyppighet for bruk av verktøy sett mot arbeidsplassens fokus, hvor ofte sykepleierne overstyrer verktøyets responsanbefalinger og mot sykepleiernes opplevelse av at verktøyet gjør dem tryggere i møte med akutt syke pasienter. Deres opplevelse av trygghet korrelerer også i moderat eller sterk grad med en bedret kommunikasjon med AMK og legevakt, hyppighet for overstyring av responsanbefalinger og at verktøyet gir dem bedre beslutningsgrunnlag for kontakt med lege.

Konklusjon: Sykepleiernes bruk av vurderingsverktøy fremstår ikke å henge sammen med tilgang til relevant utstyr, «superbrukere» innen vurderingsverktøy på avdelingen, gjennomført trening eller tid for siste opplæring. Denne studiens respondenter beskriver å bruke vurderingsverktøy i svært stor grad (98%), også uavhengig av avdelingens rutiner. Videre viser studien at svært mange sykepleiere angir å bli tryggere i møte med akutt syke pasienter, opplever bedre kommunikasjon med annet helsepersonell og å få bedre beslutningsgrunnlag for kontakt med lege, ved bruk av vurderingsverktøy i sin pasientvurdering. Grunnet et lavt antall respondenter, og en mulighet for skjevfordeling sammenlignet med den teoretiske populasjonen, kan resultatene likevel beskrives som usikre og det er et stort behov for videre forskning på feltet.

Nøkkelord: Kommunehelsetjeneste, hjemmetjeneste, vurderingsverktøy, pasientvurdering, akuttmedisinsk pasientvurdering, Early Warning Score, NEWS, NEWS2, Samhandlingsreformen

Abstract

Background: The Norwegian Coordination Reform combined with an increasingly older population with complex health challenges has increased the requirements of nurses in homebased municipal health services. Elderly patients can have unspecific symptoms when ill, and acute functional impairment can be the only symptom of illness. They can also experience a rapid disease progression. This imposes high requirements to professional competence and effectivity among the nurses set to assess these patients. The Norwegian Patient Safety Programme has, because of this, made recommendations for the use of assessment tools for early detection of illness. The most used assessment tool in Norway is NEWS/NEWS2, which uses a combination of the patient's vital measurements compared to reference measurements to give relevant response recommendations. Previous research has described several barriers of use for these kinds of assessment tools in an inhospital or prehospital setting. Amongst them a lack of knowledge, training, support, nurses' confidence and time, departmental culture, voluntary routines, and a lack of understanding by physicians. There is no corresponding research for the Norwegian municipal health service.

Objective: To generate knowledge about how nurses in the Norwegian municipal health service assesses their patients in an acute medical situation. By this meaning if the nurses are using some version of an assessment tool, and in case of use, to what extent. Furthermore, how the use of assessment tools is routinised at the workplace, and which factors are possibly influencing the nurses' use of such a tool.

Research question: "Which factors influence nurses' use of assessment tools in the Norwegian municipal health service?"

Method: This study is executed as a cross-sectional quantitative study, based on an online survey. The online survey was distributed to 143 nurses working in homebased municipal health service, working in four different municipalities in the south-eastern part of Norway. A total of 50 nurses answered the online survey, which represents a response rate of 35%.

Results: 98% of the nurses indicates to use assessment tools, of whom 28% reports daily use and 54% reports weekly use.

84% reports using NEWS/NEWS2, 8% MEWS, 66% ABCDE. 80% reports that their workplace has routines for the use of assessment tools, and 84% reports that their workplace has focus on use of these tools. 46% reports in a very large or large extent to have enough time to do assessments of their patients. Analyses show no clear correlation between the nurses' indicated frequency of use against work experience, training, access to a «superuser» or time of last training. Furthermore, there is no clear correlation against their experience of sufficient time to do assessments, or access to relevant tools. There is a moderate correlation between the nurses' indicated frequency of use seen against focus on the workplace, how often the nurses override the tools response recommendations and against the nurses feeling more secure facing acutely ill patients. Their experience of security facing acutely ill patients also correlates in a moderate or strong degree with an improved communication with the Emergency Dispatch Center or local Urgent Care Center, how often they override the recommended responses and that the tool gives them a better decision-making basis for contacting a physician.

Conclusion: The nurses' use of assessment tools does not seem to correlate with their access to relevant equipment, "superusers" on assessment tools at their department, or time since last completed training. The respondents of this study describe using assessment tools to a very large extent (98%), also independent of their department's routines. Furthermore, this study shows that many nurses indicate that their use of assessment tools makes them; feel more secure facing acutely ill patients, experience an improved level of communication with other healthcare professionals and a better decision-making basis for contacting physicians on behalf of their patients. Due to the low number of respondents in this study, combined with the possibility of skewedness compared to the theoretical population, the results may be described as uncertain. There is also a great need for further research on this topic.

Key words: District nurse, homebased care, municipal health services, assessment tool, patient assessment, acute medical patient assessment, Early Warning Score, NEWS, NEWS2, the Norwegian Coordination Reform

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	6
Forord	7
1 Innledning	8
2 Hensikt og problemstilling	11
3 Bakgrunn	12
3.1 Det norske helsevesenet i endring	12
3.2 Kommunal hjemmebasert omsorgstjeneste - hjemmetjeneste.....	13
3.3 Systematisk kartlegging og vurderingsverktøy	14
3.4 Implementering, barrierer og andre faktorer ved vurderingsverktøy	18
3.5 Oppsummering og relevans	20
4 Metode og analyse	24
4.1 Bakgrunn for valg av metode.....	24
4.2 Forforståelse	24
4.3 Utvalg	25
4.4 Rekruttering av respondenter	26
4.5 Utarbeidelse av spørreskjema	28
4.6 Forskningsetiske overveielser	29
4.7 Dataanalyse.....	32
5 Resultater	34
6 Diskusjon	44
7 Konklusjon	52
8 Litteraturliste	55
Vedlegg	59

Forord

Siste hånd legges endelig på verket etter å ha gjennomført et langt studieløp. Da jeg begynte på studiet høsten 2017 hadde jeg aldri trodd at jeg skulle stå her først nå – og underveis har jeg vært usikker på om jeg overhodet skulle komme hit, men jeg er samtidig utrolig glad for at jeg faktisk har nådd helt frem til mållinjen! Gjennomføringen av dette studiet har vært tidvis svært utfordrende og med mange skjær i sjøen, og jeg har mang en gang reflektert over om jeg har hatt nok stå på-vilje til å fullføre. Derfor er jeg så ekstremt takknemlig for alle som har hjulpet meg med å komme meg helt i mål. Dette gjelder særlig min støttende familie som, uten å kunne noe som helst om fagfeltet, har stilt opp som korrekturlesere, sparringpartnere, samtalepartnere og heilagjeng gjennom de ulike emnene jeg har gjennomført og de ulike utfordringene jeg har stått i. Jeg er også svært takknemlig for venner som har holdt ut med at jeg tidvis har vært lite til stede grunnet den evinnelige studiebobla, medstudentene jeg begynte med i 2017 og alle medstudenter jeg har møtt fra senere kull gjennom de ulike emnene, som alle har heiet på meg gjennom det hele – og dermed holdt motet mitt oppe. Jeg må også takke arbeidsplassen min, som har bistått med tilrettelegging så jeg har kunnet gjennomføre studiet. Jeg kan trygt si at jeg har vært avhengig av alle disse menneskene og deres påvirkning for å kunne gjennomføre – og for dem er jeg evig takknemlig!

Jeg vil videre takke min veileder, Elisabeth Holm Hansen, for god veiledning gjennom en krevende prosess med denne avsluttende oppgaven. Jeg vil også takke alle avdelingsledere, fagutviklingssykepleiere og det lokale Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester, som alle bisto i rekrutteringen av respondenter. Ikke minst vil jeg gi et stort takk til alle sykepleiere som brukte av sin knappe tid i sin hektiske hverdag til å delta i studien min – uten dere hadde ikke denne studien blitt til.

Jeg vil til slutt takke alle emneansvarlige, forelesere, veiledere og studierådgiver ved USN, som alle har hjulpet meg med å komme helt i mål, til tross for en noe kronglete vei frem til denne siste oppgaven. Takk for alt dere har lært meg, både om faget og om meg selv!

Drammen, 16.01.23

Stine Brandt

1 Innledning

Samhandlingsreformen har gitt flere konsekvenser for den norske kommunehelsetjenesten. For å forskyve oppgaver og lette på trykket i spesialisthelsetjenesten, skulle flere pasienter få helsehjelp i egen bostedskommune og dette innebærer at kommunen har større ansvar for sine innbyggere med tanke på helsetjenester. Dette ikke bare for behandling, men også for forebygging av sykdom (St.melding nr 47, 2009). Dette stiller økte krav til sykepleierne i den kommunale hjemmetjenesten, som i større grad skal ivareta pasientene i eget hjem. Hovedvekten av pasientene man ivaretar i hjemmetjenesten er eldre, og denne pasientgruppen er en kompleks og sårbar gruppe, men samtidig en svært variert gruppe. Eldre kan gjerne ha mer uspesifikke symptomer enn sine yngre medpasienter med tilsvarende sykdom, og akutt funksjonssvikt kan eksempelvis være eneste symptom på sykdomsutvikling. Dette, kombinert med at eldre kan oppleve en rask sykdomsutvikling, stiller høye krav til faglighet og effektivitet hos sykepleierne som skal vurdere disse pasientene på tidligst mulig tidspunkt ved mistanke om nyoppstått sykdom eller forverring av eksisterende sykdom (Fjørtoft, 2016; Wyller, 2012). Helsedirektoratet satt derfor i gang et pasientsikkerhetsprogram, kalt I Trygge Hender, som skulle forhindre pasientskader. I denne sammenheng har det kommet ut nasjonale anbefalinger om å bruke vurderingsverktøy for å tidligst mulig kunne oppdage sykdomsutvikling (I Trygge Hender 24-7, u.å.).

I dag brukes stort sett varianter av såkalt Early Warning Score-verktøy i det norske helsevesenet, og Steinseide et al. (2022) beskriver at man i all hovedsak bruker NEWS/NEWS2 eller MEWS. Disse verktøyene bidrar til en systematisering og standardisering av pasientvurderingen, slik at det skal være lettere å undersøke, dokumentere og følge opp endringer i pasientenes helsetilstand. Verktøyene bruker en kombinasjon av basale vitale parametere for å forutse risiko for alvorlig sykdom, deriblant respirasjonsfrekvens, systolisk blodtrykk, temperatur, hjerterefrekvens og en vurdering av våkenhetsgrad. Disse parameterne samles og tildeles en skår ut ifra alvorlighetsgrad, og ved korrekt bruk av verktøyet vil man få en totalskår som korresponderer med en fastsatt responsanbefaling. Disse verktøyene er ment å fungere som et supplement heller enn som en erstatning for helsepersonellens kliniske blikk, kunnskap og erfaringer. Dette er spesielt viktig siden lav skår i verktøyet ikke utelukker alvorlig sykdom, som eksempelvis hjerneslag eller andre sykdommer der vitale parametere ikke endres i samme takt som sykdomsutviklingen. (Brangan et al., 2018; Royal College of Physicians, 2017; Williams, 2022).

Et stort aber med disse vurderingsverktøyene i kommunehelsetjenestesammenheng, er at det finnes begrenset med forskning på bruk av disse verktøyene på eldre pasienter utenfor sykehus (Brangan et al., 2018; Steinseide et al., 2022). Andre masterstudier, sammen med Steinseide et al. (2022), viser derfor til et stort og vedvarende behov for ytterligere forskning på bruk av vurderingsverktøy i kommunehelsetjenesten generelt, og for eldre spesielt.

Det finnes eksisterende forskning som peker på en rekke ulike barrierer for bruk av vurderingsverktøy, dette er i all hovedsak studert inhospitalt eller prehospitalt. Av barrierer som har blitt nevnt i denne tidligere forskningen, er hovedlinjene manglende kunnskaper eller ferdigheter, manglende eller for dårlig opplæring og oppfølging i etterkant av opplæring. Videre pekes det på begrenset med tid, manglende gjennomføring av målinger og manglende dokumentasjon, avdelingskultur, frivillighet rundt rutiner, mangel på muligheter for fagutvikling. Det pekes også på selvtilitsmangel hos helsepersonellet og manglende forståelse hos leger ved kontakt (Bing-Jonsson et al., 2016; Brangan et al., 2018; Dalton et al., 2018; Jensen et al., 2019; Ludikhuize et al., 2011, 2012; Spångfors et al., 2020; Saab et al., 2017, 2017; Wood et al., 2019; Wuytack et al., 2017).

Med bakgrunn i dette kan man se for seg at det finnes en rekke potensielle barrierer for bruk av vurderingsverktøy også i Norge, uten at det finnes noen forskning som kan belyse dette. Jeg mener derfor det er viktig å generere mer kunnskap om sykepleiernes bruk av vurderingsverktøy i kommunehelsetjenesten, særlig med tanke på de økte kravene man nå stiller sykepleierne i kommunehelsetjenesten i forbindelse med Samhandlingsreformen og den varslede «Eldrebølgen». Sykepleiernes observasjons- og vurderingsevner settes i dag også jevnlig på prøve, i forbindelse med en stadig eldre befolkning med komplekse sykdomsbilder, og potensiell rask sykdomsutvikling med få symptomer (Wyller, 2012).

Vurdering av akutt syke pasienter, og da gjerne med bruk av vurderingsverktøy, har ligget mitt hjerte nært over lang tid, egentlig helt siden sykepleierutdanningen. Jeg har fra tidligere arbeidserfaring fra kommunehelsetjeneste og hjemmetjenester, der jeg både jobbet pasientnært som sykepleier og hadde ansvar for opplæring i ALERT-systemet, et Rapid Response System (RRS) som inneholdt en variant av vurderingsverktøy. Videre har min karriere ført meg til Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), der jeg daglig snakker med sykepleiere fra kommunehelsetjenesten om pasienter med plager av varierende alvorlighetsgrad.

Samtidig opplever jeg at bruken av vurderingsverktøy varierer i stor grad, og jeg vil derfor gjerne finne ut av hvilke faktorer som påvirker denne variasjonen i håp om å kunne bidra til økt forståelse for hvordan man best skal kunne implementere vurderingsverktøy i det daglige arbeidet og hvordan øke bruksfrekvensen for slike verktøy, samt hvilke implikasjoner bruk av dette kan få for sykepleierne.

Mitt mål med denne studien er at den vil kunne generere kunnskap om sykepleiernes bruk av vurderingsverktøy, og at denne kunnskapen videre kan påvirke prosessen med å ytterligere implementere og deretter vedlikeholde bruken av slike verktøy i kommunehelsetjenesten. Ved økt og regelmessig bruk av vurderingsverktøy vil det kunne være mulig å tidligere oppdage endringer i pasientens tilstand, og dermed kanskje forebygge ytterligere sykdom, sykehusinnleggelse og potensielt fatale utfall.

2 Hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å generere kunnskap om hvordan sykepleiere i kommunale hjemmebaserte tjenester vurderer pasienter i en akuttmedisinsk situasjon. Med dette menes om de bruker et slags vurderingsverktøy eller ikke, i så fall i hvilket omfang, om og hvordan bruk av vurderingsverktøy er forankret på arbeidsplassen, samt hvilke faktorer som eventuelt påvirker sykepleiernes bruk av slikt verktøy.

Fra tidligere er det begrenset med forskning på bruk av vurderingsverktøy generelt, og omfang og barrierer spesielt, i den norske kommunehelsen. All forskning jeg har funnet frem til omhandlende vurderingsverktøy i den norske kommunehelsetjenesten har vært andre masterstudier, der studiene i all hovedsak har tatt for seg sykepleiernes erfaringer med implementering og lignende, i kvalitative studier. Samtlige av disse masterstudiene peker på behovet for mer forskning. Dette understøttes også av Steinseide et al. (2022), som har gjennomført en systematisk kartleggingsoversikt om vurderingsverktøy hos eldre utenfor sykehus. Det finnes videre noe utenlandsk forskning om faktorer som hemmer og fremmer bruk av vurderingsverktøy inhospitalt, men det er usikkert om dette er direkte overførbart til norske forhold, og da spesielt den norske kommunehelsetjenesten.

Jeg har derfor ønsket å studere sykepleiere i den norske kommunehelsetjenesten og deres forhold til vurderingsverktøy. I denne studien vil jeg derfor se nærmere på hvordan sykepleierne vurderer akutt syke pasienter, i hvilken grad de bruker vurderingsverktøy og hvilke faktorer som påvirker deres bruk av slike verktøy. Dette resulterer i følgende problemstilling:

«Hvilke faktorer påvirker sykepleieres bruk av vurderingsverktøy i kommunehelsetjenesten?»

Denne problemstillingen bringer meg videre til følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke arbeidsplassrelaterte faktorer påvirker sykepleiernes bruk av vurderingsverktøy?
- Hvilke implikasjoner får bruk av vurderingsverktøy for sykepleierne?

3 Bakgrunn

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for det teoretiske rammeverket eller bakgrunnen for studien fordelt i tre underkapitler, og til slutt oppsummere det man allerede vet og dets relevans mot fagfeltet og denne studien.

3.1 Det norske helsevesenet i endring

Regjeringen la i 2009 frem stortingsmelding 47, kalt Samhandlingsreformen, som hadde som formål å ruste opp helsevesenet til å møte fremtidens utfordringer, samt forbedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten slik at ressursene utnyttes på best mulig måte inn i en fremtid der befolkningen blir eldre og med mer komplekse sykdomsbilder. Som et ledd i å utnytte ressursene både i primær- og spesialisthelsetjenesten bedre, tok også Stortingsmeldingen for seg behovet for forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten, med fokus på å redusere kronisk utvikling av sykdom samt pasientens mestring med egen sykdom (St.melding nr 47, 2009).

Ett av hovedgrepene i reformen handler om å finne frem til en ny, fremtidig kommunerolle. Denne endringen innebærer at kommunen skal sørge for en mer helhetlig pasientbehandling, der forebygging, tidlig diagnostikk og intervensjon, samt behandling og videre oppfølging i hovedsak kan ivaretas på det laveste og mest effektive nivået. Dette er oppgaver som i store deler var et kommunalt ansvar før reformen, men det var ønskelig at disse oppgavene skulle få økt fokus. Det å få behandling på lavest mulig nivå, her på kommunalt nivå, blir også kalt BEON-prinsippet, Best Effektive Omsorgs Nivå. Herunder skal kommunene tilrettelegge for et tjenestetilbud der man forhindrer eller utsetter utvikling av sykdom, noe som ikke bare vil være nyttig for pasientene, men også i et samfunnsøkonomisk perspektiv (St.melding nr 47, 2009).

Tidligere har helsetjenesten i kommunene særlig hatt fokus på behandling av allerede eksisterende sykdom samt komplikasjoner av disse, fremfor tidlig intervensjon og forebygging av utvikling av kronisk sykdom. Et godt eksempel på et område der kombinert innsats med både tidlig intervensjon og fokus på behandling er viktig, er KOLS. Denne pasientgruppen blir tidlig svært sårbare, og pasienter med KOLS har en overhyppighet av blant annet underernæring, depresjon og behov for bistand i dagliglivet, sammenlignet med sine jevnaldrende uten KOLS, og vil derfor være i behov av tettere oppfølging på generelt plan.

