

Ingrid Brastad
Anna Aase Omenås

Pasientens tilstand - bare et tall?

Sykepleieres erfaringer med National Early Warning Score på kirurgisk sengepost

Bacheloroppgave i bachelor i sykepleie

Veileder: Anne Dreyer

Mai 2019

Ingrid Brastad
Anna Aase Omenås

Pasientens tilstand - bare et tall?

Sykepleieres erfaringer med National Early Warning Score på kirurgisk sengepost

Bacheloroppgave i bachelor i sykepleie
Veileder: Anne Dreyer
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Hensikten med studiet var å undersøke hvordan sykepleiere på kirurgisk sengepost erfarte å bruke verktøyet National Early Warning Score (NEWS).

Norge er blant de ledende landene i verden når det kommer til kvalitet i helsetjenesten, men det finnes fremdeles rom for forbedring. 13,7% av norske sykehusopphold er forbundet med pasientskade, der flere skjer på grunn av manglende oppdagelse av en forverring i tilstand.

Det ble brukt en kvalitativ metode gjennom individuelle èn-til-èn-intervju. Tre sykepleiere på kirurgisk sengepost med en gjennomsnittsalder på 32 år og bred variasjon i erfaring ble intervjuet. Dataene ble transkribert ordrett og analysert gjennom Malteruds metode systematisk tekstkondensering.

Fem hovedfunn ble identifisert. Det systematiske oppsettet av NEWS ga en økt følelse av trygghet hos sykepleierne, men kunne også oppleves som for fastlåst. Verktøyet kunne true sykepleiernes egne vurderingsevne, samarbeidet var ikke adekvat og det var behov for ytterligere opplæring.

Sykepleierne opplevde NEWS som et godt hjelpeverktøy med flere positive sider. Dog fantes det et stort forbedringspotensiale når det kom til tverrprofesjonelt samarbeid og fleksibiliteten rundt bruken av NEWS.

Abstract

The aim of this study was to explore how nurses at a inpatient surgical unit experienced using the National Early Warning Score (NEWS) tool.

Norway is among the leading countries in the world when it comes to quality in health services, but there is still room for improvement. 13.7% of Norwegian hospital stays are associated with a patient injury, and several occur due to a lack of discovery of a deterioration in condition.

A qualitative method was used through individual interviews. Three nurses on a surgical inpatient unit with an average age of 32 years and wide variation in experience were interviewed. The data was transcribed word for word and analyzed through Malterud's method of systematic text condensation.

Five main findings were identified. The systematic setup of NEWS gave an increased sense of security to the nurses, but could also be perceived as being too stuck. The tool could threaten the nurses' own judgment, the collaboration was not adequate and there was a need for further training.

The nurses experienced NEWS as a good help tool with several positive aspects. However, there was a great potential for improvement when it came to cross-professional collaboration and the flexibility around the use of NEWS.

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært preget av lange kvelder og gode diskusjoner. Det har vært svært lærerikt og spennende og få muligheten til å forske på et tema som opptar og engasjerer oss. Vi sitter igjen med en god følelse og er stolt over egen innsats i denne perioden. Bacheloroppgaven har vært slutten på en fantastisk studieperiode, og vi ser nå frem til å starte en ny hverdag som sykepleiere.

Vi vil med dette benytte muligheten til å takke vår veileder Anne Dreyer og biveileder Rigmor Einang Alnes for god veiledning, støtte og råd i arbeidet med denne studien. Våre medstudenter har også vært gode støttespillere, noe vi setter stor pris på.

En stor takk til avdelingen som ønsket å delta i prosjektet, og sykepleierne som ønsket å dele sine erfaringer med oss.

Sist, men ikke minst, ønsker vi å gi en takk til gjennomlesere for konstruktiv kritikk og gode tilbakemeldinger på oppgaven vår.

Ålesund, mai 2019.

Ingrid Brastad og Anna Aase Omenås.

Innhold

1	Introduksjon	10
1.1	Begrunnelse av tema	10
1.2	Problemstilling	11
1.3	Avgrensning av oppgaven	11
1.4	Begrepsavklaring	11
2	Bakgrunn.....	12
2.1	National Early Warning Score.....	12
2.2	Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet.....	13
2.2.1	<i>I trygge hender 24/7 og tiltakspakken</i>	13
2.3	Juridisk og etisk ansvar.....	14
2.4	Tidligere forskning.....	14
3	Metodebeskrivelse	16
3.1	Metodisk tilnærming og utvalg	16
3.2	Gjennomføring av intervju.....	16
3.3	Dataanalyse	17
3.4	Etisk begrunnelse og konfidensialitet	18
4	Presentasjon av funn.....	20
4.1	Systematikk skaper trygghet	20
4.2	Fastlåsthet og unødig tidsbruk	20
4.3	Tunnelsyn og truet klinisk vurderingsevne	21
4.4	Ikke optimalt samarbeid	21
4.5	Behov for ytterligere opplæring.....	22
5	Diskusjon	24
5.1	Faste rammer og forsvarlighet	24
5.2	Faglig skjønn og kompetanseutvikling	25
5.3	Kommunikasjon og samarbeid	27
5.4	Sykepleiers rolle i kvalitetsarbeid	28
6	Konklusjon.....	30
6.1	Anbefaling til videre forskning.....	30
	Referanser	31
	Vedlegg	34

1 Introduksjon

Norges helse- og omsorgstjenester ligger på *verdenstoppen* når det gjelder tilbud og kvalitet, men til tross for at det fungerer bra på de fleste områder har også helsehjelpen feil, mangler og svikt (Stubberud, 2018, s. 11). I 2017 ble hele 13,7% av pasienter i norske sykehus rammet av pasientskade under oppholdet og 9,2% av disse førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (Helsedirektoratet, 2018, s. 19). Internasjonale studier estimerer at så mye som halvparten av disse hendelsene kunne vært unngått (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 5).

National Early Warning Score, heretter forkortet NEWS, er et systematisk kartleggingsverktøy designet for å hjelpe helsepersonell med å se en eventuell forverring av sykdom i en tidligere fase og klart definere nødvendig klinisk respons (Royal College of Physicians, 2017, s. 2). Verktøyet ble først utgitt i 2012 og har siden det blitt implementert i sykehus over store deler av verden (Royal College of Physicians, 2017, s. 1-2).

I norske sykehusavdelinger står sykepleieren for store deler av pasientkontakten, og sykepleiere innehar stort faglig ansvar for å ivareta pasientens velbefinnende i alle situasjoner (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 22). Dette innebærer blant annet kartlegging av vitale, med andre ord *livsviktige*, målinger (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 29), samt nøyaktige observasjoner av pasienten gjennom fokus på de ofte vage tegnene på en potensiell endret tilstand (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 19). Tidlig oppdagelse, aktuell respons og *kompetansen* som grunnlag bak vurderingene og bestemmelsene i denne responsen er kritisk for resultatet (Royal College of Physicians, 2017, s. 2). Dette presiserer den viktige rollen og oppgaven en sykepleier har for å forhindre uønskede hendelser i et sykehusopphold.

1.1 Begrunnelse av tema

Etter innføringen av NEWS på sykehus i landet startet (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017), ble det relevant for oss som snart nyutdannede sykepleiere å innhente erfaringer og opplevelser knyttet til bruken av verktøyet. Norges befolkning øker og blir eldre, medisinen utvikler seg og behovet for god helsehjelp blir større (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 9). En stor del av arbeidshverdagen som sykepleier innebærer observasjon og kartlegging av vitalia, og å undersøke hvordan dette oppleves for sykepleierne er både viktig og relevant. Imidlertid, synes det å være motstridende erfaringer rundt bruken av NEWS på kirurgiske avdelinger; alt fra frustrasjon, skepsis og tilfredshet. Hvordan verktøyet brukes, og hvorvidt det sees på som valgfritt eller obligatorisk, oppleves også forskjellig.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av det ovennevnte lyder problemstillingen som følger; "hvordan erfarer sykepleiere bruk av NEWS på kirurgisk sengepost?".

1.3 Avgrensning av oppgaven

For å avgrense studien ble det valgt noen bestemte tema knyttet til sykepleieres erfaringer. Hvordan NEWS fungerte sett opp mot tidligere løsninger, hvordan det påvirket deres kompetanse og hvilken innflytelse verktøyet hadde på samarbeidet med andre profesjoner var fokuset i denne studien.

