

Informasjon om KlinObsKommune

En trinnvis modell for å styrke klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten

Hva – Hvorfor – Hvordan



TRINN 1

Grunnleggende
ferdigheter innen
ABCDE metodikk

TRINN 2

Hjerte-lunge redning

TRINN 3

ABCDE, EWS og
ISBAR med pasientcase
og refleksjon

TRINN 4

Scenariotrening med
refleksjon og debrief

TRINN 5

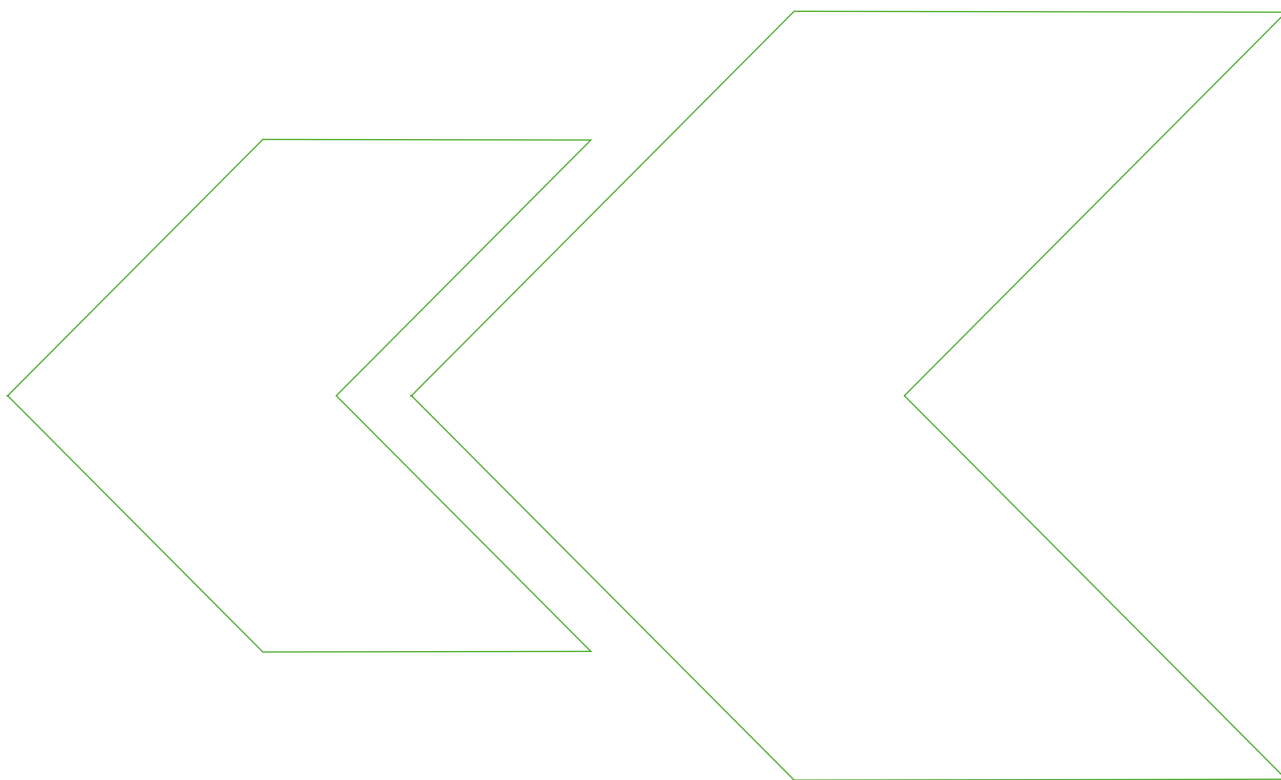
Tverrfaglig
fullskalasimulering med
debrief



KlinObsKommune 2020 v.2.0



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**



Adresse: Klinisk observasjonskompetanse
www.utviklingssenter.no/klinisk-observasjonskompetanse
Kontaktinformasjon: se www.utviklingssenter.no
Tekstforfattere: Line Hurup Thomsen, Eva Linnerud,
Kine Nordmo-Stykket og Mette Sophie Klev.
Bilder: www.gettyimages.no og egne bilder fra USHT.
Trykk og grafisk design: Konsis, ordrenummer 203983
Dato/årstall: 15 juni 2020

FORORD

Norsk helsetjeneste skal sørge for en faglig forsvarlig ivaretagelse av pasienter uavhengig om pasienten befinner seg i spesialist- eller kommunehelse-tjeneste. Kort liggetid i sykehus, sykere pasienter, flere eldre og sammensatte lidelser stiller store krav til helsepersonells kompetanse (1, 2, 3, 4 og 5). Nyere forskning fra kommunehelsetjenesten viser behov for å styrke ferdigheter i å utføre systematiske observasjoner, gjenkjenne sykdomsforverring og sette i gang sykepleietiltak for å ivareta pasienter med endret eller forverret helsetilstand (6,7).

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har gjennom sitt samfunnsoppdrag ansvar for å bidra til kompetanseheving og tjenesteutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» lanserte i 2017 tiltakspakken «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» (8). Utviklingssentrene har gjennom organisering av læringsnettverk og andre kompetansesatsninger gjort seg erfaringer med at tidlig oppdagelse av forverret tilstand/observasjonskompetanse er et fagområde med behov for felles standardiserte læringsressurser. Dette førte til et samarbeidsprosjekt mellom flere utviklingssentre for å samordne og utvikle innhold til fagområdet klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten. Hensikten var å lage et standardisert læringsmateriale som støttet opp om tiltakspakken «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» (8).

Arbeidet har resultert i en modell som viser hvordan kompetansen kan bygges gradvis. Modellen og innholdet bygger på erfaring og kunnskap og er tilpasset målgrupper i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Innholdet i kompetansemodellen presenteres i form av en kompetansetrapp og blir nærmere omtalt i kapittel 2.0 og 3.0.

Helsedirektoratet ved avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet lanserte i april 2020 nasjonale faglige råd for *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand* (9). Rådene er en revisjon og videreføring av tiltakspakken «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand». Innholdet i kompetansetrappen er i tråd med rådernes anbefalinger, og anbefales til bruk under råd 2.

Arbeidet er i hovedsak ledet av Line Hurup Thomsen ved USHT Rogaland, Eva Linnerud ved USHT Viken (Akershus), Mette Sophie Klev ved USHT Oslo og Kine Nordmo-Stykket ved USHT Troms og Finnmark (Troms). USHT Viken (Østfold), USHT Innlandet (Oppland), USHT Troms og Finnmark (Finnmark), USHT Trøndelag (sør og nord) og USHT for den samiske befolkningen i Finnmark meldte sin interesse til arbeidet, og har bidratt gjennom workshops, høringsrunder og lignende. I tillegg har øvrige utviklingssentre og ressurspersoner innen fagområdet bidratt på ulike måter. Arbeidet er støttet ved tilskuddsmidler og veiledet av Kari Annette Os og Anne Kristin Ihle Melby ved avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet. Tusen takk til alle for faglige bidrag og godt samarbeid.

Utover dette vil vi også rette en ekstra takk til Kompetansebroen (www.kompetansebroen.no) ved Kristin S. Wendelbo og Sigbjørn Kristiansen for utvikling og design av opplæringsfilmer og nettbasert læringsressurs. Takk til Thomas Usler og Ida Mentzoni som har medvirket i filmene. proACT Norge har vært svært positive og imøtekommende for bedre tilrettelegging av proACT konseptet i kommunehelsetjenesten. En spesiell takk til arbeidsgruppen for tilpasning til kommuneversjonen i proACT ved Gøril Nonstad, Line Ek Andreassen, May Brith Korgerud og Annette Bjerkenes. USHT Viken (Buskerud) har delt ABCDE/NEWS/ISBAR lommekort som er redigert og videreutviklet i arbeidet. Takk til Irene i snellingenkommunikasjon.no for utrettelig korrek-tur av skjema og lommekort. Marianne Haugo og Anne-Carine Florhaug ved utviklingssenter.no har bidratt til at produktet har fått egen nettside for deling av materiell, og et helhetlig uttrykk i tråd med utviklingssenterets profil.

Fagområdet klinisk observasjonskompetanse er svært aktuelt for å kunne ivareta pasientene på en faglig forsvarlig måte i fremtidens kommunehelse-tjeneste. Arbeidsgruppen håper resultatet av USHT samarbeidet fører til inspirasjon, motivasjon, hjelp og støtte for både utviklingssentre og kommuner i arbeidet fremover. Lykke til!

Oslo 12.05.20

Line Hurup Thomsen, Eva Linnerud,
Mette Sophie Klev og Kine Nordmo-Stykket

INNHold

Forord	3
1.0 Innledning	6
1.1 Hensikten med å styrke klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten	7
2.0 KlinObsKommune - en trinnvis kompetansemodell	8
3.0 Faglig innhold og læringsmateriale på de ulike trinn	10
3.1 Trinn 1 Grunnleggende ferdigheter og handlingsberedskap	10
3.2 Trinn 2 Hjerte-lunge-redning (HLR)	12
3.3 Trinn 3 Metodisk observasjonskompetanse ABCDE, NEWS og ISBAR	14
3.4 Trinn 4 og 5 Scenariotrening og fullskala simulering	18
4.0 Hvordan kan utviklingssentrene bruke "KlinObsKommune"-modellen	19
4.1 Å lære opp instruktører	20
4.1.1 Valg av instruktører	20
4.1.2 Organisering av instruktør opplæring	20
4.1.3 Videre oppfølging av instruktører gjennom instruktørnettverk	20
5.0 Samarbeid med kommunene	22
5.1 Oppstart av kompetansearbeidet i de enkelte kommunene	22
5.1.1 Å planlegge oppstart i kommunen/tjenestested	23
5.1.2 Å sette i gang prosessen på eget tjenestested	23
5.1.3 Å implementere kompetansen lokalt i daglig praksis	23
Vedlegg	27
Litteraturliste	36

ARBEIDET STARTET MED WORKSHOPS I 2018...



USHT-workshop på Aker Helsearena januar 2018.



Arbeidsmøte med Helsedirektoratet og KlinObsKommune prosjektgruppen mai 2019.

1.0

INNLEDNING

Befolkningssammensetningen er i endring med flere eldre og syke med komplekse sykdomsbilder. Køene i sykehus vokser og for at utgiftene ikke skal eskalere satses det på forebygging, ny teknologi og nye helse-tjenester (10). Samhandlingsreformens målsetting var oppgaveforskyvning og bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste (1). Riksrevisjonens rapport fra 2016 viser imidlertid at ikke alt har fun-gert etter planen. Blant annet viser rapporten at pasienter utskrives for tidlig fra sykehusene, de får ikke den behandling de trenger og det ses en økning i reinnleggelser (11).

Samtidig viser nyere forskning et stadig behov for å styrke ferdigheter til å utføre systematiske observasjon-er, gjenkjenne sykdomsforverring og sette i gang sykepleietiltak for å ivareta pasienter med endret eller for-verret helsetilstand (6,7). En nyere undersøkelse understreker også at 9 av 10 helsepersonell i hjemmesyke-pleien opplever å motta problemstillinger som de ikke har kompetanse til å håndtere (12).

Lov om Helsepersonell §7 understreker at helsepersonell straks skal gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. God observasjons- og handlingskompetanse hos helsepersonell, samt robuste systemer for rask respons ved forverret somatisk tilstand, er ifølge de nasjonale faglige råd en forutsetning for å etterleve dette (9). Derfor er det viktig å jobbe systematisk med observasjonskompetanse hos alt personell i kommunehelsetjenesten.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har siden 2013 jobbet med å øke klinisk observa-sjonskompetanse i kommunale helse og omsorgstjenester ved bruk av ulike kompetanseprogram. De fleste hadde utspring fra spesialisthelsetjenesten og ble mer eller mindre tilpasset kommunalt bruk. Etter hvert som sentrene skaffet seg erfaringer så en at kompetanseprogrammene hadde behov for tilpasninger til kommu-nalt bruk.

Som et resultat av denne erkjennelsen, og godt samarbeid mellom ulike utviklingssenter over flere år, ble sentrene våren 2018 oppmuntret til å søke midler hos Helsedirektoratet **for å arbeide frem et samordnet kompetanseprogram innen klinisk observasjonskompetanse for kommunehelsetjenesten**. Det ble tildelt tilskuddsmidler og prosjektsamarbeidet startet høsten 2018. Opplæringsmodellen som blir presentert her er et resultat av dette samarbeidet. For enkelthets skyld er den kalt KlinObsKommune, som gjenspeiler at kompetansearbeidet handler om klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten. (se kapittel 2.0 og 3.0 for nærmere informasjon).

