

# Kompetanseheving for pleiepersonell med lavere helsefaglig utdanning i sykehjem.

Kompetanseheving i sykehjem.

Silje Nyborg



Masteroppgave i Avansert Geriatrisk Sykepleie.  
Institutt for helse og samfunn.  
Avdeling sykepleievitenskap.

UNIVERSITETET I OSLO

17.08.2020

# Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie.

Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn

Avdeling for sykepleievitenskap

17.08.2020

Vitenskapelig artikkel for Nordisk Sygeplejeforskning

Antall ord: 9487

Antall ord i artikkel: 4988

Tittel:

Kompetanseheving for pleiepersonell med lavere helsefaglig utdanning i sykehjem

Kort tittel:

Kompetansehevning i sykehjem

Silje Nyborg

Sagbråtgutua 15

2130 Knapper

[siljenyborg@icloud.com](mailto:siljenyborg@icloud.com)

Mastergradsstudent ved Universitetet i Oslo

Sykepleier ved Sør-Odal Alders og Sykehjem

© Silje Nyborg

År 2020

Tittel: Kompetanseheving for pleiepersonell med lavere helsefaglig utdanning i sykehjem

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for  
sykepleievitenskap.  
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn:</b> Silje Nyborg	<b>Dato:</b> 17.08.20
<b>Tittel og undertittel:</b>  <b>Kompetanseheving for pleiepersonell med lavere helsefaglig utdanning i sykehjem.</b>  <b>Kompetanseheving i sykehjem</b>	
<b>Sammendrag:</b>  Pasientene som legges inn på sykehjem er mer skrøpelig og har høyere omsorgsbehov enn tidligere. Omtrent 25 prosent av de ansatte i sykehjem er ufaglærte og det er et stort behov for kompetanseheving i fremtiden for å sikre et forsvarlig omsorgstilbud.  Hensikten med studien er å identifisere hvilke kompetansestrategier og metoder som er virksomme for å heve kompetansen hos ufaglærte og ansatte med lavere helsefaglig utdanning i sykehjem.  Studien er en litteraturgjennomgang. Emneord for «ufaglært», «sykehjem» og «kompetanseheving» ble kombinert for søk i databasene Pubmed og Cinahl. 684 artikler ble identifisert. Åtte artikler innfridde inklusjons- og eksklusjonskriteriene, ble inkludert og analysert i studien.  Resultatene viste to hovedstrategier som burde kombineres for økt kompetanseheving; tradisjonell undervisning og utnevning av ressurspersoner. Ressurspersonene hadde til felles at de ledet og fremmet forbedringer på sykehjemmene, og jobbet kunnskapsbasert. Det ble også benyttet ulike læringsmetoder for å heve kompetansen, slik som en-til-en veiledning og tett oppfølging.  Metodene gjorde opplæringen motiverende, relevant og interessant. Det var viktig å følge opp pleiepersonell over tid og gi nok støtte.  Valg av ressursperson bør baseres på at vedkommende fra tidligere har god støtte og respekt fra kollegaer og ledere. Ledelsesforankring var viktig i arbeidet å øke kompetansen blant pleiepersonell.	
<b>Nøkkelord:</b> En-til-en undervisning, Helsefagarbeider, Ressursperson, Støtteperson, Ufaglært, Undervisning, Oppfølging.	



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for  
sykepleievitenskap.  
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name: Silje Nyborg</b>	<b>Date: 17.08.20</b>
<b>Title and subtitle:</b>  <b>Increasing the level of competency of care workers without health-based education in nursing homes.</b>  <b>Increasing competency in nursing homes.</b>	
<b>Abstract:</b>  Patients admitted to nursing homes in Norway are more fragile and have more advanced caring needs than before. Approximately 25 percent of nursing staff in Norway are uneducated and it's challenging to ensure sufficient competence to care for this group in the future.  The aim of this study was to identify knowledge about recommendations to increase competence of nursing home employees.  The study was a literature review. The searchwords "unskilled", "nursing home" and "skill development" were combined for search in databases PubMed and Cinahl. 684 articles were identified. Eight articles met the criteria and were analyzed.  Results showed there are two main strategies that should be combined to increase competence: traditional teaching combined with assigned resource persons. The resource persons shared in common that they worked to lead and promote improvement; they worked evidence based. Additionally, various methods were used for skill development; example one-on-one teaching and follow-ups.  The methods ensured the education process was motivating, relevant and interesting. It was important to follow-up the "care worker" over time and give adequate support.  The chosen resource persons should have good support and respect from colleagues and leaders. Management anchoring was important to provide enough support for the "care workers".	
<b>Key words:</b> Follow-up, Nursing assistant, One-on-one teaching, Resource person, Support person, Teaching, Unskilled.	

# Forord

Takk til min hovedveileder Edel Svendsen og biveileder Hilde Wøien for gode innspill og oppmuntrende ord til denne masteroppgaven. Jeg hadde ikke klart det uten dere.

Jeg vil også takke mine arbeidsgivere i Sør-Odal Kommune for muligheten jeg har fått til å få tatt denne utdanningen. Her nevnes spesielt min avdelingsleder Caroline Ellevold som har tilrettelagt dagene for meg, samt vært en god støtte mentalt. Og Morten Einarsrud, som har støttet meg fra skolestart, og tidlig tilbød seg å komme med innspill til masteroppgaven.

Ønsker også å rette en stor takk til Åse Leirvik, min tidligere lærer fra sykepleieskolen som var så grei og tok på seg å lese korrektur.

Takk til familie, gode venner, medstudenter og kollegaer for all hjelp til barnepass, middager, støtte og oppmuntring og ikke minst avkobling og gode samtaler.

En spesiell takk går til mine tre fine barn som har hatt måtte tåle at mamma ikke alltid har kunne vært tilstede gjennom disse fire årene. Dere har tålmodig lekt pasienter slik at jeg har fått øvd på mine ferdigheter, lest korrektur før innleveringer og vært den beste motivasjonen i hverdagen. Dere er best!

Til slutt en stor takk til min kjære mann Benny for alt du har vært ved min side hele veien. Du har en unik, smittende evne til å tenke positivt bestandig. Du har pushet meg når jeg har møtt motgang, tilrettelagt i hverdagene og feiret med meg i medgang. Jeg elsker deg!

Silje Nyborg

17.08.20

Denne masteroppgaven er skrevet i artikkelform basert på forfatterveiledningen til Nordisk Sygeplejeforskning. Se vedlegg 2 for veiledningen.

# Innholdsfortegnelse

Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie.....	2
Nøkkelord:.....	4
Forord.....	6
Innholdsfortegnelse.....	8
1    Bakgrunn.....	2
2    Metode.....	5
2.1    Systematisk litteratursøk.....	5
2.2    Valg av artikler.....	6
2.3    Identifisering av relevante artikler.....	7
2.4    Etikk.....	7
3    Resultater.....	8
3.1    Strategier.....	8
3.1.1    Ressursperson som kompetansehevingsstrategi.....	8
3.1.2    Tradisjonell undervisning som strategi.....	9
3.2    Undervisningsmetoder.....	10
3.2.1    En-til-en undervisning.....	11
3.2.2    Arbeidstid og kontinuitet.....	12
3.3    Kontekstuelle forhold som kan bidra til kompetansehevingen.....	13
4    Diskusjon.....	15
4.1    Ressurspersoner og tradisjonell undervisning.....	15
4.2    Andre undervisningsmetoder.....	16
4.3    Kontekstuelle faktorer.....	18
4.4    Metodologiske betraktninger.....	19
5    Kliniske implikasjoner.....	21
6    Konklusjon.....	22
Litteraturliste.....	23
Figur 1.....	26
7    Vedlegg.....	27
7.1    Datamatrise.....	27
7.2    Vedlegg 2: Datasyntese.....	1
7.3    Vedlegg 3: Forfatterveiledning til Nordisk Sygeplejeforskning.....	2









# 1 Bakgrunn

I Norge er rundt 25 prosent av de ansatte i den kommunale helse og omsorgstjenesten uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning (1, 2). Sammen med helsefagarbeidere, med utdanning på videregående nivå, er det disse ansatte som er nærmest pasientene i det daglige. De utfører stell og pleie, påkledning og assisterer ved måltider. Store deler av arbeidsoppgavene deres er direkte pasientrettet. Andelen ansatte med lavere utdanning er høy, og påvirker omsorgskvaliteten og pasientsikkerheten (1). Dette er alvorlig når vi vet at høy kompetanse er viktig for å gi sikker og faglig forsvarlig pleie (3), og at høy sykepleiedekning kan redusere mortaliteten (3, 4).

Lavere helsefaglig bakgrunn vil i denne studien inkludere ansatte uten relevant helsefaglig utdanning, såkalt ufaglærte, **og** fagarbeidere med utdanning under bachelornivå. I teksten videre disse bli referert til som «*pleiepersonell*».

Sykehjem utgjør en sentral del av den kommunale helse og omsorgstjenesten, og kan ha ulik oppbygning med forskjellige typer spesialiserte avdelinger. Sykehjemspasientene er mer skrøpelig enn tidligere (5, 6). Skrøpelighet kan sidestilles med å være sårbar og er ikke det samme som å være syk, men de vil ha en redusert evne til å opprettholde funksjon ved belastning – og dermed være ekstra utsatt for å utvikle tilleggssykdommer (7). I tillegg har sykehjemspasientene et mer komplekst sykdomsbilde og høyere omsorgsbehov nå enn for få år siden.

Samhandlingsreformen (8) ble innført i 2009 og har bidratt til kortere liggetid og raskere utskrivning fra sykehus, samt en økning av pasienter med mer sammensatte lidelser og/eller kompliserte tilstander/behov på sykehjem (9). Dette har medført mer travle arbeidsdager i

både korttids- og langtidsenheter på sykehjem uten at kompetent bemanning har økt tilsvarende. Høyere arbeidstempo fører til mindre tid til hver pasient og økt risiko for at pasienter i forverring ikke blir identifisert. Det er derfor et stadig behov for økt og oppdatert kompetanse både for ufaglærte, faglærte, sykepleiere og annet helsepersonell (10, 11). En viktig utfordring fremover vil derfor være å utvikle alle de ansattes kompetanse. Ressursene må organiseres slik at hver enkelt rustes til å kunne observere viktige tegn på forverring av sykdom, funksjonstap eller problemer hos pasienten på et tidlig tidspunkt, samt utføre relevante vurderinger og igangsette tiltak (12).

