

Astrid Vaarheim Wean

## Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten

Helsepersonell sine erfaringer med  
implementering og bruk av ABCDE, NEWS og  
ISBAR.

Masteroppgave i SYG3900 - Masteroppgave i klinisk sykepleie  
Veileder: Øyvind Kirkevold

Mars 2024



Astrid Vaarheim Wean

# **Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten**

Helsepersonell sine erfaringer med implementering  
og bruk av ABCDE, NEWS og ISBAR.

Masteroppgave i SYG3900 - Masteroppgave i klinisk sykepleie  
Veileder: Øyvind Kirkevold  
Mars 2024

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



Kunnskap for en bedre verden



## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	3
Abstract .....	4
1.0. Introduksjon og bakgrunn .....	5
1.1. Introduksjon .....	5
1.1.1. Forsvarlighet og pasientsikkerhet .....	5
1.1.2. ABCDE, NEWS og ISBAR .....	6
1.2. Bakgrunn for studien .....	10
1.2.1. Opplæring i observasjonskompetanse .....	10
1.2.2. Breddekompetanse .....	11
1.3. Komplekse intervensjoner .....	12
1.4. Implementering .....	12
1.5. Implementering av komplekse intervensjoner .....	13
1.6. Tidligere forskning om ABCDE, NEWS og ISBAR .....	16
1.6.1. NEWS .....	17
1.6.2. ISBAR .....	18
1.7. Relevans for klinisk sykepleie .....	20
2.0. Hensikt og forskningsspørsmål .....	22
3.0. Metode .....	23
3.1. Design .....	23
3.2. Utvalg .....	23
3.3. Datainnsamling .....	25
3.4. Dataanalyse .....	26
4.0. Forskningsetikk .....	29
5.0. Resultater .....	31
5.1. Forhåndskunnskaper om verktøyene og årsaker for innføring .....	31
5.1.1. Kunnskaper om verktøyene før innføring .....	31
5.1.2. Årsaker for innføring .....	32
5.2. Viktigheten av opplæring .....	32
5.2.1. Organisering av opplæringen .....	32
5.2.2. Fremmende faktorer ved opplæringen .....	35
5.2.3. Hemmende faktorer ved opplæringen .....	36
5.3. Bruk av verktøyene .....	37
5.3.1. Bruk av verktøyene krever utstyr .....	37
5.3.2. Fremmende faktorer ved bruk av verktøyene .....	38
5.3.3. Hemmende faktorer ved bruk av verktøyene .....	41
5.4. Erfaringer av endringer etter innføring av verktøyene .....	44
5.4.1. Endret kompetanse og opplevelse av mestring .....	44
5.4.2. Økt trygghet .....	45
5.4.3. Tidligere oppdagelse av endret helsetilstand .....	46
6.0. Resultatdiskusjon .....	47
6.1. Forhåndskunnskaper om verktøyene og årsaker for innføring .....	47
6.1.1. Kunnskaper om verktøyene før innføring .....	47
6.1.2. Årsaker for innføring .....	48
6.2. Viktigheten av opplæring .....	49
6.2.1. Organisering av opplæringen .....	49
6.2.2. Fremmende faktorer ved opplæringen .....	51
6.2.3. Hemmende faktorer ved opplæringen .....	52
6.3. Bruk av verktøyene .....	53
6.3.1. Bruk av verktøyene krever utstyr .....	53

6.3.2. Fremmende faktorer ved bruk av verktøyene .....	55
6.3.3. Hemmende faktorer ved bruk av verktøyene .....	57
6.4. Erfaringer av endringer etter innføring av verktøyene .....	60
6.4.1. Endret kompetanse og opplevelse av mestring .....	60
6.4.2. Økt trygghet .....	60
6.4.3. Tidligere oppdagelse av endret helsetilstand .....	61
7.0. Metodediskusjon .....	62
7.1. Kvalitativ metode .....	62
7.2. Intervjusituasjon .....	62
7.3. Utvalg .....	64
7.4. Troverdighet .....	64
8.0. Konklusjon .....	66
9.0. Referanseliste .....	68
Vedlegg .....	
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	73
Vedlegg 2: Informasjons- og samtykkeskjema .....	74
Vedlegg 3: SIKT .....	77

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** En tredjedel av unødige dødsfall skyldes manglende eller sen oppdagelse av forverret tilstand, mangelfull observasjon og svikt eller misforståelser i kommunikasjon. Økt observasjons- og medisinskfaglig kompetanse og sikker kommunikasjon vil kunne øke pasientsikkerheten. Helsedirektoratet anbefaler at observasjonskompetanse bygger på ABCDE-prinsippene, skåringsverktøyet NEWS og kommunikasjonsverktøyet ISBAR. Etter at samhandlingsreformen ble iverksatt behandles og følges stadig flere pasienter opp i kommunehelsetjenesten. For å kunne ivareta disse pasientene kreves det at sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester innehar stor kompetanse.

**Hensikt:** Undersøke hvilke erfaringer helsepersonell i kommunehelsetjenesten har knyttet til implementering og bruk av ABCDE, NEWS og ISBAR.

**Metode:** Det ble brukt en kvalitativ tilnærming for å belyse tema og forskningsspørsmål. Det ble gjennomført 4 intervju med til sammen 9 deltakere. En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet og brukt under intervjuene og intervjuene ble tatt opp med lydopptaker. For analyse av data ble det brukt en tematisk analysemetode.

**Resultat:** Intervjuene resulterte i fire hovedtema: 1) Forhåndskunnskaper om verktøyene og årsaker for innføring, 2) Viktigheten av opplæring, 3) Bruk av verktøyene, 4) Erfaringer av endringer etter innføring av verktøyene

**Nøkkelord:** National Early Warning Score (NEWS), Early Warning Score (EWS), ISBAR, ABCDE, erfaringer, helsepersonell

## **Abstract**

**Background:** A third of unnecessary deaths are due to missing or late detection of a worsening condition, inadequate observation and failure or misunderstandings in communication. Increased observational and medical professional expertise and safe communication may enable an increase in patient safety. The Norwegian Directorate of Health recommends that observation skills are based on the ABCDE principles, the NEWS screening tool and the ISBAR communication tool. After the implementation of the cooperation reform more patients are being treated and followed up in the municipal health care services. In order to take care of these patients, it's required that nurses in the municipal health care services have high competence.

**Aim:** To investigate the experiences of health personnel in the municipal health care services relating to the implementation and use of ABCDE, NEWS and ISBAR.

**Method:** A qualitative approach was used to enlighten the themes and research questions. 4 interviews were conducted with a total of 9 participants. A semi-structured interview guide was prepared and used during the interviews. The interviews were recorded by an audio recorder. For analysing the data, a thematic method was used.

**Result:** The interviews resulted in four main themes: 1) Prior knowledge of the tools and reasons for introduction, 2) The importance of instruction, 3) Use of the tools, 4) Experiences of changes after the introduction of the tools

**Key words:** National Early Warning Score (NEWS), Early Warning Score (EWS), ISBAR, ABCDE, experiences, health personnel



## **1.0. Introduksjon og bakgrunn**

Med flere års erfaring fra ulike deler av kommunehelsetjenesten har jeg sett at hvilke observasjoner som gjøres, hvilke målinger som blir tatt og hvordan dette dokumenteres varierer etter hvem som er på vakt. Det varierer hvordan pasienter med forverret tilstand fanges opp og håndteres. Jeg så at det var behov for å sikre at ansatte hadde kompetanse i å foreta systematiske observasjoner og følge opp eventuelle endringer, og jeg, i samarbeid med ledelsen, tok derfor initiativ til innføring av kurskonseptet laget av proACT i kommunen der jeg jobber. Ansatte i sykehjem, hjemmetjeneste og bo- og aktivitetstjeneste har vært eller skal gjennom undervisningsopplegget. Denne studien handler om helsepersonell i hjemmesykepleien og i sykehjem sine erfaringer med implementering og bruk av verktøyene i proACT.

### **1.1.Introduksjon**

Med bakgrunn i at en tredjedel av unødige dødsfall skyldes manglende eller sen oppdagelse av forverret tilstand, mangelfull observasjon og svikt eller misforståelser i kommunikasjon kom Helsedirektoratet i 2020 med nasjonale faglige råd angående tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand (Helsedirektoratet, 2020). Økt observasjons- og medisinskfaglig kompetanse og sikker kommunikasjon vil kunne øke pasientsikkerheten og bidra til at færre pasienter blir innlagt og reinnlagt på sykehus (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2022). I Norge er pasientsikkerhetsarbeid forankret i en nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023) og er samlet under slagordet «I trygge hender 24-7» (Helsedirektoratet, 2021). Handlingsplanen har som hovedmål å redusere forekomsten av pasientskader og er videreført og videreutviklet fra pasientsikkerhetskampanjen (2011-2013) og det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014-2018) (Helsedirektoratet, 2022b).

#### **1.1.1. Forsvarlighet og pasientsikkerhet**

Virksomheter som yter helsetjenester plikter å sørge for faglig forsvarlige helsetjenester der pasientsikkerhet og sikkerhetskultur er viktig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 og Cappelen, 2018). Pasientsikkerhet beskrives som at tjenestene som tilbys skal «være trygge og sikre» (Aase, 2015). Helsepersonell skal straks gi helsehjelp når hjelpen er påtrengende nødvendig, og rask respons ved forverring av somatisk tilstand er en svært viktig del av det å kunne gi helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999 og Helsedirektoratet, 2020). Helsedirektoratets






nasjonale faglige råd knyttet til tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand stiller en rekke krav til virksomhetene, deriblant at virksomhetene bør:

- sikre at ansatte med pasientkontakt innehar kompetanse for å avdekke og følge opp pasienter med forverret somatisk tilstand,
- ha rutiner for systematiske observasjoner av pasienters vitale funksjoner
- etablere rutiner for varsling og respons ved tegn til forverret tilstand
- sikre at muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell er systematisk og strukturert

### **1.1.2. ABCDE, NEWS og ISBAR**

Helsedirektoratet (2020) sine nasjonale faglig råd anbefaler at observasjonskompetanse bygger på ABCDE-prinsippene; A = Airway (luftveier) – B = Breathing (respirasjon) – C = Circulation (sirkulasjon) – D = Disability (bevissthet) – E = Exposure (helkroppsundersøkelse og omgivelser, skåringsverktøyet NEWS; National Early Warning Score og kommunikasjonsverktøyet ISBAR; I = Identifisering – S = Situasjon – B = Bakgrunn – A = Aktuell tilstand – R = Råd/anbefaling.

Lommekortet fra Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2020b) er utviklet for å være en systematisk huskeliste når man skal observere pasienter. I kolonnen til venstre ser man ABCDE. Kolonnen i midten viser hva man skal observere ved hjelp av sansene, klinisk blick og hvilke målinger som skal tas etter ABCDE. Kolonnen til høyre viser hvilke tiltak som kan være aktuelle ut ifra symptomer og tilstand.

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

Sykdomstilstand kan endre seg raskt! Husk å revurdere ABCDE og tiltakenes effekt. Tilkall mer hjelp ved behov.

Kontakt ansvarlig sykepleier/lege (følg lokale rutiner), legevakt (116 117) eller AMK (113) ved alvorlige funn og/eller bekymring for pasienten.



Figur 1 – Lommekort ABCDE (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2020b)

Ved å systematisk gå gjennom ABCDE vil man ta flere vitale parametere og kartlegge følgende: Respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, om pasienten får oksygentilførsel, puls, blodtrykk, bevissthetsnivå og temperatur. Da har man alt man trenger for å regne ut NEWS-skår. De ulike verdiene settes inn i skjemaet der hver parameter gir en skår. Til slutt summerer man alle skårene og får en total NEWS-skår.

## NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS2)

FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO <sub>2</sub> Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO <sub>2</sub> Skala 2 (%) *	≤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
Pulsfrekvens (pr. 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	

Denne versjonen er oversatt etter © Royal College of Physicians

### \*\* Bevissthetsnivå:

A = Alert (Våken)  
 C = Confusion (Nyoppstått forvirring)  
 V = Voice (Reagerer på tiltale)  
 P = Pain (Reagerer på smertestimulering)  
 U = Unresponsive (reagerer ikke på tale- eller smertestimulering)

### \* Skala 2:

Lege skal dokumentere i journal når skala 2 skal brukes.  
 Ved alle andre tilfeller brukes Skala 1

**VED HJERTESTANS RING 113 OG START HLR**

Figur 2 – Lommerkort NEWS forside (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2020b)

Videre kan man se hvilke tiltak man skal iverksette ut ifra hvilken NEWS-skår man får. Jo høyere skår, desto høyere er risikoen for død innen 24 timer. Kolonnen klinisk respons er tilpasset kommunehelsetjenesten.

## TILTAK ETTER NEWS-SKÅR – Lav poengsum utelukker IKKE alvorlig sykdom

NEWS SKÅR	OVERVÅKNINGSFREKVENNS	KLINISK RESPONS*	FARE FOR MORTALITET
0	Minimum hver 12. time	<ul style="list-style-type: none"> <li>Følg rutinene for NEWS<sub>2</sub> overvåkning ved ditt arbeidssted</li> </ul>	Lav
Totalt 1-4	Minimum hver 4.–6. time	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informer ansvarlig sykepleier/helsepersonell på vakt om NEWS<sub>2</sub> skår</li> <li>Ansvarlig sykepleier/helsepersonell tar stilling til økt overvåkningsfrekvens, behov for kliniske tiltak og/eller legevurdering</li> </ul>	Lav
Skår 3 i ett parameter	Minst én gang per time	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvarlig sykepleier/helsepersonell skal kontakte lege umiddelbart for vurdering</li> <li>Vurderer behov for tettere overvåkning eller høyere behandlingsnivå</li> </ul>	Lav-Middels
Totalt 5 eller høyere Grenseverdi for rask respons	Minimum 1 gang i timen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvarlig sykepleier/helsepersonell skal umiddelbart kontakte lege</li> <li>Lege vurderer behov for overflytting til høyere behandlingsnivå</li> </ul>	Middels
Totalt 7 eller høyere Øyeblikkelig respons	Kontinuerlig overvåkning av vitale funksjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvarlig sykepleier/helsepersonell skal umiddelbart kontakte ansvarlig lege, legevakt og/eller 113</li> <li>Videre behandling på riktig behandlingsnivå med kontinuerlig overvåkning vurderes. Dette må vurderes opp mot behandlingsbegrensede hensyn.</li> </ul>	Høy

© Royal College of Physicians


NEWS<sub>2</sub> er et supplerende hjelpemiddel for å bedømme vitale funksjoner hos voksne og må alltid brukes i kombinasjon med helsepersonellens kompetanse og kliniske skjønn.  
 \*Kolonnen KLINISK RESPONS er tilpasset kommunehelsetjenesten gjennom utvikling av dette lommerkortet.

KlinObsKommune - v.2.5 - 2020

Figur 3 – Lommerkort NEWS bakside (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2020b)

ISBAR er et kommunikasjonsverktøy som skal sikre trygg og strukturert kommunikasjon i helsetjenesten (Kompetansebroen, u.å.). I, Identifikasjon, innebærer at den som tar kontakt identifiserer seg selv og hvilken pasient det gjelder. Videre informerer man om S, situasjon, og hvorfor man tar kontakt. På B, Bakgrunn, oppgir man aktuelle diagnoser og et kort sammendrag av forløpet til pasienten. Under A, aktuell tilstand, sier man sin vurdering av problemet og oppgir vitale parametere og NEWS-skår. I siste del, R, Råd, foreslår man oppfølging og tiltak, sier ifra om man trenger hjelp og avklarer videre plan og ansvar. Observasjoner etter ABCDE kan være aktuelle å ta med underveis dersom det er viktig i den situasjonen man står i.

Det finnes ulike versjoner av ISBAR-sjekkliste. Alle har samme prinsipp ved at man går gjennom I – S – B – A – R, men kan være tilpasset de ulike nivåene eller profesjonene i helsetjenesten. Nedenfor ses et eksempel på ISBAR-sjekkliste.


Versjon 3.0

**ISBAR-sjekkliste**  
(Kommunikasjon om pasientbehandling)

Husk å dokumentere i pasientjournalen etterpå!  
TIF. MIG: 64260 (hele døgnet)

<b>I</b> dentitet Si ditt navn, stilling og avdeling			
Pasientnavn:		Fødselsdato:	
<b>S</b> ituasjon «Jeg ringer fordi...» Beskriv:			
<b>B</b> akgrunn Pasientens innleggesdiagnose og et kort resymé av forløpet:			
<b>A</b> ktuell tilstand Din vurdering av problemet:		<b>R</b> åd: Oppfølging og tiltak? Behov for hjelp? Videre plan og ansvar?	
Vitale parametere		Kl: *	Kl: *
A	Respirasjonsfrekvens		
	SpO <sub>2</sub>		
B	Oksygentilførsel		
C	Blodtrykk		
	Puls		
	Diurese		
D	Blodsukkermåling		
	Bevissthet		
E	Temperatur		
<b>*NEWS Skår</b>		Total skår	Total skår
Noter navn på den du har snakket med:			

© Akershus universitetssykehus

Figur 4 – ISBAR-sjekkliste (Kompetansebroen, u.å.)

## **1.2. Bakgrunn for studien**

Etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 behandles og følges stadig flere pasienter opp i kommunehelsetjenesten (Aldring og helse, u.å. og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2022). Pasientene har kortere liggetid på sykehus, de er sykere, det er flere eldre og stadig flere har kroniske og sammensatte sykdomstilstander (Aldring og helse, u.å., Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2022 og Blomgren, 2015). En rapport fra Helsedirektoratet viser at det etter innføring av samhandlingsreformen var en stor økning i antall utskrivningsklare pasienter og liggedager, mens andelen reinnleggelser var stabil (Helsedirektoratet, 2019c). Rapporten sier at når pasientene har kortere liggetid så kan det bety at kommunene tar imot sykere pasienter enn tidligere. For å kunne ivareta pasienter med alvorlige, komplekse og behandlingkrevende sykdommer kreves det at sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester innehar stor kompetanse på disse områdene (Storli et al., 2016, Bruvik et al., 2017, Helsedirektoratet, 2020 og Blomgren, 2015). Helsedirektoratets rapport forteller at reinnleggelser kan bety at det er for få ressurser eller for lite kompetanse i kommunehelsetjenesten til å ivareta disse pasientene, men sier også noe om at det kan bety at pasientene ble skrevet for tidlig ut fra spesialisthelsetjenesten. Videre viser rapporten at pasientene som skrives ut har mange lidelser, «og mer enn ni av ti pasienter har mer enn én sykdom» (Helsedirektoratet, 2019c).

### **1.2.1. Opplæring i observasjonskompetanse**

KlinObsKommune, Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten, har utviklet læringsmaterieill til kompetansearbeid i kommunehelsetjenesten og er blitt brukt til opplæring i observasjonskompetanse (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2020a). De har en trinnvis, fleksibel modell for oppbygging av klinisk observasjonskompetanse og den kan tilpasses alle kommunale helse- og omsorgstjenester. For hvert av de fem trinnene finnes det ferdig utviklet undervisningsmaterieill. Trinn 1 og 2 fokuserer på utviklingen av ferdighetskompetanse, grunnleggende ferdigheter innen ABCDE-metodikk og hjerte- og lungeredning. Trinn 3 fokuserer på utviklingen av metodekompetanse og kommunikasjon ved hjelp av ABCDE, NEWS og ISBAR, mens trinn 4 og 5 fokuserer på utviklingen av samhandlingskompetanse ved hjelp av scenariotrening med fokus på samhandling og kommunikasjon i team (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2020a).

For å nå målene på trinn 3 er det anbefalt å ta i bruk proACT-metodekurs (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2021). Målene med trinn 3 er at man gjennom trening på gjenkjennbare pasientcaser utvikler forståelse for metoden og faglig kompetanse. I samarbeid med annet helsepersonell er fokuset å gjøre observasjoner, iverksette tiltak, gjøre risikovurderinger og kommunisere med hverandre. For å få tilgang til kurset kreves det medlemskap i proACT-fakultetet (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2021).

ProACT sitt kurskonseptet «Tidlig oppdagelse, rask respons og teamarbeid ved forverret somatisk tilstand» (proACT Norge, 2022b) har hensikt «å forbedre pasientbehandling og pasientsikkerhet» (proACT Norge, 2022a). proACT har fokus på hvordan helsepersonell kan være proaktive, tidlig oppdage en forverret eller truet situasjon, eller tidlig oppdage en akutt sykdomsforverring hos pasienten (Blomgren, 2015, og proACT Norge, 2022a). Ved å objektivt observere vitale funksjoner, foreta undersøkelse etter ABCDE prinsippene og bruke NEWS vil man få forslag til hvordan man skal behandle en akutt og kritisk syk pasient. I tillegg brukes ISBAR for å sikre strukturert kommunikasjon (Blomgren, 2015). Gjennom et todagers instruktørkurs får de som deltar en grundig gjennomgang i hvordan de tidlig kan oppdage, behandle og forebygge livstruende tilstander ved bruk av verktøyene (proACT Norge, 2022a). Instruktørkurset omfatter teoriundervisning, refleksjoner, ferdighetstrening og kommunikasjonsøvelser. De som blir instruktører, kan etter gjennomført kurs undervise ansatte i egne kommuner og får tilgang til undervisningsmateriellet til proACT.

ProACT har erstattet det tidligere brukte konseptet ALERT: Acute, Life-threatening Events, Recognition and Treatment. ProACT og ALERT er nesten like i bruk og handler begge om systematisk kartlegging ved hjelp av observasjonsverktøy (Hilsen, 2020).

