

Akuttkompetanse i omsorgsbolig gir færre reinnleggelser

I Halden kommune har ansatte ved avdeling for akutt døgnoophold delt sine erfaringer med personalet ved en omsorgsbolig. Det ga økt faglig trygghet og mer effektiv omsorg.

Forfattere

Heidi Karlsen

Rådgiver
Enhet Helsehus, Halden kommune

Beate Andersen

Avdelingsleder
Enhet Helsehus, Halden kommune

Egil Bekkhus

Førstelektor
Høgskolen i Østfold

Lillian Lillemoen

Forsker
Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Nøkkelord

omsorgsboliger svingdørspasienter Samhandlingsreformen BEON-prinsippet

Sykepleien 2018 106(70161)(e-70161)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70161>

HOVEDBUDSKAP

I vår kommune hadde flere beboere i omsorgsbolig hyppige reinnleggelser på sykehus eller i kommunens KAD-avdeling (kommunalt akutt døgnoophold). Et fagutviklingsprosjekt ble satt i gang, hvor målet var å utvikle akuttkompetansen hos de ansatte ved omsorgsboligene. Evalueringen av prosjektet viser at tiltakene opplevdes meningsfulle for de ansatte. De opplever seg bedre i stand til å vurdere syke pasienter og hvilke tiltak de skal iverksette. Symptomer oppdages tidligere, noe som kan redusere antallet reinnleggelser og «svingdørspasienter».

Denne artikkelen beskriver resultater fra et fagutviklingsprosjekt i helse- og omsorgstjenesten i Halden kommune. Prosjektdeltakere fra Høgskolen i Østfold og Halden kommune hadde ambisjoner om å operasjonalisere samhandlingsreformens visjon om å gi «rett behandling – på rett sted – til rett tid» (1).

Vi så at mange pasienter var såkalte svingdørspasienter, med hyppige reinnleggelser i sykehus eller kommunens KAD-avdeling (kommunalt akutt døgnoophold). I tillegg erkjente vi at kommunen hadde et klart forbedringspotensial knyttet til BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå).

Målene

Samhandlingsreformen utfordrer kommunene på flere måter, også med tanke på økt behov for kompetanseutvikling (1–5). Ansatte i kommunens KAD-avdeling hadde allerede ervervet seg en del kunnskap om akutt kronisk syke eldre pasienter. Denne kunnskapen ønsket vi at de ansatte i omsorgsboligene også skulle utvikle. Metoden skulle være kompetanseoverføring mellom KAD-avdelingen og de ansatte ved omsorgsboligene.

Fagutviklingsprosjektets mål var å bidra til

- kompetanseutvikling hos de ansatte
- styrket samhandling mellom kommunens tjenestenivåer og mellom helsepersonell

- færre «svingdørspasienter»
- behandling i pasientenes hjem der det er forsvarlig

Prosjektgruppen vurderte at tiltakene som helhet kunne bidra til økt tjenestekvalitet og bedre pasientforløp samt sørge for innleggelse ved et høyere omsorgsnivå i de tilfellene det var nødvendig.

Hva gjorde vi?

En omsorgsbolig som har ansvaret for hjemmeboende pasienter (heretter kalt intervensjonsavdeling, IA), og kommunens KAD-avdeling ble inkludert i prosjektet. Et kompetanseopplæringsprogram ble utarbeidet, og over 90 prosent av de ansatte ved IA fullførte programmet.

I tillegg ble en telefonisk rådgivnings- og veiledningstjeneste etablert, videre kalt veiledningstjenesten. Dette var ment som et lavterskeltilbud i situasjoner hvor personalet ved IA var i tvil om hvordan de skulle håndtere en situasjon, hvordan ulike observasjoner kunne tolkes, eller i situasjoner hvor de trengte å rådføre seg med annet sykepleiefaglig helsepersonell, en form for *second opinion*.

Ansatte ved IA fikk tilbud om å delta i refleksjonsgrupper, en arena for å drøfte problemstillinger de var opptatt av, reflektere sammen, dele erfaringer og foreslå løsninger.

