

Veileder

BRUK AV KOMPETANSEMODELLEN KLINOBSKOMMUNE

For ledere, fagansvarlige og
Utviklingssenter for sykehjem og
hjemmetjenester (USHT)



KlinObsKommune

En trinnvis modell for å styrke klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten

Læringsutbyttene i KlinObsKommune

TRINN 1

Grunnleggende
ferdigheter og
handlingsberedskap i
en ABCDE-F

TRINN 2

Hjerte-lunge redning

TRINN 3

ABCDE-F med bruk av
verktøy som NEWS2
og ISBAR

TRINN 4

Teamarbeid og
kommunikasjon

TRINN 5

Pasientforløpet
internt i kommunen
og på tvers av helse-
tjenestenivå

KlinObsKommune - v.2.0 2025

Metode

FERDIGHETSTRENING

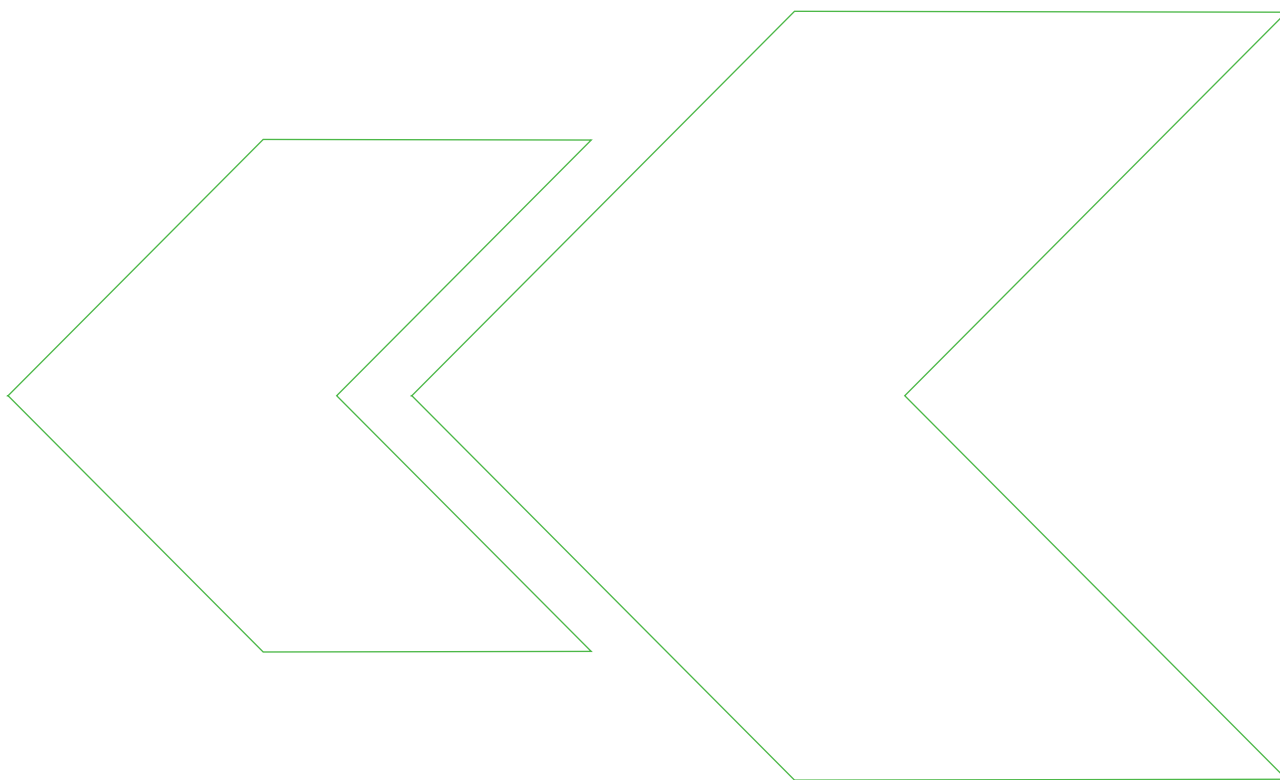
SIMULERING

Ledelse

FORBEDRINGSMETODIKK



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester



Adresse: Klinisk observasjonskompetanse www.klinobskommune.no

Kontaktinformasjon: se www.utviklingssenter.no

Tekstforfattere: Første utgave: Line Hurup Thomsen, Eva Linnerud, Mette Sophie Klev og Kine Nordmo-Stykket

Andre utgave: Mette Sophie Klev (USHT Oslo), Heidi Synnøve Isberg (USHT Rogaland), Åste Renolen (USHT Innlandet (Oppland)) og Elin Teigen (USHT Troms)

Bilder: Forsidebilde og illustrasjonsbilder side 26 og 39: www.adobestock.com

Foto av ABCDE-observasjoner i kapittel 4: Kompetansebroen: www.kompetansebroen.no.

Trykk og grafisk design: Konsis, ordrenummer 254308

Dato/årstall: 17. november 2025

FORORD

Klinisk observasjonskompetanse er en forutsetning for å tidlig oppdage forverring i pasientens somatiske tilstand, og kunne handle raskt og riktig. Denne veilederen er en revidert utgave av tidligere utgitt materiell, og bygger på erfaringer ved bruk av KlinObsKommune kompetansemodellen. Erfaringene er hentet inn fra kommuner, instruktører og fagmiljøer over hele landet.

Kompetansemodellen er utviklet for å styrke helsepersonells ferdigheter og handlingsberedskap i kommunehelsetjenesten. Modellen er tett knyttet til nasjonale føringer og lover, og gir kommunene et strukturert rammeverk for opplæring og forbedringsarbeid. Den trinnvise tilnærmingen gjør det mulig å bygge kompetanse steg for steg, med utgangspunkt i lokale behov og ressurser.

Veilederen er en støtte til ledere, fagansvarlige og instruktører som ønsker å arbeide systematisk med kompetanseutvikling. Den er blitt kalt "en gavepakke" til kommunene – et verktøy for å bygge nødvendig observasjonskompetanse, etablere rask re-spons-systemer og styrke det forebyggende arbeidet.

Vi vil rette en stor takk til alle kommuner og ansatte som har satset, erfart og delt – instruktører som har testet og delt erfaringer fra gjennomføringer – våre kollegaer i USHT over hele landet for engasjement og verdifulle innspill.

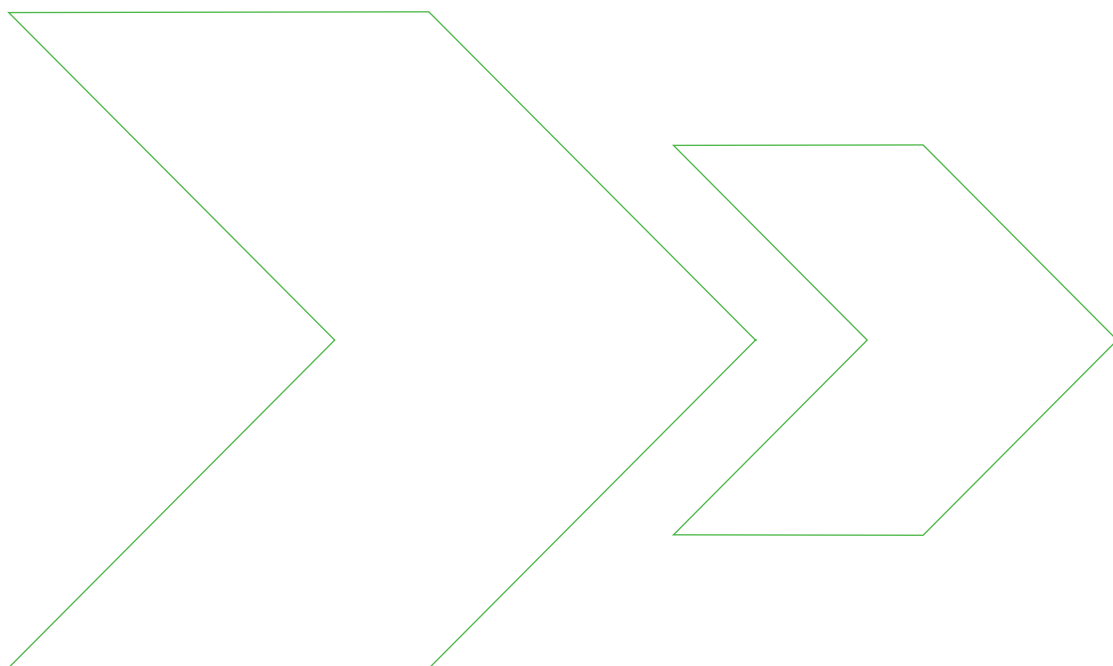
Dette har vi skapt sammen!

Vi håper veilederen vil inspirere og støtte videre arbeid med pasientsikkerhet og faglig kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.

Hilsen,

Redaksjonskomitén:

Mette Sophie Klev (USHT Oslo), Heidi Synnøve Isberg (USHT Rogaland), Åste Renolen (USHT Innlandet (Oppland)) og Elin Teigen (USHT Troms)



INNHold

Forord	3
1.0 Innledning	6
1.1 Behovet for KlinObsKommune	7
1.2 Begrepsavklaring	7
2.0 KlinObsKommune	9
2.1 Verktøy til bruk i KlinObsKommune	11
2.2 Gjennomføring av opplæring med KlinObsKommune	14
2.3 Målgruppe	14
2.4 Gevinstrealisering	14
2.5 Trinnvis kompetansetrapp	15
3.0 KlinObsKommune i systematisk forbedringsarbeid	16
3.1 Forberedelse og felles forståelse – stopp og forstå	18
3.2 Planlegge – hva ønsker man å oppnå og hvordan?	20
3.2.1 Kartlegge behov og dagens praksis	20
3.2.2 Sette mål	21
3.2.3 Etablere aktuelle tiltak	23
3.3 Gjennomføre – Tilrettelegge for ny praksis	24
3.4 Evaluere – Vurdere og reflektere over resultater	25
3.5 Følge opp – Sikre videreføring av tiltakene som har god effekt	26
4.0 Faglig innhold –trinn for trinn	28
4.1 Trinn 1 Grunnleggende ferdigheter og handlingsberedskap i en ABCDE-F	28
4.1.1 Hensikt	28
4.1.2 Læringsmateriale	28
4.1.3 Gjennomføring	28
4.2 Trinn 2 Hjerne-lungeredning (HLR)	29
4.2.1 Hensikt	29
4.2.2 Læringsmateriale	29
4.2.3 Gjennomføring	30
4.3 Trinn 3: ABCDE+F med bruk av verktøy som NEWS2 og ISBAR	30
4.3.1 Hensikt	30
4.3.2 Læringsmateriale	31
4.3.3 Gjennomføring	32

4.4 Trinn 4 og 5 Teamarbeid og kommunikasjon, pasientforløpet internt i kommunen og på tvers av helsetjenestenivå	32
4.4.1 Hensikt	32
4.4.2 Læringsmaterialet	33
4.4.3 Gjennomføring	33
5.0 Til instruktøren	34
5.1 Pedagogisk og faglig kompetanse	34
5.2 Organisering av instruktøropplæringen	35
5.3 Oppfølging og veiledning av instruktører	35
5.4 Anbefalinger til instruktør – trinn for trinn	36
5.4.1 Trinn 1	36
5.4.2 Trinn 2	36
5.4.3 Trinn 3	36
5.4.4 Trinn 4 og 5	37
5.5 Planlegge undervisning: Bruk av den didaktiske relasjonsmodell	38
5.5.1 Rammefaktorer	38
5.5.2 Deltakerforutsetning	39
5.5.3 Innhold	40
5.5.4 Arbeidsmetoder	41
5.5.5 Evaluering	41
6.0 Å benytte KlinObsKommune til å styrke resiliens og bygge en lærende organisasjon	42
6.1 Lærende organisasjon	42
6.2 Simulering skaper psykologisk trygghet	43
6.3 Kompetansebygging ved hjelp av simulering bygger resiliens	43
Litteraturliste	44



1.0

Innledning

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) sitt overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer (<https://www.utviklingssenter.no/om-oss/om-oss>).

I tråd med oppdrag fra Helsedirektoratet har USHT arbeidet med pasientsikkerhet i mange år. Klinisk observasjonskompetanse er et av satsingsområdene innenfor pasientsikkerhet som kontinuerlig etterspørres fra tjenestene. KlinObsKommune er en modell for hvordan bygge klinisk observasjonskompetanse og handlingsberedskap i kommunehelsetjenesten. Erfaringer fra arbeidet har vist betydningen av kvalitetssikret læringsmateriell og systemer for opplæring tett på tjenestestedene gjennom egne instruktører. Innholdet i KlinObsKommune viser til en anbefalt rekkefølge for opplæring inkludert faglig innhold og pedagogisk tilnærming. Det faglige innholdet passer inn som tiltak ved følgende nasjonale føringer:

- Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Nasjonale faglige råd (1)
- Nasjonal veileder for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming (2)
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (3)
- NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (4)
- Fellesskap og meistring. Bu trygt heime (5)
- Nasjonal helse- og samhandlingsplan (6)
- Kompetanseløft 2025 (7)
- Helsepersonelloven (8, §4)
- Helse- og omsorgstjenesteloven (9, Kap. 6)



Det er 21 utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i Norge. Hvert utviklingssenter er tilknyttet en vertskommune i sitt fylke. Sentrene skal bidra til utvikling innenfor nasjonale satsningsområder, med utgangspunkt i lokale behov.

1.1 Behovet for KlinObsKommune

I følge nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand er en tredjedel av *unødige* dødsfall relatert til følgende årsaker:

- Manglende eller for sen oppdagelse av forverret somatisk tilstand
- Mangelfull observasjon av pasienten
- Svikt og/eller misforståelser i kommunikasjon mellom helsepersonell

(1)

I tillegg er det vist til særskilte behov i kommunene som må adresseres:

- Antall helsepersonell i kommunehelsetjenesten uten helsefaglig utdanning er økende, samtidig med at kommunene må ivareta flere og sykere brukere enn tidligere.
- Det er og vil bli mangel på personell i tjenesten og kompetansebehovet er stort. Det vil være viktig å arbeide systematisk med kompetanseheving for å rekruttere og beholde personell.
- Opplæring av helsepersonell må i større grad foregå lokalt, være tilpasset tjenesteområdet, samtidig som at den skal være av god kvalitet.

(4-6)

1.2 Begrepsavklaring

Fasilitator er en trent person som legger til rette for læring ved å bidra med veiledning, støtte og struktur i alle fasene av simuleringsbasert læringsaktivitet.

Ferdighetstrening er en målrettet og strukturert deltakeraktiv læringsaktivitet som kan innebærer å trene på aktuelle prosedyrer og ferdigheter, for eksempel vitale målinger som respirasjonsfrekvens, blodtrykk og puls.

Habituelle målinger defineres her som pasientens vitale målinger i normaltilstand. Disse målingene er svært viktige å ha som utgangspunkt for å kunne se etter endringer, og kunne sammenligne målinger når det er endring i helsetilstand.

Habituell status er beskrivelse av den helhetlige statusen til pasienten i normaltilstand, gjerne basert på ABCDE observasjoner.

Helsepersonell: er alle ansatte i kommunehelsetjenesten som utfører helsehjelp, uavhengig av utdanning (8, §3).

Hovedinstruktør: er en person med utvidet pedagogisk og helsefaglig kompetanse som kan gi opplæring, veiledning og støtte til nye instruktører.

Ikke-tekniske ferdigheter er kognitive og mellommenneskelig ferdigheter som underbygger tekniske ferdigheter, og anses som spesielt viktige for å forebygge uønskede hendelser. Ikke-tekniske ferdigheter inkluderer blant annet kommunikasjon, profesjonell opptreden, ledelse, evne til å samarbeide i team, ta beslutninger og skape felles situasjonsforståelse (10, 11).

Instruktør: er en person som instruerer, viser, veileder og rettleder andre i ulike ferdigheter.

Personer som mottar helsetjenester, blir omtalt med ulike begreper. For enkelthetens skyld benevnes hovedsakelig personer som mottar helsetjenester som pasient eller bruker.