### **1.2.2. Breddekompetanse**

Ansatte har ulik utdanning og sitter med ulike erfaringer. Det er viktig å bruke bredden av kompetansen alle sitter med for å bygge kompetanse der pasienten er (Blomgren, 2015). Det må vektlegges å «utdanne helsepersonell som er tilpasset de kommunale oppgavene i fremtiden» (Blomgren, 2015, s.112). Kommunikasjon ved hjelp av de samme verktøyene NEWS og ISBAR i hele pasientforløpet kan bidra til å sikre overganger mellom ulike nivåer i helsetjenesten (Blomgren, 2015).

Et søk på «klinisk observasjonskompetanse» i Google viser at fagskoler tilbyr videreutdanning i dette, men med flere ulike navn; klinisk vurderingskompetanse (AOF Fagskolen, 2022), klinisk observasjonskompetanse og handlingsberedskap (Fagskolen Rogaland, u.å.), og observasjons- og vurderingskompetanse i helsetjenesten (Fagskolen i Viken, u.å.). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) sier at «Kandidaten skal kunne ta ansvar for å gjøre selvstendige, systematiske kliniske vurderinger» og «kan anvende faglig kunnskap om helse og sykdom for å systematisk observere, vurdere [...] hensiktsmessige sykepleietiltak». Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020) sier at kandidaten skal ha «bred kunnskap om systematiske kliniske undersøkelsesmetoder og standardiserte vurderingsverktøy».

### **1.3. Komplekse intervensjoner**

I boken «Complex interventions in health» (Richards & Hallberg, 2015) sier Richards at det er relativt greit å definere hva en intervensjon er og definerer det som «... any action taken by health care workers [...] with the aim of improving the well-being of people with health and/or social care needs» (Richards & Hallberg, 2015, s.2). Videre sier han at det å klart definere hva som gjør en intervensjon «kompleks» er mer krevende og at de fleste intervensjoner har en grad av kompleksitet. Innføring av metoder som krever systematisk opplæring av personell, bruk av nytt utstyr, nye prosedyrer og endring av andre rutiner må sies å være komplekse. Det å ta i bruk ABCDE, NEWS og ISBAR må derfor ses på som en kompleks intervensjon.

Utvikling og implementering av komplekse intervensjoner omtales som fire separate steg som utvikling, testing, evaluering og implementering (Shahsavari et al., 2020). Selv om en intervensjon som for eksempel innføring av ABCDE, NEWS og ISBAR har vist god effekt i forskning, så er det mer komplisert å ta det i bruk enn for eksempel å endre et legemiddel. Derfor vil selve implementeringsprosessen være viktig.

### **1.4. Implementering**

Det forskes mye og det er viktig at forskningen kommer til nytte for pasientene sier Flottorp & Aakhus (2013), som har skrevet en artikkel om implementering og implementeringsforskning. De definerer implementering slik:



Implementation research is the scientific study of methods to promote the systematic uptake of clinical research findings and other evidence-based practices into routine practice, and hence to improve the quality (effectiveness, reliability, safety, appropriateness, equity, efficiency) of health care. It includes the study of influences on healthcare professional and organizational behaviour (Flottorp & Aakhus, 2013, s.189).

Det nyeste innen forskning bidrar ikke til å forbedre folks helse hvis ikke ny kunnskap tas i bruk. Samtidig må ny kunnskap ha dokumentert effekt og metodene må ha blitt evaluert før de tas i bruk. I en allerede hektisk hverdag er det lite tid og vanskelig å holde seg oppdatert på forskning ved å lese vitenskapelige artikler. «Gode retningslinjer kan være til hjelp, som et bindeledd mellom forskning og praksis» (Flottorp & Aakhus, 2013, s.188). Ved implementering har man ønske om å innføre noe nytt (Helsedirektoratet, 2021b). Her vil det være ønske om og behov for at ny kunnskap man har kommet fram til gjennom forskning omsettes til praksis (Flottorp & Aakhus, 2013, og Helsedirektoratet, 2021b). En stor utfordring er å sikre at praksis bruker veletablert kunnskap som også er av god kvalitet (Flottorp & Aakhus, 2013). Implementering kan skje lokalt eller det kan være på tvers av foretak og regioner, i eller mellom kommuner (Helsedirektoratet, 2021b).

### **1.5. Implementering av komplekse intervensjoner**

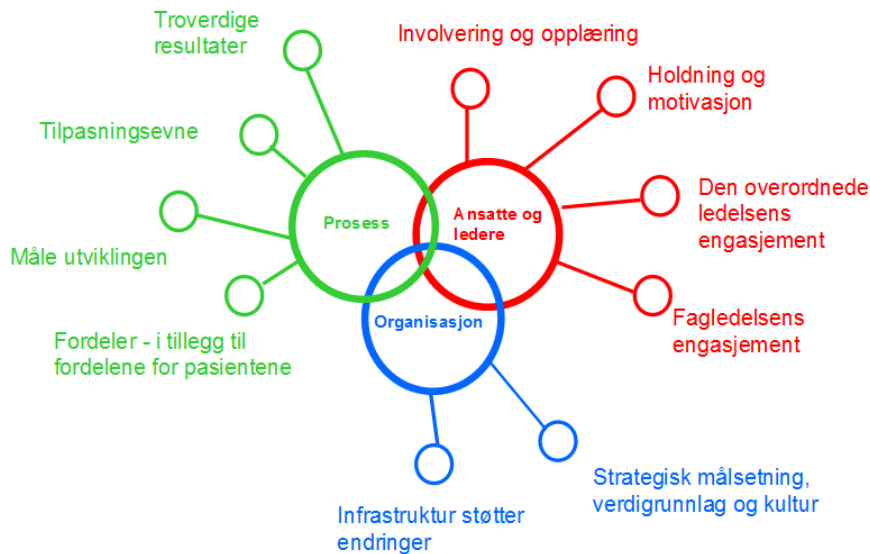
Implementering er en kompleks prosess der flere faktorer påvirker prosessen (Helsedirektoratet, 2021b). «Viktige prinsipper det er nyttig å ha med seg er behovet for implementerbare, kunnskapsbaserte intervensjoner, og evne, kapasitet og kompetanse til å gjennomføre implementeringsprosessen og vedlikeholde forbedringene som oppnås» (Helsedirektoratet, 2021b). Faglige retningslinjer og pasientsikkerhetstiltak, som de nasjonale faglige rådene angående tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand, er føringer som skal implementeres og føringene må være implementerbare. Det må komme tydelig fram hva som er ufravikelig og hvilke lokale tilpasninger som kan gjøres. Videre er rammebetingelser, kultur og en systematisk tilnærming til implementeringsprosessen viktige faktorer og forutsetninger for å lykkes med arbeidet (Helsedirektoratet, 2021b). «Et nyttig verktøy for deg som skal implementere i egen virksomhet, er sjekklister og plan for implementering» (Helsedirektoratet, 2021b).

Implementering i helsetjenesten involverer gjerne at flere ansatte må stå sammen som et team, og utfordringer oppstår når noen føler seg forpliktet til implementering og andre ikke gjør det (Weiner, 2009). Noen ansatte ønsker kanskje en endring og verdsetter endringen som skal gjøres, andre kan kjenne på et press om at de må delta, mens andre kan kjenne på en følelse av at de burde delta, men mangler motivasjon. Ansatte som ønsker og verdsetter endringen vil ha større motivasjon for gjennomføring enn noen som ikke ønsker en endring (Weiner, 2009).

I følge Weiner (2009) er det ulike årsaker til at folk deltar i implementeringsarbeid. I implementeringslitteraturen brukes ofte begrepet «readiness to change» (von Treuer et al., 2018). Det vil være nærliggende å tenke at ansattes forhåndskunnskaper om det som skal implementeres vil være viktig motivasjon for gjennomføring av endringene. Noen kan mene at en endring er nødvendig eller at endringen er effektiv og vil kunne løse noen problemer, mens andre kan mene at det gagnar pasienter, kollegaer eller dem selv at en endring gjøres. Helsetjenesten har mange ansatte og det er lite sannsynlig at alle er like mye motiverte for alle endringer som gjøres. Det kan være hensiktsmessig å starte en endringsprosess ved å undersøke om ansatte er motiverte til å delta, at de forstår at endringen er nødvendig, viktig og har en verdi (Weiner, 2009, og Alolabi, 2021). Effekten av endringen er større når ansatte deler en felles forståelse og har tillit til at de i fellesskap kan gjennomføre komplekse endringer som har en verdi (Weiner, 2009). Motstand mot endring og usikkerhet påvirker prosessen negativt, og ansattes tidligere erfaringer, særlig endringer som ikke har vært vellykket, kan bidra til at ansatte ikke ønsker å delta i endringsarbeidet som skal gjøres (Alolabi et al., 2021). Ledelse har vist seg å ha en sentral rolle i endringsarbeid og endringen må være godt forankret hos ledelsen (von Treuer et al., 2018, Sandvik et al., 2011, og Helsedirektoratet, 2021b). Ledelsen må håndtere motstand og bruke ulike tilnærminger for å håndtere dette (Alolabi et al., 2021).

Sandvik et al. (2011) så i sin studie på strategier som var effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus. Mye av dette er overførbart til implementering av undervisningskonseptet proACT. Studien viser at man må ha oppmerksomhet på tilgjengelige ressurser og hva som eventuelt mangler (Sandvik et al., 2011). Tilgang til proACT lærebok og kartleggingsverktøyene NEWS og ISBAR må være til stede for opplæring og bruk. Tid til gjennomføring av kurs og til å lære seg konseptet er viktig. Økonomi vil spille en rolle, da alle ansatte skal gjennom kursing.

National Health Service, NHS, sin modell for vedvarende forbedring gir praktiske råd om implementering og hvordan man skal opprettholde et forbedringsarbeid som fører til økt kvalitet og bedre pasientopplevelser til lavere kostnader (Maher et al., 2010 og Helsebiblioteket, 2019). De tre hovedområdene i modellen er prosess, ansatte og ledere, og organisasjon. Modellen viser kompleksiteten i et forbedringsarbeid og faktorer som må være ivaretatt for å lykkes.



Figur 5 – Modell for vedvarende forbedring (Maher et al., 2010 og Helsebiblioteket, 2019).

For å lykkes med prosessen og kunne opprettholde en varig endret praksis er sannsynligheten for dette mye større hvis ansatte ser fordelene ved endringen, både for seg selv, for pasientene og for hele organisasjonen. Underveis må de dokumentere forandringene som har ført til bedre resultater. Forbedringene og tiltakene må integreres og skrives ned i rutiner og retningslinjer og være en del av det daglige arbeidet slik at de ikke forsvinner selv om det blir utskiftninger i personalet. I tillegg bør man kunne måle om prosessene fungerer og bruke det i videre arbeid (Maher et al., 2010, Helsebiblioteket, 2019 og Helsedirektoratet, 2021b).

Ledelsens engasjement og støtte ses på som de viktigste faktorene (Maher et al., 2010, Helsebiblioteket, 2019, Helsedirektoratet, 2021b, og von Treuer et al., 2018). «Forankring er en viktig nøkkel for å lykkes» (Helsedirektoratet, 2021b). Det er viktig å involvere personalet og gi opplæring slik at de får god kompetanse på den nye måten de skal jobbe på. Involvering

gir ofte motivasjon, informasjon og kompetanse til å aktivt delta i forbedringsarbeidet. Det må jobbes med å redusere motstand og heller styrke personalets opplevelse av eierskap, noe som krever at ledelsen er involvert slik at forbedringene blir prioritert og akseptert (Maher et al., 2010 og Helsebiblioteket, 2019, og von Treuer et al., 2018). Ledelsen bør skissere hvilke fordeler endringen kan gi, og skissere hvordan ansattes involvering påvirker dette (von Treuer et al., 2018).

Det forbedringsarbeidet som gjøres må samsvare med organisasjonens mål, verdigrunnlag og kultur. Både ledelsen og personalgruppa må forstå sammenhengen og fordelene dette arbeidet kan gi. Endringstiltakene bør ivaretas i systemene og infrastrukturen gjennom at ressursbruk og funksjonsbeskrivelser viser hvordan man arbeider, at det finnes prosedyrer og hvordan man skal gi god og nok informasjon (Maher et al., 2010 og Helsebiblioteket, 2019).

Hovedhensikten med opplæring og eventuelle endringer i rutiner er at personalet faktisk skal jobbe i henhold til de nye rutineene og være tro til det man har lært. Likevel har det vist seg at det å være tro, «fidelity», faktisk er en av de største utfordringene når nye metoder og rutiner skal innarbeides (Ginsburg et al., 2016).

For å evaluere implementeringsprosessen er det viktig å identifisere hemmende og fremmende faktorer som har påvirket prosessen (Dogherty & Estabrooks, 2015). Man må se på om ABCDE, NEWS og ISBAR er tatt i bruk og hvordan. «Barriers are factors that inhibit the implementation of practice change [...] and facilitators are factors that make implementation easier» (Dogherty & Estabrooks, 2015, s.274). Man må systematisk utforske hemmende og fremmende faktorer i en implementeringsprosess og bruke denne informasjonen til å utvikle intervensjoner med mål om å forbedre helse- og omsorgstjenestene. Hemmende og fremmende faktorer i implementering eksisterer på flere nivåer, også ved implementeringer i helse- og omsorgstjenesten. Hemmende faktorer omtales som regel oftere enn fremmende faktorer, men det er viktig å huske på at den samme faktoren noen ganger kan ses på som både hemmende og fremmende (Dogherty & Estabrooks, 2015).

### **1.6. Tidligere forskning om ABCDE, NEWS og ISBAR**

I et litteratursøk på temaene fang jeg lite tidligere forskning om implementering av de tre verktøyene ABCDE, NEWS og ISBAR sammen. Det finnes noe forskning om verktøyene

hver for seg, men ikke nødvendigvis om selve implementeringen. Flere av studiene er likevel interessante, da de forteller om bruk av verktøyene og om helsepersonell sine erfaringer.

Totalt ble seks studier funnet. Av disse så var det kun Sletner & Halvorsrud (2020) sin studie som så på de tre verktøyene sammen. Deres studie undersøkte erfaringene til helsepersonell i kommunehelsetjenesten i Norge med å bruke Modified Early Warning Score (MEWS) etter undervisning i Acute, Life-threatening Events, Recognition and Treatment (ALERT). MEWS var brukt før NEWS, og ble i sin tid utviklet for å standardisere kartleggingen (Kjøøl et al., 2020).

Undervisningskonseptet ALERT ga opplæring i bruk av de standardiserte observasjonsverktøyene MEWS, ABCDE og ISBAR (Sletner & Halvorsrud, 2020). Dette bidro til bedre kunnskap, faglig trygghet, økt trygghet ved observasjon og bevissthet om kritisk syke. Flertallet av helsearbeiderne hadde etter undervisning brukt systematiske observasjonsverktøy mer, de gjorde andre eller flere observasjoner, de hadde større trygghet i prioriteringen av tiltak og endringer hos pasienten ble fanget opp raskere. Det var ulikheter i erfaringene med ALERT når det gjaldt utdanning, antall års erfaring og arbeidssted. Helsepersonell med lavere arbeidserfaring rapporterte at undervisningen hadde bidratt til større trygghet ved tiltaksprioritering og økt bruk av akuttskjema. Helsepersonell uten bachelor gjorde i større grad flere og andre observasjoner enn før undervisningen sammenlignet med de med bachelor (Sletner & Halvorsrud, 2020).

De andre fem studiene handler om NEWS og ISBAR hver for seg, og det er derfor valgt å presentere funn om de to kartleggingsverktøyene hver for seg.

### **1.6.1. NEWS**

To studier gjort utenfor sykehus viste at bruk av NEWS ga helsepersonell økt selvtillit og de ble tatt på alvor når de tok kontakt med annet helsepersonell (Russell et al., 2020 og Brangan et al., 2018). Studiene til Russell et al. (2020) og Brangan et al. (2018) ble gjort i England, og Russell et al. skulle identifisere utfordringer og se på positive effekter av implementering av NEWS i sykehjem, mens Brangan et al. så på bruk av NEWS utenfor sykehus. NEWS bidro til at pasientene ikke ble innlagt på sykehuset så lenge det ikke var nødvendig (Russell et al., 2020 og Brangan et al., 2018). NEWS ga trygghet til helsepersonell i å se an situasjonen dersom skåren var lav (Brangan et al., 2018), men samtidig ble pasientene prioritert dersom

NEWS var stigende (Brangan et al., 2018 og Steinseide et al., 2022). Steinseide et al. (2022) sin studie ble gjort i Norge og hadde som hensikt å identifisere og beskrive bruk av verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand utenfor sykehus.

NEWS ble sett på som et enkelt hjelpemiddel og nyttig i kommunikasjon mellom helsepersonell og på tvers av helsetjenestene (Russell et al., 2020, Brangan et al., 2018 og Steinseide et al., 2022). Noen opplevde derimot at dersom man var i kontakt med helsepersonell som ikke visste hva NEWS var fikk de ikke samme respons og ble ikke alltid tatt på alvor (Russell et al., 2020 og Brangan et al., 2018). Flere hadde høye forventninger om at kommunikasjonen skulle forbedres ved hjelp av NEWS og syntes det var utfordrende hvis den andre parten ikke anså NEWS som verdifullt og troverdig (Brangan et al., 2018). Brangan et al., (2018) sin studie viste at legene brukte NEWS minst og var minst mottakelig for NEWS.

Brangan et al. (2018) så i sin studie at helsepersonell var bekymret for at pasienter med alvorlig sykdom som hodeskade, hjerneskade eller akutt hjertesykdom ble nedprioritert grunnet lav NEWS-skår, og de understreket derfor at klinisk vurdering og sykehistorie alltid måtte gjøres i tillegg til NEWS.

Kun en tredjedel av deltakerne i Russell et al. (2020) sin studie tok NEWS regelmessig. Andre studier viste at NEWS ikke ble brukt til alle pasientene, men at det kom an på problemstilling og ved klinisk endring i pasientenes tilstand (Brangan et al., 2018 og Steinseide et al., 2022). Noen opplevde at implementeringen av NEWS ble begrenset av personell som hadde manglende kompetanse i grunnleggende ferdigheter, men også manglende kontinuitet med endringer i ledelsen og gjennomtrekk av personale ble sett på som hemmende faktorer med implementeringen (Russell et al., 2020 og Steinseide et al., 2022).

### **1.6.2. ISBAR**

En studie gjort av Haddeland et al. (2021) undersøkte hvordan helsepersonell i sykehus opplevde bruk av ISBAR i klinisk praksis. ISBAR ble sett på som nyttig både i muntlig og skriftlig dokumentasjon og særlig ved pasientoverføringer. Resultatene viste at helsepersonell følte at de fikk mer respekt av annet helsepersonell når de kommuniserte ved hjelp av ISBAR. De påpekte viktigheten av å bruke samme språk og innhold når man skulle kommunisere og mente at ISBAR var nødvendig for å redusere feil i pasientbehandlingen grunnet

misforståelser eller uklar kommunikasjon. De brukte ISBAR som en støtte når de skulle gjøre kliniske vurderinger og anså bruken av ISBAR som hensiktsmessig å bruke ved akutt pasientforverring både i og utenfor sykehus.

En annen studie, gjort av Tangvik et al. (2021) undersøkte helsepersonell i sykehus sine erfaringer med muntlig overflyttingsrapport før og etter implementering av ISBAR. I studien oppga 69% av deltakerne at undervisningen om ISBAR hadde gitt dem større selvtillit og ferdigheter til å gi en muntlig rapport. De fikk økt bevisstgjøring om hvilken informasjon som burde overleveres muntlig. Før implementeringen varierte strukturen i en overflyttingsrapport etter hvem som ga rapporten og det varierte hvilken informasjon om pasienten som ble formidlet. Helsepersonell følte seg tryggere på å overta ansvaret for pasientene etter implementeringen og 95% mente at ISBAR kunne forbedre pasientsikkerheten og pasientbehandlingen. Deltakerne oppga undervisning, lommekort og plakater som de mest effektive implementeringstiltakene.

Etter at ISBAR ble tatt i bruk var overflyttingsrapporten mer tidseffektiv og mer like for alle pasientene uavhengig av hvem som ga rapporten (Tangvik et al., 2021 og Haddeland et al., 2021). ISBAR bidro til mer strukturert kontakt med annet helsepersonell og økte bevisstheten om hvor viktig det er å spørre om råd, få klare tilbakemeldinger og bekrefte meldinger og intervensjoner (Haddeland et al., 2021 og Sletner & Halvorsrud, 2020).

Studien til Haddeland et al. (2021) viste ulike erfaringer mer tverrprofesjonelt samarbeid. Noen opplevde at legene ikke var interessert i å bruke ISBAR, at noen leger ikke tillot sykepleierne å formidle sine vurderinger og en lege opplevde oppsummering som kritikk. Flere av deltakerne sa at det var behov for en endring, særlig blant de eldre legene, for at det skulle bli større aksept for å bruke ISBAR. I motsetning opplevde noen at det tverrprofesjonelle samarbeidet ble bedre ved hjelp av ISBAR ettersom de brukte samme innhold og språk når de kommuniserte. Helsepersonell sa at de følte seg mer likeverdig og inkludert da alle hadde en viktig rolle. De sa at å tenke høyt sammen i team ga en felles forståelse for hvordan man kunne håndtere situasjonen best. De hadde økt fokus på tydelighet i roller og ansvar i teamet og pasientens problem ble kommunisert raskere og mer spesifikt.