Dette heftet er ment som en **veiledning og informasjonskilde** til utviklingssenterets leder og ressursper-son(er) som skal jobbe i samarbeid med kommunene innen fagområdet. Det er også relevant for ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste som ønsker å satse på fagområdet. Heftets innhold kan fungere som et støtteverktøy ved planlegging, oppstart, gjennomføring og vedlikehold av kompetansearbeidet. Innholdet er basert på erfaringsutveksling mellom flere sentre og føringer fra norske helsemyndigheter.



Det må understrekes at det er utviklingssentrene og samarbeidende kommuner som må vurdere hvordan innholdet kan eller bør benyttes lokalt.

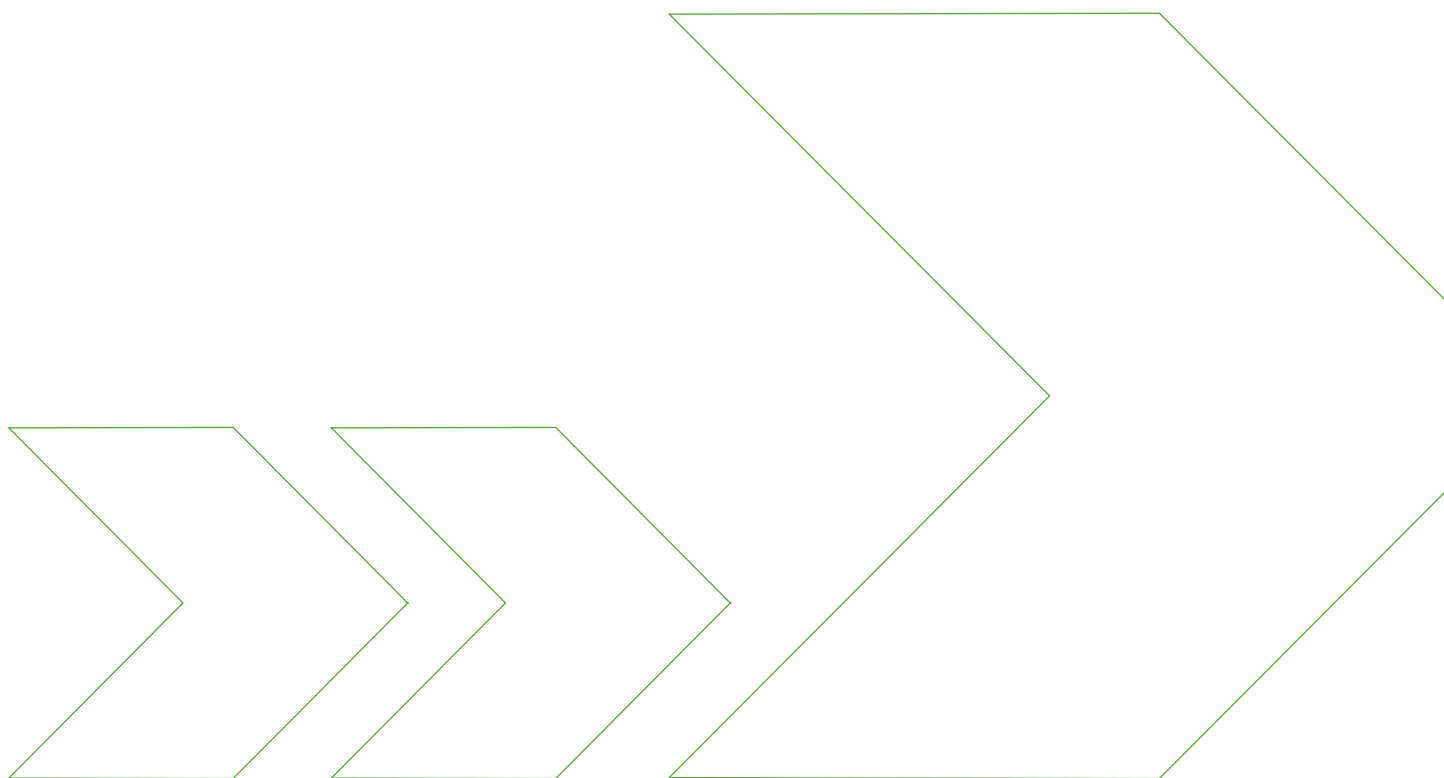
1.1 Hensikten med å styrke klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten

Hensikten med kompetansearbeidet er:

- Å bidra til faglig forsvarlig praksis ved å
 - gi helsepersonell kunnskap, ferdigheter og verktøy som hjelper dem å tidlig oppdage og rapportere forverret helsetilstand
 - samarbeide med lege/legevakt/AMK for å raskt sette i gang nødvendige tiltak, og/eller flytte pasienten til et høyere behandlingsnivå
- Å tilstrebe at pasienter i kommunal helse- og omsorgstjeneste ivaretas med rett kompetanse, til rett tid, av rett personell, på rett sted når endring, forverring eller akutt sykdom inntreffer

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten plasserer ansvar og skal sørge for system for gjennomføring av kvalitets- og forbedringsarbeid (13). Forskning og kartlegginger viser som tidligere nevnt at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom eksisterende kompetanse og forventninger som stilles til fremtidens kommunehelsetjeneste. Foruten å jobbe med kompetanseutvikling gjennom etter- og videreutdanninger kan det derfor også være hensiktsmessig å jobbe med et standardisert kompetansearbeid som gjelder alle ansatte. Og på den måten, på relativt kort tid, bidra til et kollektivt kompetanseløft.

Ved å bruke KlinObsKommune modellens anbefalte læringsmateriell (se kapittel 3), sammen med lederforskriften, vil nasjonale faglige råd om *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand* (9) i kommunale helse- og omsorgstjenester kunne svares ut.

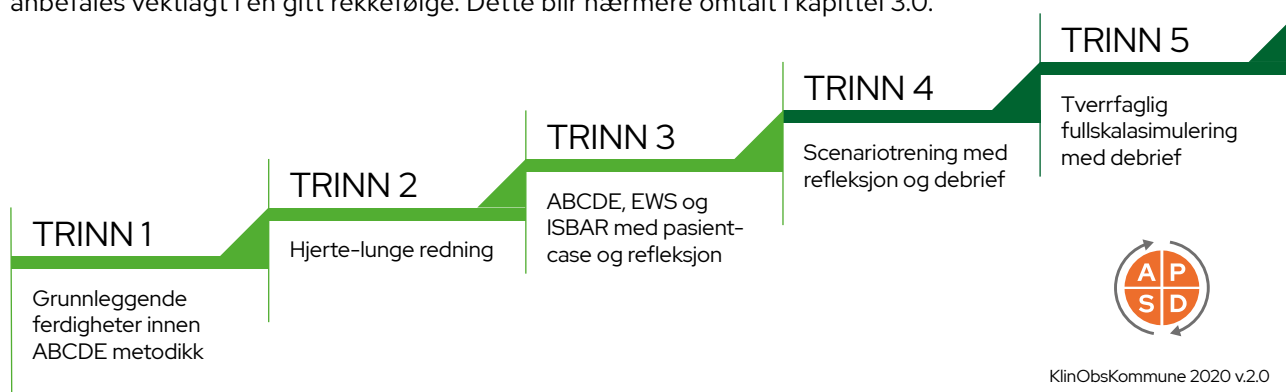


2.0

KlinObsKommune

- EN TRINNVIS KOMPETANSEMODELL

Basert på forskning, kartlegginger, erfaringer og nasjonale føringer (9) er det gjennom prosjektsamarbeidet kommet fram til et faglig innhold for å styrke klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten. Dette er visualisert som en kompetansetrapp (se figur 1). Trappetrinns-modellen viser hvilke fagområder som anbefales vektlagt i en gitt rekkefølge. Dette blir nærmere omtalt i kapittel 3.0.



Figur 1 Kompetansemodellen KlinObsKommune

I tråd med nasjonale faglige råd (9) har innholdet fokus på systematisk pasientobservasjon etter ABCDE metodikk, iverksettelse av relevante tiltak, risikovurdering, etiske problemstillinger og kommunikasjonsferdigheter. Hjerte-lunge-redning (HLR) er inkludert da det er en viktig handlingsberedskap det forventes at helsepersonell behersker.



Det er kompetansebehov ved arbeidsstedet som avgjør hvilket trinn hver enkelt avdeling/tjeneste velger å starte på eller prioritere.

Hvilke læringsressurser/kurskonsepter som blir valgt som virkemiddel i kompetansebyggingen står USHT-ene/kommunene fritt til å avgjøre selv. Det som er utviklet og foreslått som læringsressurser i dette arbeidet vil langt på vei føre til at hensikten med arbeidet oppnås.

Kompetansearbeidet tar primært utgangspunkt i undervisere/instruktører som driver kompetanseheving i egen kommune/tjeneste/avdeling. Det er imidlertid erfart både styrker og svakheter ved avdelingsnær opplæring med egne ansatte som instruktører (se kap. 3.3 og kap. 4.1). I noen kommuner kan det derfor være forhold som gjør at andre måter å løse organiseringen av undervisning er mer hensiktsmessig. Slike avgjørelser må tas i samarbeid med kommunene. Opplæring, veiledning og støtte til undervisere/instruktører anbefales driftet gjennom utviklingssenter i fylket (jamfør Helsedirektoratets oppdragsbrev). Det kan imidlertid være ulike måter å tilrettelegge dette på.



Målgruppen for kompetansearbeidet er primært fagutdannet helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Med bakgrunn i en stor andel ufaglært personell, opptil 25% (14), anbefales det også en tilpasset opplæring for denne gruppen.

Effekt målet er kvalitative gode observasjoner og ivaretagelse av voksne pasienter i institusjoner, boliger og hjemmebaserte tjenester. Det er i læringsmaterialet på trinn 1 satt et ekstra fokus på den eldre pasienten, personer med utviklingshemming, og personer med utfordringer innen rus og psykisk helse.

Kompetansen som utvikles egner seg like mye i daglige pasientmøter, som i akutte og subakutte situasjoner. Den gir også en viktig kompetanseplattform som annen spesifikk opplæring kan bygges videre på. I Sykepleien februar 2020 #Alle skal hjem (15) tegnes et bilde av færre sengeplasser i både sykehus og kommunale institusjoner i fremtiden. Helsepersonell i kommunene vil måtte utføre mer kompleks behandling og pleie i pasientenes hjem. Sykepleien har gjennom en spørreundersøkelse avdekket at 90 prosent av hjemmesykepleiere har tatt imot utskrivningsklare pasienter som var for kompliserte for deres enhet å håndtere. Med et sånt virkelighetsbilde blir gode systemer for praksisnær kompetanseutvikling helt avgjørende for pasientsikkerheten.



Ferdighetstrening for ansatte i sykehjem og hjemmetjeneste.



Praktisk trening på ABCDE observasjon og vitale målinger på Resusci Anne –dukke med SimPad, under veiledning av instruktør. Dukkens vitale parametere er forhåndsprogrammert og gir deltakerne en reell opplevelse og læring i målinger.



3.0

FAGLIG INNHOLD OG LÆRINGSMATERIALE PÅ DE ULIKE TRINN

Som nevnt innledningsvis er det kompetansebehovet ved arbeidsstedet som avgjør hvilket trinn hver enkelt avdeling/tjeneste velger å starte på eller prioritere. Erfaringer og tilbakemeldinger har vist at ved enkelte avdelinger/tjenestesteder kan trinn 1 og 2 i trappetrinns-modellen være tilstrekkelig, eventuelt i første omgang. Det er derfor viktig at ressurspersonen i USHT har en dialog med kommunene om kompetansebehov og målsetting.

Læringsmateriell på de ulike trinnene består av revidert, nyutviklet og eksisterende materiell av faglig og pedagogisk god kvalitet. Målsetting og faglig innhold på hvert trinn blir presentert i de neste kapitlene.

3.1. Trinn 1 Grunnleggende ferdigheter og handlingsberedskap

Målsettingen for trinn 1 er å gi en innføring i ABCDE prinsippet, og sørge for praktiske ferdigheter innen vitale målinger og handlingsberedskap i akutte og subakutte situasjoner. For å oppnå dette er det utviklet læringsressurser med blant annet opplæringsfilmer, stort fokus på praktisk trening og refleksjon rundt eget mestringsnivå. For alle som skal gjennomføre trinn 3 er det sterkt anbefalt at trinn 1 gjennomføres først. Det vil si et tre timers kurs med praktisk trening på ferdigheter, før eventuelt et proACT dagskurs på trinn 3 (se kap. 3.3).

