

Tuva Teigland  
Malin Vestnes

## ProACT-kurs som kompetanseheving

Nyttig eller bortkastet?

Antall ord: 7345

**Mai 2020**

### **NTNU**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for design

**Bacheloroppgave**

**2020**





Tuva Teigland  
Malin Vestnes

## **ProACT-kurs som kompetanseheving**

Nyttig eller bortkastet?  
Antall ord: 7345

Bacheloroppgave  
Mai 2020

### **NTNU**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for design



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

Etter samhandlingsreformen kom i 2012, er det kortere liggetid på sykehusene og dermed sykere pasienter som bor hjemme. Helsedirektoratet skrev hvordan observasjons- og handlingskompetanse blant ansatte er det mest effektive tiltaket for å oppdage forverring av pasienters somatiske tilstand.

Hensikten med denne studien er å undersøke i hvilken grad sykepleiere i hjemmebasert omsorg opplevde proACT-kurset som kompetanseheving.

Det ble brukt en kvalitativ metode med tre én-til-én-intervju. Deltakerne var fra samme arbeidsplass med en gjennomsnittsalder på 32 år og en gjennomsnittlig ansiennitet på åtte år. Intervjuene ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering.

Gjennom analysen identifiserte vi fire hovedfunn. ProACT-kurset var nyttig både for nyutdannede sykepleiere, erfarne sykepleiere, men også for assistenter og helsefagarbeidere, da de ofte må bistå sykepleierne. Informantene lærte best ved simulering, men kunne likevel ikke vært foruten teori i forkant. Det ble sagt innledningsvis at oppfølgingen av kursets innhold var bra, likevel kunne ikke informantene gi en sammenfattende forklaring av de nye rutinene. Det kom også frem at mye av kunnskapen var glemt.

Funn kan tyde på at kurset i seg selv ikke er tilstrekkelig for å oppnå kompetanseheving. For å oppnå stabil kompetanse og vedlikeholde kunnskapen trengs det mengdetrening. ProACT kan føre til bedre samhandling mellom ulike instanser fordi det kan danne et felles språk.

# Abstract

After the collaboration reform came in 2012, there is a shorter hospital stay, thereby sicker patients living at home. The Directorate of Health wrote how observational- and action competence among employees is the most effective measure for detecting deterioration of patients somatic condition.

The aim of this study is to explore how nurses who work in home-based care experienced the proACT-course as a way to maintain and improve competency.

A qualitative method was used through individual interviews. The participants were from the same workplace with an average age of 32 years old and an average seniority of eight years. The interviews were transcribed and analyzed with systematic text condensation.

We identified four main findings through the analysis. The proACT-course was useful not only for newly trained nurses and experienced nurses, but also for assistants and health care professionals who often have to assist the nurses. The participants learned best by simulation, but could not be without the theory in advance. The participants said that the follow-up of the course content was good, but we concluded the opposite throughout the analysis because the participants could not provide the same explanations with the new routines. It was also revealed that much of the knowledge was forgotten.

The results may indicate that the course itself is not sufficient to raise competence. Volume training is needed in order to achieve stable competence and for knowledge to maintain. The proACT-course can result in better interactions within the healthcare system because it can form a common language.



# Forord

Ut ifra unormale omstendigheter med stengt skole og bibliotek, har arbeidet med denne oppgaven krevet kreativitet og gode diskusjoner. Det har vært en svært lærerik periode som vi kommer til å ta med oss ut i arbeidslivet. Vi er stolte over egen innsats og ser frem til å dele oppgaven med kommunen.

Vi vil takke hovedveileder Rigmor E. Alnes for god oppfølging, veiledning og ikke minst fleksibilitet gjennom denne uvanlige perioden. Vi takker også for samarbeidet med Torill Skorpen ved utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenesten som vår ressursperson i kommunen. Takk til alle informantene og eksterne veiledere.



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>11</b>
1.1	<i>Bakgrunn .....</i>	11
1.2	<i>Begrepsavklaringer.....</i>	12
1.3	<i>Begrunnelse for valg av tema og problemstilling .....</i>	12
<b>2</b>	<b>Teoribakgrunn .....</b>	<b>13</b>
2.1	<i>ABCDE-prinsippet.....</i>	13
2.2	<i>NEWS og ISBAR.....</i>	13
2.3	<i>Simulering som læringsmetode .....</i>	14
2.4	<i>Pasientsikkerhet.....</i>	14
2.5	<i>Kvalitetsarbeid og prosessen videre .....</i>	14
<b>3</b>	<b>Metodebeskrivelse .....</b>	<b>16</b>
3.1	<i>Metodisk tilnærming .....</i>	16
3.2	<i>Utarbeidelse av intervjuguide.....</i>	16
3.3	<i>Utvalg og inklusjonskriterier .....</i>	16
3.4	<i>Gjennomføring av intervju.....</i>	17
3.5	<i>Analyse.....</i>	17
3.6	<i>Etisk begrunnelse.....</i>	18
<b>4</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>19</b>
4.1	<i>Erfaringer og opplevelser fra kurset .....</i>	19
4.2	<i>Tilrettelegging for læring .....</i>	19
4.3	<i>Implementering av proACT-kurset .....</i>	20
4.4	<i>Kompetanseheving på observasjoner og tiltak.....</i>	20
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>22</b>
5.1	<i>Metodediskusjon .....</i>	22
5.2	<i>Nyttig eller bortkastet? .....</i>	23
5.2.1	<i>Opplevelse av læringsutbyttet.....</i>	23
5.2.2	<i>“Learning by doing”.....</i>	23
5.3	<i>Implementeringen av kurset.....</i>	24
5.3.1	<i>Det kliniske blikket.....</i>	25
5.3.2	<i>Nye rutiner på arbeidsplassen .....</i>	25
5.3.3	<i>Forbedringer som kan skje ved å implementere proACT-kurset.....</i>	26
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>28</b>
6.1	<i>Videre forskning.....</i>	28
	<b>Referanser .....</b>	<b>29</b>
	<b>Vedlegg.....</b>	<b>32</b>



# 1 Innledning

En tredel av unødige dødsfall i Norge skyldes manglende eller sen oppdagelse av sykdomsforverring, mangelfull observasjon av pasienten og svikt i kommunikasjon mellom helsepersonell (Helsedirektoratet, 2020). Det ble opprettet et kurs som hadde som formål å bedre helsepersonells kompetanse på akkurat disse punktene. Kurset heter proACT, forkortelse for proaktiv, som vil si å være i forkant (proACT Norge, 2019). Det er i tråd med Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke "Tidlig oppdagelse av forverret tilstand", som nå er videreført som nasjonale faglige råd fra Helsedirektoratet (pasientsikkerhetsprogrammet.no). I denne oppgaven skal vi finne ut i hvilken grad sykepleiere som arbeider i hjemmebasert omsorg opplever kurset i seg selv som kompetanseheving. Resultatene bygger på utsagn, erfaringer og tilbakemeldinger informantene våre deler om kurset.

## 1.1 Bakgrunn

Det kan observeres endringer i en persons vitale funksjoner sammen med andre symptomer før en eventuell akutt sykdomsforverring. For å begrense alvorlig sykdom, overføring til høyere behandlingsnivå eller død, er det avgjørende å identifisere ulike endringstilstander slik at man kan iverksette raske forebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2020). Tidlig oppdagelse av sykdomsforverring og rask respons har vært i fokus på sykehus lenge, men skal nå også komme tydeligere frem i primærhelsetjenesten (proACT Norge, 2019).

Å se symptomer på sykdomsforverring og handle ut ifra de er en stor del av sykepleieren sitt ansvar i hjemmetjenesten. Enkelte pasientgrupper i hjemmebasert omsorg, for eksempel eldre multisyke, krever ekstra god kompetanse for å oppdage symptomer og deretter kunne gi rask respons (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2018, s. 4).

Etter samhandlingsreformen "rett behandling - på rett sted- til rett tid" kom i 2012, har det blitt kortere liggetid på sykehusene - noe som har ført til at sykere pasienter bor hjemme. Sentralt i reformen står det at en større del av helsetjenestene skal ytes i kommunene med like god eller bedre kvalitet (Stortinget, 2011). Behovet for mer avansert sykepleie øker i takt med sykere brukere. Kompetansen til sykepleier, men også til hjemmetjenestene som system, må samsvare med det økte behovet (Molnes et al., 2016). Formålet med proACT-kurset er å øke kvaliteten på observasjoner og tiltak i primær- og sekundærhelsetjenesten gjennom bruk av felles verktøy. Ved sykdomsforverring er gode observasjoner og god tverrprofesjonell samhandling nødvendig (proACT Norge, 2019). Om det skal være mulig å behandle sykere pasienter hjemme, er det avgjørende med god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Naustvik, 2019). Dermed sikrer man også flyt i arbeidsprosesser slik at både pasienter, pårørende og helsepersonell opplever helhet i tjenester og tiltak (Orvik, 2015, s. 210).

