

Masteroppgave

Bruk av kliniske observasjoner (MEWS) til å styrke pasientsikkerheten i somatiske sengeposter

Utarbeidet av:

Anne Kristin Ihle Melby

Fag:

Mastergrad i organisasjon og ledelse

Avdeling:

Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag. 2012

Sammendrag

I denne masteravhandlingen undersøker jeg årsaker til variasjon til etterlevelsen av observasjonsverktøyet Modified Early Warning Score (MEWS) av voksne pasienter i Sykehuset Østfold, i et pasientsikkerhets- og læringsperspektiv. Oppgaven er en kvalitativ analyse av hvordan sykepleiere og leger bruker kliniske pasientopplysninger til å ha et proaktivt fokus på risikopasienten. Denne kvalitative analysen bygger på en kvantitativ audit av MEWS-dokumentasjonen. Jeg har tatt i bruk ulike vitenskapelige datainnsamlingsmetoder for å få fram et mest mulig nyansert og dekkende bilde av risikovurderingen av pasienter innlagt i Sykehuset Østfold. Det er fokusgruppeintervju som er hovedkilden i datainnsamlingen og som i størst grad vektlegges i analysen.

Hovedfunnene tyder på at variasjon av etterlevelse av bruk av MEWS handler om både individuelle og organisatoriske forhold. Jeg presenterer en rekke forutsetninger som er grunnleggende for å innføre ny teknologi, felles faglig forståelse, og forankring, oppmerksomhet og dokumentasjon er noen av disse forutsetningene. Det kommer også fram ulike forhold som hindrer etterlevelse av MEWS, og ulikt engasjement hos leger og sykepleiere samt stor arbeidsbelastning kommer fram som noen av forholdene som er til hinder i denne prosessen.

Intensjonen i det videre arbeidet er å videreutvikle tiltakene ved å foreta regelmessige målinger av etterlevelsen, benytte MEWS målinger som kvalitetsindikatorer, samt å komplettere tiltaket med etablering av mobilt intensivteam som kan tilkalles til pasientene på sengeposter. Dette vil også ha en annen viktig effekt på læring og refleksjon, slik at dette tiltaket kan være et av flere bidrag slik at Sykehuset Østfold kan bevege seg mot å kunne kalle seg en lærende organisasjon.

Hvordan kunne dette skje?

Nedenfor beskrives en pasienthendelse fra et stort sykehus, som er beskrevet etter en hendelsesanalyse. Denne hendelsen er ikke unik og kunne ha skjedd også ved andre sykehus.

Enhver slik hendelse rammer selvfølgelig pasienter og pårørende, men det rammer også mange flere. Sykepleiere, hjelpepleiere og leger som har vært involvert i hendelser der pasienter skades i løpet av behandlingen, spør seg selv i lang tid: ”Hvordan kunne dette skje?”

Sigurd, en mann i sekstiårene ble innlagt sykehuset på morgenen etter noen dager med kvalme og oppkast. I går hadde han magesmerter og feber. Fra tidligere hadde han høyt blodtrykk, tablettbehandlet diabetes og prostatabesvær.

Sønnen kjørte ham til legevakten, hvor han blir undersøkt. Han har lavt blodtrykk, 90/65 mmHg og en puls på 140/min. Sigurd får legge seg på en brisk og føler seg dårlig, har sterke magesmerter. Legen vurderer det slik at Sigurd bør på sykehuset.

Sigurd ankommer sykehuset kl. 07.00. Etter kort tid blir han undersøkt av en ny lege, en kirurg. Blodtrykket er fortsatt lavt, legen undersøker buken, ordinerer Ringer-Acetate, EKG og blodprøver. En henvisning til røntgen blir også skrevet. EKG viser atrieflimmer og en medisinsk lege blir tilkalt. Sigurd ble deretter flyttet til medisinsk avdeling.

Sigurd hadde nå vært 3 timer på sykehuset og han følte seg ikke bedre.

Sigurd ble lagt på en medisinsk avdeling, med telemetriovervåkning. Der fikk han også et urinkateter og ytterligere intravenøs infusjon. Blodprøvesvarene kom, og de viste tydelige tegn på en pågående infeksjon. I tillegg hadde han elektrolyttforstyrrelser. Ingen tiltak ble iverksatt. Blodtrykket var 95/60 mmHg og pulsen pendlet mellom 120 og 150/min. Temperaturen ble målt til 38,3^o C. Sigurd fikk en tablett Paracet.

Det ble tatt kontakt med ansvarlig lege på intensivavdelingen, med spørsmål om det var en ledig plass for Sigurd. Denne kontakten førte til at legen på intensiv var enig i at Sigurd trengte ytterligere overvåkning, men ikke intensivbehandling. Legen ved intensiv tok det for gitt at det allerede var startet opp med behandlingen for sepsis. Ingenting av dette var dokumentert. Overvåkingen var full og de hadde ikke kapasitet til Sigurd.

Sigurd hadde nå vært 6 timer på sykehuset og han følte seg ikke bedre.

Røntgenundersøkelsen ble gjennomført og viste ikke noe unormalt i buken. På ettermiddagen blir det første legenotatet skrevet i journalen. ”Mistanke om sepsis. Uklart fokus”. Blodtrykket var fortsatt lavt og pulsen høy. Temperaturen noe lavere. Oksygensaturasjonen viste 90 % og Sigurd fikk 3 liter O₂ på grime.

Sigurd hadde nå vært 9,5 timer på sykehuset og han følte seg ikke bedre.

På medisinsk avdeling ble Sigurd undersøkt av en assistentlege som skriver en henvisning til infeksjonsklinikken for en eventuell overflytting. Det ble tatt blodkultur og urin til dyrkning, og den første dose med antibiotika ble ordinert, denne ble først gitt 1,5 time senere, siden sykepleieren også skulle gi andre medisiner til andre pasienter. Da legen satte diagnosen septisk sjokk, ettersom Sigurd fortsatt hadde lavt blodtrykk, rask puls, var blek og var oksygentrengende. Assistentlegen ville overflytte Sigurd til en annen avdeling som kunne overvåke han ytterligere. Overvåkningsavdelingen ble igjen kontaktet, der var det fortsatt fullt. Det ble ikke foretatt noen ny kontakt med intensivavdelingen siden intensivlegen hadde vurdert noen timer tidligere at Sigurd ikke var intensivtrengende. Den vurderingen var nå over 6 timer gammel. Assistentlegen tok kontakt med sin bakvakt, som ikke oppfattet at Sigurd trengte mer overvåkning, men fikk Sigurd flyttet til infeksjonsavdelingen. Assistentlegen og bakvakten misforstod hverandre. Ingen dokumentasjon av dette. Sykepleieren på avdelingen fortalte i sin rapport til sykepleieren på infeksjonsavdelingen at pasientens tilstand var blitt forverret. Ingenting av dette ble dokumentert i journalen.

Sigurd hadde nå vært 12 timer på sykehuset og han følte seg ikke bedre.

Prøvesvarene viste at Sigurd hadde en koagulasjonsforstyrrelse som ved en alvorlig infeksjon. I journalen dokumenterte sykepleieren at Sigurd hadde falt i oksygenmetning og at han hadde fått en oksygenmaske. Det var uklart om det hadde effekt. Det ble tatt blodtrykk- og pulskontroller 1/time. Den første respirasjonsfrekvensen, 28/minutt, ble målt etter 15 timer. Sigurd var nå trøtt og sløv, var ikke helt orientert. Blodsukkeret viste 12,9 mmol/l.

Sigurd hadde nå vært 17 timer på sykehuset og han følte seg ikke bedre.

I løpet av natten ble Sigurds oksygensaturasjon dårligere og han ble mer forvirret. Den første noteringen om urinproduksjonen ble nå gjort i journalen: bare 200 ml hadde kommet siden urinkateteret ble satt 12 timer tidligere. Sykepleieren tilkalte vakthavende lege, siden hun var bekymret for Sigurds tilstand. Legen som hadde fult opp med andre pasienter, oppfattet ikke sykepleierens uro, og ordinerte over telefon mer oksygen og en tablett Stesolid mot uro. Sykepleieren var ikke bekvem med at legen ikke kom, ettersom Sigurd var "så dårlig". Sigurd ble roligere og sovnet. Oksygensaturasjonen steg ikke.

Etter noen timer ble Sigurd funnet ukontaktbar, uten respirasjon eller puls. Sigurd hadde fått en hjertestans og hjerte-lunge redning ble startet, sirkulasjonen kom i gang og han ble transportert til intensivavdelingen.

Intensiv startet opp behandling for septisk sjokk, men Sigurd fikk en ny hjertestans og døde på intensivavdelingen.

Sigurds tid på sykehuset ble 23 timer.

Innhold

1	Innledning	2
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	ALERT som case - pasientsikkerhet og læring	3
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål	5
1.4	Oppgavens videre oppbygning	6
2	Historisk, nasjonal og lokal kontekst for Sykehuset Østfold	7
3	Teoretiske perspektiver	15
3.1	MTO – perspektivet	15
3.2	Pasientsikkerhetskultur – pasientsikkerhet og sikkerhetskultur	16
3.2.1	Pasientsikkerhet	17
3.2.2	Sikkerhetskultur	18
3.3	Læring	19
3.3.1	Klinisk blikk, profesjon og taus kunnskap	20
3.3.2	Læring av uønskede hendelser	21
3.3.3	Læring av nestenhendelser	23
3.4	Lærende organisasjoner	24
3.4.1	Organisatorisk læring	26
3.4.2	Trening i team	27
3.4.3	Kompetanse	28
3.5	Risikopersepsjon	29
3.6	Ulike organisasjonsformer	31
3.7	Å forklare sammenhengen	37
3.8	Giddens struktureringsperspektiv	39
3.9	Empirisk teorigrunnlag	40
4	Forskningsdesign og metode	43
4.1	Kvalitativ metode og casestudium	43
4.2	Datainnsamlingsmetodene	45
4.2.1	Gjennomgang av etterlevelse av MEWS	46
4.2.2	Fokusgruppeintervju	48
4.2.3	Spørreskjema	55
4.3	Forskerrollen i egen organisasjon	55
4.4	Forskerrollen gjennom hele prosessen	56

4.5	Etiske vurderinger	58
4.6	Undersøkelsens reliabilitet og validitet	59
5	Sykepleiernes og nøkkelpersonenes betraktninger om bruk av MEWS	62
5.1	Veien fra transkribert tekst til analytiske kategorier	62
6	Sammenhengen mellom empiri og teori.....	67
6.1	Forutsetninger.....	67
6.1.1	Felles forståelse	67
6.1.2	Oppmerksomhet	71
6.1.3	Dokumentasjon.....	73
6.1.4	Vilje.....	76
6.1.5	Lojalitet	77
6.1.6	Faglig forsvarlighet	77
6.1.7	Erfaringslæring	79
6.1.8	Klinisk skjønn	80
6.2	Hindringer	83
6.2.1	Manglende tverrfaglig forankring	83
6.2.2	Arbeidsbelastning	86
6.2.3	Liten pasienttid	87
6.2.4	Motstand og endringstrøtthet	88
6.3	Pasientsikkerhet.....	89
6.3.1	Autopilot.....	90
6.3.2	Struktureringsperspektiv	91
6.3.3	Egenskaper ved organisasjonskultur	94
6.3.4	Organisatorisk læring	94
7	Hva forteller denne undersøkelsen oss?.....	97
7.1	Resymé av undersøkelsen	99
8	Framtiden	103
9	Kilder	105
9.1	Litteratur.....	105
9.2	Artikler, dokumenter og andre kilder	107
10	Vedlegg	109
10.1	Vedlegg 1: Informasjonsposter ALERT	109
10.2	Vedlegg 2: Informasjonsbrev til ledere	110

10.3	Vedlegg 3: Informasjonsbrev til respondenter	111
10.4	Vedlegg 4: Villighetserklæring	112
10.5	Vedlegg 5: Spørreskjema til nøkkelpersoner	113

Figurliste

Figur 1. Gjennomførte ALERT tiltak i Sykehuset Østfold 2008-2012.....	4
Figur 2. Organisasjonskart for Sykehuset Østfold.....	8
Figur 3. Sykehuset Østfolds styringspyramide.....	9
Figur 4. Aktører og spesialisthelsetjenestens kjerneoppgaver.....	10
Figur 5. Samspillet mellom menneske, teknikk og organisasjon (Ødegård 200).....	15
Figur 6. Kultur som et grensesnitt mellom struktur og individ (Ødegård 2007).....	19
Figur 7. Senge`s fem disipliner om den lærende organisasjon.....	25
Figur 8. Trippel Heliks modellen (Swearth og Pye i Aase 2010;60).....	27
Figur 9. To kunnskapstyper (Sørås 2007;114).....	29
Figur 10. Mintzberg`s fem hoveddeler i en organisasjon (Jacobsen & Thorsen 2002).....	32
Figur 11. Mintzberg`s divisjonaliserte organisasjon (Jacobsen & Thorsen 2002).....	34
Figur 12. Mintzberg`s profesjonelle byråkrati (Jacobsen & Thorsen 2002).....	34
Figur 13. En åpen systemmodell (Gundersen 2003).....	38
Figur 14. The chain of prevention (Gary Smith 2010).....	41
Figur 15. Oversikt over seksjoneres bruk av MEWS.....	48
Figur 16. Utvelgelsesprosessen i to nivå.....	50
Figur 17. Fortolkningsprosessen og reduksjon av rådata 1.....	64
Figur 18. Fortolkningsprosessen og reduksjon av rådata 2.....	65
Figur 19. Fortolkningsprosessen i forhold til kategoriene.....	66
Figur 20. En ledelsesutfordring i helsetjenesten (Aase 2010;38).....	93
Figur 21. Kategorisering av funn.....	97

Forord

Motivasjonen til denne masteravhandlingen fikk jeg for flere år siden. Allerede da jeg startet på masterstudiet høsten 2008 hadde jeg blitt tent på pasientsikkerhetsarbeidet, og jeg har hatt mulighet til å jobbe med ”nybrottsarbeid”, som ALERT har vært i norsk sammenheng.

Jeg er intensivsykepleier og jobber nå som rådgiver i Sykehuset Østfolds kvalitets- og forskningsavdeling, og har jobbet ved sykehuset fra 1994, med unntak av tre år. De fire siste årene har jeg også vært student ved Høgskolen i Østfold på masterstudiet i organisasjon og ledelse. Det har vært både spennende og utfordrende og bidratt til personlig kunnskap og utvikling. Kombinasjonen av familie, full jobb og 50 % studier har vært arbeidskrevende. Men samtidig har det gitt meg mye nyttig erfaring og gitt meg et godt teoretisk og praktisk fundament som jeg benytter meg av i jobben som rådgiver.

Jeg vil få uttrykke en stor takk til alle de personene som på ulikt vis har bidratt til at året med masteroppgaveskriving har vært en positiv opplevelse. Jeg vil først og fremst takke alle de som stilte opp som respondenter til undersøkelsen. En stor takk til veileder Tom Bjørge Gundersen, for motivasjon, gode innspill og nyttige tilbakemeldinger. De vanskeligste tema, teorier og analyser, blir alltid så mye klarere å forstå etter en samtale med deg. Tusen takk!

En takk til arbeidsgiver Sykehuset Østfold ved kvalitetssjef Marit Flåskjer, tidligere kolleger ved intensivavdeling Moss, og kolleger ved kvalitets- og forskningsavdelingen. Takk for innspill underveis og motivasjon til å holde ut.

I tillegg vil jeg takke Monica Jaeger ved Vestre Viken HF, for å ha tatt deg tid til å lese oppgaven og bidratt med verdifulle innspill. Takk til Solveig, min kjære søster, som har hjulpet meg med korrektur, og Glenn for nyttige innspill. Det hjelper å ha en ”heiagjeng”! Sist, men absolutt ikke minst, vil jeg få takke guttene i mitt liv. Mine to herlige tenåringer Vetle og Sindre. Dere gjør at dette året ikke bare har handlet om mine studier, men at livet også er så MYE mer enn denne oppgaven, blant annet 10. klasseavslutning og russetid.

Saltnes 1. mai. 2012

Anne Kristin Ihle Melby

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne besvarelsen vil jeg presentere tema og forskningsspørsmål for masteravhandlingen, hvilke metoder jeg vil benytte meg av og begrunne hvilken teori jeg ønsker å belyse temaet med.

De fleste pasienter som får hjertestans i sykehus har kliniske symptomer før hjertestans inntreffer. Dette er endringer i temperatur, puls, blodtrykk, respirasjon, oksygenmetning og mental tilstand. I følge flere studier (Subbe 2001, Goa 2007, Gordon 2010, Smith 2010) beskrives det at pasientsymptomer ikke oppdages før tilstanden er kritisk. For å forebygge hjertestans og oppdage disse risikopasientene, er det ved flere sykehus på internasjonal basis etablert ulike ”track and trigger”, eller raske responssystem. I Norge er ikke dette et utbredt tiltak, og Sykehuset Østfold Moss var det første sykehuset som startet opp dette tilbudet i 2008. I tillegg har Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF innført disse tiltakene. Det er også andre sykehus som har igangsatt lignende tiltak.

Raske responssystem består av flere tiltak. Økt kompetanse (ALERT-kurs), et system for kliniske observasjoner av pasientene (MEWS) og sikker muntlig kommunikasjon (ISBAR), samt etablering av mobile innsatsteam (Mobil Intensiv grupper), og der ulike profesjoner kan få rask hjelp til sine pasienter ved å tilkalle hjelp. Nye studier viser en reduksjon av hjertestans med en tredjedel ved de sykehusene som har etablert raske responssystem, selv om den samlede effekten på sykehusmortalitet er mindre tydelig i disse studiene. Det har vært antydning at vanskelighetene i å etablere disse systemene har vært rettet mot implementeringen, og det har vært motvilje hos klinikere til å be om hjelp av andre profesjoner (Marshall 2011, Ludikhuizen 2011).

Temaet pasientsikkerhet har vært forbundet med uforutsette hendelser, medisinske feil eller nestenfeil. Begrepet pasientsikkerhet blir imidlertid også brukt for at pasienten skal få den behandling som er best eller har størst dokumentert effekt. Fokus flyttes da fra å være epidemiologisk, det vil si rettet mot å kartlegge forekomst av feil og utilsiktede hendelser, til å studere bedre standardbehandling.

Helsetjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, trygge og sikre. Det er et ledelsesansvar å ha oversikt over status på kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Pasientsikkerhet utfordrer helsetjenesten på flere områder og må studeres på mange nivå. Et nivå er kunnskap om effekt av behandling og hva som er beste kunnskapsbaserte praksis på ulike områder. Ellen Deilkås skriver at pasientsikkerhetsarbeid og fremtidig forskning ikke bare bør foregå på sykehus- og avdelingsnivå, men at det bør forskes mer så nært til pasienten som mulig. Det bør samles inn data og analysere på mikronivå innenfor sykepleierteam, lege-sykepleierteam og andre (Deilkås 2010).

Statens helsetilsyn har i brev av 9. desember 2008 til departementet gitt en systematisert oversikt av funn og erfaringer fra tilsyn der det er avdekket svikt forbundet med samhandling, og de skriver ”det er i overgangene det er størst risiko for svikt, og at slik svikt kan få alvorlige konsekvenser for tjenestemottakerne». Helsetilsynet framhever også at det i for mange tilfeller er påvist at svikt ikke blir brukt som læringseksempler i andre deler av tjenesten.

1.2 ALERT som case - pasientsikkerhet og læring

Fra 2007– 2010 var jeg prosjektleder for ALERT, som er et pasientsikkerhets- og kompetanseprosjekt i Sykehuset Østfold HF.

ALERT er en forkortelse for Acute Life-threatening Events- Recognition and Treatment.¹ Dette er et lisensbasert undervisningsopplegg som er utarbeidet ved Portsmouth University Hospital i England.² Det er et kvalitetssikret og standardisert undervisningsopplegg som går over én dag, med undervisning og gjennomgang av ulike case med simulering i grupper. Hovedinnholdet i ALERT er systematiske observasjoner og tiltak til kritisk syke pasienter, eller pasienter som er i faresonen for forverring. Det legges også vekt på bevisstgjøring og trening på tydelig kommunikasjon i samarbeidet rundt pasienten. Som en del av undervisningen i ALERT blir det gitt innføring i bruk av MEWS som et hjelpemiddel til å vurdere pasientens tilstand, og som et utgangspunkt for tydelig kommunikasjon mellom kolleger, bl.a. sykepleiere og leger. Skalaen representerer en objektiv og naturvitenskaplig tilnærming til pasienten, og er et supplement til sykepleierens

¹ <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Pasientsikkerhet/ALERT>

² <http://www.alert-course.com/>

totale observasjonskompetanse. Dette er en skala for systematisk observasjon og risikovurdering av endringer i vitale parametre. Verdiene er: blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, temperatur og bevissthet. Se vedlegg 1. for illustrasjon av ALERT.

I tabellen under viser jeg hvilke tiltak som er iverksatt under ALERT-prosjektet ved SØ.

Pasientsikkerhetstiltak	Beskrivelse av iverksatte tiltak
ALERT (acute life-threatening events recognition and treatment)	Dagskurs gjennomført for sykepleiere/hjelpepleiere. Observasjonskompetanse, ABCDE. Teori og simulering. E-læring
MEWS (modified early warning score)	Benyttes til observasjon av pasienter > 18 år.
Felles hovedkurve med MEWS-dokumentasjon	I bruk fra 2010
Prevalensmålinger / etterlevelse av MEWS	Oktober 2011 → 19 % Mars 2012 → 48 %
Prosedyrer, BHP for observasjon av inneliggende pasienter. "Track and trigger"	EK, BHP i DIPS, BHP og "lommekort" med retningslinjen
ISBAR	Metode for sikker muntlig kommunikasjon
Ledelsesforankret	Adm. direktør
"Table-Top" prosjekt 2011/2012 med fokus på å repetere ALERT	ALERT-simulering → Teoretisk presimulering → Praktisk simulering

Tabell 1. Gjennomførte ALERT-tiltak i Sykehuset Østfold 2008-2012

European Resuscitation Council Guidelines fra 2005, vektlegger det å gjenkjenne kritisk syke pasienter og forebygge hjertestans. Det er imidlertid en krevende og komplisert oppgave for helsepersonell å gjenkjenne tidlige tegn på svikt og forebygging av hjertestans, og det krever en aktiv observerende tilstedeværelse og at flere forebyggende tiltak settes inn. Grunnleggeren av ALERT, Gary Smith, har utarbeidet en kjede av tiltak som skal hjelpe sykehus til å systematisere og strukturere tiltak for å forebygge hjertestans. Se kapittel 3.9.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Mitt spesielle fokus i denne avhandlingen vil være å undersøke etterlevelsen av verktøyet MEWS, og å se på årsaker til eventuell ulik bruk. Det handler om basale observasjoner av pasienter og hvordan dette bidrar til pasientsikkerhet og på den måten å knytte erfaringene etter ALERT-prosjektet. Erfaringene etter prosjektene er at tiltakene er godt mottatt og av mange oppleves som nyttige verktøy i den daglige behandlingen av pasientene. Men vi er fortsatt ikke sikre på om tiltakene (ALERT, MEWS, ISBAR) har bidratt til økt pasientsikkerhet i Sykehuset Østfold. Vi har erfart at det er ulik bruk både mellom enkeltpersoner, profesjoner og seksjoner, og at tiltakene har ulike oppfatning hos de forskjellige yrkesgruppene.

Jeg har en hypotese om at denne varierende etterlevelsen av MEWS blant annet handler om den lokale kulturen i seksjonen eller avdelingen, yrkesprofesjonen og andre forhold. I tillegg hersker en utbredt hypotese om at effektene av slike raske responsystem vil minimere risiko og redusere akutt sykdomsforverring av pasienter som ligger på sengeposter i sykehus (Marshall 2011).

Etter å ha jobbet mange år som intensivsykepleier, og flere år som prosjektleder for ALERT, har jeg en grunnleggende holdning om at det er bedre å forbygge enn å behandle, og jeg vet det er viktig å ha redskaper og å trene opp egenskaper for å kunne handle proaktivt i pasientbehandlingen. Dette ligger til grunn for min motivasjon for valg av tema. På bakgrunn av dette har jeg følgende problemstilling:

Hva kan forklare ulik praksis i forebygging av risiko hos voksne pasienter ved bruk av MEWS?

Ut fra problemstillingen har jeg definert tre forskningsspørsmål som jeg ønsket å få besvart:

1. I hvilken grad og på hvilken måte blir verktøyet MEWS benyttet i kliniske observasjoner av pasienter i SØ?
2. I hvilken grad benyttes MEWS som et ”track and trigger”-system i SØ?
3. Hva kan årsakene være til variasjon i bruk av MEWS?

1.4 Oppgavens videre oppbygning

I kapittel to belyser jeg Sykehuset Østfold og kontekstualiserer virksomheten i denne sammenheng. I kapittel tre presenteres den teoretiske forankringen, både grunnlagslitteratur med hovedvekt på pasientsikkerhet, læring i organisasjoner, systemperspektiv, individperspektiv, og relevant empiri om tema etterlevelse av ulike ”track and trigger-systems”, ”early warning systems”. I kapittel fire beskrives metode og forskningsdesign, samt et kritisk blikk på selve undersøkelsen, og i kapittel fem presenterer jeg de empiriske kategoriene. Det er i kapittel seks jeg presenterer funnene, og drøfter disse opp mot relevant teori. Til slutt, i kapittel syv oppsummeres funnene, linjene trekkes og konklusjon presenteres, før jeg i kapittel åtte presenterer hva jeg mener er hensiktsmessig å jobbe videre med i framtiden.

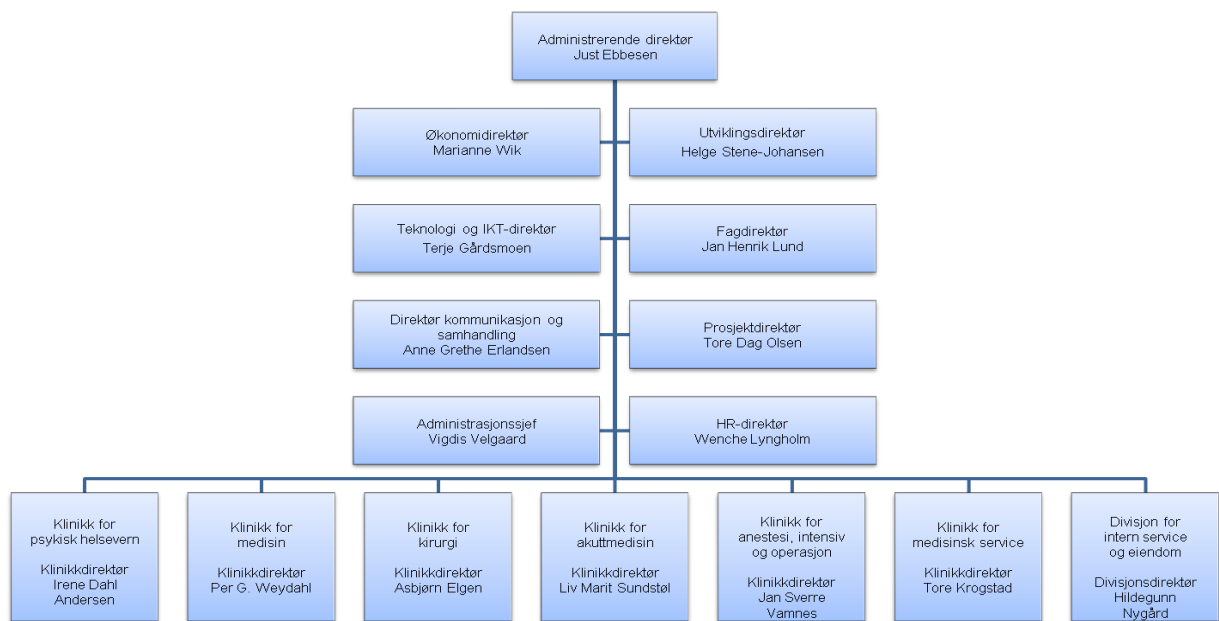
2 Historisk, nasjonal og lokal kontekst for Sykehuset Østfold

Denne masteravhandling består av et case, og et casestudium skal gi en detaljert beskrivelse av det som er studert i sin virkelige kontekst (Postholm 2010). Sykehuset Østfold HF (heretter kalt SØ) er ett av elleve helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. Jeg benytter begrepene sykehus og helseforetak om hverandre i denne besvarelsen. Sykehuset Østfold er et områdesykehus for Østfold fylke, i tillegg mottas akutt syke og fødende fra Vestre Gøtaland Len i Sverige. I Østfold er det per 1. oktober 2011 277 766 innbyggere. SØ er Østfolds største arbeidsplass med 4 900 ansatte som jobber sammen for å gi pasientene et best mulig helsetilbud ved å etterleve verdiene *kvalitet - trygghet - respekt*. SØ skal sikre befolkningen et fullt ut dekkende spesialisttilbud med diagnostikk, behandling og rehabilitering i god samhandling med fastleger, kommunehelsetjenesten og andre helseforetak. I 2011 hadde SØ har 797 senger, 45 564 innleggelser og 269 112 polikliniske konsultasjoner.

Disse tallene illustrer at SØ er en stor organisasjon, som består av mange ulike funksjoner. Et sykehus er både en produksjonsbedrift og en kunnskapsbedrift som forvalter og genererer kunnskap. Dette er i samsvar med beskrivelsen av helseforetakenes lovpålagte oppgaver i spesialisthelsetjenestelovens §3-8.³

Det organisatoriske bildet av SØ sees i kartet på neste side. SØ er organisert med en divisjonsstruktur, og jeg utdyper denne og kommer tilbake til den organisatoriske strukturen i kapittel 3.6.

³ spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-061-003.html#3-8> Lesedato 27.04.2012



Figur 2. Organisasjonskart for Sykehuset Østfold

Virksomheten til Sykehuset Østfold er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til de regionale helseforetakene konkretiseres og utdypes i Nasjonal helse- og omsorgsplan, oppdragsdokument og foretaksmøter.

I oppdragsdokumentet for 2012⁴ står det i det overordnede styringsbudskapet, at styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet ikke må stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. Videre står det at tjenestene skal være preget av god og lærings- og forbedringskultur, og at ledelsen på alle nivå skal legge til rette for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

For å konkretisere veien fra nasjonale føringer til gode helsetjenester, har SØ laget en styringspyramide.

⁴ Oppdrag og bestilling 2012 for Sykehuset Østfold HF. Foretaksmøte 15. februar 2012



Figur 3. Sykehuset Østfolds styringspyramide

Sykehuset Østfold er summen av medarbeidere og ledere. Den totale kompetansen er SØ's viktigste ressurs. Vi når felles mål fordi vi bruker kunnskapen godt og vårt arbeid bygger på felles verdier; kvalitet, trygghet og respekt. SØ har leveregler som skal danne basen for hvordan medarbeidere skal opptre.