Bakgrunn: Forskning og undersøkelser som er gjort i senere tid bekrefter et behov for å jobbe med grunnleggende ferdigheter og handlingsberedskap (6, 7, 12). Det er som nevnt gjennomført flere kompetanseprosjekter og ulike satsinger de senere år gjennom kommuner, utviklingssenter (USHT), proACT og andre aktører. Det synes som en omforent erfaring og oppfatning at det er behov for å jobbe grundig med grunnleggende ferdigheter innen vitale målinger og handlingsberedskap før en bygger på/forbedrer nye prosesser og arbeidsmetoder. Å starte rett på bruk av nye metoder, verktøy og casetrening har vist seg utfordrende uten at alle har en felles grunnkompetanse. Arbeidet med KNIPS sløyfe modellen i tidligere Røyken kommune, nå Asker kommune, understreker betydningen av å jobbe med praktiske ferdigheter/prosedyrer (16). KlinObsKommune er utarbeidet for å kunne brukes i hele kommunehelsetjenesten, ikke bare sykehjem og hjemmetjenester som tradisjonelt har jobbet med klinisk observasjonskompetanse. Trinn 1 er tenkt som et minimum for alle avdelinger/tjenestekområder innen kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Læringsmateriale til bruk for instruktører/undervisere på trinn 1 er;

- Fagkompendium/Instruktørveileder; «Grunnleggende ferdigheter. Vitale målinger og handlingsberedskap i ABCDE observasjoner». Til bruk i forberedelse av undervisning eller som generell fagressurs
- Standardisert Power Point (PP); «Grunnleggende ferdigheter. Vitale målinger og handlingsberedskap i ABCDE observasjoner» med notatsider og filmer. Til bruk for instruktører i egen undervisning
- Skjema for dokumentert opplæring og egenvurdering av mestringsnivå før og etter opplæring. Til bruk i undervisningen

 **Tidsestimatet for opplæring på trinn 1 med utgangspunkt i innhold i Power Point er satt til 3 timer.**

Andre ressurser;

- Nettbasert læringsressurs på Kompetansebroen med opplæringsfilmer innen vitale parametere og handlingsberedskap (www.kompetansebroen.no/vitaleparametere). Egner seg til selvstudie/oppfriskning av kunnskap. Eller som forberedelse til praktisk trening av ferdigheter under veiledning av trent instruktør eller erfaren kollega
- ABCDE skjema tilpasset kommunehelsetjenesten (lommekort, vedlegg 1)
- Forslag til medisinsk teknisk utstyr som anbefales å ha tilgjengelig på tjenestested, og som inngår i opplæringen i vitale målinger (vedlegg 6)
- Kommunikasjonsskjema ISBAR. Opplæring i bruk av ISBAR ligger i trinn 3, men det kan presenteres på trinn 1 for de avdelinger/tjenester som eventuelt ikke skal benytte læringsmaterieell på trinn 3 (vedlegg 3)

3.1.1 Krav til instruktører og pedagogisk tilnærming på trinn 1

Det anbefales primært at opplæringen/oppfriskningen foregår ved at en faglig sterk ansatt, helst med pro-ACT instruktør-opplæring (se kap. 4.1) eller tilsvarende, veileder kollegaer gjennom det standardiserte læringsmaterialet på trinn 1. Det er en forutsetning at de som skal undervise/veilede kollegaer har fått opplæring og tid til å sette seg inn i læringsmaterialet i forkant.

Lokal opplæring av kollegaer/personalgruppen kan gjennomføres på ulike måter;

- Gruppeundervisning med bruk av standardisert Power Point og ferdighetstrening inntil 12 deltagere (forutsetter 2 instruktører/kollegaveiledere)
- Kollegaveiledning og ferdighetstrening i små grupper. Nettbasert læringsressurs på kompetansebroen bør brukes som obligatorisk forberedelse.
- Nettbasert læringsressurs kan også brukes uavhengig av instruktør/underviser til selvstudie eller som studiesirkler i avdelingen

Det er viktig å vurdere differensiering av opplæring til ulike målgrupper i avdelingen/tjenesten, eksempler på dette kan være:

- For sykepleiere/vernepleiere i sykehjem og hjemmesykepleie regnes trinn 1 som en obligatorisk forberedelse/oppfriskning til trinn 3.
- For helsefagarbeiderne er trinn 1 obligatorisk. Tjenesteleder/fagansvarlig må videre beslutte om denne gruppen også skal oppnå læringsmål beskrevet på trinn 3. Gjøres denne beslutningen er det spesielt viktig at alle helsefagarbeidere får gjennomføre læringsmål trinn 1.
- For enkelte tjenesteområder (eksempelvis tjenester til psykisk utviklingshemmede og/eller innen rus og psykisk helse) kan trinn 1 med ytterligere tjenestespesifikke tillegg være tilstrekkelig. Dette må besluttes av tjenesteleder og baseres på en vurdering av kompetansebehov og pasientgrunnlag. For vernepleiere og annet høyere utdannet personell ved slike tjenestesteder, bør trinn 3 vurderes etter ansvar og avdelingens behov.
- Ufaglærte bør også gjennomgå opplæring på trinn 1 for å inneha en minimumskompetanse. Da kan hele personellgruppen jobbe etter samme fag- og metodeforståelse i møtet med pasienten. Innholdet i opplæringen må gjerne tilpasses den ufaglærtes spesifikke arbeidsoppgaver.



Foto: Kompetansebroen.no

3.2 Trinn 2 Hjerte-lunge-redning (HLR)

Helsepersonell har en viktig rolle når det oppstår hjertestans, enten det skjer på arbeidssstedet eller ute i samfunnet. Det er en forventning at helsepersonell behersker førstehjelp/HLR, og jamfør Helsepersonell-loven er det en plikt å yte dette (17).

Målsettingen med HLR trening er å sette helsepersonell i stand til å utføre gjenoppliving på en kvalitativ god måte etter gjeldende nasjonale retningslinjer (18). Deretter er det et mål å trene på hjerte-lunge-redning i egne arbeidsomgivelser for å sikre best mulig handlingsberedskap hos personalet når reelle situasjoner oppstår.

Bakgrunn: I prosjektsamarbeidet er det gjennom erfaringsutvekslinger kommet frem store variasjoner i hvordan opplæring og trening ivaretas. Det er derfor valgt å sette fokus på HLR i et eget trinn. I noen kommuner gjennomføres det systematisk opplæring for helsepersonell i tilknytning til tjenestested og med egne instruktører. I andre kommuner tilbys det kurs med begrensede plasser for alle ansatte i kommunen. Da med eksternt innleide instruktører som holder gode kurs, men uten mulighet for å knytte det til tjenestestedenes interne forhold og beredskapsplaner. Og til sist er det kommuner som i svært liten grad tilbyr opplæring/trening i HLR.

I NOU 2015:17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus kap. 8.4.6 står det: «Det er en utbredt oppfatning at helsepersonell er gode på førstehjelp og hjerte-lunge-redning. Temaet førstehjelp behandles imidlertid svært forskjellig fra studiested til studiested, og det er mange leger og sykepleiere som etter endt utdanning har svært liten kompetanse innenfor HLR».

Det bør derfor være retningslinjer for hvordan dette skal prioriteres og gjennomføres ved ulike tjenestesteder i helse- og omsorgssektoren. Hvorfor det kan synes som det forekommer svært varierende tilrettelegging og systemtenkning, kan ha sammenheng med manglende oversikt og myndighetskrav til hvilke yrkesgrupper som har krav om førstehjelp- og HLR-undervisning (5).

Det er leders ansvar at ansatte får opplæring og nødvendig trening for å kunne ivareta en faglig forsvarlig praksis. Tjenestesteder som har pasienter det skal gjøres gjenoppliving på, skal også ha lokale beredskapsplaner innen HLR. Beredskapsplanene må være godt kjent blant de ansatte. Det oppfordres derfor til at kommunene ser HLR opplæring og trening i sammenheng med observasjonskompetanse, og legger forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring til grunn for vedlikehold eller kvalitetsløft for også denne kompetansen.

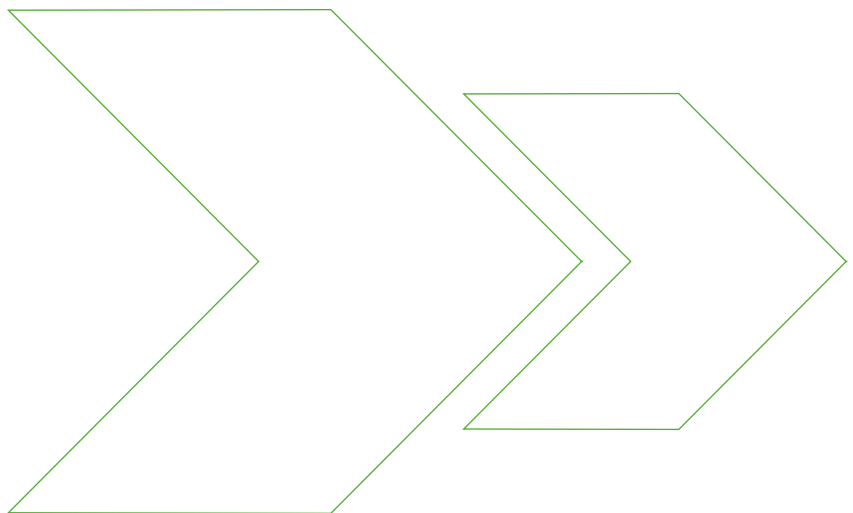
3.2.1 Krav til instruktører og pedagogisk tilnærming på trinn 2

Ansatte som skal drive opplæring i hjerte-lunge-redning bør være sertifiserte gjennom Norsk resuscitasjonsråd (NRR) (18), eller andre som garanterer kurs i henhold til nasjonale faglige retningslinjer.

Ved å ha egne sertifiserte HLR instruktører ved tjenestestedet unngår man variasjon i innhold og gjennomføring, og det bidrar til å ivareta målsettingen. Det gjør det også mulig å gjennomføre trening i egne arbeidsomgivelser, når det passer avdelingen, for å sikre best mulig handlingsberedskap hos helsepersonell i reelle situasjoner.

Opplæring i HLR bør foregå ved å gjennomføre standardiserte kurs med et definert tidsintervall med egne instruktører eller tilbydere som er oppdatert på til enhver tid gjeldende retningslinjer for HLR. Utover standardiserte kurs er det viktig å drive jevnlig trening i HLR i egen avdeling. Anbefalt vedlikeholdstrening for helsepersonell er minimum 1 gang per år. Ved regelmessig vedlikeholdstrening, vil behovet for standardiserte kurs bli mindre.

På www.utviklingssenter.no/klinisk-observasjonskompetanse vil det finnes evaluering og prosjektrapport fra HLR prosjekt gjennomført i et samarbeid mellom USHT og kommuner. Dette kan bidra til inspirasjon for videre godt HLR arbeid i kommunehelsetjenesten.



3.3 Trinn 3 Metodisk observasjonskompetanse ABCDE, NEWS og ISBAR

Målsettingen med trinn 3 er å oppnå metodeforståelse og faglig kompetanse gjennom å trene på pasient-case som er gjenkjennbare fra egen tjeneste. På trinn 3 settes fokus på observasjoner, tiltak, risikovurdering og kommunikasjon med annet helsepersonell.

Før en deltar på trinn 3-opplæring anbefales det å ha gjennomgått opplæring på trinn 1. For å oppnå målsettingen på trinn 3 anbefales det å ta i bruk **proACT metodekurs - kommuneversjon**. proACT kurskonsept anbefales også i Helsedirektoratets nasjonale faglige råd (9).

Bakgrunn: Flere utviklingssenter og kommuner har de senere år allerede tatt i bruk proACT som virkemiddel for å bedre observasjonskompetanse i kommunen. Underveis i prosjektperioden har proACT også fått ytterligere kommunal tilslutning. Det er per i dag 7 USHT som er proACT fakultet og bistår sine respektive kommuner med instruktør-opplæring og -oppfølging lokalt. Større kommuner som Oslo og Bergen med flere er selvstendige proACT fakultet. Totalt er det ca. 80 kommuner som bruker proACT konseptet i sitt forbedringsarbeid innen observasjonskompetanse.