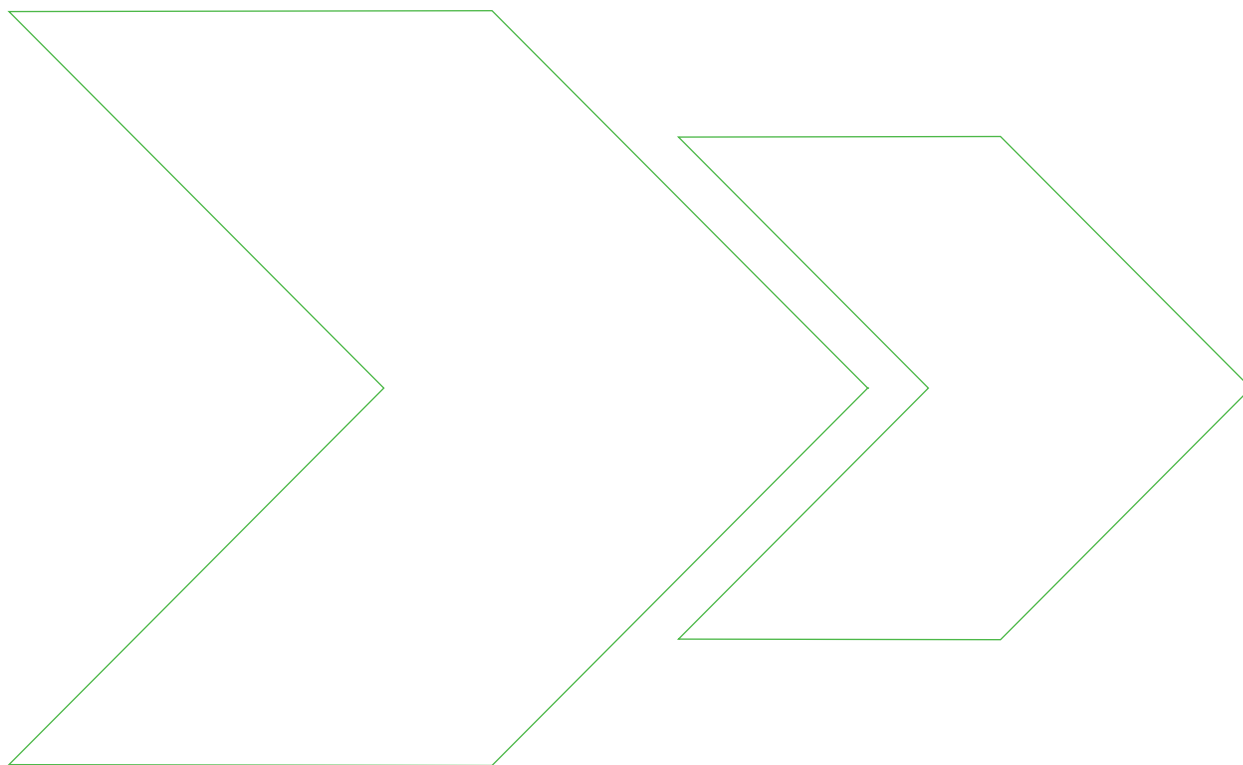
Resiliens i denne sammenheng betyr robusthet, fleksibilitet og handlekraft. Økt kompetanse og simulering er med på å bygge trygge ansatte og dermed øke resiliens i helsetjenesten.

Simuleringsbaserte læringsaktiviteter er en rekke målrettede strukturerte deltakeraktive læringsaktiviteter som innebærer å håndtere situasjoner, som ligner på virkeligheten, og bygge erfaring gjennom refleksjon i og over handling i et simulert miljø.

Eks Scenario basert team simulering, ferdighetstreninger, VR (Virtual Realty) og spill (Gamification).

Simulering er en målrettet og strukturert deltakeraktiv læringsaktivitet som innebærer å håndtere situasjoner som ligner på virkeligheten og bygge erfaringer gjennom refleksjon i og iver handling. Simulering tillater deltakere å utvikle eller forberede sine kunnskaper, ferdigheter og holdninger, eller å analysere og reagere på realistiske situasjoner.

Tekniske ferdigheter er ferdigheter som kreves for å utføre en spesifikk oppgave. I helsetjenesten innebærer dette kunnskap og evne til å utføre en spesifikk medisinsk oppgave som for eksempel å måle blodtrykk og å telle puls.



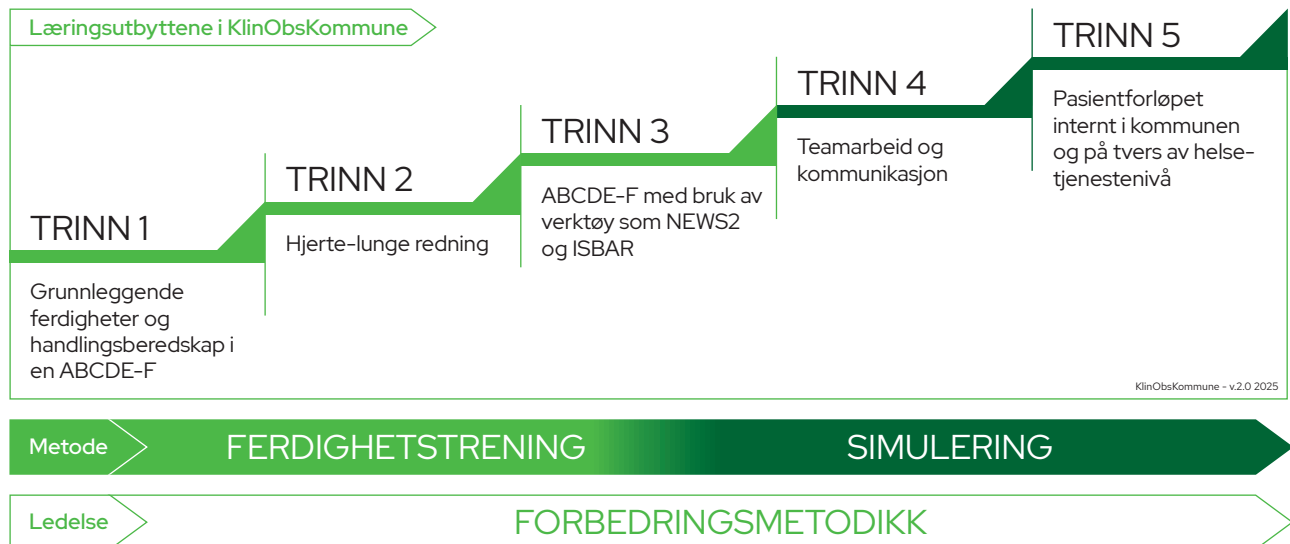
2.0

KlinObsKommune

KlinObsKommune er en modell for å bygge klinisk observasjonskompetanse og handlingsberedskap i kommunehelsetjenesten. Dette heftet er et verktøy for kommunene og USHT for å støtte planlegging, starte opp, gjennomføre og vedlikeholde kompetansearbeidet. Kommunene må vurdere hvordan innholdet kan eller bør benyttes lokalt. Kompetansearbeidet tar utgangspunkt i instruktører som driver kompetanseheving i egen tjeneste.

Målgruppen er helsepersonell, og sluttbrukere er primært voksne pasienter og tjenestemottakere i institusjoner, boliger og hjemmebaserte tjenester.

KlinObsKommune er visualisert som en kompetansetrapp.

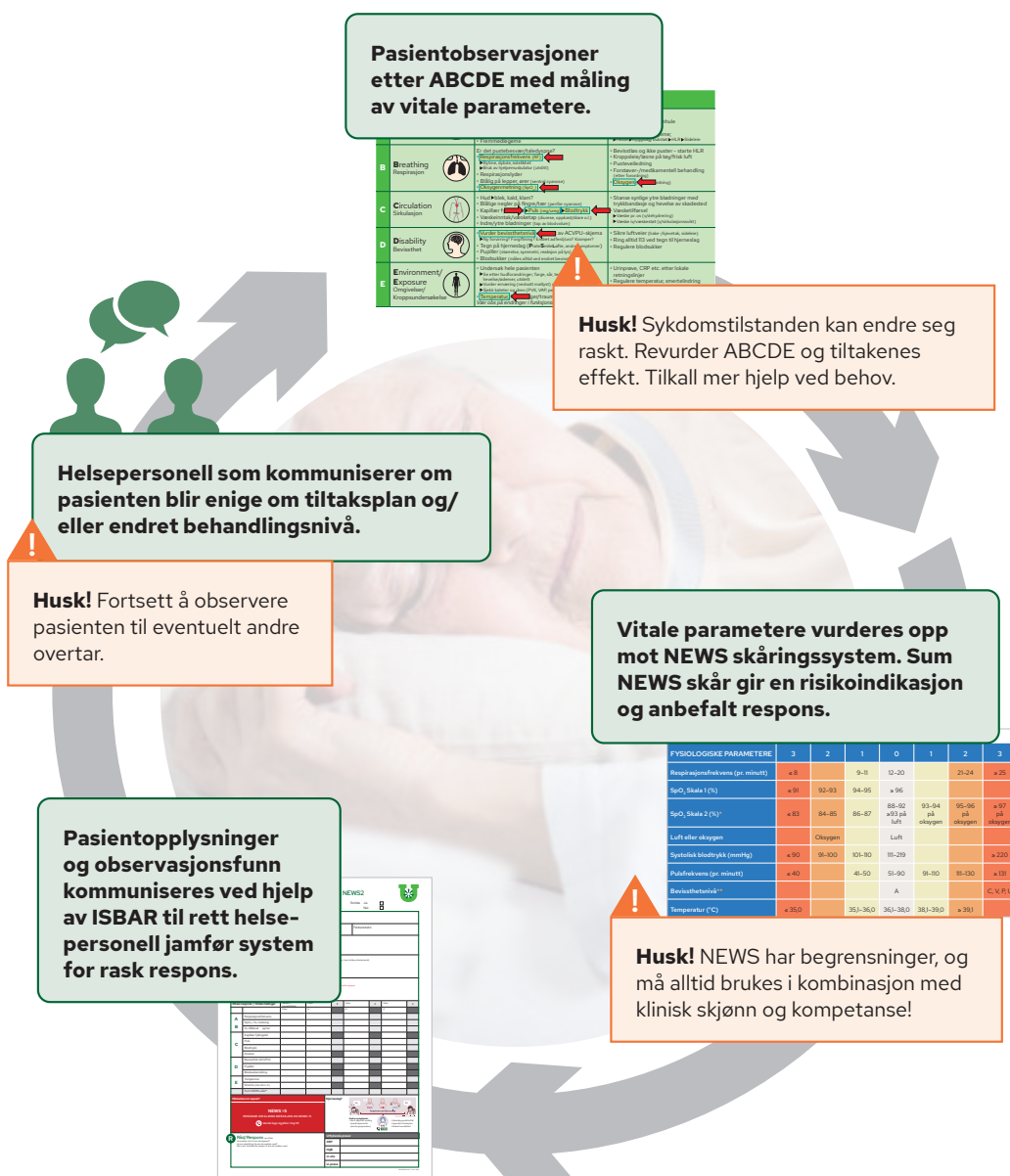


KlinObsKommune sin hjemmeside www.klinobskommune.no har følgende innhold:

- Veileder - bruk av kompetansemodellen KlinObsKommune
- Fagkompendium – Grunnleggende ferdigheter
- PowerPoint presentasjon – Grunnleggende ferdigheter
- Fagkompendium -innføring av risikovurderingsverktøyet NEWS2 i kommunehelsetjenesten
- Lommekort

KlinObsKommune er en støtte for å bygge et raskt respons-system i kommunen

Et raskt respons-system (RRS) er et samlebegrep for hele systemet en virksomhet trenger å etablere for å forebygge forverring av pasientens somatiske tilstand, og dermed forhindre alvorlig forverring. Det handler om å tidlig kunne oppdage tegn til forverring, varsle og gi rett respons. Dette krever systematisk observasjons- og vurderingskompetanse. RRS har som mål å redusere alvorlig sykdom, intensivbehandling og død ved å handle tidlig. Verktøyene som nevnes under er ledd i et raskt respons-system (1).



2.1 Verktøy til bruk i KlinObsKommune

Nasjonale faglige råd anbefaler å benytte ABCDE (observasjonsmetodikk), NEWS2 (verktøy for risiko-vurdering og beslutningstøtte) og ISBAR (kommunikasjonsverktøy). Alle verktøyene er benyttet nasjonalt og internasjonalt.

ABCDE-metodikken sikrer at systematiske observasjoner blir utført i prioritert rekkefølge. Slik sikres det at det mest livskritiske vurderes først og at tiltak iverksettes fortløpende. Metodikken er lett å huske, og bør brukes i daglige-, subakutte- og akutte situasjoner.

© KlinObsKommune Systematisk pasientobservasjon		Observerer	SE LYTT KJENN LUKT	Vurder tiltak som:
A	Airways Luftveier		- Frie luftveier? - Snakker pasienten ubesværet - Kjennes luftstrøm - Lyder fra luftveiene (heshet/"snorkelyder") - Fremmedlegeme	- Hakeløft/kjevetak - Munnrens/sug i munnhule - Sideleie - Fjerne fremmedlegeme; - Hoste > Ryggslag/bukstøt > HLR > Sideleie
B	Breathing Respirasjon		- Er det pustebesvær/taledyspne? - Respirasjonsfrekvens (RF) - Rytme, dybde, sidelikhet - Bruk av hjelpemuskulatur (utslitt) - Respirasjonslyder - Blålig på lepper, ører (sentral cyanose) - Oksygenmetning (SpO₂)	- Bevisstløs og ikke puster - starte HLR - Kroppisleie/løsne på tøy/frisk luft - Pusteveiledning - Forstøver-/medikamentell behandling (etter forordning) - Oksygen (etter forordning)
C	Circulation Sirkulasjon		- Hud > blek, kald, klam? - Blålige negler på fingre/tær (perifer cyanose) - Kapillær fyllingstid > Puls (reg/ureg) > Blodtrykk - Væskeinntak/væsketap (diurese, oppkast/diare o.l.) - Indre/ytre blødninger (tap av blodvolum)	- Stanse synlige ytre blødninger med trykkbandasje og hevelse av skadested - Væsketilførsel - Væske pr. os (v/dehydrering) - Væske iv/væskestøt (v/sirkulasjonssvikt)
D	Disability Bevissthet		- Vurder bevissthetsnivå ved bruk av ACVPU-skjema - Ny forvirring? Forgiftning? Endret adferd/uro? Kramper? - Tegn på hjerneslag (PrateSmileLøfte, andre symptomer) - Pupiller (størrelse, symmetri, reaksjon på lys) - Blodsukker (måles alltid ved endret bevissthet)	- Sikre luftveier (hake-/kjevetak, sideleie) - Hodeleie 15–30 grader ved mistanke om hjerneslag - 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 - Vær obs på endringer i funksjonsnivå og hjemmeforhold	- Urinprøve, CRP etc. etter lokale retningslinjer - Regulere temperatur, smertelindring - Rapporter endringer/ tilkall hjelp

Sykdomstilstand kan endre seg raskt! Husk å revurdere ABCDE og tiltakenes effekt. Tilkall mer hjelp ved behov.
Ved alvorlige funn eller ved bekymring for pasienten, kontakt AMK 113 eller legevaktt 116 117.



KlinObsKommune - v.4.0 2025

NEWS2 (National Early Warning Score) er et risikovurderingsverktøy som støtter ansatte i vurderinger av rett klinisk respons ved forverret somatisk tilstand. Verktøyet baseres på vitale parametere og samlet skår sier noe om risiko for død innen 24 timer. På kortet er det forslag til respons i kommunehelsetjenesten basert på samlet 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 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	

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

TILTAK ETTER NEWS2-SKÅR – Lav poengsum utelukker IKKE alvorlig sykdom

NEWS SKÅR	OVERVÅKNINGS-FREKVENNS	KLINISK RESPONS tilpasset kommunehelsetjenesten	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	Minimum 1 gang i timen	• Ansvarlig sykepleier/helsepersonell skal kontakte lege umiddelbart for vurdering • Vurder 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

© Royal College of Physicians

NEWS2 er et supplerende hjelpemiddel for å bedømme vitale funksjoner hos voksne og må alltid brukes i kombinasjon med helsepersonellens kompetanse og kliniske skjønn. *Fare for død innen 24 timer.