Det har blitt utarbeidet en nyere versjon av NEWS, kalt NEWS2, med enkelte endringer. En av disse endringene innebar oppstart av mobilt intensiv-team (MIT). Erfaringene med MIT har blitt utelatt for å begrense oppgavens omfang, og fordi innføringen skjedde under arbeidet med studien.

1.4 Begrepsavklaring

NEWS2 er versjonen som er brukt i studien, og vil fremover omtales som "NEWS" da det er slik det omtales i praksis. Begrepet *patientscore* eller *score* vil brukes for det genererte tallet man får av å føre inn de vitale parameterne i NEWS-skjemaet. Dette er tallet som bestemmer de videre tiltakene for pasienten og hyppighet av vitale målinger. Med *forverring* menes de akutte sykdommer eller tilstander som i helhet utgjør en fare for pasienten eller på andre vis påvirker pasientens situasjon negativt. Med *faglig skjønn* menes evnen til å handle ut fra forståelse for hele situasjonen (Kristoffersen, 2016a, s. 169). Med *magefølelse* menes den umiddelbare forståelsen for en situasjon uten at det bevisst vurderes eller at det kan konkretiseres nærmere.

2 Bakgrunn

Dette kapitlet gir et teoretisk grunnlag for videre drøfting av problemstillingen, og temaene NEWS, kvalitet og pasientsikkerhet, pasientsikkerhetsprogrammet og sykepleierens juridiske og etiske ansvar vil legges frem. Tidligere forskning innen området vil også presenteres.

2.1 National Early Warning Score

Pasientens kliniske tilstand forverres ofte gradvis, noe som gjelder både pasienter som behandles hjemme, på sykehjem og på sykehus. Å kunne identifisere tegn til forverring på et tidlig tidspunkt er avgjørende og kan begrense utvikling av akutt kritisk sykdom, som for eksempel sepsis. Etterfulgt av en rask og effektiv handling, vil forekomsten av sykdomsforverring og andre uønskede hendelser kunne reduseres (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017).

Physiological parameter	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?		Oxygen		Air			
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Consciousness				Alert			CVPU
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Figur 1: Illustrasjon av NEWS-systemet (Royal College of Physicians, 2017, s. 29)

National Early Warning Score er et systematisk kartleggingsverktøy for helsepersonell. NEWS ble pilotert for første gang i Norge i år 2016, og siden den gang har det kommet oppdateringer og endringer av kartleggingsverktøyet (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). NEWS tar for seg vitale parameter som består av respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, blodtrykk, puls og kroppstemperatur, samt bevissthetsnivå og eventuell forvirring hos pasienten. Målinger av vitale parameter genererer en score som bestemmer videre observasjonsintervaller og tiltak (figur 1). Det gir også konkrete

føringer på når man skal kontakte lege eller annet kyndig helsepersonell (vedlegg 1) (Stubberud, 2018, s. 76-77).

2.2 Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet

Kvalitet i helsetjenesten innebærer at pasientene skal involveres, tjenestene skal være virkningsfulle, tilgjengelige, trygge og samordnet og ressursene skal anvendes fornuftig (Aase, 2015, s. 13). Samfunn, teknologi, kunnskap og kompetanse er i stadig endring, noe som gjør at helsetjenesten må utvikle og forbedre seg for å oppfylle de kravene som stilles til pasientsikkerhet (Stubberud, 2018, s. 12-17). På denne måten driver helse- og omsorgstjenesten kvalitetsarbeid; en kontinuerlig prosess der hensikten er å gjøre behandlingsresultatet til pasienten best mulig (Stubberud, 2018, s. 11-15).

Pasientsikkerhet defineres av Kunnskapssenteret som "*vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser*" (Kunnskapssenteret, referert i Stubberud, 2018, s. 12). Det er for mange pasienter som får unødige skader som følger av behandling de har mottatt eller ikke har fått (Stubberud, 2018, s. 11). Pasientskader kan for eksempel oppstå dersom sykepleiere ikke innehar tilstrekkelig kompetanse i forhold til det som forventes eller kreves i forskjellige situasjoner (Aase, 2015, s. 15). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet henger sammen og vil ha høy prioritet i årene som kommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 41-42).

2.2.1 I trygge hender 24/7 og tiltakspakken

Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24/7 er en av strategiene som ble satt i gang for unngå unødig skade ved å styrke pasientsikkerheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 41-42). Programmet hadde oppstart i 2014 og var en strategi som skulle gå over fem år. Programmet som drives av Helsedirektoratet har som mål å redusere pasientskader. Dette gjøres ved hjelp av målrettede tiltak som å bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). Pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet i januar 2019, men arbeidet og konseptet lever videre under navnet I trygge hender 24/7. Det er valgt ut en rekke innsatsområder med konkrete forbedringstiltak, hvor *tidlig oppdagelse av forverret tilstand er blant dem*. Dette baserer seg på egen erfaringskunnskap, andre lands erfaringer og internasjonal forskning. De er også definert av en nasjonal sammensatt ekspertgruppe (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). Tiltakene for forbedring omfatter..

1. Etablere tverrfaglig undervisning og simulering
2. Bruk validert verktøy for observasjon, skåring og respons
3. Gjennomfør sikker muntlig kommunikasjon
4. Tilkall kvalifisert hjelp ved forverret tilstand
5. Involvere pasienter og pårørende

Dette innebærer blant annet ISBAR som skal sikre god muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell. ISBAR er et akronym for identitet, situasjon, bakgrunn, aktuelt, og råd til

løsning (Stubberud, 2018, s. 59). Stikkordene sier noe om hvilken informasjon det er viktig å rapportere til lege når pasientens tilstand forverres. Verktøyet bidrar til mindre misforståelser og mer effektivt samarbeid (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 34).

2.3 Juridisk og etisk ansvar

Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2016). Gjennom spesialisthelsetjenestelovens §3-4a (1999) er helsepersonell, deriblant den enkelte sykepleier og ledelsen, pliktig til å drive kvalitetsarbeid for å gjøre helsehjelpen så trygg og sikker som mulig. Helsepersonell er også pålagt å drive hjelp som er faglig forsvarlig og omsorgsfull, og som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner. Ved situasjoner hvor deres kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelig, pålegges helsepersonell å innhente bistand og samarbeide med kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999, §4). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere forplikter også sykepleier å yte forsvarlig helsehjelp, hindre lidelse, og forebygge sykdom, jf. punkt 1.3, 2.9 og 2.3 (Norsk sykepleierforbund, 2016).

2.4 Tidligere forskning

Det ble gjort søk i ulike databaser som CINAHL, PubMed og Oria for å orienteres i de ulike teamene som var relevant for studien. For å finne frem til forskning ble det benyttet ulike kombinasjoner av søkeordene "nurse", "National Early Warning Score", "patient deterioration" og "communication". Det ble ikke funnet forskning som direkte belyste problemstillingen i denne studien, og det var lite forskning fra nyere tid som tok for seg National Early Warning Score i et sykepleieperspektiv. Dog var det en rekke studier som tok for seg erfaringene av *generelle* track-and-trigger-system, eller andre verktøy med lik hensikt. Det var også et omfattende antall forskningsartikler som omhandlet sykepleieres erfaringer med forverring av tilstand på sengepost.

En norsk observasjonsstudie utført av Jensen, Skår og Tveit (2019) undersøkte sykepleieres oppfatninger og reaksjoner på NEWS. Resultatene baserte seg på sykepleierne handlinger, interaksjoner, kommentarer og diskusjoner under simuleringer med NEWS. Det kom frem tre tema som skapte reaksjoner blant deltakerne. Verktøyet kunne bli et hjelpemiddel *eller* en barriere for vurderingen av pasienten, det kunne være gunstig *eller* øke stresset i avdelingen, og verktøyet kunne oppfattes som enten valgfritt *eller* obligatorisk. Sykepleierne fryktet i tillegg mer arbeid.