Erfaringer med bruk av proACT har vist at det er et faglig og pedagogisk godt kurskonsept. Det er imidlertid tilbakemeldinger som tilsier at konseptet trenger justeringer og tilrettelegginger for målgrupper i kommunehelsetjenesten.

Prosjektgruppen sto ovenfor to valg: Å utvikle et nytt undervisningsopplegg tilpasset kommunehelsetjenesten, og som da ville blitt et alternativ til proACT. Eller inngå et samarbeid med proACT Norge for å se på tilpasninger, tilrettelegging og organisering for kommunalt bruk. Da hensikten var å tilby et kvalitetssikret og samordnet opplæringstilbud, og det at proACT allerede var godt etablert i mange utviklingssenter, valgte prosjektgruppen å gå for et samarbeid med proACT Norge.

Utvikling av trinn 1 er et svar på utfordringene en så ved bruk av proACT.

Om proACT Norge

proACT Norge er en non profitt organisasjon med formål om å drive pedagogisk virksomhet for å styrke ivaretagelsen av pasienter med akutt eller truende forverring av sin helsetilstand.

- Hensikten er å forbedre pasientbehandling og pasientsikkerhet i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Målgruppen er alt fagutdannet helsepersonell.
- Undervisningen holdes av sykepleiere/leger som har gjennomført to-dagers instruktør-opplæring. Instruktør-opplæring tilbys av proACT Norge og godkjente proACT fakultet.

proACT Norge har eget styre, arbeidsgrupper og nasjonale koordinatorene som vedlikeholder og videreutvikler innhold i kurskonseptet. De nasjonale koordinatorene er også tilgjengelige for å veilede og tilrettelegge for kurs- og opplæringsaktiviteter hos nye proACT fakultet. Dagens styre er i dag representert med deltagere fra både sykehus og kommunehelsetjenesten, deriblant fra flere USHT i Norge.

For å få tilgang til proACT kurskonsept kreves det medlemskap i form av å bli et proACT fakultet. For nærmere informasjon om dette se www.proactnorge.org eller kontakt kommune@proactnorge.org



Læringsmateriale som tilbys gjennom proACT er:

- Bok/e-bok til forberedelse proACT kurs
- proACT Norge sin standardiserte power point; «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand og rask respons – kommuneversjon 2020»
- Standardiserte pasientcase tilpasset kommunehelsetjenesten for scenariotrening
- Hjemmeside med formidling av relevant fagstoff



Tidsestimat for opplæring på trinn 3 med utgangspunkt i proACT kurs er 1 dag.

(proACT instruktør opplæring er 2 dager)

Et proACT dagskurs består av en standardisert power point med teoretisk fordypning om ABCDE, bruk av NEWS og ISBAR samt etisk refleksjon. Deretter like lang tid med praktisk trening i mindre grupper med bruk av scenariotrening/simulering. Refleksjon og tilbakemeldinger er en viktig del av læringen. Det anbefales at undervisningen gjennomføres som et heldagskurs, da teori og praktisk trening henger tett sammen. Oppstykkning av undervisningen kan gi dårligere læringsutbytte. Det bør også planlegges for repetisjonstrening, slik at kunnskapen utvikles og holdes ved like.

Pro ACT

Hvordan forebygge og behandle livstruende tilstander
*Nittedal kommune deltar i læringsnettverk for kommunene på Nedre Romerike.
*Her har vi valgt som satsningsområde innføring av Pro ACT, for hjemmetjenesten, Skytta demenssenter og Døli pleie og omsorgssenter.

Hva er Pro ACT?
*Pro Act innebærer å ta vitale målinger og observere pasienter i forhold til ABCDE modellen.
*Dette for å være «pro-aktive» og raskt oppdage om helsestanden til pasienten er truet.
*ISBAR – brukes som kommunikasjonsverktøy, det skal gi oss et felles språk i enhetene og mellom oss og spesialistene.

NITTEDALKOMMUNE
der storby møter marka

Hva har vi gjort?

*Hatt kurs for alle sykepleiere, legene, helsefagarbeidere, assistenter og ledere.
*Vi har laget en egen dokumentasjonsjournal i Geric, med Journal 181 ABCDE systematisk pasientobservasjon.
*Kjøpt inn sekker til ABCDE observasjoner

Mål: 90 % av alle fast ansatte over 30% stilling skulle delta på ferdighetstrening og heldags Pro ACT
Frist: nov 2018

Følgende	Navn	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon
1	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon	
2	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon	
3	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon	
4	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon	
5	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon	
6	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon	
7	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon	
8	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon	
9	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon	
10	ABC	DE	ISBAR	Pro ACT	Observasjon	

NITTEDALKOMMUNE
der storby møter marka

Veien videre...

*Lage kurs for nyansatte og ekstravakter
*Holde repetisjonskurs etter behov
*Småskalatestering i PDSA sirkler
*Litt om Pro ACT på sommervakurs.
*Lage ett opplegg for jevnlig øvelser i avdelingene

Pro ACT er ikke et prosjekt, men et verktøy i hverdagen

Sitater fra kursdeltagere:
"Jeg føler meg mye tryggere i jobben min etter Pro ACT"
"Det er lettere å ringe AMK/legevakt og bli tatt på alvor nå"

NITTEDALKOMMUNE
der storby møter marka

Plakater med oppsummering av proACT-prosjekt i forbindelse med læringsnettverk i Tidlig oppdagelse av forverret tilstand

"proACT er det viktigste kompetansetiltaket jeg har opplevd i min tid her som sykepleier. Jeg ser at det gjør en forskjell."

Sitat sykepleier

National early warning score (NEWS)

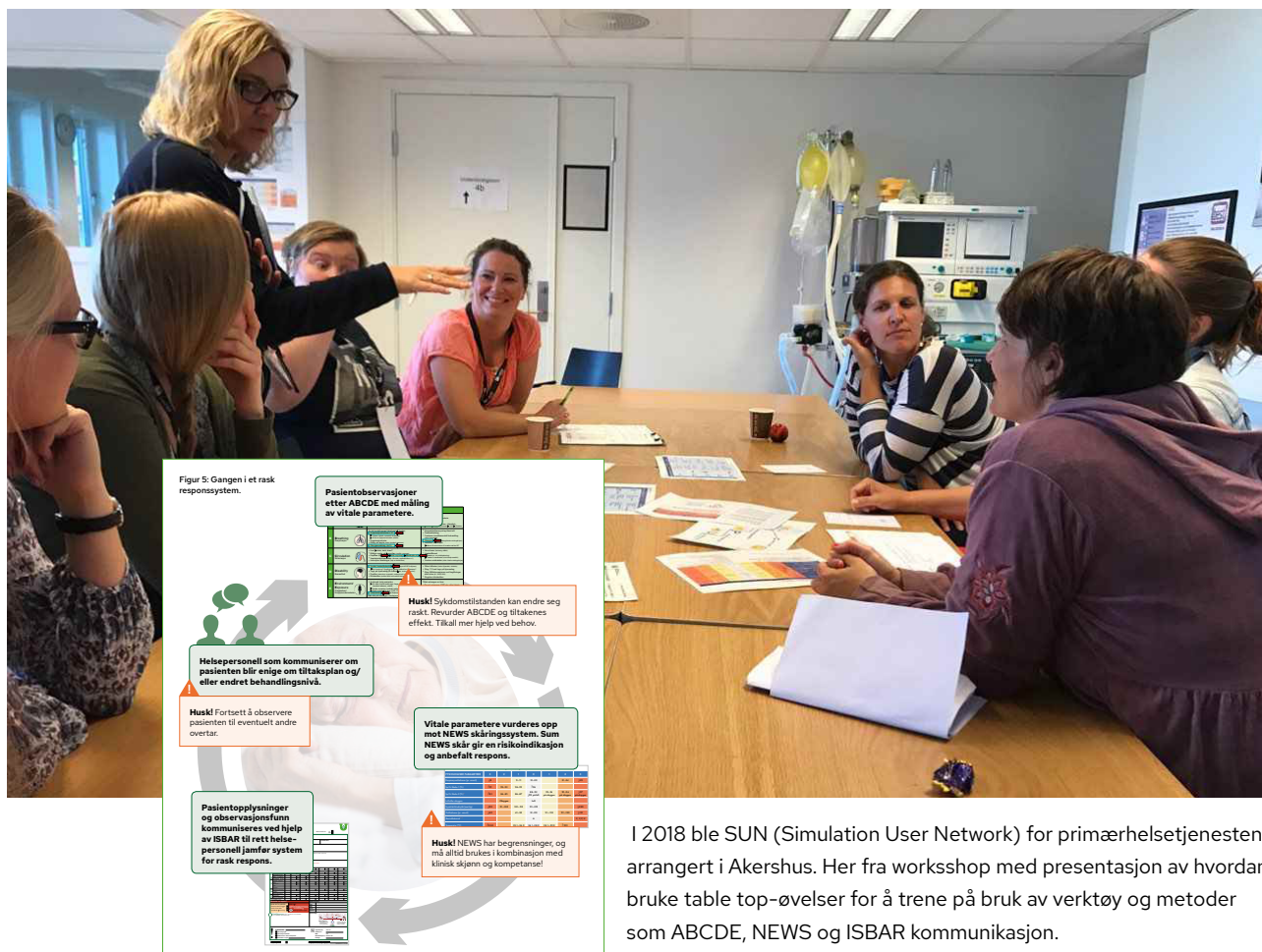
Utover læringsmaterialet til proACT er det til trinn 3 utarbeidet en informasjon/veiledning i hva National Early Warning Score (NEWS2) er, og hvordan dette kan benyttes i kommunene. NEWS2 er et validert risikovurderings-/screeningsverktøy med den hensikt å tidlig oppdage forverret somatisk tilstand. NEWS2 er utarbeidet av Royal College of Physicians i Storbritannia, og er det Early Warning Score (EWS) som er mest brukt i Norge. Slike systemer er oftest utarbeidet og validert i en sykehuskontekst. Derfor er bruken av NEWS i kommunehelsetjenesten omdiskutert både i Norge og internasjonalt. Eksempelvis vil overvåkningsfrekvenser som er anbefalt i sykehus skape utfordringer i kommunale helsetjenester. For å ta i bruk NEWS i egen kommune er det viktig at ledere/beslutningstagere, sammen med medisinsk ansvarlige, utarbeider lokale retningslinjer. Denne må deretter gjøres godt kjent for de ansatte.

Læringsmateriale til bruk ved oppstart av NEWS2;

- Informasjon ved oppstart av «National Early Warning Score (NEWS)» i kommunehelsetjenesten. Målgruppe er ledere, legetjeneste, instruktører/undervisere
- Eksempel på retningslinje for bruk av NEWS2 på arbeidstedet/i kommunen. Eksempelen bør tilpasses lokalt
- proACT dagskurs – kommuneversjon. Ivaretar generell opplæring i bruk av NEWS2 i klinisk praksis. Opplæring i lokal retningslinje må skje i egen avdeling

For trinn 3 er det også revidert og utviklet:

- Standardisert lommekort med ABCDE, NEWS2 og ISBAR – tilpasset kommunehelsetjenesten (vedlegg 2)
- ISBAR kommunikasjonsskjema – tilpasset kommunehelsetjenesten (vedlegg 3)



I 2018 ble SUN (Simulation User Network) for primærhelsetjenesten arrangert i Akershus. Her fra workshop med presentasjon av hvordan bruke table top-øvelser for å trene på bruk av verktøy og metoder som ABCDE, NEWS og ISBAR kommunikasjon.

3.3.1 Krav til instruktører og pedagogisk tilnærming på trinn 3

Opplæring gjennom proACT er basert på **Train-The-Trainer-modellen** (TTT). Train-The-Trainer-modellen har som mål å bidra til kompetanseutvikling tett på og i egen praksishverdag. Det velges ut sykepleiere/leger til å være «trenere» eller fasilitatorer. Disse bør ha engasjement og kunnskap innen det aktuelle fagområdet det skal trenes/være opplæring i (19). Hensikten er å lære opp egnede ansatte som kan lede lokal kompetanseutvikling innen et definert tema. Fasilitatorene gis opplæring som gjør dem i stand til å lære opp og trene/veilede andre. Begrepet fasilitator brukes da modellen er forankret i en læringsteori som går ut på å legge til rette for at den enkelte selv skal reflektere og oppdage egne styrker og svakheter. Fasilitator vil i det videre bli omtalt som instruktør.



Kurskonseptet proACT bygger også på det pedagogiske begrepet samstemt læring som baseres på en forståelse av at det som skal læres skal være direkte overførbart til den kliniske praksis man står i (20). Ved at leder, leger og kollegaer etterspør bruk av metode og verktøyene i daglig klinisk praksis, vil man lettere få implementert ny kunnskap og praksis.