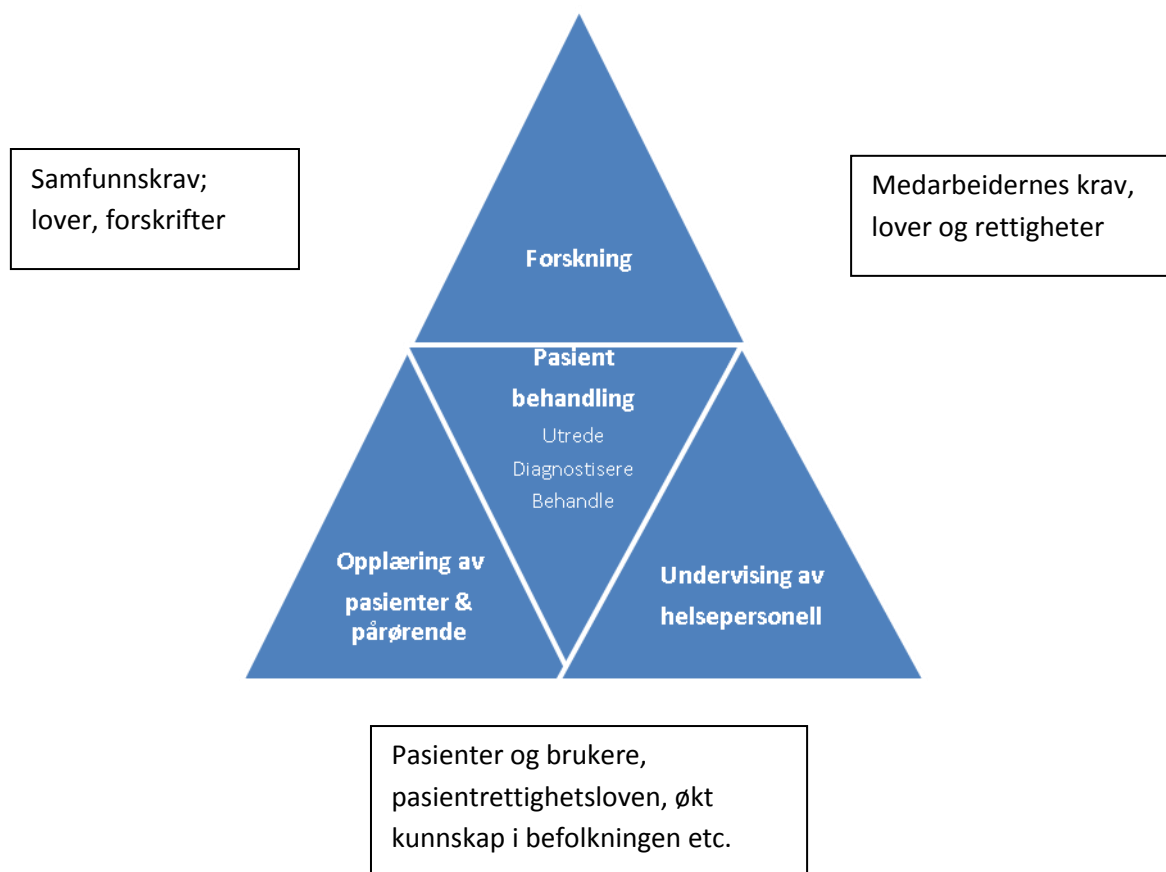
1. Vi omgås pasientene og hverandre med høflighet og respekt
2. Vi deltar i prosesser og er lojale til beslutninger
3. Vi skaper resultat gjennom samhandling
4. Vi ser muligheter, ikke begrensninger
5. Vi respekterer arbeidsplassen vår på en god måte

De overordnede mål og strategier for SØ 2015 innebærer at

- alle pasienter skal få en rask diagnostikk, behandling og rett informasjon styrt av en helhetlig og tverrfaglig arbeidsform

- ny sykehusstruktur og ny teknologisk infrastruktur gir en tydelig oppgavedeling og bedret tjenestekvalitet
- samhandling med kommunehelsetjenesten og andre HF skal være en naturlig del av pasientforløpene og av handlingsmønsteret til alle medarbeidere
- SØ gjennom forskning, utdanning og kompetanseutvikling skal være konkurransedyktig innenfor definerte områder nasjonalt og internasjonalt
- det skal være oppnådd en driftsøkonomisk gevinst tilsvarende 180 mill kroner

Det er liten tvil om at sykehus som organisasjon er komplekse. For å illustrere dette presenterer jeg figuren på neste side. De fire kjerneoppgavene står inne i trekanten, og i boksene på utsiden beskrives de utenforstående aktørene med ulike krav og behov som påvirker.



Figur 4. Aktører og spesialisthelsetjenestens kjerneoppgaver

Med denne figuren ønsker jeg å tegne bildet av de ulike oppgavene sykehusene har, samt de ulike utenforstående krav, interesser og behov.

Hva er særeget med sykehus som organisasjoner? Sørås (2007) peker på enkelte kjennetegn som skiller sykehus fra andre typer organisasjoner. **Profesjonsdominans** - dette legger sterke føringer på hva som skjer i sykehus, mange oppgaver er forbeholdt profesjoner, og arbeidet er organisert rundt profesjoner. Som eksempler kan nevnes legen, som er medisinskfaglig ansvarlig, og primærsykepleie. Man kan ikke i et sykehus overta hverandres oppgaver, selv ikke etter 30 års erfaring kan en hjelpepleier foreskrive medisiner eller en sykepleier operere en pasient.

Sykehus tar seg av mennesker i en **sårbar** situasjon som ofte har flere og sammensatte lidelser, og som dermed ikke kan behandles samlebåndsmessig. Pasientene er underlagt profesjonene, teknologiene og/eller sykdommens makt. Selv om pasientene har styrket sin posisjon de siste årene, blant annet gjennom pasientrettighetsloven, brukerutvalg og likemannsprinsippet ved Lærings- og mestringssentrene, er det unektelig slik at pasientene er og blir de hjelpetrengende. Dette forsterkes i en organisasjon der profesjonstilhørighet og spesialisert kunnskap avgjør makt og status.

I tillegg skiller sykehusene seg fra andre kunnskapsbedrifter ved **”liv-død”-problematikken**. Selv om kronikerne utgjør mesteparten av ”brukerne”, er det akuttvirksomheten som dominerer.

Disse forholdene er med på å prege hvilke normer og verdier som har legitimitet i et sykehus. En leges vurdering av faglig forsvarlighet vil kunne ”overprøve” andre føringer, alt fra pålegg om sparing, reduksjon i liggedøgn eller andre styringsforslag (Ibid).

Og til sist er sykehus forvaltere av våre velferdsidealene som godt og likeverdig tilbud basert på respekt for enkeltmennesket.

At sykehus er mer komplekse enn andre organisasjoner i vår moderne tid, er derimot ingen selvfølgelighet. Et stort internasjonalt konsern (for eksempel Statoil) er vel så komplekst, med sin høyteknologiske kompetanse, høye risiko for alvorlige og omfattende ulykker, og koordinering mellom aktiviteter, og funksjoner nasjonalt og internasjonalt. Så sykehus er ikke alene om å være komplekst, og de er ikke så komplekse at endringsarbeid er umulig. Disse aspektene er viktig å ha med seg når man skal arbeide systematisk og målrettet med endringsprosesser i sykehus.

Visjonen til Helse Sør-Øst er å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.⁵ Dette gir en rekke utfordringer, og blant annet pasientsikkerhet blir utfordret av helsetjenestens kompleksitet og kan studeres på flere nivå (Kunnskapscenteret 2007).

1. *Pasient/behandling*. Kunnskap om behandlingseffekt, hva som er best praksis.
2. *Behandlingsteam*. Den rette behandlingen er implementert med kompetent helsepersonell og effektive rutiner omkring pasienten.
3. *Organisasjonen*. Tjenesten er organisert slik at den er standardisert og kontrollerbar.
4. *Samfunn*. Samfunnsmessig forsvarlighet, sosial og geografisk tilgjengelighet av tjenesten.

Dette medfører at kvalitet og pasientsikkerhet ikke bare kan knyttes til medisinsk og teknologisk kompetanse alene, men også til systemet rundt. Dette illustreres i figuren over.

Med systematisk bruk av MEWS og bruk av kliniske observasjoner til å risikovurdere pasienter, sørger man for en systematiske observasjoner og et ”track and trigger” system for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos pasienten. I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan vi kan lære og forbedre observasjon av risikopasienter, ved å studere etterlevelsen av bruk av MEWS, og hva som er årsaken til ulik bruk av kliniske observasjoner.

Helsepolitisk mål – pasienten i sentrum

Regjeringen mener at hovedutfordringene i helsetjenesten er knyttet til blant annet at tjenestene er preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.⁶ Deilkås skriver at det bør det foregå forskning, med pasientsikkerhet som tema, så nær pasienten som mulig. ALERT er et slikt eksempel på konkret tiltak direkte rettet mot pasienten.

⁵ <http://www.helse-sorost.no>

⁶ St.melding nr. 47

Helhetlig pasientforløp

Helhetlig pasientforløp innebærer at pasientens behov styrer organiseringen av helsetjenestene. Dette innebærer en helt ny måte å se pasientbehandling på, og representerer nye perspektiver i forhold til organisering og tilrettelegging av behandlingstjenester. Dette er spesielt relevant i forhold til samhandlingsreformen, men er også aktuelt og gyldig for spesialisthelsetjenesten, da det er mange ulike seksjoner og avdelinger innad i ett og samme helseforetak der det også kreves samhandling.

En pasientsentrering av virksomheten stiller krav om standardiserte arbeidsprosesser og gjennomgående løsninger. Dette innebærer også økte krav om tilgang til kunnskap og systemer som forbedrer og dokumenterer klinisk praksis. Behandlingslinjer og standardiserte behandlingsforløp kan være ett av flere virkemidler for å oppnå dette. Samtidig gir dette helsearbeideren en mer tydelig rolle som formidler og kommunikasjonspartner.

Faglig forsvarlighet

I juridisk forstand er kravet til faglig forsvarlighet en rettslig standard. Det innebærer at det ikke kan oppsettes generelle normer, men at den enkelte sak må vurderes ut ifra de forhold som forelå der og da. Faglig forsvarlighet må derfor alltid defineres ut i fra det som er rimelig og praktisk mulig innenfor de rammene som foreligger i den aktuelle situasjonen. Dette er rammer som bygger på faglig kompetanse hos den enkelte helsearbeideren og i det arbeidsfellesskapet vedkommende er en del av (Aase 2010).

På Statens Helsetilsynets sider skriver Molven ⁷: ...av helsepersonelloven § 4 følger det at både helsepersonell med autorisasjon og andre innen helsetjenesten som yter helsehjelp skal "...utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes". At personellet skal opptre forsvarlig, betyr at det må handle på en måte som er rimelig å forvente ut fra så vel deres egne kvalifikasjoner som de rammebetingelsene de arbeider under. Når pasientenes møte med personellet ikke har svart til forventningene, blir derfor spørsmålet om personellet har handlet uforsvarlig et spørsmål om det har handlet avvikende fra det som er rimelig å forvente av dem. I det nedenstående vil omtalen i hovedsak knyttes opp til forsvarlighetsvurderinger av legevirksomhet (særlig

⁷ <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Tilsynsmyndighetenes-saksbehandling-og-policy/Utredning-vurdering-faglig-forsvarlighet-klinisk-praksis-17-desember-2009/> Lesedato 20.04.2012

allmennleger), men prinsippene vil også gjelde vurderinger i forhold til andre yrkesgrupper. I møtet mellom pasient og helsepersonell foreligger det en rekke variabler:

- Symptomer og funn varierer ved samme lidelse
- Samme symptomer eller funn kan ha ulik betydning
- Prøver og målinger har en variasjonsbredde, og det er ingen skarp grense mellom det å være "syk" eller "frisk"
- Prøver og målinger kan ha innebygde feilkilder
- Endelig utfall er ikke nødvendigvis en konsekvens av gitt behandling
- Gitt behandling må vurderes i forhold til tilstandens prognose uten behandling. Mulige bivirkninger ved benyttet behandling kan være alvorligere enn forventet utfall uten behandling
- En rekke vurderinger bygges på faglig skjønn

I dette handlingsrommet med usikkerhet og sannsynlighetsbetraktninger, vil pasienter og pårørende ofte ha en forestilling om at det kan angis hva som er riktig eller feilaktig handlemåte. Men i praksis er det ofte ikke entydig hva som er rett eller feil. Det er helsepersonellens oppgave å begrense usikkerheten og å øke sannsynligheten for at vurderinger og beslutninger er riktige.

Nå som jeg har presentert tema og problemstilling for avhandlingen, samt satt Sykehuset Østfold inn en lokal- og samfunnsbetydelig kontekst, vil jeg i neste kapittel presentere den teoretiske forankringen.

3 Teoretiske perspektiver

I de første kapitlene presenteres blant annet litteratur rettet mot pasientsikkerhet, organisasjonskultur og organisatorisk læring. Deretter presenteres organisasjonsteori relatert til de strukturelle trekk ved SØ som organisasjon. Til slutt i teorikapittelet presenteres empirisk forskning om ”track and trigger”, eller raske responssystemer, det vil si relevant forskning som omhandler dette område. Når det gjelder empiriske studier, presenteres de i hovedsak underveis i både dette kapittelet og i drøftingen. Dette er mest hensiktsmessig siden det er et stort antall studier som er relevante, og en presentasjon av innholdet vil føre til en stor grad av gjentakelse i drøftingen.

3.1 MTO – perspektivet

Spesialisthelsetjenesten er en risikoutsatt virksomhet i likhet med andre high-reliability-organisations HRO, som eksempel fly- og kjernekraftindustrien. Et kjennetegn ved disse sektorene er fokus av høy sikkerhet, noe som innebærer at man risikovurderer og forebygger uhell. En slik organisasjon er oppmerksom på at feil og uhell kan oppstå og derfor har de en beredskap for å kunne håndtere hendelsene når de oppstår. Enda viktigere, de har rutiner for å forhindre at feil oppstår. En HRO-organisasjon viser at åpenhet og stimulerer medarbeidere til diskusjoner om risikoområder. Andre særegenheter er egenkontroller, aktivt læring av feil, systematisk trening i team, samt regelmessig måling og overvåkning av sikkerhetskulturen. I disse organisasjonene er det et utpreget systemperspektiv kontra individperspektiv. MTO perspektivet har vært sentralt i pasientsikkerhetsarbeid. MTO står for *menneske, teknikk og organisasjon*. MTO tar sitt utgangspunkt i at bak uheldig hendelse eller nestenhendelse, er det et samspill av disse tre elementene.



Figur 5. Samspillet mellom menneske, teknikk og organisasjon (Ødegård 2007)

Pasientsikkerhetsarbeidet, basert på MTO-tankegangen, er systematisk arbeid med kvalitet og forbedringsarbeid. Dette arbeidet handler om rapportering av uønskede hendelser, journalgjennomganger, risikovurderinger og hendelsesanalyser⁸.

3.2 Pasientsikkerhetskultur – pasientsikkerhet og sikkerhetskultur

Ordet pasientsikkerhetskultur er et sammensatt begrep, og det er en økende interesse for temaet både nasjonalt og internasjonalt. Det finnes et stort antall kulturdefinisjoner, og de varierer stort sett rundt to dimensjoner; kultur som systemer av delte verdier, oppfatninger og betydninger, altså kultur som kognitive (tankemessige) systemer. Et annet perspektiv er kultur som observerbare objekter og hendelser i en gruppe, dens interaksjonsmønstre eller overførte adferdsmønstre (Bang 1995).

Bang sier:

Organisasjonskultur er de sett av felles delte normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene.

Jeg velger å legge denne definisjonen av organisasjonskultur til grunn for pasientsikkerhetskultur, da jeg mener begrepene er to sider av samme sak.

Pasientsikkerhetskultur påvirkes av de verdier og holdninger som preger helsetjenesten, enten det gjelder sykehus, sykehjem, legekantor eller legevakt. Dette kalles organisasjonens pasientsikkerhetskultur (Janbu 2007).

I denne masteravhandlingen er det hensiktsmessig å si noe om pasientsikkerhetskulturen i SØ, da man kan se på målinger av kulturen som en slags temperaturmåling, for eksempel på hvordan en medisinsk behandlingssenheter forebygger at pasienter blir skadet (Geldemund 2007). I forbindelse med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender” skal kulturen kartlegges i alle behandlingssenheter i spesialisthelsetjeneste i 2012⁹.

Pasientsikkerhetskulturen påvirker kvaliteten på pasientbehandlingen. Undersøkelser viser at de ansatte ofte har bedre kjennskap til hvordan pasientsikkerheten i virksomheten og

⁸ Riskanalys og hendelsesanalys. Handbok for patientsekerhetsarbeite. Socialstyrelsen 2009

⁹

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Helsepersonell/Artikler/Unders%C3%B8kelse+av+pasientsikkerhetskultur+i+Norge.640.cms> Lesedato 19.04.2012

avdelingen ivaretas, enn nærmeste leder. Det kan for eksempel handle om den enkelte ansattes opplevelse av egen og andres praksis, om ledelsen tilrettelegger for trygg behandling eller i hvilken grad han eller hun opplever at arbeidsfellesskapet oppfordrer til å diskutere og lære av uønskede hendelser (Deilkås 2010).

3.2.1 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet handler om å ivareta pasienters sikkerhet slik at uønskede hendelser unngås. Vincent (2006) definerer pasientsikkerhet som ”det å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skade som følge av helsetjenesteprosesser”. Pasientsikkerhet er relatert til kvalitet i helsetjenesten, men de to begrepene er ikke synonyme. Pasientsikkerhet kan ses som en viktig del av kvalitet, men kvalitet omfatter også andre områder, som for eksempel medisinsk effektivitet og pasienterfaringer. Trusler mot pasientsikkerhet kan eksempelvis relateres til oppgaver, team, en situasjon, organisasjon eller institusjon/samfunn (Vincent mfl.1998).

Helsetjenesten er underlagt folkevalgt styring, og Helse Sør-Øst har følgende visjon:

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn og kjønn.

Luftfarten er det store forbildet for helsetjenesten. Under siste verdenskrig startet det amerikanske flyvåpenet forebyggende arbeid mot uheldige hendelser, og dette ble videreført i sivil luftfart. Arbeidet ble basert på et rapporteringssystem hvor alle uheldige hendelser og nesten-hendelser skal rapporteres og analyseres og resultatene skal hele tiden føres tilbake som en viktig del av sikkerhetsarbeidet. Resultatet er imponerende, og det er etablert en sikkerhetskultur som helsevesenet bare kan drømme om, skriver Hjort (2007). Mange har sammenliknet kultur og miljø i luftfarten og i helsetjenesten. Det er mange likheter, men medisinen er mer komplisert. ”Aircraft tend to be more predictable than patients” (Helmreich 2000). Nøkkelen til suksess er å bygge opp en kultur for sikkerhet, og rapportering av uheldige hendelser er et avgjørende ledd i dette arbeidet. Det store slagordet i denne kulturen er ”proaktiv”, det vil si at man hele tiden tenker og handler forebyggende. En studie viser positive erfaringer med å bruke luftfartens prinsipper i helsetjenesten.¹⁰ Se også kapittel 3.4.2. Crew Rescue Management har vist seg fruktbart

¹⁰ Wilf-Miron i Hjort 2007

også i fødeavdelinger og i kirurgiske avdelinger (Hjort 2007;109). ALERT bygger på de samme prinsippene, og teamtrening er helt sentralt i kurskonseptet til ALERT.

3.2.2 Sikkerhetskultur

Hvordan etablerer vi et organisatorisk klima i helsevesenet som har fokus på sikkerhet? Hvilke faktorer bidrar til å skape en sikkerhetskultur? Nasjonale kulturer er et resultat av felles normer og verdier, mens en organisasjonskultur skapes gjennom delt praksis innad i en organisasjon. Kultur kan defineres som en samling individuelle verdier og gruppeverdier, samt holdninger og praksis som styrer gruppe-medlemmenes atferd (Helmreich og Meritt i Aase 2010;264).

Kulturen i helsetjenesten kan sees i lys av Mintzbergs profesjons- eller fagbyråkrati, se også kapittel 3.6. Nederst med den operative kjerne, som i et sykehus igjen består av mange ulike profesjoner og grupper. Det består av den enkelte helsearbeider (lege, sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeuter osv.). Deretter mellomkjernen, som i tillegg til mellomlederne består organisatorisk av seksjoner, avdelinger, behandlingsteamene. På toppen tegner Mintzberg toppledelsen med de ulike direktørene for de ulike divisjonene. Den store utfordringen i helsetjenesten er å skape en felles kultur og ledelse som bygger på en felles visjon. SØ er en stor organisasjon med ulike divisjoner, avdelinger og fagområder med hver sine spesialiteter. I sosiale systemer som en så stor organisasjon er, danner det seg alltid subkulturer, fordi det alltid vil være noen mennesker som samhandler hyppigere med hverandre og som dermed gjør seg en del felles erfaringer. Pasientsikkerhetskultur må ligge til grunn uansett hvilken subkultur som råder (Bang 1995).

Helsetjenesten bygger på felles kunnskap. Personellet har en godt regulert utdanning, utstyret er det samme og bygningene er stort sett moderne og velholdte. Kulturen avgjør hvordan vi bruker alt dette, hvordan vi tenker kvalitet og sikkerhet, hvordan vi samarbeider og kommuniserer, hvordan vi snakker med pasienter og pårørende. Noen steder er kulturen ”bare blitt sånn”, andre steder er den et resultat av sterk målbevisst ledelse og tålmodig kulturbygging (Hjort 2007). Det tar lang tid å bygge kultur, særlig med alle reorganiseringer og kunnskapsutviklinger som skjer.

Avslutningsvis i dette kapittelet knytter jeg sammen de ulike begrepene; **struktur**, **kultur** og **individ**. Modellen under skiller de strukturelle, de kulturelle og de individuelle perspektivene.

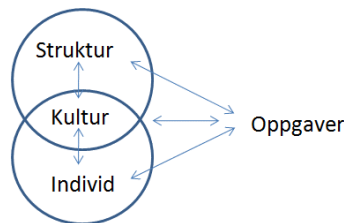


Fig. 6. Kultur som et grensesnitt mellom struktur og individ (Ødegård 2007)

De strukturelle perspektivene kan deles inn i teknologi, eller de tekniske delene av sikkerheten. Som i mitt eksempel ALERT med konkrete verktøy (MEWS og ISBAR), for å kartlegge risikopasientene og sikker muntlig kommunikasjon. I tillegg de organisatoriske og administrative sidene ved sikkerhet. Den nederste delen beskriver individet, der legen eller sykepleieren med sin kunnskap utfører gitte oppgaver. Kulturen sees som et grensesnitt mellom disse to faktorene. Kultur i pasientsikkerhetsperspektivet kan si noe om hvordan sosialiseringssprosessene påvirker individets holdninger, vurderinger og beslutninger. Å forstå denne dynamikken er vesentlig for å forstå og skape en god pasientsikkerhet (Ødegård 2007;279).

Jeg utdyper strukturperspektivet ytterligere i kapittel 3.6.

3.3 Læring

Læring og kunnskapsutvikling sees på som kvalitative prosesser, og organisasjonskunnskap sees som noe som finnes i relasjonene mellom mennesker i organisasjonen og om kvaliteten av disse relasjonene (Stacey 2008). Det finnes mye litteratur knyttet til læring. Likevel finnes det ikke én generelt akseptert definisjon på læring, men flere ulike definisjoner. Læring har stor relevans i ulike fagdisipliner som psykologi, pedagogikk, antropologi, sosiologi og strategisk ledelse. I tillegg har læring også en fundamental betydning for de fleste praktiske domener, både i privatlivet og i offentlig virksomhet. Til tross for at definisjonene varierer, er det stor enighet om at læring er knyttet til faktisk eller potensiell endring i adferd. Adferd er først og fremst et produkt av læring. I tillegg er adferd en observerbar og målbar indikator på læring (Moxnes i Lai,

2010;154). Til tross for ulike utfordringer med å definere læring, presenterer jeg og legger til grunn Linda Lai sin definisjon:

Læring er tilegnelse av ny eller endret kompetanse, i form av kunnskaper, ferdigheter eller holdninger, som gir relativt varige endringer i persons adferdspotensial (Ibid).

Det fundamentale i læring og ekspertise, som jeg mener er svært viktig i møte med syke pasienter, er å kunne tolke situasjonen mest mulig rett for å kunne handle adekvat (Irgens 2010). Det er dette som skiller en nyutdannet og en erfaren kliniker som har lang erfaring og et velutviklet klinisk blikk. Gjennom ALERT-kurset får deltagerne konkret undervisning i hvordan de på en systematisk måte kan gjøre nettopp dette, være proaktive og forebygge sykdomsforverring. Hos eksperten kan situasjonsforståelsen komme så hurtig og intuitivt at den virker innvevd i selve handlingen, og den trenger ikke engang å være bevisst for personen selv (Ibid).

3.3.1 Klinisk blikk, profesjon og taus kunnskap

Klinisk blikk er et uttrykk som er knyttet til høy klinisk kompetanse i sykepleie. Med sitt kliniske blikk gir sykepleieeksperten sin kompetanse og kyndighet til kjenne. Intuitive prosesser er nødvendigvis sterkt medvirkende til den umiddelbare helhetsforståelsen av kliniske situasjoner. Det å ha et klinisk blikk omfatter mer enn det å se med øynene - det omfatter bruken av alle sanser samt at en forstår det en observerer og registrerer på grunnlag av kunnskaper og tidligere erfaringer. Ved hjelp av intuitive prosesser kobles det vi registrerer her og nå til det vi tidligere har sett, erfart og opplevd, til det vi vet. Faglig skjønn er i likhet med klinisk blikk, en egenskap det er vesentlig at sykepleiere utvikler. Mens det kliniske blikket er evnen til å ”se” og til å forstå det vi ”ser”, er faglig skjønn den komplekse evnen til å handle ut i fra denne forståelsen (Kristoffersen 1998, Lai 1999).

Læring, personlig utvikling, kvalifisering og sosialisering er begreper som ofte går i ett og brukes om hverandre. Læringsprosesser er ikke bare læring av ”pensum”, men en livslang tilegnelse, omformings- og utviklingsprosesser hvor viten, forståelse, motivasjon, holdninger, følelser, kommunikasjon og sosial tilpasning inngår i en uatskillelig helhet som er under kontinuerlig forandring mot nye horisonter (Illeris 2000).

Allerede Florence Nightingale understreket for over 100 år siden betydningen av sykepleiernes observasjonsevne. ”En godt oppøvd iakttakelsesevne er nødvendig for å kunne utføre den kunsten det er å pleie syke.” Klinisk blikk er et uttrykk som er knyttet til

høy klinisk kompetanse i sykepleie. Ved hjelp av intuitive prosesser kobles det vi registrerer her og nå til det vi tidligere har sett, erfart og opplevd, og til det vi vet (Olsson i Kristoffersen 1996;339). I likhet med klinisk blikk er faglig skjønn en egenskap som det er vesentlig at sykepleiere utvikler. Men det kliniske blikk er evnen til å ”se” og til å forstå det vi ”ser”, er faglig skjønn den komplekse evnen til å handle ut i fra denne forståelsen. Meyer (i Kristiansen 1996) beskriver det faglige skjønnet som en beredskap som gjør det mulig å mestre nye og uventede situasjoner i den faglige hverdagen, der konkrete situasjoner hele tiden må mestres.

3.3.2 Læring av uønskede hendelser

En uønsket hendelse i helsetjenesten er noe som ikke skulle ha hendt. Den kan være knyttet til pleie, undersøkelse, behandling eller bare et besøk i en institusjon (f.eks. en fallskade, en sykehusinfeksjon eller en legemiddelskade). Det kan få små eller store konsekvenser, men behøver ikke føre til noen konsekvenser i det hele tatt. I noen av tilfellene blir hendelsen fanget opp i tide og dermed unngått (Hjort 2007).

Rapportering av feil og uheldige hendelser har fått stor plass både internasjonalt og i Norge. I henhold til § 3-3 i lov om spesialisthelsetjenesten har alle helseinstitusjoner plikt til å rapportere til Helsetilsynet i fylket om følgende forhold:

- Betydelig personskader voldt i forbindelse med ytelse av helsetjeneste, eller mangel på ytelse av helsetjeneste.
- Hendelse som kunne ha ført til betydelig skade.
- Betydelig personskade på pasient som er forårsaket av en medpasient.
- Unaturlig dødsfall.

Betydelig personskade er definert:

Skade anses betydelig dersom den er av en slik art og eller grad at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt. (Ibid)

Det er obligatorisk meldeplikt til myndighetene ved uventede dødsfall, ved alvorlig skade og ved hendelser som kan føre til alvorlig skade. Diskusjonen har dreid seg rundt den frivillige rapporteringen. Det er laget systemer som håndterer rapportering av avvik, og i mange institusjoner er de ansatte pålagt å melde alt som avviker fra vedtatte standarder. Likevel blir disse systemene i varierende grad oppfattet som frivillige, og det er mange mekanismer som styrer om de blir tatt i bruk eller ikke. Er det liten risiko for at feilen blir

oppdaget, kan det være en grunn til at feilen ikke blir meldt. En mulig forklaring på en kultur som fremelsker suverenitet, særlig blant leger, vil kunne hindre at man melder feil da det vil oppfattes som manglende kompetanse og tap av anseelse.

Sett i et historisk perspektiv er det å anta at det stadig er blitt tryggere å være pasient og at behandlingen hele tiden blir mer effektiv og målrettet. Kortere liggetid, non-invasive prosedyrer og moderne medisiner vil alle kunne bidra til at sikkerheten til den enkelte pasient blir bedre. En sentral del av den medisinske etikken ligger nettopp i stadig å forbedre den behandlingen og omsorgen som tilbys pasienten. Her ligger også selve essensen ved forskning og evidensbasert medisin. Dette betyr ikke at målrettet sikkerhetsarbeid ikke er viktig, men indikerer at det er vanskelig å måle hva som gir hvilken effekt. Et av hovedmålene for pasientsikkerhetsbevegelsen har nettopp vært å unngå uheldige hendelser. Gjennom beste praksis og økt fokus på sikkerhet vil mange pasienter slippe å havne i statistikken over feilbehandling. Det kan derfor tenkes at dette betyr at pasientsikkerhetsbevegelsen har hatt større suksess enn det som er målbart. Et av målene videre kan være å utarbeide systemer som også fanger opp de hendelser som blir unngått, og nettopp dette er en av grunnene til at raske respons-system, som ALERT, er et slikt system som gjør at personalet kan handle forebyggende.

Selv om pasientsikkerhet er et ledelsesansvar, har den enkelte medarbeider et ansvar for sin faglige yrkesutøvelse. Arbeidet som utføres skal være faglig forsvarlig, og dermed være så sikker som mulig. Dette må understøttes av kultur og systemer som fremmer pasientsikkerhet. Som et paradoks blir det løftet frem at det er lettere å få innvilget innkjøp av teknologiske løsninger, utarbeidelse av omfattende manualer og digitale standardiseringsverktøy enn å få frigjort ressurser til ledelsesopplæring, holdningsendringer og arbeidsmiljøtiltak med formål å understøtte kvalitet og pasientsikkerhet (Deilkås 2010).

Noen av de foreslåtte tiltakene går konkret på prosedyrer og samhandlingsmønstre i medisinsk virksomhet. Leape foreslår å bedre teamarbeidet mellom helsearbeidere, trening ved simulering, ikke å telle antall dødsfall, men heller fokusere på antall uheldige hendelser og bedre basiskunnskapen blant helsearbeidere. Trening ved simulering, trening og samtidig videofilming av hendelsesforløpet har blitt stadig vanligere ved gjenoppliving

ved flere sykehus i USA. Dessuten vil proaktiv leting etter hendelser med forbedring være mer effektivt enn å respondere når uhellet først har skjedd (Aase 2010).

3.3.3 Læring av nestenhendelser

Det er svært viktig å registrere og lære av nestenhendelser. En nestenhendelse er en hendelse som kunne ha fått alvorlige konsekvenser, men som ikke gjorde det. Den er med andre ord identisk med en uønsket hendelse, bortsett fra resultatet. En nestenhendelse er en viktig påminnelse om systemrisiko og bidrar til å skjerpe vårt fokus på uønskede hendelser. Sammenliknet med andre bransjer (luftfart, kjernekraftindustri) har helsevesenet manglet systemer for å registrere og analysere nestenhendelser (Aase, 2010). I SØ har vi et elektronisk avvikssystem, Synergi, som gir denne muligheten.

Studier antyder at det skjer rundt 100 nestenhendelser for hver uønsket hendelse som resulterer i pasientskade (Heinreich i Aase 2010;265). Det kan være nyttig å sammenlikne nestenhendelser med uønskede hendelser:

- Nestenhendelser forekommer 3-300 ganger hyppigere enn uønskede hendelser, og gir mulighet for kvalitativ analyse.
- Færre barrierer mot rapportering gir mulighet for analyse av innbyrdes forhold mellom mindre hendelser.
- Tiltaksstrategier kan studeres med henblikk på å styrke forebyggende effekter og redusere behovet for å utpeke syndebukker. Feilkilder som skyldes etterpåklokskap reduseres mer effektivt.

Inger Lise Grøndal sammenlikner i sin oppgave "Sikkerhet og kultur", sikkerhet mellom luftfarten og helsetjenesten. I luftfarten snakkes det bare om systemfeil, aldri om individfeil. Det interessante når det har skjedd en ulykke, er ikke hvem som har feilet, men hvordan og hvorfor sikkerhetssystemene har brutt sammen. Et grunnleggende prinsipp ved systemisk tilnærming er at det er menneskelig å feile og at man må forvente at det gjøres feil, særlig i risikoyrker innen luftfart og medisin. Hendelsen skal brukes i pedagogisk og forbyggende sammenheng, ikke til å finne syndebukker. I luftfarten er man overbevist om at systemtilnærming fører til at personalet er mer villig til å gjøre en innsats for å ivareta sikkerheten (Husom 2002).

Mye av det som læres i organisasjoner, læres fra brukere av organisasjonen. I helsesektoren har vi mye å lære av pasientene og deres erfaringer. Det er et mål å benytte seg av deres erfaringer. Den delen av personalet i en organisasjon som har best anledning

til å lære av brukere og pasienter, er de som er i direkte kontakt med brukere og pasienter. Disse kaller Wadel for frontpersonalet, og de befinner seg i Mintzbergs operative kjerne. Læringen går begge veier. Det som i organisasjonssammenheng kanskje er den viktigste læring, er den som går fra frontpersonalet og inn i organisasjonen. I svært mange organisasjoner er denne læringen mangelfull, og det gjelder i stor grad helseforetakene (Wadel 2008). Dette påpeker også tilsynsmyndighetene, og i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet står det at helseforetakene skal bli bedre på å lære av feil og benytte pasient- og brukererfaringer aktivt til læring.