To studier tok for seg MEWS (Modified Early Warning Score) i forskningen; et system som har svært like trekk som NEWS. Donohue og Endacott (2010) gjennomførte en studie i Storbritannia med hensikt å undersøke hvordan identifisering av forverring i tilstand foregikk. De identifiserte også hvordan de ulike medlemmene av et tverrprofesjonelt team handlet når en pasients tilstand forverret seg. De fant ut at systemene for å oppdage forverring tidligere ble mest brukt for å *bekreft*e forverring når det allerede hadde blitt oppdaget gjennom visuell observasjon. Kommunikasjonen var heller ikke adekvat. En studie utført av Dalton, Harrison, Malin og Leavey (2018) hadde som hensikt å finne ut av hvilke faktorer som påvirket en sykepleiers vurdering av en pasient i forverring, og hvordan de responderte på dette. De fant ut at relasjoner med

legene hadde innflytelse på sykepleiers vurdering. De erfarte ingen problemer med å eskalere pasientens pleie når poengscoren var høy, men opplevde det som utfordrende når scoren var lav.

3 Metodebeskrivelse

Datainnsamlingen i denne studien er basert på kvalitative intervjuer. Dette kapitlet beskriver benyttede forskningsmetoder, herunder beskrivelse av utvalg, intervjuguiden, håndtering av informanter, og analysemetode.

3.1 Metodisk tilnærming og utvalg

Denne oppgaven benytter kvalitative intervju for å svare på problemstillingen. En slik tilnærming åpner opp for å styrke forståelsen av et menneskes erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger, og egnet seg godt for den valgte problemstillingen (Malterud, 2017, s. 31).

Forskningen foregikk på et middels stort sykehus med et behandlingsansvar på mellom 90 000 og 100 000 mennesker. Sykehuset har 68 kirurgiske sengeplasser fordelt på bløtvevskirurgi og ortopedi. Tre sykepleiere ble intervjuet individuelt. Deltakerne hadde en gjennomsnittsalder på 32 år og deres sykepleiefaglige erfaring varierte fra ett år til 18 år. Denne variasjonen ga studien et representativt utvalg. Inklusjonskriteriene innebar at deltakerne skulle ha minst ett år erfaring, og arbeide som sykepleier på kirurgisk sengepost. De som var interessert i å delta i prosjektet tok direkte kontakt, og de tre første som oppfylte kriteriene ble inkludert i studien. På grunn av oppgavens omfang måtte antallet deltakere begrenses.

3.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble holdt våren 2019, og tok sted der deltakerne selv ønsket for å skape størst mulig trygghet for deltakerne (Christoffersen et al, 2015, s. 84). Intervjuene hadde en varighet på omtrent 30 minutter. Det ble gjennomført én-til-én intervju da denne intervjuformen kunne gi de fyldige beskrivelsene av deltakernes erfaringer, oppfatninger, meninger, følelser og refleksjoner som var hensikten med studien. En annen grunn til at denne intervjuformen ble valgt er at den gir den enkelte deltakeren mulighet til å si og mene det han eller hun ønsker uten å bli påvirket av andre eller holde tilbake på informasjon (Christoffersen et al, 2015, s. 72). Ettersom NEWS kunne være et tema det var uenighet om, var dette en viktig forutsetning for studien.

Intervjuguiden ble utformet for å skape struktur i intervjuet, og inneholdt en liste over spørsmål som skulle gjennomgås (se vedlegg 3). Å bruke en semistrukturert intervjuguide førte til en sammenheng mellom intervjuene og at alle temaene som skulle utforskes ble besvart. En slik struktur skapte også en fleksibilitet som førte til naturlige oppfølgingsspørsmål fra forskerne til informantene. Dette gjorde situasjonen mer uformell og det kan ha blitt lettere for deltakerne å snakke åpent rundt de ulike temaene (Christoffersen et al, 2015, s. 74-75). Spørsmålene ble utformet på grunnlag av tidligere forskning på lignende tema og tidligere erfaringer fra praksisfeltet.

Intervjuet startet med en innledning der forskerne presenterte seg selv, oppgavens- og intervjuets innhold, og det ble stilt faktaspørsmål og introduksjonsspørsmål om blant

annet alder, utdanning og erfaringer. Videre kom forskningsspørsmålene som utgjorde store deler av intervjuet og som ga informasjon og data for prosjektets problemstilling. Intervjuet avsluttet med å informere om at vi gikk inn i de avsluttende spørsmålene og det ble gitt mulighet for ytterligere kommentarer og tilføyinger (Christoffersen et al, 2015, s. 73-76). Det ble benyttet åpne spørsmål gjennom hele intervjuet for å unngå at informanten ble påvirket på noe vis. Intervjuene inviterte også til refleksjon gjennom oppfølgingsspørsmål. For å dokumentere intervjuet og få med all informasjon ble det brukt lydopptaker (Christoffersen et al, 2015, s. 79-80).

3.3 Dataanalyse

I analysen ble det benyttet en tværgående metode hvor deltakernes *variasjoner* i erfaringer, følelser og holdninger ble sammenfattet (Malterud, 2017, s. 93). For å få et helhetlig bilde av sykepleiernes erfaringer var det en viktig forutsetning å kunne få frem de omstridte sidene, og samtidig opplevelsene det var samstemmighet om. Det ble benyttet systematisk tekstkondensering for å analysere data; en enkel og organisert metode for analysering av kvalitative data som deles inn i følgende fire trinn; helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og til slutt syntese (Malterud, 2017, s. 98).

- 1) *total impression - from chaos to themes;*
- 2) *identifying and sorting meaning units - from themes to codes;*
- 3) *condensation - from code to meaning;*
- 4) *synthesizing - from condensation to descriptions and concepts. (Malterud, 2012, s. 796).*

I første trinn, *danning av helhetsinntrykk*, ble transkribert tekst grundig gjennomgått av begge forskerne. For å bli bevisst over egen forforståelse måtte denne diskuteres og bli forsøkt tilsidesatt gjennom analysen. Transkriptet, som den første fasen av en analyse, ble systematisk satt opp etter at den var transkribert ord for ord av forskerne. Dette ville føre til et nærmere forhold til materialet og at meningsanalysen kunne begynne allerede da (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 207). At personene som er tilstede på intervjuet, også transkriberer, reduserer også sjansen for at den helhetlige forståelsen for materialet går tapt når det oversettes fra muntlig til skriftlig form (Dalland, 2013, s. 179). Fokuset var på det helhetlige inntrykket den transkriberte teksten ga, og det ble utarbeidet *foreløpige* temaer om de ulike erfaringene sykepleierne i studien hadde med NEWS (Malterud, 2017, s. 99).

I neste trinn, *identifisering av meningsbærende enheter*, ble materialet som var interessant for problemstillingen organisert videre, og irrelevant materiale ble satt til side. Diskusjon av de foreløpige temaene og hvordan de kunne besvare valgt problemstilling var sentralt i denne fasen, og temaene ble reformulert som følger av dette. Deretter ble transkribert materiale systematisk gjennomgått, og gitt en kode (Malterud, 2017, s. 101). Denne kodingen innebar at meningsbærende enheter ble identifisert, klassifisert og sortert i grupper som potensielt hadde noe til felles (Malterud, 2012, s. 797). Noen av gruppene måtte splittes, det ble identifisert nye og noen ble kuttet ut under denne prosessen. Det ble til slutt fem kodegrupper; at systematikk

skapte trygghet, at det var lite rom for individuell tilpasning og at verktøyet kunne true ens kliniske vurderingsevne. Sykepleierne opplevde også at samarbeidet rundt bruken av NEWS kunne forbedres og ytterligere opplæring kunne være nødvendig.

I kondenseringen, *fra kode til abstrahert meningsinnhold*, ble det dannet subgrupper og de meningsbærende enhetene ble kondensert og funnet mening i. Hver og en meningsbærende enhet ble gjennomgått, og det ble vurdert om den i seg selv svarte på problemstillingen og om den passet inn under subgruppen. Kondensatet i seg selv skulle representere meningene til deltakerne i studien (Malterud, 2017, s. 106).

Siste trinn, syntesedelen, bestod av å syntetisere og sammenfatte funnene i studien og kontrollere om den nye syntesen var tro mot deltakernes faktiske utsagn og meninger (Malterud, 2017, s. 108). Det endelige kondensatet ble sammensatt til en tekst som illustrerte deltakernes beskrivelser og erfaringer, og knyttet sammen til et passende sitat. Til slutt ble de sammenfattende tekstene validert opp mot det opprinnelige materialet, tekstkondensatet, for å sikre at de to tekstene hadde samme mening (Malterud, 2017, s. 110).