ProACT-kurset fokuserer på grunnleggende observasjoner av pasienter, uavhengig av diagnose. I tillegg inngår det opplæring i bruk av verktøy for risikovurdering og opplæring i trygg og sikker kommunikasjon mellom helsepersonell. Bruk av de presenterte verktøyene fra kurset kan være med på å styrke arbeidet til sykepleier (proACT Norge, 2019). Mer om dette i kapittel 2.

ProACT-kurset har blitt holdt for om lag 700 helsepersonell i en middels stor kommune. Det er et dagskurs som består av to deler. Under første del av kurset ble temaene presentert på PowerPoint, hvor prinsippet om ABCDE, verktøyene NEWS og ISBAR, og etikk ble gjennomgått. Andre del av kurset besto av simulering der deltakerne ble inndelt i grupper og gikk gjennom tre scenario hver. Scenarioene omhandlet pasienter som trengte akutt helsehjelp ut ifra livstruende tilstander. Deltakerne fikk utdelt roller som pasient, ansvarlig sykepleier, assisterende sykepleier og observatør. Etter hvert scenario reflekterte gruppene over hva som var bra og hva som kunne blitt gjort bedre.

## 1.2 Begrepsavklaringer

Hjemmebasert omsorg (HBO) er et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når sykdom, alder eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp (Fjørtoft, 2016, s. 13). Sykepleierens funksjon er å bidra til at den enkelte mestrer en vanskelig situasjon. Sykepleiere i hjemmetjenesten må ha kunnskap og forståelse for pasientens helsetilstand (Fjørtoft, 2016, s. 12). Bruker av HBO er de som til enhver tid har behov for og mottar sykepleie i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s. 47).

## 1.3 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Helse- og omsorgstjenesteloven (2019, § 4-1) sier blant annet at kommunen skal tilrettelegge tjenestene på en måte som sikrer at personell overholder lovpålagte plikter og oppnår tilstrekkelig fagkompetanse. ProACT-kurset er et tiltak fra kommunen med hensikt å heve fagkompetansen til helsepersonell. Stortingsmelding fra 2013 om kvalitet og pasientsikkerhet slo fast at pasienter og brukere skal oppleve at de blir ivaretatt, sett og hørt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 14). Ved sykdomsforverring i hjemmet er det viktig at pasienten føler seg godt ivaretatt og stoler på personellet som kommer (Fjørtoft, 2016, s. 167). Vi ble inspirert av kursets formål og ble nysgjerrige på hvordan kurset blir evaluert av deltakerne, samt hvordan det blir utøvet i praksis. Vi har samarbeidet med en ressursperson fra kommunen gjennom arbeidet med denne studien. Problemstillingen er utviklet etter ønske fra kommunen og utviklingssenter for sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Møre og Romsdal. Problemstillingen vår formuleres slik:

*“Hvordan erfarer sykepleierne kompetanseheving gjennom ProACT-kurset?”*

## 2 Teoribakgrunn

Dette kapittelet presenterer relevant teori for videre drøfting av problemstillingen. Først legges det frem teori om kursets teoretiske innhold (ABCDE, NEWS, ISBAR). Videre presenteres teori knyttet til simulering som læringsmetode, pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid.

### 2.1 ABCDE-prinsippet

ABCDE-prinsippet går ut på å avdekke alvorlige problemer raskt, slik at sykepleier kan iverksette øyeblikkelig hjelpetiltak, tilkalle hjelp, varsle lege og eventuelt ringe 113. ABCDE er en forkortelse som står for Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 30). Metoden er velegnet både ved akutte situasjoner i og utenfor sykehuset. Prinsippet går ut på å følge algoritmen slavisk, ettersom rekkefølgen er prioritert. Først ser man om pasienten har frie luftveier og følger tiltak ut ifra funn. Deretter vurderer man respirasjonen og ser om den er besværet. Ved tredje steg, sirkulasjon, skal sykepleier observere pulsen og blodtrykket, samt se etter blødninger. Videre inngår bevissthet og nevrologisk status, som går ut på motorikk og sensibilitet. Det siste steget innebærer å inspisere pasientens kropp etter ytterligere skader og beskytte han for omgivelsene (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 31). Den første vurderingen av pasienten i en akutt situasjon må skje raskt. ABCDE prinsippet er en velegnet metode for å hjelpe sykepleier med å iverksette tiltak umiddelbart (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 30).

### 2.2 NEWS og ISBAR

National Early Warning Score (NEWS) er et systemisk kartleggingsverktøy som sykepleiere kan ta i bruk for å oppdage forverret sykdomstilstand (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 32). NEWS tar for seg vitale parameter som består av respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, blodtrykk, puls og kroppstemperatur, samt bevissthetsnivå og eventuell forvirring hos pasienten (proACT Norge, 2019). Ut ifra sykepleierens observasjoner og målinger blir det gitt poeng fra null og oppover, der null er nederst på skalaen. De ulike poengskårene fra lav til høy utløser sykepleietiltak og konkrete føringer på når man skal kontakte lege (Stubberud, 2018, s. 76-77).

ISBAR er et kommunikasjonsredskap som står for identifikasjon, situasjon, bakgrunn, aktuell tilstand og råd (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 34). Det er et godt verktøy for å kvalitetssikre kommunikasjonen mellom helsepersonell (Pasientsikkerhetsprogrammet.no). Moi, Søderhamn, Marthinsen & Flateland (2019) har gjort en kvalitativ studie på ISBAR med 16 sykepleiere under spesialisering. Deres resultat var at studentenes kommunikasjon ble mer bevisst, strukturert, oversiktlig og forutsigbar. De formidlet objektive, tydelige og konkrete observasjoner og endringer i stedet for synsinger. Anvendning av ISBAR gjorde at de følte seg tryggere på sin

kommunikasjon og kompetanse, i tillegg til at de ble bedre på teamarbeid og opplevde større pasientsikkerhet (Moi et al., 2019).

## 2.3 Simulering som læringsmetode

John Dewey er en kjent filosof som kom opp med slagordet "learning by doing". Han mente at individets egne opplevelser er grunnlaget for all læring (Reime et al., 2015). "Learning by doing" er knyttet til utførelsen av det man skal lære, og innenfor helsevesenet er det ofte assosiert med simulering. Simulering er en av de mest relevante treningsmetodene for helsepersonell (Gil-Lacruz, Gracia-Pérez & Gil-Lacruz, 2019). Simulering er en god teknikk innen helse og omsorg hvor studenter, sykepleiere og leger kan trene på utfordrende situasjoner, sjeldne hendelser, samarbeid og kommunikasjon i teamet (Lindenskov, 2018). Gil-Lacruz et al. (2019) evaluerte tilfredsheten og innvirkning på kvaliteten simulering hadde for helsepersonell med sine 364 deltakere. Forskningen viste hvordan deltakerne som brukte denne treningsmetoden lærte raskt og bra. Resultatene fra simuleringen var ifølge Gil-Lacruz et al. (2019) betydelig overlegne i forhold til tradisjonell undervisning. Eun & Young (2017) sin kvalitative studie konkluderte at simulering sammen i team styrket kommunikasjonsevner, selvtillit, teameffektivitet og teamprestasjon. Fey & Jenkins (2015) fant ut at refleksjon etter endt simulering var nødvendig for at sykepleierstudenter skulle oppleve kompetanseheving på området.

## 2.4 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet handler om forebygging mot unødige skader som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelse (Stubberud, 2018, s. 12). God pasientsikkerhet innebærer å lære av uønskede hendelser og å aktivt forebygge at de gjentar seg. Samfunnet har et økt fokus på kvalitet, og kravet til pasientsikkerhet er betraktelig skjerpet (Stubberud, 2018, s. 17).

I 2011 ble det som i dag heter "Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7" startet som en pasientsikkerhetskampanje. Kampanjen gikk ut på å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten (pasientsikkerhetsprogrammet.no). Kampanjen varte ut 2018, men sekretariatet gikk over til å bli avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet.