Det er lite forskning på verktøy knyttet til oppdagelse av forverret tilstand hos eldre, særlig i kommunehelsetjenesten (Steinseide et al., 2022). Det finnes svært lite forskning på bruk av

verktøyene ABCDE, NEWS og ISBAR sammen. Med bakgrunn i at stadig flere eldre, alvorlig syke behandles i kommunehelsetjenesten og Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand er det behov for ytterligere forskning på dette området.

Resultatene av studien vil være viktig i det videre arbeidet med verktøyene og kan si noe om det er behov for ytterligere opplæring og eventuelt på hvilke områder og til hvem. Resultatene vil også kunne si noe om det er behov for justeringer og nye rutiner. Resultatene vil kunne brukes i videre kvalitets- og utviklingsarbeid i kommunen for å sikre økt observasjons- og medisinskfaglig kompetanse og sikker kommunikasjon.

### **1.7. Relevans for klinisk sykepleie**

Sykepleieren skal observere og foreta kliniske vurderinger (Almås et al., 2011). Sykepleieren er nær pasienten og må kunne fange opp tidlige tegn til endringer i tilstanden til pasientene og kunne iverksette tiltak. De observasjonene som gjøres er utgangspunktet for sykepleierens vurderinger, beslutninger og handlinger. Sykepleieren må ha sterk faglig og oppdatert kunnskap, klinisk erfaring og bruke sansene for å kunne gjøre riktige og gode observasjoner (Almås et al., 2011).

proACT skal gi økt kunnskap og bidra med verktøy slik at sykepleieren kan gjøre gode observasjoner, vurdere og iverksette tiltak i riktig rekkefølge, og bidra til bedre pasientbehandling og økt pasientsikkerhet (proACT Norge, 2022a).

Sykepleieren har dokumentasjonsplikt og skal dokumentere observasjoner og vurderinger i pasientens journal (Helsepersonelloven, 1999). I journalen skal innholdet være relevant og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som gis skal stå.

En avansert klinisk sykepleier (AKS) har en klinisk breddekompetanse som bygger på kompetansen fra bachelorutdanningen og fra egen klinisk erfaring (Helsedirektoratet, 2021a). En AKS har fokus på å tidlig identifisere og vurdere sykdom og risikofaktorer hos pasienten (Fagerström, 2019). Den kliniske breddekompetansen brukes som et grunnlag for å kunne gjøre gode vurderinger og vil være viktig i fremtidens helse- og omsorgstjeneste, da helsevesenet har behov for økt kompetanse (Helsedirektoratet, 2021a og 2019b).



«En avansert klinisk allmennsykepleier er utdannet til å se helheten, både hos pasienten og i systemet. De gjør systematiske, kliniske undersøkelser og vurderinger, fungerer som koordinator, faglig støtte og veileder andre kollegaer. Slik forebygger vi bedre, øker pasientsikkerheten og tryggheten hos pasienter, pårørende og i det faglige fellesskapet» (Helsedirektoratet, 2022a).

Som AKS er klinisk vurdering og pleie, omsorg og behandling sentrale deler av den pasientnære kliniske sykepleien som skal utøves (Fagerström, 2019). En AKS må ha god evne til å observere risikofaktorer, atypiske symptomer, tegn til helseproblemer, tidlig oppdage problemer og handle forebyggende. Dette innebærer blant annet tidlig oppdagelse av symptomer og tegn på sykdom og risikofaktorer, systematisk innsamling av helsehistorie og gjennomføre kliniske intervensjoner (Fagerström, 2019). Her kan ulike program og aktuelle verktøy, for eksempel proACT med ABCDE, NEWS og ISBAR, være gode hjelpemidler.

## **2.0. Hensikt og forskningsspørsmål**

Det er mange tilnærminger og metoder for å evaluere en implementeringsprosess (Skivington et al., 2021 og Shahsavari et al., 2020). Et fellestrekk er at erfaringene og opplevelse til de som er målgruppen for implementering, om hva som fungerte og hva som ikke fungerte, er viktig (Skivington et al., 2021 og Shahsavari et al., 2020). Det ble derfor designet en kvalitativ eksplorativ studie med den hensikt å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell i kommunehelsetjenesten har knyttet til implementering og bruk av ABCDE, NEWS og ISBAR.

For å kunne belyse dette er det utarbeidet tre forskningsspørsmål:

- Hvordan beskriver deltakerne at de var forberedt før innføring av verktøyene?
- Hvordan beskriver deltakerne hemmende og fremmende faktorer ved innføring av verktøyene?
- Hvordan erfarer helsepersonell at verktøyene er tatt i bruk?

### **3.0. Metode**

Dette kapittelet presenterer studiens metode og forskningsetiske overveielser.

#### **3.1. Design**

Denne studien har en kvalitativ tilnærming med et eksplorerende design. «Kvalitativ metode er en forskningsmetode som brukes ved innsamling og analyse av kvalitative data. Dette er data som vanligvis foreligger i form av tekst [...]» (Grønmo, 2023). Kvalitative studier handler ofte om få individer der deres opplevelser og erfaringer undersøkes (Grønmo, 2023 og Sverdrup, 2021). Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell i kommunehelsetjenesten har knyttet til implementering av ABCDE, NEWS og ISBAR. Kvalitativ metode vil i denne studien være egnet som metode, da helsepersonell sine egne erfaringer og opplevelser vil komme fram og gi en forklaring på deres handlinger og holdninger (Sverdrup, 2021). Det ble valgt kvalitativ metode med eksplorativt design med bakgrunn i at det er gjort lite forskning på helsepersonells erfaringer med implementering av verktøyene ABCDE, NEWS og ISBAR i Norge.

«På områder med lite forskningsbasert kunnskap fra før kan kvalitative forskningsmetoder være velegnet [...] Å være eksplorerende innebærer at du tar sikte på å finne ut noe om forståelser og sammenhenger som ikke er beskrevet i annen forskning, og hvor du følgelig er ute etter å opparbeide ny kunnskap på måter som ikke allerede er kjent» (Sverdrup, 2021, s.59).

#### **3.2. Utvalg**

I denne studien er helsepersonell fra to kommuner i Midt-Norge valgt ut som deltakere. Sammensetning og deltakerne bestemmes i stor grad av formålet med det som skal undersøkes og tilgjengelighet av aktuelle informanter (Kvale & Brinkmann, 2021c).

I begynnelsen var det tenkt å intervju ansatte i egen kommune, men verktøyene var relativt ferske for de fleste og det var mange som ikke hadde hatt opplæring eller tid til å bruke verktøyene nok og bli godt kjent med dem. Som instruktør har jeg vært med på opplæringen av mange ansatte i egen kommune og jeg kjenner mange av de ansatte. Det kunne da tenkes at de ikke ville fortalt alt de ville fortalt om intervjueren hadde vært en annen (Sverdrup, 2021).

For å rekruttere deltakere til studien tok jeg kontakt med personer jeg fikk kjennskap til gjennom instruktørkurset i proACT og som jeg visste kunne sette meg i kontakt med kommuner som hadde innført verktøyene. Jeg tok videre kontakt med to ledere i to ulike kommuner og informerte om studien.

Følgende inklusjonskriterier ble utarbeidet for krav til deltakelse:

- Helsepersonell som jobber i kommunehelsetjenesten
- Verktøyene må være implementert i kommunen
- Deltatt på opplæring i verktøyene

Det var viktig å få inkludert deltakere som hadde erfaringer med implementeringen av verktøyene ettersom dette var studiens hensikt. Jeg sendte informasjons- og samtykkeskjema (se vedlegg 2) til lederne i de aktuelle kommunene og avtalte tid for intervju med dem. De valgte ut deltakere til studien etter hvem som ville delta og hvem som hadde anledning på det tidspunktet som var avtalt. Noen deltakere hadde fått videresendt informasjons- og samtykkeskjema fra sin leder i forkant av intervjuene og hadde fylt dem ut. Andre hadde ikke fått videresendt skjemaet i forkant og det ble satt av tid før intervjuene for at de lese gjennom skjemaet og skrive under. Dette for å sikre at alle deltok frivillig og visste hva de skulle delta i.

Utvalget ble totalt ni deltakere fra sykehjem og hjemmesykepleie, med henholdsvis fire deltakere fra en kommune og fem deltakere fra en annen kommune. Den ene kommunen hadde innført verktøyene for flere år siden og den andre kommunen hadde startet innføring et års tid før intervjuene fant sted. Det ble til sammen gjennomført fire intervjuer. I tre av intervjuene deltok to personer, mens i et intervju deltok tre personer. Alle jobbet i kommunehelsetjenesten og alle som deltok i samme intervju kjente hverandre og jobbet sammen.

Tabell 1 – Oversikt over deltakere i studien

<b>Kjønn</b>	Kvinne	8
	Mann	1
<b>Yrkesbakgrunn</b>	Sykepleier	5
	Fagarbeider	3
	Assistent	1
<b>Tjeneste</b>	Sykehjem	4
	Hjemmesykepleie	5
<b>Instruktør i proACT</b>	Instruktør	4
	Ikke instruktør	5

Det ble vurdert om sykepleiere, fagarbeidere, assistenter og instruktører skulle skilles i intervjuene, men ettersom alle skulle ha god kjennskap til verktøyene ville det ikke ha noen betydning om de ble blandet. Hvilke yrkesgrupper som deltok i de ulike intervjuene varierte, men felles var at de alle hadde hatt opplæring i verktøyene.

### 3.3. Datainnsamling

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide i forkant av intervjuene som skulle ivareta trygghet og fleksibilitet i intervjusituasjonen og var en slags huskeliste for å få svar på forskningsspørsmålene (Sverdrup, 2021). Spørsmålene i intervjuguiden var utarbeidet for å få svar på forskningsspørsmålene. Det ble ikke gjennomført pilotintervju.

To av intervjuene ble holdt fysisk, hvor jeg og deltakerne satt i samme rom og alle kunne se hverandre. De to andre intervjuene ble holdt på teams, der deltakere satt sammen under intervjuene. Dette var på grunn av lang kjørevei og at det ikke var gjennomførbart med et fysisk møte med tanke på tiden jeg hadde til disposisjon.

Alle intervjuene ble startet med en uformell prat, at jeg ga en kort introduksjon om studien og deltakerne fikk stille eventuelle spørsmål. Det ble forsøkt å stille åpne spørsmål der deltakerne kunne fortelle fritt om temaet, men det var utarbeidet underspørsmål i intervjuguiden hvis det ble behov for det. Det var totalt seks hovedspørsmål og et til åtte underspørsmål. «Mulighet til variasjon er viktig i denne typen intervjuer fordi du er ute etter å få mest mulig kunnskap om dine informaners vurderinger, meninger, holdninger og erfaringer». (Sverdrup, 2021, s.62).

Det ble variasjoner i rekkefølge og tema. Deltakerne fikk svare og snakke seg ferdig selv om temaet gled over i et annet tema. Det ble noen ganger forsøkt å styre samtalen tilbake og det ble stilt oppfølgingsspørsmål hvis det var behov for utdypende svar, også oppfølgingsspørsmål som ikke sto i intervjuguiden. Jeg svarte deltakerne med korte, bekræftende ord eller ansiktsuttrykk underveis i intervjuene for å gi de positive tilbakemeldinger og vise at jeg var interessert i det de fortalte. Praten gikk lett og alle deltakerne sa noe underveis i intervjuene, selv om noen snakket mer enn andre. De fire intervjuene var ulik i innhold og lengde, da det varierte hvor utfyllende svarene til deltakerne var og hvor mange oppfølgingsspørsmål det var behov for å stille. Intervjuene varierte fra 25 til 40 minutter og ble gjennomført i januar og februar 2023.

### **3.4.Dataanalyse**

Intervjuene ble transkribert, det vil si at intervjumaterialet gikk fra tale til skriftlig tekst, og ble gjort av meg som intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2021d og Sverdrup, 2021). Dette var en tidkrevende prosess.

Det ble foretatt en tematisk analyse beskrevet av Braun & Clarke (2021). Tematisk analyse er en metode for å utvikle, analysere og tolke mønstre på tvers av et kvalitativt datasett (Braun & Clarke, 2021). Det innebar en systematisk prosess med koding av data for å finne temaer som kunne svare på hensikten. Tematisk analyse som metode ga verktøy for å organisere, spørre og tolke data, men innebar også å tenke og ta valg underveis i prosessen (Braun & Clarke, 2021).

Braun og Clarke (2021) og NTNU (u.å.b) beskriver tematisk analyse som en prosess med seks faser. Fase en innebar at jeg ble kjent med innholdet i dataene som var samlet inn. Jeg leste gjennom intervjuene flere ganger og hørte gjennom lydopptakene to ganger for å være sikker på at det var riktig transkribert. I fase to jobbet jeg systematisk og grundig med dataene for å identifisere data som virket relevante for forskningsspørsmålene. Det ble utarbeidet en tabell fra hvert intervju med ulike kolonner. I kolonne en skrev jeg hva jeg hadde spurt om. I kolonne to skrev jeg sitatet som var transkribert ordrett. I tredje kolonne skrev jeg innholdseneheten, altså innholdet fra sitatet, men skrevet om. I kolonne fire ble koden presentert.

Jeg hadde fokus på å fange opp hva som faktisk hadde blitt sagt og navngi dette. Det ble svært mange koder. I fase tre ble kodene samlet for å skape et mønster av hovedtema på tvers av intervjuene. Det ble forsøkt å finne meningsfulle svar for å få en forståelse av hva det handlet om. Videre i fase fire ble det utviklet kategorier som samlet flere koder ut ifra hva de handlet om. Videre ble disse igjen samlet i større hovedkategorier. Jeg måtte gå flere runder for å komme videre og finne riktig plassering og navn. I fase fem ble temaene avgrenset, definert og navngitt. Det var viktig at navnet skulle beskrive hva det faktisk handlet om. I siste fase, fase seks, ble resultatene skrevet ut, det ble trukket fram eksempler og det ble produsert en rapport av hele analysen.

Det ble laget et tematisk kart over analysen. Hele veien ble det sjekket at kategoriene ga mening. Det ble i noen tilfeller behov for å endre kodene ved å slå de sammen eller dele de opp om de hadde flere viktige poeng. Noen koder ble fjernet, da de allerede var tatt med eller ikke ga mening.

Tabell 2 – Eksempler på koding

<b>Spørsmål fra intervjuer</b>	<b>Sitat fra intervju (meningsenheter)</b>	<b>Innholds enhet / kondenserte meningsenheter</b>	<b>Kode</b>
Hvordan foregikk undervisningen?	Vi ordnet mange caser	Informantene ordnet mange caser til undervisningen	Instruktørens organisering av opplæringen
	Det er jo veldig kunnskapsløftende egentlig, til ansatte dette her da	Undervisningen er kunnskapsløftende for ansatte	Økt kunnskap
Var det noen utfordringer knyttet til undervisningen?	Det er alltid utfordrende med tid da	Det er alltid utfordrende med tid når man skal ha undervisning	Tidsbruk

Tabell 3 – Eksempler på analyseprosessen

Kode	Kategori	Hovedkategori	Tema
Instruktørenes kunnskaper før undervisningen	Opplæring av instruktører	Organisering av opplæringen	Viktigheten av opplæring
Kursing av instruktører			
Fagdag	Organisering av opplæringen		
Planlagt i turnus			
Prioritere opplæring			
Digitale kurs	Teoretisk og praktisk opplæring		
Teori og praksis			
Praktisk øving			
Satsing på verktøyene	Involvering av ledelsen	Fremmende faktorer ved bruk av verktøyene	Bruk av verktøyene
Støtte fra ledelsen			
Yngre leger ber om NEWS	Samhandling på tvers av helsetjenestene		
Samme språk på tvers av helsetjenestene			
Nyttige målinger for ambulansepersonell			
Manglende interesse blant fastlegene	Utfordringer på tvers av helsetjenestene	Hemmende faktorer ved bruk av verktøyene	
Manglende kunnskaper ved legevakta			
Økt trygghet blant helsepersonell	Økt trygghet	Økt trygghet	Erfaringer av endringer etter innføring av verktøyene
Økt trygghet for pasientene			
Økt kompetanse			
Økt kompetanse	Kompetanseheving	Endret kompetanse og opplevelse av mestring	
Mestring	Mestring		



#### **4.0. Forskningsetikk**

«Forskningsetikk handler om å utføre etisk god og ansvarlig forskning» (Birkeland, 2019). De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019) har fire hovedprinsipper i sine generelle forskningsetiske retningslinjer: Respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Gjennom studien bidrar de etiske prinsippene i forskningsetikkloven til at forskningen følger gjeldene regler, er aktsom og forsvarlig, noe som er forskerens ansvar (Langtvedt 2017). Når man forsker er må på utkikk etter ny kunnskap og en grunnleggende forutsetning for å nå målet om sannhetsbestrebelse er «ærlighet, åpenhet, dokumenterbarhet og systematikk» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Studien ble tidlig meldt til SIKT, kunnskapssektorens tjenesteleverandør, ettersom studiene innebar behandling av personopplysninger (Sverdrup, 2021, Birkeland, 2019 og NTNU, u.å.a.).

«Personer som deltar i forskning, som informanter eller på en annen måte, skal behandles med respekt» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Deltakerne i forskningen ble informert om studiens formål og designets hovedtrekk (Kvale & Brinkmann, 2021a). Det ble utarbeidet et informasjons- og samtykkeskriv som alle deltakerne signerte på (Sverdrup, 2021). Deltakerne i studien måtte samtykke skriftlig både med tanke på forskningsetikk og personvern (Birkeland, 2019). Informert samtykke innebar at jeg var sikker på at deltakerne var med frivillig og de fikk informasjon om at de kunne trekke seg (Kvale & Brinkmann, 2021a, og De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Det var imidlertid ikke mulig å trekke seg fra studien etter transkripsjonen, da jeg ikke kunne plukke ut hva den enkelte hadde sagt etter at dataene er anonymisert. Dette var det informert om i informasjons- og samtykkeskjema. Deltakerne fikk informasjon om hvem som skulle få tilgang til intervjuet og at de kunne få tilgang til transkripsjonen (Kvale & Brinkmann, 2021a).

Det ble brukt lydopptaker for å registrere informasjonen som kom fram i intervjuene (Sverdrup, 2021). Det kunne vært mindre arbeid i etterkant å notere fortløpende under intervjuet i stedet for å ta opp, men det ville det vært vanskelig å både lede intervjuene, påse at alle fikk si noe og samtidig skrive ned alt. Det var ikke mulig å finne en medhjelper til å være med. Lydopptakeren bidro til at jeg fikk gjennomført et best mulig intervju (Sverdrup, 2021). Dataene ble lagret på mitt personlige hjemmeområde (M:-disk) i NTNU sine systemer og kun jeg hadde tilgang til dem i henhold til NTNU retningslinje (NTNU, u.å.a.).

Data som ble brukt i studien skal ikke kunne tilbakeføres til informantene (Sverdrup, 2021).

Alle dataene ble behandlet med konfidensialitet og anonymisert slik at deltakerne ikke kunne gjenkjennes og identifiseres (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019, Sverdrup, 2021 og Kvale & Brinkmann, 2021a). For å sikre at data ikke kunne identifisere deltakerne ble for eksempel stedsnavn transkribert som «...» i teksten. I følge Kvale & Brinkmann (2021a, s.106) så skal anonymisering beskytte deltakerne, men kan også frata deltakerne «nettopp den stemme i forskningen som kanskje opprinnelig er påberopt som dens formål».

Forskerens empati og engasjement kunne påvirke kvaliteten på studien (Kvale & Brinkmann, 2021a). I intervju er intervjueren selv «det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap» (Kvale & Brinkmann, 2021a, s. 108). Funnene er offentliggjort «så nøyaktig og representativ for forskningsområdet som mulig» (Kvale & Brinkmann, 2021a, s.108). Forskeren bør være uavhengig og bør unngå sammenblandinger av roller og relasjoner (Kvale & Brinkmann, 2021a og De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Jeg hadde før intervjuene ikke noe kjennskap til deltakerne og innføringen av verktøyene som ble gjort i deres kommune, men hadde hatt stort engasjement for innføring av verktøyene i egen kommune og hadde mye kunnskap om tema før intervjuene.

## 5.0. Resultater

Resultatene er fra intervjuer i to kommuner i Midt-Norge. En kommune innførte verktøyene for flere år siden, før proACT kom. Den andre kommunen innførte verktøyene omtrent et år før intervjuene fant sted ved hjelp av konseptet proACT. Felles for begge kommunene var at alle hadde kjennskap til og kunne bruke verktøyene ABCDE, NEWS og ISBAR.

Tabell 4 – Studiens resultater skjematisk framstilt

Forhåndskunnskaper om verktøyene og årsaker til innføring	Viktigheten av opplæring	Bruk av verktøyene	Erfaringer av endringer etter innføring av verktøyene
Kunnskaper om verktøyene før innføring	Organisering av opplæringen	Bruk av verktøyene krever utstyr	Endret kompetanse og opplevelse av mestring
Årsaker for innføring	Fremmede faktorer ved opplæringen	Fremmede faktorer ved bruk av verktøyene	Økt trygghet
	Hemmende faktorer ved opplæringen	Hemmende faktorer ved bruk av verktøyene	Tidligere oppdagelse av endret helsetilstand

### 5.1. Forhåndskunnskaper om verktøyene og årsaker for innføring

Det var forskjeller i hvilke kunnskaper informantene hadde om verktøyene før de fikk opplæring og før innføringen startet i deres kommune. Noen hadde hatt kunnskaper om verktøyene i mange år, mens for andre var de helt nye. Det var også ulike årsaker til at verktøyene ble innført i deres kommune.

