

Kandidatnummer 10004

Kandidatnummer 10001

Simulering som metode for kompetanseheving i kommunehelsetjenesten

Læringsgevinsten er stor, men er utfordringene med å bruke det større?

Antall ord: 8797

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnummer 10004

Kandidatnummer 10001

Simulering som metode for kompetanseheving i kommunehelsetjenesten

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Berg, Helen

Medveileder: Alnes, Rigmor Einang

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Grunnet samfunnsendringer og endringer i sykdomsbildet er det økt behov for klinisk kompetanse blant helsepersonell i primærhelsetjenesten. Blant annet er ABCDE metodikken, som står for airways, breathing, circulation, disability og environment, en internasjonalt anerkjent metodikk for å gjennomføre kliniske undersøkelser. Simulering er en metode som er godt egnet for å øve på kliniske ferdigheter, deriblant ABCDE metodikken.

Hensikten med studien var å undersøke i hvilken grad simulering blir brukt som læringsmetode i kommunehelsetjenesten, og hvilke faktorer som spiller en rolle for om simulering blir gjennomført ute på arbeidsplassen.

Undersøkelsen ble gjennomført ved bruk av kvantitativ metode og spørreskjema. Utvalget besto av sykepleiere ansatt ved ulike avdelinger i kommunehelsetjenesten i Møre og Romsdal.

Det ble foretatt en systematisk analyse av datamaterialet ved bruk av IBM SPSS Statistics.

Totalt 90 respondenter deltok i spørreundersøkelsen. Funnene i studien tilsier at tilrettelegging for simulering ikke er en avgjørende faktor for gjennomføringen på arbeidsplassen. Vi fant imidlertid at etterspørsel fra ledelsen og tilgang på kompetanse i arbeidsgruppen og hos ledelse er sentrale faktorer for simuleringsaktiviteten. Høy motivasjon og initiativtakere i arbeidsstaben ble også funnet som viktige faktorer for gjennomføring av simulering.

Vi ser av studien at det er viktig med ledelsesforankring for å oppnå gjennomslagskraft og god implementering av simulering som metode for kompetanseheving. Simuleringsaktiviteten forutsetter et godt kunnskapsgrunnlag, kompetanse, motivasjon og etterspørsel, først og fremst hos ledelse, men også hos medarbeidere.

Abstract

Due to societal changes and the fact that patients nowadays live longer, and they live longer with increasingly complex diseases, there is an increased need for clinical competence among health personnel in the primary health care service. Among other things, the ABCDE methodology, which stands for airways, breathing, circulation, disability and environment, is an internationally recognized methodology for conducting clinical examinations. Simulation is a well known and well suited method for practicing clinical skills such as the ABCDE methodology.

The purpose of our study was to collect knowledge about the extent to which simulation is used as a learning method in the primary health care service. We also wanted to discover which factors are important to implement simulation as a learning method at different workplaces in the primary health care service.

The study was conducted using a quantitative method and a questionnaire. The selection of respondents consisted of nurses employed by various departments in the primary health care service in Møre og Romsdal.

A systematic analysis of the data material was done using IBM SPSS Statistics.

A total of 90 respondents participated in the survey. The findings of the study indicated that facilitation of simulation is not a decisive factor for implementation at the workplace. However, we found that high demand from management and access to competence both in the workgroup and in management is an important factor for using simulation as a learning method. High motivation and initiators in the work staff were also found to be an important factor for conducting simulation.

The study shows that an anchoring in management is important to achieve impact and implementation of simulation as a method for skills development. Simulation activity presupposes a well-established knowledge base, competence, motivation and demand, primarily from management, but also employees.

Innhold

Figurer	x
1 Innledning	12
1.1 Begrunnelse for valg av tema	13
1.2 Avgrensning av oppgaven	13
1.3 Problemstilling	13
2 Kunnskapsgrunnlag	14
2.1 Sentrale føringer og lovverk	14
2.2 ABCDE-metodikken	14
2.3 NEWS som beslutningsstøtte	15
2.4 ISBAR som strategisk kommunikasjonsverktøy	16
2.5 ProACT som opplæringskonsept	17
2.6 Simulering som metode for kompetanseheving	18
2.7 Ledelse og implementering	19
2.8 Tidligere forskning	20
2.8.1 Dokumentert effekt av simulering som pedagogisk metode	20
2.8.2 Implementering og ledelsesforankring	20
3 Metode og analyse	22
3.1 Metodisk tilnærming	22
3.2 Spørreskjema	22
3.3 Utvalg og rekruttering	23
3.4 Reliabilitet og validitet	23
3.5 Styrker og svakheter med studien	23
3.6 Analyse	23
3.6.1 Univariat og bivariat analyse	24
3.6.2 Klargjøring av variabler	24
3.7 Ethiske hensyn	25
4 Resultat	26
4.1 Bakgrunnsinformasjon	26
4.2 Motivasjon til å gjennomføre simulering	26
4.3 Tilrettelegging og etterspørsel fra ledelsen	26
4.4 Initiativtakere til simulering på arbeidsplassen	27
4.5 Tilgjengelighet for gjennomføring av simulering	28
4.5.1 Tidspunkt	28
4.5.2 Egnede utstyr	28
4.5.3 Faste rom	28

4.6	Kontinuitet ved simuleringsaktivitet	29
4.7	Tilgang på kompetanse	29
5	Diskusjon.....	30
5.1	Tilgang på ressurser	30
5.2	Mye motivasjon, men manglende kontinuitet	31
5.3	Hvilket ansvar har ledelsen?	32
6	Konklusjon	34
6.1	Implikasjoner for praksis.....	34
6.2	Videre forskning	34
	Referanser.....	35
	Vedlegg.....	40

Figurer

Figur 1. Figuren viser prosessen i systematisk pasientobservasjon ved ABCDE-metodikken	15
Figur 2. Figuren viser scoringskjema i NEWS2	16
Figur 3. Figuren viser stegene i ISBAR som systematisk kommunikasjonsverktøy	17
Figur 4. Figuren viser en modell for opplæring i klinisk observasjonskompetanse	18
Figur 5. Søylene viser hvor ofte det blir gjennomført simulering på arbeidsplassen.	29

1 Innledning

19. juni 2009 ble samhandlingsreformen lagt frem av helse- og omsorgstjenesten med et formål om å forandre den norske helsetjenestens struktur og oppbygging (Meld. St. 47 2008-2009). Med demografiske endringer der vi lever lenger og dermed også lever lenger med sykdom stilles større krav til sykepleierens kompetanse i kommunehelsetjenesten for å møte de nye utfordringene. Kommunene har i dag et større ansvar og en viktigere rolle i å sørge for nødvendig helsehjelp til innbyggerne, og det ses en økning i kompleksiteten på arbeidsoppgavene (Meld. St. 26 2014-2015).

I dag ses det en økning av pasienter med kroniske og omfattende sykdomstilstander (Meld. St. 47, 2008-2009). Restriksjoner rundt sykehusinnleggelse og kortere liggetid medfører at flere pasienter ender opp med behov for helsehjelp i primærhelsetjenesten (Meld. St. 26, 2014-2015). Dette stiller et økt krav til mer avansert sykepleie blant kommunalt helsepersonell, og følger et behov for økt kompetanse.

Samhandlingsreformen bygger blant annet på ideen om at alle pasienter skal få *rett behandling på rett sted til rett tid* (Meld. St. 47, 2008-2009). Det legges vekt på å utvikle helsetjenester som er mer *helsefremmende og sykdomsforebyggende*. Punkt 3.2.2 i samhandlingsreformen omfatter behovet og viktigheten med å tidlig oppdage forverringer i pasientens sykdomsbilde (Meld. St. Nr. 47, 2008-2009).

Begrepene *forsvarlighet, pasientsikkerhet og helsefremmende arbeid* er en sentral del også i Helsedirektoratets nasjonale faglige råd (2020). Rådene er utviklet med den hensikt å øke klinisk kompetanse, kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Rådene om tidlig oppdagelse av forverret tilstand bygger på sentrale element innenfor det internasjonale systemet Rapid Response System. Kjerneelementene som inkluderes er opplæring innen klinisk observasjonskompetanse, måling og kontroll av vitale funksjoner og rutiner for å sikre systematisk kommunikasjon og rask respons (Helsedirektoratet, 2020).

ProACT er et kurskonsept for å øke kompetanse og ferdigheter knyttet til identifisering, forebygging og behandling av livstruende sykdom (ProACTNorge, 2021). Konseptet er tatt i bruk i flere kommuner som en operasjonalisering de nasjonalfaglige rådene for «tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand» (Helsedirektoratet, 2020).

Simulering er dokumentert som gullstandard for å øve på kliniske ferdigheter (Orique & Phillips, 2017), og det blir i de nasjonalfaglige rådene anbefalt som metode for kompetanseheving (Helsedirektoratet, 2020). Helsedirektoratet anbefaler at implementering av et system for forbedringsarbeid iverksettes i alle relevante virksomheter (Helsedirektoratet, 2020). Forbedringsarbeid som utarbeides i helse- og omsorgstjenesten må ha som mål å skape *vedvarende forbedringer* av helsehjelpen og tjenesteutøvelsen, det vil si en endret praksis (Stubberud, 2018, s. 137). Vi vet imidlertid at implementering av noe nytt kan være vanskelig i praksis; det er en lang og krevende prosess som forutsetter en reell forankring i både ledelse og virksomhet for å skape en vedvarende forbedring (Helsedirektoratet, 2020).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Basert på nasjonalfaglige råd, lovverk og sentrale føringer er det nødvendig å iverksette tiltak for å bedre pasientsikkerheten og det helsefremmende arbeidet, samt heve kompetansen blant helsepersonell. Simulering er et anbefalt redskap til akkurat det formålet (Helsedirektoratet, 2020). Det brukes blant annet i sykepleieundervisning og kurs med fokus på pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid.

Teigland & Vestnes (2020) tok for seg tema om proACT som kompetanseheving i kommunehelsetjenesten i sin bacheloroppgave publisert i fjor, 2020. Av studien ble det funnet at særlig simuleringen i kurset bidro til at deltakerne opplevde at de i større grad kunne utføre mer helhetlig sykepleie, men de kunne ikke vært foruten teorien i forkant (Teigland & Vestnes, 2020).

Disse funnene, kombinert med viten om det stadig økende kravet til kompetanse hos kommunehelsepersonell, var det som inspirerte oss til å "plukke opp tråden" til Teigland & Vestnes, men flytte fokus i retning *simulering* som metode for kompetanseheving. Nå som vi kjenner til læringsgevinsten ved simulering i forbindelse med proACT-kurs, er det interessant å undersøke om metoden blir implementert og benyttet blant helsepersonell i arbeidshverdagen.

På bakgrunn av dette vil vi undersøke i hvilken grad simulering blir brukt som metode for å øve på kliniske situasjoner i kommunalhelsetjenesten, etter eller utenom kurs i ProACT. Vi tok for oss temaet med en hypotese om at graden av simuleringsaktivitet på arbeidsplassen avhenger av graden av involvering og forankring i ledelsen. Vi ønsker med denne studien å bekrefte eller avkrefte denne teorien, og i den sammenheng undersøke hvilke faktorer som påvirker bruken av simulering.