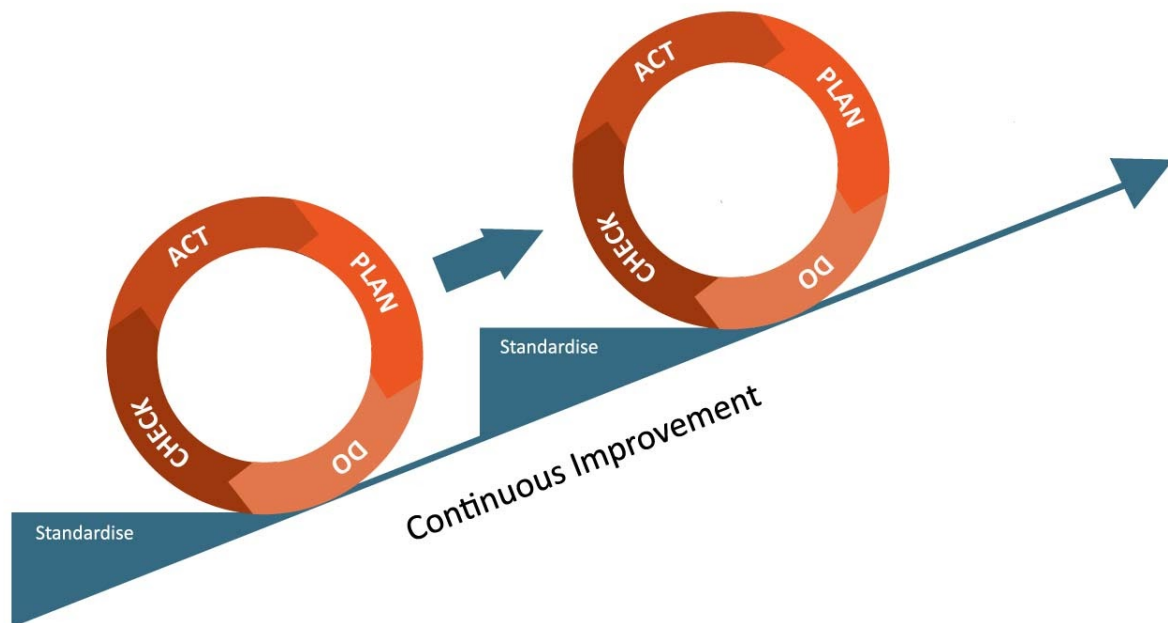
Ifølge Pasientsikkerhetsprogrammet kan sannsynligvis halvparten av skadene som oppstår i helsetjenesten unngås. Slike skader kan for eksempel være kommunikasjonssvikt i forbindelse med kirurgi. Samhandling i team er derfor en viktig del av prosessen for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Stubberud, 2018, s. 28).

## 2.5 Kvalitetsarbeid og prosessen videre

Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess for utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenestene, der målet er å bidra til pasientsikkerhet (Stubberud, 2018, s. 11). Arbeidet kan deles inn i kvalitetsforbedring og kvalitetskontroll. Vi skal fokusere på



kvalitetsforbedring. Dette omhandler å omsette allerede eksisterende kunnskap i praksis, for eksempel å innføre nye eller forbedrede tjenester basert på erfaringskunnskaper (Stubberud, 2018, s. 12). Man er avhengige av at kvalitetsarbeid som er utarbeidet, skaper vedvarende forbedringer. Det vil si at nye arbeidsmetoder og forbedringer ikke lenger oppleves som en ekstra arbeidsprosess, men er en integrert og fast del av virksomheten (Stubberud, 2018, s. 137). PUKK-sirkelen kan bidra til at kontinuerlig forbedring blir en arbeidsform (figur 1). PUKK er en systematisk problemløsningsmetode i fire faser: planlegge (plan), utføre (do), korrigere (act) og kontrollere (check) (Orvik, 2015, s. 277). Modellen beskriver kvalitetsforbedring som en evig prosess. Det vil si at helse- og omsorgstjenesten kontinuerlig må evalueres og forbedres. Modellen brukes blant annet i den nasjonale kvalitetsstrategien og bygger på to forutsetninger. (1) Teoriutvikling bidrar til bedre organisering og mer deling av kunnskap, men fører ikke alene til læring. (2) Praksis gjør det mulig å anskaffe og dele erfaringer, men fører ikke automatisk til læring. Sammenknytning gjør det mulig for å utvikle ny kunnskap og lære (Orvik, 2015, s. 277).



Figur 1: Illustrasjon av PUKK-sirkelen (Triangel, 2019).

Maher, Gustafson & Evans (2016) opprettet en guide for implementering og fastholdelse av ny kunnskap. I motsetning til PUKK-sirkelen som viser kontinuerlig forbedring ved å koble fagkunnskap og forbedringskunnskap, jobber guiden ut ifra faktorer som kan spille inn for implementering. Den går ut på tre dimensjoner; prosess, personale og organisasjoner. Prosess går ut på å sikre at forbedringen er til fordel for personalet og berørte parter og garantere at forbedringene er troverdig dokumentert. Det går også ut på tilpasning av endringen, samt monitorering slik at det ønskede resultatet opprettholdes. Personale handler om personalinvolvering og opplæring, å styrke personalets opplevelse av eierskap i arbeidet, samt å involvere og engasjere ledelsene slik at de tar ansvar for å opprettholde endringen. Organisasjoner omhandler samspillet mellom endringen og organisasjonens mål og visjon samt å sikre at initiativet for endring støttes både under og etter at prosjektet er fullført. Sammen spiller disse tre dimensjonene en avgjørende rolle ved implementering og fastholdelse av forbedring (Maher et al., 2016).

## 3 Metodebeskrivelse

I dette kapitlet skal vi gjøre rede for valg av metode samt utvalget til oppgaven. Vi skal forklare prosessen med forberedelsene og hvordan vi har samlet inn data. Videre redegjøres hvordan vi systematisk analyserte data. Kapitlet avslutter med etikk.

### 3.1 Metodisk tilnærming

Metoden som blir benyttet i denne oppgaven er kvalitative intervjuer. Det er en metode som er godt egnet når vi er ute etter helsepersonells meninger og erfaringer (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s.72). Vi benytter én-til-én-intervjuer for å få frem enkeltindividets detaljer med fyldig informasjon, meninger og tanker. En annen grunn til at vi valgte å bruke denne intervjuformen er for at den enkelte deltakeren ikke skal bli påvirket av andre eller tilbakeholde informasjon (Christoffersen et al., 2015, s.72). Ettersom oppgaven går ut på å evaluere et kurs, var dette en viktig forutsetning for studien.

### 3.2 Utarbeidelse av intervjuguide

For å forberede oss til intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide. En intervjuguide er en liste over tema og spørsmål som forskeren har foran seg under et intervju (Christoffersen et al., 2015, s. 75). Intervjuguiden vi utformet bestod av en liste åpne spørsmål knyttet til problemstillingen. På denne måten fikk deltakerne spillerom til å uttrykke sine meninger og komme med utdypende informasjon. I tillegg stilte vi oppfølgingsspørsmål der informantene fikk mulighet til å utdype svarene fra de forskjellige temaene (Christoffersen et. al, 2015, s. 75).

Vi formulerte intervjuguiden med fire tema og tilhørende underspørsmål. Temaene omhandlet hvordan sykepleierne opplevde kurset, forberedelser til kurset, oppfølging av kurset på arbeidsplassen og i hvilken grad sykepleierne bruker kurset i praksis. Intervjuguiden hjalp oss til å opprettholde god struktur og sørget for at de aktuelle temaene ble gjennomgått på intervjudagen.

### 3.3 Utvalg og inklusjonskriterier

Informantene ble valgt på bakgrunn av at de hadde autorisasjon som sykepleiere, jobbet i hjemmetjenesten og hadde deltatt på proACT-kurset. Kontaktpersonen fra utviklingssenteret kontaktet den aktuelle HBO-avdelingen, og lederen avtalte med sykepleiere i sonen som hadde vært på kurset. Deretter ble det opprettet kontakt med avdelingsleder for å avtale dato og tidspunkt for intervjuene. Informantene var fra samme arbeidsplass med en gjennomsnittsalder på 32 år og med en gjennomsnittlig ansiennitet på åtte år. Deltakerne hadde et bredt spekter av arbeidserfaring. En var nyutdannet, en annen hadde et par års erfaring, mens den siste hadde lang erfaring. Ved en slik variasjon av erfaring fikk vi et greit grunnlag for å evaluere proACT-kurset.

