



HJELP TIL SELVHJELP - KVALITET, KOMPETANSE OG SAMHANDLING

Evaluering av et samarbeidsprosjekt mellom
Halden Kommune og Høgskolen i Østfold



JUNI, 2017

BEATE ANDERSEN, HEIDI KARLSEN OG EGIL BEKKHUS

Forord

Prosjektet *Hjelp til selvhjelp - Samhandling, Kvalitet og Kompetanse* er nå avsluttet som prosjekt, men vi håper at en del av de tiltakene som har vært prøvd ut i prosjektet kan videreføres i drift.

Målet med prosjektet var først og fremst å kunne bidra til mer samhandling på tvers i kommunalavdeling helse – og omsorg i Halden kommune og mellom kommunen og Høgskolen i Østfold. Dette ble konkretisert gjennom tre ulike delmål: - bidra til å øke personalets kompetanse, - bidra til å ivareta studenter i praksis på en bedre måte og skape gode læringsarenaer, - og ikke mist bidra til at pasienter og pårørende opplever god kvalitet på tjenestene de mottar.

Prosjektgruppen har bestått av:

Beate Andersen, Avdelingsleder Intermediær/korttid (leder av prosjektgruppen)

Heidi Karlsen, Fag – og kvalitetsrådgiver

Egil Bekkhus, Førstelektor HIØ

Marit Nyseth, Avdelingsleder Vaterland/Hagegata omsorgsboliger

Kari Mette Borge, Fagsykepleier Vaterland/Hagegata omsorgsboliger

Renate Olsen, koordinator Intermediær/korttid

Halden/Fredrikstad, juni 2017

Prosjektgruppen ved Beate Andersen, Heidi Karlsen og Egil Bekkhus

Innhold

Sammendrag	4
Prosjektets bakgrunn	5
Beskrivelse av fagutviklingsprosjektet?.....	6
Prosjektets betydning/ målsetting:	6
Problemstilling:	7
Prosjektets hovedtiltak:.....	7
Kurs for ansatte ved intervensjonsavdelingen	8
Refleksjonsgrupper	9
Telefonisk rådgivning	10
Metode	11
Spørreskjemaundersøkelse	11
Fokusgruppeintervju	12
Forskningsetikk.....	13
Resultater	14
Spørreskjemaundersøkelsen	14
Å arbeide kunnskapsbasert.....	15
Diabetes.....	15
Respirasjon og sirkulasjon	17
Symptomer på akutt sykdom	18
Vurdering av egenkompetanse	18
Resultat fra fokusgruppeintervjuene:.....	20
Kompetanseutvikling hos de ansatte	20
«Det er noe konkret»	20
Faglig trygghet.....	21
Samhandling til det beste for pasienten.....	22
«Vi gjør så godt vi kan»	23
Samhandlingens utfordringer og muligheter	24
Dokumentasjon av telefonsamtalene	24

Diskusjon av resultatene.....	26
Evaluering av prosjektet:	28
Hva har vi ikke fått gjennomført?	29
Veien videre	29

Sammendrag

Dette fagutviklingsprosjektet har vært et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Østfold (HIØ) og Halden kommune, og vært finansiert via FOU-midler i 2016.

Målet med prosjektet var å bidra til mer og bedre samhandling mellom HIØ og Halden kommune, og mellom ulike tjenestenivåer i kommunen. Prosjektet ønsket og bidra til kompetanseutvikling ved en intervensjonsavdeling, ved tilbud om kurs, refleksjonsgrupper og telefonisk rådgivningstjeneste. Tilbudet hadde til hensikt å bidra til opplevelse av økt tjenestekvalitet både for tjenestemottakere, deres pårørende og de ansatte. Intensjonen var også å inkludere studenter i praksis, men siden ingen studenter hadde praksis på verken intervensjonsavdelingen eller ved Intermediær/korttidsavdelingen i prosjektperioden ble ikke dette målet oppnådd. Prosjektgruppen ser likevel for seg at man med fordel kan gjennomføre dette fremover, at mulighetene er mange men forutsetter da at prosjektet videreføres i drift.

42 ansatte ved intervensjonsavdelingen deltok på kurs som omhandlet den akutt syke eldre pasient. Deltakerne var høgskoleutdannede, faglærte og ufaglærte, og lærte både teoretiske prinsipper knyttet til kliniske observasjoner og praktiske ferdigheter i form av case trening.

Intervensjonsavdelingen fikk også tilbud om deltakelse i refleksjonsgrupper annenhver uke, og det ble etablert en telefonisk rådgivningstjeneste hvor de kunne ringe får å få råd og sykepleiefaglig veiledning av annet kvalifisert helsepersonell.

Målet med de ulike tiltakene i prosjektet var hvis mulig å ivareta pasienter der de bor og er kjent, forebygge uheldige innleggelse i for eksempel sykehus, forebygge sykdomsutvikling ved å kartlegge pasienters sykdomstilstand på et tidligere tidspunkt og like viktig sørge for innleggelse ved et høyere omsorgsnivå når det er nødvendig – alt basert på BEON (1) – prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå).

Prosjektet er evaluert både kvantitativt (før og etter igangsatte tiltak) via spørreskjema til de ansatte, og kvalitativt ved hjelp av fokusgruppeintervju med ansatte (etter prosjektslutt).