1.2 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt en avgrensning av oppgaven ved å basere undersøkelsen på autoriserte sykepleiere i Møre og Romsdal. Vi har ikke inkludert helsefagarbeidere eller annet helsepersonell, eller ledere på de ulike arbeidsplassene. Begrunnelsen er de begrensede rammene for en bachelor oppgave.

1.3 Problemstilling

Hvilke faktorer er med på å påvirke implementering og bruk av simulering som metode for kompetanseheving i kommunehelsetjenesten?

2 Kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet har vi gitt et grunnlag for videre drøfting av problemstillingen. Kunnskapsgrunnlaget består av relevant teori om sentrale føringer og verktøy for kompetanseheving, proACT, simulering, implementeringsteori og ledelsesforankring.

Vi har henvist til tidligere forskning og i den sammenheng gitt en kort beskrivelse av hvordan vi har kommet fram til de aktuelle artiklene og benyttet dem til å belyse valgt tema.

2.1 Sentrale føringer og lovverk

Samhandlingsreformen ble til med hensikt om å blant annet styrke helsepersonells evne til å gi rett behandling på rett sted til rett tid (Meld. St. 47, 2008-2009). I forkant av samhandlingsreformen var inntrykket at det var større fokus på å behandle sykdom i spesialisthelsetjenesten, fremfor å fremme helse og forebygge helseproblemer. Målet er at helsetjenesten har større fokus på at sykdom begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon (Meld. St. 47, 2008-2009).

Lovverket regulerer helsepersonells og kommunens ansvar i å sørge for en trygg, tilgjengelig praksis av god kvalitet og pasientsikkerhet. I helsepersonellovens andre kapittel § 4, beskrives yrkets krav til *forsvarlighet*. Det kreves av helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med kravene om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes av helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets art og situasjonen ellers (Helsepersonelloven, 1999, §4). I lovens syvende paragraf understrekes helsepersonellets ansvar til å straks gi den helsehjelpen de evner når hjelpen er øyeblikkelig nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §7).

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester beskrives kommunens ansvar i å sørge for et trygt og tilgjengelig tjenestetilbud for alle, og en helsefremmende, sykdomsforebyggende praksis (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1, §3-2).

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) uttrykkes virksomhetens plikt til å bidra til faglig forsvarlige helsetjenester med god kvalitet og pasientsikkerhet. Forskriften beskriver blant annet plikten til å planlegge, gjennomføre og evaluere (2016, §6-8). Dette innebærer oppgaver knyttet til målsetting, ansvarsfordeling, innhenting av kunnskap, identifisering av risikoområder og kartlegging av medarbeidernes kompetanse og opplæringsbehov (Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven, 2016).










Det har vært en nasjonal satsing på pasientsikkerhet siden 2015. I 2020 ble tiltakspakken videreført som en del av helsedirektoratets nasjonalfaglige råd om hvordan man tidlig kan oppdage og respondere til forverring av sykdom (Helsedirektoratet, 2020). Her nevnes ABCDE, NEWS og ISBAR som verktøy for dette.

2.2 ABCDE-metodikken

ABCDE er en metodikk som brukes i akutte situasjoner, men det utgjør også en primærundersøkelse (Johansen et al, 2018). Det er en systematisk tilnærming for

vurdering av vitale funksjoner hos pasienten, og vurderingen skal skje i prioritert rekkefølge. Funksjonene som skal vurderes og sikres er luftveier (airways), respirasjon (breathing), sirkulasjon (circulation), bevissthet og nevrologi (disability) og omgivelser/oversikt (environment/expose) (Johansen et al, 2018).

Figur 1. Figuren viser prosessen i systematisk pasientobservasjon ved ABCDE-metodikken (Utviklingscenteret, 2020). Figur hentet fra <https://www.utviklingscenter.no/klinisk-observasjonskompetanse-i-kommunehelsetjenesten/lommekort-og-skjema>

© KlinObsKommune Systematisk pasientobservasjon		Observer     Se Lytt Kjenn Lukt	Vurder tiltak som:
A	Airways Luftveier 	<ul style="list-style-type: none"> Frie luftveier? • Snakker pasienten ubesværet • Kjennes luftstrøm • Lyder fra luftveiene (høres heshet/"snorkelyder") • Fremmedlegeme 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hakeløft/kjevetak ▶ Munnrens/sug i munnhule ▶ Sideleie ▶ Fjerne fremmedlegeme - Heimlich; <ul style="list-style-type: none"> ▷ Hoste ▷ Ryggslag/bukstøt ▷ HLR ▷ Sideleie
B	Breathing Respirasjon 	<ul style="list-style-type: none"> Er det pustebesvær/taledyspne? Vurder; • Respirasjonsfrekvens (RF) <ul style="list-style-type: none"> ▷ Rytme, dybde, symmetri/sidelikhet ▷ Bruk av hjelpemuskulatur (utslitt) • Respirasjonslyder • Blålig på lepper, ører (sentral cyanose) • Oksygenmetning (SpO2) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kroppsleie/løsne på tøy/frisk luft ▶ Pusteveiledning ▶ Forstøver-/medikamentell behandling (etter forordning) ▶ Oksygen (etter forordning/lokale retningslinjer) ▶ Assistert ventilasjon <ul style="list-style-type: none"> ▷ Munn til munn/munn til maske ved lav RF
C	Circulation Sirkulasjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Hud ▷ blek, kald, klam? • Blålige negler på fingre/tær (perifer cyanose) • Kapillær fyllingstid ▷ Puls (reg/uereg) ▷ Blodtrykk (BT) • Væskeinntak/væsketap (diurese, oppkast/diare o.l.) • Indre/ytte blødninger (tap av blodvolum) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Heve bena (kortvarig effekt) ▶ Væsketilførsel <ul style="list-style-type: none"> ▷ Væske pr. os (v/dehydrering) ▷ Væske iv/væsketot (v/sirkulasjonssvikt) ▶ Vurder urinkateter (etter lokale retningslinjer)
D	Disability Bevissthet 	<ul style="list-style-type: none"> • Vurder bevissthetsnivå (v/for eksempel ACVPU-skjema) <ul style="list-style-type: none"> ▷ Ny forvirring? Forgifting? Endret adferd/uro? Kramper? • Tegn på hjerneslag (PrateSmileLøfte, andre symptomer) • Pupiller (størrelse, symmetri, reaksjon på lys) • Blodsukker (måles alltid ved endret bevissthet) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sikre luftveier (hake-/kjevetak, sideleie) ▶ Ring 113 ved tegn på hjerneslag ▶ Ring Giftinformasjonen ved forgiftninger eller intox (tlf. 22591300) ▶ Regulere blodsukker
E	Environment/ Exposure Omgivelser/ Kroppundersøkelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Undersøk hele pasienten <ul style="list-style-type: none"> ▷ Se etter hudforandringer; farge, sår, temperatur, hevelse/ødemer, utslett ▷ Vurder ernæring (nedsatt matlyst) og eliminasjon (urin/avf.) ▷ Sjekk kateter og dren (PVK, VAP, peg, stomi etc.) • Temperatur, feilstillinger/traume, smerter (VAS/NRS) 	<ul style="list-style-type: none"> Tiltak avhenger av funn ▶ Ta evt. urinprøve, CRP etc. etter lokale retningslinjer/forordninger ▶ Regulere temperatur, smertelindring

Situasjonen vurderes kontinuerlig og dersom en oppdager avvik eller forverring av tilstanden, begynner man på A igjen. Ved å bruke denne tilnærmingen unngår man fokus på diagnosenetking, men konsentrerer seg om å løse problemene som utgjør en trussel for pasientens liv der og da (This, 2010, i Ørn & Bach-Gansmo 2016, s. 598). Rekkefølgen av vurderingen sikrer ivaretagelse av de vitale funksjonene som raskest kan bli livstruende. Dersom det oppdages alvorlige symptomer ved ett punkt, må dette først behandles så langt som mulig før fortsettelse til neste bokstav (Blomgren, 2015, s. 26).

2.3 NEWS som beslutningsstøtte

NEWS er en forkortelse av *National Early Warning Score* (NHI, 2019). Det er et scoringsverktøy som benyttes i vurderingen og identifiseringen av klinisk forverring hos pasienter (Ehåndbok, 2021). Verktøyet er ingen erstatning for vanlig klinisk observasjon, men fungerer som en beslutningsstøtte for helsepersonell ved mistanke om sykdomsforverring (Ehåndbok, 2021).

Scoringsskjemaet baserer seg på seks vitale parameter som skal måles hos pasienten. Disse parameterne er pasientens respirasjon, spO2 (oksygenmetning), systolisk blodtrykk, puls, temperatur og bevissthet (Royal college of Physicians, 2017). I tillegg skal det inngå i scoringen om pasienten får tilførsel av surstoff. Målingene føres inn i skjemaet underveis, hvorpå det gis en score fra 0 – 3 per kategori. Totalscoren gir et bilde på om pasientens målinger avviker fra referanseverdien (Royal college of Physicians, 2017).

Figur 2. Figuren viser scoringsskjema i NEWS2 (Norsk elektronisk legehåndbok, NEL, 2020). Figur hentet fra <https://legehandboka.no/handboken/skjema-kalkulatorer/kalkulatorer/akuttmedisin/news2/>

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

NEWS ble imidlertid oppdatert til NEWS2 i 2017, og den er både godkjent og anbefalt av helsedirektoratet (avd. kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet) som et viktig tiltak for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NHI, 2019).

2.4 ISBAR som strategisk kommunikasjonsverktøy

ISBAR er et kommunikasjonsverktøy som er utviklet for å oppnå sikker og strukturert kommunikasjon mellom helsepersonell (Blomgren, 2015, s. 93). Det brukes i dag av helsetjenesten for å gi og motta informasjon på en strukturert måte, og for å forhindre at kritisk informasjon går tapt overføringen. ISBAR er en forkortet betegnelse på selve stegene i prosessen, og som innebærer identifikasjon, situasjon, bakgrunn, aktuell tilstand og råd og anbefaling (Blomgren, 2015, s. 93-94).