For å øke kompetansen i personalgruppen er det viktig å definere hva kompetanse er og skaffe kunnskap om hvordan den best tilegnes. Med kompetanse menes kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger en person har, som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med arbeidsstedets krav og mål (13). Dette inkluderer både formell og uformell kompetanse, også kalt realkompetanse (13). Kort fortalt handler det om å ha kunnskap og være i stand til å handle ut fra den (14). Det er et behov for at hele personalgruppen til enhver tid har tilstrekkelig og oppdatert kompetanse.

Læring er en forutsetning for vellykket kompetanseheving. Læring vil i denne sammenheng være det som fører frem til de prosessene som foregår inne i en person; det dreier seg om å tilegne seg kunnskapen, bearbeide den, og bruke det som er tilegnet til å øke sin egen kompetanse (14). For å sikre god læring kreves det derfor at den som underviser 1) har satt seg inn i hva pleiepersonalet trenger av informasjon og kunnskap, 2) skaffer informasjonen, planlegger og identifiserer mål, gjerne i dialog med pleiepersonalet, og 3) informerer på en god måte, det vil si gjennom dialog og samhandling (15).

Det forventes stor sykepleiermangel i fremtiden (1), og primærhelsetjenesten vil i tiden fremover benytte mye ressurser og tid på å lære opp ansatte (1, 8). Opplæringen vil sikre at

alle ansatte får høy nok faglig kompetanse for å ta imot de skrøpelige eldre. I et godt organisert pleiemiljø har alle ansatte ansvar for å videreformidle viktige observasjoner. For skrøpelige pasienter er det å oppdage forverring av helsetilstand avgjørende for å iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt (16). Fokus på forståelse og kunnskap om basale observasjoner kan bidra til en mer kompetent pleie av skrøpelige sykehjemspasienter.

En viktig utfordring fremover vil på bakgrunn av dette være å utvikle og iverksette et kompetansehevingsprogram slik at pleiepersonell rustes til å gi forsvarlig helsehjelp til denne komplekse pasientgruppen (8). En strategi er en overordnet plan med en målsetning (13), mens metoder er tiltakene som må utføres for at strategien skal bli vellykket (13). Sammen danner dette en «strategisk kompetansestyring (som) innebærer planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre organisasjonen og den enkelte medarbeiders nødvendig kompetanse for å nå definerte mål» (13, s.14).

Det er forsket mye på betydningen av sykepleieres kompetanse på sykehus, mens blant pleiepersonell på sykehjem finnes mindre forskning (1, 4). Det fremstår derfor uklart hvilke kompetanseområder som bør prioriteres og på hvilke måter dette kan gjøres i sykehjem. Det er derfor nødvendig å sammenstille forskning som beskriver hvordan kompetanseheving på sykehjem bør foregå, hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Gjennom denne systematiske gjennomgangen skal det ses på hvordan læring kan oppnås for å fremme kompetansen på sykehjem.

Hensikten med studien er å identifisere hvilke kompetansestrategier og metoder som er virksomme for å heve kompetansen hos ufaglærte og ansatte med lavere helsefaglig utdanning i sykehjem. For å besvare hensikten ble følgende forskningsspørsmål utarbeidet: Hvilke strategier og metoder er virksomme for å oppnå kompetanseheving hos pleiepersonell som jobber i sykehjem?

## 2 Metode

For å finne svar på forskningsspørsmålet ble det benyttet en systematisk litteraturgjennomgang. Litteraturgjennomgang er en systematisk måte kartlegge relevante publiserte studier om problemstillingen, vurdere og analysere studiene og komme med en oppsummering, en konklusjon (17, 18). En litteraturstudie vil ikke være like detaljert, dypgående og systematisk som en full systematisk review, men benytter samme fremgangsmåte når det gjelder litteratursøk, vurdering og analyse. Det vil derfor være en foretrukken metode for å sammenfatte allerede eksisterende viten innen et område når tid og ressurser ikke er tilgjengelig for å utføre en full systematisk review (17).

### 2.1 Systematisk litteratursøk

For å sikre at relevante studier inngikk i litteraturstudien, ble søkeord som var en del av emneordsystemet for helserelevanter og biomedisinsk litteratur Medical Subject Headings (MeSH) brukt. MeSH brukes for å øke treffsikkerhet i internasjonale databaser (19).

Emneordene ble plassert inn i PICO modellen. PICO er et akronym for Populasjon/pasient/problem, Intervensjon, Comparison og Outcome (18).

Søket ble utført i oktober 2019 sammen med bibliotekar for å sikre god kvalitet på søket.

Søkeordene var «Healthcare assistant/Health care assistant/Hcas/Nursing assistants/Support workers» AND «Nursing homes/Homes for the aged/Nursing home\*/Long term care/Homes for the aged/Residential care/Aged care facility/Care homes». Disse ordene refererer til populasjonen i studiene. Følgende søkeord refererer til intervensjoner som er benyttet i aktuelle studier:

“Competence/Improvement/Skill/Skills/Training/Mentor\*/Development/Inservice training/Clinical competence/Quality improvement/Nursing skills/Continuing education”.

Søket ble utført i to elektroniske databaser. Pubmed ble valgt fordi den er en av verdens mest kjente og innholdsrike medisinske database, og Cinahl ble valgt fordi den gir god tilgang til kvalitativ sykepleieforskning og studier som omfatter erfaringer med opplæring og kompetanseheving i helsevesenet (20). Søkeordene ble tilpasset hver database. Søket i Pubmed ga 456 treff og Cinahl 288 treff. Totalt 684 treff. Etter fjerning av duplikater stod det igjen 657 treff.

## 2.2 Valg av artikler

For å besvare forskningsspørsmålet var det et behov for både kvalitative studier som sa noe om hva slags erfaringer ansatte har med opplæring, og kvantitative studier som sa noe om de ulike opplæringsmodellene har hatt effekt.

Kriteriene for inkluderte artikler var: ansatte ved sykehjem, med helsefaglig bakgrunn under bachelornivå, studiene omhandlet kompetanseheving, og var publisert på norsk, dansk, svensk eller engelsk språk. Eksklusjonskriteriene var artikler som ikke omhandlet kompetansehevningstrategier eller metoder, artikler som var eldre enn 10 år eller var av dårlig kvalitet. Kvaliteten ble vurdert ut fra sjekklister tilpasset det studiedesignet som er beskrevet i artiklene. Sjekklister ble hentet fra Helsebiblioteket (21).

Ut fra disse kriteriene ble 375 artikler fjernet på grunn av publiseringsår eller språk, 34 ble fjernet fordi de ikke var forskningsartikler, 212 stk. ble fjernet ved tittel eller abstrakt lesning. 36 artikler ble lest i fulltekst, hvorav 26 ble fjernet da de ikke oppfylte kriteriene og 2 ble ekskludert etter kvalitetsvurdering. Totalt ble 8 artikler inkludert i den endelige studien. Se figur 1 med flytskjema for inkludering av artikler.

*Her tenker jeg flytskjemaet skal stå (figur 1).*



## **2.3 Identifisering av relevante artikler**

Artiklene ble lest i fulltekst flere ganger for å finne temaer. En datamatrise ble laget for å skaffe oversikt over hensikt, design, utvalg, intervensjon, utfallsmål og resultater. Se vedlegg 1. Deretter ble resultatkapitlene i de inkluderte studiene lest nøye og temaer ble gruppert. Temaene fra artiklene ble skrevet frem i en syntese. I den første sorteringen ble temaene kategorisert og deretter satt i en syntese. Se vedlegg 2. Disse ble analysert slik at det tilslutt sto igjen to hovedstrategier og tre metoder som syntes til å ha relevans for kompetansehevingen blant pleiepersonell i sykehjem.

## **2.4 Etikk**

I denne litteraturstudien ble det samlet data fra publiserte artikler som var relevant til denne oppgaven, derfor var det ikke behov for å verne om enkeltpersoner eller søke til REK (17). Det ble kontrollert at de inkluderte artiklene i studien har fulgt forskningsetiske retningslinjer med tanke på frivillig deltakelse, samtykke og lignende, og det er henvist til kilder forløpene gjennom oppgaven.

## 3 Resultater

I denne studien ble det inkludert åtte artikler. Blant disse var en full systematisk review, fire kvantitative studier inkludert to pilot- og en full randomisert kontrollerte studier og en studie med pre/post design, en kvalitativ studie og tilslutt en evalueringsstudie. Resultatene viste at det i hovedsak ble benyttet to ulike kompetansehevingsstrategier; ressurspersoner og tradisjonell undervisning, alene eller i kombinasjon. Begge strategiene benyttet ulike undervisningsmetoder som er beskrevet i det følgende, etterfulgt av beskrivelse av sentrale barrierer.

### 3.1 Strategier

#### 3.1.1 Ressursperson som kompetansehevingsstrategi

Fem av åtte artikler i denne studien beskrev at det var gunstig å ha en eller flere personer som var nært involvert med de ansatte ute i sykehjemsavdelingene for å kunne heve kompetansen i forbindelse med opplæring (22-26). Ved å bruke en slik strategi vil man sikre at det alltid var en eller flere som drev med kompetanseheving, veiledning og opplæring i det daglige.

Artiklene brukte ulike navn på disse personene; peer reminder (25), coach (23, 24), supervisor (22) og champion (26). Fremover vil ordet «*ressursperson*» bli brukt for å beskrive disse personene.

Denne studien viste at ressurspersoner som var involvert og knyttet til pleiepersonalet, var svært gunstig for kompetansehevning på sykehjem. Ressurspersonene hadde til felles at de jobbet med å lede arbeidet med kompetanseheving, la til rette for forbedringer på sykehjemmene, og jobbet kunnskapsbasert. De jobbet på forskjellige nivåer på sykehjemmene, og kunne ha ulike funksjoner, - alt fra fagutviklingssykepleiere som jobbet mer overordnet med prosedyrer, sykepleiere, fagarbeidere og ufaglærte som jobbet ute i

klinikken, tett på pasienter og kollegaer. To av studiene fremhevet betydningen av at ressurspersonene i utgangspunktet var respektert av sine kollegaer og ledere (22, 25).

Ressurspersonene bisto med opplæring av kollegaer, var engasjerte (ved å gå frem som et godt eksempel og ved å forsterke ønskede egenskaper hos kollegaer), bygget relasjoner og var et talerør ovenfor ledere og administrasjonen (26). Dette var forhold som så ut til å være sentralt for at kompetansehevingen skulle være virksom. Pleiepersonellet ga uttrykk for at de opplevde at ressurspersonene var til nytte og tilførte kunnskap (24, 25). De var med andre ord en rollemodell for sine kollegaer.