Resultatene viser at prosjektet oppleves å være betydningsfullt for de ansatte, både med tanke på bedre samhandling, økt kompetanse og trygghet i tjenesteutøvelsen.

Prosjektets bakgrunn

I 2016 ble det publisert en sluttrapport fra nasjonalt nettverk for implementering av Samhandlingsreformen, en rapport hvor evalueringen viser at det er en lang vei å gå før man er i mål med å oppnå intensjonene med reformen.

Sluttrapporten (2) bygger på kunnskap som er kommet fram gjennom nettverkets arbeid i perioden 2011 – 2015, og peker på gjenstående utfordringer knyttet til å nå reformens mål om bedre folkehelse, økt kvalitet på helsetjenester og bærekraft. Dette prosjektet ønsket å være et bidrag til nettopp dette, å sette i gang tiltak som forsøker å støtte reformens visjon om å gi rett behandling - på rett sted - til rett tid. En av forutsetning for dette er at framtidige arbeidstakere dvs dagens sykepleierstudenter ved HIØ får denne innsikt og forståelse. Dette har vært en klar intensjon ved starten av prosjektet.

Som en konsekvens av Samhandlingsreformen (1), øker behovet for å utvikle kompetanse i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommunens spesialavdeling Intermediær/KAD – avdeling (kommunalt akutt døgnoophold), hadde ervervet seg mye ny og nødvendig kompetanse innenfor sykepleie og behandling til akutt kronisk syke. Denne kompetansen antok vi kunne være verdifull også i ander deler av helsetjenesten, så derfor ønsket prosjektgruppen å bidra med kompetanseoverføring til andre steder av den kommunale helsetjenesten. Som en pilotering falt valget på en tjeneste og avdeling som har ansvaret for hjemmeboende pasienter som bor i omsorgsbolig (heretter kalt intervensjonsavdeling). Hensikten med prosjektet var at ansatte i intervensjonsavdelingen fikk et kurstilbud som kunne bidra til kunnskapsutvikling og opplevelse av trygghet i møte med alvorlig syke og kronisk syke pasienter. Dette for å ivareta pasientene der de er/bor – etter BEON – prinsippet (beste effektive omsorgsnivå), forebygge unødvendige innleggelses samt utnytte kunnskapsressurser på tvers av kommunalavdeling helse – og omsorg i Halden kommune.

Ved å etablere et kompetanseopplæringsprogram for alle ansatte i intervensjonsavdelingen, samt etablere en telefonisk rådgivningstjeneste fra Intermediær/KAD - avdelingen, hadde vi tro på at disse tiltakene sammen kunne bidra positivt for kommunens pasienter, for studenter i praksis og for ansatte i tjenesten. Tidlig i prosjektet var det også tenkt å etablere med et «mini ambulant team», et team som på forespørsel kunne reise ut å bistå omsorgsboligene i vanskelige situasjoner, slik at pasientene kunne få hjelp der de var. På grunn av reduksjon i budsjett, måtte tiltaket fjernes. Telefonisk

rådgivningstjeneste var ment som et lavterskeltilbud i situasjoner hvor personalet i intervensjonsavdelingen var i tvil om hvordan de skal håndtere situasjonen, hvordan ulike observasjoner skulle tolkes eller i situasjoner hvor de trengte å rådføre seg med annet sykepleiefaglig helsepersonell– second opinion.

Mange pasienter som bor i omsorgsboliger i Halden kommune, er kronisk syke eldre som har behov for omfattende medisinsk og helsefaglig oppfølging. Underveis i sykdomsforløpet ser vi at mange av disse pasientene har gjentakende innleggelse i sykehus og/eller kommunalt akutt døgnopphold (KAD). Det kan oppleves krevende og belastende for pasienten og deres pårørende å forholde seg til flere typer tjenester og gjentatte reinnleggelse.

Prosjektgruppen vurderte at økt samarbeid og samhandling mellom kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og utdanningsinstitusjoner ville bidra positivt både i form av tilrettelegging for fag – og forskningsarena, gode praksisplasser for studenter, samt å styrke både praksisundervisningen og tjenesteutøvelsen. Prosjektgruppen hadde tro på at disse tiltakene ville bidra til økt kvalitet i studentenes praksis, ved å involvere studentene i prosjektet (kompetanseheving), gi dem mulighet til fordypningsområder og at de kunne være med på å utarbeide undervisning de kunne ha i personalgruppa og for medstudenter. Tiltak for å øke kvaliteten i studenters praksisforløp med oppfølging og samhandling i kommunal sektor var ønskelig, likeledes å legge til rette for å øke antall studenter som kan ha praksis i hjemmebasert omsorg i Halden Kommune.

Beskrivelse av fagutviklingsprosjektet?

Sluttrapporten om evaluering av Samhandlingsreformen (2), peker på 10 overordnede råd som bør legges til grunn for å nå målene om bedre folkehelse, bærekraftige og koordinerte helsetjenester av god kvalitet.

7 av punktene omhandler hele eller deler av dette prosjektet, og vi hadde stor tro på at prosjektet ville kunne bidra til å fremskaffe kunnskap om hva som hemmer og fremmer samhandling om gode pasientforløp, om opplevelse av kvalitet i tjenesten og ikke minst ha overføringsverdi til andre tjenester og nivåer i kommunal helse – og omsorgstjeneste.