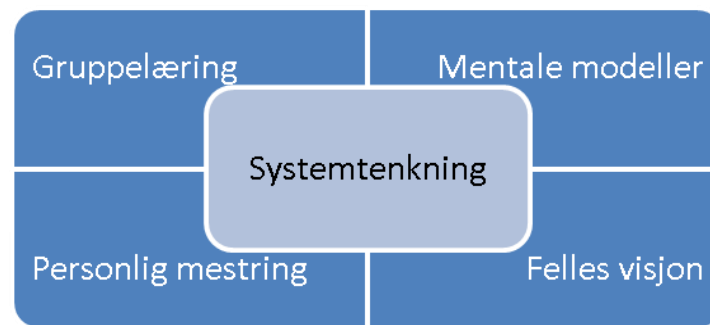
Sørås (2007) skriver at organisasjoner i praksis kan lære av to kilder; egne erfaringer og fra ytre påvirkninger. Det viser seg at organisasjoner som lærer, blant annet er kjennetegnet av at de tar sjansen på å eksperimentere og å feile.

Etablering av en sikkerhetskultur er en læringsprosess for organisasjonen der man anerkjenner at feil er unngåelig, og proaktivt identifiserer latente feil. Med ALERT har man mulighet til å identifisere risikopasientene og hindre uheldig sykdomsutvikling og forverring. Med dette går jeg videre til å si noe om begrepet læring og lærende organisasjon - hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for at organisasjonen kan lykkes i læring.

3.4 Lærende organisasjoner

Begrepet lærende organisasjoner viser til hvordan organisasjoner er læringsmessig organisert. Begrepet gir oss et perspektiv på organisasjonen, men også på individet i organisasjonen. Vi finner lærende organisasjoner hvor som helst i arbeids- og organisasjonslivet, og alle er mer eller mindre lærende. Lærende organisasjoner har mange vanlige organisasjonstrekk, og først og fremst er det en organisasjon (Wadel 2008).

Senge (1999) beskriver fem disipliner som han mener må til for å nå målet om å skape organisasjoner som virkelig kan lære og stadig kan forbedre sin evne til å realisere sine mål. Senges fem disipliner vises i figuren under, og den illustrerer at relasjonen mellom de fire disiplinene er bundet sammen med systemtenkingen som er helt grunnleggende og avgjørende for lærende organisasjoner. Man kan ikke snakke om lærende organisasjoner uten å tenke på både individ- og systemnivå og i ulike perspektiver.



Figur 7. Senge's fem disipliner om den lærende organisasjon

Disiplinens **mentale modeller** begynner med å snu speilet innover – å lære er å oppdage våre indre bilder av verden, bringe dem opp på overflaten og gjennomfører lærende samtaler, der mennesker blottstiller både sin egen tankegang og åpner seg for påvirkning fra andre. Det kan være nyttig å legge bort gamle tankemodeller. Ved refleksjon og simuleringstrening er det sentralt at man vender blikket på egen kunnskap og ferdigheter. I ALERT-kurset er nettopp dette sentralt, at deltagerne utfordres til å gjennomføre simulering. **Personlig mestring** er en viktig hjørnestein i den lærende organisasjonen. Personlig mestring handler om kontinuerlig læring og vekst. Man må være åpen overfor nye tankemodeller. Det er noe mer enn kompetanse og ferdigheter, Senge mener det går utover en åndelig utfoldelse. Det handler om å leve livet kreativt framfor reaktivt. En organisasjons evne til å lære kan ikke være større enn det den er hos organisasjonens medlemmer. Å skape **felles visjon** omfatter evnen til å avdekke de felles ”bildene av fremtiden” som fremmer ekte innsatsvilje og deltagelse, snarere en lydighet. En felles visjon er ikke en idé. Det er snarere en kraft i menneskehjertene, en kraft av imponerende styrke. Den er klar og tydelig, noe håndgripelig. Felles visjon er avgjørende for den lærende organisasjonen fordi den gir læringen fokusering og energi. **Gruppelæring** som disiplin begynner med dialog; gruppemedlemmenes evne til å sette tidligere overbevisninger til side og på en genuin måte å engasjere seg i å ”tenke” i fellesskap. For de gamle grekerne betydde dia-logos at tanker og ideer skulle flyte fritt i gruppen, slik at de kunne oppnå innsikt som medlemmene ikke kunne kommet fram til hver for seg. Den femte disiplin, det er helt avgjørende og en helt vesentlig betydning at de fem disiplinene utvikles parallelt og den femte disiplinen er **systemtenkning**. Det innebærer at man forstår hvordan organisasjonen fungerer. Organisasjoner er budet sammen av usynlige tråder i

sammenvevde handlinger der det ofte kan ta år før sammenhengen blir oppdaget. Systemtenkning utgjør et begrepsmessig skjelett, og hver hendelse i organisasjonen påvirker de andre. (Senge 1999)

Senge definerer lærende organisasjoner på følgende måte:

”Lærende organisasjoner er organisasjoner der folk kontinuerlig utvider sin kapasitet til å skape resultater de ønsker å se, der tankemønstre blir forstrekt, kollektivt framtidshåp og der folk kontinuerlig lærer og lærer i lag med hverandre.” (Senge 1999)

Senge sier at det er relativt lett for mennesker å lære dersom årsak og virkning er så nær hverandre at forbindelsen er lett å få øye på. Men i komplekse systemer og organisasjoner som helseforetakene er, er denne forbindelsen ofte kuttet, eller vanskelig å få øye på. Årsaken kan ligge fjernt fra virkningene, løsningen kan befinne seg langt borte fra problemene og tilbakemeldingen kan komme først etter lengre tid eller være villedende (Senge i Bollmann og Deal 2008;51). For å forstå hva som foregår, må man forstå systemets komplekse årsakssammenheng, og det er også et sentralt poeng i metoden ”hendelsesanalyse”.

3.4.1 Organisatorisk læring

For å få til et lærende helsevesen er det nødvendig med læring på mange plan og mellom mange aktører. Det er en stor utfordring å få til læring innad i, og ikke minst på tvers av, myndigheter, tilsyn, helseforetak og primærhelsetjenesten. Organisatorisk læring innebærer prosesser for kommunikasjon og deling av kunnskap innad i organisasjonen og på tvers av organisasjonsgrenser (Aase 1997, Berends 2003). Forskning innen organisatorisk læring de siste årene har fokusert på betydningen av praksis, kollektiv refleksjon og dialog. For å forstå dette perspektivet på organisatorisk læring har Swart og Pye utviklet en trippel heliks modell, som består av tre tråder som er avhengige av hverandre. Heliks er det greske ordet for en kurve som har en jevn stigning og hele tiden samme avstand fra en tenkt midtlinje.



Figur 8. Trippel Heliks modellen (Swart og Pye i Aase 2010;60)

Hendelse/erfaring uttrykker individuell kunnskap knyttet til bestemte hendelser eller erfaringer. **Kreativ dialog** innebærer aktiv refleksjon over de ulike beskrivelsene av hendelser/erfaringer, individuelt eller kollektivt. **Kollektiv praksis** handler om å følge opp aspekter fra den kreative dialogen og endre sin egen eller fellesskapets praksis relatert til de ulike hendelsene/erfaringene. Modellen viser at læringsaktiviteter bør utvikles med alle de tre trådene inkludert. Tilnæringer som bare fokuserer på dialog, uten å knytte den til spesifikke hendelser/erfaringer, eller som bare fokuserer på å endre praksis uten at endringene er knyttet til en kreativ dialog, har liten sjanse for å lykkes. Organisatorisk læring er en sosial prosess.

3.4.2 Trening i team

Pasientbehandling på sykehus foregår i stor grad av formelle og uformelle team. Et team er sammensatt av personer med komplementære ferdigheter (ferdigheter som står i samsvar med hverandre), består av et begrenset antall deltagere, og medlemmene jobber mot et felles mål som de er gjensidig ansvarlig for å oppnå. Et annet fellestrekk er den relasjonelle påvirkningen som foregår i et team. Det vil si at medarbeidere påvirker hverandre på ulike måter i de nettverk vi er deltagere i, både *direkte* og *indirekte*. Den direkte påvirkningen finner sted mellom personer og forplanter seg fra person til person via direkte kontakt. Den indirekte påvirkningen kaller Wadel for relasjonell påvirkning. Det handler om når en relasjon, påvirkes av en annen relasjon vedkommende har. Relasjonell påvirkning er noe som finnes i alle typer nettverk av mellommenneskelige relasjoner og på alle livets arenaer (Wadel 2008).

Det er et anerkjent faktum at effektivt teamarbeid styrker gjennomføringen av komplekse oppgaver generelt (Salas i Aase 2010). På slutten av 1990-tallet ble CRM introdusert i sykehusene. CRM (Crew Resource Management) har sin bakgrunn fra luftfarten, der de har jobbet aktivt for et sikrere teamarbeid, hvor fokuset har vært teamarbeid,

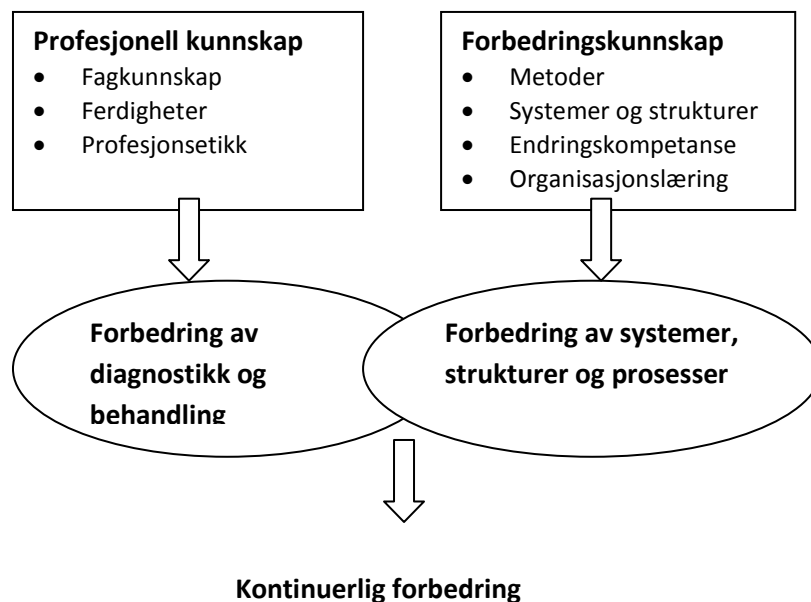
kommunikasjon og beslutninger i cockpiten. Innen luftfarten trenes regelmessig hele besetningen CRM for å bedre sikkerheten om bord på flyet. I helsesektoren er målene økt pasientsikkerhet ved at de teoretiske kunnskapene, de praktiske ferdighetene benyttes sammen med den kognitive og sosiale kompetansen som medarbeiderne har (Flin 2004).

Det har vært jobbet med teamarbeid/simulering innen kirurgi og anestesi i lang tid, men det er forsket lite på hvordan teamarbeid fungerer i andre mikrosystemer i helsevesenet. Team synes å gjøre færre feil enn enkeltpersoner, særlig der hvor hvert enkelt medlem kjenner sitt eget og andre medlemmers ansvar. Teamarbeid avhenger av at både leger og øvrig personell samarbeider om felles mål og kommuniserer og jobber sammen for å forbedre seg. Det bør legges vekt på å spesifisere målsetninger, hvilke kunnskaper, ferdigheter og holdninger skal læres. Scenarier er designet slik at hendelsene kan knyttes direkte opp mot opplæringsmålsetningen. Det beskriver viktigheten av å utvikle studier der opplæring evalueres med felles scenarier og felles måleinstrumenter. Støtte opplæring rettet mot tverrfaglige team, treningen bør foregå i de omgivelsene de arbeider i, med hensikt å øke å bevisstheten rundt systematisk og praksis i teamsammensetninger (Ibid). ALERT er en egnet metodikk å jobbe med nettopp dette.

3.4.3 Kompetanse

”Vi vet mer enn vi kan fortelle”, skriver Polyani (Wadel 2008;77). Det vil si at mye av vår kunnskap er taus eller uuttalt kunnskap. En måte å bevege seg fra taus til eksplisitt kunnskap er å prøve å feste den tause kunnskapen til ord eller begreper. Læring i form av forlengelse av kunnskap, er kunnskap som en annen medarbeider tidligere har lagt frem. Denne type læring er en generell prosess i mellommenneskelig samhandling (Ibid).

I alle kompetanseorganisasjoner satses det mye ressurser på å rekruttere og utvikle fagkompetanse. Slik er det også i sykehus. Paul Batalden (Sørås 2007) skiller mellom profesjonell kunnskap og forbedringskunnskap og hevder at begge typer kunnskap er viktige forutsetninger for å få til kontinuerlig forbedring. Forbedringskunnskap omfatter kunnskap om metoder, systemer, strukturer, endringsarbeid og hvordan læring i organisasjoner finner sted.



Figur 10. To kunnskapstyper (Sørås 2007;114)

For å utvikle et sykehus til å bli en lærende organisasjon, er det viktig å investere i egen forbedringskompetanse. Det bør satses på personer med solid utdanning innen prosessarbeid og organisasjonskunnskap, som eksempelvis organisasjonspsykologer eller organisasjonsvitere til å lede større forbedringsprosjekter. Men det er helt vesentlig at helsepersonell generelt får forhøyet kompetanse til å drive forbedringsarbeid. Som oftest ligger de gode og kreative løsningene hos ansatte, i form av taus kunnskap som trengs å gjenskapes for å bli tatt i bruk (Ibid).

3.5 Risikopersepsjon

Risikopersepsjon vil si hvordan risiko oppleves på tvers av organisasjoner, systemer og profesjoner i helsevesenet. Risikopersepsjon henger sammen med klinisk blikk, se kapittel 3.3.1. ved at man benytter sine kunnskaper, holdninger, ferdigheter samt intuitive og relasjonelle ferdigheter. Risikopersepsjon handler om hvordan informasjon om risiko kommuniseres, de psykologiske mekanismer for å bearbeide og forstå usikkerhet og tidligere erfaringer med risikokilder. Som tidligere nevnt er sykehusene komplekse systemer med mange nivåer som alle har sine særegne trekk. Risiko som fenomen gir

grobunn for svært ulik oppfatning eller persepsjon av risiko i slike delsystemer. Disse delsystemene kan sees på flere nivåer, både organisatoriske (foretak), kliniske (spesialkunnskap) og kulturelt (profesjoner). (Åhlgren i Aase 2010). For eksempel er intensivpasienten ofte et samarbeidsprosjekt mellom ulike avdelinger, ulike spesialfelt og ulike profesjoner. Alle har sin forståelse av pasientens tilstand, tilhørighet, problemområder, behandling og pleie. Videre utdannes leger og sykepleiere i separate systemer, og denne delingen fortsetter på sykehusene der profesjonene rapporterer i hver sine rom til hvert sitt hierarki. Læring og refleksjon organiseres separat, de leser hver sine tidsskrifter og har sin ulike sjargong (Blickensderfer, Casey og Smith i Aase 2010). I praksis kan dette bety at mennesker i ulike delsystemer på ulike nivåer forstår risiko ulikt. Et viktig element i forhold innen risikopersepsjon er at mennesker konstruerer og vurderer risiko i forhold til sin egen subjektive forståelse. Forskning viser også at individers risikopersepsjon formes av organisatoriske og institusjonelle rammer, prosesser, beslutninger og strategiske handlinger på ulike nivåer.

Kontaktpunktene mellom disse organisatoriske delsystemer og deres medlemmer mellom ulike profesjonsgrupper, kalles grenseflate. Bruken av grenseflatebegrepet er todimensjonal (Bussing i Aase 2007). Strukturelementet er relatert til organisasjonsdesign, administrative strukturer og regelverk som definerer ansvar, roller, plikter og rettigheter. Prosesselementet er relatert til tilbakemeldingsmekanismer, formelle og uformelle prosesser, kommunikasjon og aktiviteter fastslått i regelverk, eller konflikter forårsaket av ulike formål, roller, oppgaver og forventninger (Wiig 2008).

Et profesjonsperspektiv på risikopersepsjon

For å sikre pasientene best mulig behandling, utarbeides det rutiner, retningslinjer og prosedyrer. Disse skal være bygd på forskning, ekspertkunnskap og erfaring, og må holdes oppdatert. Hensikten er å redusere uønsket variasjon i pleie og behandling og derigjennom bedre kvaliteten og sikkerheten (Weingarten i Aase). Hayward viste imidlertid at underforbruk av veldokumenterte behandlingsprinsipper (error of omission) utgjør en større fare for pasientskade enn feilbehandling (error of commission). Medisinsk feilbehandling skyldes ikke bare kunnskapsmangel. Arbeidsforhold, arbeidsmengde og samarbeidskultur spiller også inn, og sist hvordan hver enkelt ansatt i behandlingsteamet er

trent opp til å forstå og handle på bakgrunn av et risikobilde. Med andre ord, hvilken risikopersepsjon de har.

Litteraturen viser at det er motstand mot innføring av kunnskapsbaserte protokoller og retningslinjer. Motstanderne mener at disse hindrer utøvelse av faglig skjønn, autonomi, analytisk tankegang og kliniske tiltak og individualisert pleie og behandling (Cabana i Aase). Verdien av disse retningslinjene er avhengig av at de blir brukt.

Implementeringsfasen er derfor viktig. Forskning har hatt lite fokus på hvilken rolle behandlingsteamet rundt pasienten har i en slik implementeringsprosess. (Berenholtz i Aase 2010;121).

”Human factors” er studiet av menneskelig samhandling med verktøy, apparater og systemer, med formål å forbedre sikkerhet, effektivitet og brukertilfredsstillelse. Studier av menneskelige faktorer er en vesentlig del av moderne sikkerhetsforskning, og innen det medisinske feltet kan menneskelig feil spenne fra medisineringsfeil til feildiagnostisering og forbindes med et spekter av kognitive mekanismer. (Woods i Aase 258;2010).

Etter nå å ha dannet et teoretisk bakteppe basert på teori direkte rettet mot problemstillingen, proaktivt fokus på pasientsikkerhet, presenteres i de neste kapitlene et utdrag av organisasjonsteori, systemperspektiv og empirisk teori.

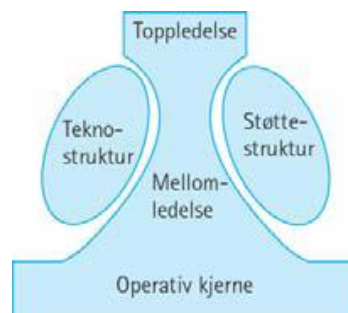
3.6 Ulike organisasjonsformer

I moderne organisasjonsvitenskap finnes det ikke lenger noen sann eller riktig måte å forstå organisasjoner på. Det finnes kun ulike forståelsesrammer. Dagens organisasjonsvitenskap er derfor nettopp kjennetegnet av bruken av ulike perspektiver for å forstå kompleksiteten i moderne organisasjoner. Det finnes en rekke teoretikere som har laget modeller og tegnet ulike perspektiver, og valg av perspektiv vil følgelig prege vår forståelse av organisasjoner og dens utvikling, og hva vi anser som relevante påvirkningsvariabler (Sørås 2007). Det er derfor et poeng i seg selv å velge fortolkningsramme, og i denne masteravhandlingen velger jeg å belyse problemstillingen i lys av Mintzberg teorier om maskin- og profesjonsbyråkratiet.

Den mest utbredte og eldste tenkemåten i forhold til organisasjoner, er den strukturelle rammen. Den fokuserer på organisasjonens arkitektur, utformingen av enheter og

underenheter, regler og roller, mål og strategier som legger føringer for beslutning og aktiviteter. Denne rammen har to teoretiske utspring, Taylor og Weber.

Prinsipielt sett kan organisasjoner deles i tre vertikale nivåer; toppledelse, mellomledelse og det operative nivå, etter Mintzbergs modell. Empirisk sett kan det være flere nivåer, men det endrer ikke de prinsipielle forskjellene mellom nivåene. SØ kan fint beskrives via Mintzberg fem komponenter. Han mener at alle organisasjoner i varierende grad består av disse fem komponentene, og kaller figuren under for et ”organigram”.



Figur 10. Mintzbergs fem hoveddeler i en organisasjon (Jacobsen & Thorsen 2002)

Nederst ligger den operative kjernen, som består av medarbeidere som utfører hovedoppgaven som organisasjonen er satt til, altså direkte pasientarbeid. Her er hovedvekten av oppgavene til sykehuset, å diagnostisere, behandle, og opplæring av pasienter, se figur 1. Dette er organisert via spesialiserte avdelinger med hver sine avanserte spesialiseringer, for eksempel operasjons-, intensiv-, hjerte- og lungeavdelinger. Det er på dette nivået pasientene møte helsevesenet og dermed måler kvaliteten ut i fra deres møte med enkeltmenneskene i ulike roller og yrker. Som et eksempel nevner jeg at nå kan alle følge med på hvor lang tid det enkelte sykehus bruker fra henvisning blir mottatt til første behandling for tykktarmskreft, brystkreft eller lungekreft er gitt. Helsedirektoratet publiserer de nye kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten.¹¹ Den operative kjernen er et sentralt nivå å rette inn kvalitets- og utviklingsarbeider mot, jfr. kvalitetsprosjektet ALERT. De ansatte får økt kompetanse og verktøy de kan bruke i møte med pasientene.

Over den operative kjernen finner vi administrasjonen, i form av mellomledere. I SØ består dette av seksjonsledere og avdelingssjefer. Disse legger forholdene til rette og fører tilsyn

¹¹ <http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx> Lesedato 28.04.2012

med den operative enheten. Mellomledere blir av Gundersen kalt organisasjonens ”oversettere”, av toppledelsens styringssignaler og har ansvar for å tilpasse dette lokalt.

På toppen finner vi det strategiske toppunktet, den øverste ledelsen hvor de store linjene trekkes og strategiske mål legges. Her finner vi administrerende direktør, divisjonsdirektørene og deres staber.

I tillegg beskriver Mintzberg teknostruktur og støttestab. Avdelingen jeg jobber i, kvalitets- og forskningsavdelingen, defineres som en støttestab.

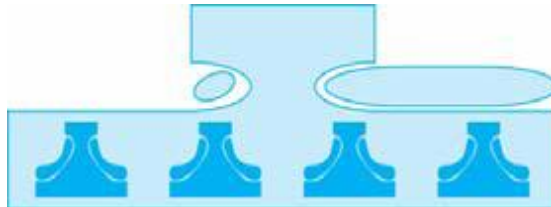
I tillegg til disse tre vertikale nivåer, vil det empirisk sett være flere nivåer, selv om de ikke vil endre de prinsipielle forskjellene mellom nivåene.

Taylor beskriver at på det operasjonelle nivå, finnes ulike spesialiserte avdelinger. Dette gjelder i stor grad i sykehusene, der det er tydelig hvem som har de ulike oppgavene. Hvem som skal gjøre hva er avhengig av kunnskap og hvilke yrke eller profesjon man har. Ved ALERT-konseptet jobber man også videre med denne tanken ved at man skal styrke kunnskapen og dermed forberede personalet rundt om den akutt kritisk syke pasienten. Og på den måten kunne være mer i forkant av sykdomsforverring. Taylor mente at det fantes en optimal måte å organisere arbeidet på, det var at arbeidet skulle splittes opp i den minste delkomponent, de ansatte skulle spesialiseres og bli eksperter på sine oppgaver. Organisasjonene skulle ha en klar linjeorganisering, og de ble oppfattet som en ”maskin” der menneskene var komponenter. Holdninger, opplevelser og motivasjon spilte en uvesentlig rolle. Beslutninger skulle skje som rasjonelle handlinger basert på fakta og informasjon. Det var liten diskusjon om målene i organisasjonen, det var gitt; økonomisk gevinst eller overskudd. Dette var en reaksjon på den industrielle framveksten og en effektiv måte å organisere arbeidet på i spesielt fabrikker.

SØ har en divisjonalisert struktur og er delt opp i syv ulike klinikker ut i fra hvilke oppgaver de har, Klinikk for kirurgisk, medisin, akutt, anestesi, intensiv og operasjon, akutt, psykisk helsevern, divisjon for medisinsk service og til sist divisjon for intern service og eiendom. Se organisasjonskartet for SØ i kapittel 2.

Klinikkene drives nærmest som egne bedrifter, og klinikkdirektørene er delegert beslutningsmyndighet og gitt resultatansvar. Strukturen er ofte kompleks, og divisjonene er

ofte forholdsvis uavhengig av hverandre, men er knyttet sammen med en felles stab.
(Jacobsen & Thorsen 2002)



Figur 11. Den divisjonaliserte organisasjon (Mintzberg)

Klinikkdirektørene utgjør administrerende direktør sin stab. Hver klinikk er igjen delt opp i avdelinger og seksjoner, som utgjør den operative kjernen.

Ut i fra denne grunntanken, presenterer Mintzberg blant annet maskinbyråkratiet og profesjonsbyråkratiet (Bolmann og Deal 2008, Jacobsen og Thorsvik 2002) som jeg mener er relevante å belyse i denne sammenhengen.



Figur 12. Det profesjonelle byråkratiet (Mintzberg)

Disse to organisasjonstypene representerer ulike tanke- og verdsett og dermed ulike kulturer i organisasjonen og Weber tekker frem ulike kjennetegn ved disse. Jeg vil i oppgaven spesielt se på kulturelle forhold ved pasientsikkerhet, og dermed er det sentralt å presentere disse to, siden helseforetakene kan sees i lys av begge disse retningene.

I **maskinbyråkratiet** utvikles koordinerings- og standardiseringsstrategier ovenfra som grunnlag for styring av arbeidsprosessene. I dagens helseforetak kan eksempler være standardiserte behandlingslinjer og definerte pasientforløp være eksempler på maskinbyråkratiet. Det skaper forutsigbarhet og standardiseringen fører til effektivisering og hurtighet. Det er et klart hierarki der det er klart definert hvem som er overordnet og underordnet i de ulike kompetanseområdene, med andre ord, avklart ansvarsforhold. Regler og prosedyrer preger arbeidsprosessene (Strand 2010). I helseforetakene ligger

dette til grunn for driften, i tillegg til lover og forskrifter. Det kan være vanskelig å få til endringer, og i form av standardiseringene kan det også være at de ansattes kompetanse ikke blir fullt utnyttet. I tillegg preges beslutninger i den operative kjernen, eller hos helsepersonellet, i stor grad av faglig skjønn og profesjonalitet. Det bringer inn **fag- eller profesjonsbyråkratiet**. Profesjonsbyråkratiet kjennetegnes ved at beslutningsmyndighet er delegert til de ansatte i faglige spørsmål. Her utvikles koordineringsstrategiene horisontalt innenfor de ulike yrkesgruppene. De ulike profesjonene som befinner seg i spesialisthelsetjenesten, innehar spesialistkompetanse som befolkningen og samfunnet er avhengig av. De utvikler ny viten og medisinsk teknologi som gir stadig ny evidens/kunnskap og behandlingsformer. Utfordringen ligger i dag blant annet i å implementere ny forskning og evidens inn i de standardiserte prosessene i spesialisthelsetjenesten. Fordeler ved det profesjonelle byråkratiet er at delegering av beslutningsmyndighet sikrer et faglig forsvarlig arbeid (Jacosen og Thorsvik 2002). Og fordelene kan sees fra samfunnsperspektiv og fra pasientperspektiv, at standardiserte pasientforløp sikrer lik behandling av pasientgrupper. Som fagperson forvalter vi en særskilt kompetanse; vi kan noe som andre er avhengige av. Vi bruker kunnskapen til å kartlegge folks plager, sykdom, og igangsette rett behandling. Når det kommer ny kunnskap som kan bedre folks helse, er det vår oppgave å ta den i bruk, både i egen praksis og i den organisasjonen vi tilhører. Det er en norm at dagens spesialisthelsetjeneste skal bygge på evidensbasert kunnskap, og enkeltvis kan fagfolkene befinne seg helt i forkant (Bolmann og Deal 2008, Bjørndal, Flottorp og Klovning 2007).

Et dilemma som kan oppstå er motsetningene mellom profesjons- og maskinbyråkratiet, det vil si konflikter mellom de standardiserte arbeidsoppgavene og de faglige vurderingene. En standardisering av kunnskaper og ferdigheter har ulike fordeler og ulemper. Fordelene er at organisasjonens kompetanse blir styrket. Det å få mulighet til å standardisere og fremme en ensartet faglig praksis, vil komme pasientene og samfunnet til gode. Visjonen til Helse Sør-Øst nevner nettopp dette i sin visjon: "...gode og likeverdige helsetjenester...". Denne standardiseringen av kunnskap legger også grunnlag for forskning, utvikling og innovasjon. Det er dette som må ligge til grunn for medisinsk forskning og utvikling av ny medisinsk teknologi. Enhver form for organisering innebærer både fordeler og ulemper, og profesjonskamp skisseres som en av flere ulemper. I tillegg

kan maskinbyråkratiet hindre utnyttelse av realkompetanse og utnyttelse av generalistkompetanse.

Total kvalitetsledelse (TKL) kan tolkes som et kompromiss, altså med innebygde motsetninger mellom disse retningene eller organisasjonsformene. I TKL er det på den ene side behov for å standardisere arbeidsprosessene for å redusere eller forhindre avvik. Fokuset er rettet mot kundene både internt og eksternt (pasienter og medarbeidere). Ved kontinuerlig forbedring søker organisasjonen å imøtekomme forventningene. Lean-prosessene kan også sees som et kompromiss, og er aktuell i denne sammenheng. Lean er på full fart inn i helsesektoren (Sørås 2007), og handler om å benytte færre innsatsfaktorer, men likevel for et bedre resultat, eller med andre ord å ”slanke prosesser”. Det blir viktig å gjøre de riktige tingene med en gang, og dermed redusere feil. (Strand 2010)

Samtidig ønsker man at de ansatte lar seg forplikte og engasjere av arbeidet, men det krever at de får et eierforhold til eget arbeid, hvilket innebærer en viss grad av selvstendighet, altså råderett over arbeidsmetoder og utforming av mål for eget arbeid. Helse Sør-Øst påpeker at

Mobilisering av ansatte og ledere er forutsetning nummer en for å oppnå gode resultater. Uansett hva som vedtas av gode mål, strategier og faglig omstilling, er vi avhengig av engasjerte medarbeidere, gjennomføringsevne og ledelseskraft. Gjennom utvikling av kultur, verdier, kompetanse og klare prinsipper for ledelse og medvirkning skal vi legge til rette for dette. Våre medarbeideres engasjement er vår viktigste ressurs.¹²

Forskning viser at medbestemmelse er at av de mest lovende virkemidlene, der målet er å øke både arbeidsmoral og produktivitet (Appelbaum i Bolmann og Deal 2008;170).

Herzberg identifiserer faktorer i jobbutformingen der han blant annet påpeker at det å ha mulighet til å bruke sitt eget skjønn og sin dømmekraft, og dermed kunne føle seg personlig ansvarlig for resultatet (Ibid).

Dermed oppstår en usikkerhet eller et paradoks: Økt kvalitet og effektivisering oppnås på den ene siden ved standardisering, altså ved maskinbyråkratiets kjennetegn og styring av

¹² http://www.helse-sorost.no/fagfolk/utdanning/Sider/verktoykassa.aspx?utm_source=lenker&utm_medium=liste&utm_campaign=nhn Lesedato 20.05.2011

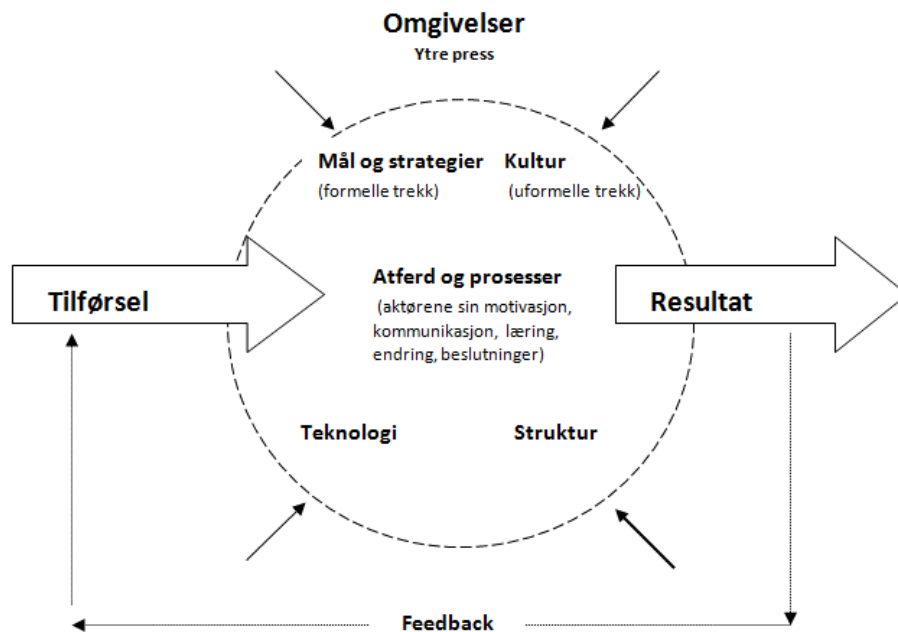
arbeidet, og på den andre siden nødvendigheten av myndiggjøring, hvilket innebærer mer bruk av faglig skjønn som preger profesjonsbyråkratiet (Taylor).

