

# **MASTEROPPGAVE**

**Master i Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling**

**Mai 2018**

**Erfaringer med opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i  
kommunehelsetjenesten**

**Anita Sletner**

**Veileder: Liv Halvorsrud**

**Fakultet for helsefag**

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**

**OsloMet – storbyuniversitetet**

## FORORD

Det er flere jeg vil takke i arbeidet med masteroppgaven. Først og fremst må jeg rette en stor takk til veilederen min Liv Halvorsrud. Hun har vært en stødig og motiverende veileder i stunder der utfordringer har meldt seg og bidratt med gode råd der jeg selv har vært rådvill. Hun har vært tilgjengelig for meg når jeg har hatt behov for det og besvart forespørsler dag som natt og bidratt med motiverende og oppmuntrende ord. En stor takk skal også Berit Skjerve ha, min kontaktperson i Bærum kommune. Hun har lagt til rette for at denne studien har vært mulig å gjennomføre og vært et bindeledd mellom meg og lederne i sykehjemmene og hjemmetjenesten. Hun har brukt av sin tid for å hjelpe meg og det har betydd mye i denne prosessen. En like stor takk skal Elisabeth Østensvik ved Fredrikstad kommune ha. Hun har laget og utprøvd spørreskjemaet om ALERT og gitt meg tillatelse til å redigere og tilpasse dette til studien.

Takk også til familie og venner som alltid har vist forståelse for prioritering av tiden min. Og takk for all hjelp, støtte og oppmuntring i utfordrende perioder, det har vært viktig for meg.

Anita Sletner  
Fredrikstad, mai 2018

## Sammendrag

### Bakgrunn

Samhandlingsreformen stiller nye kompetansekrav til helsearbeidere i kommunehelsetjenesten ettersom pasienter skrives ut av sykehus i et tidligere sykdomsforløp og således er sykere enn før. Sykepleiere beskriver en endring i arbeidsoppgaver og påpeker at de bruker mindre tid til direkte pasientrettet arbeid enn før og at de må delegere flere arbeidsoppgaver til helsearbeidere med lavere kompetanse. Ettersom manglende mulighet til kompetanseheving blant annet kan påvirke jobbtilfredsheten, er det viktig med kompetansehevingstiltak, samt evaluering av disse.

### Hensikt

Denne studien ønsker å undersøke erfaringer etter undervisning i Acute, Lifethreatning Events, Recognition and Treatment (ALERT) og hvordan sammenhengen mellom denne erfaringen og jobbtilfredshet er blant helsearbeidere i kommunehelsetjenesten.

### Metode

Studien er en tverrsnittstudie med spørreskjema som inkluderer 249 helsearbeidere fra seks sykehjem og syv distrikter i hjemmesykepleien i en kommune på Østlandet. Resultatene er bearbejdet og analysert ved hjelp av SPSS. Det er utført beskrivende statistikk med frekvenser, samt krysstabeller på sosiodemografiske variabler og spørsmål om erfaringer med ALERT. Videre er det utført lineær regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom disse erfaringene og jobbtilfredshet.

### Resultater

Respondentene erfarer at ALERT er et nyttig kompetansehevingstiltak. Over 70 prosent oppgir at opplæring i bruk av Modified Early Warning Score (MEWS) har bidratt til økt kunnskap, økt observasjonsfokus, økt bevissthet omkring kritisk syke, trygghet i prioritering av tiltak, økt faglig trygghet og struktur i samarbeid med annet helsepersonell. Respondentene rapporterer en høy jobbtilfredshet og det er få ulikheter avhengig av arbeidssted, utdanning og yrkeserfaring.

### Konklusjon

Helsearbeidere i kommunehelsetjenesten erfarer at ALERT er nyttig som kompetansehevingstiltak. Flere kommuner bør benytte dette tiltaket slik at man kan kvalitetssikre observasjoner og snakke samme språk på tvers av behandlingsnivåene i helsetjenesten og som et bidrag til god jobbtilfredshet blant helsearbeidere.

## **ABSTRACT**

### **Background**

The coordination reform sets new competence requirements for health personnel in municipal health services as patients are released from hospital in an earlier stage of illness and thus are sicker than before. Nurses describe a change in work tasks and point out that they are forced to delegate more work tasks to health workers with lower skills. Research shows that the lack of competence raising can affect job satisfaction, therefore it is important to implement measures to enhance competence, as well as evaluating these measures.

### **Purpose**

This study aims to investigate experiences after training in Acute, Lifethreatening events, Recognition and Treatment (ALERT) and how the relationship between this experience and job satisfaction is among health workers in the municipal health service.

### **Method**

The study is a cross-sectional study with a questionnaire that includes 249 health workers from six nursing homes and seven home care districts in a municipality in Eastern Norway. The results have been processed and analysed using SPSS. Descriptive statistics with frequencies have been performed, as well as cross tables and sociodemographic variables and questions about experiences with ALERT. Furthermore, linear regression analysis has been performed too investigate the relationship between these experiences and job satisfaction.

### **Results**

Respondents find that ALERT is useful for enhancing competence. Over 70 percent report that training in using the Modified Early Warning Score (MEWS) has contributed to increased knowledge, increased observation focus, increased awareness of critically ill, security in prioritization of measures, increased professional safety and structure in collaboration with other healthcare professionals. Respondents report high job satisfaction and there are few differences depending on workplace, education and professional experience.

### **Conclusion**

Health Workers in the municipal health experience that ALERT is a useful measure for competence enhancement. This tool should be used in all municipalities to ensure better quality in observations and care, and also to ensure better communication across different levels of the health care system. Another benefit is that it could contribute to better job satisfaction among health workers.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>Forord</b>	<b>I</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>II</b>
<b>Abstract</b>	<b>III</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>IV</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	1
<b>2.0 TERORETISK RAMMEVERK</b> .....	2
2.1 Samhandlingsreformen.....	2
2.2 ALERT som undervisningskonsept.....	7
2.3 Jobbtilfredshet.....	11
<b>3.0 METODOLOGI</b> .....	14
3.1 Design.....	14
3.2 Utvalg.....	14
3.3 Rekrutteringsprosess.....	15
3.4 Etiske overveielser.....	16
3.5 Spørreskjemapakke.....	18
3.5.1 Spørreskjema om ALERT.....	18
3.5.2 Spørreskjema om jobbtilfredshet.....	20
3.6 Gjennomføring av undersøkelsen.....	20
3.7 Analyse.....	22
<b>4.0 OPPSUMMERING</b> .....	24
<b>5.0 LITTERATURLISTE</b> .....	26
<b>Artikkel:</b> .....	31
<b>Vedlegg 1: Informasjonsskriv på E-post til ledere og ansatte</b> .....	53
<b>Vedlegg 2: Laminert plakat med informasjon om studien</b> .....	54
<b>Vedlegg 3: Spørreskjema</b> .....	55
<b>Vedlegg 4: E-post med bekreftelse på innsendt artikkel</b> .....	71

## 1.0 INNLEDNING

Dette er en masteroppgave som er todelt. En del består av en artikkel og en del tar for seg fordypning rundt temaet i artikkelen. Artikkelen er utformet etter forfatterveiledningen i Sykepleien Forskning og er innsendt til tidsskriftet for vurdering av publisering (vedlegg 4). Det som ligger til grunn for studien er kommunehelsetjenestens behov for kompetanseheving etter innføring av samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47(2008–2009)). Pasienter skrives ut av sykehus i et tidligere sykdomsforløp og er således sykere enn før gjennomføringen av reformen. Dette krever økt kompetanse blant helsearbeidere, blant annet i systematisk observasjon. Flere kommuner på Østlandet har søkt å løse denne kompetanseutfordringen blant annet ved å undervise ansatte i observasjons- og kommunikasjonsferdigheter gjennom konseptet ALERT (Acute, Lifethreatning Events, Recognition and Treatment, 1999). Denne kvantitative studien er utført som en del av et større samarbeidsprosjekt mellom flere kommuner på Østlandet der hensikten er å undersøke nettopp helsearbeideres erfaringer med bruk av observasjonsverktøy og kommunikasjonsverktøy etter undervisning i ALERT. Videre tar studien for seg sammenhengen mellom muligheten til faglig utvikling og jobbtilfredshet.

Masteroppgaven stiller to spørsmål som besvares i artikkelen og mer inngående på enkelte områder i fordypningsdelen av oppgaven:

1. Hvordan beskriver kommunale helsearbeidere erfaringen etter opplæring i ALERT i forhold til utdanning, arbeidserfaring og arbeidssted
2. Hvordan er sammenhengen mellom erfaringen etter opplæring i ALERT og jobbtilfredshet blant helsearbeidere i kommunehelsetjenesten.

Artikkelen omhandler helsearbeidernes erfaringer med bruk av observasjons- og kommunikasjonsverktøy og sammenhengen med jobbtilfredshet. Artikkelen tar også for seg studiens resultater og drøfting av disse sett i lys av tidligere forskning. Fordypningsoppgaven tar i hovedsak for seg metodevurdering og teoretisk rammeverk. Relevant forskning vil beskrives i større grad enn det var rom for i artikkelen. Videre vil fordypningsoppgaven ta for seg en grundigere beskrivelse av samhandlingsreformen, undervisningskonseptet ALERT og jobbtilfredshet.

## 2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Dette kapitlet tar for seg begrepsavklaringer og tidligere forskning. Et utvalg av tidligere forskning på samhandlingsreformen, MEWS og jobbtilfredshet som er benyttet i artikkelen vil utdypes her.

### 2.1 Samhandlingsreformen

**Samhandlingsreformen - rett behandling - på rett sted - til rett tid** sier at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (St.meld.nr. 47(2008–2009)).

Samhandlingsreformen skal blant annet bidra til et sterkere samarbeid mellom kommuner og sykehus, og at kvaliteten bedre skal kunne måles. Reformen innebærer i korte trekk

- Forebygge framfor bare å reparere
- Tidlig innsats framfor sen innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- Kortere liggetid på sykehus
- Flere pasienter skal behandles i kommunen
- Forebygge innleggelse i sykehus
- Kompetanseoppbygging og kompetanseoverføring
- Pasientene skal være «i trygge hender» uavhengig av behandlingsnivå.

Samhandlingsreformen setter fokus på kompetanseheving og hevder at en forutsetning for å lykkes er at det arbeides med helsepersonellens kompetanse og mulighet for fagutvikling (St.meld.nr.47(2008–2009)). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) sier at den enkelte sykepleieren har ansvar for å ivareta egen faglig utvikling og tilegne seg ny kunnskap i praksis, samtidig er arbeidsgiver forpliktet til å tilrettelegge for nødvendig opplæring av personell som utfører helsetjenestene slik at de blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011). Kommunene er altså forpliktet til å styrke kompetanse der behovet viser seg.

Innføringen av samhandlingsreformen var og er utfordrende for både kommunehelsetjenesten og sykehusene, og det er flere studier som peker på og utforsker disse utfordringene. Gautun og Syse (2013) utførte en studie på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund (NSF) og undersøkte hvilke erfaringer hjemmesykepleiere og sykepleiere som jobber i sykehjem har med konsekvensene av samhandlingsreformen. Det ble gjennomført to datainnsamlinger. Først ble det foretatt kvalitative intervjuer med seks sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien og sykehjem i tre ulike kommuner. På bakgrunn av disse intervjuene ble det utarbeidet spørsmål som er brukt i en spørreundersøkelse som inkluderer 2372 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien fra kommuner spredt over hele landet. Syv av ti sykepleiere oppgir at det har vært en økning i antall pasienter som kommer fra sykehus til deres tjenester etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Videre svarer seks av ti at antall reinnleggelser kort tid (innen en uke) etter utskrivning fra sykehus også har økt. Om lag en fjerdedel (24 prosent) svarer at de opplever samarbeidet med sykehuset som dårligere etter innføringen av reformen. Disse informantene angir at situasjonene som oppleves som mer problematiske blant annet kan være at det ikke følger med tilstrekkelig informasjon om pasienten, at det ikke følger med medisiner, at pasienter utskrives før de er ferdigbehandlet, at pasienter skrives ut til alle døgnetts tider, at medisinalister ikke er ajourført og at de ikke får nok tid til å få på plass nødvendige hjelpemidler og medisinsk-teknisk utstyr. Dette byr på utfordringer for den enkelte sykepleier som skal kartlegge, gjøre observasjoner og følge opp pasienten videre i kommunehelsetjenesten. Om lag ni av ti svarer at kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt, 77 prosent sier at det har blitt mindre tid til omsorgsoppgaver og psykisk støtte og 76 prosent svarer at det brukes mer tid på rapportering og administrasjon. Over halvparten (64 prosent) oppgir at det etter reformen brukes mindre tid på den enkelte pasient, og mer tid på medisinske prosedyrer og oppgaver. Om lag tre fjerdedeler (73 prosent) svarer at de trenger opplæring og veiledning i utførelse av nye oppgaver og etterlyser dermed kompetansehevede tiltak.

Videre utførte Haukelien, Vike og Vardheim (2015) en oppfølgingsstudie til førstnevnte studie for Norsk Sykepleierforbund. Hensikten var å videre utforske sykepleiernes erfaringer etter innføringen av samhandlingsreformen. Haukelien et.al (2015) fant lignende resultater i sin studie som var basert på kvalitative fokusgruppeintervjuer i fem ulike kommuner med til sammen 60 sykepleiere, samt spørreundersøkelse tilsvarende den som ble benyttet av Gautun og Syse i 2013. Det var 2705 sykepleiere av 10000 som svarte på denne undersøkelsen. Studien viser blant annet at 87 prosent av sykepleierne har opplevd at kompleksiteten i de



sykepleiefaglige oppgavene har økt etter Gautun og Syse sin rapport fra 2013. Om lag tre fjerdedeler (77 prosent) rapporterer at de har fått mer varierte oppgaver og 71 prosent rapporterer at de bruker mer tid på kompliserte prosedyrer og oppgaver. Samtidig er flertallet (60 prosent) enige i at de bruker mer tid på administrasjon, koordinering og dokumentasjon. Kun 29 prosent rapporterer at de har god nok tid til å dokumentere arbeidet. Tre fjerdedeler (76 prosent) oppgir at de trenger opplæring og veiledning i utførelsen av nye oppgaver og hele 75 prosent gir uttrykk for at de har behov for økt kompetanse gjennom videreutdanning/master i deres nåværende jobb. Svarene fra spørreundersøkelsen antyder videre at det fortsatt er visse utfordringer i samarbeidet mellom sykehus og kommune knyttet til utskrivning av pasienter. Tre fjerdedeler (75 prosent) gir uttrykk for at de ofte opplever at pasientene som skrives ut fra sykehus fortsatt trenger sykehusbehandling. Mangelfull informasjon fra sykehus ved utskrivning synes også fortsatt å være en utfordring. Kun 37 prosent mener at det følger med tilstrekkelig informasjon om pasienten. Likevel, til tross for tydelige utfordringer, svarer kun 13 prosent at samarbeidet med sykehuset fungerer dårlig. Det uttrykkes videre utfordringer i samarbeid med fastlege og legevakt. Det kan oppleves at legevakt ikke tar hjemmesykepleiens vurderinger på alvor og at dette kan gå ut over pasienten. Den kvalitative delen av studien viser til lignende resultater som i spørreundersøkelsen. Sykepleierne som er intervjuet opplever blant annet økt arbeidsmengde på grunn av sykere pasienter, samt at kompleksiteten i det daglige arbeidet har økt. Pårørende stiller større krav og har forventninger som krever dialog og forventningsavklaringer. Man har mindre tid til hver enkelt pasient og man må delegerer flere avanserte oppgaver som krever vurderingsevne og høy faglig kompetanse videre til hjelpepleiere/helsefagarbeidere.

En annen undersøkelse av Nordheim og Thoresen (2015), utført i en bykommune på Østlandet, viser lignende erfaringer. Denne undersøkelsen benyttet et kvalitativt forskningsdesign med to fokusgrupper med til sammen elleve sykepleiere fra hjemmesykepleien, samt to individuelle semistrukturerte intervjuer med den kommunale ledelsen. Hensikten med studien var å bidra med kunnskap om tidlige erfaringer med kompetansebehovet i hjemmesykepleien etter innføring av samhandlingsreformen og hvordan kompetanseutfordringene er håndtert. Resultatene viser at behovet for kompetanse er stort, men at det ikke har vært noen uttalt økning i kompetansekrevene oppgaver etter innføringen av samhandlingsreformen, det forstås som en mer generell utfordring. Sykepleierne opplever at de har individuell kompetanse til det de skal gjøre, men at tidspress og mangel på fagutdannede kan være en barriere i økningen av den kollektive kompetansen. Viktige tiltak

kan bli iverksatt, men ikke nødvendigvis fulgt opp. Det er enighet om at pasientene er sykere og mer tidkrevende enn før og noen opplevde at fastlege og legevakt hadde en økende restriktiv holdning til innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne ser en endring og en forverring, men opplever at det er vanskeligere å få lagt pasientene inn i sykehus enn før.