### 3.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble holdt vinteren 2020, ca. 6 mnd. etter at de hadde gjennomført kurset, og hadde en varighet på ca. 25 minutter hver. Intervjuene startet med en innledning der vi presenterte oss selv, studiens formål og hvordan intervjuene ville foregå. Vi garanterte anonymitet og informerte informantenes rett til å avslutte eller kansellere intervjuet når som helst. I den første fasen av intervjuet stilte vi spørsmål om informantens alder, varighet på ansiennitet og hvor lenge de hadde jobbet på arbeidsplassen. Dette er ifølge Christoffersen et al. (2015, s. 75) en fin måte å starte intervjuene på for å etablere en relasjon og et tillitsforhold til informanten. Videre fortsatte forskningsspørsmålene som utgjorde store deler av intervjuet. Under to av intervjuene ga informantene uttrykk for at de hadde glemt deler av innholdet på kurset, noe som bidro til at de ikke kunne svare på spørsmålene våre. Det førte til at vi til tider måtte gi sykepleierne en kort oppfriskning av kursets innhold. Til slutt hadde vi et tilleggsspørsmål om det var noe mer de ønsket å informere oss om.

### 3.5 Analyse

Vi foretok en kvalitativ innholdsanalyse med induktiv tilnærming til datamaterialet. En induktiv tilnærming er når man samler kunnskap ved å gå fra empiri til teori (Omhelse, 2020). Vi brukte analysemetoden som kalles systematisk tekstkondensering, en analyse som gjennomføres i fire trinn: 1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsdannende enheter, 3) kondensering og 4) sammenfatte betydningen av data (Malterud, 2011, s. 98). Bearbeiding av analysen er gjort i samarbeid med veileder, for å sikre så korrekt resultat som mulig. Vi brukte en tabell med fire kolonner til å gjennomføre de fire trinnene i analysen. Denne fremgangsmåten for å analysere kvalitative intervju sikrer et systematisk analysearbeid (Christoffersen et al., 2015, s. 127).

I første trinn, helhetsinntrykk, ble vi kjent med materialet. Etter intervjuene ble lydfilene transkribert til hele tekster. Den transkriberte teksten ble lest gjennom av begge forskerne. Etter gjennomlesning i fugleperspektiv, der vi så det store bildet og ikke gikk inn i små detaljene, gikk vi sammen for å dele våre inntrykk og skrev ned sammenfallende temaer.

I andre trinn av analysen ble tekstelementer som ga kunnskap og informasjon om hovedtemaene identifisert, og ble våre meningsbærende enheter. Poenget var å skille ut relevant tekst fra irrelevant ut ifra problemstillingen. I denne fasen systematiserte vi de meningsbærende enhetene, som kalles koding. Å kode betyr å sette merkelapper eller navn på utsnitt av teksten (Christoffersen et al., 2015, s. 124). Ved bruk av koding, fikk vi påvist og organisert meningsbærende informasjon som gjorde det lettere å analysere datamaterialet. Her fant vi ut at flere temaer viste seg å representere samme sak, samtidig som vi belyste nye temaer eller valgte å omformulere tidligere temaer. Til slutt kom vi frem til fire utsagn; integrering av kurset på arbeidsplassen, informantens opplevelse av kurset, hva informant oppfattet som hensikten av kurset og hvilke rutiner de har på arbeidsplassen.

I trinn tre, kondensering, hentet vi ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene. Hver enkelt meningsbærende enhet ble gjennomgått og

omskrev til abstrakt mening. I tillegg vurderte vi om hver enkelt meningsbærende enhet i seg selv svarte på problemstillingen. Dette gjorde vi for å skape rom for flere tolkninger og muligheter (Malterud, 2011, s. 106). Det ble deretter laget subgrupper. Kondensatet representerer informantene slik de har uttrykt seg under intervjuene.

I trinn fire, sammenfatningen, brukte vi materialet til å utforme nye beskrivelser. Vi kom frem til fire kategorier, som danner overskriftene over resultatene i kapittel fire. Vi vurderte sammenfatningen til å stemme overens med det opprinnelige materialet slik at vi fikk det samme inntrykket (Malterud, 2011, s. 107). Vi opplevde det som en stor fordel å være to forskere under intervjuene og analyseprosessen, spesielt under vurderingen av sammenfatningen. På denne måten kunne vi diskutere funnene og se resultatene fra ulike vinklinger.

### 3.6 Etisk begrunnelse

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) fordi det benyttes en kvalitativ intervjumetode som gjorde at personopplysninger fra deltakerne oppgis. Etter godkjent meldeskjema fra NSD, med saksnummer 238709, kunne intervjuprosessen starte. Det ble utarbeidet et samtykkeskjema som ble utlevert til deltakerne før påmelding. Dette gjorde vi for å sikre at deltakelsen var frivillig, at de forsto hva forskningen innebar og at de når som helst kunne trekke seg fra studien (Christoffersen et al., 2015, s. 45).

Resultater fra intervjuene formidles i anonymisert form, det vil si at det ikke er mulig direkte eller indirekte å identifisere enkeltpersoner. Det benyttes pseudonymer i stedet for faktiske navn og endre på opplysninger som kan gjenkjenne identiteten til deltakerne, som navn og alder. (Christoffersen et al., 2015, s. 51). Pseudonymene vi har valgt å bruke er sykepleier en, to og tre. Informasjon som kommer frem skal ikke kunne tilbakeføres til deltakerne. Data som blir samlet inn brukes kun til forskningens formål. Under intervjuene brukte vi båndopptaker utlånt fra NTNU. Lydopptak av intervjuene ble lagret på en passordbeskyttet nettsky på universitetets eget datasystem. De ble i etterkant transkribert ordrett og slettet ved studiens avslutning. Gjennom transkriberingsfasen og formidling av resultatene var det viktig at materialet forble lojalt med deltakernes faktiske utsagn.

## 4 Resultat

I dette kapittelet vil vi presentere hovedkategoriene som kom frem fra analysen. Kategoriene vi kom frem til var erfaringer og opplevelser av kurset, læringsmetoder, implementering av proACT-kurset og kompetanseheving på observasjoner og tiltak.

### 4.1 Erfaringer og opplevelser fra kurset

Samtlige av våre informanter sa at kurset var relevant for dem og deres arbeidsplass. Sykepleier en og to hadde kunnskap om ABCDE, ISBAR og NEWS ferskt i minne fra studietiden, de hadde derimot delte meninger om relevans for dem selv. Sykepleier to fortalte at mye av kurset var repetisjon, sykepleier én uttrykte derimot repetisjonen som noe mer positivt. *“Jeg gikk egentlig inn med en innstilling om at det her kan jeg jo fra før fordi jeg har lært om det på skolen, men det var likevel kjempe greit å friske opp.”*

Ifølge informantene var varigheten på kurset greit. Det kunne ikke vært kortere og de var fornøyde med å holde av en arbeidsdag til dette. Sykepleier tre fortalte likevel at de ikke fikk tid til å gjennomføre alle simuleringene på grunn av kommunikasjonssvikt mellom deltagere og instruktør på et av casene. Det ble mye prat frem og tilbake, som endte med forvirring. Hun ønsket en kort og konkret forklaring av de ulike simuleringene.

Informantene uttrykte spenning rundt simuleringen, der de fleste kviet seg for å “bli testet”. Sykepleier én beskrev simuleringen slik: *“Det var jo kleint, fordi du tenkte på at alle så på deg og du var redd for å gjøre noe feil. Vi var i gruppe med folk man aldri har møtt før, så skulle jeg være ansvarlig sykepleier i et scenario der du egentlig ikke var stødig på hva du skulle gjøre”*. Hun sa at det hjalp at alle på gruppen var like ukomfortable. Når de klarte å legge det til side var alle enige om at det var veldig nyttig. Ukomfortabelt, men svært lærerikt.

### 4.2 Tilrettelegging for læring

Det var delte meninger om hvilke læringsmetoder informantene fikk mest utbytte av. De lærte mye ved å utføre handlinger selv, altså simuleringene, men alle var likevel enige om at det var bra å starte med teori. *«Det var nyttig å ha teorien først etterfulgt av simulering fordi man da fikk tenkt litt over hva man hadde hørt og lært.»* Det kom også frem at informantene synes det var pedagogisk riktig med ulike foredragsholdere. På den måten kom et nytt fokus frem gjennom mye teori.

En av informantene fortalte at det ble brukt metaforer i teoridelen som ble forvirrende for henne. For eksempel skulle faresignalet forklares når pulsen er høyere enn det systoliske blodtrykket. Instruktørene brukte en måke som metafor hvor måkeskitten aldri er over måken. Måken er i dette tilfellet det systoliske blodtrykket, mens måkeskitten er pulsen. *“På kurset skulle de prøve å forklare enkelt, men det ble fort tungvint der de gikk for mye i detalj på denne måken slik at enkelte falt litt ut.”* Metaforen kan være ment til å

skjerpe fokuset til deltakerne og få dem til å huske poenget bedre, men resulterte i at fokuset ble endret og deltakerne ble forvirret.