I dette kapitlet har jeg pekt på hva som kjennetegner den strukturelle rammen, og Mintzbergs måte å tegne et organisasjonskart på. I neste kapittel vil jeg se dette i et systemteoretisk perspektiv og belyse forhold som påvirker de ulike forholdene eller variablene, med spesielt fokus på organisasjonens adferd og prosesser og med læring som mål.

3.7 Å forklare sammenhengen

Når de teoretiske modellene nå er presentert om hvordan organisasjoner fungerer og påvirkes, vil jeg påpeke at et nødvendig analytisk skille er mellom formelle og uformelle strukturer, og hvordan vi mennesker handler. Jeg skal forsøke å eksemplifisere samspillet mellom dem. Jeg går ikke inn på diskusjonen om uformelle strukturer finnes, men tar det for gitt i denne besvarelsen at disse eksisterer.

Tema belyses i et systemteoretisk perspektiv, og har valgt å benytte Leavitts åpne systemmodell. Det er mange forfattere som har brukt Leavitt, og jeg har valgt å bruke modellen til Gundersen. De vanligste faktorene man er opptatt av for å forstå organisasjoner, er organisasjonens mål, dens struktur og teknologi og de menneskelige faktorene. Alt dette virker i en kontekst der omgivelsene spiller inn. Endringer i de ulike aspektene påvirker organisasjonen (Sørås 2007). Elementene i modellen henger sammen og danner helhet i organisasjonen og som i mitt tema - pasientsikkerhet. Jeg vil forklare de ulike elementene i modellen i lys av læring for å sikre økt pasientsikkerhet, med MEWS som en metode eller en form for ny teknologi.



Figur 13. En åpen systemmodell (Gundersen 2003)

Denne figuren kan brukes som et analyseskjema, og viser åtte organisasjonsvariabler; mål og strategier, kultur, teknologi, struktur, atferd og prosesser, tilførsel, resultat og omgivelser. Ett av poengene ved å bruke dette analyseskjemaet i ulike prosesser, er å belyse de forskjellige variablene i organisasjonen og hvordan de henger sammen og påvirker hverandre gjensidig.

Prosess kan defineres slik: ”En prosess er en rekke aktiviteter som henger sammen og som fører til et resultat” (Schreiner 2004). Prosessene angir ulike typer atferd i organisasjonen og omfatter kommunikasjon, beslutning, læring og endring. Grovt sett kan man si at Scientific Management legger vekten på de formelle sidene ved mål, struktur og teknologi. Human Relation legger vekt på de uformelle sidene ved mål og struktur og menneskene. En mer moderne tilnærming ser alle disse faktorene i en sammenheng. En slik systemisk tilnærming innebærer at man tar i betraktning deler, helheter og omgivelser, og ikke minst de relasjoner som eksisterer mellom dem (Sørås 2007, Jacobsen og Thorsvik 2002). Hvis man endrer ett element, så vil de andre svært sannsynlig også påvirkes. Når man innfører ny **teknologi**, for eksempel elektroniske avvikssystemer, så vil **atferden** til de ansatte og **prosesser** også endres. Kilde og grunnlaget for læring av disse hendelsene endres, ved at hendelsene gjøres tilgjengelig og dermed ligger mulighet for læring og åpenhet til rette. På

den måten kan også hele helseforetakets **resultat** (færre uønskede hendelser) og oppsatte mål lettere nås. I SØ ble antall meldte hendelser i første omgang redusert når vi i 2007 innførte Synergi (elektronisk avvikssystem), før det har det vært en økning. Dette er et eksempel som handler om læring av uønskede hendelser og nestenhendelser, og kan fortelle oss noe om **kulturen**, her pasientsikkerhetskulturen.

I omgivelsene til spesialisthelsetjenesten er det en rekke ytre krav til helsetjenesten. Det er som jeg viser i fig.1, både samfunnskrav med lover og forskrifter til en forsvarlig og effektiv helsetjeneste. I tillegg er det pasienter og brukere av helsetjenesten, samt de ansatte, som også ved sine organisasjoner har mulighet til å påvirke organisasjonen. Det er nok størst endring og press fra pasient- og brukergruppene. Det skjer en stor utvikling ved at informasjon er lett tilgjengelig og det er ikke lenger slik at helsepersonellet sitter med all kunnskap. Det har skjedd store endringer i forhold til pasientrettigheter og kunnskaper.

Jeg vil i avhandlingen rette fokuset spesielt mot innføring av en ny type teknologi (MEWS) som griper inn i arbeidsmåtene, faglig skjønn og innsikten for helsepersonellet. Læring, hvilken kultur man har i organisasjonen, hva som fremmer og hemmer en pasientsikkerhetskultur, innføring av ALERT/MEWS, og til sist om det vil føre til en forbedret praksis.

3.8 Giddens struktureringsperspektiv

Giddens tar utgangspunkt i et aktør-strukturperspektiv, hvor både subjektive og objektive sider av den sosiale virkeligheten er uløselig knyttet til hverandre. Aktørperspektivet tar utgangspunkt i de ulike aktørene og deres meninger. Se figur 1, om de ulike aktørene som er skissert til SØ, pasienter, medarbeidere og samfunnet. Aktører kan være både utenfor organisasjonen og interne aktører, eller medlemmer av organisasjonen. Den sosiale verden i en organisasjon, eller kulturen, defineres nedenfra og opp og rasjonelle valg ligger til grunn for beslutningene, aktørene er kyndige og kompetente (Aakvaag 2010;131).

Struktureringsteorien vektlegger at mennesker er kunnskapsrike og reflekterer over sine egne og andres handlinger. Dette skjer kontinuerlig i sosiale samhandling eller strukturer. Giddens vektlegger tre forhold før mennesker handler. Dette utgjør handlingsrepertoaret vårt.

1. Refleksjon over handlingen, hva skal gjøres?
2. Rasjonelle valg for handlingen, hvorfor gjør vi det vi gjør?
3. Motiv for en handling, hvilken intensjon ligger til grunn for det vi gjør?

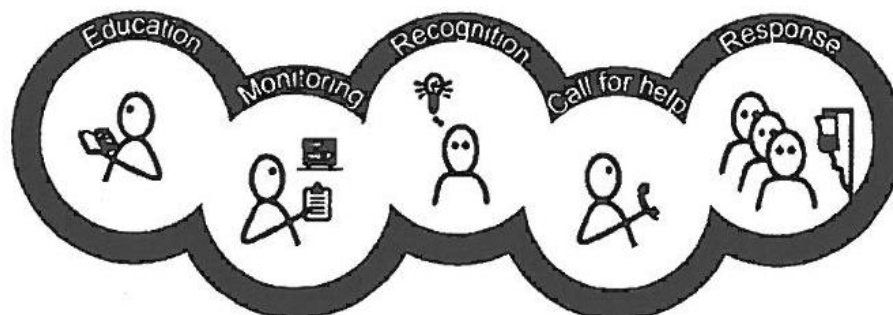
Giddens mener at det sentrale ikke er intensjonen bak handlingene, men på hvilken måte vi i det hele tatt handler. Individenes identitet og den store sammenhengen kommer ikke av den umiddelbare arbeids situasjonen, men den må konstrueres, ja velges. Alle handlinger innebærer derfor rom for makt (Danemark, Ekstrøm, Jakobsen og Karlsson 2003, Strand 2010;156).

Strukturperspektivet peker på en objektiv sosial struktur som eksisterer uavhengig av aktørene. Begge retningene kan sies å hevde at det primært eksisterer et motsetningsforhold mellom aktør og struktur. Aktører og struktur er spilt ut mot hverandre i et nullsumspill hvor mer av det ene innebærer mindre av det andre, og omvendt. Med andre ord, jo friere aktørene er, desto mindre strukturert er samfunnet (ibid). Struktur kan være et resultat av handling og er ressurs for handling, og kan både fremme og hemme i forhold til læring i en organisasjon. Giddens har belyst denne sammenhengen mellom makro- og mikronivået.

3.9 Empirisk teorigrunnlag

I dette kapittelet vil jeg vise til at jeg har gjennomført et litteratursøk for å finne relevant empiri om avhandlingens tema. Jeg fant store mengder relevant empiri, men har valgt å konsentrere meg om studier som går direkte på innføring av ”track and trigger”-systemer, etterlevelsen av disse tiltak (MEWS og ISBAR), samt pasientsikkerhetskultur i sykehus. Forskningsartiklene er hentet fra PubMed, som anses som anerkjente databaser i medisinsk og kliniske fagmiljøer. Søkeord som er benyttet for å finne relevante artikler er; ”ALERT”, ”alert course”, ”Acute Life-threatening Events Recognition treatment”, ”course”, ”early warning score”, ”early warning system”, ”modified early warning score”, ”mews”, ”acute”, ”adherence”, ”compliance”, ”evaluation”, ”isbar” og ”sbar”. Artiklene er hentet fra Norge, Nederland, Skottland og England.

Jeg presenterer ikke alle studiene her, men trekker de inn fortløpende der det er passende. Med unntak av èn studie, som jeg mener er relevant og dekkende. Grunnleggeren av ALERT, Gary Smith (2010), har utarbeidet en kjede av tiltak som skal hjelpe sykehus til å systematisere og strukturere tiltak for å forebygge hjertestans.



Figur 14. "The chain of prevention", Gary Smith 2010¹³

Det første leddet i kjeden er **utdanning og kompetansebygging** av sykehusets frontpersonale, og handler om hvordan helsepersonell enklest og best kan observere pasienter, målinger og registrering av vitale tegn. Det andre leddet handler om rett **monitorering** av pasientenes vitale tegn som puls, blodtrykk, kroppstemperatur, bevissthet og urinproduksjon. Studier viser at disse observasjonene måles og dokumenteres uregelmessig og i varierende grad. Observasjoner av puls, blodtrykk og kroppstemperatur viser seg å være målt hyppigere enn respirasjonsfrekvens. Hvis det innarbeides rutiner med å utføre kliniske målinger basert på individuelle forhold hos pasientene, er det en styrke. Den tredje sirkelen beskriver hvordan helsepersonell kan **gjenkjenne** pasienters alvorlige tilstand. Det finnes ulike systemer hvor måling av vitale parametere, og MEWS er et av disse systemene som kan være til hjelp når man skal gjenkjenne sykdomsforverring av pasienter.

Den fjerde ringen illustrerer behov for å **be om hjelp**. Alle sykehus burde ha allment kjente, tydelige og forståelig mandat for tilkalling av hjelp til akutt dårlige pasienter. Hjertestansteam er vel etablert i alle sykehus, men ikke tilsvarende team som kan tilkalles til akutt syke pasienter på sykehus. Det er etablert "rapid respons-systems", (medical emergency teams) og i Sverige og ved Sykehuset Østfold Moss Mobil Intensiv Gruppe (MIG). Sykehusenes kulturelle forhold som må ligge til grunn for at disse teamene skal kunne gjøre en optimal jobb, er at personellet som ringer om assistanse aldri må bli kritisert for å ha ringt og bedt om hjelp. Det bør heller motiveres til å be om hjelp og det er

¹³ Smith, 2010: *In-hospital cardiac arrest; Is it time for an in-hospital "chain of prevention"?*

viktig å også fokusere på hvordan vi kommuniserer pasientopplysninger til leger. Det er introdusert ulike hjelpemidler for sikker muntlig kommunikasjon.

Den siste ringen i kjeden handler om at helsepersonell må **respondere** på forverring av pasienters tilstand ved at man tilkaller rett kompetanse til pasienten. Mange sykehus verden over har etablert team som kan tilkalles for rask hjelp, og andre sykehus har andre rutiner for tilkalling av hjelp.

På verdensbasis er MEWS validert og anses som et hensiktsmessig verktøy for å identifisere risikopasienter på sengeposter (Gordon 2010, Gao 2007). I studien til Subbe et. al. (2001) konkluderes det med at MEWS er et godt hjelpemiddel for å kartlegge risikopasienter uselektert, og vurdere behovet for et høyere behandlingsnivå.

Etter å ha dannet oppgavens teoretisk rammeverk, presenteres i neste kapittel hvilke metoder som er benyttet for å samle inn data til undersøkelsen.

4 Forskningsdesign og metode

Gullstandarden i medisinen er kontrollerte, kliniske studier der pasientmaterialet blir delt i to like grupper. Det settes inn tiltak i den ene gruppen og så undersøkes det om det er signifikante forskjeller mellom gruppene. Helst skal undersøkelsen gjentas flere steder, slik at man kan sammenfatte i en metaanalyse som dermed utgjør ”evidence-based-medicine”. Peter Hjort har ikke funnet noen slike undersøkelser i dette feltet. Det er nok flere grunner til det, fordi det ville vært urimelig å sette i gang tiltak mot uheldige hendelser bare for halvparten av pasientene. Derfor er de fleste kvalitative studier og før- og etterundersøkelser som ikke tillater statistiske beregninger (Hjort 2007;111).

Forskere har to hovedoppgaver, det ene er å finne ut noe eller å finne svaret på spørsmålet /problemstillingen. Det andre er å sikre at det vi mener å ha funnet ut, er holdbart (Album 2010). Jeg minner om min problemstilling; *Hva kan forklare ulik praksis i forebygging av risiko hos voksne pasienter ved hjelp av MEWS?*

Aase (2010) og Deilkås (2010) skriver at det bør forskes så nær praksis som mulig. Det understøttes også av Wadel (2008) som påpeker hvor viktig det er å ha ulike læringsområder i en organisasjon, og vektlegger læring fra brukere gjennom frontpersonalet. I svært mange organisasjoner er denne læringen mangelfull, enten ved at frontpersonalet ikke er flinke nok til å formidle sin kunnskap inn i organisasjonen, eller at organisasjonen er lite mottakelige for læring fra brukere/pasienter (Ibid).

4.1 Kvalitativ metode og casestudium

Kvalitativ design egner seg for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved ulike fenomener som studeres, som i den undersøkelsen er årsaker til ulik etterlevelse av verktøyet MEWS (Bjørndal, Flottorp og Klovning 2007). For å innhente data som jeg mener er mest egnet til å belyse min problemstilling, er det naturlig å ta utgangspunkt i den kvalitative retningen. Formålet har vært å forstå de ulike perspektivene for hvordan implementering av MEWS erfarer og hva som kan forklare ulike bruk. Derfor har det vært hensiktsmessig å få belyst dette i første rekke fra et individuelt ståsted, sykepleieres, men også i et organisatorisk lys. Jeg vil rette blikket mot sykepleiernes måte å benytte MEWS i konkrete situasjoner, og belyse flest mulige aspekter ved variasjonen i bruk. Ettersom

fokuset for denne avhandlingen og kvalitative studie er menneskers hverdagshandlinger, eller sykepleieres måling av kliniske observasjoner, anser jeg det som nyttig å bruke egen arbeidsplass som case. Siden min arbeidsplass ikke er i klinisk drift, men har en stabfunksjon, kvalitets- og forskningsavdelingen, kjenner jeg ikke til ulike lokale forholdene og kulturelle kjennetegn i de enheter som skal undersøkes. Jeg har imidlertid god kjennskap til de strukturelle egenskapene og til den organisatoriske konteksten. Ved at jeg har jobbet mange år som intensivsykepleier i SØ, har jeg et betydelig empirisk grunnlag i form av erfaringer og observasjoner om sykepleieres bruk av kliniske observasjoner, og i tillegg som prosjektleder for innføringen av ALERT og MEWS, og nå i rollen som kvalitetsrådgiver.

Fokuset for undersøkelsen blir derfor hvordan forebygge risiko hos pasienter i egen organisasjon, og fra de ansattes perspektiv. Dette utgjør et komplekst felt, både fordi sykehus er kompleks organisasjon med høy medisinsk faglig kompetanse, og det er mange fagprofesjoner som sammen skal bidra med sykehusenes kjerneoppgaver.

Begrepet "case" kommer fra det latinske ordet casus, og betyr tilfelle. En case kan både være et studieobjekt og en forskningsdesign. Yin definerer "en casestudie er en empirisk undersøkelse som studerer et aktuelt fenomen i det virkelige kontekst, fordi grensene mellom fenomenet og konteksten er uklare" (Yin i Johannessen 2007;221). Casestudier brukes både innen markedsforskning, organisasjonsforskning og samfunnsforskning. Det som kjennetegner en casestudie er at forskeren henter inn mye informasjon fra noen få enheter over kortere tid (uker, måneder) gjennom detaljert og omfattende datainnsamling. Det benyttes flere ulike datakilder, men felles er at kildene er tid- og stedsavhengig. (Johannessen 2011, Postholm 2010). Casen studeres i en setting, som i min undersøkelse bruk av kliniske observasjoner og MEWS. Mål er å undersøke på en grundig og detaljert måte, for å få mest mulig data om fenomenet "årsaker til variasjon i bruk av MEWS". Det er i tråd med idealet å gå i dybden på en case og presentere en helhetlig analyse som kan stå på egne bein (Ibid).

Jeg har valgt en induktiv tilnærming, hvor hensikten er å bringe frem nyanser og dybde i forholdet mellom individ og kontekst, derfor benyttes flere datainnsamlingsmetoder som grunnlag for å bringe inn flere nyanser i de ansattes beskrivelse av fenomenet. Induktiv

tilnærming innebærer å være åpen for ny, og mest mulig informasjon om fenomenet. (Jacobsen 2007).

Målet med undersøkelsen er som tidligere påpekt, å se på hvilke faktorer som muliggjør eller begrenser gjennomføringen av MEWS, og som kan gjøre verktøyet hensiktsmessig eller bærekraftig i praksis. Jeg håper å kunne bidra til å belyse dette og å bidra med innspill til å forklare de underliggende mekanismer som påvirker implementeringen av MEWS, identifisere nøkkelforhold i den organisatoriske kontekst i relasjon til MEWS og å beskrive hvordan mekanismene ved implementeringen begrenser bruken av MEWS for å oppnå ønsket utfall.

4.2 Datainnsamlingsmetodene

Datainnsamlingsmetodene i casestudier kan være omfattende, og alle tenkelige informasjonskilder kan benyttes (Postholm 2010). Det er sentralt å samle inn tilstrekkelig med data slik at man som forsker kan utforske viktige trekk ved fenomenet man undersøker, og ikke minst at man settes i stand til å tolke det som blir studert. Det er grunnen til at jeg benytter meg av flere ulike kilder og metoder til datainnsamling. En annen viktig grunn er at det ofte ikke er samsvar med hva folk sier at de gjør og hva de faktisk gjør.

For å kunne belyse dette har jeg valgt å gjennomføre følgende empiriske undersøkelser:

- Retrospektiv kartlegging av dokumentasjonen av kliniske parametre på hovedkurve (Prevalensmåling).
- Fokusgruppeintervju av sykepleiere ved tre seksjoner i SØ.
- Spørreskjema til nøkkelpersoner.

Datainnsamlingen suppleres underveis i prosjektet med ytterligere en datakilde. Jeg erfarte at jeg gjennom de to første metodene over kunne gå glipp av relevante data som ulike nøkkelpersoner besitter. På bakgrunn av denne antakelsen, valgte jeg å utarbeide et enkelt spørreskjema med fem spørsmål.

Etter å ha begrunnet valget av metode og design i dette casestudiet, vil jeg kort si litt om hva som kjennetegner hver av de ulike datainnsamlingsmetodene. Jeg starter med metoden som la grunnlaget for de neste metodene (kartlegging av dokumentasjonen), så

hovedkilden som jeg mener var fokusgruppeintervjuene, og til sist spørreskjema til nøkkelpersonene.

4.2.1 Gjennomgang av etterlevelse av MEWS

Som et rammeverk for måling av pasientsikkerhet er det sentralt å måle etterlevelsen av korrigert praksis/forbedringstiltak. (Bukholm, Kunnskapssenteret, foredrag 2008.) MEWS er et slikt verktøy hvor det er hensiktsmessig å kartlegge i hvilken grad det blir brukt.

For å kunne si noe om hvordan MEWS og kliniske observasjoner blir benyttet i SØ, er den mest hensiktsmessige metoden å gjennomgå sykehusets hovedkurve. Denne fungerer som arbeidsredskap for både sykepleiere og leger og er en del av pasientens journal. På hovedkurven dokumenteres forordninger av legemidler, væske og signering for hva som er gitt av dette. I tillegg dokumenteres pasientenes kliniske observasjoner som puls, blodtrykk, temperatur, respirasjonsfrekvens og bevissthet. Hovedkurven er fortsatt på papir, øvrig dokumentasjon av pasientopplysninger foregår elektronisk i DIPS (som er SØ elektroniske journal). I SØ ble det utarbeidet en felles papirkurve i 2009, med hensikt å sørge for lik kurvedokumentasjon i SØ. På denne ble det gjort plass for MEWS observasjoner. MEWS ble som tidligere nevnt, innført på seksjoner som behandler voksne pasienter. Til sammen har 16 enheter deltatt på ALERT-kurs og fått opplæring i verktøyet. Det var på oppdrag fra administrerende direktør ønske om en kartlegging av i hvilket omfang MEWS ble benyttet. Derfor foretok vi denne systematiske gjennomgangen av et utvalg av hovedkurvene for å kartlegge faktisk bruk av MEWS, samt å se hvilke observasjoner som dokumenteres, og hvor ofte.

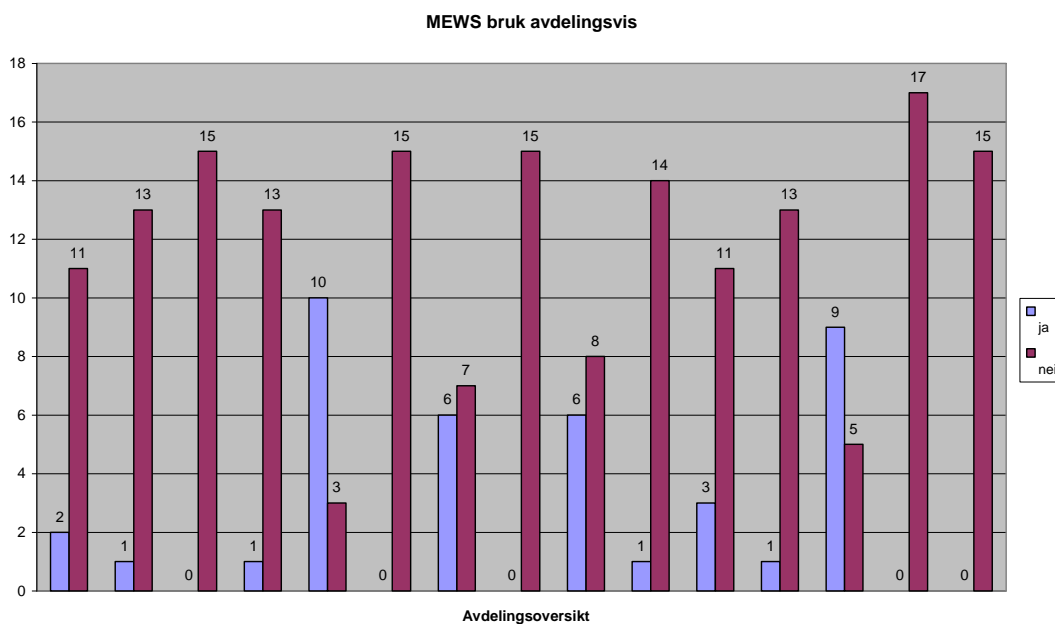
Utvalget har derfor bestått av 16 seksjoner i klinikk for medisin og kirurgi. Det vil si samtlige seksjoner som har deltatt i ALERT-undervisningen og som har fått opplæring i bruk av MEWS. Det ble foretatt et tilfeldig uttrekk, totalt 15 kurver fra hver av disse seksjonene. Utvalgskriteriene var voksne inneliggende pasienter over 18 år, gjennomgangen ble foretatt i uke 37 og 38, 2011, og vi så på totalt 223 hovedkurver. Vi så på målinger gjennomført den andre dagen pasientene var innlagt, slik at vi ikke skulle få med pasientene som var inneliggende i forbindelse med polikliniske operasjoner. Analyseavdelingen i sykehuset foretok dette uttrekket, og vi kan derfor regne dette som et tilfeldig uttrekk for oss som gjennomførte granskingen.

Tilfeldig utvalg slik at man kan gjøre statistiske generaliseringer, basert på teorien om at et utvalg skal kunne representere den populasjonen den er trukket fra (Johannessen mfl. 2011). Det ble ikke gjort statiske beregninger på dette uttrekket, og derfor det ikke sies noe om materialet er statistisk generaliserbart. Vi valgte et utvalg på 15 kurver per seksjon. Dette ble allikevel vurdert som et tilstrekkelig uttrekk.

Resultatene av denne gjennomgangen, avdekket at enkelte seksjoner benytter MEWS på sine pasienter, mens andre seksjoner ikke benytter MEWS i pasientobservasjonene. Denne gjennomgangen har dannet grunnlaget for valg av enheter for intervju. Målet har vært å få mest mulig informasjon om hva som kan forklare denne variasjonen i bruken, flest variabler. Jeg vurderte det slik at det ville komme mye informasjon dersom jeg valgte respondenter fra to til fire seksjoner som er på hver sin ytterskala. Altså en til to seksjoner som har innarbeidede rutiner for bruk, samt en til to seksjoner som benytter MEWS i mindre/varierende grad.

Gjennomgangen viste at MEWS var dokumentert i kun 19 % av disse 233 hovedkurvene. Målet er at MEWS skal brukes i observasjonen av *alle* voksne pasienter. Når dette er dokumentert i kun 19 % var dette et resultat som verken ledelsen eller vi som har jobbet med dette, var særlig fornøyd med.

I diagrammet på neste side vises de 16 seksjonenes bruk/ikke bruk av MEWS.



Figur 15. Oversikt over seksjoners bruk av MEWS

Denne kvalitative undersøkelsen kan sees som et springbrett til den neste kvalitative undersøkelsen. Jeg har nå skissert grunnlaget for neste metode, fokusgruppeintervjuene. Dette presenteres i neste kapittel, før jeg redegjør for spørreskjema jeg sendte til ressurspersonene.

4.2.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgrupper er en velegnet metode når man ønsker å gå i dybden på ett eller noen få forhåndsdefinerte tema man trenger ny kunnskap om. Fokusgrupper som metode gir innsikt i et fenomen, men man kan ikke måle utberedelse av fenomenet. Derfor kan funn fra fokusgrupper sjelden generaliseres. Fokusgruppeintervju gjør det mulig å produsere konsentrerte mengder data om emnet som jeg ønsker å undersøke. Resultatet av diskusjonen i en gruppe er avhengig av innspill fra alle gruppedeltagerne, og en godt sammensatt gruppe gir verdifull kunnskap om hva som er sentralt og viktige spørsmål innen området jeg ønsker å finne mer ut av (Johannessen 2011).

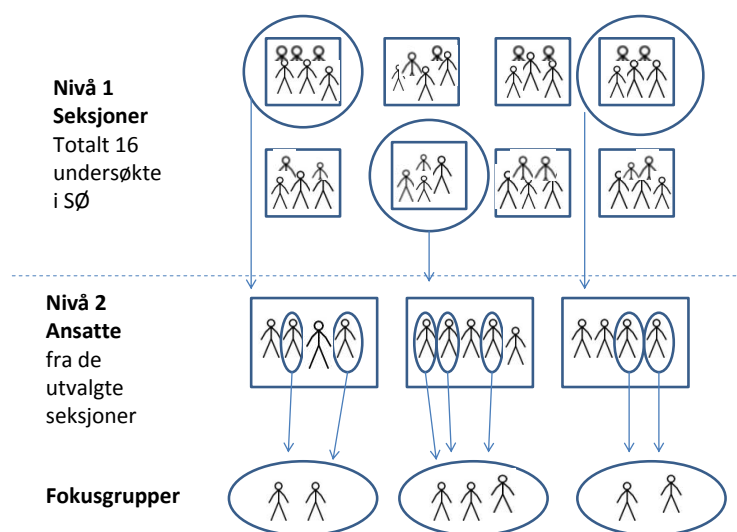
Hensikten med denne kvalitative undersøkelsen er å få mest mulig kunnskap om fenomenet "bruken/ikke bruk av MEWS", få fylldige beskrivelser over hva sykepleierne og nøkkelpersonene ser som årsaker til at kliniske observasjoner og MEWS benyttes i varierende grad, og ikke å foreta statistiske generaliseringer.

Valg av utvalg

Det er hensiktsmessig å foreta en strategisk utvelgelse av informanter (Patton 1990). Det vil si at man har tenkt igjennom hvilke målgruppe som er mest hensiktsmessig å undersøke. Siden hensikten med denne studien er å samle inn mest mulig kunnskap om fenomenet, er ikke utvalget foretatt tilfeldig. Jeg vil nå begrunne hvilken form for utvelgelse jeg har valgt, og hvorfor.

Ønsket var et utvalg med maksimal variasjon. Det finnes en rekke evidensbasert kunnskap som sier at ”track and trigger”-systemer som MEWS, øker muligheten for å oppdage risikopasienter innlagt i sykehus på et tidlig stadium (Subbe 2001, Goa 2007, Gordon 2010, Smith 2010). Når grundige kliniske observasjoner er normen, har jeg hatt som hensikt å lete etter det som speiler det ekstreme, eller to motpoler, for å kunne sammenlikne dem med det typiske. Det er derfor hensiktsmessig å velge to seksjoner som benytter MEWS i ulik grad. Viser til figur 15 på forrige side, for resultater av denne gjennomgangen. Med andre ord så kan jeg sette sammen et utvalg med maksimal variasjon ut i fra sentrale kjennetegn (sykepleiere på somatiske sengeposter, som observerer og ivaretar pasientene, yrke og faglig bakgrunn er lik, alle har deltatt på ALERT-kurs og MEWS er tatt i bruk på hele sykehuset). Hva kjennetegnet disse seksjonene? Hvilke trekk ligger til grunn for at MEWS brukes/ikke brukes? Hvilke individuelle forhold, læringsaspekter og organisatoriske forhold vil komme fram?

Det ble foretatt utvalg på to nivåer. Jeg har foretatt et strategisk utvalg mellom seksjoner, og deretter valgt informative personer på de utvalgte seksjonene, noe jeg illustrer i figuren på neste side.



Figur 16. Utvelgelsesprosessen i to nivå

Målet var å få respondenter der forskjellene var store, og dermed muligheten til å få fram viktig informasjon. **Nivå 1** foretas det først utvalget, det vil si tre ulike seksjoner som hadde sine sentrale kjennetegn. Den gjennomførte hovedkurvegjennomgangen har pekt på ulike kategorier, altså noen seksjoner som benytter MEWS og andre ikke. I **nivå 2** ble informanter (sykepleiere) rekruttert ut i fra at de har erfaringer med MEWS og er ressurspersoner på ulike fagområder i sine seksjoner. Ut i fra dette vil jeg si at dette utvalget er formålsoorientert, det vil si at jeg har valg ut de enhetene som jeg mener kan gi den mest interessante informasjonen for å belyse problemstillingen (Jacobsen 2005).

Utvalg med kritiske tilfeller kan brukes for å illustrere et poeng. En ledetråd til hva som er et kritisk tilfelle, er når vi kan si ”dersom det skjer her, kan det skje hvor som helst”. Siden enkelte av disse sykepleierne ikke benytter MEWS regelmessig, kan vi regne med at andre heller ikke bruker det. Jeg ønsker å peke på andre forhold enn hos sykepleiere, som kultur, hvor opptatt man er av å følge retningslinjer presist, hvor tro man er mot prosedyrer som her; ALERT-prosjektet.

Utvalgsriteriene er basert på problemstillingen og hva jeg ønsker svar på, samt hva som er praktisk og hensiktsmessig å gjennomføre. Jeg ønsker å få fram individers erfaring med MEWS, og hvilke forhold i organisasjonen som påvirker dette. I et fokusgruppeintervju skjer det fortolkningsutvikling i gruppen og deltagerne i gruppen kan hjelpe hverandre å forstå forholdene rundt tema, og det som er særegent med denne metoden er at

respondentene i stor grad får fram hva de mener og hvorfor. Dette kan skje når deltagerne må begrunne og argumentere for synspunktene sine (Jackosen 2005).

