



# Opplæring i klinisk observasjonskompetanse for kommunene i Vestfold

(2020-2022)





## Sammendrag

Det er forventet at andelen eldre dobler seg og at flere vil leve lenger med kroniske sykdommer. Brukerne har rett til øyeblikkelige og nødvendige helse- og omsorgstjenester i kommunen. Forskning fra kommunehelsetjenesten viser et kompetansegap innen ferdigheter til å utføre systematiske observasjoner, gjenkjenne sykdomsforverring, utføre sykepleietiltak og ivareta pasienten med endret eller forverret helsetilstand (3).

*“Observasjons- og vurderingskompetanse handler om både kliniske ferdigheter som for eksempel ABCDEF-undersøkelse og vurdering av blant annet respirasjonsfrekvens, måling av blodtrykk og vurdering av bevissthet. Det handler også om ikke-tekniske ferdigheter som kunnskap om kommunikasjon, relasjonelle forhold i teamet og teamledelse.” (10)*

Det er utarbeidet mye materiell og gjort erfaringer med opplæring av klinisk observasjonskompetanse nasjonalt for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Det er først nå at det er lansert en nasjonal modell for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er modellen til KlinObsKommune som ligger til grunn for arbeidet. Les mer her om KlinObsKommune (11)

Alle kommunene i Vestfold har hatt klinisk observasjonskompetanse for helsepersonell som en satsning siden 2013. Erfaringer fra kommunene er at opplæringen i klinisk observasjonskompetanse er tilfeldig og usystematisk med varierende kvalitet.

Fra tidligere vellykkede prosjekter erfarer Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste i Vestfold (USHT-V) at for å lykkes med implementering må det utarbeides en felles strategi sammen med alle kommunene og ha en felles pådriver for arbeidet. På bakgrunn av dette ble kommunene og USHT-V enige om å opprette et prosjekt der det utarbeides en felles strategi og modell med USHT-V som prosjekteier.

Prosjektet har som overordnet mål at pasientsikkerhet skal ivaretas ved at pasienter får riktig behandling til riktig tid. For å oppnå dette er prosjektets mål å implementere en felles modell for observasjonskompetanse i samarbeid med kommunene i Vestfold.

Prosjektet skal også teste ut en standardisert utdanning av instruktører i klinisk observasjonskompetanse og i early warning score - verktøyet NEWS og kommunikasjonsverktøyet ISBAR, samt hvordan denne kompetansen skal vedlikeholdes.

For å nå målet er det planlagt et samarbeid med alle kommunene i Vestfold, Universitetet i Sørøst-Norge, Sykehuset i Vestfold, Helsedirektoratet, Kompetansebroen og A-hus.

Etter endt prosjektperiode er intensjonen at alle kommunene bruker modellen systematisk der USHT-V er en samarbeidspartner.



## Innhold

Sammendrag .....	1
1. Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn .....	3
1.2 Aktuelt .....	4
1.3 Hensikt og mål .....	5
2. Metode.....	5
2.1 Gevinster og effekter .....	5
3. Fremdrift .....	6
3.1 Fremdrift – og aktivitetsplan .....	6
4. Organisering .....	7
4.1 Prosjektgruppe .....	7
4.2 Referansegruppe .....	8
4.4 Samarbeidspartner.....	8
5. Suksessfaktorer og fallgruver .....	9
6. Plan for implementering .....	9
7. Rapportering og oppfølging .....	9
8. Økonomi .....	10
Referanser .....	11



# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Helsetjenesten i Norge skal sørge for faglig forsvarlig ivaretagelse av pasienter uavhengig av om pasienten befinner seg i spesialist- eller kommunehelsetjeneste. Kort liggetid i sykehus, sykere pasienter, flere eldre og sammensatte lidelser stiller store krav til at helsepersonell har riktig kompetanse (1). Klinisk observasjonskompetanse er nødvendig i dagens helsetjeneste slik at pasienter får riktig behandling til riktig tid (2). Klinisk observasjonskompetanse handler om grunnleggende ferdigheter når det gjelder å observere, vurdere, iverksette og kommunisere en pasients helsetilstand slik at pasientsikkerheten ivaretas.