Peer reminder rollen (18) skilte seg litt ut fra rollen som coach, supervisor og champion ved at de som hadde rollen ikke primært sto for selve opplæringen på sykehjemmet. Peer remindere kom kun med korte formelle påminnelser om å ta kunnskapen, eller intervensjonene som allerede var blitt innført av andre på arbeidsplassen, i bruk. Påminnelsene ble gitt til kollegaer i rapportsituasjoner og ellers når anledningen dukket opp gjennom arbeidsdagen. Peer remindere hadde ellers de samme kvalitetene som krevdes for å være en ressursperson.

### **3.1.2 Tradisjonell undervisning som strategi**

Tre av studiene beskrev ikke ressursperson som strategi (27-29). I stede beskrev Lerner, Resnick (27) og Resnick, Cayo (28) hvordan implementering av kunnskap kunne gjennomføres ved hjelp av ulike opplærings/undervisnings-program, mens Travers, Herzig (29) fokuserte på hva slags barrierer man kunne møte på i sykehjem når kompetansehevingen skulle skje ved hjelp av tradisjonell undervisning. Syv av åtte studier beskrev bruk av tradisjonell undervisning som en strategi for læring, enten alene eller i kombinasjon med en ressursperson (22-25, 27-29). Resultatene fra studiene viste at innholdet i undervisningene ble ikke, -eller i liten grad gjort rede for.

Varigheten og omfanget av undervisningen varierte i de ulike studiene (22-25, 27-29); fra 25 minutter én gang, til én gang per uke i 6 uker, til ulike former for heldagsundervisning/kurs. I studien til Slaughter, Bampton (25) ble det presisert at ren tradisjonell undervisning alene ble opplevd som passivt og uinspirerende for pleiepersonalet. Alle studiene som hadde en strategi som beskrev tradisjonell undervisning brukte det i kombinasjon med andre undervisningsmetoder for læring (22-25, 27-29).

## 3.2 Undervisningsmetoder

Studiene viste at læringsstrategiene med ressurspersoner og tradisjonell undervisning måtte kombineres med ulike læringsmetoder for at kompetansehevingen lettere kunne finne sted. Ved å bruke ulike undervisningsmetoder ble læringen vurdert som motiverende, relevant og interessant av pleiepersonalet, og bidro til at kompetansen ble høyere (24, 26, 28, 29). Å knytte undervisningen og læringen opp til praksisnære situasjoner ga en dypere innsikt og forståelse for temaet det ble undervist i. Studien til Jordan, Pao-Feng (23) viste at det var en signifikant bedring i bruk av kunnskapsbasert praksis hos de pleierne som hadde fått veiledning, sammenlignet med de som kun fikk tradisjonell undervisning. En pleier i studien til Harahan, Sanders (22, s.31) oppsummerte det å være en ressursperson slik: «you are teaching them all the time, especially the new ones. It opened my eyes. I now tell them I'll show you and you watch, and then you try it and I'll watch»

Det å først demonstrere ulike prosedyrer og handlinger, enten i felleskap eller en-til-en (22-25, 27, 28) for deretter å la pleiepersonalet få utøve selv, ga bedret forståelse for handlingen. Den samme forståelsen og innsikten ble nådd ved å presentere et problem for pleiepersonalet, og la de i grupper få reflektere i felleskap frem til en løsning (22-28). Andre alternative undervisningsmetoder var caseoppgaver (22-25, 27, 28), rollespill (23, 24) eller i klinisk

veiledning (22-24, 28, 29). Her fikk ressurspersonen en mulighet til å støtte (22-26, 28) og/eller gi tilbakemeldinger (22-26, 29) til pleiepersonalet.

Ved å kombinere disse ulike læringsmetodene fikk pleiepersonalet anledning til å koble den nye kunnskapen sammen med tidligere kunnskap og erfaring. Dette ble trukket frem som en vellykket læringsstrategi (22), fordi man hele tiden sikret at prosedyren og/eller handlingen ble lært. Dette ga trygghet både for pleiepersonalet og for ressurspersonen. Travers, Herzig (29) presiserte i sin studie at tilbakemeldinger burde bli gitt så tett opp til utført handling som mulig, -og ikke i etterkant, for å ha best effekt. Tilbakemeldingene som ble gitt til pleiepersonalet fra ressurspersonen måtte gis med stor grad av respekt, takt og tone (22, 25).

### **3.2.1 En-til-en undervisning**

En-til-en undervisning ble beskrevet som nyttig i seks studier (22-25, 28, 29), men kombinasjon med andre tiltak viste seg å ha større betydning. I studien til Resnick, Cayo (28) fikk over halvparten av deltakerne oppfølging med tilpasset en-til-en undervisning i etterkant av fellesundervisning (28). For at praksisnære veiledninger skulle fungere tilfredsstillende måtte ressurspersonen være faglig involvert og gjenta opplæringen ovenfor pleiepersonalet (25, 28). Flere av studiene brukte tilbakemeldinger og påminnelser i undervisningen (22-26, 29), og Harahan, Sanders (22) påpekte viktigheten av at instruksjoner gitt fra ressurspersonene måtte være klare og tydelige.

Pleiepersonell som ble fulgt opp av ressurspersoner fikk oppfølgingen tilrettelagt (23-25). Når god læring skulle tilrettelegges, var det viktig at pleiepersonalets behov for lærings- og undervisningsmetoder ble identifisert (27, 28). Gjensidig kommunikasjon som å lytte, gi tilbakemeldinger og støtte mellom pleiepersonalet og ressursperson ble sett på som viktig (22, 25). I studien til Resnick, Cayo (28) ble pleiepersonalet oppfordret til å dele hvilke gode og

dårlige erfaringer de hadde med ulike undervisningsformer og diskutere disse slik at undervisningen kunne tilpasses. Dette førte til kompetanseheving fordi ressurspersonen kunne tilpasse undervisningen til hver enkelt ansatt ved å skape interesse og relatere kunnskapen til praksis med hjelp av eksempler (27, 28).

### **3.2.2 Arbeidstid og kontinuitet**

Studiene pekte på viktigheten av å følge opp pleiepersonalet over tid (22-25, 28). Dette var viktig for å sikre kompetansehevingen hos den enkelte. Dette ble gjort ved å sørge for at alle i pleiepersonalet fikk samme undervisning (28), ved å repetere/oppfriske allerede gitt undervisning (22) eller følge opp den ansattes læringskurve (23-25). Studien til Resnick, Cayo (28) viste de at uten omfattende oppfølging ville kun 18% av pleiepersonalet få fullført sitt opplæringsprogram fordi de fleste arbeidet turnus i helsesektoren. I studien viste at kvelds og nattevaktene hadde vansker for å møte på dagtid, og det var vanskelig å finne tidspunkt i løpet av en dagvakt hvor alle ansatte kunne delta samtidig. Det var derfor viktig at undervisningen foregikk på tidspunkter som passet best mulig inn i arbeidshverdagen til pleiepersonalet (28).

I tillegg til turnusarbeid viste Travers, Herzig (29) at det kunne være en utfordring med kompetanseheving ovenfor nyansatte, vikarer og deltidsansatte fordi det var vanskelig å nå alle med oppdaterte kunnskap. Ansatte i små stillinger og/eller med ujevn turnus trengte like mye tilbakemeldinger, bekreftelser og repetisjoner som andre ansatte, men var vanskeligere å følge opp enn fulltidsansatte fordi de var sjeldnere tilstede. Travers, Herzig (29) presiserte hvor viktig det var å ha samme opplæring hver gang nye ble ansatt og at opplæringen deretter måtte gjentas jevnlig og skje på de tider de ansatte var på jobb.

### 3.3 Kontekstuelle forhold som kan bidra til kompetansehevingen

Kontekstuelle forhold påvirket om kompetansehevingen ble vellykket eller ei når nye strategier og metoder skulle tas i bruk på sykehjem. Disse ytre tingene var vel så viktige som hva som ble tatt i bruk, -og måtte tas hensyn til når den planlagte kompetansehevingen ble utarbeidet. En utfordring med kompetanseheving på sykehjemmene var språk og kulturforskjeller (22, 23, 29). Dårlig språkforståelse og store kulturforskjeller påvirket både den ansattes evne til å forstå, og til å implementere den nye kunnskapen på tilfredsstillende måte. Dette kunne føre til gnisninger hos pleiepersonalet (22). En løsning var å bruke fargekoder og bilder på viktige beskjeder, samt å oversette de viktigste beskjedene til språk som ble brukt av pleiepersonalet på sykehjemmet (29). Utfordringene med språk og den etablerte arbeidskulturen ble opplevd både av ressurspersonene, ledelsen og av pleiepersonalet (22, 29).

Andre utfordringer som påvirket kunnskapsbasert praksis i sykehjemmene var stor arbeidsbelastning og tidspress. Det at pleiepersonalet følte at de måtte skynde seg å bli ferdig med dagens oppgaver førte til lavere etterlevelse av kunnskapsbasert praksis (26, 29). Ved stort tids- eller arbeidspress følte pleiepersonalet seg presset til å haste videre og «ta snarveier», selv om dette gikk ut over kvaliteten, og til tross for bedre viten (29).

Flere av studiene viste at endringsarbeid kunne gi konflikter og motstand mellom kollegaer. Støtte fra ledelsen reduserte faren for dette (22, 25). Hvem som trengte støtten varierte. Ressurspersonen var viktig som støtte ut til pleiepersonalet (22-26, 28), men var også selv avhengig av å få støtte fra sine ledere for å fremme den kunnskapsbaserte praksis.

Studiene viste at store utskiftninger i leder- eller sykepleiergruppen svekket stabiliteten, gjennomføringen av kompetansehevningstiltakene, og støtten som trengtes for at

ressurspersonen fikk utøvd god kompetanseheving på sykehjemmet (22, 26). Det at ledelsen på sykehjemmet prioriterte og var interessert i kompetanseheving viste seg å være svært viktig, spesielt ovenfor ressurspersonene som skulle utføre jobben (22, 24, 26).

Pleiepersonalet var generelt veldig engasjert og involvert i jobben sin, og ønsket og etterspurte opplæring og ny kunnskap (24, 25, 27). De erfarte at det kunne føre til at pleien ut mot pasientene ble bedre. Erfaring, tidligere kunnskaper og ansiennitet viste seg også å påvirke pleiepersonalets mulighet til å ta i bruk den nye kunnskapen (29).



## 4 Diskusjon

Litteraturgjennomgangen viser til flere faktorer som kan bidra til å påvirke kompetansen blant helsepersonell med lavere utdanning. Grovt sett kan de kompetansehevingsstrategier og metoder som var virksomme deles inn under 3 punkter; 1) Bruk av ressurspersoner og tradisjonell undervisning som strategi. Disse ble gjerne brukt i kombinasjon. 2) Undervisningsmetoder som benytter praktiske øvelser og som synliggjør sammenhengen mellom teori og praksis, en-til-en undervisning, og repetisjon. 3) Kontekstuelle forhold som ledelsesforankring og -støtte, og tilstrekkelig tid til å utføre oppgavene.