Analyseenheter

Analyseenheter kan være individer eller sosiale settinger. Den måten man definerer enheter på, henger sammen med den måten problemstillinger ble stilt på. Sykepleiere i somatiske sengeposter trer fram som en naturlig analyseenhet i min undersøkelse. Jeg opptrer med flere analyseenheter, både sykepleiere, leger og nøkkelpersoner.

Ønsket var å samle inn data fra personer som har egne erfaringer med fenomenet MEWS, og benytter en formålsbestemt utvelgelse av informanter. I undersøkelsen er det hensiktsmessig å velge maksimal variasjon ut fra sentrale kjennetegn, og kjennetegnet er sykepleiere som har erfaringer med MEWS. (Johannessen 2011;226)

Hvilke valg måtte foretas ved denne metoden?

Når valget var tatt over hvilke seksjoner jeg ønsket å foreta intervjuene ved, tok jeg kontakt med de respektive avdelingssjefer og seksjonsledere og fikk godkjenning for å kunne gjennomføre undersøkelse i de valgte enheter. Det ble først sendt en e-post med vedlagt informasjonsskriv om undersøkelsen (se vedlegg 2). Jeg fikk rask tilbakemelding med godkjenning, og deretter tok jeg kontakt via telefon og avtalte konkrete datoer og det praktiske rundt selve gjennomføringen av intervjuene.

Jeg vurderte hvilke sykepleiere som ville være mest hensiktsmessig å intervju, og hadde valget mellom

1. gjøre utvalget ut i fra vaktlistene de aktuelle dagene
2. velge de "toneangivende" i seksjonen
3. seksjonslederne hadde forslag til hvilke personer som det ville være hensiktsmessig å intervju og som hadde erfaring og tanker om tema

Valget ble foretatt som en kombinasjon av punkt to og tre. Sykepleierne som ble foreslått og valgt, var en kombinasjon av de "toneangivende" og erfarne i seksjonen. På den måten ble utvalget av sykepleiere foretatt av deres ledere, men i samråd med mine ønsker. Når dette valget var tatt, tok jeg direkte kontakt med respondentene via e-post med et

informasjonsskriv om undersøkelsen og tema for intervjuet (se vedlegg 3) samt avtale om tid og sted.

Samtlige intervjuer ble foretatt i løpet av arbeidstiden. Respondentene var positive og interesserte i resultatene av undersøkelsen.

Litteraturen beskriver ulike prosedyrer og tilnærminger for analyse av kvalitative data (Malterrud, Kvale & Brinkmann, Johannessen mfl.) Jeg har foretatt en systematisk gjennomgang av materialet og har søkt å kartlegge meningsinnholdet i materialet mitt.

Planen var å gjennomføre fire fokusgruppeintervjuer, med fire til seks deltagere i hver gruppe. Jeg har gjennomført tre intervjuer. Når intervjuene skulle gjennomføres, var det av ulike årsaker blitt endringer, slik at gruppene ble mindre enn planlagt. Stort arbeidspress i seksjonene og sykdom var andre årsaker. Resultatet ble ett intervju med tre sykepleiere, ett intervju med to sykepleiere og ett av intervjuene ble gjennomført med én deltager. Jeg mener at dette ikke har vært av betydning for hvilke funn som jeg har fått, siden respondentene har presentert et bredt bilde av ulike aspekter. Men underveis i prosessen så jeg at enkelte aspekter ikke ble belyst. Det var momenter som er snakket om i gruppen av ressurspersoner og som har spilt en sentral rolle i tiltaket. Det var årsaken til at jeg valgte å utarbeide et spørreskjema med åpne svaralternativer til ti ressurspersoner. Se kapittel 4.3.2. og vedlegg 5.

Intervjuguide

Semistrukturert intervju eller intervju basert på en intervjuguide er mest vanlig, og fungerer ikke som et spørreskjema, men som en liste over tema og generelle spørsmål som skal gjennomgås i løpet av intervjuet.

Jeg ønsker å ha en induktiv tilnærming til resultatene i intervjuene, men det er allikevel nyttig å sette opp kategorier som jeg mener er mest sentrale. Siden kvalitative data er avhengig av den situasjonen de er samlet inn i, er det ikke alltid relevant å sammenlikne svarene fra ulike informanter. Jeg håper å kunne sammenlikne svarene, siden premissene for innføringen av MEWS har vært tilnærmet lik på det overordnede nivå.

Intervjuene ble gjennomført etter en intervjuguide, men løst om definerte spørsmål. Jeg vurderte om det ville være hensiktsmessig å starte intervjuet med å la respondentene vurdere et pasientcase, og deretter å la de gjennomføre en MEWS score. Det er flere av empiriske studier som har benyttet denne metoden (Ludikhuize 2011). Deretter fikk de fortelle om hvilke vurderinger og målinger de vil utføre og dokumentere. Jeg valgte å ikke begynne med det, siden jeg ikke er ute etter å kartlegge kompetansen deres på å gjenkjenne risikopasienter. Jeg intervjuer offentlige godkjente sykepleiere, og respondentene har deltatt på ALERT-kurs, hvor dette har vært tema. Jeg har evidens på hvordan bruken på MEWS er i sykehuset og jeg er mer interessert i å finne ut mulige årsaker til ulik bruk.

Jeg utarbeidet intervjuguiden på bakgrunn av de tre forskningsspørsmålene jeg har stilt. I tabellen under beskrives oversettelsen av de tematiske forskningsspørsmålene til intervju spørsmål.

Forskningsspørsmål

Intervju spørsmål

I hvilken grad og på hvilken måte blir verktøyet MEWS benyttet i kliniske observasjoner av pasienter i SØ?

Hvilke rutiner har dere for måling av kliniske observasjoner? Rutiner for MEWS? (Positive og negative erfaringer)

I hvilken grad og på hvilken måte blir MEWS benyttet i kliniske observasjoner av pasienter i din seksjon?

På hvilken måte dokumenteres dette?

Hvordan fikk dere informasjon om MEWS?

Får nyansatte og vikarer informasjon/opplæring i MEWS?

Kan dere si litt om hvordan MEWS ble mottatt i seksjonen?

I hvilken grad benyttes MEWS som et "track and trigger"-system i SØ?

I hvilken grad benyttes MEWS som et tilkallingssystem?

Beskriv en typisk handlemåte når du har den karakteristiske pasienten for denne seksjonen?

Akutte syke pasienter, hva gjør dere?

Hva lærte dere? Hva var bra/kunne vært gjort annerledes?

Hva kan årsakene være til variasjon i bruk av MEWS?

Hva kan årsakene være til variasjon i bruk av MEWS?

På hvilken måte påvirker omgivelsene på gjennomføring av målinger?

Hvordan vil du beskrive kulturen i avdelingen, er det lett å spørre om hjelp, diskutere pasientcase etc i seksjonen?

Er det ok å stille spørsmål og å være usikker?

Kvaliteten på intervjuene er avgjørende for kvaliteten på den senere analyseringen, verifiseringen og rapporteringen av intervjuet (Kvale og Brinkmann 2009;174).

4.2.3 Spørreskjema

Som tidligere nevnt ble det behov for å utvide datainnsamlingen med synspunkter fra ressurspersonell. Disse ressurspersonene var både leger og sykepleiere som har deltatt i prosjektet på litt ulike måter. Enkelte har vært med i hele/deler av prosessen fra oppstarten av prosjektet i Moss i 2008, og andre har deltatt som forelesere på ALERT-kursene.

Jeg valgte å utarbeide et spørreskjema (se vedlegg 5) med åpne kvalitative spørsmål, som var nært rettet mot de tre forskningsspørsmålene;

1. I hvilken grad og på hvilken måte blir verktøyet MEWS benyttet i kliniske observasjoner av pasienter i SØ?
2. I hvilken grad benyttes MEWS som et ”track and trigger”-system i SØ?
3. Hva kan årsakene være til variasjon i bruk av MEWS?

Dette ble sendt ut e-post til disse respondentene i separate e-poster, slik at anonymiteten ble ivaretatt. Av ti skjemaer fikk jeg inn fem, fra både leger og spesialsykepleiere. Jeg hadde ønsket en større svarrespons, men det kom fram flere nyttige innspill og jeg mener det har beriket datainnsamlingen.

4.3 Forskerrollen i egen organisasjon

Vi stiller ikke med blanke ark når vi entrer feltet og møter våre respondenter. Vi har alltid med oss mer eller mindre bevisste indre bilder om hvordan feltet ser ut i forhold til de spørsmål vi ønsker å besvare (Malterud 2011). Det å forske i egen organisasjon byr på en del utfordringer i det vitenskapelige undersøkelsesarbeidet som jeg har forsøkt å ha et bevisst forhold til. Samtidig har det gitt flere fordeler fordi jeg kjenner både tiltaket ALERT og MEWS og organisasjonen godt.

På den ene siden har jeg godt kjennskap til SØ som organisasjon og til tema, men allikevel kjenner jeg ikke hver enkelt respondent personlig eller deres seksjon med sine kulturelle særegne kjennetegn. Hvis jeg skal vurdere i hvilken grad min rolle har påvirket forskereffekten, så mener jeg at den har en i hovedsak positiv effekt. På grunn av min kjennskap til tema og til hvordan innføringen har foregått i organisasjonen, har jeg hatt en

unik tilgang til verdifull kunnskap og empiri. Slik kjennskap til empiri er verdifull og bør tenkes systematisk igjennom (Repstad 2004). De overordnede planene, målene, utfordringene i forhold til organisasjonsendringer og de ulike utfordringer mellom profesjonene var kjent.. Jeg kjenner derimot ikke til de særegne trekkene ved de ulike seksjonene, deres hverdagspråk og hva som opptar medarbeiderne. Dette ser jeg på som en fordel og det gir meg en distanse til informantene som gjør at jeg kan stille åpne spørsmål. Denne forhåndskjennskapen til tema og organisasjon setter forskeren bedre i stand til å forstå det som skjer. På den måten kan jeg unngå å foreta feilslutninger og misforståelser, enn en utenforstående forsker ville hatt forutsetninger for (Ibid).

Ved å forske i egen organisasjon kan det og så være lett å miste den akademiske distansen, fordi man kan utvikle personlig interesse i det som skjer i feltet (Ibid). Jeg har et ønske om å gjennomføre en grundig undersøkelse med valide data på dette området. Mitt engasjement til tema og mitt ønske om at MEWS skal styrke pasientsikkerheten ved min egen arbeidsplass, har vært en kilde til utholdenhet og motivasjon gjennom hele prosessen. Jeg har hele tiden hatt et bevisst forhold til dette, og har fortløpende vurdert om mitt kjennskap og engasjement i prosjektet har styrt min undersøkelse i en spesiell retning. Jeg har forsøkt å forholde meg bevisst til dette dilemmaet og lest empiri om emnet, snakket med andre ressurspersoner fra andre sykehus og på den måten forsøkt å styre unna at min forforståelse skulle påvirke resultatet i negativ retning.

Jeg har kjennskap til de kritiske forholdene til innføringen av ALERT og MEWS i SØ som har påvirket og fortsatt påvirker dette.

4.4 Forskerrollen gjennom hele prosessen

Malterud (2011) beskriver at forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer avgjør hvilken problemstilling som er aktuell, hvilket perspektiv som skal velges, hvilke metoder og utvalg som ansees som relevante, og hvilke resultater som besvarer de viktige spørsmålene, og til slutt hvordan konklusjonene skal vektlegges og formidles.

Spørsmålet er derfor ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan. Den menneskelige faktoren er av stor betydning underveis i prosessen, og som forsker har jeg påvirket materialet på ulike måter ved å bruke meg selv. Forforståelsen min er et resultat av tidligere erfaringer som prosjektleder med ALERT og innføringen av MEWS, faglige

perspektiver og teoretisk grunnlag, og har hatt en avgjørende betydning for hele prosessen, fra valg av problemstilling til valg av metode, og resultatene.

Jeg har hatt som mål at de empiriske data skal reflektere deltagerens erfaringer og meninger, og ikke mine. Jeg har vært bevisst på ikke å stille ledende spørsmål, og deltagerne har blitt bedt om å fortelle om sine erfaringer og betraktninger.

En av svakhetene har vært at jeg har jobbet individuelt og har i liten grad søkt råd, veiledning og tilbakemelding på arbeidet i prosessen ut over veileder. Det handler blant annet om bytte av jobb, og dermed har jeg fått en mer distansert rolle i forholdet til ALERT. Siden jeg ikke jobber med ALERT daglig, men mer et overordnet fokus på pasientsikkerhet. Et annet forhold er at nettopp min nye arbeidssituasjon har gitt meg en distanse til temaet, og det har gitt meg mulighet til å endre perspektiv og se det i et litt annet lys. Altså både fordeler og ulemper.

Tolkning er en sentral aktivitet i den kvalitative forskningsprosessen. Tolkning av materialet, å identifisere mønstre og lese betydningen av dem, fortrinnsvis i lys av relevante teoretiske perspektiver, er en sentral del av den kvalitative undersøkelsen, og det viktigste redskapet for tolkning, er forskeren selv. Forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, og den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer mønstre. Når tolkningen foregår, benyttes både beskrivelser og tolkninger. Enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser.

Mange av fallgruvene kan unngås hvis man velger å innta en uttalt beskrivende holdning. Intensjon har vært å gjengi informantens synspunkter så lojalt som mulig, med minst mulig farging av min egne forforståelse og rammer.

Å intervju er et personlig håndverk, og kvaliteten avhenger av forskerens håndverksmessige dyktighet. Validering blir et spørsmål om forskerens evne til hele tiden å kontrollere, problematisere og tolke resultatene teoretisk. (Kvale og Brinkmann; 2009;181)

4.5 Ethiske vurderinger

I 1964 utarbeidet verdens legeförening Helsinki-deklarasjonen, som sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker (Malterud 2011). I denne undersøkelsen, som er todelt, har jeg foretatt en gjennomgang av pasienters hovedkurve, som er en del av pasientens journal. For å tilfredsstillе de etiske kravene til gjennomføringen av begge undersøkelsene, ble SØ retningslinjer fulgt, i tillegg søkte jeg og fått godkjent undersøkelsen av Personvernombudet for forskning. Det betyr en forankring av undersøkelsen hos både nærmeste leder (kvalitetssjefen), samt fagdirektør og forskningssjef. Når vi gjennomgikk disse hovedkurvene ble kun de kliniske målinger som er gjennomført av pasientene vurdert. Disse dataene er lagret elektronisk etter SØ retningslinjer på intern sone i egen mappe med begrenset brukertilgang til. Dataene var ikke av en slik karakter at det var nødvendig med samtykke fra pasientene.

Et annet aspekt er at disse dataene hadde vi samlet inn uavhengig av masteroppgave eller ikke. Slike data benytter sykehusene til internt forbedringsarbeid i ulike sammenhenger.

Når det gjelder de praktiske forhold rundt intervjuene, ble samtlige respondenter forespurt om deltagelse av sin nærmeste leder, før jeg sendte informasjon via e-post. Jeg fikk også en skriftlig godkjenning av hver enkelt for deltagelse i undersøkelsen (se vedlegg 4).

Intervjuene ble tatt opp digitalt, og transkribert tekst er lagret i en tilsvarende mappe på SØs intern sone, med begrenset brukertilgang til.

Når det gjelder de etiske aspektene i forhold til intervjuene, har Jette Fog (2004) formulert intervjuerens etiske dilemma; Forskeren ønsker at intervjuet skal være så dyptgående og utforskende som mulig, med risiko for å krenke personen, men ønsker på den annen side å respektere den intervjuede personen så mye som mulig – dermed risikerer han eller hun å få empirisk materiale som bare skraper på overflaten. I intervjuene gikk jeg ikke så dyptgående at det var fare for å krenke personene, etter min vurdering. Det er jo basert på hvilke tema og hvor personlige eller sensitive opplysninger man spør om. Jeg opplevde respondentene som positive og imøtekommende. De viste interesse for tema og resultatene, de svarte etter beste evne og bidro til at mitt materiale ble det det ble.

Når det gjelder forskerens etiske erfaring og dømmekraft, ble ulike seksjoner intervjuet som har viste ulike bruk av MEWS. Jeg var spesielt oppmerksom på dette i

intervjusituasjonene ved de to seksjonene som ikke hadde gode rutiner for MEWS. Jeg var bevisst på at jeg ikke skulle legge for stor vekt på hvorfor de ikke gjennomførte MEWS eller få de til å føle seg ”lite flinke eller dårlige”. Målet var å få fram deres erfaringer av hvordan de observerte pasientene, de ble bedt om å beskrive rutiner, samarbeid, opplæring etc. Slik jeg opplevde intervjuene kom vi ikke til slike situasjoner hvor dette påvirket datafangsten.

Det jeg imidlertid erfarte, var at det var enkelte respondenter som lettere tok ordet enn andre. I to av intervjuene måtte jeg bevisst henvende meg til dem som var tause, for å spørre dem eksplisitt. Alle fikk delt sine synspunkter, men jeg tror nok at dette kan ha påvirket i hvilket omfang jeg fikk informasjon av disse mer stille respondentene.

Kvale og Brinkmann (2009) lar oss konkludere med at det ikke finnes entydige kvalitetskriterier for forskningsintervjuer. Et godt intervju er avhengig av forskerens håndverksmessige dyktighet, som går lenger enn til mestring av spørreteknikker og som omfatter kunnskap om forskningstema, sensitivitet med hensyn til den sosiale relasjonen mellom intervjuer og intervjupersonene, og bevissthet om epistemologiske og etiske aspekter av intervjuet. Vurderingen av intervju kvalitet avhenger av intervjuets spesifikke form, tema og formål.

4.6 Undersøkelsens reliabilitet og validitet

Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er det gyldig om, og under hvilke betingelser er det gyldig? I all forskning bør vi spørre oss selv om metoden vi har brukt, representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen (Malterud 2011). Gjennomgangsspørsmålet bør derfor være ”hva gir resultatene våre gyldig kunnskap om?”.

For å vise på hvilken måte jeg har vurdert og validert hele prosessen, velger jeg å besvare spørsmålene som Malterud stiller (2011).

Problemstillingen – var det faktisk det jeg lurte på? Jeg har stilt meg dette spørsmålet flere ganger i hele prosessen. Problemstillingen er blitt justert litt i flere omganger, og den jeg har endt opp med er i tråd med undersøkelsen jeg har gjennomført og spørsmålene som er stilt. Jeg har hatt mange tanker om hva jeg ønsket svar på, og dermed litt vanskelig med å begrense problemstillingen. Etterlevelse av MEWS, hva ligger til grunn for ulikt fokus på

risikopersepsjon, har innføringen av MEWS ført til bedret pasientsikkerhet? Læring av uønskede hendelser, SØ som lærende organisasjon og til sist, årsaker til ulik bruk av MEWS. Dette er ulike retninger jeg har vært innom.

Utvalget – gir dette et relevant grunnlag for svar på de spørsmålene jeg har stilt? Jeg mener at undersøkelsen som er gjennomført, med prevalensmåling av MEWS som viste variasjon i bruken, gav en god innfallsvinkel til å velge ut seksjoner. I tillegg mener jeg også at respondentene som ble valgt ut i samarbeid med seksjonslederne, ble gjort på et gjennomtenkt grunnlag. Respondentene som ble intervjuet, hadde alle erfaringer og verdifulle tanker om temaet.

Datainnsamlingen – hvilken kunnskap har deltagerne gitt oss innsikt i? Siden jeg har to datainnsamlingsmetoder har jeg en bredde i dataene som jeg ikke ville hatt med kun en av metodene. Som tidligere nevnt, gav gjennomgangen av hovedkurvene oss kunnskap om den faktiske bruken av MEWS, og i hvilket omfang. Den informasjonen sier oss ingen ting om hva sykepleierne mener om verktøyet, eller om de oppfatter det som hensiktsmessig. Det forteller imidlertid intervjuene. Her kommer det fram mange ulike forutsetninger som må ligge til grunn for at verktøyet skal tas i bruk og hva som kan hindre bruk av MEWS.

Teoretisk referanseramme – var begrepene og modellene jeg benytter egnet til å forstå fenomenet jeg vil lære noe om? I tillegg til å benytte tidligere empirisk litteratur om emnet, vurderer jeg at det var hensiktsmessig å benytte teori angående pasientsikkerhet og læring opp mot generell organisasjonsteori i systemperspektiv.

Analysestrategien – hva forteller de ulike alternative tolkningene meg? Erfaringene fra denne kvalitative undersøkelsen er at blant annet at det er en lang prosess å analysere det deskriptive materiale og komme fram til analytiske begreper. Jeg synes det var både en vanskelig og krevende prosess. Når kategoriene nå er satt og figurer er tegnet, så virker resultatet ”logisk”. Validiteten av funnene styrkes når andre empiriske undersøkelser også viser flere av de samme funnene.

Presentasjonsformen – gir funnene relevante svar på problemstillingen? Å skrive en masteroppgave er en lang prosess, og det gjelder også hvilken form funnene skulle presenteres på. Flere måter ble forsøkt, før jeg endte opp med valgt presentasjonsform. For meg ble det naturlig å presentere funnene samtidig som de er blitt drøftet. Når det gjelder

om funnene besvarer problemstillingen, så mener jeg at viktige og sentrale forutsetninger kom fram, i tillegg skisseres respondentene ulike forhold som kan ha forhindre innføringen av MEWS.

Til syvende og sist er gyldigheten av kunnskapen vi utvikler, uavhengig av om noen kan bruke den til noe – at den kan utgjøre en forskjell (Ibid). Kvale kaller dette for pragmatisk validitet. Det er også en strategi for å vurdere om kunnskapen oppfyller kravet om relevans, og på hvilket nivå.

Som forsker er ikke min oppgave å fastslå at funnene mine er sanne eller gyldige, men å vise at jeg har overveid rekkevidden av deres gyldighet og kan gi en begrunnet anvisning av hva de sier noe om (Ibid).

5 Sykepleiernes og nøkkelpersonenes betraktninger om bruk av MEWS

Som tidligere nevnt, er det benyttet fokusgruppeintervju som metode for å samle inn sykepleieres individuelle meninger og betraktninger om bruk av kliniske observasjoner og MEWS. I tillegg har jeg benyttet et åpent spørreskjema til utvalgte ressurspersoner. Intervjuene og spørreskjemaene fokuserte på respondentenes individuelle perspektiv. Utover i analysen er dataene tolket og bearbeidet slik at et mer overordnet og systemperspektiv kommer fram. Denne fortolkningsprosessen var helt nødvendig fordi rådataene var altfor detaljerte, omfattende og komplekse til at de kunne brukes i sin opprinnelige form i en analyse og drøfting av problemstillingen. Resultatene er behandlet under ett, siden det naturlig utpekte seg felles kategorier som var dekkende for begge gruppene.

5.1 Veien fra transkribert tekst til analytiske kategorier

For å framstille arbeidet fra transkribert tekst til deskriptive kategorier, har jeg skissert en analytisk prosess, se figur 21 side 97.

Det første jeg gjorde var å lese igjennom alle intervjuene med den hensikt å få en følelse av helhet i innholdet. Deretter ble intervjuene gjennomgått og grovsortert, eller en deskriptiv kategorisering. Meningsfortetning førte til en forkortelse av intervjupersonens uttalelser til kortere formuleringer eller til deskriptive kategorier. Lange setninger ble komprimert til kortere ”statements”, hvor den umiddelbare meningen i det som blir sagt, gjengis med få ord. Jeg har registrert aktuelle utsagn som jeg mente var relevante for min problemstilling. Samlet de i kategorier som hadde noen fellestrekk. Målet var og ikke legge egne fortolkninger til grunn i denne fasen, men forsøkte å fange hovedessensen i budskapet til respondentene, samtidig som noe måtte siles i forhold til grupperingene som begynte å ta form. I løpet av denne prosessen kom jeg frem til deskriptive kategorier som jeg synes har mening i denne sammenhengen.

Siden jeg ikke hadde mer enn seks respondenter fra intervjuene og fem respondenter som har besvart spørreskjema, mener jeg det er uhensiktsmessig å nevne hvor mange ganger de ulike momentene kom fram under intervjuene. Alle momentene er forsøkt tatt med, men

enkelte momenter har kommet tydelig frem flere ganger. Jeg minner igjen om hensikten med undersøkelsen, som er å skaffe synspunkter, erfaringer og kunnskap om et tema, ikke et stort antall kvantitative svar.

Det neste trinnet besto i å uttrykke temaet som dominerte den naturlige meningsenheten, så enkelt og klart som mulig. Jeg har forsøkt å lese intervjupersonenes svar på en så fordomsfri måte som mulig og å tematisere uttalelsene fra intervjupersonenes, som nedenfor.

De deskriptive kategoriene heter:

1. Forutsetninger

- Felles forståelse
- Oppmerksomhet
- Dokumentasjon
- Vilje
- Lojalitet
- Faglig forsvarlighet
- Pådriver
- Erfaringslæring

2. Hindringer

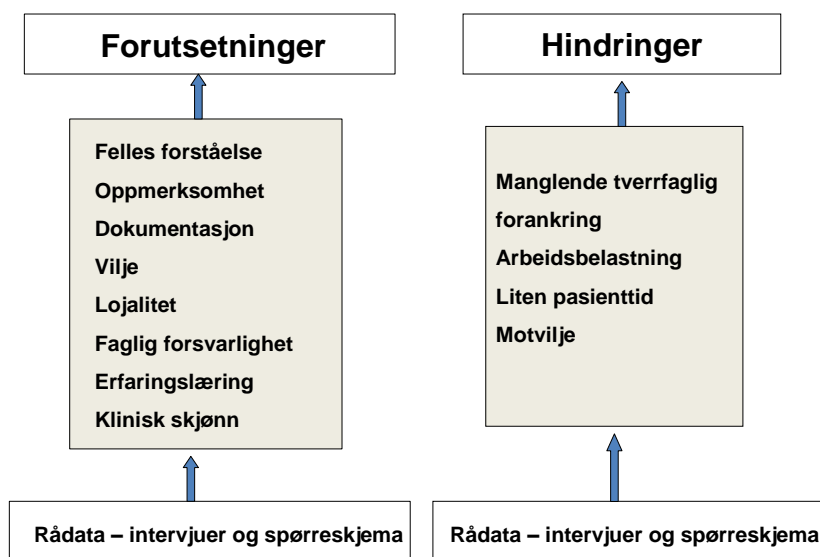
- Manglende tverrfaglig forankring
- Arbeidsbelastning
- Pasienttid
- Motvilje

3. Pasientsikkerhet – se på dette

- ”track and trigger”
- Autopilot/klinisk skjønn → internalisert
- I tillegg til kategoriene fra punkt 1 og 2 som går direkte på pasientsikkerhet.

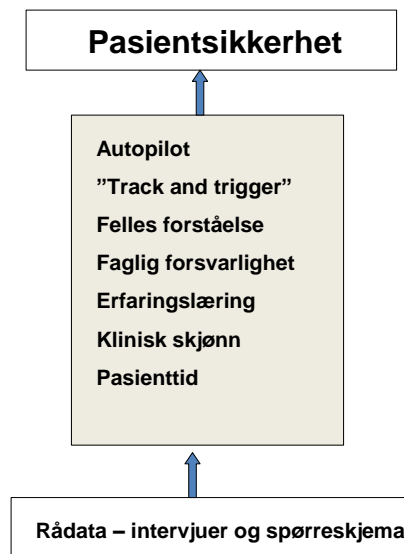
Et av målene for meg har vært å fram flest mulig synspunkter på bruk av MEWS. Er det forhold som skiller de ulike seksjonenes bruk, i tilfelle hvilke forhold/ faktorer? Og i tilfelle hva kommer fram som mulige årsaker?

Dermed blir det logisk for meg å kategorisere funnene av undersøkelsen i en rekke **forutsetninger** og ulike **hindringer**. Disse to hovedkategoriene legger jeg til grunn for den videre drøftingen og de analytiske begrepene. Til sist ser jeg på det tredje hovedfunnet innen **pasientsikkerhet**.



Figur 17. Fortolkningsprosess og reduksjon av rådata → forutsetninger og hindringer

Når man skal planlegge tiltak for å oppnå læring i organisasjoner, er det avgjørende å ha kjennskap til grunnleggende faktorer som hemmer og fremmer læring (Lai 2010). Målet i denne avhandlingen er nettopp å fra fram de ulike aspektene som gjør at verktøyet MEWS blir tatt i bruk. For å lykkes med innføringen kreves opplæring. For at helsepersonell skal ta det inn i det daglige arbeidet, som en innarbeidet rutine, kreves at MEWS blir internalisert og at den nye kunnskapen blir en del av kompetansen som hver og en besitter. Og til sist blir spørsmålet om dette faktisk har ført til bedre pasientsikkerhet? De deskriptive kategoriene som skisserer forutsetninger for økt pasientsikkerhet vises i figuren under.



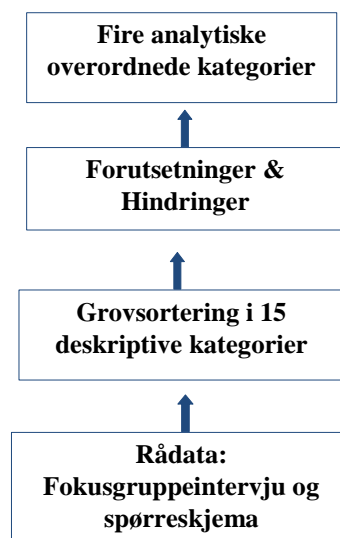
Figur 17. Fortolkningsprosess og reduksjon av rådata → pasientsikkerhet

Litteraturen beskriver ulike prosedyrer og tilnærminger for analyse av kvalitative data (Malterrud, Kvale & Brinkmann, Johannessen mfl.). Analysens mål er å bygge en bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet på en tydelig og forståelig måte. Med problemstillingen *Hva kan forklare ulik praksis i forebygging av risiko hos voksne pasienter ved bruk av MEWS?* som utgangspunkt, har jeg stilt spørsmålene "Hva kan dette utsagnet fortelle?" og "Hvordan kan dette tolkes?". Ved å stille disse spørsmålene angående materialet, ble de fortløpende vurdert om spørsmålene kan besvares opp mot valgte teoretiske basis.

Denne undersøkelsen viser variasjon i bruk av MEWS, og relevant empiri sier at etterlevelsen av intervensjoner som MEWS, kan være både varierende og lav (Ludikhuize 2011, Mackintosh 2011, Marshall 2011). Dette underbygger valget av problemstilling og forskningsspørsmål. Målet med intervjuene er å forstå ulike faktorer som virker fremmende og hemmende på bruken av MEWS, sett fra et sykepleiernes ståsted. Hva skal til for at det foregår læring og endring av praksis, og at pasientens sikkerhet styrkes?

I figuren under har jeg illustrert de ulike prosessene i analysen. I trinn én, var målet å danne et helhetsinntrykk av dataene. Å lete etter vesentlige kjennetegn og skaffe en oversikt over hvilke temaer som framkom i materialet. I trinn to foretok jeg en foreløpig grovsortering i ulike deskriptive kategorier, eller identifiserte de meningsbærende enhetene

i materialet. Det er en måte å sortere og systematisere temaene, og det innebærer en dekontekstualisering. Det innebærer at materialet hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for å kunne leses i sammenheng med annet materiale som omhandler samme tematikk. Deretter identifiserte jeg og plukket ut viktige funn fra hovedområdene som beskrev samme tema, som ”felles forståelse”, ”oppmerksomhet”, ”dokumentasjon” osv. Teksten omskrives fra informantenes hverdagspråk til et profesjonelt språk. Siden mine intervjuer ikke har vært like styrt etter en fast intervjuguide, men foregikk mer av en åpen karakter, har det vært mest hensiktsmessig å kategorisere svarene etter deskriptive begrep som naturlig dukket opp under analysen. I trinn tre ble kunnskapen og meningsinnholdet abstrahert. Det betyr at jeg gjennomgikk de deskriptive kategoriene med tanke på å se hva det handlet om. Meningsinnholdet ble omskrevet på en mer kortfattet måte (forutsetninger og hindringer) og var en måte å forenkle datainnsamlingen ytterligere. I trinn fire forsøkte jeg å sette bitene sammen igjen.



Figur 19. Fortolkningsprosessen i forhold til kategoriene

I dette kapitlet har jeg nå vist hvordan jeg har gjennomført analyseprosessen fra intervju/spørreskjema, transkribert tekst til de ulike kategoriene. Selve bakgrunnen for de ulike kategoriene vil eksemplifiseres på de neste sidene.

6 Sammenhengen mellom empiri og teori

I dette kapittelet presenteres sitater som ligger til grunn for de to hovedkategoriene, hvilke sentrale **forutsetninger** og senere hva som oppleves som **hindringer** for overføring av kunnskap mellom individer og spredning i organisasjoner. Sitatene er skrevet i *kursiv*, og data fra både intervjuene og fra nøkkelpersonene blir behandlet under ett. Funnene presenteres og drøftes fortløpende opp mot relevant teori. Målet er å få fram bredden av innspill. Noen av momentene ble nevnt en gang, men flere av innspillene er nevnt og bekreftet av flere respondenter.