Grimsmo (2013) har utført en studie på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hensikten var å undersøke hvordan kommunene løste oppgaven med å ta imot utskrivningsklare pasienter det første halve året etter at samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012. Datainnsamlingen ble organisert som en feltstudie der 67 medisinstudenter ble utplassert i 40 kommuner høsten 2012 der de fikk som oppgave å undersøke hvordan kommunene hadde løst utfordringene knyttet til utskrivningsklare pasienter. Kartleggingen skjedde ved dybdeintervju av individuelle informanter, gjennomgang av eventuelle relevante dokumenter og observasjon gjennom de seks ukene medisinstudentene var utplassert. I de fleste kommunene ble det gitt uttrykk for at liggetiden ved sykehus var blitt kortere for gruppen som hadde behov for kommunalt tilbud og at de ble utskrevet tidligere enn før. Det ble også hevdet at pasientene derfor var sykere og mer pleietrengende enn før. Det kom videre frem at flere pasienter enn tidligere med komplekse problemstillinger nå ble utskrevet til kommunene med pågående avansert behandling. Det kom også frem at informasjonen fra sykehuset ofte var lite utfyllende og epikrisene mer mangelfulle. Det ble beskrevet en betydelig økt informasjonsutveksling med sykehuset og det kunne være vanskelig å treffe den som kjente til pasienten som var meldt utskrivningsklar. Det ses i studien også en tendens til mer oppstykket pasientforløp og mer administrativt arbeid.

Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen (2014) har på oppdrag fra KS utført en undersøkelse om hvordan samhandlingsreformens ordning med kommunal betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter påvirker tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Datainnsamlingen er gjennomført i to deler; en analyse basert på registerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB) som beskriver utviklingen i noen sentrale indikatorer i pleie- og omsorgssektoren over tid, samt kvalitative intervjuer av 130 informanter i 12 casekommuner. Resultatene i undersøkelsen viser blant annet at pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunen etter innføring av samhandlingsreformen, har mer behandlingskrevende og/eller komplekse sykdomstilstander enn før. Informantene forteller også at man i kommunen ser flere kompetansekrevende oppgaver enn før og at det er et stort behov for styrket kompetanse i kommunehelsetjenesten, blant annet i observasjons- og oppfølgingsrutiner.

Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) har utført en studie med formål om å kunne beskrive hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten arbeider med kompetanseutvikling etter innføring av samhandlingsreformen og hvilke utfordringer sykepleierne møter i arbeidet med slik utvikling. Studien er en del av en større studie der forskergruppen har undersøkt sykepleierkompetanse i kommunehelsetjenesten i Sogn og Fjordane. Studien hadde en kvalitativ tilnærming med to fokusgruppeintervjuer. Sykepleierne beskriver mange faktorer som påvirker muligheten til å holde seg faglig oppdaterte, blant annet fellesskap med kollegaer, refleksjonstid, tidspress, økonomiske faktorer og mangel på tilrettelegging fra ledere. Studien viser videre at lederne er i en nøkkelposisjon for å planlegge arbeidsoppgaver og i organisering av tjenesten slik at kompetanseutvikling får en naturlig plass i arbeidshverdagen. I tillegg etterlyses det en strategi for kompetansekartlegging og -utvikling i sykepleiergruppa. Sykepleierne på sin side rapporterer, til tross for utfordringene, at de trives og synes de nye oppgavene er utfordrende og spennende.

Oppsummert viser disse studiene at det er enighet om at pasienter som kommer fra sykehuset til kommunehelsetjenesten er sikrere enn før (Gautun og Syse, 2013; Haukelien et.al., 2015; Norheim og Thoresen, 2015; Grimsmo, 2013), samt at mange erfarer at det medfølger mangelfulle opplysninger i overflyttingen (Gautun og Syse 2013; Haukelien et.al., 2015; Grimsmo, 2013). De sykepleiefaglige oppgavene har økt i omfang og således bruker man mer tid på dokumentasjon, koordinering og administrasjon og mindre tid på direkte pasientrettet arbeid (Gautun og Syse, 2013; Haukelien et al., 2015; Norheim og Thoresen, 2015; Grimsmo, 2013; Kyrkjebø et.al., 2017). Helsepersonell med høyere kompetanse delegerer flere oppgaver til helsepersonell med lavere kompetanse og det fremtvinges et behov for økning av kompetanse uavhengig av utdanningsnivå (Gautun og Syse, 2013; Abelsen et.al., 2014; Kyrkjebø et.al., 2017). For å kunne møte samhandlingsreformens krav må det legges strategier for hvordan man møter kompetanseutfordringen og da særlig i forhold til å tidlig oppdage forverring av helse- og sykdomstilstanden. Dette er særlig utfordrende i kommunehelsetjenesten hvor det er en lavere andel av helsearbeidere med bachelorgrad (Gautun, Øyen og Bratt, 2016) og færre leger knyttet til det enkelte tjenestested.

## 2.2 ALERT som undervisningskonsept

ALERT er et lisensbelagt undervisningskonsept utviklet av professor Gary Smith og kollegaer i Portsmouth Hospitals NHS Trust (Smith, 2000). ALERT er et fler-profesjonelt kurs med den hensikt å trene ansatte i å gjenkjenne forverring, identifisere organsvikt i et tidlig stadium, starte enkel behandling for å forhindre multiorgansvikt, samt å bidra til å forbedre helsepersonellens kommunikasjonsferdigheter. ALERT-konseptet benytter algoritme knyttet til områdene Air, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE-algoritme). En slik vurdering avklarer raskt potensielle livstruende problemer i forhold til luftveier, respirasjon, sirkulasjon og bevissthet (Engebretsen, 2010). Observasjonsverktøyet som benyttes i undervisningen er Modified Early Warning Score (MEWS). MEWS gir poeng avhengig av hvor avvikende ABCDE-observasjonene er i forhold til "normalen". Når alle poengene er summert kan dette gi en indikator på pasientens tilstand og hvor raskt lege må kontaktes. Observasjoner som inngår i MEWS er respirasjonsfrekvens, puls, systolisk blodtrykk, temperatur og bevissthetsnivå (CNS). Ved hjelp av observasjonsverktøy kan helsearbeidere sikre at nødvendig informasjon innhentes, at observasjoner blir gjort på likt grunnlag, samt at helsearbeidere får et felles språk for dokumentasjon og rapportering (Smith, 2000). ALERT setter fokus på at rekkefølgen og systematikken i observasjonene er av avgjørende betydning, slik at viktige tiltak blir utført i rett rekkefølge i akutte og kritiske situasjoner. Den brede og målrettede opplæringen som inngår i ALERT-konseptet bidrar til å kvalitetssikre observasjoner, samt oppøve den enkeltes kliniske blikk, vurderings- og handleevne, etiske refleksjonsevne og samarbeid i akuttsituasjoner (Smith, 2000).

I undervisningen introduseres deltakerne videre for kommunikasjonsverktøyet ISBAR (Identifikasjon, Situasjon, Bakgrunn, Analyse, Rådføring) som skal sikre tydelig kommunikasjon mellom kolleger i avdeling og på tvers av nivåer i helsevesenet (Melby et.al, 2015). Dette er et kommunikasjonsverktøy som kan hjelpe helsearbeidere i kritiske situasjoner til å kommunisere på en effektiv måte. Ved hjelp av ISBAR kommuniseres det på en systematisk måte der opplysninger og innholdet i samtalen presenteres i en prioritert rekkefølge. Dette kan blant annet være hensiktsmessig i samtale med andre helsearbeidere som leger, legevakt og AMK-sentral som er avhengig av å ha konkrete opplysninger for å kunne prioritere hastegrad.

I oppstarten av denne studien var kommunene på Østlandet i gang med å konvertere fra undervisningskonseptet ALERT til et annet undervisningskonsept som er tilnærmet det

samme som ALERT og har til hensikt å forebygge og behandle livstruende tilstander. Konseptet heter proACT. ProACT benytter observasjonsverktøyet National Early Warning Score (NEWS) som er etterkommeren til MEWS og er et bedre validert verktøy (proACT, 2015). Likevel presenterer konseptet også verktøyet MEWS, likt som i ALERT-konseptet. Kommunene på Østlandet har valgt å fortsette med MEWS, slik at opplæringen i bruk av observasjonsverktøy blir så lik som mulig uavhengig av om en har vært på ALERT-undervisning eller proACT-undervisning. Andre forskjeller er små justeringer i rekkefølgen på temaene i undervisningsmaterialet. Både proACT og ALERT har egne bøker knyttet til konseptet som tildeles hver kursdeltaker. Disse bøkene er begge forskningsbaserte og har fokus på forebygging og behandling av livstruende tilstander, samt bruk av verktøyene for observasjon (MEWS/NEWS) og kommunikasjon (ISBAR). Kommunene som har konvertert til proACT har vurdert at helsearbeidere som har fått ALERT-kurs ikke må gjennom et nytt kurs med proACT, da disse er gjensidig like i innhold. Videre har det ikke vært behov for å gi instruktører i ALERT et helt nytt instruktørkurs i proACT. Instruktørene har imidlertid vært med på gjennomgang av endret kursmaterieell og mottatt ny kursbok i proACT (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Akershus, 2015). For å lette lesingen videre vil jeg benytte ALERT som begrep når det er snakk om konseptene proACT og ALERT. Kursmaterialet i ALERT har videre ingen validerte instrumenter til å undersøke helsearbeideres erfaringer med ALERT. Østensvik gjennomførte imidlertid en spørreundersøkelse om erfaringer etter ALERT-opplæring i Fredrikstad kommune i 2013 hvor hun benyttet et spørreskjema (upublisert materiale). Dette spørreskjema vil bli drøftet nærmere i metoderefleksjonen.

Litteratur viser til at bruk av observasjonsverktøy kan bidra til å oppdage tidlig sykdomsforverring og komplikasjoner. Ludikhuizen, Smorenburg, Rooij og Jonge (2012) utførte en retrospektiv undersøkelse som inkluderte 204 pasienter ved et sykehus i Nederland. Hensikten var å beskrive sykepleieres nåværende praksis med tanke på måling av vitale parametere, samt å beskrive en eventuell nytteverdi av MEWS for å tidlig gjenkjenne forverring hos medisinske og kirurgiske pasienter som døde eller opplevde omfattende komplikasjoner. Hos disse pasientene ble alle vitale parametere som var målt de siste 48 timene før komplikasjonene tatt med i studien. Av de 204 inkluderte pasientene, ble det gjort 2688 målinger totalt de 48 timene før komplikasjonene. Puls og blodtrykk ble målt i henholdsvis 72 prosent og 73 prosent av alle tilfellene. Sett kun i forhold til pasienter som

hadde MEWS-score på tre eller mer, ble puls og blodtrykk målt hyppigere, begge målingene økte til 91 prosent. Respirasjonsfrekvens ble målt i kun 23 prosent av tilfellene, bevissthetstilstand 6,5 prosent, urinproduksjon 16,6 prosent, temperatur 48,5 prosent og perifer oksygensaturasjon 43,7 prosent av alle målingene. Bekymringer rundt pasientenes tilstand ble dokumentert av sykepleiere ved 12,2 prosent av de gangene vitale parametere ble målt. Som forventet økte antall målinger av vitale parametere når en MEWS-score var tre eller mer, men selv da, ble det hos de fleste pasientene sjelden dokumentert respirasjonsfrekvens. Studien viser også at man, ved bruk av MEWS, kunne oppdage sykdomsforverring og komplikasjoner tidligere hos over 80 prosent av pasientene som var med i studien.

Subbe, Kruger, Rutherford og Gemmel (2001) utførte en undersøkelse der hensikten primært var å evaluere hvorvidt MEWS er godt nok til å identifisere medisinske risikopasienter. Sekundært ble det undersøkt hvor godt MEWS kan fungere som et verktøy, i en tidlig fase, for vurdering av innleggelse i en medisinsk overvåkningsavdeling eller intensivavdeling. Studien var en prospektiv kohortstudie som ble utført i et medisinsk akuttmottak ved et distriktsykehus. Sykepleiere fikk opplæring i MEWS, samlet data to ganger daglig og førte de på et eget skjema. Innsamlede data ble brukt til å regne ut en Modified Early Warning Score og en score på 5 eller mer ble sett på som en "critical score". Etter en gjennomgang av ekskluderingskriteriene ble 673 pasienter med i analysen. Gjennomsnittsverdiene på de ulike målingene ble følgende; systolisk blodtrykk 139mmHg, puls 86bpm, respirasjonsfrekvens 20bpm og temperatur 36,6. Dette ga en gjennomsnittlig score på 1, med score fra 0 og helt opp til 9. Hos pasienter som lå på medisinsk akuttmottak i minimum 3 dager, forble scoren uforandret for 42, forverret for 12 og forbedret hos 28 pasienter. Studien forteller at en høy MEWS-score kan assosieres med økt dødelighet hos pasientgruppen og at kalkulering av MEWS-score kan brukes som et triage-verktøy for å identifisere pasienter med stor risiko for sykdomsforverring. Videre skriver forfatterne at jevnlig måling av MEWS, etter iverksetting av behandling, kan gi en indikasjon på hvorvidt behandlingen er effektiv.

Burch, Tarr og Morroni (2008) utførte en undersøkelse der hensikten var å evaluere bruken av MEWS som et triage-verktøy for å identifisere pasienter i akuttmottaket som trenger innleggelse og har økt risiko for å dø. En prospektiv observasjonsstudie ble gjort ved akuttmottaket ved GF Joste Hospitali Cape Town, Sør Afrika. Studien foregikk over tre måneder og pasientopplysninger ble samlet av alle nye pasienter hver sjette dag gjennom hele

studieperioden. Før studien startet ble sykepleiere opplært til å samle følgende pasientopplysninger: Kjønn, alder, systolisk blodtrykk, puls, temperatur, respirasjonsfrekvens og bevissthetstilstand. Kalkuleringen av MEWS ble gjort etter at pasienten ble skrevet ut fra akuttmottaket eller ved innleggelse i sykehuset. Deretter analyserte de videre, hver for seg, gruppen av pasienter som ble lagt inn på sykehuset og gruppen av pasienter som senere døde på sykehuset. I løpet av studieperioden var omtrent 13500 pasienter innom akuttmottaket og data ble samlet fra 790 av disse. Prosentvis døde 14,3 av pasientene som var med i studien. Forholdet mellom pasienter som ble innlagt og de som døde på sykehuset økte signifikant ettersom MEWS økte. Gjennom analysering kunne det identifiseres fem uavhengige indikatorer som alene kunne resultere i innleggelse i sykehus: Systolisk blodtrykk  $<100\text{mmHg}$ , puls  $>130\text{bpm}$ , respirasjonsfrekvens  $>30$ , temperatur  $>38,5$  og nedsatt bevissthet. Uavhengige indikatorer som alene kunne forutsi at pasienten kunne dø under innleggelse var systolisk blodtrykk  $<100$  eller  $>200\text{ mmHg}$ , respirasjonsfrekvens  $>30\text{bpm}$ , temperatur  $>38,5$  og redusert bevissthetstilstand. Studien forteller videre at de ved å bruke disse fem uavhengige indikatorene for å kalkulere en MEWS, kunne de vise til at 20 prosent av de som døde under innleggelse, hadde en MEWS-score på 1 eller høyere. Undersøkelsen konkluderer på bakgrunn av dette med at det virker fornuftig å foreslå å bruke MEWS for raskt å identifisere medisinske pasienter med risiko for sykdomsforverring og som har behov for rask evaluering og innleggelse. Forfatterne sammenligner MEWS med andre triageringsverktøy og påpeker at MEWS, på grunn av sin enkelhet, er spesielt egnet for bruk i settinger med lite tilgjengelige ressurser og uerfarne helsearbeidere.