3.4 Etisk begrunnelse og konfidensialitet

Etiske problemstillinger preger hele forløpet av en empirisk studie. Forskning er underlagt etiske standarder for å ivareta deltakernes personvern og rettigheter, samt for å sikre resultatets troverdighet (Dalland, 2013, s. 96). I tillegg til at forskningen kan utfordre moralske verdier, reguleres også forskning av lovverk og forskrifter (Malterud, 2017, s. 211). Å identifisere de etiske problemstillingene studien kunne medføre og hvordan disse ble håndtert var derfor essensielt (Dalland, 2013, s. 95).

For å sikre at deltakelsen var frivillig og at deltakerne forstod hva det innebar, ble det utarbeidet et samtykkeskjema som ble utlevert før påmelding. Dette skjemaet inneholdt informasjon om studiens formål, metode og offentliggjøring ved studiens slutt (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 104). Deltakerne ble også informert om deres rett til å trekke seg fra studien (Christoffersen, 2015, s. 45). For å ivareta deltakernes konfidensialitet og personvern ble de aidentifisert gjennom bruken av koder i stedet for navn, samt gjennom å anonymisere sensitive opplysninger slik at informasjonen ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner (Dalland, 2013, s. 102). Lyddopptak ble lagret på en passordbeskyttet og sikker nettsky, og slettet ved studiens slutt.

Mulige konsekvenser for informantenes deltakelse ble vurdert. En kvalitativ studie som bygger på erfaringer, og som foregikk på en liten sengepost, kunne føre til problematiske situasjoner når funnene ble presentert for feltet (Dalland, 2013, s. 107). Siden studien kunne avdekke funn som kunne bli ubehagelig å få belyst, måtte det utøves aktsomhet i måten funnene ble lagt fram på. Sammen med ivaretagelsen av konfidensialitet, var det også viktig at materialet forble lojalt mot deltakernes faktiske utsagn, både gjennom transkriberingsfasen og gjennom formidling av resultatene. Det måtte reflekteres over hvor kritisk intervjuet kunne tolkes, og hvorvidt det ferdige materialet var tro mot deltakernes faktiske utsagn (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 97).

Da det ble benyttet en kvalitativ intervjumetode som gjør at personopplysninger fra deltakerne oppgis, medfører det en meldeplikt til personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, forkortet NSD (Christoffersen et al, 2015, s. 48). Etter at prosjektet fikk godkjenning fra NSD, med saksnummer 125423, kunne intervjuprosessen starte.

4 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil resultatene av analysen bli presentert. Funnene kan deles inn i fem hovedgrupper. Økt trygghet, manglende fleksibilitet, truet klinisk vurderingsevne, ikke adekvat samarbeid og behov for ytterligere opplæring var hovedfunnene.

4.1 Systematikk skaper trygghet

Sykepleierne meddelte at de følte seg tryggere i arbeidshverdagen, og at NEWS-verktøyet ga de større selvtillit i forhold til å ta beslutninger og avgjørelser for pasienten. De følte seg mindre usikre når det gjaldt å kontakte andre profesjoner eller avdelinger på grunn av de klare retningslinjene. Dette ga stor grad av trygghet for blant annet nyutdannede sykepleiere med begrenset erfaring. En sykepleier fortalte at verktøyet også ga henne følelsen av økt kontroll.

"(...) et hjelpemiddel for å få meg til å føle meg sikker på at jeg faktisk har gjort de riktige avgjørelsene og tatt de riktige bestemmelsene."

Alle sykepleierne som deltok i studien uttrykte at NEWS var et verktøy som bidro til at man lettere så pasientens tilstand, og at det i enkelte tilfeller hadde avdekket forverring alene eller bekreftet en magefølelse om at noe var galt. En informant fortalte at det var et spesielt godt hjelpemiddel for å avdekke en begynnende sepsis, og hun erfarte også at det gikk *raskere* å oppdage tilstanden enn tidligere.

"(...) for de med sepsis, der er det helt gull verdt."

Deltakerne var enige om at verktøyet var oversiktlig, og at det var svært nyttig å ha mulighet til å se pasientens tidligere vitale målinger og dermed kunne observere utviklingen av disse. Det var også en oppfatning av at kunnskapen om generelle normalverdier hadde økt på avdelingen. Måling av vitalia opplevdes som mer gjennomført enn før; det var enklere å huske å ta målingene og målingene ble utført mer korrekt. Deltakerne uttrykte også blant annet at måling av respirasjonsfrekvens hadde forbedret seg, samt at observasjon av pasientens pustemønster også ble kartlagt bedre enn tidligere. En sykepleier fortalte at *"(...) dette var et verktøy som trengtes"*.

4.2 Fastlåsthet og unødig tidsbruk

Alle sykepleierne som deltok i studien opplevde at retningslinjene kunne gjøre systemet noe firkantet, blant annet fordi pasientens score ikke alltid var realistisk i forhold til pasientens tilstand. Deltakerne beskrev på ulike vis at NEWS også kunne bli tidkrevende. Ofte måtte de utføre unødvendige målinger på pasienter som i realiteten ikke hadde

behov for det, og de ga uttrykk for at antallet på disse målingene kunne være stort i løpet av en dag.

Det kommer frem at sykepleierne noen ganger går vekk i fra NEWS veilederen og lager sine egne regler ut i fra pasientens tilstand. En sykepleier fortalte følgende; *"Jeg tenker at det ikke er et opplegg man skal følge slavisk, men det er en god veileder"*. Dette var en felles tanke for alle deltakerne i studien. En sykepleier begrunnet dette med at hun opplevde NEWS som lite fleksibelt, blant annet grunnet de forskjellige pasientgruppene på posten. Informantene erfarte også at de nesten alltid hadde pasienter med et naturlig avvik på vitalia av ulike grunner. Sykepleierne følte med andre ord at det ikke var tilpasset til den enkelte pasient, og at dette kunne oppleves frustrerende.

Retningslinjene forteller at ved en pasientscore på 6-7 eller mer så skulle lege kontaktes. Sykepleierne erfarte at dette kunne føre til feilmeldinger til legene, da situasjonen til pasienten ikke alltid var forenlig med at pasienten trengte tilsyn av lege. En sykepleier sa:

"Det blir litt for låst syns jeg, mange synes at man mister litt den egne vurderingsevnen ..."

4.3 Tunnelsyn og truet klinisk vurderingsevne

Det var stor enighet blant sykepleierne om viktigheten av å ikke miste sin kliniske kompetanse og vurderingsevne ved siden av verktøyet. En deltaker fortalte at det i en travel hverdag kunne bli for stort fokus på den endelige scoren, og at en fort kunne miste evnen til å vurdere pasienten som en helhet. Pasientens grunnlidelser ga ofte utslag på scoren uten at det nødvendigvis var noe som var akutt galt, og pasienten kunne være dårlig selv om scoren var lav.

"Mye som koker oppe i hodet, du ser at scoren er høy, du får litt tunnelsyn på den scoren, du glemmer alt det som er rundt".

Sykepleierne var likevel klar over denne potensielle fellen, og de var enige om at den sykepleiefaglige kompetansen alltid skulle komme først. En sykepleier vektla at man måtte unngå å bruke NEWS som noe annet enn et *hjelpemiddel*, men at dette til tider kunne være utfordrende. De kunne ikke stole blindt på den endelige scoren, og måtte bruke skjønn.

"Man må ikke glemme å bruke sin sykepleiefaglige kompetanse og skjønn."

4.4 Ikke optimalt samarbeid

I intervjuet ble det stilt spørsmål om samarbeid og kommunikasjon rundt NEWS. En av sykepleierne hevdet at hun opplevde en vesentlig forskjell på leger når det kom til kunnskap rundt verktøyet, spesielt i startfasen. To av sykepleierne erfarte at det ikke hadde betydning om legene var nyutdannet eller erfaren, mens en av sykepleierne

opplevde at de mer erfarne legene var noe mer skeptisk og hadde mindre vilje til å tilegne seg kunnskap rundt NEWS enn de nyere legene.

"Noen har hørt om det, noen vil ikke vite om det, noen er veldig flinke med det".