Denne pasientgruppen kan også være utsatt for tidvis hyppig forverring av deres eksisterende grunnsykdom, og ved tidlig oppdagelse og behandling vil man kunne behandle pasienten på et lavere omsorgsnivå (Wyller, 2012). Den nye kommunerollen beskrevet i Samhandlingsreformen vil innebære, basert på BEON-prinsippet, at kommunen skal overta ansvaret for pasienter hjemmehørende i kommunen på et tidligere tidspunkt enn før, og også skal kunne ivareta pasientene som et alternativ til sykehusinnleggelse (St.melding nr 47, 2009). Begge disse endringene vil være svært relevante for det overnevnte eksempelet med pasienter med KOLS, men også for andre pasientgrupper kommunen kan treffe blant egen befolkning.

3.2 Kommunal hjemmebasert omsorgstjeneste - hjemmetjeneste

Kommunal hjemmebasert omsorgstjeneste, heretter kalt hjemmetjeneste, er et kommunalt tilbud til hjemmeboende personer som i varierende grad har behov for helsehjelp i eget hjem. Tilbudet er gjeldende for personer i alle aldersgrupper og med et stort spenn i behovet for helsehjelp, fra det mer begrensede behov til det svært omfattende, og der målet er at personer skal kunne bo hjemme så lenge de ønsker det, og så lenge det er faglig forsvarlig (Fjørtoft, 2016).

Samhandlingsreformen har ikke bare ført til endringer på overordnet kommunalt nivå, men også for de hjemmebaserte tjenestene. Et av målene med Samhandlingsreformen var å flytte helsetjenestene nærmere brukerne sine, og at flere da skulle få helsehjelp i egen bostedskommune. Dette betyr at kommunen nå etter helsereformen i større grad er ansvarlig for helsetjenester til egen befolkning, og for hjemmetjenestene innebærer det blant annet at pasienter i dag skrives ut fra sykehus tidligere enn før samt at pasientene da vil kunne ha mer komplekse behov for helsetjenester når de kommer hjem (St.melding nr 47, 2009). Fjørtoft (2016) beskriver samtidig at det skjer en endring i befolkningens helse, der man nå ser økt forekomst av blant annet KOLS, kreftsykdom, hjerte- og karsykdommer, demens og psykiske lidelser, fremfor tidligere da befolkningen for hundre år siden gjerne døde av infeksjonssykdommer. Pasienter har også flere diagnoser, og dermed mer sammensatte behov. Folkehelseinstituttet (2022) kan også fortelle at befolkningen stadig blir eldre, og at den gjennomsnittlige levealderen øker. Denne kombinasjonen av faktorer legger et økt press på kommunehelsetjenesten som helhet, og det stilles høyere faglige krav til helsepersonellet, samt et krav om effektivitet.

3.3 Systematisk kartlegging og vurderingsverktøy

Samhandlingsreformen, kombinert med en stadig eldre og potensielt multisyk befolkning, har som nevnt blant annet skapt et behov for økt kompetanse i de hjemmebaserte tjenestene for å kunne ivareta disse pasientene i eget hjem. Dette reflekteres også i det norske lovverket, herunder Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §4-1, som beskriver pålegg om å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene og koordinerte tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2022). Lov om Helsepersonell (2022) henviser videre til at helsepersonell «straks skal gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig». For å kunne etterleve denne lovgivningen fullt ut vil helsepersonellet være avhengige av blant annet gode observasjons- og vurderingsevner for å kunne avklare når pasientene er i behov av helsehjelp. For å kunne øke kompetansen i kommunehelsetjenesten i sammenheng med Samhandlingsreformen, satt Helsedirektoratet i verk et pasientsikkerhetsprogram, kalt «I trygge hender 24-7» med formål å redusere pasientskader. Dette programmet har blant annet gitt ut nasjonale anbefalinger om bruk av vurderingsverktøy for tidlig oppdagelse av sykdom, som ett ledd i anbefalingen om at «virksomheten bør ha skriftlige rutiner for systematiske observasjoner av pasienters vitale funksjoner» (I Trygge Hender 24-7, u.å.).

Hovedvekten av pasienter man ivaretar i hjemmetjenesten er eldre. Denne gruppen er, generelt sett, en kompleks og sårbar gruppe når det kommer til akutt sykdom og generell forverring av tilstand, men samtidig også en svært variert gruppe. Eldre kan gjerne ha mer uspesifikke symptomer enn sine yngre medpasienter, der akutt funksjonssvikt kan være det første og eneste tegnet på sykdom, og der symptomene kan presentere seg fra andre organsystemer enn det syke eller fra organsystemer der pasienten har en kronisk lidelse. Dette gjør at å fange opp en sykdomsutvikling kan være faglig krevende for helsepersonellet å oppdage. Dette kombinert med at eldre kan oppleve en rask sykdomsutvikling, innebærer at sykepleiere og annet helsepersonell tidlig må ta gode vurderinger ved endring i tilstand eller mistanke om sykdom (Fjørtoft, 2016; Wyller, 2012).

Det finnes en rekke ulike pasientvurderingsverktøy for bruk i helsevesenet verden over, og særlig kjent og brukt er såkalte Early Warning Score-verktøy (EWS), som er designet for å tidlig identifisere forverring av pasientens tilstand.

Steinseide et al. (2022) har gjennom sin studie funnet totalt 14 ulike EWS-verktøy, der de ulike verktøyene er forholdsvis like med kun mindre variasjoner, og at NEWS/NEWS2 (National Early Warning Score) og MEWS (Modified Early Warning Score) er de mest brukte. Det finnes også varianter som blant annet ivaretar barn (PEWS, Paediatric Early Warning Score) og gravide (flere varianter, blant andre MEOWS, Modified Early Obstetric Warning Score). Ved disse variantene er parameterne noe annerledes for å fange opp tegn som er mer relevante for den enkelte målgruppe av pasienter. Med bakgrunn i at hovedvekten av pasienter tilhørende kommunale hjemmebaserte tjenester er eldre, vil verktøyer anpasset voksne og eldre være fokuset videre i dette kapittelet.

Disse Early Warning Score-verktøyene er som nevnt designet for å hjelpe helsepersonell med tidlig oppdagelse av forverring i tilstand ved at helsepersonellet gjennomfører enkle vitale målinger. Felles for verktøyene er at de består av observasjon av vitale parametere, herunder blant annet respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk og temperatur.

Verktøyene bidrar til en systematisering og standardisering av pasientvurderingen, slik at det blir enklere å kunne oppdage og sammenligne endringer i tillegg til å koble observasjonene sammen med passende respons. Verktøyene kan også bidra til en lettere informasjonsutveksling mellom helsepersonell, når man snakker samme språk ved beskrivelse av pasientvurderingene. Samtidig er det viktig å huske på at disse verktøyene kommer i tillegg til, og ikke som en erstatning for, helsepersonellens kliniske blikk og vurderinger. (Brangan et al., 2018; Royal College of Physicians, 2017; Williams, 2022).

For å kunne tydeligere beskrive et eksempel på et vurderingsverktøy, vil jeg nå ta for meg verktøyet NEWS2, som er mye brukt i både primær- og spesialisthelsetjenesten i dag og som er anbefalt av Helsedirektoratet via Pasientsikkerhetsprogrammet (I Trygge Hender 24-7, u.å.). Dette systemet ble først utviklet av leger ved det britiske Royal College of Physicians i 2012, under navnet NEWS, og har siden blitt revidert i 2017 til det vi i dag kjenner som NEWS2. Formålet med NEWS og senere NEWS2 var å lage ett enkelt verktøy i en verden av mange ulike verktøy, og der man kunne bruke måling av vitale parametere for å tidlig identifisere akutt sykdom eller forverring av tilstand. Verktøyet er designet for å kunne vurdere alvorlighetsgrad og passende respons på en skala basert på pasientens vitale parametere sammenlignet med referanseverdier (Royal College of Physicians, 2017).

Dette, og tilsvarende verktøy, er utformet på en slik måte at man ikke har behov for blodprøver, andre tester eller avansert utstyr for å kunne bruke det og vil derfor være enkelt å bruke i mange ulike situasjoner (Williams, 2022).

Ved bruk av NEWS2 gjennomfører helsepersonellet måling av pasientens vitale parametere, og verktøyet ber om informasjon om respirasjonsfrekvens, oksygensaturasjon, eventuell bruk av oksygentilførsel, systolisk blodtrykk, hjertefrekvens, en vurdering av våkenhetsgrad og temperatur. Hver parameter blir så sammenlignet mot en fastsatt referanseverdi, før den enkelte av pasientens parameter tildeles en skår fra 0 til 3 avhengig av alvorlighetsgrad og avvik fra referanseverdien (figur 1). Ved skår 0 anses parameteren som innenfor referanseverdi og dermed som en normalverdi, og skår 3 er det største og mest alvorlige avviket fra normalverdien (Royal College of Physicians, 2017).

NATIONAL EARLY WARNING SCORE2 (NEWS2)							
FYSIOLOGISKE PARAMETRE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (per minutt)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO ₂ Skala 2* (%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 på luft	93-94 på oksygen	95-96 på oksygen	≥ 97 på oksygen
Luft eller oksygen?		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Puls (per minutt)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Bevissthetsnivå**				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	

Ved mistanke om infeksjon og NEWS2 ≥ 5, vurder umiddelbart om pasienten kan ha sepsis og i så fall igangsett sepsisbehandling.

* SpO₂ Skala 2 skal kun brukes på pasienter med kjent hyperkapnisk respirasjonssvikt med mål om SpO₂ mellom 88 - 92 %, verifisert ved blodgassanalyse. Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes. Ved alle andre tilfeller skal Skala 1 benyttes.

** Bevissthetsnivå:
A = Alert (våken)
C = New confusion (nyoppstått forvirring)
V = Voice (reagerer på tiltale)
P = Pain (reagerer ved smertestimulering)
U = Unresponsive (reagerer ikke på tale eller smertestimulering)

Denne versjonen er oversatt etter Royal College of Physicians 2017.

Figur 3-1; National Early Warning Score på norsk (I Trygge Hender 24-7, u.å.)


Hvis man for eksempel måler en respirasjonsfrekvens på 23 vil man i figur 1 se at dette gir en skår på 2. Det er viktig her å være observant for det faktum at disse referanseverdiene ikke nødvendigvis samstemmer med pasientens habituelle vitale målinger, da verktøyet ikke tar hensyn til individuelle forskjeller som sykdom og lignende (Brangan et al., 2018).

Når alle parametere er målt og sammenlignet med referanseverdiene oppgitt i verktøyet, sammenstiller man skår for alle parametere og får da en totalskår, en såkalt NEWS-skår. Denne totalskåren brukes da til å vurdere passende respons og grad av hast for aktuell respons, ved å sammenstille skåren mot del to av verktøyet. Del to av verktøyet er formet som en skala, der totalskåren kobles sammen med anbefalinger om respons og overvåkningsfrekvens, samt risiko for død på sykehus, se figur 3-2 (Royal College of Physicians, 2017). Det må bemerkes at responsanbefalingene beskrevet i figur 3-2 ikke er direkte tilpasset kommunehelsetjenesten.

TILTAK ETTER NEWS-SKÅR			
NEWS SKÅR	OVERVÅKNINGSFREKVENNS	KLINISK RESPONS*	FARE FOR SYKEHUSMORTALITET
0	Minimum hver 12. time	• Følg rutine for NEWS-overvåking	Lav
Totalt 1-4	Minimum hver 4-6. time	• Informer ansvarlig sykepleier, som må vurdere pasienten • Ansvarlig sykepleier tar stilling til økt overvåkningsfrekvens og/eller om det kreves kliniske tiltak	Lav
Skår 3 i ett parameter	Minst én gang per time	• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege, som vurderer og tar stilling til om det er behov for ytterligere behandlingstiltak	Lav-middels
Totalt 5 eller høyere Grenseverdi for rask respons	Minimum 1 gang i timen	• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege • Ansvarlig sykepleier tilkaller ytterligere hjelp fra medisinsk faglig personell • Ansvarlig lege tar stilling til behandlingsnivå	Middels
Totalt 7 eller høyere Øyeblikkelig respons	Kontinuerlig overvåking av vitale funksjoner	• Ansvarlig sykepleier skal umiddelbart kontakte ansvarlig lege og medisinsk faglig personell • Øyeblikkelig respons fra akuttmedisinsk team, med kompetanse på akutt kritisk syke pasienter og sikring av frie luftveier • Ta stilling til overflytting til høyere overvåkningsnivå • Videre behandling på riktig behandlingsnivå med kontinuerlig overvåking	Høy

OBS. En lav score utelukker ikke alvorlig sykdom. NEWS er et supplerende hjelpemiddel for å bedømme vitale funksjoner hos voksne pasienter og må alltid brukes i kombinasjon med helsepersonellens kompetanse og kliniske skjønn.

* Kolonnen KLINISK RESPONS kan tilpasses hver enkelt virksomhet i samarbeid med medisinsk ansvarlig. Ved gjenbruk av NEWS2 må det ikke endres i fysiologiske parameter, overvåkningsfrekvens og fargekoder.


 © Royal College of Physicians 2017

Figur 3-2: Respons samt risikovurdering, oversatt til norsk og tilpasset sykehus (I Trygge Hender 24-7, u.å.)

Det er videre viktig å påpeke at dette verktøyet ikke utelukker alvorlig sykdom selv om det kan være en god indikator. Dette med tanke på eksempelvis hjerneslag og andre tilstander der vitale parametere ikke nødvendigvis endres i takt med alvorligheten av sykdommen. Verktøyet vil derfor aldri kunne erstatte sykepleierens kliniske blikk, kunnskap og erfaringer (Williams, 2022). Det er avslutningsvis også relevant å bemerke seg at det finnes begrenset med forskning på disse vurderingsverktøyene i sammenheng med eldre pasienter utenfor sykehus (Brangan et al., 2018; Steinseide et al., 2022).

3.4 Implementering, barrierer og andre faktorer ved vurderingsverktøy

Det har vist seg utfordrende å finne gode data om implementeringen og bruken av vurderingsverktøy fra norske forhold. Ved litteratursøk har jeg som tidligere nevnt kun kommet over kvalitative studier gjennomført av andre masterstudenter, og disse har i all hovedsak fokusert på sykepleiernes erfaringer med implementeringen og erfaringer med bruken av vurderingsverktøy. Dette understøttes også av Steinseide et al. (2022) som påpeker at det, til tross for norske nasjonale råd om bruk, finnes lite forskning som beskriver bruk av vurderingsverktøy i den typiske kommunehelsesammenheng i Norge. Med den typiske kommunehelsesettingen menes spesielt hjemmetjenester og sykehjem. Det påpekes også at det er begrenset forskning omkring bruk av slike verktøy spesifikt hos eldre pasienter utenfor sykehus, som er hovedpasientgruppen for hjemmetjenestene i de norske kommunene. Den eksisterende forskningen stammer i all hovedsak fra inhospital og prehospital sammenheng (Brangan et al., 2018; Steinseide et al., 2022). Dette vil også reflekteres i dette kapitlet.

Dalton et al. (2018) stiller spørsmål omkring sykepleiernes kunnskaper vedrørende bruk av vurderingsverktøy og om sykepleierne innehar tilstrekkelig kunnskap til å gjennomføre målinger, tolke målingene de gjør og til å forstå endringene som kan oppstå. Det pekes da på behov for opplæring og trening for å kunne øke sykepleiernes kompetanse, for å kunne fullt dra nytte av vurderingsverktøy som NEWS. At dette også kan gjelde for norsk helsepersonell understøttes av Bing-Jonsson et al. (2016), som beskriver at det eksisterer et kompetansegap mellom norske myndighetenes forventninger til kompetanse, og den eksisterende kompetansen i den norske kommunehelsetjenesten. Denne studien har riktignok ikke sett på bruk av vurderingsverktøy spesielt, men kunnskapsnivå og kompetanse generelt, og påpeker at det er variasjoner i kompetansen til sykepleierne i kommunehelsetjenesten vedrørende kartlegging, måling av vitale parametere og observasjon. Studien viser videre til at manglende muligheter for fagutvikling er en av de større årsakene til dette kompetansegapet.

Kunnskap kan videre være en viktig barriere med tanke på den praktiske bruken av vurderingsverktøy, da det kreves nøyaktig opptak av samtlige parametere, riktig kalkulering av skår samt riktig bruk av responsanbefalingene i verktøyet. Ludikhuize et al., (2012) viser til at kun 23% av casene de studerte inkluderte respirasjonsfrekvens, og at det generelt manglet målinger, uten at studien peker på noen klar årsak til dette.

Manglende vitale parametere vil som regel gi feil skår på eksempelvis NEWS2. En feilkalkulering vil eksempelvis kunne både føre til forsinket videre helsehjelp, men også en overtriagering der pasienten opptar helseressurser unødig (Downey et al., 2017; Wuytack et al., 2017).

Samtidig som det pekes på manglende kunnskaper, kan andre studier vise til at sykepleiere som har gjennomført opplæring i og bruker vurderingsverktøy i sitt arbeid opplever en økning i både kunnskap og selvtillit i møte med syke. De opplevde også en forbedret kommunikasjon med annet helsepersonell vedrørende deres pasientvurderinger (Jensen et al., 2019; Lee et al., 2020; Saab et al., 2017). I motsatt fall viser Wood et al. (2019) at selvtillit også kan være en barriere i seg selv, kombinert med tidligere erfaringer med bruk, om man skulle være så uheldig at man har negative erfaringer med bruk, eksempelvis ved behov for å kommunisere med annet helsepersonell.

Ludikhuize et al. (2011) har gjennom sin studie sett at fastholdelse til rutinene om bruk av EWS-system er lav ett år etter gjennomført opplæring, og peker på at videre studier bør studere nye implementeringsmetoder for økt bruk. Det er derfor interessant at Spångfors et al. (2020) kan vise til at 70% av sykepleierne i deres studie ikke bare brukte vurderingsverktøyet NEWS, men også fulgte monitorerings- og responsanbefalingene. Det fremkommer ikke hva slags opplæring eller lignende sykepleierne i denne studien har fått, ei heller et konkret tall for antall sykepleiere som bruker verktøyet.

Ludikhuize et al. (2011) peker videre på flere barrierer ut over selve opplæringen, der arbeidsplassen ikke har pålagt sykepleierne bruk av EWS gjennom rutiner, men at det er en mer frivillig fremgangsmåte. Det beskrives også at sykepleierne ble påvirket av en laber respons fra legene tilknyttet avdelingen. Den labre responsen fra legene skyldtes blant annet legenes manglende kjennskap til rutiner for EWS og den kliniske betydningen av forverring av EWS-skår, noe som også understøttes av andre studier (Brangan et al., 2018; Jensen et al., 2019; Spångfors et al., 2020). Jensen et al. (2019) og Spångfors et al. (2020) beskriver samtidig at sykepleierne i deres studier opplevde å bli hørt ved bruk av EWS hvis de fokuserte på parameterne fremfor skåren de representerte og at leger var mer lydhøre ved korrekt bruk av vurderingsverktøyet med de tilhørende responsanbefalingene.

Spångfors' studie kan videre vise til en sammenheng mellom lengden på sykepleiernes arbeidserfaring og denne opplevelsen av å få bedre respons fra legene ved bruk av vurderingsverktøy, der jo kortere arbeidserfaring, jo hyppigere beskrev sykepleierne at de ble hørt av legene når de hadde brukt NEWS. Til tross for variasjonen basert på arbeidserfaring, viser tallene fra studien at 45% av sykepleierne med mer enn ti års erfaring også opplevde bedre respons fra legene etter bruk av NEWS. Dette kan beskrives som interessante tall da samme studie beskriver at 1 av 3 sykepleiere med lang arbeidserfaring beskrev at NEWS kun genererte merarbeid i arbeidshverdagen, og at 1 av 4 opplevde at NEWS-skår ikke understøttet deres intuisjon for ustabile pasienter. Spångfors et al. beskriver derfor en annen bekymringsverdig barriere der de erfarne sykepleierne kan påvirke blant andre sykepleierstudenter i praksis i en negativ retning med tanke på bruk av vurderingsverktøy. Med dette beskrives det å eksistere et behov for å ikke bare få legene med i bruk av NEWS, men også de aller mest erfarne sykepleierne.