Kurs for ansatte ved IA

Fem kurs à fire timer med det samme innholdet ble gjennomført, med totalt 42 deltakere. Kurset inneholdt både teori og praktiske øvelser, særlig rettet mot kliniske observasjoner etter ABCDE-prinsippene (*airways* (luftveier), *breathing* (respirasjon), *circulation* (sirkulasjon), *disability* (bevissthet), *expose* (oversikt)).

Å oppdage sykdomsforverring tidlig, og å sette i gang tiltak på et tidlig tidspunkt, fikk betydelig plass på kurset. Det ble viet mest oppmerksomhet til sykdom i respirasjons- og sirkulasjonssystemet samt diabetes, etter ønske fra ledelsen ved IA.

«Å oppdage sykdomsforverring tidlig, og å sette i gang tiltak på et tidlig tidspunkt, fikk betydelig plass på kurset.»

Kursdeltakerne fikk opplæring i bruk av verktøyet MEWS (*modified early warning score*) (6), et skåringsverktøy for å vurdere risiko og oppdage tidlige tegn på sykdom.

Målet med opplæringsprogrammet var at de ansatte skulle utvikle kompetanse i kliniske observasjoner og vitale målinger, og å skape en større oppmerksomhet for symptomer som kan oppstå ved akutt sykdom hos eldre – alt for at de ansatte skulle føle seg tryggere i møte med syke pasienter.

Refleksjonsgrupper

Målet med refleksjonsgruppene var å etablere en arena for erfaringsdeling, refleksjoner og faglig-etiske drøftinger med utgangspunkt i konkrete pasientsituasjoner. En time annenhver uke ble avsatt, og to personer fra prosjektgruppen ledet samlingene.

Samlingene hadde tre elementer: 1) status fra forrige møte, 2) deling av en problemstilling fra praksis, for så å reflektere i fellesskap over problemstillingen, og 3) prøve å finne frem til relevante og aktuelle handlingsalternativer. Avslutningsvis skulle gruppen eventuelt konkretisere hva de kunne ta med seg til neste møte.

Telefonisk veiledning

Sykepleierne ved KAD-avdelingen har kompetanse i vurdering av syke pasienter, og benytter skåringsverktøyet MEWS. Ved prosjektstart deltok samtlige sykepleiere på en totimers veiledningssekvens med en erfaren akutt- og fagsykepleier fra akuttmottaket ved Sykehuset Østfold. Temaet var: hvordan veilede og gi råd på en korrekt og forsvarlig måte.

Prosjektgruppen var tydelig på at sykepleierne ikke var leger, og at de først og fremst skulle være kollegastøtter og drøftingspartnere. Hensikten var å etablere et lavterskeltilbud, en tilgjengelig kollega for diskusjoner med utgangspunkt i kliniske observasjoner.

«Prosjektgruppen var tydelig på at sykepleierne ikke var leger, og at de først og fremst skulle være kollegastøtter og drøftingspartnere.»

En egen telefonlinje til dette formålet ble opprettet, og det ble utarbeidet skjemaer for å sikre dokumentasjon av veiledningstjenesten. For alle samtaler ble det dokumentert hyppighet, hvilke pasientsituasjoner som ble drøftet, og eventuelle tiltak som ble iverksatt.

Evaluering

Vi ville evaluere prosjektet ved å kartlegge de ansattes erfaringer, deres synspunkter på igangsatte tiltak og om tiltakene hadde hatt betydning for deres kompetanseutvikling og evne til samhandling. Hvis ikke: Hva vurderte de ansatte skulle til for slik utvikling?

Spørreskjemaundersøkelse og fokusgruppeintervju ble valgt for å evaluere fagutviklingsprosjektet. Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført med et validert spørreskjema (NOP-CET) som måler kompetanse i eldreomsorg (7, 8). Skjemaet hadde 10 kategorier med flere spørsmål i hver kategori. Fra disse valgte vi ut 34 spørsmål som vi anså som relevante.

Ansatte ved IA og en kontrollavdeling ble bedt om å svare på spørsmålene før og etter avsluttet intervensjon. Avdelingene var sammenliknbare i både størrelse, bemanning, kompetansesammensetning og organisatoriske forhold. De ansatte ved IA fikk tilbud om samtlige tiltak, mens ingen tiltak ble iverksatt ved kontrollavdelingen.

