

«LEGEVAKTA, DU SNAKKER MED SJUKEPLEIAR....»

## Implementering av ny kunnskap

**Korleis implementere beslutningsstøtteverktøyet Telefonråd, for å sikre pasientar lik vurdering og trygghet ved kontakt med sjukepleiar på legevakta ?**

Utdanningsnavn: Legevaktsykepleie

Kull: 3

Type oppgave: Prosjektplan

Innleveringsdato: 27.04.15

Kandidatnummer: 80

Antall ord: 5953

# Publiseringsavtale

## Avsluttende oppgaver for videreutdanningene ved Haraldsplass diakonale høgskole

**Tittel: Korleis implementere beslutningsverktøyet Telefonråd, for å sikre pasientar lik vurdering og trygghet ved kontakt med sjukepleiar på legevakta ?**

**Kandidatnummer: 80**

**Årstall: 2015**

### Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja    X  
nei   

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja      
nei    X

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja      
nei   

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja      
nei    X

## Samandrag/ abstract

Etter snart 20 år som sjukepleiar har ein vore med på ei rivande utvikling innan fagfeltet helse og omsorg. Det omfattar både pleie, medisin og helseteknologi. Vi erstattar «gamal viten» med «ny viten». Nye metodar og prosedyrar vert utvikla og kardex vert erstatta elektronisk pasientjournal og nye verktøy vert tatt i bruk i pleie, diagnostisering og behandling. Vi kommuniserer i dag stortsett over data og internett, og behandlar pasientar via telemedisin. Dette krev at fagpersonane er i endring og villige til å ta inn over seg utvikling og ny kunnskap. Noko kunnskap, metodar og prosedyrar vert teke opp på arbeidsplassen utan problem, medan andre endringar tek lengre tid før ein ser resultat og truleg enno fleire vert aldri varige.

I denne oppgåva søkjer eg å finne ut kva som må til for å få implementert ny kunnskap på ein arbeidsplass eller i ein organisasjon. Gjennom søk i forskning og litteratur ser eg på om det er nokre felles suksess faktorar for å få implementert ny kunnskap og korleis ein kan gå fram via eit prosjekt for å til rettelegge slik at ein får det utkomme som ein ynskjer. Eg konsentrerer meg om implimenteringsteorien PARIHS ( Promoting Action on Research implementation in Health Services) og nyttar denne under planlegginga av mitt fagutviklingsprosjekt med problemstillinga :

«Korleis implementere beslutningsstøtteverktøy Telefonråd, for å sikre pasientar lik vurdering og trygghet ved kontakt med sjukepleiar på legevakta ?»

Nøkkelord/keywords :

Implementering/implementation, beslutningsstøtteverktøy/ decision making tool/system/support, implementeringsteori / implementation theory, fagutvikling, telephone triage

## Innholdsliste

1.0 Innleiing, bakgrunn og problemstilling .....	4
1.1 Kort om tema, aktualitet og arbeidet med prosjektplan.....	4
1.1.1 Tema.....	4
1.1.2 Aktualitet .....	4
1.1.3 Arbeidet med prosjektplan .....	5
1.2 Litteraturgjennomgang .....	6
1.2.1 Tidlegare forskning .....	6
1.2.2 Lover og forskrifter og Innføringsbøker.....	10
1.2.3 Teoretiske perspektiv.....	12
1.3 Problemstilling, avgrensing og hensikt .....	13
1.3.1 Problemstilling .....	13
1.3.2 Hensikt.....	13
1.3.3 Avgrensing .....	13
2.0 Praktisk metodisk gjennomføring.....	14
2.1 Val av metode og gjennomføring av prosjektopplegget.....	15
2.1.1 Vurdering av prosjektet jamfør evidens, kontekst og fasilitering.....	15
2.1.2 Fremmarar og hemmarar for prosjektet slik eg ser det.....	18
2.1.3 Implementeringsplan .....	19
2.2 Utval og varigheit.....	21
2.3 Bruk av allereie utarbeidd verktøy .....	21
2.4 Budsjett.....	21
2.5 Etske vurderingar og samtykker.....	22
2.6 Evaluering av prosjektet .....	22
2.7 Metodologiske drøftingar .....	22
3.0 Formidling/målgruppe.....	23
Referanser.....	24
Vedlegg.....	26

## 1.0 Innleiing, bakgrunn og problemstilling

Som sjukepleiar jobbar eg ved eit legekantor som fungerer som legevakt på dagtid. Det er vedtatt at vi skal ta i bruk beslutningsstøtteverktøyet Telefonråd for å auke kvaliteten på tenesta gjennom å gje pasientane tryggare og likare vurderingar ved henvendingar til legekantoret/legevakta. Denne prosjektplanen skal vere eit fagutviklingsprosjekt vi kan dra nytte av på arbeidsplassen min i denne innføringsprosessen.

### 1.1 Kort om tema, aktualitet og arbeidet med prosjektplan

#### 1.1.1 Tema

Tema for fagutviklingsprosjektet er å auke trygg og lik behandling for pasientane som vender seg til legevakta ved at beslutningsstøtteverktøyet «Telefonråd» vert innført ved min arbeidsplass, Solund legekantor/legevakt. Fokus vil ligge på implementering av verktøyet, slik at det vert integrert som ein del av den daglege kvalitetssikringa ved legekantoret/legevakt.

#### 1.1.2 Aktualitet

I dag er det ein sjukepleiar og ein hjelpepleiar/legesekretær som handterer telefonhenvendingar ved vårt legekantor/legevakt. Vi nyttar eigen kompetanse ved rådgjeving eller rådgjev etter avtale med lege eller i samråd med lege.

Telefonråd er eit elektronisk oppslagsverk for legekantor og legevakt. Det tek føre seg handtering av den første kontakten med pasienten, anten på telefon eller ved oppmøte i luka. Bruk av beslutningsstøtteverktøy ved henvendingar til legevakt/legekantor vil kunne gje pasientar betre og likare vurderingar. Pasientane vil oppleve større tryggleik og tillit til tenestene ved riktig prioritering og god formidling av faglege råd (Holm Hansen, 2012 s. 37).

Målet for implementeringa er å auke pasientane si oppleving av trygg og lik vurdering. For å oppnå dette må telefonråd implementerast i den daglege drifta som eit varig verktøy. Å implementer ny kunnskap kan vere ei utfordring for ein arbeidsplass og å ha fokus på korleis vi kan få ei varig endring vil derfor bli viktig i dette prosjektet.