I en dansk studie fra sykehussammenheng beskrives mangel på tid og ressursknapphet som to av hovedbarrierene ved bruk av vurderingsverktøy, der en hektisk arbeidshverdag ikke tillot like hyppig oppfølging som anbefalingene tilsa. Sykepleierne valgte da gjerne å fokusere monitoreringen til høyrisikopasientene, og at dokumentasjon av monitorering bortfalt da dette ble ansett å være en rent byråkratisk oppgave (Petersen et al., 2017). Dette understøttes også av andre studier, der både tidsaspektet og avdelingskulturen pekes på som faktorer som kan virke som barrierer for bruk (Jensen et al., 2019; Spångfors et al., 2020).

Med henblikk på det overnevnte så kan man ikke utelukke at flere av disse faktorene, som har påvirket implementeringen og fungert som barrierer for bruk av vurderingsverktøy i utland og i sykehussammenheng, også kan ha potensiale for å påvirke sykepleiere i det kommunale norske helsevesenet.

3.5 Oppsummering og relevans

Samhandlingsreformens inntog i Norge har fått flere konsekvenser for kommunehelsetjenesten. For å forskyve oppgaver og lette på trykket i spesialisthelsetjenesten, skulle flere pasienter få helsehjelp i egen bostedskommune. Dette innebærer at kommunen har større ansvar for sine innbyggere med tanke på helsetjenester, både for behandling, men også for forebygging av sykdom (St.melding nr 47, 2009).

Dette stiller økte krav til sykepleierne i den kommunale hjemmetjenesten, som i større grad skal ivareta pasientene i eget hjem. Hovedvekten av pasientene man ivaretar i hjemmetjenesten er eldre, og denne pasientgruppen er en kompleks og sårbar gruppe, men også en svært variert gruppe. Eldre kan gjerne ha mer uspesifikke symptomer enn sine yngre medpasienter, og akutt funksjonssvikt kan eksempelvis være eneste symptom på sykdom. Dette, kombinert med at eldre kan oppleve en rask sykdomsutvikling, stiller høye krav faglighet og effektivitet hos sykepleierne som skal vurdere disse pasientene på tidligst mulig tidspunkt ved mistanke om nyoppstått sykdom eller forverring av eksisterende sykdom (Fjørtoft, 2016; Wyller, 2012).

Med bakgrunn i Samhandlingsreformen har Helsedirektoratet igangsatt et pasientsikkerhetsprogram som skal forhindre pasientskader, og dette programmet har gitt ut nasjonale anbefalinger om bruk av vurderingsverktøy for tidlig oppdagelse av sykdom (I Trygge Hender 24-7, u.å.). I all hovedsak brukes det en type verktøy for vurdering av pasienter i Norge, og dette er varianter av såkalt Early Warning Score. Steinseide et al. (2022) beskriver at det norske helsevesenet i all hovedsak bruker NEWS/NEWS2 eller MEWS, som begge er varianter av Early Warning Score. Disse verktøyene bidrar til en systematisering og standardisering av pasientvurderingen, og bruker en kombinasjon av basale vitale parametere for å forutse risiko for alvorlig sykdom. Disse parameterne tildeles en skår ut ifra alvorlighetsgrad, og ved korrekt bruk av verktøyet vil man få en totalskår som korresponderer med en anbefaling for respons. Disse verktøyene skal fungere som et supplement heller enn som en erstatning for helsepersonellens kliniske blikk, kunnskap og erfaringer, og dette er spesielt viktig siden lav skår i verktøyet allikevel ikke utelukker alvorlig sykdom, som eksempelvis hjerneslag (Brangan et al., 2018; Royal College of Physicians, 2017; Williams, 2022). Et aber med disse vurderingsverktøyene i kommunehelsetjenestesammenheng, er at det finnes begrenset med forskning på bruk av disse verktøyene på eldre pasienter utenfor sykehus (Brangan et al., 2018; Steinseide et al., 2022).

Det har ikke lyktes meg å finne norske studier som har undersøkt implementeringen av vurderingsverktøy, barrierer for bruk og omfang av bruk i kommunehelsetjenesten. Det jeg har funnet, er andre kvalitative masterstudier som har fokusert på blant annet sykepleiernes erfaringer med vurderingsverktøy og disse, samt Steinseide et al. (2022), viser til et stort og vedvarende behov for ytterligere forskning på bruk av vurderingsverktøy i kommunehelsetjenesten generelt, og for eldre spesielt.

Av barrierer som har blitt nevnt i tidligere forskning, er manglende kunnskaper, manglende opplæring og oppfølging, begrenset med tid, avdelingskultur, frivillighet rundt rutiner, selvtillitsmangel hos helsepersonellet og manglende forståelse hos leger nevnt.

Dalton et al. (2018) beskriver manglende kunnskaper for gjennomføring og tolkning av målinger, samt forståelse av endringene som kan oppstå, og det pekes på behov for økt opplæring og trening for kompetanseheving i forbindelse med vurderingsverktøy. Ludikhuize et al., (2012) beskriver manglende gjennomføring og dokumentasjon av vitale parametere som en utfordring, og Downey et al. (2017 og Wuytack et al. (2017) beskriver at manglende parametere vil gi feil skåring ved bruk av vurderingsverktøy. Dette kan dermed gi konsekvenser både i form av både forsinket behandling, men også en unødig bruk av helseressurser. Bing-Jonsson et al. (2016) understøtter kunnskapsutfordringene ved å beskrive at det eksisterer et kompetansegap mellom norske myndighetenes forventninger til kompetanse, og den eksisterende kompetansen i den norske kommunehelsetjenesten, og det pekes på manglende muligheter for fagutvikling.

Wood et al. (2019) beskriver manglende selvtillit som en barriere, der terskelen for å bruke verktøyet og å søke bistand hos lege kan være utfordrende, og selve dialogen med lege beskrives også som utfordrende av en rekke andre studier (Brangan et al., 2018; Jensen et al., 2019; Spångfors et al., 2020). Samtidig beskrives en lydhørhet hos legene når sykepleierne fokuserte på de målte parameterne og responsanbefalingene fremfor selve skåren, og særlig sykepleiere med kortere arbeidserfaring opplevde å bli hørt i større grad ved bruk av NEWS i forkant av kontakt (Jensen et al., 2019; Spångfors et al., 2020). Spångfors et al. (2020) beskriver samtidig en annen bekymringsverdig barriere, der en stor andel av de mer erfarne sykepleierne opplever at bruk av vurderingsverktøy kun medfører merarbeid. Dette kan igjen smitte over på eksempelvis studenter og nyutdannede, og slik igjen begrense bruken av slike verktøy. Spångfors et al. (2020) anbefaler derfor innsats mot både erfarne sykepleiere og leger for å øke bruken av vurderingsverktøy.

I motsetningen til studien til Wood et al. (2019) som beskriver selvtillit som en barriere, kan andre studier vise til at opplæring i og bruk av vurderingsverktøy øker sykepleiernes selvtillit til egne vurderinger, og i tillegg øker kunnskapsnivået til sykepleierne. Det blir også beskrevet en forbedret kommunikasjon med annet helsepersonell etter gjennomføring av opplæring (Jensen et al., 2019; Lee et al., 2020; Saab et al., 2017).

Med andre ord finnes en rekke potensielle barrierer for bruk av vurderingsverktøy også i Norge, og jeg har valgt å studere dette nærmere for å undersøke om det finnes fellesnevner som påvirker sykepleiernes bruk av vurderingsverktøy. Dette mener jeg er viktig å generere mer kunnskap om, da kravene til sykepleiernes observasjons- og vurderingsevne vil øke også i årene fremover. Dette med bakgrunn i en stadig eldre befolkning med komplekse sykdomsbilder, og potensiell rask sykdomsutvikling med få symptomer. Denne studien vil derfor kunne være et viktig ledd i å forbedre prosessen med å implementere vurderingsverktøy og vedlikeholde bruken av verktøyene i kommunehelsetjenesten. Ved økt og regelmessig bruk av vurderingsverktøy vil det kunne være mulig å tidligere oppdage endringer i pasientens tilstand, og dermed kanskje forebygge ytterligere sykdom, sykehusinnleggelse og potensielt fatale utfall.

4 Metode og analyse

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for studiens metode, prosessen med innhenting av data, studiens utvalg, dataanalyser og forskningsetiske vurderinger som er blitt gjort.

4.1 Bakgrunn for valg av metode

Studien er gjennomført som en kvantitativ tverrsnittstudie i form av en nettbasert spørreundersøkelse. Jeg har valgt denne metoden for å få et innblikk i på hvilken måte utvalget av sykepleiere vurderer pasienter i en akuttmedisinsk situasjon, herunder om de bruker vurderingsverktøy – og i så fall hvilket, om de får opplæring og opplever fokus på dette i arbeidshverdagen, samt om sykepleierne opplever at bruken av vurderingsverktøy øker deres trygghet i egen vurdering og bedre samarbeid med andre deler av helsevesenet. Jeg ønsket med dette å forsøke å identifisere gjentakende faktorer som påvirker sykepleiernes bruk av vurderingsverktøy.

En tverrsnittstudie er en studie der data er samlet inn fra ett enkelt tidspunkt for respondentene – i denne sammenheng et «øyeblikksbilde» for respondentenes erfaringer. Denne studietypen er hensiktsmessig ved tidsbegrensede studier, som eksempelvis denne oppgaven. Ulempen med en slik studie er at det kan være vanskelig å se årsakssammenhenger grunnet den begrensede informasjonen i et slikt øyeblikksbilde (Johannessen, 2016).

4.2 Forforståelse

Før jeg satt i gang med arbeidet var det viktig for meg å undersøke min egen forforståelse av temaet, og å reflektere over hvordan min bakgrunn, erfaringer og kunnskap kunne påvirke meg i dette arbeidet. Fra tidligere har jeg flere års erfaring fra kommunehelsetjenesten og hjemmetjenester, og hadde i den perioden ansvar for opplæring i bruk av blant annet vurderingsverktøy. Den gang besto opplæringen også av en variant av Early Warning Score, mitt nåværende arbeid inkluderer en annen variant av Early Warning Score, og jeg har dermed inngående kjennskap til slike verktøy.

Jeg anså det å erkjenne egen forforståelse som viktig for å unngå å la tidligere erfaringer og kunnskap påvirke både utformingen av spørreskjemaet og ved analyse av de ulike dataene.

Med tanke på spørreskjemaet var jeg særlig bevisst ordlyden i de ulike spørsmålene, for å unngå i størst mulig grad at respondentene skulle få noen hint om hvilken retning jeg ønsket at de skulle svare. Dette anses spesielt viktig i kvalitativ forskning, men er også være gjeldende i kvantitativ forskning. Derfor jobbet jeg tett med veileder for å komme frem til de mest nøytrale formuleringene til de ulike spørsmålene samt nøytrale tydeliggjørende tilleggsopplysninger til enkelte spørsmål. Jeg ser til tross for dette at det finnes et potensiale for å lede respondentene til å svare i enkelte retninger

Med tanke på dataanalyser ønsket jeg å være bevisst på at man kan se etter data som bekrefter egen forforståelse eller egne tanker om temaet, og da stå i fare for å overse data som motsier egen forforståelse. Jeg har derfor etter beste evne forsøkt å legge vekk tanker og forventninger til analyseresultatene for å unngå å overse relevante resultater.

4.3 Utvalg

Utvalget besto ved studiens oppstart av sykepleiere i kommunal hjemmebasert tjeneste i tre kommuner i den sørøstre delen av Norge. Utvelgelsen av de tre kommunene har foregått ved stratifisert utvelgelse, der kommunene i ett fylke ble delt inn i tre grupper etter folketall. Etter dette ble det trukket en folketallmessig stor, en mellomstor og en liten kommune i dette fylket (SSB, 2020). Den stratifiserte utvelgelsen, og deretter enkel tilfeldig trekning blant gruppene, ble gjennomført for å oppnå et så reelt sannsynlighetsutvalg som mulig, der målet var at utvalget skulle være representativt for populasjonen av sykepleiere i kommunal hjemmebasert tjeneste. Da denne gruppen sykepleiere er svært tallrik både på lokalt og nasjonalt nivå, vil et reelt representativt utvalg være svært utfordrende å oppnå innenfor rammene av en slik oppgave.

Med bakgrunn i noe begrenset respons fra respondenter etter gjentatte purringer på kontaktpersonene i de ulike områdene og kommunene, besluttet jeg i samråd med min veileder å inkludere ytterligere en kommune av mellomstor størrelse i håp om å innhente ytterligere flere svar. Totalt ble da en folketallmessig stor, to mellomstore og en liten kommune invitert og inkludert i datagrunnlaget.

Det ble utarbeidet noen svært basale kriterier for inklusjon og eksklusjon, og kriteriene ble som følger:

Inklusjonskriterier:

- - Yrkestittel sykepleier, spesialsykepleier, avansert klinisk sykepleier eller lignende.
- - Sykepleierne jobber pasientrettet i kommunale hjemmebaserte tjenester.

Eksklusjonskriterier:

- - Andre yrkestitler, eksempelvis helsefagarbeidere eller assistenter.
- - Jobb utenfor pleie, eksempelvis avdelingsledere uten pasientkontakt.

Årsaken til de enkle inklusjons- og eksklusjonskriteriene var å få et størst mulig utvalg av sykepleiere i pasientnært arbeid i hjemmetjenesten. Jeg skulle gjerne gjennomført en studie der fokuset utelukkende inkluderte avanserte kliniske allmennsykepleiere (AKS) /avanserte geriatriske sykepleiere (AGS) eller lignende, men dessverre lot ikke dette seg gjennomføre. Dette med bakgrunn i at denne gruppen fremdeles er forholdsvis lavt representert i kommunehelsetjenesten. Jeg hadde derfor heller et mål om å kunne sammenligne svarene fra AKS med sykepleiere med grunnutdanning eller andre videreutdanninger om antall svar fra de aktuelle gruppene tillot dette.

4.4 Rekruttering av respondenter

Rekruttering av respondenter til denne studien har vært en sammensatt prosess. Jeg startet opp rekrutteringsarbeidet ved å kontakte den lokale avdelingen av Utviklingssenter for Sykehjem og Hjemmetjenester (USHT), som er en nasjonal satsning for kompetanseheving i kommunehelsetjenesten og med sentere over hele landet. Jeg valgte å starte med å kontakte disse da de jobber med utvikling av kunnskapsbasert praksis opp mot kommunene i det enkelte område, og beskrives derfor å ha nettverk og fora for både ledere og andre ansatte. Det lokale USHT hjalp meg med å komme i kontakt med fagrådgivere og avdelingsledere i den ene kommunen jeg søkte. Jeg fikk samtidig opplyst kontaktinformasjon til de to andre kommunene jeg i utgangspunktet hadde trukket, men her oppnådde jeg ingen kontakt til tross for gjentatte forsøk. Jeg valgte derfor å trekke to nye kommuner fra oversikten over kommuner med tilsvarende folketallmessig størrelse innenfor det samme fylket. I de to nye kommunene kom jeg i kontakt med avdelingsledere og fagrådgivere takket være de respektive kommunenes nettsider, der kontaktopplysninger til avdelingslederne ble oppgitt på nettsidene om de kommunale hjemmetjenestene.

Hele prosessen med rekruttering var en svært tidkrevende prosess, med mange eposter og varierende respons også innad i de tre kommunene som ble inkludert i første omgang.

Mot slutten av datainnsamlingsperioden var antallet respondenter noe lavere enn ønsket, og i samråd med veileder ble det som tidligere nevnt besluttet å inkludere ytterligere en kommune. Denne kommunen ble trukket innenfor samme rammer som de tre foregående kommunene, herunder basert på folketallmessig størrelse.

Hele denne prosessen resulterte i at 143 sykepleiere fra kommunal hjemmebasert tjeneste (heretter kalt sykepleiere/sykepleierne) ble invitert til å delta, fordelt på ulike områder i de fire utvalgte kommunene. Dessverre var det ikke mulig å invitere samtlige sykepleiere i to av de utvalgte kommunene, dette med bakgrunn i at det har vært utfordrende å få kontakt med alle avdelingene i kommunene til tross for gjentatte forsøk. I disse to kommunene er hjemmebaserte tjenester fordelt over store geografiske områder, og derfor fordelt i ulike avdelinger der hver enkelt avdeling har egne ledere. I den tredje og fjerde kommunen lyktes jeg å invitere alle sykepleiere, takket være at den ene kommunen kun hadde en avdeling for hjemmetjenester, og den andre kommunens avdelinger for hjemmetjenester hadde felles ledelse. Av hensyn til den begrensede tidsperioden for rekruttering samt innleveringsfrister, valgte jeg å fokusere på avdelingslederne jeg fikk kontakt med etter forespørsel samt purring per epost, og telefonisk kontakt der slik kontaktinformasjon var tilgjengelig.

Rekruttering av sykepleierne foregikk via de enkelte avdelingslederne, i form av at avdelingsleder i sin helhet videresendte en ferdig utformet invitasjon per e-post til sykepleiere ansatt ved avdelingen. Denne invitasjonen inneholdt en beskrivelse av prosjektet, og det var vedlagt et informasjonsskriv samt direktelenke til spørreskjemaet og kontaktinformasjon til både student og veileder. Se invitasjon i vedlegg 2. Jeg hadde i utgangspunktet et ønske om å kontakte sykepleierne direkte, både for nærhet til respondentene og for å kunne sende ut påminnelse til de som ikke hadde svart heller enn å måtte purre på alle på den enkelte arbeidsplass. Dette lot seg dessverre ikke gjøre da avdelingslederne jeg var i kontakt med var samstemte i å ikke utlevere e-post-adresser til sine ansatte av personvern hensyn.

Hovedvekten av sykepleiere ble invitert i februar-mars 2022, mens den siste kommunens sykepleiere ble inkludert i august 2022. Årsaken til variasjon i tid var som at den siste kommunen, som tidligere nevnt, ble lagt til grunnet noe lav responsrate fra de tre opprinnelige kommunene utvalget bestod av. Den lave responsraten ble i første omgang noe bedre etter purring til avdelingslederne, som kunne bekrefte at purringene også ble sendt videre ut til sykepleierne, men dessverre ble ikke responsraten så høy som ønsket til tross for dette.

Av hensyn til oppgavens tidsramme besluttet jeg i samråd med veileder å stenge av spørreskjemaet og avslutte videre rekruttering og purring i september 2022, til tross for et lavere antall respondenter enn målet ved oppstart av datainnsamlingen. Det opprinnelige målet jeg hadde sett for meg var ca. 100 respondenter, for å være sikker på å ha et godt nok datagrunnlag for gode analyser.

4.5 Utarbeidelse av spørreskjema

Jeg gjennomførte flere litteratursøk med formål å finne eksisterende, validerte spørreskjemaer som dekket lignende fagområder, uten å lykkes med dette. Spørreskjemaet er derfor bygget opp fra bunnen av ved stor hjelp av min veileder. Dette var en tidkrevende prosess, der egen forforståelse måtte legges vekk og spørsmål med nøytral ordlyd måtte utformes. Veileder og jeg gjennomførte derfor flere runder for å spisse spørsmålene slik at det ikke skulle være tvil om hva som menes med de ulike, og at ordlyd var så nøytral som mulig.