Bunkenborg (2013) har utført en doktorgrad som hadde til hensikt å undersøke pasientsikkerheten på en allmenn medisinsk og kirurgisk avdeling på et dansk sykehus. Pasientsikkerheten undersøkes ved å kartlegge sykepleieres observasjonspraksis av vitale parametere og det tverrfaglige samarbeidet vedrørende ustabile pasienter. Blant annet kommer det frem at sykepleiere viser ulikt nivå av kunnskap om observasjon og at dette kan få betydning for pasientsikkerheten. Som følge av dette ble det utført flere ulike tiltak og en intervensjonsstudie ble påbegynt i de samme sykehusavdelingene med den hensikt å undersøke om et Early Warning Score System kunne oppspore pasienter med risiko for akutt sykdom. Blant de avdelingene som deltok, viser resultatene at den daglige observasjonen endret seg betydelig, blant annet ble tiden mellom individuelle målinger av puls, blodtrykk og temperatur betydelig redusert. Videre viser resultatene at forekomsten av uventede dødsfall ble markant redusert, hvis man sammenlignet med perioden før intervensjonsstudien.

Samtidig viser resultatene at små endringer i puls og respirasjonsfrekvens kan være forbundet med senere alvorlig forverring. Undersøkelsen konkluderer med at det er mulig å bidra til reduksjon av uventede dødsfall på sykehus ved hjelp av en daglig, tverrfaglig og strukturert bruk av early warning score system.

Oppsummert viser studiene at observasjonsverktøy som MEWS kan bidra til at målinger blir gjort hyppigere, at man kan avdekke sykdomsforverringer i et tidlig stadium og at uventede dødsfall kan reduseres (Ludikhuize et.al., 2012; Subbe et.al., 2001). Verktøyet kan også gi en indikasjon på om påbegynt behandling er effektiv. Det kommer også frem at helsearbeidere viser ulikt nivå av observasjonskunnskap og at dette kan få betydning for pasientsikkerheten (Bunkenborg, 2013). Med tanke på dette er det videre interessant at MEWS anbefales i sammenligning med andre observasjonsverktøy og er spesielt egnet i settinger med lite tilgjengelige ressurser og uerfarne helsearbeidere (Burch et.al., 2008).

### **2.3 Jobbtilfredshet**

Når en måler jobbtilfredshet, måles ulike sider av «jobbtilværelsen». Kaufmann og Kaufmann (1998, s. 241) beskriver jobbtilfredshet som påvirkelig av konflikter, humør og personlighetstrekk. For to personer kan det også være helt ulike faktorer som bidrar til den samlede jobbtilfredsheten, da man vurderer de forskjellige aspektene ved jobben ulikt. I følge Paul E. Spector (1997, s. 2), kan jobbtilfredshet helt enkelt beskrives som «the extent to which people like or dislike their jobs». En mye anvendt beskrivelse når det kommer til jobbtilfredshet er likevel Locke's (1976, s.1304) definisjon; «a pleasurable or positive emotional state resulting from the appraisal of one's job experience». Hackman og Oldham (1980) utviklet denne forståelsen av jobbtilfredshet videre og hevder at også ytre og indre faktorer som variasjon i ferdigheter, tilbakemelding på utført arbeide, opplevelse av oppgavens betydning og autonomi påvirker jobbtilfredsheten.

Andersen og Andersen (2012) utførte en studie av norske sykepleiere med hensikt å undersøke konstruksjonsvaliditeten for det standardiserte spørreskjemaet JSS (Job Satisfaction Scale) i norske sykehus. Studien konkluderer med at verktøyet egner seg godt til bruk i undersøkelse av norske sykepleieres jobbtilfredshet. Resultatene viser videre at det er kolleger, frihet til å velge egne arbeidsmetoder, mulighet til å bruke egne evner og anerkjennelse for godt utført arbeid som bidrar til god jobbtilfredshet blant utvalget i



undersøkelsen. Faktorer som bidrar til dårligere jobbtildfredshet synes å være fysiske arbeidsforhold, lønn og arbeidstid. Undersøkelsen viser en jobbtildfredshet på 5,0 og hevder videre at en gjennomsnittlig sumskår på JSS 4,0 eller mindre kunne tolkes som en indikasjon på vesentlig redusert jobbtildfredshet. Studien finner at respondentene er minst fornøyd med «lønn» og mest fornøyd med «mulighet til å bruke sine evner» (Andersen og Andersen, 2012). Andre studier som har benyttet «Job Satisfaction Scale» viser at norske helsearbeidere generelt har god jobbtildfredshet. En nyere norsk studie om jobbtildfredshet hos sykepleiere i hjemmesykepleien rapporterer en gjennomsnittlig jobbtildfredshet på 4,6 (Halvorsrud, Kuburovic og Andenæs, 2017). En annen studie som sammenligner allmennleger med leger som jobber på sykehus viser en gjennomsnittlig jobbtildfredshet på 5,3 hos allmennlegene og 5,0 hos leger som jobber i sykehus (Nylenna, Gulbrandsen, Førde og Aasland, 2005).

Bjørk, Samdal, Hansen, Tørstad og Hamilton (2007) utførte videre en spørreundersøkelse blant 2095 sykepleiere på norske sykehus. Hensikten med undersøkelsen var blant annet å undersøke jobbtildfredsheten blant sykepleiere som deltok i et «klinisk stige»-program. Resultatene viste at det ikke var noen signifikante forskjeller i jobbtildfredshet hos sykepleierne som var med i «klinisk stige»-programmet sammenlignet med de som ikke var med i programmet. Imidlertid viste studien at etterutdanning og muligheten for faglig utvikling økte sannsynligheten for at de ville fortsette i sin nåværende jobb. Sett i sammenheng med dette undersøkte Andresen, Hansen og Grov (2016) blant annet relasjonen mellom sykepleieres livskvalitet, jobbfornøydhet og planer om å skifte jobb. Resultatene viser at lav jobbfornøydhet hadde en sterk sammenheng med planer om å skifte jobb og at «muligheten til å lære nye ting» ikke hadde signifikant påvirkning av jobbfornøydheten eller planer om å skifte jobb, tatt andre variabler i betraktning. Variabler som var assosiert med høy jobbfornøydhet var; autonomi, verdsettelse fra leder, varierte arbeidsoppgaver og lite stressende arbeidsmiljø (Andresen et.al., 2016). Andre studier viser at manglende kompetanseheving har betydning for god jobbtildfredshet, som igjen kan være grunn til manglende rekruttering og stabilitet blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien (Gautun, Øien og Bratt, 2016; Aiken et.al., 2012).

Oppsummert viser undersøkelser at jobbtildfredsheten blant norske sykepleiere synes å være generelt god (Halvorsrud et.al., 2017; Andersen og Andersen, 2007). Faktorene for god jobbtildfredshet varierer noe i studiene og de faktorene som virker å ha sterkest påvirkning på jobbtildfredsheten er blant annet fysiske arbeidsforhold, kolleger, lønn, arbeidstid, autonomi,

anerkjennelse fra leder og opplevelse av stress i arbeidet (Andersen og Andersen, 2012; Andresen et.al., 2016). Sykepleiere med lavere jobbtilfredshet har større sjanse for å slutte i jobben enn sykepleiere med høyere jobbtilfredshet, og faktorer som mulighet til å lære nye ting og mulighet for faglig utvikling viser noe varierende påvirkning på jobbtilfredsheten og planene om å skifte jobb (Bjørk et.al., 2007; Andresen et.al, 2016).

Alt i alt viser kapittel 2.0 Teoretisk rammeverk til at samhandlingsreformen bidrar til at flere og sykere pasienter behandles i kommunehelsetjenesten og at dette skaper et behov for økt kompetanse blant helsearbeidere. Undervisningskonseptet ALERT søker å øke kompetansen til å tidligere gjenkjenne forverring av pasienters tilstand. Videre oppsummerer kapittelet at kunnskap antas å ha sammenheng med jobbtilfredshet. Imidlertid er det ingen validerte instrumenter til å undersøke erfaringer etter ALERT-opplæringen, denne sammenfatningen vil derfor reflektere i forhold til at det ikke er tilgjengelig et slikt instrument.

## 3.0 METODOLOGI

### 3.1 Design

Denne tverrsnittstudien gjør det mulig å etterspørre respondentenes erfaringer på et gitt tidspunkt. Det er ikke mulig å si noe om årsak – virkning eller utvikling av et gitt fenomen over tid (Johannessen, 2011). Slike undersøkelser gir et øyeblikksbilde av det fenomenet man studerer, noe som kan ses som en begrensning. I denne studien kan man derfor ikke med sikkerhet vite om resultatene fra spørsmålene om ALERT og jobbtilfredshet ville vært de samme om man gjorde undersøkelsen over tid, eventuelt kunne man også undersøke jobbtilfredshet hos samme gruppe både før og etter opplæring i ALERT. Med tanke på denne studiens begrensede omfang har ikke dette vært aktuelt, det ville dog vært interessant. Dessuten er det en begrensning at det ikke foreligger et valid spørreskjema til å undersøke erfaringer etter opplæring i ALERT.

Undersøkelsen utføres ved bruk av spørreskjema. I følge Johannessen (2011) er spørreskjema en vanlig måte å samle inn kvantitative data på. Ved hjelp av et spørreskjema med faste spørsmål og svaralternativer kan man se på likheter og variasjoner i måten respondentene svarer på. Man kan samle inn data fra mange individer på forholdsvis kort tid og metoden gir mulighet til å generalisere resultatet fra utvalg til populasjon.

### 3.2 Utvalg

Alle faste ansatte, vikarer, ufaglærte og fagutdannede i sykehjem eller hjemmesykepleie i Bærum kommune som har deltatt på hele ALERT-kurset ble invitert til å delta i studien. Målet har vært å få en så god oversikt som mulig slik at evalueringen av prosjektet favner så mange som mulig og representeres med en bredde når det kommer til tidligere erfaring og kompetanse. Oversikt over omtrent hvor mange som har vært på kurs har jeg fått av de ulike tjenestelederne i hjemmetjenesten og sykehjemmene. Utvalgskriteriene er utarbeidet under et prosjektmøte i samarbeid med evalueringsprosjektets deltakere, der jeg var tilstede. Det kan være at ansatte har fått opplæring på ulik tid, dessuten kan det også være ulikt om de har fått praktisert det de har lært. Det kunne tenkes at disse to aspektene skulle vært en del av inklusjons/eksklusjonskriteriene, på den annen side var det ønskelig å kunne si noe om de generelle erfaringene etter ALERT-opplæring i denne ene kommunen som masteroppgaven er utført i.

### 3.3 Rekrutteringsprosess

Rekrutteringen har i stor grad foregått ved hjelp av en kontaktperson i undersøkelseskommunen. Hun opprettet første muntlige kontakt med tjenestelederne i hjemmetjenesten og lederne på de ulike sykehjemmene. Deretter deltok jeg i et møte med tjenestelederne i hjemmetjenesten der det ble avsatt tid til å fortelle om studien. Det var ikke mulig å delta på liknende møte med lederne i sykehjemmene, de fikk imidlertid samme informasjon via e-post og telefonsamtale med meg. Tjenestelederne viste positiv innstilling til studien og ga uttrykk for at de ville hjelpe til med rekruttering, informasjon og motivasjon av ansatte. Blant annet ble det delt ut flere laminerte plakater med informasjon om meg som student og det som på den tiden var planlagt som en nettbasert undersøkelse (via Lime Survey). Plakatene skulle henges opp på de ulike avdelingene. Den første informasjonen via e-post (vedlegg 1) ble opprettet og sendt til de ulike avdelingslederne og tjenestelederne etter møtet. På grunn av etiske utfordringer kunne ikke jeg kontakte den enkelte ansatte på deres e-post for innhenting av samtykke til deltakelse i studien uten deres tillatelse. De ulike avdelingslederne og tjenestelederne videresendte derfor e-posten til sine ansatte der de ble informert om og invitert til undersøkelsen. I e-posten kunne den ansatte samtykke ved å sende et svar til meg og dermed bli registrert på min e-postliste. Således kunne jeg sende ut spørreundersøkelsen til den enkelte.

To uker etter dette fremgår det av informasjon fra veileder på Høgskolen i Oslo og Akershus om at Lime Survey skulle avvikles. Dette skulle være fullstendig avviklet innen 31.12.16, noe som var for kort tid til å være sikker på at jeg ville rekke å innhente og konvertere datamateriale over til et statistisk analyseprogram. Veileder ga råd om, med støtte fra sine kolleger, å utføre undersøkelsen i papirformat. Tjenestelederne i hjemmetjenesten og avdelingslederne i sykehjemmene ble igjen kontaktet for informasjon om endringene i formatet på undersøkelsen. Fordelen, til tross for utfordringene i utførelsen av undersøkelsen, var at ansatte på dette tidspunktet over tid hadde fått gjentakende informasjon om studien. Noen få hadde allerede rukket å sende e-post om at de ønsket å delta i undersøkelsen. Samtlige av disse fikk e-post tilbake med informasjon om endringene og at de fikk mulighet til å delta når undersøkelsen ble levert ut i papirformat. Jeg har ikke fått noen informasjon i etterkant om disse deltok eller ikke. En endring i hvordan data skulle samles inn kan tenkes å bidra til at noen gikk «trøtte» av informasjon og påminnelser og derfor lot være å svare. På en annen side kan det også tenkes at det kunne være tvert om.

Rekrutteringsprosessen har altså gått gjennom mange ledd. Det kan dermed ha blitt ulike måter å rekruttere på og ikke minst kan dette påvirket hvordan studien er blitt presentert, samt hvem som ble med på studien både i positiv og negativ retning. Det kan være at de med mest positive erfaringer med ALERT ble rekruttert. Alt i alt er det tilstrebet en ryddig tilnærming og alle ledere og respondenter har fått tilnærmet lik informasjon gjennom hele prosessen.

Det ble totalt sendt ut spørreskjemaer til tre sykehjem, syv ulike distrikter i hjemmetjenesten og legevakta. Legevakta ga underveis beskjed om at de likevel ikke kunne delta, blant annet fordi de var i implementeringsprosessen av flere andre dokumentasjonskrevende oppgaver og de ansatte måtte prioritere tiden. En annen utfordring på legevakta var at de var i et lederskifte, og dermed hadde man ingen kontaktperson for studien. Legevakta ble således ekskludert fra studien underveis i prosessen. Tre sykehjem ble ekskludert før spørreskjemaene ble sendt ut da de av ulike grunner ikke hadde mulighet til å delta, dette dreide seg blant annet om bemanningsutfordringer på ledernivå. Videre unnlot en hel avdeling i hjemmesykepleien å svare grunnet det som beskrives som kultur- og holdningsrelaterte årsaker. Denne avdelingen, med 27 kursdeltakere, ble likevel inkludert i den utregnede svarprosenten.

Spørreskjemaene ble sendt ut til 419 ansatte og det ble levert tilbake 249 besvarelser. Dette er en svarprosent på 60 prosent og kun tre besvarelser ble forkastet. Om legevakten var inkludert i studien ville dette utgjort 40 personer. På grunn av bemanningsutfordringer på ledernivå på de tre ekskluderte sykehjemmene, har man ikke lykket med å få oversikt over hvor mange ansatte som hadde fått ALERT-undervisning der. Dermed er det vanskelig å fastslå et eksakt antall ansatte som har fått undervisning i undersøkelseskommunen på det tidspunktet spørreskjema ble sendt ut. Det er undersøkt med kontaktpersonen i kommunen, men ansvaret for denne oversikten er delegert ut til ledere på de ulike institusjonene.

### **3.4 Etiske overveielser**

Undersøkelsen er registrert hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) med prosjektnummer 46682. Det var avklart ved evalueringsprosjektets begynnelse at denne kvantitative studien skulle inkluderes i evalueringsprosjektets søknad til NSD. Det viste seg imidlertid etter en tid at det ikke var mulig å søke på denne måten på grunn av at studiene hadde ulikt tidsløp (ferdig utarbeidet på ulik tid). Jeg startet derfor prosessen med å søke NSD på egenhånd. Det ble beskrevet i søknaden at kontaktpersonen i Bærum kommune skulle samle inn e-postadresser

fra utvalget og overlevere dette i en Excel-fil til meg. NSD kunne ikke godkjenne dette uten en avklaring med Bærum kommunes personvernombud. Bærum kommunes personvernombud, Amundsen, legger i sitt svar vekt på at behandling av e-postadresser som er knyttet til kommunens ansatte er behandling av personopplysninger. Amundsen beskriver videre at kommunen kun har disse e-postadressene som en måte den ansatte kan kommunisere på i jobbsammenheng, men også som et tilbud for å kunne motta private e-poster. Amundsen presiserer at kommunen ikke kan oversende e-postadressene (personopplysninger) uten at de har hjemmel for det. Forslaget fra Amundsen var at min kontaktperson i kommunen skulle sende en e-post til de aktuelle ansatte (uten kopi til høyskolen/student) hvor de fremkom informasjon om prosjektet. I e-posten kunne den ansatte samtykke ved å sende et svar til høyskolen/studenten. Studentens (min) e-postadresse skulle fremgå i e-posten. Dette ble godkjent hos NSD. Etter at denne prosessen var ferdig og ansatte fikk mulighet til å melde sin interesse for deltagelse kom beskjeden om at Lime Survey skulle avvikles. Spørreskjemaet var på dette tidspunktet ferdigstilt i Lime Survey og overgang til annet internettbasert spørreskjema ble ikke aktuelt, da mye tid allerede hadde gått og svært få ansatte hadde meldt sin interesse ved bruk av denne metoden. Overgang til papirformat ble avklart og informasjon om endringen ble gitt til kontaktpersonen i Bærum kommune, lederne i hjemmetjenesten/sykehjemmene og utvalget i undersøkelsen. Søknaden til NSD om endret datainnsamlingsmetode ble godkjent. Syv ansatte fra utvalget hadde på dette tidspunkt rukket å melde sin interesse for den nettbaserte undersøkelsen, disse e-postene ble besvart, deretter slettet.