Prosjektets betydning/ målsetting:

Bidra til at tjenesten:

- Tidlig oppdager, forebygger og behandler den dårlige pasienten. Oppdager risikopasienter og forebygger videre utvikling av organsvikt.
- Lære og forstå bruken av scoringsverktøyet Mews (3).

- Et enhetlig observasjons verktøy som benyttes i kommunen (alle snakker samme språk), og som også studenter fra HIØ kjenner godt til.
- Kunne identifisere den dårlige pasienten som trenger behandling på et høyere behandlingsnivå
- Bedre kommunikasjon mellom helsepersonell – ISBAR (4,5,6)
- Økt oppmerksomhet rundt etiske prinsipper og vurderinger i pasientbehandlingen
- Bedre og styrket samhandling mellom helsepersonell i kommunal helse – og omsorgstjeneste
- Øker kvaliteten på tjenesten, hindre unødvendige innleggelser i institusjon og sykehus
- Etablerer effektive og kvalitative gode behandlingsforløp for pasienter i omsorgsbolig. Der nødvendige tiltak ytes til riktig tid og riktig nivå.
- Legger til rette for hospitering innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Bidra til at studenter:

- Deltar i kompetanseopplæringsprogrammet som tilbys de ansatte
- Integreres i prosjektet jfr. mål i søknadsskjemaet
- Kan få mulighet til å gjennomføre små intervensjoner eller fordypningsområder i sin praksis som et supplement til ordinær praksis
- Deltar og får god innsikt i samhandlingen mellom to ulike enheter
- Skape nye og utvidede læringsarenaer.
- Skape et fagmiljø som kan åpne opp for mulige samarbeidsprosjekter mellom Halden kommune og høgskolens to mastere i tverrfaglighet og sykepleie til mennesker med kronisk sykdom.

Problemstilling:

Prosjektet tok utgangspunkt i fire fagutviklingsspørsmål:

1. Hvilken kompetanse anser/erfarer de ansatte at de har, og hva har de behov for? (Kompetansekartlegging)
2. Hvilke pasienter er det som med fordel kan behandles i en omsorgsbolig?
3. Hvilke faktorer fremmer og hemmer organisering av tjenesten?
4. Hvilke forhold ved de ulike enhetene opplever ansatte har betydning for kvaliteten i tjenestetilbudet?

Prosjektets hovedtiltak:

- Kompetansekartlegging av ansatte (før kurs, januar 2016)
- Kompetansekartlegging av ansatte i kontrollgruppe (samme tidspunkt)

- Gått til innkjøp av nødvendig medisinsk utstyr (våren 2016)
- Gjennomført et fire timers kurs basert på ProAct (tidligere Alert) – prinsipper for alle ansatte ved omsorgsboligen i mai 2016.
- Gjennomført opplæring i veiledning for sykepleiere som var ansatt på intermediær/KAD - avdelingen av en erfaren akutt sykepleier ved SØ
- Gjennomført refleksjonsgrupper for ansatte ved omsorgsboligen høsten 2016, hvor aktuelle caser/situasjoner rundt den syke eldre ble diskutert.
- Etablert en telefonisk rådgivningstjeneste, et lavterskeltilbud for ansatte i omsorgsboligen, september 2016.
- Ny kompetansekartlegging av ansatte, både ved omsorgsboligen som har fått tilbud om kurs og i kontrollgruppen (januar 2017)
- Gjennomført to fokusgruppeintervju med ansatte for å etterspørre deres erfaringer med prosjektet og dets tiltak (april 2017)

Kurs for ansatte ved intervensjonsavdelingen

Under våren 2016 ble det gjennomført 5 kurs, med til sammen 42 deltagere. Kurset varte i 4 timer, og inneholdt både teori og praktisk øvelse. Deltakerne fikk også mulighet til å diskutere ulike faglige problemstillinger ved bruk av ulike case og situasjoner fra egen arbeidshverdag. Kurskonseptets intensjon var å fremme kompetanseutvikling hos de ansatte gjennom systematiske observasjoner av pasienter som hadde fått en forverring av sin sykdomstilstand.

Kurskonseptet hadde fokus på kliniske observasjoner etter ABCDE prinsippene som kunne bidra til økt pasientsikkerhet og bedre pasientforløp. Å kunne oppdage sykdomsforverring tidlig, og å sette i gang tiltak på et tidlig tidspunkt uavhengig av diagnose fikk betydelig plass i kurset. Spesielt med fokus på akutt og kritisk sykdom i respirasjon - og sirkulasjonssystemet. De ansatte fikk opplæring i bruk av verktøy MEWS(3) (modified early warning score) for risikovurdering for å oppdage tidlig tegn på sykdom. Dette verktøyet benyttes mange steder i kommunene, og det gjør at vi " snakker samme språk". Kartleggingsverktøyet for kliniske observasjoner, gir konkrete verdier i form av et tallfestet scoringverdi. Dette bidrar til at helsepersonell kan oppdage endringer hos pasienten tidligere ved å:

- kjenne igjen risikopasienten
- kjenne igjen den kritisk syke pasienten, å igangsette adekvat behandling og pleie

- styrke det kliniske blikket
- be om hjelp, med konkrete og definert innhold
- styrke kollegasamarbeid
- bedre dokumentasjon og journalføring

Kurset har som målsetning å styrke deltagernes evne til observasjon og å iverksette enkle tiltak etter ABCDE - prinsippet. Et annet element i kurset var å ivareta behovet for trygg og sikker kommunikasjon gjennom bruk av ISBAR (4,5,6) - et verktøy for å sikre en god kommunikasjon mellom helsepersonell, og er særlig nyttig når helsepersonell må kontakte lege.