Spørreskjemaet ble etter utvikling testet som en mindre pilot med respondenter tilsvarende utvalget til studien. Disse pilot-testerne gjennomgikk og svarte på spørreskjemaet på nett slik respondentene i studien ville gjort, og kunne derfor både se på ordlyd og oppsett. Etter testing ble det ikke gjennomført noen endringer, da tilbakemeldingene tilsa at spørreskjemaet var lett å bruke, spørsmålene og eventuell tilleggsinformasjon ved spørsmålene var enkle å forstå. Det var videre lett å forstå sammenhengen i de ulike spørsmålene. Det fremkom heller ingen tilbakemeldinger om at spørsmålene gav pilot-respondentene noe informasjon om hvilke svar man ønsket at man skulle svare på de ulike spørsmålene. Sykepleierne som hjalp med pilotering, fikk teste spørsmålene i et test-skjema hos Nettskjema identisk til det brukt i studien. Årsaken til at piloten ble gjennomført i et eget testskjema, var at svarene ikke skulle kunne blandes med andre respondenters svar hvis det var nødvendig å gjøre endringer i spørsmålene eller spørsmålenes formuleringer.

Sykepleierne var ikke ansatt i kommunene utvalget besto av, og svarene på testskjemaet er derfor ikke inkludert i resultatene til tross for at spørreskjemaet ikke ble endret etter pilot.

Det endelige spørreskjemaet er delt i fire deler. Første del av skjemaet omhandler demografiske data, og inkluderer kjønn, alder, arbeidserfaring og utdanning. Del to omhandler opplæring i bruk av vurderingsverktøy, hvilke verktøy de bruker og om de gjennomfører eller har gjennomført trening på arbeidsplassen. Videre spørres respondentene om deres opplevelse av arbeidsplassens fokus på vurderingsverktøy, tilgang på undersøkelsesutstyr samt i hvilke situasjoner sykepleierne bruker vurderingsverktøy i sin praksis. I del tre spørres det om sykepleiernes erfaringer med vurderingsverktøyet samt vurderingsverktøyenes påvirkning på kommunikasjon med annet helsepersonell. Del fire inneholder påstander om tilfredshet på arbeidsplassen, faglig trygghet og fagutvikling på arbeidsplassen, der sykepleierne svarer på hvor enig de er i hver enkelt påstand. Se full oversikt over spørsmål og svaralternativer i vedlegg 3 (7 sider).

4.6 Forskningsetiske overveielser

Dette underkapittelet omhandler de forskningsetiske overveielsene underveis i prosessen, herunder personvern hensyn under utforming av spørreskjema og gjennomføring av datainnsamling, samt lagring og bruk av data.

Personvern

Ved utforming av spørreskjema har jeg måttet ha stort fokus på personvern, både for å ivareta respondentenes anonymitet, men også for å gjøre belastningen ved å delta minst mulig for respondentene. Jeg ønsket å utforme et spørreskjema der enkeltpersoner ikke kunne bli identifisert basert på svarene, og jeg har derfor unnlatt å innhente personlig informasjon ut over alder, kjønn, arbeidserfaring i antall år og utdanning. Spørsmål om alder, arbeidserfaring og stillingsprosent ble satt opp slik at respondenten kunne svare med fritekst, og ved gjennomgang av dataene etter innsamling ble disse variablene grovkategorisert i kohorter. Dataene blir også presentert i kohortform i resultatkapittelet.

Da jeg startet arbeidet med utforming av spørreskjemaet hadde jeg i utgangspunktet også et ønske om å innhente informasjon om respondentenes arbeidskommune, dette for å kunne gjøre analyser for å sammenligne resultatene fra de ulike arbeidsstedene.

Jeg valgte allikevel å utelate dette spørsmålet, med bakgrunn i at mange kommuner i Norge er små og med få sykepleiere ansatt, og ved innhenting av denne informasjonen ville identifiseringen av respondentene kunne forenkles drastisk ved at man sammenstilte arbeidskommune sammen med de andre variablene. Viktigheten av dette ble spesielt tydelig etter trekking av deltakerkommuner, der det var ansatt svært få sykepleiere, totalt <10 sykepleiere, i den ene kommunen. Ulempen ved å avstå fra å innhente opplysninger om respondentenes arbeidskommune var at jeg ikke kunne gjennomføre analyser for å undersøke om variablene korrelerte på et overordnet nivå per kommune. Samtidig anså jeg at ulempen for meg var svært mye mindre enn ulempen for respondentene ville vært ved innhenting av denne informasjonen, da de kunne risikere identifisering på bakgrunn av kombinasjonen av arbeidskommune sett sammen med de andre variablene. Det var derfor viktig for meg å utelate dette spørsmålet av hensyn til respondentenes personvern og potensiell belastning ved deltakelse.

Spørreundersøkelsens utforming, med innhenting av enkelte personidentifiserende variabler, gjør at personopplysningsloven stiller krav om samtykke (Personopplysningsloven, 2022). Det ble utarbeidet et informasjonsskriv, og her ble det derfor opplyst at en det å svare på spørreskjemaet tilsa at respondenten samtykket til deltakelse. Informasjonsskrivet ble utformet ved hjelp av en mal for informasjonsskriv fra Norsk Senter for Forskningsdata. Skrivet informerer respondentene om hensikt for studien, hvem som er ansvarlige for studien og dets datainnsamling med medfølgende kontaktinformasjon samt årsak til at den aktuelle respondenten ble invitert. Videre inneholdt skrivet informasjon om at det var frivillig å delta i studien, og hvordan studien ivaretar respondentenes personvern. Se informasjonsskrivet i vedlegg 4 (2 sider).

Datasikkerhet

Dataene ble innhentet via nettstedet Nettskjema, tilknyttet Universitetet i Oslo. Dette nettstedet sørget for fortløpende og sikker lagring av opplysningene som ble innhentet underveis i datainnsamlingen. Spørreundersøkelsen ble satt opp med innstillinger for å innhente minst mulig personidentifiserende data, herunder var det ingen påkrevd pålogging eller registrering av mailadresse ved deltakelse. Hver enkelt respondent ble kun registrert med et nummer samt tidspunkt for innlevering, slik at respondentene kunne identifiseres hvis de hadde et ønske om å trekke tilbake samtykket til å delta.

Jeg anser det videre for umulig for meg eller andre å spore tilbake den enkelte respondent med kun dette nummeret og tidspunktet, ei heller ved å kombinere dette med svarene i spørreskjemaet slik det er designet, med mindre respondenten selv oppgir nummer og/eller tidspunkt for innlevering.

På bakgrunn av at det skulle samles og lagres data via spørreskjema var prosjektet meldepliktig til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Det ble derfor sendt inn et meldeskjema til NSD 10.12.21. Prosjektet fikk tildelt prosjektnummer: 808792. Svar fra NSD forelå 16.12.21, der det bekreftes at behandlingen av data kan starte. Se kvittering for meldeskjema i vedlegg 5.

Underveis i arbeidet med denne oppgaven ble det klart at første målsetting for innlevering av oppgaven ikke lot seg gjøre, og jeg valgte derfor å endre sluttdato i søknadsskjemaet til NSD. Ny søknad ble sendt inn 13.09.22, og svar forelå 10.10.22 da behandlingen var gjennomført og endringene ble godkjent. Se vedlegg 6 for den oppdaterte kvitteringen.

Det ble også laget en datahåndteringsplan via NSD sine nettsider for å kunne planlegge hvordan dataene skulle håndteres på best mulig måte opp mot datasikkerhet og aktuelt nivå for personvern. Denne planen ble sendt inn 09.12.21.

Jeg valgte på bakgrunn av datahåndteringsplanen og Universitetet i Sørøst-Norges anbefalinger og retningslinjer for lagring av data i forbindelse med studentarbeid, å beholde informasjonen i Nettskjema helt til jeg var klar for gjennomføring av analysene. Etter dette ble dataene overført til og lagret i passordbeskyttet og kryptert form på en privat datamaskin. I tillegg har datamaskinen som har blitt brukt for analysering av dataene vært passordbeskyttet og utilgjengelig for uvedkommende til enhver tid. Videre har datamaskinen brukt til analysene flere andre sikkerhetsforanstaltninger, deriblant installert antivirus og brannmur, samt en aktiv skjermbeskytter med passordbeskyttelse slik at datamaskinen låste seg om jeg var fraværende i mer enn 5 minutter. Alle disse faktorene er gjennomført som anbefalt i Universitetet i Sørøst-Norges retningslinjer for lagring av data i studentprosjekter. Dataene er videre planlagt slettet fra både datamaskin og Nettskjema etter slutføring av prosjektet.

4.7 Dataanalyse

Rådataene fra Nettskjema ble først lagt over i Microsoft Excel for Mac, versjon 16.68, for å gjennomgå dataene, kode de ulike variablene, fjerne ufullstendige svar og sette fritekstsvarene i samme format. Det sistnevnte ble gjort i form av at ord og tegn som «år» og «%» ble fjernet for arbeidserfaring og stillingsprosent, slik at det skulle være mulig å gjennomføre analyser uten feilmeldinger. Alle spørsmål i spørreskjemaet ble designet som obligatoriske da spørreskjemaet ble satt opp, slik at respondentene måtte svare på samtlige spørsmål for å kunne levere sin besvarelse. Dette sørget for at jeg ikke hadde frafall av enkeltvariabler i datasettet, og derfor kunne beholde alle svar ved forberedelse til analyse.

Dataene ble videre overført til SPSS Statistics versjon 28.00, der dataene ble gjennomgått, variabler ble beskrevet og tillagt egne verdier ut ifra svaralternativer i spørreskjemaet. All analyse ble deretter gjennomført i SPSS.

De sosiodemografiske bakgrunnsvariablene ble analysert ved hjelp av deskriptive frekvensanalyser for å kunne beskrive nettutvalget. Enkelte av de sosiodemografiske variablene ble innhentet som fritekstsvaer, og ved analyse ble disse variablene grovsortert og sammenstilt i kohorter. Dette blant annet med bakgrunn i personvern hensyn, men også for lettere å kunne gjennomføre analyser av de ulike gruppene. Under sees de aktuelle variablene, satt sammen med kohortene de ble fordelt i:

- Alder, sammenstilt til: <25 år, 26-30 år, 31-39 år, 40-49 år, 50-59 år og >60 år.
- Antall års erfaring som sykepleier, sammenstilt til: <5 år, 6-10 år, 11-20 år og >20 år.
- Stillingsprosent, sammenstilt til: 100%, 90-99%, 80-89%, 70-79%, 60-69%, 50-59% og <50%.

Enkelte andre spørsmål i spørreskjemaet var også åpne og tillot fritekstsvaer, da i form av utdypning der respondenten ønsket å svare annet enn de oppsatte svaralternativene i det foregående spørsmålet. Disse fritekstsvarene ble lagt inn i SPSS som «string-variabler», og deretter gjennomgått med en enkel innholdsanalyse. Dataene fra disse variablene var svært begrenset og hadde liten betydning for den totale sammenhengen i denne oppgaven. Dataene blir derfor til en viss grad reflektert i de deskriptive analysene, men ellers tillagt lite vekt i oppgaven som helhet.

Det ble gjennomført krysstabeller og bivariate analyser for å studere korrelasjon og statistisk signifikans. I denne studien er signifikansnivået (P-verdien) satt til 0.05, noe som betyr at fem prosents sannsynlighet for trekke feil konklusjon er akseptert ved analyse og som er et vanlig signifikansnivå (Johannessen, 2016). Styrkeberegningen mellom de ulike variablene ble satt etter følgende tabell:

Korrelasjonskoeffisiens	Styrkebeskrivelse
>0.8	Svært sterk korrelasjon
0.5-0.8	Sterk korrelasjon
0.3-0.5	Moderat korrelasjon
<0.3	Svak korrelasjon

Tabell 4-1: Korrelasjonsbeskrivelse (Chan, 2003)

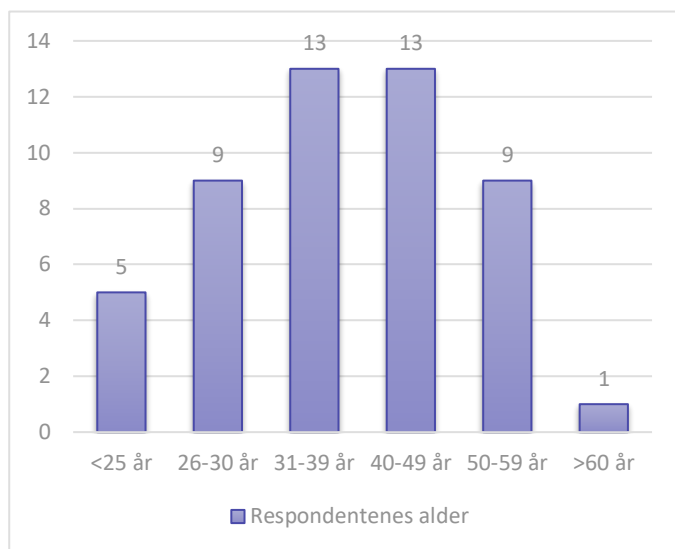
Ved gjennomføring av analyser ble det tydelig for meg at antallet respondenter gjorde det noe utfordrende å få gjennomført visse analysene på en god måte, deriblant analyser opp mot sykepleiernes utdanningsnivå der antallet sykepleiere med eksempelvis AKS-utdanning var svært lavt. Jeg valgte derfor å ha hovedfokus på korrelasjonsanalyser ved hjelp av Pearsons R, i tillegg til de overnevnte frekvensanalysene. Det var også viktig for meg å være observant for andre utfordringer med det lave antallet respondenter, og Kleven (2013) problematiserer et lavt antall svar og henviser til begrepet effektstørrelse. Dette innebærer at man ved ren tilfeldighet kan få resultater som kan se statistisk sterke ut ved et lite utvalg. Det innebærer at statistisk signifikans ikke nødvendigvis er det samme som praktisk signifikans på grunn av det lave utvalget, noe jeg har vært bevisst på ved tolkning av resultatene.

Denne studien har, på grunn av dets design som tverrsnittstudie, begrensede mulighet for å vurdere årsakssammenheng ved å analysere dataene. Dette bunner ut i at man, for å kunne påvise en sammenheng ut over samvariasjon, har behov for å samle inn data fra flere ulike tidspunkter og å ha tatt høyde for alternative forklaringer, i tillegg til å påvise statistisk sammenheng. I resultatkapittelet vil jeg derfor kun vise til statistisk sammenheng i form av samvariasjon/korrelasjon. Videre vil jeg anse at studien har lav ekstern validitet grunnet det begrensede utvalget. Dette innebærer at funnene ikke uten videre kan generaliseres og relateres til andre kontekster ut over det studerte utvalget, med mindre man gjennomfører større studier som kan vise til samme resultater (Johannessen, 2016).

5 Resultater

Bakgrunnsvariabler

Totalt svarte 50 respondenter på spørreskjemaet. Bruttoutvalget var 143, som gir en total svarprosent på 35%.

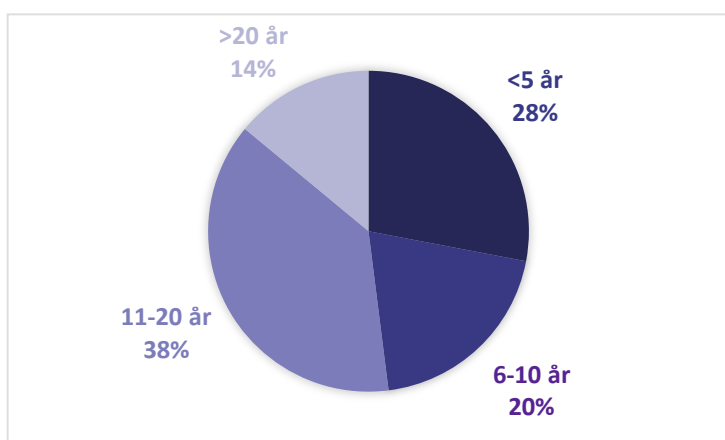


Figur 5-1: Respondentenes alder, i kohorter

88% (44) av respondentene var kvinner, 12% (6) var menn. Av figur 5-1 kan man se fordeling av respondentene med tanke på alder. Medianalderen for respondentene var 39 år (SD = 10.7).

Variabelen utdanning fordelte respondentene slik; 68% (34) av respondentene hadde gjennomført grunnutdanning, 8% (4) utdanning for avansert klinisk allmennsykepleie, 6% (3) utdanning for kreftsykepleie og 18% (9) anga å ha gjennomført annen videreutdanning. Under annen videreutdanning ble det blant annet nevnt utdanning innenfor geriatrisk vurderingskompetanse, barnesykepleie, demens og palliasjon.

78 % av respondentene hadde en stillingsprosent på 100%, og den laveste stillingsprosenten blant respondentene var 40%. 92% av respondentene hadde 80% eller høyere stillingsprosent, og median stillingsprosent var 94.5 % (SD = 12.29).



Figur 5-2: Respondentenes arbeidserfaring, i kohorter

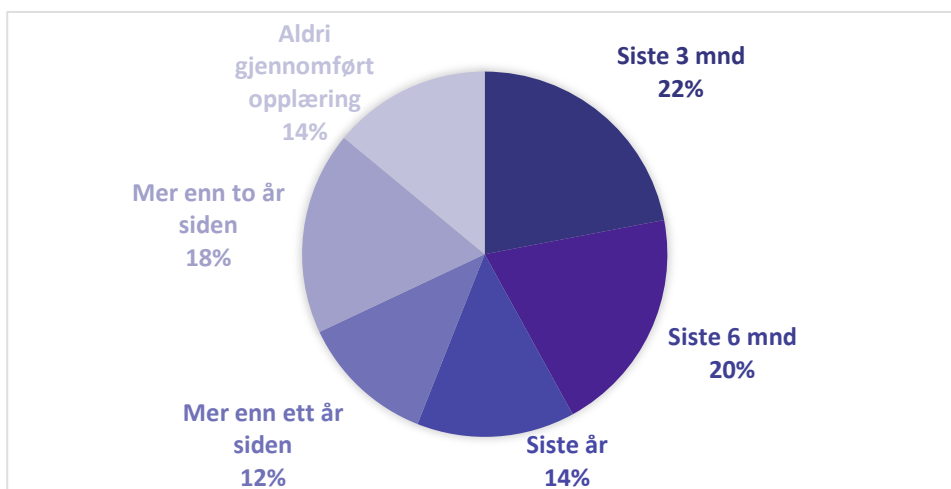
Videre ble respondentene spurt om å angi hvor lang arbeidserfaring de har opparbeidet seg som sykepleiere. Dette vises i figur 5-2. Median arbeidserfaring for respondentene var 11 år, med en variasjonsbredde på 32 år (SD = 7.99).

Bruk av vurderingsverktøy

På spørsmål om man bruker vurderingsverktøy i sin arbeidshverdag, uavhengig av bruksfrekvens, så svarer 98% (49) ja. Bruksfrekvens varierer stort blant de som sier de bruker slike verktøy, der 10% (5) angir å bruke et vurderingsverktøy flere ganger om dagen, 18% (9) oppgir daglig bruk, 54% (27) oppgir ukentlig bruk, 14% (7) månedlig bruk og 2% (1) angir å bruke vurderingsverktøy sjeldnere enn dette.