Å velge ut den rette instruktøren er en forutsetning for god opplæring. Erfaringer har vist at det kan være hensiktsmessig å bruke fagledere/fagsykepleiere/avanserte sykepleiere ved arbeidsstedet til dette. Forslag til kvalifikasjoner instruktører på trinn 3 bør inneha ses i kapittel 4.1.1. Hvor mange ProACT instruktører som bør utdannes er avhengig av hvor mange som skal læres opp på trinn 3 ved hvert enkelt tjenestested/kommune. Train-The-Trainer-metoden sørger for god mulighet for desentralisert opplæring, men er også en sårbar modell med tanke på turnover av ansatte. På en annen side, kan en slik oppgave bidra til at en opplever jobben svært meningsfull og dermed blir en del av rekruttere/beholde-politikken. Det er derfor viktig at lederne innen tjenesteområdet vurderer og avgjør hvor mange instruktører de trenger basert på omfang av opplæring på eget tjenestested. Og legger til rette for at oppgaven kan gjennomføres på en god måte. Det kan også vurderes om det er mer hensiktsmessig å ha færre instruktører som driver kompetansearbeidet på tvers av tjenestestedene. Dette er en beslutning som må tas på et høyere nivå i kommunen, da en slik forvaltning av instruktører kan gå på tvers av mellomlederes budsjettansvar.



Læringsmateriale som er revidert og utviklet finnes tilgjengelig i elektronisk format på følgende webadresse; www.utviklingssenter.no/klinisk-observasjonskompetanse

proACT læringsmateriale er tilgjengelig på www.proactnorge.org for medlemmer/proACTfakultet

3.4 Trinn 4 og 5 Scenariotrening og fullskala simulering

Målsetningen med trinn 4 er å kunne trene sammen på tvers av faggrupper i kommunehelsetjenesten, og på trinn 5 på tvers av helsetjenestenivå. Trinn 4 og 5 kan hos noen tjenestesteder være et langsiktig mål. Simuleringen på disse trinnene kan ha læringsmål som forbedret beslutningstaking, kommunikasjon, ledelse og samhandling.

Bakgrunn for dette er at i en fremtid med økt pasientkompleksitet i kommunal helsetjeneste kan det være lurt å tenke felles trening i et samhandlende perspektiv for å ivareta pasientsikkerheten. Dette gjelder spesielt hjemmesykepleien som har fått mange nye arbeidsoppgaver (10). Trening på dette nivået avhenger av at helsepersonell har tilegnet seg kompetanse beskrevet på trinn 1, 2 og 3. Erfaringer viser, både i sykehus og kommuner, at for å ha utbytte av disse læringsmålene må grunnleggende fagkompetanse være på plass i forkant.

3.4.1 Krav til instruktører og pedagogisk tilnærming på trinn 4 og 5

Det kreves utvidet fasilitator-/instruktørkompetanse hos de som skal tilrettelegge for tverrfaglig og/eller tverretattlig simulering. En slik kompetanse kan oppnås på kurs hos simuleringsentre ved helseforetak eller høyskole/universitet. Eller hos kommunale virksomheter som har erfaring med, eller tilbyr opplæring i for eksempel kommuneBEST.

For de som er interessert i å benytte denne læringsmetoden oppfordres det til å etablere kontakt med simuleringsmiljø i egen region.



Gjennomført på riktig måte, er medisinsk simulering er en svært effektiv metode for læring og på en måte broen mellom teori og praksis. Det krever imidlertid fasilitatorer som evner å løse deltakerne gjennom øvelsene på en trygg måte, og klarer å skape refleksjoner over «hva som skjedde» i lys av læringsmålene. Størst utbytte oppnås når deltakerne har grunnleggende kompetanse og ferdigheter på plass. En simulering har tre faser; introduksjon til øvelsen, presentasjon og gjennomføring av en case, og debrief/refleksjon i gruppa avslutningsvis. Her fanger student og hjemmesykepleier opp en sepsis-situasjon.

4.0

HVORDAN KAN UTVIKLINGS- SENTRENE BRUKE «KlinObsKommune»-MODELLEN

I oppdragsbrevet fra Helsedirektoratet til utviklingssentrene er det satt et ekstra fokus på pasientsikkerhetsarbeid, herunder ***klinisk observasjonskompetanse***. I forbindelse med covid-19 utbruddet erfarte kommunene behov for en rask tilgjengelig beredskap i forhold til å etablere læringsaktiviteter innen blant annet smittevern, observasjonskompetanse og palliasjon. Situasjonen har vist betydningen av å ha læringsmateriell og systemer for dette tett på tjenestestedene gjennom ressurspersoner og/eller egne instruktører. Innholdet i KlinObsKommune-modellen reflekterer hva som kan/bør være av faglig innhold når det jobbes med observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten. Det faglige innholdet passer blant annet inn som tiltak i forbindelse med;

- Leve hele livet, kapittel 7 «Helsehjelp» og kapittel 8 «Sammenheng og overganger i tjenestene» i stortingsmelding 15 (2017-2018) (21)
- Pasientsikkerhetsarbeid, spesielt i forhold til [Nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#), kapittel 2 (9)

Før oppstart er det viktig å sørge for at USHT har ressurser til å planlegge, koordinere og eventuelt drifte kompetansearbeidet i eget USHT og fylke. Dette kan blant annet omfatte å søke om økonomiske ressurser, forankre arbeidet i utviklingssenterets handlingsplan/årsplan og definere ansvarlig ressursperson til fagområdet. Erfaringer viser at det er en suksessfaktor å ha egne ressurspersoner med rett faglig og pedagogisk kompetanse.



Hvis USHT ikke selv har denne kompetansen, eller ikke ønsker å drifte kompetansearbeidet, kan det legges opp til koordinering og samarbeid med andre fagmiljøer, eventuelt at andre fagmiljø driver kompetansearbeidet.

Uansett hvem det velges som skal gjennomføre opplæringen anbefales det at ressursperson(er) i USHT, og eventuelle samarbeidspartnere setter seg inn i læringsmaterialet anbefalt i KlinObsKommune modellen. På den måten kan rett læringsmateriell benyttes til rett målgruppe ut fra tjenestestedets behov, ressurser og ståsted, samt at likhet i opplæringen ivaretas. Ønskes det å oppnå varig endring og en tydelig forbedring i klinisk praksis må det jobbes systematisk over tid i både USHT og kommunene.

For spørsmål og veiledning ta gjerne kontakt med USHT med erfaring innen fagområdet, eller avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet. Nasjonal proACT koordinator kan også kontaktes vedrørende spørsmål om proACT instruktør opplæring, kommune@proactnorge.org

4.1 Å lære opp instruktører

Kompetansearbeidet tar utgangspunkt i en standardisert opplæring av instruktører som deretter holder kurs for egne kollegaer ved eget tjenestested/kommune, jamfør TTT-modellen (se kap. 3.3.1). Opplæringen av ansatte/kollegaer på trinn 1 bør holdes av proACT instruktør eller erfaren sykepleier/vernepleier som har gjennomgått læringsmaterialet tilhørende trinnet. For trinn 2 se egen anbefaling i kapittel 3.2.1. Trinn 3 krever instruktører som har deltatt på proACT instruktør opplæring over 2 dager gjennom proACT Norge eller ved et proACT fakultet med hovedinstruktører. I kompetansearbeidet i egen avdeling er det viktig med lederinvolvering og lederstøtte.

4.1.1 Valg av instruktører

Instruktører skal planlegge gjennomføring, formidle teori og praktisk veilede kollegaer i henhold til lærebehov i egen avdeling. Å velge ut riktig person til instruktørrollen er som tidligere nevnt en viktig oppgave for leder. Det anbefales at de som velges ut har følgende kvalifikasjoner:

- Autorisert sykepleier eller vernepleier
- Ønske om å drive veiledning og opplæring av egne kollegaer
- Interesse for teoriformidling
- Interesse for ferdighetstrening og simulering som læremetode
- Interesse for systematikk og standardisering av arbeidsprosesser til pasientens beste
- Interesse for forbedringsarbeid
- Evne til å planlegge og organisere undervisning i samarbeid med egen leder

Erfaringer viser at det kan være hensiktsmessig at en av instruktørene er faglig leder, fagsykepleier eller eventuelt avansert klinisk sykepleier. Dette kan bidra til mere kontinuitet og bedre faglig/pedagogisk kvalitet på opplæringen/undervisningen. Det må gjerne etableres samarbeid med legetjenesten om å bidra i teori-undervisning (trinn 3).

4.1.2 Organisering av instruktør opplæring

proACT instruktør opplæring kan organiseres som en interkommunal satsning i regi av utviklingssenteret/-sentrene i fylket. USHT kan velge å drive dette selv, i et samarbeid med andre utviklingssentre eller sammen med eksterne fagpersoner/fagmiljø i regionen. Eksempel på dette kan være ferdighets- og simulerings-sentre i tilknytning til universitet/høyskole og/eller spesialisthelsetjenesten. Legevakt, helsehus eller andre miljøer som har erfaring med simulering i kommunehelsetjenesten (eks. kommuneBEST, se [her](#) for nærmere informasjon). For proACT instruktør opplæring kan også utviklingssentrene benytte seg av tilgjengelige kurs arrangert av proACT Norge, eller oppfordre kommuner til å gjøre det samme. Det anbefales likevel at utviklingssentrene blir selvstendige proACT fakultet med instruktør opplæring og oppfølging av kommunenes instruktører i egne regionale fagnettverk.

Erfaringer har vist at det er nyttig å drive instruktør opplæring som bidrar til modning over tid, jamfør læringsnettverk innen pasientsikkerhetsarbeid. Skaper det utfordringer relatert til avstand og tid hos kommunene kan opplæringen også legges opp som konsentrerte kursdager. Instruktør opplæringen må tilpasses lokalt og til det aktuelle kompetansetrinn som det enkelte USHT velger å tilby. For inspirasjon se vedlagt eksempel på hvordan instruktør opplæringen for trinn 1 til 3 i KlinObsKommune kan se ut (se vedlegg 4).

Underveis i instruktør opplæringen er det også viktig å veilede og følge opp nye instruktører til de blir trygge i egen rolle. Veiledning og oppfølging kan eksempelvis gjennomføres ved at ressursperson fra USHT eller erfarne instruktører fra egen kommune deltar sammen med den nye instruktøren på en ferdighetstrening eller scenariotrening i avdelingen.

4.1.3 Videre oppfølging av instruktører gjennom instruktørnettverk

I etterkant av opplæringen trenger instruktørene å møtes jevnlig for faglig påfyll og erfaringsutveksling. Det anbefales at et slikt instruktørnettverk arrangeres av USHT, og gjerne i samarbeid med eksterne fagpersoner/fagmiljø i regionen. Er det mange instruktører kan det være hensiktsmessig å oppfordre store kommuner til også å drive egne instruktørnettverk. Et mindre antall ansvarlige instruktører (hovedinstruktører) kan da representere sin kommune i et USHT nettverk. Ansvarlige instruktører kan invitere instruktører fra egen kommune til lokale nettverk for å videreføre faglig påfyll de har fått gjennom USHT nettverket.



Fornøyde simuleringsdeltagere fra USHT Rogaland

5.0

SAMARBEID MED KOMMUNENE

I følgende kapittel vil det gjøres rede for hvordan kompetansearbeidet kan realiseres gjennom bruk av lederforskriften i eget tjenestested/kommune. Kapittelet gir en detaljert fremstilling som er basert på erfaringer fra USHT som allerede har jobbet med fagområdet over lengre tid. For klargjøringer eller spørsmål ta gjerne kontakt med erfarne ressurspersoner i utviklingssentrene.

Å starte opp arbeidet innebærer å invitere kommunene/tjenestestedene til deltagelse. Dialogen bør starte med kommuneledelsen for å sikre forankring og kartlegge behov for kompetansearbeidet. I invitasjonen bør det sendes ut god informasjon om hva deltagelse innebærer. Det kan også være at det er kommunene selv som etterspør støtte og bistand. Da kan USHT-ene komme forespørselen i møte med anbefalt læringsmateriell, pedagogisk tilnærming og implementeringsfaktorer beskrevet i KlinObsKommune modellen.

Skal det lykkes å gjennomføre opplæring for å deretter implementere og etablere ny kunnskap forutsetter det lederforankring på flere nivå. Erfaringer viser at ledere har en nøkkelrolle for å sette arbeidet på agendaen å oppmuntre og etterspørre den jevne jobbingen med fagområdet i tjenestene. Der dette ikke gjøres er det erfart at det er vanskelig å lykkes med å videreutvikle kompetansen til helsepersonell.