Refleksjonsgrupper

Gjennom å gi tilbud til de ansatte ved intervensjonsavdelingen om å delta i refleksjonsgrupper, ønsket vi å fremme deres refleksjoner i konkrete pasientsituasjoner fra egen praksis. Arenaen gir mulighet for å bygge en pedagogisk virkelighet som så langt som mulig svarer til den virkelighet omsorgsarbeideren møter i utøvelsen av sitt yrke (7). Hensikten med å fremme refleksjon og diskusjon er å bidra til integrasjon av teoretisk kunnskap som forventes å fungere når yrkesutøveren møter pasienten. Deltakerne ses ikke på som en mottaker av ferdig utviklet kunnskap, men som en aktiv lærende som tilegner seg kunnskap og innsikt i interaksjon med et læringsmiljø (8). Kunnskapsutviklingen er ment å skje i samspillet mellom deltakerne, og mellom deltakerne og veileder. Vi ønsket at pasientsituasjonene var konkrete og situasjonsbestemte som mulig, for at de ansatte skulle tilegne seg økt forståelse gjennom å samtale om og arbeide med slike situasjonsbeskrivelser.

Et typisk pasientkasus som stadig ble løftet frem, var hvordan de ansatte skulle møte en kolspasient med store fysiske og psykiske utfordringer; - *hva kan vi gjøre? - hvordan hjelpe med den grusomme angsten?- hvilke tiltak kan vi iverksette?* Mange beskrev at de opplevde seg utilstrekkelige, at uansett hva de gjorde så fikk ikke pasienten det noe bedre, det var en følelse av hjelpeløshet. Gjennom høsten 2016 gjennomførte vi refleksjonsgrupper hver fjortende dag. På samtlige grupper kom deler eller hele den beskrevne problemstillingen opp. Ved en anledning valgte vi å bruke denne timen til en undervisningsbolk om nettopp sykdommen kols, men ved de andre anledningene ble det mer diskutert situasjonen rundt denne pasienten, og problemer som hadde

oppstått i praksis. Også andre situasjoner ble diskutert, men da mer tilfeldige utfordringer basert på for eksempel hendelser fra siste uke/fjortende dag.

Flere av de ansatt opplevde at det var nyttig å ha refleksjonsgrupper, og fra før hadde de tilbud om etikkrefleksjon hver fjortende dag. De erfarte at det var godt å ha en arena hvor de kunne snakke sammen om det som opplevde problematisk, men også for erfaringsutveksling.

Telefonisk rådgivning

Intensjonen med prosjektet var å opprette en telefonisk rådgivningstjeneste og et ambulerende team. På grunn av redusert budsjett, måtte vi korrigere dette til å kun opprette telefonisk rådgivningstjeneste.

Sykepleiere på intermediær/KAD - enhet har en god faglig kompetanse i vurdering av syke pasienter, og har benyttet scoringsverktøyet Mews i mange år. Målet om kompetanseoverføring ble gjennomført i flere ledd, og alle sykepleierne på intermediær/KAD - enhet fikk et kurs i hvordan veilede og gi råd på en korrekt og forsvarlig måte av en erfaren akutt - og fag sykepleier fra akuttmottaket ved SØ. Vi hadde stort fokus på at de ansatte ikke var leger eller medisinsk personell, men at de først og fremst skulle være en kollegastøtte og drøftingspartner. Hensikten var å etablere et lavterskel tilbud, hvor man kunne kontakte en kollega/diskusjonspartner med utgangspunkt i kliniske observasjoner og igangsetting av enkle tiltak hvis mulig.

Det ble utarbeidet enkle skjemaer til begge avdelinger for å dokumentere henvendelser. Avdelingsledere fra begge avdelinger fulgte opp dette daglig for å se til at det ble utført på en forsvarlig måte. Enkle retningslinjer ble utarbeidet og gjort kjent for ansatte.

Ny telefon linje ble opprettet med direkte nummer, slik at det skulle være lett å nå frem. Begge avdelinger fikk i oppdrag å holde hverandre informert om situasjonen, ved at ansvarlig sykepleier på vakt på intermediær/KAD – enhet skulle ringe til intervensjonsavdelingen hver kveld, og en sykepleier fra intervensjonsboligen ringte for å gi status før hver helg.

Metode

Datainnsamlingen er gjennomført som tverrsnittundersøkelse hvor det er anvendt både fokusgruppeintervju og et strukturert spørreskjema (NOP-CET). Vi hadde valgt en intervensjonsavdeling og en kontrollavdeling for spørreskjemaundersøkelsen, og samme undersøkelse ble gjennomført før intervensjon og ved prosjektslutt ved begge avdelingene. Avdelingene var like på mange måter, både i forhold til størrelse, bemanning, kompetansesammensetning og organisatoriske forhold. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført ved prosjektslutt ved intervensjonsavdelingen.