### 1.1.3 Arbeidet med prosjektplan

Fokus i første delen av prosjektarbeidet vil vere å sjå tema og aktualitet i lys av forskning og teori. Gjennom søk i databasane SveMed, PubMed, Implementation Science og Google scholar, forelesningsnotater og referanselister til ulike artiklar har eg funne aktuell litteratur.

Eg har nytta søkeorda: implementering/implementation, implementeringsteori, beslutningsstøtteverktøy, decision making tool/system/support, telephone triage, fagutvikling, kvalitetsutvikling.

Søkeorda har vore nytta åleine og i ulike kombinasjonar. Søka har resultert i mange treff. Artiklar som er valde har fokus på kvalitet ved telefon rådgjeving med bruk av beslutningsstøtteverktøy og implementering av ny kunnskap innan helse. Eg har ikkje teke med artiklar som har fokus på om beslutningsstøtteverktøy er eit godt eller dårleg verktøy til bruk på legevakt. I høve implementeringssøk har eg valgt artiklar som legg vekt på faktorar som fremmer og hemmer implementeringsprosesser.

Andre del har fokus på plan for gjennomføring av prosjektet. Her drøfter eg funn i forskning og litteratur og vurderer korleis dette kan nyttast ved innføring av ny kunnskap/ endring i min organisasjon. Eg forsøker å legge ein plan for implementering med fokus på dei funna eg har gjort i litteratur og forskning. Ved å identifisere fremmande og hemmande faktorar for prosjektet og vere merksame på desse i prosessen av å utarbeide ein implementeringsplan, vil vi forhåpentleg kunne implementere eit verktøy som vil gje pasientane våre ei betre teneste.

## 1.2 Litteraturgjennomgang

Temaet vert belyst gjennom litteratur og forskning. Slik problemstillinga er formulert er det naturleg å ha fokus på både kva beslutningsstøtteverktøy er, nytten og effekten av slikt verktøy. I tillegg sjå nærmare på kva forskning seier om implementering av ny kunnskap og kva som er viktig for å få ei varig endring ved innføring av ny kunnskap.

### 1.2.1 Tidlegare forskning

Ved gjennomgang av forskning og litteratur er det naturleg for meg å først ha fokus på beslutningsstøtteverktøy og deretter implementering.

Beslutningsstøtteverktøy kan vi forstå som system med funksjon å leie fram til ein slutning i det enkelte tilfelle. Slike system vil vere prosedyreprega ved at ein får opp konkrete spørsmål og råd i ulike situasjonar (Blinkenberg, et al., 2009 s. 4).

Bruk av beslutningsstøtteverktøy på legevakt/legekontor skal gjere at sjukepleiar svarar i tråd med anbefalte retningslinjer og oppdatert praksis, på telefon og i møte med pasient. Det bør hindre/reducere alvorlege feil ved vurderingar, gje auka konsistens og likare vurdering av pasientane og dermed betre utkomme for pasientane. Det vil òg vere ei støtte samt gje kompetanseauke hjå sjukepleiarane (Hansen, 2014).

Beslutningsstøtteverktøyet Telefonråd skal vere fagleg tilpassa legevakter og legekontor. Verktøyet er utarbeidd i samarbeid mellom Lærdals fond for akuttmedisin og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin. «Telefonråd» er samansett av to oppslagsverk som er komplementære og tidlegare utgjeve kvar for seg; «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp» og «Medarbeiderråd for legevakter og allmennlegekontor» (Hansen, 2012).

Det skal vere raskt å slå opp i og kunne nyttast under pasientkontakt. Telefonråd skal vere nyttig ved alle typer henvendigar, frå allmenne problemstillingar til akutte situasjonar der det er viktig og avgjerande med rask og riktig avgjer.

Ved søk etter forskning på beslutningsstøtteverktøy er fokuset på kvalitet ved telefonrådgjeving med bruk av slikt verktøy. Eg har nytta artiklar som er publisert i det britisk medisinsk tidsskriftet *Emergency Medicine Journal*, og *BMJ Quality & Safety*, tidlegare *Quality & Safety in Health Care*, eit internasjonalt tidsskrift som publiserar forskings- og medisinske artiklar.

Ei studie frå Sveits (Meer, et al., 2012) tek utgangspunkt i om computer-assistert telefontriagering er trygt. Her vert det konkludert med at bruk av elektronisk beslutningsstøtteverktøy er trygt og sikkert for pasientar, men at det trengs meir forskning på designet av slike verktøy og med implimenteringa av systemet inn i pasientarbeidet.

I Nederland såg ein på om sjukepleiarane stilte rett hastegrad ved telefon triage (Giesen, et al., 2007 s. 183). Konklusjonen er at det er ein signifikant samanheng mellom sjukepleier si triagering og direkte opplæring i bruk av telefon guidelines. Sjukepleiarar med slik opplæring hadde mindre tendens til å undervurdere hastegrad. Dette støtter innspel om at opplæring i og bruk av beslutningsstøtte kan auke tryggheita til pasientane.

Begge studiene viser til resultater som tyder på at bruk av beslutningsstøtteverktøy kan vere nyttig, men at det er viktig at personalet får god opplæring og at det vert godt implementert på arbeidsplassen for at det skal ha ynskja effekt.

Implementering kan forståast på ulike måtar. Det vert mellom anna referert til som innovasjon, kunnskapsformidling, diffusjon, adopsjon, kvalitetsforbetring og kunnskaps overføring. I denne oppgåva er definisjonen som Grol, et al.(2013) har referert til lagt til grunn:

*«Implementation can be described as «a planned process and systematic introduction of innovations and/or changes and proven value; the aim being that these are given a structural place in professional practice, in the functioning of organizations or in the helth care structure» (Grol, et al., 2013 s. 10)*

Det er ei planlagd, systematisk innføring av anerkjend kunnskap/ endring med det som mål å innlemme det i praksisen eller organisasjonen.

For forskning på dette området søkte eg mellom anna i Implementation science og Pubmed. Eg valgte studie med vekt på faktorar som vil fremme implementasjon av ny kunnskap. Gjennom Google Scholar fann eg ei masteroppgåve frå 2013, som undersøkte kva som hadde fremma og hemma implementeringsprossessen ved innføring av samarbeidsavtalar mellom to kommune og spesialisthelsetenesta, som eg ynskjer å ta med.