Forskning fra kommunehelsetjenesten viser et kompetansegap innen ferdigheter til å utføre systematiske observasjoner, gjenkjenne sykdomsforverring, utføre sykepleieiltak og ivareta pasienten med endret eller forverret helsetilstand (3). For å minske dette kompetansegapet kreves det økt kompetanse hos helsepersonell. Dette understøttes både i lover (4, 5), forskrifter (6), meldinger til Stortinget (7, 8) og satsninger fra nasjonale og lokale helsemyndigheter (9).

Det er kommunene som har plikt til å tilrettelegge for god opplæring av personell og bidra til at de føler seg trygge i rollen og kompetente til å stå i vanskelige situasjoner (6). For å bistå kommunene med dette har Helsedirektoratet lansert faglig råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret tilstand. Der anbefaler de systematisk opplæring av helsepersonell i klinisk observasjonskompetanse og blant annet verktøyene NEWS og ISBAR. (10)

Det er utarbeidet en trinnvis modell for kommunene som består av en systematisering av opplæringen og der kompetanse bygges (11). Hvert kompetansetrinn bør bygge på hverandre for å oppnå høyere lærings- og kompetansemål. Hvilket trinn det velges å starte på må baseres på den enkeltes tjeneste- eller avdelings behov og målsetting. Trappens faginnhold er basert på kunnskap og erfaringer fra tilsvarende undervisningsopplegg som utviklingssentrene og kommunene har jobbet med over flere år (se figur 1).

USHT-V har erfart at for å lykkes med en felles implementering for kommunene må det utarbeides en felles strategi sammen med kommunene og det må være en felles pådriver for arbeidet. Det interkommunale ressursnettverket innenfor ferdighetstrening og simulering har erfart dette. Hver kommune har deltakere fra institusjon, hjemmetjeneste, boliger og psykisk helse og avhengighet. Dette ressursnettverket satset på hjerte-lunge redning i 2019 og det ble lagt til rette for avtaler, opplæring av instruktører og gjennomføring og opplæring videre i kommunene. Et av suksesskriteriene var utarbeidelse av en felles strategi sammen med kommunene der USHT-V var pådriveren i prosessen.



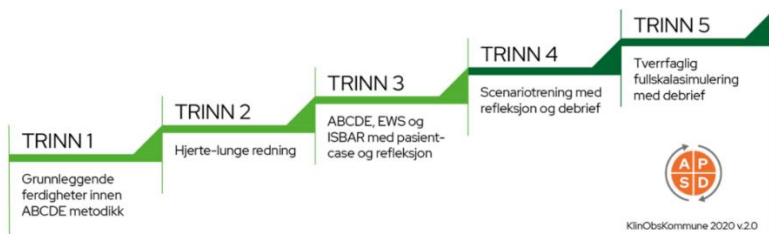
## 1.2 Aktuelt

Vestfold har siden 2013 hatt en satsning på klinisk observasjonskompetanse for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgssektor. Etter er en felles kommunal beslutning i 2018 skal nå helsepersonell i alle Vestfoldkommunene og Sykehuset i Vestfold benytte verktøyene NEWS og ISBAR. Klinisk observasjonskompetanse ligger som grunnlag for å bruke verktøyene riktig.

Tilbakemeldinger fra kommunene er at opplæringen i klinisk observasjonskompetanse er tilfeldig og usystematisk med varierende kvalitet. Ansatte ønsker mer og jevnlig systematisk trening på klinisk observasjonskompetanse, NEWS og ISBAR slik at de får kontinuitet og mengdetrening. Det er behov for en felles modell for både instruktøropplæring og undervisning.

Prosjektet har som mål å implementere en felles modell for klinisk observasjonskompetanse sammen med Vestfoldkommunene. Det er tidligere gjennomført ulike prosjekter og forbedringsarbeid med gode resultater innenfor klinisk observasjonskompetanse lokalt, regionalt og nasjonalt. Dette prosjektet bygger videre på disse erfaringene. Prosjektet skal også teste ut en standardisert utdanning av instruktører i klinisk observasjonskompetanse, NEWS og ISBAR og hvordan denne kompetansen skal vedlikeholdes.