Svarprosenten ved avslutningen av intervensjonen var lav. Derfor valgte vi å supplere datamaterialet med fokusgruppeintervjuer av de ansatte ved IA. Totalt 15 personer deltok, fordelt på to grupper.

Deltakelse i fokusgruppeintervjuet og spørreskjemaundersøkelsen baserte seg på prinsippet om det informerte samtykke. Prosjektet ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata, med tilbakemelding om at prosjektet ikke var meldepliktig.

Resultater

Funnene indikerer at de ansatte ønsker mer kompetanse, særlig i sykdomslære, og at konkrete observasjons- og vurderingsverktøy oppleves å ha stor verdi.

Kompetanseutvikling

De ansatte opplevde at tiltakene hadde bidratt til økt kompetanse i kollegiet, i form av både teoretisk og praktisk kunnskap. Men kanskje enda viktigere opplevdes tiltakene å ha stor anvendbarhet og nytte i den praktiske hverdagen. Økt oppmerksomhet rundt sykdomsutvikling førte til at tiltak og behandling i større grad ble iverksatt på et tidligere tidspunkt, og flere antok at dette resulterte i færre reinnleggelser.

Både kurstilbud og refleksjonsgrupper fikk positiv respons, og de som hadde benyttet seg av telefonisk kollegaveiledning, ga positiv tilbakemelding på dette tiltaket. Det viste seg at sykepleierne i større grad enn fagarbeiderne benyttet seg av dette tilbudet, men det var individuelle forskjeller.

«De som hadde benyttet seg av telefonisk kollegaveiledning, ga positiv tilbakemelding på dette tiltaket.»

Hovedtemaene i kurskonseptet var basert på ledelsens erfaringer med beboerne ved IA. Mange hadde for eksempel ustabil blodsukker, som påvirket allmenntilstand og sykdomsutvikling. Både IA (86 prosent) og kontrollavdelingen (70 prosent) rapporterte at blodsukkermåling var en hyppig utført prosedyre, og begge avdelingene hadde god forståelse av normalt blodsukker. Likevel hadde flere ved IA etter intervensjonen angitt riktigere verdier for blodsukker enn før intervensjonen.

Hjerte og lunger

Vi ønsket videre å kartlegge de ansattes kunnskapsforståelse om samspillet mellom hjerte og lunger gjennom ganske omfattende spørsmål i spørreskjemaundersøkelsen. Hvordan kan hjertesvikt føre til tungpustethet, og hvordan kan lungesvikt føre til hjertesvikt og videre dårlig allmenntilstand? Resultatene viser høy grad av forståelse ved begge målingene, og vi finner ingen signifikant endring.

Et typisk pasientkasus som stadig ble løftet frem i refleksjonsgruppene, var: Hvordan møte en kolspasient med store fysiske og psykiske problemer? Hva kan vi gjøre? Hvordan hjelpe med den grusomme angsten? Hvilke tiltak kan vi iverksette? Mange beskrev en opplevelse av utilstrekkelighet, at de ikke klarte å få pasienten til å føle seg bedre, og uttrykte en følelse av hjelpeløshet.

Konkret og systematisk

Kurstilbudets opplegg rundt kliniske observasjoner ble av flere deltakere vurdert som kjent kunnskap fra for eksempel utdanning. Likevel ga de uttrykk for at balansen mellom teori og praktiske øvelser hjalp dem til å kople teori og praksis, og flere sa at de i større grad forsto hvorfor målingene skulle gjennomføres, og hvorfor observasjonene var viktige.

En sa: «Jeg har blitt drillt i å bruke MEWS. Det gir konkrete verdier, og jeg forstår hva de forteller.» En annen sa: «Det er bra å lære hvorfor det er viktig.» Det konkrete verktøyet og de konkrete målingene opplevdes verdifulle, og deltakerne opplevde å jobbe mer systematisk.

≡≡≡ **«Jeg har blitt drillt i å bruke MEWS. Det gir konkrete verdier, og jeg forstår hva de forteller.»**

— Kursdeltaker

En konsekvens var at de hadde blitt mer konkrete i muntlige rapporter om pasientene og i dokumentasjonen om pasientene i journalen, og at det var lettere å kommunisere sykdomsforverring til behandlingsansvarlig lege. En uttrykte det slik: «Jeg gjør konkrete observasjoner før jeg kontakter lege.»