ISBAR er et kommunikasjonsverktøy som strukturerer kommunikasjon i overganger, både mellom ulike tjenestenivå og mellom helsepersonell i egen virksomhet.

ISBAR en forkortelse for

I: Identifikasjon

S: Situasjon

B: Bakgrunn

A: Aktuelt

R: Råd/respons

ISBAR Kommunikasjon med ABCDE og NEWS2

benyttes som forberedelse til en strukturert rapport



Smitte Ja: ☐
Nei: ☐

I

S

B

A

R

Identitet Ditt navn, stilling og avdeling/arbeidssted

Pasientnavn:
Adresse/avdeling:

Fødselsdato:

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

Bakgrunn Kort resymé av sykdomshistorie inntil nå. Relevante sykdommer. Allmentilstand siste dager (mat, drikke, aktivitetsnivå)
NBI Smitte/allergier og behandlingsreservasjoner!

Aktuell tilstand Observasjoner (ABCDE) og vurdering av vitale parametre (NEWS2).
NBI Atypiske symptomer hos sårbare eldre, utviklingshemmede og andre utsatte grupper

Observasjoner / Vitale målinger		Verdier i normaltilstand	Dato:	*	Dato:	*	Dato:	*
		Dato:	kl.		kl.		kl.	
A	Respirasjonsfrekvens							
	SpO ₂ / O ₂ -metning							
B	O ₂ -tilførsel ja/nei							
	Kapillær fyllingstid							
C	Puls							
	Blodtrykk							
	Diurese							
D	Bevissthet (ACVPU)							
	Pupiller							
	Blodsuktermåling							
E	Temperatur							
	Smerte (VAS/NRS 1-10)							
Sum NEWS2 skår*								

Mistanke om sepsis?

NEWS2 >5

MISTANKE OM KLINISK INFEKSJON OG NEWS2 >5:

Varsle lege og/eller ring 113

Hjerneslag?

Andre symptomer

- Akutt oppstått ensidig koordinasjonssvikt (akutte gångvansker)
- Halvsidig synsfeltuttall
- Hyperakutt hodepine
- Nedsatt sensibilitet

Råd/Respons om tiltak.
 Hva ønsker du å si om situasjonen?
 Hva er anbefaling fra den du snakker med?
 Skriv ned kontaktinformasjon til den du snakker med.

Utfyllende prøver

CRP	
HgB	
U-stix	
U-prøve	

KlinObsKommune - v4.0 - 2025

13

2.2 Gjennomføring av opplæring med KlinObsKommune

Rammen for all kompetanseheving i kommunene bygger på Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (12) og forbedringsmetodikk (13, 14). Denne rammen sikrer at en følger opp målene for arbeidet, evaluerer effekt og justerer etter egne ressurser og lokale kompetansebehov. På den måten kan kommunene bygge en lærende organisasjon. Det er anbefalt å bruke forbedringsmetodikk kommunen allerede er kjent med.

KlinObsKommune kan brukes til å etterleve krav og ansvarsforhold innen kompetanseheving i kliniske observasjoner og handlingsberedskap i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften skal bidra til å gi ledere for virksomheter et godt grunnlag for systematisk styring og ledelse, samt for å arbeide med kontinuerlig forbedring (12, § 1). I forskriften er det særlig fokus på plikten man har til å planlegge virksomhetens aktiviteter (12, § 6), gjennomføre aktivitetene (12, § 7), evaluere aktivitetene (12, § 8) og å korrigere virksomhetens aktiviteter (12, § 9).

Train The Trainer (TTT) er en opplæringsmodell hvor lokale instruktører eller ressurspersoner får opplæring som gjør dem i stand til å lære opp kollegaer i egen organisasjon. Ved å bruke denne modellen for opplæring skapes en bærekraftig struktur der vi sammen kan nå ut til alle ansatte. Standard for TTT-modellen er at instruktører kan bruke det samme materialet de ble opplært på, for så å spre den samme læringen i egen virksomhet (15, 16). Hvordan organisere opplæring av instruktører etter TTT modellen, er beskrevet nærmere i kapittel 5; *Til instruktøren*.

Ferdighetstrening og simulering er anbefalt i Nasjonale faglige råd og understøttes av myndighetene for å utvikle kompetanse i å gjenkjenne sykdomsforverring og øve på kliniske prosedyrer og ferdigheter (1, 6). Læringsutbyttene i KlinObsKommune tilegnes ved teori og gjennom simuleringsbaserte læringsaktiviteter som ferdighets- og scenariotrening.

2.3 Målgruppe

Den primære målgruppen for opplæringen med KlinObsKommune er ansatte i helse- og omsorgstjenesten, som sykehjem, korttidsplasser, hjemmetjeneste, tjenester til personer med utviklingshemming og personer med utfordringer innen rus og psykisk helse. Generelt vil kompetansearbeidet omfatte alle ansatte i de aktuelle tjenestene. Erfaringer viser at det i forkant av opplæringen bør avklares hvilken kompetanse de ulike faggruppene skal ha. Dette inkluderer også helsepersonell uten helsefaglig utdanning.

2.4 Gevinstrealisering

Erfaringer og spørreundersøkelser til ansatte viser at arbeidet med å bygge klinisk observasjonskompetanse og handlingsberedskap på en systematisk måte kan ha flere positive ringvirkninger. Tabellen under viser en oversikt over mulige gevinster for arbeidet. Før oppstart bør det ligge til grunn konkrete mål med arbeidet og hvordan man kan måle effekten. Dette beskrives nærmere i kapittel 3; *KlinObsKommune i systematisk forbedringsarbeid*.

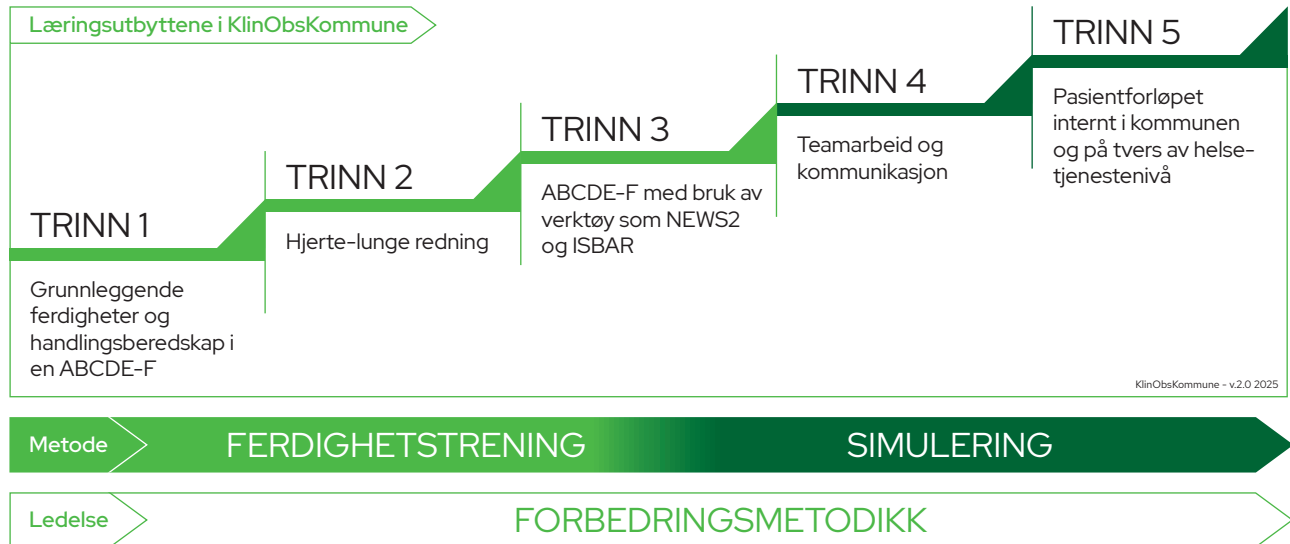
Innbygger	Helsepersonell	Kommunal helsesektor
• Økt trygghet • Rett behandling til rett tid • Unngår unødvendig funksjonstap • Kan bo hjemme lenger	• Økt kompetanse • Økt trygghet • Økt handlingsberedskap • Økt resiliens	• Bedre kommunikasjon mellom helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten • Forebygge bruk av høyere omsorgsnivå • Optimal bruk av ressurser • Rekruttere og beholde helsepersonell

2.5 Trinnvis kompetansetrapp

KlinObsKommune modellen er visualisert som en kompetansetrapp, som viser hvilke fagområder som anbefales vektlagt i en gitt rekkefølge.

Den trinnvise kompetansebyggingen er en pedagogisk tilnærming for å

- sikre at alle ansatte har en grunnkompetanse før man går videre
- sikre læringsutbytte på hvert trinn
- øke mestringsfølelse og trygghet hos ansatte



3.0

KlinObsKommune i systematisk forbedringsarbeid

KlinObsKommune er en kompetansemodell og et viktig tiltak mot målet om å oppdage somatisk sykdom tidligere. I tillegg til opplæring, kan et forbedringsarbeid belyse andre områder som må forbedres for å nå målsetningen. Opplæringen er med andre ord et av flere tiltak for å nå det overordnede målet.

Behovet for å lede arbeidet gjennom forbedringsmetodikk underbygges av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (12). «Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves» (12, §1).

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskriften. Veilederen handler om hvordan ledere i helse- og omsorgstjenesten kan forstå og etterleve krav i forskriften for ledelse og kvalitetsforbedring (3).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	
Dato:	FOR-2016-10-28-1250
Departement:	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert:	12/10/2016
Ikrafttredelse:	01.01.2017
Stat endret:	FOR-2020-02-04-119 fra 01.03.2020
Endrer:	FOR-2020-12-20-1731
Oppløst for:	Norge
Hjemmel:	LOV-1984-03-30-15-§7, LOV-2017-12-15-137-§14, LOV-1999-07-02-61-§2-1a, LOV-1999-07-02-61-§3-4a, LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§4-2, LOV-1983-06-03-54-§1-3a
Kunngjort:	28.10.2016 kl. 14.30
Korttittel:	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	
Veileder til lov og forskrift	Hva er veileder til lov og forskrift?
1. Formål og virkeområde	1. Formål og virkeområde
2. Styresystem, ansvar og berørte	2. Styresystem, ansvar og berørte
3. Opplegg og dokumentasjon	3. Opplegg og dokumentasjon
4. Planlegg	4. Planlegg
5. Gjennomføre	5. Gjennomføre
6. Evaluere	6. Evaluere
7. Rapportere	7. Rapportere
8. Om veilederen	8. Om veilederen

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

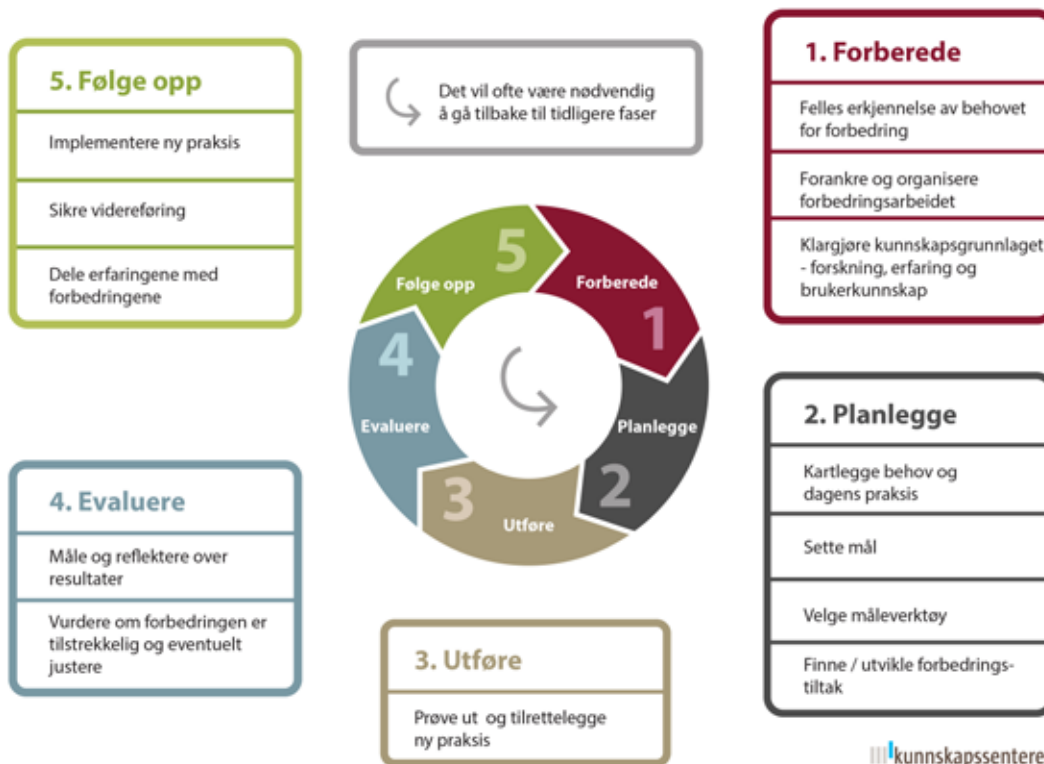
Dette kapittelet er ikke en ressurs for å gjennomføre forbedringsarbeid, men en visualisering av hvordan en kan bruke tilnærmingen i sitt arbeid med KlinObsKommune. Vi anbefaler å tilegne seg utfyllende kompetanse innen forbedringsmetodikk.

Det finnes mange ulike forbedringsmodeller. Det anbefales å benytte den modellen som dere allerede er kjent med eller som passer deres arbeid best. De to mest vanlige modellene er vist på neste side .

FORBEDRINGSMODELLEN

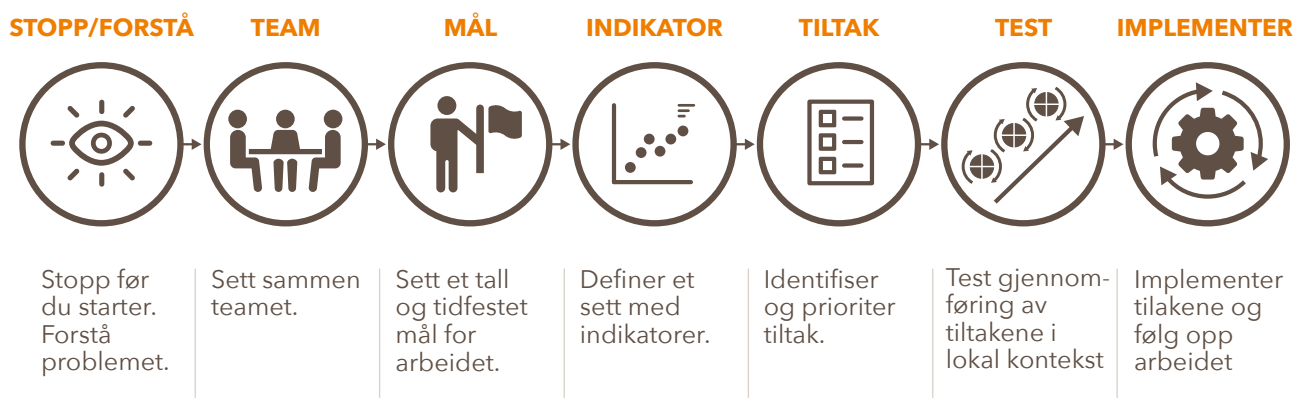


Forbedringsmodellen fra Langley and Nolan (1996) er bredt brukt i helsetjenestene. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring refererer til denne (3, s.53).



Modell for kvalitetsforbedring er utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter (13).

Fasene kan også vises lineært slik som her fra [forbedringsguiden](#):



Som en hjelp til et strukturert og systematisk forbedringsarbeid ved innføring av KlinObsKommune, er dette kapittelet bygget opp etter fasene i et forbedringsarbeid, med eksempler på metoder og verktøy. Ytterligere verktøy og hjelpemidler finnes blant annet på hjemmesiden til [trygge hender 24/7](#) og på [Helsebiblioteket](#).

For å tydeliggjøre prosessene, har vi her valgt å strukturere kapitlene etter Kvalitetsforbedringsmodellen (13).