Figur 3. Figuren viser stegene i ISBAR som systematisk kommunikasjonsverktøy (Thomsen, Utviklingscenteret, 2020). Figur hentet fra Legeforeningen.no: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/e1841fd9b4844a44b5d8986cc60d05ce/klinisk-observasjonskompetanse-i-kommuneheletjenesten.pdf>

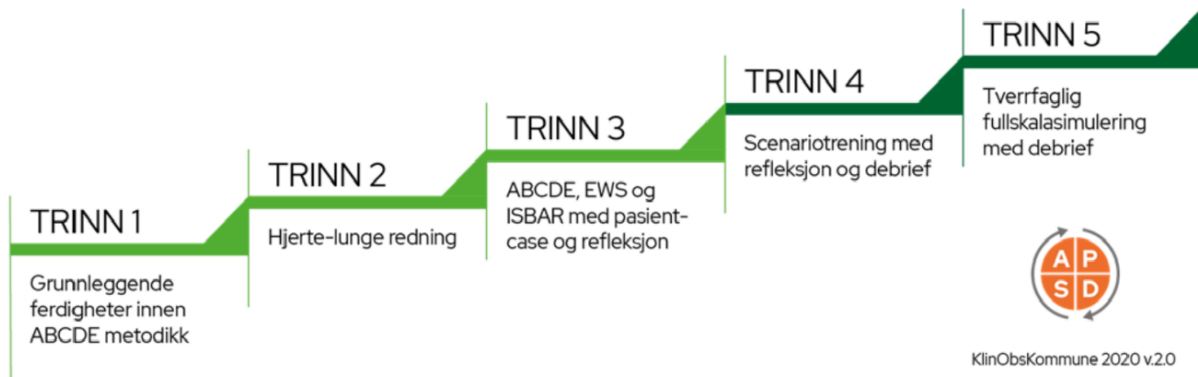
I identifikasjon	Oppgi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvem du er ○ Hvor du er ○ Pasientens navn, alder, kjønn, avdeling Mottaker: bekreftelse på hvem du snakker med
S situasjon	Hva er problemet/årsak til kontakt? <ul style="list-style-type: none"> ○ Jeg ringer deg fordi.... ○ Jeg har sett at.... / fått prøvesvar.... Hvis det haster – gjør det klart med en gang!
B bakgrunn	Kortfattet og relevant sykehistorie <ul style="list-style-type: none"> ○ Tidligere og aktuelle sykdommer av betydning ○ Aktuelle problemer og behandling til nå ○ Allergier ○ Smitterisiko
A aktuell tilstand	Aktuell tilstand (status og vurdering) <ul style="list-style-type: none"> A: luftvei B: respirasjon C: puls, BT, SpO2 D: bevissthet, smerte E: temperatur, hud, ytre skader, blødninger ○ Jeg tror at problemet/årsaken til pasientens tilstand er....
R råd	Tiltak <ul style="list-style-type: none"> derfor anbefaler jeg/hva er din anbefaling? ○ Umiddelbare tiltak ○ Overvåking/overflytting ○ Utredning/behandling ○ Hvor ofte skal jeg ○ Når skal jeg ta kontakt igjen

I et pilotprosjekt for innføring av ISBAR og NEWS på en sykehjemsavdeling utført av Stensheim & Malmedal (2020) fant de at de ansatte opplever kommunikasjonen som mer systematisk ved bruk av ISBAR, samt at det innhentes mer nødvendig informasjon på forhånd slik at de ringer mer forberedt. Verktøyet bidro til et styrket teamarbeid og en opplevelse av økt pasientsikkerheten (Stensheim & Malmedal, 2020).

2.5 ProACT som opplæringskonsept

Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmesykepleie (USHT) har utviklet en modell, *KlinObsKommune*, som bygger på kommunehelsetjenestens erfaringer og kompetanse innenfor klinisk observasjonskompetanse (KlinObsKommune, 2020). Modellen presenterer relevante metoder og en anbefaling til hvordan en kan tilegne seg faglig innhold på en strukturert måte. Modellen presenterer prosessen ved å tilegne seg klinisk observasjonskompetanse som en "trapp" der kompetansebehovet bestemmer hvor i trappen en starter.

Figur 4. Figuren viser en modell for opplæring i klinisk observasjonskompetanse (Utviklingssenteret, 2020). Figur hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/klinisk-observasjonskompetanse>



Hensikten bak modellen er at hvert trinn skal bygge på hverandre for å oppnå gradvise kompetansemål. Det er imidlertid opp til hver enkelt tjeneste/avdeling å vurdere kompetansebehov, målsetting og følgelig hvilket trappetrinn en bør starte opplæring på (Utviklingssenteret, 2020).

ProACT ble opprettet i 2013 av en gruppe leger og sykepleiere innen akuttmedisin fra Norge og Sverige (proACTNorge, 2021). Det ble utviklet med formål om å bedre pasientbehandlingen og pasientsikkerheten ved å øke kompetansen til helsepersonell (proACTNorge, 2021). Sammenlagt skal dette gjøre helsepersonell tryggere og mer handlingskompetent til å tidlig identifisere og behandle livstruende sykdom (Utviklingssenteret, 2020).

Kurset som tilbys i ProACT tar utgangspunkt i trinn 3 i modellen. Den faglige prosessen begynner med opplæring og trening på ABCDE, NEWS og ISBAR med pasientscenarioer og refleksjon, etterfulgt av simulering med refleksjon og debrief (Utviklingssenteret, 2020). ProACT-programmet er utarbeidet etter et såkalt "Train the Trainer"- prinsipp; en modell som innebærer at kursets egne deltakere får opplæring og ansvar til å selv bli kursinstruktør for sine medarbeidere (Pancucci, 2007).

2.6 Simulering som metode for kompetanseheving

Simulering kan defineres som en pedagogisk metode der det tilrettelegges for risikofri, praktisk trening i et miljø som kopierer den kliniske virkeligheten (Jeffries, 2007, Morton, 1997 i Wiik & Stamnes, 2019, s. 10). Formålet er å integrere kunnskap, kritisk tenking, ferdigheter og samarbeid både i team og på tvers av profesjoner (Wiik & Stamnes, 2019, s. 10). En får spesiell trening innenfor akuttstyepleie med identifisering og behandling av kritisk sykdomsutvikling. Et viktig element med simulering er at personskader unngås ved eventuelle feilvurderinger, og en slik metode tilrettelegger for trygg læring (Wiik & Stamnes, 2019, s. 10).

Simulering kan utføres ved bruk av avanserte simulator dukker som kan etterligne menneskelige funksjoner, gi klinisk data og klinisk respons (Solnick & Weiss, 2007). Denne simulatoren kan snakke via operatør. Dette kalles også for «high fidelity»

simulering på engelsk, som kan oversettes med simulering av høy nøyaktighet eller troverdighet.

Man kan også simulere ved bruk av levende markør, da en person som etterligner symptomer på ulik sykdom. En siste måte er virtuell simulering, der man benytter virtuell virkelighet for å gjenskape virkelige situasjoner (Berg & Steinsbekk, 2021). Det er deretter deltakernes oppgave å identifisere symptomene og iverksette adekvate tiltak.

Øvelsen kan deles inn i tre faser; briefing, simulering/scenariotrening og debriefing (Helsedirektoratet, 2020). Alle fasene er like viktige for at øvelsen skal være effektiv og lærerik. Denne måten å jobbe på legger til rette for at deltakerne i større grad kan knytte kunnskapstilegnelse til kunnskapsanvendelse, og ikke minst at både kunnskapen og ferdighetene vedlikeholdes over tid (Wiik & Stamnes, 2019).

2.7 Ledelse og implementering

Ledelse er en form for samspill som er kjennetegnet av målsetting, problemløsning og kommunikasjonsutvikling (Johnsen, 2002 i Orvik, 2015, s. 43). En sykepleier som tar initiativ til å forbedre førstehjelpsrutinene, utøver dermed ledelse. Sykepleierens initiativ styrker beredskapen og sikkerheten (målsetting), det kan dreie seg om en prioritert oppgave (problemløsning), og det forutsetter interaksjon og samarbeid mellom kolleger (kommunikasjonsutvikling). Ledelse er altså et generelt ansvar, et relasjonelt og komplekst fenomen som angår alle organisasjonsmedlemmer, samtidig som det kan være et spesifikt ansvar for personer i lederstillinger med et særlig mandat til å handle på vegne av organisasjonen (Orvik, 2015, s. 43).

I stortingsmelding 10 settes det krav til ledelsen om å identifisere forbedringsområder, sette i verk tiltak og sikre at tiltakene har effekt (Meld. St. 10, 2012-2013). Ledelsen har ansvar for virksomhetens mål, strategi og styring, samt sikre tjenester av god kvalitet. Dermed har styrene i helseforetakene og kommunale ledere ansvar for å sette kvalitet, læring og forbedring på agendaen, og ledere og ansatte må identifisere forbedringsområder sammen og utvikle en læringskultur (Meld. St. 10, 2012-2013). Men, implementering av nye metoder og rutiner er ingen enkel prosess (Helsedirektoratet, 2020). For å skape ny praksis gjennom implementering må en definere og avklare ansvarsoppgaver først og fremst. En må også sørge for god forankring hos alle involverte; ledere, ansatte og berørte brukere. En annen viktig faktor i systematisk forbedringsarbeid er tilgang på relevant kompetanse. Erfaring tilsier at å skape vedvarende forbedringer er svært tidkrevende, og det er en ellers krevende prosess bygget opp av flere faser som er under virksomhetens ansvar.

(Helsedirektoratet, 2020)

Helsedirektoratet beskriver ledelsens/lederens rolle i tilretteleggingen og gjennomføringen av simulering og ferdighetstrening som svært viktig, og det er lederen som har hovedansvaret (Helsedirektoratet, 2020). Rollen følger med et ansvar om å sørge for at læringsmål er utarbeidet, at ressurspersoner og instruktører er kartlagt, samt etablere retningslinjer som tar for seg omfanget av opplæringen. Dette innebærer både innhold, struktur og frekvens av undervisningsopplegget. Det anbefales å gjennomføre evalueringer av opplæringen etter en viss periode – dette for å vurdere kvaliteten på arbeidet. En evaluering kan finne sted for eksempel tre til seks måneder etter oppstart, og en kan dermed vurdere om kunnskapen og ferdighetene er opprettholdt.

(Helsedirektoratet, 2020)

2.8 Tidligere forskning

Til denne studien har vi gjort et litteratursøk i ulike databaser, hovedsakelig PubMed og Cinahl, for å finne relevant forskning som kan bidra i oppgavebesvarelsen. Tidligere forskning på valgt tema er gunstig for å bidra til drøftingen av våre egne funn i diskusjonskapittelet.

Vi benyttet en søkestrategi med nøkkelord som "simulation", "nursing", "rapid response system", "implementation", "leadership" i ulike kombinasjoner.

2.8.1 Dokumentert effekt av simulering som pedagogisk metode

I en studie utført av Lindsey & Jenkins (2013) undersøkte de sykepleierstudenters kliniske vurderingsevne angående "rask respons" ved bruk av simulering. Dette var en randomisert kontrollstudie. I studien fant de at klinisk simulering fungerer som en effektiv metode for økt klinisk kompetanse. Særlig ses nytteverdien med simulering innenfor rask respons-systematikken, og da evnen til å identifisere sykdom tidlig og handle raskt og riktig deretter.

I en annen studie gjort av Kim et al (2016) der effekten av simulerings-basert undervisning var tema, ble det identifisert stor læringseffekt ved bruk av simulering. Studien var en metaanalyse og totalt 40 studier ble tolket og sammenlignet til analysen. Samlet kan funnene bekrefte simulering som en effektiv læringsmetode, og jevnlig simulering med høy frekvens ble funnet særlig effektivt.