Faglig trygghet

Flere oppga i fokusgruppeintervjuene at de var faglig trygge i rollen som helsepersonell, og at de var i stand til å avdekke sykdomsutvikling hos beboerne, noen ganger med sykehusinnleggelse eller innleggelse på KAD-avdelingen som resultat, andre ganger ikke.

«Gjennom å bruke MEWS har jeg blitt mer profesjonell i jobben min», uttrykte en ansatt ved omsorgsboligen. Vedkommende opplevde at pasienter og pårørende også ble tryggere når de møtte helsepersonell som jobbet på en mer systematisk måte ved sykdomsutvikling og sykdomsforverring.

≡≡≡ **«Kollegastøtte i møte med alvorlig syke pasienter opplevdes godt.»**

I fokusgruppeintervjuene var deltakerne enige om at tiltakene i prosjektet som helhet bidro til økt faglig trygghet, en trygghet de mente de videreformidlet til pasienter og pårørende. Kollegastøtte i møte med alvorlig syke pasienter opplevdes godt, særlig i tilfeller hvor det var tvil om hvordan en behandling best kunne gjennomføres.

En sa at det var fint å snakke med en sykepleierkollega på KAD-avdelingen som hadde tilsvarende eller mer erfaring når hun sto i en krevende situasjon. Dette ga en opplevelse av trygghet; hun var ikke alene om de faglige vurderingene. Betyggende var dette særlig når IA ikke hadde sykepleier på vakt, en situasjon som oppsto fra tid til annen.

Samhandling

Et av målene for prosjektet var å øke samhandlingen mellom ulike tjenestenivåer og helsepersonell i kommunen. Flere ansatte ved IA kunne fortelle at de ofte har følt seg alene med dårlige pasienter.

Etter innføringen av MEWS i avdelingen erfarte de imidlertid at kommunikasjonen hadde blitt mer konkret og informativ. Dette gjaldt både innad i avdelingen – mellom for eksempel sykepleier og hjelpepleier, eller mellom sykepleier og lege – men også mellom avdelingen og for eksempel legevakt, KAD-avdeling og sykehus. Noen uttrykte det slik: «Det virker litt mer profesjonelt når vi bruker MEWS.»

Medisinsk kompetanse

Deltakerne ønsket seg mer forståelse fra samhandlingspartnerne om hvilke typer tjenester de kan tilby i en omsorgsbolig. Ofte får de svært dårlige pasienter hjem, som trenger mer tilsyn og oppfølging enn det de vurderer at de kan tilby. De erfarer også at enkelte pasienter kan bli mer utrygge etter sykdom når de kommer tilbake til et lavere omsorgsnivå.

En beskrev situasjonen slik: «Det er for eksempel ikke så lett for oss å følge opp blodprøver som skal tas ofte. Vi er avhengige av at hjemmesykepleien kan hente/bringe blodprøver til laboratoriet. Glemmer de det, må vi ta nye prøver. Det å følge opp undersøkelse er ikke lett.»

En felles lege og sykepleier tilgjengelig hele døgnet sto øverst på ønskelisten til ansatte ved IA. Hver pasient hadde sin fastlege, som ønsket å gjøre ting på sin måte. Det var heller ingen automatikk eller selvfølge i at de ansatte fikk nødvendig informasjon fra brukerens fastlege etter legebesøk eller etter sykehusinnleggelse.

«En felles lege og sykepleier tilgjengelig hele døgnet sto øverst på ønskelisten til ansatte ved IA.»

Til tross for at de har flere og sykere pasienter nå enn tidligere, er ressursene de samme. Pasientlistene er fulle, og det er lite tid til hver pasient. Sykepleierne opplever imidlertid at det er tidsbesparende at hjelpepleierne benytter MEWS, og rapporterer sine kliniske observasjoner både muntlig og skriftlig. Symptomer oppdages tidligere, noe de mener har forhindret reinnleggelser.