Utover lederforankring må det også etableres og vedlikeholdes en bærekraftig struktur for bruk av instruktører.

Hvordan dette gjøres må tilpasses lokalt etter kommunens størrelse, organisering og struktur for kompetansearbeid generelt. Forslag til en mulig lederforankring og instruktørstruktur kan ses i vedlegg 5.

Det kan være nyttig å lage avtale om ansvarsfordeling mellom USHT og deltagende kommuner. Mange utviklingssentre har allerede slike avtaler fra tidligere utviklingsarbeid i samarbeid med kommunene. Det anbefales derfor å bygge videre på allerede eksisterende avtalestrukturer. På www.utviklingssenter.no/klinisk-observasjonskompetanse kan det ses lokale eksempler fra ulike USHT.

5.1 Oppstart av kompetansearbeidet i de enkelte kommunene

Langsiktig og systematisk tilnærming er viktig for å etablere ny kompetanse i daglig praksis. Samhandlingsreformen og helsetjenestens utvikling har bidratt til økende kompleksitet i pasientoppgaver som kommunene skal ivareta (1). Det fokuseres mye på tilrettelegging av etter- og videreutdanninger, noe som ofte krever lang tid. Behovet for raske tilpasninger og oppdatering av kompetanse blant helsepersonell krever derfor et parallelt fokus på standardiserte kompetansehevende tiltak som bidrar til kollektive løft.

For å sikre at helsepersonells faglige utøvelse er i samsvar med innhold i nasjonale føringer (9) må det fokuseres på alle nivå i organisasjonen. Det er lederes ansvar å sørge for at helsepersonell har den kompetansen som er nødvendig for å ivareta pasienten faglig forsvarlig. For å møte dagens og fremtidens utfordringer er det derfor viktig at tjenestene har en lærende kultur med fokus på innovasjon, utvikling, forbedringer og bærekraft (22). Å være en lærende organisasjon innebærer dermed like mye å utvikle kompetanse hos den enkelte medarbeider, som å bygge strukturer for læring i organisasjonen. Det anbefales å nyttiggjøre forbedringskunnskap (23) ved implementering av kompetansearbeidet i kommunen, jamfør lederforskriften (13).



Figur 2 Forbedringsmodellen til i Trygge Hender 24/7

Dette innebærer at USHT bør veilede kommunene i planlegging og gjennomføring av følgende tre faser;

- å planlegge oppstart i kommunen/tjenestested
- å starte prosessen på eget tjenestested
- å implementere kompetansen lokalt

5.1.1 Å planlegge oppstart i kommunen/tjenestested

Å planlegge oppstart i kommunen bør handle om å:

- sikre lederforankring i kommunen, på alle nivå
- sette kompetansearbeidet inn i kommunale planer (eksempelvis utviklings-, kompetanse- og opplæringsplaner)
- tilpasse retningslinjer og rutiner i egen kommune (eksempelvis akuttprosedyrer, retningslinje for bruk av NEWS etc.)
- kartlegge kompetansebehov på eget tjenestested
- planlegge hvem og hvor mange som skal være instruktører i kompetansearbeidet lokalt
- definere hvordan måler vi måloppnåelse i vår kommune/tjenestested

5.1.2 Å sette i gang prosessen på eget tjenestested

Forutsetningen for å starte på denne prosessen er at punktene i planleggingsprosessen er ivarettatt. Å sette i gang prosessen på eget tjenestested handler om praktiske forberedelser som kan innebære å:

- sikre tilgang på medisinsk teknisk utstyr til helsepersonell slik at de kan utføre gode kvalitative pasientobservasjoner (se vedlegg 6)
- kartlegge pasientens normale vitale mål (baseline målinger/habituell tilstand)
- gjennomføre behandlingsavklarende samtaler i samarbeid med lege etter pasientens behov
- lage system for videre oppfølging av pasienten på eget tjenestested (eksempelvis tavlemøter etc.)
- innføre refleksjon (debrief) i personalgruppen til læring etter subakutte/akutte pasienthendelser
- sette i system systematiske etiske refleksjoner i personalgruppen rundt utfordringer i møtet med ulike pasientgrupper

5.1.3 Å implementere kompetansen lokalt i daglig praksis

Å implementere kompetansen lokalt handler om å endre og etablere måter å jobbe på som er i tråd med innholdet i kompetansearbeidet. Målet er å ha arbeidsrutiner som sikrer god pasientsikkerhet. Det er i den daglige pasientoppfølgingen de ansatte skal bli bedre rustet til å oppdage gradvise eller akutte helseendringer hos pasienten. Dette innebærer at ledere og medisinsk faglige ansvarlige bør etterspørre bruken av verktøy og reflektere over valgte tiltak gjennomført av helsepersonell i møtet med pasienten.

Den beste forutsetningen for å få dette til er at instruktørene gjennomfører planlagt undervisning i hele personellgruppen på kortest mulig tid (fase 1). Deretter at leder har en plan og en forventning om at kompetansen og nye rutiner/arbeidsmåter skal brukes i daglig praksis (fase 2) (24). Erfaringer og tilbakemeldinger fra praksis har vist at det ofte vises engasjement og motivasjon under en opplæringsprosess, men at fokuset på bruk av verktøy og videreutviklingen av det kliniske skjønn gjennom refleksjon i ansattgruppen glir lett ut når denne fasen er over.

I fase 1 planlegges og gjennomføres teoretisk og praktisk kompetanseheving av instruktører i egen avdeling. Dette bør gjøres i et samarbeid med leder, og kan gjennomføres ved hjelp av forbedringssirkelens fire trinn; Plan (planlegge) – Do (utføre) – Study (evaluere) – Act (følge opp/korrigere).



Figur 3 Forbedringssirkelen I Trygge Hender 24/7

Noe som innebærer å:

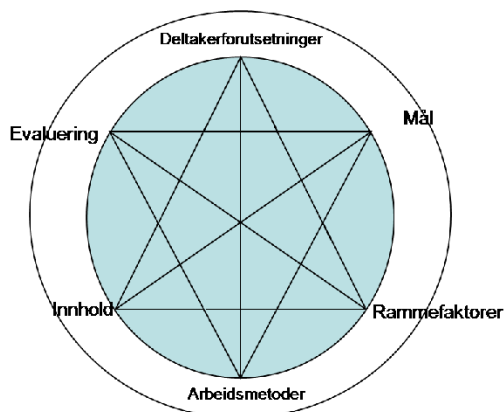
- **Planlegge** opplæringen på eget tjenestested ved å;
 - Avgjøre bruk av pedagogisk metode
 - Velge læringsressurser/undervisningskonsept (hvilket trinn i KlinObsKommune modellen skal det jobbes med?)
 - Definere målgruppen og differensiere opplæringen; Hva kan det forventes av assistenter? Hva bør helsefagarbeiderne kunne? Hva trenger sykepleiergruppen for å få støtte til å ivareta sin helhetlige oppfølging av pasienten? Bør legegruppen involveres? Trengs det språklige tilpasninger ift. eksempelvis medisinske ord og uttrykk?
 - Avklare deltagerforberedelser. Hvis det er obligatorisk forberedelse som e-læringskurs, kursbok etc. må dette informeres om og distribueres i god tid.
 - Planlegge sted, datoer, tidspunkt og timeplan for opplæringen
- **Gjennomføre** opplæringen etter fastsatt plan.
 - Opplæring som er planlagt inn i den daglige hverdag på tjenestestedet er viktig å gjennomføre for å unngå at kompetansearbeidet drar ut over for lang tid.
- **Evaluere** opplæringen;
 - I etterkant av opplæringen bør det innhentes umiddelbare inntrykk fra deltagerne til korrigering av egen undervisning. Se forslag til evalueringsskjema for trinn 1 (vedlegg 7)
- **Korrigere** opplæringen;
 - Bruk innspill fra deltagerne evaluering aktivt samt egne erfaringer til å gjøre eventuelle korreksjoner i planleggingen til neste undervisning.

På denne måten bidrar **aktivt forbedringsarbeid** i kunnskapsutviklingen på eget tjenestested. Det vil igjen føre til en mer målrettet og effektiv undervisning til neste gjennomgang med ny kollegagruppe.

I tillegg til forbedringssirkelen, kan også den didaktiske relasjonsmodell være et hjelpemiddel i planleggingsprosessen. **Den didaktiske relasjonsmodellen** er til hjelp for å planlegge undervisning ut fra de hensyn som må tas.

Modellen tar utgangspunkt i seks gjensidige avhengige elementer som kan nyttiggjøres i planlegging av un-

dervisning. De seks elementene er deltakerforutsetninger (målgrupper), rammefaktorer, mål, innhold, arbeidsmetoder (pedagogisk tilnærming) og evaluering. Det må planlegges i forhold til virksomhetens hva (mål og innhold), hvordan (metodikken) og hvorfor (overveielser, begrunnelser) (25).



Figur 4 Den didaktiske relasjonsmodellen

I opplæring av instruktører bør det undervises i denne modellen for å sikre best mulig planlegging av undervisning lokalt i avdelingen.



Det er viktig å huske på at opplæringen er en vedvarende prosess som bør gjentas jevnlig gjennom hele året og ved nyansettelser.

Fase 2 – implementering – handler om å etterspørre og se til at rutiner, arbeidsmåter og kompetanse blir benyttet og etablerer seg som god praksis. Dette krever både engasjement og oppfølging fra leder, og endringsvilje hos helsepersonell. Behandlingsavklarende samtaler, refleksjoner i etterkant av pasienthendelser, tavlemøter og etisk refleksjon kan være et godt utgangspunkt for daglig fokus, og for å skape varige endringer.

Erfaringer har vist at i motsatt fall vil effekten av den innsats og investering som er lagt ned bli kortvarig. Tilsvarende erfaringer er også blitt gjort i andre skandinaviske land, her eksemplifisert ved hjemmetjenesten i Aalborg kommune i Danmark (24). De har valgt en 2 dagers akuttutdanning for alle sine sykepleiere med tilsvarende innhold som er beskrevet i KlinObsKommune. De første resultatene var ikke oppløftende:

«Til vores store skræk viste den første interne audit i februar 2015, at akutuddannelsen ikke havde rykket noget som helst. Vi har derfor fulgt indsatsen nøje, og ledelserne i sygeplejedistrikterne har taget et stort ansvar lokalt og gennemført bl.a refleksionsøvelser med personalet og små audit på enkeltstående akutbesøg. Det har betydet meget» (24)

Vi håper derfor at ledere vil engasjere seg i kompetansearbeidet, og følge godt opp i etterkant slik at endret praksis setter seg og sørger for varig forbedring i tjenesten.

Arbeidsgruppen takker for innspill, diskusjoner og samarbeid underveis i prosessen. Vi håper at læringsmaterialet som er utarbeidet/samordnet, kan gi inspirasjon og et godt grunnlag for å jobbe med klinisk observasjonskompetanse i kommunene.

Ta gjerne kontakt for spørsmål og diskusjon. Lykke til!