6.1 Forutsetninger

Det utpekte seg åtte hovedområder som er av betydning for om MEWS blir benyttet, se figur 17. I dette kapittelet presenteres de ulike forutsetningene som respondentene nevnte i intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen, og i neste hovedkapittel, hva respondentene opplever som hindringer. Den røde tråden handler om overføring av kunnskap gjennom innføring av MEWS, læring og proaktivt fokus på risiko. Denne kunnskapen må deles mellom individer, og spredning må skje i hele organisasjonen. Til sist hva som gjør at denne endringen fører til at kunnskapen blir internalisert i individet og i enheten og fører til bedret pasientsikkerhet.

6.1.1 Felles forståelse

Som en metafor på ulike perspektiver på organisasjoner har Morgan (1998) fortalt et indisk eventyr om de seks blinde menn og en elefant. Jeg velger å gjengi dette eventyret med hensikt å vise at ulike perspektiver er like sentralt, ikke bare på hvordan man ser på organisasjoner, men også hvordan de ulike profesjonene ser på pasientbehandlingen.

”Seks blinde menn skulle beskrive en elefant: Den første blinde mannen kjenner en støttann og tror derfor dyret er som et spyd. Den andre kjenner elefantens mave og tror derfor det er mer som en vegg. Den tredje kjenner et ben og beskriver den som et tre. Den fjerde kjenner elefantens snabel og tror det er en slange. Den femte som har grepet fatt i elefantens øre, tror det er forbausende lik et vindmølleblad. Og den sjette tar tak i halen og sier den er svært lik et tau.”¹⁴

Avhengig av faglig profesjon, kunnskap, posisjon og erfaring kan vi risikere at vi oppfatter og legger vekt på ulike sider ved pasienten. Felles innsikt i pasientbehandlingen og aksept

¹⁴ Gareth Morgan, 1988, i Sørås, 2007

for ulike oppgaver, som her å benytte MEWS i pasientobservasjonene, er en viktig premisse for pasientsikkerhet.

Felles forståelse ble nevnt av flere respondenter og ble betegnet som en sentrale forutsetninger for god og sikker pasientobservasjon. En av sykepleierne forteller;

”Legene ser alltid på målingene på visitten. Vi har fått tilbakemelding om at det faktisk er fulgt opp med målinger. Her er det bra!” og ”Legene etterspurte MEWS”.

En av legene i nøkkelpersonellgruppen uttrykker;

”Synes bruk av MEWS, hvis brukt, er et fint verktøy for pleiepersonale å observere pasientene med. Man kan evt. oppdage forverring av pasienter på et tidlig tidspunkt. I tillegg vil pleierne ha konkrete tall å forhold seg til ved vurdering av pasienter og videre formidling av informasjon om pasienten.”

Lynne (2010) påpeker at teamarbeid avhenger av at både leger og øvrig personell samarbeider om felles mål, kommuniserer og jobber sammen for å forbedre seg. Det bør legges vekt på å spesifisere målsetninger for å oppnå bedre teamarbeid og hvilke kunnskaper, ferdigheter og holdninger som skal læres. I tillegg til avklarte roller og ansvar mellom ”medical outreach”-teamet og øvrig personale. Teamarbeid krever at man jobber i samme retning og nettopp det kom fram som en viktig drivkraft til å benytte MEWS. Utsagnene til respondentene stemmer overens med funnene til Lynne, og felles forståelse kan tolkes som en sentral forutsetning for bruk av MEWS.

Det kom fram tydelig forståelse for systematiske kliniske observasjoner og bruk av MEWS. Det som kjennetegner samtlige respondenter er at alle sier at MEWS er et nyttig hjelpemiddel for å oppdage risikopasienter. Flere av respondentene uttrykte stor aksept for ALERT-prinsippene og MEWS, og mente at dette er helt essensielt i hvordan man skal håndtere kritisk syke pasienter.

”ALERT - er jo basisen av hva vi driver med. Det første vi gjør, er en selvfølge. Ja!” og

”ABCDE burde vært helt essensielt. Alfa og omega uavhengig av pasienter og diagnoser. Kan ikke huske at dette var fokus på grunnutdanningen”.

”Kliniske observasjoner er sentralt. Absolutt!”.

Et relevant spørsmål er hvorfor kartleggingen av MEWS viste så stor variasjon når alle var så positive til dette? Flere av respondenten representerte erfarne sykepleiere, og flere hadde fagstilling og har vært avdelingenes pådrivere for ulike prosjekter i enhetene, også ALERT. Det var mulig at ”motstanderne” ikke var valgt ut som respondenter av seksjonslederen. Det at personalet er positive til MEWS er i tråd med erfaringene gjennom hele prosjektperioden, og i evalueringene av de to prosjektene (fra Moss i 2008 og fra Fredrikstad i 2010). I prosjektoppgaven fra 2009 var også MEWS svært godt mottatt og gode erfaringer ble formidlet. Dette oppleves som et paradoks; Helsepersonellet mener at MEWS er hensiktsmessig for å oppdage risikopasienter, men likevel ser vi at MEWS blir benyttet i så varierende grad. En rimelig vurdering er at det nødvendigvis ikke er motstand mot selve MEWS som er årsaken til denne varierende bruken. Hvilke andre faktorer kan da være årsak til dette? Mulige årsaker presenteres og drøftes senere i oppgaven.

En annen forutsetning som nevnes er lik praksis av MEWS på tvers av seksjoner. De ulike enhetene i SØ har særegne kjennetegn, både i forhold til kultur og hvordan oppgavene løses. MEWS som redskap ble innført på tvers av enheter og flere respondenter nevner viktigheten av lik forståelse og praktisering.

”Veldig viktig at andre avdelingen har gjort det (MEWS) før de flytter pasientene hit, da har vi et utgangspunkt.”

Dette funnet underbygges også av Åhlgren i Aase (2010). Han påpeker at risiko som fenomen gir grobunn for svært ulik oppfatning eller persepsjon av risiko i delsystemer som SØ’s seksjoner og avdelinger består av. De ulike profesjonene har sin forståelse av pasientens tilstand, tilhørighet, problemområder, behandling og pleie. Det er i disse grenseflatene at risikoen er spesielt stor, se også kapittel 3.6. om grenseflate og risiko. Ved å forbedre samhandlingen over flere delsystemer og mellom profesjonsgrupper, samt å jobbe mot en systematisk måte å forstå risikobildet på, er derfor en forutsetning for å forebygge uønskede hendelser. Bruk av MEWS er et egnet verktøy for å kartlegge og avdekke pasientrisiko. Flere sykepleiere uttrykker dette synspunktet;

”Hadde vært fint om akuttmottaket kunne skrevet en MEWS-score på hovedkurven, da ser man jo hva som er nødvendig å følge med på de første timene.”

I sykehusets levere regler er også dette samhandlingsperspektivet et sentralt tema ”Vi skaper resultater gjennom samhandling”.

Et tema man ikke kan komme utenom når det handler om forbedringsprosjekter av denne art, er ledelsens rolle. Flere nevner at lederens engasjement er viktig for å være en pådriver for innføringen.

”Tror lederen har litt med dette å gjøre, at de er tydelig på at dette er viktig.

”Peser” litt på det.”

”Ledelsen må ta ansvar da, for de gode rutinene”. ”Hvis vi får det inn daglig, er det lettere å følge opp med MEWS.”

Både den profesjonelle fagutviklingen og den ledelsesforankrede lærings- og utviklingsarbeidet må ha samme mål. Utfordringene er å finne en felles arena og metodikk for arbeidet.

Forskning viser at individers risikopersepsjon formes av organisatoriske og institusjonelle rammer, prosesser, beslutninger og strategiske handlinger i de ulike delsystemene (Aase 2010). En sykepleier forteller at det handler om å avdekke risiko hos pasientene på denne måten;

”Ja, eller å se risikoen da, med MEWS blir pasientene mer sånn risikovurdert.”

Dette er et svært viktig funn og et sentralt tema for å kunne forstå utfordringene som problemstillingen belyser. Det var først i analysen av dataene at dette funnet kom frem. Begrepet ”risikopersepsjon” ble ikke eksplisitt benyttet i intervjuene og begrepet ble derfor verken definert eller spurt om betydningen av. Jeg ser i ettertid at det hadde vært hensiktsmessig å benytte dette begrepet.

I dette kapitlet er det presentert ulike forutsetninger som er grunnleggende for bruk av MEWS.

6.1.2 Oppmerksomhet

En forutsetning for etablering av felles forståelse, er at de involverte har sin oppmerksomhet rettet mot pasientsikkerhet og relevante virkemidler som i denne sammenheng, MEWS.

Under prosjektperioden og innføringen av ALERT, deltok sykepleiere og hjelpepleiere ved samtlige seksjoner på opplæring og innføring i MEWS. SØ har overordnede retningslinjer og prosedyrer for bruk av MEWS. Allikevel har de ulike seksjonene hatt ulikt fokus på bruk av MEWS. En respondent forteller;

”Veldig varierende hva man har fokus på i avdelingene”.

Etter hvert som tiden har gått, har vi erfart at det er ulik bruk og oppmerksomhet på MEWS. En forutsetning for at MEWS blir benyttet i de daglige pasientobservasjonene, beskrives av en sykepleier;

”Få det inn i tankegangen.”

En annen sykepleier fra en annen seksjon sier dette;

”Vi gjennomfører full score på alle pasienter, hver dag, hvis du gjør det på alle er det ikke noe ekstra jobb” og

”Ja, vi har rutiner og tenker ikke noe over det at det er noe hinder.” En av respondentene sier; ”Nå tenker vi ikke over det, vi bare gjør det, det er bare å komme inn i den rutinen.”

Dette forteller at bruk av MEWS er blitt en del av de daglige rutinene for observasjon med pasientene. For å komme dit, mener en annen sykepleier;

”Tror vi må ha runder hele tiden, for å holde fokus.”

Denne sykepleieren skisserer behovet for regelmessig repetisjon som en forutsetning for å innarbeide gode rutiner.

Ludikhuizen et.al. (2011) skisserer mulige en årsak til lav grad av etterlevelse av MEWS, var at det var frivillig å benytte MEWS til pasientmålingene. Det var opp til hver enkelt sykepleier å benytte MEWS, og på den måten var det ”lett” å forbli i gamle rutiner, og dermed ikke bruke MEWS. I SØ er det et mål at alle pasienter skal observeres etter

MEWS, og det skal ikke være store rom for individuelle vurderinger av hvilke pasienter man skal benytte MEWS på, og ikke. Dette mente også flere av respondentene var en fordel, det at alle pasienter skal observeres etter MEWS-retningslinjene. Dette sies på følgende måte av to ulike respondenter fra to ulike seksjoner;

”Når vi startet opp skulle vi gjøre det (MEWS) på ALLE. Jeg tror det var en fordel at det ikke var vi som skulle velge når vi skulle bruke MEWS” og

”Tror det er lettere å få det inn i rutinene når man gjør det på alle.”

Ut i fra disse utsagnene og empiriske funn fra Ludikhuize et.al. (2011), skulle man tro at klare rutiner og retningslinjer er den enkleste måten å få innført disse nye rutinene på, men så enkelt er det vel ikke?

I en av seksjonene forteller respondentene at leder har hatt et tydelig fokus på at MEWS skal benyttes og at det har vært en motivasjonsfaktor for medarbeiderne. En annen respondent fra en annen seksjon forteller om lederskifter og manglende kontinuitet.

”Tror lederen har litt med dette å gjøre, at de er tydelig på at dette er viktig, og peser litt på det,” og ”Ledelsen må ta ansvar da, for de gode rutinene.”

”Ny leder for et år siden, turbulens, håper det blir stabilt igjen, og vi har vikar for fagsykepleier også,”

Tidligere ble sikkerhetstiltak utelukkende betraktet som en utfordring for de profesjonelle utøverne. Nå er sikkerhetsarbeid også en del av ledelsesansvaret (Aase 2010). En av respondentene sier;

”Dette bringer inn ledelsesaspektet”,

I tillegg nevnes også opplæring av medarbeiderne;

”MEWS er med i opplæringsplanen til nyansatte og vikarer” og

”Jeg tror faktisk at MEWS står på sjekklista for vikarer.”

Ledelse og opplæring skisseres også som sentrale forhold for innføring av nye verktøy som MEWS.

En forklaring på det ulike fokuset som MEWS har hatt i de ulike seksjonene beskrives på denne måten;

”Veldig varierende hva man har i fokus på avdelingene”.

Det sier også noe om at det er viktig å ha fokus på tiltak man vil skal følges opp og prioriteres. Hva som er i fokus på seksjonene er varierende, men hvilken oppmerksomhet enheten har, er avgjørende for utfallet.

Et sykehus består av mange enheter og mikrosystemer med egen ledelse. Til tross for felles visjon og strategiske mål i SØ, eksisterer det ulike kulturer i de ulike enhetene. Denne særegne kulturen og hvordan ledelse praktiseres, avgjør i stor grad hva som er av betydning og hva man har oppmerksomhet på i enheten. En respondent formidler dette;

”Ønsker å bil minnet på det (MEWS x antall ganger).”

Dette utsagnet viser behov for stadig repetisjoner og å holde temaet ”varmt”. En sykepleier mente at det var lettere å praktisere ferdighetene når kunnskapen var ”fersk”.

”Kompetanse, lettere å gjennomføre det rett etter kurs...”.

Oppmerksomhet er presentert som en sentral forutsetning for bruk av MEWS, og i neste kapittel er det dokumentasjon som belyses.

6.1.3 Dokumentasjon

Sykepleiere har dokumentasjonsplikt, og denne skal utføres i henhold til retningslinjer i lovverket (forskrift om pasientjournal 2000). Dokumentasjon er et viktig ledd i pasientsikkerhetsarbeidet.

Selve opplæringen av hvordan MEWS praktisk skal brukes, kommer ikke fram som et problemområde i undersøkelsen. Tvert i mot virker det som om MEWS-verktøyet er intuitivt og inneholder målinger som er kjente. Dette bekreftes av to sykepleiere, som sier;

”Det er jo ikke noe vanskelig, det er jo ting vi kan fra før,” og ”i stedet for synsing så har vi tall og vi følger litt ekstra med.”

MEWS gir viktig informasjon om pasientens tilstand som en sykepleier sier;

”MEWS er klart og tydelig.”

Siden de fleste av respondentene var sykepleiere, gjelder denne oppfatningen for disse sykepleiere, og jeg kan nødvendigvis ikke generalisere det til å være en generell oppfatning.

Det ble i løpet av prosjektperioden også innført en felles hovedkurve for hele SØ. Hovedkurven er et felles arbeidsredskap for både leger og sykepleiere og er en del av pasientens journal. På den nye kurven ble det samtidig laget plass til MEWS og de kliniske observasjonene. Disse pasientopplysningene ble samlet og man fikk en enhetlig måte å dokumentere dette på. Som flere respondenter forteller;

”Viktigste er å føre det inn på hovedkurven der alle ser det. Den nye hovedkurven er lettere å bruke,” og

”Bedre MEWS’ing etter at scoringen ble overført fra eget skjema til ukekurven,” og en annen sykepleier forteller *”Ja, jeg er veldig glad i den nye hovedkurven, og s.3. den er veldig bra”*.

På den annen side formidles frustrasjon over stadige krav om dokumentasjon. Dette opptar mye av sykepleiernes tid og oppmerksomhet.

”Elektronisk verktøy på den ene siden og så forholder vi oss til kurven.”

En annen sykepleier beskriver at det kan være et stress med all dokumentasjon og oppfølging som man må gjøre ved datamaskinen;

”Jeg har lyst til å ha tid til å snakke med pasientene mine, men i stedet må jeg sitte foran data`n og ringe diverse telefoner. Det kan være et stress av og til altså! Man MÅ velge hva som er viktig, og kanskje man av og til prioriterer feil.”

De fleste respondentene nevnte systematisk observasjon og innsamling av pasientens vitale parameter som en sentral del av det å avdekke risiko.

”Målingene er jo det første vi gjør, er jo basisen av hva vi driver med.”

Men på hvilken måte og hvordan man gjør dette, er derimot varierende. Noen er systematiske og følger MEWS-retningslinjene, mens andre foretar målinger ut i fra når de mener det er nødvendig, eller etter faglig skjønn, eller pasientens tilstand er forandret.

Andre igjen måler parametere som legen har forordnet. Med andre ord, stor variasjon. Sentrale momenter som kom fram handler om gode rutiner, ”Få det inn i behandlingsplanen,” og hvordan men praktisk fordeler arbeidsoppgavene internt,

”Vi deler pasientene mellom oss, de som tar stellet tar også alle målingene”.

Et annet moment av betydning, er at det er ulike rapporteringsrutiner på seksjonene. Enkelte har muntlig rapportering i vaktskiftene, mens andre har stille rapport. Stille rapport innebærer at all informasjonen foregår skriftlig, og at hver enkelt må innhente relevant informasjon på egen hånd ved å lese pasientjournal og hovedkurve.

”Det er stille rapporter, og vi må derfor lage oss et system så vi får med oss det viktigste.”

Når det gjelder stille rapport så har det betydning for andre forhold enn bare dokumentasjon. I vaktskifterapporteringen inngår overlevering av pasientansvar, formidling av pasientinformasjon, erfaringsoverføring og kunnskaps- og kompetanseoverføring. Vaktskifte blir dermed også en arena for læring og kompetanseoverføring. Stille rapport innebærer at sykepleiedokumentasjonen som er nedtegnet, danner grunnlaget for rapporten. Lengst tradisjonelt har muntlig rapport. Den innebærer overlevering av informasjonen muntlig. Jeg mener at rapporteringsformen kan ha en vesentlig betydning for læring i organisasjonen. Pasientenes helhet lar seg ikke alltid beskrive ved hjelp av målbare observasjoner eller korte og konsise skriftlige formuleringer.

Jeg har nå belyst ulike aspekter ved dokumentasjonen av pasientopplysninger, og som en oppsummering vil jeg avslutte med at MEWS gir en objektiv dokumentasjon av sentrale data, slik at man lettere kan få en felles forståelse av pasientens kliniske tilstand og risikobilde.

6.1.4 Vilje

En sentral forutsetning for endring av praksis, som innføring av MEWS innebærer, er vilje og motivasjon særlig sentralt. Kjennetegn på å få innført ny teknologi og metoder er at det er enkelte personer som er pådrivere eller ”toneangivende” i enheten. Som en av sykepleierne forteller;

”Jeg har prøvd å få jobbet det inn i avdelingen (MEWS.)”

Medarbeiderne er selv ansvarlige for å følge vedtak og innsatsområder som er i tråd med avdelingens og SØ's målsetning. Det kreves derfor en individuell innsats. De neste sitatene viser at sykepleierne gjør en innsats;

”Jeg prøver å gjøre det (ta MEWS) når jeg tar imot pasienter og flytte pasienter til andre avdelinger,” og

”Vi vil jo gjerne gjøre en god jobb, og ha oversikt over pasientene våre.”

En av ressurspersonene bekrefter også viktigheten av at medarbeiderne er villige til dette;

”Det fungerer bra (MEWS), men en del sykepleiere er nok noe negativt innstilt til noe de trodde var en ekstra arbeidsoppgave, men som egentlig bare er en systematisering av vitale verdier de allerede måler.”

Motivasjon er også en sentral faktor for både læring, kompetanseanvendelse og ytelse, og det finnes faglitteratur knyttet til sammenhengen mellom motivasjon og ytelse.

(Kaufmann og Kaufmann i Lai.) En av respondentene erfarer at flere er svært motiverte for å lære og å få nye utfordringer.

”Higer etter å lære, spesielt de nye.”

Dette trekkes fram som en positiv faktor for faglighet og også med tanke på bruk av MEWS.

6.1.5 Lojalitet

Sykehuset Østfold sin leveregel nr. to er; ”Vi deltar i prosesser og er lojale til beslutninger.” Lojalitet er en sentral forutsetning for at SØ skal nå sine mål på en enhetlig og god måte.

Enkelte av respondentene viste en stor grad av lojalitet i forhold til vedtak og ledelse. De uttrykte i liten grad uenighet for tiltaket, men at det bedre å bare gjøre det som var bestemt. Dette kommer fram i dette utsagnet;

”Og hvis det er bestemt, da er det bare å gjøre det, da er det ikke noe å diskutere. Vi har ingen pasienter vi ikke MEWS’er.”

Viljen til å gjøre en god jobb, være lojal for det som er bestemt og at vi skal ”være best”, nevnes også som motivasjonsfaktorer.

”... for vi vil jo gjøre en god jobb, og ha oversikt over pasientene våre, ja absolutt!”

Hvorfor noen medarbeidere lar seg motivere og andre ikke, handler i tillegg til indre motivasjon og lojalitet til forhold utenfor medarbeideren. Forhold i seksjonen, kulturen og samspillet med kolleger er sentrale forhold.

Skillet mellom kompetansekomponeentene kunnskaper, ferdigheter og holdninger på den ene siden og evner på den andre siden, er spesielt relevant i forbindelse med mobilisering av kompetanse. Personlighetstrekk som for eksempel samvittighetsfull, selvdisciplinert og ansvarsfull, i motsetning til upålitelig, ustabil og illojal. Det er sjelden at personer er ”enten-eller”, men den kulturen man er en del av spiller en vesentlig rolle.

6.1.6 Faglig forsvarlighet

At personellet skal opptre forsvarlig, betyr at det må handle på en måte som er rimelig å forvente ut fra så vel deres egne kvalifikasjoner, som de rammebetingelsene de arbeider under. At helsetjenestene skal være faglige forsvarlige er en selvfølge og en helt sentral forutsetning for at helsetjenesten skal nå sine mål. I begrepet forsvarlighet ligger en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan den enkelte bør utøve arbeidet. Behovet for å være sikker på egne vurderinger er helt grunnleggende. Oppfattelsen av egen vurderingsevne henger nært sammen med både selvfølelse og mestringstro. Det er psykologisk og praktisk

å ha tiltro til egen vurderingsevne, derimot er det uheldig å ha overdreven tro på egen dømmekraft og treffsikkerhet (Lai, 1999). Sykehus og pasientbehandling er preget av standardiserte behandlingsløp og prosedyrer for å sikre standardisering av observasjon, diagnostikk og behandling.

Flere av respondentene påpekte fordelene ved MEWS nettopp handler om standardisering og gir mindre rom for subjektive vurderinger.

”Det gir retningslinjer uten at vi behøver å tenke, det er som en mal man går etter”

og

”På avdeling xx brukes MEWS og der fungerer det godt, og det er et viktig verktøy i forhold til observasjoner ved legekontakt”.

Det ble presisert at MEWS er et verktøy for å redusere innvirkningen av den menneskelige faktoren og med mulighet for å standardisere observasjoner av pasienter og redusere bruk av subjektive vurderinger. Det stilles store krev til helsepersonellet, se figur 4. om kompleksiteten i helseforetakene. En av sykepleierne sier;

”Ja, vi har rutiner og tenker ikke noe over det, det er ikke noe hinder.”

På motsatt side sier en av respondentene at manglende kontinuitet hos både leder og andre ressurspersoner i seksjonen kan være én årsak til at seksjonen ikke har så gode innarbeide rutiner for MEWS.

”Manglende forankring hos lederen i sengeposten og lederen som pådriver,” og

”man er jo avhengig av at lederen har oversikt.”

Måten en organisasjon er strukturert på, bør baseres på de kompetansekrav og den kompetansebeholdningen organisasjonens primære funksjoner og oppgaver bygger på. Dersom det er manglende samsvar mellom kompetanserelaterte faktorer på den ene siden og organisasjonsstruktur på den andre, vil dette kunne representere betydelig hindre for mobilisering av verdifull kompetanse. Jeg har i kapittel 3.6. beskrevet at SØ kan sees både i perspektivet av Mintzbergs profesjonsbyråkrati, og spesielt den divisjonaliserte formen, men samtidig også adhocratiet, som er av betydning i forbindelse med strategisk kompetansestyring (Lai 2010).

6.1.7 Erfaringslæring

Flere uttrykker at når man har tatt i bruk MEWS som verktøy, benytter man det uten å reflektere eller tenke over det. Det er blitt en del av den daglige rutine av pasientobservasjonene. Sykepleieteoretikeren Benner i Kristoffersen (1998) peker på at utvikling av sykepleieres kliniske kompetanse hovedsakelig foregår trinnvis, fra at utøveren går igjennom en utvikling fra å bruke regler og prinsipper til å bruke intuisjon. Det kom frem fra flere av respondentene hvilken betydning MEWS som redskap har for nyutdannede, at de

”begynner å tenke på det (MEWS) med en gang”.

Kunnskap finnes i enkeltmenneskers hoder, og er for det meste taus og kommer til uttrykk gjennom faglige ferdigheter. For at kunnskap skal kunne eksistere på organisasjonsnivå, må den deles av individer og det er vanlig å anta at individer er motvillige til å dele personlig kunnskap med hverandre (Lai 2010). En sykepleier sier noe om nettopp dette:

”At vi tar litt læring av det vi har gjort feil tidligere” og

”Vi må tenke på hva vi gjør”.

I oppdragsdokumentet står det at SØ skal lære av feil og arbeide for å være en lærende organisasjon. Dette betyr at SØ må ha ulike arenaer hvor læring kan foregå, og den lokale læringskulturen er avgjørende for resultatet. For å oppnå en lærende organisasjon er det nødvendig med læring på mange plan. Og det er en utfordring å danne prosesser der det kan legges til rette for kommunikasjon og deling av kunnskap innad i enheten, og spesielt på tvers av grenser. I tillegg er det sentralt å danne små og uformelle møter på tvers av profesjoner og fagområder. Etablering av ”mobil intensiv gruppe – MIG” vil gi en slik mulighet. I tillegg er regelmessige ”table top”-øvelser en effektiv metode for slik deling av kunnskap. I SØ er det nå etablert tverrfaglige kvalitetsgrupper i alle enheter, som har læring og å avdekke risikoområder som hovedoppgave. Disse nevnte tiltakene er altså forutsetninger for erfaringslæring og deling av kunnskap.

I ALERT er intensjonen at ulike profesjoner skal trene på ulike ferdigheter sammen i team. Hjertestans-teamene i SØ har etablert rutiner for trening og simulering, men det er derimot ikke etablert rutine at teamet trener på dette sammen. Det å bringe folk sammen for å

utføre en spesifikk oppgave, sikrer ikke nødvendigvis at de vil fungere sammen som et team. Teamarbeid er avhengig av at legene er villig til å jobbe sammen om et felles mål og å kommunisere og jobbe sammen for å forbedre seg. Nettopp legenes engasjement og deltagelse i ALERT-prosjektet har vært en kritisk suksessfaktor for å oppnå ønskede resultater om bruk av MEWS og den felles oppfattelsen av pasientens risikobilde (Aase 2007).

Wadel (2008) viser til ulike typer læringskulturer. Han beskriver ulike sider som har med læring å gjøre; læringsadferd, læringsforhold, læringsnettverk, formelle og uformelle team. Enhver organisasjon eller enhet, har en eller annen form for læringskultur. Det er derimot stor variasjon mellom enheter. Det mener jeg å ha funnet tegn på i undersøkelsen min. Enkelte er lærevillige og tar til seg læring raskt, mens andre oppnår ikke samme resultat. Det er ikke slik at en organisasjons læringskultur er stabil. Læringskulturer endrer seg mer eller mindre i ”takt” med den endring som organisasjonen generelt gjennomgår. I SØ er det til enhver tid endringer på ulike nivå, og SØ forbereder seg nå på et nytt Østfoldsykehus. Dette kan bety at ulike prosjekter må konkurrere om fokus og oppmerksomhet.

6.1.8 Klinisk skjønn

Faglig vurderingsevne betraktes vanligvis som et kjennetegn ved høy klinisk kompetanse, og skjønn kan defineres som ”forstand” eller ”dømmekraft”. Faglig skjønn kan derfor bety faglig dømmekraft (Kristoffersen 1994). Når en av respondentene sier:

”Vi får jo det kliniske blikket når vi har jobbet noen år, du ser når pasienten har det greit,” og ”Målet med MEWS er at man skal ta tegnene tidlig.”

Jeg oppfatter funnene i undersøkelsen som litt delt når det gjelder tiltro til sitt eget kliniske skjønn kontra bruk av MEWS som observasjonsverktøy. Enkelte påpeker at MEWS gir en trygghet i egne pasientvurderinger, ”Det gir retningslinjer uten at vi behøver å ”tenke”, det er som en mal man går etter”. En annen påpeker at MEWS kan bidra som en støtte til egne beslutninger;

”Jeg er blitt litt mer oppmerksom inntil jeg får oversikt.”

Et sentralt funn som flere av respondentene kommer fram til, er at MEWS er hensiktsmessig spesielt for nyutdannende sykepleiere.

”Det er viktig for nyutdannede sykepleiere også, at de begynner å bruke MEWS og tenker på det med en gang.”

Dette kan henge sammen med at nyutdannende sykepleiere ikke har opparbeidet dette viktige kliniske blikket og er like bevisste på sin faglige vurderingsevne. MEWS er et nyttig redskap til å oppøve dette, samt å ivareta pasienten. En forteller:

”Når jeg var ny tenkte jeg ikke så veldig mye selv, på en måte, men var veldig opptatt av å gjøre de rette tingene. Jeg fulgte prosedyrene og retningslinjene”.

En medarbeiders selvopplevde mestringssevne, eller subjektive mestringsstro er en avgjørende faktor for muligheten til å lære og til å anvende kompetanse (Bandura i Lai 2010). Når sykepleieren uttaler;

”Vi vil jo gjerne gjøre en god jobb, og ha oversikt over pasientene våre,” og

”vi får jo det kliniske blikket på en måte når man har jobbet noen år. Du ser jo når pasientene har det greit ...”

Her påpeker sykepleieren troen på egen kompetanse og evne til å gjøre faglige vurderinger uten hjelp av et standardisert scoringsverktøy. I tillegg sier en av respondentene at de nyutdannede sykepleierne *”higer etter å lære”*. Det å lære de riktige ferdighetene med en gang i yrkeslivet er mer hensiktsmessig enn å *”avlære”* gammel praksis.

Ved bruk av MEWS kan en nyutdannet/uerfaren sykepleier øke sin mestringssevne. Ved standardiseringen av observasjonene, og en systematisk måte å kommunisere de objektive data på kan bidra til at de får positive tilbakemeldinger fra kolleger og leger. Den enkelte kan på den måten oppleve faglig ytelse og trygghet i sine vurderinger av pasienten. Gjennom gode rollemodeller som benytter MEWS og faglig skjønn, kan det bidra til inspirasjon og kompetanseoverføring.

En annen respondent har en mer kritisk erfaring av verktøyet;

”MEWS stemmer ikke alltid synes jeg.”

Dette handler også om at vi observerer pasienter som reagerer individuelt og at man av den grunn ikke kan standardisere behandlingen på alle områder. Disse ulike erfaringene med

MEWS mener jeg kan henge sammen med dilemmaet mellom bruk av standardiserte verktøy og bruk av faglige vurderinger. Dette dilemmaet mener jeg er til stede på flere nivåer i sykehusene i forhold til dilemmaet mellom profesjons- versus maskinbyråkratiet.

Dette får fram det sentrale ved systematiseringer av pasientbehandling, kontra bruk av faglig vurdering og klinisk skjønn. Dermed oppstår et paradoks: Økt kvalitet og effektivisering oppnås på den ene siden ved standardisering, altså ved maskinbyråkratiets kjennetegn og styring av arbeidet. Og på den andre siden nødvendigheten av myndiggjøring, hvilket innebærer mer bruk av faglig skjønn som preger profesjonsbyråkratiet (Taylor). Bare å måle MEWS verdier er ikke tilstrekkelig. MEWS-verdiene må alltid brukes sammen med grundige faglige vurderinger. MEWS er et hjelpemiddel og må brukes som det, ikke som en erstatning av faglige vurderinger. Med MEWS målinger og tydelige handlingsplaner, øker muligheten til å oppdage og behandle sviktende pasienter i tide. Klinisk praksis er kompleks, ikke et ”enten-eller”. Man må gjøre bruk av flere kunnskapsformer, erfaring og klinisk skjønn (Malterud).

I de foregående kapitlene har jeg nå presentert funnene som sier noe om sammenhengen mellom de forutsetningene som må ligge til grunn for at MEWS skal benyttes, og teoretiske perspektiver. I neste kapittel presenterer jeg de hindringene som i motsatt fall fører til et hinder for bruk av MEWS, opp mot relevant teori.

6.2 Hindringer

Det kom fram underveis i undersøkelsen at samtlige respondenter både opplevde MEWS som nyttig og de hadde gode erfaringer og tiltro til MEWS. Jeg har spurt om hva de mente kunne være mulige hindringer for denne ulike bruken. Flere forhold ble nevnt, og jeg vil i kapitlene som følger presentere de ulike forholdene og hindringene som kom fram.