Utvalget har blitt informert om undersøkelsens formål og frivillig deltagelse både ved laminerte plakater og e-post.

Besvarelsene er anonyme og makuleres ved prosjektets slutt. Data-fil med datamaterialet oppbevares på undertegnedes personlige datamaskin med passord.

Etisk sett må det også nevnes at undersøkelsen kan ta oppmerksomhet og tid fra pasientrettet arbeid, men på den annen side kan denne undersøkelsen gi verdifull kunnskap om helsearbeideres erfaringer med ALERT som kompetansehevingstiltak. Dette kan således i det lengre løp også komme pasientene til gode.

### 3.5 Spørreskjemapakke

Datainnsamlingen er utført ved hjelp av en spørreskjemapakke (vedlegg 3).

Spørreskjemapakken inneholder tolv sosiodemografiske spørsmål som beskriver utvalget (elleve lukkede og ett åpent spørsmål). Videre er det benyttet to spørreskjemaer; et om ALERT og et om jobbtilfredshet. Disse spørsmålene er skilt fra hverandre med egne overskrifter og kort forklaring, og inneholder 33 åpne og lukkede spørsmål.

#### 3.5.1 Spørreskjema om ALERT

Spørreskjemaet som benyttes er utformet av forsknings- og utviklingspsykepleier ved tidligere Utviklingscenter for sykehjem i Østfold. Dette skjemaet er benyttet i Fredrikstad kommune i 2013 da det ble sendt ut til de aller første kursdeltakerne som hadde deltatt i pilotprosjektet «På Alerten» ved utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste Østfold (2013).

Spørreskjemaet er dermed utprøvd, men det er ikke validert og resultatene av undersøkelsen ble ikke analysert. Spørreskjemaet er utformet på en ryddig og tydelig måte knyttet til hvert steg og hver del av undervisningsmateriellet. Jeg har fått tillatelse til å gjøre hensiktsmessige endringer i spørreskjemaet og dette ble gjort i samarbeid med deltakere i evalueringsprosjektet. Jeg har vært svært forsiktig med å fjerne variabler fra spørreskjemaet, da målet har vært å være så tro mot det opprinnelige spørreskjemaet som mulig. Det er i størst grad gjort endringer på de sosiodemografiske spørsmålene. I tillegg til yrkesutdanning, videreutdanning, arbeidssted og hvorvidt man hadde kjennskap til ALERT før kurset, er det lagt til spørsmål om kjønn, alder, sivilstatus, stillingsprosent og om man er ALERT-instruktør eller ikke. Spørsmål om hvor lenge man har jobbet som fagutdannet i sykehus og hvor lenge man har jobbet som fagutdannet i kommunehelsetjenesten er slått sammen til ett spørsmål; «Hvor mange år har du jobbet som sykepleier/hjelpepleier/omsorgsarbeider/helsefagarbeider totalt». Spørsmålene knyttet til ALERT er det gjort færre endringer på. Spørsmålet som opprinnelig lød «ALERT-kurset har bidratt til at jeg har et økt fokus på å observere dårlige pasienter» er endret til «ALERT-kurset har bidratt til at jeg har et økt fokus på å observere pasienter med kritisk og/eller akutt sykdom». Videre er spørsmålet om «ALERT-kurset har bidratt til at jeg er blitt dyktigere til å vurdere pasienten» endret til «ALERT-kurset har bidratt til at jeg har fått økt kunnskap i vurdering og observasjon av pasienter». Spørsmålet «ALERT-kurset har gjort meg tryggere i møte med akutt dårlige pasienter» er endret til «ALERT-kurset har gjort meg tryggere i å prioritere tiltak i møte med kritisk syke pasienter». Det siste spørsmålet som er endret er «ALERT-kurset har bidratt til økt bruk av observasjonsskjema ved akutt sykdom» som er endret til «ALERT-kurset har bidratt til økt bruk av akuttskjema».

I undersøkelseskommunen benyttes begrepet «akuttskjema» når man snakker om dette «observasjonsskjemaet». Endringen i ordlyden ble gjort for at deltakerne lettere skulle forstå hvilket skjema det var spørsmål om. Dette er et eget skjema som benyttes til registrering av vitale parametere og andre observasjoner ved akutte hendelser. Skjemaet skal følge pasienten gjennom hele det akutte forløpet, også ved en eventuell innleggelse i sykehus.

Det at spørreskjemaet om ALERT ikke er validert, kan ha noe å si for påliteligheten av dataene, om man måler det som er ment å måles (Pallant, 2016). Om man skal være sikker på at et spørreskjema måler det som er ment å måles må det gjennomføres ulike validitetstester, der målet er samsvar mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes, og målingen/operasjonaliseringen (Johannessen, 2011). Som en styrke i dette må det nevnes at spørreskjema er gjennomgått av alle medlemmene i evalueringsprosjekt-gruppa, på den måten kan man i større grad sikre at spørsmålene i spørreskjemaet utformes slik at de belyser problemstillingen. Et validert spørreskjema var ikke tilgjengelig da undersøkelsen startet og vi valgte å bruke et utprøvdskjema fremfor å lage et nytt.

Til tross for gjennomgang av spørreskjemaet med prosjektgruppen i undersøkelseskommunen og prøvetesting ved hjelp av kolleger på arbeidsplassen til førsteforfatter, kan spørsmålet; «Har du endret praksis i løpet av de siste 2-3 måneder?» mistolkes. Studien ønsket å inkludere alle ansatte uavhengig av hvor lenge siden det var de hadde vært på kurs. Noen hadde hatt kurset for mer enn tre måneder siden da de fikk spørreskjemaet. Det ville vært hensiktsmessig å endret ordlyden, slik at man unngår forvirring, for eksempel; «Har du endret praksis etter ALERT-kurset?». I besvarelsene var det ingen av respondentene som ga tilbakemelding på dette, og det virket som de forstod betydningen av spørsmålet. I etterkant ser jeg også at spørreskjema burde inneholdt et spørsmål om hvor lenge siden det var vedkommende hadde vært på kurs. Samtidig, i denne masteroppgaven med dens begrensede omfang, har man heller valgt å fokusere på ulikheter/likheter basert på erfaring, utdanning og arbeidssted.

Spørreskjemaet om ALERT (vedlegg 3) er inndelt i to kategorier; «Erfaringer med bruk av MEWS og ISBAR etter ALERT-kurs» og «Rammebetingelser (rutiner og behandlingsrettede tiltak)». Inndelingen i kategorier kunne ha vært utforsket ved statistiske metoder eksempelvis faktoranalyse som kunne ha undersøkt hvilke spørsmål som statistisk sett kunne danne en kategori (faktor). Alene er dette likevel ikke nok til å fastslå om et spørreskjema er valid og reliabelt (Pallant, 2016; Polit & Beck, 2017). Blant annet foreligger det ingen informasjon om



hvordan skjemaet er utviklet, for eksempel om det er vært brukere med i utviklingen av det eller om det har vært gjort kognitiv intervjuing for å undersøke hvordan spørsmålene ble forstått.

### 3.5.2 Spørreskjema om jobbtilfredshet

I denne undersøkelsen brukes et validert og standardisert verktøy utviklet av Warr, Cook og Wall (1979) som kalles Job Satisfaction Scale (JSS) (vedlegg 3). Spørreskjemaet JSS består av 10 spørsmål med svaralternativer der man svarer på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært misfornøyd) i hvilken grad man er fornøyd med de ulike aspektene ved sin jobbtilfredshet.

I den spørreskjemaversjonen jeg brukte var det lagt til et ekstra spørsmål om generell tilfredshet med tilværelsen; «Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?» Dette spørsmålet er ikke inkludert i analysene og den totale gjennomsnittlige JSS-scoren, og Cronbach's Alpha er beregnet ut fra den opprinnelige versjonen med 10 spørsmål.

For å vurdere reliabiliteten til svarene på de 10 spørsmålene i spørreskjemaet benyttes Cronbach's Alpha. I denne studien er Cronbach's Alpha 0,90. I følge Pallant (2016) er verdier over 0,70 akseptable, mens verdier over 0,80 er å foretrekke.

## **3.6 Gjennomføring av undersøkelsen**

En pilottesting er gjennomføring av studien i liten skala for å finne mulige feil eller uheldige måter å gjennomføre studien på (Polit & Beck, 2017). Disse forholdene kan da rettes opp før studien gjennomføres. I denne masteroppgaven ble spørreskjemapakken sendt til fem av mine kolleger som har deltatt på ALERT-kurs i Fredrikstad kommune. Tilbakemeldingene var at skjemaet var lett å forstå og lett å fylle ut. En tilbakemelding ble også gitt angående en gjennomgående skrivefeil, der både 1 og 5 på en likert-skala var referert til som «helt uenig», dette ble rettet opp slik at det ikke skulle være noen tvil om at 1 = helt uenig og 5 = helt enig. Alle fem gjennomførte undersøkelsen på 10-15 minutter og dette ble derfor beskrevet i informasjonen til respondentene som tiden man kunne forvente å bruke på undersøkelsen. Da det ble klart at undersøkelsen skulle utføres i papirformat, var undersøkelsen i løpet av kort tid klar i 500 kopier, samt laminerte plakater (vedlegg 2) med ny informasjon tilpasset undersøkelsens nye format. Konvoluttene ble kodet med tall slik at det var oversiktlig å telle

og få oversikt over hvor mange og hvilke steder undersøkelsene ble sendt ut til og kom i retur fra. Det ble så avtalt tid for levering av undersøkelsen med de ulike lederne. Noen av tjenestelederne i hjemmesykepleien og lederne av sykehjemmene kunne møte meg personlig, andre steder avtale jeg møte med fagsykepleiere og avdelingsledere. I løpet av to dager, 2. og 3. juni 2016, var alle undersøkelsene utlevert. Samtlige ledere/ fagsykepleiere fikk lik informasjon under de personlige møtene og fikk utdelt laminerte plakater og grønne, godt synlige, plastbokser fra Ikea der man kunne legge ferdig besvarte undersøkelser.

Tilbakemeldingene fra lederne og fagsykepleierne underveis var gode, de synes det var positivt at undersøkelsene ble utlevert personlig og noen mente at de på den måten ikke bare følte at de «måtte» bidra, men at de «ville» bidra. De mente at det var positivt med overgang til papirformat, at det var flere ansatte som hadde utfordringer med bruk av data og at man med papirformat antagelig ville få flere besvarelser i retur. Vi ble enige om at de skulle sette av tid for ansatte til å besvare undersøkelsen. Svarfristen var satt til to uker. Det var ønskelig at undersøkelsen ble avsluttet før sommerferieavviklingen startet. I etterkant av møtene med lederne og fagsykepleierne ble det sendt ut en e-post med oppsummering av møtet, informasjon om tilbakelevering og avtale om en «oppfølgingssamtale» eller «purring» via telefon i løpet av 8-9 dager. Ved «oppfølgingssamtalen» fikk jeg kontakt med samtlige og de skulle fortsette å motivere sine ansatte og sette av tid. Noen steder hadde de satt av tid i vaktskifter, andre tok med seg undersøkelsen hjem, ett sted satte de av tid på et personalmøte og ett sted fikk de kun påminnelser. Sistnevnte sted var lederen opptatt av at undersøkelsen var frivillig og at man kunne føle seg presset dersom man fikk for mange påminnelser. I likhet med faren for ulikheter i rekrutteringsprosessen er det også en viss fare for ulikheter i hvordan purringer ble gjennomført. Siden jeg ikke kunne purre direkte til respondentene, var det vanskelig å ha kontroll på hvordan purringene ble gjort.

Da undersøkelsen var avsluttet var det avklart med kontaktpersonen i undersøkelseskommunen at hun skulle ta imot alle besvarelsene, slik at de ulike lederne kunne velge om de ville frakte det til henne selv eller benytte seg av internpost. Førsteforfatter hentet deretter besvarelsene uken etter at undersøkelsen var avsluttet.

### 3.7 Analyse

Underveis i arbeidet med å legge inn variabler i Statistical Package for the social Sciences programvare 23 (IBM SPSS Statistics), lagde jeg også en manuell «kodebok» i papirformat for å få bedre oversikt over variablene når resultatene skulle legges inn. Flere av variablene ble omkodet og slått sammen i SPSS.

Disse sosiodemografiske variablene ble slått sammen;

#### 1. Alder

Alder innebar i utgangspunktet ni ulike kategorier. I analysene valgte jeg å redusere disse til tre kategorier; 20-39 år, 40-49 år og over 50.

#### 2. Sivilstatus

Denne variabelen bestod av fem ulike kategorier; «Enslig», «Samboer», «Gift», «Skilt» og «Enke/enkemann». Disse ble slått sammen til «Partner» og «Ikke partner».

#### 3. Yrkesutdannelse

I utgangspunktet inneholdt denne variabelen to kategorier («Sykepleier» og «Hjelpepleier/omsorgsarbeider/helsefagarbeider»). Spørreskjemaet åpnet for at man kunne kommentere om man hadde en annen utdannelse med helsefaglig relevans enn de nevnte. Her kom det frem at en var vernepleier, fem var utdannet sykepleiere i asiatiske land (uten godkjenning i Norge), en var sykepleierstudent, en gikk på medisinstudiet og tre hadde ingen helsefaglig utdanning. Det ble så opprettet to nye kategorier; «Bachelorutdannede» og «Ikke bachelorutdannede». Vernepleieren ble lagt til i kategorien «Bachelorutdannede» og de ti siste ble lagt til i kategorien «Ikke bachelorutdannede».

#### 4. Antall års erfaring i yrket

Spørreskjema inneholdt i utgangspunktet elleve ulike kategorier. Dette ble redusert til tre kategorier; <1-4 år, 5-14 år og >15 år.

#### 5. Arbeidsplass

Variabelen inneholdt opprinnelig fem kategorier; «Legevakta», «Hjemmesykepleien», «Kommunal akutt døgnenhet», «Langtidsenhet» og «Korttidsenhet». Disse ble redusert til to kategorier; «Sykehjem» og «Hjemmesykepleien». Det var også mulighet for å kommentere om man jobbet et annet sted enn de nevnte og det kom frem at flere jobbet i omsorgsbolig/bolig med service. Organisasjonsmessig tilhører dette hjemmesykepleien og de ble derfor lagt under denne kategorien. Kommunal akutt

døgnet, korttidsenhet og langtidsenhet ble lagt under kategorien «sykehjem».

Kategorien «Legevakta» utgikk ettersom de ikke deltok.

#### 6. Stillingsprosent

Variabelen inneholdt i utgangspunktet fem kategorier. Disse er redusert til tre kategorier; «<50 prosent», «50-79 prosent» og «80-100 prosent».

Likert-skalaen som er benyttet til ALERT-variablene er videre omkodet fra fem til tre enheter. «Helt enig» og «Litt enig» kategoriseres som «Enig». Videre kategoriseres «Helt uenig» og «Litt uenig» som «Uenig». «Verken/eller» er ikke omkodet. Omkodingene er benyttet i frekvenser og krysstabeller i analysene om ALERT. I regresjonsanalysene med Job Satisfaction Scale er de opprinnelige kodingene i likert-skalaen fra 1-5 benyttet. Resultatene av spørreskjemaet om jobbtilfredshet er lagt sammen til en sumscore som benyttes i regresjonsanalyse med variablene fra ALERT (Warr et.al, 1979).

I regresjonsanalysene er noen av variablene omkodet til «dummy-variabler» som er dikotome variabler med verdiene 0 og 1 (Johannessen, 2008). I analysene er kjønn omkodet til «Menn» =0, «Kvinner» =1. Arbeidssted er omkodet til «hjemmesykepleien» =0, «sykehjem» =1. Yrkesutdanning er kodet til «Ikke bachelorutdannede» =0, «Bachelorutdannede» =1.