Av resultatene kan man lese at det brukes flere ulike vurderingsverktøy. 84% (42) angir å bruke NEWS eller NEWS2, 8% (4) angir å bruke MEWS, 66% (33) angir å bruke ABCDE og 8% (4) angir å kun bruke ABCDE. En respondent angir også bruk av annet verktøy, og i sitt fritekstsvaret vedkommende notert verktøyet VAS (Visuell Analog Skala, til bruk for smertevurdering).

Totalt angir 86% av respondentene at de har gjennomgått opplæring i bruk av vurderingsverktøy. På spørsmål om når opplæring ble gjennomført, svarer 22% at de har gjennomgått opplæringen i løpet av de siste tre månedene. Se figur 5-3.



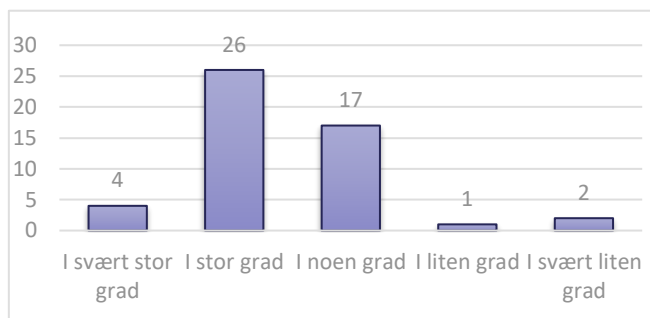
Figur 5-3: Tidspunkt for siste gjennomførte opplæring i vurderingsverktøy

80% (40) angir at deres arbeidsplass har rutiner for bruk av vurderingsverktøy, 14% (7) angir at arbeidsplassen ikke har rutiner for dette, og de resterende 6% (3) er usikre på om arbeidsplassen har slike rutiner.

84% (42) oppgir at de opplever at deres arbeidsplass har fokus på bruk av vurderingsverktøy, 14% (7) opplever at arbeidsplassen ikke har fokus på dette og 2% (1) angir å ikke vite.

Fokus på arbeidsplassen blir i spørreskjemaet beskrevet som «at tematikken løftes i personalmøter, kurs, fagdager, ved plakater på arbeidsplassen eller lignende».

Respondentenes opplevelse av fokus på arbeidsplassen reflekteres delvis i at 62% (31) angir at de har en «superbruker» eller instruktør for vurderingsverktøy på sin arbeidsplass. 20% (10) angir å ikke ha en slik person tilgjengelig på arbeidsplassen, og 18% (9) angir å ikke vite om de har en slik person tilgjengelig.

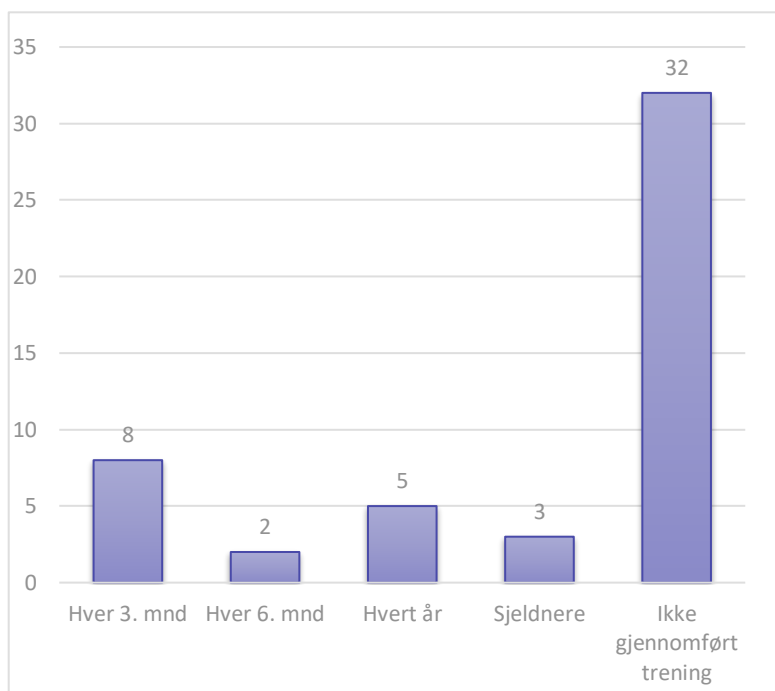


Det ble også spurt, på generelt grunnlag, om respondentene opplevde at arbeidsplassen deres hadde fokus på fagutvikling, og svarene beskrives i figur 5-4.

Figur 5-4: Respondentenes opplevelse av generelt fokus på fagutvikling på egen arbeidsplass

På spørsmål om det gjennomføres trening i bruk av vurderingsverktøy på arbeidsplassen svarer 36% (18) at det gjennomføres trening,

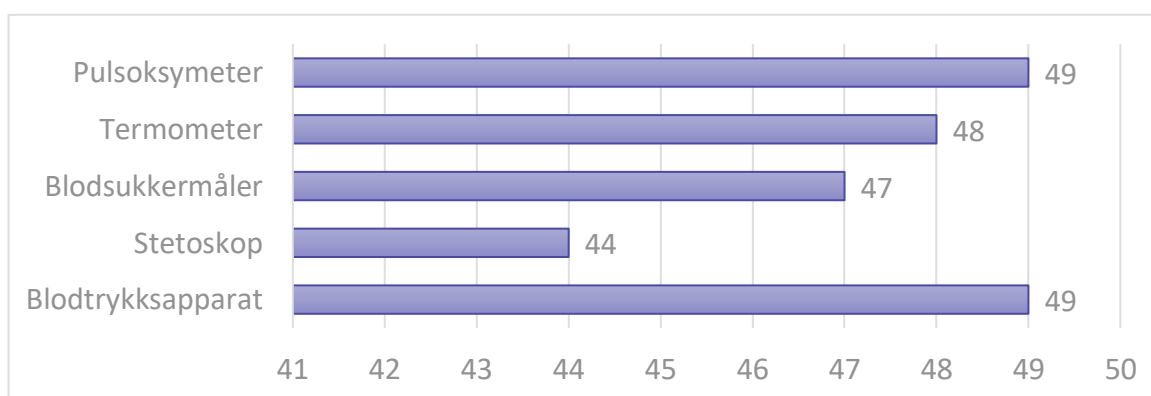
54% (27) at det ikke gjennomføres trening og 10% (5) er usikre på om det gjennomføres trening. Se figur 5-5 for angitt hyppighet i slik trening.



Figur 5-5: Frekvens for trening i bruk av vurderingsverktøy

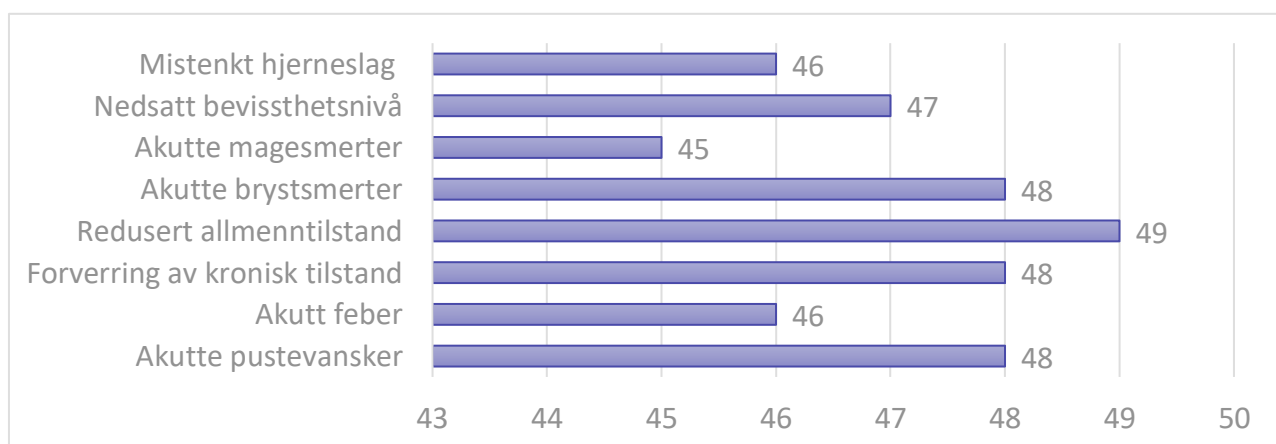
Respondentene svarte videre på om de har med seg et slags støtteverktøy, som oppgir de ulike parameterne ved vurderingsverktøyet og eventuelt de ulike responsgradene. Her svarte 58% (29) at de alltid har med seg slik støtte i papirform, 20% (10) i app-form, 4% (2) søker opp parameterne ved behov, 6% (3) tar kun med seg et slikt støtteverktøy når de vet at de vil trenge det og 6% (3) angir å aldri ha med seg en slik støtte. 6% (3) angir å kunne parameterne til vurderingsverktøyet utenat.

For å kunne bruke de fleste vurderingsverktøy er man i behov av ulikt utstyr, og respondentene ble derfor spurt om de generelt hadde med seg utstyr i hverdagen. 90% svarer at de alltid har med seg utstyr, 8% (4) angir å av og til ha med seg utstyr og 2% (1) har ikke med seg utstyr. 84% (42) oppgir å ha tilgang på det de opplever som tilstrekkelig med utstyr, 2% (1) oppgir at de ikke hadde tilgang på nok utstyr og 14% (7) at det varierte hvorvidt de hadde tilgang til dette. Det ble videre spurt om hva slags utstyr respondentene hadde med seg, og spørreskjemaet listet opp en rekke utstyr i tillegg til mulighet for fritekstsvar. Figur 5-6 beskriver hvor mange respondenter som angir at de hadde med seg det enkelte utstyret. En respondent anga å ha med seg annet utstyr enn det som var listet opp, og i sitt fritekstsvar anga vedkommende å ha med seg en personvekt.



Figur 5-6: Respondentenes beskrivelse av tilgjengelig utstyr, oppgitt som antall av $n = 50$

Da det finnes mange ulike situasjoner der man kan tenkes å bruke vurderingsverktøy, ble respondentene spurt om de tenker at de ville brukt vurderingsverktøy ved en rekke hypotetiske problemstillinger. Se figur 5-7.



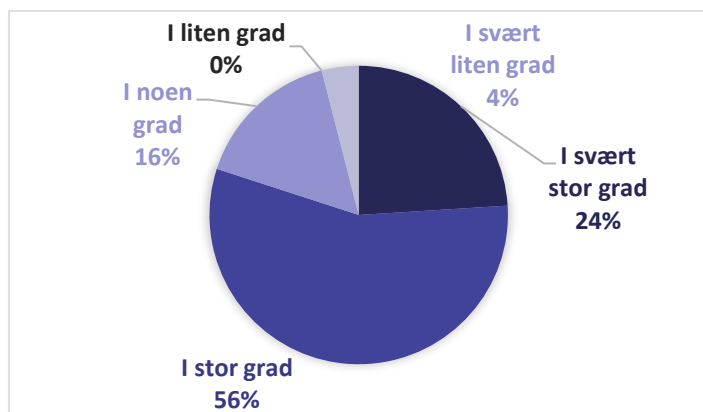
Figur 5-7: Tilstander der respondenter anser at de ville brukt vurderingsverktøy for pasientvurdering, oppgitt som antall av $n = 50$

To respondenter oppgir, i tillegg til alternativene i figur 5-7, fritekstsvar. Der beskriver de at de ville brukt vurderingsverktøy ved mistanke om akutt funksjonssvikt, avvik fra habituell tilstand og ved regelmessige kontroller.

Med bakgrunn i at det finnes så mange ulike situasjoner der respondentene kunne tenke seg å bruke vurderingsverktøy, ble de også spurt om de opplevde å ha god nok tid til å gjøre gode vurderinger i møte med akutt syke pasienter. Her svarer 12% (6) at de i svært stor grad opplever å ha god nok tid, 34% (17) i stor grad og 48% (24) i noen grad. 2% (1) angir å i liten grad å ha god nok tid, og 4% (2) angir å i svært liten grad å ha god nok tid.

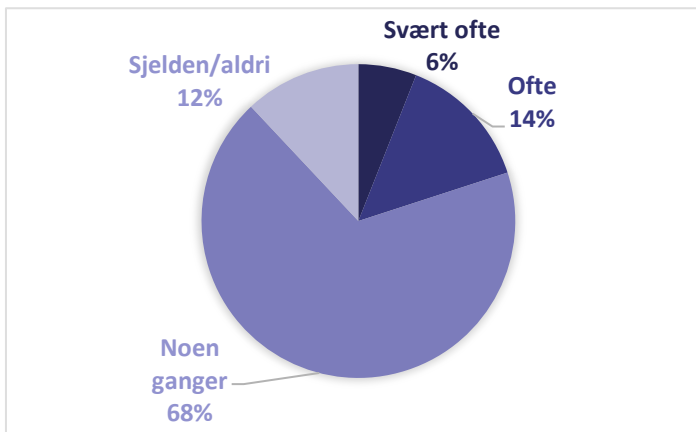
Sykepleiernes erfaringer

Videre ble respondentene bedt om å svare på hvordan de opplevde at bruk av vurderingsverktøy påvirket deres faglige trygghet og hvordan bruk av verktøyet påvirket samhandling med andre instanser.



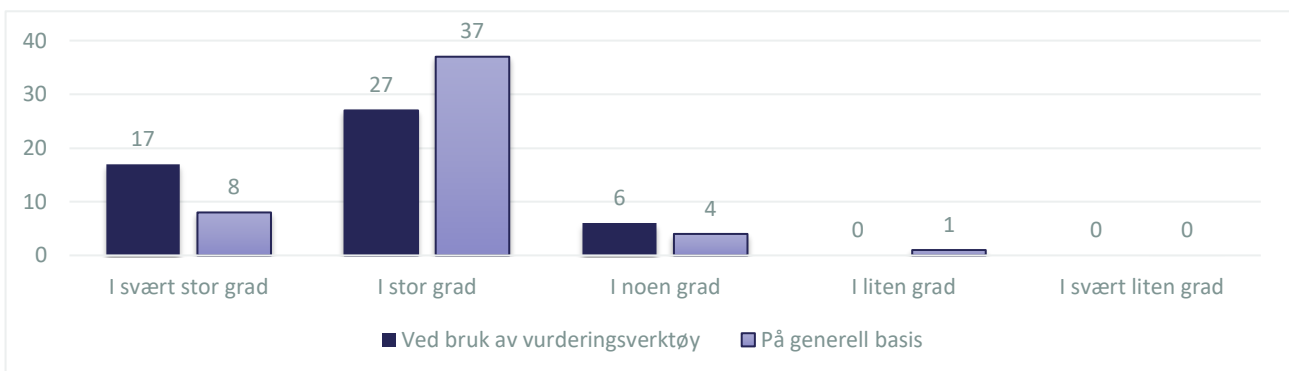
Figur 5-8: I hvor stor grad respondentene opplever at vurderingsverktøyet bistår beslutningsprosessen om å kontakte lege

Flere av vurderingsverktøyene i bruk i det norske helsevesenet i dag har en tilhørende anbefaling for respons, herunder når man skal ta kontakt med lege. Respondentene ble derfor bedt om å svare på om de opplevde at vurderingsverktøyet bistod dem i beslutningsprosessen omkring det å kontakte lege for pasientens tilstand. Se figur 5-8.

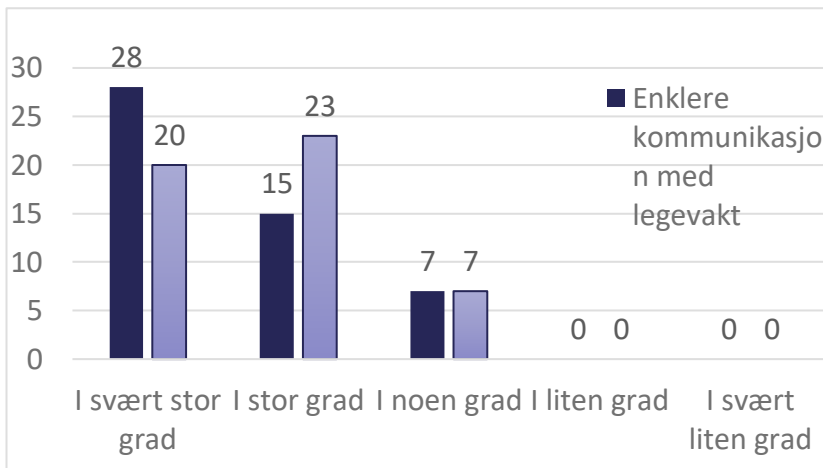


Figur 5-9: Hvor hyppig respondentene oppgir at de velger å overstyre vurderingsverktøyets anbefalinger for respons

Respondentene ble også bedt om å svare på hvor ofte de velger å overstyre anbefalingene verktøyet tilbyr. Se figur 5-9. Respondentene ble deretter bedt om å angi om de opplever at bruken av vurderingsverktøy bidrar til at de opplever økt faglig trygghet i møte med akutt syke pasienter, og også om de alt i alt og på generell basis opplever faglig trygghet i møte med akutt syke pasienter. Dette beskrives i figur 5-10.

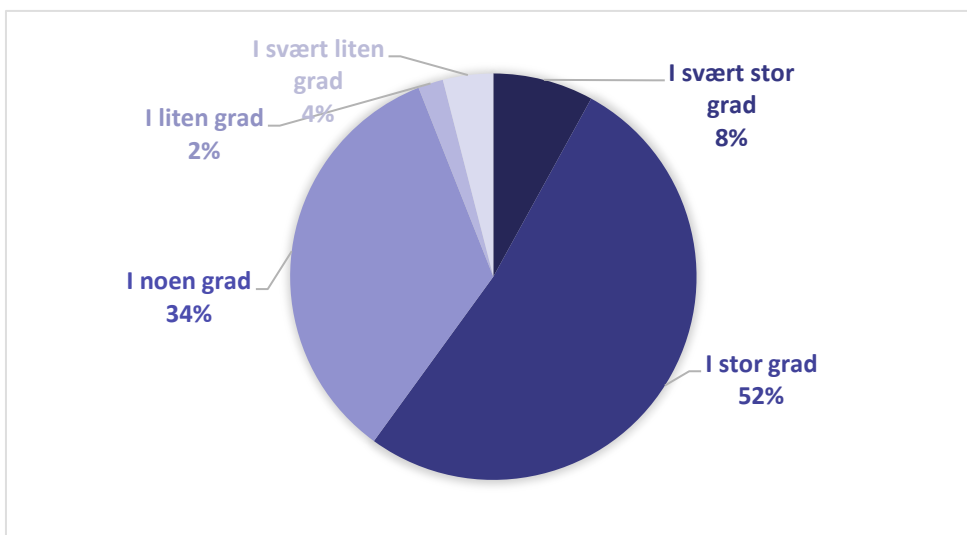


Figur 5-10: Respondentenes opplevelse av faglig trygghet i møte med akutt syke, både på generell basis og ved bruk av vurderingsverktøy



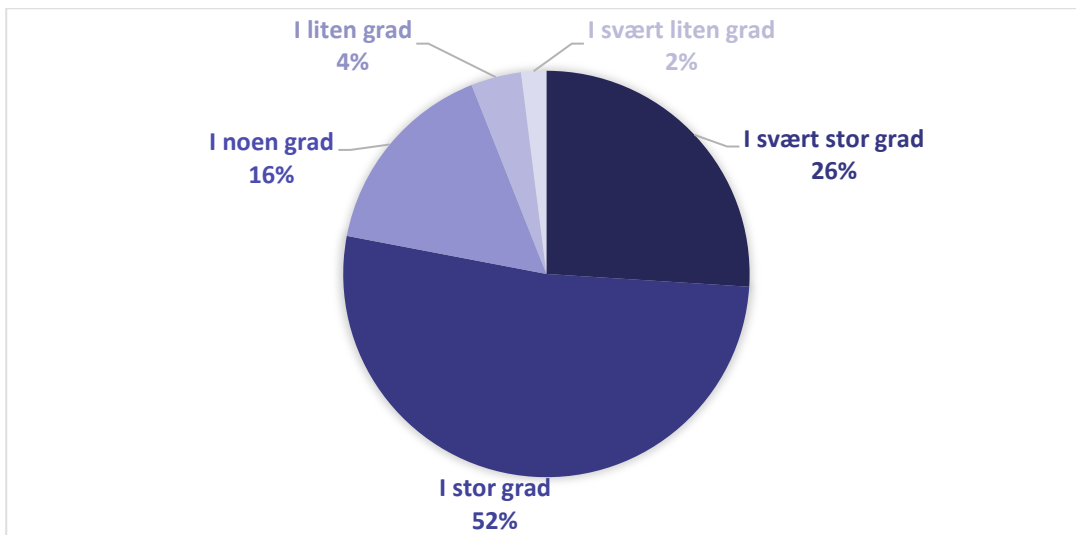
Respondentene ble videre spurt om i hvor stor grad de opplever at kommunikasjonen med legevakt og AMK-sentral blir enklere når de har brukt et vurderingsverktøy for pasientvurdering i forkant av kontakt. Se figur 5-11.