### 4.3 Implementering av proACT-kurset

Informantene sa det har vært god oppfølging av kurset på arbeidsplassen. Avdelingsleder sendte tidlig ut epost til alle ansatte med forklaringer og oppfordringer til å bruke kurset i videre arbeid. ProACT-boken var også lett tilgjengelig på arbeidsplassen slik at ansatte kunne oppdatere seg før og etter kurset. Kunnskap ble videreformidlet på personalmøter og rapporter etter at første pulje hadde vært på kurs. Ved slike anledninger var det gode muligheter for de som ikke hadde vært på kurs til å stille spørsmål, men også for dem som satt med spørsmål etter kurset.

En av informantene fortalte at de skrev opp på en tavle dersom én eller flere brukere hadde fått en forverret sykdomstilstand. Her skrev de også opp om brukeren skal bli tatt NEWS på og hvor mange ganger i døgnet. De to andre informantene svarte at det ikke er noe system på rutineene, bare at det gis muntlige beskjeder om det er en bruker de skal ta målinger på. *"Det gis muntlige rapporter dersom en bruker er dårlig. Det finnes ingen sjekklister eller tavlesystem hvis en bruker blir dårlig"*.

*"Jeg merker at vi som sykepleiere ofte må være litt ekstra på under rapportene og for eksempel må minne andre på å ta NEWS"*. Informantene sa sykepleierne som deltok på proACT-kurset følte et større ansvar for å bidra til implementering på avdelingen. Måter de har gjort det på er å minne andre på at det er et godt verktøy og at man må bruke det. I tillegg informerte de om lommekort og forsikret seg om at alle har tilgang på dem. Informantene påpekte viktigheten av at alle ansatte bidro til implementering av kurset sammen.

### 4.4 Kompetanseheving på observasjoner og tiltak

Sykepleier tre som har jobbet på arbeidsplassen i mange flere år enn de to andre, sa hun satt igjen med mye ny kunnskap da NEWS og ISBAR var nytt for henne. Hun hadde selv nytte av kurset og mener at det kan forbedre den totale kompetansen på avdelingen, når resterende helsepersonell på arbeidsplassen også har deltatt på kurset. Hun fortalte at det var spesielt bra at helsefagarbeidere og assistenter også deltok på kurset. De må ofte bistå dersom det bare er én sykepleier på vakt. God kommunikasjon mellom ansatte på avdelingen var derfor svært viktig.

Samtlige av informantene sa de følte seg tryggere på observasjonene ABCDE i etterkant av kurset. Ut ifra intervjuene var dette det eneste de hadde blitt bedre på. Informantene fortalte at de tilnærmet seg ny kunnskap, men kunne ikke gi konkrete eksempler på hva de hadde blitt bedre på.

Under to av intervjuene kom det frem at deltakerne ikke husket store deler av det som ble formidlet på kurset. En av sykepleierne viste usikkerhet på alle områder kurset gikk inn på. I dette tilfellet viste det seg at mye av kunnskapen fra kurset var glemt. *"Jeg føler at jeg trenger mer øving i føring av NEWS skjema for å føle meg trygg på det i en akutt situasjon"*. Repetisjon av kurset gikk igjen som et ønske fra alle deltakerne. De

kunne gjerne tenke seg repetisjon gjennom en fagdag, en undervisningstime eller på personalmøte.

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi først diskutere benyttet metode. Deretter diskuterer vi resultatene med støtte av teori. Resultatene vi har valgt å diskutere er følgende: (1) Informantene dro nytte av proACT-kurset både som repetisjon og som ny kunnskap. (2) De lærte mest av simuleringen, men kunne ikke vært foruten teoridel først. (3) Simuleringen var hektisk og ukomfortabel, men samtidig svært nyttig. (4) Informantene sa oppfølgingen av kurset hadde vært bra. (5) Sykepleierne som var på kurset føler de har et større ansvar enn andre kollegaer med å implementere nye rutiner i avdelingen. (6) For at de nye rutinene skal bli en del av arbeidshverdagen var det viktig at alle ansatte på avdelingen fikk delta på kurset.

### 5.1 Metodediskusjon

Kurset ble holdt for ca. 700 helsepersonell fra hele kommunen, men vi intervjuet bare tre sykepleiere som var fra samme arbeidsplass. Vi hadde en begrensning på maksimalt tre til fire individuelle intervjuer. Selv om vi hadde et lite utvalg, har vi kommet frem til en troverdig forskning ved at resultatene kan være overførbare. Resultatene er representative fordi informantene har samme bakgrunn som svært mange av de resterende kursdeltakerne, og alle arbeider i hjemmebasert omsorg. Dersom vi hadde valgt gruppeintervju i stedet for tre individuelle intervju, ville vi kanskje fått et mer nyansert resultat.

I starten av hvert intervju fortalte vi deltakeren viktigheten av ærlige meninger for at studien skulle bli troverdig. Vi opplevde likevel at enkelte av informantene var beskjedne i starten og la vekt på det positive med kurset. Det kom frem andre meninger senere i intervjuene, som svakheter med arbeidet etter kurset. Da vi analyserte intervjuene tok vi hensyn til at noen av uttalelsene til informantene endret seg i løpet av intervjuet.

Våren 2020 ble sterkt preget av Covid-19 pandemien som førte til at skolen stengte og derfor også skolebiblioteket. Vi har derfor benyttet mye nettsider, forskningsartikler og fagartikler. To av de opprinnelige deltakerne våre ble spontant erstattet med to nye deltakere rett før intervjuene, og de nye ble kastet ut i det. De fikk likevel god tid til å lese gjennom informasjonsskrivet før intervjuene startet. Muntlig beskjeder ble i tillegg gitt om muligheten til å trekke seg. Sykepleierne som erstattet de to opprinnelige deltakerne i intervjuet kjente ikke til tema eller omfanget av studien. Vi måtte derfor bruke ekstra tid i intervjuet på å forklare og formulere spørsmålene på en forståelig måte for de som stilte mindre forberedt. Dersom vi skulle gjort dette om igjen, ville vi forsikret oss om at alle deltakerne var forberedt på forhånd.

Vi opplevde at deltakerne hadde vanskeligheter med å gjengi hvilke praktiske ferdigheter de hadde blitt bedre på etter kurset. En metode vi kunne benyttet for å fange opp de forbedrede praktiske ferdighetene på, kunne vært en observasjonsstudie hvor vi observerte deltakerne før og etter kurset. Det kan ofte være lettere å vise hvilke praktiske ferdigheter man har blitt bedre på enn å fortelle det.



Under analysen av intervjuene kom det frem flere spørsmål vi skulle ønske at vi hadde stilt. Dersom vi skulle gjort noe annerledes ville vi bestemt på et tidligere tidspunkt hvilken retning oppgaven skulle ha. En måte vi kunne gjort det på er å stille mer direkte spørsmål på hva deltakerne konkret hadde blitt bedre på og spørsmål om refleksjon etter endt simulering. Det førte til at oppgaven ble rettet i en mer pedagogisk retning enn hva vi hadde forventet. Det ble mye fokus på læringsmetoder i stedet for hva de spesifikt hadde blitt bedre på.

## 5.2 Nyttig eller bortkastet?

Innledningsvis skrev vi hvorfor proACT-kurset er relevant for sykepleiere i HBO. Ifølge Helsepersonelloven (2019, § 7) er sykepleier lovpålagt å utøve nødvendig helsehjelp. God observasjons- og vurderingskompetanse er en forutsetning for å overholde denne loven. På bakgrunn av at proACT-kurset ble opprettet med hensikten å øke denne type kompetanse, er det avgjørende at deltakerne opplever læringsutbytte.

### 5.2.1 Opplevelse av læringsutbyttet

Informantene sa at de, men også kollegaer, hadde utviklet sin kompetanse og sammen dro de nytte av kurset. Det viser at kurset kan fungere både individuelt, men også i fellesskap da det er mulighet for å øke den totale kompetansen på avdelingen. ProACT-kurset kan dermed være et godt tiltak av kommunen som et forsøk på å heve observasjon- og handlingskompetanse.

Et resultat var at informantene følte seg tryggere på ABCDE-prinsippet etter kurset. Økt kunnskap i ABCDE kan gi sykepleierne større tiltro til sine egne evner i en situasjon med sykdomsforverring. Det gjør arbeidet mer effektivt og øker pasientsikkerheten (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 32). ABCDE-algoritmen kan sykepleierne i hjemmetjenesten bruke både ved kartlegging av vitale funksjoner, men også ved gjenoppretting og for å opprettholde vitale funksjoner når de er truet (Stubberud, 2018, s. 75).