Noen av spørsmålene i spørreskjemaet var åpne slik at respondentene kunne svare fritt. Disse åpne spørsmålene er lagt inn i SPSS som «string-variabel». Dette er skrevet ut på A4 ark og det er gjort en enkel innholdsanalyse av disse svarene. Det kan være fare for at jeg har misforstått deres svar eller at min kjennskap til ALERT har påvirket hva jeg har sett etter både i negativ og positiv retning. Det kunne tenkes at dette skulle vært analysert av en annen kompetent person. Men på den annen side er det lite materiale og har en liten plass i den totale sammenhengen i oppgaven. Ressursene og fokuset ble derfor brukt på de andre analysene i studien.

I krysstabellene og regresjonsanalysene gjøres signifikanstesting for å undersøke om eventuelle forskjeller i utvalget også kan generaliseres til å gjelde populasjonen. Her rapporteres dette med p-verdi. I denne studien er p-verdien 0,05. I følge Johannessen (2008, side 345) er det vanlig med et signifikansnivå på 5 prosent, noe som betyr at man aksepterer at det er 5 prosents sannsynlighet for at man forkaster nullhypotesen når den er korrekt.

## 4.0 OPPSUMMERING

Artikkelen omhandler helsearbeidernes erfaringer med bruk av observasjons- og kommunikasjonsverktøy og sammenhengen med jobbtilfredshet. Artikkelen tar for seg studiens resultater og drøfting av disse sett i lys av tidligere forskning. Refleksjon rundt studien som ikke presenteres i artikkelen er tatt med i fordypningsdelen. Fordypningsdelen er i hovedsak refleksjon på metode og utfyllende beskrivelse av teoretisk rammeverk. I metoden er det særlig lagt vekt på rekruttering, gjennomføring, spørreskjemapakken og etiske utfordringer. De etiske utfordringene har trolig påvirket rekruttering og gjennomføring av undersøkelsen på den måten at helsearbeiderne i utvalget har måttet omstille seg. Dette kan ha påvirket svarresponsen ved at ansatte kan ha blitt trøtte av informasjon og/eller ved at de har blitt mer interessert. Dessuten fikk jeg tilbakemeldinger fra lederne om at overgangen fra elektronisk spørreskjema til papirformat var positivt, da flere kviet seg og syntes det var tungvint å skulle besvare nettbasert. Videre er det benyttet et spørreskjema som ikke er validert, noe som kan påvirke påliteligheten av resultatene, på en annen side er spørreskjemaet utprøvd og blitt pilottestet etter revidering sammen med prosjektgruppen. Dessuten er de etiske kravene etterlevd og utfordringene med spørreskjemaet om ALERT er drøftet og nøye vurdert, slik at dataene skal kunne være til å stole på. Det kunne også vært interessant å ha undersøkt respondentenes jobbtilfredshet både før og etter kurset og på den måten fått innblikk i hvilke faktorer i jobbtilfredsheten som eventuelt endret seg.

Samhandlingsreformen har de siste årene vært et aktuelt tema og det er nyttig å samle erfaringer gjennom forskning. Derimot er det publisert lite forskning på erfaringer med kompetansehevingstiltak, deriblant ALERT-konseptet. Kommunen studien ble utført i er en av få kommuner som på undersøkelsestidspunktet hadde innført ALERT som kompetansehevingstiltak og det å undersøke helsearbeidernes erfaringer med dette var derfor nyttig, både for undersøkelseskommunen og for andre kommuner som vurderer innføring av kompetansehevingstiltak. Muligheten til å øke kompetansen sin er ofte etterspurt i kommunehelsetjenesten og i denne studien rapporterer helsearbeidere at de har gode erfaringer med ALERT som kompetansehevingstiltak. Økt kunnskap, økt trygghet i observasjon og kommunikasjon og økt bevissthet i kontakt med kritisk syke er noen av de viktigste funnene i denne studien. Det er videre viktig å friske opp denne kunnskapen og bruk av observasjons- og kommunikasjonsverktøy bør inngå i rammebetingelser og rutiner i det

daglige arbeidet med pasienter og kollegaer. Konseptet bør inngå som en del av opplæringen av nyansatte og utdanningsinstitusjoner med helseutdanning bør integrere kurskonseptet i sin utdanningsplan. For at man skal sikre gode overflyttinger mellom institusjoner og nivåer i helsetjenesten er det viktig å sikre at man «snakker samme språk», og ved bruk av felles observasjons- og kommunikasjonsverktøy kan man unngå misforståelser og raskere fange opp endringer.

## 5.0 LITTERATURLISTE

Abelsen, B., Gaski M., Nødland, S.I. & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. NSDM (Nasjonalt senter for distriktsmedisin) og IRIS(International Research Institute of Stavanger). (Rapport IRIS 2014/382, 2014), Lokalisert på: <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Helse-og-omsorg/Samhandlingsreformens-konsekvenser-for-det-kommunale-pleie--og-omsorgstilbudet/>

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van Den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Online)*, 344 (7851) (no pagination)(e1717). doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>

ALERT – Acute Life-Threatening Events: Recognition & Treatment.

Lokalisert på: <http://www.alert-course.com/>

Andersen, I. A., & Andersen, J. R. (2012). Validering av eit måleinstrument for jobbtilfredsheit. *Sykepleien Forskning*, 7(4), 334-340. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0143

Andersson, C., Cekar, K., Einarson, E., Hvarfner, A., Lindby, Å., Lindgren, P.,...& Melby, A.K. Red). (2015). *ProACT – forebygge og behandle livstruende tilstander* (1.utg.). Sverige: Lund, studentlitteratur.

Andresen, I. H., Hansen, T. & Grov, E. K. (2016). Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs. *Nordic Journal of Nursing Research*. 37(2). 90-99.

Bjørk, I. T., Samdal, G. B., Hansen, B. S., Tørstad, S. & Hamilton, G. A. (2007). Job Satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. (44) 747-757.

Bunkenborg, G. (2013) *In-hospital safety, Prevention of deterioration and unexpected death by systematic and interprofessional early warning scoring* (Doktorgradsavhandling). Malmø: Lund University.

Burch, V.C., Tarr, G. & Morroni, C. (2008). Modified early warning score predicts the need for hospital admission and inhospital mortality. *Emerg Med J* (25) 674-678

Engebretsen, S (2010) Sykepleie til pasienter i akuttmottak I: Guldbrandsen, T. & Stubberud D.G. (red): *Intensivsykepleie*. 2. Utgave. Oslo: Akribes AS

Fuhrmann, L., R. Hesselfeldt, A. Lippert, A. Perner & D Østgaard (2009) Observation af kritisk syge patienter. *Ugeskrift for læger* 171(7) 502 – 6  
<http://www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2009/7/pdf/VP04080222.pdf>

Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse -og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Norsk Institutt for Forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring (NOVA Rapport 8, 2013). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. Lokalisert på: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen>

Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Høgskolen i Oslo og Akershus.  
Lokalisert på: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende>

Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien forskning*, 2(13), 148-155.

Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, Mass: Addison-Wesley.



Halvorsrud, L., Kuburovic, J. & Andenæs, R. (2017). *Jobbtilfredshet og livskvalitet blant norske hjemmesykepleiere*. (Masteroppgave). Oslo: Høgskolen i Oslo Akershus.

Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer*. Telemarksforskning (Rapport nr 362). Telemark. Loklisert på:

[https://www.telemarksforskning.no/PROSJEKT/Detalj.asp?p\\_prosjektnr=%2720150180%27&gID=HOV&merket=3](https://www.telemarksforskning.no/PROSJEKT/Detalj.asp?p_prosjektnr=%2720150180%27&gID=HOV&merket=3)

Helsedirektoratet. (2016). *Samhandlingsstatistikk 2014-15*. Lokalisert på:

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk>

IBM Corp. 2014. IBM SPSS Statistics for Windows, Versjon 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Johannessen, A. (2008). *Introduksjon til SPSS*. (4.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS

Kommunehelsetjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. §4-1, §8-1. (2011).

Lokalisert på: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4)

Kaufmann, G. & Kaufmann A. 1998. *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Kyrkjebø, D., Søvde, B.E. & Råholm, M-B. (2017) Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien Forskning*. 11(17). Lokalisert på:

<https://sykepleien.no/forskning/2017/11/sjukepleiarkompetanse-i-kommunehelsetenesta-er-det-rom-fagleg-oppdatering>

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In I. M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349).

Chicago: Rand McNally College Publishing.

Ludikhuize, J., M. Smorenburg, S. Rooij & E Jonge (2012) Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score. *Journal of Critical Care* 27, 24.e7-424.e13

Norheim, K.H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleie – kompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien forskning*, 10(1), 14-22.

Nylenna, M., Gulbrandsen, P., Førde R. & Aasland, O. G. (2005). Job Satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scandinavian Journal of primary Health Care*. (23) 198-202.

Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6. Utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10 th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

ProAct course – ABCDE-opplæring for helsepersonell. Lokalisert på:

<https://www.proactcourse.org/no/>

Smith, G. (2000). *ALERT- Acute life-threatening events recognition and treatment*.

Portsmouth Hospital NHS Trust, Intensive Care Society, Universitetssjukehuset i Lund.

Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction: Application, assessment, Causes and consequences*.

London: Sage publications

Stortingsmelding 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Subbe, C. P., Kruger, M., Rutherford, P. & Gemmel, L. (2001). Validation of a Modified Early Warning Score in medical admissions. *QJ Med* (94) 521-526

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Akershus.

ProACT instruktørsamling. (2015).

Lokalisert på: <https://ushtakerhus.wordpress.com/2015/10/29/proact-instruktorsamling/>

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold. På Alerten. (2013).

Lokalisert på: <http://www.utviklingscenter.no/paa-alerten-samhandling-om-kompetanse.5150085-179690.html>

Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational psychology*, 52(2), 129-148.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. *ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund 2011. Lokalisert på:

[www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

## Artikkel:

### Erfaringer med opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten

Anita Sletner, sykepleier, MSc student,  
Fredrikstad kommune, Fredrikstad Korttidssenter  
Postadresse: Fjeldberglia 9, 1610 Fredrikstad  
Telefonnummer: 47419619  
[anitasletner@yahoo.no](mailto:anitasletner@yahoo.no)

Liv Halvorsrud, førsteamanuensis, PhD, cand.san, sykepleier,  
OsloMet - storbyuniversitetet  
Postadresse: Pb. 4. St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Telefonnummer: 97952118  
[liv.halvorsrud@oslomet.no](mailto:liv.halvorsrud@oslomet.no)

Antall tegn: 20795

Antall ord: 2924

Antall figurer og tabeller: 5

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Samhandlingsreformen har medført at det er sykere pasienter i kommunehelsetjenesten. Dette skaper økt kompetansebehov i kommunehelsetjenesten for å fange opp og forebygge en forverring av pasientens tilstand og bidra til god jobbtilfredshet blant helsearbeidere. Flere norske kommuner benytter undervisningskonseptet Acute, Lifethreatning Events, Recognition and Treatment (ALERT) i opplæringen i strukturert observasjon og kommunikasjon.

**Hensikt:** Denne studien ønsker å undersøke erfaringer etter undervisning i ALERT og hvordan sammenhengen mellom denne erfaringen og jobbtilfredshet er blant helsearbeidere i kommunehelsetjenesten.

**Metode:** Studien er en tverrsnittstudie med spørreskjema som inkluderer 249 helsearbeidere fra seks sykehjem og syv distrikter i hjemmesykepleien i en kommune på Østlandet. Det er utført beskrivende statistikk med frekvenser, samt krysstabeller på sosiodemografiske variabler og spørsmål om erfaringer med ALERT. Videre er det utført lineær regresjonsanalyse for å undersøke om disse erfaringene kan ha sammenheng med jobbtilfredshet.

**Resultater:** Respondentene erfarer at ALERT er et nyttig kompetansehevingstiltak. Over 70 prosent oppgir at opplæringen og bruk av Modified Early Warning Score (MEWS) har bidratt til økt kunnskap, økt observasjonsfokus, økt bevissthet omkring kritisk syke, trygghet i prioritering av tiltak, økt faglig trygghet og struktur i samarbeid med annet helsearbeidere. Respondentene rapporterer en høy jobbtilfredshet og det er få ulikheter avhengig av arbeidssted, utdanning og yrkeserfaring.

**Konklusjon:** Helsearbeidere i kommunehelsetjenesten erfarer at ALERT er nyttig som kompetansehevingstiltak. Flere kommuner bør benytte dette tiltaket slik at man kan kvalitetssikre observasjoner og snakke samme språk på tvers av behandlingsnivå i helsetjenesten.

**Nøkkelord:** Observasjonsverktøy, helsearbeidere, jobbtilfredshet, kommunehelsetjenesten, tverrsnittstudie

## **INTRODUKSJON**

Samhandlingsreformen medfører færre liggedøgn i sykehuset, utskrivning av sykere pasienter til kommunehelsetjenesten enn før (1-3) og mangelfull pasientinformasjon ved overføring mellom helsenivåene (2-6). Dette skaper økt kompetansebehov i kommunehelsetjenesten for å fange opp tidlige tegn, forebygge en forverring av pasientens tilstand, hindre innleggelse i sykehus (7) og bidra til god jobbtilfredshet blant helsearbeidere (8, 9). Strukturert opplæring (ALERT) i bruk av standardiserte observasjonsverktøy, kan bidra til å avdekke en tilstandsforverring hos pasienter på et tidlig tidspunkt (7,10-14).

### **Opplæring i standardisert observasjon (ALERT)**

ALERT (15) er et lisensbelagt flerprofesjonelt undervisningskonsept med den hensikt å trene ansatte i standardisert observasjon av forverring i pasientens tilstand og gi rett behandling til akutt syke. Undervisning og simulering (heldagskurs) ledes av en godkjent instruktør.

Konseptet benytter en algoritme knyttet til Air, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) og observasjonsverktøyet som benyttes til dette er MEWS. Disse gir en totalsskår avhengig av hvor avvikende respirasjonsfrekvens, puls, systolisk blodtrykk, temperatur og bevissthetsnivå er i forhold til det normale. Skåren gir en indikator på pasientens tilstand og hvor raskt lege eller høyere behandlingsnivå må kontaktes. Videre innebærer ALERT-konseptet opplæring i et systematisk kommunikasjonsverktøy med rekkefølgen; Identifisering, Situasjonsbeskrivelse, Bakgrunn, Aktuell tilstand (resultater fra MEWS) og Rådføring (ISBAR) (7, 16). Hensikten er å sikre tydelig og effektiv kommunikasjon mellom helsearbeidere i kritiske situasjoner.

Manglende mulighet for kompetanseheving har betydning for god jobbtilfredshet og dermed økt fare for manglende rekruttering og stabilitet blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten (8, 17). Litteraturstudier og enkeltstudier viser at jobbtilfredshet blant helsearbeidere kan ha sammenheng med mulighet til å utføre godt faglig pasientrettet arbeid, ta faglige beslutninger, mulighet for samarbeid med andre profesjoner, mulighet for et godt kollegafelleskap, mulighet og frihet til å bruke sine ferdigheter, autonomi i arbeidet, ha pasientkontakt og gode arbeidsvilkår (9, 18, 19). Videre har studier vist at ulike helseutdanning tilsa forskjeller i opplevd jobbtilfredshet (20), mens en svensk studie viste ingen signifikant forskjell i jobbtilfredsheten mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og i sykehjem (21).

## **Hensikt**

Oppsummert viser litteraturen at samhandlingsreformen har medført endringer og et behov for opplæring i systematiske observasjonsverktøy i kommunehelsetjenesten, både for å ivareta stadig sykere pasienter og for å bidra til god jobbtilfredshet for helsearbeidere. Derfor er det interessant å undersøke helsearbeideres erfaringer etter ALERT-opplæring og videre sammenhengen mellom denne erfaringen og jobbtilfredshet. Vår studie vil derfor undersøke:

- 1) Hvordan beskriver kommunale helsearbeidere erfaringen etter opplæring i ALERT i forhold til utdanning, arbeidserfaring og arbeidssted.
- 2) Hvordan er sammenhengen mellom erfaringen etter opplæring i ALERT og jobbtilfredshet blant helsearbeidere i kommunehelsetjenesten?