Det kom frem at sykepleierne opplevde det enklere å kontakte andre profesjoner etter at NEWS ble innført. Ved spørsmål om lege alltid ble kontaktet når scoren tilsa det var sykepleierne uenige. Noen fortalte at lege alltid ble kontaktet, andre sa at dette ikke alltid ble gjort. En sykepleier opplevde også at enkelte leger måtte "pushes" før de kom på avdeling for å se til pasienter når NEWS scoren sa at tilsyn var nødvendig. En annen sykepleier hadde erfart at legen hun snakket med ikke skjønnte hva hun sa når hun presenterte en pasientscore.

"Leger brukte ikke NEWS i begynnelsen, det var flere leger som ikke skjønnte hva det var og det førte til forvirring".

Informantene fortalte at legene ønsket at vitale parameter også ble skrevet på medisinkurven. Dette resulterte i dobbeltføring og sykepleierne opplevde dette som tidkrevende og unødvendig. Deltakerne erfarte at individuelle NEWS-intervaller for enkelte pasienter kunne avtales, men det var som regel sykepleierne som måtte foreslå en slik avtale.

En av deltakerne fortalte en historie der en pasient hadde vært svært dårlig, og NEWS scoren ga grunn til å kontakte lege. Dette ble mot formodning ikke gjort, uten at deltakeren utdypet hvorfor. Etter hvert sank NEWS scoren igjen og pasienten ble bedre. Sykepleieren som forteller dette presiserer at i denne situasjonen burde det blitt kontaktet lege, og at de har lært av denne hendelsen. Lederen i avdelingen hadde også fulgt opp denne saken og stilt spørsmålstegn til hvorfor prosedyren ikke ble fulgt. En av informantene opplevde at holdningen til NEWS blant sykepleierne på post har endret seg med tiden. Til å begynne med var mange negativ til NEWS, men dette hadde forandret seg og hun opplevde nå at de fleste var fornøyd med kartleggingsverktøyet.

"(...) bare alle tenker at det er positivt, så blir det enda bedre."

4.5 Behov for ytterligere opplæring

Det var varierende respons innen temaet opplæring. Opplæringen hadde vært på mellom 45 minutter og to timer. Noen av sykepleierne mente at dette var adekvat, mens andre hadde et tydelig ønske om mer undervisning. Det kom også frem at enkelte på avdelingen brukte verktøyet på feil vis; for eksempel på gravide kvinner.

"Også skulle det nok vært mer undervisning sammen med legene, slik at vi var på samme tankegang angående NEWS."

Enkelte opplevde at det var et stort kunnskapsgap mellom ulike profesjoner, og ønsket mer tverrfaglig undervisning. Muligheten for oppfriskning var óg et ønske fra den ene deltakeren, som ønsket dette i form av for eksempel e-læringskurs.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil resultatene fra analysen drøftes opp mot teori og annen forskning på temaet. Kapitlet vil innledes med en kort metodediskusjon.

Under intervjuene var begge forskerne tilstede, som førte til en økt nærhet til materialet og bidro til at begge forskerne fikk en felles forståelse for hva deltakerne formidlet (Dalland, 2013, s. 177). Transkribering foregikk også i fellesskap, da dette ville gi bedre kjennskap til materialet og dermed gjøre analysen mer presis. Forhold som kan medføre at studien ble svakere er lite antall informanter. Et større antall kunne gitt studien mer fylldige beskrivelser som svar på problemstillingen. Sykepleierne uttrykte heller ikke bare hva de selv erfarte, men også hvordan de erfarte at kollegaene deres opplevde verktøyet. Dette kunne være med å bidra til feilkilder. Variasjonen i alder og erfaring kunne bidra til et mer representativt bilde, men til tross for at dette i seg selv ikke er et mål for kvalitative studier (Christoffersen, 2015, s. 89) ses det på som en fordel i denne studien.

5.1 Faste rammer og forsvarlighet

Sykepleierne som deltok i studien hadde en felles oppfatning av at NEWS var et positivt tilskudd i arbeidshverdagen. De opplevde at vitale målinger av pasienten fikk et større fokus enn tidligere, og resultatet var økt følelse av kontroll. De felles retningslinjene førte til bedre systematikk, og siden all informasjon om pasientens vitalia var samlet ble det lettere å følge med på utviklingen. Det kan tolkes at sykepleierne, som et resultat av dette, følte bedre kontroll fordi de opplevde at systemet kunne gi dem en slags advarsel før alvorlige hendelser inntraff. Systematikk i dokumentasjon gir også ifølge Skaug (2016, s. 345) bedre koordinert pasientforløp, samt bedre grunnlag for samhandling; som også kunne være en medvirkende faktor for at sykepleiernes erfaringer.

Økt standardisering som tiltak kan ikke alene ivareta kvaliteten. Flexibilitet, og muligheten til å tilpasse tilbudet til hver enkelt pasient, spiller også en viktig rolle (Kirkevold, 2016, s. 271). NEWS brakte med seg endringer som av sykepleierne ble oppfattet som mindre positivt, blant annet unødvendig tids- og ressursbruk som følge av at det fremsto som lite tilpasset den enkelte pasient. I følge norske helsemyndigheter innebærer kvalitet i helse- og omsorgstjenesten at tjenesten utnytter ressursene på en god måte (Stubberud, 2018, s. 17). At sykepleierne brukte tid på å kartlegge vitale parameter hos relativt friske pasienter, kunne føre til mindre observasjoner av pasienter som stod i en reell fare for sykdomsutvikling. Dette opplevde sykepleierne som frustrerende, siden tiden som allerede var knapp ikke ble brukt på en hensiktsmessig måte. Et av de viktigste kravene en pasient har i møte med helse- og omsorgstjenesten er at helsehjelpen er sikker og trygg. Pasientens sikkerhet kan trues både direkte og indirekte om sykepleieren ikke er forsvarlig (Kirkevold, 2016, s. 273 & Stubberud, 2018, s. 19-21), og sykepleierne opplevde det til tider utfordrende å handle korrekt. Dette kan tolkes å grunne i at sykepleierne følte de var pliktige til å følge et system som førte til unødig tidsbruk, og som kunne gå på bekostning av pasienter som hadde et større behov for ressursene.

Hvorvidt pleien som pasienten mottok var bedret etter innføringen av NEWS virket for deltakerne noe uklart. Dersom retningslinjene ble fulgt slavisk ville verktøyet bidra til nøye observasjon av pasientens vitale parameter, men dette kunne òg gå på bekostning av annen viktig behandling på grunn av tids- og ressursmangel. Sykepleierne i studien løste den konflikten ved å selektere ut pasientene de mente stod i fare for en forverring av tilstand. Pasientene som var ferdigbehandlet eller av naturlige grunner hadde avvik på sine vitale målinger ble nedprioritert. Dette skjedde spesielt når det var stor pasientbelastning og mye arbeid på avdelingen. Å håndtere retningslinjene på denne måten er ikke sykepleierne i studien alene om. I en studie utført av Jensen et al. (2019, s. 6) forteller sykepleierne om erfaringer som stemmer overens med dette funnet. De gikk også vekk fra retningslinjene der de følte det var forsvarlig.

Det foreligger flere grunner til at sykepleiere til tider opptrer uaktsomt overfor pasienter. Tre av grunnene kan være mangel på tid, ressurser og at prosedyrer ikke blir fulgt på riktig måte (Kirkevold, 2016, s. 273-279). Retningslinjene NEWS fører med seg gjør det tydelig når lege skal kontaktes. To av sykepleierne erfarte at dette ikke nødvendigvis ble gjort, selv om pasientscoren tilsa det. En av grunnene var at de anså pasientsituasjonen som fredelig og at lege derfor ikke trengte å informeres. At nasjonale og lokale retningslinjer og prosedyrer ikke blir fulgt til en hver tid er et problem. En av årsakene til at retningslinjene ikke blir fulgt kan ifølge Stubberud (2018, s. 19) være at de står i strid med egen faglig vurdering. Dette stemmer overens med oppfatningen til sykepleierne i denne studien.