#### 5.1.1. Kunnskaper om verktøyene før innføring

Noen informanter hadde fått kjennskap til verktøyene for flere år siden da de var på kurs gjennom 24-7, tidlig oppdagelse av forverret tilstand. 24-7 er en del av slagordet «I trygge hender 24-7» som har fokus på pasientsikkerhet. Andre informanter, som var utdannet de siste årene, fikk kjennskap til verktøyene mens de studerte. En av informantene hadde studert i et annet nordisk land og informerte om at NEWS og ABCDE var en del av utdanningen der også og at verktøyene var de samme som i Norge. De fleste informantene hadde først hørt om verktøyene når de fikk opplæring gjennom jobb og verktøyene ble tatt i bruk, de hadde ikke hørt om dem eller hatt noe opplæring i de under studiene. De hadde dermed ingen forhåndskunnskaper om verktøyene. En informant sa: «Jeg kommer ikke på å ha hatt noe om

dette mens jeg gikk skoleutdanningen, nei. Det var ikke snakk om noe observasjonskompetanse, ABCDE og... Nei.».

Informantene som var instruktører i proACT var på kurs før resten av ansatte fikk opplæring. Det ble dermed snakk om verktøyene på arbeidsplassen, Noen av instruktørene hadde presentert proACT og verktøyene kort på et personalmøte for ansatte, og noen hadde derfor hørt litt om verktøyene før de var på opplæring. Verktøyene ble ikke tatt i bruk før ansatte hadde hatt opplæring.

### **5.1.2. Årsaker for innføring**

Informantene fortalte om at det var ulike årsaker til at verktøyene ble innført hos dem. Noen sa at de over tid hadde etterspurt og sett etter konkrete verktøy som kunne hjelpe dem i vurderinger de skulle ta. De opplevde at det var mye synsing og tanker omkring det at en pasient begynte å bli dårlig, men at de ikke hadde noen konkrete tall eller fakta å forholde seg til, noe de særlig savnet når de for eksempel skulle kontakte lege. Informantene sa at de tok målinger tilfeldig ved at de kjente pasientene godt og så endringer i deres helsetilstand.

Andre sa at de hadde hatt ønske om, og tenkt lenge på, å ta i bruk verktøyene, da de hadde hørt en del om dem. De hadde ikke kommet i gang tidligere på grunn av mangel på instruktør på arbeidsplassen og mangel på kurstilbud.

## **5.2. Viktigheten av opplæring**

I alle intervjuene var opplæring noe av det viktigste knyttet til innføring av verktøyene. Innføringen krevde godt organisert opplæring og det var flere faktorer som både fremmet og hemmet opplæringen. Det varierte hvordan opplæringen ble gitt, men alle hadde en form for simulering og caser. Følelsen av å være trygg, at alle fikk samme opplæring og at alle hadde samme utgangspunkt var noen av de fremmende faktorene. At ikke alle fikk delta på opplæring og mye tidsbruk til planlegging og opplæring ble sett på som en hemmende faktorer.

### **5.2.1. Organisering av opplæringen**

Det var proACT-instruktørene i kommunene som organiserte opplæring av ansatte. De av informantene som var instruktører sa at de måtte sette seg godt inn i teorien omkring verktøyene før de skulle holde kurs slik at de kunne det godt.

«Prøvde litt selv først vi da, at vi viste vi kunne det godt før vi hadde undervisningen, at vi tok en del NEWS på hverandre og tok på noen på bygda, og tok en ISBAR bare for å ha prøvd det».

Noen av informantene som kjente til verktøyene fra de tok utdanning hadde fått enda mer kunnskap etter å ha deltatt på instruktørkurs. De syntes det var greit å få delta på kurs og få systematikken rundt verktøyene før de selv skulle undervise og at det var mye bedre enn å skulle lære seg det på egen hånd.

Instruktørene ordnet mange caser til undervisningen. Casene var ment som øving til deres kollegaer som måtte regne ut NEWS-skår, sette inn målingene og bruke tabellen riktig. De måtte skrive inn notater i ISBAR-skjemaet og øve på hvordan de ville gi informasjon til legevakten. I tillegg hadde de workshops med to og to ansatte, der de skulle ta NEWS på hverandre og øve seg på å bruke blant annet blodtrykksapparat og temperaturmål.

Noen instruktører sa at de tok undervisningen mye ned fra proACT for å få med alle sammen. En informant sa: «Og vi hadde mer fokus på å begynne i motsatt rekkefølge. At vi tok NEWS og ISBAR før ABCDE på en måte. At de skulle føle det var mer overkommelig. For det er jo stort og massivt proACT». Noen brukte KlinObsKommune sitt undervisningsmaterieell når de skulle presentere ABCDE, da det ble lagt fram på en enklere måte enn proACT sitt materiale. Enkelte informanter som ikke var instruktører sa at det var mest fokus på NEWS og ISBAR under opplæringen og at det var annerledes lagt opp en proACT, der ABCDE også har mye fokus. Noen lærte seg derfor verktøyene i motsatt rekkefølge enn det proACT legger opp til. Noen sa at de trodde at mange ville miste motet raskt om de skulle startet opplæringen med ABCDE. «Hvis du starter med ABCDE og liksom, tror mange mister motet ganske raskt. At du ikke er høyskoleutdannet og.. Ja, hvert fall når du har med alle yrkesgruppene, da kan du ikke starte med det vanskeligste».

Informantene, som ikke var instruktører, fortalte at når de deltok på opplæring så hadde de først en teoridel og deretter en praktisk del med caser og simulering. I simuleringen fikk de roller som pleier, medhjelper, pasient og observatører, og de byttet på de ulike rollene i de ulike casene. Hele gruppa fikk litt informasjon først, før pleieren og medhjelperen skulle gjøre undersøkelser og observasjoner av pasienten ved hjelp av verktøyene. Ingen visste hva som

feilet pasienten. Etterpå hadde gruppa evaluering og sammenlignet blant annet skår og observasjoner de hadde gjort. Casene ble opplevd som reelle og veldig lærerike.

«Og de som er kjempegode til å spille vettu, sant, KOLS pasient eller noe, da blir det veldig reelt og du kjenner blodpumpa går liksom da. Selv om du vet at dette bare er øving. Så det var veldig greit å få, å prøve det».

Et fåtall av informantene fortalte at de brukte VR briller i simulering, men at de ønsket det framfor vanlig simulering. De opplevde at det var enklere å sette av tid til VR og at det var mindre skummelt ettersom ingen kunne se hva de gjorde.

Noen fortalte om at de fikk kjennskap til verktøyene på en fagdag og at det ble holdt flere fagdager for at alle ansatte skulle få opplæring. Fagdagene varte i 6 timer, der en del var teori og en del praksis. Opplæringen gikk raskt når de fikk bruke fagdagene. Informantene tror at de brukte mindre ressurser når alle ansatte var satt opp på fagdag i turnus og var til stede da enn om de skulle delt opp ansatte i små grupper og gitt opplæring litt nå og da. Andre delte opp opplæringen og tok en gruppe før matpause, i kombinasjon med matpausen eller på slutten av dagen. Det ble prioritert å sette av tid til opplæring.

Det varierte hvilke ferdigheter informantene måtte tilegne seg før de skulle på opplæring. Noen fortalte at de hadde digitale kurs før undervisningen og at de selv måtte ta initiativ til å sette seg inn i verktøyene. Andre fortalte om at de tok digitale kurs regelmessig for å lære det teoretiske om ulike tema, ikke bare disse verktøyene. De var dermed vant til digitale kurs og den måten å tilegne seg kunnskaper på. Noen hadde hatt opplæring i verktøyene NEWS og ISBAR for lenge siden, før ABCDE og proACT kom. De måtte sette seg inn i det teoretiske knyttet til ABCDE før de fikk en praktisk gjennomgang med instruktører. Noen fortalte at det hadde vært diskutert om de måtte ta en ny runde med opplæring med alle verktøyene ettersom de ikke hadde hatt opplæring i ABCDE, men de kom fram til at alle ansatte skulle ta digitalt kurs. En informant opplevde at det fungerte godt at ansatte måtte tilegne seg teoretiske kunnskaper om verktøyene på forhånd før de fikk en praktisk gjennomgang.

«Jeg er hvert fall sånn at jeg må ha noen knagger å henge det på. Og når vi da først får det teoretiske, også er vi i vei og gjør det praktiske, så blir det liksom så mye mer forståelig».

Informantene sa at de fleste hadde lært å ta målinger som blant annet blodtrykk, puls og temperatur en gang, også fagarbeiderne, men at det var lurt å friske opp kunnskapene. Noen av målingene hadde de tatt mye av, som blodtrykk og puls, men fåtallet hadde telt respirasjonsfrekvens. Det var nytt for de fleste og hadde ikke vært i fokus tidligere.

### **5.2.2. Fremmede faktorer ved opplæringen**

Følelsen av trygghet var viktig for mange av informantene når de skulle ha opplæring. Noen informanter fortalte at de fikk være med å sette sammen gruppene til praktisk øving selv. De kom to og to, og de kunne være sammen med den de ville og den de følte seg trygg på. De ulike tjenestene i kommunen ble ikke blandet og de hadde opplæring hver for seg der de ansatte kjente hverandre og var trygge på hverandre. De fortalte at de fikk delta på opplæringen flere ganger helt til de ble trygge på verktøyene. Noen sa at når de var trygge på hverandre så var det greit å si ifra om det man ikke kunne. Andre fortalte om at de var delt i mindre grupper under opplæringen og at gruppene var små nok til at de fikk den oppfølgingen de hadde behov for. De hadde flere stasjoner og øvde på ulike ting som for eksempel blodtrykksmåling og telle respirasjonsfrekvens.

De som hadde deltatt på fagdager fortalte at de ansatte hadde blitt delt i to når de hadde undervisning og at alle kjente hverandre godt. De følte seg heldige som jobbet i en liten ansattgruppe. Når de skulle ha praktisk øving så fikk ansatte spille den rollen de hadde til vanlig, slik at syke- og vernepleierne tok hovedansvar for målingene, men de rullerte og alle fikk prøve. Ved å bruke fagdager ble opplæringen komprimert, noe de opplevde som en suksessfaktor.

«Og da fikk vi kjørt gjennom mye mer komprimert, og det tror jeg, opplever jeg hvert fall, som en suksessfaktor for implementeringen. Med at alle fikk samme kunnskapen. På forholdsvis kort tid. Så vi fikk starte på å bruke det».

Flere av informantene fortalte om at de ulike yrkesprofesjonene var blandet når de hadde praktisk øving og at poenget var å få med alle ansatte. Noen sa at alle ansatte, alt fra assistenter til høyskoleutdannede, hadde fått opplæring.

«Når vi hadde workshops så har vi på en måte vært blandet. Ikke at det er bare sykepleiere eller bare fagarbeidere, men det har vært bra å være blandet for da kan vi hjelpe hverandre også [...] Det er jo ikke sånn at vi deler det inn. Man lærer jo av hverandre også».

Et par av informantene fortalte at det ble snakket mye om at det var lov å si at man ikke kunne ting uansett yrkesprofesjon og det var aksept for det. Noen kjørte en ny runde med opplæring for nyansatte og vikarer før sommeren slik at også de skulle ha kunnskap om og kunne bruke verktøyene.

Flere sa at det hadde vært viktig at alle hadde hatt samme opplæring og brukte det samme utstyret, og at alle hadde fått være med fra begynnelsen av. Da hadde alle det samme utgangspunktet. Flere opplevde at sykepleierstudenter, nyutdannede sykepleiere og andre profesjoner hadde fått opplæring i verktøyene under studiene og at det var enklere å bruke verktøyene når alle kjente til dem.

### **5.2.3. Hemmende faktorer ved opplæringen**

Et par informanter sa at det stort sett var fagarbeidere, verne- og sykepleiere som deltok i opplæringen, ikke assistenter og vikarer, og at alle da ikke kjente til verktøyene. Noen informanter fortalte at de ansatte som ikke ønsket å øve på å ta målinger slapp. Det var noen som mente at undervisningen var ukjent og skummel, og at de ikke turte eller ikke ville bruke verktøyene. Andre syntes at de praktiske øvingene var greie nok, men at de ikke hadde lært så mye. De sa at de først fikk lære det ordentlig når de fikk bruke verktøyene på reelle pasienter.

Enkelte informanter sa at det var utfordrende med all planleggingen opp mot ledelsen før opplæringen og de som brukte fagdager til opplæring sa at det ble brukt mye tid på å få lov til å bruke fagdage. Noen sa at det opprinnelig var tenkt to tretimersbolker som opplæring i løpet av en uke og kun en gruppe i begynnelsen. «Vi synes jo det var kjempetungvint vi som var instruktører å få det sånn, og det dro ut over lang tid og vi måtte bli tatt ut veldig mye fra klinisk arbeid». Andre sa at de brukte en del tid på å snakke med de som skulle skrive vaktlistene slik at de fikk satt av tid til opplæring til ansatte. Det ble ryddet plass i vaktlistene til at ansatte kunne delta på opplæring eller ansatte ble tatt ut fra arbeid og det ble leid inn andre for dem.



Utfordring med å sette av tid til opplæring ble påpekt av flere informanter: «Og sette av tid til dette i en tjeneste som drives ... Den største utfordringen er å få til å gjennomføre det». Det var likevel flere som mente at de bare måtte sette av tid til det og prioritere det. Flere sa at verktøyene krevde mer tid og ressurser i starten da de skulle ha opplæring og lære seg å bruke verktøyene og noen syntes opplæringen gikk for raskt.

Støy i rommet ved øving av manuelt blodtrykk synes noen var utfordrende. De hadde ønske om å lære seg det ettersom det etterspørres innimellom, men de klarte ikke å høre godt nok.

### **5.3. Bruk av verktøyene**

Det var flere ting som påvirket bruk av verktøyene. For å kunne bruke verktøyene var det behov for utstyr og tid til å lære seg og bruke dem. Noen erfarte at verktøyene var nyttige for å følge opp pasientene, mens andre erfarte at det var tilfeldig når verktøyene ble brukt. De fleste var enige om at det var viktig at innføringen var forankret hos ledelsen og flere oppga at det var viktig at helsepersonell i andre deler av helsetjenesten hadde kjennskap til verktøyene. Noen fortalte om ulikt engasjement for bruk av verktøyene og at det var utfordrende med samhandling på tvers av helsetjenesten.

#### **5.3.1. Bruk av verktøyene krever utstyr**

Alle informantene var enige i at utstyr for å ta målinger og gjøre kliniske vurderinger måtte på plass når verktøyene skulle innføres. Noen informanter fortalte at utstyret måtte oppgraderes når de skulle ta i bruk verktøyene, da de var avhengige av å ha med seg utstyr som fungerte når de dro hjem til pasientene. De fleste informantene fortalte om at de hadde sekker eller bager med utstyret i som ble oppbevart på kontoret. Denne ble tatt med når de skulle kjøre ut. For de som ikke var vant med å ta med seg utstyr ble det en ny ting de måtte huske på. Hovedregelen var for at den skulle være med og at verktøyene dermed var tilgjengelige uansett hvor de var og hvilke situasjoner de kom opp i.

Noen av informantene fortalte at i begynnelsen tilhørte sekkene de ulike bilene og ble brukt av flere ansatte. De siste årene hadde faste ansatte hatt ansvar for hver sin sekk. Da hadde de kontroll på utstyret, de fikk mer eierforhold til det og sekkene ble etterfylt. Vikarene kunne låne sekker.

«Får litt mer eierforhold til utstyret. Så det var egentlig det som ble suksess da. Ja, det var det. For det fungerte ikke når det var felles sekker [...] Så nå står det navn på sekkene. Alle har sine egne».

Noen informanter fortalte om at det ble behov for utstyr på hver sykehjemsavdeling for at det skulle være lett tilgjengelig og klart til bruk. De sa at de brukte utstyret mer nå enn tidligere ettersom det gikk fort å hente det og de skulle få kurver for å ha alt utstyret i. Andre sa at de hadde verktøyene liggende på avdelingene, både utstyret og de skjemaene for å skrive ned målinger og observasjoner på, samt oversikt over hvilke verdier som gir hvilken skår. Noen informanter hadde laget et eget skjema med verktøyene der de hadde med observasjoner i tillegg. Det hadde for noen vært mest fokus på NEWS og ISBAR, så for at de ansatte ikke skulle glemme ABCDE ble det også inkludert i skjemaet. Skjemaene lå sammen med utstyret. «Det er det skjemaet som har vært det beste til oss. At de føler de får med seg alt».

### **5.3.2. Fremmede faktorer ved bruk av verktøyene**

Det var fokus på at verktøyene skulle tas i bruk etter opplæringen. En informant fortalte om at de hadde blitt flinke til å bruke verktøyene og at de hadde laminert skjemaene for å unngå at de skulle bli ødelagte. Noen sa at de hadde fått god tid til å lære seg verktøyene og til å bli trygge på dem, og de måtte ikke ta de i bruk alene rett etter opplæring.

«Det er ikke sånn nå har du hatt opplæring, vær så god, nå skal du. Vi har veldig takhøyde på at de føler seg trygg. Og det er jo viktig tenker jeg. Det skumleste er jo at du er verdensmester. Det er jo ikke bra for noen».

Noen informanter fortalte om at ansatte stort sett dro to og to når de skulle ta målingene de første gangene. De kunne dra ut for å ta målinger av noen når de hadde tid bare for å øve og de kunne ringe sykepleierne og spørre om hjelp til å ta NEWS. Når de fikk ta NEWS av pasientene uten at det var sykdom som var årsaken til at de skulle ta NEWS så ble det mindre skummelt å prøve. «Fordi da måtte du på en måte gjøre det uten at, altså det var ikke et sykdomsforløp som gjorde at du måtte ta NEWS for å se hvordan det ligger an, det var liksom så ufarlig de første gangene».

Noen fortalte om at de ansatte var fordelt i team og hadde ansvar for å ta NEWS av de pasientene som tilhørte det teamet. Ved å fordele pasientene visste de hvem de hadde ansvar for å følge opp. De har fortsatt med å ta NEWS av alle brukerne fast to ganger i året.

«Her har de primærgrupper på en måte, at de følger en fastlege, at de har ansvar for brukerne under den fastlegen. Der teamet med en sykepleier og flere fagarbeidere har ansvar for å ta NEWS-måling på alle brukerne på den fastlegen».

Det hadde vært viktig med kontinuerlig øving fortalte noen av informantene. Ved å ta NEWS fast av alle brukerne to ganger i året hadde de ansatte fått øvd regelmessig: «For da holder de det ved like og de må». Etter hvert som de ble trygge, ble NEWS tatt for pasientene sin del og mindre for øvingen sin del. De opplevde det nyttig for oppfølgingen av pasientene og hadde da pasientens normalskår i alle journaler. Noen informanter fortalte om at de etter hvert fikk en ny rutine for journalføring med en egen journaltype som gjorde det enklere å finne igjen NEWS-målingene som var tatt. En informant fortalte om at de hadde fått NEWS på telefonene og ved å legge inn verdiene på målingene så ble skåren automatisk regnet ut. Vedkommende sa at NEWS på telefonene var oversiktlig og enkel å finne fram i. NEWS ved innkomst av nye pasienter ble for noen en rutine som ble innført for å ha et utgangspunkt i journalen.

Det hadde blitt jobbet med å få inn NEWS på alle arbeidslistene slik at det skulle tas av pasientene fast to ganger i året. Da ville det ikke føre til mer tidsbruk enn det som sto oppført og de ansatte fikk ansvar for å ta det hvert halvår. Flere informanter sa at de ikke syntes at bruk av verktøyene krevde mer tid og ressurser, men at det gikk kjapt å bruke verktøyene når de kunne det. Noen sa at verktøyene etter hvert ble en del av hverdagen deres og at de brukte verktøyene hele tiden. Hvis pasienten var i dårlig form og de måtte ta målinger så tok besøket litt lenger tid, men om de måtte ringe om eller henvise pasienten videre så hadde de nødvendig og konkret informasjon å komme med. De gjorde observasjoner underveis, både under stell og ved tilsyn, og de måtte uansett være til stede og bruke lenger tid om pasientene var dårlige.

Noen sa at det ble en annen måte å jobbe på når de fikk satt det i et ordentlig system og at det å sette målingene i system og få en skår var noe nytt. Noen ble overrasket over rekkefølgen av

målingene og hvorfor det var så viktig og de fikk mye mer fokus på respirasjonsfrekvens enn tidligere, det var ikke bare å ta en urinstix og CRP når pasienten var i dårligere form.

De fleste informantene opplevde at de fleste hadde vært positive til verktøyene og viste forståelse uten å føle at de ble påtvunget til og bruke dem. Noen av informantene fortalte at det hadde vært viktig å snakke om verktøyene og at de hadde jevnlig samtaler om NEWS. Et par informanter fortalte at de hadde fokus på verktøyene ved at de snakket om dem på personal- og avdelingsmøter. Noen informanter sa at NEWS var kjærkomment og ble tatt godt imot. Flere sa at verktøyene bidro til at alle tenkte og snakket det samme språket på tvers av helsetjenestene. De sa også at de brukte NEWS når de snakket seg imellom.