## **METODE**

### **Design**

Denne tverrsnittstudien, utført i en kommune, er en del av et evalueringsprosjekt i tre kommuner på Østlandet som undersøker erfaringer etter opplæring i, og bruk av observasjonsverktøy i kommunale helse- og omsorgstjenester etter opplæring i ALERT-konseptets modell. Etter oppstart av evalueringsprosjektet byttet undersøkelseskommunene undervisningskonsept fra ALERT (15) til proACT (10) (referert til som kun ALERT i denne studien). ProACT er et tilsvarende undervisningskonsept (en dags opplæring av helsearbeidere med ulik utdanningsbakgrunn) som ALERT, men proACT benytter en nyere versjon av observasjonsverktøyet som har endret betegnelse til National Early Warning Score (NEWS). Imidlertid fortsatte vår undersøkelseskommune å benytte observasjonsverktøyet MEWS fra undervisningskonseptet ALERT.

### **Utvalg**

Inkluderingskriterier er utarbeidet i samarbeid med representanter fra evalueringsprosjektet i den aktuelle kommunen og en kontaktperson de utpekte. Alle ansatte som har deltatt på opplæringsprogrammet og som jobber i hjemmesykepleien eller i sykehjem er inkludert. Forespørsel ble sendt på mail til deres ledere, via kontaktpersonen, samt at tjenestelederne fikk laminerte plakater med informasjon om studien og førsteforfatters kontaktinformasjon. Tjenestelederne i hjemmetjenesten ble også informert av førsteforfatter på et tjenesteledermøte i forkant av studien. Det var ikke mulig å få til et slikt møte med de tilsvarende lederne for sykehjemmene, men de fikk samme informasjon per telefon og e-post.

Forespørsel ble sendt ut til seks sykehjem, syv distrikter i hjemmetjenesten og til den kommunale legevakta. Tre sykehjem hadde ikke mulighet til å delta. Legevakta ønsket å delta, men trakk seg underveis på grunn av bemanningsutfordringer på ledernivå.

Spørreskjemaer ble sendt ut til 419 personer hvorav 249 svarte (svarrespons 60 prosent). Tre besvarelser ble forkastet, en på grunn av svært mangelfull utfyllelse og to hadde ikke deltatt på kurs. Førsteforfatter leverte personlig spørreskjemapakker til den lokale kontaktpersonen (utpekt av tjenestelederne). Dette ble fulgt opp av en mail med informasjon slik at man sikret at alle fikk lik informasjon.

### **Spørreskjema**

Spørreskjemaet besto av spørsmål om jobbtilfredshet, Job Satisfaction Scale (JSS) (22) og spørsmål om ALERT som inkluderte sosiodemografiske spørsmål. Skalaen har 10 spørsmål knyttet til forhold på arbeidsplassen (ansvar, variasjon, forholdet til kolleger, fysisk arbeidsmiljø, mulighet til å bruke egne evner i jobben, total jobbtilfredshet, generell fornøydhet med jobben, frihet til å velge egne arbeidsmetoder, anerkjennelse, lønn og arbeidstid). Deltakerne svarte på en likert-skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd) (22). I denne studien er Cronbach's alpha på 0,90.

Et validert spørreskjema som undersøker ansattes erfaringer etter ALERT-kurs var ikke tilgjengelig da studien startet. Forsknings- og utviklingspsykeleier Østensvik, ved daværende Utviklingspsykehjem i Østfold, utformet imidlertid et spørreskjema som ble utprøvd i 2013, etter pilotprosjektet «På Alerten» i Østfold (23). Spørsmålene er, med tillatelse fra Østensvik, blitt noe revidert i samarbeid med evalueringsprosjektets representanter. Det er også lagt inn flere spørsmål om arbeidsforhold, sosiodemografi og dette utgjør 12 spørsmål. Videre er det 3 åpne og 18 lukkede spørsmål knyttet til ALERT og rammebetingelser på arbeidsplassen. Det benyttes en Likert-skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) på de lukkede spørsmålene.

I forkant av analysene ble spørsmålene om ALERT delt inn i to kategorier; «Spørsmål om erfaringer med ALERT» og «Rammebetingelser (rutiner og behandlingsrettede tiltak)» (tabell 2). Førstnevnte kategori inneholder spørsmål om direkte erfaringer med MEWS og ISBAR. Sistnevnte kategori inneholder spørsmål om rutiner og tiltak som er knyttet til rammebetingelser på den enkeltes arbeidsplass. Oppdeling er gjort etter nøye overveielse av forfatterne på bakgrunn av litteratur og førsteforfatters erfaring med ALERT.



## **Analyse**

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programvare versjon 23 ble brukt til statistiske analyser (IBM SPSS Statistics) (24). Beskrivende statistikk (frekvens) er benyttet til å vise karakteristikk ved utvalget og fordeling av svarene i ALERT-spørsmålene. Det er videre utført chi-kvadrat test i krysstabeller på ALERT-spørsmålene for å avdekke eventuelle signifikante forskjeller avhengig av arbeidssted, utdanning og erfaring. Signifikansnivået er satt til 0,05. De 3 åpne spørsmålene er kategorisert i tabeller ut fra hva som ble beskrevet hyppigst. Regresjonsanalyser er benyttet for å undersøke hvor mye av variansen i jobbtilfredshet (avhengig variabel) som kan forklares av erfaringer etter opplæring i ALERT, kontrollert for kjønn, utdanning, arbeidssted og antall års yrkeserfaring. Univariate analyser ble gjennomført på alle variablene fra ALERT og de sosiodemografiske variablene som det kontrolleres for. Kun signifikante variabler ble benyttet i to multiple regresjonsmodeller. Modell 1; Spørsmål om erfaringer med ALERT og modell 2; Rammebetingelser (rutiner og behandlingsrettede tiltak). Den ustandardiserte regresjonskoeffisienten B presenteres og indikerer hvor mye den avhengige variabelen varierer med en uavhengig variabel når alle andre uavhengige variabler holdes konstant (25). Forklart varians ( $R^2$ ) viser hvor stor forklaringskraft en modell har, samtidig angir  $R^2$  hvor stor del av variansen i den avhengige variabelen som kan forklares med de uavhengige variablene.

## **Etiske overveielser**

Respondentene er informert om studiens formål og frivillig deltakelse. Ved å svare på spørreskjemaet har de samtykket til å delta. Besvarelsene er anonyme og blir makulert/slettet ved studiens slutt og resultatet presenteres slik at informantene beholder sin anonymitet. Studien er meldt til personvernombudet (NSD) med prosjektnummer 46682. Data er plottet inn i SPSS av førsteforfatter og er kontrollert av en kollega.

## **RESULTATER**

### **Karakteristikker av utvalget**

Tabell 1 viser at utvalget i hovedsak består av kvinner (80 prosent), flesteparten av utvalget er under 30 år eller over 50 år og halvparten har bachelorutdanning eller høyere. Tjuefire prosent av respondentene har videreutdanning i kreftsykepleie, ledelse, sårsykepleie, rehabilitering eller akuttsykepleie og om lag tre fjerdedeler har fem års erfaring eller mer. De fleste (82 prosent) har en stillingsstørrelse på 80 prosent eller mer og majoriteten (76 prosent) arbeider i hjemmesykepleien (tabell 1). Nesten halvparten (42 prosent) kjente til ALERT-konseptet før

kurset. Det rapporteres en total gjennomsnittlig jobbtilfredshet-skår på 5 (mellom 2-7) (Helsearbeidere med bachelorutdanning har en total jobbtilfredshet-skår på 5,19 og helsearbeidere uten Bachelorutdanning har en skår på 4,89).

### **Erfaringer etter ALERT-kurs**

Tabell 2 viser erfaringer og rammebetingelser etter opplæring i ALERT. På 9 av 12 spørsmål om erfaringer oppgir 70 prosent eller flere at ALERT-opplæring hadde bidratt til økt kunnskap, faglig trygghet, observasjonsfokus og bevissthet omkring kritisk syke. De rapporterte om økt bruk av systematisk observasjonsverktøy, at andre/flere observasjoner gjøres, større trygghet i prioritering av tiltak, endringer hos pasienten fanges raskere opp, og de er mer strukturert i kontakt med andre helsearbeidere.

Tabell 3 viser at det er signifikante forskjeller i erfaringene med ALERT i forhold til utdanning (to spørsmål), antall års erfaring (to spørsmål) og arbeidssted (fem spørsmål). På det ene av de tre åpne spørsmålene (om de gjør noe annerledes i en situasjon i dag enn før kurset) svarer respondentene at de etter kurset er blitt faglig tryggere, mer systematisk i sine observasjoner, at de utfører MEWS-målinger før de ringer lege/legevakt og noen sier at de på denne måten opplever å «bli hørt» på legevakta.

### **Sammenhengen mellom jobbtilfredshet og opplæring i ALERT**

I univariate regresjonsanalyser med JSS (avhengig variabel), og de sosiodemografiske variablene var kun utdanning signifikant. Den multivariate regresjonsanalysen i modell 1, viser at «Flere faglige diskusjoner på arbeidsplassen» ( $B=0,214$ ) har signifikant sammenheng med total jobbtilfredshet. Den totale variansen som forklares med denne modellen er 13 prosent. Den multivariate regresjonsanalysen av spørsmål om MEWS og ISBAR (modell 1, tabell 4) viser at kun variablene «faglige diskusjoner på arbeidsplassen» og «utdanning» har en signifikant påvirkning på jobbtilfredshet. «Utdanning» har sterkest påvirkning ( $B = 0,300$ ) og modellen forklarer 13 prosent av variansen. Multivariat regresjonsanalyse av spørsmål om rammebetingelser på arbeidsplassen (modell 2, tabell 5) viser at «utdanning», «rutiner for dokumentasjon av vitale parametere» og «avklaringer om gjenopplivning» har en signifikant påvirkning på jobbtilfredsheten. Variabelen «Rutiner for dokumentasjon» ( $B= 0,414$ ) har sterkest påvirkning og modellen forklarer 22 prosent av variansen.

## DISKUSJON

Denne studien utforsker erfaringer etter opplæring i ALERT i kommunehelsetjenesten og sammenhengen mellom denne erfaringen og jobbtilfredshet. Hovedfunnene i denne studien viser at helsearbeidere erfarte at de har fått økt kunnskap, trygghet, et bredere observasjonsspekter og økt bevissthet på viktigheten av tydelig kartlegging og kommunikasjon i situasjoner med kritisk syke pasienter. Videre viser studien at muligheten for faglige diskusjoner, rutiner for dokumentasjon og avklart akuttbehandling som hjerte-lunge-redning (HLR) har sammenheng med jobbtilfredshet. Samhandlingsreformen medfører raskere utskrivning fra sykehus og dermed har flere og sykere pasienter behov for oppfølging i kommunehelsetjenesten (1, 2). Dette stiller høyere krav til kompetanse både på sykehjem og i hjemmesykepleien. God faglig kompetanse gir kvalitativ bedre pasientbehandling (17). I utgangspunktet har sykepleiere en høyere kompetanse enn helsefagarbeidere til å møte denne endringen i kommunehelsetjenesten, men det er vanskelig å rekruttere nok sykepleiere til kommunehelsetjenesten (8). Etter innføring av samhandlingsreformen jobber sykepleiere mindre pasientnært og er mer presset på tid (3), dermed er man mer avhengig av at medarbeidere uten bachelorutdanning er kompetente til å gjøre flere observasjoner enn før. En rapport fra Vestlandet, om konsekvenser etter innføring av samhandlingsreformen viser at helsefagarbeidere får andre oppgaver som helsearbeidere med høyere utdanning utførte før reformen (26). Vår studie viser at nettopp helsearbeidere uten bachelor i større grad enn helsearbeidere med bachelorutdanning rapporterer at de har fått kunnskap til å gjøre flere og/eller andre observasjoner etter kurset. Og med et felles validert verktøy, slik som MEWS, beregnet til bruk for helsearbeidere generelt kan sykepleiere delegerer arbeidsoppgaver samtidig som de har et felles kommunikasjonsverktøy. Dessuten viser forskning at MEWS egner seg til bruk på steder der det er få ansatte med høyere utdanning og der helsearbeidere har begrenset med erfaring (14).

Det er interessant at helsearbeidere i sykehjem i signifikant større grad enn helsearbeidere i hjemmesykepleien erfarer at MEWS fanger opp endring i pasientens tilstand og at de også har blitt tryggere i tiltaksprioritering etter kurset. Det undres om dette kan ha sammenheng med at helsearbeidere i hjemmesykepleien arbeider mer alene enn de på sykehjem (27), møter utfordrende og akutte situasjoner alene og i større grad har utviklet en erfaring med å stole på egen erfaring og «det kliniske blikk» (7) fremfor standardiserte observasjonsverktøy. Dessuten legger kurskonseptet, ALERT, vekt på at kombinasjonen av «klinisk blikk» og systematisk kartlegging øker forutsetningene for at en livstruende tilstand oppdages slik at tiltak kan iverksettes (7, 16). Skjønt litteratur understreker nødvendigheten av systematisk

kartlegging i utøvelse av sykepleie (28). Det er verdt å merke at helsearbeidere med kortere erfaring (<1-4 år) i signifikant større grad enn helsearbeidere med lengre erfaring rapporterer at ALERT-kurset har bidratt til økt trygghet i å prioritere tiltak i møte med kritisk syke pasienter. Benner (1996) hevder at man har fem utviklingstrinn innen klinisk sykepleie og at det tar omtrent fem år før man har stor nok erfaringsbakgrunn til å være selvstendig, rask og sikker på sin vurdering. Og videre ved lavere utdanning og/eller liten erfaring vil man være avhengig av regler og prosedyrer for å kunne utføre ferdighetene på en tilfredsstillende måte (29). At helsearbeidere med kortere erfaring og utdanning rapporterer økt trygghet etter ALERT-kurset kan tenkes å ha sammenheng med nettopp dette. Gjennom kurset får de opplæring i nyttige verktøy som hjelp i vurderingen av den kritisk syke pasienten. ALERT-konseptet handler i stor grad om å være i forkant, forebygge istedenfor å behandle, altså være pro-aktiv. Dette er et av hovedbudskapene i samhandlingsreformen for å sikre gode pasientforløp for den enkelte (4).

Fastlegen og sykehjemslegen har også sentrale roller i pasientforløpet. Helsearbeiderne i vår studie rapporterer at de oftere kontakter legen for avklaringer etter opplæringen og at bruk av ISBAR og MEWS har bidratt til økt trygghet ved samarbeid med lege, legevakt og andre nivåer i helsetjenesten. Dette reflekterer viktigheten av å ha et felles system og at vi «snakker samme språk» på tvers av nivåer i helsetjenesten. Like viktig som det gode pasientforløpet, er avklaring av etiske avgjørelser som HLR minus eller det å avslutte/påbegynne væskebehandling hos døende. Dette kan være nyttig å avklare både for helsearbeiderne, pasienten og pårørende for å unngå unødvendige sykehusinnleggelser samt å bidra til en verdig død. Men funnene i vår studie viser at helsearbeidere i hjemmesykepleien i signifikant mindre grad enn helsearbeidere i sykehjem erfarer at de har et avklart forhold til hvilke pasienter som ikke skal få livsforlengende behandling eller hvem som skal gjenopplives ved hjertestans. I lys av at kun 14 prosent dør i hjemmet (30) kan det trolig være at dette ikke er en like aktuell problemstilling i hjemmesykepleien som i sykehjem. Men samtidig er det stadig sykere pasienter som bor hjemme (6) og derfor skulle det være en aktuell problemstilling i hjemmesykepleien også.

I likhet med andre studier rapporterer også respondentene i vår studie at deres jobbtilfredshet er god (18, 31-33). Studien vår peker også på at erfaringer etter opplæring i ALERT bidrar til jobbtilfredshet. Riktignok viser en nyere studie at «muligheten for å lære nye ting» ikke har signifikant påvirkning av jobbtilfredsheten (32). Bjørk (2007) bekrefter dette i sin studie, der

sykepleiere som er med i et «klinisk stige»- program ikke rapporterer høyere jobbtilfredshet enn de som ikke deltok i dette programmet (33). Likevel kan vi ut fra de signifikante funnene i vår studie antyde at «mer kompetanse», «muligheten til å ha faglige diskusjoner på arbeidsplassen», «rutiner for dokumentasjon av vitale parametere» og «avklart forhold til pasienter som skal gjenopplives ved hjertestans» har en signifikant påvirkning av jobbtilfredsheten.