Samtlige av deltakerne følte de trengte repetisjon av kursets innhold for å føle seg trygge på å gjennomføre de nye verktøyene i praksis. Spesielt NEWS ble presisert som en usikkerhet blant to av informantene. Det er et viktig resultat som viser at kurset kan fungere som en introduksjon for enkelte deltakere og ikke som kompetanseheving i seg selv. Ønske om oppfølging fra deltakerne tolker vi som et tegn på at de syntes kurset var nyttig nok til å investere mer tid i det. Studien til Moi et al. (2019) kom frem til at det var behov for mengdetrening dersom ISBAR skulle være et effektivt verktøy. Deltakerne i studien sa de måtte repetere minst fire til fem ganger dersom det skulle gå automatisk i praksis. Slik John Deweys ordtak går; "lærer man av å gjøre". Det gjelder alt som skal læres og dermed også NEWS og ABCDE-prinsippet. Oppfølging av kurset på avdelingen med undervisning etterfulgt av simuleringer, er et eksempel på tiltak for å videreføre kunnskapen i avdelingen.

### 5.2.2 "Learning by doing"

Parker & Myrick (2009) kom frem i sin forskning at simulering er en god læringsmetode. Simulering som effektiv læringsmetode støttes av Eun & Young (2017), som vist i

resultat punkt 2.3. Sykepleierne vi intervjuet erfarte at simuleringen på kurset var den mest effektive måten å tilegne seg kunnskap på, men at de ikke kunne vært foruten teoridelen i forkant. Det ga dem et godt grunnlag for å utøve sykepleien som skulle gjennomføres under simuleringen. Slik Orvik (2015) beskriver det, fører ikke simulering alene automatisk til læring, men i kombinasjon med teori. Deltakerne i Gil-Lacruz et al. (2019) sin forskning foretrakk også interaktive metoder, altså andre læringsmetoder i tillegg til simulering. Sammen viser dette at variasjonen mellom læringsmetodene kan være avgjørende for læringsutbyttet. Informantene påpekte fordelene med kombinasjonen av teori og simulering, men nevner ingenting om refleksjonen som foregikk etter simuleringene. Fey & Jenkins (2015) viser i deres forskning hvordan refleksjon i etterkant av simulering var vesentlig for å oppleve kompetanseheving. De påpeker hvordan refleksjonen i etterkant av simulering er minst like viktig som selve gjennomføringen (Fey & Jenkins, 2015).

Et funn i forskningen til Parker & Myrick (2009) var at simulering med bruk av rollespill i stedet for ekte pasienter, gjorde deltakerne mer komfortable og ga dem økt selvtillit. Våre informanter uttrykte at simuleringen var «ukomfortabelt og kleint». Likevel svarte de at simuleringen var helt nødvendig for å sitte igjen med økt kompetanse. Kydland (2015) understreker betydningen av hvordan følelser kan påvirke personers evne til å tilegne seg kunnskap. Følelser som angst, usikkerhet og frustrasjon har en negativ innvirkning på hukommelsen under læring (Kydland, 2015). Opplevelsene en person gjennomgår under læring gir grunnlaget for om personen tilnærmer seg kunnskapen, slik filosofen John Dewey beskrev det i Reime et al. (2015). Informantene våre fortalte om en spenning rundt simuleringen av flere grunner, som nevnt i punkt 4.1. Sykepleier tre uttrykte også frustrasjon over at det var liten tid til å gjennomføre alle tre casene. Med tidspress følger også stress. Deltakere kan bli påvirket av følelser i et stressende og ukomfortabelt læringsmiljø. På denne måten kan de huske bedre følelsene de opplevde på kurset i stedet for det de faktisk lærte (Kydland, 2015).

En akutt situasjon i virkeligheten vil alltid være stressende for en sykepleier, men det handler om å gjøre de riktige tiltakene under stress. For å kunne takle dette stresset, er det essensielt med trening på det. ProACT-kurset er en måte å trene på slike stressende akutte situasjoner. Reime et al. (2015) gjorde en kvalitativ studie om simulering i team hvor sykepleier- og medisinstudenter deltok. Deltakerne rapporterte at det var absolutt nødvendig at alle i gruppene fikk ha hovedrollen to ganger hver, både for å lære, men også for å øke selvtilliten på å utøve de riktige tiltakene (Reime et al., 2015). Casene på proACT-kurset går ut på at en pasient med akutt sykdomsforverring trenger hjelp raskt. Alle på gruppen skal være ansvarlig sykepleier én gang hver på tre caser. Med bakgrunn i forskningen til Reime et al. (2015), er det grunn til å tro at det hadde vært et poeng å redusere til to caser på kurset. På denne måten vil deltakerne på hver gruppe få være ansvarlig sykepleier to ganger i stedet for én, og dermed få øve på ansvaret og stresset enda grundigere.

### 5.3 Implementeringen av kurset

Det var uenigheter blant de tre informantene om hvorvidt verktøyene NEWS og ISBAR var satt i system på avdelingen. Da det var usikkerhet blant samtlige av våre informanter, er det ikke usannsynlig at flere på avdelingen også kan føle på samme usikkerhet. Vi tolket gjennom analysen at ledelsen på avdelingen ønsket å implementere

kursets innhold etter informantenes beskrivelser av hvilke tiltak ledelsen hadde satt i gang. Informantene var enige om at kurset var et godt tiltak, men usikre på hva som skulle til for at en velfungerende implementering skulle forekomme.

### 5.3.1 Det kliniske blikket

Deltakerne våre har god erfaring med å observere brukere, ta vitale målinger og dokumentere dem. Verktøyene proACT-kurset bidrar med er bare en mer systematisk måte å gjøre det på (proACT Norge, 2019). Det er viktig å understreke at verktøyene skal fungere som et hjelpemiddel i arbeidslivet i tillegg til den kliniske kompetansen. Det er stor forskjell på hvordan uerfarne og erfarne sykepleiere bedømmer kliniske situasjoner. En av informantene nevner at "de eldre traverne" bruker mest det kliniske blikket. Det er viktig å anerkjenne og fremheve denne arbeidsmetoden, men samtidig vise til dokumentasjon hvordan nye rutiner viser forbedring (Maher et al., 2016).

Det kliniske blikket går ut på en umiddelbar oppfattelse av et problem og en nærmere identifisering av hva problemet dreier seg om (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 27). Orvik (2015, s. 277) skriver hvordan klinikere kan være dyktige til å handle, men ikke nødvendigvis like flinke til å knytte teori og handling sammen. Erfarne sykepleiere kan for eksempel knytte symptomer opp mot sykdommer av tidligere erfaringer, men ikke i like stor grad opp mot teoretiske grunner til at symptomene forekommer. I slike tilfeller kan PUKK-sirkelen være til hjelp ved sin kombinasjon av teori og praksis, plan og handling (Orvik, 2015, s. 277). Mindre erfarne sykepleiere og studenter bruker i motsetning til klinikerne en analytisk arbeidsform der man vurderer én og én pasientopplysning av gangen (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 27). For eksempel greier ikke alltid uerfarne sykepleiere å se sammenhengen av flere symptomer på grunn av lite erfaring på lignende situasjoner. Det kan være en trygghet for den uerfarne sykepleier å starte på en arbeidsplass hvor kliniske vurderinger kan støttes av verktøy. Om verktøy som ISBAR og NEWS blir en felles arbeidsmetode, vil det være enklere å forstå og være trygg på hverandre. For at dette skal oppnås må alle, inkludert de "eldre traverne" som har et velutviklet klinisk blikk, følge slike arbeidsmetoder.

### 5.3.2 Nye rutiner på arbeidsplassen

Kvalitetsforbedring tar ofte lenger tid å få fotfestet i en avdeling enn forventet og enda lenger for å bli godt etablert (Maher et al., 2016). Studien vår viser at oppfølging av proACT-kurset er vesentlig for å sikre at kunnskapen blir vedlikeholdt og videreført i avdelingen. Maher et al. (2016) utviklet en guide for å øke sjansen for implementering og fastholdelse av ny kunnskap. Vi har tatt i bruk guiden for å diskutere faktorer som er avgjørende for implementeringen av kurset på arbeidsplassen.