Ved å ha mye fokus på verktøyene og støtte fra ledelsen opplevde noen at det var lett å få midler til innføring. Flere påpekte viktigheten av å ha ledere som engasjerte seg og mente at det ble prioritert både opplæring og utstyr når ledelsen var med og involvert i prosessen. «Og du må ha undervisningen og du må ha alt det der, så det er kjempeviktig». Noen sa at det var en felles forståelse mellom ledelsen og ansatte som snakket mye om verktøyene og begge parter visste at det ble satset på det. En informant sa at en suksessfaktor var at ansatte og ledelsen hadde et felles mål og innførte verktøyene sammen, at samarbeid var viktig.

Informantene fortalte om at det var viktig at andre yrkesgrupper og deler av helsetjenesten hadde kjennskap til verktøyene når de skulle utveksle informasjon og samarbeide om pasientene. Noen sa at de yngre og nyutdannede legene var flinke til å be om NEWS og etterspurte verktøyene. Av og til brukte informantene å levere målingene de hadde tatt av pasientene før legetimer, da det var viktig informasjon til legen. Flere informanter sa at helsepersonell ved legevakten hadde god kunnskap om verktøyene og ba om målinger. De hørte at legevakten var godt innkjørt i verktøyene og brukte de aktivt gjennom hele samtalen. Noen fortalte at de opplevde å bli mer hørt når de nevnte NEWS. En informant fortalte at en kollega som jobbet både hos dem og i ambulansen hadde fortalt at ambulanspersonellet holdt på å bli kurset i verktøyene. Ambulanspersonellet fikk nyttige målinger og observasjoner når de fikk se skjemaene som informantene hadde.

### 5.3.3. Hemmende faktorer ved bruk av verktøyene

Noen informanter fortalte at de begynte med manuelle blodtrykksapparat når verktøyene skulle innføres, men at de ga opp det ganske raskt. Blodtrykksapparatene måtte være automatiske for at de skulle bli brukt. Det var de manuelle som gjorde at en del ansatte ikke fikk det til og ikke ville bruke verktøyene. Et par informanter sa at det alltid er motstand mot nye ting og at en årsak var fordi at de ikke følte seg trygge på å bruke utstyret og utføre målingene de skulle ta. Andre viste motstand fordi de ikke likte nye ting. En informant fortalte om at hun hadde misforstått hva respirasjonsfrekvens var og hadde fått en helt annen verdi:

«Første gangen jeg målte sånn frekvens så doblet jeg og fikk en sånn skyhøy verdi, jeg trodde det var det samme som pulsen, sant, du lærer jo av dine egne feil. For når du får opplæring så går de så fort også sånn, så da stusset vi en stund, men vi kom fram til at det ikke var så galt likevel».

Andre fortalte om at når utstyret var i felles sekker så forsvant eller manglet det utstyr, og de ble ikke fylt opp når de skulle. «[...] Det fungerte ikke når det var felles sekker. For da var det ingen som tok ansvar. Brydde seg ikke noe om det [...]». De hadde forsøkt ulike rutiner i forhold til etterfylling av sekkene, men ofte ble det glemt. Noen fortalte om at det ikke var nok utstyr til alle og at de fortsatt holdt på å bestille opp. Det var også noen informanter som sa at bagene nesten var for små ettersom det var mye utstyr de skulle ha med.

De av informantene som jobbet på sykehjem fortalte at når utstyret ble lagt på et annet rom så ble utstyret brukt mindre. De ventet heller og så an situasjonen og utviklingen før de hentet det. Selv om utstyret skulle ligge på avdelingene var det alltid noen som la det på et annet rom som de hadde gjort tidligere.

Noen sa at det ble vanskelig å ta NEWS om de ikke hadde med seg skjemaet med oversikt over NEWS-verdiene. De klarte å huske hvilke målinger som skulle tas, men ikke hvilke verdier som ga hvilken skår. En informant fortalte at det hendte at de kunne glemme å ta med sekkene. Noen informanter sa at de hadde glemt å bruke verktøyene fordi at de hadde hatt det så travelt, men de skulle sette det i fokus igjen.

For de som fikk kjennskap til verktøyene for flere år siden så hadde SpO2 skala 2 i NEWS endret forklaring flere ganger. Dette kunne ha ført til misforståelser. De som selv var instruktører, fortalte at de heller ikke skjønnte skalaene godt nok før de hadde undervisning de første gangene og forskjellene på skalaene ble kanskje ikke godt nok forklart. «For jeg skjønnte det egentlig ikke godt nok selv heller før jeg hadde undervisning og det kjenner jeg nå på en måte. Når man har den mer klart». Det hadde vært fokus på å forklare skalaene godt ved senere undervisning.

Enkelte fortalte om at det stadig var nye ting å sette seg inn i. Selv om de hadde fått opplæring i verktøyene hadde de etterpå et eget ansvar for å holde seg oppdatert hvis det ble endringer i verktøyene. De sa at de innimellom kjente på at det var mye som skulle skje samtidig, blant annet skulle velferdsteknologi også innføres. Andre sa at de var vant til å delta i mange nye prosjekter og hadde blitt «tvunget» til å ta det godt imot. «[...] vi er jo kjent for å bli påpakket mange prosjekter og mange nye ting, så vi har bare blitt tvunget til å ta imot alt med åpne armer».

Noen informanter sa at det var utfordrende med journalføring i innkjøringsfasen.

Helsefagarbeiderne var nok usikre på hvordan de skulle dokumentere målingene. «[...] helsefagarbeiderne tok målingene og ga en lapp eller arket til sykepleieren, bare før inn der her du nå... Det ble jobbet mye med å få det inn i journalsystemet». Det tok tid å bla langt tilbake i journalen når de hadde behov for å finne siste NEWS-måling før de fikk en egen journaltype for NEWS.

Det var noen som fortalte at de ikke hadde rutiner for å ta NEWS av pasientene når de kom hjem fra sykehuset og sa de skulle vært flinkere til det, da det hadde vært greit å ha målinger som et utgangspunkt for videre oppfølging. Andre fortalte at de hadde tenkt å ta NEWS av alle pasientene i habituell tilstand, men at en hektisk hverdag gjorde at det ikke hadde blitt prioritert. En annen informant sa at de manglet gode rutiner for bruk av NEWS og at de skulle ha fått på plass dette. Verktøyene ble sett på som nyttige så fremt de hadde pasientens normale verdier i habituell tilstand, slik at de hadde noe å sammenligne med hvis det ble behov. Uklare retningslinjer for når de skulle bruke verktøyene gjorde at noen diskuterte om de skulle ta NEWS eller ikke og hva de skulle gjøre hvis de fikk verdier som lå i grensen mellom ulike poengskår i skalaen:

«Vi vet jo hva vi skal gjøre, men enda kan vi diskutere hvis vi får en verdi som er sånn i grenseland, skal vi ringe, skal vi ikke ringe, skal vi vente til i morgen, skal vi... Men det vil vi jo ha hele tiden».

Noen sa at de var mye usikre i starten på hva som var riktig og ikke, men de opplevde alltid å ha noen og diskutere med. Andre sa at det var uklart når de skulle ta neste NEWS etter å ha tatt den første. De opplevde ulikt engasjement for bruk av verktøyene, noen var mer ivrig enn andre og noen måtte få beskjed om å bruke dem. Et fåtall av informantene opplevde at de brukte litt lenger tid hos pasienten hvis de skulle bruke verktøyene, men etter å ha gjort det noen ganger og fått mer erfaring gikk det likevel litt raskere. Noen av de sa at de måtte ha litt ro for å telle respirasjonsfrekvens og at det var det som tok mest tid.

Flere informanter fortalte om utfordringer når de skulle kommunisere og samarbeide på tvers av helsetjenestene. Noen informanter hadde vært i dialog med sykehuset angående verktøyene og det ble bestemt at sykehuset skulle etterspørre målinger og observasjoner når de ble kontaktet av noen i kommunen. Andre jobbet mye med at sykehuset skulle sende med oppdatert NEWS når pasientene ble skrevet ut slik at de kunne vite hva pasientens målinger hadde vært tidligere. De kunne da sammenligne målinger og se utviklingen av tilstanden. En gruppe forsøkte å få til at NEWS skulle stå i notat ved innleggelse og utskriving. De kom til slutt fram til at kommunen skulle sende det med ved innleggelse, men ikke at sykehuset skulle sende det med ved utskriving. Det virket som om sykehuset var redde for at kommunen skulle nekte å ta imot pasienten.

«Ved en NEWS-skår på 8, det virker på en måte som at de er redde for at de ikke får lov til å sende de ifra seg for at de er for dårlig [...] Men det er ikke det vi er ute etter. Men det er veldig vanskelig for dem å skjønne».

De fleste informantene fortalte at legene ikke hadde vært med på undervisning. Noen få informanter fortalte at de hadde vært på de lokale legekantorene og informert dem om verktøyene og at de skulle brukes. Noen sa at det virket som om legene satte pris på at de skulle få målingene, da de fikk et bedre bilde av pasientene, men at de ikke brydde seg så mye om NEWS-skåren. Andre sa at det hadde vært vanskelig å få legene i dialog og få de med på å bruke verktøyene. «Det er vanskelig å få en gammel hund til å... Vanskelig å få de til å snu. Vil ikke. Skal ikke». Noen informanter sa at de hadde forsøkt å få til et møte med legene for å

gå gjennom retningslinjene for bruk av verktøyene og respons, men fikk beskjed om å sende det til dem. De fikk en kort tilbakemelding om at de kunne bruke det sånn. Noen få sa at de trodde at legene hadde kjennskap til verktøyene, men manglet engasjement for å bruke dem. Andre opplevde at legen raskt spurte etter CRP og ikke etter andre målinger eller observasjoner.

Hvilke kunnskaper legevakten hadde om NEWS var noen informanter usikre på, men de sa at de oppga målingene de hadde tatt selv om det ikke virket som om legevakten visste hva NEWS-skåren betydde. En informant sa at hun hadde hørt ambulanspersonell si at de ikke drev med NEWS og flere hadde opplevd at ambulanspersonellet tok målinger av pasienten selv med en gang de kom, selv om det nettopp var tatt. En annen informant sa at hun ikke hadde erfart at ambulanspersonellet brukte verktøyene.

#### **5.4. Erfaringer av endringer etter innføring av verktøyene**

Informantene erfarte ulike endringer etter at verktøyene ble innført. Erfaringene var at kompetansen endret seg, at de opplevde mestring, økt trygghet og tidligere oppdagelse.

##### **5.4.1. Endret kompetanse og opplevelse av mestring**

Noen fortalte at undervisningen hadde vært kunnskapsloftende for helsepersonell, og at det, sammen med utstyret, hadde resultert i mye bra. De trodde ikke at de hadde hatt sekkene med utstyr om de ikke hadde fått verktøyene. Uten undervisning trodde de at sykepleierne hadde vært nødt til å gjøre det meste igjen. De opplevde at sykepleierne syntes det var greit at flere kunne bruke verktøyene og at de ikke måtte ringe sykepleieren uten at det var en grunn til det. Da kunne sykepleieren gjøre andre ting mens fagarbeiderne eller assistentene kunne ta målinger og gjøre observasjoner. Flere opplevde at verktøyene var nyttige og ga dem svar på ulike ting. Flere informanter fortalte om at de hadde fått økt kompetanse og blitt mer bevisst på hva de ulike verdiene betydde. En informant sa at hun klarte å forstå forskjellen av et normalt og et ikke normalt blodtrykk etter opplæringen. Andre hadde blitt mer bevisst på hva som var normal respirasjon og hva som var unormalt. «Særlig dette med respirasjonsfrekvens kanskje, den har vi aldri vært noen flink til å telle».

En informant hadde inntrykk av at de opplevde mestring ved å ha med seg utstyr og ta NEWS:



«Jeg har inntrykk av at folk synes det er morsomt også, at de føler litt mestring på, at det ikke er så farlig å ha med seg en akuttsekk ut og ta en NEWS. For det er ikke noe farlig. Det er bare et hjelpemiddel rett og slett».

Det var enighet blant de fleste informantene om at verktøyene hadde endret kompetansen, i hvert fall til assistenter og fagarbeidere. «Jo, da ringer de selv til legevakt og ordner det, de involverer ikke oss sykepleiere/ledere i det hele tatt. Jeg synes de er kjempeflinke, jeg». Et par av informantene sa at det viktigste i prosessen med innføring av nye verktøy hadde vært å styrke og øke kompetansen til de ansatte. De sa at verktøyene hadde satt ting i et helt annet system og at det dermed ble enklere å bruke kompetansen sin. Flere sa at de hadde lyst på ny kunnskap. Noen følte at kompetansen ble satt i et system og at de fikk en indikator på kvaliteten på det de gjorde ved bruk av verktøyene.

#### **5.4.2. Økt trygghet**

Flere sa at både helsepersonell og pasientene følte seg trygge med verktøyene. «At helsepersonell føler seg tryggere [...] At brukerne føler seg tryggere når de blir mer sett, tatt på alvor». Noen informanter sa at fokuset hadde blitt mer endret og at de var mer profesjonelle når de hadde med seg utstyret for å ta målinger. De kunne ikke bare ringe og si at en pasient ikke var i form lenger, de måtte ta målingene og avklare ting. Dette ga større trygghet både for de ansatte og pasientene. Ansatte følte å bli møtt med mer forståelse, støtte og bli tatt på alvor når de brukte verktøyene. «Det er jo pasientsikkerhet da. Veldig. Så det gagnar jo alle». En informant fortalte om at hun ikke hadde helsefaglig bakgrunn, men når hun kunne sammenligne tidligere blodtrykk med nylig tatt blodtrykk så kunne hun vite om det var normalt for pasienten eller ikke, og det ga en trygghet.

Noen sa at det var spennende å få en større forståelse av jobben de gjorde. De ble tryggere i rollen sin, noe som igjen ga motivasjon til å ta i bruk nye verktøy. En informant sa at verktøyene førte til at hun kunne ta større avgjørelser, at hun følte seg mer selvsikker og hadde et større grunnlag for å gjøre vurderinger selv. Flere var enige om at verktøyene var nyttige for å se status og sammenhenger og kunne iverksette tiltak. Noen informanter sa at de fikk en mer reell oppfatning av hvordan pasienten var når de brukte NEWS og at det ble mindre synsing og antagelser. «Men det er jo veldig interessant i forhold til NEWS da, du får jo, du får en mer reell verdi av hvordan pasienten er, det er ikke bare synsing, den pjuksketen og at man tror han brygger på noe».

### 5.4.3. Tidligere oppdagelse av endret helsetilstand

Flere sa at de fortsatt brukte det kliniske blikket og at verktøyene ble brukt regelmessig. «Det brukes vel mest når folk er... Nedsatt allmenntilstand eller man merker en endring i, at de er i dårligere forfatning, da». Flere opplevde at de var flinke til å ta NEWS når de så at det var noe med pasientene. De brukte ikke så lang tid på å tenke seg om, men brukte verktøyene ettersom de var tilgjengelige. Det å få tall når de brukte verktøyene førte til at de hadde noe mer konkret å forholde seg til enn tidligere. Noen sa at de opplevde at NEWS var et godt hjelpemiddel når de var til pasienter som ble dårlige og som de ikke kjente så godt.

Flere informanter sa at endringer i pasientenes helsetilstand ble fanget opp mye tidligere enn før verktøyene ble tatt i bruk ettersom de var mer bevisste på hva de skulle observere. «Altså det å være mer bevisst og mer... Jeg tenker at man blir mer observant, at man vet, altså, man visste jo før også hva man skulle se etter, men på en annen måte». De sa at det viktigste med innføringen av verktøyene var å følge opp pasientene på en annen måte og oppdage endringer tidligere. På den måten kunne pasientene slippe å reise inn og ut av sykehus, men heller få avklart tilstanden raskt og startet behandling i kommunen. En informant fortalte at hun hadde inntrykk av at pasientene syntes det var litt tøft at de hadde med seg utstyr og kunne bruke verktøyene i hjemmet. På den måten kunne pasienten slippe å dra til legekantoret for å kontrollere blant annet blodtrykk. Informanten sa også at det hendte at pasientene ikke ønsket å dra til legevakten eller legen og at det var godt å kunne ta målingene i hjemmet og heller konferere over telefon.

## **6.0. Resultatdiskusjon**

I denne delen blir resultater og funn drøftet og reflektert over. Studiens hensikt var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell i kommunehelsetjenesten har knyttet til implementering og bruk av ABCDE, NEWS og ISBAR. Resultatene vil bli drøftet omkring forskningsspørsmålene og det vil bli sett på likheter og ulikheter opp mot teori, tidligere og annen forskning.

### **6.1. Forhåndskunnskaper om verktøyene og årsaker for innføring**

Ansattes kunnskaper om verktøyene før innføring og deres motivasjon til å gjennomføre en endring vil påvirke implementeringsprosessen. Observasjonskompetanse og verktøyene ABCDE, NEWS og ISBAR har de siste årene fått større fokus i utdanningene. Bruk av konkrete verktøyene skal bidra til økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet i helsetjenesten. Det skal ikke være synsing eller tilfeldigheter som gjør at forverring i pasientenes helsetilstand blir oppdaget.

#### **6.1.1. Kunnskaper om verktøyene før innføring**

Informantenes kunnskaper om verktøyene før innføringen varierte. Noen hadde aldri hørt om verktøyene, mens andre hadde lært om verktøyene under utdanningen. Implementering i helsetjenesten involverer gjerne at flere ansatte må stå sammen som et team (Weiner, 2009). Når man snakker om implementering og begrepet «readiness to change» så tenker man at ansattes kunnskaper om verktøyene før innføringen vil være viktig for hvor motiverte de er for gjennomføringen (von Treuer et al., 2018). Med mange ansatte med ulik bakgrunn og varierende kunnskaper om verktøyene vil motivasjonen variere (Weiner, 2009 og Alolabi, 2021). I følge Weiner (2009) oppstår ofte utfordringer når noen ansatte føler seg forpliktet til implementering og andre ikke. Det er viktig at ansatte får god informasjon slik at de forstår at endringen er nødvendig, viktig og har en verdi (Weiner, 2009, og Alolabi, 2021). Når ansatte har en felles forståelse for at de sammen kan gjennomføre noe som har en stor verdi vil trolig effekten av innføringen bli større (Weiner, 2009).

Verktøyene ABCDE, NEWS og ISBAR vil kunne bidra til økt observasjons- og medisinskfaglig kompetanse og sikker kommunikasjon som igjen skal øke pasientsikkerheten og forbedre kvaliteten på helsetjenestene (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2022, og Helsedirektoratet, 2021).

Økt observasjonskompetanse og bruk av verktøyene har fått større fokus i utdanningene de siste årene. I sykepleierutdanningen er observasjonskompetanse en del av utdanningen (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Flere fagskoler tilbyr ulike videreutdanninger for å øke kompetansen blant fagarbeidere (AOF Fagskolen, 2022, Fagskolen Rogaland, u.å. og Fagskolen i Viken, u.å.).

### **6.1.2. Årsaker for innføring**

Resultatene viste at noen informanter oppga at det var en del synsing og tanker om at pasientene var dårlige, men at de manglet konkrete verktøy for å hjelpe dem i vurderingene. Helsedirektoratets nasjonale faglige råd knyttet til tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand har anbefalt virksomhetene å sikre at ansatte har riktig kompetanse, rutiner for systematiske observasjoner, rutiner for varsling og respons og at helsepersonell kommuniserer på en god måte (Helsedirektoratet, 2020).

Tidligere forskning viste at før implementering av verktøy så varierte det hvilken rapport og informasjon som ble gitt etter hvem som ga det (Tangvik et al., 2021). Hvis ikke oppdatert eller ny kunnskap tas i bruk, som de nasjonale faglige rådene, vil de ikke komme til nytte (Flottorp & Aakhus, 2013). Flottorp & Aakhus (2013) har sett på at gode retningslinjer kan være til hjelp, da det i en hektisk hverdag ikke er mulig å sette seg inn i all ny vitenskapelig forskning, og kunnskapen som allerede finnes må brukes i praksis. Tangvik et al. (2021) sin forskning viste at ISBAR forbedret selvtilliten og ferdighetene til å gi en muntlig rapport og de fikk økt bevissthet om hvilken informasjon de burde overlevere muntlig. Særlig ved overføringer ble ISBAR sett på som nyttig og deltakerne sa at de følte seg tryggere på å overta ansvaret for pasientene etter at ISBAR ble implementert. Sletner & Halvorsrud (2020) sin tidligere forskning viste at verktøyene hadde bidratt til mer kunnskap og større faglig trygghet, og var et nyttig hjelpemiddel for observasjon og vurdering av kritisk syke.

Et svært godt argument for å innføre verktøyene er nettopp å tidlig kunne oppdage forverret helsetilstand og iverksette nødvendige tiltak. Dette vil øke pasientsikkerheten og vil kunne bidra til at færre dør som følge av manglende observasjonskompetanse eller svikt i kommunikasjonen.

## **6.2. Viktigheten av opplæring**

Opplæring er viktig når noe nytt skal læres eller implementeres, og kan gis på ulike måter både teoretisk og praktisk. Lik opplæring gjør at alle har det samme utgangspunktet og sitter med lik kunnskap. Følelsen av trygghet og engasjerte ledere var viktige fremmede faktorer ved opplæringen. Hemmende faktorer var manglende involvering blant ledelsen og tidspress.