### **Styrker og begrensninger**

En styrke i denne studien er at den inkluderer alle som har vært på kurs og at respondentene har ulik erfaring og utdanning. Det er viktig å undersøke alle ansattes erfaringer, da MEWS og ISBAR er et verktøy som skal kvalitetssikre observasjoner uavhengig av hvem som utfører dem. En begrensning i studiens validitet og reliabilitet er at spørreskjemaet om ALERT ikke er validert. Et validert skjema var på undersøkelsestidspunktet ikke tilgjengelig og for at man skulle kunne utføre undersøkelsen var det hensiktsmessig å kunne benytte et skjema som allerede var utarbeidet og utprøvd fremfor å lage et nytt. En svarrespons på 60 prosent anses å være tilfredsstillende (34). Det er ikke utført bortfallsanalyse av utvalget og man vet derfor ikke om utvalget er representativt for alle som har vært på kurs i kommunen undersøkelsen ble utført i. Av utvalget utgjør menn en liten gruppe (N=50, 20 prosent). Ettersom SSB i 2016 rapporterte at andel menn med helse- og sosialfaglig utdanning var 15,2 prosent (35), ses dette som en styrke i studien vår. Som en styrke må det nevnes at førsteforfatter er ALERT-instruktør og at dette har vært avgjørende for valg av problemstilling. Det er liten sjanse for at forforståelsen påvirker habiliteten, tvert imot bidrar den til lettere å forstå resultatene og å diskutere disse.

### **Konklusjon**

Deltakerne rapporterer gode erfaringer med undervisning i systematisk observasjons- og kommunikasjonsverktøy og at denne kunnskapen blir brukt i praksis. Helsearbeidere etterspør ofte mulighet for faglig utvikling, og sett i lys av samhandlingsreformens krav om økt kompetanse ser dette kompetansehevingstiltaket ut til å ha en signifikant påvirkning på helsearbeidernes jobbtilfredshet og de beskriver økt trygghet i utførelsen av behandling og observasjon av kritisk syke. For å lykkes med samhandlingsreformen bør man derfor satse videre på systematiske kompetansehevingstiltak, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og ikke minst undersøke effekten av slike tiltak både på pasientbehandlingen og ansattes jobbtilfredshet. ALERT-konseptet synes å være et godt hjelpemiddel som andre kommuner

bør vurdere å benytte. Konseptet kan også være aktuelt å benytte i ulike helseutdanninger, samt inngå som en del av opplæringen av nye arbeidstakere i ulike helseinstitusjoner. Det kan også være nyttig at leger inngår i opplæringen i de ulike institusjonene for å bedre samhandlingen og «snakke samme språk».

**Tabell 1:** Karakteristikk av utvalget (n (%))

---

<b>Kjønn (n =246)</b>		<b>Antall år erfaring i yrket (n =246)</b>	
Kvinne	196 (80)	<1-4	49 (20)
Mann	50 (20)	5-14	96 (39)
<b>Alder (n =246)</b>		>15	101 (41)
<20-39	91 (37)	<b>Arbeidssted (n =246)</b>	
40-49	67 (27)	Hjemmesykepleien	188 (76)
50>	88 (36)	Sykehjem	58 (24)
<b>Sivilstatus (n =245)</b>		<b>Stillingsprosent (n =246)</b>	
Partner	177 (72)	<50	11 (5)
Ikke partner	68 (28)	50-79	33 (14)
<b>Utdannelse (n =246)</b>		80-100	202 (82)
Bachelor*	121/1 (50)		
Ikke bachelor**	114/10 (50)		
<b>Videreutdanning (n =235)</b>			
Ja	59 (24)		
Nei	176 (72)		

---

\*sykepleier/vernepleier \*\*helsefagarbeider/ufaglærte

**Tabell 2:** Ansattes erfaringer etter ALERT-kurs

	Frekvenser	Krysstabeller (signifikante ulikheter*)		
	Antall Enig/n (%)	Utd.	Arb.sted	Erfaring
<b>Erfaringer med bruk av MEWS og ISBAR etter ALERT-kurs</b>				
ALERT-kurset har bidratt til at jeg har et økt fokus på å observere pasienter med kritisk/skutt sykdom (n =246)	189(77)			
ALERT-kurset har bidratt til at jeg har fått økt kunnskap i vurdering og observasjon av pasienter (n =246)	201(82)			
ALERT-kurset har bidratt til at jeg er mer bevisst på hvem som er risikopasienten hos oss (n =246)	184(75)			
Etter ALERT-kurset benytter jeg systematisk pasientobservasjon basert på ABCDE-prinsippet (n=246)	195(79)			
ALERT-kurset har bidratt til at jeg gjør andre/flere observasjoner nå enn tidligere (n =246)	172(70)	*		
ALERT-kurset har gjort meg tryggere i å prioritere tiltak i møte med kritisk syke pasienter (n =246)	185(75)		*	*
MEWS bidrar til at jeg raskere kan fange opp endringer i pasientens tilstand (n =246)	207(84)		*	
ALERT-kurset har bidratt til økt bruk av «akuttskjema» (n =244)	136(55)			*
ALERT-kurset har bidratt til at jeg oftere spør legen om å vurdere og avklare videre behandling av pasienten (n=237)	124(50)		*	
ALERT-kurset har bidratt til at jeg har økt faglig trygghet når lege kontaktes (n =240)	186(76)			
ALERT-kurset har bidratt til flere faglige diskusjoner på min arbeidsplass (n =246)	125(51)			



ISBAR har bidratt til at jeg er mer strukturert når jeg kontakter legen eller ringer ansvarlig sykepleier (n =246) 183(75)

---

**Rammebetingelser  
(rutiner og behandlingsrettede tiltak)**

På min arbeidsplass har vi rutiner for målinger av blodtrykk, puls, respirasjons og bevissthet ved kontakt med nye brukere/pasienter/beboere (n =245) 189(77) \*

På min arbeidsplass har vi det utstyret vi trenger til observasjon, vurdering og behandling av pasientenes/brukernes/beboernes tilstand (n =246) 191(78)

På min arbeidsplass har vi gode rutiner for hvor og hvordan vi dokumenterer observasjoner av vitale tegn (n =246) 188(76) \*

På min arbeidsplass har vi avklart hvilke tiltak vi kan gjøre/ikke gjøre i akutte situasjoner før lege kontaktes (for eksempel gi O2) (n =245) 138(56)

På min arbeidsplass har vi et avklart forhold til hvilke pasienter som ikke skal få livsforlengende behandling (eksempelvis væske eller antibiotika intravenøst) (n =242) 109(44) \*

På min arbeidsplass vet vi hvilke pasienter som ikke skal gjenopplives ved en eventuell hjertestans (n =242) 133(54) \*

---

Tabellen skisserer antall som angir at de er «helt enig» og «noe enig» i påstandene, resterende har svart enten «verken enig eller uenig», «noe uenig» eller «helt uenig». Stjerne (\*) viser hvilke påstander som er signifikant ulike basert på utdanning, arbeidssted eller erfaring. Disse ulikhetene utdypes i tabell 3.

**Tabell 3:** Erfaringer etter ALERT-kurs i forhold til utdanning, erfaring og arbeidssted

Spørsmål		Enig n / %	p- verdi
<b>Utdanning</b>			
ALERT-kurset har bidratt til at jeg gjør andre/flere observasjoner nå enn tidligere (n =246)	Høgskoleutdannede (n=122)	73(60)	0,001
	Ikke høgskoleutdannede (n=124)	99(80)	
På min arbeidsplass har vi gode rutiner for hvor og hvordan vi dokumenterer observasjoner av vitale tegn (n =246)	Høgskoleutdannede (n=122)	91(75)	0,044
	Ikke høgskoleutdannede (n=124)	97(78)	
<b>Erfaring</b>			
ALERT-kurset har bidratt til økt bruk av «akuttskjema» (n =244)	<1-4år (n=49)	18(37)	0,016
	5-14år (n=96)	60(63)	
	>15 år (n=99)	58(59)	
ALERT-kurset har gjort meg tryggere i å prioritere tiltak i møte med kritisk syke pasienter (n =246)	<1-4 år (n=49)	44(90)	0,009
	5-14år (n=96)	75(79)	
	>15 år (n=101)	66(65)	
<b>Arbeidssted</b>			
ALERT-kurset har gjort meg tryggere i å prioritere tiltak i møte med kritisk syke pasienter (n =246)	Hjemmesykepleien (n=188)	135(72)	0,042
	Institusjon (n=58)	50(86)	
MEWS bidrar til at jeg raskere kan fange opp endringer i pasientens tilstand (n =246)	Hjemmesykepleien (n=188)	152(81)	0,039
	Institusjon (n=58)	55(95)	
ALERT-kurset har bidratt til at jeg oftere spør legen om å vurdere og avklare videre behandling av pasienten (n=237)	Hjemmesykepleien (n=182)	87(48)	0,023
	Institusjon (n=55)	37(67)	
På min arbeidsplass har vi rutiner for målinger av blodtrykk, puls, respirasjons og bevissthet ved kontakt med nye brukere/pasienter/beboere (n=245)	Hjemmesykepleien (n=187)	136(73)	0,012
	Institusjon (n=53)	53(91)	
På min arbeidsplass har vi et avklart forhold til hvilke pasienter som ikke skal få livsforlengende behandling (eksempelvis væske eller antibiotika intravenøst) (n =242)	Hjemmesykepleien (n=185)	71(38)	0,001
	Institusjon (n=57)	38(67)	
	Hjemmesykepleien (n=184)	85(46)	0,000

På min arbeidsplass vet vi hvilke pasienter som Institusjon (n=58) 48(83)  
ikke skal gjenopplives ved en eventuell  
hjertestans (n =242)

p-verdi 0,05. Kun variabler med signifikante resultater er vist i tabellen.

**Tabell 4 (Modell 1):** Univariat og multivariat regresjonsanalyse av spørsmål om MEWS og ISBAR med JSS som avhengig variabel.

	Univariate analyser				Multivariate analyser (n=231)		
	B	SE	R2	p-verdi	B	SE	p-verdi
Økt fokus på observasjon (n=242)	0,149	0,063	0,023	0,018	-0,046	0,110	0,676
Økt kunnskap (n=242)	0,225	0,063	0,051	0,000	0,185	0,113	0,104
Bevisst på risikopasienten (n=242)	0,099	0,063	0,010	0,118			
Observerer etter ABCDE (n=242)	0,101	0,063	0,011	0,107			
Gjør andre/flere observasjoner (n=242)	0,125	0,057	0,020	0,028	-0,070	0,086	0,420
Tryggere i prioritering av tiltak (n=242)	0,153	0,060	0,026	0,011	-0,139	0,097	0,153
MEWS fanger raskt opp endringer (n=242)	0,290	0,067	0,072	0,000	0,148	0,098	0,132
Økt bruk av akutt skjema (n=240)	0,100	0,048	0,018	0,039	-0,007	0,066	0,921
Spør legen oftere (n=233)	0,131	0,056	0,023	0,021	0,023	0,068	0,739
Økt faglig trygghet i legesamtale (n=236)	0,203	0,062	0,044	0,001	0,084	0,091	0,354
Flere faglige diskusjoner (n=242)	0,225	0,054	0,066	0,000	0,214	0,078	0,007*
ISBAR og struktur i samtale (n=242)	-0,161	0,056	0,033	0,004	-0,026	0,083	0,758

**Forklaringsprosent 13%**

**Tabell 5 (Modell 2):** Univariat og multivariat regresjonsanalyse av spørsmål om rammebetingelser på arbeidsplassen og JSS som avhengig variabel

	Univariate analyser				Multivariate analyser (n=234)		
	B	SE	R2	p-verdi	B	SE	p-verdi
Har rutiner for målinger (n=241)	0,118	0,054	0,019	0,031	-0,053	0,056	0,347
Har det utstyret man trenger (n=242)	0,223	0,062	0,051	0,000	0,048	0,067	0,471
Har rutiner for dokumentasjon (n=242)	0,414	0,061	0,160	0,000	0,314	0,077	0,000*
Avklart tiltak i akuttsituasjoner (n=241)	0,202	0,051	0,061	0,000	0,057	0,057	0,317
Avklart om livsforlengende behandling (n=238)	0,218	0,049	0,073	0,000	0,013	0,070	0,853
Avklart om HLR (n=238)	0,228	0,045	0,096	0,000	0,133	0,064	0,040*
<b>Forklaringsprosent</b>							
<b>22%</b>							

## Referanser

1. Haukelien H, Vike H, Vardheim I. Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. Telemarksforskning (Rapport nr 362). Telemark; 2015. Tilgjengelig fra:  
[https://www.telemarksforskning.no/PROSJEKT/Detalj.asp?p\\_prosjektnr=%2720150180%27&gID=HOV&merket=3](https://www.telemarksforskning.no/PROSJEKT/Detalj.asp?p_prosjektnr=%2720150180%27&gID=HOV&merket=3) (Nedlastet 02.10.16)
2. Norheim K H, Thoresen L. Sykepleie – kompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? Sykepleien forskning, 2015; 10(1), 14-22.
3. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse -og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Norsk Institutt for Forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring (NOVA Rapport 8, 2013). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen>  
(nedlastet 09.11.14)
4. Helse og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding 47 (2008–2009)  
Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Tilgjengelig fra:  
<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>  
(nedlastet 13.09.14)
5. Helsedirektoratet. Samhandlingsstatistikk 2014-15. (2016). Tilgjengelig fra:  
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk> (nedlastet 01.11.17)
6. Grimsmo A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien forskning. 2013; 2(13), 148-155.
7. Andersson C, Cekar K, Einarson E, Hvarfner A, Lindby Å, Lindgren P,... Melby A K (Red). ProACT – forebygge og behandle livstruende tilstander (1.utg.). Sverige: Lund, studentlitteratur; 2015.

8. Gautun H, Øien H, Bratt C. Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Høgskolen i Oslo og Akershus; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende> (nedlastet 14.05.16)
9. DeCola P R, Riggings P. Nurses in the workplace: expectations and needs. International Nursing Review, 2010; 57(3), 335-342. Doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00818.x
10. ProAct course – ABCDE-opplæring for helsepersonell. Tilgjengelig fra: <https://www.proactcourse.org/no/> (nedlastet 15.02.2018)
11. Subbe C P, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a Modified Early Warning Score in medical admissions. QJ Med 2001;(94) 521-526
12. Ludikhuize J, Smorenburg M, Rooij S, Jonge E. Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score. Journal of Critical Care. 2012; 27, 24.e7-424.e13
13. Bunkenborg G. In-hospital safety, Prevention of deterioration and unexpected death by systematic and interprofessional early warning scoring (Doktorgradsavhandling). Malmø: Lund University; 2013.
14. Burch V C, Tarr G, Morroni C. Modified early warning score predicts the need for hospital admission and inhospital mortality. Emerg Med J 2008; (25) 674-678
15. ALERT – Acute Life-Threatening Events: Recognition & Treatment. Tilgjengelig fra: <http://www.alert-course.com/> (nedlastet 15.02.2018)
16. Smith G. ALERT- Acute life-threatening events recognition and treatment. Portsmouth Hospital NHS Trust, Intensive Care Society, Universitetssjukehuset i Lund; 2000.

17. Aiken L H, Sermeus W, Van Den Heede K, Sloane D M, Busse R, McKee M, . . . , Kutney-Lee A. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* (Online), 2012; 344 (7851) (no pagination) (e1717).  
doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>
18. Halvorsrud L, Kuburovic J, Andenæs R. Jobbtilfredshet og livskvalitet blant norske hjemmesykepleiere. (Masteroppgave). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2017.
19. Caers R, DuBois C, Jegers M, De Gieter S, De Cooman R, Pepermans R. Measuring community nurses' job satisfaction: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2008; 62(5), 521-529. Doi10.1111/j.1365-2648.2008.04620.x
20. Myhren H, Ekeberg Ø, Stokland O. Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *Critical Care Research and Practice*. 2013; 1-6. doi: 10.1155/2013/786176
21. Hasson H, Arnetz J E. Nursing Staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: A comparison of home-based care and nursing homes: Older people and long-term care. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(4), 468-481. Doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x
22. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational psychology*, 1979; 52(2), 129-148.
23. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold. På Alerten. (2013). Tilgjengelig fra: <http://www.utviklingssenter.no/paa-alerten-samhandling-om-kompetanse.5150085-179690.html> (nedlastet 01.11.2017)
24. Field A. *Discovering statistics using SPSS: (And sex, drugs and rock'n' roll)*. London: SagePublications Ltd; 2005.