3.1 Forberedelse og felles forståelse – stopp og forstå



For å lykkes med forbedringsarbeidet er det viktig å engasjere alle, og bygge opp argumentasjon på hvorfor dette tiltaket prioriteres, for så å gjennomføre forbedringsarbeidet sammen. Argumentasjon kan bygge på følgende:

- Avvik, tilsyn eller bekymringsmeldinger
- Kartlegging som viser behov for økt kompetanse innen klinisk observasjoner og handlingsberedskap
- Opplevelser fra kritiske pasientsituasjoner
- Stor turnover eller ujevn ansvarsfordeling mellom yrkesgruppene
- Endrede arbeidsoppgaver og oppgaveforskyvning

Konkrete avklaringer som bør gjøres før oppstart:

- Vurder ressursbehov, kostnader og eventuelt om det skal søkes eksterne midler
- Vurder om det er riktig tidspunkt for oppstart
- Sikre lederforankring, ansvarsfordeling og myndighet
- Sikre forankring blant ansatte



Som en del av forberedelsen anbefales det å beskrive hvem som er involvert i arbeidet og hva hver enkelt har ansvar for. Skjemaet under kan være en støtte for å avklare tidlig hvilken rolle de ulike ledernivåene kan ha i arbeidet. Skjema kan tilpasses eget arbeidssted.

LEDERNIVÅ OG ANSVARLIGGJØRING	HVEM ER INVOLVERT?	ANSVAR FOR HVA?
Politikere (der det kan være aktuelt), Beslutninger kan for eksempel knyttes til pågående satsinger.		
Kommunalsjef/-direktør Setter klinisk observasjonskompetanse på agendaen. Beslutter eventuelle økonomiske føringer. Etterspør fremdrift og resultat.		
Koordinering på overordnet kommunenivå – rådgiver i stab, prosjektleder eller tilsvarende Planlegger og samkjører arbeidet med klinisk observasjonskompetanse på tvers av tjenesteområder. Samarbeider med tjenesteområdeledere. Rapporterer fremdrift og resultat til kommunalsjef/-direktør.		
Ledere på tjenesteområde – leder for hjemmetjenesten, institusjonstjenesten, habiliteringstjenesten, og tjenester for rus- og psykiskhelse. Sørger for å legge satsingsområdet i kompetanseplan og årshjul.		
Ledere på virksomhets-/enhets-/avdelingsnivå Dette er ofte nærmeste leder til instruktørene som skal gi opplæring lokalt. 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 nivå.		

3.2 Planlegge – hva ønsker man å oppnå og hvordan?

2. Planlegge
Kartlegge behov og dagens praksis
Sette mål
Velge måleverktøy
Finne / utvikle forbedrings-tiltak

Plikten til å planlegge innebærer at virksomheten kartlegger og vurderer ulike aktiviteter som har betydning for kompetansearbeidet som skal gjennomføres (12, § 6).

Planlegg forbedringsarbeidet

- Opprett et forbedringsteam og avklar rollefordeling som for eksempel leder og måleansvarlig
- Vurder behov for opplæring i forbedringsmetodikk

Planlegg opplæringstiltak

- Definer enheter og ansatte som skal involveres.
- Avklar hvem som skal være instruktører
- Kartlegg kompetansen hos ansatte (før-målinger og etter målinger)
- Legg opplæringsplanen inn i kompetanseplan, årshjul og arbeidsplaner

3.2.1 Kartlegge behov og dagens praksis

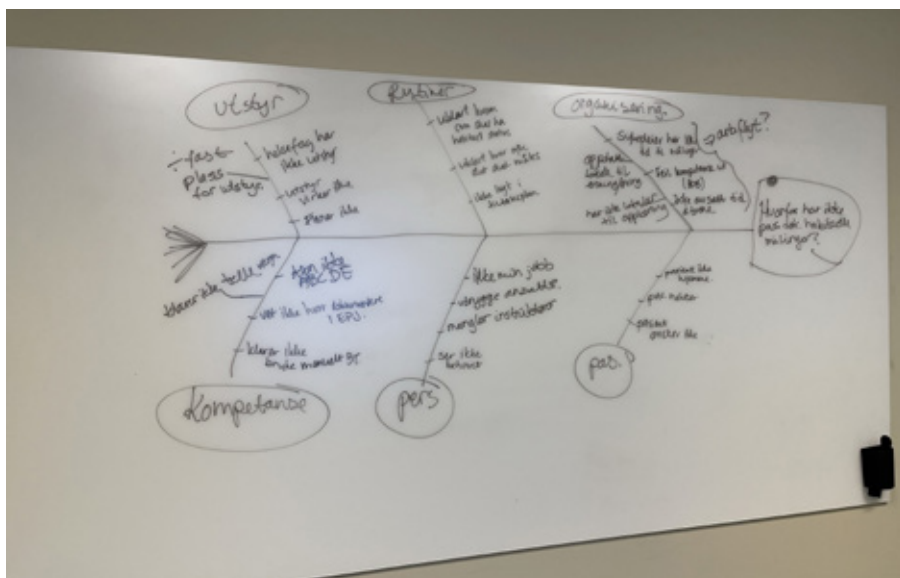
Kompetansekartlegging hos ansatte kan innebære:

- Ansatte evaluerer egen kompetanse ved bruk av egevalueringsskjema
- Spørreundersøkelser med faglig innhold og caser (kunnskapstest)
- Kompetansekartlegging gjennom utviklingssamtale/medarbeidersamtale

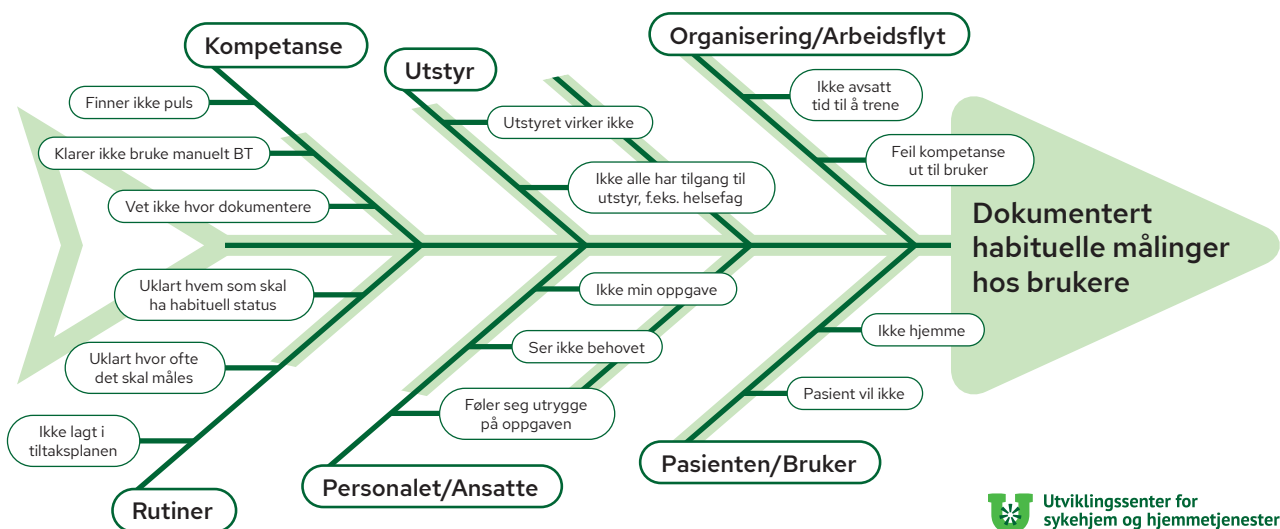
Kartlegging av andre faktorer kan være:

- Oversikt over tilgjengelig utstyr
- Oversikt over egnede lokaler til opplæring
- Oversikt over eksisterende rutiner
- Oversikt over tilgjengelige ressurser
- Identifisere og planlegge håndteringen av aktuelle fremmere og hemmere for implementering av KlinObsKommune på eget arbeidssted
- Kartlegg hva som er dagens praksis, hvilke målinger blir tatt, når og av hvem?
- Kartlegg hvilke prosedyrer som er tilgjengelig, ev. behov for nye eller revidering.

Fiskebeinsdiagrammet kan brukes til å kartlegge utfordringer i dagens praksis og belyse hvilke områder det kan være hensiktsmessig å fokusere på.



Tavle eller A3 ark er utstyr som kan brukes til gjennomføring av fiskebeindiagram.



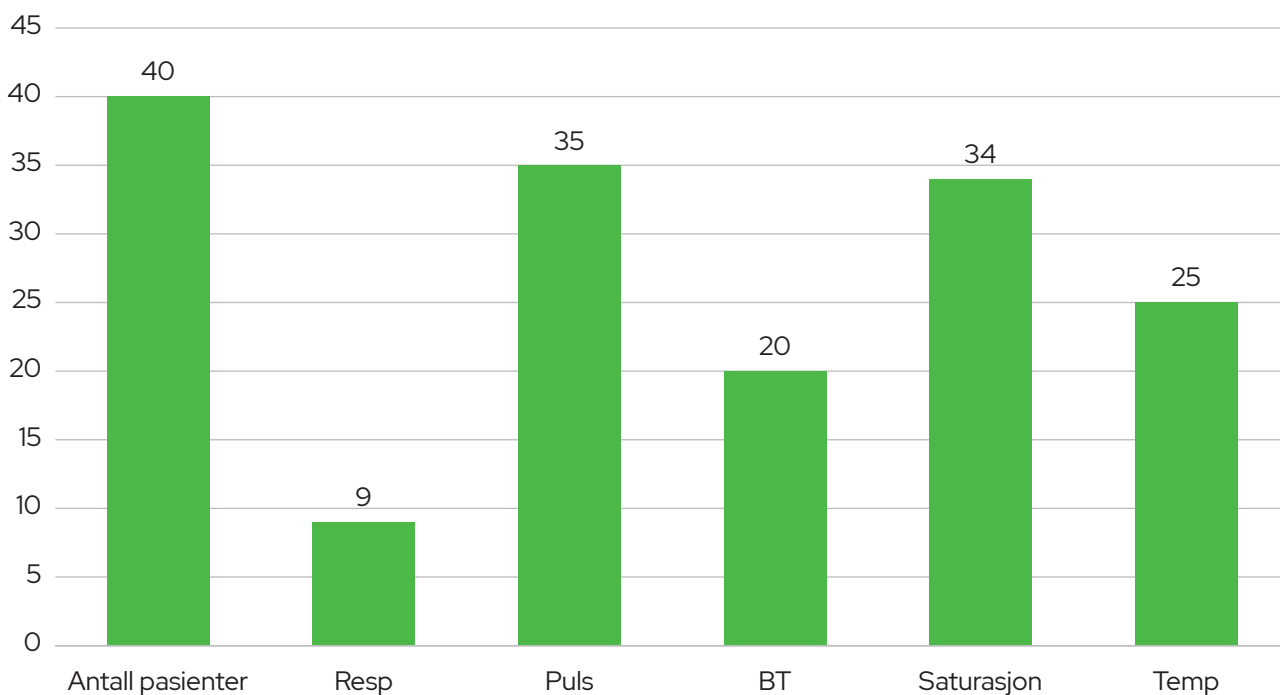
Eksempel på fiskebeinsdiagram.

3.2.2 Sette mål

Målinger er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med kvalitetsforbedring i praksis.

- Definer ønsket situasjon (måloppnåelse) og hvordan denne skal måles:
 - Legg inn forslag til hva dere skal oppnå (resultatmål)
 - Legg inn forslag til hva dere skal gjøre (prosessmål)
- Gjennomføring av nullpunkts målinger (baseline) *før tiltak* settes i gang, underveis og etter.
- For å følge opp måloppnåelsen anbefales bruk av digitale verktøy med et enkelt oppsett. Til selvevaluering og tilbakemelding på opplæring kan papirbaserte og digitale spørreskjema benyttes.

Vitale målinger, pr. 01.01



Antall brukere som har dokumentert vitale målinger i pasientjournal. Eksempelen kan sees på som nullpunktsmåling.

Eksempler på mål:

Målene nedenfor er for enkelhets skyld skyld ikke delt inn i resultat og prosess

Trinn 1 mål

1. Alle aktuelle pasienter har vitale målinger dokumentert i sin journal innen 6 måneder, i henhold til lokal prosedyre. Dette kan følges opp ved å telle antall brukere med målt og dokumentert respirasjon, saturasjon, puls, BT, temperatur i forhold til totalt antall aktuelle pasienter.
2. Alle tiltenkte instruktører har gjennomført instruktør opplæring innen 6 måneder. Dette kan følges opp ved å telle antall opplærte instruktører i forhold til planlagt opplæring.
3. 90% av de ansatte har fått opplæring i grunnleggende ferdigheter innen et år. Dette kan følges opp ved å telle antall ansatte som har gjennomgått opplæring i forhold til planlagt opplæring.
4. Alle ansatte opplever trygghet i gjennomføring av grunnleggende ferdigheter i ABCDE metodikken, etter gjennomført opplæring. Dette kan følges opp ved å systematisk registrere opplevd trygghet, knyttet til grunnleggende ferdigheter hos alle ansatte som har gjennomført opplæring.

MÅL: ANTALL DELTAGERE	Trinn 1		Trinn 2		Trinn 3	
	Antall planlagt	Antall deltatt	Antall planlagt	Antall deltatt	Antall planlagt	Antall deltatt
Antall sykepleiere						
Antall hjelpepleiere/ helsefagarbeidere						
Antall vernepleiere						
Antall miljøarbeidere						
Antall pleiemedhjelpere/ assistenter						
Antall leger						
Antall annet (spesifiser):						

Forslag til tabell for registrering av planlagt og faktisk deltakelse blant ansatte.

Trinn 2 mål

1. Alle ansatte har gjennomgått opplæring i basis HLR etter oppdaterte retningslinjer fra Norsk Resuscitasjonsråd (NRR). Dette kan følges opp ved å telle antall ansatte som har gjennomført opplæring i forhold til planlagt opplæring.
2. Alle pasienter som bør ha dokumentert behandlingsavklaring har dette innen planlagt dato. Dette kan følges opp ved å telle antall pasienter med dokumentert behandlingsavklaring i forhold til antall pasienter som bør ha det.

Trinn 3 mål

1. Alle ansatte er trygge på å gjennomføre systematiske pasientundersøkelser ved bruk av ABCDE metodikk etter gjennomført opplæring. Dette kan følges opp ved å registrere opplevd trygghet, knyttet til gjennomføring av systematisk pasientundersøkelse hos alle ansatte som har gjennomført opplæring.
2. 90% av de ansatte har fått opplæring i ABCDE metodikk, NEWS2 og ISBAR innen et år. Dette kan følges opp ved å telle antall ansatte som har gjennomgått opplæring i forhold til planlagt opplæring.
3. Alle pasienter har en habituell NEWS2 skår dokumentert i journalen. Dette kan følges opp ved å telle antall pasienter som har en habituell NEWS2 skår dokumentert i journalen i forhold til antall pasienter som skal ha det.