"Å øve på akutte situasjoner i forkant skaper trygghet og vi handler raskere sammen"

Sitat sykepleier

"Flott med realistiske pasientcase som gjenspeiler hverdagen vår"

Sitat sykepleier

"Simulering har bedret arbeidsmiljøet vårt - det har endret kulturen"

Sitat helsefagarbeider

*"Før sa vi: Jeg synes han har blitt dårligere,
kan du hjelpe meg med å se litt.
Nå er det sånn: Pulsen har steget,
respirasjonsfrekvensen er økt.
Du får mer håndfaste ting å snakke om"*

Sitat sykepleier

Vedlegg 1 - ABCDE 2-sidig lommekort til bruk i klinisk hverdag

© KlinObsKommune			Observer				Vurder tiltak som:
Systematisk pasientobservasjon			Se	Lytt	Kjenn	Lukt	
A	Airways Luftveier		Frie luftveier? • Snakker pasienten ubesværet • Kjennes luftstrøm • Lyder fra luftveiene (høres heshet/"snorkelyder") • Fremmedlegeme				▶ Hakeløft/kjevetak ▶ Munnrens/sug i munnhule ▶ Sideleie ▶ Fjerne fremmedlegeme - Heimlich; ▷ Hoste ▷ Ryggslag/bukstøt ▷ HLR ▷ Sideleie
B	Breathing 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)				▶ Kroppsleie/løsne på tøy/frisk luft ▶ Pusteveiledning ▶ Forstøver-/medikamentell behandling (etter forordning) ▶ Oksygen (etter forordning/lokale retningslinjer) ▶ Assistert ventilasjon ▷ Munn til munn/munn til maske ved lav RF
C	Circulation Sirkulasjon		• Hud ▷ blek, kald, klam? • Blålige negler på fingre/tær (perifer cyanose) • Kapillær fyllingstid ▷ Puls (reg/ureg) ▷ Blodtrykk (BT) • Væskeinntak/væsketap (diurese, oppkast/diare o.l.) • Indre/ytre blødninger (tap av blodvolum)				▶ Heve bena (kortvarig effekt) ▶ Væsketilførsel ▷ Væske pr. os (v/dehydrering) ▷ Væske iv/væsketøt (v/sirkulasjonssvikt) ▶ Vurdere urinkateter (etter lokale retningslinjer)
D	Disability Bevissthet		• Vurder bevissthetsnivå (v/for eksempel ACVPU-skjema) ▷ Ny forvirring? Forgifting? Endret adferd/uro? Krampor? • Tegn på hjerne slag (PrateSmileLofte, andre symptomer) • Pupiller (størrelse, symmetri, reaksjon på lys) • Blodsukker (måles alltid ved endret bevissthet)				▶ Sikre luftveier (hake-/kjevetak, sideleie) ▶ Ring 113 ved tegn på hjerne slag ▶ Ring Giftinformasjonen ved forgiftninger eller intox (tlf. 22591300) ▶ Regulere blodsukker
E	Environment/ Exposure Omgivelser/ Kroppundersøkelse		• 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.) • Temperatur, feilstillinger/traume, smerter (VAS/NRS) Vær obs på endringer i funksjonsnivå og hjemmeforhold				Tiltak avhenger av funn ▶ Ta evt. urinprøve, CRP etc. etter lokale retningslinjer/forordninger ▶ Regulere temperatur, smertelindring Rapporter endringer, og/eller tilkall hjelp

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.



Veiledende beslutningsstøtte

Målgruppe: Personell som observerer pasienter og skal rapportere videre til ansvarlig sykepleier/ansvarlig helsepersonell

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 ₂ Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ 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	

** 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

Denne versjonen er oversatt etter © Royal College of Physicians

Vedlegg 2 - Lommekort NEWS 2

ABCDE – OBSERVASJON OG TILTAK		MISTANKE OM SEPSIS:	
A	AIRWAYS / Luftveier Sørg for frie luftveier ▶ Hakeleift/kjevetok, sideleie, fjern fremmedlegme	quick SOFA (qSOFA) - Respirasjonsfrekvens ≥ 22 - Endret mental status - Systolisk BT ≤ 100 mm Hg	NEWS ≥ 5 MISTANKE OM KLINISK INFESJON OG MINST TO AV KRITERIENE TIL VENSTRE, OG/ELLER NEWS ≥ 5 : Varsle lege og/eller ring 113
B	BREATHING / Respirasjon Pustebesvær/toledyspne, respirasjonsfrekvens, respirasjonslyder, rytme/dybde, hjelpemuskulatur, cyanose, SpO ₂ ▶ Kroppsleie, berolige, pusteveiledning, oksygen	TEGN PÅ HJERNESLAG?	
C	CIRCULATION / Sirkulasjon Hud (farge/temp, kald/klam), kapillær fyllingstid, puls (rytme/fylde), BT ▶ Perifer venekanyte (PVK), evt. væske, heve bena		
D	DISABILITY / Bevissthet Bevissthetsnivå (ACVPU), tegn på hjerneslag (PSL/andre sympt.) sjekk pupiller og evt. blodsukker ▶ Frie luftveier, evt. sideleie, regulere blodsukker	Andre symptomer - Akutt oppstått ensidig koordinasjonssvikt (akutte gangvansker) - Halvsidig synsfeltuttall - Hyperakutt hodepine - Nedsatt sensibilitet	
E	EXPOSURE / Kroppundersøkelse / Omgivelser Hudforandringer (utslett, sår ol.), kateter/dren, temperatur, feilstilling/brudd, smerter etc. Endring i hjemmeforhold? ▶ Tiltak avhenger av funn		

ISBAR – KOMMUNIKASJON	
I	IDENTIFIKASJON Ditt navn, funksjon og arbeidssted Pasientens navn, fødselsnummer og adresse
S	SITUASJONEN Hva er det akutte problemet / årsaken til kontakt? "Jeg ringer fordi..."
B	BAKGRUNN Kortfattet og relevant sykehistorie Aktuell diagnose og/eller tidligere diagnoser Evt. smitte / allergier og behandlingsreservasjoner
A	AKTUELL TILSTAND Aktuelle målinger etter ABCDE observasjoner, evt. NEWS skår "Jeg er bekymret fordi..." "Jeg tror årsaken er..."
R	RÅD/RESPONS "Hva synes du jeg skal gjøre?" "Da gjør jeg følgende..." "Når vil du at jeg skal ta kontakt igjen?" Bli enige om felles plan for videre oppfølging

Tidlig oppdagelse av forverret helsetilstand

Kommunehelsetjenesten

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
KlinObsKommune - v. 2.8 - 2020

NBI Dette kortet kan desinfiseres med sprit

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 ₂ Skala 1 (%)	≤ 91	92–93	94–95	≥ 96			
SpO ₂ Skala 2 (%) *	≤ 83	84–85	86–87	88–92	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)	$\leq 35,0$		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	$\geq 39,1$	

** Bevissthetsnivå:

A = Alert (Vaken)

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

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

NEWS SKÅR	OVERVÅKNINGSFREKVENNS	KLINISK RESPONS*	FARE FOR MORTALITET
0	Minimum hver 12. time	• Følg rutine for NEWS2 overvåkning ved ditt arbeidssted	Lav
Totalt 1-4	Minimum hver 4.–6. time	• Informer ansvarlig sykepleier/helsepersonell på vakt om NEWS2 skår • Ansvarlig sykepleier/helsepersonell tar stilling til økt overvåkningsfrekvens, behov for kliniske tiltak og/eller legevurdering	Lav
Skår 3 i ett parameter	Minst én gang per time	• Ansvarlig sykepleier/helsepersonell skal kontakte lege umiddelbart for vurdering • Vurderer behov for tettere overvåkning eller høyere behandlingsnivå	Lav-Middels
Totalt 5 eller høyere Grenseverdi for rask respons	Minimum 1 gang i timen	• Ansvarlig sykepleier/helsepersonell skal umiddelbart kontakte lege • Lege vurderer behov for overflytting til høyere behandlingsnivå	Middels
Totalt 7 eller høyere Øyeblikkelig respons	Kontinuerlig overvåkning av vitale funksjoner	• Ansvarlig sykepleier/helsepersonell skal umiddelbart kontakte ansvarlig lege, legevakt og/eller 113 • Videre behandling på riktig behandlingsnivå med kontinuerlig overvåkning vurderes. Dette må vurderes opp mot behandlingsbegrensede hensyn.	Høy

NEWS2 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 lommekortet.

KlinObsKommune - v. 2.8 - 2020

Vedlegg 3 - Skjema for ISBAR Kommunikasjon



ABCDE, NEWS2 og ISBAR Kommunikasjon

Husk å dokumentere i pasientjournalen etterpå!

Mistenkt COVID-19

Ja: ☐

Nei: ☐

Test tatt dato:

Symptomstart:

Påvist COVID-19

Ja: ☐

Nei: ☐

I Identitet

Ditt navn, stilling og avdeling/arbeidssted

Pasientnavn:

Adresse/avdeling:

Fødselsdato:

S Situasjon

"Jeg ringer/tar kontakt fordi..." Beskriv den akutte årsaken til at du tar kontakt:

B Bakgrunn

Kort resymé av sykdomshistorie inntil nå. Relevante sykdommer. Allmentilstand siste dager (mat, drikke, aktivitetsnivå)

NB! Smitte/allergier og behandlingsreservasjoner!

A Aktuell tilstand

Observasjoner (ABCDE) og vurdering av vitale parametre (NEWS2).

NB! Atypiske symptomer hos sårbare eldre, utviklingshemmede og andre utsatte grupper

Observasjoner / Vitale målinger	Verdier i normaltilstand	Dato:	*	Dato:	*	Dato:	*	Dato:	*	Dato:	*	Dato:	*
	Dato:	kl.		kl.		kl.		kl.		kl.		kl.	
A Respirasjonsfrekvens													
B SpO ₂ / O ₂ -metning													
O ₂ -tilførsel ja/nei													
C Kapillær fyllingstid													
Puls													
Blodtrykk													
Diurese													
D Bevissthet (ACVPU)													
Pupiller													
Blodsuktermåling													
E Temperatur													
Smerte (VAS/NRS 1-10)													
Sum NEWS ₂ skår*													

Mistanke om sepsis?

quick SOFA (qSOFA)

- Respirasjonsfrekvens ≥ 22 ☐
- Endret mental status ☐
- Systolisk BT ≤ 100 mm Hg ☐

NEWS ≥ 5

MISTANKE OM KLINISK INFEKSJON OG MINST TO AV KRITERIENE TIL VENSTRE, OG/ELLER NEWS ≥ 5 :



Varsle lege og/eller ring 113

Utfyllende prøver

CRP

HgB

U-stix

U-prøve

R Råd/Respons

om tiltak... Hva ønsker du å si om situasjonen. Hva er anbefaling fra den du snakker med?

Hjerneslag?



Pårørende: _____

- ☐ Informasjon gitt
- ☐ Informasjon innhentet
- ☐ Medisinliste er sendt med pasient
- ☐ HLR status er kjent _____



Legevakt (LV): 116 117

Lokalt LV nr.: _____

AMK: 113

Giftinformasjonen: 22 59 13 00

Fastlege: _____

Dokumentert i EPJ



Noter navnet til den du har snakket med: _____

KlinObsKommune - v. 3.0 - 2020

Vedlegg 4 - Forslag til instruktørutplæring trinn 1, 2 og 3

Oppstart av kompetansearbeidet etter KlinObsKommune-modellen		
Instruktørutplæring trinn 1, 2 og 3		
Forslag til hvordan instruktørutplæring på trinn 1-3 i kompetansemodellen KlinObsKommune kan legges opp.		
Oppstartsmøte: Kommunale ledere, instruktører og eventuelle ansvarlige leger (2-3 timer): • Presentasjon av kompetansemodellen KlinObsKommune - behovsavklaring, læringsmål, faglig innhold, anbefalt læringsmateriale, pedagogiske prinsipper • Avklare USHT og kommunenes rolle - ansvarsavklaring, hva kreves av organisering og lederforankring/-involvering • Instruktørutplæring - rolle/funksjon, faglig innhold, pedagogikk, planlegging og praktisk gjennomføring av egen undervisning		
Samling 1; Instruktører (1 dag)	Samling 2; proACT instruktørkurs (2 dager)	Samling 3; Instruktører (0,5 til 1 dag)
Grunnleggende ferdigheter trinn 1 (3 t) Teori og praktisk trening av vitale parameter og handlingsberedskap i henhold til ABCDE med gjennomgang av utstyr. Øve på å veilede ved å veilede hverandre. Hjerte-lunge-redning: Det anbefales standardisert HHLR kurs (3 t) for kommende instruktører. (For å bli godkjent HLR instruktør, kreves en dags instruktørkurs). Til neste samling; Jobbe med grunnleggende ferdigheter i egen avdeling/tjeneste	proACT instruktørkurs Standardisert kurs innen; ABCDE metodeforståelse NEWS risikovurdering ISBAR kommunikasjonskompetanse Etikk Dokumentasjon Pedagogiske prinsipper, forberedelse til egen undervisning, øvelse og veiledning i instruktørrollen Til neste samling; forberede og gjennomføre dagskurs i proACT	Erfaringsutveksling Instruktørene deler erfaringer fra «hjemmeleksen» Introdusere debrief/refleksjonssamtaler med utgangspunkt i læringsmålene på trinn 3 Oppstart av NEWS i egen kommune; Hvordan instruktører i samarbeid med leder og legetjeneste kan planlegge oppstart av NEWS iht. lokal retningslinje i egen kommune.