En grunnleggende forutsetning er tilstrekkelig informasjon og at alle har fått samme kunnskap og mulighet til å delta på ALERT-kurs. ALERT-kurset er nå obligatorisk for nyansatte sykepleiere og hjelpepleiere. En respondent forteller;

”det er mange nyansatte i avdelingen som ikke har deltatt på ALERT- kurs”.

6.2.1 Manglende tverrfaglig forankring

De negative drivkreftene handler i stor grad om kulturelle forhold og organisatoriske løsninger. Enhver ny rutine eller innføring av ny teknologi vil kreve en forankring fra øverste ledernivå og ned i den vertikale linjen. I tillegg er forankring på tvers av profesjoner like viktig. ALERT og innføringen av MEWS har hele tiden hatt god ledelsesforankring i SØ og vært et satsningsområde for å bedre pasientsikkerheten på det operative nivå. Men allerede tidlig i prosjektperioden så vi nettopp dette med ulik forankring mellom faggruppene som et risikoområde for innføringen. Dette poengteres av en respondent som sier;

”Det er ikke lett å få med seg de andre”.

Hvis man ser for seg pasientbehandlingen på en sengepost som i et mikrosystem, der en liten gruppe ansatte arbeider sammen for å yte behandling/omsorg for en spesiell pasientgruppe. De har felles kliniske mål, sammenvevde prosesser og de deler informasjon, i tillegg til å ferdigbehandle pasientene som er et klart og tydelig felles mål. En klar forutsetning for at dette mikrosystemet skal lykkes i arbeidet, kreves en felles forståelse og at teamet er gjensidig avhengige av hverandre. Resultatene viser blant denne manglende felles forankringen formulert på følgende måte, og spesielt i forhold til legegruppen:

”Legene ser aldri på MEWS’en eller etterspør den på legevisitten, men de ser på verdiene. Har jeg gjort det (MEWS’et) så kommenterer de det aldri.”

En annen respondent, en lege, utalte;

”Tror vel heller ikke legegruppen på medisinsk avdeling har vært så veldig engasjert i dette, og når ikke legene etterspør det så føler kanskje sykepleierne at det blir en ekstrajobb de ikke har tid til i en veldig travel hverdag.”

I studien til Ludikhuize et.al. (2011) nevnes mangel på engasjement hos legene, også turnuslegene, ikke tilstrekkelig informasjon om tiltaket, samt at legene var lite familiære med betydning av MEWS/ISBAR som ulike årsaker til lav etterlevelse av MEWS/ISBAR. I tillegg skriver de at den umiddelbare varslingen til leger (etter MEWS-retningslinjene) ble hindret av etablerte tilkallingsrutiner.

Dette illustrerer noe av hovedproblematikken som man har opplevd i dette prosjektet. Hovedtiltaket i prosjektet (ALERT-kurs) har vært gjennomført for samtlige sykepleiere for å øke grunnkompetansen i forhold til observasjoner og risikopersepsjon av pasientene. Intensjonen om å gjennomføre ALERT-kurset på tvers av yrkesgruppene har ikke vært gjennomført ved SØ. Et av målene med ALERT er nettopp det tverrfaglige, det å ha felles undervisning og at man på den måten legger til rette for at læring og trening (simulering) skal foregå på tvers av profesjoner og i team. Dette er i tråd med Salas mfl. i Aase (2010) hvor det kommer fram at det er et anerkjent faktum at effektivt teamarbeid styrker gjennomføringen av komplekse oppgaver generelt. Det er forsket lite på hvordan teamarbeid fungerer i andre mikrosystemer i helsevesenet (Ibid). Ved hjelp av MEWS har man et felles verktøy, og det var en intensjon om at MEWS skulle bidra til et felles språk internt i sykehuset. Resultatet stor nok ikke helt til forventningene, at alle pasientene skal observeres med MEWS, men ved at sykepleierne har notert MEWS-score, er pasientens vitale parametre målt, og legen har resultatene på hovedkurven.

”Lege som kommer tar ikke hensyn til MEWS, men til klinikken.”

Det kommer fram at legenes engasjement er varierende, og en av årsakene kan være ulik kjennskap til tiltaket og til verktøyet MEWS. I sitatet forteller en lege;

”Synes bruk av MEWS, hvis brukt, er et fint verktøy for pleiepersonalet å observere pasientene med. Man kan evt. oppdage forverring av pasienter på et tidlig tidspunkt. I tillegg vil pleierne ha konkrete tall å forholder seg til ved vurdering av pasienter og videre formidling av informasjon om pasienten.”

Et annet moment som også kom fram var manglende legeordinerte observasjoner. En sykepleier forteller;

”Legene er ikke flinke til å skrive hva de vil vi skal observere heller, og det (MEWS) er jo et hjelpemiddel for oss”.

For å sikre en trygg pasientflyt innad i sykehuset er det blant annet viktig å sørge for enhetlig dokumentasjon av pasientopplysninger. Dette skjer på hovedkurven. Hvis alle hadde ajourført kurven ved flytting av pasientene hadde de nødvendige opplysningene vært notert på ett sted og ville vært lett tilgjengelig. Dette fortalte samtlige respondenter fra intervjuene og mente det var et sentralt forbedringsområde. Et av flere sitat som gikk på samarbeid med andre enheter forteller:

”Akuttmottaket er ikke flinke til å føre hovedkurven. Hadde de gjort det da hadde man jo sett hva som er nødvendig å følge opp de første timene.”

Ved at alle enheter hadde benyttet MEWS i observasjonene ville man lettere kunne oppnådd en felles forståelse på tvers av profesjoner og videreføring av prosjekt over i drift.

Manglende kontinuitet og oppmerksomhet fra ledelse og andre ressurspersoner, er et annet område som kommer fram under intervjuene. Det er vanskelig å jobbe med forbedringsarbeid når det er lederskifte, samtidig som det er stor utskiftning av det øvrige personalet. Spesielt vanskelig blir det når enkelte av disse har vært pådrivere og nøkkelpersoner for ALERT.

”Manglende forankring hos lederen i sengeposten og lederen som pådriver”.

En annen forteller:

”Ny leder begynner, har hatt turbulens, håper det blir stabilt igjen. Man er jo avhengig av at lederen har oversikt”.

Til slutt i dette kapittelet trekkes overgangen fra ALERT-prosjekt til drift fram. Dette nevnes som en mulig årsak til ulik bruk i dag.

”Ble prosjektet litt fort avsluttet? Må liksom være litt oppfølging etterpå.”

Dette utsagnet viser blant annet kompleksiteten og utfordringer man har ved overføring fra prosjekt til drift. Dette er et kjent risikoområde for alle prosjekter, og spesielt utfordrende blir det når nye personer skal inn, som ikke kjenner til prosessene. Sentrale forutsetninger

for overføring til drift, er blant annet å definere roller og ansvar. Det å benytte ressurspersoner og opprettholde engasjement er av stor betydning. Svært mange prosjekter er styrt av ildsjeler, og ved sykehusene som har innført ”track and trigger”-systemene er det å sørge for en forankring er sentralt for videre drift.

6.2.2 Arbeidsbelastning

Arbeidsbelastning kom også fram som en mulig årsak til ulik bruk av MEWS, og da spesielt arbeidsbelastningen i forhold til pasientgruppene. Det å forholde seg til liv-død problematikk, komplekse sykdomsbilder og samtidig nye og krevende arbeidsoppgaver er ikke alltid enkelt.

Kompleksiteten i helsesektoren beskriver jeg i kapittel 2. Noen av utfordringene handler blant annet om den medisinske teknologien, stadig behov for effektivisering og økonomisk balanse, pasientenes endrede sykdomsbilde, høyere levealder, flere pasienter med kroniske sykdommer osv. Alt dette stiller store krav til helsepersonell, og som en av sykepleierne sier;

”Pasientene har jo ikke en diagnose i dag, men de kan ha syv-åtte diagnoser, så det å få en oversikt over alt er viktig!” og en annen forteller

”De er SYKE de som legges inn nå altså! Så fort de er litt bedre, så er det ut og hjem. Bare på de siste ti åra, så er det blitt mer å gjøre med pasientene, de er mer sjuke.”

Dette forteller at krav til kompetanse er viktig, samt å ivareta HELE pasienten med alle dens tilleggsdiagnoser kan være krevende. En annen sykepleier forteller;

”Tung pasientgruppe, trøstesløst, det å stå i det.”

Det er krevende å jobbe med mennesker hvor liv-død problematikken er en del av hverdagen. Når man da også opplever:

”Dårlig bemanning”, ”Korridorpasienter”, og ”Press på mange pasienter, mye utskriving, krever utrolig mye” og som en annen uttrykker:

”Tenker på arbeidsmengden, det blir ofte brannslukking.”

Det er en stadig effektivisering i sykehusene og det gjr et helsevesen i stadig endring. Dette innebærer, som tidligere nevnt, utfordringer på flere plan.

Nye oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen er en utfordring som beskrives på denne måten:

”Det er mye beskrivelser og fram og tilbake med informasjon etter samhandlingsreformen.”

Bortfall av faglige diskusjoner knyttes ofte opp mot tidspress, og strukturelle forhold går i økende grad ut på individualisering av arbeidsoppgaver og ansvar for pasienten. Et eksempel på dette kan være innføring av stille rapport, som jeg har belyst tidligere i oppgaven. Men et paradoks i dette aspektet med økt arbeidsbelastning, kommer det også fram av enkelte at MEWS er et nyttig verktøy for å få beslutningsstøtte. Ved å bruke MEWS etter retningslinjene får man en pekepinn på hvilke pasienter man bør overvåke spesielt, hvor ofte, og når man bør kontakte lege.

Selv i en hektisk hverdag, og spesielt når arbeidsmengden er stor, blir det ekstra viktig å gjennomføre regelmessige målinger av MEWS.

6.2.3 Liten pasienttid

I forrige kapittel presenterte respondentene arbeidsbelastning som en hindring for bruk av MEWS. Økt arbeidsbelastning fører også til at enkelte opplever manglende tid til grunnleggende pasientobservasjon, pleie og behandling. Det kom fram hos både sykepleiere og leger, og måtte naturlig bli en egen deskriptiv kategori. Liten pasienttid kunne vel så gjerne vært plassert under kategoriene ”arbeidsbelastning” eller ”faglig forsvarlighet”, for det er jo det det handler om. Respondentene nevner både tilstrekkelig pasienttid og god nok bemanning som viktige forhold for pasientsikkerheten, derfor er dette blitt en egen kategori. Under presenterer jeg relevante sitater som understøtter valg av denne kategorien.

- *”Også er den TIDEN, ha tiden til pasientene. Være hos dem, det er kanskje det viktigste. Sikkerhet sånn sett.”*
- *”Jeg tok sykepleierutdannelse for å kunne være hos pasientene og lurte noen ganger på hva var det jeg utdannet meg til? Men så sitter jeg foran data’n og ringer diverse telefoner! Det kan være et stress altså! Altså du MÅ velge hva som er viktig og kanskje man av og til prioriterer feil noen ganger.”*
- *”Jeg synes det kan være deilig å jobbe kveld eller helg av og til, for da er det ikke så mye papirarbeid. Men på en dagvakt har du nesten ikke tid til å spørre, det er hektisk. Det er mange ting å følge opp etter legevisitten.”*

- *”Flere medisinske senger. Nå bruker man hele tiden korridor plasser. Slutt å redusere antall plasser og heller oppruste enn å nedruste.”*
- *”Flere uttaler at de ikke har tid. Endringer av avdelingenes rutiner kan gjøre at målinger ikke blir utført.”*

6.2.4 Motstand og endringstrøtthet

I enheter der man mener at pasientsikkerheten er god nok skaper det motstand mot endring og vanskeliggjør forbedringsarbeid (Olsen 2007). Organisasjonsendringer og ny teknologi er et moment som kommer frem under intervjuene:

”Det er mye omgjøringer hele tiden”, ”Kanskje det er mye som blir trykket ned over oss, som vi skal gjøre.”

Evidens viser at det finnes motstand mot kunnskapsbaserte og evidensbaserte scoringsverktøy hos både sykepleiere og leger. Motstanderne mener disse retningslinjene og protokollene hindrer utøvelsen av faglig skjønn, autonomi, analytisk tankegang, kliniske tiltak og individualisert pleie og behandling (Tobin et al i Aase 2010;121). En av respondentene uttrykker nettopp dette, og beskriver at enkelte medarbeidere har en *”Generell motstand mot endring”*. Dette er en tydelig årsak til at enkelte medarbeidere ikke bruker MEWS systematisk. En annen respondent sier:

”At de ikke ser nytteverdien av det.”

Ludikhuizen et al. (2011) viser i sin studie til den ideoende skepsis og vanskeligheter ved å innføre intervensjoner, spesielt komplekse intervensjoner som inkluderer daglig omsorg i organisasjonen, og som potensielt er i konflikt med den etablerte kulturen på avdelingen.

Når MEWS ble introdusert i seksjonen nevnes at enkelte var negative og uttrykte at:

”det gidder vi ikke!”

En annen respondent uttrykker en holdning blant enkelte medarbeidere i enheten:

”MEWS er noe pes og tar for lang tid. Så tenker jeg ”at det har vi tid til!”

”Folk synes det er litt - tror det er respirasjonsfrekvensen som gjør det, det er vi ikke vant til.”

I disse seksjonene har det vært gjort individuelle vurderinger om bruk eller ikke bruk av MEWS. Anbefalingene har vært de samme i hele sykehuset etter prosjektet. Det er de samme retningslinjene og prosedyrene som har vært gjeldene og de fleste deltok på ALERT-kurset. Likevel ser vi at etterlevelsen har vært varierende. Jeg mener å se ut i fra det innsamlede materialet at motivasjonen og lojaliteten har vært svært varierende, og av ulike årsaker og at seksjonens kultur er av stor betydning.

Man kan også stille seg spørsmålet om manglende motivasjon eller motstand også kan oppstå på de ulike nivåene i organisasjonen og ikke bare hos sykepleier eller legegruppen. Det er ikke eksplisitt undersøkt hvor vidt motivasjon eller motstand har vært tilstede i de andre nivåene i organisasjonen, blant ledere og andre nøkkelpersonell, og kan derfor heller ikke si så mye omkring motstand på de andre nivåene enn i den operative kjernen.

SØ har gjennomført store endringer de siste årene, og det er kjent at endring påvirker medarbeidere. I denne sammenhengen nevnes for eksempel hyppige endringer, omorganiseringer som negativt for motivasjonen for den direkte pasientbehandlingen.

6.3 Pasientsikkerhet

Uønskede hendelser kan ha mange årsaker. Derfor er forebygging både sammensatt og mangfoldig, og det viktigs å se og forstå mangfoldet, skriver Hjort (2007) i sin bok ”Uheldige hendelser i helsetjenesten”. Forebygging av uønskede hendelser krever ulike strategier, den ene er å lære av fortiden, og den andre bygger på rapportering av uønskede hendelser, som etterfølges av analyse, tiltak og evaluering. Målet er å hindre gjentakelse av fortidens hendelser. Men denne strategien er ikke nok, den tar ikke høyde for alle nestenhendelsene som ikke ble rapportert eller oppdaget. Den andre strategien er å bygge opp en kultur som er gjennomsyret av sikkerhetstenkning og læring. Den ser framover, tar høyde for nye typer av hendelser og tenker proaktivt. Begge metodene er viktige, og må bygges over tid (ibid).

Det var sentralt å undersøke hva respondentene tenkte om sammenhengen mellom bruk av MEWS og pasientsikkerhet, og en sykepleier sier;

”Pasientsikkerhet har mye med det kliniske blikket å gjøre, det at pasientene får den hjelpen han trenger, og at vi ser det når han blir dårligere. At vi prøver å stoppe sykdomsutviklingen så tidlig som mulig.” En annen forteller;

”Når jeg tenker på pasientsikkerhet, så tenker jeg å ivareta pasientene på den måten som om de var mine nærmeste.”

I de neste kapitlene presenteres de ulike temaene som nevnt, men flere av temaene som nevnes under pasientsikkerhet, nevnes også som forutsetninger for å etterleve MEWS. Disse temaene blir ikke gjentatt her.

6.3.1 Autopilot

En viktig forutsetning for å vurdere om læring har funnet sted, er om det har vært en endring av adferd. Adferd er derfor først og fremst et produkt av læring. Dette er målbart. Autopilot er når du frigjør deg fra prosedyrene og ”bare” handler uten å tenke grundig gjennom det. Når handlingene, eller MEWS-observasjonene av pasientene er blitt en integrert kunnskap, så handler sykepleieren på ”autopilot” eller etter ”faglig skjønn”. Når det gjelder i hvilket omfang MEWS blir brukt, handler det om mange ulike forhold, blant annet om læring av et nytt verktøy og dokumentasjon av pasientens vitale observasjoner.

I materialet er det en klar sammenheng mellom sykepleierne som sier:

”MEWS er ikke noe ekstra jobb, vi tenker ikke over det og gjør det på ren autopilot.”

Og en lege forteller:

”På xx bruker de MEWS og der fungerer det godt, og det er et viktig verktøy i forhold til observasjoner ved legekontakt.”

Denne felles forståelsen for MEWS er viktig og en helt sentral forutsetning for å lykkes i innføringen. Sykepleierne får anerkjennelse på at pasientens målinger er dokumentert og at det fungerer bra. Som tidligere nevnt gir felles forståelse en felles plattform, når man samarbeider i team om pasientene.

I datamaterialet er det en sammenheng mellom medarbeidernes evne og ønske om å ta i bruk MEWS, til at disse målingene ”går av seg selv”. Denne internaliseringen av MEWS kan også fortelle om enhetens kulturelle kjennetegn, ved at medarbeiderne er endringsvillige og positive. I tillegg viser materialet at det er lettere å få MEWS integrert i de daglige observasjonene når legene gir respons på at målingene er tatt, og at observasjonene er dokumentert. Ut i fra disse funnene ser det ut til at grunnlaget for en

felles risikopersepsjon av pasientene, er tilstede. Dette i seg selv er et viktig bidrag for pasientsikkerhet.

Et forhold som også vurderes å ha sammenheng med at MEWS er blitt internalisert, er de entydige retningslinjene om at MEWS skulle benyttes til pasientobservasjonene av alle pasientene.

”Jeg tror det er lettere å få det inn i avdelingens rutiner om man gjør det (måler MEWS) på alle pasientene.” og

”Ikke lett å få de inn i rutinene hvis vi skulle velge hvilke pasienter vi skulle bruke MEWS på.”

Dette er i samsvar med erfaringer og funn fra prosjektoppgaven i 2009. I tillegg nevnes *mangel på slike retningslinjer* som en årsak til lav etterlevelse (Ludikhuize et al. 2011).

”Vi får jo pasienter fra andre seksjoner hvor vi ser at pasienten har ligget inne på sykehuset med for eksempel en infeksjon, så der det ikke tatt en temperaturmåling på flere dager! Det er veldig rart for oss, vi synes det er ”snålt”. For vi vil jo gjerne gjøre en god jobb og ha oversikt over pasientene våre.”

Dette utsagnet underbygger betydningen av kliniske observasjoner for å kunne ha et forebyggende fokus.

6.3.2 Struktureringsperspektiv

For å se på læring i et pasientsikkerhetsperspektiv, nevnes også strukturingsperspektivet. Jeg viser til den åpne systemmodellen til Leavitt. Når man innfører en type ny MEWS-metode får det konsekvenser for flere forhold. Forskning på pasientsikkerhet og menneskelige faktorer er utvidet til å omfatte teaminteraksjon og felles beslutningsprosesser, interaksjon mellom mennesker og teknologi, betydningen av teknologi, organisatoriske temaer og lovverket.

Jeg vil i første omgang trekke fram Giddens, som tar utgangspunkt i aktør-strukturperspektivet, eller individ-strukturperspektivet. Struktureringsteorien vektlegger refleksjoner, det vil si evnen til å se og å forstå. Mennesker er kunnskapsrike og reflekterer over sine egne og andres handlinger, og Giddens vektlegger tre forhold før mennesker handler, som utgjør handlingsrepertoaret vårt.

1. Refleksjon over handlingen, hva skal gjøres?
2. Rasjonelle valg for handlingen, hvorfor gjør vi det vi gjør?
3. Motivet for en handling, hvilken intensjon ligger til grunn for det vi gjør?

Uttalelser som:

”At vi tenker over hva vi driver med” og

”Kjempeviktig å kunne sette seg ned å reflektere over hva som skjedde og hva vi kunne gjort annerledes eller hva vi gjorde bra.”

Disse utsagnene sier noe om behovet for å reflektere over handling i ettertid. I sykepleierfaget har veiledning vært et sentralt tiltak for refleksjon over handling. Refleksjon over handlinger har vært et ledd i utviklingen av det kliniske blikket. Det vil si evnen til å ”se” og til å forstå det vi ”ser”, et faglig skjønn – er den komplekse evnen til å handle ut i fra denne forståelsen. Når Giddens peker på bevisst refleksjon, så peker flere sykepleierteoretikere at dette foregår mer eller mindre etter intuitive prosesser. Se tidligere i kapittel 3.3.1.

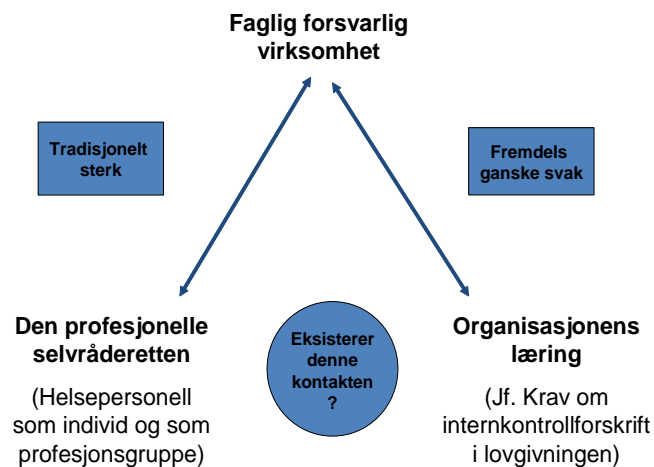
Det siste kommer også fram når respondentene forteller at verktøyet MEWS er blitt integrert i den daglige rutinen, blitt en del av pasientobservasjonen.

”VI tar jo en full score hver morgen på alle pasientene våre, det gjorde vi ikke før, selv om vi tok målinger da også, da var det mer på skjønn, litt mer på det kliniske blikket. Nå tenker vi ikke noe over det lenger. Det er lettere å følge, når man har retningslinjer å gå etter.”

Samtidig så sier den samme respondenten at man som sykepleier:

”ikke bare kan handle på autopilot, men også tenke igjennom og ta litt lærdom av det vi har gjort av feil tidligere... ”

Dette mener jeg handler om grensesnittet man som fagperson beveger seg mellom; Den profesjonelle selvråderetten på den ene siden, og med organisasjonens internkontrollrutiner på den andre siden. Hvordan kan så dette forenes på beste måte for pasientene? Dette sikkerhetsarbeidet fordrer ledelsesengasjementet og kan illustreres i følgende figur:



Figur 20. En ledelsesutfordring i helsetjenesten (Aase 2010;38)

Utfordringen for toppledelsen blir ikke minst å sørge for at linjeledelsens sitt utviklingsarbeid trekker i samme retning, og at som de skal gjennomføre utviklingstiltakene er helsepersonellet selv. Dette påpeker ledelsesaspektet i forbedringsarbeidet. Det empiriske materialet viser at ledelsens engasjement og fokus er sentralt, det nevnes av flere respondenter. "Ledelse" ble allikevel ikke en egen kategori, men "ledelse" er blitt drøftet underveis i flere av kategoriene der det var naturlig.

Helsevesenet drives, som tidligere nevnt, i et komplekst system med mange kryssende mikrosystemer, der disse minste enhetene i organisasjonen er åsted for samhandling mellom pasienter og ulike fagpersoner. Demning (1986) mener at bedre pasientbehandling kan oppnås ved å innføre effektive endringer både innen og på tvers av disse mikrosystemene. Ved å se på disse mikrosystemene som separate systemer innenfor et større system, etableres et praktisk rammeverk som hjelper oss å forstå helseforetakenes kompleksitet (Mohr i Aase 2007) Mikrosystemets tverrfaglig fokus gir mulighet for organisatorisk læring på tvers av systemene. Det er definert ti prinsipper for å oppnå et vellykket helsevesen i boka til Aase (2007): Ledelse, organisatorisk støtte og struktur, fokus på ansatte, utdanning og opplæring, gjensidig avhengighet mellom ansatte og ledelse, pasientfokus, teknologifokus, måloppnåelse, prosessforbedring og til sist informasjonsteknologi. Jeg mener å ha pekt på de fleste av disse prinsippene i drøftingen.

Paul Plsek og Sarah Garrett hadde i 2005 et innlegg om kartlegging av strukturer i helsevesenet, hvor de presiserte at mye av endringsarbeidet i helsevesenet fokuserer på strukturer, ved å foreta endringer i organisasjon, innføring av nye arbeidsoppgaver, metoder og verktøy, ulike målinger og etablering av team etc. Vi har ofte erfart at endringer i strukturer alene ikke er nok til å skape den transformasjon vi ønsker i komplekse systemer. Man bør i tillegg fokusere på arbeidsprosesser for å lykkes, ved å omforme den måten tjenestene blir utført på (redesign, gjennombrudd og prosessforbedring). Men arbeidsprosessene er heller ikke nok. For virkelig å kunne skape grunnleggende forandring i et komplekst system, må vi også anerkjenne betydningen av mønstre som styrer tenkning og handling. Med mønstre mener vi slike ting som verdier, tillit, hvordan forskjellige grupper kommuniserer med hverandre osv. Ofte vil manglende grunnleggende forandring etter omorganiseringer og innføring av nye tjenesteprogrammer skyldes at de underliggende mønstre i systemet ikke blir utfordret og endret.

6.3.3 Egenskaper ved organisasjonskultur

Det er mulig å karakterisere organisasjonskultur langs de samme dimensjonene som benyttes for personlige egenskaper eller trekk. En organisasjonskultur som er utadrettet, positiv og åpen og kjennetegnet ved en god omgangstone og atmosfære, vil generelt virke sterkere motiverende på både læring og kompetanseanvendelse enn en negativ, lukket kultur med en anstrengt og kritisk omgangsform. En kultur som stimulerer samvittighetsfullhet i form av grundighet og fokus på kvalitet i handlinger og ytelse, vil likeledes virke vesentlig mer ansporende på høy kompetanseanvendelse enn en organisasjonskultur som ikke oppmuntrer til og belønner gode prestasjoner (Lai 2010).

6.3.4 Organisatorisk læring

Aase presenterer ulike studier som viser at læring av uønskede hendelser i helsetjenesten i stor grad har vært fokusert på toppstyrte prosesser ("top-down"). Det har vært ulike reformer på myndighetsnivå som legger press og forventninger på lavere nivåer av helsesystemene (arbeidsoperasjonsnivået). For å forebygge uønskede hendelser bør medvirkningsbaserte prosesser ("bottom-up") og tilbakemeldingen fra arbeidsoperasjonsnivået og oppover i helsesystemet, prioriteres. En av respondentene berører dette aspektet, og forteller at:

"Det er mye som skjer hele tiden, mange prosjekter."

Det er en realitet at i SØ, at det til enhver tid er mange prosjekter som konkurrerer om oppmerksomhet og engasjement. SØ er i en særstilling i og med at man bygger nytt sykehus som skal stå ferdig i 2016, og prosessen er preget av stor medvirkning av ledere og andre medarbeidere. Det er mange viktige og sentrale prosjekter som medarbeiderne skal være engasjert i og bruke tid på. Dette kan gå på bekostning av andre viktige prosjekter som ALERT. I lys av det aspektet, kan en årsak til varierende grad av etterlevelse av MEWS, være mange konkurrerende prosjekter.

Hva skal så til for å få et lærende helsevesen? Trippel heliks-modellen (i kapittel 3.4.1) bør legges til grunn for arbeid med læring innad og på tvers av aktørene, det vil si at eksisterende eller nye læringsaktiviteter må inkludere alle de tre trådene i modellen (erfaring, dialog, praksis). Samtidig kan ikke læring tas ut av den sammenhengen hvor den skal eksistere og legges til rette for (Aase 2010). Individuell kunnskap er sentralt. Kunnskap som hver enkelt medarbeider har til bestemte hendelser, som i denne sammenheng, å ha et forebyggende fokus på å oppdage risikopasienter. Ifølge denne modellen må det være rom for en kreativ dialog, som innebærer en aktiv refleksjon over konkrete pasienthendelser/erfaringer. Denne refleksjonen bør foregå i tverrfaglige team rundt pasienten. På den måten kan man bygge opp en kollektiv praksis (Ibid). Det er ulikt i hvilken grad det foregår refleksjon rundt pasienten i de ulike enhetene i SØ i dag. ”Previsitten” er et slikt møte der lege og sykepleier kan diskutere og reflektere sammen. Sykepleierrapporten mellom de ulike vaktskiftene er en annen slik mulighet. En av sykepleierne nevner ”*innføring av stille rapport*” som et poeng for at man ikke kan reflektere sammen om pasienten. Det er både fordeler og ulemper med ”stille rapport” og jeg har ikke mulighet til å gå inn på det i denne avhandlingen, men nevner det som et aspekt for å belyse at det er behov for å etablere rom for kreativ dialog og mulighet til å etablere en kollektiv praksis. Wadel (2008) påpeker at det ofte settes begrensninger for etablering, vedlikehold og utvikling av læringsforhold medarbeiderne imellom. Slike begrensninger har ofte å gjøre med mangel på ubunden tid. Det er ofte slik at uformelle læringsforhold utgjør den viktigste læringsmessige organisasjonen i lærende organisasjoner.

I ”track and trigger”-systemenes kjerne er det etablert mobile team (mobile intensiv gruppe, rapid respons systems, medical emergency team, er noen av navnene på disse

mobile innsatsteamene) som skal tilkalles ved behov for rask hjelp og bistand til akutt syke pasienter. En av hensiktene med disse teamene er, i tillegg til å ivareta pasienten, nettopp å danne grunnlag for gruppelæring. Ved at man har en pasienthendelse kan man diskutere symptomer, tiltak og videre behandling. Medarbeiderne får mulighet til å få en felles forståelse for pasienten. Senge kaller dette for ”gruppelæring”. I denne gruppeprosessen får man svar på spørsmål, reflekterer sammen og kommer fram til en felles løsning på tvers av enheter, profesjoner og ulike kulturer. Det kan skape en ”felles visjon”, som Senge beskriver, ved at man lager en behandlingsplan for pasienten. Man reflekterer og danner seg en felles risikoforståelse for pasienten. Jeg mener at det å skape disse mulighetene for å kunne diskutere på tvers av profesjoner i sykehus, er undervurdert som læringsarena.

Det vil gi personlig mestring for hver enkelt medarbeider, som igjen vil dele denne erfaringen og kunnskapen med andre i neste omgang. Og neste gang man er oppe i en lignende situasjon, har man skaffet seg en handlingskompetanse som gir følelse av mestring og mestringstro. Det å kunne forstå sin rolle i systemet, det å kunne se ut over eget ståsted, sin egen kompetanse og ha pasienten i sentrum har også en mellommenneskelig dimensjon. Det involverer oss selv i samhandling med andre mennesker og at vi tenker relasjonelt (Wadel 2008). Motivasjon blir i høy grad mobilisert mellom organisasjonens deltagere i lærende organisasjoner. Det en da erfarer, er at motivasjonen vokser frem i samspillet med medarbeiderne, og Wadel kaller dette for ”motivasjonsforhold” (Ibid). I prosjektoppgaven fra 2008 var dette et av funnene.

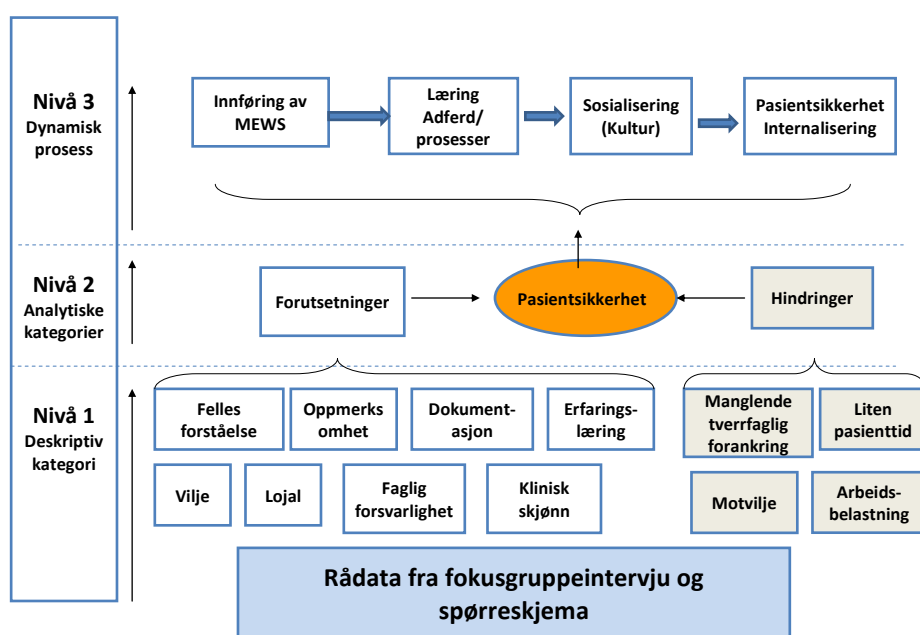
Senge mener at en ”lærende organisasjon er et sted der mennesker kontinuerlig oppdager hvordan de skaper sin virkelighet, og hvordan de kan forandre den”.