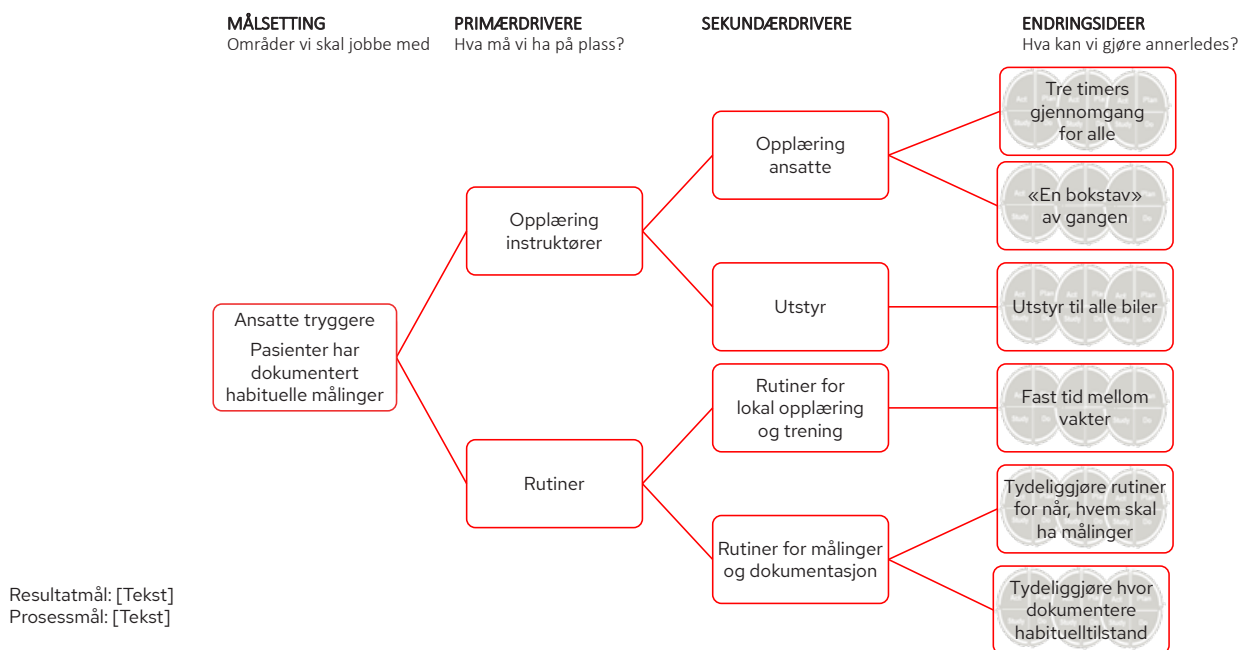
Andre områder som kan være nyttig å følge med på er

- telle antibiotika-bruk
- innleggelsesdøgn på sykehus/korttidsavdelinger
- antall reinnleggelser
- 10 faktor undersøkelser med målt trygghet hos ansatte

3.2.3 Etablere aktuelle tiltak

De tiltakene som iverksettes baserer seg på årsaksanalysen som kan gjøres i for eksempel fiskebeinsdiagram. Det kan være flere tiltak for å nå målene. Et driverdiagram kan være et godt verktøy for å tydeliggjøre tiltakene. Mal for driverdiagram finnes på [I tryggehender24/7 Driverdiagram - I tryggehender](#)

Driverdiagram for innføring av KlinObsKommue



Driverdiagrammet beskriver vår teori om hva vi kan gjøre for å nå målsetningen og hvordan.

Diagrammet gir en visuell framstilling de viktigste tiltakene for å nå målsetningen. Ved å lese driverdiagrammet fra høyre til venstre, demonstreres hvordan dette skal gjøres, og med hvilke lokale tiltak.

Driverdiagram for KlinObsKommune Trinn 1.

Eksempel 1

Opplæring av ansatte er et av tiltakene som er kommet frem i driverdiagrammet. Neste steg i forbedringsarbeidet kan her være å planlegge hvordan opplæring skal gjennomføres. En kan begynne med å planlegge følgende punkter:

- Hvem skal læres opp som instruktører
- Hvilke ansatte skal få lokal opplæring
- Når skal opplæringen foregå
- Hvor skal opplæringen foregå
- Hvordan skal opplæringen foregå

Eksempel 2

Rutiner for gjennomføring av vitale målinger og dokumentasjon er et annet tiltak i driverdiagrammet. Aktuelle tiltak kan planlegges på samme måte:

- Hvilke pasienter skal inkluderes
- Hvem skal utføre vitale målinger
- Hvordan skal vitale målinger dokumenteres
- Hvordan skal vitale målinger følges opp
- Hvor ofte/når skal vitale målinger tas

3.3 Gjennomføre – Tilrettelegge for ny praksis



Plikten til å gjennomføre tiltak innebærer at virksomheten gjør kjent organisering og planer og gjennomfører oppgaver (12, § 7).

Viktige momenter i gjennomføringen kan være:

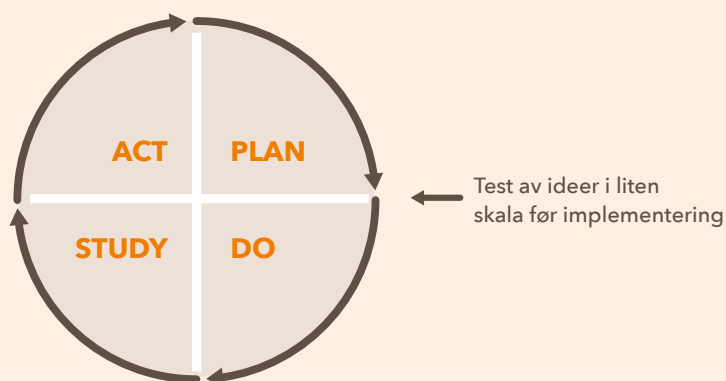
- Gjennomfør opplæring av instruktører etter planen
- Instruktører og leder sikrer at utstyr og rutiner er på plass
- Instruktører og ledere organiserer og gjennomfører opplæringen av ansatte etter planen
- De ansatte tar vitale målinger av pasientene etter plan og lokale retningslinjer
- Ansatte dokumentere vitale målinger i pasientjournalen
- Måleansvarlig utfører målinger og oppsummerer registreringer etter planen

Se kapittel 5; *Til Instruktøren*, for hvordan opplæringen kan gjennomføres.



Tilpass gjennomføringen til arbeidsplassen sin kapasitet. For eksempel vurder å teste tiltakene på en avdeling før en går videre til resten av virksomheten. En slik gjennomføring kan gjøres i form av småskalatesting

Les mer om småskalatesting på I trygge hender^{24/7}.



3.4 Evaluere – Vurdere og reflektere over resultater

4. Evaluere

Måle og reflektere over resultater

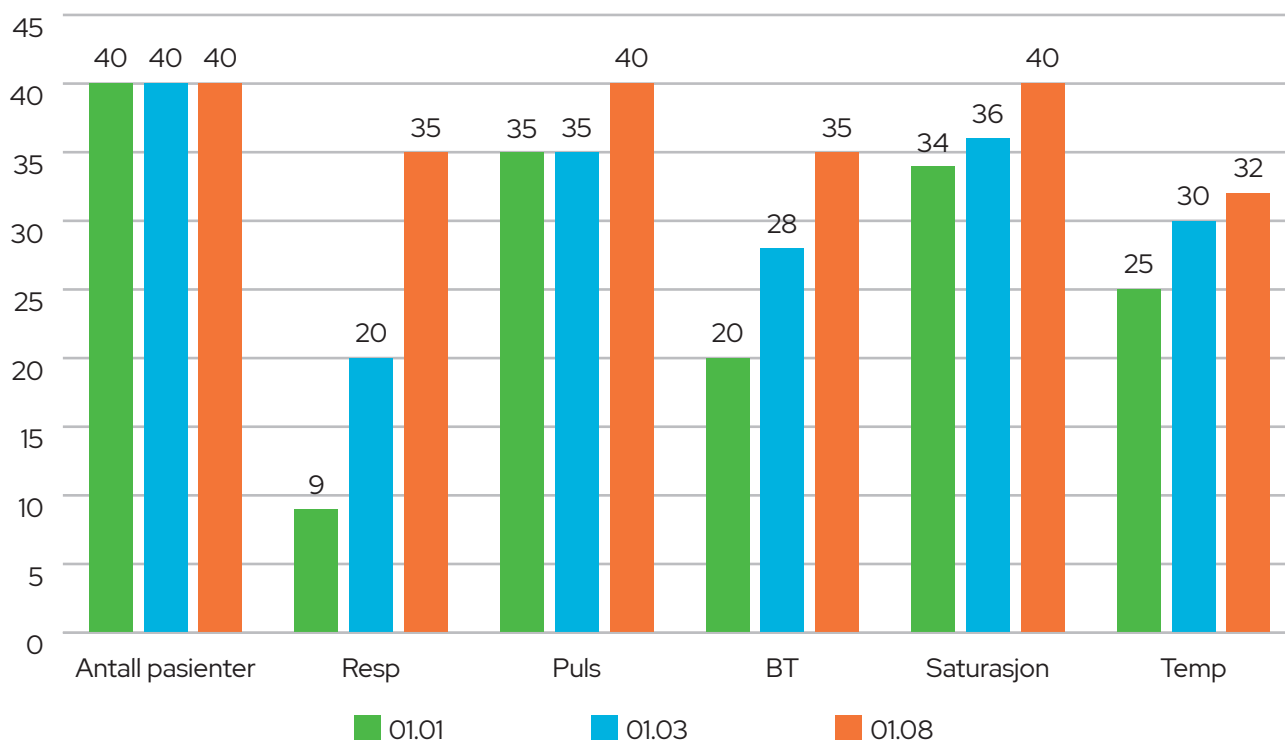
Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere

Å evaluere arbeidet handler om å vurdere og kontrollere om tiltakene som er iverksatt fungerer slik de er tenkt. Det er også viktig å vurdere om tiltakene er faglig forsvarlige og i tråd med forskriften (12, § 8). Det vil si å evaluere hva som er blitt gjort, hva som gjøres i dag, hva som fungerer bra og ikke så bra.

Eksempelen nedenfor viser antall registreringer av vitale målinger hentet ut fra pasientjournal på 40 pasienter. Figuren viser at 9 pasienter hadde registrert respirasjonsfrekvens ved oppstart (rød søyle). Etter tiltak har antall registrerte vitale målinger økt til 20 og deretter til 35. Det vil si 35 av

40 pasienter har registrert en respirasjonsfrekvens i pasientjournalen. Ønsket mål er at alle 40 brukerne skal ha dokumentert vitale målinger. Opptellingen viser at målet er ikke nådd. I evalueringen anbefales det at forbedringsteamet diskuterer årsaker til at målet ikke er nådd og vurderer justeringer av tiltakene.

Vitale målinger, pr. 01.08



Andre spørsmål man kan stille for å evaluere resultatene, kan være:

- Revurdere om målene er realistiske?
- Er det behov for ytterligere opplæring?
- Er rutinene tilpasset eller er det behov for justering?
- Har alle involverte utført sine oppgaver etter planen?
- Kan dere innhente synspunkter og erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende?

Ved utfordringer kan man gå tilbake til kartlegging og planleggingsfasen for å vurdere årsakssammenheng ved bruk av fiskebeinsdiagram eller andre verktøy. Dersom tiltakene ikke fungerer etter hensikten, bør tiltakene justeres før de gjennomføres i flere avdelinger. Fungerer tiltakene godt kan de gjennomføres videre og eventuelt tas videre til andre avdelinger uten justeringer.



Husk å feire store og små suksesser!

3.5 Følge opp – Sikre videreføring av tiltakene som har god effekt

5. Følge opp

Implementere ny praksis

Sikre videreføring

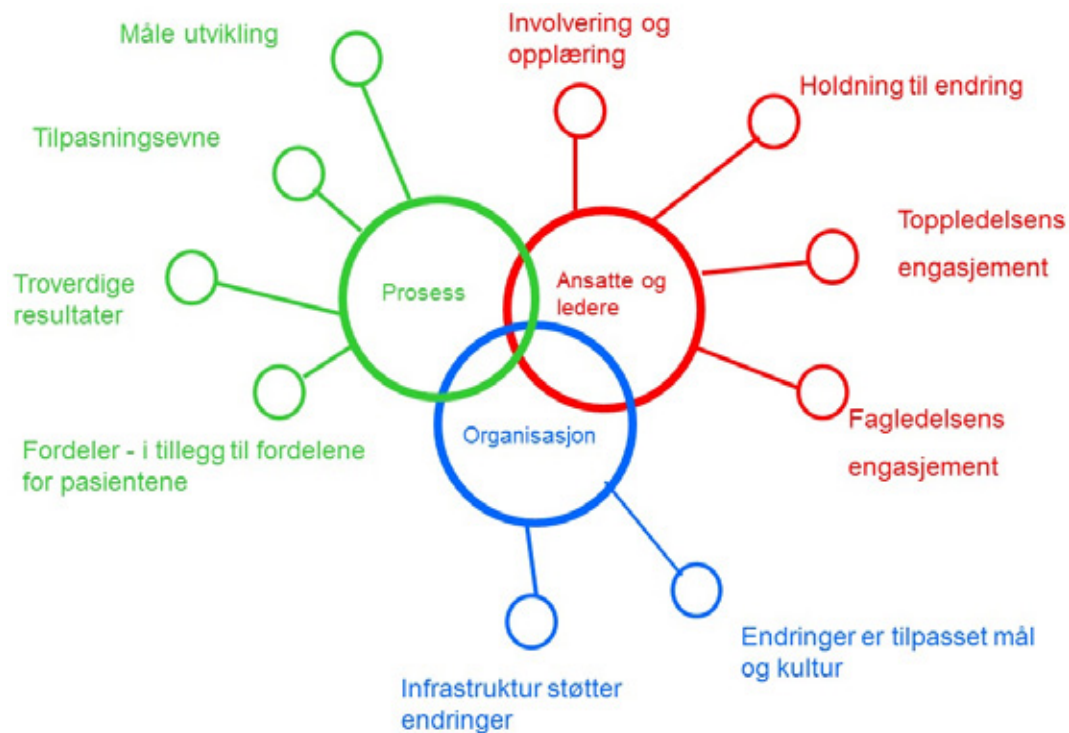
Dele erfaringene med forbedringene



Når testing har ført til ønsket forbedring, og man har funnet en robust måte å gjennomføre tiltakene på, er man klar for å sikre at tiltakene blir implementert. Med implementert menes her å gjøre endret praksis til en integrert og fast del av daglig praksis for alle – «slik gjør vi det her hos oss», hele tiden.

Forbedringsguiden

Gjennom forskning har man kartlagt de viktigste faktorene for å lykkes med å gjennomføre forbedringsarbeid, sikre opprettholdelse av forbedringene og spredning. En modell som består av ti viktige faktorer illustrerer kompleksiteten i forbedringsarbeidet og kan fungere som en huskeliste for hva man må tenke på og ivareta underveis i prosessen.



(13)

Noen erfaringer i fra arbeidet med implementering av KlinObsKommune er:

- Det å presentere arbeidet for andre skaper erfaringsdeling på tvers av avdelinger, virksomheter og kommuner
- Hold interessen oppe ved å etterspør vitale målinger og kompetanse
- Del gode resultater og erfaringer på arbeidsplassen
- Forsett å telle og ha fokus på måloppnåelse
- Evaluer og juster etter endringer i praksis
- Se sammenheng med andre satsningsområder
- Ivareta ressurspersoner og ildsjeler
- Feir suksesser, men ikke gjør dette for tidlig, da kan «lufta gå ut av ballongen»

Oversikten nedenfor viser en god struktur for implementering av nasjonale faglige råd.

1. «Identifiser hvor det eventuelt er **gap** mellom dagens praksis og det som beskrives som beste praksis i råd og anbefalinger.
2. **Lage en plan** for hvordan råd og anbefalinger skal implementeres i egen virksomhet.
3. **Tilpass** nasjonale faglige råd og anbefalinger til **lokale forhold** på en slik måte at kvaliteten i de faglige rådene ivaretas.
4. **Forankre** beslutning om å endre og forberede praksis i alle relevante deler av virksomheten: planverk, ledelse, ansatte, tjenestemottakere og samarbeidspartnere.
5. Identifiser og håndter **motivasjonsfaktorer og barrierer** gjennom hele implementeringsprosessen.
6. Velg en systematisk **metode** for forbedring som er egnet til å sikre etterlevelse av råd og anbefalinger.
7. **Følg med** på endringene for å sikre at kvaliteten opprettholdes og ny praksis etterleves og videreføres.»

(17)

4.0

Faglig innhold –trinn for trinn

I dette kapittelet kan du lese om hvordan du kan ta i bruk materialet på de ulike trinnene.

Alle trinnene er delt inn i like overskrifter:

- Hensikt
- Læringsmateriale
- Gjennomføring

4.1 Trinn 1 Grunnleggende ferdigheter og handlingsberedskap i en ABCDE-F

4.1.1 Hensikt

Grunnleggende ferdigheter og handlingsberedskap i en ABCDE-F

Hensikt er å kvalitetssikre at ansatte er trygge på ferdigheter og handlingsberedskap innen ABCDE observasjoner. Trinn 1 skaper trygghet og gir et større læringspotensiale for de videre trinnene. For mange vil dette være en oppfriskning og for noen er dette nytt.

4.1.2 Læringsmateriale

Alle ressurser finnes på www.klinobskommune.no.