Modellen som skal testes, tilpasses og implementeres er basert på modellen fra KlinObsKommune. Den er valgt da den er utarbeidet av flere utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester på oppdrag og i samarbeid med Helsedirektoratet.



Figur 1

Status i kommunene i Vestfold:

- Trinn 1: Kommunene har dette som en satsning siden 2013, så det er kjent for mange ansatte.
- Trinn 2 er en satsning siden 2019. Alle kommuner har sertifiserte hjerte-lunge-instruktører og har en strategi for videre opplæring av ansatte
- Trinn 3: Kommunene har instruktører som ikke er sertifisert, usystematisk opplæring med varierende kvalitet
- Trinn 4 er brukt i noen kommuner
- Trinn 5 er brukt i en kommune

Prosjektet vil ha fokus på trinn 1-3 og vektlegge trinn 1 og 3 da det er grunnleggende for trinn 4-5.



## 1.3 Hensikt og mål

Prosjektet målsetning:

### Overordnet mål:

Ivareta pasientsikkerheten ved at pasientene får riktig behandling til riktig tid

### Mål:

Implementere en felles modell for klinisk observasjonskompetanse i samarbeid med kommunene i Vestfold.

**Delmål 1:** Tilpasse en felles modell for klinisk observasjonskompetanse

**Delmål 2:** Teste ut en felles modell for klinisk observasjonskompetanse

**Delmål 3:** Systematisk opplæring og utdanning av instruktører i klinisk observasjonskompetanse

**Delmål 4:** Kartlegge utsyr som finnes i hver enkelt kommune

**Delmål 5:** Kartlegge om utdannelsene samsvarer med kompetanse, opplæring og forventinger av studenter og standard i kommunene

**Delmål 6:** Kostnadseffektiv opplæring

**Delmål 7:** Lage en introduksjonsfilm om klinisk observasjonskompetanse og bruk av verktøyene NEWS og ISBAR i kommunehelsetjenesten.

## 2. Metode

### 2.1 Gevinster og effekter

Modell for kvalitetsforbedring vil bli benyttet som er verktøy for å systematisere arbeidet. Det eksisterende ressursnettverk for ferdighetstrening og simulering vil bli benyttet i prosjektet, både for faglig innspill og deltagelse. Det vil bli utført kvalitativ og kvantitativ analyse der det undersøkes hvor mange som gjennomgår opplæringen og i hvilken grad ansatte opplever opplæringen som nyttig.

Det er gjort en vurdering på at en GDPR-protokoll ikke er nødvendig. De personopplysninger som skal benyttes av deltakerne i prosjektet er til informasjonsflyt og møtevirksomhet. Det vil bli tatt en ny vurdering når evalueringen skal gjennomføres.



### 3. Fremdrift

Varighet fra høst 2020-vår 2022

ID	Dato	Milepæl
M1		Rigging av prosjekt
M2		Utarbeide strategi for gjennomføring av prosjektet
M3		Utarbeide strategi for ledelsesforankring
M4		Samarbeidsavtaler med de ulike samarbeidsaktørene
M5		Utarbeide en felles modell for klinisk observasjonskompetanse ved å innhente tidligere arbeid og erfaringer
M6		Kartlegge kommunenes utstyr og instruktørkompetanse
M7		Testing av felles modell for klinisk observasjonskompetanse
M8		Implementering av felles modell
M9		Oppfølging av resultatene fra samarbeidsaktørene og fortsette denne prosessen
M10		Lage introduksjonsfilmen
M11		Gi en videre anbefaling lokalt og nasjonalt etter erfaringer fra prosjektet

#### 3.1 Fremdrift – og aktivitetsplan

Det vil bli holdt en Kick-off-samling for prosjektgruppen 22. oktober. I dette møtet vil møtefrekvens og varighet avklares. Milepælsplan og tidslinje er under utarbeidelse.