At prosedyrer og kliniske prosesser ikke blir fulgt er i henhold til Helse- og omsorgsdepartementet (2017) den største bristen for pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. For å unngå uønskede hendelser for pasienten råder helsemyndighetene til å ta i bruk retningslinjer og fagprosedyrer. Stubberud (2018, s. 19) sier at: *"45% av avviksmeldingene i 2016 omfattet avvik knyttet til kliniske prosesser og prosedyrer"*, som kan antyde at pasienten ikke har fått rett behandling eller at faglige prosedyrer ikke er blitt fulgt (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleierne som deltok i undersøkelsen ga uttrykk for at deres faglige kompetanse måtte komme først, og siden pasientscoren ikke alltid var realistisk med pasientens tilstand, måtte det brukes skjønn i arbeidet. Så selv om retningslinjene er og oppleves fastlåst tyder det på at sykepleiere gikk vekk i fra disse og brukte faglig skjønn i vurderingen på videre tiltak.

5.2 Faglig skjønn og kompetanseutvikling

Til tross for at informantene så på NEWS som et svært godt hjelpemiddel for å oppdage tidlig forverring i tilstand, kom det frem i studien at sykepleierne opplevde at deres egne vurderingsevne kunne trues. Å aktivt bruke faglig skjønn og erfaringen de hadde bygd opp var viktig for sykepleierne, som i følge Holter (2011, s. 140) er et særegent kjennetegn for yrket og et viktig element i sikring av god yrkesutøvelse. Informantene var alle klare over den potensielle fellen, men kjente at fokuset på endelig score i en travel hverdag ble for stort og at situasjoner dermed kunne overses. Disse funnene stemmer overens med studien utført av Jensen et al. (2019, s. 5), hvor det kom frem en tydelig bekymring om at standardiserte verktøy kunne virke inn på evnen til å ta egne

vurderinger. Dette kunne gå på bekostning av subjektive målinger som diurese, smerter og pasientens helhetlige situasjon.

Informantene erfarte at selv om en pasients tilstand hadde forverret seg, ga ikke dette alltid utslag på NEWS. For å oppdage dette var de med andre ord avhengige av å vurdere situasjonen og forutse mulig utvikling gjennom faglig skjønn, som sykepleierne i studien satte svært høyt. Selv om NEWS oppdaget flere tilfeller av forverring, opplevde sykepleierne ofte følelsen av at noe var galt selv når målingene var fine og scoren var null. Dette kommer også frem i en studie utført av Odell et al, hvor denne magefølelsen oppdaget *flere* tilfeller av forverring enn gjennom rutineobservasjon (2018, s. 2000-2001). Det er til tross for dette knyttet store feilkilder til bruk av magefølelse alene (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 25). Egne evner kan overvurderes, og ved å ikke kritisk bedømme sin egen vurderingsevne kan uheldige situasjoner oppstå. Med andre ord kan den ikke stoles blindt på (Kristoffersen, 2016a, s. 166).

Det settes et viktig skille mellom faglig skjønn hos erfarne og uerfarne sykepleiere (Kristoffersen, 2016a, s. 167). Hvordan deltakerne i studien satte sin egne kompetanse og erfaring kom ikke tydelig frem, men antall år i yrket var variert, og det kunne tolkes at sykepleierne med mest erfaring brukte skjønnet mer aktivt. Det å tyde en pasients tilstand er i flere tilfeller knyttet til usikkerhet, da spesielt når den er basert på utelukkende egne meninger (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 25). De ferskeste sykepleierne kunne derfor se på NEWS som et mindre frustrerende verktøy, ettersom skjønnet deres ikke ble utfordret i like stor grad som hos de erfarne sykepleierne.

Konflikten mellom subjektive vurderinger og objektive indikatorer på at noe kan være galt er en kjent problemstilling (Dalton et al, 2018 & Jensen et al, 2019), og hvorvidt sykepleie skal standardiseres ytterligere og om faglig skjønn blir nedprioritert som konsekvens aktualiseres. Dog er sykepleiernes bakgrunn, erfaring og *kompetanse* viktige aspekter når magefølelse eller faglig skjønn skal settes *før* retningslinjer som NEWS, da en er avhengig av at kompetansen er tilstrekkelig for å ta vurderingene (Kristoffersen, 2016a, s. 167). Det settes et ansvar hos ledelsen å drive både kompetanseutvikling og kompetansekartlegging (Stubberud, 2018, s. 26). Hvorvidt sykepleierne følte et direkte behov for videre kompetansebygging var uklart, men de viste kritisk refleksjon over egen utøvelse i yrket; som i seg selv er et viktig aspekt i utviklingen av kompetanse (Kristoffersen, 2016a, s. 171).

Det kom frem i studien at sykepleiernes generelle kunnskap om vitale målinger og forverring hadde økt etter implementeringen av NEWS. Dette kan tolkes til å være et resultat av et større fokus på tema og at sengeposten skulle bruke verktøyet i et felleskap. Å videre bygge på dette, og gjennom å legge til rette for refleksjon og utveksling av tidligere erfaringer kan kompetansen økes. Simulering har også gjennom forskning vist seg å være en god mulighet for å utvikle vurderingsevnen (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 25). Sykepleiere med mer erfaring kan også, gjennom såkalt mesterlære, utgjøre gode eksempler for nyutdannede sykepleiere (Kristoffersen, 2016a, s. 171). Sammen kan dette gi en bedre mulighet for sykepleierne å kombinere NEWS, faglig skjønn og kunnskapsbasert praksis, og dermed øke kvaliteten på sykepleien og pasientsikkerheten (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 25).

5.3 Kommunikasjon og samarbeid

Sykepleier bruker mer tid på samarbeid med lege enn andre yrkesgrupper, og noe av det sykepleiere angir som det viktigste de samarbeider om er forandring i pasientens helsetilstand (Kristoffersen, 2016b, s. 229). Sykepleierne i studien hadde positive erfaringer rundt samarbeidet med leger, blant annet at NEWS ble et *felles språk* for yrkesgruppene. De kunne ringe å fortelle hva NEWS-scoren til en pasient var og de fleste legene skjønnte umiddelbart hva det var snakk om og hvordan de skulle handle videre. Teamarbeid mellom profesjoner kan gjøre pasientens behandlingsresultat bedre, og et vellykket samarbeid medfører dessuten økt effektivitet og virker tilfredsstillende blant medarbeidere. Men teamarbeid kan også fungere mot sin hensikt og skape dårligere pasientbehandling, konflikter, produktivitetstap og mistriivsel blant ansatte (Stubberud, 2018, s. 56).

To av informantene hadde erfart at legen de snakket med ikke hadde den nødvendige kunnskapen om NEWS, og at de måtte bruke tid og forklare hva scoren og tiltakene innebar for at legen skulle vite hva som skulle skje videre. Dette opplevdes frustrerende for sykepleierne. Noen av sykepleierne ga også uttrykk for at enkelte leger hadde en negativ holdning til NEWS, og at de ikke virket interessert i å bruke det. Stubberud (2018, s. 59) sier at bristende kommunikasjon kan medføre et negativt utfall for pasientens behandling. Dette setter lys på hvor viktig det er for pasienten at kommunikasjonen fungerer mellom yrkesgruppene, og da spesielt for sykepleiere som observerer endringer hos pasienter og melder dette til lege for videre tiltak. Ved å bruke ISBAR sammen med NEWS, sikrer sykepleiere strukturert kommunikasjon med lege, samt at pasientens behandling blir kvalitetssikret (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 34).

Det hendte at sykepleierne kom over pasienter de opplevde som dårlig gjennom subjektive observasjoner, men som hadde en score på null. Noen av sykepleierne erfarte da at det var vanskelig å få lege til å komme på tilsyn eller sette igang tiltak da situasjonen ikke ble oppfattet som truende. Relasjon kommer frem som et viktig moment når det er snakk om samarbeid. Om legene fremsto omgjengelige og lette å prate med, opplevdes samarbeidet enklere (Aase og Hansen, 2015, s. 213). I en studie av Donohue & Endacott (2010, s. 14-15) kom det fram at sykepleierne stolte mer på erfarne leger med tanke på forverret tilstand hos pasienten. Dette fordi de nyutdannede legene fremstod usikre når videre tiltak skulle igangsettes. I denne studien erfarte noen av sykepleierne at de nyutdannede legene var mer motiverte til å bruke NEWS. Det ble ikke sagt noe om at sykepleierne foretrakk samarbeid med erfarne leger over samarbeid med nyutdannede leger. Det kan tyde på at sykepleiere opplever det enklere å samarbeide med nyutdannede leger når det gjelder å følge retningslinjene for NEWS, mens de opplever de mer erfarne legene som tryggere i sine avgjørelser.