- Fagkompendium «Grunnleggende ferdigheter. Vitale målinger og handlingsberedskap i ABCDE-F observasjoner». Til bruk i forberedelse av undervisning eller som generell fagressurs.
- Standardisert Power Point; «Grunnleggende ferdigheter. Vitale målinger og handlingsberedskap i ABCDE-F observasjoner» med notatsider og filmer. Til bruk for instruktører i egen undervisning.
- Nettbasert læringsressurs kan brukes som teoretisk forberedelse til praktisk trening.

4.1.3 Gjennomføring

Opplæringen har fokus på praktisk trening og refleksjon rundt eget mestringsnivå, og kan gjennomføres på ulike måter:

- Gruppeundervisning med bruk av standardisert Power Point til ferdighetstrening.
- Stasjonstrening.



Det er viktig at arbeidet ses på som et kontinuerlig vedlikeholdsarbeid!
Ansatte vil trenge oppfriskning på trinn 1 og nyansatte bør raskt få opplæring på dette trinnet.



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

4.2 Trinn 2 Hjerte-lungeredning (HLR)

Hjerte-lunge redning

Det er ikke et lovkrav at helsepersonell skal ha førstehjelpstrening, men ifølge Helsepersonelloven er det en plikt å yte forsvarlige tjenester (8). Vi viser videre til gjeldende paragrafer i Helsepersonelloven:

- § 7: «Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner, når det antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.» Alt helsepersonell har en øyeblikkelig hjelp plikt, den er personlig og gjelder uansett arbeidssted.
- § 16: «Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter».
- Arbeidsgiver kan ha egne krav til opplæring.

For helsepersonells faglige trygghet og integritet, bør man få mulighet til å trene og bli trygg på hjerte-lungeredning, både for å ivareta pasientsikkerhet, og som et samfunnsansvar. USHT slutter seg til den nasjonale førstehjelpsstrategien "Sammen redder vi liv" der man ønsker å benytte befolkningen som en viktig ressurs ved akutt sykdom eller skade. I KlinObsKommune arbeidet anbefales det at NRR sine retningslinjer om hjerte- lungeredning fra 2021 blir fulgt og henviser til eksempler på tilgjengelig materiale.

4.2.1 Hensikt

- Øke handlingsberedskapen på arbeidsplassen
- Øke tryggheten hos helsepersonell
- Øke førstehjelpskompetansen i samfunnet vårt
- Bidrar til god pasientsikkerhet

4.2.2 Læringsmateriale

- **Norsk Resuscitasjonsråd (NRR): www.nrr.org**
NRR er et faglig nasjonalt referanseorgan i spørsmål om gjenoppliving av nyfødte, barn og voksne. Her finner vi gjeldende nasjonale retningslinjer som baserer seg på internasjonale retningslinjer. Se særlig til nasjonale retningslinjer for HLR og retningslinjer for instruktører. NRR tilbyr også instruktørkurs og anbefaler HLR for helsepersonell (HHLR) for alle ansatte i helsesektoren.
- **Norsk førstehjelpsråd (NFR): <https://www.norskforstehjelpsrad.no/>**
NFR er et samarbeidsorgan for organisasjoner, etater og medisinskfaglige foreninger, der opplæring i førstehjelp utgjør en vesentlig del av virksomheten. De tilbyr også instruktørkurs med et bredere førstehjelpsfokus.

- **113 førstehjelp:** <https://www.113.no/>
Norges offentlige nettsted for førstehjelp. Her finnes informasjon og ressurser innen førstehjelp. Her er også hjertestarterregisteret der man skal registrere alle hjertestartere.
- **HelseNorge:** <https://www.helsenorge.no/forstehjelp/>
- **VAR Healthcare:** www.varnett.no
Mange kommuner benytter kunnskapsbaserte prosedyrer fra VAR. Her finner vi også prosedyre for hjerte-lungeredning som er oppdatert etter gjeldende retningslinjer. Disse kan benyttes som støtte til trening eller som egenforberedelser før praktisk trening.
- **HLR på 123:** <https://hlrpa123.113.no>
Dette er en 15 minutters digital tjeneste som viser deg når og hvordan du utfører HLR for å redde liv. Alt du trenger for å øve er en pute. En enkel gjennomgang som fint kan benyttes som forberedelser til praktisk gjennomgang.
- Last gjerne ned appen «Hjelp 113» fra Stiftelsen Norsk Luftambulans. Der får du enkel tilgang til nasjonale nødnummer, i tillegg til at du kan se hvilke hjertestartere som er registrert i ditt nærmiljø.



4.2.3 Gjennomføring

- Vi anbefaler at nyeste retningslinjer fra NRR følges:
 - Retningslinjer for trening og opplæring
 - Retningslinjer for grunnleggende hjerte-lungeredning til voksne
 - Retningslinjer for systemer som redder liv og etiske betraktninger
- (18)
- Flere kommuner rapporterer om at det er vanskelig å gjennomføre for omstendelige kurs i HLR.
- Kortere, men hyppigere treningsøkter med basal HLR kan vurderes som mer hensiktsmessig.
- HLR trening kan med fordel legges inn som en del av grunnleggende ferdigheter.



Tidsestimatet for opplæring må avklares lokalt i kommunen i henhold til hva man skal trene på og hvor ofte.

4.3 Trinn 3: ABCDE+F med bruk av verktøy som NEWS2 og ISBAR

ABCDE-F med bruk av verktøy som NEWS2 og ISBAR

Når ansatte har trent på ferdigheter og handlingsberedskap, skal de trene på å gjøre dette i rekkefølge ved bruk av simuleringsbaserte læringsaktiviteter.

Hovedtanken med kompetansetrappen er at vi gradvis øker kompleksiteten og legger til komplementerende læringsmål. Begynn derfor med enkle scenario og øk gradvis kompleksiteten etter hvert som deltakerne mestrer det de øver på. Erfaring viser at det er hensiktsmessig med ett (eller to) læringsmål av om gangen, dette for å sikre trygghet og mestringsfølelse.

4.3.1 Hensikt

- 1: Øke forståelsen av systematikken i kliniske observasjoner etter ABCDE metodikken.
- 2: Øke forståelsen for sammenhengen mellom ABCDE metodikken og bruk av støtteverktøyene NEWS2 og ISBAR.

4.3.2 Læringsmateriale

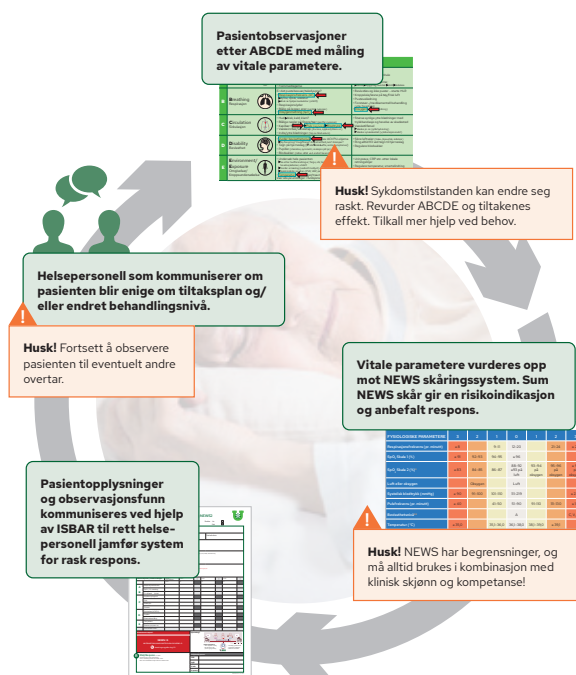
Alle ressurser finnes på www.klinobskommune.no

- Fagkompendium – Grunnleggende ferdigheter
- Fagkompendium -innføring av risikovurderingsverktøyet NEWS2 i kommunehelsetjenesten
- PowerPoint presentasjon – Grunnleggende ferdigheter
- Eksempel på retningslinje for bruk av NEWS2 på arbeidssstedet/i kommunen
- Lommekort med ABCDE, NEWS2, ISBAR og normalparametre for vitale målinger
- ISBAR kommunikasjonsskjema – tilpasset kommunehelsetjenesten
- I USHT scenariobank finnes eksempler på scenarier til lokal trening

proACT Norge leverer et kurskonsept, rettet mot helsepersonell som inkluderer opplæring i ABCDE metodikken, NEWS2 og ISBAR.



Læringsutbyttene på trinn 3 handler om tiltak som anbefales i et raskt respons system. For å bygge et raskt respons system i kommunen bør vi også se på rutiner og tydeliggjøring av hvem, når og hvordan man ber om bistand.



4.3.3 Gjennomføring

Det er viktig at gjennomføringen er basert på kunnskapsbasert materiell og at det tilpasses lokale behov og ressurser. Opplæringen bør inneholde:

- Teori om ABCDE-F metodikken, NEWS2 og ISBAR
- Refleksjonsoppgaver for å øve på NEWS2 og ISBAR som forberedelse til simuleringstrening.
- Simuleringstrening med relevante scenarier



Erfaringer fra kommunene viser at simuleringstrening på dette nivået bør ha få læringsutbytter og det bør settes av tid til å gjennomføre samme simuleringstreningen to ganger.



Tidsestimatet for opplæring varierer i fra målgruppe, nivå og ressurser.

4.4 Trinn 4 og 5 Teamarbeid og kommunikasjon, pasientforløpet internt i kommunen og på tvers av helsetjenestenivå

Teamarbeid og kommunikasjon

Pasientforløpet internt i kommunen og på tvers av helse-tjenestenivå



Helsefellesskapene består av representanter fra sykehus og kommuner. Målet er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse – og omsorgstjenester. Helsefellesskapene kan i form av samarbeidsavtaler være aktuelle bidragsytere for å få på plass en overordnet og tverretattlig beslutning for å få satt øvelser i system i en region

(6)

4.4.1 Hensikt

Felles læringsutbytte på trinn 4 og 5 er teamarbeid, samarbeid, samhandling og kommunikasjon mellom kollegaer og pasienten for å forbedre og optimalisere pasientforløpet. Pasientforløpet kan innebære både subakutte og akutte overflyttinger internt i kommunen, innleggelser til sykehus, samt trygge utskrivelser. Læringsutbytte kan også omhandle dokumentasjon i journalsystemene, testing og forbedring av tverretattlige prosedyrer og retningslinjer basert på funn fra simuleringstreningen.

Ikke-tekniske ferdigheter er viktige læringsutbytter på disse trinnene, se forslag til læringsutbytter på neste side:

Kategorier	Elementer
Situasjonsbevissthet	• Innhente informasjon • Identifisere og forstå • Forutse og være i forkant
Beslutningstaking	• Identifisere handlingsalternativer • Vurdere risikofaktor og velge handlingsalternativ
Oppgaveløsning	• Planlegge og forberede • Prioritere • Identifisere og anvende ressurser • Overholde standard og kvalitet
Teamarbeid	• Utveksle informasjon • Vurdere roller og kompetanse • Koordinere aktiviteter • Vise autoritet og gjennomslagskraft • Støtte andre teammedlemmer

Teksten er oversatt til norsk og hentet fra Nrr.org.

(19, s.13, 20)

4.4.2 Læringsmaterialet

Læringsmateriell på trinnene vil være svært forskjellig fra sted til sted, og vil være avhengig av hvem som velger å øve sammen i team. Dersom man gjennomfører slike øvelser bør en overordnet felles fagprosedyre, som alle kjenner til, være utgangspunkt for øvelsen, for eksempel "mistanke om sepsis". Det er viktig å kjenne til at hver faggruppe som deltar kan ha ulike læringsmål knyttet til sine ansvarsområder. Ved å trene sammen vil vi se hvor vi kan forbedre eget ansvarsområde for å bedre kunne støtte samspillet og gjøre pasientforløpet så effektivt og sikkert som mulig.



Spesialisthelsetjenesten har et Interregionalt kompetansenettverk som heter InterRegSim. Dette er et nasjonalt samarbeid for simuleringsbasert læring i spesialisthelsetjenesten. Her finnes det mye erfaring og kompetanse: [InterRegSim - Helse Stavanger HF \(helse-stavanger.no\)](https://helse-stavanger.no)

4.4.3 Gjennomføring

Simuleringstrening på tvers av faggrupper eller organisatoriske grenser krever koordinert innsats og felles beslutning på ulike ledernivåer for at tiltaket skal prioriteres. Ved gjennomføring av øvelser på tvers av etater og lignende vil det være viktig å ta stilling til følgende spørsmål:

- Hvem bør lede simuleringen?
- Hvordan skape psykologisk trygghet?
- Hvordan kvalitetssikre innholdet i scenariotreningen?
- Hvordan skape likeverdighet mellom deltakerne?

5.0

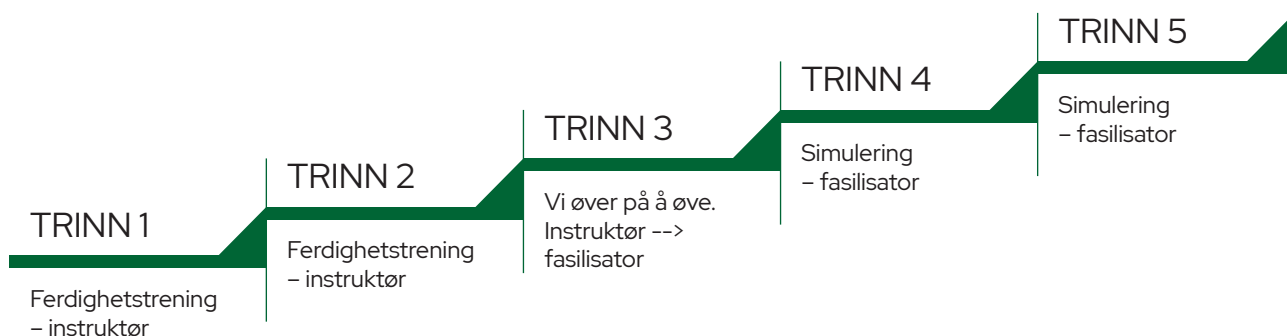
Til instruktøren

Ressurspersoner, fagansvarlige og ledere bør sette seg godt inn i læringsmaterialet anbefalt i KlinObsKommune modellen. På den måten kan rett læringsmateriell benyttes til rett målgruppe ut fra tjenestestedets behov, ressurser og ståsted. Ønskes det å oppnå varig endring, og en tydelig forbedring i klinisk praksis, må en jobbe systematisk over tid.

5.1 Pedagogisk og faglig kompetanse

Det å rekruttere ansatte som er egnet for instruktørrollen, og etter hvert fasilitatorrollen, er viktig. Instruktører som får mulighet til å utvikle seg som instruktør gjennom trinn 1 og 2, kan gjennom en god prosess også egne seg som stabile instruktører til de kommende trinnene.

Først og fremst bør vedkommende være personlig egnet og ha et ønske om å drive med undervisning og opplæring. Teoretisk fundament og gode praktiske ferdigheter er også en forutsetning for å kunne lære fra seg på en god måte. De tjenestene som velger å ha to eller flere instruktører i KlinObsKommune modellen, ser ut til å lykkes bedre med gjennomføring av undervisningen. Sammen kan de tilpasse materiell, og undervisningen blir ikke så sårbar ved f.eks. sykefravær.



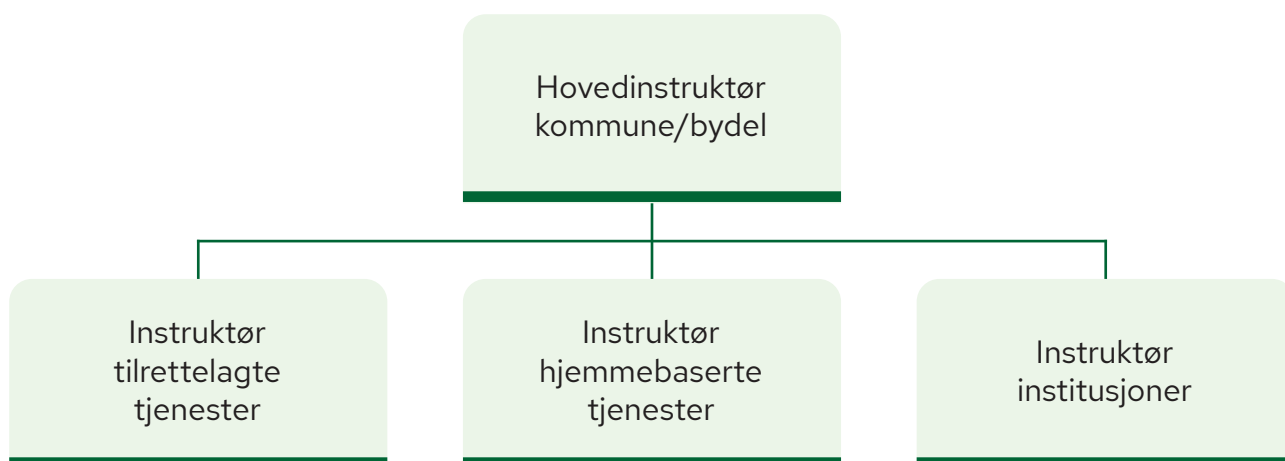
Trappen over følger trinnene i KlinObsKommune modellen og illustrer en utvikling i rollen som instruktør og eventuelt videre som fasilitator.