### **6.2.1. Organisering av opplæringen**

Det var ifølge resultatene viktig med organisert opplæring, både teoretisk og praktisk, ved innføring av verktøyene. Hovedhensikten med opplæring er at personalet skal være tro til det de har lært (Ginsburg et al., 2016). Tidligere forskning viste at undervisning ble oppgitt som et effektivt implementeringstiltak (Tangvik et al., 2021). Forskning gjort av Sletner & Halvorsrud (2020) viste at undervisningskonseptet ALERT ga opplæring i bruk av standardiserte observasjonsverktøy på lik linje som proACT gjør i dag. Noen helsearbeidere uten lang arbeidserfaring sa at undervisningen hadde bidratt til større trygghet i hva de skulle prioritere, og helsearbeidere uten bachelor gjorde flere og andre observasjoner enn før undervisningen sammenlignet med de med bachelor (Sletner & Halvorsrud, 2020). Systematisk klinisk vurdering og bruk av verktøy er i dag en del av sykepleierutdanningen og flere fagskoler tilbyr videreutdanning til fagarbeidere, noe som viser at økt observasjonskompetanse er viktig og satt i fokus.

Arbeidstilsynet (u.å.) og Arbeidsmiljøloven (2005) sier at arbeidstakeren har krav på opplæring for å kunne utføre arbeidet på en sikker måte og mestre arbeidsoppgavene sine. Kvalitetsforbedring viser at det er nødvendig med opplæring av personale før noe nytt, som nye verktøy, implementeres (Helsebiblioteket, 2019). Modell for vedvarende forbedring (figur 5), presentert av Maher et al. (2010) og Helsebiblioteket (2019), sier at personer på alle nivåer må involveres helt fra starten av og få nok kompetanse til at de kan jobbe på den nye måten.

Instruktørene var nødt til å sette seg godt inn i det teoretiske før de skulle undervise. Instruktørene fikk en grundig gjennomgang av hvordan de tidlig kan oppdage, behandle og forebygge livstruende tilstander gjennom et todagers kurs med hovedinstruktører i proACT (proACT Norge, 2022a). Gjennom de to dagene de var på instruktørkurs fikk de teoriundervisning, refleksjon, ferdighetstrening og kommunikasjonsøvelser. Det er viktig at instruktørene selv kan det de skal undervise i om de skal kunne lære det bort til flere og det er

derfor bra at det legges opp til grundig kursing av instruktører og at det kreves kurs før videre undervisning kan gis.

Flere av informantene oppga simulering som en lærerik metode for øving. Helsedirektoratet (2020) har anbefalt jevnlig ferdighetstrening og simulering «som er supplement til andre pedagogiske metoder for å utvikle kompetanse i å gjenkjenne sykdomsforverring». Med ferdighetstrening og simulering forsøkes det å etterlikne virkelige situasjoner og ulike kliniske risikosituasjoner kopieres (Helsedirektoratet, 2020). Informantene fortalte at simulering av caser var veldig reelt og det var en grei erfaring å ha med seg videre. Noen informanter hadde brukt VR-briller («Virtual Reality») i simulering og foretrakk det framfor vanlig simulering. Blant annet finnes ABCDE som VR der kan man øve på rekkefølgen i ABCDE, gjøre alle vitale målinger og gjøre observasjoner (Kompetansebroen, 2021). Øvingen kan gjentas og prosedyren med å observere etter ABCDE og ta målingene må øves på for at det skal automatiseres. Helsepersonell som har forsøkt VR-simulering synes det fungerer bra, de kommer tett på situasjonen og kan kjenne de kroppslige reaksjonene som oppstår i møte med ulike pasienter og situasjoner (Bergsagel, 2022). De som har forsøkt VR sier at opplevelsene fester seg bedre enn andre metoder og VR brukes både til opplæring av helsepersonell og i behandlingen av pasienter (Bergsagel, 2022).

Etter at samhandlingsreformen ble iverksatt behandles og følges flere pasienter opp i kommunehelsetjenesten, og det er behov for at sykepleierne og andre helsearbeidere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har stor kompetanse (Aldring og helse, u.å. og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2022). Molnes et al. (2016) har sett på simulering som pedagogisk metode, da det i årene framover vil bli en større andel eldre med kroniske og sammensatte lidelser og nyutdannede sykepleiere må kunne mestre kompleksiteten i praksis. «Gjennom en slik metode har man mulighet til å visualisere komplekse pasientsituasjoner der studentene må gjenkjenne, tolke og integrere ny informasjon med tidligere kunnskap, og deretter ta beslutninger» (Molnes et al., 2016). Molnes et al. (2016) sier at i simulering kan virkelige scenarioer gjenskapes i et trygt miljø. Som sykepleier i kommunehelsetjenesten jobber man ofte alene og må kunne mestre uventede hendelser, akutt situasjoner og forverringer i pasientens helsetilstand. Bruk av VR bør kanskje vurderes tatt i bruk av flere for å bidra til jevnlig ferdighetstrening og simulering. Det kan redusere bruk av ressurser ved at det ikke er behov for at noen må stille opp som instruktør for at det skal gjennomføres og det kan gjennomføres når den enkelte har ledig tid.

Noen av informantene fortalte om at de hadde hatt nettbasert øving eller digitale kurs i forkant av undervisningen de skulle gjennom. Blant annet finnes en digital læringsressurs med grunnleggende ferdigheter i klinisk observasjonskompetanse tilgjengelig, laget av KlinObsKommune og Kompetansebroen (Kompetansebroen, 2022). Læringsressursen «er laget for å være lett tilgjengelig, og som et supplement eller forberedelse til oppmøtebasert undervisning og praktisk ferdighetstrening» (Kompetansebroen, 2022). Læringsressursen kan brukes i både grupper eller for egen oppdatering og er delt opp i ni filmer. For å kunne bruke verktøyene bør man ha kompetanse i grunnleggende ferdigheter innen ABCDE-metodikk. Filmene viser korrekt utførelse av vitale målinger og tekst (Kompetansebroen, 2022).

De fleste informantene hadde lært eller kunne å ta vitale målinger, men synes likevel det var greit å friske opp kunnskapene. Fåtallet av informantene hadde telt respirasjonsfrekvens og hadde hatt like fokus på den målingen. Ofte vil endring i respirasjonsfrekvensen være det første tegnet på alvorlig sykdom (Kompetansebroen, 2022). Respirasjonsfrekvens er dermed en viktig måling som helsepersonell må ha fokus på. Tidligere forskning viste at ved å ta målingene feil, eller ikke ta målinger i det hele tatt, ga det feil eller manglende NEWS-skår (Russell et al., 2020). Noen opplevde begrensninger i innføringen av NEWS hvis noen manglet grunnleggende ferdigheter. Informantene sa at det var viktig at alle hadde hatt samme opplæring og at alle fikk delta, slik at alle hadde samme utgangspunkt og lik kunnskap.

Opplæring, organisert på en god måte både teoretisk og praktisk, er viktig for at helsepersonell får kunnskaper om verktøyene og kompetanse til å bruke dem og forstå viktigheten av at de brukes.

### **6.2.2 Fremmede faktorer ved opplæringen**

Følelsen av trygghet og engasjerte ledere var viktige fremmede faktorer ved opplæringen.

Trygghet er et grunnleggende behov for alle mennesker og må være på plass før andre behov kan dekkes (Mørch, 2021). Carl & Egeland (2022) har skrevet boka «Jobbpsykologi» og skriver blant annet at «[...] en opplevelse av trygghet og ro utvider tankenes rekkevidde [...] Psykologisk trygghet er derfor tett koblet opp mot prestasjon og resultat. Vi må ganske enkelt føle oss trygge for å kunne fungere på jobb [...]». Det var flere faktorer som bidro til trygghet for informantene; å få sette sammen gruppene til praktisk øving selv, å være sammen med den

de var trygge på, at ansatte kjente hverandre og at de var i små grupper hvor de kunne spørre, si ifra og fikk tett oppfølging.

Det varierte om informantene fikk ha den rollen de hadde på jobb til vanlig når de hadde simulering eller om de rullerte. De fleste fortalte at yrkesprofesjonene hadde vært blandet, noe som var positivt ved at de lærte av hverandre ettersom de hadde ulik utdanning og ulike erfaringer. Det er viktig å kunne bruke bredden av den kompetansen som alle sitter med slik at det er best mulig kompetanse der pasienten er (Blomgren, 2015).

Noen av informantene fortalte at deres leder hadde prioritert innleie og å sette av tid for å få gjennomført opplæring, noe som er nødvendig for at alle skal få opplæring ifølge Haukelien et al. (2015). Ledelse har en sentral rolle i endringsarbeid og arbeidet må være godt forankret hos ledelsen (von Treuer et al., 2018, Sandvik et al., 2011, og Helsedirektoratet, 2021b). Dette viser viktigheten av å ha med seg lederne og at deres engasjement er avgjørende for implementeringen. Modellen (figur 5) til Maher et al. (2010) og Helsebiblioteket (2019) viser at implementeringen av verktøyene må samsvare med de målene, verdiene og kulturen som finnes i organisasjonen. Ressursbruk og funksjonsbeskrivelser bør være beskrevet og vise hvordan implementeringen skal foregå, det bør finnes rutiner og hvordan man skal sikre god og nok informasjon til alle ansatte (Maher et al., 2010 og Helsebiblioteket, 2019).

### **6.2.3. Hemmende faktorer ved opplæringen**

Manglende involvering av ledelsen og tidspress ble sett på som hemmende faktorer ved opplæringen.

Noen informanter syntes det var vanskelig å samarbeide med ledelsen, da de måtte bruke mye tid for å få lov til å bruke fagdager til opplæring. Tidligere forskning viste at manglende kontinuitet i ledelsen ble sett på som en hemmende faktor for implementering (Russell et al., 2020). Ifølge Maher et al. (2010) og Helsebiblioteket (2019) sin modell (figur 5) ses ledelsens engasjement på som en av de viktigste faktorene for å lykkes med forbedringsarbeid. Implementeringsprosessen bør være forankret hos ledelsen for å lykkes (Helsedirektoratet, 2021b). Videre viser modellen (figur 5) at ledelsen bør involvere ansatte slik at det gir motivasjon, informasjon og kompetanse for dem til å delta i arbeidet som gjøres og at deres opplevelse av eierskap styrkes (Maher et al., 2010 og Helsebiblioteket, 2019). For at



implementeringen av verktøyene skal lykkes, bli prioritert og akseptert kreves det at ledelsen er involvert.

Andre informanter påpekte tid til opplæring som en utfordring: «Å sette av tid til dette i en tjeneste som drives... Den største utfordringen er å få til å gjennomføre det». Rapporten fra Haukelien et al. (2015), «Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene», viste at det ble større arbeidsmengde i kommunehelsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen, men at bemanningen ikke ble økt. En studie gjort av Norheim & Thoresen (2015), som så på behovet for kompetanse i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen, viste blant annet at tidspress var en stor utfordring i kommunehelsetjenesten. Tid var ikke bare en utfordring for å få tid til opplæring, det var også en utfordring med nok tid til å gjøre alle oppgavene som skulle gjøres i løpet av en dag. Vurderinger knyttet til ressurser og bemanning, og hva som ble oppfattet som gode nok tjenester, varierte viste rapporten til Haukelien et al. (2015). Sykepleiere som var i lederstillinger var mer enige med sykepleierne i utfordringene de sto ovenfor enn lederne uten sykepleierbakgrunn, men rapporten viste også at situasjonen ble sett på som mye mindre utfordrende av lederne enn de som skulle yte tjenestene (Haukelien et al., 2015).

### **6.3. Bruk av verktøyene**

For å bruke verktøyene kreves det at man har riktig og nok utstyr. Utstyret må være lett tilgjengelig og de som skal bruke det må føle eierskap til det. Følelsen av trygghet, bruk av det kliniske blikket og god samhandling på tvers av helsetjenestene var fremmede faktorer ved bruk av verktøyene. Hemmende faktorer var motstand mot bruk av verktøyene, varierende kunnskaper og forståelse for bruk av verktøyene og utfordringer med samhandling på tvers av helsetjenestene.

#### **6.3.1. Bruk av verktøyene krever utstyr**

For informantene var det viktig at utstyret var på plass når verktøyene skulle innføres. Det var nødvendig å oppgradere utstyret de hadde, de måtte kjøpe utstyr som manglet og det var nødvendig å skaffe nok utstyr slik at alle ansatte hadde umiddelbar tilgang til det uansett hvor de var. Mangel på utstyr ville kunne påvirke implementeringsprosessen negativt (Sandvik et al., 2011). For å observere vitale funksjoner og bruke NEWS er man avhengig av utstyr som klokke, saturasjonsmåler, blodtrykksapparat, temperaturmål og utstyr til blodsuktermåling. Utstyret koster en del penger og ledelsen må være involvert og ha tro på implementeringen

slik at utstyret er på plass (Sandvik et al., 2011, Maher et al., 2010, Helsebiblioteket, 2019 og Helsedirektoratet, 2021b).

Helsedirektoratet (2020) har anbefalt at det finnes rutiner for systematiske observasjoner av pasienters vitale funksjoner hos virksomhetene og «Virksomheten bør ha tilgjengelig medisinsk utstyr for undersøkelser og målinger som skal utføres i virksomheten ved forverret somatisk tilstand». Som et minimum av grunnleggende systematisk observasjon og vurdering av fysiologiske parametere bør følgende målinger og dokumentasjon være med:

respirasjonsfrekvens, saturasjon, systolisk blodtrykk, puls, bevissthetsnivå og temperatur (Helsedirektoratet, 2020). At informantene var opptatt av at utstyret var på plass viste at informantene hadde forstått viktigheten av å ha det tilgjengelig og kunne bruke det i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

Ansatte i hjemmetjenesten måtte sørge for å huske utstyret når de dro ut slik at de hadde det lett tilgjengelig hvis de skulle få bruk for det. Noen fortalte om at det måtte ordnes med egne sekker til alle ansatte slik at de fikk eierforhold til utstyret, da utstyr forsvant eller ikke ble etterfylt når sekkene var felles. På sykehjem måtte utstyret være lett tilgjengelig på hver avdeling for å bli brukt. Hvis det ble lagt på at annet rom lengre bort så ble det mindre brukt og de ventet lenger før de hentet utstyret og fikk tatt målingene. Manglende eierskap til sekkene og utstyret, samt å vente med å ta utstyret i bruk for at det var mindre tilgjengelig, kan true pasientsikkerheten, da nettopp manglende eller for sen oppdagelse av forverret tilstand kan føre til dødsfall (Helsedirektoratet, 2020). Sandvik et al. (2011) og modellen (figur 5) til Maher et al. (2010) og Helsebiblioteket (2019) viser at det må jobbes med å styrke personalets opplevelse av eierskap slik at de føler seg involvert i arbeidet og ser fordelene ved bruk av verktøyene. Det er viktig at alle ansatte har fått god informasjon slik at alle vet rutiner for oppbevaring, når utstyret skal brukes og når det skal etterfylles.

Flere brukte skjemaer der alle verktøyene var inkludert. Noen syntes det var det viktigste i prosessen, at de kunne bruke det skjemaet som en huskeliste for å huske alt de skulle gjøre og observere, og notere målinger og observasjoner på. En artikkel publisert av Universitetet i Bergen sa at «Ny forskning viser at sjekklister kan redusere faren for feilbehandling. – Studien viste at sjekklister er et billig, effektivt og anvendelig verktøy for å redusere uønskede hendelser og dødsfall på sykehus [...]» (Andreassen, 2012). Storesund (2020) så i sin studie på effekten av å bruke sjekklister i forbindelse med kirurgiske inngrep, og fant at det var

mulig å redusere komplikasjoner, dødelighet og liggetid i sykehus. Helsedirektoratet (2021b) har også anbefalt bruk av sjekklister og plan for implementeringen. Med bakgrunn i kompleksiteten i dagens kommunehelsetjeneste og det som har kommet fram i resultatene er det grunn til å tro at sjekklister også vil kunne redusere uønskede hendelser og dødsfall også i kommunen.

### **6.3.2. Fremmede faktorer ved bruk av verktøyene**

Informantene sa at følelsen av trygghet også var viktig ved bruk av utstyret. De dro gjerne to og to sammen i starten når de skulle ta i bruk verktøyene og de kunne ta målinger og gjøre observasjoner bare for å øve. Følelsen av trygghet er viktig for at utstyret skal brukes, at helsepersonell skal kunne prestere og oppnå resultater og at personalet må involveres, selv se fordelene og føle eierskap til innføringen av verktøyene (Carl & Egeland, 2022, Maher et al., 2010 og Helsebiblioteket, 2019). De fleste tok raskt i bruk verktøyene etter opplæring og de hadde fokus på at de skulle bruke verktøyene

Virksomhetene som yter helsetjenester er pliktig å sørge for faglige forsvarlige helsetjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 og Cappelen, 2018). Sosial- og helsedirektoratet kom i 2005 med en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten og hadde «en klar forventning om at kommuner, fylkeskommuner og helseforetak følger opp arbeidet i den nasjonale kvalitetsstrategien» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.13) og skal bidra til at «brukere og pasienten får sosial – og helsetjenester av god kvalitet» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.19). Dersom alle brukere og pasienter skal få samme gode kvalitet bør verktøyene som anbefales være kjent og bli brukt i alle deler av helse- og omsorgstjenesten nasjonalt.

Hver virksomhet bør ha rutiner som angir «hvilke vitale funksjoner som skal observeres, hvor ofte, og hvordan målingene dokumenteres i pasientens journal [...] innebære beskrivelse av videre behandling og behandlingsnivå av pasienten» (Helsedirektoratet, 2020). Noen informanter fortalte om at de hadde jobbet med å få NEWS inn på alle arbeidslistene slik at det ble tatt fast av alle pasientene to ganger i året. Andre informanter fortalte om at de brukte verktøyene når de fikk nye pasienter, slik at de hadde en normalskår eller en skår de kunne ta utgangspunkt i.

Kommunikasjon ved hjelp av de samme verktøyene gjennom hele pasientforløpet vil kunne bidra til å sikre overganger mellom ulike nivåer i helsetjenesten (Blomgren, 2015). Flere informanter fortalte om at verktøyene bidro til at alle snakket det samme språket på tvers av helsetjenestene. Noen informanter sa at ved å bruke verktøyene så ble det enklere å ringe om eller henvise pasienten til en annen del av helsetjenesten hvis det var behov for det. Studiene til Russell et al. (2020), Brangan et al. (2018) og Steinseide et al. (2022) viste at NEWS var nyttig i kommunikasjon mellom helsepersonell og på tvers av helsetjenestene. Når informantene ved bruk av det kliniske blikket oppdaget at det var noe med pasientene, at de hadde nedsatt allmenntilstand eller at tilstanden endret seg, så tok de raskt i bruk verktøyene og de opplevde NEWS som et godt hjelpemiddel og at det å få en skår var noe konkret å forholde seg til. Brangan et al. (2018) sin studie viste at NEWS ga helsearbeidere en trygghet i at det var greit å se an situasjonen dersom skåren var lav, men at de alltid måtte gjøre en klinisk vurdering og se på pasientens sykehistorie i tillegg til NEWS.

Noen informanter fortalte om at annet helsepersonell de kommuniserte med hadde kjennskap til verktøyene. De yngre og nyutdannede legene brukte ofte verktøyene og ba om NEWS. Flere informanter opplevde også at legevakten hadde god kunnskap om verktøyene og ba om målingene. Noen ambulansarbeidere hadde kjennskap til verktøyene og fikk viktige målinger og observasjoner fra når de kom. Tidligere forskning viser at helsepersonell ble tatt mer på alvor og fikk mer respekt fra annet helsepersonell når de bruke NEWS og kommuniserte ved hjelp av ISBAR (Russell et al., 2020, Brangan et al., 2018 og Haddeland et al., 2021).

Det er viktig med god samhandling på tvers av helsetjenestene for at pasientene skal bli godt ivaretatt når de skrives ut til kommunehelsetjenesten og at nødvendige opplysninger deles slik at det kommer pasienten til gode. Ved å kommunisere ved hjelp av de samme verktøyene gjennom hele pasientforløpet kan man sikre tryggere overganger i helsetjenesten og bidra til økt pasientsikkerhet (Blomgren, 2015).

I tillegg til at det er nyttig å kunne sammenligne målinger og NEWS-skår ved utskrivelse og i hjemmet, så syntes noen informanter at det var nyttig å vite pasientens normale verdier i frisk tilstand og også bruke disse til sammenligning når de tok målinger senere. Noen informanter sa det viktigste med innføringen med verktøyene var å ta vare på pasientene og at ting ble oppdaget tidlig slik at pasientene skulle slippe å reise inn og ut av sykehus. Det var ønskelig å kunne starte og gi behandling i hjemmet hvis det kunne gjøres. Bruk av verktøyene kan være

gode hjelpemidler for å observere og vurdere pasientene (Blomgren, 2015 og proACT Norge, 2022a). Med større kompetanse i kommunehelsetjenesten kan man unngå noen innleggelses- og reinnleggelses (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2022).

### **6.3.3. Hemmende faktorer ved bruk av verktøyene**

Motstand mot bruk av verktøyene, varierende kunnskaper og forståelse for bruk av verktøyene og utfordringer med samhandling på tvers av helsetjenestene ble sett på som hemmende faktorer.