Vi har også benyttet annen litteratur som ikke er funnet via databasene og søkestrategien som nevnt over, men via manuelt søk ("håndssøk"). To artikler publisert i Sykepleien (sykepleien.no) undersøker nytteeffekten ved simulering gjennom kontrollerte studier ved bruk av spørreskjema i etterkant. Molnes et al (2016) og Lindenskov (2018) fant i sine studier at deltakerne erfarte simulering som sterkt og positivt innvirkende på deres kompetanse og ferdigheter i å gjøre systematiske observasjoner og tiltak. Deltakerne opplevde å være mer forberedt, samt en økt grad av selvtillit og trygghet. Det ble også tydelig at simulering kan bidra til styrket samarbeidsevne og evne til å kommunisere på en strukturert måte.

2.8.2 Implementering og ledelsesforankring

Teorien om implementeringsvitenskap nevner tre nivå av implementering (Jones-Schenk & Bleich, 2019). Første nivå heter papir-implementering og referer til forandringer som kommer som følge av innføring av retningslinjer og prosedyrer. Neste nivå kalles prosess implementering. Her nevnes at instruktører spiller en sentral rolle som ledere i implementeringen. De skal bygge videre på erfaringene ansatte har med de iverksatte retningslinjene og prosedyrene i første steg, da dette kan gi mer kompetanse og trygghet i praksisen til ansatte. Tredje steg for implementering handler om når forandringen har tatt hold i virksomheten. Her evaluerer man hvor godt implementert prosedyrene er, og om noe kan endres. Damschroder et al. (2009, i Jones-Schenk & Bleich, 2019) har utviklet en modell som tar for seg flere variabler som kan påvirke implementeringen. 1. intervensjonskarakteristikker med faktorene tilpasningsevne, fordeler og kompleksitet. 2. ytre faktorer, deriblant pasientopplevelser- og forventninger, insentiver og påvirkning fra

andre organisasjoner. 3. indre faktorer, med sine strukturelle karakteristikk og nettverk. 4. Karakteristikken av de involverte, deriblant kunnskap og kompetanse. 5. implementeringsprosessen; hvordan den var planlagt, gjennomført og andre faktorer. (Jones-Schenk & Bleich, 2019)

I en review-studie gjort av Woo et al (2017) fant de at for å få til kvalitetsforbedring i en organisasjon var det viktig å ha en «champion» (initiativtaker). Denne initiativtakeren kunne for eksempel være noen i ledelsen, eller noen valgt av ledelsen som jobbet som sykepleier eller helsefagarbeider. De fant og mye informasjon som støttet at det var mulig å ha flere initiativtakere som kunne samarbeide i å identifisere områder som kunne forbedres og måter å forbedre det på. En nøkkelfaktor de identifiserer i å kunne gjennomføre kvalitetsforbedringene er at initiativtakeren har støtte hos ledelsen og at ledelsen viser engasjement. Dette er en nøkkel for å få et positivt utfall i kvalitetsforbedringene.

(Woo et al, 2017)

3 Metode og analyse

I dette kapitlet har vi gjort rede for prosessen med valg og bruk av metode, samt en forklaring på hvordan, og hvorfor, vi kom fram til det aktuelle utvalget av informanter til oppgaven. Vi har forklart hvordan vi har jobbet for å samle inn data og hvordan vi har gjort en systematisk analyse av innsamlede data.

3.1 Metodisk tilnærming

Dalland (2018, s. 52) definerer metode som det redskapet vi bruker i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data eller informasjon som vi trenger for å gjennomføre undersøkelsen vår. Med metoden må en følge en viss vei mot et mål, og en blir da utfordret til å beskrive denne veien og redegjøre underveis for valgene som er tatt for å nå målet (Dalland, 2018, s. 54). Det har vi forsøkt å gjøre i denne oppgaven på en slik måte at det skulle være mulig for den som leser å forstå hvordan vi har kommet frem til de resultatene vi har fremlagt.

Vi har benyttet en metodisk tilnærming av kvantitativt design for å besvare oppgaven. Kvantitativ metode vil si at man spør bredt for å samle data som kan vise det gjennomsnittlige som er felles og representativt for befolkningen (Dalland, 2018, s. 52-54). En slik tilnærming gir oss muligheten til å se hvordan "det ene" påvirker "det andre"; om det foreligger en såkalt årsak-virkning-mekanisme, også kalt *kausaltet* (Bjørnnes & Gjevjon, 2019).

Vi benyttet spørreundersøkelse som metode for å samle inn data. Datagrunnlaget består derfor av svar fra de vi har sendt spørreundersøkelsen til. Vi benyttet denne metoden ettersom vi ønsket å undersøke om det foreligger en sammenheng med bruken av simulering på arbeidsplassen og spesielle ytre faktorer. Faktorene vi undersøkte er integrert som spørsmål i spørreundersøkelsen som beskrives nærmere i resultatkapitlet.

3.2 Spørreskjema

Før vi startet arbeidet med å utarbeide et spørreskjema fikk vi tilgang til en spørreundersøkelse som var blitt gjort tidligere av USHT i Møre og Romsdal om bruk av proACT i kommunene. Dette var en undersøkelse for intern bruk som ikke var publisert. I samarbeid med USHT brukte vi den undersøkelsen til å kartlegge mulige vinklinger/tema som var ønskelig å få mer kunnskap om og som ble bakgrunnen for vår problemstilling og hypotese. Deretter begynte vi utarbeidingen av spørsmål med utgangspunkt i hypotesen og problemstillingen. Dalland (2018) understreker at en første betingelse er å ha klart for seg formålet med undersøkelsen. Uten det vet vi ikke hva vi trenger opplysninger om og hvem vi trenger opplysningene fra (Dalland, 2018, s. 127).

Vi innledet spørreskjemaet med å stille spørsmål om bakgrunnen til respondentene, deriblant spørsmål om arbeidssted, antall år som autorisert sykepleier, alder og lignende. Følgelig rettet vi fokus mot respondentenes forhold til proACT, før vi spurte om deres bruk av simulering på arbeidsplassen og tilretteleggingen av simuleringsaktivitet. Spørreskjemaet ligger som vedlegg 1.

3.3 Utvalg og rekruttering

Vi ønsket å rekruttere så mange respondenter som mulig innenfor gitte rammebetingelser, og et strategisk utvalg av respondenter ble benyttet. Et strategisk utvalg er nyttig for å innhente data fra kilder som allerede har et forhold til, og erfaringer med, det aktuelle temaet som undersøkes (Dalland, 2018, s. 57). Kriteriene innebar autorisasjon som sykepleier, arbeidsplass i primærhelsetjenesten i Møre og Romsdal og kjennskap til proACT-kurs holdt av USHT i Møre og Romsdal. Vår kontaktperson i USHT hjalp med å distribuere spørreundersøkelsen til sykepleiere som har deltatt på proACT-kurs. Spørreundersøkelsen ble i tillegg delt på NSF sine nettsider i Møre og Romsdal.

3.4 Reliabilitet og validitet

Data er representasjoner av virkeligheten. Det er i den sammenheng viktig å stille seg det spørsmålet om hvor godt dataen representerer fenomenet som undersøkes, og om datamaterialet er til å stole på. Vi snakker her om studiens grad av *reliabilitet* og *validitet*. Vi ønsker å oppnå høy grad av samsvar og pålitelighet mellom det generelle fenomenet som undersøkes og datamaterialet (Christoffersen et al, 2015, s. 24-25).

Spørsmålene til spørreskjemaet utarbeidet vi basert på tidligere undersøkelser. Vi jobbet grundig med å formulere spørsmålene på en slik måte at de ikke skulle feiltolkes eller fremstå uklare for respondentene. For å sikre at respondentene kunne svare det som best representerte deres virkelighetsoppfatning inkluderte vi flere svaralternativer, samt graderte svaralternativer der det var nødvendig.

Spørsmålene ble validert ved at de ble testet og godkjent av fagperson som arbeider med kursing i ProACT, dette for å vurdere om spørsmålene var forståelige, tydelige og relevante i henhold til det vi ønsker å undersøke. Spørreskjemaet ble også sendt til bekjente med helsefaglig bakgrunn for ytterligere testing.

3.5 Styrker og svakheter med studien

En styrke med studien er at vi fikk forholdsvis mange svar på spørreundersøkelsen, noe som gjør at vi kan få et representativt svar på problemstillingen vår, og følgelig en bedre validitet av dataen. Vi benyttet også mange svaralternativer i spørreskjemaet, noe som gav oss et datamateriale med få tomme svar og manglende data. Dette har gitt oss mange varierte tilbakemeldinger vedrørende faktorer for bruk av simulering.

Vi ser også svakheter ved spørreskjemaet. Vi oppdaget i etterkant at vi har gitt svaralternativer som gjorde det vanskelig for oss å analysere. Formuleringen av enkelte spørsmål kan ha vært utfordrende for respondentene å tolke, noe som ble synlig i data-analyseringen. Dette gjorde at vi måtte gjøre noen manuelle tellinger og vi mistet noen svar. Vi ser også at ved å for eksempel inkludere innslag av åpne, kvalitative spørsmål så kunne vi fått mer data på hva den enkelte respondenten mener at er den viktigste faktoren som påvirker bruken av simulering.

3.6 Analyse

Vi har brukt det statistiske programmet SSPS (IBM SPSS Statistic Data Editor) til å gjennomføre analyser av vårt datamateriale. Noen av svarene fra spørreundersøkelsen har vi brukt som bakgrunnsinformasjon. Bakgrunnsinformasjonen presenter

vi deskriptivt. Datamaterialet har vi tolket ved bruk av krysstabell, frekvensanalyse og deskriptiv analyse. Vi har benyttet bivariat og univariat analyse av datamaterialet.

3.6.1 Univariat og bivariat analyse

Univariat analyse betyr at en undersøker en variabel ved å se på hvordan enheter (respondentene) fordeler seg på én verdi (egenskap) ved å telle (Christoffersen et al, 2015, s. 180). Det som telles er antall enheter markert på variablenes ulike verdier. Dette kan også omtales som *frekvensfordeling*, og det er vanlig å presentere enhetenes fordeling som antall eller som prosentandel (Christoffersen et al, 2015, s. 180). Vi har valgt å presentere fordelingen både som antall og prosentandel. Der vi har foretatt bivariat analyse presenteres fordelingene kun i antall.

En bivariat analyse er nyttig for å undersøke sammenhenger mellom flere variabler. Christoffersen et al (2015, s. 189) forklarer den bivariate metoden ved at en kan finne ut hvordan respondentene fordeler seg *samtidig* på de variablene som sammenlignes. Dette kan gjøres ved bruk av krysstabell, og man kan på en oversiktlig måte se respondentenes fordeling på ulike kombinasjoner av variablenes verdier (Christoffersen et al, 2015, s. 191).

Vi har som nevnt undersøkt om det finnes en sammenheng mellom variablene, eller om det foreligger en årsak-virkning-mekanisme. For å identifisere dette har vi i de tilfellene det gir mening tatt utgangspunkt i én *uavhengig* variabel som vi plasserte opp mot en annen *avhengige* variabel for så lese av resultatet i en krysstabell. Det innebærer de tilfellene der det er mulig å identifisere en *retning* på sammenhengen (Christoffersen et al, 2015, s. 192). Den uavhengige variabelen representerer "årsak" og den avhengige variabelen representerer "virkning", og det må derfor være mulig og åpenbart hvilken variabel som kan plasseres først i tid (Christoffersen et al, 2015, s. 192).