Spørreskjemaundersøkelse

For å kartlegge de ansattes kompetanse før og etter at relevante tiltak ble iverksatt ble det søkt etter et validert kartleggingsverktøy. Etter diverse litteraturgjennomgang kom vi i kontakt med Pia Cecilia Bing Johnson og hennes doktorgradsarbeid (9,10) hvor skjema (NOP-CET) var utviklet/brukt. NOP-CET er et omfattende spørreskjema som forsøker å måle kompetanse i eldreomsorg. Hennes litteraturgjennomgang viser at den mest relevante kompetansen kunne dekkes innen følgende ti kategorier: helsefremmende og forebygging av sykdommer, behandling, palliativ omsorg, etikk og regulering, vurdering og tiltak, dekking av grunnleggende behov, kommunikasjon og dokumentasjon, ansvar og aktivitet, samarbeid og holdninger - alt rettet mot eldre mennesker. Det ble utarbeidet spørsmål basert på de ti kategoriene. I skjema NOP-CET er det totalt 65 spørsmål. Måleverktøy ble benevnt: "Nursing Older People – Competence Evaluation Tool" (NOP-CET). Spørreskjema er utviklet for å måle kompetansen hos tre grupper pleiepersonell. Sykepleiere, hjelpepleiere/fagarbeidere og assistenter/ufaglærte, som arbeider i omsorgsboliger/hjemmesykepleie/ sykehjem. Det finnes to hovedtyper av spørsmål: spørsmål med Likert-type skalaer og elementer med dikotom-score (riktig / feil). Noen elementer ber om selvevaluering, andre er i flere valg format.

Spørreskjemaet var validert og rettet seg direkte til de faggruppene vi var ute etter å kartlegge. Målet var å kartlegge ansattes kompetanse før intervensjoner ble iverksatt, og i etterkant.

Etter diskusjoner i prosjektgruppa plukket vi ut 34 spørsmål som vi anså relevant for vårt prosjekt (vedlegg 1). Spørsmålene var i stor grad rettet mot kompetanse og samarbeid. I ettertid ser vi at flere av våre valgte spørsmål ikke ble oppfattet som relevante, og analysen av datamaterialet omhandler derfor et begrenset antall spørsmål.

Første undersøkelse ble foretatt januar 2016. Totalt ble det utdelt 71 spørreskjemaer. Antall besvarte i parentes. Intervensjonsavdelingen 48 (33) og kontrollavdelingen 23 (17). Total svarprosent 70. Andre undersøkelse fant sted i januar 2017, totalt 71 skjemaer. Intervensjonsavdelingen 48 (17) og kontrollavdelingen 22 (9). I tabellene er disse angitt som målepunkt 1 og 2. Samme spørreskjema ble benyttet i runde to, og samtlige som besvarte spørreskjemaet ved intervensjonsavdelingen hadde deltatt på kurs. I tillegg hadde intervensjonsavdelingen startet med casebaserte refleksjonsgrupper, og resurstelefonen var i iverksatt.

Ved gjennomføringen av undersøkelsen ble alle svar eksportert elektronisk til Excel. Ingen spørreskjema ble avvist. Noe spørreskjema var ufullstendig utfylt, men da antall manglende data ble ansett som akseptabelt ble disse godkjent. Det finnes to klare svakheter ved tallmateriale. Svarprosenten i seanse to avviker sterkt fra første innsamling. En annen svakhet med materiale er at vi ikke har kontroll med hvem som svarte «hva» ved første og andre gangs utsendelse. Spørreskjemaene var ikke merket i forhold til enkeltrespondenter. Vi kan derfor teoretisk ha respondenter som ikke svarte i seanse en, men som nå har svart i seanse to. Vår muntlige kontakt med avdelingslederne tilsier dog at de som svarte ved seanse to også var de som svarte ved seanse en.

Fokusgruppeintervju

På bakgrunn av lav svarprosent på spørreskjemaundersøkelsen under målepunkt 2, valgte vi å supplere datamaterialet med to fokusintervju etter prosjektslutt på intervensjonsavdelingen. Hensikten var først og fremst å få mer kunnskap om ansattes erfaringer med prosjektet, å få frem flere nyanser i forhold til de endringer som eventuelt hadde skjedd vedrørende samhandling og kompetanse etter intervensjonen. Totalt 15 personer deltok i fokusgruppeintervju, fordelt på to grupper.

Vi benyttet en tematisert intervjuguide under intervjuet (vedlegg 2), og deltakerne ble rekruttert via avdelingslederen. Informantene fikk beskjed om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet, og at deltakelse var basert på frivillig samtykke.