Flere uttrykte likevel en bekymring for fremtiden: «Vi er en omsorgsbolig med 100 leiligheter, ikke et sykehjem. Vi gjør så godt vi kan.»

Til tross for positiv respons på tiltakene i prosjektet er det noen faktorer som vanskeliggjør behandlingen av pasienter i en omsorgsbolig. Mangel på utstyr og ressurser og egne private leiligheter fordelt mellom flere etasjer og lange korridorer var eksempler på dette.

Diskusjon

Resultatene viser at relativt få og lite krevende tiltak kan gi positive effekter for samhandling og kompetanseutvikling innad i en kommune. De iverksatte tiltakene handler om å sette ting i system og å samhandle om kommunens faglige ressurser.

Helsepersonell setter pris på konkrete og praksisnære verktøy som kan bidra til egen og kollegers kompetanseutvikling (9), men spesielt ser de nytten av å være oppmerksomme på pasientenes sykdomstilstand.

Resultatene indikerer at det har vært en styrking av kompetansen hos ansatte. De opplever seg bedre i stand til å vurdere syke pasienter, hva de skal observere, og hvilke tiltak de skal iverksette – helt i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner (1).

Økt faglig trygghet var en positiv effekt. Det ga en følelse av å opptre mer profesjonelt. De ansatte verdsatte verktøy som hjalp dem med å angi hvilke målinger som skulle gjennomføres. Systematikk i form av konkrete verktøy erfartes som viktig, likeledes det å forholde seg til en oppskrift som beskriver hva du som helsepersonell forventes å gjøre i møte med den syke.

«Økt faglig trygghet var en positiv effekt. Det ga en følelse av å opptre mer profesjonelt.»

Til tross for de mange positive tilbakemeldingene er det også ytre faktorer som påvirker de ansattes hverdag. Ivaretagelse av flere og sykere pasienter, dårlig tilgang på medisinsk kompetanse og mangel på sykepleier tilgjengelig hele døgnet oppleves som krevende.

I tillegg utfordres de ansatte når de ikke får nødvendig informasjon om pasientene, for eksempel når det mangler epikriser etter sykdomsforverringer og innleggelser på sykehus. Informasjonen sendes kun til pasientens fastlege, noe som er en ugunstig praksis hvis undersøkelser eller beskjeder skal følges opp.

Praksisnære tiltak

Kompetanseutvikling og samhandling til pasientens beste bør settes i system (10). Det er ikke nok bare å delta på et kurs eller si at man må samhandle bedre på tvers.

Det finnes mange fagutviklingsprosjekter som bidrar til å øke kvaliteten i alle deler av helsetjenesten. Utfordringen er imidlertid hva man gjør når prosjektperioden er over. Her trenger vi gode ledere som tar styring og setter tiltakene inn som en del av den ordinære virksomheten. Konkrete, praksisnære tiltak og engasjerte ledere øker mulighetene for å lykkes.

Referanser

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
2. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. Råd for vegen videre. Sluttrapport. Trondheim; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Sluttrapport/Sluttrapport%202015.pdf> (nedlastet 20.04.2018).
3. Meld. St. nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
4. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? Sykepleien Forskning. 2015;10(1):14–22. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/sykepleiekompetanse-i-hjemmesykepleien-pa-rett-sted-til-rett-tid> (nedlastet 04.04.2018).
5. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Nordheim LV, Reinar LM, Gravholt B. Jobb kunnskapsbasert! 2. utg. Oslo: Akribe; 2012.
6. Smith G. Alert: acute life-threatening events – recognition and treatment. Portsmouth Hospitals NHS Trust; 2008. Oversatt av: VO Anestesi och intensivvård, Universitetssjukhuset Lund.
7. 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.

8. Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C. Instruments measuring nursing staff competence in community health care: a systematic literature review. *Home Health Care Management & Practice*. 2013;25(6):282–94.
9. Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebø Å, Grøthe KH, Kirkevold K, et al. In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *Med Ethics*. 2008;34:230–5.
10. Kyrkjebø D, Søvde BE, Råholm M-B. Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien Forskning*. 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/11/sjukepleiarkompetanse-i-kommunehelsetenesta-er-det-rom-fagleg-oppdatering> (nedlastet 04.04.2018).