Noen sa at de opplevde motstand når noe nytt skulle innføres og at en årsak var fordi de ansatte ikke følte seg trygge på utstyret. Noen informanter fortalte om at noen ansatte som ikke ønsket å ta målinger slapp og noen ønsket ikke å bruke verktøyene. Da har ikke alle det samme utgangspunktet og det vil bli forskjell i hvilke observasjoner som gjøres og hvilke målinger som tas etter hvem som er på jobb. Ifølge Helsedirektoratets nasjonale faglige råd (2020) bør virksomhetene sikre at det er kompetanse blant ansatte for avdekking og oppfølging av pasienter med forverret somatisk tilstand, og det bør finnes rutiner for systematiske observasjoner av pasientenes vitale funksjoner. Maher et al. (2010) og Helsebiblioteket (2019) har i sin modell (figur 5) beskrevet at forbedringene bør skrives ned i rutiner og retningslinjer, og dermed være en del av det daglige arbeidet slik at de ikke forsvinner ved utskiftninger av personalet. Russell et al. (2020) sin studie viste at gjennomtrekk av personalet ble sett på som en hemmende faktor for å lykkes med implementering.

Det å være tro, «fidelity», til det man har lært og til eventuelle endringer i rutiner, er faktisk en av de største utfordringene når nye metoder og rutiner skal innarbeides (Ginsburg et al., 2016). Det bør undersøkes hvorfor ansatte ikke ønsker å ta målinger og bruke verktøyene, og de må informeres om viktigheten av at de gjør det, nasjonale råd og lovverk. For at en implementering skal lykkes og en skal opprettholde en varig endret praksis må ansatte se fordelene av bruk av verktøyene, både for seg selv, for pasientene og for hele organisasjonen (Maher et al., 2010, Helsebiblioteket, 2019, Weiner, 2009 og Alolabi, 2021). Ledelsen må jobbe med å redusere motstand og heller bidra til at personalet opplever eierskap til verktøyene. Flere informanter påpekte viktigheten av å ha ledere som engasjerte seg og var involvert i implementeringsprosessen. Ledelse har en sentral rolle ved implementering og

endring (von Treuer et al., 2018, Sandvik et al., 2011 og Helsedirektoratet, 2021b). Ledelsen må håndtere motstand og bruke ulike tilnærminger for å håndtere det (Alolabi et al., 2021).

Tidligere forskning viste at før ISBAR ble innført så varierte strukturen i overflyttingsrapporter og pasientinformasjon som ble overlevert etter hvem som ga rapporten (Tangvik et al., 2021). Etter innføringen ble det mer strukturert, noe som viser viktigheten av å bruke verktøyene som finnes slik at kvaliteten ikke varierer etter hvem som er på jobb, men at alle har og kan bruke de samme verktøyene.

Bruk av verktøyene skal bidra til tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand (Helsedirektoratet, 2020). Ny forskning vil ikke bidra til forbedring av folk sin helse og komme til nytte for pasientene om ikke ny kunnskap tas i bruk (Flottorp & Aakhus, 2013). Det er viktig at alle delene av helsetjenesten blir involvert i implementeringen og at hele organisasjonen har det samme målet for at man skal lykkes. Implementering er komplekst og mange faktorer må være ivarettatt om man skal lykkes (Flottorp & Aakhus, 2013, Maher et al., 2010 og Helsebiblioteket, 2019). Bruk av verktøyene er anbefalinger og noe virksomhetene bør ta i bruk, men er ikke pålagt det (Helsedirektoratet, 2020). Det kan da diskuteres om anbefalinger er riktig eller om det burde vært krav om bruk av verktøyene. Ved anbefalinger kan det ikke forventes at alle innen helse og omsorg har kjennskap til og kunnskap om verktøyene, da det er opp til den enkelte virksomhet, og man vil i kontakt med ulike deler av helsetjenesten oppleve varierende respons og forståelse.

Tidligere forskning viste variasjoner i hvor stor grad verktøyene var tatt i bruk. Noe tidligere forskning viste at NEWS ikke ble tatt regelmessig, men at det kom an på problemstillingen og pasientens kliniske tilstand når de brukte NEWS (Russell et al., 2020, Brangan et al., 2018 og Steinseide et al., 2022). Noen informanter følte kanskje på at de var litt påtvunget å bruke verktøyene. Sletner & Halvorsrud (2020) sin studie viste derimot at flertallet av helsearbeidere brukte systematiske observasjonsverktøy mer etter undervisning, de gjorde andre eller flere observasjoner, de hadde større trygghet i prioriteringen av tiltak og endringer hos pasienten ble fanget opp tidligere. ISBAR bidro til mer tidseffektiv og lik kommunikasjon, og viktig informasjon ble ikke glemt (Tangvik et al., 2021 og Haddeland et al., 2021).

Dersom den andre parten ikke visste hva NEWS var så fikk de manglende respons og følte seg ikke tatt på alvor (Russell et al., 2020 og Brangan et al., 2018). Flere informanter fortalte om at det var utfordringer med å få legene med på undervisning, at de ikke brydde seg om eller forsto hva NEWS-skår var, at de ikke ville bruke verktøyene, at de manglet engasjement for å bruke dem eller at de hadde for lite kunnskaper om verktøyene. Noen få informanter var usikre på hvilke kunnskaper legevakten hadde, og andre hadde hørt eller opplevd at ambulanspersonell ikke brukte verktøyene.

Noen av informantene hadde jobbet en del opp mot sykehuset for at de skulle få en NEWS-skår på pasienten ved utskrivelse slik at de hadde et utgangspunkt å sammenligne med når pasienten kom hjem. En gruppe jobbet for at NEWS skulle stå i notat ved inn- og utskrivning, men de lyktes ikke med dette, da det virket som om de på sykehuset var redde for at de ikke skulle få skrive ut pasienten hvis skåren var høy. Dette viser utfordringer i samhandlingen mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Pasientene som skrives ut til kommunehelsetjenesten i dag har kortere liggetid på sykehus, de er sykere og stadig flere har kroniske og sammensatte sykdomstilstander (Aldring og helse, u.å., Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2022 og Blomgren, 2015). Dette kan bety at kommunehelsetjenesten tar imot sykere pasienter enn før samhandlingsreformen ble innført.

Helsedirektoratets rapport forteller at reinnleggelser kan skyldes få ressurser og lite kompetanse i kommunehelsetjenesten, men også at pasientene skrives ut for tidlig fra spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019c). Det har ifølge Storli et al. (2016), Bruvik et al. (2017), Helsedirektoratet (2020) og Blomgren (2015) vært mye snakk om at helsepersonell i kommunehelsetjenesten må få økt sin kompetanse til å kunne ivareta komplekse, alvorlig syke pasienter, men dersom nødvendig informasjon ikke deles på tvers av helsetjenestene så vil ikke de som skal overta pasientansvaret kunne følge opp pasientene tilstrekkelig til tross for god kompetanse. Mangelfull informasjon kan føre til at oppfølgingen av pasienten blir forsinket, kommunehelsetjenesten må bruke tid på å etterspørre informasjon og det blir vanskelig å legge til rette for riktig behandling, noe som kan true pasientsikkerheten (Tjøstolsen & Bjørnstad, 2020).

## **6.4. Erfaringer av endringer etter innføring av verktøyene**

Oppgavefordeling i helsetjenesten kan løses på flere måter etter hvilken kompetanse og hvilke ressurser som er tilgjengelige.

### **6.4.1. Endret kompetanse og opplevelse av mestring**

Resultatene viste at flere mente at undervisningen hadde vært kunnskaps- og kompetansehevende og at de ble tryggere i rollen sin. Noen trodde ikke at de hadde fått sekkene med utstyr om de ikke hadde tatt i bruk verktøyene. Ved at alle hadde fått undervisning så bidro det til at det ikke var sykepleieren som måtte ta målingene og gjøre alle observasjonene. Stadig flere eldre og mangel på helsepersonell har vært mye snakket om. Studien til Norheim & Thoresen (2015) viste at «Utskrivningsklare pasienter oppleves som sykere og mer tidkrevende enn tidligere [...] sykepleierne opplevde det som vanskelig å få brukt sin kompetanse på rett sted, til rett tid». En sykepleier i studien hadde sagt at de ikke hadde tid til å gjøre de oppgavene som det kreves kompetanse til å gjøre (Norheim & Thoresen, 2015). «Knapphet på helsepersonell gjør at det er viktig å være bevisst på hva personellet skal gjøre og ivareta i løpet av en arbeidsdag. Det innebærer også å fordele oppgaver til annet personell der helsefaglig kompetanse ikke er nødvendig» (Helsepersonellkommisjonen, 2023, s.16).

Oppgavene i helse- og omsorgstjenesten løses på ulike vis, blant annet etter hvilken tilgang på utstyr og personell som er tilgjengelig. Det er flere personellgrupper som kan løse de samme oppgavene, men kompetansen må kartlegges og utnyttes på en god måte slik at forsvarlighetskravet ivaretas. Større rekruttering av helsefagarbeidere og mer bruk av deres kompetanse vil kunne redusere sykepleiemangelen ved at oppgavene fordeles på en annen måte (Helsepersonellkommisjonen, 2023). Resultatene viste at når informantene fikk økt sin kompetanse så opplevde de mestring ved å bruke verktøyene og forsto blant annet hva et normalt blodtrykk og en normal respirasjon var, og hva som var unormalt.

### **6.4.2. Økt trygghet**

Flere informanter opplevde verktøyene som nyttige og fikk større bevissthet på hva de ulike verdiene betydde. De klarte å forstå sammenhenger, hva som var normalt og ikke, og de fikk et større grunnlag for å gjøre egne vurderinger og iverksette tiltak. Tidligere forskning gjort av Sletner & Halvorsrud (2020) viste at opplæring i verktøyene bidro til økt kunnskap og større faglig trygghet, noe som var til god hjelp for å observere og vurdere kritisk syke.



Helsearbeiderne brukte verktøyene mer, de gjorde andre eller flere observasjoner, de ble tryggere på å vurdere hvilke tiltak de skulle prioritere og de fanget opp endringer hos pasienten raskere (Sletner & Halvorsrud, 2020). Ved at flere enn sykepleierne hadde fått opplæring i verktøyene og at helsearbeiderne hadde fått økt sin kompetanse så bidro det til at sykepleierne ikke trengte å ta alle målingene og gjøre alle observasjonene lenger.

Det er viktig at oppgavene fordeles og at ressursene utnyttes på best mulig måte slik at pasientene ivaretas på en god og sikker måte. Pasientsikkerhet beskrives som at tjenestene pasientene mottar skal «være trygge og sikre» (Aase, 2005).

### **6.4.3. Tidligere oppdagelse av endret helsetilstand**

Ved regelmessig bruk av det kliniske blikket og verktøyene erfarte informantene at endringer i pasientenes helsetilstand ble fanget opp tidligere, da de var mer bevisste på hva de skulle observere og hvilke tiltak de skulle iverksette. Helsedirektoratets nasjonale faglige råd knyttet til tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand stiller blant annet krav om at ansatte som har pasientkontakt skal ha kompetanse til å avdekke og følge opp pasienter med forverret somatisk tilstand (Helsedirektoratet, 2020). ProACT sitt kurskonsept med verktøyene ABCDE, NEWS og ISBAR har som mål «å forbedre pasientbehandling og pasientsikkerhet» (proACT Norge, 2022a) ved å blant annet tidlig oppdage og reagere raskt på en forverret situasjon (Blomgren, 2015, proACT Norge 2022a og proACT Norge, 2022b).

## **7.0. Metodediskusjon**

I diskusjon av metode vil noen av de valgene som er blitt gjort gjennom studien bli belyst, og både fordeler og ulemper vil trekkes fram.

### **7.1. Kvalitativ metode**

Valg av kvalitativ metode ble valgt ut ifra hensikt og forskningsspørsmål. I utgangspunktet var det tenkt fokusgruppeintervju, der deltakerne inspireres av hverandre og kommer med synspunkter om emnet som er bestemt på forhånd. Deltakerne skal kunne komme med personlige og ulike meninger om emnene, og det er ikke mål om at de skal komme til enighet eller finne løsninger (Kvale & Brinkmann, 2021b). Dette lot seg ikke gjennomføre på grunn av deltakernes turnus og arbeidshverdag, og det ble i stedet gjennomført parintervju. Formålet med disse intervjuene var det samme som de tenkte fokusgruppeintervjuene.

### **7.2. Intervjusituasjon**

Ifølge Wilson et al. (2016) kan parintervju ofte være enklere å organisere enn fokusgruppeintervju og dynamikken mellom deltakerne kan være bedre om de kjenner hverandre godt og føler seg tryggere på hverandre enn større grupper. Det kan føles tryggere å dele sine tanker og meninger i mindre grupper. En annen fordel kan være at deltakerne klarer å holde seg bedre til temaet, da samtalen ved flere deltakere lett kan ta mange retninger (Wilson et al., 2016). Det at samtalen tar flere retninger kan også bety at jeg ikke fikk like mange erfaringer som jeg ville fått hvis det var flere deltakere. Ved parintervju kan det være enklere å sikre at alle har fått sagt sine tanker og meninger om tema (Wilson et al., 2016). Det kan variere hvor mye og hva den enkelte deltaker sier, og det kan være enklere å unngå og si så mye om det er mange deltakere og den som intervjuer ikke passer på at alle får sagt noe. Hvis den ene snakker hele tiden så vil ikke den andre kunne få mulighet til å uttrykke seg, noe som kan være en ulempe ved parintervju. En annen ulempe kan være at deltakerne føler at de må være samlet og fortelle det samme, selv om de sitter med andre opplevelser og erfaringer, da de er redd for konflikt med den andre parten. (Wilson et al., 2016 og Dale et al., 2021). Da vil ikke alle ulike synspunkt og erfaringer komme fram og jeg kan miste viktige data, men disse ulempene kan også oppstå ved fokusgruppeintervjuer og ikke bare ved parintervju.

Det ble ikke gjennomført noe pilotintervju før parintervjuene grunnet tiden jeg hadde til rådighet. Pilotintervju kunne vært brukt som en forberedelse til hovedintervjuene for å teste formuleringen av spørsmålene i intervjuguiden og for å teste selve intervjusituasjonen.

Dersom jeg hadde gjennomført pilotintervju kunne jeg ha bedt om tilbakemelding etterpå om hva som fungerte greit og hva som kunne vært gjort annerledes. Dette kan være en svakhet ved oppgaven. Jeg hadde ingen som kunne delta sammen med meg under selve intervjuene for å holde ordne på hvem som hadde sagt hva og ikke, noe som kunne vært en fordel da jeg ikke har erfaring med slike intervjuer fra tidligere. Parintervju var en fordel framfor fokusgruppeintervju, da det var færre deltakere i hvert intervju og jeg sitter igjen med at alle deltakerne fikk sagt sitt.

To av intervjuene ble gjennomført fysisk og to på teams. Relasjon og kontekst kan påvirke hvilke erfaringer som blir delt, og både forsker og informant kan påvirke intervjusituasjonen (Drageset & Ellingsen, 2010). Jeg opplevde de fysiske intervjuene bedre enn de digitale, da det var mer naturlig å sitte i samme rom og kunne gjøre bedre observasjoner i form av kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Det som formidles av blant annet kroppsspråk er også en viktig del av analysen (Drageset & Ellingsen, 2010). Likevel gikk gjennomføringen av de to digitale intervjuene uten problemer. Jeg testet lyd og opptaker før selve intervjuene slik at jeg var sikker på at det fungerte godt. Videre passet jeg på at det ikke var forstyrrende elementer i bakgrunnen og jeg la intervjuguiden fram slik at jeg skulle slippe å bla i papirer underveis. Jeg hadde fokus på å se inn i kameraet og skjermen for å holde øyekontakt med de jeg intervjuet.

Alle informantene fikk samme informasjon om studien før intervjuene og jeg brukte de samme spørsmålene fra intervjuguiden, selv om det varierte om jeg måtte stille flere av spørsmålene eller om svarene kom av seg selv. I de tilfellene der svarene ikke ga helt mening spurte jeg om informantene kunne utdype svare eller forklare det på en annen måte. Det kan bidra til en større forståelse eller utvidelse (Drageset & Ellingsen, 2010).

Det kan være utfordrende å la informantene få snakke seg ferdig uten avbrytelser (Drageset & Ellingsen, 2010). Underveis var jeg bevisst på la informantene snakke seg ferdig, bekrefte svarene nøytralt og ikke svare informantene på en måte som gjorde at jeg kunne påvirke svarene eller starte en diskusjon. Jeg kunne ha påvirket resultatene om jeg hadde kommet med egne erfaringer og startet en diskusjon. Holdninger og toneleie kan påvirke hvordan informanten svarer og hvilke erfaringer som blir delt (Drageset & Ellingsen, 2010). Videre sier Drageset & Ellingsen (2010) at stor forskjell i rang mellom informant og forsker, slik at forholdet blir asymmetrisk, kan påvirke kommunikasjonen. Det at jeg og informantene var helsepersonell og på samme nivå var nok en fordel.

Ved å bruke lydopptaker kunne jeg høre opptakene flere ganger for å være sikker på at jeg hadde fått med meg alt som ble sagt og at jeg hadde forstått det som ble sagt. Lydkvaliteten på alle intervjuopptakene var god.

### **7.3. Utvalg**

Helsepersonell som deltok, ble plukket ut av sine ledere eller instruktører i proACT. Det varierte hvor god tid de hadde før de visste at de skulle stille til intervju og noen ble valgt ut rett før intervjuene pga. sykdom blant personalet. Informantene fikk derfor informasjon om prosjektet, fikk lese gjennom informasjons- og samtykkeskjema og signere før intervjuene startet slik at de hadde informasjon om hva de skulle delta i. Jeg hadde ingenting med utvelgelsen av informanter å gjøre. Informantene som deltok i samme intervju, kjente hverandre og alle delte sine erfaringer. Jeg har ikke jobbet i noen av kommunene og hadde ingen kjennskap eller relasjon til informantene. Selv om de hadde gitt skriftlig samtykke kunne de vært uforberedt på noen av spørsmålene som kom, noe som kunne resultert i uventede reaksjoner (Drageset & Ellingsen, 2010). Dette skjedde ikke, men var noe jeg hadde tenkt gjennom på forhånd.

Både informantene og jeg snakker trøndersk og resultatene ble derfor i større eller mindre grad skrevet om for at det skulle bli forståelig og lesbart for leseren.

### **7.4. Troverdighet**

Det å skrive en masteroppgave alene kan både være en styrke og en svakhet. Drageset & Ellingsen (2010) sier at det er viktig med god teoretisk kunnskap om det temaet for at man skal kunne stille relevante spørsmål. Videre vil forskerens kunnskaper og kompetanse ha betydning for dataene som skapes og gyldigheten av studien (Drageset & Ellingsen, 2010). Jeg valgte et tema som jeg interesserer meg for og som jeg hadde mye kunnskap om på forhånd. Det har bidratt til å holde motivasjonen oppe.

En svakhet kan være at jeg i analyseprosessen sto mye alene, men en styrke er at jeg har fått fullt eierforhold til studien og dens innhold. Det er viktig å være tro mot den informasjonen som deles (Drageset & Ellingsen, 2010). Jeg hadde fokus på å ta med alle erfaringene som informantene delte, både positivt og negativt, og ikke utelate noe. Dette styrker gyldigheten av studien. Gjennom seminarer arrangert av universitetet, der både medstudenter og lærere

har vært til stede, har jeg fått presentere egen forskning, fått tilbakemeldinger og deltatt i mange diskusjoner som har vært til god hjelp underveis i prosessen. Noe av materialets gyldighet er dermed diskutert med et vitenskapelig miljø (Drageset & Ellingsen, 2010).

Det var variasjon i alder, erfaring og utdanning hos informantene, men alle hadde til felles at de hadde hatt opplæring i verktøyene, erfaringer med bruk av verktøyene og at de brukte verktøyene i det daglige. Dette bidrar til at resultatene i denne studien er til å stole på.

Resultatene i denne studien er basert på erfaringer til noen ansatte i to kommuner. I kvalitativ forskning er det viktig at variasjon for det som studeres blir best mulig belyst (Drageset & Ellingsen, 2010). Det kunne likevel vært interessant å få med flere kommuner for å få et større utvalg. Dette svekker overføringsverdien, ekstern validitet, til andre kommuner. På den andre siden er resultatene mye i tråd med tidligere forskning, noe som styrker overføringsverdien og påliteligheten av denne studien.

## 8.0. Konklusjon

Denne studien viser helsepersonell i kommunehelsetjenesten sine erfaringer ved innføring og bruk av ABCDE, NEWS og ISBAR ved hjelp av proACT-konseptet.

Det var varierende kunnskaper om verktøyene før innføring, men flere oppga at de hadde et ønske om at verktøyene skulle innføres på deres arbeidsplass.

Erfaringene viste at proACT er et godt opplæringsprogram for innføring av verktøyene. God opplæring, både teoretisk og praktisk, av instruktører ble vektlagt og at de bidro til å organisere trygge arenaer for læring. Særlig ble ulike former for praktisk opplæring løftet fram ved bruk av simulering og VR-briller. De viktigste fremmende faktorene for opplæring var at informantene måtte føle seg trygg gjennom opplæringen og at ledelsen var involvert. De viktigste hemmende faktorene ved opplæring var manglende involvering av ledelsen og tidspress.

Selv om god opplæring er en forutsetning for at nye prosedyrer og verktøy blir tatt i bruk, er det ikke tilstrekkelig. Denne studien viser at når verktøyene skulle tas i bruk var det viktig at informantene var trygge på hvordan ting skulle gjøres og at de støttet hverandre, for eksempel ved at de var to som tok målinger sammen den første tiden. Videre var det viktig at utstyr og skjemaer de trengte for å bruke verktøyene var på plass. Andre fremmende faktorer var bruk av det kliniske blikket og god samhandling på tvers av helsetjenesten. Hemmende faktorer for å ta verktøyene i bruk var motstand mot bruk av dem, varierende kunnskaper og forståelse for bruk, samt utfordringer med samhandling på tvers av helsetjenestene.