To personer fra prosjektgruppen gjennomførte intervjuet, og noterte stikkord underveis. Intervjuene ble ikke tatt opp på lydbånd da det forutsatte ny runde med NSD, knyttet til innsamling av data. Etter intervjuene ble hovedfunn diskutert, og det ble skrevet korte anonymiserte referat fra begge fokusgruppeintervjuene. En tredje person fra prosjektgruppen leste gjennom referatene, og kom med spørsmål som bidro til at referatene ble mer fylldige. Vi ønsket å kartlegge ansattes opplevde erfaring med prosjektet, deres synspunkter knyttet til igangsatte tiltak, om tiltakene hadde hatt effekt

knyttet til kompetanseutvikling og samhandling, og hvis ikke; hva tenker de ansatte skal til?

Forskningsetikk

Deltakelse i undersøkelsen var frivillig og konfidensiell. Deltakerne ble informert om at utfylling av spørreskjemaet var synonymt med informert samtykke. Skjema ble utdelt til samtlige ansatte ved begge avdelingene, og når skjemaene var ferdig utfylt ble de lagt i en kasse.

Spørreskjemaundersøkelsen inneholdt også et informasjonsskriv om undersøkelsen, (se vedlegg 3), slik at de ansatte var informert om undersøkelsen og hensikten før den ble iverksatt. Undersøkelsen omfattet sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte, og begge avdelingslederne ga sitt samtykke til at avdelingen ønsket å delta i studien. Deltakelse i fokusgruppeintervju baserte seg på samme prinsipp om informert samtykke. Prosjektet ble meldt til NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Resultater

Resultatene fra prosjektet blir videre presentert i to hoveddeler; fra spørreskjemaundersøkelsen og fra fokusgruppeintervjuet. I tillegg vil vi dele noen erfaringer fra refleksjonsgruppene og fra den telefoniske rådgivningstjenesten.

Spørreskjemaundersøkelsen

Tabell 1 til 3 redegjør for noen av bakgrunnsvariablene hos de ansatte. Som vi ser er de to avdelingene ganske like vedrørende alder-erfaring og fagbakgrunn. Ansattes erfaring innen pleie og omsorg er generelt svært høy ved begge avdelinger, men det er en noe høyere andel uerfarne (0-5 år) ved intervensjonsavdelingen. Vedrørende utdanningsnivå kan det ut fra våre tall se ut som de to avdelingene er likt fordelt. Begge avdelingene er derfor godt rustet til å takle de endringer som nå finner sted innen kommunal omsorg, - raskere sykehus utskrivning og sykere eldre.

Tabell 1. Alderssammensetning

Alderskategori	Intervensjon avd	Kontroll avd
18-25 år	18,2 %	11,8 %
26-40 år	39,4 %	23,5 %
41-55 år	30,3 %	35,3 %
Over 55 år	12,1 %	29,4 %
Total	100 %	100 %

Tabell 2: Fagbakgrunn

Utdanning	Intervensjons avd	Kontroll avd
3-årig bachelor	28,1 %	17,6 %
Fagutdannet	59,4 %	82,4 %
Ufaglært/assistent	6,3 %	0,0 %
Annet	6,3 %	0,0 %
Total	100,0 %	100,0 %

Tabell 3: Erfaring innen omsorg og pleie

	Intervensjons avd	Kontroll avd
0-5 år	18,2 %	5,9 %
6-10 år	12,1 %	35,3 %
11-15 år	15,2 %	5,9 %
16-20 år	21,2 %	17,6 %
Over 20 år	33,3 %	29,4 %
Ukjent	0,0 %	5,9 %
Total	100 %	100 %

Å arbeide kunnskapsbasert

I spørreskjemaundersøkelsen ønsket vi å kartlegge hvilke prosedyrer de ansatte regelmessig utfører. Dette er prosedyrer som vil kunne gi informasjon om beboerens status og sykdomsutvikling. Totalt ble det spurt om 15 faglige prosedyrer, for eksempel blodsuktermåling-kateterisering- sårstell- vurdering av sirkulasjon- vurdering av respirasjon- ernæringsstatus osv. Analyse av resultatene i spørsmål 7 i spørreskjemaet (vedlegg 1), viser at både intervensjonsavdelingen og kontrollavdelingen er tilnærmet like hva gjelder utførelse av praktiske prosedyrer. De ansatte utfører regelmessige undersøkelser som har avgjørende betydning for å kunne fange opp sykdomsutvikling og iverksette tiltak hos beboerne. I vårt kurskonsept ønsket vi å sette et ekstra fokus på tre emner; - diabetes, - vurdering og tiltak ved sirkulasjonssvikt og - respirasjonssvikt.

Diabetes

I tabell 5 har vi fokusert på de ansattes forståelse av diabetes. Mange av beboerne i omsorgsboligene har diabetes med ustabil blodsukker, påvirket almenntilstand og sykdomsutvikling. Både intervensjon - og kontrollavdelingen rapporterte at blodsuktermåling var en prosedyre de regelmessig utførte (86 % og 70 %), og kan derfor være en type kompetanse som kan utgjøre en forskjell for beboerne.

Diabetes var et av de temaer som ble vektlagt på intervensjonskurset og i tabell 5 kan det se ut til at forståelsen for normalt blodsukker har styrket seg på intervensjonsavdelingen. Måling 2 viser en klar forbedring. Av tabell 5 kan vi videre lese at kontrollavdelingen som ikke ble inkludert i undervisningsopplegget også hadde svært høye tall på rett verdi. Men som vi ser av måling 2 hos kontrollavdelingen er det fremdeles en gruppe ansatte som anser verdier opp mot 10 mmol/l å være innenfor normalverdien. Denne

gruppen er fraværende i måling 2 hos intervensjonsavdelingen. Vi velger å tolke disse tallene slik at de fleste ansatte ved begge avdelinger har god forståelse for normalverdien ved diabetes, mens de som har og hatt en videre forståelse av blodsukker, har fått denne korrigert.