Figur 5-11: Respondentenes opplevelse av forenklet kommunikasjon når de har brukt vurderingsverktøy i forkant av kontakten



Som avsluttende spørsmål ble respondentene spurt om de opplevde at arbeidsplassen hadde fokus på fagutvikling (figur 5-12), og om de, alt i alt, var tilfreds med sin nåværende arbeidssituasjon (figur 5-13).

Figur 5-12: Respondentenes opplevelse av at arbeidsplassen har fokus på fagutvikling



Figur 5-13: Respondentenes totale tilfredshet med nåværende arbeidssituasjon

Korrelasjoner

Det ble videre gjennomført en rekke korrelasjonsanalyser ved hjelp av Pearsons R. Resultatene beskrives under.

Det vises ingen korrelasjon mellom sykepleiernes arbeidserfaring og deres angitte hyppighet for bruk av vurderingsverktøy, samtidig som resultatet ikke har statistisk signifikans ($R(48) = -0.08, p = 0.58$). Det ble forsøkt å gjøre analyser for å se om det fantes korrelasjon mellom utdanningsnivået til sykepleierne og hyppighet for bruk, men her er antallet respondenter som har angitt videreutdanning ut over grunnutdanning for lite til å kunne se noen praktisk signifikans.

Det finnes ingen korrelasjon mellom gjennomført opplæring og hyppighet for bruk ($R(48) = 0.09, p = 0.51$) og kun en svært svak korrelasjon mellom tidspunkt for siste gjennomførte opplæring og hyppighet for bruk, analysen angir at denne korrelasjonen er statistisk signifikant ($R(48) = 0.29, p = 0.04$).

Det finnes videre en moderat korrelasjon mellom sykepleiernes angitte opplevelse av arbeidsplassens fokus på bruk av vurderingsverktøy og deres angitte hyppighet for bruk av verktøyet ($R(48) = 0.32, p = 0.02$). Med tanke på sykepleiernes angitte hyppighet for bruk av vurderingsverktøy, vises en svak, og ikke statistisk signifikant, korrelasjon mot om arbeidsplassen har superbruker tilgjengelig for veiledning i bruk av vurderingsverktøy ($R(48) = 0.18, p = 0.21$) samt hvor hyppig trening gjennomføres ($R(48) = 0.25, p = 0.08$).

Videre finnes det ingen korrelasjon mellom hvor ofte sykepleiere angir å bruke vurderingsverktøyet og deres tilgang på utstyr ($R(48) = 0.05, p = 0.71$). Ei heller viser analysene at det finnes sammenhenger mellom arbeidsplassens fokus på bruk av vurderingsverktøy og tilgang på utstyr ($R(48) = 0.02, p = 0.90$).

Med tanke på sykepleiernes angitte hyppighet for bruk finnes ingen korrelasjon mot opplevelsen av å ha god nok tid til å gjennomføre gode pasientvurderinger ($R(48) = -0.032, p = 0.82$), denne korrelasjonen er ikke statistisk signifikant. Samtidig vises en moderat, statistisk signifikant, korrelasjon mot sykepleiernes angitte hyppighet for overstyring av responsanbefalingene ($R(48) = 0.413, p < 0.001$). Analysesvarene forteller videre om en moderat og statistisk signifikant korrelasjon mellom hyppighet for bruk og sykepleiernes opplevelse av at kommunikasjon med legevakt er enklere etter bruk av vurderingsverktøy ($R(48) = 0.481, p < 0.001$). Det finnes også en moderat korrelasjon av statistisk signifikans mellom hyppighet og sykepleiernes opplevelse av at vurderingsverktøyet gjør dem tryggere i møte med akutt syke pasienter ($R(48) = 0.30, p = 0.03$).

Videre vises en moderat korrelasjon mellom sykepleiernes opplevelse av at vurderingsverktøy gjør dem tryggere i møte med akutt syke og tidspunkt for siste gjennomførte opplæring ($R(48) = 0.4, p = 0.004$). Det finnes også en rekke andre korrelasjoner mot sykepleiernes opplevelse av at vurderingsverktøy gjør tryggere i møte med akutt syke pasienter:

- Opplevelse av enklere kommunikasjon med legevakt etter bruk av verktøyet:
Sterk og statistisk signifikant korrelasjon: $R(48) = 0.62, p < 0.001$
- Opplevelse av enklere kommunikasjon med AMK etter bruk av verktøyet:
Sterk og statistisk signifikant korrelasjon: $R(48) = 0.49, p < 0.001$
- Opplevelse av at verktøyet bistår i beslutningen om å ta kontakt med lege:
Sterk og statistisk signifikant korrelasjon: $R(48) = 0.75, p < 0.001$
- Opplevelse av god nok tid til å gjøre grundige vurderinger:
Moderat og statistisk signifikant korrelasjon: $R(48) = 0.35, p = 0.01$

Analysene viser samtidig at det ikke finnes noen statistisk signifikant korrelasjon mellom hyppighet for bruk og; generell faglig trygghet ($R(48) = 0.14, p = 0.35$) eller sykepleiernes opplevelse av at vurderingsverktøyet gir dem økt trygghet i møte med akutt syke pasienter ($R(48) = 0.26, p = 0.07$).

Til slutt ble det gjennomført analyser for å se på sykepleiernes jobbtilfredshet og opplevelse av faglig trygghet opp mot ulike faktorer.

Den første analysen med tanke på arbeidstilfredshet viser en moderat mot sterk, og statistisk signifikant, korrelasjon mellom opplevelse av god nok tid til å gjøre gode pasientvurderinger og tilfredshet ved egen arbeidssituasjon ($R(48) = 0.49$ $p = <0.001$).

Analysene beskriver videre ingen korrelasjon mellom sykepleiernes opplevelse av generell faglig trygghet og deres opplevelse av fokus på fagutvikling på arbeidsplassen ($R(48) = -0.01$, $p = 0.96$).

Samtidig vises det en moderat korrelasjon mellom arbeidsplassens fokus på fagutvikling og sykepleiernes angitte tilfredshet med deres nåværende arbeidssituasjon ($R(48) = 0.34$ $p = 0.02$).

Det vises også en svak, ikke statistisk signifikant, sammenheng mellom sykepleiernes generelle faglige trygghet og arbeidstilfredshet ($R(48) = 0.22$ $p = 0.12$).

6 Diskusjon

Styrker, svakheter og begrensninger for studien

Sett i lys av hvor mange sykepleiere man kan anta at jobber i kommunal hjemmebasert tjeneste vil denne studien på alle måter være for snever med for få respondenter til å kunne hente ut generaliserbare resultater. Det å ta utgangspunkt i kun fire (opprinnelig tre) kommuner lokalisert på et forholdsvis samlet geografisk område på Østlandet vil også potensielt kunne tilsi at enkelte grupper av sykepleiere, med andre utfordringer med tanke på demografi, geografi, sykepleierdekning og det kommunale økonomiske bildet, ikke vil bli representert. Det samme gjelder sykepleiernes tilgang til annet helsepersonell for sparring, samt nærhet til lege, legevakt og sykehus. Jeg vil på bakgrunn av faktorene nevnt over derfor anse resultatene som mindre overførbare, inntil man gjennomfører en større studie som kan vise til tilsvarende resultater.

I tillegg til utfordringen med det lave antallet respondenter, så stiller jeg meg spørsmålet om de 35% som har respondert kan være representative for det totale utvalget i studien og/eller den teoretiske populasjonen. Jeg er ikke kjent med gruppen som har valgt å ikke respondere på studien, og kan derfor ikke si noe om det foreligger en faktisk skjevfordeling. Et eksempel på potensiell skjevfordeling er om respondentene som har valgt å svare er mer opptatt av eksempelvis fagutvikling og bruk av vurderingsverktøy eller ikke, sammenlignet med gruppen som ikke har svart. En av grunnene til at jeg stiller meg dette spørsmålet, er at studiens resultater kun inkluderer en enkelt respondent som har svart at hen ikke bruker vurderingsverktøy i sin arbeidshverdag overhodet, og at én annen respondent angir å bruke verktøy sjeldnere enn månedlig. Dette opplever jeg at er et svært lavt antall sammenlignet med hva egne erfaringer skulle tilsi, og jeg er usikker på om resultatet ville blitt det samme med et annet og/eller større utvalg. Et annet spørsmål jeg har stilt meg, er om avdelinger med eksempelvis lavere fokus på fagutvikling eller uten rutiner for bruk av vurderingsverktøy, overhodet ville takke ja til å videreformidle invitasjon til å delta til sine sykepleiere? Dette spørsmålet har jeg stilt meg med bakgrunn i at jeg ved rekruttering forsøkte å komme i kontakt med flere avdelingsledere og/eller fagutviklingssykepleiere der jeg ikke oppnådde noe respons til tross for purringer. Da jeg ikke har fått kontakt med de aktuelle kan jeg ikke vite årsaken til den manglende responsen slik at det kun blir spekulasjoner, men blant de avdelingslederne jeg oppnådde kontakt med så var det ingen som takket nei til å delta i studien og dermed videreformidle invitasjonen til sine sykepleiere.

Jeg har videre en rekke tanker omkring endringer jeg ville gjort om jeg kunne gjennomført en tilsvarende studie på nytt for å kunne ta høyde for det overnevnte. Aller først ville jeg da endret på utvalgsstørrelse helt fra start, og inkludert flere kommuner og dermed også hatt potensiale for å nå et større antall sykepleiere. Med et økt antall sykepleiere ville jeg også hatt et bedre utgangspunkt for å kunne oppnå et bedre sannsynlighetsutvalg. Jeg ville også valgt en annen strategi for rekruttering av respondenter, uten at jeg har noe klart svar på hvilken strategi som ville fungert best for den aktuelle populasjonen.

Samtidig vil jeg anse det å ha inkludert sykepleiere fra så mange ulike arbeidssteder som en styrke. Antallet kommuner er lavt, men antallet arbeidssteder innad i kommunene er fler, og de inkluderte kommunene varierer både i folketallmessig størrelse, men også med tanke på geografi, en potensiell differanse i demografi og samtidig en vesentlig forskjell i ansatte sykepleiere per arbeidssted. Den minste kommunen hadde < 10 ansatte sykepleiere totalt, og fra den største kommunen fikk totalt >80 sykepleiere invitasjon til å delta, til tross for at det ikke var mulig å nå alle sykepleierne som jobbet i hjemmebaserte tjenester i kommunen. Dette impliserer, til tross for det lave antallet respondenter, en stor variasjon i arbeidssituasjoner med tanke på eksempelvis sykepleiertetthet, behov for selvstendighet, nærhet til lege og annet helsepersonell.

Bruk av vurderingsverktøy

Jeg hadde fra start av dette prosjektet et ønske om å se på omfanget av bruken av vurderingsverktøy, siden jeg ikke har funnet noen eksisterende forskning som har sett på akkurat dette i sammenheng med norsk helsevesen generelt eller norsk kommunehelsetjeneste spesielt. Dataene fra denne studien kan fortelle at 98% av sykepleierne bruker vurderingsverktøy, og at 82% av sykepleierne bruker vurderingsverktøy ukentlig eller oftere, noe jeg anser som svært positivt sett opp mot de tidligere beskrevne studiene som peker på en rekke ulike barrierer for bruk. Det overrasket meg til en viss grad at det ikke fantes noen klar korrelasjon mellom sykepleiernes arbeidserfaring og bruk av vurderingsverktøy, samtidig som det, sett i lys av at eksempelvis NEWS ble presentert i 2012, og revidert til NEWS2 så sent som i 2017, kanskje ikke burde overraske stort (Royal College of Physicians, 2017). Det er først i de senere år, etter blant annet Pasientsikkerhetsprogrammets iverksettelse at det norske helsevesenet har fått økt fokus på slike verktøy.

Arbeidsplassrelaterte faktorer

Et av forskningsspørsmålene i denne studien handler om arbeidsplassrelaterte faktorer som påvirker bruken av vurderingsverktøy. 84% av sykepleierne i denne studien beskriver at deres arbeidsplass har rutiner for bruk av vurderingsverktøy. Det ble ikke spurt om de var pålagt bruk av vurderingsverktøy eller om dette var en mer frivillig rutine, noe som kunne vært interessant sett opp mot at Ludikhuize et al. (2011) i sin studie peker på frivillighet rundt bruken som et av ankerpunktene for lav bruk av vurderingsverktøy i sin studie. Samtidig viser denne studien en høy andel brukere av slike verktøy, der hele 98% av respondentene angir å i en eller annen frekvens bruke dette i sitt arbeid. Dette kan tyde på at sykepleierne representert i denne studien velger å bruke vurderingsverktøy helt uavhengig av om de er pålagt bruk eller ikke, noe som vil skille denne studien fra studien til Ludikhuize. Samtidig oppleves 98% som et unaturlig høyt tall basert på erfaringer fra egen praksis, og jeg har ikke funnet forskning som presenterer tall for bruk til sammenligning. Samtidig har jeg som tidligere nevnt stilt meg spørsmålet om denne studiens respondenter er representative for den teoretiske populasjonen eller om respondentene er mer opptatt av, eller hyppigere bruker, vurderingsverktøy basert på at de har valgt å delta i studien.

84% av sykepleierne oppgir at arbeidsplassen har fokus på bruk av vurderingsverktøy, og med fokus ble det spesifisert at tematikken ble tatt opp i personalmøter, på kurs eller fagdager, eller om arbeidsplassen eksempelvis hadde hengt plakater om vurderingsverktøy. Dessverre inneholdt ikke denne studien spørsmål som bad sykepleierne spesifisere hva slags form for fokus de opplevde at arbeidsplassen hadde på dette, noe som ville vært interessant å få generert mer kunnskaper om i sammenheng med eksempelvis bruksfrekvens. Dette med fokus på arbeidsplassen er lite beskrevet i eksisterende forskning, så det er vanskelig å sammenligne denne studiens tall fra denne studien og eventuell type fokus mot dette.

Tidligere forskning stiller spørsmål ved opplæring og opplæringens kvalitet, og denne studien beskriver at 86% angir å ha gjennomgått opplæring. Dette er et lavere antall enn de som rapporterer at de bruker vurderingsverktøy, noe som er interessant. Samtidig vises ingen korrelasjon mellom gjennomført opplæring og sykepleiernes rapporterte hyppighet for bruk, og kun en svært svak korrelasjon mellom når sykepleierne rapporterte å sist ha gjennomgått opplæring og deres angitte hyppighet for bruk.

Disse resultatene, kombinert med den svært høye andelen som angir å bruke vurderingsverktøy, overrasker sett i lys av at Ludikhuize et al. (2011) etterlyser bedre implementering og opplæring.

Sett i lys av at andre studier (Jensen et al., 2019; Ludikhuize et al., 2011; Petersen et al., 2017) beskriver tidsfaktor som en barriere for gjennomføring av pasientvurderinger ved hjelp av vurderingsverktøy, er det interessant at 46% av sykepleierne i denne studien angir å i svært stor eller stor grad ha tilstrekkelig med tid til å gjennomføre gode pasientvurderinger. Samtidig angir kun 6% å i liten og svært liten grad ha nok tid. Et annet overraskende resultat fra analysene av datamaterialet fra denne studien, er at det ikke finnes en klar samvariasjon mellom opplevelse av god nok tid og sykepleiernes angitte hyppighet for bruk av vurderingsverktøy. Dette resultatet er riktignok ikke statistisk signifikant med en p-verdi på 0.82, og må i så fall studeres videre i større omfang. Disse resultatene kan selvfølgelig være tilfeldigheter med tanke på denne studiens begrensninger, men det er likevel interessant å se at så mange av denne studiens respondenter angir at god nok tid ikke er et problem. Det er derimot ikke overraskende å se at det i denne studien finnes en samvariasjon mellom opplevd tilstrekkelig tid til å gjøre gode vurderinger og sykepleiernes opplevelse av at vurderingsverktøy øker deres trygghet i møte med akutt syke pasienter. Dette oppleves å være en naturlig samvariasjon, med tanke på at god tid til å gjøre pasientvurderinger vil gi bedre pasientvurderinger og dermed også vil gjøre sykepleierne tryggere i møte med den akutt syke pasienten.

Forskningen jeg har funnet har ikke beskrevet mangel på utstyr som en barriere for bruk av vurderingsverktøy, og resultatene av denne studien beskriver heller ingen utfordringer med dette. 90% angir å til enhver tid ha med seg utstyr i arbeidet, og 84% angir å ha tilgang på nok utstyr. Nær samtlige sykepleiere angir å ha med seg blodtrykksapparat og pulsoksymeter (N=49), og 48 angir å ha med seg termometer, og dette betyr at de aller fleste respondentene har med seg tilstrekkelig med utstyr for å bruke de mest vanlige vurderingsverktøyene, herunder de ulike variasjonene av Early Warning Score (I Trygge Hender 24-7, u.å.; Steinseide et al., 2022). Det vises samtidig ingen korrelasjon mellom tilgang på utstyr og hvor hyppig sykepleierne angir å bruke vurderingsverktøy, og det finnes heller ingen korrelasjon som skulle tilsa at det finnes sammenhenger mellom arbeidsplassens fokus på vurderingsverktøy opp mot tilgjengelighet for utstyr.

Riktignok hadde begge de sistnevnte ingen statistisk signifikans, slik at nullhypotesen – at tilgang på utstyr ikke påvirker bruken og at arbeidsplassens fokus ikke påvirker tilgang til utstyr – ikke kan forkastes.