3.6.2 Klargjøring av variabler

I spørreundersøkelsen hadde vi innslag med graderte spørsmål og svar, det vil si at deltaker skulle avgi svar på "i hvilken grad opplever du...", for så å velge det alternativet som beskriver deres opplevelse best. Dette gjorde vi for å unngå at respondentene ikke avga svar fordi det ikke var reelle svaralternativer for alle. Vi benyttet svaralternativene: I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad og i svært stor grad. Der dette var aktuelt, har vi under analyseringen valgt å gjøre svarene dikotome, det betyr slått sammen til to verdier som representerer "ja" og "nei". Dette gjorde vi for at det skulle bli lettere å analysere og presentere svarene på en oversiktlig måte. Vi valgte å sammenslå "i svært liten grad" og "i liten grad" som "nei", og de tre andre svaralternativene som "ja". «I noen grad» kan også forsvares innunder "nei", men vurderte det som at om noe foregår i noen grad så foregår det.

Det samme gjorde vi på spørsmål med tilhørende svaralternativ "ja", "nei" og "vet ikke", hvorpå "vet ikke" ble sammenslått med verdien "nei". Vi begrunnet det med at det sannsynligvis ikke har blitt gjennomført simulering på arbeidsplassen dersom ansatte ikke vet om det. Det kan være feil vurdering av oss, spesielt dersom det er en nyansatt som ikke har kjennskap til dette. Det var svært få som hadde svart vet ikke på spørsmålene.

I prosessen med å endre variabler og verdier, kontrollerte vi for potensielle tastefeil ved at begge forfatterne hadde åpent SPSS samtidig - én hadde kontroll på de originale variablene og verdiene, mens den andre slo sammen verdiene med nye koder. Vi føler oss trygge på at ingen utslagsgivende nyanser gikk tapt i prosessen med å analysere svarene dikotomt.

Vi har totalt sett en høy deltakelse blant respondentene på spørsmålene i spørreundersøkelsen, med i underkant av 2 %, registrert som "missing" på datamaterialet. Vi har derfor valgt å ignorere de manglende svarene i studien. Dette gjør vi basert på en vurdering om at en såpass liten prosentandel ikke svekker påliteligheten eller gyldigheten til funnene i spørreundersøkelsen.

Variablene vi har benyttet er behandlet med ulike målenivå. Målenivået er et uttrykk for variablenes "status", og er med på å rangere verdiene til hver variabel (Christoffersen et al, 2015, s. 175). I spørreundersøkelsen valgte vi å operere på to nivåer, *nominalnivå* og *ordinalnivå*. På nominalnivå vil variablenes verdier være gjensidig utelukkende og det er ingen logisk måte å rangere verdiene på; rekkefølgen er uten spesiell betydning (Christoffersen et al, 2015, s. 175). På ordinalnivå er variablenes verdier rangert etter orden og i en logisk rekkefølge. De kan være et mål på eksempelvis *grader* eller *kvalitet* av noe, og verdiene er også her gjensidig utelukkende (Christoffersen et al, 2015, s. 175-176).

3.7 Etiske hensyn

Denne studien samler ikke inn personopplysninger fra respondentene, og er derfor ikke meldepliktig til Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Vi har foretatt en transparent beskrivelse av metode og analyse slik at leseren har mest mulig innsyn i fremgangsmåten vår, og kan selv vurdere valgene vi har tatt på veien.

Vi har presentert alle resultat så nært og ærlig opp mot respondentenes svar som mulig. Vi har tilstrebet å presentere funnene våre så nøytralt som mulig, og drøftet uten å gi noen positiv eller negativ verdi på funnene som er gjort.

Vi setter stor pris på alle respondentene som har brukt tid på å svare på spørreskjemaet og ønsker kun at deres besvarelser skal bidra til å gi økt kunnskap som kan bidra til å komme i gang med simulering som metode for kompetanseheving i primærhelsetjenesten.

4 Resultat

I dette kapitlet har vi presentert resultatet av datamaterialet som er samlet inn gjennom vår analyse. Resultatet kan i dette tilfelle også omtales som *empiri*; erfaringer eller data som innhentes ved bruk av systematisk undersøkelse (Malt & Tranøy, 2020).

Resultatet er lagt frem som kategorier med de mest sentrale funnene som har hatt betydning for besvarelsen av vår problemstilling.

4.1 Bakgrunnsinformasjon

Av de som har svart på spørreundersøkelsen er 87 (97%) av respondentene kvinner og 3 (3%) er menn. 51 er mellom 20-39 år (57%) og 39 er over 40 år (43%). 84 er norsk (93%), mens 6 har utenlandsk opphav (7%). Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 26 kommuner og vi fikk svar fra 17 kommuner. Flesteparten arbeider i sykehjem og hjemmetjenesten. 54 har arbeidet som sykepleier i over 10 år (61%), mens 35 har arbeidet som sykepleier i under 10 år (39%). 64 av respondentene har deltatt på proACT-kurs (72%) og 25 har ikke deltatt på kurs (28%). De fleste som deltok på kurset gjorde det i 2019 eller 2020.

4.2 Motivasjon til å gjennomføre simulering

Et av spørsmålene inkludert i spørreskjemaet går som følger: Kunne du tenke deg å øve på situasjoner som kan oppstå i arbeidshverdagen? På dette spørsmålet var det bare de som *ikke* har vært med på ProACT-kurs som skulle avgi svar, men det var likevel noen som hadde deltatt på kurs som svarte. Vi har uansett fått svar fra alle (med unntak av to respondenter) som ikke tidligere har deltatt på simulering. Responsen her var utelukkende positiv og ingen svarte "nei".

Flesteparten av respondentene, 22 (24,7%), ønsker å gjennomføre simulering dersom det kan foregå i arbeidstiden, mens 7 respondenter (7,9%) er motivert for å simulere så lenge det gjøres på fridager med mulighet for avspasering. Siste andelen, 8 respondenter (9%), uttrykker interesse for å gjennomføre uansett betingelser.

Altså, på spørsmål om det kan tenkes å øve på situasjoner som oppstår i arbeidshverdagen, var det så nært som alle av de som svarte som finner dette ønskelig. Bare én person svarte "vet ikke".

4.3 Tilrettelegging og etterspørsel fra ledelsen

1. Er det sammenheng mellom simulering under covid-19 og god forankring i ledelsen?

Under spørsmålet om hvor mange som har fått gjennomført simulering under Covid-19 svarte totalt 77 (86,5%) at de ikke har fått gjennomført simulering mot 12 (13,5%) som sier de har fått gjort det. Når vi sammenlignet dette i en krysstabell med om ledelsen etterspør eller legger til rette for simuleringsaktivitet fant vi at: Av de 12 som svarte de har gjennomført simulering under covid-19 sier 9 at de har god tilrettelegging fra

ledelsen og 7 at de har høy etterspørsel fra ledelsen. De 74 som svarte at de ikke har gjennomført simulering under covid-19 svarte 53 at de har god tilrettelegging fra ledelsen og 46 svarte at de har høy etterspørsel fra ledelsen

Her inkluderte vi et åpent spørsmål der respondenten kunne svare på hvorfor/hvorfor ikke de har fått gjennomført simulering under pandemien.

Av de som ikke hadde fått gjennomført simulering var grunnen blant annet: Hensyn til smittevernreglene eller frykt for smittespredning, ekstra sykefravær knyttet til karantene og smitte, nedprioritert av ledelsen eller at ledelsen var opptatt med møter i forbindelse med smittevern/covid-19. Andre nevnte årsaker var små lokaler med vanskelighet til å holde avstand, omdisponering av lokalene på grunn av covid-19, mangel på tid og mangel på initiativ til simulering.

Der de har fått gjennomført simulering under pandemien svarte de blant annet at de hadde: Hatt opplæring i små grupper, holdt avstand og gjennomført casene muntlig, hatt simulering i faste kohorter eller hatt færre personer på kursene og heller flere kursdager.

2. Simuleres det oftere der det er god forankring i ledelsen?

På spørsmål om hvor ofte det blir gjennomført simulering i året fant vi at 3 respondenter svarte at de har simulering hvert kvartal, 8 har simulering en gang i halvåret, 12 har simulering 1 gang i året, 27 har simulering sjeldnere enn en gang i året og 36 har ikke simulering i det hele tatt.

Når vi ser dette opp mot om ledelsen legger til rette for eller etterspør simuleringsaktivitet på arbeidsplassen kan vi se at hos de 3 som simulerer hvert kvartal foreligger det både god tilrettelegging og høy etterspørsel fra ledelsen. Av de 8 som har svart at de simulerer 1 gang i halvåret har 6 svart at de har høy etterspørsel fra ledelsen, og 7 at de har god tilrettelegging fra ledelsen. Av de 12 som svarer at de simulerer 1 gang i året svarer 8 at de har høy etterspørsel og 9 har svart at de har god tilrettelegging fra ledelsen. De 27 som svarer at det simuleres sjeldnere enn en gang i året svarer 19 at det er høy etterspørsel fra ledelsen, mens 26 svarer at ledelsen tilrettelegger godt for simuleringsaktivitet. Av de 36 som svarer at det ikke gjennomføres simulering, svarer 16 at det foreligger høy etterspørsel og god tilrettelegging fra ledelsen. Der det ikke forekommer simulering er altså det eneste punktet der de, som svarer at ledelsen i liten grad etterspør eller legger til rette for simuleringsaktivitet, er i flertall.

4.4 Initiativtakere til simulering på arbeidsplassen

På spørsmål om hvem som har tatt initiativ til å gjennomføre simulering på arbeidsplassen svarer 38 (42,7%) respondenter at det ikke har blitt tatt initiativ til å gjennomføre simulering. På den andre siden finner vi at 22 (24,7%) respondenter sier ledelsen tar initiativ, 24 (27%) andre svarer at proACT-instruktører har tatt initiativ og 3 (3,4%) svarer at medarbeiderne har vært initiativtaker til simuleringen.

Når vi deretter ser på spørsmålet om det har blitt gjennomført simulering utenom proACT-kurs kan man se at 45 (50,6%) sier de ikke har gått gjennom noen form for simulering utenom proACT-kurs. Av de som har gjort kvalitetsforbedrende tiltak er det 21 (23,6%) respondenter som svarer at de har hatt HLR-simulering, 14 (15,7%) svarer at de har hatt simulering av ulike case og 7 (7,9%) sier de har hatt ferdighetstrening. Funnet tilsier at totalt 42 (47,2%) respondenter har gjennomgått en

form for kvalitetsforbedrende arbeid (utenom proACT-kurs) på sin arbeidsplass, hvorav 35 (39,3%) av dem har brukt simulering som valgte metode.