Studiene er av nyare dato. Ei er likevel frå 1995, men vart tatt med grunna relevans. Fellesnemnar for desse er at dei konkluderer med nokre samanfallande nøkkelfaktorar som kan vere avgjerande for om ny kunnskap vert implementert med suksess. To av desse



forskningsartiklane kjem frå Storbritannia, Harvey & Kitson, 1996 og Rycroft-Malone, et al., 2012. Her ser ein på fleire implementeringsprosesser og samanliknar resultat for å finne suksessfaktorar. Ei stuide frå Canada. Der vart 20 sjukepleiarar invitert til å delta på symposium for å dele sine erfaringar med implementering av ny kunnskap og fasilitator rolla (Dogherty, et al., 2013). Masteroppgåva er frå Norge og seier noko om korleis to kommunar har gått fram i implementeringa av nye rutiner i høve inngått ny samarbeidsavtale (Wikheim, 2013). Denne synes eg var relevant fordi den seier noko om norske forhold.

Ei oppsummering av forskninga eg har funne er at mange av faktorane er samanfallande, både dei som fremmer implementering og dei som hemmer. Sjølv om det skulle vere lett å etterfølge fremmere, påpeikar fleire at det er svært mange ting som skal klaffe for at ei implementering skjer slik ein hadde tenkt (Rycroft-Malone, et al., 2012 s 1). Implementering er avhengig av både individuelle, arbeidsmiljømessige, organisatoriske og kulturelle forhold (Dogherty, et al., 2013 s 129). Harvey og Kitson (1996) si studie resulterer i systemrelaterte, kontekstuelle og praktiske faktorar, men finn at dei kan samanfatast i to hovudfunn: eigarskap til endringa og tiltak for å gjennomføre endringa (Harvey & Kitson, 1996 s 185).

I masteroppgåva si finn Wikheim(2013) at begge kommunane har fått implementert dei nye rutinane, men at dei har gått fram på svært ulik måte. Den eine kommunen valgte bevist ei rask tilnærming og implementering med informasjon til tilsette og fagdag med opplæring, medan den andre brukte lengre tid og implementeringa skjedde gradvis. Ansatte vart bevist ikkje informert om ny avtale, men fortsette gamle rutiner (Wikheim, 2013 s 81). Funn her tyder på at det er mykje opp til leiinga i verksemda kva implementeringsprosesser som vert nytta og korleis dei vert gjennomført (Wikheim, 2013 s 81). Rycroft-Malone et al. har gjort liknande funn i si studie. Dei oppsummerer resultat i ei rekkje punkt som vil vere av betydning ved implementering. Her vert det trekt fram mellom anna at manglande tydeleg leiing, struktur og prosess vil vere negativt for implementering (Rycroft-Malone, et al., 2012 s 15). Eit anna punkt som fleire nemner (Dogherty, et al., 2013; Rycroft-Malone, et al., 2012) er at endringa må ha prioritet i organisasjonen og slik skape eit engasjement hjå dei tilsette. Harvey & Kitson, (1996) har fokus på at tilsette må få eit eigarskap til endringa, gjennom å få verte involverte i utvikling av endringar, planar for innføring, samt få informasjon om endringar og implementeringsprosessen (Harvey & Kitson, 1996 s 194). Dette vert òg peika på av Dogherty et al. (2013). Vellukka implementering er assosiert med fokus på ei prioritert endring som er relevant og enkelt å nytte. Det må utviklast strategisk partnerskap med tilsette og dannast ei prosjektgruppe som tilrettelegge for endring gjennom bruk av fleire

innføringsstrategier og fasilitering (Dogherty, et al., 2013 s 136). Fleire av artiklane trekker og fram at endringa/ den nye kunnskapen må vere relevant og passe inni eksisterande system (Rycroft-Malone, et al., 2012 s 15 ;Dogherty, et al., 2013 s 136).

Oppsummering av forskning eg har valgt vektlegg i hovudsak desse punkta:

- Engasjert leiing
- Endringa må ha prioritet
- Tilsette må engasjerast gjennom informasjon og deltaking for å utvikle ein eigarskap til den nye kunnskapen
- Den nye kunnskapen/endringa må vere relevant og gå inn i eksisterande system.
- Organisatorisk er det behov for ein kultur som fremmer endring og å ta i bruk ny kunnskap
- Ei endring kjem gjennom ein plan for gjennomføring og oppfølging gjennom tiltak og fasilitering.

### 1.2.2 Lover og forskrifter og Innføringsbøker

01.05.15 trer den nye Akuttmedisinforskrifta (Akuttmedisinforskriften, 2015) i kraft. Den regulerer mellom anna kommunal legevaktordning, ambulanseteneste og medisinsk naudmeldeteneste. Legevakta er kommunen sitt ansvar. Forskrifta presiserer kva som er legevakta sitt ansvar overfor innbyggjarane og kva kompetanse som kan nyttast ved legevakt.

« Legevaktordningen skal bl.a.

a) vurdere, gi råd og veiledning henvendelser om øyeblikk hjelp» (Akuttmedisinforskriften, 2015 § 6).

« Legevaktsentralene skal

c) gi medisinskfaglige råd og veiledning, prioritere, registrere, iverksette og følgje opp henvendelser om behov for øyeblikkelig hjelp, blant annet å formidle henvendelser til helse og omsorgstjenesten i kommunen, lege i vakt, fastlege, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser» (Akuttmedisinforskriften, 2015 § 13).

Som tilsett ved legevakt skal ein handtere henvendingar der ein skal kunne rådgje pasientar som tek kontakt. Ein skal gje medisinsk faglege råd og prioritere kven som har behov for tilsyn og akutt hjelp og kven som kan få råd over telefon eller ved oppmøte i luka.

Dette set krav til at den som skal svare på henvendingar har kunnskap som gjer at pasientane vert prioritert rett og får fagleg forsvarleg handsaming. Pasientane må verte likt behandla og kjenne seg trygg på at dei vert godt ivaretekne.

I 2010 kom boka «Decision support system». Denne set blant anna fokus på om beslutningsstøtte system kan vere med å på redusere medisinske feilvurderingar og betre pasienten si trygghet (Jao & Hier, 2010 s.121).Forfattarane konkluderer med at kunnskapen om slike beslutningssystem indikerer at det kan vere ei viss betring i førebygginga av feilvurderingar og i pasienttryggheta, spesielt dersom slike system er elektroniske og lette å bruke i direkte pasientretta arbeid (Jao & Hier, 2010 s.132).

Grol et al. (2013) skriv om forbetringar i pasientomsorg og implementering av endringar i helsetenestene. Oddvar Førland (Førland, 2014) tek utgangspunkt i fagutvikling og praksisutvikling i sitt kapitell i boka «Helse fremming i kommunehelsetjenesten».