Tabell 4: Hva er normalt fastende blodsukker hos mennesker uten diabetes

	Intervensjons avd		Kontroll avd	
	Måling 1	Måling 2	Måling 1	Måling 2
4-6 mmol/l	79 %	87 %	82 %	89 %
2,5-7 mmol/l	9 %	13 %	12 %	0 %
5-10 mmol/l	12 %	0 %	6 %	11 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Hypoglykemi er en fryktet komplikasjon hos eldre som kan medføre forvirring og tap av bevissthet. Vi ønsket derfor å kartlegge om de ansatte hadde riktig forståelse av begrepet «hypoglykemi», og ble som tidligere nevnt vektlagt under kurset. Det ville derfor være nærliggende og anta at forståelsen var mere eksakt for intervensjonsavdelingen i måling 2, men utfra tallene i tabellen (tabell 6) kan vi ikke se noen slik endring.

Tabell 5: Hva betyr hypoglykemi.

	Intervensjons avd		Kontroll avd	
	Måling 1	Måling 2	Måling 1	Måling 2
For høyt blodsukker	9 %	0%	19%	11%
For høyt blodtrykk	9%	53%	13%	22%
Lav glykemisk indeks	6%	0%	6%	0%
For lavt blodsukker	69%	47%	63%	67%
Vet ikke	6%	0%	0%	0%
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Det kan her se ut som begge avdelinger roter med de to begrepene hypotensjon og hypoglykemi. Ved måling 2 er det oppstått en mindre

spredning på intervensjonsavdelingen enn ved kontrollavdelingen. Det kan se ut som undervisningen har skapt en endring da det er ingen ved intervensjonsavdelingen som lengre er i tvil om forskjellen mellom høyt og lavt blodsukker. Feilen i forhold til antall kryss på hypertensjon kan muligens skyldes en lesefeil.

Respirasjon og sirkulasjon

Spørreskjemaet vektlegger kartlegging av kunnskapsforståelse og samspillet mellom hjerte og lungergjennom tre omfattende spørsmål. Hvordan kan hjertesvikt føre til tungpustenhet og hvordan kan lungesvikt føre til hjertesvikt og videre dålig almentilstand. Dette ble jo også sterkt vektlagt i kurset.

Tallmaterialet viser at det var høy forståelse for dette ved begge målingene på begge avdelingene, og vi finner ingen signifikant endring.

Dette gjelder også igangsetting av tiltak, både endret leie og bruk av Nitroglyserin (tabell 8,9). Det kan se ut som dette er en del av basiskunnskapene som alle fagutdannede er bærere av. Nedenfor (tabell 7) presenterer vi de funn som ble registrert ved måling en og to.

Situasjonsbeskrivelse: «*Fru Abrahamsen har hovne ben og du vet at det kan være samsvar mellom tungpustenheten og hevelsen i bena.*».

Tabell 6. Hva tenker du er mest sannsynlige årsak til tungpusthet og hevelse hos fru Abrahamsen?

	Intensjons avd		Kontroll avd	
	Måling 1	Måling 2	Måling 1	Måling 2
Demens	0 %	0 %	0 %	0 %
Hjertet	50 %	53 %	35 %	67 %
Diabetes	4 %	7 %	0 %	0 %
Lunger	4 %	0 %	24 %	11 %
Både hjerte og lunger	42 %	40 %	41 %	22 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0%
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Dersom vi skal antyde en variasjon, vil den være at respondenter fra intervensjonsavdelingen svarer likt både i måling 1 og 2 hvor de ser kombinasjonen hjerte og lunger. Kontrollavdelingen har her et avik mellom måling 1 og 2. Muligens kan kurset ha skapt denne stabiliteten. Vi vil igjenn påpeke at måling to inneholdt få respondenter.

Symptomer på akutt sykdom

Et sentralt mål vedrørende vårt kurskonsept/opplæringsprogram var å bidra til at ansatte opplevde større grad av trygghet i forhold til kliniske observasjoner, og å utføre vitale målinger samt skape en større forståelse for de symptomer som kan oppstå vedrørende akutt sykdom hos eldre.

Tabell 7: Hva kan ofte være eneste tegn på akutt sykdom hos eldre pasienter?

	Intervensjons avd		Kontroll avd	
	Måling 1	Måling 2	Måling 1	Måling 2
Apati	14 %	0 %	19 %	0 %
Hoste	3 %	0 %	0 %	11 %
Parkinsonisme	7 %	0 %	6 %	0 %
Forvirring	76 %	92 %	75 %	89 %
Vet ikke	0 %	8 %	0 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Av tabellen kan vi se at intervensjonsavdelingen har fått en økende forståelse for at akutt oppstått forvirringer er et av de vanligste symptomene etter gjennomført undervisning. Men som vi ser har noe av den samme effekten også oppstått hos kontrollavdelingen, men her henger fremdeles 11 % igjen i en annen forståelse. Det skal dog igjen påpekes at tallmaterialet i måling 2 var mangelfullt.