Det vi kan se er at det stort sett er ledelsen eller proACT-instruktører, 46 av 87 respondenter, som tar initiativ til å benytte seg av simulering som metode på arbeidsplassen. Det vises og en sammenheng mellom at det ikke blir tatt initiativ til å bruke simulering, som var blant 38 av 87 respondenter, og at det ikke blir gjennomført simulering på arbeidsplassen, som ses hos 45 av 87 respondenter.

4.5 Tilgjengelighet for gjennomføring av simulering

Vi valgte å undersøke faktorene *tidspunkt*, *egne rom* og *egnet utstyr*, i forhold til simuleringsaktivitet for å vurdere om noen av faktorene påvirker gjennomførelsen på arbeidsplassene. I hvor stor grad er simulering et tilgjengelig alternativ på arbeidsplassene?

4.5.1 Tidspunkt

9 respondenter (10%) har faste tidspunkt for simulering, 72 (84%) har det ikke, mens 5 respondenter (6%) vet ikke om det er faste tidspunkt for gjennomføring.

På spørsmål om faste tidspunkt og samtidig bruk av simulering, finner vi at 4 respondenter som har gjennomført aktiviteten på arbeidsplassen, har også hatt faste tidspunkt for gjennomføringen. Det er dessuten 5 respondenter som sier at de har faste tidspunkt for simuleringsaktivitet på sine arbeidsplasser, men at de likevel ikke har deltatt på det. 36 respondenter har gjennomført simulering uten at det foreligger et fast tidspunkt for aktiviteten, mens 38 respondenter har verken gjennomført simulering eller har faste tidspunkt for det på arbeidsplassen.

4.5.2 Egnede utstyr

56 respondenter (63%) har egnet utstyr til simulering på arbeidsplassen, 17 (19%) har det ikke, og 16 respondenter (18%) vet ikke om de har egnet utstyr til gjennomføringen.

Av respondentene som har gjennomført simulering, 64 (72%), svarer 28 av dem at der også er egnet utstyr tilgjengelig på arbeidsplassen. 25 respondenter har ikke gjennomført simulering, selv om arbeidsplassen har det nødvendige utstyret. Av de respondentene som svarer at arbeidsplassen *ikke* besitter nødvendig utstyr, er det 14 ansatte som likevel har deltatt på simulering, mens ytterligere 18 ansatte har i det tilfellet ikke simulert.

Altså, 53 respondenter svarer til at de har simuleringsutstyr tilgjengelig på sine arbeidsplasser, men likevel er det 25 av dem som ikke har gjennomført simulering. 32 personer har *ikke* utstyret de behøver, men 14 av dem igjen har likevel deltatt i simuleringsaktivitet på jobben.

4.5.3 Faste rom

28 respondenter (31%) har faste rom til simuleringsbruk, 51 (57%) har det ikke, og 10 respondenter (11%) vet ikke om de har faste rom til å gjennomføre simulering.

Ved å se på sammenhengen mellom hvem av respondentene som har deltatt i simulering og hvem av de som har hatt faste rom til simulering på arbeidsplassen så finner vi store variasjoner. 15 respondenter har gjennomført simulering ved faste rom, mens 27 respondenter har simulert uten at det er egne rom for det. På den annen side er det

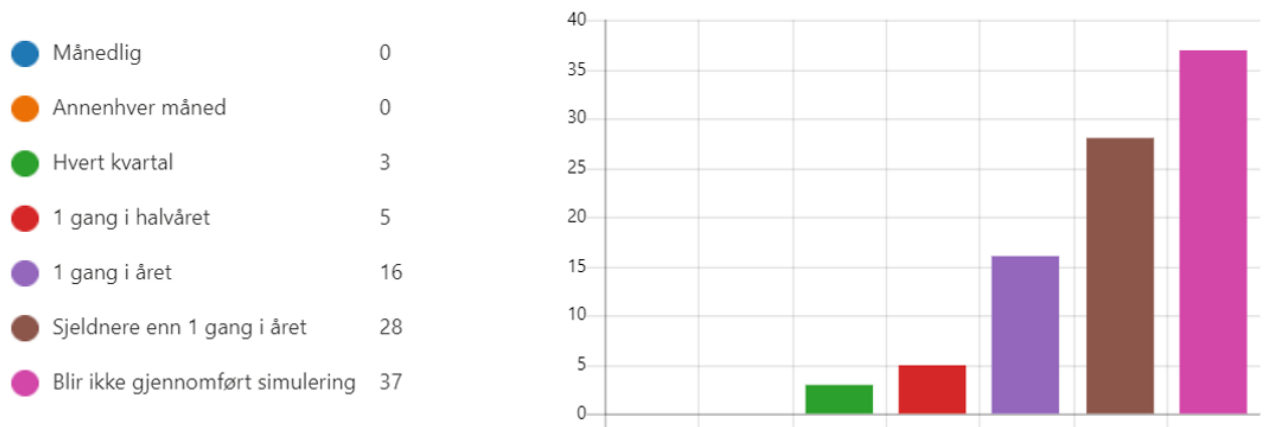
11 stk som sier at de har egne rom for simulering, men at det likevel ikke blir gjennomført. Siste gruppen med 32 respondenter har verken faste rom tilgjengelig, og har heller ikke deltatt i simuleringssaktivitet. Totalt er det 26 sykepleiere som har egne, faste rom å benytte til simulering på sine arbeidsplasser, og hos de resterende 59 sykepleierne er det ikke tilrettelagt med faste rom.

4.6 Kontinuitet ved simuleringssaktivitet

Ut ifra figur 5 herunder, så ser en at det ikke i noen tilfeller blir simulert oftere enn hvert kvartal, og videre at 3 (3,4%) svarer at de har simuleringstrening én gang per kvartal. 5 (5,7%) av respondentene sier at de gjennomfører aktiviteten én gang hvert halvår, og 16 (18,2%) gjennomfører én gang i løpet av ett år. Der det blir gjennomført simulering, så er det flesteparten av dem, 28 (31,5%) respondenter, som gjør det sjeldnere enn én gang i året.

Til slutt ser vi 37 (41,6%) respondenter som sier at simulering ikke blir foretatt på arbeidsplassen.

Figur 5. Søylen viser hvor ofte det blir gjennomført simulering på arbeidsplassen. Figur hentet fra IBM SPSS Statistics.



4.7 Tilgang på kompetanse

For å finne ut om tilgangen på kompetansen i implementering av simuleringstrening på arbeidsplassen kan ha en innvirkning på om det blir gjennomført simulering og eventuelt hvor ofte, sammenlignet vi svarene fra om respondenten hadde deltatt på proACT-kurs og hvor ofte det blir gjennomført simuleringstrening.

Det vi fant da er at alle som simulerer hvert kvartal har deltatt på proACT-kurs. Av 8 som simulerer 1 gang i halvåret, har 6 av dem deltatt på proACT-kurs. 8 av 12 respondenter som simulerer en gang i året, har også deltatt på proACT-kurs, og 27 av 28 respondenter som simulerer sjeldnere enn en gang i året har deltatt på proACT-kurs og der det ikke simuleres har 19 av 37 respondenter gjennomført proACT-kurs.

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven har vi løftet frem de viktigste funnene våre og drøfter de opp mot kunnskapsgrunnlaget og relevant forskning på temaet. Vi har samlet funnene under tre overskrifter. Den første overskriften er «Tilgang på ressurser» som ser på betydningen av strukturelle faktorer som tidspunkt, rom og utstyr, samt kompetanse i forhold til simuleringsaktivitet. Den andre overskriften er "Mye motivasjon, men manglende kontinuitet" som tar for seg viktigheten med planlegging av struktur og frekvens i treningen for å oppnå suksessfull implementering. Ved siste overskrift "Hvilket ansvar har ledelsen?" ser vi på lederrollen i en implementeringsprosess, og hvilken betydning den har for gjennomførelsen av simulering på arbeidsplassen.

5.1 Tilgang på ressurser

Funn vedrørende tilgang på ressurser for simuleringsaktivitet, sier oss at det er stor variasjon på de ulike arbeidsplassene. Vi hadde en forutinntatt idé om at faktorer som faste rom, tidspunkt og utstyr tilgjengelig var av stor betydning for om det ble gjennomført simulering eller ei. Dette ser vi av funnene at ikke spiller en avgjørende rolle som tenkt. Eksempelvis er det 36 ansatte som får simulert selv uten at det er satt av faste tidspunkt for gjennomføringen, og bare 4 ansatte gjennomfører simulering til fastsatte tider.

Men, flesteparten av de som simulerer gjør det med samtidig tilgang til nødvendig utstyr på arbeidsplassen. Dette forteller oss at det er en sannsynlig sammenheng mellom tilgang til utstyr på arbeidsplassen og gjennomførelsesevnen ved simulering. Ved tilgang til egnet rom, finner vi derimot ingen tydelig sammenheng mellom ansatte som gjennomfører simulering og hvor det er faste rom til simuleringsbruk. Flesteparten av de ansatte som simulerer gjør det uten at de har et konkret rom til det bruksområdet.

Dette forteller oss at det ikke er en klar sammenheng som viser at faste tidspunkt eller rom satt av til simulering gjør at det simuleres på arbeidsplassen.

På den annen side kan en respektere det faktumet at sykepleieutøvelse ikke er et forutsigbart yrke. Det er ingen enkel jobb å "sette av tid" til faglig trening når et kjent fenomen ved yrkesutøvelsen er nettopp at "tiden ikke strekker til". En slik forutsetning stiller imidlertid krav til ledelsen gjennom å tydeliggjøre interne retningslinjer som blant annet skal beskrive frekvensen av opplæringen (Helsedirektoratet, 2020). At man ikke har satt av faste tidspunkt kan gjenspeiles i hyppigheten av simulering som vi vil diskutere mer senere.

Jones-Shenk et al (2019) har som del av sin implementeringsteori inkludert variabler som kan påvirke implementering, hvorav indre faktorer som strukturelle karakteristikk er nevnt som en potensiell påvirkningskraft. Det at arbeidsplassen har, eller ikke har, faste rom som skal brukes til treningen, kan imidlertid *ikke* tolkes som en årsak for om det blir simulert på arbeidsplassen eller ikke. I nasjonale faglige råd sier helsedirektoratet (2020) at ferdighetstrening og simulering kan tilpasses virksomhetens nivå og dersom den gjennomføres i virksomhetens lokaler kan gjøre treningen mer relevant og realistisk.

God forberedelse til simulering stiller også krav til at ledelsen har utarbeidet læringsmål, tydeliggjort hvilke ansatte som skal ha aktuell kompetanse og hvilke ressurspersoner som innehar kunnskapen som de skal lære videre til sine kolleger (Helsedirektoratet, 2020). Ettersom mange fremdeles gjennomgår treningen selv når det ikke er definert hvor dette skal ta plass, til hvilket tidspunkt eller med eller uten utstyr, forteller dette oss at det også er andre faktorer som spiller en rolle for simuleringsaktiviteten.