Lynne (2010) påpeker også viktigheten av teamarbeid og felles forståelse av betydning for vellykket innføring av disse systemene. Men, som det kom fram i undersøkelsen, er leger og sykepleiere forskjellige, har ulike arbeidsoppgaver og det er dermed også viktig med en tilpasset opplæring og informasjon.

7 Hva forteller denne undersøkelsen oss?

Hva kan så sies om veien fra MEWS-intervensjonen, via læring, til oppnådd internalisering og økt pasientsikkerhet? Denne undersøkelsen påpeker variasjon i bruk av MEWS og deretter undersøkt hva som kan være årsaker til dette. I analysen er det pekt på en rekke forutsetninger som må ligge til grunn for bruk av MEWS og hvilke forhold som hindrer dette, i lys av pasientsikkerhet.

Før oppsummeringen og konklusjonene trekkes vil jeg minne om at utgangspunktet for denne kvalitative analysen er årsakene til en dokumentert variasjon i bruk av MEWS. Jeg starter med å visualisere fortolkningsprosessen, og har utarbeidet en prosessmodell som viser de ulike fortolkningsnivåene som analysen har foregått igjennom. Modellen er et forsøk på å lage en mer helhetlig oversikt over den totale prosessen enn det de tidligere delmodellene i oppgaven er ment å gi. I tillegg er det integrert noen teoretiske perspektiver i modellen som jeg mener har bidratt til å forankre empirien i et teoretisk fundament. Denne koblingen mellom empiri og teori har gjort det mulig å drøfte problemstillingen på et teoretisk nivå. Modellen bør leses fra bunnen og oppover, der prosessen til slutt ender i en analytisk kjede.



Figur 21: Kategorisering av funn

Nederst i modellen danner rådataene grunnlaget for hele analysen. Rådataene er den transkriberte teksten fra de tre intervjuene, samt teksten fra spørreskjemaundersøkelsen. Disse rådataene ble grovsortert og kategorisert i tolv deskriptive kategorier, nivå 1. Disse tolv deskriptive kategoriene i nivå 1, danner grunnlaget for forutsetninger og hindringer som beskrives i nivå 2. Disse deskriptive kategoriene blir på den måten analytiske kategorier som er blitt drøftet separat opp mot relevant teori. Pasientsikkerhet står mellom disse to, og årsaken er at disse forutsetningene og hindringene i ulik grad fremmer/hemmer pasientsikkerhet.

Når empirien er samlet i disse kategorier (nivå 1 og 2) danner det seg en naturlig analytisk prosess i nivå 3. I overgangen mellom nivå 2 og 3 har jeg lagt inn et teoretisk strukturingsperspektiv på læring. Fra innføring av scoringsverktøyet MEWS, med nødvendig (opp)læring og sosialisering og til slutt en ny praksis er internalisert. Da stilles naturlig spørsmålet om tiltaket har ført til økt pasientsikkerhet? Prosessen som jeg har skissert, angir ulike typer atferd i organisasjonen og omfatter kommunikasjon, beslutning, læring og endring. Se også åpen systemmodell i kapittel 3.7.

Den analytiske prosessen kan være relevant for andre prosjekter og tiltak innen kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. Fra målet om pasientsikkerhet og forbedring av praksis, til målet i andre enden, at ny praksis, rutine eller teknologi er internalisert. Deretter å foreta målinger på om endringen faktisk har ført til øket pasientsikkerhet og forbedret kvalitet.

Før jeg kommenterer hovedfunnene i denne oppsummeringen, har jeg valgt å skrive et kort resymé av undersøkelsen.

7.1 Resymé av undersøkelsen

Problemstillingen; *Hva kan forklare ulik praksis i forebygging av risiko hos voksne pasienter ved bruk av MEWS?*

Jeg minner også om forskningsspørsmålene og vil se i hvilken grad disse kan besvares.

1. I hvilken grad og på hvilken måte blir verktøyet MEWS benyttet i kliniske observasjoner av pasienter i SØ?
2. I hvilken grad benyttes MEWS som et ”track and trigger”-system i SØ?
3. Hva kan årsakene være til variasjon i bruk av MEWS?

Funnene i denne undersøkelsen tyder på at respondentene mener at MEWS er et bra og hensiktsmessig verktøy, sammen med faglig kunnskap, til å oppdage risikopasienter i sykehus. Det er presentert ulike forutsetninger som må ligge til grunn for at MEWS skal være et hjelpemiddel i et pasientsikkerhetsperspektiv. Respondentene peker på forutsetninger som omhandler både individ- så vel som systemperspektiver.

Det mest utpeker seg i funnene, er en rekke forutsetningene som respondentene beskriver må ligge til grunn for bruke av MEWS. Grunnleggende er en **felles forståelse** og **forankring**. Dette nevnes både i forhold til ledelse på de ulike nivåene, samt på tvers av enheter og profesjoner. Dette felles fokuset på tvers av enheter og faglige profesjoner er avgjørende for å kunne ha et proaktivt fokus på å oppdage risikopasienter.

Fra beslutning om innføring av MEWS til verktøyet er tatt i bruk, er det nødvendig å se på det som etablering av en læringsprosess.

I hvilken grad man er **oppmerksom** på og har fokus på å oppdage risikopasienter og forebygge svikt, har hver enkelt et individuelt ansvar for. Den tjenesten vi yter skal være **faglig forsvarlig**. Et av hovedfunnene er nettopp at respondentene er svært opptatt av å yte en trygg, sikker og faglig god standard på pleien og behandlingen. For å sikre trygge helsetjenester er det også sentralt med tydelige **retningslinjer for bruk av MEWS**, og at MEWS-observasjoner skulle benyttes på alle pasientene kom fram som en fordel. Det underbygges også av annen forskning. I sykehus foregår all utredning, behandling og pleie i team, og på den måten er den lokale kulturen avgjørende for resultatet og kvaliteten av tjenestetene SØ kan tilby. Hvilket fokus man har som fagperson påvirkes av kulturelle forhold i organisasjonen. Vi er alle en del av den kulturen enheten innehar, og som det står i en av SØ's leveregel, ”vi skaper resultater gjennom samhandling”. Det underbygger hvor

viktig nettopp teamarbeid og det relasjonelle aspektet er. Etablering av en sikkerhetskultur er en læringsprosess for organisasjonen der man erkjenner at feil er unngåelig, og at hver enkelt medarbeider proaktivt leter etter latente feil. I denne sammenhengen, er det viktig å lete etter, og oppdage risikopasientene, og iverksette adekvate tiltak i tide.

I denne sammenheng beskrives viktigheten av å opprettholde fokuset på gode kliniske målinger ved hjelp av MEWS. For å holde det forbyggende fokuset oppe, er det viktig å **repetere** og aktivt trene på disse ferdighetene, samt behov for **refleksjon over arbeidet**. Disse to aspektene vil jeg utdype i neste kapittel.

Funnene tyder også på at respondentene mener at SØ har et utviklingspotensiale i forhold til å legge forholdene til rette for å få bedre tid til pasientene. Det var tydelig at stadig omorganiseringer og økte krav til dokumentasjon og effektivisering av behandlingsforløp, er en stor trussel for pasientsikkerheten.

Etter denne konklusjonen vil jeg kort gi noen utfyllende kommentarer til noen av punktene i konklusjonen og i forhold til de tre forskningsspørsmålene.

I hvilken grad og på hvilken måte blir verktøyet MEWS benyttet i kliniske observasjoner av pasienter i SØ?

Bare å måle MEWS-verdier er ikke tilstrekkelig. MEWS-verdiene må alltid brukes sammen med grundige, faglige vurderinger. MEWS er et hjelpemiddel og må brukes som det, ikke som en erstatning for faglige vurderinger. Med MEWS-målinger og tydelige handlingsplaner øker muligheten til å oppdage og behandle sviktende pasienter i tide. Å regelmessig gjennomføre MEWS audits er en nyttig og hensiktsmessig metode i kvalitetsforbedringsarbeidet. På den måten blir tiltaket regelmessig kontrollert og fokuset holdes oppe. Vi gjennomførte en ny MEWS audit i april 2012, og denne viste en økning fra 19 % dokumentasjon i oktober 2011 til 49 % dokumentasjon i april 2012. Dette indikerer en økning i bruk av MEWS som metode, i de avdelingene som er kartlagt.

Det er flere årsaker til dette resultatet. For det første er ALERT og bruk av MEWS et satsningsområde i SØ. Det har vært et økt fokus i organisasjonen i form av tema på ledersamling, tilbakemelding til avdelinger og seksjoner om hvordan bruken av MEWS var på deres enhet. En annen årsak til denne forbedringen er også simuleringsprosjektet ”Table

topp". Hensikten i dette prosjektet har vært å trene på en metodikk for pre-simulering, og ALERT har vært tema.

Den nye hovedkurven har nå vært i bruk i et år. Erfaringer viser at det tar tid før innføring av nye skjema er tilstrekkelig kjent av alle brukere av kurven.

Til sist kan også gjennomføringen av denne undersøkelsen ha bidratt til et økt fokus i de seksjonene hvor intervjuene har vært gjennomført.

I hvilken grad benyttes MEWS som et "track and trigger"-system i SØ?

Respondentene var entydighet i svarene når det gjaldt at MEWS er et nyttig hjelpemiddel for å fange opp risikopasienter. Respondentene fortralte derimot at enkelte var kritiske til MEWS og hadde motstand mot metoden. ABCDE-metoden gjør det lettere å gå systematisk tilverks i vurdering av pasienten, og det er et nyttig verktøy for å kommunisere til et annet behandlingsnivå.

Når det gjelder i hvilken grad MEWS blir brukt som et "track and trigger"-system, viser våre MEWS audits at det er stor variasjon, men at det de siste seks månedene har vært en stor forbedring i å observere pasientene etter innføring av MEWS. Denne gjennomgangen sier ingen ting om det har endret rutinene av tilkalling av lege, men vi kan jo anta at der det måles en høy score, blir sykepleieren oppmerksom og holder en tett kontakt med ansvarlig lege.

Erfaringene etter å ha gjennomgått funnene, er at det er de lokale rutinene for tilkalling av lege som blir fulgt. Det kom ikke tydelig fram at retningslinjene i MEWS-retningslinje ble fulgt slavisk, men at det ble gjort faglige vurderinger av pasientene ut i fra hvilke type pasienter de har på enheten. Ved intervjuet i Moss kom det fram positive erfaringer med tilkalling av MIG-teamet. For seksjonene i Fredrikstad er ikke MIG-teamet etablert, og det er de lokale legene som må tilkalles, og dermed er det nok ikke så lett å se på ALERT og MEWS som et "track and trigger"-system.

I materialet kommer det fram at SØ har et forbedringspotensiale i å jobbe for en felles forståelse av viktigheten av å handle proaktivt og bør vurdere opprettelse av MIG-tilbud ved Fredrikstad. På veien mot nytt Østfoldsykehus er nå all akuttbehandling flyttet til Fredrikstad og dette stiller store krav til blant annet antall intensivsenger. Pasientene som ligger på sengepostene må i stor grad unngå sykdomsforverring og det bør etableres rutiner

for å oppdage og behandle risikopasientene på sengepostene. Etablering av MIG kan være en hensiktsmessig måte å tilby tidlig ekspertise til pasienten der pasienten befinner seg. Dette er en ny måte å tenke pasientbehandling på, og representerer nye perspektiver i forhold til organisering og tilrettelegging av intensivtjenestene.

Hva kan årsakene være til variasjon i bruk av MEWS?

I denne avhandlingen er det presentert ulike funn om hvilke forhold som virker på bruk/ikke bruk av MEWS, i tillegg til empiri fra flere land som også benytter tilsvarende ”track and trigger”-systemer. Dette beskrives i kapittel 7.1. under resymeet.

Undersøkelsen forteller at det er behov for repetisjoner og å kunne reflektere over praksis i hverdagen. Ut i fra det empiriske materialet kan jeg si at **teamtrening og simulering** er viktige elementer for å jobbe mot ”et lærende helsevesen”. Ut over dette forteller ikke funnene mer om nytten av teamtrening og simulering. Det er et sentralt element i læringsperspektivet, men dette ble ikke spurte om konkret i løpet av intervjuene, og derfor kan naturlig nok ikke si oss mer om tema ”simulering og teamtrening”.

Det er forsket lite på forholdet mellom den sosiale konteksten og anvendelsen av Rapid Respons Systems (Mackintosh 2011). Innholdet i disse tiltakene er som nevnt flere ganger i avhandlingen, både opplæring av personalet, MEWS, samt mobilt team bestående av intensivpersonale som gir bistand der pasientene befinner seg, på kryss av organisatoriske og hierarkiske grenser. Resultatene til Mackintosh viser at Rapid Respons Systems har gitt en økt forståelse omkring risikopasientene ved å formalisere mekanismene for å gjenkjenne sykdomsforverring, tilkalling av hjelp og iverksettelse av tiltak. Hun nevner spesielt viktige kontekstuelle faktorer som ledelse, organisasjonskultur og trening for å implementere RRS i pasientsikkerhetsstrategien. Jeg mener at dette også er helt sentralt for det videre arbeidet med ALERT og MEWS ved SØ. Til sist er det viktig å huske på at verktøy og teknologi bare er en begynnelse, og ikke avslutningen på kvalitetsreisen.

8 Framtiden

Teknologi vil spille en rolle for pasientsikkerheten i fremtiden. En måte denne teknologien kan brukes på, er til automatisk og kontinuerlig overvåking av pasientenes vitale funksjoner. På intensiv- og overvåkningsavdelinger har dette vært i bruk i flere tiår. Det er også mulig å etablere slik overvåking på ordinære sengeposter. I vurdering av ny teknologi må det alltid gjøres vurderinger av hvordan dette virker inn på pasientsikkerheten, læring og samspillet medarbeiderne imellom. Hvordan vil innføring av en slik teknologi virke inn på sykepleiernes observasjonskompetanse, kliniske blikk og risikopersepsjon?

Aase (2007) beskriver også dette, ”Det er imidlertid ikke bare enkelt å innføre flere teknologiske løsninger i moderne sykehus. Den komplekse teknologien som benyttes ved moderne pasientbehandling øker også kompleksiteten i det sosiotekniske systemet og dermed også faren for uønskede hendelser”.

Det vil fortsatt være viktig å jobbe for en mer felles forståelse omkring risikopasientene i SØ, der målet må være å tilstrebe felles risikopersepsjon på tvers av profesjonene. I ledessammenheng snakker man om å forstå risikobildet i sin virksomhet. Dette handler om å se og gjenkjenne risikobildet for pasientgruppen sin. Dette krever tverrfaglig forståelse og forståelse av teammedlemmenes roller og kunnskap.

En metode å jobbe for etablering av felles risikopersepsjon, viser internasjonal empiri, samt denne undersøkelsen, at bruk av MEWS er hensiktsmessig. Dersom SØ definerer måling av MEWS som en kvalitetsindikator kan man vurdere kvaliteten av pasientobservasjonene. Ved regelmessige MEWS-gjennomganger kan man sette et mål på pasientobservasjonene og på den måten vurdere om målet er nådd. I SØ vil GTT-teamet, som i forbindelse med journalgransking leter etter pasientskader¹⁵ også vurdere dokumentasjon av MEWS.

15

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/M%C3%A5linger/Artikler/Nasjonal+kartlegging+av+pasient+skade+med+GTT.72.cms> Lesedato 23.04.2012

I framtidens sengeposter, vil dagens dokumentasjon av pasientobservasjoner ikke foregå manuelt på en hovedkurve som er i papirutgave, men i en elektronisk kurve. Det vil bli mer automatisk dokumentasjon og resultater vil bli lagret automatisk inn i pasientens journal.

Det er svært nyttig med et samarbeid med andre sykehus som også jobber med ”track and trigger-systemer”. Vi har tidligere dannet et norsk ALERT nettverk, og nå også et skandinavisk nettverk. Dette betyr mye for den lokale innsatsen for denne type arbeid. I dette nettverket har vi har fokus på å lære av hverandre, dele erfaringer, deling av materiale og deretter felles utvikling av tiltakene.

Til sist mener jeg at etablering av MIG, slik at ”track and trigger”-systemet blir komplett, er en avgjørende suksessfaktor for å lykkes med dette pasientsikkerhetstiltaket. Det sikrer at rett kompetanse kommer tidlig til pasienten, uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Etableringen av MIG vil også skaffe rom for små møteplasser hvor de ulike profesjonen kan møtes og diskutere pasienten. Dette vil bidra til et proaktivt pasientsikkerhetsfokus, være kulturbyggende og på den måten kan det foregå en kobling mellom MEWS → læring → sosialisering → pasientsikkerhet. Jeg mener at dette vil bidra til at SØ kan bevege seg mot å kunne kalle seg en ”lærende organisasjon”.

Utfordringene er ikke å komme i gang med forbedringsarbeid.
Men å fortsette
etter at den første entusiasmen har lagt seg

Øvretveit

9 Kilder

9.1 Litteratur

- Album, Nordli Hansen, Widerberg (red). 2010. *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning*. Universitetsforlaget.
- Alvesson, Mats. 2002. *Organisasjonskultur og ledelse*. Abstract forlag.
- Arntzen, Elisabeth. 2007. *En forutsigbar helsetjeneste*. Gyldendal Akademiske.
- Arntzen, Elisabeth og Bente Mikkelsen. 2007. *Fagrevisjoner bidrar til gode og likeverdige helsetjenester*. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 1, 2007; 127: 25–7.
- Bang, Finn. 1995. *Organisasjonskultur*. Tano.
- Bolmann og Deal. 2008. *Organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Gyldendal Akademiske.
- Danermark, Ekstrøm, Jakobsen, Karlsson. 2003. *Att forklara samhället*. Studentlitteratur.
- Gundersen, Tom Bjørge, 2003. *Fra egenart til styringsform*. Kap.1. (Bjørk og Bjørkquist, red) Mellom plikt og rett – tanker om arbeid med Kvalitetsreformen ved Avdeling for samfunnsfag og fremmenspråk. Høgskolen i Østfold 2003.
- Hjort, Peter. 2007. *Uheldige hendelser I helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok*. Gyldendal Akademiske.
- Idvall Ewa, 2009, *Kvalitetsindikatorer innom omvårdnad*. Gotha Forlag
- Illeris Knud (red) 2000. *Tekster om læring*. Roskilde Universitets Forlag
- Irgens og Wennes (red) 2010. *Kunnskapsarbeid – om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. HøyskoleForlaget.
- Jacobsen og Thorsvik. 2002. *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget
- Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011. *Forskningsmetode for økonomiske-administrative fag*. Abstract forlag
- Kristoffersen, Nina Jahren, 1998. *Generell sykepleie, bind 1. Fag og yrke- utvikling, verider og kunnskap*. Universitetsforlaget.
- Kvale og Brinkmann, 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademiske

Lai, Linda, 1999. *Dømmekraft*. Tano Aschehoug

Lai, Linda. 2010. *Strategisk kompetansestyring*. Fagbokforlaget.

Malterud, Kirsti, 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. Universitetsforlaget

Postholm, May Britt. *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. 2 utgave. Universitetsforlaget. 2010.

Senge, Peter. 1999. *Den femte disiplin, kunsten å skape den lærende organisasjon*. Egmont Hjemmets Bokforlag

Stacy, Ralph. 2008. *Hvordan kunnskap vokser frem. Et kompleksitetsperspektiv på læring og kunnskapsutvikling*. Gyldendal Akademiske.

Strand, Torodd. 2010. *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget.

Sørås, Irene. 2007. *Organisasjonsutvikling i sykehus – forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Universitetsforlaget.

Wadel og Wadel. 2007. *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjonen av virkeligheten*. Høyskoleforlaget.

Wadel, Cato. 2008. *En lærende organisasjon. Et mellommenneskelig perspektiv*. Høyskoleforlaget.

Aakvaag, Gunnar. 2008. *Moderne sosiologisk teori*. Abstract forlag

Aase, Karina (red) 2010. *Pasientsikkerhet – teori og praksis I helsevesenet*. Universitetsforlaget. 2010.

Ødegård, Synnøve (red). 2007. *I rettvisans namn. Ansvar, skuld och sekerhet i vården*. Liber. 2007

9.2 Artikler, dokumenter og andre kilder

- Berends, Boersma and Weggeman, 2003. *The structuration of organizational learning*. Human Relations Volum56(9): 1053-1056
- Deilkås 2010, "Patient safety – opportunities for healthcare management".
<http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=106390>
- Gao et al. 2007. *Systematic review and evaluation of physiological track and trigger warning systems for identifying at risk patients on the ward*. Intensive Care Med 2007;33:667-679
- Geldemund, F. "The nature and safety culture. A review of theory and research". Safety Science, 34:215-57
- Gordon et.al. 2011. *Significant deficiencies in the overnight use of a Standardised Early Warning Scoring system in a teaching hospital*. Scottish Medical Journal 2011; 56:15-18.
- Helmreich RL.2000. *On error management: lessons from aviation*. BMJ 2000; 320:781-5
- Husom, Nina. 2002. *Helsevesenet trenger en medisinsk havarikommisjon*. Tidsskriftet Nor Lægeforening 2002;12:122.
- Janbu. 2007. *Pasientsikkerhet*. Tidsskriftet Nor Lægeforening 2007; 127:2723
- Ludikhuizen et al. 2011. *Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment-Recommendation instruments*. Resuscitation 82 (2011) 1428-1433
- Lynne et.al. 2010. *Track, trigger and teamwork: Communication of deterioration in acute medical and surgical wards*. Intensive and Critical Care Nursing 2010;26:10-17
- Mackintosh et.al. 2011. *Understanding how rapid response systems may improve safety for the acutely ill patient: learning from the frontline*. BMJ Quality and Safety. Published online October 4, 2011. Downloaded from www.qualitysafety.bmj.com March 22, 2012.
- Marshall et.al. 2011. *Why don't hospital staff activate the rapid response system (RRS)? How frequently is it needed and can the process be improved?* Implementation Science 2011;6:39.
- Martinsen og Nordbø, 2011. *Verdt å vite om kvalitetsindikatorer*. Sykepleien 2011;1
- Melby, Anne Kristin, 2009. Prosjektoppgave: *Hvordan ha et forebyggende fokus på økt pasientsikkerhet?* Høgskolen i Østfold.
- Smith, Gary. 2010: *In-hospital cardiac arrest; Is it time for an in-hospital "chain of prevention"?*

Subbe et al. 2001. *Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions*. QJ Med 2001;94:521-526

Offentlige rapporter

Oppdrag og bestilling for Sykehuset Østfold HF. Foretaksmøte 15. februar 2012

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61

Elektroniske kilder

<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Pasientsikkerhet/ALERT/>

<http://www.alert-course.com/>

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Tilsynsmyndighetenes-saksbehandling-og-policy/Utredning-vurdering-faglig-forsvarlighet-klinisk-praksis-17-desember-2009/> Lesedato 20.04.2012

http://www.helse-sorost.no/fagfolk/utdanning/Sider/verktoykassa.aspx?utm_source=lenker&utm_medium=liste&utm_campaign=nhn Lesedato 20.05.2011

Risikanalyser og hendelsesanalyser. Handbok for patientsekerhetsarbeid. Sosialstyrelsen 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-120>

Bukholm, Kunnskapssenteret. *Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten* -

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/9833.cms?threepagenor=1>

Raske responsteam, Kunnskapssenteret 2010

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Raske+responsteam.11370.cms>

Kunnskap eller kampanje? Pasientsikkerhet i norske sykehus. Kunnskapssenteret 2007.

<http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/Pasientsikkerhet+%E2%80%93+kunnskap+eller+kampanje%3F.1091.cms>

10 Vedlegg

10.1 Vedlegg 1: Informasjonsposter ALERT



Akutte livstruende hendelser - gjenkjenning og behandling



MEWS Modified Early Warning Score

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

Kontakt seksjonens lege ved alvorlig uro over pasientens tilstand, og/eller ved:
 • Diurese <200 ml de siste 8 timer
 • SaO₂ endres akutt til < 90 % til tross for O₂-behandling
 • Ved hjertestans brukes gjeldende alarmrutiner

ABCDE – OBSERVASJON AV PASIENTER OG TILTAK	ISBAR – KOMMUNIKASJON OM PASIENTER
A AIRWAY Fri luftvei? Puster pasienten? ► Kjevetak, oksygen, stabil sideleie, sug i luftveir	I IDENTIFIKASJON Presenter deg, din funksjon og avdeling Oppgi pasientens navn og fødselsnummer
B BREATHING Respirasjonsfrekvens? SaO ₂ ? Respirasjonslyder? ► Evt. assistert ventilasjon med pocket-maske	S SITUASJON «Jeg ringer fordi...» «Jeg har målt disse verdiene: BT, puls, resp. fr.» (MEWS)
C CIRCULATION BT? Perifer/centrale pulsen? Hjertefrekvens? Kapillær etterfylling innen 2 sek? ► 1-2 gode venefloner. Evt. vaskeløsløst, Ringer	B BAKGRUNN Innleggelsesdiagnose Kort referat av sykehistorien inn til nå
D DISABILITY Bevissthetsnivå? Pupillestørrelse? Blodsukker? ► Evt. gi glukose. Evt. stabil sideleie.	A ANALYSE «Jeg er bekymret» «Pasienten er forverret...» «Pasienten er ustabil...» «Jeg tror problemet er...»
E EXPOSURE Temperatur? Fullstendig kroppundersøkelse ► Tiltak etter omstendighetene	R RÅD «Hva synes du jeg skal gjøre...?» «Hva mener du jeg skal observere?» «Når vil du at jeg skal ta kontakt igjen?»

www.alert-course.com

10.2 Vedlegg 2: Informasjonsbrev til ledere

Til avdelingssjef/seksjonsleder

Fredrikstad xx.xx.2011

Spørsmål om gjennomføring av fokusgruppeintervju i forbindelse med Mastergrad i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold

Jeg er mastergradsstudent i organisasjon og ledelse og tema i min mastergradsavhandling er "Undersøke etterlevelsen av Modified Early Warning Score (MEWS) blant sykepleiere etter gjennomgått ALERT kurs, og årsaker til ulike bruk i sykehus". Min problemstilling er **Hva kan forklare ulik praksis i forebygging av risiko?**

Gjennom blant annet fokusgruppeintervju av sykepleiere, håper jeg å få samlet erfaringer og hvilke synspunkter de har til tema. Det dreier seg blant annet om:

1. I hvilken grad og på hvilken måte blir verktøyet MEWS benyttet i kliniske observasjoner av pasienter i SØ?
2. I hvilken grad benyttes MEWS som et "track and trigger" system i SØ?
3. Hva kan årsakene være til variasjon i bruk av MEWS?

Jeg ønsker å gjennomføre fokusgruppeintervju ved to-fire seksjoner, med 4-6 deltagere fra din avdeling. Varigheten for intervjuet er ca 1 ½ time. Det hadde vært fint om disse utvalgte sykepleierne kunne få avsatt tid til dette i arbeidstiden.

Jeg presiserer at krav til personvern, anonymitet og konfidensialitet vil bli tatt hensyn til og at det ikke vil være mulig identifisere noen av deltagerne i masteravhandlingen. Jeg er underlagt taushetsplikt og alle data behandles konfidensielt. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning.

Håper på positiv tilbakemelding og rask svar.

Med vennlig hilsen
Anne Kristin Melby
Masterstudent ved Høgskolen i Østfold
Kvalitetsrådgiver kvalitets- og forskningsavdelingen

10.3 Vedlegg 3: Informasjonsbrev til respondenter

Fredrikstad XX.XX.2011

Deltagelse i fokusgruppeintervju i forbindelse med Mastergrad i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold

Jeg vil takk for din respons om å stille deg disponibel til å delta i fokusgruppeintervju og dele dine erfaringer og synspunkter til bruk i min masteravhandling. Tidspunkt for gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet er satt til XX kl.XX:XX

Tema i min masteravhandling er etterlevelsen av Modified Early Warning Score (MEWS) blant sykepleiere etter gjennomgått ALERT kurs, og årsaker til ulike bruk i sykehus. Min problemstilling er **Hva kan forklare ulik praksis i forebygging av risiko?**

Gjennom fokusgruppeintervjuet håper jeg den enkelte av dere kan formidle deres erfaringer og hvilke tanker dere har til tema. Det dreier seg blant annet om:

1. I hvilken grad og på hvilken måte blir verktøyet MEWS benyttet i kliniske observasjoner av pasienter i SØ?
2. I hvilken grad benyttes MEWS som et "track and trigger" system i SØ?
3. Hva kan årsakene være til variasjon i bruk av MEWS?

Jeg vil legge opp til en samtale mellom dere som jobber på avdelingene og meg som masterstudent. Min deltagelse er først og fremst som tilhører, men jeg har også noen spørsmål som jeg vil stille. Dine og de andres erfaringer om dette tema, er det sentrale i samtalen. Jeg presiserer at krav til personvern, anonymitet og konfidensialitet vil bli tatt hensyn til og at det ikke vil være mulig identifisere noen av deltagerne i masteravhandlingen. Jeg er underlagt taushetsplikt og alle data behandles konfidensielt. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning.

Jeg ser fram til fokusgruppeintervjuet!

Med vennlig hilsen
Anne Kristin Melby
Masterstudent ved Høgskolen i Østfold
Kvalitetsrådgiver kvalitets- og forskningsavdelingen

10.4 Vedlegg 4: Villighetserklæring

VILLIGHETSERKLÆRING FRA DELTAGER I STUDIE

Jeg har lest og forstått informasjonen over og samtykker i å delta i studien:

Hva kan forklare ulik praksis i forebygging av risiko?

Jeg er informert om at deltakelsen i studien er frivillig og kan trekke meg fra studien eller deler av denne uten å oppgi noen grunn eller at det blir til ulempe for meg. Da vil i tilfelle alle opplysninger bli slettet fra databasen vår. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

Dato.....

Deltagers signatur

Mastergradsstudent/prosjektleder signatur

10.5 Vedlegg 5: Spørreskjema til nøkkelpersoner

Til nøkkelpersoner

Jeg er mastergradsstudent ved Høgskolen i Østfold, organisasjon og ledelse og tema i min mastergradsavhandling er å "Undersøke etterlevelsen av Modified Early Warning Score (MEWS) blant sykepleiere etter gjennomgått ALERT kurs, og årsaker til ulike bruk i sykehus". Min problemstilling er: Hva kan forklare ulik praksis i forebygging av risiko?

Gjennom blant annet gjennomført fokusgruppeintervju av sykepleiere, har jeg samlet inn deres erfaringer og hvilke synspunkter de har til tema. Underveis i undersøkelsen har jeg behov for å supplere datainnsamlingen, og tror at du kan bidra med nyttig informasjon. Du har erfaring med dette, og jeg ønsker å få dine betraktninger / tanker omkring tema.

Jeg presiserer at krav til personvern, anonymitet og konfidensialitet vil bli tatt hensyn til og at det ikke vil være mulig identifisere noen av deltagerne eller svarene i masteravhandlingen. Jeg er underlagt taushetsplikt og alle data behandles konfidensielt. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning.

Håper på positiv tilbakemelding og rask svar.

Med vennlig hilsen
Anne Kristin Melby
Masterstudent ved Høgskolen i Østfold
Kvalitetsrådgiver kvalitets- og forskningsavdelingen

Jeg håper du tar dere tid til å skrive ned dine erfaringer/synspunkter/tanker på følgende spørsmål:

1	Beskriv dine erfaringer med verktøyet MEWS.	
2	Hvordan erfarer du at kliniske observasjoner av pasienter blir benyttet i din avdeling?	
3	Og opplever du at sykepleiere bruker det i risikovurderingen av sine pasienter?	
4	I hvilken grad benyttes MEWS som et "track and trigger" system i SØ?	
5	Hva tror du årsakene kan være til variasjon i bruk av MEWS og/eller kliniske observasjoner? Hvis du skulle gi noen råd...	
6	Hvis du skulle sørge for pasientsikkerheten i din enhet, hva ville du gjort og hvorfor? Hvilke tiltak ville du iverksatt / prioritert?	
7	Har du andre kommentarer eller innspill?	