I likhet med informantene i Jensen et al (2019 s. 5-6) sin studie vegret noen av sykepleierne seg for å kontakte lege om pasientscoren var høy men pasienten var i fin form. Dette fordi de ikke ville forstyrre legen med noe de egentlig kunne bedømme og håndtere selv. Likevel sier Braut og Holmboe (2015, s. 50) at dersom en sykepleier ikke innehar kompetansen som er nødvendig, skal annet og mer kompetent helsepersonell kontaktes. På en annen side ga en av sykepleierne uttrykk for at NEWS gjorde det

enkler å kontakte lege om pasientscoren tilsa det, dette fordi retningslinjene var så tydelige på når lege skulle kontaktes.

Manglende informasjonsflyt mellom sykepleier og lege kan utgjøre en risiko for pasientens sikkerhet og kontinuitet i sykepleien (Stubberud, 2018, s. 22). Om sykepleier mener at hun eller han innehar den kompetansen som trengs for å vurdere de forskjellige pasientsituasjonene og derav velger å ikke melde ifra til lege, burde det dokumenteres hva som ble lagt til grunne og hvorfor (Skaug, 2016, s. 343). Informantene var alle enig i at ytterligere opplæring eller bare å dele opplevelser og tanker sammen med leger hadde vært positivt. Et slikt læringsnettverk skaper en felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling og organisasjon. Dette kan være med på å bedre kvaliteten på helsetjenesten gjennom å spre kompetanse på ulike områder (Stubberud, 2018, s. 57).

5.4 Sykepleiers rolle i kvalitetsarbeid

Sykepleierne i studien var opptatt av å handle for pasientenes beste gjennom å utnytte ressurser på en god måte, bedre egen kompetanse og tilstrebe godt samarbeid og god kommunikasjonsflyt. Ved å drive kvalitetsarbeid ønsker man å oppnå at pasienten sitter igjen med best mulig behandlingsresultat (Stubberud, 2018, s. 12). Kvalitetsarbeid er også et lederansvar. Det må legges til rette for forbedring og mulighet til å komme med tilbakemeldinger på at noe fungerer eller *ikke* fungerer (Stubberud, 2018, s. 15). Sykepleierne i studien erfarte både unødig ressursbruk på grunn av NEWS, og de opplevde en frustrerende følelse av fastlåsthet. Dokumentasjon kan være en arena for å gi indirekte tilbakemeldinger og være et utgangspunkt for ressursstyring (Skaug, 2016, s. 345). God ledelse øker kvalitet og sikkerhet i tjenestene (Kristoffersen, 2016b, s. 221), men for at leder skal legge til rette for dette, må sykepleierne gi tilbakemeldinger. Sykepleiere har et ansvar for å fremme og beskytte et kvalitetsnivå gjennom å skape rom for forbedring, være kritisk til sykepleieutøvelsen og være aktiv i videreutvikling av faget (Holter, 2011, s. 145).

Selv om tiltak som NEWS har som hensikt å styrke pasientsikkerheten, gjør det nødvendigvis ikke alltid det (Stubberud, 2018, s. 12). Helsepersonell skal være kritisk til hjelpeverktøy som har til hensikt å sikre og bedre kvalitet på helsehjelpen. Dette for å finne ut om verktøyene fungerer adekvat (Kirkevold, 2016, s. 268). Retningslinjene ble ikke alltid fulgt, kompetansen kom foran og lege ble tilkalt selv om pasientscoren tilsa at det ikke var nødvendig. Det kan tyde på at sykepleierne har vært kritisk til hjelpeverktøyet og til en viss grad funnet en alternativ metode som fungerer for avdelingen. På denne måten driver sykepleierne aktivt kvalitetsarbeid (Stubberud, 2018, s. 12-13).

For at å sikre kvalitet og pasientkontinuitet i sykepleien stilles det både etiske, faglige og juridiske krav til dokumentasjon av planlagt og utført helsehjelp (Holter, 2011, s. 219-218 & Skaug, 2016, s. 343). Som vi kan se i denne studien og i tidligere forskning, er det kjent at sykepleiere ofte går vekk fra prosedyrer og retningslinjer til fordel for faglig skjønn og kompetanse. For å sikre god sykepleie skal blant annet observasjoner, vurderinger og handlinger dokumenteres på korrekt måte. Pasientsikkerheten kan trues

dersom det foreligger mangelfull dokumentasjon (Skaug, 2016, s. 343-344). Om noe uventet skulle skje med pasienten og sykepleier ikke har fulgt retningslinjene til NEWS, fungerer dokumentasjonen til sykepleier som bevis på hva som er blitt gjort og hvorfor. Dette kan bli sett på ved en eventuell klagesak (Skaug, 2016, s. 345). Når handlinger er dokumentert er det også mulighet for å gå tilbake for å evaluere vurderinger og handlinger som sykepleier har gjort (Skaug, 2016, s. 345). At sykepleierne dokumenterer kan føre til at de tør å handle etter eget skjønn og legge retningslinjene til side *for* pasientens beste.

6 Konklusjon

Alt i alt erfarte sykepleierne National Early Warning Score som et positivt tilskudd i arbeidshverdagen. Det førte til økt trygghet og kontroll siden verktøyet førte til en større oversikt av pasientens situasjon. Det var likevel flere områder som trengte forbedring. Manglende fleksibilitet og til tider problematisk samarbeid skapte frustrasjon blant de involverte. Dette førte til at sykepleierne måtte tilpasse retningslinjene gjennom bruk av faglig skjønn og kompetanse. Dette setter større krav til en oppdatert kunnskap, og kompetanse av god kvalitet for at helsehjelpen blir utført på en trygg måte. NEWS førte også til økt ressursbruk som kunne gå på bekostning av pasientene som trengte det mest. Det er viktig å understreke at et slikt verktøy skal fungere som et hjelpemiddel og ikke være en erstatting for faglig kompetanse. Dette var en felles tanke for sykepleierne, uansett alder og fartstid i yrket.

Alt handler om kvalitet; både samarbeid mellom profesjoner, kommunikasjon, pasientsikkerhet og sykepleierkompetanse. Å stille seg kritisk til verktøy som NEWS er en stor del av kvalitetsarbeidet og kan på sikt være med på å forbedre helsetjenesten.

6.1 Anbefaling til videre forskning

Grunnet studiens omfang deltok tre informanter i prosjektet. Denne studien kan ikke alene svare på hvordan bruken av NEWS erfarer på kirurgisk sengepost. Informantene kan ikke gi det helhetlige bildet for alle sykepleiere som praktiserer NEWS. Det anbefales derfor at lignende forskning blir utført med et *større* omfang, slik at et større inntrykk om hva som fungerer, hva som kan forbedres og *hvordan* det kan forbedres settes i lys.

Referanser

- Aase, K. (2015). Introduksjon. I Aase, K. (red.). *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (s. 13-21). Universitetsforlaget: Oslo.
- Aase, K. og Hansen, B. (2015). Trening av tverrprofesjonelt samarbeid i helseutdanninger. I Aase, K. (red.). *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (s. 205-219). Universitetsforlaget: Oslo.
- Braut, G. og Holmboe, J. (2015). Pasientsikkerhet - dagens strukturer. I Aase, K. (red.). *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (s. 47-61). Universitetsforlaget: Oslo.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. og Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalton, M., Harrison, J., Malin, A. og Leavey, C. (2018). Factors that influence nurses' assessment of patient acuity and response to acute deterioration. *British Journal of Nursing*, 27 (8), 212-218. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.4.212>
- Donohue, L. A. og Endacott, R. (2010). Track, trigger and teamwork: Communication of deterioration in acute medical and surgical wards. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, s. 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.10.006>
- Helsedirektoratet. (2018). *Pasientskader i Norge 2017 (IS-2757)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Pasient og kvalitetssikkerhet 2013 (Meld. St. 11 (2014-2015))* Utgivelsessted: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) (Meld. St. 11 (2015-2016))*. Utgivelsessted: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016 (Meld. St. 6 (2017-2018))* Utgivelsessted: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Pasient og kvalitetssikkerhet 2017 (Meld. St. 11 (2018-2019))* Utgivelsessted: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I Holter, I. M. og Mekki, T. E. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken 1* (s. 139-148). Akribe: Oslo.
- Helsepersonelloven. (1999) *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Jensen, J., Skår, R., & Tveit, B. (2019). Introducing the National Early Warning Score – A qualitative study of hospital nurses' perceptions and reactions. *Nursing Open*, 1-9. <https://doi.org/10.1002/nop2.291>
- Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I Kristoffersen, N; Nortvedt, F; Skaug, E-A. & Grimsbø, G. (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 268-309). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. (2016a) Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I Kristoffersen, N; Nortvedt, F; Skaug, E-A. & Grimsbø, G. (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I Kristoffersen, N; Nortvedt, F; Skaug, E-A. & Grimsbø, G. (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapscenteret. (2014). *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen i trygge hender. 2011-2013*.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795-805.
- Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie 1* (s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Odell, M., Victor, C. og Oliver, D. (2009). Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10), 1992-2006.
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2017). Tidlig oppdagelse av forverring i tilstand. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand>
- 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. RCP: London.
- Skaug, E-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I Kristoffersen, N; Nortvedt, F; Skaug, E-A. & Grimsbø, G. (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 338-376). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Stubberud, D-G. (2018). Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over klinisk respons i NEWS