I studien til Jones-Schenk & Bleich (2019) understrekes karakteristikken av de involverte, deriblant kunnskapen og kompetansen deres, som en variabel med påvirkning for implementering av ny praksis. Helsedirektoratet (2020) nevner også tilgang på kompetanse og veiledning som viktig i implementeringsprosessen. Når vi sammenlignet hvor ofte det simuleres på arbeidsplassen med om respondentene har deltatt på proACT-kurs fant vi at der det var personale som har deltatt på proACT-kurs var det oftere gjennomført simuleringstrening. ProACT er basert på en «Train the Trainer»-modell som innebærer at kurssets deltakere får opplæring og ansvar til å selv bli kursinstruktør (Utviklingscenteret, 2020). Dette gir arbeidsplassen mer kompetanse og innblikk i en modell, der man først går gjennom teorien og deretter simulerer caser ut ifra teorien de har gått gjennom, som kan bidra til kompetanseheving på arbeidsplassen. Det kan være en av faktorene til at vi ser at i de tilfellene ansatte har deltatt på proACT-kurs, blir det oftere foretatt simuleringstrening. Funnet kan understøttes av de nasjonalfaglige rådene som sier at ved implementert kvalitetsforbedrende endringer er det viktig å gi mulighet for ansatte å tilegne seg mer kunnskap gjennom kurs eller videreutdanning (Helsedirektoratet, 2020).

Det vi kan se gjennom funnene våre er at tilrettelegging av rom, faste tidspunkt og egnet utstyr ikke er en avgjørende faktor for at det blir simulert på en arbeidsplass. Derimot spiller tilgangen på kompetanse en større rolle. Dette krever forankring i ledelsen gjennom å sende ansatte på kurs for å øke kompetansen. Vi vil diskutere lederens krav og rolle nærmere senere i oppgaven.

5.2 Mye motivasjon, men manglende kontinuitet

Flesteparten av sykepleierne er motivert til å gjøre simuleringsaktivitet dersom det tilrettelegges for det i arbeidstiden, flere er også villige til å gjøre det på fridager med mulighet for å avspasere. Andre gir uttrykk for at betingelsene ikke er viktige, og at treningen likeså godt kan legges opp i arbeidstiden som på en fridag.

Sykepleiere er altså villig og motivert til å benytte simulering som metode for kompetanseheving. Dette leder oss til spørsmålet hvorfor blir det da ikke anvendt i større grad? Vi vet av tidligere forskning at simulering som metode for økt kompetanse er mest effektivt som en repeterende og integrert aktivitet. Kim, Park & Shin (2016) påpeker læringseffekten som størst når det gjøres ved høy frekvens. Helsedirektoratet påpeker og i de nasjonale rådene at aktiviteten bør gjennomføres jevnlig for maksimal læringsgevinst (Helsedirektoratet, 2020). Rutinemessig bruk av læringsmetoden og hyppigheten på treningen har en betydelig sammenheng med graden av trygghet og kvalitet hos helsepersonell i en faktisk pasientsituasjon (Helsedirektoratet, 2020).

Flesteparten av respondentene gjennomfører simulering på arbeidsplassen, noe som bekrefter deres motivasjon for å benytte læringsmetoden. Men motivasjon og interesse

alene er ikke nok for å opprettholde en rutinemessig forbedringsprosess og en implementert praksis. Helsedirektoratet (2020) poengterer viktigheten med klare retningslinjer som beskriver omfanget av opplæringen, deriblant innhold, struktur og frekvens. Det anbefales å legge opp til målinger underveis, eksempelvis tre til seks måneder ut i prosessen, for å vurdere kvaliteten på arbeidet og hvilken effekt det har hatt på medarbeiderne (Helsedirektoratet, 2020). Viktigheten med prosessevalueringer uttrykkes også av Jones-Schenk et al (2019), hvorpå evalueringer tillater en å vurdere hvor godt implementert prosedyrene er, og om noe kan/bør endres på underveis.

Kontinuitet i en opplæringsprosess krever en tydeliggjøring av ansvarsoppgaver, slik at forholdene legges til rette på en måte som gjør aktiviteten tilgjengelig og opprettholdt. (Helsedirektoratet, 2020).

5.3 Hvilket ansvar har ledelsen?

Gjennom vår spørreundersøkelse fant vi at det var vanskelig å få gjennomført simulering under Covid-19. Flere kunne si at dette var fordi det ikke ble prioritert av ledelsen eller fordi ledelsen var opptatt med møter i forbindelse med smittevern/covid-19. Av de få som fikk gjennomført simulering hadde flesteparten både god tilrettelegging og høy etterspørsel fra ledelsen.

Engasjement og støtte fra ledelsen har blitt identifisert som en nøkkelfaktor av Woo et al (2017). Dette understøttes av Helsedirektoratet (2020) som i de nasjonale faglige rådene sier at når man skal implementere endringer og forbedre praksis er det viktig med reell forankring hos ledere, ansatte og berørte brukere. At flere respondenter sier at ledelsen ikke har hatt mulighet til å prioritere simulering kan dermed ses som en mulig forklaring på hvorfor det ikke er simulert like ofte under Covid-19 som det ellers ville vært gjort.

Når vi sammenlignet hvor ofte det ble simulert mot tilretteleggingen og etterspørselen fra ledelsen kan vi se at det simuleres oftere der det er god forankring hos ledelsen. Som nevnt tidligere er forankring i ledelsen viktig for å få implementert endringer og forbedringer i praksis. I helsedirektoratets nasjonale faglige råd (2020) står det at god tilrettelegging til simulering krever at ledelsen utarbeider tydelige læringsmål og at ressurspersoner/instruktører er kartlagt og forberedt på hva som kreves av dem i sine roller. De skal og tydeliggjøre rollefordelingen hos ansatte og etablere retningslinjer som dekker undervisningsoppleggets innhold, struktur og frekvens.

Orvik (2015) beskriver ledelse som en form for samspill kjennetegnet av målsetting, problemløsning og kommunikasjonsutvikling. En sykepleier som tar initiativ til å forbedre en del av praksis, utøver dermed ledelse (Orvik, 2015). Vi spurte om hvem som tok initiativ til simulering på deres arbeidsplass. Flesteparten svare at det var enten ledelsen eller proACT-instruktører, en stor andel svarte og at det ikke var noen som hadde tatt initiativ. Når vi deretter ser på om det har blitt gjennomgått en form for kvalitetsforbedrende arbeid hadde totalt 42 gjort det, mens 45 ikke hadde gjort det. Woo et al (2017) fant i sin undersøkelse at for å få gjennomført kvalitetsforbedringer var det viktig å ha en initiativtaker og at det ikke nødvendigvis måtte være en i ledelsen. Hos dem falt man derimot og tilbake på at det var viktig å ha god støtte hos ledelsen for at initiativtakeren skulle få gjennomført kvalitetsforbedringene. Det sier Woo et al (2017) kan gjøres gjennom for eksempel å sette initiativtakeren som ansvarlig for tiltaket og gi dem rom til å få det gjennomført.

Det vi kan se er at god ledelsesforankring er essensielt for å få etablert simulering som kvalitetsforbedrende tiltak. Det er og viktig med en initiativtaker for å få satt simulering på agendaen, men at ledelsen må støtte opp under initiativet og engasjere seg i arbeidet som må gjøres for å få gjennomført tiltaket enten ved å delegere og gi rom for en initiativtaker eller ved å direkte engasjere seg i arbeidet for å etablere retningslinjer og læringsmål.

6 Konklusjon

I problemstillingen vår spør vi etter hvilke faktorer som er med på å påvirke implementeringen og bruken av simulering som metode for kompetanseheving. De viktigste faktorene kan ses å være forankring i ledelse, motivasjon, initiativ og tilgang på kompetanse. Vi ser at der det er større grad av etterspørsel og tilrettelegging fra ledelsen blir det oftere gjennomført simulering. Det samme gjelder arbeidsplasser der de ansatte er motiverte til å gjennomføre simulering og arbeidsplasser der noen tar initiativ til simulering. Forankring i ledelsen ser og ut til å være viktig for å få god kontinuitet og følgelig større læringsgevinst. Tilgang på kompetanse gjennom, i vårt eksempel, proACT-kurs var en faktor som viste at det oftere ble gjennomført simulering på arbeidsplassen. Vi fant lite som tilsier at faste tidspunkt, faste rom og egnet utstyr var en avgjørende faktor for om det blir simulert på en arbeidsplass.

Funnene våre svarte godt på hypotesen vår om at graden av forankring i ledelsen spilte en rolle for simulering og viste at høy etterspørsel og god tilrettelegging fra ledelsen var en nøkkelfaktor for om det ble gjennomført simulering på en arbeidsplass.

6.1 Implikasjoner for praksis

Studien, og funnene i studien, er av betydning for praksis da en implementering og hyppigere bruk av simulering som metode for å øve på verktøyene ABCDE, NEWS2 og ISBAR vil gjøre helsepersonell tryggere og mer kompetente i reelle pasientsituasjoner (Utviklingssenteret, 2020, Helsedirektoratet, 2020). Simulering er en anbefalt metode for kompetanseheving av Helsedirektoratet (2020) og dersom det blir tatt mer i bruk kan det medføre en forbedret evne til "rask respons" og en kan etterleve kravene formulert i samhandlingsreformen om "rett behandling – til rett sted – til rett tid" (Meld. St. 47, 2008-2009). Dette er særlig aktuelt i dagens primærhelsetjeneste med stadig økende ansvar for sykere pasienter (Meld. St. 26, 2014-2015).

6.2 Videre forskning

Basert på funnene vi har gjort i studien, ser vi et behov for ytterligere forskning for å få en bedre forståelse for hvorfor det ikke blir simulert oftere når det er så stort ønske og vilje blant de ansatte til å øve på ferdigheter. Ved en kvantitativ metode som benyttet i vår studie fikk vi undersøkt utbredelsen av simuleringsaktiviteten på ulike arbeidsplasser, men en kvalitativ studie om simulering som metode for kompetanseheving i kommunene kan være nyttig for å få mer dybdekunnskap, og en større forståelse for "hvor skoen trykker". En kan i den sammenheng se på hvilke tiltak som trengs iverksettes for å oppnå en ideell forbedringsprosess.

Det kan også være av interesse å forske mer på ledelsens rolle i implementering av ny praksis, og innhente data om lederes erfaringer og synspunkt med bruk av systematisk tilnærming i forbedringsprosesser. Her vil det for øvrig være interessant med både en kvalitativ og kvantitativ tilnærming.

Referanser

- Berg, H. & Steinsbekk, A. (2021, 28. januar). *The effect of self-practicing systematic clinical observations in a multiplayer, immersive, interactive virtual reality application versus physical equipment: a randomized controlled trial*. *Advances in Health Sciences Education*, Pages 1 - 6. <https://doi.org/10.1007/s10459-020-10019-6>. [The effect of self-practicing systematic clinical observations in a multiplayer, immersive, interactive virtual reality application versus physical equipment: a randomized controlled trial | SpringerLink](https://doi.org/10.1007/s10459-020-10019-6)
- Bjørnnes, A.K. & Gjevjon, E.R. (2019, 31. oktober). *Kvalitet i kvantitativ metode – et innblikk*. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78806>
<https://sykepleien.no/forskning/2019/09/kvalitet-i-quantitativ-metode-et-innblikk>
- Blomgren, E. (2015). *ProACT – forebygge og behandle livstruende tilstander*. Studentlitteratur.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Gyldendal Akademisk.
- Ehåndboken. (2021, 5. mai). *National Early Warning Score 2 (NEWS2)*. Versjon 8. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/78636>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). Helse- og omsorgsdepartementet. FORSKRIFT FOR-2016-10-28-1250. Lovdata <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helsedirektoratet. (2020, 30. april). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*. Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell mv*. Lovdata. LOV-1999-07-02-64.
Krav til helsepersonells yrkesutøvelse (1999). Kap. 2, § 4. Lovdata.