## 4. Organisering

### 4.1 Prosjektgruppe

Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjektleder	Henriette Ruud	USHT-V
Prosjektmedarbeider	Charlotte V. Standeren	USHT-V
Kommunerepresentant	Birthe Dilling	Tønsberg
Kommunerepresentant	Marianne Aasheim	Larvik
Kommunerepresentant	Bente Ødegaard	Horten
Kommunerepresentant	Else Dalen	Sandefjord
Kommunerepresentant	Sarah Korsgården	Holmestrand
Kommunerepresentant	Ida Mikalsen	Færder





## 4.2 Referansegruppe

Møtes jevnlig, rådspørres

Navn	Roller
Ramona Helen Overeng Skog - Færder Bente Ødegaard - Horten Cecilie Paulsen - Sandefjord Karianne Brathlie - Holmestrand Sissel Egenberg - Larvik Birthe Dilling - Tønsberg	Arbeidsgruppen til det interkommunale fagnettverk for ferdighetstrening og simulering:  Kommunerepresentanter
Eva Linnerud, KlinObsKommune og A-hus	Faglig innspill
Henny-Mari D. Hagen, Sykehuset i Vestfold	Faglig innspill
Guro-Marie Eiken - USN	Faglig innspill
Anne Kristin Ihle Melby Avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, Helsedirektoratet	Faglig innspill
Marit Skraastad, USHT-Telemark	Faglig innspill
Pia Wangen Flesche, Kompetansebroen	Kommunikasjon

## 4.4 Samarbeidspartner

Samarbeidspartnere:

- USHT-Telemark, prosjekt akuttmedisinsk kjede
- Kommunene i Vestfold
- Sykehuset i Vestfold
- Universitet i Sørøst-Norge (USN)
- A-hus
- Kompetansebroen
- Helsedirektoratet, avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- USHT'ene som har utarbeidet materiell innen klinisk observasjonskompetanse (KlinObsKommune)
- Senter for omsorgsforskning
- ProAct



USHT-V vil samarbeide med de ulike aktørene og innhente erfaringer og resultater, samt utarbeide, teste og implementere en modell for klinisk observasjonskompetanse. Samarbeidet vil også bestå i kvalitetssikring og danne nye samarbeidsrelasjoner. USHT-V vil se på muligheten for et samarbeid med frivillige organisasjoner i løpet av prosjektet.

## **5. Suksessfaktorer og fallgruver**

Det vil bli gjort en risikoanalyse av suksessfaktorer og fallgruver før oppstart og underveis i prosjektet.

## **6. Plan for implementering**

Det blir utarbeidet spredningsplan i prosjektperioden.

## **7. Rapportering og oppfølging**

Det vil rapporteres til Fylkesmannen.



## 8. Økonomi

Kostnadsoverslag	2020
Lønnsutgifter med sosiale utgifter 25%, prosjektleder	190.000
Lønnsutgifter med sosiale utgifter 25% prosjektmedarbeider	190.000
Utstyr	45.000
Reiseutgifter, arrangementer, møter og konferanser	10.000
Konsulenttjenester	50.000
Trykking, publikasjoner, kunngjøringer, utsendinger og distribusjonskostnader	5.000
<b>Sum utgifter</b>	<b>490.000</b>
<b>Inntekter fra Fylkesmannen</b>	<b>490.000</b>

Utvikling av film vil bli budsjettert i 2021, dersom nye midler blir tildelt prosjektet i 2021.



## Referanser

- (1) Grimsmo, A., Mead, S. B. & Steinsbegg, A. (2018) Helsehjelp til rett tid. *Tidsskriftet*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/04/kronikk/helsehjelp-til-rett-tid>
- (2) Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- (3) Breivik, S. & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2013/10/hva-innebaerer-systematisk-klinisk-undersokelse-i-sykepleie>
- (4) Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- (4) I trygge hender. (2020, 27. Februar) Satsing på tiltak for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret tilstand. Hentet fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/satsing-pa-tiltak-for-tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-tilstand>
- (5) Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- (6) Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). (FOR-2016-10-28-1250) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- (7) Helse og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet*. (Meld. St. 15 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- (8) Helse og omsorgsdepartementet. (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. (Meld. St. 7 (2019–2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- (9) Helsedirektoratet. (2020, 7 februar). Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester>
- (10) Nasjonale faglige råd, Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand, <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand> [lest 15.09.20]
- (11) KlinObsKommune. (2020) <https://www.utviklingssenter.no/klinisk-observasjonskompetanse> [lest 15.09.20]