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

Vedlegg 2: NEWS observasjonskurve

NEWS key		FULL NAME												
0 1 2 3		DATE OF BIRTH						DATE OF ADMISSION						
	DATE TIME													DATE TIME
A+B Respirations Breaths/min	≥25													≥25
	21–24													21–24
	18–20													18–20
	15–17													15–17
	12–14													12–14
	9–11													9–11
≤8													≤8	
A+B SpO ₂ Scale 1 Oxygen saturation (%)	≥96													≥96
	94–95													94–95
	92–93													92–93
	≤91													≤91
SpO₂ Scale 2¹ Oxygen saturation (%) Use Scale 2 if target range is 88–92%, eg in hypercapnic respiratory failure ¹ ONLY use Scale 2 under the direction of a qualified clinician	≥97 _{on O₂}													≥97 _{on O₂}
	95–96 _{on O₂}													95–96 _{on O₂}
	93–94 _{on O₂}													93–94 _{on O₂}
	≥93 _{on air}													≥93 _{on air}
	88–92													88–92
	86–87													86–87
	84–85													84–85
≤83%													≤83%	
Air or oxygen?	A=Air													A=Air
	O ₂ L/min													O ₂ L/min
	Device													Device
C Blood pressure mmHg Score uses systolic BP only	≥220													≥220
	201–219													201–219
	181–200													181–200
	161–180													161–180
	141–160													141–160
	121–140													121–140
	111–120													111–120
	101–110													101–110
	91–100													91–100
	81–90													81–90
	71–80													71–80
	61–70													61–70
	51–60													51–60
≤50													≤50	
C Pulse Beats/min	≥131													≥131
	121–130													121–130
	111–120													111–120
	101–110													101–110
	91–100													91–100
	81–90													81–90
	71–80													71–80
	61–70													61–70
	51–60													51–60
	41–50													41–50
	31–40													31–40
	≤30													≤30
	D Consciousness Score for NEW onset of confusion (no score if chronic)	Alert												
Confusion														Confusion
V														V
P														P
U														U
E Temperature °C	≥39.1°													≥39.1°
	38.1–39.0°													38.1–39.0°
	37.1–38.0°													37.1–38.0°
	36.1–37.0°													36.1–37.0°
	35.1–36.0°													35.1–36.0°
≤35.0°													≤35.0°	
NEWS TOTAL														TOTAL
Monitoring frequency														Monitoring
Escalation of care Y/N														Escalation
Initials														Initials

Intervjuguide

Ønske velkommen til alle deltakerne, takke for deltakelse. Presentere oss og temaet for studien, begrunne hvorfor vi gjennomfører studien og presisere at intervjuet skal brukes til vår bacheloroppgave. At det er frivillig og at alt vil bli anonymisert, svarene vil ikke ha noen følger for deres forhold til arbeidsplass eller skole. Ingen svar er feil.

Innledende spørsmål

1. Hvor gammel er du?
2. Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier?
3. Har du erfaring med bruk av track and trigger-system (NEWS, PEWS..) fra før av?
4. Hvor lenge har sengeposten brukt NEWS?
5. Før NEWS ble innført i avdelingen, hvilke rutiner hadde dere på å observere pasientens tilstand?

Hovedspørsmål

1. Hvordan erfarer du bruken av NEWS? På godt og vondt.
2. Opplever du noen mangler i NEWS?
3. Hvordan føler du NEWS fungerer i forhold til den tidligere løsningen?
4. Hva er dine tanker rundt NEWS sett opp imot din sykepleierkompetanse?
 - a. Føler du at det hjelper deg i å se pasientens tilstand, eller at ... ?
 - b. Stoler du på NEWS? Representerer NEWS-score pasientens faktiske tilstand?
5. Hvordan synes du samarbeidet/kommunikasjonen rundt NEWS fungerer?
 - a. Tilkalles det alltid lege som NEWS tilsier?
 - b. Følges alltid NEWS-intervallene?
 - b. Er det høy terskel for å sette opp egne NEWS-avtaler?

Avsluttende spørsmål

- Er det noe du ønsker å fremheve eller sette mer lys på?
- Avslutningsvis, ønsker du å tilføye noe?

Vedlegg 4: Anonymisert informasjonsskriv til avdelingsleder og deltakere

Vil du delta i forskningsprosjektet "Erfaringer og opplevelser med NEWS"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet vårt hvor formålet er å finne ut hvordan sykepleier opplever bruken av NEWS i avdelingen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi ønsker å se nærmere på bruken av NEWS som verktøy. NEWS er relativt nytt og noe som stadig blir innført på flere avdelinger ved sykehuset. Vi er interessert i å finne ut hvordan sykepleier synes dette verktøyet fungerer i praksis. Derfor vil vår problemstilling i oppgaven være;

"Hvordan opplever sykepleier bruken av NEWS på kirurgisk sengepost?"

Forskningen vil bli benyttet i en empirisk bacheloroppgave som skrives av to sykepleierstudenter ved NTNU i Ålesund. Resultatene av oppgaven vil bli lagt frem for de ansatte på (----) sengepost (----) når den er ferdigstilt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU Ålesund, ved førsteamanuensis Anne Dreyer, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker at sykepleiere som har minst 2 års erfaring i yrket deltar i prosjektet. Det er også et krav at du har benyttet NEWS i minst 1 måned. Dette fordi der er en fordel at sykepleier har erfart verktøyet lenge nok til å ha gjort seg opp en mening. Alle aktuelle sykepleiere på avdelingen får henvendelsen og muligheten til å delta.

Vi trenger *tre* sykepleiere som ønsker å delta. Dette er en måte for deg å gi feedback til kollegaer og ledelsen **helt** anonymt da resultatet av bacheloroppgaven vil bli lagt frem til avdelingen ved prosjektslutt. Det er avdelingsleder (-----) som har sendt ut dette informasjonsskrivet for oss, men dere som ønsker å delta henvender dere direkte til oss. Kontaktinformasjon finner dere nederst på skrivet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi bruker en kvalitativ metode i prosjektet vårt. Ved hjelp av en-til-en intervjuer som blir transkribert samt relevant forskning vil vi svare på problemstillingen vår.

- *Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju. Det vil ta deg ca. 30-45 minutter. Intervjuet vil inneholde åpne spørsmål rundt bruken av NEWS og hvordan du som sykepleier opplever dette. Dine svar fra intervjuet vil bli registrert ved hjelp av et lydopptak.*

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen, arbeidsgiver eller skolen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- *De som vil ha tilgang til dine opplysninger er prosjektansvarlig Anne Dreyer og forfattere av prosjektet som også vil foreta intervjuene, Anna Omenås og Ingrid Brastad.*
- *Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lydopptakeren vil være kryptert.*

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2019. Alle personopplysninger og opptak vil bli slettet etter dette.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Anne Dreyer. Telefon: 45664806. Email: anne.dreyer@ntnu.no
- Anna Omenås. Telefon: 45282976. Email: abomenaa@stud.ntnu.no
- Ingrid Brastad. Telefon: 94244178. Email: ingrbras@stud.ntnu.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55582117.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *erfaringer og opplevelser med NEWS*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