Nye retningslinjer, metodar og tiltak med hensikt å betre helse og omsorgstenestene for brukarane er i stadig utvikling. Berre ein liten del av desse vert integrert i den daglege

handteringa av pasientar (Grol, et al., 2013 s. xiii). Det er mange ulike grunnar til manglande resultat. Førland refererer til fleire studie og modellar som oppsummerer grunnleggande føreutsetnadar for kunnskapsimplementering i helsetenesta (Førland, 2014 , s 238). Oppsummert forskning på området konkluderer med at det ikkje finst ein «riktig» modell eller metode, men at det er nokre forhold som er naudsynte for ei vellukka implimentering (Powell, et al., February 2009 s. 70). Førland har samanfatta desse slik:

- Helsepersonell har eit aktivt engasjement og eigarforhold til kunnskapen som skal implementerast.
- Kunnskapen vert tilpassa og «skreddersydd» den lokale kontekst og organisasjon.
- Den nye kunnskapen er i samsvar med institusjonen sitt mål og visjonar.
- Leiinga og styret er aktivt støttande og deltakande i implementeringa.
- Implementering og forbedringsarbeidet er integrert i organisasjonen og av vedvarande karakter (Førland, 2014 s. 238)

Grol, et.al har i «Improving patient care. The Implementation og Change in Health Care.» eit kapittel om karakteristika ved ei suksessfull implementering av innovasjon, inkludert retningslinjer, prosedyrer og nye metoder. Nokre viktige element bør vurderast i forkant av implementering av ny kunnskap. Oppsummert må «den nye kunnskapen» vere attraktiv for brukarane, la seg kombinere med eksisterande normer og verdiar, vere lett tilgjengeleg og ha mulighet for utprøving. Brukarane bør vere med å utvikle og tilrettelegge for «den nye kunnskapen» (Grol & Wensing, 2013 s.79).

Førland har i sitt kapittel om fagutvikling i «Helsefremming i kommunehelsetjenesten» referert til ein oppsummert artikkel skrive av Grimshaw, Eccles, Lavis og Squires frå 2012, om korleis ny kunnskap faktisk vert teken i bruk og fører til betringar i helse og omsorg. Her vert spesielt to aspekt framheva som avgjerande for implementeringa. Den nye kunnskapen må vere vel dokumentert gjennom studie og forskning og kjernetiltaket i den nye kunnskapen vert identifisert, tilpassa og tilrettelagd dei ulike målgruppene lokalt. Det vert òg lagt vekt på å identifisere potensielle «hemmere» og «fremmere» i implementeringsprosessen (Førland, 2014 s. 238).

Samanfallande for desse forskningsartiklane er vektlegging av at kunnskapen er dokumentert og attraktiv, samt at brukarane får eit eigarforhold til kunnskapen ved å vere med å utvikle og tilpasse den lokalt. Det nye må samsvare med eksisterande mål og verdiar og vere leiारforankra.

### 1.2.3 Teoretiske perspektiv

Gjennom litteratur og førelesningar har vi vorte introdusert for implementeringsteorien PARIHS, Promotin Action on Research Implementation in Helth Services. Dette vert omtalt som eit rammeverk for kunnskapsimplementering (Førland, 2014 s.238). Teorien vart publisert i 1998 av Alison Kitson, Gil Harvey og Brendan McCormack. Den har sidan vorte vidareutvikla gjennom eit prosjekt leda av Jo Rycroft-Malone (Rycrof-Malone, 2004). Tre element vert trekt fram som kjerne for ei vellukka implementering lokalt. Desse er styrken i kunnskapen (Evidence), kvalitetar i organisasjonen og omgjevnadane (Context) og måten den praktiske tilrettelegginga skjer ( Facilitation) (Førland, 2014 s.238). Kvart av desse punkta har fleire underpunkt, som kan rangerast frå høg til låg effektivitet. Evidens vert delt inn i forskning, klinisk ekspertise, pasient ekspertise og lokale forhold/ informasjon. Bakgrunnen er at ein treng meir informasjon og fleire kjelder enn forskningsbasert kunnskap når ein står med pasienten og skal ta ei avgjer. Kontekst legg vekt på kultur, leiing og evaluering i organisasjonen. Her er fokuset på kva kultur som er rådande, samt kor involvert leiinga er i organisasjonen med tanke på å skape ein arena for endring og å involvere og engasjere dei tilsette i slikt arbeid. Korleis organisasjonen handterer evalueringar og tilbakemeldingar på arbeidet med endring og implementering vil òg spele ei viktig rolle i utviklingsarbeidet. Fasilitasjon vert her definert som ein person som har som oppgåve å hjelpe andre til å ta opp i seg endring og lære nye ferdigheiter. Her vert det trekt fram tre faktorar; bakgrunn for fasilitering, rolla fasilitatoren vert tildelt og kunnskapen og evnene til fasilitatoren.

I 2010 kom det eit systematisk review som såg kritisk på korleis PARIHS har vore nytta i implementeringsprosjekt (Helfrich, et al., 2010 s 17). Den trekker fram at fleire av underelementa i PARIHS verka inn på kvarandre, noko som kan gje ulike utkomme og påverke i ulike retningar i organisasjonar som skal gjennomføre endring og at det vil vere ein fordel med meir spesifikk definisjon av suksessfaktorar for å styrke teorien.

### 1.3 Problemstilling, avgrensing og hensikt

Som sjukepleiar gjennom snart 20 år er erfaringa at nye rutinar/retningslinjer og tiltak vert lansert og introdusert stadig oftare. Nokre vert teke opp organisasjonen og integrer, medan andre som vert forsøkt innført ikkje får fotfeste hjå tilsette.

Kvifor vert noko implementert utan særleg hindringar, medan andre gonger må ein berre gje opp å endre rutinane, eller det tek veldig lang tid å få noko innført på arbeidsplassen ?

Den kommunale helse og omsorgstenesta er i endring. Det er behov for å implementere endringar i arbeidsoppgåver og ny kunnskap og alle nivå i tenesta vert utfordra.

#### 1.3.1 Problemstilling

Min problemstilling vert :

*Korleis implementere beslutningsstøtteverktøyet Telefonråd, for å sikre pasientar lik vurdering og trygghet ved kontakt med sjukepleiar ved legevakta ?*

#### 1.3.2 Hensikt

Ettersom det er vedtatt at min arbeidsplass skal ta i bruk beslutningsstøtteverktøyet Telefonråd ville eg ha fokus på korleis vi kan få til ei varig endring av rutinane ved legekantoret/legevakta og slik gje pasientane meir lik vurdering og trygghet når dei tek kontakt med legevakta.