5.2 Organisering av instruktøropplæringen

KlinObsKommune modellen tar utgangspunkt i Train The Trainer-modellen (TTT). Det er en opplæringsmodell hvor lokale instruktører gis opplæring som gjør dem i stand til lære opp og trene andre. Det anbefales å bygge en struktur basert på TTT-modellen hvor en har en eller flere sentrale hovedinstruktører som kurser og følger opp lokale instruktører ute i avdelingene. Dette kan løses som en interkommunal satsning, i samarbeid med utviklingssenteret i fylket eller legges til allerede eksisterende kompetanse- og opplæringscenter i kommunen. Organiseringen kan se forskjellige ut fra kommune til kommune, noe som er naturlig da det er forskjellige ressurser og organiseringer.

Vi velger derfor å peke på viktige punkter å ta hensyn til i organisering av instruktøropplæringen:

- Sikre at instruktører har nok kunnskap til å formidle det faglige innholdet, både teoretisk og praksis, på en god måte.
- Sørge for at det tilrettelegges for at instruktørene får kunnskap om pedagogiske prinsipper for å kunne undervise og ha praktisk trening.
- Lage strukturer som tilrettelegger og sikrer at instruktørene kan holde seg faglig oppdatert på faglig innhold.
- Sikre bærekraftig organisering som ikke er personavhengig.



5.3 Oppfølging og veiledning av instruktører

For å sikre bærekraftig organisering, som ikke er avhengig av enkeltpersoner og ildsjeler, er det viktig med struktur for veiledning og oppfølging for å trygge nye instruktørers rollen. I etterkant av instruktøropplæringen trenger instruktørene å møtes jevnlig for faglig påfyll og erfaringsutveksling. Det er gjort gode erfaringer ved å bygge nettverk i og på tvers av virksomheter og kommunene. Nettverk bidrar til å beholde og videreutvikle instruktørene. Nettverk kan og bør organiseres på forskjellige nivå:

- Nettverk for instruktører innad i større virksomheter, på tvers av avdelinger.
- Nettverk innad i kommunen, mindre kommuner bør se på muligheter for interkommunalt samarbeid for instruktører.
- Nettverk for hovedinstruktører på tvers av kommunene. Noen kommuner løser dette som et nettverk i regi av utviklingssenteret i fylket.

5.4 Anbefalinger til instruktør – trinn for trinn

5.4.1 Trinn 1

Materialet ligger åpent tilgjengelig til bruk for alle, men det kan være nødvendig med en faglig gjennomgang eller et instruktørkurs for å øke trygghet i ferdigheter. Man bør trene på hvordan man skal instruere videre til kollegaer.

Instruktøranbefalinger:

- Helsefaglig utdanning
- Er motivert for å være instruktør
- Er trygg på ferdighetene i ABCDE -metodikken og hvordan lære bort disse
- Kan med fordel delta på instruktørkurs, dersom det er tilgjengelig
- Erfaring viser at det kan være en fordel at to instruktører starter opp sammen for å sette seg inn i og tilpasse materialet til avdelingens behov, samt øve ferdigheter med hverandre

Ledere har en avgjørende rolle i planlegging og tilrettelegging av opplæringen. De bør derfor tilstrebe å ta del i noe av instruktør opplæring for å sikre felles forståelse og etterspørre fremdrift.

*“Jeg visste ikke hva de skulle gjennomgå
før jeg faktisk ble med”*

Sitat: Leder hjemmetjeneste

5.4.2 Trinn 2

Det er ingen lovkrav til sertifisering av instruktører i HLR. For å kvalitetssikre opplæringen bør imidlertid kommunen bli enige om en instruktør opplæring som sikrer at nasjonale retningslinjer følges, og at instruktørene opplever trygghet i rollen.

Ved å ha egne HLR instruktører ved tjenestestedet unngår man variasjon i innhold og gjennomføring. 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.

5.4.3 Trinn 3

På lik linje med at ansatte får en mulighet til å stegvis bygge kompetanse, kan også instruktører gradvis utvikle kompetanse og erfaring i rollen som instruktører. På trinn 3 vil læringsmål og metodikk bli mer komplekst. På dette trinnet skal det formidles kunnskap, samtidig som det skal tilrettelegges for læring gjennom simuleringstrening. Her veksles det mellom instruktørrollen og rollen som fasilitator. Tabellen under beskriver på en forenklet måte, forskjellen på rollene.

Tradisjonell forståelse av roller hos instruktører versus fasilitatorer

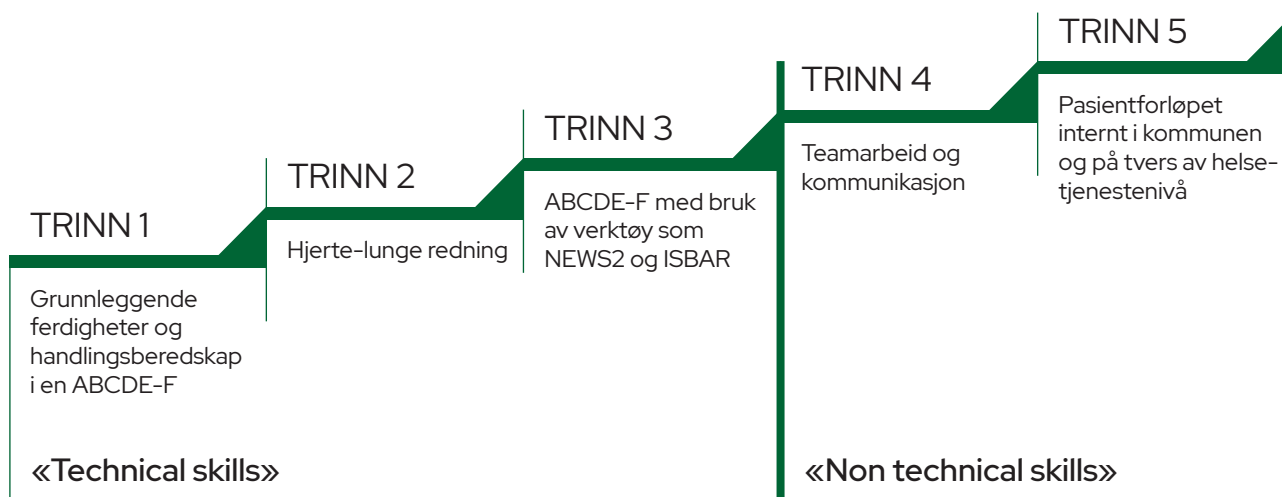
Instruktør	Fasilitator
Instruktør i sentrum	Deltakere i sentrum
Snakker mye	Snakker lite
Følger tidsplan for gjennomføring	Følger læringsmål
Bedømmer deltakerne	Lar deltakerne bedømme seg selv
Styrer tydelig	Styrer i det skjulte
Holder kortene tett til brystet	Spiller med åpne kort
Opptatt av å korrigere	Opptatt av å styre
Leter etter feil for forbedring	Leter etter styrker for forsterkning

(21)

Fasilitatorrollen krever utvidet pedagogisk kompetanse. Fasilitatorkurs tilbys fra ulike simuleringsentre, fagskoler, høyskoler og universitet.

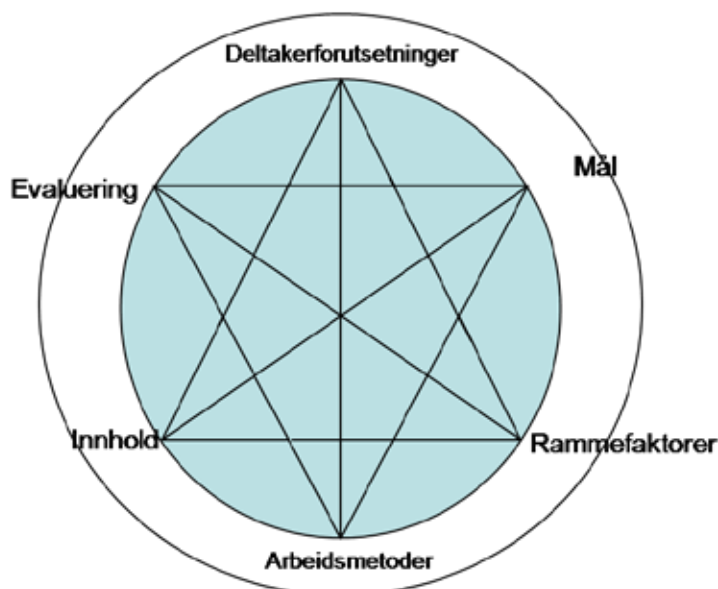
5.4.4 Trinn 4 og 5

Scenarioene på trinn 4 og 5 øker igjen i kompleksitet. Læringsutbytte her er teamarbeid og kommunikasjon. Disse læringsutbyttene har samlebetegnelsen «ikke-tekniske ferdigheter». På disse trinnene øker behov for kompetanse knyttet til fasilitatorrollen, som tilsier at en bør ha gjennomført fasilitatorkurs på dette trinnet.



5.5 Planlegge undervisning: Bruk av den didaktiske relasjonsmodell

Den didaktiske relasjonsmodellen tar utgangspunkt i seks gjensidige og avhengige elementer når man planlegger undervisning, og brukes for å legge til rette for læring. I dette kapitlet settes alle seks elementene til den didaktiske relasjonsmodellen inn i KlinObsKommune sin kontekst. Kapitlet har som hensikt å være til hjelp for instruktører og ledere for å planlegge undervisning knyttet til de ulike trinnene i KlinObsKommune. Momentene tar utgangspunkt i nasjonale erfaringer med bruk av den didaktiske relasjonsmodellen i planlegging av KlinObsKommune.



Illustrasjon: Den didaktiske relasjonsmodellen (22, 23).

5.5.1 Rammefaktorer

Her ser vi på muligheter og begrensninger som må tas hensyn til når vi planlegger opplæringen.

Tidsestimat under hvert trinn er kun satt som estimat fordi det vil avhenge av flere momenter. Hvor mye tid dere setter av må avklares i forkant og evalueres underveis.

- Er det oppfriskning eller opplæring i ny kunnskap og ferdigheter? Praktisk trening tar lengre tid om det er helt nytt for deltakerne versus om det er noe de kjenner til i fra før.
- Praktisk trening tar lengre tid om det er nødvendig å finne frem utstyr for hver gang. Det vil ta ytterligere tid om man må dele på utstyr/vente på tur under ferdighetstrening.
- Er det flere instruktører på kurset, kan dere veilede flere om gangen og muligens redusere tidsbruk.
- Tid til forberedelse, finne frem utstyr, sjekke at utstyret er klart til bruk, og mental forberedelse kan med fordel avklares og legges til rette for.
- Uansett hvordan man legger opp kursene, er det viktig å planlegge slik at det er gjennomførbart. Det anbefales å legge kurs inn i turnus- arbeidstidsplanleggingen

Undervisningsrom

Kursene i KlinObsKommune er aktive og basert på ferdighetstrening og simulering. På grunn av behov for gulvplass til både ferdighetstrening og simuleringstrening i grupper, er vanlige møterom ikke å foretrekke. Sammen bør dere derfor avklare følgende:

- Hvem booker rom?
- Er det plass til praktisk trening?
- Må det ommøbleres/rigges i forkant?
- Er det plass til alle deltakerne?
- Er det skjermet i fra støy?

Læremidler/utstyr

I forkant av kursene bør det gjøres avklaringer i forhold til utstyr og læremidler man skal benytte

- Trenger du kopiere opplæringsmateriell, f.eks. lommekort og skjemaer til deltakerne?
- Har du (testet) tilgang til PC med høyttaler og stor skjerm for å viser filmer og Power Point?
- Har du utstyret som trengs (saturasjonsmåler, stetoskop, HLR-dukke etc.) for å trene på planlagt opplæring?
- Det kan være en fordel å ha eget utstyr til trening. Utstyret bør være det samme som man bruker til vanlig i avdelingen. Treningsutstyret kan være en del av virksomhetens beredskap.

Gruppestørrelse

Det er ingen absolutte regler for hvor mange deltagere det kan være per kurs, men ved praktiske treninger bør være færre deltagere enn i klassisk klasseromsundervisning. For å avklare antall deltakere per kurs, bør det vurderes:

- Tilgang til utstyr for trening til alle deltagere.
- Tilgang til instruktører til veiledning og kvalitetssikring slik at alle opplever mestring.
- Størrelsen på gruppen må gi rom for å stille spørsmål og spørre om råd.
- Instruktørene må oppleve trygghet og mestring i rollen. Det bør derfor bestrebes at man er to stykker og gjerne mindre grupper i starten.
- Det anbefales maks 6 deltagere per instruktør, men dette er ikke en absolutt regel.



Kultur

- Gruppesammensetning kan påvirke kulturen for læring – det kan være lurt å tenke gjennom hvem som skal på kurs sammen.
- Vurder å bruke øvelser som fremmer psykologisk trygghet i gruppen ved oppstart av opplæringen.
- Du som instruktør og ansvarlig for opplæringen vil være påvirket av dine kollegaers ellers oppdragsgivers oppfatning om hva som er gjeldene standard i din virksomhet. Reflekter over egne tanker om hva som skal forventes av deltakerne i etterkant av opplæringen.
- Det er viktig at ALLE øver selv om de mener de kan ferdighetene. For å være et godt forbilde må instruktørene også GJØRE og ikke bare snakke seg gjennom ferdighetene.

5.5.2 Deltakerforutsetning

Når opplæringen planlegges vil det være nyttig å tenke igjennom forhold knyttet til deltakernes forutsetninger, motivasjon, kompetanse og ressurser. Leder og instruktør kan derfor med fordel sette sammen gruppene i felleskap:

- Kan det være en fordel å dele opp undervisningen? Sykepleiere sammen, helsefag sammen og ufaglærte sammen, for en tilpasset undervisning? Eller vil det ha vært lærerikt og nyttig med sammensatte faggrupper der man lærer av hverandre? Bli enige i forkant hvordan dere vil gjennomføre hos dere og evaluer underveis.
- Hva kan deltakerne fra før? Hva vil være helt nytt?
Sykepleiere har et annet faglig grunnlag enn en helsefagarbeider eller pleieassistent. For en sykepleier vil ABCDE metodikken være repetisjon, mens det for en pleieassistent vil være ny kunnskap. Det er også forskjell på en sykepleier som jobber på korttidsavdelingen, hvor vitale målinger ofte praktiseres, og en sykepleier som jobber i psykisk helsevern hvor vitale målinger sjeldnere blir praktisert.
- Har deltakerne spesielle ressurser eller utfordringer knyttet til opplæringen?
Her må du som instruktør få oversikt over behov for tilrettelegging som for eksempel ved hørselsnedsettelse, synsnedsettelse og andre behov. Fremmedspråklige deltakere utgjør en svært uensartet gruppe. Tenk på tydelig og enkelt språk. Som instruktør i egen virksomhet er dette ofte forhold som er kjent.



Husk!

Deltakerne har ikke bare med seg erfaringer og kunnskaper som forutsetning i opplæringen. Sosiale forutsetninger spiller også en rolle i læringssituasjoner. Er en deltaker stresset over oppgaver som ikke er utført på arbeidslisten, før hen kom på kurset/opplæringen? Læreforutsetningene kan i slike situasjoner bli betydelig redusert. Læringsforutsetningene kan være ulike fra dag til dag ut ifra hvor dedikert deltaker er i læresituasjonen. Det er viktig at du som instruktør får med deg hvordan de ulike deltakerne har det.