### 4.1 Ressurspersoner og tradisjonell undervisning

Denne studien viste at ressurspersoner som var involvert og knyttet til pleiepersonalet, var svært gunstig for kompetanseheving på sykehjem. Når en ressursperson skal ta i bruk til kompetanseheving på sykehjem ble det presisert viktigheten av at personen fra tidligere var en god rollemodell, var respektert og hadde god støtte fra kollegaer og ledere før rollen ble tildelt (22-26). Dette var viktig for å kunne klare å fylle den nye rollen som ressursperson på ønsket måte (14, 22-26, 28). I følge Tveiten (14) kan det være mer utfordrende å være en god rollemodell (les ressursperson) for kollegaer, enn for pasienter eller studenter. Dette er fordi at man kan oppleve å bli nøyere vurdert av sine kollegaer, eller at kollegaene har samme kunnskapsnivå som en selv (14). Ressurspersonen bør føle seg trygg i rollen. Som ressursperson må man innfri mange krav; man skal komme med råd, være lyttende, gi instruksjoner når nødvendig, og være en person som stimulerer slik at de ansatte yter optimalt (15). Med dette forstås det at personlige egenskaper er viktig. Egenskaper i denne sammenheng kan forstås som personlige kvalifikasjoner, evne til å motivere, og bevisst vilje til å ha utvidet ansvar (30). I de nasjonale retningslinjene for avanserte kliniske sykepleiere

(AKS) står det blant annet at kandidaten skal ha inngående kunnskaper om kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon, være veileder for kollegaer, drive faglig ledelse, samt kunne bruke anerkjente pedagogiske prinsipper til å veilede og undervise personell i komplekse pasientsituasjoner (31). Dette betyr at en AKS kan ta et uavhengig og utvidet ansvar for kompetanseheving (1, 30) og bistå ressurspersonen slik at utfordringen med å lede og veilede kollegaer blir mindre.

Alle artiklene i denne studien brukte tradisjonell undervisning som et virkemiddel for å øke kompetansen på sykehjemmene (22-29). Tradisjonell undervisning er i stor grad en lærer-sentrert metode og bruker en lineær formidling av kunnskap som gir læring til den ansatte, såkalt «lytt-og-lær» (14). Tradisjonell undervisning har både fordeler og ulemper; den kan være tidsbesparende fordi den når ut til mange ansatte og formidler mye stoff på kort tid. Samtidig kan den gjøre pleiepersonalet til passive lyttere (14). Dette kan være grunnen til at Slaughter, Bampton (25) ga uttrykk for at tradisjonell undervisning alene var en dårlig måte å undervise voksne, og anbefalte å kombinere den tradisjonelle undervisningen med bruken av en ressursperson og/eller andre undervisningsmetoder. Samtidig pekte Travers, Herzig (29) på at språk, kultur, tidligere kunnskap og erfaringer hos pleiepersonalet påvirket hvordan undervisningen ble forstått og mottatt. Da er det en fordel at ressurspersonen kan bistå med veiledning og undervisning og andre undervisningsmetoder.

## **4.2 Andre undervisningsmetoder**

Studiens viste at det var hensiktsmessig å kombinere den tradisjonelle undervisning med andre metoder når kompetansen på sykehjemmene skal økes. Tveiten (14) beskriver hvordan demonstrasjons-metode kan knytte læring opp mot praksisnære situasjoner. Dette er i utgangspunktet en lærer-sentrert metode, som gradvis går over til å bli ansatt-sentrert (14). Metoden beskriver hvordan pleiepersonalet først kan få en teoretisk innføring i hva

prosedyren handlet om, hva hensikten var og hvordan den burde utføres. Så kan ressurspersonen demonstrerte prosedyren, og deretter kan pleiepersonalet selv få øve. Harahan, Sanders (22) bekreftet at dette gjorde at pleiepersonalet ble aktive, måtte bruke den teoretiske kunnskapen og tenke selv, og at flere sanser ble stimulert. Dette ga også ressurspersonen mulighet til å veilede og gi tilbakemeldinger fortløpende (14, 22-24, 27-29). Veiledningen kunne gis en-til-en eller i felleskap med kollegaer slik at de sammen kunne finne løsninger og svar. Døving and Tobiassen (2) beskriver at det ofte er motiverende at flere ansatte deltar sammen i undervisningen, slik at de kan støtte og hjelpe hverandre. Det å bli veiledet til å finne svar ble opplevd som interessant, meningsfullt og motiverende av pleiepersonalet i studien (24, 26, 28, 29). Økt kunnskap kan gi pleiepersonalet en følelse av kontroll og opplevelse av mestring i følge Eide and Eide (15).

Motivasjon er nært knyttet til den videre anvendelsen av den nye kompetansen i jobb og kan føre til at pleiepersonalet vil starte på en fagutdanning eller høyere utdanning (13, 32). Det at flere ansatte får fagbrev eller søker høyere utdanning vil bidra til å øke sykehjemmets samlede kompetanse til den skrøpelige sykehjemspasienten. Døving and Tobiassen (2) viste til tidligere undersøkelser der ansatte med lavere kompetanse og utdanning deltok i langt mindre grad i opplæring sammenlignet med de med høyere utdannelse, og mente manglende motivasjon og lav forventning om mestring var viktige barrierer for deltakelsen (2). Lai (13) mener at subjektiv mestringstro er en helt avgjørende faktor for å lære og til å anvende kompetansen. Opplæring kan gi mestringstro, bedret selvtillit og motivasjon til å søke ytterligere læring (2). Denne studien viste at pleiepersonalet generelt var motiverte, ønsket opplæring og ny kunnskap (24, 27). Dermed øker sannsynligheten for kunnskapsbasert praksis.

En-til-en undervisning er gunstig for å videreutvikle kompetansen til pleiepersonalet (14). I følge Tveiten (14) vil undervisning og tilbakemeldinger som er tilpasset den enkelte i stoff og metode, fører til at den meningsfulle sammenhengen lettere trer frem. Tilbakemeldinger fra ressurspersonene ble definert som viktig i studiene, og bør brukes som et virkemiddel for å øke mestringstroen til pleiepersonalet (22-26, 29). Dette sammen med tidligere kunnskaper og erfaring vil øke sannsynligheten til å jobbe kunnskapsbasert (29).

### **4.3 Kontekstuelle faktorer**

Når ting skal læres er det viktig å sørge for at læringsmiljøet er tilrettelagt. I følge Resnick, Cayo (28) var det en utfordring å nå ut til alle ansatte i helsesektoren med ulike kompetansehevingstiltak siden de fleste jobbet i turnus. I deres studie måtte over 80 % av deltakerne ha oppfølging for å fullføre opplæringsprogrammet, og over 50 % fikk tilpasset en-til-en undervisning. Dette viser at tidspunktet for når og hvor undervisning og veiledning skal finne sted er vesentlig for at pleiepersonell skal oppnå læringsutbytte og få økt kompetanse (14). I helsepersonelloven § 16 (33) og helse- og omsorgstjenesteloven § 4 (34) står det at primærhelsetjenesten er pålagt å sørge for å organisere virksomheten slik at helsepersonalet kan holde seg faglig oppdatert. Med dette forstås at ledelsen på sykehjemmene har et ansvar for å sørge for tilstrekkelig tilrettelegging og ressurser til alle ansatte for å sørge faglig utvikling. Travers, Herzig (29) pekte på viktigheten av at opplæringen skjedde til tider som passet pleiepersonalet, og at de fikk opplæringen jevning.

Ressursene til å bedrive kompetanseheving i primærhelsetjenesten kan imidlertid være varierende, og kompetanseutvikling avhenger ofte av økonomien i de enkelte kommunene (2). Ledelsen på sykehjemmene har plikt og ansvar for å motivere og trygge pleiepersonalet og ressurspersonene, samt koordinerer arbeidet slik at kompetanseheving kan nås (14, 31-34). Det er her ressurspersonene som er ansatt på sykehjemmene kan komme inn i bildet ved å

aktiv følge opp, motivere og støtte pleiepersonell til å benytte ervervet kompetanse.

Ressurspersonen kan også fungere som et bindeledd mellom pleiepersonell og leder.

En avansert klinisk sykepleier (AKS) har en utvidet rolle som omfatter ledelse samt, undervisning/veiledning, forebyggende/helsefremmede funksjon, og forskning og utvikling (30). I tillegg har AKS dybdekunnskap i sykepleiefaget, god tverrfaglig kunnskap og avanserte kliniske ferdigheter. En AKS er med andre ord svært godt egnet til å organisere en modell for lokal kompetanseheving i primærhelsetjenesten, der fokus er kunnskapsbasert praksis, og der ressurspersoner får opplæring i hvordan pleiepersonalet skal følges opp på ulike måter (1, 30, 31).

## **4.4 Metodologiske betraktninger**

Denne studien kan ha flere svakheter fordi den ble utført av en masterstudent alene. Mangel på tid og erfaring hos studenten kan ha ført til et bias i søket, seleksjonsprosessen og/eller av fortolkningen av dataene. Selve litteratursøket ble utført i samarbeid med bibliotekar for å sikre et strukturert søk sammen med en person som hadde erfaring og kunnskap på området. PICO modellen ble brukt som et arbeidsredskap for å sikre at søkeprosessen ble systematisk, gjennomarbeidet og transparent (17, 18), men etter anbefaling fra bibliotekar ble søket begrenset til populasjon og intervensjon. Det er derfor usikkert hvor relevant denne modellen var for denne studien. Søket ble utført i to elektroniske databaser. Totalt 684 artikler ble identifisert. Det er mulig at søk i flere databaser ville gitt flere treff og følgelig ført til flere inkluderte artikler. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble brukt til å finne relevante artikler. Ti artikler ble vurdert som relevant, men etter kvalitetsvurdering ble åtte inkludert i denne studien. Sjekklistene ble brukt for å sikre de inkluderte artiklenes kvalitet (21). En annen

mulige svakhet var studentens mulige forutinntatthet. Forventningen om å finne ukjente metoder, strategier eller kunnskap, kan ha påvirket tolkningen av dataene.

På grunn av lav utvalgsstørrelse og uerfaren student må resultatene leses med forsiktighet.

## 5 Kliniske implikasjoner

Denne studien indikerer at kombinasjonen av ressursperson og tradisjonell undervisning som strategi kan føre til bedret kompetanseheving på sykehjem. Ved å benytte ulike undervisningsmetoder, og gi en-til-en undervisning vil pleiepersonalet oppleve mestringsfølelse og få motivasjon til ytterligere læring. Dette kan føre til bedret kompetanse i observasjoner, tiltak og pleie overfor skrøpelige sykehjemspasienter.

Studien peker også på viktigheten av at ledelsen tilrettelegger for kompetansehevingstiltak på arbeidsplassen, og har en støttende funksjon ut mot pleiepersonell og ressurspersoner.

## 6 Konklusjon

Pasienter som kommer til sykehjem i dag er mer skrøpelige og har mer komplekst sykdomsbilde enn for få år siden. Samtidig har over 25 prosent av de ansatte i primærhelsetjenesten lavere helsefaglig utdanning. Det er derfor et stort behov for å øke pleiepersonalets kompetanse for å sikre et faglig forsvarlig helsetilbud til disse sykehjemspasientene. Studien har vist at kompetanseheving kan best nås ved å kombinere tradisjonell undervisning med en eller flere ressurspersoner som bidrar til å følge pleiepersonalet ute i avdelingene. Ved å kombinere ulike læringsteknikker og en-til-en undervisning viser det seg at motivasjon og engasjement til pleiepersonalet kan fremmes og kompetansen øke. Kompetansehevingen bør strekke seg ut over en lengre tidsperiode og gjøres systematisk for å møte kompetanseutfordringene som vil komme. En AKS har ekspertkunnskaper, ferdigheter i klinisk beslutningstaking samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes av konteksten. En AKS kan derfor svært godt organisere et program for varig kompetanseutvikling i primærhelsetjenesten, der undervisning og tilgjengelige ressurspersoner utgjør en del av planen.



# Litteraturliste

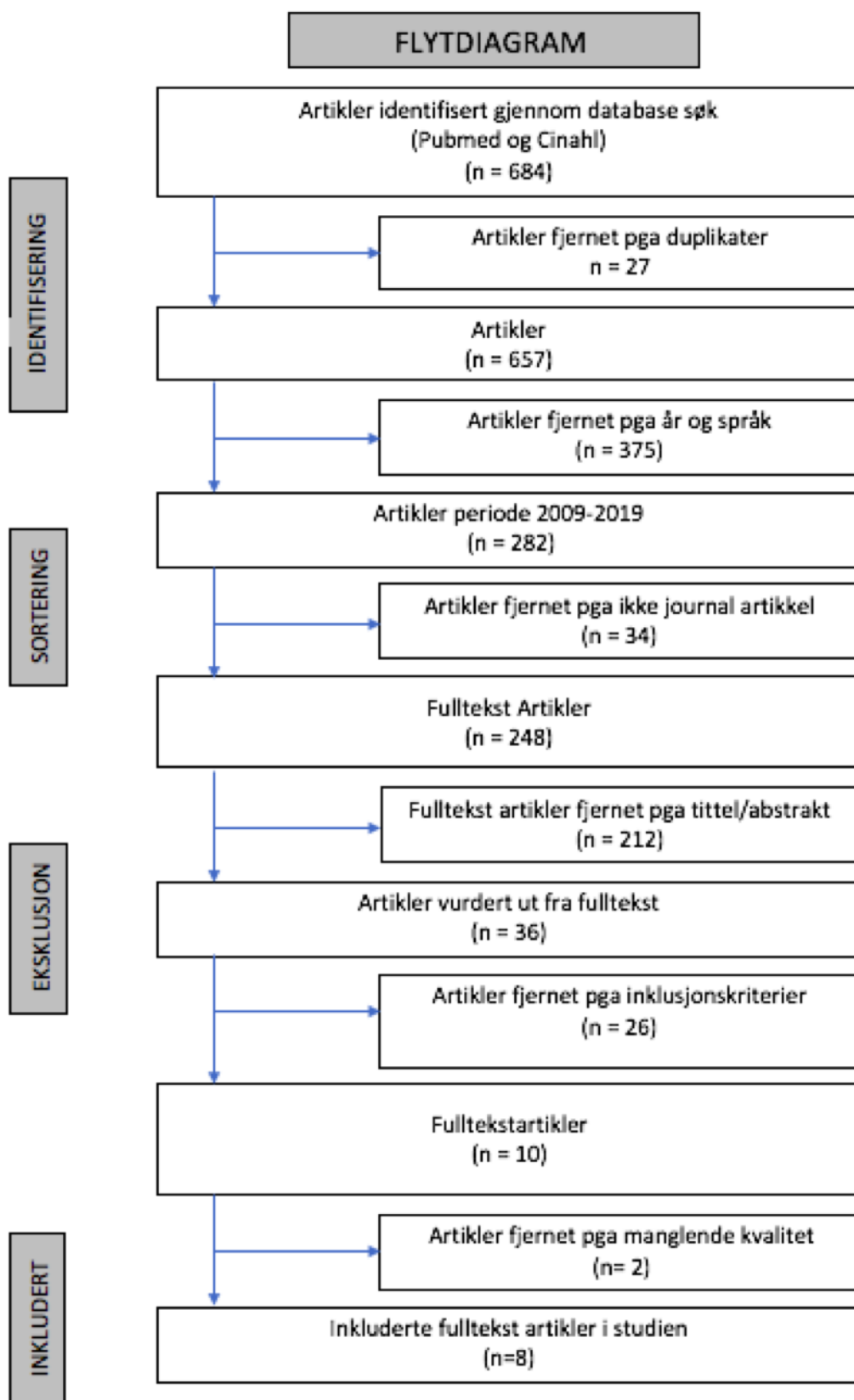
1. Flodgren G, Bidonde J, Berg RC. Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt2017 [cited 2020 03.07]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-pasientsikkerhet-i-he/>.
2. Døving E, Tobiassen AE. Kompetanseutvikling i norske kommuner: fra ufaglært til faglært. Econas tidsskrift for økonomi og ledelse [Internet]. 2009 [cited 2020 01.07.]; 7. Available from: <https://www.magma.no/kompetanseutvikling-i-norske-kommuner-fra-ufaglaert-til-faglaert>.
3. L. H. Aiken, C.Cerón, Simonetti M, Lake ET, Galiano A, Garbarini A, et al. Hospital nurse staffing and patient outcomes2018 [cited 2020 11.03]; 29(3):[327 p.]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864018300609>.
4. L. H. Aiken, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. BMJ Quality & Safety [Internet]. 2016 [cited 2020 11.03]; 26(7):[568 p.]. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/7/559>.
5. Bruvik F, Drageset J, Abrahamsen J, F. Fra sykehus til sykehjem - hva samhandlingsrefomen har ført til. Sykepleien Forskning 2017 [Internet]. 2017 [cited 2020 15.05.20]; 2007(12). Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/fra-sykehus-til-sykehjem>.
6. Danielsen KK, Nilsen ER, Fredwall TE. Pasientforløp for eldre med kroisk sykdom. Omsorgsbiblioteket [Internet]. 2017 [cited 2020 14.08]; 5. Available from: [https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444230/pasientforloep%20for%20eldre%20med%20kroisk%20sykdom\\_ID2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444230/pasientforloep%20for%20eldre%20med%20kroisk%20sykdom_ID2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
7. Wyller TB. Geriatri. En medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
8. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. In: omsorgsdepartementet Dkho, editor. www.regeringen.no: Akademika AS; 2008-2009. p. 150.
9. Helsedirektoratet. Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden? : Helsedirektoratet; 2017.
10. Regjeringen.no. Meld. St. 26  
Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Regjeringen.no: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014-2015.
11. Bruvik F, Drageset J, Abrahamsen J, F. Fra sykehus til sykehjem - hva samhandlingsrefomen har ført til. Sykepleien Forskning 2017. 2017;12.
12. Regjeringen.no. Stortingsmelding 15  
Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Regjeringen.no: Regjeringen.no; 2017-2018.
13. Lai L. Strategisk kompetansestyring. 2 ed. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2012. 301 p.
14. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleierpraksis. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2008.

15. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. 2 ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.
16. Lerner N, B., Resnick B, Galik E, Russ K, G. Advanced Nursing Assistant Education Program. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2010;41(8):356-62.
17. Aveyard H. Doing a literature review in health and social care. A practical guide. 3 ed. England: Open University Press; 2014.
18. Johannesen CG, Pors NO, editors. Evidens og systematiske reviews - en introduksjon. Fredriksberg, Danmark: Samfundslitteratur; 2013.
19. «MeSH på norsk» i Helsebiblioteket - verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk <https://www.helsebiblioteket.no/259182.cms>; Helsebiblioteket; 2018 [cited 2020 18.05]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>.
20. Underdal H. CINAHL tilgjengelig i helsebiblioteket <https://www.helsebiblioteket.no>; Helsebiblioteket.no; 2013 [cited 2020 04.08.20]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/221404.cms>.
21. Helsebiblioteket. Sjekkliste helsebiblioteket: Helsebiblioteket.no; 2016 [updated 05.01.20; cited 2020 04.01.]. 03.06.2016: [
22. Harahan MF, Sanders A, Stone RI, Bowers BJ, Nolet KA, Krause MR, et al. Implementation and Evaluation of LVN LEAD. A leadership and supervisory training program for nursing home charge nurses. *J Gerontol Nurs*. 2011;37(6):26-33.
23. Jordan KJ, Pao-Feng T, Seongkum H, Shasha B, Dailey D, Beck CK, et al. Pilot Testing a Coaching Intervention to Improve Certified Nursing Assistants' Dressing of Nursing Home Residents. *Research in Gerontological Nursing*. 2017;10(6):267-76.
24. Jordan KJ, Tsai PF, Heo S, Bai S, Dailey D, Beck C, et al. Feasibility of testing a coaching training intervention for CNAs in nursing homes. *Geriatr Nurs*. 2018;39(6):702-8.
25. Slaughter SE, Bampton E, Erin DF, Ickert C, Jones CA, Estabrooks CA. A Novel Implementation Strategy in Residential Care Settings to Promote EBP: Direct Care Provider Perceptions and Development of a Conceptual Framework. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2017;14(3):237-45.
26. Woo K, Milworm G, Dowding D. Characteristics of Quality Improvement Champions in Nursing Homes: A Systematic Review With Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017;14(6):440-6.
27. Lerner NB, Resnick B, Galik E, Russ KG. Advanced nursing assistant education program. *J Contin Educ Nurs*. 2010;41(8):356-62.
28. Resnick B, Cayo J, Galik E, Pretzer-Aboff I. Implementation of the 6-week educational component in the Res-Care intervention: process and outcomes. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(8):353-60.
29. Travers J, Herzig CTA, Pogorzelska-Maziarz M, Carter E, Cohen CC, Semeraro PK, et al. Perceived barriers to infection prevention and control for nursing home certified nursing assistants: A qualitative study. *Geriatric Nursing*. 2015;36(5):355-60.
30. Fagerstöm L, Maria., editor. Avansert klinisk sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2019.
31. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk sykepleie [lovdata.no/2020](https://lovdata.no/2020) [Available from: [https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-45?fbclid=IwAR2LdFW2v33ip-UZoF0vBzGEj5ISW1cQs2Rdg7002AV9nw7ZZoxPq\\_LlMRo](https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-45?fbclid=IwAR2LdFW2v33ip-UZoF0vBzGEj5ISW1cQs2Rdg7002AV9nw7ZZoxPq_LlMRo)].
32. Willumsen E, editor. Tverrprofesjonelt samarbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.

33. Lov om helsepersonell m.v 1999 [Available from:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.

34. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 2011 [Available from:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_4#%C2%A74-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#%C2%A74-1).

# Figur 1



# **7 Vedlegg**

## **7.1 Datamatrise**



Tittel. Forfatter. År. Land	Hensikt  Kvalitet	Design/ metode	Utvalg	Intervensjon / innhold og lengde	Utfallsmål/hva er målt	Resultater/ hovedfunn
Implementa tion and Evaluation of LVN LEAD -a leadership and supervisory training program for nursing home charge nurses.  Harahan et. al.  2011/ USA	Hensikten med studien var å utvikle, teste ut og evaluere et veilednings- program for spl. og hjelpepleiere.  8/10	Evaluerings- studie  Med bruk av litt.rew, survey, og intervju.	Baseline:  130 Assistenter  57 Fagarbeidere  Postline:  100 assistenter  26 fagarbeidere  Ikke gjort rede for frafall.  leder intervju (n=9),  CNA (n=23) og LVN (n=16) fokus- gruppeintervju .	Å utdanne/styrke hjelpepleiere til å lede og veilede kollegaer og ufaglærte ved hjelp av et undervisningsprogram. Målet med undervisningsprogrammet var å gi <b>ferdigheter, kunnskaper</b> og <b>kompetanse</b> til å 1) forstå viktigheten av å være en god rollemodell 2) kommunisere bedre med kollegaer, spesielt de som de skulle veilede 3) utvikle ferdigheter til å veilede og vær mentor 4) utvikle kritisk tenkning 5) løse konflikter 6) forstå hvordan kultur kan påvirke egen ledelse stil 7) jobbe mer effektivt med ledelsen.  1 times modul på 1 tema, kan tas alle på en dag eller over fler episoder. Mulighet for oppfølgings-moduler. Ikke beskrevet hvordan intervensjonen er gjort.	Spørreskjema og intervju.  Tlf og person- intervju med ledelsen.  Baseline, oppfølgings og slutt- spørreskjema i 4 sykehjem. For assistenter, hjelpepleier og spl.  Baseline og slutt- spørreskjema til ledere. i 4  Tlf intervju med 10 hj.pl og 13 assistenter 1 og 6 mnd. etter programmet var ferdig.	Vanskelig å gjøre en vurdering om hj.pls adferd var endret fordi de hadde gitt seg selv så høye skår på baseline, kan derfor vanskelig å få høyere skår på posttest.  Intervjuene ga imidlertid inntrykk av at det hadde skjedd en signifikant bedring i forhold til veiledning og mentoring.  Hjelpepleiere hadde en viktig rolle i sykehjem, både som veiledere og kvalitets-forbedrer ovenfor assistenter. Ga økt pasientsikkerhet.

<p>Pilote testing a coaching intervention to improve certified nursing assistants' dressing of nursing home residents.</p> <p>K. J. Jordan et.al</p> <p>2017</p> <p>USA</p>	<p>En veiledningsintervensjon som skulle forbedre bruken av forskningsbasert kunnskap i praksis.</p> <p>Hensikten var å identifisere effekten av veiledningsintervensjon til assistenter i sykehjem, sammenlignet med tradisjonell undervisning.</p> <p>9/10</p>	<p>Pilot RCT</p>	<p>3 sykehjem, 17 avdelinger.</p> <p>Kriterier:</p> <p>1) CNA er 18år+, 2) kunne pleie en pas. alene, 3) Ikke hatt LoA trening før.</p> <p>Den eldre:</p> <p>1) Mild-alvorlig demensdiagnose, 2) trenge hjelp til påkledning, 3) ikke ha fysiske utfordringer med bekledning, 4)55år+.</p>	<p>To grupper fikk en 25 min tradisjonell undervisningstime.</p> <p>Intervensjonsgruppen fikk i tillegg 3 en-til-en undervisningstimer fordelt over 4 uker.</p> <p>1.timen (gruppe) inkluderte en 25 minutters PowerPoint presentasjon, et spørreskjema, rollespill, kollegaveiledning og målsetting.</p> <p>2.timen (individuell) 15-30min med video av påkledning av pasienter, deretter samtaler med tilbakemeldinger og videre målsetting</p> <p>3.timen, likt møte 2, men uten video.</p> <p>Ansatt-veiledning skulle styrke utførelsen av arbeidet ved hjelp av jevnlig veiledninger i en tidsbestemt periode. Skulle fokusere på et spesifikt område.</p>	<p>Testen LoA.</p> <p>Assistentene ga selvevaluering og feedback.</p>	<p>Peker på en mangel i litteraturen for undervisning til assistenter.</p> <p>Signifikant bedring i ferdigheter hos assistenter i intervensjonsgruppe, sammenlignet med pre og post test, og kontrollgruppen.</p> <p>Det var også signifikant bedring av funksjonsnivå på pasientene i intervensjonsgruppen.</p> <p>Man konkluderte med at kombinasjonen med tradisjonell undervisning, gruppeundervisning -og spesielt individuell undervisning var gunstig for å få flest mulig til å lære.</p> <p>Fant ikke signifikant bedring i median, mulig det skyldes liten testgruppe, eller kontaminasjon, da 89% anga at de hadde delt kunnskap med andre ufaglærte i kontrollgruppen.</p>



				<p>Veiledningen skulle tilpasses til hvert arbeidsted, og inkludere de ansatte i beslutninger og målsetninger.</p> <p>Veiledningen var jevnlig, med flere undervisninger. Krevde respektfullt og engasjert samarbeid mellom veiledere og ansatt.</p>		<p>Anbefalte å kombinere veiledningsintervensjoner som også styrker assistentenes selvtilitt for å få ytterligere effekt av intervensjonen.</p>
<p>Feasibility of testing a coaching training intervention for CNAs in nursing homes.</p> <p>Jordan et. al.</p> <p>2018</p> <p>USA</p>	<p>Beskrev gjennomføringen av en veiledningsintervensjon rettet mot assistenter.</p> <p>Beskrev hvordan rekruttere assistenter og eldre, intervensjonens brukervennlighet og gjennomføringsmulighet, samt hvordan randomisere deltakerne.</p>	<p>Pilot RCT</p>	<p>2 grupper med assistenter på sykehjem. En kontroll- (n=10) og en intervensjonsgruppe (n=9).</p> <p>Kriterier:</p> <p>1) assistenten var over 18 år,</p> <p>2) kunne pleie en pas. alene,</p> <p>3) Ikke hatt LoA trening før.</p> <p>Den eldre:</p> <p>1) Mild- alvorlig</p>	<p>Begge grupper fikk 25 min med vanlig (tradisjonell) undervisning som forklarte LoA strategien.</p> <p>Den inkluderte gruppen fikk i tillegg en gruppeveiledning etter undervisningen, samt 2 individuelle veiledninger i løpet av en 4 ukers periode. Veiledningene var på sykehjemmet, men utenfor arbeidstid.</p>	<p>Pretest: 2 stk videofilming av personalets bistand til pasient ved påkledning av pasient (Begge grupper).</p> <p>Posttest: 4 uker etter første undervisning: 2 stk videofilm av påkledning av pasient.</p> <p>Inkludert gruppe fikk også et evaluerings-skjema.</p> <p>Alle videoer vurdert av en blindet forsker for å vurdere ansattes bruk av LoA strategier og pasientens uavhengighet.</p> <p>Evaluerings-skjema.</p>	<p>De ansatte så nytten av prosjektet, som ga motivasjon. Dette førte til at adopsjon av lærdom var mer sannsynlig.</p> <p>Anbefalte undervisning på ca. 45-60 min hver 1-3 uker. Individuell oppfriskning burde vare fra 5-30 minutter.</p> <p>Anbefalte å lære assistentene å sette mål for seg selv og pasienten.</p> <p>Det var en sammenheng mellom hvordan assistenten så på seg selv (sin rolle) og pleien den ga til pasienten. Rolleavklaring og øking av selvtilitt burde forsterkes i fremtidige studier.</p> <p>Mulig kontaminering pga assistentene snakket sammen på</p>

	6/10		demensdiagnose, 2)trengte hjelp til bekledning, 3) hadde ikke fysiske utfordringer med bekledning, 4) pasienten var over 55år			tvers av kontroll og intervensjonsgrupper.
Advanced nursing assistant education program.  Lerner et. al.  2009  USA	Å utvikle og teste effekten av et heldags kurs rettet mot assistenter.	Pretest-posttest, single group.	Ufaglærte med minst 2 års erfaring som ble valgt ut av arbeidsplassen til å delta. De fikk lønn av arbeidsgiver for å delta.  50stk deltok, 44 fullførte kurset. 6 stk frafall pga jobb.	1 dags undervisning; 6 læringsmoduler. Deltakerne ble delt i 3 grupper og jobbet sammen for å finne utfordringer på deres jobb, bruke ny kunnskap og utviklet planer for å forbedre pleierne på det området.	Single-group pre- og posttest design.  “Advanced nursing assistants knowledge test”; 12 spm, multiple-choice.	Studien viste at kurset ga økt kunnskap og verktøy til å utføre bedre pasientpleie.  Ufaglærte er interessert i å lære mer.  Det trengs mer forskning på hvordan øke kunnskapen ved hjelp av utdanningskurs og effekten av disse.

Implementa tion of the 6-week edu- cational component in the res- care inter- vention:	Å beskrive implementer - ingen av «restore care education» programmet som var en sentral komponent i	RCT  Implement- asjonen besto av 6 ukers undervisning	523 assistenter fra 12 sykehjem.  265 stk. intervensjon.	Restorative care educational program skulle gi motivasjon, læringsteknikker, og en forståelse for assistenter ansvar i avd., kunnskaper og utfordringer ved læring.  Dersom noen ikke fikk deltatt på undervisningen fikk man utlevert en	Spørreskjema før og etter intervensjon.	Signifikant bedret svar på posttest.  Bedret gjennomføring på sykehjem der hvor det var obligatorisk å delta.

process and outcome.	Res-Care programmet.	sopplegg til assistenter.	258 stk. kontrollgruppe	powerpoint- oppsummering, samt en-til-en undervisning.		Undervisningen var kort, individuell, og på et tidspunkt som passet assistentene.
Resnick et.al	8/10	30 min per uke x 6 med ulike tema.	9 % frafall i intervensjonsgruppen, frafallet ble begrunnet.			Undervisningen ble tilpasset til hva assistentene ønsket å lære, man fant motivasjonen deres og bruke prinsippene til voksenalring.
2009		Kontrollgruppen fikk 1 x 30 min. undervisning	Kontrollgruppe: kun pretest, ingen posttest.			Voksenalring er dynamisk, interaktiv. Ink. Rollespill, gruppediskusjon, case-study og praktisk øving.
USA						Nok tid og minimal forstyrrelse også viktig.

<p>A novel implementation strategy in residential care settings to promote EBP: Direct care provider perceptions and development of a conceptual framework</p> <p>Slaughter et.al.</p>	<p>Beskrev de første stegene i forberedelse til i en kunnskaps-overføring som kunne testes.</p> <p>og indentifiserte hjelpepleiernes opplevelse av peer reminder, samt utvikle et teoretisk rammeverk for rollen, basert på disse inntrykkene</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>5 sykehjem, 3 langtidsavd og 2 supporting living facilizes. I by og bygd. Ulik størrelse på avdelingene.</p> <p>24 hjelpepleiere, 5 fokusgrupper</p>	<p>Peer reminder rollen skulle minne på og oppmuntre kollegaer til å utføre den ønskede intervensjonen ovenfor pasientene i vanlige settinger som jobb avdelingen, i møter og/eller vaktskifter.</p> <p>Som Peer Reminder forventes det ikke at man skulle lære bort, veilede, eller lede intervensjonene, kun gi påminnelser om å ta kunnskapen i bruk.</p>	<p>Fokusgruppe intervju</p>	<p>En peer reminder kunne bringe kunnskapsbasert praksis ut i feltet opp mot 90% av tilfellene.</p> <p>Det var viktig at ansatte fikk støtte fra ledelsen, følte seg komfortabel i rollen, og ble respektert av sine kollegaer.</p> <p>God «timing» for når påminnelsene skulle gis var viktig.</p> <p>Det ble fremhevet at personlige egenskaper var viktig, det samme med å snakke respektfullt med sine kollegaer og ha en lederpersonlighet. Viktig at man var genuint interessert i å øke kvaliteten på pleien.</p>

2017 Canada	9/10					
Preceived barriers to infection prevention and control for nursing home certified nursing assistants: a qualitative studie.	Finne mulige barrierer mot implementasjon, hvordan opprettholde god praksis og beskrive strategier for å overkomme barrierer.	Kvalitativt intervju studie, del av en større mixt method studie.	Intervju med ledere, eiere, sykepleiere, faglærte og ufaglærte. De måtte kunne snakke engelsk, og jobbet på sykehjem lenger enn 1 år.	Intervju for å finne hvilke utfordringer (barrierer) som fantes når man skulle implementere nye prosedyrer, samt å finne strategier for å eliminere disse utfordringene.	intervjuguide	4 hovedtemaer oppleves vanskelig (barrierer):  1)Språk og kultur: Løsning: Undervisning på flere språk, bilder og fargekoding av beskjeder. Gjenta beskjeder.  2)Kunnskap og trening: Ulikt utdanningsnivå i avdelingen gjorde kommunikasjon vanskelig, vansker med å implementere. Løsning: informere om <i>hvorfor</i> man skal gjøre ting på den måten,

Travers et.al. 2015 USA	9/10		10 sykehjem 40-100 sengeplasser  73 Semi-strukturerte intervju, senere transkribert			gi kunnskap. Henge opp plakater. Hands-on trening. Gi tilbakemeldinger.  3) Deltidsarbeid og skift. Utfordring med å nå alle ansatte. Løsning: jevnlig møter med deltidsansatte, undervisning når de var på jobb  4)Arbeidsmengde: gjennomføringen ble dårligere når arbeidsmengden økte. Løsning: økt bemanning, få politikerne til å innvilge mer penger.  5) Tilgjengelighet: la ufaglærte være inkludert i intervensjonene
Characteristics of quality improvement champions in nursing homes: a systematic review with implications for evidence-	Identifiserte rollen, bruken og forberedelsene av en Champion i sykehjem som en måte å øke kvaliteten på kunnskapsbasert praksis.	Systematisk Literature review.  7/9	337 identifiserte artikler som ble til 7 inkluderte artikler.	Artikkelen så på kvalitetsforbedringstiltak.  De fant at tiltak gjort i sykehjem var bare 3,8%, mens hoveddelen (62%) var tiltak gjort i sykehus.  *Champions ble trukket fram som viktig for å gjennomføre kvalitetsforbedrings-tiltak.	7 artikler fra 5 originale studier.  Kriterier:  Sykehjem-setting  Bruk av kvalitets-forbedring; planlegging og/eller implementering  primær-artikler	Få studier beskrev opplæringen av sin Champion.  Rollen til Champion var ofte å lede, og styrket endringene for forbedringer. Var forventet at de skulle veilede, styrke og lage forbedringsgrupper.  Champions trekkes frem som veldig viktig for gjennomføring av kvalitetsforbedring.

<p>based practice.</p> <p>Woo, Milworm Dowding. 2017</p>	<p>Målet med studien var å identifisere rollen, bruken og forberedelsen av champions i sykehjem for å kunne drive kvalitetsforbedring.</p>			<p>*Kvalitetsteam.</p> <p>*«peer reminder».</p> <p>*Viktig med gode kommunikasjonsegenskaper og støtte fra resten av arbeidsgruppen.</p> <p>*Å støtte assistentenes autonomi og beslutningsmuligheter ga høyere tilfredshet, effektivitet og lavere turnover.</p>	<p>bruk av spl eller CNA som champion</p>	<p>Ledelses engasjement og administrativ støtte var viktig.</p> <p>Barrierer: stor turnover hos ledere svekket støtten til Champions i avdelingen.</p> <p>Stor arbeidsmengde/arbeidspress.</p> <p>Trengte mer informasjon om hvordan forberede fremtidige Champions for deres rolle.</p>
--	--	--	--	---	---	--



## 7.2 Vedlegg 2: Datasyntese

	Harahan	Jordan 2017	Jordan 2018	Lerner	Slaughter	Resnick	Travers	Woo
opplæring av hvem?	fagartikkel	assistenter	assistenter	assistenter	peer reminder	assistenter	assistenter	champion
hvordan utført?	intervjuer med ledere (en og to) og 24 fagsagupper med fag arb. fgr intervensjon og EFTER intervensjon. Beskriver like selv intervensjonen	plottstudie som testet effekten av intervensjonen med å se på bruk av Lok i arbeidet med pasienter. 3 stk samlinger	beskrive gjennomføringen av en pilotstudie og intervensjonen brukt i den ved å se på bruk av Lok i arbeidet med pasienter. 3 stk samlinger	endags kurs for å øke kunnskapen og kompetansen til erfarne assistenter	intervju om hva de ansatte tenkte om en ny peer reminder i avdelingen. Intervensjonen er altså ikke igangsatt enda.)	beskriver implementeringen av HES-Care intervensjonen. pågikk i 6 uker	intervju med personal som har jobbet med infeksjonsforebygging i sin avdeling for å se hvilke barrierer som finnes	litteratur-review for å identifisere rolle, bruk og forbedrelsen av en champion
endringssagent	supervisor	coach	coach	like beskrevet	peer reminder	like beskrevet	like beskrevet	champion
tradisjonell undervisning	1 times moduler x 7 fordelt på flere dager, eller alt på en dag	ja, første møtet. 1 x 25 min tradisjonell undervisning	ja, første møtet. 1 x 25 min tradisjonell undervisning	ja, 6 moduler på 1 dag	ultrikk av tradisjonell undervisning alene	ja, 30 min x 1 pr uke i 6 uker	pekte på at språk, kultur, kunnskap og erfaring hos den ansatte (fagartikkel) kunne påvirke hvordan undervisningen ble forstått og implementert	like aktuelt
grupperundervisning/refleksjoner/diskusjoner	ja, gruppe refleksjoner om intervensjonen	ja, første møtet. Deltakerne brukte tid på å gi hverandre tilbakemeldinger og sette mål	ja, første møtet. Brukte tid på å gi hverandre tilbakemeldinger og sette mål	ja, på slutten av dagen ble deltakerne delt ned i 3 grupper for å identifisere et problem på sin arbeidsplass og utvikle en plan for å bedre situasjonen	fokusgruppe-diskusjon for å se på hvordan ting gjøres i avd og hva deltakerne tenker om peer reminder-prosjektet, og forslag på hvordan påminnelser bør gjøres	ja, oppfordret til å dele erfaring og diskutere for/mot	nei	ja, champions jobbet med/ gruppe møte
en til en undervisning/veiledning	å gi veiledning, og å være en mentor førte til at ferdigheter økte	ja x 2	ja x 2 over 4 uker	like beskrevet	deltakerne syntes det ville være fine å få veiledning/undervisning/påminnelser av kolleger	ja, dersom de ikke var med på gruppeveiledning	ja, "hands on training" med assistenter for å sikre forståelse	like aktuelt
demonstrasjoner	ja, de ansatte fikk større innsett i betydningen av å demonstrere en ting, og deretter la assistenten forsøke etterpå	like beskrevet	like beskrevet	like beskrevet	like beskrevet	deltakerne skulle demonstrere hvordan en handling ble utført, deretter diskuteres det i gruppen	ja, ble anbefalt å demonstrere ansatt handling	like aktuelt
case-oppgaver	opplæringen var tilpasset til ansattes daglige gjøremål, og det ble gitt muligheter til å diskutere oppgavene, og hvordan de kunne implementeres i deres arbeid	deltakerne jobbet pasientnært	deltakerne jobbet pasientnært	ja, deltakerne fant selv sine caser og jobbet ut fra dem i felleskap	intervjuet knyttet seg til pasient/arbeids-nære situasjoner	ja, deltakerne oppfordres til å koppe med eksempler fra jobb	like beskrevet	like aktuelt
klinisk veiledning	ja, viktig å forklare hvorfor en klinisk oppgave er viktig og dele resultatet av oppgaven (forklare konsekvenser)	ja, deltakerne jobbet pasientnært og fikk tilbakemeldinger	ja, deltakerne jobbet pasientnært og fikk tilbakemeldinger	nei	like beskrevet	ja, deltakerne ble veiledet	ja, ble anbefalt å demonstrere ansatt handling for å sikre forståelse	like aktuelt
rollemodell	viktig å være et godt forbilde	viktig å være et godt forbilde	viktig å være et godt forbilde	like beskrevet	viktig å peer reminder er et godt forbilde	ja	ja	ja, champion er en rollemodell
rollespill	ja	ja	ja	nei	like aktuelt	ja	ja	like aktuelt
støttefunksjon	støttende funksjon til de ansatte (bedre til å lytte, kommunisere og støtte dem forslag)	ja, veileder var støttende overfor assistenten	ja, veileder var støttende overfor assistenten	like beskrevet	deltakerne syntes det hadde vært fint å få støtte av en/flekk kollega(er). Deltakeren påpekte viktigheten av at peer reminderen fikk støtte av ledelsen	deltakeren oppfordres til å være oppmuntrende og forklarende overfor pasientene	like beskrevet	champion er en person som er respektert, høytet, andre, og har lederferdigheter
oppfølging	booster-materiale som ble gitt på en oppfølgings modul	ja, i forbindelse med gjennomgang av videoopptak	ja, i forbindelse med gjennomgang av videoopptak	nei	deltakerne syntes det hadde vært fint å bli fulgt opp av en/flekk kollega(er)	ja, omfattende oppfølging av personal som ikke var tilstede på undervisning	like beskrevet	like aktuelt
tilbakemelding og påminnelser	veileder ga klare instruksjoner. Ypelige tilbakemeldinger. Roser kolleger	ja, i forbindelse med gjennomgang av videoopptak	ja, i forbindelse med gjennomgang av videoopptak	nei	ja, deltakerne ville sette pris på påminnelser	ja, viktig å gi tilbakemeldinger når situasjonene oppstår, dersom en ansatt ikke gjør noe korrekt. Ikke verte med tilbakemeldinger	ja, viktig med feedback og reminders	ja, viktig med feedback og reminders
videofilming	ja, for å se etter korrekt bruk av intervensjonen	ja, for å se etter korrekt bruk av intervensjonen	ja, for å se etter korrekt bruk av intervensjonen	uljønt	nei	ja, PP oppsummering til de som ikke deltok på gruppeundervisning	ja, PP oppsummering til de som ikke deltok på gruppeundervisning	like aktuelt
power point	nei	ja, i første presentasjon av bruk av Lok strategier	ja, i første presentasjon av bruk av Lok strategier	uljønt	nei	ja, PP oppsummering til de som ikke deltok på gruppeundervisning	ja, PP oppsummering til de som ikke deltok på gruppeundervisning	like aktuelt
Barrierer:								
vanskelig kommunikasjon med ledelse	kommunikasjon er viktig		ja, mulig barrierer for implementering av prosjekt					
mangel på interesse fra ledelsen	ustabil ledelse kunne gi mindre eierskap til prosjektet		ja, mulig barrierer for implementering av prosjekt					ja, kan være et problem
ikke prioritert fra ledelse	fremhevnet at hvor viktig det er at ledelsen er med i planleggingen av prosjektet		ja, mulig barrierer for implementering av prosjekt					ja, kan være et problem
stor turnover hos ledelsen	ustabil ledelse førte til utfordringer med å implementere prosjektet vellykket		ja, mulig barrierer for implementering av prosjekt					ja, vil svekke støtten til champion
ansatte føler opplæring forstyrrer hverdagen			ja, mulig barrierer for implementering av prosjekt				opplæring kan oppleves som belastende dersom det ikke tilpasses arbeidsdagerne til de ansatte (dersom stor arb.belstigning gir gode ting)	
ansatte ser ikke nytte av opplæringen			ja, mulig barrierer for implementering av prosjekt		ansatte ser nytten av påminnelser			
ansatte ønsker ikke å involvere seg			ja, mulig barrierer for implementering av prosjekt	nei, ansatte ønsker mer kunnskap, men ønsker ikke videreutdanne seg	nei, ansatte ønsker mer kunnskap	nei, ansatte ønsker mer kunnskap		
ansatte er ikke engasjert			ja, mulig barrierer for implementering av prosjekt	nei, ansatte er engasjert i jobben sin, og etter spørmer kunnskap/erfaring	nei, ansatte er engasjert i jobben sin	nei, ansatte er engasjert i jobben sin		
språk og kultur problemer	kulturkompetanse er viktig for å endre kulturen i ledelseopplæring. Kulturell orientering på videt arbeid og på grunnlegger blant arbeidstakerne	å styrke assistentene er viktig for å endre kulturen i sykehjem, og er nøkkelen til varig ending. Derfor bør veiledning jobbe mer langsiktig med å styrke assistentenes selvtillit og følelser					ja, fremmed språklig ansatte kan ha liten språkforståelse, og kulturelle forskjeller kan føre til misforståelser eller at beskjeder ikke blir forstått	
ansattes mangel på kunnskap og erfaring							ja, lite kunnskap og erfaring hemmet informasjonsflyten og etterlevelse av tiltak	
deltidsansatte og vikarer							deltidsansatte og vikarer er vanskelig å gi opplæring til også de ikke er like mye tilstede	
ansatte har for stor arbeidsmengde/tiden tid	ja						etterlevelse av tiltak ble dårligere dersom arbeidsmengden ble for stor, eller tiden for liten	ja, både arb.mengde og mangel på tid
stor turnover hos ansatte							deltidsansatte og vikarer er vanskelig å gi opplæring til også de ikke er like mye tilstede	

## 7.3 Vedlegg 3: Forfatterveiledning til Nordisk Sygeplejeforskning

MANUSKRIPTSTANDARD til nordisk sygeplejeforskning

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5000 ord, ikke inkludert sammendrag, tabeller og figurer. Essay begrenses til 3000 ord.

*Krav til manuskript*

- *Tittelside* som beskriver type manuskript, antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon av tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn og e-postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass (lægges op særskilt på ScholarOne).
- *Sammendrag* (eller abstract) både på originalspråk og på engelsk skal ikke overstige mer enn 200 ord.
- *Fire til åtte nøkkelord* (keyword) i alfabetisk orden, som beskriver artikkelen (og ikke forekommer i tittelen), skal angis på begge språkene. Plasser tittel, sammendrag og nøkkelord øverst på manuskriptet, både på originalspråk og engelsk.
- *Tabeller og figurer* – max 4 i alt – leveres i eget dokument. I selve artikkelen må den angis hvor tabellene og figurene skal stå, med fortløpende siffer. Hver tabell og figur skal ha en egen tekst som gir presis informasjon om hva tabellen eller figuren viser og skal nummereres i den rekkefølge de nevnes i

teksten. Vedlagte bilders kvalitet skal være god, minst 300 dpi. Det er forfatterens ansvar å innhente tillatelse til bruk av illustrasjoner.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbel linjeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understreking, innrykk, deling av ord og lignende. Forfattere av empiriske artikler oppfordres til å følge en struktur i sine manuskripter som inkluderer introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultater/funn, diskusjon, kliniske implikasjoner, konklusjon og referanser.

## REFERANSESYSTEM

NSF bruker Vancouver-stil (nummerert stil) som referanseverktøy. Referanser i teksten er nummerert fortløpende og en nummerert ordnet referanseliste angis bakerst i manuskriptet. Listen skal ikke utgjøre mer enn 40 referanser. For veiledning til Vancouver-stilen, se [denne](#) siden. Benytt et referanseverktøy som EndNote eller lignende.

### *Referanser i teksten*

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og referanse nummer i rund parentes etter forfatter, eksempel:

- Morse (1) eller Redmond (2) asserts that the [...]
- Ved direkte sitat føres nummer og sidetall rett etter sitatet med komma og punktum, men før kolon og semikolon, for eksempel:
  - [...] en ny definisjon (3, s. 12-3) .
  - Vi foretrekker denne mulighet (3); idet [...]

- Henvisninger til flere verk føres i nummerert rekkefølge på følgende måte: (1-5). Eller hvis rekkefølgen brytes adskilles med komma, men ingen mellomrum for eksempel: (1,3,8) eller (2-5,8,10)
- Flere studier (2-4,9) viser .....

### *Referanseliste*

Referanseliste skrives etter hovedteksten helt til slutt, i nummerert rekkefølge som de er nevnt i teksten. Hvis det er seks eller færre forfattere skal alle forfattere nevnes. Ved flere enn seks forfattere nevnes de første seks og deretter skrives «et al.». Dette ved alle typer av referanser. Husk tittel på tidsskrift er forkortet i Vancouver style (eksempel: Scand J Caring Sci)

### *Eksempel på referanse til artikler:*

- Giske T, Gjengedal E, Artinian B. The silent demand in the diagnostic phase. Scand J Caring Sci. 2009;23(1):100-6. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00595.x>.

### *Eksempel på referanse til bøker:*

- Gilje N, Grimen H. Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Oslo: Universitetsforlaget; 1993.
-

*Eksempel på referanse til websider:*

- Muskelsvindfonden [Internet]. Aarhus: Muskelsvindfonden, plads til forskelle [sitert 2015 januar 5]. Tilgjengelig på: <http://muskelsvindfonden.dk/>

## DOI-REFERANSER

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://search.crossref.org/>

## VITENSKAPELIGE ARTIKLER OG FAGFELLEVRURDERING

Vitenskapelige artikler vil først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet vil det bli vurdert av to fagfeller. *Nordisk sygeplejeforskning* praktiserer double blind peer review, dvs. at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

## ETIKK

Bidraget skal karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>). Vi henviser spesielt til Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeförening

(<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>) og Vancouverreglene, utarbeidet av International Committee for Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/>). For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet.

Forfattere som ønsker å publisere i *Nordisk Sygeplejeforskning* må garantere

- At manuskriptet eller deler av manuskriptet ikke er publisert andre steder.
- At manuskriptet ikke er under vurdering i et annet tidsskrift eller er sitert/publisert i et annet tidsskrift.
- At de har delt all informasjon om finansiering, sponsorer, institusjonelle tilknytninger, mulige interessekonflikter, insentiver for deltagere og informasjon vedrørende tiltak for å behandle og/eller kompensere deltagere som blir skadet som følge av sin deltagelse i forskningsstudien.
- At man har innhentet frivillig, informert samtykke fra mennesker som nevnes i manuskriptet.
- At forsøksdyrs velferd har blitt respektert.
- At krav med hensyn til opphavsrett er fulgt.

- At nødvendige tillatelser for publisering er innhentet. At referanser er oppgitt – også for sekundære publikasjoner.

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering.

Tidsskriftet følger retningslinjene til Committee of Publication Ethics (COPE).