#### 1.3.3 Avgrensing

Med bakgrunn i dette har eg gjennom litteratur søk, forskning og teoriar hatt fokus på korleis endringar kan verte varige og integrerast på arbeidsplass og organisasjon. Eg legg vekt på faktorar som kan fremme implementering og kva som kan vere til hinder for endring. Fokuset ligg ikkje på om Telefonråd er eit effektivt og nyttig verktøy, men eg må likevel sjå på styrken i verktøyet, då det kan påverke implementeringsprosessen.

## 2.0 Praktisk metodisk gjennomføring

Innleiingsvis avklara eg at dette skulle vere eit fagutviklingsprosjekt for min arbeidsplass.

Fagutvikling handlar om individuell og kollektiv læring og kompetanseutvikling (Førland, 2014 s. 226). Formålet er å vidareutvikle ekspertisen hjå personalet og skape tenester og tiltak av god kvalitet. Førland (2014) refererer i sitt kapittel om fagutvikling at det er nokre særtrekk ved utvikling av ekspertise i helseprofesjonane, då dei er utprega «menneskebehandlande» profesjonar. Her skjer fagutvikling gjerne i den praktiske utøvinga av yrket, i relasjonane mellom den profesjonelle og brukaren. Slik fagutvikling krev etisk medvit hjå den profesjonelle. Læring som vert utvikla tett på yrkesutøving, i ekte situasjonar og i arbeidsfellesskap vert referert til som «situert læring» (Førland, 2014 s. 234). Førland viser her til ei undersøking gjort blant ambulansesarbeidarar. Ambulansesarbeidarane vart spurt om kva som genererer mest kunnskap og ferdigheiter i deira arbeid. Dei rangerer læring under ambulanseoppdrag høgast. Utfrå dette kan ein dra slutningen at kompetanseheving og fagutvikling bør vere «situert» og i relasjon til det praktiske arbeidet ved arbeidsplassen.

Å skulle setje i gang med eit prosjekt krev kunnskap om kva prosjekt er og korleis ein skal jobbe med prosjekt. Boka Prosjektarbeid (Faafeng, et al., 2010 s 19) listar opp nokre eigenskaper som kjenneteiknar eit prosjekt. Ei eingangsoppgåve, har eit definert mål, har ein eigen midlertidig organisasjon, er tidsavgrensa og er ofte komplekst og tverrfagleg.

Ved gjennomføring av eit prosjekt må det vert klart definert kva som skal gjennomførast, kven det skal omfatte, når skal det gjerast og korleis det skal gjerast.

På min arbeidsplass er det definert kva som skal innførast; beslutningsstøtteverktøyet Telefonråd. Det skal omfatte tilsette ved legekantoret, ein sjukepleiar og ein hjelpepleiar/legesekretær. Det er tenkt gjennomført hausten 2015 og mi oppgåve vert å lage ein prosjektplan for korleis dette kan innførast.

## 2.1 Val av metode og gjennomføring av prosjektopplegget.

Under teoretisk perspektiv introduserte eg implementeringsteorien PARIHS ( Promoting Action on Reasrch Implementation in Health Services). Dette er eit rammeverk som har definert nokre kjernepunkt som kan vere avgjerande for innføring av ny kunnskap på arbeidsplassen. Litteraturgjennomgangen viser samanfall mellom nokre faktorar som vil fremme og nokre som vil hemme innføring av ny kunnskap.

### 2.1.1 Vurdering av prosjektet jamfør evidens, kontekst og fasilitering

Ved planlegging av dette prosjektet vil det vere naturleg å sjå på arbeidsplassen og organisasjonen eg er ein del av, i høve faktorane eg har funne gjennom forskninga. Eg vil vurdere styrken i beslutningsverktøyet som skal innførast, konteksten det skal inni og kva rolle fasilitering vil få og slik identifisere fremmere og hemmere av betydning for implementeringa.

Telefonråd består av to oppslagsverk, « Norsk indeks for medisinsk nødhjelp» ( medisinsk indeks)som dekker tidskritiske henvendingar og «Medarbeiderråd for legevakter og allmennlegekontor»( medarbeiderråd) som dekker rådgjeving ved generelle allmennmedisinske problemstillinga. Desse to er linka saman og vil vere komplementære. Medarbeiderråd vart utvikla som eit grasrotprosjekt hjå Skien legevakt i 1989, grunna mange avgjersle og høgt tempo med risiko for feilvurdering, varierende kompetanse og eit ynskje om kvalitetsforbetring (Holm Hansen, 2012 s 37). Telefonråd vart sist oppdatert i 2011 og her er dei siste endringane i medisinsk indeks med. Det faglege innhaldet er kontrollert i henhald til reglar og mot anerkjende kilder, særleg Norsk Elektronisk Legehåndbok, Legevaktshåndboken og Best Practice. Det er planlagt ny oppdatering i løpet av 2014 (Uni Research, 2004). I 2012 vart det redaksjonelle ansvaret for Telefonråd overført frå Nasjonalt kunnskapssenter for helsetejenesten til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Holm Hansen, 2012 s 37). Eg har ikkje funne forskning som evaluerer bruk av Telefonråd, men erfarar gjennom forelesningar på «Legevaktsykepleie»studie at ein del av sjukepleiarane har nytta dette verktøyet. Gjennom praksis ved Bergen legevakt fekk eg observere verktøyet i bruk både i luka og ved legevaktsentralen og såg at dette kunne vere eit nyttig verktøy for min arbeidsplass. Sjukepleiarar ved Bergen legevakt nytta Telefonråd ved prioritering av pasienthenvendingar og ved rådgjeving på telefonen. Det vart òg nytta ved dokumentering av henvendingar under telefonsamtale og i etterkant av samtale.



Telefonråd er eit elektronisk verktøy som kan lastast ned frå Helsebiblioteket sine nettsider. Det skal vere lett å slå opp i samstundes som ein samtalar med pasienten. Det skal derfor ikkje vere problem for ein arbeidsplass som nyttar ikt å laste ned og nytte dette verktøyet. Hovudmålet med Telefonråd er jfr Holm Hansen (2012) at pasientane opplever riktig prioritering og god formidling av faglege råd som igjen gjev trygghet og tillit til tenesta (Holm Hansen, 2012 s 37).

Eit anna område Telefonråd kan nyttast er ved opplæring og fageleg oppdatering. Ved opplæring kan det nyttast som eit hjelpemiddel for nyttilsette og vikarar ved læring av prosedyrer og rutinar ved rådgjeving og utspørring av pasientane. Det skal kunne nyttast som grunnlag for fommell delegering frå lege til medarbeidar i ulike situasjonar ved rådgjeving (Holm Hansen, 2012 s 37). Vi har ulike kompetanse ved legekantoret og det vil vere nyttig at vi har eit felles verktøy som gjev pasientane kjensla av lik handtering av ulike problemstilling. Dei vert prioritert likt, får dei same spørsmåla og råda og kan slik kjenne seg trygg på vurdering og dei råda dei får.