Jeg har dessverre heller ikke lyktes i å finne forskning som omhandler en variant av «superbruker», en veileder, i forbindelse med vurderingsverktøy. Jeg ønsket likevel å undersøke om en slik «superbruker» kunne ha sammenheng med eller påvirke sykepleiernes bruk av slike verktøy. Denne studiens resultater tilsier en svak, riktignok ikke statistisk signifikant, korrelasjon mellom sykepleiernes angitte hyppighet for bruk av vurderingsverktøy og deres tilgjengelighet for superbruker. Dette finner jeg interessant sett opp mot at 62% av respondentene angir at de har en «superbruker» på sitt arbeidssted, og bør nok studeres i større sammenheng for å se om slike «superbrukere» faktisk har effekt. Det finnes heller ingen korrelasjon opp mot hyppighet for gjennomføring av trening, selv om resultatene ikke er statistisk signifikante. Mangelen på korrelasjon kan nok til en viss grad ha sammenheng med at kun 36% angir at arbeidsplassen gjennomfører trening i bruk av vurderingsverktøy, sammenlignet med 54% som angir at arbeidsplassen ikke gjør dette. Samtidig synes jeg dette er interessant på flere måter, både at så få gjennomfører trening, men også at det å gjennomføre regelmessig trening ikke ser ut til å ha noen signifikans for sykepleiernes bruk av vurderingsverktøy. Om man kunne overført dette resultatet, vil det kunne bety at allerede tidspressede avdelinger bruker tid på dette uten at det har den ønskede effekten med økt bruk av vurderingsverktøy.

Implikasjoner for sykepleierne ved bruk

Den eksisterende forskningen beskrevet tidligere har hatt mye fokus på kunnskap i ulike sammenhenger, som eksempelvis Bing-Jonsson et al. (2016) som beskriver at det er et gap mellom myndighetenes forventninger til sykepleiernes kompetanse og sykepleiernes faktiske kompetanse, særlig vedrørende kartlegging, måling av vitale parametere og kompetanse til observasjon. Det ble da pekt på fagutvikling som en av de mulige årsakene til dette kompetansegapet. I denne studien beskriver 60% (30) at de opplever at arbeidsplassen i svært stor eller stor grad har fokus på fagutvikling.

Jeg har som tidligere nevnt stilt meg spørsmålet om dette er en skjevfordeling sammenlignet med det teoretiske utvalget, og samtidig stiller jeg meg spørsmål om denne opplevelsen av fokus på fagutvikling samstemmer med arbeidsplassenes faktiske fokus på og arbeid med fagutvikling. Dette sett opp imot eksempelvis studien av Bing-Jonsson et al., som beskriver mangel på muligheter for fagutvikling som en av årsakene til kompetansegapet det beskrives.

En av de mer positive resultatene fra denne studien er at 88% av sykepleierne oppgir at de i svært stor eller stor grad opplever at bruk av vurderingsverktøy gjør dem mer tryggere i egne vurderinger av akutt syke pasienter. Dette stemmer godt overens med den eksisterende forskningen, som både beskriver økt kunnskap og ikke minst økt selvtillit etter gjennomført opplæring og ved bruk av vurderingsverktøy (Jensen et al., 2019; Lee et al., 2020; Saab et al., 2017). En økt selvtillit og faglig trygghet kan også henge sammen med resultatene som tilsier at sykepleierne opplever en enklere kommunikasjon med både legevakt og AMK-sentral ved bruk av vurderingsverktøyet. En økt faglig trygghet og tillit til egne vurderinger vil potensielt kunne gjøre at sykepleierne som har brukt vurderingsverktøyet gir en bedre rapport enn om en ikke skulle brukt dette. Resultatene i denne studien tilsier at det finnes både sterk og moderat til sterk, og statistisk signifikant, korrelasjon mellom den opplevde tryggheten i møte med akutt syke ved bruk av vurderingsverktøy og kommunikasjonen med de respektive instansene, med korrelasjonskoeffisiens-verdier på henholdsvis 0.62 (legevakt) og 0.49 (AMK). Begge resultater kan vise til p -verdier på <0.001 , noe som, til tross for det snevre utvalget i denne studien, kan tilsa at det vil kunne være muligheter for overførbarhet til større utvalg. Samtidig vil jeg være forsiktig med å konkludere med betydningen av dette, med bakgrunn i det lave antallet respondenter og den påfølgende risikoen for at disse resultatene er basert på tilfeldigheter heller enn faktiske forhold (Kleven, 2013). En annen interessant faktor sett opp mot selvtillit og faglig trygghet, er at det til tross for at et så stort antall sykepleiere angir å oppleve at vurderingsverktøy gjør de tryggere i møte med akutt syke pasienter, ikke finnes noen statistisk signifikant korrelasjon opp mot hyppighet for bruk. Med andre ord betyr ikke deres opplevelse av økt faglig trygghet ved bruk at de velger å bruke verktøyet oftere.

Videre beskriver forskning at samarbeid og dialog med leger kan være en barriere for bruk av vurderingsverktøy (Brangan et al., 2018; Jensen et al., 2019; Ludikhuize et al., 2011; Spångfors et al., 2020). Dessverre har ikke denne studien inkludert spørsmål omkring sykepleiernes erfaringer omkring denne dialogen.

I retrospekt ville jeg veldig gjerne inkludert dette for å kunne studere nærmere om denne barrieren også eksisterer i den norske kommunehelsetjenesten og eventuelt omfang av denne barrieren. Samtidig inneholdt studien spørsmål om sykepleierne opplevde at bruken av vurderingsverktøy bisto dem med beslutningen om å kontakte lege, noe 80% av respondentene angir at verktøyet gjør. Den bivariate analysen viser videre at det finnes en sterk og statistisk signifikant korrelasjon mellom sykepleiernes trygghetsopplevelse ved bruk av verktøyet og deres opplevelse av at verktøyet bistår i beslutningen om å kontakte lege ($R(48) = 0.66$ $p = <0.001$), noe som igjen kan henge sammen med den tidligere nevnte forskningen som peker på økt selvtillit og økt kunnskap.

De overnevnte positive resultatene med henblikk på trygghet, og herunder en mulig positiv endring for kunnskap og tillit til egne vurderinger, er noe jeg veldig gjerne skulle sett at var overførbart til andre og større utvalg, da det kan være et godt argument for ytterligere økt bruk av vurderingsverktøy i møte med akutt syke pasienter. Både sykepleierens egne faglige trygghet og kommunikasjon med andre instanser er viktige faktorer for å sikre god og riktig pasientbehandling på rett sted, noe som vil være viktig særlig i tiden fremover. Dette da med tanke på den stadig aldrende befolkningen og økningen av pasienter med komplekse problemstillinger som skal behandles videre på laveste mulige omsorgsnivå etter BEON-prinsippet (St.melding nr 47, 2009).

Videre forskning

Etter gjennomført datainnsamling og analyse av dataene sitter jeg igjen med en rekke spørsmål jeg gjerne skulle hatt svar på. Disse ulike spørsmålene kunne vært interessant å undersøke i videre forskning, både for egne studier videre og generelt for å generere mer kunnskap om emnet.

Om jeg skulle gjennomført en større studie med samme tematikk, hadde jeg ønsket å se på om sykepleierne i en eller annen grad er pålagt å bruke vurderingsverktøy gjennom arbeidsplassens rutiner, om det er oppfordret eller om det er en helt frivillig bruk. Dette sett i sammenheng med forskning som tilsier at en frivillighet rundt rutinene kan være en barriere.

Videre inneholdt spørreskjemaet blant annet spørsmål om hvor ofte respondentene velger å overstyre vurderingsverktøyets anbefalte respons. I retrospekt ser jeg at jeg også burde undersøkt i hvilken retning de da velger å overstyre – om de velger å kontakte lege hyppigere eller sjeldnere enn verktøyets responsanbefalinger, og også hvorfor de velger å overstyre responsanbefalingene.

Dessuten inneholder ikke alle vurderingsverktøy en responsanbefaling, eksempler på dette er ABCDE-verktøyet, og det hadde vært interessant å vite om de sykepleierne som oppgir å kun bruke dette verktøyet (8%) vurderer behov for respons på bakgrunn av verktøyet.

Jeg sitter også igjen med spørsmål om hvordan sykepleierne opplevde å bli mottatt av leger når de har brukt vurderingsverktøy som støtte ved pasientvurdering, da tidligere studier kan vise til at sykepleiere opplevde leger, og deres manglende forståelse og/eller interesse for bruken av vurderingsverktøy og dets betydning, som en barriere for bruk (Brangan et al., 2018; Jensen et al., 2019; Spångfors et al., 2020). Dette kunne vært interessant å gjennomføre kvalitativ forskning på, for å få mer inngående svar om sykepleiernes erfaringer med dette.

På et mer generelt plan ser jeg for meg at det vil være hensiktsmessig å forske ytterligere på selve implementeringen, hvordan opplæring foregår, om og hvordan trening på bruk skjer, og gjerne i form av studier med eksempelvis longitudinell design heller enn tverrsnittdesign. Dette med bakgrunn i at man da også vil kunne se nærmere på årsakssammenhenger mellom ulike implementeringsfaktorer og bruk, noe man ikke kan med tverrsnittsundersøkelser.

Videre, og noe på siden av egen studie og egne resultater, anser jeg at det vil være hensiktsmessig å gjennomføre studier som ser på effekten bruk av vurderingsverktøy har for eldre og multisyke pasienter i kommunehelsetjenesten. Dette med bakgrunn i at studier gjennomført med eldre som en del av utvalget i all hovedsak relateres til in-hospital og pre-hospital setting, i ambulanse. Med effekt mener jeg både studier som ser på tilpasning av vurderingsverktøy til den aktuelle pasientgruppen i kommunehelsetjenesten, da lite forskning er gjennomført på dette. Samtidig ville det vært nyttig å studere hvordan vurderingsverktøy kan være en bidragsyter for å behandle denne pasientgruppen på rett sted, til rett tid og på rett måte, som reflektert i Samhandlingsreformen (St.melding nr 47, 2009). Dette kan også sees i sammenheng med studien til Steinseide et al. (2022), som mener at de generelle nasjonale rådene om bruk av vurderingsverktøy er basert på et faglig svakt grunnlag sett i lys av den manglende forskningen på akkurat denne pasientgruppen.

7 Konklusjon

I denne studien har jeg sett på sykepleiernes bruk av vurderingsverktøy, omfanget av bruk, hvilke faktorer som påvirker bruken deres og hvilke implikasjoner bruk av vurderingsverktøy får for sykepleierne. 50 sykepleiere svarte, av 143 inviterte, noe som gav en svarprosent på 35%. 98% av de responderende sykepleierne angir å bruke vurderingsverktøy i sitt arbeid, men bruksfrekvensen varierer stort. Totalt 28% angir at de bruker vurderingsverktøy daglig eller flere ganger daglig, 54% angir ukentlig bruk, og 14% angir månedlig bruk. Dette fremstår som svært oppløftende, og ikke minst overraskende, tall, dette til tross for at det ikke finnes tilsvarende norsk forskning å sammenligne tallene med.

Jeg har tidligere i oppgaven stilt spørsmål ved hvorvidt utvalget mitt er representativt for den teoretiske populasjonen av sykepleiere i hjemmetjenestene, da i form av at de som har valgt å respondere potensielt kan være mer opptatt av eksempelvis vurderingsverktøy enn de som har valgt å ikke respondere. Dette blir samtidig rene spekulasjoner basert på at jeg ikke har noen forutsetning for å kjenne til de som har valgt å ikke svare på undersøkelsen. Egne erfaringer tilsier allikevel at andelen sykepleiere som rapporterer at de bruker vurderingsverktøy er unaturlig høy med sine 98%. Jeg vil derfor, på bakgrunn av det lave antallet respondenter med den påfølgende potensielle skjevheten mot den teoretiske populasjonen og muligheten for å tilfeldig oppnå resultater som ser statistisk sterke ut uten praktisk signifikans, ikke konkludere for bastant i dette kapitlet.

Arbeidsplassrelaterte faktorer

84% av respondentene opplever at arbeidsplassen har fokus på bruk av vurderingsverktøy, noe som reflekteres i at 80% av sykepleierne beskriver at arbeidsplassen har rutiner for bruk av slike verktøy. Det er ukjent om dette er pålagte rutiner eller om det er en slags form for anbefalinger. Fokus på vurderingsverktøy på arbeidsplassen kan presenteres på ulike måter fra arbeidssted til arbeidssted, og i denne studien er det spesifisert som at temaet løftes på møter, kurs eller fagdager, eller ved eksempelvis plakater på arbeidsplassen. Studien ba ikke respondentene svare på hvilken type fokus arbeidsplassen hadde, noe man i retrospekt burde inkludert. Den høye andelen som angir at de bruker vurderingsverktøy indikerer at sykepleierne bruker vurderingsverktøy uavhengig av om rutinene er pålagte eller anbefalte. Dette motsier Ludikhuize et al. (2011) sine resultater, som beskriver en låber bruk av vurderingsverktøy, blant annet grunnet frivillighet rundt rutinene.

Sykepleierne rapporterer at de i all hovedsak har tilstrekkelig med utstyr for gjennomføring av pasientvurderinger, og det finnes ingen statistisk signifikant korrelasjon mellom tilstrekkelig utstyrmengde og sykepleiernes angitte hyppighet for bruk av vurderingsverktøy. Videre er det interessant at 62% av sykepleierne beskriver å ha tilgang på en «superbruker», en veileder for bruk av vurderingsverktøy, men at denne studien ikke beskriver korrelasjon mellom hyppighet for bruk av slike verktøy og en slik «superbruker». Verken utstyrsfaktoren eller «superbruker»-faktoren er beskrevet i tidligere forskning.

Videre rapporterer kun 36% av sykepleierne at de gjennomfører trening på bruk av vurderingsverktøy på sin arbeidsplass, mot 54% som svarer at de ikke gjennomfører trening. Til tross for dette finnes det ingen klar korrelasjon mellom gjennomført trening og hyppig bruk av vurderingsverktøy. Dette bør studeres videre i en større studie, for å undersøke om slik trening har effekt eller om det er unødig tidsbruk i en allerede presset helsetjeneste.

Oppsummert beskriver denne studien at tilgang på utstyr, superbrukere og trening på bruk ikke har noen klar korrelasjon med sykepleiernes angitte hyppighet for bruk. Basert på resultatene fra denne studien ser man samtidig at sykepleierne i stor grad bruker vurderingsverktøy uavhengig av gjennomført opplæring, trening og rutiner på arbeidsplassen.

Implikasjoner for sykepleierne ved bruk

88% av sykepleierne oppgir at de i svært stor eller stor grad opplever at bruk av vurderingsverktøy gjør dem mer trygghet i egne vurderinger av akutt syke pasienter. Dette stemmer godt overens med den eksisterende forskningen, som både beskriver økt kunnskap og ikke minst økt selvtillit etter gjennomført opplæring og ved bruk av vurderingsverktøy (Jensen et al., 2019; Lee et al., 2020; Saab et al., 2017). Sykepleierne i denne studien angir videre at de opplever forbedret kommunikasjon med både AMK og legevakt, samt forbedret beslutningsgrunnlag ved kontakt med lege etter gjennomført bruk av vurderingsverktøy, og at dette også gir økt trygghet i møte med de akutt syke pasientene. Studien har ikke fokusert på selvtillit som faktor, men den angitt økte tryggheten og forbedrede kommunikasjonen kan indikere et økt nivå av selvsikkerhet i møte med både akutt syke pasienter og annet helsepersonell.

Avslutningsvis viser denne studien at sykepleiernes tilfredshet i nåværende arbeidssituasjon til moderat grad påvirkes av arbeidsplassens fokus på fagutvikling og i stor grad av å ha god nok tid til gode pasientvurderinger.

Studiens implikasjoner for praksis

Jeg vil gjerne avslutte dette kapitlet med å oppsummere mine tanker rundt studiens implikasjoner for praksis. Denne studien er som tidligere nevnt gjennomført i et svært lite format, med få respondenter både med tanke på antall inviterte (svarprosent 35%) og usikkerhet rundt representativitet mot den teoretiske populasjonen. Samtidig viser denne studien at tid for siste opplæring, superbrukerrolle og gjennomføring av trening ikke har noen tydelig korrelasjon mot sykepleiernes angitte hyppighet for bruk. Videre bruker flere sykepleiere vurderingsverktøy enn de som angir å ha fått opplæring for dette. Man vil måtte forske nærmere på dette for å kunne få noen definitive svar, men det kan være et tegn på at allerede tidspressede avdelinger bruker unødig med tid på dette uten at det påvirker sykepleiernes bruk av vurderingsverktøy.

Denne studien viser videre at svært mange sykepleiere opplever at de blir tryggere i møte med akutt syke pasienter, opplever bedre kommunikasjon med andre instanser og får hjelp til beslutningen om å kontakte lege ved bruk av vurderingsverktøy, og dette tyder på at man med fordel kan opprettholde fokuset på bruk av vurderingsverktøy. Dette særlig med tanke på at befolkningen blir eldre og med mer kompleks, og gjerne raskere sykdomsutvikling. Om dette utvalget er representativt for den teoretiske populasjonen med henblikk på trygghet, kommunikasjon og beslutningstaking vil det også være hensiktsmessig å øke fokuset på slike verktøy ved avdelinger der bruken av vurderingsverktøy er lavere. Samtidig gir denne studien ingen klare indikasjoner for hva slags type tiltak man bør iverksette, da tiltak som opplæring, trening og superbrukere ikke korrelerer med hyppigere bruk.

8 Litteraturliste

Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research, 36*(1), 27–37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>

Brangan, E., Banks, J., Brant, H., Pullyblank, A., Le Roux, H., & Redwood, S. (2018). Using the National Early Warning Score (NEWS) outside acute hospital settings: A qualitative study of staff experiences in the West of England. *BMJ Open, 8*(10), e022528. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022528>

Chan, Y. H. (2003). Biostatistics 104: Correlational analysis. *Singapore Medical Journal, 44*(12), 614–619.

Dalton, M., Harrison, J., Malin, A., & Leavey, C. (2018). Factors that influence nurses' assessment of patient acuity and response to acute deterioration. *British Journal of Nursing, 27*(4), 212–218. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.4.212>

Downey, C. L., Tahir, W., Randell, R., Brown, J. M., & Jayne, D. G. (2017). Strengths and limitations of early warning scores: A systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Nursing Studies, 76*, 106–119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.003>

Fjørtoft, A.-K. (2016). I *Hjemmesykepleie* (3. utgave). Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2022, juni 9). *Dødsårsaksregisteret; Statistikkbank*. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2022). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2022-11-25-86). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#%C2%A73-2

Helsepersonelloven. (2022). *Lov om helsepersonell* (LOV-2022-06-10-37). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=HELSEPERSONELLOven>

I Trygge Hender 24-7. (u.å.). *Tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand*. I trygge hender 24-7. Hentet 9. januar 2023, fra <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand>

Jensen, J. K., Skår, R., & Tveit, B. (2019). Hospital nurses' professional accountability while using the National Early Warning Score: A qualitative study with a hermeneutic design. *Journal of Clinical Nursing, 28*(23–24), 4389–4399. <https://doi.org/10.1111/jocn.15021>

Johannessen, A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg). Abstrakt forlag.