Under intervjuene stilte vi spørsmål om hvordan deltakerne kan bidra til å implementere forbedringstiltakene fra kurset til arbeidsplassen. Samtlige svarer at de vil bruke rapporter og deres egen rolle til å gi muntlige beskjeder om at ansatte må huske å benytte seg av de nye systematiske observasjonene og tiltakene. Informantene uttrykker at de føler på et større ansvar for å implementere kunnskapen fra kurset ut i avdelingen, enn for eksempel helsefagarbeiderne og assistentene. Nøkkelen til implementering og videre forbedring er å ha en personalgruppe som er villige til å ta på seg ansvaret om å få det til å fungere (Maher et al., 2016). På denne måten behøver ikke sykepleierne

alene å føle på ansvaret om å implementere ny kunnskap og rutiner ut i avdelingen. Slik Maher et al. (2016) beskriver det, er ledelsen ansvarlige i arbeidet om å gjøre forbedring til en del av det daglige arbeidet. Det innebærer systematisk kvalitetsarbeid på alle nivåer i helsetjenesten. Plikten som leder omfatter å planlegge, utføre, korrigere og kontrollere (Stubberud, 2018, s. 26). Personalinvolvering og opplæring er sentralt for å sette nye rutiner i gang og holde kvalitetsforbedringen vedlike (Maher et al., 2016).

Ledelsen hadde sendt ut mail til alle ansatte tidlig med forklaringer og oppfordringer til å ta i bruk de nye verktøyene fra kurset. Det tolker vi som at ledelsen ønsker å implementere kurset i avdelingen. Det var ifølge informantene god oppfølging av kurset på arbeidsplassen, men ut ifra analysen kom det frem en undring angående implementeringen. Undringen oppsto fordi informantene beskrev avdelingens rutiner på NEWS forskjellig, som vist i resultat punkt 4.3. Ut ifra denne undringen tolket vi implementeringen av kurset i avdelingen som mindre tydelig på dette tidspunktet.

Etter Maher et al. (2016) sin guide er det viktig at ledelsen utarbeider en handlingsplan som går ut på hvordan man forbedrer kommunikasjonen, tydeliggjør fordelene ved forbedringstiltakene og tilbyr personalet den nødvendige informasjonen og støtte. Dersom personalet ikke er velinformert kan en utvikle misnøye til nye rutiner (Maher et al., 2016). Personalets innstillinger har nemlig en avgjørende betydning ved implementering av forbedringstiltak (Maher et al., 2016). Ved misnøye kan innstillingen overføres til medarbeidere, så her vil enhver ansatt spille en betydelig rolle.

### 5.3.3 Forbedringer som kan skje ved å implementere proACT-kurset

Downey et al. (2017) fant ut i deres studie at NEWS ga et felles språk da verktøyet er enkelt å bruke og tolke. Implementering av NEWS og ISBAR i avdelingen kan dermed være med på å skape et felles språk mellom ansatte. Som presentert i 4.4 er god kommunikasjon mellom ansatte på avdelingen svært viktig og et felles språk kan styrke deres samhandling. Sykehusavdelinger, legevakten og ambulansen i samme kommune er også godt kjent med verktøyene. Dette er instanser sykepleiere i HBO samarbeider med på en daglig basis, og en felles forståelse for NEWS kan styrke den tverrprofesjonelle samhandlingen (Downey et al., 2017). Et felles språk, kan være avgjørende i akutte situasjoner hvor god kommunikasjon og samarbeid er viktige faktorer for at pasienten får forsvarlig hjelp.

Et eksempel kan være om en sykepleier opplever en bruker annerledes og identifiserer sykdomsforverring. En eventuell høy NEWS skår er en effektiv måte å forklare noe av situasjonen på for sykepleier hjemme hos brukeren. Det støtter sykepleieren sine vurderinger om de skal kontakte lege eller ambulanse, og kan bidra til at pasienter lettere blir prioritert. Det er sykepleieren sitt ansvar å forklare situasjonen konkret og effektivt. Har sykepleier øvd på ISBAR, vil den nødvendige informasjonen komme automatisk i stedet for synsing (Moi et al., 2019). Da kan man spare tid og unngå misforståelser. Bruk av ISBAR bevisst vil gjøre kommunikasjonen bedre, og å kunne referere til en NEWS skår, vil kunne støtte kliniske opplysninger sykepleier forteller om. På den måten kan det raskt dannes en felles forståelse over situasjonen mellom sykepleier og legevakt eller ambulanse. Det kan dermed bli enklere å beslutte tiltak som kan forbedre pasientens tilstand, eller eventuelt overflytting til høyere nivå (pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Et resultat i studien vår var at to av deltakerne var for usikre til å bruke NEWS i praksis. Av egne erfaringer og som studien til Downey et al. (2017) viser, er NEWS svært lett å anvende og derfor ikke så vanskelig å lære. Det er med andre ord små justeringer og tiltak som skal til for å nyttiggjøre kurset. Ved for eksempel gjennomgang av verktøyene ukentlig i starten til man ser de nye rutineene går automatisk. Små tiltak som dette kan være med på å gjøre kurset nyttig og dermed at kommunens satsing på proACT ikke blir for gitt.

## 6 Konklusjon

ProACT er et godt utgangspunkt for å tilskaffe seg økt kompetanse, men ut ifra vår forskning viste det seg at kurset i seg selv ikke var tilstrekkelig for at våre informanter følte seg trygge på at de oppnådde kompetanseheving. For å benytte seg av de nye verktøyene fra kurset i praksis, var det stort behov for repetisjon da mye av kunnskapen raskt ble glemt. Kurset kan ses på som en god start, men det behøves mengdetrening for at kunnskapen skal forbli. Mengdetrening må skje på arbeidsplassen og på denne måten kan kunnskapen holdes ved like etter kurset. Det er bortkastet tid og ressurser dersom kurset ikke blir implementert videre i avdelingen. For at avdelingen skal lykkes med implementering av proACT er det vesentlig at alle ansatte deltar på kurset. Simuleringen var ukomfortabel for informantene, men ga dem en helhetlig læringsopplevelse. Ut fra behovet for gjentakende øvelse på samme case kan det være gunstig å redusere fra tre til to caser på kurset.

Deltakerne fra studien erfarte at de måtte oppfordre kolleger til å ta i bruk de nye verktøyene fra kurset. Teori viser hvor stor rolle ledelsen har for implementering av nye rutiner. Det gjelder både i startfasen, men også i den videre prosessen for å gjøre forbedring til en del av hverdagen. For å unngå utvikling av misnøye eller forvirring til nye rutiner er det viktig med god informasjon og inkludering av alle ansatte.

Et felles språk fører til bedre samhandling både mellom ansatte på avdelingen, men også mellom instansene de samarbeider med på daglig basis. Det er viktig å påpeke av verktøy som ABCDE og NEWS skal understøtte kliniske observasjoner, ikke erstatte dem. Sykepleier er ofte alene med bruker, så trygghet på observasjoner og tiltak sammen med god kommunikasjon, kan redde liv.

### 6.1 Videre forskning

Det er behov for videre forskning på om kurset har en økonomisk gevinst på bakgrunn av at det kreves mye ressursene. Kan antall besøkende til legevakt og sykehus nedgraderes? Det kunne vært interessant å gjennomføre en kvantitativ spørreundersøkelse for å vurdere flere erfaringer, ettersom det er ca. 700 helsepersonell som har deltatt på kurset. Eventuelt kan man kombinere kvalitative intervju med kvantitativ spørreundersøkelse. Spørreskjemaene kan gi forskningen en større bredde og intervjuene en mer personlig tilnærming. Ettersom denne studien omhandler bruk av ulike læringsmetoder, ville det vært interessant å se videre på effekten av ulike typer kurs.