Arbeidsplassen min er eit legekantor i ein liten øykommune. Kommunelegen er legevaktslege på dagtid. For tre år sida vart det tilsett personale med helsefagleg bakgrunn ved legekantoret vårt. Vi er ein sjukepleiar og ein legesekretær/ hjelpepleiar som delar på stillinga. Ingen av oss har hatt liknande arbeid tidlegare. Sjølv om vi har ulik utdanning og ansiennitet i yrke, stiller vi likt med det at vi er uerfarne på telefonrådgjeving, korleis og kva vi skal spørje om. Det ville vere nyttig med eit verktøy som gjorde at vi stilte same spørsmål og gjorde lik vurdering av situasjonar, slik at pasientane kjenner seg like trygg uavhengig kven som svarar på telefonen.

Vi er begge ivrige etter å utvikle oss og tileigne oss ny kunnskap. Eg tek vidareutdanning i «Legevaktsykepleie» og tilfører dermed ny kunnskap som eg gjennom leiar og medarbeidarar vert utfordra på å dele.

Dei siste åra har vi fått stadig nye utfordringar gjennom innføring av nye system og rutinar som vert pålagde både nasjonalt og lokalt. Døme på dette er innføring av e-reseptar, e-rekvirering av pasienttransport, nytt telefonsystem og papirlaus kommunikasjon med spesialisthelsetenesta. Det betyr at dersom det skal innførast noko nytt reiskap bør det vere lett å ta i bruk, vere nyttig og lett integrerast i dei systema vi har allereie.

Då eg tok kontakt med leiaren min angåande dette prosjektet og introduserte beslutningsstøtte verktøy fekk eg god respons. Ho såg nytten vi kunne ha av verktøyet og kva effekt det kunne

få for pasientkontakten ved legekantoret. Leiarer ynskjer å verte informert undervegs i prosjektet. Engasjement frå leiar kan vere avgjerande for prosessen ved innføring av ny kunnskap. Brukarane av verktøyet får eigarskap til prosjektet gjennom at initiativet kjem frå dei og at ein får positiv tilbakemelding frå leiar til å arbeide vidare med planen på innføringa. Det vil vere viktig at prosjektet får prioritet ved gjennomføringa og at planen vert fylgt opp gjennom tiltaka som vert introdusert i denne planen.

For at eit prosjekt skal gjennomførast trengst det ein plan for kva som skal gjerast og korleis. I fylgje forskning er ofte tiltaka ved innføring avgjerande for kva resultat ein får (Harvey & Kitson, 1996 s 185). Ny kunnskap/ retningslinjer eller rutiner må tilpassast lokal setting. Det må tilretteleggast for den aktuelle organisjonen, arbeidsplassen og dei ulike målgruppene. Gode opplærings tiltak og oppfølging av desse er viktig for implementeringa. PARIHS trekker fram fasilitering som eit av kjernepunktene ved implementering. Telefonråd kan lastast ned gratis frå Helsebiblioteket og takast i bruk utan spesielle lisensar og løyver. Det ligg brukarmanuall og opplæringsoppgåver på Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2011) for Telefonråd (vedlegg 1 og 2), som kan lastast ned og takast ut.

Ein fordel for oss vil vere at eg har fått ei innføring i Telefonråd og bruken av det gjennom utdanninga mi. Eg vil derfor vere ein naturleg fasilitator som kan vere med under gjennomføringa av prosjektet og følgje det opp undervegs og motivere medarbeidarar og i etterkant av implementeringa. Dette vil truleg vere positivt, då eg vil vere ein av brukarane av verktøyet og kjenne i praksis korleis det fungerer og erfare om det er nyttig og har den effekten vi er ute etter.

### 2.1.2 Fremmarar og hemmarar for prosjektet slik eg ser det

Etter ein gjennomgang av tenesta og beslutningsstøtte verktøyet sin styrke og nytte kan det verke som det peiker seg ut nokre fremmarar og nokre hemmarar for fagutviklingsprosjektet mitt.

Fremmarar vil vere at Telefonråd er eit nyttig reiskap for oss, det er utvikla spesielt for legevakt/allmennlegekontor og skal kunne nyttast av både sjukepleiar og legesekretær. Vi er ein lite arbeidsplass og med god kommunikasjon slik at informasjon lett kjem rundt til alle. Det at vi er små gjer at ein lett kan få eigarskap til prosjektet via involvering og oppfølging. Vi har ein interessert leiar som ynskjer å følgje opp prosjektet og som set pris på initiativ frå tilsette. Manualar og opplæringsoppgåver ligg tilgjengeleg på nett og krev ikkje ekstra investering. Telefonråd er òg gratis å laste ned og påfører dermed ikkje organisasjonen ekstra kostnader, noko leiinga synes er positivt. Telefonråd er elektronisk, vert jamt oppdatert mot anerkjend forskning og det går godt i lag med eksisterande system på arbeidsplassen.

Hemmarar vil vere at vi er ein liten kommune, med lite frekvens i rådgeving og situasjonar der Telefonråd vil vere naturleg å nytte. Vi er få tilsette, der eg vil vere ein pådrivar for å få innført Telefonråd. Eg ser nytten av å bruke verktøyet. Det betyr ikkje at min medarbeidar er like entusiastisk og ynskjer å nytte dette. Vi har ikkje lik kompetanse i utgangspunktet. Det kan vere ein hemmar, då vi ikkje ser same fordelane ved verktøyet.

Det vil vere nyttig å ha fokus på områder som kan verke som hemmarar i det vidare arbeidet, då ein kanskje kan eliminere eller utjamne dei undervegs ved å vere merksam på dei og lydhør for innspel (tilbakemeldingar) om å gjere tilpassingar eller endringar som kan vere avgjerande for å få implementert verktøyet og få den effekten ein er ute etter.

### 2.1.3 Implementeringsplan

Introduksjon av Telefonråd på avdelingsmøte med leiar, lege og medarbeidar.

Det vil vere naturleg å melde inn sak til avdelingsmøte for å orientere medarbeidarar og leiar om kva Telefonråd er, korleis det kan vere nyttig for oss og kva som vil vere effekten for pasientane ved at vi tek dette i bruk. Dette vil vere ein måte å introdusere verktøyet, la informasjonen modne, svare på, avklare evt spørsmål som tilsette har. Informere om kva førebuingar som må gjerast og kva plan ein har for gjennomføring, opplæring og oppfølging.