- <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
- Krav til helsepersonells yrkesutøvelse* (1999). Kap. 2, § 7. Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§7>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm.* LOV-2011-06-24-30. Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Johansen, I.H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (2018). *ABCDE-prinsipper – primær og sekundærundersøkelser*. Legevakthåndboken. Gyldendal Akademisk. [ABCDE-prinsipper - ABCDE – primær- og sekundærundersøkelsen - Legevakthåndboken \(lvh.no\)](https://www.abcde-prinsipper.no)
- Jones-Schenk, J. & Bleich, M.R. (2019, 15. oktober). *Implementation Science as a leadership and Doctor of Nursing practice competency*. The Journal of Continuing Education in Nursing, vol. 50 (11). <https://doi.org/10.3928/00220124-20191015-03>. <https://journals.healio.com/doi/10.3928/00220124-20191015-03>
- Kim, J., Park, J-H. & Shin, S. (2016, 23. mai). *Effectiveness of a simulation-based nursing education depending on fidelity: A meta-analysis*. BMC Medical Education, Vol. 16(152). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0672-7>
<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0672-7>
- Lindenskov, L. (2018, 16. februar). *Bedre pasientbehandling med medisinsk simulering*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/02/bedre-pasientbehandling-med-medisinsk-simulering>
- Lindsey, P.L. & Jenkins, S. (2013, 05. februar). *Nursing students' clinical judgement regarding rapid response: The influence of a clinical simulation education intervention*. Wiley Online Library, Vol. 48(1). <https://doi.org/10.1111/nuf.12002>. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nuf.12002>
- Malt, U. & Tranøy, K. E. (2020, 4. juli). *Empiri*. Store Norske Leksikon, avd. vitenskapsteori. [empiri – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/empiri)
- Meld. St. 10 (2012-2013). *Meld. St. 10 (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester – kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartement. Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.* Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>

Meld. St. 47 (2008-2009). *St. Meld. Nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen.* Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>

Molnes, S. I., Hagen, I. H., Kongshaug, A. V., Vadset, T. B., Ryste, T. O. & Alnes, R. E. (2016, 12. august). *Simulering gir økt læringsgevinst.* Sykepleien.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58047>
<https://sykepleien.no/forskning/2016/06/simulering-som-del-av-et-laeringsforlop-i-geriatrik-sykepleie-studentenes>

Norsk Elektronisk Legehåndbok, NEL. (2020). *NEWS2.* NEWS2 - Norsk Elektronisk Legehåndbok (legehandboka.no)

Norsk Helse Informatikk, NHI. (2019). *NEWS2-nytt i NEL.* NEWS2 - nytt i NEL - NHI.no

Orique, S. B. & Phillips, L. J. (2017, 31. mars). *The effectiveness of simulation on recognizing and managing clinical deterioration: Meta-Analyses.* Western Journal of Nursing Research, vol. 40(4), 582 - 609.
<https://doi.org/10.1177%2F0193945917697224>. [The Effectiveness of Simulation on Recognizing and Managing Clinical Deterioration: Meta-Analyses](#) - Sabrina B. Orique, Lorraine J. Phillips, 2018 (sagepub.com)

Orvik, A. 2015. *Organisatorisk kompetanse – innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen damm akademisk.

Pancucci, S. (2007, 21. november). *Train the trainer: The bricks in the learning community scaffold of professional development.* International Journal of Educational and Pedagogical Sciences, Vol. 1(11), 597 - 604. DOI:
<https://doi.org/10.5281/zenodo.1076078>. [Train the Trainer: The Bricks in the Learning Community Scaffold of Professional Development | Zenodo](#)

ProACTNorge. (2021). *Instruktørkurs.*

- <https://www.proactnorge.org/instrukt%C3%B8rkurs>
- ProACTNorge. (2021). *Organisering*. <https://www.proactnorge.org/organisering>.
- Royal College of Physicians. (2017, 19. desember). *National Early Warning Score (NEWS) 2*. RCPLondon. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>
- Solnick, A. & Weiss, S. (2007, 01. januar). *Hight fidelity simulation in nursing education: A review of the literature*. INACSL, Clinical simulation in nursing, Vol. 3(1). <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2009.05.039>
[https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(09\)00470-8/abstract](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(09)00470-8/abstract)
- Steinsheim, G. & Malmedal, W. (2020, februar). *Tidlig oppdagelse av forverret tilstand*. Tidsskrift for omsorgsforskning. Idunn, Vol. 6. [Tidlig oppdagelse av forverret tilstand - Nr 02 - 2020 - Tidsskrift for omsorgsforskning - Idunn](#)
- Stubberud, D-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet - sykepleiers funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Teigland, T. & Vestnes, M. (2020, mai). *Pro-ACT som kompetanseheving*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). [finalProduction_637255042397470581](#) (ntnu.no)
- Thomsen, L. H. *Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten – fra ABCDE systematisk observasjon og kommunikasjon i kommunehelsetjenesten til KlinObsKommune*. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Legeforeningen.no
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/e1841fd9b4844a44b5d8986cc60d05ce/klinisk-observasjonskompetanse-i-kommuneheletjenesten.pdf>
- Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester. (2020). *Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten*. USHT-samarbeid om klinisk observasjonskompetanse (utviklingscenter.no)
- Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester. (2020). *KlinObsKommune*. Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten (utviklingscenter.no)
- Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester. (2020). *ProACT-fakultetet*.

- Wiik, G.B. & Stamnes, J.H. (2019). *Utvikling av klinisk vurderingsevne gjennom simulering*. Nord universitet, FoU-rapport nr. 42. Bodø.
<https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2589362/FoURapport422019.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Woo, K., Millworm, G. & Dowding, D. (2017, 13. oktober). *Characteristics of Quality Improvement Champions in Nursing Homes: A systematic Review with Implications for Evidence-Based Practice*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(6), 440-446. DOI: <https://doi.org/10.1111/wvn.12262>
- Characteristics of Quality Improvement Champions in Nursing Homes: A Systematic Review With Implications for Evidence-Based Practice - Woo - 2017 - *Worldviews on Evidence-Based Nursing* - Wiley Online Library
- Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (2016). *Sykdom og behandling* (2. utg). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema (se side 41)

Spørreundersøkelse om simulering på arbeidsplassen etter proACT-kurs

Ved å sende inn skjemaet samtykker du i å delta i forskning. Det er frivillig å delta. Alle opplysninger er helt anonyme.

1. Kjønn?

Kvinne

Mann

2. Alder?

20-29 år

30-39 år

40-49 år

50-59 år

60 + år

3. Morsmål?

Norsk

Annet

4. I hvilken kommune(r) jobber du i?

- Aukra
- Aure
- Averøy
- Fjord
- Giske
- Gjemnes
- Hareid
- Herøy
- Hustadvika
- Kristiansund
- Molde
- Rauma
- Sande
- Smøla
- Stranda
- Sula
- Sunndal
- Surnadal
- Sykkylven
- Tingvoll
- Ulstein
- Vanylven
- Vestnes
- Volda
- Ørsta

Anonym

Anonym

5. Jobber du i:

Hjemmetjenesten

Sykehjem

ØHD/legevakt

Bokollektiv

Psykiatri/rus

Other

6. Antall år som autorisert sykepleier:

0-5 år

6-10 år

10+ år

7. Har du deltatt på ProACT-kurs på arbeidsplassen din?

Ja

Nei

8. For deg som IKKE har deltatt på proACT-kurs: Har du noen gang vært med på simuleringstrening (utenom HLR) på din arbeidsplass?

- Ja, èn gang
- Ja, 2-3 ganger
- Ja, 3-5 ganger
- Ja, flere enn 5 ganger
- Nei, har ikke deltatt på simuleringstrening utenom HLR
- For deg som har deltatt på proACT kurs: Merk av denne boksen

9. For deg som IKKE har deltatt på simuleringstrening (utenom HLR) på arbeidsplassen: Kunne du tenke deg å øve på situasjoner som kan oppstå i arbeidshverdagen?

- Ja, dersom i arbeidstiden
- Ja, på fridager dersom mulighet for å avspasere
- Ja, uansett betingelser
- Nei, føler ikke behov for å øve på situasjoner/simulering av ulike caser
- Vet ikke
- For deg som har deltatt på simulering (utenom HLR): Merk av denne boksen

10. For deg som har deltatt på proACT-kurs: Når deltok du?

- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021
- Ikke deltatt på proACT-kurs

11. I hvilken grad etterspør ledelsen på din arbeidsplass proACT aktivitet på arbeidsplassen?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

12. I hvilken grad legger ledelsen på din arbeidsplass til rette for proACT kurs og simuleringsaktivitet på arbeidsplassen?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

13. Får dere gjennomføre proACT kurs som et heldagskurs med like deler teoriundervisning og simulering, slik proACT-modellen er lagt opp?

- Ja, både teori og simulering på en dag
- Teori en dag og simulering en annen
- Bare teori
- Bare simulering
- Vet ikke

14. Har det blitt gjennomført simulering utenom proACT-kurs på din arbeidsplass?

- Ja, simulering av ulike case
- Ja, men bare hjerte- og lungeredning
- Bare ferdighetstrening uten simulering
- Nei
- Vet ikke

15. Hvem tok initiativ til å gjennomføre simulering(er) på din arbeidsplass?

- ProACT-instruktører
- Medarbeidere
- Ledelsen
- Vet ikke
- Har ikke blitt tatt initiativ til å gjennomføre simulering på arbeidsplassen

Other

16. Har dere faste tidspunkt for å gjennomføre simulering på din arbeidsplass?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

17. Har dere faste/egnete rom tilgjengelig for å gjennomføre simulering på din arbeidsplass?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

18. Har dere nødvendig utstyr tilgjengelig for å gjennomføre simulering på din arbeidsplass?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

19. Hvor ofte blir det gjennomført simuleringstrening på din arbeidsplass?

- Månedlig
- Annenhver måned
- Hvert kvartal
- 1 gang i halvåret
- 1 gang i året
- Sjeldnere enn 1 gang i året
- Blir ikke gjennomført simulering

20. Ble/blir det foretatt simulering på din arbeidsplass under covid-19 pandemien?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

21. Hvis nei på forrige spørsmål: Kan du si noe om hvorfor du tror det ikke har blitt gjennomført simulering på din arbeidsplass under covid-19 pandemien?

22. Hvis ja på samme spørsmål: Hvordan ble/blir det tilrettelagt i forhold til smittevern ved simuleringstrening?

This content is neither created nor endorsed by Microsoft. The data you submit will be sent to the form owner.

 Microsoft Forms