# Referanser

- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P., Utne, U. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: abstrakt forlag
- Downey, C.L., Tahir, W., Randell, R. og Brown, B.M. (2017) Strengths and limitations of early warning scores: A systematic review and narrative synthesis. *International journal of Nursing studies*, 76, s 106-119. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.09.003
- Eun, K & Young, K.H. (2017) Effects of Simulation-based Education Combined Team-based Learning on Self-directed Learning, Communication Skills, Nursing Performance Confidence and Team Efficacy in Nursing Students. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, Vol. 24 (1), s. 39-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.7739/jkafn.2017.24.1.39>
- Fey, M.K & Jenkins, L.S. (2015) Debriefing Practices in Nursing Education programs: Results from a National Study. *Nursing Education Perspectives*, Vol. 36 (6), s. 361-366. DOI: 10.5480/14-1520
- Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Gil-Lacruz, M., Gracia-Pérez, M. L., Gil-Lacruz, A. I. (2019) Learning by Doing and Training Satisfaction: An Evaluation by Health Care Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 16 (8). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16081397>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). (Meld. St. 10 (2012-2013)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2019). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2018-12-20-113). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven#KAPITTEL_3)
- Helsedirektoratet. (2020) Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand-horingsutkast>
- Helsepersonelloven. (2019) Lov om helsepersonell (LOV-2019-04-10-11). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Kydland, AG. (2015) Øvingsbok til hjelp i praksisstudier. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2015.55936. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/ovingsbok>
- Lindenskov, L. (2018) Bedre pasientbehandling med medisinsk simulering. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/02/bedre-pasientbehandling-med-medisinsk-simulering>
- Maher, L. Gustafson, D & Evans, A. (2016). Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis (4. utg.). Århus: Defactum.
- Malterud, K. (2011) Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring (3. Utg.ed). Oslo: Universitetsforl.
- Moi, E.B. Söderhamn, U. Marthinsen, G.N. Flateland, S.M. (2019) Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.74699>

- Molnes, S.I. Hagen, I.H. Kongshaug, A.V. Vadset, T.B. Ryste, T.O & Alnes, R.E. (2016) Simulering gir økt læringsgevinst. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.58047. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/06/simulering-som-del-av-et-laeringsforlop-i-geriatrisk-sykepleie-studentenes>
- Naustvik, S. (2019) Helsetjenestene er ikke så sømløse som samhandlingsreformen la opp til. Hentet 16.04.2020 fra: <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2019/11/helsetjenestene-er-ikke-sa-somlose-som-samhandlingsreformen-la-opp-til>
- Nortvedt, P., Grønseth, R. (2017) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 1* (5. utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- OmHelse. (2020). Forskningsmetoder. Hentet 16.04.2020 fra: <https://omhelse.no/forskningsmetoder/>
- Orvik, A. (2015). Organisatorisk kompetanse. Oslo: Cappelen Damm Forlag AS.
- Parker, B. & Myrick, F. (2009) Transformative Learning as a Context for Human Patient Simulation. *Journal of Nursing Education*, Vol. 49 (6), s. 326-332. DOI:10.3928/01484834-20100224-02
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2018). Tiltakspakke for tidlig oppdaging av forverret tilstand. Hentet fra: [https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand/\\_/attachment/inline/a83b91eb-51d9-4931-af74-bf3a6e5eb200:da415336abde041b87bddca3f3d22c2ef28bdad0/tiltakspakke-for-tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand-hjemmetjeneste.pdf](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand/_/attachment/inline/a83b91eb-51d9-4931-af74-bf3a6e5eb200:da415336abde041b87bddca3f3d22c2ef28bdad0/tiltakspakke-for-tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand-hjemmetjeneste.pdf)
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. Pasientskader i Norge. Hentet 01.04.2020 fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge>
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. Programmet er over, slik fortsetter arbeidet. Hentet 01.04.2020 fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/programmet-er-over-arbeidet-fortsetter>
- ProACT Norge. (2019) proACT - forebygge og behandle livstruende tilstander. Lund: Studentlitteratur.
- Reime, M.H., Johnsgaard, T., Kvam, F.I., Aarflot, M., Engeberg, J.M., Marit Breivik, & Brattebø, G. (2015). Learning by viewing versus learning by doing: A comparative study of observer and participant experiences during an interprofessional simulation training. *Journal of interprofessional care*, Vol. 31 (1), s. 51-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1233390>
- Stortinget. (2011). Samhandlingsreformen. Hentet (04.2020) fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-429/10/>
- Stubberud, D-G. (2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet* (1. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.



Triangel (2019) PUKK-sirkelen. Hentet fra: <https://www.triangel.no/blir-du-ikke-bedre-lean-hjelper-deg/>

# Vedlegg

## **Vedlegg 1:** Intervjuguide - Evaluering av ProAct-kurs

1. Kan du fortelle hvordan du opplevde proACT kurset?
  - Hva lærte dere?
  - Hva brukte dere? Hvordan ble det brukt?
  - Hva tenkte du om simuleringene?
  - Får du mest utbytte av teori eller praksis?
  - Kunne kurset blitt holdt på en annen måte?
  - Hva oppfattet du som hensikten i kurset?
  - Hvilke tema syns du var viktigst?
2. Kan du fortelle om det ble gjort noe oppfølging etter kurset?
  - Ble informasjonen videreformidlet til resten av avdelingen der du jobber?
  - Er det andre måter du tror kurset ble integrert på avdelingen?
  - Hva kan du selv gjøre for å integrere kurset inn i arbeidsplassen?
3. Bruker du proACT (ABCDE, NEWS, ISBAR) kurset nå i arbeidet du utfører?
  - Hvorfor/hvorfor ikke?
  - Hvordan er deres rutiner med målinger (news)? Blir det oppfulgt?
  - Har det bedret din kompetanse i hvordan oppdage akutt sykdomsforverring?
  - Hva syns dere om kurstilbudet i kommunen?
4. Hvordan passet informasjonen, veiledningen og rådene inn i din arbeidsplass?
  - Var det noe informasjon du syns manglet?
  - Hvordan syns du lengden på kurset var?
5. Er det et tema du ønsker mer informasjon om?

## **Vedlegg 2: Informasjonsskriv**

Vil du delta i forskningsprosjektet?

*“ Hvordan erfarer sykepleierne kompetansehving gjennom proACT-kurset?”*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å evaluere proACT-kurset som du har deltatt på. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med prosjektet er å finne ut hvordan sykepleiere benytter seg av proACT-kurset de har deltatt på, om det kom til nytte og samtidig hvordan de evaluerer selve kurset. Forskningen vil bli brukt til en empirisk bacheloroppgave som vil bli presentert i kommunen i mai 2020.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for helsevitenskap, NTNU er ansvarlig for prosjektet. Vi har et samarbeid med Torill Skorpen fra Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste i Møre og Romsdal som også har vært bidragsyter til igangsetting av kurset. Utviklingscenteret ønsker en evaluering av kurset og har ønsket at denne evalueringen kunne gjennomføres som en bachelor i sykepleie

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvvalgskriterier er at du har deltatt på proACT-kurset og jobber innenfor hjemmebasert omsorg i [REDACTED] kommune. Vi ønsker å komme i kontakt med deg for å gjennomføre individuelle intervjuer.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at vi møter deg for en avtale om et intervju. Om du svarer ja på å delta vil vi ta kontakt på telefon eller på mail for å avtale tid og sted. Intervjuet vil ta ca. 30 min til 1 time. Metoden som blir benyttet i denne oppgaven er kvalitative intervjuer. Vi har søkt NSD (Norsk Senter for Forschungsdata) om godkjenning for å innhente lydopptak fra intervjuene. Alle personopplysninger blir anonymisert når lydopptakene blir skrevet om til tekst. Persondata kan ikke spores tilbake til de aktuelle deltakerne. Vi kommer til å transkribere lydopptakene og deretter analysere svarene i samarbeid med veileder. Lydopptakene vil deretter bli slettet. Resultater fra intervjuene vil formidles i anonymisert form. Informasjon som kommer frem skal ikke kunne tilbakeføres til deltakerne. Data som blir samlet inn skal kun brukes til forskningens formål.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Det vil være prosjektgruppen, sykepleiestudentene Malin Vestnes og Tuva Teigland, forskerne Rigmor Alnes og Anne Dreyer, som vil ha tilgang på intervjuene. Vi vil bruke lydopptaker fra instituttet som kun benyttes til slike formål. Filene vil ikke bli sendt på usikret nett, men lagt direkte inn på privat pc og slettet så fort intervjuene er transkribert.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2020. Som nevnt tidligere blir personopplysninger og lydopptak slettet etter transkripsjon.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Institutt for helsevitenskap, NTNU. Rigmor Einang Alnes, [rigmor.e.ernes@ntnu.no](mailto:rigmor.e.ernes@ntnu.no). Tlf: 70161396
- Aktuelle studenter: [malinves@stud.ntnu.no](mailto:malinves@stud.ntnu.no), tlf: 99445221 og [tuva.teigland@ntnu.no](mailto:tuva.teigland@ntnu.no), tlf: 47331670
- Vårt personvernombud: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

### **Hvordan svarer jeg ja til å delta?**

Du tar kontakt med Tuva, Malin eller Rigmor. Eller du gir beskjed til din nærmeste leder som vil viderefremde kontakten

Med vennlig hilsen

Tuva Teigland og Malin Vestnes

(Rigmor Einang Alnes)

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet empirisk bachelor, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelle intervju med lydopptak av svarene mine

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. mai 2020.

-----  
-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)