Både i planleggingen av innføringen, i opplæringen og for å ta verktøyene i bruk, var engasjement og tilrettelegginger fra ledelsen viktig. Manglende engasjement og tilrettelegging fra ledelsen var derimot en hemmende faktor.

Innføring og bruk av verktøyene gjorde at informantene erfarte at de fikk økt sin kompetanse og ble tryggere i å vurdere pasientene. Når verktøyene først var tatt i bruk så identifiserte de endringer i helsetilstanden til pasientene tidligere enn de hadde gjort før innføringen av verktøyene.

Ved at verktøyene er en del av utdanningen i dag, og at flere får opplæring eller tar videreutdanning, kan man anta at verktøyene vil bli mer brukt de kommende årene og være kjent for alle ansatte i helsetjenesten. Økt observasjonskompetanse ved hjelp av ABCDE, NEWS og ISBAR vil kunne bidra til å øke pasientsikkerheten.

## 9.0. Referanseliste

- Aldring og helse (u.å.). *Klinisk observasjonskompetanse*. Hentet 08.november 2022 fra [Klinisk observasjonskompetanse - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)
- Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (Red.). (2011). *Klinisk sykepleie 1*. 4.utg. Gyldendal Akademisk
- Alolabi, Y.A., Ayupp, K. & Dwaikat, M.A. (2021). Issues and Implications of Readiness to Change. *Administrative Sciences*, 11(4), 1-14.  
<https://doi.org/10.3390/admsci11040140>
- Andreassen, K.E. (2012). Sjekklister reduserer feilbehandling. *Universitetet i Bergen*. Hentet 28.07.2023 fra [Sjekklister reduserer feilbehandling \(forskning.no\)](#)
- AOF Fagskolen (2022). *Klinisk vurderingskompetanse*. Hentet 05.06.2023 fra [NY UTDANNING! Klinisk vurderingskompetanse - AOF-fagskolen](#)
- Arbeidsmiljøloven (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet (u.å.). *Generelle krav til opplæring*. Hentet 11.07.2023 fra [Generelle krav til opplæring \(arbeidstilsynet.no\)](#)
- Bergsagel, I. (2022, 08.august). *Her konfronteres sykepleier Even virtuelt av en aggressiv «pasient»*. Hentet 12.07.2023 fra [SUS satser på virtuell simulering \(sykepleien.no\)](#)
- Birkeland, A. (2019). *Personopplysningsloven*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 25.10.2023 fra [Personopplysningsloven | Forskningsetikk](#)
- Blomgren, E. (2015). *proACT. Forebygge og behandle livstruende tilstander*. Studentlitteratur.
- Brangan, E., Banks, J., Brant, H., Pullyblank, A., Roux, H.L. & Redwood, S. (2018). Using the National Early Warning Score (NEWS) outside acute hospital settings: a qualitative study of staff experiences in the West of England. *BMJ Open*, 8, 1-8. DOI 10.1136/bmjopen-2018-022528
- Braun, V. og Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis. A practical guide*. SAGE Publications Ltd.
- Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J.F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformer har ført til. *Sykepleien forskning*. DOI 10.4220/Sykepleienf.2017.60613.
- Cappelen, K. (2018). Pasientsikkerhetskultur i sykehjem. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3.utg., s.89-100). Universitetsforlaget.
- Carl, C. & Egeland, R. (2022). *Derfor er psykologisk trygghet så viktig på arbeidsplassen*. Hentet 06.07.2023 fra [Derfor er psykologisk trygghet så viktig på arbeidsplassen](#)
- Dale, N.F., Johns, R. & Walsh, M.J. (2021). «That's not true!» paired interviews as a method for contemporaneous moderation of self-reporting on a shared service experience. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 49, 580-591.  
<https://doi.org/10.1016/j.jhtm.2021.11.010>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 24.01.2024 fra [Generelle forskningsetiske retningslinjer | Forskningsetikk](#)
- Dogherty, E.J. & Estabrooks, C.A. Why do barriers and facilitators matter? I D.A. Richards & I.L.H. Hallberg. *Complex intervention in health*. Routledge.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*, 5(4), 332-335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Fagerström, L. (2019). Hva er avansert klinisk sykepleie? I L. M. Fagerström (Red.). *Avansert klinisk sykepleie* (s.39-50). Gyldendal Akademisk.



- Fagskolen i Viken (u.å.). *Observasjons- og vurderingskompetanse i helsetjenesten*. Hentet 05.06.2023 fra [Observasjons- og vurderingskompetanse i helsetjenesten | Fagskolen Viken \(fagskolen-viken.no\)](https://www.fagskolen-viken.no)
- Fagskolen Rogaland (u.å.). *Akutt syke – Klinisk observasjons- og handlingskompetanse*. Hentet 05.06.2023 fra [Akutt syke - Klinisk observasjons- og handlingskompetanse - Fagskolen Rogaland](https://www.fagskolen-rogaland.no)
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 187-196. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie*. (FOR-2020-01-03-45). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2020-01-03-45>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>
- Grønmo, S. (2023). *Kvalitativ metode*. Hentet 23.10.23 fra [kvalitativ metode – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/kvalitativ-metode)
- Ginsburg, L.R., Hoben, M., Easterbook, A., Anderson, R.A., Estabrooks, C.A & Norton, P.G. (2016). Fidelity is not easy! Challenges and guidelines for assessing fidelity in complex interventions. *BioMed Central*, 22(372). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05322-5>.
- Haddeland, K., Marthinsen, G.N., Söderhamn, U., Flateland, S.M.T. & Moi, E.M.B. (2021). Experiences of Using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. *Intensive & Critical Care Nursing*, 70, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103195>
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. (362). Bø: Telemarksforskning. Hentet 11.07.2023 fra [Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. | Telemarksforskning](https://www.telemarkforskning.no)
- Helsebiblioteket (2019, 26.september). *Hvordan skape vedvarende forbedringer?* Hentet 04.07.2023 fra [Kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket](https://helsebiblioteket.no)
- Helsedirektoratet (2022a). *Avansert klinisk allmennsykepleier (AKS)*. Hentet 13.07.2023 fra [Avansert klinisk allmennsykepleier \(AKS\) - Helsedirektoratet](https://helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2021a). *Avansert klinisk sykepleier og klinisk breddekompetanse*. Hentet 13.07.2023 fra [Avansert klinisk sykepleier og klinisk breddekompetanse - Helsedirektoratet](https://helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2021b, 07.juli). *Implementering*. I trygge hender 24/7 Hentet 13.07.2023 fra [Implementering – Itryggehender \(itryggehender24-7.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2019b). *Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (IS-2822)*. Helsedirektoratet. Hentet 13.07.2023 fra [Hdir Rapportmal-gjeldende 14.2.19 \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2022b, 20.oktober). *Om I trygge hender 24-7*. Hentet 04.08.2023 fra [Om I trygge hender 24-7 - Itryggehender](https://helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet, (2020, 30.april). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*. Hentet 13.10.2022 fra [Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand - Helsedirektoratet](https://helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2019c). *Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter (IS-2813)*. Helsedirektoratet. Hentet 13.07.2023 fra [IS 2813 Liggetid og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011-18.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsepersonellkommissjonen (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (NOU 2023: 4). Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 02.08.2023 fra [NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)
- Hilsen, M. (2020). Bruk av kartleggingsverktøy har positiv innvirkning på jobbtilfredsheten. *Sykepleien*. Hentet 04.08.2023 fra [Bruk av kartleggingsverktøy har positiv innvirkning på jobbtilfredsheten \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no)
- Kjøøl, J., Melbye, L. & Mundal, I.P. (2020, 18. desember). NEWS-målinger trygger sykepleie i den tverrprofesjonelle kommunikasjonen. *Sykepleien*. Hentet 14.11.2023 fra [NEWS-målinger trygger sykepleiere i den tverrprofesjonelle kommunikasjonen \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no)
- Kompetansebroen (2022, 03.mars). *Klinisk observasjonskompetanse – Grunnleggende ferdigheter*. Hentet 11.07.2023 fra [Klinisk observasjonskompetanse - Grunnleggende ferdigheter - Kompetansebroen](https://www.kompetansebroen.no)
- Kompetansebroen (2021, 29.april). *VR som virkemiddel i opplæring av helsepersonell*. Hentet 12.07.2023 fra [VR som virkemiddel i opplæring av helsepersonell - Kompetansebroen](https://www.kompetansebroen.no).
- Kompetansebroen (u.å.). ISBAR kommunikasjon. Hentet 06.02.24 fra [Film: ISBAR kommunikasjon - Kompetansebroen](https://www.kompetansebroen.no)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021a). Etikk og intervjuundersøkelser. I S. Kvale og S. Brinkmann. *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg., s.95-113). Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021b). Intervjuvariasjoner. I S. Kvale & S. Brinkmann. *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg., s.172-190). Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S og Brinkmann, S. (2021c). Tematisering og design av en intervjuundersøkelse. I S. Kvale og S. Brinkmann. *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg., s.134-155). Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2021d). Transkripsjon av intervjuer. I S. Kvale og S. Brinkmann. *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg., s.204-214). Gyldendal Akademisk.
- Langtvedt, N.J. (2017). *Forskingsetikklova*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 25.10.2023 fra [Forskingsetikklova | Forskingsetikk](https://www.forskingsetikk.no)
- Maher, L., Gustafson, D. & Evans, A. (2010). *Sustainability Model ang Guide*. National Health Service, Institute for Innovation and Improvement. Hentet 14.07.2023 fra [ST MODEL FEB03:Layout 1 \(ktpathways.ca\)](https://www.ktpathways.ca)
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 25, 2468-2472. Hentet 27.05.2023 fra [Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://www.tidsskriftet.no)
- Molnes, S.I., Hagen, I.H., Kongshaug, A.V., Vdaset, T.B., Ryste, T.O. & Alnes, B.E. (2016). Simulering gir økt læringsgevinst. *Sykepleien Forskning*. DOI [10.4220/Sykepleiens.2016.58047](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58047)
- Mørch, W.T. (2021, 24.juni). *Abraham Maslow*. Hentet 06.07.2023 fra [Abraham Maslow – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://www.snl.no)
- Norheim, K.H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*. DOI [10.4220/Sykepleienf.2015.53343](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343)

- NTNU (u.å.a). *Behandle personopplysninger i student- og forskningsprosjekt*. Hentet 01.03.2023 fra [Behandle personopplysninger i student- og forskningsprosjekt - Kunnskapsbasen - NTNU](#)
- NTNU (u.å.b) *Tematisk Analyse*. Hentet 01.03.2023 fra [Tematisk Analyse \(ntnu.no\)](#)
- proACT Norge (2022a). *Organisering*. Hentet 08.11.2022 fra [Organisering | Proact \(proactnorge.org\)](#)
- proACT Norge. (2022b). *proACT Norge*. Hentet 08.11.2022 fra [proACT Norge | Pasientsikkerhet i fokus](#)
- Richards, D.A. (2015). The complex intervention framework. I D.A. Richards & I.L.H. Hallberg. *Complex intervention in health*. Routledge.
- Russell, S., Stocker, R., Barker, R. O., Liddle, J., Adamson, J. & Hanratty, B. (2020). Implementation of the National Early Warning Score in UK care homes: a qualitative evaluation. *British Journal of General Practice*, 793-799. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X713069>
- Sandvik, G.K., Stokke, K. & Nortvedt M.W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien forskning*. DOI 10.4220/sykepleienf.2011.0098
- Shahsavari, H., Matourypour, P., Ghiyasvandian, S. & Nejad, M.R.G. (2020). Medical Research Council framework for development and evaluation of complex interventions: A comprehensive guidance. *Journal of Education and Health Promotion*. 9. DOI: 10.4103/jehp.jehp\_649\_19
- Skivington., K., Matthews, L., Simpson, S.A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J.M., Boyd, K.A., Craig, N., French, D.P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M. & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374(2061), s.1-11. DOI <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Sletner, A. & Halvorsrud, L. (2021). Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten og betydningen for jobb-tilfredshet. *Sykepleien forskning*. DOI 10.4220/Sykepleienf.2020.80410
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). ... *OG BEDRE SKAL DET BLI. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. (IS-1162). Hentet 01.08.2023 fra [SFK\\_ogbedreskaldetbli\\_v9.indd \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Steinseide, E.G., Potrebny, T., Ciliska, D. & Graverholt, B. (2022). Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus – en systematisk kartleggingsoversikt. *Sykepleien forskning*. DOI 0.4220/Sykepleienf.2022.88361
- Storesund, A. (2020). Nytt av å bruke sjekklister. *Sykepleien forskning*. Hentet 28.07.2023 fra [Nytten av å bruke sjekklister \(sykepleien.no\)](#)
- Storli, M., Ingebrigtsen, O., Nakrem, S. & Elstad, T. A. (2016). Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. *Sykepleien forskning*. DOI 10.4220/Sykepleienf.2016.59801
- Sverdrup, S. (2021). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag. Råd og vink. Skritt for skritt* (1.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Tangvik, L.S., Kinn-Mikalsen, M.A., Johnsgaard, T. & Reime, M.H. (2021). Sykepleieres erfaringer før og etter implementering av ISBAR – en kartleggingsstudie. *Sykepleien forskning*. DOI 10.4220/Sykepleienf.2021.87550
- Tjøstolvsen, I. & Bjørnstad, E. (2020). *Hvordan kan sykepleiere styrke samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien?* Hentet 04.08.2023 fra DOI [10.4220/Sykepleiens.2020.80337](#)

- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2022, 20.januar). *Klinisk observasjonskompetanse (proACT)*. Hentet 13.10.2022 fra [ProACT \(systematisk klinisk observasjonskompetanse\) \(utviklingssenter.no\)](https://www.utviklingssenter.no/proact)
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2020a). *KlinObsKommune*. Hentet 05.08.2023 fra [Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten \(utviklingssenter.no\)](https://www.utviklingssenter.no/klinobs-kommune)
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2020b, 23.juni). *Lommekort og skjema*. [Lommekort og skjema \(utviklingssenter.no\)](https://www.utviklingssenter.no/lommekort-skjema)
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2021, 04.mars). *Trinn 3: ABCDE, NEWS og ISBAR satt i system*. Hentet 21.11.23 fra [Trinn 3: ABCDE, NEWS og ISBAR satt i system \(utviklingssenter.no\)](https://www.utviklingssenter.no/trinn-3-abcde-news-og-isbar-satt-i-system)
- von Treuer, K., Karantzas, G., McCabe, M., Mellor, D., Konis, A., Davison, T.E. & O'Connor, D. (2018). Organizational factors associated with readiness for change in residential aged care settings. *BioMed Central, Health Services Research*, 18(77), 1-6. DOI 10.1186/s12913-018-2832-4
- Weiner, B.J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *BioMed Central, Implementation Science*, 4(67), 1-9. DOI 10.1186/1748-5908-4-67
- Wilson, A.D., Onwuegbuzie, A.J. & Manning, L.P. (2016). Using Paired Depth Interviews to Collect Qualitative Data. *The Qualitative Report*, 21(9), 1549-1573. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2016.2166>
- Aase, K. (2015). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (2.utg., s.15-23). Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1: Intervjuguide

1. Kan dere fortelle om hvordan dere fikk kjennskap til verktøyene ABCDE+F, NEWS og ISBAR?
  - a. Hvor lenge er det siden?
  - b. Hvor mange var har deltatt på undervisning og hvilke yrkesgrupper deltok (leger, sykepleiere, fagarbeidere, assistenter og ledere)?
  - c. Hvordan var kunnskapene om verktøyene før undervisning?
  - d. Hvilke kunnskaper måtte dere tilegne dere før undervisning?
2. Hvordan foregikk undervisningen?
  - a. Var det noen utfordringer knyttet til undervisningen?
3. Kan dere fortelle om innføringen av verktøyene?
  - a. Hvordan var overgangen fra undervisning til praktisk innføring?
  - b. Hvordan ble verktøyene innført?
  - c. Møtte dere noen utfordringer underveis?
  - d. Kan dere si noe om hva som måtte være på plass?
  - e. Hvordan ble det satt av tid til opplæring?
  - f. På hvilken måte var ledelsen involvert?
  - g. På hvilken måte har dere vært motivert for kompetanseheving og nye verktøy?
  - h. Hvilke rutiner måtte på plass?
4. Kan dere si noe om hvordan verktøyene er tatt i bruk?
  - a. Når brukes verktøyene?
  - b. Hvem bruker verktøyene?
  - c. Hva er erfaringene med kommunikasjon med annet helsepersonell på tvers av helsetjenestene, har de kjennskap til og kunnskap om verktøyene?
  - d. Hvilke rutiner følges?
  - e. På hvilken måte er verktøyene tilgjengelig i hverdagen?
5. Kan dere si noe om verdien av verktøyene?
  - a. På hvilken måte oppleves verktøyene som nyttige?
  - b. Kan dere si noe om verktøyene krever mye tid og ressurser?
  - c. På hvilken måte brukes verktøyene i dag?
  - d. Kan dere si noe om dette har endret kompetansen?
6. Hva har vært det viktigste i prosessen med innføring av nye verktøy?
  - a. Hva burde/kunne vært gjort annerledes?

## **Vil du delta i studien: «Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten»?**

**Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvilke erfaringer helsepersonell i kommunehelsetjenesten har knyttet til implementering av ABCDE+F, NEWS og ISBAR. I dette skriver gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.**

### **Formål**

Helsedirektoratet kom i 2020 med nasjonale faglige råd knyttet til tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand med bakgrunn i at en tredjedel av unødige dødsfall skyldes manglende eller sen oppdagelse av forverret tilstand, mangelfull observasjon og svikt eller misforståelser i kommunikasjon.

Økt observasjons- og medisinskfaglig kompetanse og sikker kommunikasjon vil kunne øke pasientsikkerheten og bidra til at færre pasienter blir innlagt og reinnlagt på sykehus. Etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 behandles og følges stadig flere pasienter opp i kommunehelsetjenesten.

proACT er et undervisningskonsept som tar utgangspunkt i verktøyene ABCDE+F, NEWS og ISBAR. proACT har fokus på hvordan helsepersonell «kan være proaktive og raskt oppdage at tilstanden til en pasient er truet og hvordan forebygge en eventuell akutt sykdomsforverring» og setter pasientsikkerhet høyt.

Jeg vil i min masteroppgave se på hvilke erfaringer helsepersonell har med implementering av verktøyene ABCDE+F, NEWS og ISBAR i kommunehelsetjenesten.

Hvilke erfaringer har du som helsepersonell med implementering av disse verktøyene?

Temaer som vil bli tatt opp er:

- Hvordan foregikk opplæringen?
- Hvilke faktorer har vært hemmende og fremmende i implementeringsprosessen?
- Hvordan blir verktøyene brukt?
- På hvilken måte er verktøyene nyttige?

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

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet.

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

Jeg ønsker å få dine erfaringer om implementering av ABCDE+F, NEWS og ISBAR. Du får denne invitasjonen fordi du er plukket ut til å delta.

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

Deltagelse i denne studien innebærer at du deltar i et fokusgruppeintervju sammen med noen andre helsepersonell. Jeg vil lede intervjuet. Det vil bli tatt lydopptak som transkriberes. Alt av opplysninger som kommer fram under intervjuet vil bli anonymisert og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltakerne i transkriberingen.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst trekke samtykke fram til gruppeintervjuet. Ettersom det er et gruppeintervju og alle deltakerne anonymiseres vil det ikke være mulig å plukke ut hva du har sagt etter at transkriberingen er gjennomført og lydopptaket er slettet.

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

Jeg vil ikke registrere opplysninger om deg som alder, kjønn, yrkestittel eller hvor du jobber, men kan kjennes igjen på lydopptakene. Lydopptakene vil bli oppbevart kryptert i NTNUs systemer. Kun jeg vil ha tilgang til intervjuene.

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes mai 2023. Lydfilen vil bli lagret som beskrevet over og slettet når studien er avsluttet. Utskrift av intervjuene vil anonymiseres slik at ingen skal kunne gjenkjennes. Resultatene av intervjuene vil bli brukt i masteroppgaven.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Som beskrevet over er det frivillig å delta. Etter transkriberingen og sletting av lydfil vil det ikke være mulig å identifisere opplysninger om deg. Jeg samler ikke personopplysninger som kjønn, alder, yrke og arbeidssted. Du har rett til innsyn i hva du har sagt i intervjuet. Du kan trekke deg så lenge vi kan identifisere deg i materialet.

Du kan sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, så kan du kontakte:

- Masterstudent Astrid Vaarheim Wean, [astridvw@ntnu.no](mailto:astridvw@ntnu.no), tlf. 95138828
- Professor Øyvind Kirkevold, [oyvind.kirkevold@ntnu.no](mailto:oyvind.kirkevold@ntnu.no), tlf. 91594775.
- Personvernombud Thomas Helgesen, [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no), tlf.93079038

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med SIKT på e-post [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller på telefon 53211500.

Med vennlig hilsen

Øyvind Kirkevold  
(Veileder)

Astrid Vaarheim Wean  
(Student)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet


---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Meldeskjema / Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger


 Skriv ut

 29.05.2023 ▾

### Referansenummer

644972

### Vurderingstype

Automatisk 

### Dato

29.05.2023

### Tittel

Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten

### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

### Prosjektansvarlig

Øyvind Kirkevold

### Student

Astrid Vaarheim Wean

### Prosjektperiode

07.10.2022 - 15.08.2023

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.08.2023.

[Meldeskjema](#) 

### Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedømmer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

### Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

### Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