25. IBM Corp. 2014. IBM SPSS Statistics for Windows, Versjon 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.
26. Øyen K R, Corneliussen H G, Sunde O S, Mittenmeier E, Strand G L, Solheim M, Ytrehus S. Hvordan har hjemmetjenesten i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen. 2015. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/278618> (nedlastet 07.11.17)
27. Fjørtoft A-K. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
28. Engebretsen S. Sykepleie til pasienter i akuttmottak I: Guldbrandsen, T. & Stubberud D.G. (red): Intensivsykepleie. 2. Utgave. Oslo: Akribe AS; 2010
29. Benner P, Tanner C A, Chesla C A. Expertise in Nursing Practise Caring. Clinical Judgement, and Ethics. New York: Spring Publishing Company; 1996.
30. Fonn M. Vi ha døden tilbake i hjemmet. Sykepleien. 2015. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2015/11/vil-ha-doden-tilbake-til-hjemmet> (nedlastet 15.02.2018)
31. Andersen I A, Andersen J R. Validering av eit måleinstrument for jobbtilfredsheit. Sykepleien Forskning, 2012; 7(4), 334-340. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0143
32. Andresen I H, Hansen T, Grov E K. Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs. Nordic Journal of Nursing Research. 2016; 37(2). 90-99.
33. Bjørk I T, Samdal G B, Hansen B S, Tørstad S, Hamilton G A. Job Satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2007; (44) 747-757.
34. Johannessen A, Tufte P A, Christoffersen L. Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode. (4.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS; 2010



35. **Statistisk sentralbyrå.** Helse og sosialpersonell, 2016. Tilgjengelig fra:

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesopers> (Nedlastet 10.03.2018)

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv på E-post til ledere og ansatte

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *”ALERT som kompetansehevingstiltak i primærhelsetjenesten”*

##### Bakgrunn og formål

Dette er en mastergradsstudie som utføres ved Høgskolen i Oslo og Akershus og i samarbeid med Bærum kommune.

Temaet som aktualiseres er kompetanseutfordringer i primærhelsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Kravet til og behovet for et proaktivt observasjonsfokus har økt etter innføring av denne reformen hvor kommunens helseoppgaver er endret. På bakgrunn av dette er hensikten å undersøke helsearbeidernes egenopplevde kartleggings – og observasjonspraksis etter ALERT-kurs. Det vil også undersøkes hvordan deltakerne generelt opplever sin egen jobbtilfredshet.

Du forespørres om å delta på denne **studien** fordi du har deltatt på ALERT-kurs. Undersøkelsen vil bli sendt til alle kursdeltakere i Bærum kommune.

##### Hva innebærer deltakelse i studien?

Du vil besvare et **elektronisk** spørreskjema som omhandler spørsmål om egenopplevd observasjons- og kartleggingskunnskap etter utført ALERT-kurs, samt generelle spørsmål om jobbtilfredshet.

##### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun undertegnede, som student, og veileder ved Høgskolen i Oslo og Akershus som vil ha tilgang til besvarelsene. Besvarelsene vil anonymiseres og vil ikke kunne gjenkjennes i presentasjonen av resultatene. Studien skal etter planen avsluttes i juni 2017. Alt datamateriale vil anonymiseres ved prosjektets slutt.

##### **Frivillig deltakelse**

**Det er frivillig å delta i studien. Du samtykker til å delta i studien ved å** bekrefte deltagelse på mail til masterstudent Anita Sletner, mail: [s122060@stud.hioa.no](mailto:s122060@stud.hioa.no) merket «ALERT us». Elektronisk spørreskjema vil da bli sendt til deg i mai / juni 2016.

Dersom du har spørsmål om studien, ta kontakt med Anita Sletner på telefonnummer 47419619.

Veileder for prosjektet/masteroppgaven er førsteamanuensis Liv Halvorsrud ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hun kan kontaktes på telefon 67236038.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vedlegg 2: Laminert plakat med informasjon om studien

# ALERT!

ALERT – nyttig kompetanse? Del dine erfaringer med oss



Foto: HiOA/Benjamin A. Ward

## ***”ALERT som kompetansehevingstiltak i primærhelsetjenesten”***

Jeg heter Anita Sletner og er masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I samarbeid med Bærum kommune ønsker jeg å undersøke dine erfaringer med ALERT som kompetansehevingstiltak.

I kommunehelsetjenesten krever samhandlingsreformen økt kompetanse og et proaktivt observasjonsfokus. På bakgrunn av dette er hensikten å undersøke deres egenopplevde kartleggings – og observasjonspraksis etter ALERT-kurs. Det vil også stilles spørsmål knyttet til din generelle jobbtilfredshet.

Undersøkelsen vil ses i sammenheng med et større evalueringsprosjekt mellom Bærum, Lørenskog og Fredrikstad, der Bærum kommune er prosjektansvarlig. Flere har allerede deltatt i fokusgruppeintervju og det vil være nyttig å kunne innhente mer informasjon om erfaringene med ALERT-kurs.

Beregnet tidsbruk på undersøkelsen: **10-15 minutter**

Undersøkelsen avsluttes: **Mandag 20.juni 2016**

### Kontaktpersoner:

Masterstudent Anita Sletner,  
tlf 47419619.

Veileder førsteamanuensis Liv Halvorsrud, Høgskolen i Oslo og Akershus,  
tlf 67236038.

Vedlegg 3: Spørreskjema

# ALERT

## som kompetansehevingstiltak i primærhelsetjenesten

Til ansatte i Bærum kommune som har deltatt på ALERT-kurs

Beregnet tidsbruk: 10-15 minutter

Undersøkelsen avsluttes: mandag 20.juni 2016

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *"ALERT som kompetansehevingstiltak i primærhelsetjenesten"*

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er en mastergradsstudie som utføres ved Høgskolen i Oslo og Akershus og i samarbeid med Bærum kommune.

Temaet som aktualiseres er kompetanseutfordringer i primærhelsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Kravet til og behovet for et proaktivt observasjonsfokus har økt etter innføring av denne reformen hvor kommunens helseoppgaver er endret. På bakgrunn av dette er hensikten å undersøke helsearbeidernes egenopplevde kartleggings- og observasjonspraksis etter ALERT-kurs. Det vil også undersøkes hvordan deltakerne generelt opplever sin egen jobbtilfredshet.

Undersøkelsen vil ses i sammenheng med et større evalueringsprosjekt mellom Bærum, Lørenskog og Fredrikstad, der Bærum kommune er prosjektansvarlig. Flere har allerede deltatt i fokusgruppeintervju og det vil være nyttig å kunne se sammenhengen mellom resultatene.

Du forespørres om å delta på denne studien fordi du har deltatt på ALERT-kurs. Undersøkelsen vil bli sendt til alle kursdeltakere i Bærum kommune.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Du vil besvare et spørreskjema som omhandler spørsmål om egenopplevd observasjons- og kartleggingskunnskap etter utført ALERT-kurs, samt generelle spørsmål om jobbtilfredshet.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun undertegnede, som student, og veileder ved Høgskolen i Oslo og Akershus som vil ha tilgang til besvarelsene. Besvarelsene vil anonymiseres og vil ikke kunne gjenkjennes i presentasjonen av resultatene.

Studien skal etter planen avsluttes i juni 2017. Alt datamateriale vil anonymiseres ved prosjektets slutt.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du samtykker til å delta i studien ved å besvare dette spørreskjemaet.

Dersom du har spørsmål om studien, ta kontakt med Anita Sletner på telefonnummer 47419619.

Veileder for prosjektet/masteroppgaven er førsteamanuensis Liv Halvorsrud ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hun kan kontaktes på telefon 67236038.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

## Egenopplevd utbytte av ALERT som kompetansehevingstiltak i kommunehelsetjenesten

I dette spørreskjemaet spørres det etter dine erfaringer med ALERT og din jobbtilfredshet. Det spørres også noen sosiodemografiske spørsmål.

**Vennligst besvar alle spørsmålene.** Hvis du er usikker på hvilket svaralternativ du skal velge, skal du velge det som synes å passe best. Dette kan ofte være din første reaksjon på spørsmålet.

Dette spørreskjema er delt opp i tre deler. Det vil først stilles spørsmål om deg, din kompetanse og arbeidserfaring, deretter stilles det noen spørsmål knyttet til ALERT-konseptet og dine erfaringer med dette. Til slutt følger noen spørsmål knyttet til din generelle jobbtilfredshet.

Det bes om at du svarer fortløpende uten å avbryte. Undersøkelsen vil ta 10-15 minutter å besvare.

Det er 34 spørsmål i denne undersøkelsen.

### Sosiodemografiske spørsmål

Først stilles det spørsmål om deg, din kompetanse og arbeidserfaring

#### 1. Kjønn \*

Velg kun en av følgende:

- Kvinne  
 Mann

#### 2. Hva er din alder? \*

Velg kun en av følgende:

- <20  
 20-24  
 25-29  
 30-34  
 35-39  
 40-44  
 45-49  
 50-55  
 >55

**3. Hva er din sivilstatus? \***

Velg kun en av følgende:

- Enslig  
 Samboer  
 Gift  
 Skilt  
 Enke/enkemann

**4. Hva er din yrkesutdanning? \***

Vennligst velg minst ett svar

Vennligst velg alle som passer:

- Sykepleier  
 Hjelpepleier/omsorgsarbeider/helsefagarbeider  
 Annen utdanning av helsefaglig relevans. Spesifiser::

Om du har flere utdanninger med helsefaglig relevans, kan du sette flere kryss. Om du er sykepleierstudent eller studerer annet av helsefaglig relevans oppgis dette i fritekst.

**5. Har du videreutdanning? Spesifiser hvilke(n) videreutdanning i kommentarfeltet \***

Velg kun en av følgende:

- Ja  
 Nei

Legg til en kommentar til svaret her:

**6. Hvor mange år har du jobbet som sykepleier/ hjelpepleier/ omsorgsarbeider/ helsefagarbeider totalt? \***

Velg kun en av følgende:

- Under 1 år
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5-9
- 10-14
- 15-19
- 20-24
- 25-29
- Over 30 år

**7. Hvor jobber du i Bærum kommune? \***

Vennligst velg kun ett svar

Vennligst velg alle som passer:

- Legevakt
- Hjemmesykepleien
- Kommunal akutt døgnenhet (KAD)
- Langtidsenhet
- Korttidsenhet
- Annen avdeling? Spesifiser her::

Oppgi det stedet du har størst fast stillingsprosent. Om du jobber på en spesialisert avdeling andre enn de nevnte, vennligst oppgi dette.



**8. Hvor stor stillingsprosent har du i Bærum kommune i dag? \***

Velg kun en av følgende:

- Under 20 %
- 20-49 %
- 50-79 %
- 80-99%
- 100 %

En stillingsstørrelse over 99 % betraktes her som 100 %.**9. Hadde du kjennskap til ALERT (inkludert MEWS og ISBAR) før ALERT-kurset?**

\*

Velg kun en av følgende:

- Ja
- Nei

**10. Hvis tidligere kjennskap, på hvilken måte hadde du kjennskap til ALERT-konseptet før kurset?**

Vennligst skriv her:

(eksempel: bare hørt om, deltatt på kurs, brukt verktøyene, lært av kollegaer, lært under utdanning)

**11. Er du ALERT-instruktør? \***

Velg kun en av følgende:

- Ja  
 Nei

**12. Hvis du er instruktør, hvor mange ganger har du undervist i ALERT-konseptet (ca antall)? \***

Velg kun en av følgende:

- Ingen  
 1  
 2-4  
 5-9  
 10-14  
 15-19  
 Over 20

## Dine erfaringer med Alert

Hvor enig/uenig er du i følgende utsagn på en skala der 1 er helt uenig og 5 er helt enig

Sett ett kryss for hvert spørsmål. På slutten av denne delen av undersøkelsen vil du få mulighet til å komme med kommentarer, både generelle og direkte spørsmålsrettede.

**13. ALERT-kurset har bidratt til at jeg har et økt fokus på å observere pasienter med kritisk og/eller akutt sykdom**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**14. ALERT-kurset har bidratt til at jeg har fått økt kunnskap i vurdering og observasjon av pasienter**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**15. ALERT-kurset har bidratt til at jeg er mer bevisst på hvem som er risikopasienten hos oss**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**16. Etter ALERT-kurset benytter jeg systematisk pasientobservasjon basert på ABCDE-prinsippet**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**17. ALERT-kurset har bidratt til at jeg gjør andre/flere observasjoner nå enn tidligere**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**18. Kan du gi eksempler på observasjoner du gjør hyppigere nå enn før kurset?**

Vennligst skriv her:

**19. På min arbeidsplass har vi rutiner for målinger av BT, puls, respirasjon og bevissthet ved kontakt med nye brukere/pasienter/beboere****(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**20. På min arbeidsplass har vi det utstyret vi trenger til observasjon, vurdering og behandling av pasientenes/brukernes/beboernes tilstand****(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**21. På min arbeidsplass har vi gode rutiner for hvor og hvordan vi dokumenterer observasjoner av vitale tegn**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**22. På min arbeidsplass har vi avklart hvilke tiltak vi kan gjøre/ikke kan gjøre i akutte situasjoner før lege kontaktes (for eksempel gi O2)**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**23. På min arbeidsplass har vi et avklart forhold til hvilke pasienter som ikke skal få livsforlengende behandling. (eksempelvis væske eller antibiotika intravenøst)**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**24. På min arbeidsplass vet vi hvilke pasienter som *ikke* skal gjenopplives ved eventuell hjertestans**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**25. ALERT-kurset har bidratt til at jeg oftere spør legen om å vurdere og avklare videre behandling av pasienten**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**26. ALERT-kurset har bidratt til at jeg har økt faglig trygghet når lege kontaktes**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**27. ALERT-kurset har bidratt til flere faglige diskusjoner på min arbeidsplass**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**28. ALERT-kurset har gjort meg tryggere i å prioritere tiltak i møte med kritisk syke pasienter**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**29. ISBAR har bidratt til at jeg er mer strukturert når jeg kontakter legen eller ringer ansvarlig sykepleier**

**(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



**30. MEWS bidrar til at jeg raskere kan fange opp *endringer* i pasientens tilstand****(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

**31. ALERT-kurset har bidratt til økt bruk av «akutt skjema»****(1 =helt uenig 5 =helt enig)**

Velg kun en av følgende:

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

**32. Har du endret praksis i løpet av de siste 2-3 måneder? (Dvs om du har gjort noe annerledes i en situasjon i dag enn du ville ha gjort tidligere)****Gi ett eller flere eksempler på dette**

Vennligst skriv her:

**Andre kommentarer:**

Vennligst skriv her:

## Din generelle jobbtilfredshet

Til sist følger det noen spørsmål knyttet til din generelle jobbtilfredshet.

Angi på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd) i hvilken grad du er fornøyd med:

**Angi på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd) i hvilken grad du er fornøyd med:**

Vennligst velg passende svar til hvert alternativ:

	1(svært misfornøyd)	2	3	4	5	6	7(svært fornøyd)
Den ansvarsmengden du er blitt tildelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den variasjon i arbeidsoppgaver du har	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kollegaene dine og de øvrige ansatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysiske arbeidsforhold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muligheten/anledningen til å bruke dine evner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alt tatt i betraktning, hva synes du om jobben din	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frihet til å velge dine egne arbeidsmetoder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anerkjennelse for godt utført arbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lønnen din	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeidstiden din	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Takk for at du svarte.

### Vedlegg 3: E-post med bekreftelse på innsendt artikkel

Fra: Sykepleien Forskning  
24-Apr-2018

Kjære forfatter(e)

Takk for innsendingen. Vi bekrefter at manuskriptet Erfaringer med opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten er mottatt og har fått manusnummer SF-2018-0012. Kontaktforfatter er Ms. Anita Sletner.

Du kan selv følge manuskriptets gang ved å logge deg inn på ScholarOne Manuscripts <https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning> og velge Submitted Manuscripts (medforfattere: Manuscripts I Have Co-Authored) i menyen.

Ved innsending av manus til sjangrene: Originalartikkel og Oversiktsartikkel bes kontaktforfatter om å oppgi hva den enkelte har bidratt med i arbeidet med manuskriptet. Følgende er oppgitt for dette manuskriptet:

Begge forfattere har bidratt til ide, utforming, førsteforfatter har samlet alle data og begge har bidratt i analyse og tolkning av data. Begge har bidratt til litteratursøk og skriving av helse manuskriptet. Førsteforfatter har laget førsteutkast til manuskriptet og blitt revidert/godkjent av medforfatter.

Denne informasjonen kan bli oppgitt i artikkelen ved ev. publisering. Dersom du er uenig i innholdet, ber vi deg om å ta kontakt med redaksjonen.

Saken/manuskriptet må ikke omtales i noen medier før manuskriptet er vurdert av oss og ev. publisert uten etter avtale med oss.

Har du spørsmål om hvordan du bruker ScholarOne Manuscripts, kontakt redaksjonen.

Til orientering er dette en automatisk e-post.

Vennlig hilsen  
Redaksjonen  
Sykepleien Forskning  
[forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no)  
Tlf. 22 04 33 04