Her vil det òg vere naturleg å invitere medarbeidarar til å komme med innspel og tilbakemelding på prosjektet og tiltak som er tenkt gjennomført.

Klargjere arbeidsplass for innføring av Telefonråd

For å laste ned Telefonråd på arbeids PC hjå oss treng ein løyve og hjelp frå IKT avdelinga. Det vil derfor vere naturleg å ta kontakt med desse og avklare korleis ein kan gå fram for å klargjere for nedlasting og integrere det på arbeidsplassen. Vi må òg laste ned brukarmanualen frå Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2011) for å komme i gang med installering.

Lage plan på opplæring og øving på å bruke Telefonråd

Alt det praktiske av opplæringsverktøy og oppgåver ligg klar til å lastast ned frå Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2011). Mi oppgåve vert å setje av tid til øving og opplæring slik at vi vert trygg på verktøyet og får til å nytte dette under telefonsamtalar og pasientkontakt. Det må setjast av tid på fleire avdelingsmøter for å informere om framdrift og planar for opplæring og undervisning. Det er gunstig å setje av tid til direkte undervisning i bruk og ikkje satse einssidig på sjølvstudium. Det må lagast prosedyrar på opplæring av vikarar som skal lærast opp i bruk av Telefonråd.

Å ta Telefonråd i bruk

Det vil truleg ta litt tid før ein har fått integrert Telefonråd i det daglege arbeidet. Frekvensen på kor ofte vi har rådgeving på telefon er låg, og det kan derfor ta tid før vi får

mengdetrening i bruken. Det bør likevel vurderast å setje ein frist for forventa at innføring av verktøyet. Fristen kan justerast i samråd på arbeidsplassen etter opplæring og øvingsoppgåvene er gjennomført.

#### Evaluering av implementeringa og nytten av verktøyet.

For å sikre implementering er det viktig med tilbakemeldingar og evalueringar undervegs. Det vil vere naturleg å jamnleg ha dette som tema på avdelingsmøter gjennom det neste året. Ein kan slik fange opp ulike tilbakemeldingar og eventuelle korrigeringar som må gjerast undervegs.

På Telefonråd er det mogleg hente opp brukarlogg. Dette vil vi kunne nytte ved evaluering for å sjå på kva hendingar vi nyttar Telefonråd og kor ofte vi nyttar det. Vi kan òg ta 2-3 ulike kontaktar og diskutere handteringa og rådgjevinga i høve problemstillingane. Her kan vi sjå om råda vi gjev samsvarar og om vi nyttar Telefonråd på lik måte. På denne måten vil vi kunne komme fram til gode rutinar og kvalitetssikre pasientkontaktane til legekantoret/legevakta vår.

## 2.2 Utval og varigheit

Prosjektet med å innføre Telefonråd vil omfatte tilsette ved legekantoret og eventuelle vikarar. Prosjektet si varigheit vil gå over nokre månader som inneheld informasjonsfase, installeringsfase og opplæringsfase. Det vil så kunne nyttast ved seinare høve, ved opplæring av nye medarbeidarar.

## 2.3 Bruk av allereie utarbeidd verktøy

I dette fagutviklingsprosjektet vil vi implementere eit beslutningsstøtte verktøy som er utarbeidd i samarbeid mellom Lærdals fond for akuttmedisin og Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin. På Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2011) ligg brukarmanual og opplæringsoppgåver som kan nyttast ved installering. Dette materialet er ikkje avhengig av at det vert innleigd eksterne fasilitatorer, ettersom eg har fått innføring via utdanninga mi kan eg vere ein fasilitator under opplæring og ein ressurs ved gjennomgang av oppgåver og opplæringsmateriale.

## 2.4 Budsjett

Telefonråd er gratis å laste ned og ta i bruk. Undervisningsopplegget er òg fritt tilgjengeleg.

Det må setjast av tid til opplæring for to tilsette, samt skrivast ut undervisningsmaterieil til alle tilsette ved legekantoret. Opplæring kan organiserast på dagar der det er fleire tilsette tilstades, slik at ein unngår å leige inn ekstra personale. Det vil slik medføre svært lite kostnader å gjennomføre prosjektet. I etterkant av prosjektet er det viktig at ein finn tid i kvardagen til å oppretthalde kompetanse og at det vert sett av tid til evaluering av implementeringa. Dette vil ein kunne kombinere med allereie planlagde avdelingsmøter og legge inn som tema ved internundervisning.

Opplæring 3,5 t for 2 personar over to dagar à kr 350,- pr time ( utgift som ein kan unngå ved å organisere opplæringa godt. )

Undervisningsmateriale i 3 eksemplar à kr 50 ,-

Innkjøp av Medisinsk indeks i bokform 3 eksemplar à kr 200,-

I tillegg til dette må det setjast av tid til rutineskildring og tillaging av prosedyrar og vikaropplæring. Det vil inngå i ordinert kvalitetsarbeid, men må likevel over ei tid få fokus.

## 2.5 Etiske vurderingar og samtykker

Prosjektet er godkjent av leiinga ved arbeidsplassen min. Prosjektet omhandlar ikkje personlege data eller sensitive opplysningar eller andre høve som burde vore gjeve samtykke til. Prosjektet vil endre arbeidsmåten vår ved pasientkontakt og telefonrådgjeving. Dette må diskuterast med ansvarleg lege slik at ein får retningslinjer på korleis enkeltsituasjonar skal handterast og kva råd medarbeidarar skal gje. Ei endring vil kunne kjennes som meirarbeid i starte, men vil samstundes kunne trygge arbeidsoppgåvene våre juridisk ved at færre feilvurderingar og utrygge situasjonar oppstår. Ei innføring av Telefonråd vil gje moglegheit for delegering av oppgåver frå lege til medarbeidar. Her må ein ha oppe til vurdering kva rutinar som må på plass før ein overfører oppgåver, slik at sikkerheit og fagleg forsvarlegheit vert ivareteken.

## 2.6 Evaluering av prosjektet

Det vil vere behov for ei intern evaluering mellom dei tilsette på korleis ein synes verktøyet fungera, om ein faktisk nyttar det og korleis ein opplevde implementeringa. Vi kan ha implementeringa som tema på fagmøter og avdelingsmøter og slik evaluere gjennomføringa av prosjektet og om dette er ein måte å jobbe på for å oppdatere og utvikle tenesta framover.

## 2.7 Metodologiske drøftingar

Eg synes det har vore nyttig å jobbe grundig med fagutviklingsprosjektet. Temaet er godt vurdert og planlagt gjennom vurdering av innhaldet i den nye kunnskapen. I tillegg har ein hatt gjennomgang på kva som vil fremme implementering i organisasjonen og vorte observant på moglege hemmarar. Det vil truleg òg medføre at ein har meir fokus på behovet for fasilitering og evaluering av prosjektet undervegs.