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester

KlinObsKommune 2020

Vedlegg 5 - Forslag til struktur for lederforankring og instruktører i kommunale helsetjenester

Forslag til struktur for lederforankring og organisering av instruktører (det må gjøres lokal tilpassing etter kommunens størrelse og opprinnelige tjenesteorganisering)

Politisk beslutning (der det kan være aktuelt)		
Kommunalsjef/-direktør Setter klinisk observasjonskompetanse på agendaen. Beslutter eventuelle økonomiske føringer. Etterspør fremdrift og resultat		
Koordinering på overordnet kommunenivå – rådgiver i stab eller tilsvarende Planlegger og samkjører arbeidet med klinisk observasjonskompetanse på tvers av tjenesteområder. Rapporterer fremdrift og resultat til kommunalsjef/-direktør		
Ledere på virksomhets-/enhets-/avdelingsnivå Er pådrivere i arbeidet med klinisk observasjonskompetanse innen sitt tjenesteområde. Legger til rette for opplæring og bruk av ny kunnskap i praksis. Rapporterer fremdrift og resultater fra egen enhet til overordnet kommunenivå		
Hovedinstruktør(er) i store kommuner Overordnet ansvar for planlegging og gjennomføring av kurs/læringsaktiviteter. Samarbeider tett med overordnet kommuneledelse og ledere på klinikknivå, og med øvrige instruktører. Representerer sin kommune og deltar i USHT nettverk for instruktører der dette er aktuelt. I større kommuner kan det være behov for en hovedinstruktør innen hvert tjenesteområde; institusjoner, hjemmebaserte tjenester, tjenester til utviklingshemmede, rus og psykisk helse osv.		
Koordinerende instruktører ved institusjon ✓ gjennomgår teori og gjennomfører praktisk trening i egen enhet ✓ inngår i kommunalt instruktørnettverk eller i USHT nettverk -> små kommuner	Koordinerende instruktører ved hjemmebasert tjeneste ✓ gjennomgår teori og gjennomfører praktisk trening i egen enhet ✓ inngår i kommunalt instruktørnettverk eller i USHT nettverk -> små kommuner	Koordinerende instruktører ved bolig etc. ✓ gjennomgår teori og gjennomfører praktisk trening i egen enhet ✓ inngår i kommunalt instruktørnettverk eller i USHT nettverk -> små kommuner
Faglige ressurspersoner ved hver avdeling ✓ bidrar til at ny kunnskap og verktøy brukes i egen avdeling (kan inngå i kommunalt instruktørnettverk)	Faglige ressurspersoner ved hver sone/avd. ✓ bidrar til at ny kunnskap og verktøy brukes i egen avdeling (kan inngå i kommunalt instruktørnettverk)	Faglige ressurspersoner ved hver bolig etc. ✓ bidrar til at ny kunnskap og verktøy brukes i egen avdeling (kan inngå i kommunalt instruktørnettverk)



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester

KlinObsKommune2020

Vedlegg 6 - Forslag til medisinsk teknisk utstyr til vitale målinger og bruk av NEWS

Forslag til medisinsk teknisk utstyr til vitale målinger og bruk av NEWS (må også være tilgjengelig for trening)

KVALITETSMÅL

- ✓ Pasienten får kvalitetssikret observasjon ved akutt sykdom og/eller endret helsetilstand.
- ✓ Sikre oversikt over pasientens kliniske tilstand ved å gjøre vitale målinger og oppdage en eventuell forverring av pasientens tilstand tidlig i forløpet.

Forslag på innhold i sekker/bagger/mobil tralle er utarbeidet etter innspill fra ulike kommuner/prosjekter og erfaringer. Innkjøp må gjøres etter den aktuelle kommunes innkjøpsavtale.

INNHold

- Bag/sekk for utstyr* eller mobil tralle**
- Det anbefales manuelt blodtrykksapparat. Alternativt kan en velge elektronisk blodtrykksapparat.
- Mansjetter i str. M, samt ekstra mansjetter i str. S og L til blodtrykksapparatet
- Stetoskop
- Pulsoksymeter til finger
- Digitalt termometer til bruk i armhule (med beskyttertrekk)
- Blodsukkerapparat med strimler og lansett
- Pocketmaske enveisventil med filter
- Pupillelykt
- Tidsur
- Overflatedesinfeksjon (hydrogenperoksidbaserte desinfeksjon)
- ABCDE skjema, ISBAR skjema og NEWS med respons
- Universalcontainer og multistix 5 til urinprøve***

For å sikre kvalitative gode målinger anbefales det at en sikrer rett bruk av utstyret og minimering av feilkilder. Der bør lages interne rutiner for å sikre jevnlig kontroll/påfyll av bagene/sekkene/utstyr i hver avdeling/tjenestested.

Se læringsmateriale KlinObsKommune trinn 1 for mer informasjon om opplæring og viktige hensyn.

*Sekker/bag må tilpasses etter lokale behov. Annet relevant utstyr kan være redningsfolie, sårutstyr, målebånd osv.

**Ved mobil tralle kan det være annet utstyr som kan være relevant og nødvendig og ha med, for eksempel mobil oksygenkolbe, hjertebrett til HLR, mobilt sug osv. Dette må tilpasses lokalt.

***Mange har valgt å ha urintest utstyr i sekker/bagger. Vær oppmerksom på opplæring og dokumentering av kliniske symptomer også. Se nærmere informasjon på NOKLUS.no



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester

KlinObsKommune 2020

Råd og forslag

Det finnes en rekke ulike leverandører til medisinsk teknisk utstyr. Innkjøpsavtaler kan legge føringer for hva som kan kjøpes fra hvilken leverandør. Under vises eksempler på utstyr tilpasset voksne pasienter. På grunn av stor slitasje bør produktene ha gode reklamasjons- og holdbarhetsgarantier.

Utstyr	Eksempler	Råd
Bag/sekk		Sekk/bag som kan åpnes og med adskilte lommer er mer oversiktlig. Anbefales at det lages en standard hvor utstyret skal ligge i de forskjellige lommene slik at det er uavhengig om hvor sekken hentes i eventuelle akutte tilfeller slik at en ikke kaster bort tid på å lete etter utstyr.
Blodtrykksapparat	Riester eller Heine.	Det anbefales å velge manuelt blodtrykksapparat. Disse er minst sårbare for svingninger i temperatur, det trenger ikke batteri og fanger opp rytmeforstyrrelser (arytmier) bedre enn elektroniske apparat. På elektroniske BT er forskjellene først og fremst om den automatisk tar 1 eller 3 BT målinger, eller om dette er en mulig innstilling.
Stetoskop	Littmann Classic III Klassisk professional stetoskop ADC 615 Littmann Master Classic II	Stetoskop varierer i pris, kvalitet og utforming. For å få en god lyd kvalitet og at det er enkelt å håndtere, anbefales det å gå for stetoskop i prisklasse mellomsmåttet og oppover.
Pulsoksymeter	Contec	Pulsoksymeter finnes for fingre, øre eller utskiftbar til begge deler. Det mest brukte er pulsoksymeter for fingre. Husk at pulsoksymeter kun gir en indikasjon uansett valg av utstyr. Utstyret er temperatursensitivt og må derfor normalt tempereres før bruk
Lansetter (stikkere) til blodsukkerapparat	Medisafe solo	Anbefales av NOKLUS. Medisafe solo er engangslansetter. Selve nålen er steril og ligger inni "huset/holderen", også etter bruk. Dette sikrer at man unngår stikkskader og blodoverføring til andre enn pasienten selv.
Temperaturmåler	Microlife digitalt	Anbefal gjerne til personer som får hjelp av helsepersonell til å kjøpe eget termometer. Dette er det mest hygieniske. Utstyret er temperatursensitivt og må derfor normalt tempereres før bruk



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester

KlinObsKommune 2020



Kursevaluering

Grunnleggende ferdigheter innen vitale målinger og handlingsberedskap

Arbeidssted og avdeling/sone:

Sted/dato:

☐ Mann	☐ Kvinne	
☐ Lege	☐ Sykepleier	☐ Hjelpepleier/helsefagarbeider
		☐ Pleiemedhjelper
		Annet
Antall år i yrket: ☐ 0 - 5 ☐ 6 - 10 ☐ 11 - 15 ☐ 16 - 25 ☐ 26 - 35 ☐ 36 -		

Kryss av for påstand under, der

1 = nei, i svært liten grad, 3 = vet ikke og 6 = ja, i stor grad

1. Har oppfriskingen/opplæringen vært relevant for deg?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Etter kurset, mener du at du er mer kompetent/tryggere til å utføre ferdigheter innen vitale målinger og handlingsberedskap i en ABCDE observasjon?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Kommentar: _____

SNU ARKET☺



Evaluer videre ut i fra to ulike perspektiv; nivå/vanskelighetsgrad på undervisningen og relevans for deg i din yrkesutøvelse, på en skala fra 1 til 6 (sett ring)

Nivå (i fht innhold) 1 = lavt nivå til 6 = riktig nivå	Relevans 1 = lav relevans til 6 = høy relevans
--	--

3. Hvordan vurderer du

3.1 Forelesning: Teoretisk introduksjon vitale målinger og handlingsberedsskap i ABCDE observasjoner (eventuelt ISBAR)

Nivå	1	2	3	4	5	6
Relevans	1	2	3	4	5	6

Kommentar:

3.2 Pasientcase: Spesielle hensyn å ta hos sårbare pasientgrupper

Relevans	1	2	3	4	5	6
-----------------	---	---	---	---	---	---

Kommentar:

3.3 Ferdighetstrening innen vitale målinger og handlingsberedsskap i en ABCDE observasjon

Relevans	1	2	3	4	5	6
-----------------	---	---	---	---	---	---

Kommentar:

5. Er det områder du fortsatt kjenner deg:

- a) Usikker på
- b) Behøver mer informasjon om?

6. Øvrige kommentarer:

Takk for tilbakemeldingen!

LITTERATURLISTE

1. Stortingsmelding 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen rett behandling – på rett sted – til rett tid. Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.
2. Forskningsrådet (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)
3. Stortingsmelding 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.
4. Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020. Helse og Omsorgsdepartementet.
5. NOU 2015:17, Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.
6. Bing-Jonsson P.C, Hofoss D, Kirkevold M m.fl. (2016) Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nursing 15:5 DOI 10.1186/s12912-016-0124-z
7. Strømme T, Aase K og Tjøflåt I (2020). Homecare professionals observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.15255>
8. Helsedirektoratet 2017. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand> hentet 27.01.20 kl.14.35
9. Helsedirektoratet 2020. Nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand> hentet 12.05.20 kl. 15.00
10. Johansen L.B (2020), I Sykepleien #Alle skal hjem (februar 2020) s. 8 – 11 <https://sykepleien.no/sites/default/files/2020-03/Alle%20skal%20hjem.pdf>
11. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen (2015-2016), Dokument 3-5 <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf> hentet 12.05.20 kl. 14.30
12. Sykepleiens undersøkelse «Hjemmesykepleie i endring» november 2019. I Sykepleien #Alle skal hjem (februar 2020) s. 11 <https://sykepleien.no/sites/default/files/2020-03/Alle%20skal%20hjem.pdf>
13. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> hentet 12.05.20 kl.14.35
14. Flodgren G.M, Meneses J (2017) Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene. Folkehelseinstituttet
15. Sykepleien #Alle skal hjem (februar 2020) <https://sykepleien.no/sites/default/files/2020-03/Alle%20skal%20hjem.pdf>
16. Sykepleien (februar 2019) «Sertifiseringen» i Røyken: Sykepleierne ble bedre i alt <https://sykepleien.no/2019/02/sertifiseringen-i-royken-sykepleierne-ble-bedre-i-alt>
17. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> hentet 22.05.2020 kl. 11.00
18. Norsk Resuscitasjonsråd <https://nrr.org/no/> hentet 22.05.2020 kl.11.00
19. Gjerberg E og Amble N (2011) Train the trainer – refleksjonsgrupper i pleie og omsorgssektoren
20. Samstemt undervisning BI learning lab <https://www.bi.no/forskning/laringscenteret/teaching-excellence/samstemt-undervisning/> hentet 22.05.20 11.30
21. Stortingsmelding 15 (2017-2018). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet.
22. Berg Wig B (2019) Er vi en lærende organisasjon? <https://www.linkedin.com/pulse/er-vi-en-larende-organisasjon-bjarne-berg-wig> hentet 22.05.20 kl. 11.30
23. For deg som skal i gang med et forbedringsarbeid <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/Forbedringskunnskap/Forbedringsarbeid/for-deg-som-skal-i-gang-med-et-forbedringsarbeid> hentet 22.05.20 kl. 11.40
24. Sommer C (2016) Aalborg valgte akuttdannelse til alle fremfor akutteam, Sygeplejersken s. 34-37
25. Hiim H og Hippe E (2009) Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærer

