

KNIPS-sløyfen: Sykepleiere og ledere kartla kompetansebehov i kommunene

Etter at kompetansebehovet var kartlagt, øvde deltakerne på fem praktiske ferdigheter. Modellen har fått nasjonale ringvirkninger.

Siri Elisabeth Meyer

Førstelektor

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

Heidi Eidskrem

Prosjektutvikler

Linstow

Berit Elisabeth Nygård

Leder

Enhet for institusjonstjenester, Ringsaker kommune

Pia Cecilie Bing-Jonsson

Dekan og førsteamanuensis

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

Kompetanseheving

Kommunehelsetjeneste

Livslang læring

Sykepleieryrket

Sykepleien 2022;110(90337):e-90337

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.90337

Hovedbudskap

Sykepleiere i kommunehelsetjenesten må få mulighet til å oppdatere seg i henhold til krav og forventninger som stilles til dem. KNIPS-sløyfen er en modell hvor ledere og sykepleiere sammen kan kartlegge hva de trenger å lære mer om. Deretter gjennomgår de kompetanseheving og -vurdering i et effektivt læringsopplegg på jobb som sikrer medvirkning og mestring.

Reformene i helsesektoren utfordrer både sykepleierrollen og planlegging av sykepleierkompetanse for fremtiden. Viktige trender er oppgaveforskyvningen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten (1, 2), behov for opprustning av kompetanse og grunnbemanning (3) – og sikring av faglig forsvarlighet (4–7).

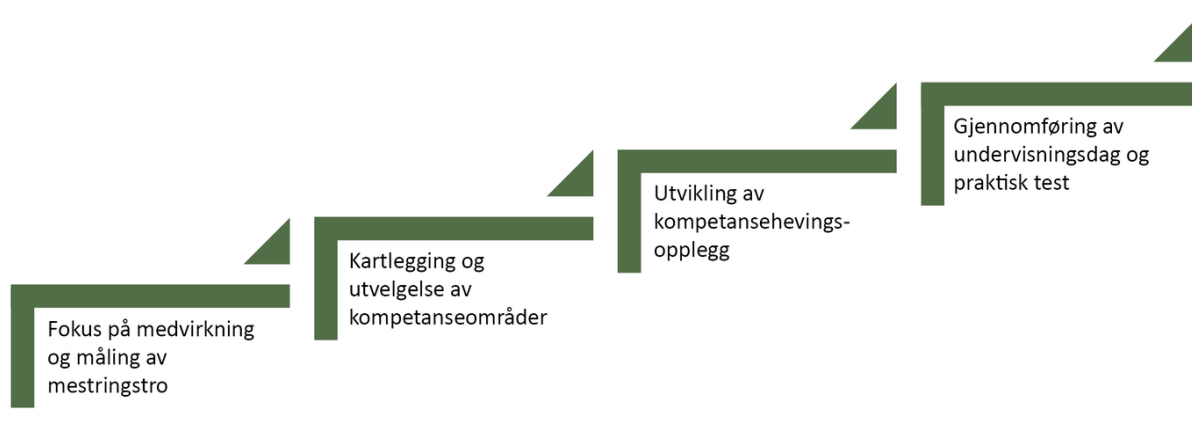
Korgerud (8) beskriver lederrollens betydning for hvordan kompetanse- og organisasjonsutvikling kan finne sted. Korgerud avdekker et behov for nærmere utforskning av kompetanse- og organisasjonsutvikling i kommunehelsetjenesten (8).

Ledere i tidligere Røyken kommune ønsket å utvikle og teste ut en modell for strategisk kompetanseheving av sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Det ble ansatt en prosjektleder og nedsatt en styringsgruppe og prosjektgruppe.

Slik er KNIPS-sløyfens fire steg

Universitetet i Sørøst-Norge (USN) ble invitert til å delta i utviklingen av det som fikk navnet Røykenmodellen. Prosjektgruppen utviklet Røykenmodellen med en metodikk kalt KNIPS-sløyfen (se figur 1). KNIPS står for kompetanse, nivåheving, individuell, *peer learning*/samarbeidslæring (9) og systematikk.

Figur 1. Illustrasjon av stegene i KNIPS-sløyfen



Modellen består av fire steg og beskriver en prosess for kompetanseheving som kombinerer systematisk og praksisnær tilnærming basert på arbeidsgivers ansvar for opplæring og faglig oppdatering. De fire stegene er som følger:

Steg 1

Strategisk og systematisk kompetanseheving kan oppfattes som prestasjonsorientert og dermed oppleves stressende og belastende. Vi var klar over disse utfordringene da arbeidet med KNIPS-sløyfen startet. Et av tiltakene som ble gjort for å fremme et mestringssklima for deltakerne, var å inkludere ansatte og tillitsvalgte i prosessen med kompetanseheving.

Dialog og at sykepleierne fikk være med på å definere egne kompetansebehov, var sentralt. Vi ønsket å tallfeste opplevelsen gjennom en mestringstrotest. Mestringstro er troen på at den enkelte er i stand til å kontrollere sin egen utførelse av en bestemt oppgave.

Vi tok utgangspunkt i en standardisert måleindikator som er utarbeidet av Lai, til å undersøke opplevelsen av mestringstro blant sykepleierne. Vi kontaktet Lai (10) og fikk tillatelse til å bruke hennes verktøy. Mestringstro ble målt før og etter kompetansehevingsopplegget.

Steg 2

En spørreundersøkelse ble gjennomført for å kartlegge hva sykepleierne identifiserte som kompetansehevingsbehov. Sykepleiere fra ett distrikt ble involvert for å lage en liste over grunnleggende ferdigheter som var aktuelle for spørreundersøkelsen. Listen over ferdigheter ble vurdert av førstelektor Siri E. Meyer ved USN, som sammenliknet med ferdighetene som undervises i ved bachelorutdanningen i sykepleie.

Listen over ferdigheter ble utformet som et spørreskjema. Sykepleierne svarte på en skala fra 1 til 7, der 1 indikerte «ikke behov for kompetanseøkning» og 7 tilsa «stort behov for kompetanseøkning.» Undersøkelsen ble gjennomført i mars 2018.

«Sykepleiere tror de kan mer enn de i virkeligheten gjør.»

Da kartleggingen av kompetansebehov var gjennomført, ble det valgt fem praktiske ferdigheter som skulle gjennom kompetanseheving i KNIPS-sløyfen. Tre ferdigheter ble valgt ut på bakgrunn av at sykepleierne skåret høyest på disse. Ferdighetene var PICC-line og midline, kompresjonsbehandling og sårbehandling av venøse sår. To ferdigheter, måling av blodtrykk og puls, ble valgt ut på bakgrunn av forskningen til Bing-Jonsson og Bjørk (11), som viser at sykepleiere tror de kan mer om dette enn de i virkeligheten gjør.

Steg 3

Et undervisningsprogram og tilhørende kunnskapstester ble utarbeidet av to sykepleiere som var deltakere i prosjektgruppen, på bakgrunn av de fem valgte kompetanseområdene. Det faglige og pedagogiske innholdet i undervisningsprogrammet og kunnskapstestene ble kvalitetssikret av førstelektor Meyer fra USN. Undervisningsprogrammet i de praktiske ferdighetene besto av mer enn å utføre den praktiske prosedyren.

Programmet inneholdt også fagkunnskap og -teori, observasjoner, vurderinger, praktisk gjennomføring, kommunikasjon, evalueringer og dokumentasjon. Undervisningsopplegget ble laget for å sikre at alle disse punktene ble dekket for hvert kompetanseområde. Deretter ble det utarbeidet et opplegg som skulle sikre både gjennomføring av undervisning og drift av tjenestene samtidig. Alle sykepleierne, øvrige ansatte og lederne ble informert i egne møter før arbeidet startet.

Steg 4

Alle sykepleierne skulle gjennom en undervisningsdag med kunnskapstest, teoriundervisning og praktisk øvelse samt en dag med praktisk test og kollegaveiledning.

Det ble valgt ut interne instruktører, som er sykepleiere, for å gjennomføre undervisningen innenfor de valgte kompetanseområdene. Deretter utførte sykepleierne en førtest på enten PC, smarttelefon eller nettbrett. Gjennomføring av praktisk test ble avgjort for den enkelte ved å trekke lapper som instruktørene hadde skrevet prosedyrene på.

For hver ferdighet hadde prosjektgruppen laget en case som deltakerne fikk utlevert. Sykepleierne fikk tid til å lese gjennom og konferere med en kollega, for så å bestemme seg imellom hvem som skulle utføre testen først. Instruktørene hadde rollen som pasient og satt med tilleggsinformasjon og ulike spørsmål. Under testen skulle ikke instruktøren veilede.

Peer learning-metodikken ble valgt for å fremme refleksjon og tilbakemeldinger kollegaer imellom. Intensjonen var at dersom undervisningen kan bidra til å bygge en tilbakemeldingskultur, så vil den kunne overføres til arbeidshverdagen. Hvis en sykepleier ikke besto den praktiske testen, måtte vedkommende gjennomføre lik ferdighet i en ny runde.

For å sikre at alle sykepleierne ble vurdert ut fra de samme premissene, ble det laget et vurderingsskjema. Vurderingsskjemaet la grunnlaget for refleksjonene i etterkant av den praktiske testen. Hensikten med denne metodikken var å bevisstgjøre kompetansenivå og ferdigheter.

Rekkefølgen av tester

Den enkelte sykepleier utførte tre tester, hvorav to tester var teoretiske: en førtest og en ettertest. Deretter ble den praktiske testen utført.

«Hvis noen strøk, var det viktig at lederen ble involvert.»

Avdelingsleder skulle involveres i de ansattes resultater, uansett resultat, for å følge opp med mestringsorientert ledelse i praksis. Hvis noen strøk, var det viktig at lederen ble involvert for å bidra med veiledning i praksis ved behov. Den ansatte skulle få en sjanse til å bestå.

Hvis den ansatte strøk på andre forsøk, skulle leder involveres for å samarbeide med den ansatte om hvilke kompetansehevende tiltak som skulle settes inn for den enkelte. For eksempel om det var hull i annen forventet kunnskap som måtte dekkes før forståelsen for valgte temaer kunne oppnås. Ledere måtte lage planer for hvem som skulle delta når, og leie inn ved eventuelt fravær, slik at planen kunne gjennomføres.

Alle sykepleiere med fast ansettelse deltok i prosjektet. Hver undervisningsrunde i hjemmetjenesten ble satt opp med seks deltakere fra de ulike avdelingene. En eller flere deltagere var ofte fraværende. Diskusjonene i kollegaveiledning og utbyttet av dem ble sett på som større når gruppene var på seks.

Instruktørene underviste i ferdighetene som de hadde størst kompetanse i. Tre instruktører var til stede til enhver tid. Under den praktiske øvelsen hadde de ansvar for én undervisning hver samt veiledning på de ulike stasjonene.

Så mange sykepleiere gjennomførte testene

Før undervisning innledet instruktørene med en kort presentasjon av prosjektet og agenda for dagen. Deretter gjennomførte deltakerne en teoretisk førtest på enten PC, smarttelefon eller nettbrett gjennom plattformen KS Læring.

De ansatte trengte veiledning for å komme seg inn og finne testen, da ikke alle var kjent med nettsiden. Cirka 50 minutter var satt av til å gjennomføre testen, og det varierte hvor lang tid deltakerne brukte.

Teoretisk undervisning tok cirka tre timer inkludert pauser. Det ble opplevd som ideelt for en undervisningsøkt. Etter lunsj var det satt av tid til praktisk trening, hvor deltakerne øvde på alle fem utvalgte prosedyrer og kompetanseområder. Om ønskelig var det mulighet for flere repetisjoner

Den samme teoretiske testen som ble utført første undervisningsdag, ble også gjennomført igjen av deltakerne før den praktiske testen. Den andre teoretiske testen, altså ettertesten, ble gjennomført i arbeidstiden eller hjemme. Ettertesten skulle være gjennomført før deltakerne møtte opp på for å ta den praktiske testen.

Flere hadde imidlertid ikke gjennomført ettertesten før testdagen, og de måtte få tid til å gjøre denne først. Deltakerne brukte alt fra 25 til 55 minutter på den teoretiske ettertesten. 27 sykepleiere gjennomførte førtesten, og 26 sykepleiere gjennomførte ettertesten.

På dagen for praktisk test møtte deltakerne opp etter halv arbeidsdag, før kveldsvakt eller på en fridag. Først fikk de informasjon om dagens agenda. Gjennomføringen av praktisk test ble avgjort for den enkelte ved å trekke lapper som instruktørene hadde skrevet prosedyrene på. Der en deltaker skulle gjennomføre KNIPS-modellen for andre gang, måtte vedkommende gjennomføre lik prosedyre som ikke ble bestått i forrige runde. Vedkommende fikk da ikke trekke gang nummer to.

Instruktør spilte pasient

For hver av de fem prosedyrene som var valgt ut, hadde prosjektgruppen laget en case som deltakerne fikk utlevert. De fikk tid til å lese igjennom og konferere med en kollega, for så å avgjøre seg imellom hvem som skulle utføre testen først. Instruktørene hadde rollen som pasient og satt med tilleggsinformasjon og ulike spørsmål om rollen de skulle spille.

Under gjennomføringen av testen skulle instruktøren i størst mulig grad spille en autentisk pasient fremfor å veilede. Situasjonen bar preg av stor konsentrasjon hos deltakerne. Noen var nervøse til å begynne med, men stemningen utviklet seg til å bestå av mye humor og latter.

Etter at praktisk test var gjennomført, brukte hver deltaker fem minutter på å reflektere rundt sin egen og kollegaenes utførelse. Deretter ga deltakerne tilbakemeldinger til hverandre. Deltakerne delte sine tanker først. Deretter ga instruktøren sin tilbakemelding. Samtidig som deltakerne gjennomførte prosedyren, satt instruktøren, som også spilte pasient, med et vurderingsskjema for hver deltaker.

Deltakelsen og dynamikken i gruppene kan ha blitt påvirket av antall deltakere, men også gruppens sammensetning og deltakernes personligheter. I grupper der en eller flere deltakere var fraværende, erfarte instruktørene at dialogen ble dårligere. Det å dele erfaringer i plenum ble også vanskeligere.

«Å bli kjent med hverandre gjorde videre samarbeid enklere.»

Instruktørene erfarte at dialog og utbytte ble bedre der fem eller seks deltakere var til stede. Deltakerne ga imidlertid uttrykk for at det opplevdes trygt at kjente fra arbeidsplassen var tildelt jobben som instruktører. Terskelen for åpen kommunikasjon var lav, og deltakerne delte av egen kunnskap og erfaringer.

Det ble også sett som svært nyttig at gruppene var blandet og besto av deltakere fra alle avdelingene. På den måten kunne de dra nytte av hverandres erfaringer på de ulike avdelingene. I tillegg ble det påpekt at å bli kjent med hverandre gjorde videre samarbeid på tvers av avdelingene enklere.

Resultatene fra mestringsstøttest, før- og ettertest og antall bestått/ikke-bestått på praktisk eksamen rapporteres ikke i denne artikkelen. Det er et internt anliggende for ledere og medarbeidere i tidligere Røyken kommune.

Vi deler denne erfaringen fordi vi ønsker å oppfordre til å utvikle eller kopiere kompetansehevingsmodellen. Forhåpentligvis vil det bidra til gode ideer om hvordan man kan jobbe systematisk med kompetanseheving i kommuner i hele landet.

KNIPS-sløyfen inspirerte ny standard for faglig oppdatering

KNIPS-sløyfen har blitt gjennomført flere ganger i Røyken og Asker kommune. Man diskuterer også hvorvidt den skal gjennomføres i Kongsberg kommune. Arbeidet som ble initiert og gjennomført i tidligere Røyken kommune, har fått nasjonale ringvirkninger ved at KNIPS-sløyfen var inspirasjon og utgangspunkt for Ny norsk standard for faglig oppdatering av autoriserte sykepleiere (12).

Med inspirasjon fra KNIPS-sløyfen spesifiserer standarden krav til systematisk og kunnskapsbasert faglig oppdatering av autoriserte sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Standarden angir generelle kompetanseområder og krav til kunnskap og ferdigheter som skal vedlikeholdes, samtidig som standarden også angir metoder for å kunne drive systematisk og kunnskapsbasert faglig oppdatering av sykepleiere.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

1. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
2. Prop. 91 L (2010–2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
3. Killie PA, Debesay J. Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2016;12(2). DOI: [10.7557/14.4052](https://doi.org/10.7557/14.4052)
4. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? Sykepleien Forskning. 2015;10(1):14–22. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.53343](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343)
5. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Oslo: Departementenes servicesenter; 2016. Dokument 3:5. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf> (nedlastet 06.10.2022).
6. Tyrholm BV, Kvangarsnes M, Bergem R. Mellomlederes vurdering av kompetansebehov i sykepleie etter samhandlingsreformen. I: Kvangarsnes M, Håvold JI, Helgesen Ø, red. Innovasjon og entreprenørskap. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
7. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nursing. 2016;15(5). Tilgjengelig fra: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0124-z> (nedlastet 06.10.2022).
8. Korgerud MBB. På Alert'n - kompetanse- og organisasjonsutvikling i kommunehelsetjenesten [masteroppgave]. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2017.
9. Stone R, Cooper S, Cant R. The value of peer learning in undergraduate nursing education: a systematic review. ISNR Nursing. 2013;2013:930901. DOI: [10.1155/2013/930901](https://doi.org/10.1155/2013/930901)
10. Lai L. Strategisk kompetanseledelse. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.

11. Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C. Competence in advanced older people nursing: development of 'nursing older people – competence evaluation tool'. Int J Older People Nurs. 2015;10(1):59–72. DOI: [10.1111/opn.12057](https://doi.org/10.1111/opn.12057)

12. Standard Norge. Ny norsk standard for faglig oppdatering av autoriserte sykepleiere lansert. Oslo: Standard Norge; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.standard.no/nyheter/nyhetsarkiv/helse-og-omsorg/2021-nyheter/-ny-norsk-standard-for-faglig-oppdatering-av-autoriserte-sykepleiere-lansert/> (nedlastet 18.10.2022).

NYHETER

– Forskning viser at sykepleiere tror de kan mer enn de faktisk kan

NYHETER

«Sertifiseringen» i Røyken: Sykepleierne ble bedre i alt

NYHETER

Lanserer norsk standard for faglig oppdatering av sykepleiere i kommunene