Mål

Hvilket læringsutbytte er det ønskelig at deltakerne sitter igjen med? Det handler om å utvikle kompetanse som inkluderer både kunnskap, holdninger og ferdigheter. I KlinObsKommune er det satt tydelige mål for læringsutbytte på hvert trinn:

Trinn	Læringsutbytte
Trinn 1	Ansatte skal kunne utføre målinger i habituell tilstand og ved endringer. Ansatte skal kunne iverksette tiltak etter avdelingens prosedyrer. Ansatte skal kunne gjennomføre observasjoner og målinger i habituell tilstand og ved endringer.
Trinn 2	Ansatte skal kunne utføre gjenoppliving etter gjeldende nasjonale retningslinjer. Ansatte skal ha kjennskap til plassering av hjertestarter og kunne ta den i bruk. Ansatte har kjennskap til prosedyrer for behandlingsavklaringer i avdelingen.
Trinn 3	Ansatte skal observere systematisk etter ABCDE metodikken og iverksette tiltak. Ansatte skal kunne regne ut en NEWS2 skår og finne anbefalt respons. Ansatte skal kunne kommunisere ved bruk av ISBAR.
Trinn 4 og 5	Læringsmål på disse trinnene kan handle om beslutningstaking, kommunikasjon, ledelse og samhandling på tvers av virksomheter og etater.

5.5.3 Innhold

Tilpasning av læringsmaterialet er viktig. I kommunehelsetjenesten jobber det både pleieassistenter uten formell utdanning og helsepersonell med lang formell utdanning. Hvor mye informasjon og hva som læres om de forskjellige temaene må derfor tilpasses deltakerne og tjenestene.

I planleggingen av opplæring knyttet til innholdet i KlinObsKommune modellen, vil utfordringen være å prioritere innholdet. Erfaringen viser at vi ofte overlesser deltakerne med mer informasjon enn de greier å ta inn. Som instruktør er det derfor viktig å stille seg spørsmål som

- På hvilket nivå skal teoriundervisningen ligge?
- Hvilke ferdigheter og vurderinger skal deltakerne kunne utføre?
- Skal lokale rutiner, prosedyrer eller sjekklister legges til som en del av opplæringen eller skal det gjennomgås i forkant?

Tilpasning av læringsmateriell kan være:

- Ved opplæring av pleieassistenter innen ABCDE-metodikken bør det vurderes om det må gjennomføres ekstra opplæring for å sikre at de er trygge på når og hvordan de skal rapportere videre. Tenk igjennom hva som kan gjennomføres i e-læring, selvstudie og hva som bør gjøres på felles kurs.
- Det er også viktig å huske at vi kan fjerne elementer som f.eks. ulike typer O₂ masker om dette ikke er brukt på deres arbeidsplass.

5.5.4 Arbeidsmetoder

Metode som anbefales er ferdighets- og simuleringstrening. Trinn 1 er ferdighetstrening, der vi øver på alle ferdighetene i en ABCDE. Dette skal være en praktisk trening i tillegg til en teoretisk gjennomgang.

Virksomheten bør vurdere om det er behov for å gjennomføre e-læring, trening med VR briller eller annet i forkant av opplæringen. Da kan man bruke tiden sammen på mer trening.

Personalets forutsetninger for å gå inn i simuleringstrening vil variere fra avdeling til avdeling. På en avdeling som aktivt tar vitale målinger i hverdagen, vil deltakerne etter en innføring i ABCDE-metodikken være klare til å gå inn i simulering. Her trener man f.eks. på å utføre ABCDE-observasjoner med målinger og sette i gang riktige tiltak. I en bolig hvor vitale målinger utføres sjelden, så vil det være nyttig å starte med å få mengde-trening ved å øve på praktiske ferdigheter og ta målinger på hverandre. Poenget med simuleringstrening er at ansatte skal kjenne på mestring i situasjonen, derfor må trening alltid tilpasses deres ferdigheter og ståsted.

5.5.5 Evaluering

Formålet med å evaluere er å videreutvikle undervisningen, samt å etterspørre effekt og nytte.

- Ble målene nådd? Måter å måle resultater av kompetanseheving på kan være å benytte selvevaluering før og etter opplæring.
- Hadde dere satt av nok tid? Fungerte rommet til formålet? Hadde dere nok utstyr? Var gruppesammensetningen god eller vil dere forsøke en annen sammensetning neste gang?
- Hva var mest nyttig? Noe som kan gjøres bedre til neste gang? Evaluering underveis kan være nyttig for å gjøre nødvendige justeringer underveis.

Se kapittel 3; *KlinObsKommune i systematisk forbedringsarbeid*, samt nettsiden til KlinObsKommune for forslag til evaluering av måloppnåelse og effekt av undervisningen.

6.0

Å benytte KlinObsKommune til å styrke resiliens og bygge en lærende organisasjon



Resiliens i denne sammenheng betyr robusthet, fleksibilitet og handlekraft. Økt kompetanse og simulering er med på å bygge trygge ansatte og dermed øke resiliens i helsetjenesten.

6.1 Lærende organisasjon

Langsiktig og systematisk tilnærming er viktig for å opprettholde og etablere ny kompetanse i daglig praksis. Det er leders ansvar å sørge for at helsepersonell har nødvendig kompetanse for å kunne ivareta pasienten på en faglig forsvarlig måte. For å møte dagens og fremtidens utfordringer er det derfor viktig at tjenestene har en lærende kultur med søkelys på innovasjon, utvikling, forbedringer og bærekraft. Å være en lærende organisasjon innebærer dermed like mye å utvikle kompetanse hos den enkelte medarbeider, som å bygge strukturer for læring i organisasjonen (24, 25).

Erfaringer fra kommunene tilsier at ved å benytte KlinObsKommune modellen, får man støtte til å skape en lærende organisasjon:

- ABCDE-metodikken er det faglige «fundamentet» som mange andre fagområder bygger på, eksempel: fallforebygging, ernæring og sårbehandling.
- Ved å organisere tid til regelmessig simuleringstrening, legger vi til rette for deling av kunnskap og refleksjon. Samtidig etablerer vi en struktur for å implementere nye rutiner, forskning og veiledere.
- Ferdighetstrening, simulering og gode observasjoner blir en del av kulturen – *slik gjør vi det hos oss*.
- Kommuner bygger videre på KlinObsKommune og ser nytten av å bruke samme struktur og pedagogiske prinsipper i andre fagområder.

6.2 Simulering skaper psykologisk trygghet

Psykologisk trygghet på arbeidsplassen er ferskvare. Psykologisk trygghet innebærer at arbeidsmiljøet er preget av gjensidig respekt, åpenhet, samarbeid og at en tørr å stille spørsmål om etablerte sannheter. Det motsatte er et arbeidsmiljø der det er frykt for å bli oppfattet som inkompetent, negativ og forstyrrende (26).

Forskning viser at simulering fører til et bedre arbeidsmiljø (27) og erfaringer fra mange kommuner bekrefter dette. Simulering skaper rom og trygghet for å kunne dele erfaringer. Det skapes muligheter til å belyse hva som ikke fungerer og dele hva som gir god effekt.



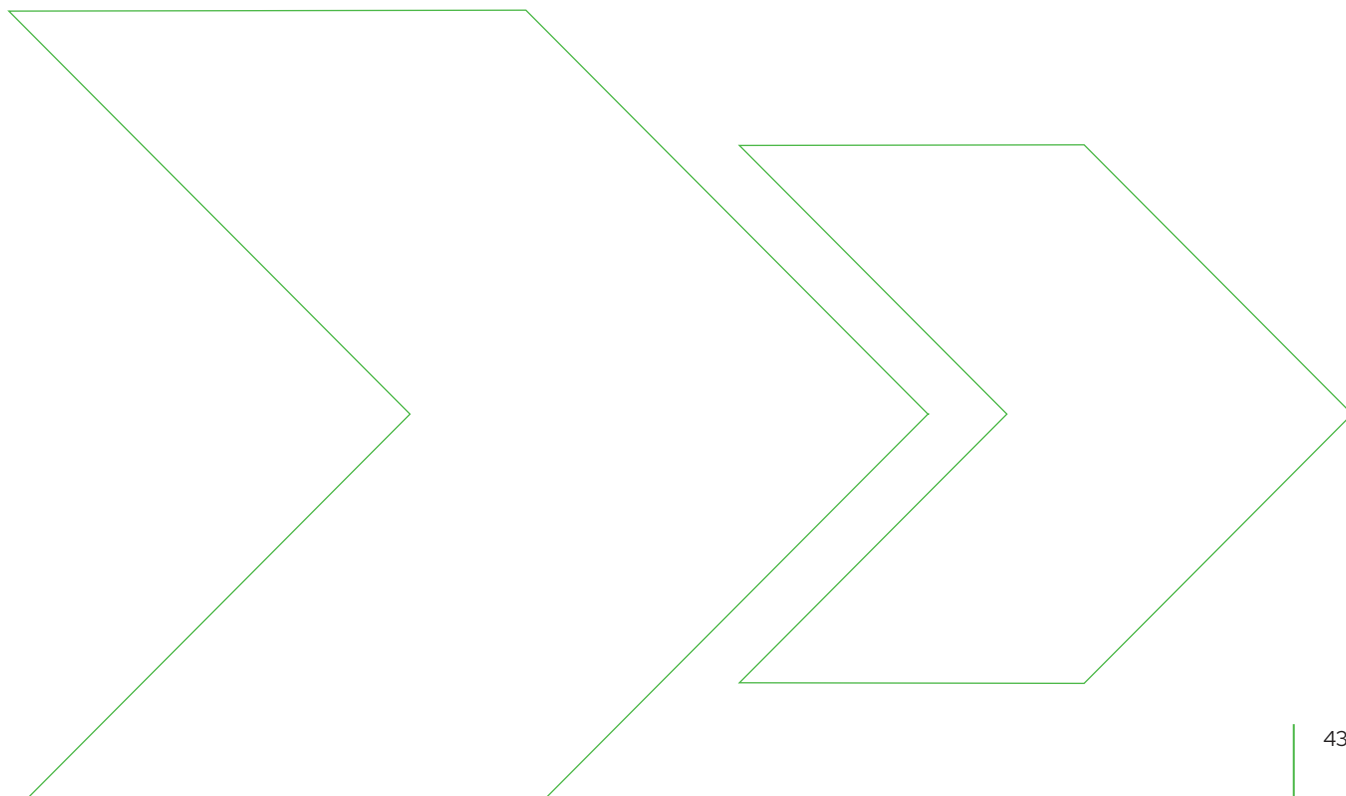
Simulering må tilpasses faglig nivå og den enkeltes erfaringer for å skape mestringsopplevelser og trygghet. Ved å øke kompleksiteten i øvelsene gradvis jamfør den trinnvise modellen i KlinObsKommune, vil dette kunne ivaretas.

6.3 Kompetansebygging ved hjelp av simulering bygger resiliens

Pasientsikkerhetskulturen har de siste årene satt fokus på å bygge resiliens i helsetjenesten (28).

I en tid der vi må tenke nytt og helsepersonell må ta på seg nye oppgaver, er det viktig at vi tilrettelegger for refleksjon, trening og det å bygge opp trygghet på egne vurderinger og handlingskompetanse. Ved å benytte den trinnvise modellen i KlinObsKommune, erfarer flere kommuner at ansatte får styrket sitt faglig fundament. Dette bidrar videre til økt trygghet i egne ferdigheter og vurderinger, samt til bedre samhandling og samarbeid. Samlet sett styrker dette de ansattes resiliens i møte med stadig sykere pasienter.

Ønsker din arbeidsplass støtte til gjennomføring, kontakt ditt nærmeste USHT: www.utviklingssenter.no



REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Nasjonale faglige råd. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
2. Helsedirektoratet. Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Nasjonal veileder. Helsedirektoratet; 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>
3. Helsedirektoratet. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet; 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
4. NOU 2023: 4. Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
5. Meld. St. 24 (2022-2023). Fellesskap og meistring. Bu trygt heime. Helse- og omsorgsdepartementet; 2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
6. Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 - Vår felles helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet; 2024. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Kompetanseløft-2025; 2020. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/kompetanseloft-2025/id2830273/>
8. Lov om helsepersonell m.v. , LOV-1999-07-02-64 (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
9. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. ([Sist endret 1. juli 2024], LOV-2011-06-24-30 (2011). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
10. Lioce L, Lopreiato J, Downing D, Chang TP, Robertson JM, Anderson M, et al. Healthcare Simulation Dictionary Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2020 [2]. <https://www.helse-stavanger.no/4ab8db/contentassets/c0c74342da9c422c93e589018fec154e/sim-dictionary.pdf#page=35>
11. Pires S, Monteiro S, Pereira A, Chaló D, Melo E, Rodrigues A. Non-technical skills assessment for prelicensure nursing students: An integrative review. Nurse Education Today. 2017;58:19-24. <https://www.sciencehttps://munin.uit.no/handle/10037/17900direct.com/science/article/abs/pii/S0260691717301776>
12. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2002-12-20-1731 (2017). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
13. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Modell for kvalitetsforbedring 2021. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring#modell-for-kvalitetsforbedring-copy>
14. Helsedirektoratet. Kvalitetsforbedring 2024. <https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring>
15. Connell CM, Holmes SB, Voelkl JE, Bakalar HR. Providing Dementia Outreach Education to Rural Communities: Lessons Learned From a Train-the-Trainer Program. Journal of Applied Gerontology. 2002;21:294-313. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/073346480202100302>
16. Orfaly RA, Frances JC, Campbell P, Whittemore B, Joly B, Koh H. Train the- trainer as an educational model in public health preparedness. Journal of Public Health Management & Practice. 2005;11:123. https://journals.lww.com/jphmp/abstract/2005/11001/train_the_trainer_as_an_educational_model_in.21.aspx
17. Helsedirektoratet. Fagressurs for implementering av Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer mv. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 14. april 2025); 2025. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fagressurs-for-implementering-av-helsedirektoratets-nasjonale-faglige-retningslinjer-mv>

18. Norsk Resuscitasjonsråd. Norske retningslinjer 2021. <https://www.nrr.org/retningslinjer/norske-retningslinjer-2021/nr21>
19. Norsk Resuscitasjonsråd. NRR retningslinjer for gjenoppliving av nyfødte, barn og voksne 2021. Trening og opplæring i HLR. https://nrr.org/images/pdf/2023/NRR_Guide-lines_2021_Oppl%C3%A6ring_og_trening_i_HLR.pdf
20. Flynn FM, Valeberg BT, Bing-Jonsson PC, Lyberg AM, Tønnessen S. Experiences using an instrument for non-technical skills in nurse anaesthesia education: a focus group study. BMC Medical Education. 2022;22(243). <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03322-w>
21. Brattebø G, Ersdal HL, Wisborg T. Simuleringsbasert teamtrening virker. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2019. <https://munin.uit.no/handle/10037/17900>
22. Hiim H, Hippe E. Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere. 4 ed. Oslo: Gyldendal; 2022.
23. Bjørndal B, Lieberg S. Nye veier i didaktikken?: en innføring i didaktiske emner og begreper: Aschehoug; 1978. <https://books.google.no/books?id=GIgscAAACAAJ>
24. Wig BB. Er vi en lærende organisasjon? : LinkedIn; 2019. <https://www.linkedin.com/pulse/er-vi-en-l%C3%A6rende-organisasjon-bjarne-berg-wig>
25. Haraldseid-Driftland C, Lyng HB, Guise V, Waehle HV, Schibevaag L, Ree E, et al. Learning does not just happen: establishing learning principles for tools to translate resilience into practice, based on a participatory approach. BMC Health Services Research. 2023;23(1):646. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12913-023-09653-8.pdf>
26. Mørk BE. Psykologisk trygghet er viktig for arbeidsklimaet 2019. <https://www.dagens-medisin.no/artikler/2019/09/26/psykologisk-trygghet-er-viktig-for-arbeidsklimaet/>
27. Diaz-Navarro C, Armstrong R, Charnetski M, Freeman K, Koh S, Reedy G, et al. Global consensus statement on simulation-based practice in healthcare. Clinical Simulation in Nursing. 2024;93:101552. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38769577/>
28. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper: The Resilient Health Care Net: Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia.; 2015. <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>