Eg tok utgangspunkt i at det er vedtatt å innføre eit nytt verktøy på arbeidsplassen min. Ei vurdering av styrken i det som skal innførast burde komme før eit eventuelt vedtak om innføring. Slik vurdering lar seg gjennomføre dersom ei implementering skjer på bakgrunn av eit «lokalt initiativ», men kan vere vanskeleg når ei endring vert pålagt til dømes nasjonalt.

### 3.0 Formidling/målgruppe

Dette er eit fagutviklingsprosjekt lokalt på min arbeidsplass. Andre som skal gjennom implementering av ny kunnskap vil ha nytte av å sjå på vurdering av kunnskapen som skal innførast, konteksten dei skal inni, fasiliteringa undervegs og i gjennomføringa av prosjektet. Det er nyttig å identifisere kva som vil fremme ei implementering og kva som vil kunne hindre ei suksessfull implementering. Det vil ikkje vere aktuelt for meg å formidle resultat av dette prosjektet utover eigen arbeidsplass, men eg ser at det kunne vore aktuelt å skrive eit innlegg i eit fagtidsskrift ( Sykepleien) og slik formidle erfaring med implementering av ny kunnskap/ verktøy til bruk i pasienthandtering og kvalitetssikring innan helse.

Dersom vi erfarar at dette er ein nyttig måte å gjennomføre prosjekt og implementeringsarbeid vil eg gjerne formidle metoden til andre delar av eininga og i organisasjonen vår.



## Referanser

- Akuttmedisinforskriften, 2015. *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambuansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v.* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231> [funnet 20 april 2015]
- Blinkenberg, J., Bovim, E. & Hansen, E. H., 2009. *Forprosjekt prehospitalt beslutningsstøtteverktøy*, Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap. <https://uni.no/nb/uni-helse/nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin/forprosjekt-prehospitalt-beslutningsstøtteverktøy/> [ Funnet 21 januar 2015]
- Dogherty, E. J. et al., 2013. Turning Knowledge into Action at the Point-of-Care: The Collective Experience of Nurses Facilitating the Implementation of Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, Volum 10, pp. 129-139. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23796066> [Funnet 21 januar 2015]
- Førland, O., 2014. Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse-og omsorgstjenester. I: T. Ravnstad & G. Haugan, red. *Helse fremming i kommunehelsetjenesten*. s.l.:Cappelen Damm, pp. 225-241.
- Giesen, P. et al., 2007. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency. *Qual Saf Health Care*, Volum 16, pp. 181-184. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465002/> [Funnet 21 januar 2015]
- Grol, R. & Wensing, M., 2013. Characteristics of successful innovation. I: R. Grol, M. Wensing, M. Eccles & D. Davis, red. *Improving patient care. The Implementation of Change in Health Care*. West Sussex: John Wiley & Sons, pp. 77-89.
- Grol, R. & Wensing, M., 2013. Implementation of change in healthcare: a complex problem. I: R. Grol, M. Wensing, M. Eccles & D. Davis, red. *Improving patient care. The Implementation of Change in Health Care*. 2. red. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd, pp. 3-15.
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. & Dacis, D., 2013. *Improving Patient Care. The implementation of change in health care..* 2 red. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Hansen, E. H., 2012. Telefonråd og beslutningsstøtte. *Utposten*, 06, pp. 36-37. [http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/Utposten12/UP12\\_6/36\\_37\\_telefonraad\\_Utp\\_6\\_2012w.pdf](http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/Utposten12/UP12_6/36_37_telefonraad_Utp_6_2012w.pdf) [Funnet 21 januar 2015]
- Hansen, E. H., 2014. *Hvordan foretar sykepleier beslutninger*. Bergen: Forelesningsnotat.
- Harvey, G. & Kitson, A., 1996. Achieving improvement through quality: an evaluation of key factors in the implementation process. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 185-195. <http://faculty.ksu.edu.sa/hisham/Documents/Medical%20Education/English/Pharmacy%20Education/138.pdf> [Funnet 06 april 2015]
- Helfrich, C. D. et al., 2010. *A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework*, London: Implementation Science, <http://www.implementationscience.com/content/5/1/82> [Funnet 06 april 2015]
- Helsebiblioteket, 2011. *Helsebiblioteket*. [Internett]  
Available at: <http://www.helsebiblioteket.no/>  
[Funnet januar 2015].
- Jao, C. S. & Hier, D. B., 2010. Clinical Decision Support Systems: An Effective Pathway to Reduce Medical Errors and Improve Patient Safety. I: C. S. Jao, red. *Decision Support System*. Croatia: InTech Europe, pp. 122-138.

Meer, A. et al., 2012. Is computer-assisted telephone triage safe ? A prospective surveillance study in walk-in patients with non-life-threatening medical conditions. *Emergency Medicine Journal*, pp. 124-128. <http://www.medscape.com/viewarticle/757260> [Funnet 21 januar 2015]

Powell, A., Rushmer, R. & Davies, H., 2009. *A systematic narrative review of quality improvement models in health care*, Dundee: Social Dimensions of Health Institute at The Universities of Dundee and St Andrews.  
[http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous\\_resources/hta\\_report/a\\_systematic\\_narrative\\_review.aspx](http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/hta_report/a_systematic_narrative_review.aspx) [Funnet 21 januar 2015]

Rycroft-Malone, J., 2004. The PARIHS framework - A framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, Oktober-Desember, Volum 19, pp. 297-304. <http://www.effectiveservices.org/images/uploads/The%20PARIHS%20Framework-A%20framework%20for%20guiding%20the%20implementation%20of%20evidence%20based%20practice.pdf> [Funnet 21 januar 2015]

Rycroft-Malone, J. et al., 2012. *A pragmatic cluster randomised trial evaluating three implementation interventions*, London: Implementation Science  
<http://www.implementationscience.com/content/7/1/80> [Funnet 06 april 2015]

Uni Research, 2004. *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin [Uni Research Helse]*. [Internett]  
Available at: <https://uni.no/nb/uni-helse/om-nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin/> [Funnet januar 2015].

Wikheim, H., 2013. *Samarbeidsavtaler - formalitet eller redskap til samhandling*. Stavanger: Masteroppgåve, Universitetet i Stavanger.  
<http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/184786?show=full> [Funnet 06 april 2015]

## Vedlegg

1. Brukermanual for Telefonråd
2. Opplæringsoppgåver for Telefonråd