Kleven, T. A. (2013). *Effektstørrelse*. Universitetet i Oslo.
<https://www.uio.no/studier/emner/uv/iped/PED4010/h13/effektstorrelse%5B1%5D.pdf>

Lee, J.-R., Kim, E.-M., Kim, S.-A., & Oh, E. G. (2020). A Systematic Review of Early Warning Systems' Effects on Nurses' Clinical Performance and Adverse Events Among Deteriorating Ward Patients. *Journal of Patient Safety, 16*(3), e104–e113. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000492>

Ludikhuize, J., de Jonge, E., & Goossens, A. (2011). Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment-Recommendation instruments. *Resuscitation, 82*(11), 1428–1433.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.05.026>

Ludikhuize, J., Smorenburg, S. M., de Rooij, S. E., & de Jonge, E. (2012). Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score. *Journal of Critical Care, 27*(4), 424.e7-424.e13.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.01.003>

Personopplysningsloven. (2022). *Lov om håndtering av personopplysninger* (LOV-2021-06-18-124). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

Petersen, J. A., Rasmussen, L. S., & Rydahl-Hansen, S. (2017). Barriers and facilitating factors related to use of early warning score among acute care nurses: A qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 17(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0147-0>

Royal College of Physicians. (2017). *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party.*

Spångfors, M., Molt, M., & Samuelson, K. (2020). National Early Warning Score: A survey of registered nurses' perceptions, experiences and barriers. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1187–1194. <https://doi.org/10.1111/jocn.15167>

SSB. (2020). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser ... 2020*. Statistisk sentralbyrå.

Steinseide, E. G., Potrebny, T., Ciliska, D., & Graverholt, B. (2022). Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus – en systematisk kartleggingsoversikt. *Sykepleien Forskning*, 88361, e-88361. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.88361>

St.melding nr 47. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling—På rett sted—Til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Saab, M. M., McCarthy, B., Andrews, T., Savage, E., Drummond, F. J., Walshe, N., Forde, M., Breen, D., Henn, P., Drennan, J., & Hegarty, J. (2017). The effect of adult Early Warning Systems education on nurses' knowledge, confidence and clinical performance: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2506–2521. <https://doi.org/10.1111/jan.13322>

Williams, B. (2022). The National Early Warning Score: From concept to NHS implementation. *Clinical Medicine*, 22(6), 499. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-news-concept>

Wood, C., Chaboyer, W., & Carr, P. (2019). How do nurses use early warning scoring systems to detect and act on patient deterioration to ensure patient safety? A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, *94*, 166–178. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.012>

Wuytack, F., Meskell, P., Conway, A., McDaid, F., Santesso, N., Hickey, F. G., Gillespie, P., Raymakers, A. J. N., Smith, V., & Devane, D. (2017). The effectiveness of physiologically based early warning or track and trigger systems after triage in adult patients presenting to emergency departments: A systematic review. *BMC Emergency Medicine*, *17*(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0148-z>

Wyller, T. B. (2012). *Geriatrí; en medisinsk lærebok* (1.utgave, 2. opplag). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: NEWS2-skjema med responsoversikt, kilde: (I Trygge Hender 24-7, u.å.)

NATIONAL EARLY WARNING SCORE2 (NEWS2)

FYSIOLOGISKE PARAMETRE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (per minutt)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO ₂ Skala 2* (%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 på luft	93-94 på oksygen	95-96 på oksygen	≥ 97 på oksygen
Luft eller oksygen?		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Puls (per minutt)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Bevissthetsnivå**				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	

Ved mistanke om infeksjon og NEWS2 ≥ 5, vurder umiddelbart om pasienten kan ha sepsis og i så fall igangsett sepsisbehandling.

* SpO₂ Skala 2 skal kun brukes på pasienter med kjent hyperkapnisk respirasjonssvikt med mål om SpO₂ mellom 88 - 92 %, verifisert ved blodgassanalyse.

Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes. Ved alle andre tilfeller skal Skala 1 benyttes.

** Bevissthetsnivå:

A = Alert (våken)

C = New confusion (nyoppstått forvirring)

V = Voice (reagerer på tiltale)

P = Pain (reagerer ved smertestimulering)

U = Unresponsive (reagerer ikke på tale eller smertestimulering)

Denne versjonen er oversatt etter Royal College of Physicians 2017.

TILTAK ETTER NEWS-SKÅR

NEWS SKÅR	OVERVÅKNINGSFREKVENNS	KLINISK RESPONS*	FARE FOR SYKEHUSMORTALITET
0	Minimum hver 12. time	• Følg rutinene for NEWS-overvåking	Lav
Totalt 1-4	Minimum hver 4-6. time	• Informer ansvarlig sykepleier, som må vurdere pasienten • Ansvarlig sykepleier tar stilling til økt overvåkningsfrekvens og/eller om det kreves kliniske tiltak	Lav
Skår 3 i ett parameter	Minst én gang per time	• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege, som vurderer og tar stilling til om det er behov for ytterligere behandlingstiltak	Lav-middels
Totalt 5 eller høyere Grenseverdi for rask respons	Minimum 1 gang i timen	• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege • Ansvarlig sykepleier tilkaller ytterligere hjelp fra medisinsk faglig personell • Ansvarlig lege tar stilling til behandlingsnivå	Middels
Totalt 7 eller høyere Øyeblikkelig respons	Kontinuerlig overvåking av vitale funksjoner	• Ansvarlig sykepleier skal umiddelbart kontakte ansvarlig lege og medisinsk faglig personell • Øyeblikkelig respons fra akuttmedisinsk team, med kompetanse på akutt kritisk syke pasienter og sikring av frie luftveier • Ta stilling til overflytting til høyere overvåkningsnivå • Videre behandling på riktig behandlingsnivå med kontinuerlig overvåking	Høy

OBS. En lav score utelukker ikke alvorlig sykdom.

NEWS er et supplerende hjelpemiddel for å bedømme vitale funksjoner hos voksne pasienter og må alltid brukes i kombinasjon med helsepersonellens kompetanse og kliniske skjønn.

* Kolonnen KLINISK RESPONS kan tilpasses hver enkelt virksomhet i samarbeid med medisinsk ansvarlig. Ved gjenbruk av NEWS2 må det ikke endres i fysiologiske parameter, overvåkningsfrekvens og fargekoder.



© Royal College of Physicians 2017

Vedlegg 2: Invitasjon til deltakelse i studie

Hei!

Mitt navn er Stine Brandt, og jeg er student ved masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie ved Universitetet i Sørøst-Norge. Jeg er nå i gang med mitt masterprosjekt, der jeg ønsker å se nærmere på hvilke faktorer som påvirker sykepleieres bruk av vurderingsverktøy (eksempelvis National Early Warning Score - NEWS) i møte med akutt syke pasienter i deres arbeidshverdag.

Jeg håper derfor du vil delta på en kort, elektronisk spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen vil ta ca 10 minutter, og spørsmålene dreier seg om opplæring og trening i bruk av vurderingsverktøy, trygghet i møte med akutt syke pasienter, samt noe generell bakgrunnsinformasjon om din utdanning og arbeidserfaring. Svarene dine er anonyme.

Vedlagt ligger et informasjonsskriv som forteller kort om prosjektet og hva jeg skal bruke svarene dine til, samt informasjon om ditt personvern og kontaktopplysninger.

Det er helt frivillig å delta og det vil ikke få noen konsekvenser for deg om du ikke ønsker å delta. Jeg håper likevel at du vil ta deg tid til å delta i dette spennende forskningsarbeidet!

Hvis du ønsker å delta i spørreundersøkelsen, så finner du denne her:

<https://nettskjema.no/a/235765>

Om du har noen spørsmål om deltakelsen, spørreundersøkelsen eller annet så er det bare å ta kontakt med meg enten på e-post stine.brandt@live.no eller på telefon 92 65 02 68.

Ha en flott dag videre!

Med vennlig hilsen
Stine Brandt

Vedlegg 3: Spørsmål i spørreskjema (Side 1/7)

Generelt

1. Din alder i år

2. Kjønn

- 1 Kvinne
- 2 Mann
- 3 Annet

3. Din helsefaglige utdanning

- 1 Sykepleier
- 2 Avansert klinisk sykepleier/avansert klinisk allmennsykepleier/avansert geriatrisk sykepleier
- 3 Intensivsykepleier
- 4 Anestesisykepleier
- 5 Kreftsykepleier
- 6 Helsesykepleier
- 7 Annen videreutdanning

4. Hvilken annen videreutdanning? (fritekstsvaer, tilgjengelig hvis avkrysset «Annet» på spørsmål 3)

5. Din arbeidserfaring som sykepleier (fritekst, antall år)

6. Din arbeidserfaring i kommunehelsetjenesten (fritekst, antall år)

7. Din stillingsprosent (fritekst)

Vurderingsverktøy på arbeidsplassen

8. Har du gjennomgått opplæring i ALERT, ProAct eller lignende systemer for pasientvurdering?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Vet ikke

9. I så fall, hvilket? (tilgjengelig hvis avkrysset «Ja» på spørsmål 8)

- 1 ALERT
- 2 ProAct
- 3 Annet

10. Hvilket annet? (fritekstsvaer, tilgjengelig hvis avkrysset «Annet» på spørsmål 9)

Vedlegg 3: Spørsmål i spørreskjema (Side 2/7)

11. Når gjennomgikk du sist denne opplæringen?

- 1 Siste 3 måneder
- 2 Siste 6 måneder
- 3 Siste år
- 4 Mer enn ett år siden
- 5 Mer enn to år siden

12. Bruker du et vurderingsverktøy i ditt arbeid i dag?

Med vurderingsverktøy menes ABCDE, NEWS, NEWS2, MEWS eller lignende.

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Vet ikke

13. I så fall, hvilke(t)? (hvis avkrysset «ja» på spørsmål 12)

- 1 ABCDE
- 2 NEWS
- 3 NEWS2
- 4 MEWS
- 5 Annet

14. Hvilke andre vurderingsverktøy bruker du? (fritekstsvar, tilgjengelig hvis avkrysset «ja» på spørsmål 13)

15. Hvor ofte bruker du vurderingsverktøy i din arbeidshverdag?

- 1 Flere ganger daglig
- 2 Hver dag
- 3 Ukentlig
- 4 Månedlig
- 5 Sjeldnere

16. Har din arbeidsplass rutiner for bruk av vurderingsverktøy?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Vet ikke

Vedlegg 3: Spørsmål i spørreskjema (Side 3/7)

17. Opplever du at det er fokus på bruk av vurderingsverktøy på arbeidsplassen din?

Med fokus menes at tematikken løftes i personalmøter, kurs, fagdager, ved plakater på arbeidsplassen eller lignende.

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Vet ikke

18. Gjennomføres det trening i bruk av vurderingsverktøy på din arbeidsplass?

Med trening menes eksempelvis case-trening, muntlige øvelser og lignende.

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Vet ikke

19. I så fall, hvor ofte? (fritekstsvar, tilgjengelig hvis avkrysset «ja» på spørsmål 18)

- 1 Hver 3. måned
- 2 Hver 6. måned
- 3 Hvert år
- 4 Sjeldnere

20. Har din arbeidsplass en slags «superbruker» eller instruktør for vurderingsverktøy?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Vet ikke

21. Har du med deg et NEWS-kort eller lignende som støtte ved pasientkontakt?

Et NEWS-kort er et hjelpeverktøy i «lommeformat», der vitale parametere samt deres normalverdier er oppgitt, i tillegg til anbefalinger for når lege skal kontaktes.

- 1 Ja, alltid
- 2 Ja, har det tilgjengelig i app-form
- 3 Ja, men jeg kan parameterne utenat
- 4 Nei, jeg søker det opp når jeg trenger det.
- 5 Nei, jeg har det aldri med meg
- 6 Nei, jeg kan parameterne og normalverdiene utenat

Vedlegg 3: Spørsmål i spørreskjema (Side 4/7)

22. Har du med deg utstyr i arbeidshverdagen?

Med utstyr menes instrumenter/verktøy for å gjøre pasientundersøkelser.

- 1 Ja
- 2 Av og til
- 3 Nei

23. Hvilke utstyr har du med deg i arbeidshverdagen?

Med utstyr menes instrumenter/verktøy for å gjøre pasientundersøkelser.

- 1 Blodtrykksmansjett eller digitalt blodtrykksapparat
- 2 Stetoskop
- 3 Blodsuktermåler
- 4 Termometer (for måling av feber)
- 5 Pulsoksymeter
- 6 Annet

24. Hvilket annet utstyr har du med deg? (fritekstsvar, tilgjengelig hvis avkrysset «Annet» på spørsmål 23)

25. Opplever du at du har tilgang til nok utstyr?

Med utstyr menes instrumenter/verktøy for å gjøre pasientundersøkelser.

- 1 Ja
- 2 Det varierer
- 3 Jeg må alltid hente utstyret på base/hovedkontor ved behov
- 4 Nei

Vedlegg 3: Spørsmål i spørreskjema (Side 5/7)

26. I hvilke situasjoner bruker du vurderingsverktøy?

Flere svar er mulig

- 1 Akutte pustevansker
- 2 Akutt feber
- 3 Forverring av kronisk tilstand
- 4 Redusert allmenntilstand
- 5 Akutte brystmerter
- 6 Akutte magesmerter
- 7 Nedsatt bevissthetsnivå

- 8 Mistenkt hjerneslag eller annen cerebral hendelse
- 9 Annet

27. I hvilke andre situasjoner bruker du vurderingsverktøy? (fritekstsvaer, tilgjengelig hvis avkrysset «Annet» på spørsmål 26)

Dine erfaringer med bruk av vurderingsverktøy

28. Hender det at du overstyrer vurderingsverktøyets anbefalinger for kontakt med lege?

Dette med bakgrunn i eksempelvis egne observasjoner, andres observasjoner, tilleggsopplysninger eller lignende.

- 1 Svært ofte
- 2 Ofte
- 3 Noen ganger
- 4 Sjelden/aldri

29. Jeg opplever at vurderingsverktøyet hjelper meg til å ta beslutninger om å kontakte lege.

Med lege menes fastlege, legevakt og lignende.

- 1 I svært stor grad
- 2 I stor grad
- 3 I noen grad
- 4 I liten grad
- 5 I svært liten grad

Vedlegg 3: Spørsmål i spørreskjema (Side 6/7)

30. Jeg opplever at vurderingsverktøyet gjør meg tryggere i vurderingene av akutt syke pasienter.

- 1 I svært stor grad
- 2 I stor grad
- 3 I noen grad
- 4 I liten grad
- 5 I svært liten grad

31. Jeg opplever at kommunikasjonen med legevakt blir enklere når jeg har brukt vurderingsverktøyet.

- 1 I svært stor grad
- 2 I stor grad
- 3 I noen grad
- 4 I liten grad
- 5 I svært liten grad

32. Jeg opplever at kommunikasjonen med AMK-sentralen blir enklere når jeg har brukt vurderingsverktøyet.

Med AMK-sentralen menes 113 eller ambulansebestilling, som begge drives av AMK-sentralen.

- 1 I svært stor grad
- 2 I stor grad
- 3 I noen grad
- 4 I liten grad
- 5 I svært liten grad

33. Jeg opplever at jeg har god nok tid til å gjøre grundige vurderinger i møte med akutt syke pasienter.

Med akutt sykdom menes akutt oppstått sykdom eller akutt forverret kronisk sykdom.

- 1 I svært stor grad
- 2 I stor grad
- 3 I noen grad
- 4 I liten grad
- 5 I svært liten grad

Noen siste spørsmål ...

34. Alt i alt, jeg er tilfreds med min nåværende arbeidssituasjon.

- 1 I svært stor grad
- 2 I stor grad
- 3 I noen grad
- 4 I liten grad
- 5 I svært liten grad

35. Alt i alt, jeg føler meg faglig trygg i møte med akutt syke pasienter.

- 1 I svært stor grad
- 2 I stor grad
- 3 I noen grad
- 4 I liten grad
- 5 I svært liten grad

36. Jeg opplever at arbeidsplassen min har fokus på fagutvikling.

Med fagutvikling menes arbeid som øker din faglige kompetanse, herunder faglige oppdateringer, kursing og lignende.

- 1 I svært stor grad
- 2 I stor grad
- 3 I noen grad
- 4 I liten grad
- 5 I svært liten grad

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Vurderingsverktøy i kommunal hjemmebasert tjeneste"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten er å få kunnskap om bruken av vurderingsverktøy i kommunal hjemmebasert tjeneste. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å undersøke bruken av vurderingsverktøy (eksempelvis NEWS2/ABCDE) i kommunal hjemmebasert tjeneste og hvilke faktorer som påvirker sykepleiernes bruk av slike verktøy.

Problemstillingen er:

Hvordan vurderer sykepleiere i kommunale hjemmebaserte omsorgstjenester pasienter i akuttmedisinske situasjoner?

Studien er en masteroppgave, og gjennomføres av masterstudent Stine Brandt ved Universitetet i Sørøst-Norge. Prosjektleder og ansvarlig veileder er Elisabeth Holm Hansen, professor ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge (USN) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du jobber som sykepleier i hjemmebasert tjeneste i en av studiens utvalgte kommuner. Kommunen du jobber i er tilfeldig trukket blant alle kommunene i det som tidligere het Buskerud. Alle sykepleiere som jobber pasientrettet i kommunal hjemmebasert tjeneste i din kommune, samt to andre kommuner, vil få forespørsel om å delta.

Informasjonen du nå har fått, er sendt ut ved hjelp av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Buskerud (USHT), via deres kontaktpersoner i din kommune.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et elektronisk spørreskjema. Dette vil ta deg ca 10-15 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om opplæring i, og bruken av, vurderingsverktøy, samt dine erfaringer rundt bruken av slike verktøy i arbeidshverdagen din. Du vil også få noen spørsmål om deg, som alder, arbeidserfaring og utdanning, men ingen spørsmål som ber deg oppgi sensitive personopplysninger.

Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil heller ikke ha noen konsekvenser for ditt arbeidsforhold eller lignende om du ønsker, eller ikke ønsker, å delta.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Vedlegg 4: Informasjonsskriv (Side 2/2)

Det er kun student og veileder ved USN vil ha tilgang til opplysningene du gir i spørreskjemaet.

Dine opplysninger vil bli samlet inn, behandlet og lagret via Nettskjema. Nettskjema vil ikke lagre mailadresse eller IP-adresse sammen med din besvarelse for senere identifikasjon.

Opplysningene som blir samlet inn vil lagres på en kryptert minnepinne og innelåst når ikke i bruk, for å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til opplysningene du deler i spørreskjemaet.

Du vil ikke kunne kjennes igjen i en ferdig publikasjon, da datamaterialet vil analyseres og presenteres på gruppenivå.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i september 2022. Opplysningene du sender inn vil slettes ved prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Ved å velge å delta i spørreundersøkelsen, anses samtykke som gitt.

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

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Sørøst-Norge, ved student Stine Brandt (tlf: 92 65 02 68, mail: stine.brandt@live.no) eller veileder Elisabeth Holm Hansen (mail: elisabeth.h.hansen@usn.no)
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg (mail: personvernombud@usn.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen


Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)


Eventuelt student

Vurdering

Dato
16.12.2021

Type
Standard

Referansenummer
808792

Prosjekttittel
Vurderingsverktøy i kommunal hjemmebasert tjeneste

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdspag

Prosjektansvarlig
Elisabeth Holm Hansen

Student
Stine Brandt

Prosjektperiode
03.01.2022 - 30.09.2022

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.12.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.09.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

Vedlegg 5: Kvittering for meldeskjema til NSD (Side 2 av 2)

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Spørreskjemaleverandøren vil være databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.
Lykke til med prosjektet!



[Meldeskjema](#) / [Vurderingsverktøy i kommunal hjemmebasert tjeneste](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

808792

Vurderingstype

Standard

Dato

10.10.2022

Prosjektittel

Vurderingsverktøy i kommunal hjemmebasert tjeneste

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig

Elisabeth Holm Hansen

Student

Stine Brandt

Prosjektperiode

03.01.2022 - 26.02.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 26.02.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet. Perioden for behandling av personopplysninger forlenges frem til 26.02.2023 (tidligere 30.09.2022).

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson: Callan Ramewal

Lykke til videre med prosjektet!