Vurdering av egenkompetanse

Vi var nysgjerrige på om intervensjonene kunne bidra til at ansatte i større grad opplevde mestring og trygghet i utførelse av praktiske prosedyrer, og om de følte seg komfortable med ulike situasjoner som de regelmessig ble satt til å utføre. Ut fra en generell vurdering viser tabell 9 at intervensjonene har gitt en god effekt knyttet til vurdering av egen kompetanse.

Tabell 8: Bruk av Mews

Spørs mål	Kategori	Intervensjons avd		Kontroll avd	
		Måling 1	Måling 2	Måling 1	Måling 2
		Bruk av MEWS	Jeg er trygg på hva jeg skal gjøre	41 %	73 %
	Jeg er som oftest trygg på hva jeg skal gjøre	47 %	27 %	33 %	24 %
	Jeg er ofte usikker på hva jeg skal gjøre	6 %	0 %	7 %	13 %
	Vet ikke hva jeg skal gjøre	6 %	0 %	0 %	0 %
	Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Det kan være vanskelig å tolke tallene i de ulike tabellene, men dersom vi ser på variasjon 28.5 fra spørreskjema (bruk av MEWS, vedlegg 2), viser dette spørsmålet at det er betydelig flere respondenter som hevder at de er «trygg på hva de skal gjøre» ved måling 2 på intervensjons avdelingen.

Intervensjonsavdelingen hadde også en gruppe respondenter (6%) som ved første måling ikke viste hva de skulle gjøre. Denne gruppen er fraværende i måling 2.

Tabell 9: Kompetanse til å utføre forsvarlig helsehjelp

	Intervensjons avd		Kontroll avd	
	Måling 1	Måling 2	Måling 1	Måling 2
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	6 %	0 %	0 %	0 %
I middels grad	9 %	20 %	6 %	22 %
I stor grad	73 %	47 %	82 %	44 %
I meget stor grad	12 %	33 %	12 %	34 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Tallene er vanskelig å tolke. Men dersom vi fokuserer på intervensjons avdelingen kan vi se at gruppen som følte seg lite kompetent er eliminert.

Dette kan være gruppen av ufaglærte som hadde en overvekt ved denne avdeling, men det er kun tolkning fra oss. Kontroll avdelingen hadde ingen endring fra første til andre måling, null begge steder.

Resultat fra fokusgruppeintervjuene:

Totalt 15 informanter deltok i fokusgruppeintervjuene, og besto av sykepleiere, fagutdannede og ufaglærte. Deltakerne ble tilfeldig valgt ut av ledelsen ved omsorgsboligen blant de ansatte som var på jobb de dagene fokusgruppeintervjuene ble gjennomført. Funnene blir videre presentert i to hovedkategorier som utpekte seg under vår søken etter meningsbærende enheter (11), og prosjektets hensikt; kompetanseutvikling, styrket kvalitet og samhandling.

Kompetanseutvikling hos de ansatte

Det var en klar oppfatning blant de ansatte om at prosjektet hadde bidratt til økt kompetanse i kollegiet, både i form av teoretisk og praktisk kunnskap. Men kanskje viktigere, tiltakene hadde stor betydning i form av anvendbarhet og opplevd nytte i deres egen praktiske hverdag. De fleste ga positiv respons på kurstilbudet og uttalte seg på vegne av å ha deltatt på det, andre hadde deltatt i refleksjonsgruppene i tillegg. De som også hadde benyttet seg av kollegaveiledning gjennom rådgivningstelefonen opplevde at dette var et viktig og betydningsfullt tiltak, men ikke alle hadde erfaring med å benytte seg av det tilbudet. Sykepleierne som gruppe benyttet seg nok mer av dette tilbudet enn det fagarbeiderne gjorde, men det forekom individuelle forskjeller.

«Det er noe konkret»

De fleste opplevde at kurstilbudet var veldig nyttig for deres praktiske hverdag. Fokus på observasjoner var således ikke noe nytt, og flere sa at den teoretiske vinklingen var mye repetisjon. Likevel ble kurskonseptet trukket frem som det viktigste tiltaket i prosjektet, og nytteverdien opplevdes stor. Balansen mellom teori og praktiske øvelser bidro til at man i større grad klarte å koble teori og praksis, og de sa at de i større grad forsto hvorfor målingene skulle gjennomføres og hvorfor det var viktig. En sa: *«Jeg har blitt drilla 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 verdifullt, ikke minst opplevelsen av å jobbe mer systematisk. Flere hadde erfaring med å utføre observasjoner som måling av puls, blodtrykk og respirasjonsfrekvens fra tidligere også, men nettopp systematikken av å anvende et konkret måleverktøy ble fremhevet som en

betydningsfull faktor, samt opplevelsen av at alle gjorde likt. Det å bruke observasjonsverktøyet som en dagligdags rutine i arbeidshverdagen ga også andre positive gevinster. Ansatte var mer konkrete i den muntlige rapporten om pasientene, det bidro positivt i dokumentasjonen i pasientens journal, og det var lettere å kommunisere sykdomsforverring til behandlingsansvarlig lege. «Jeg gjør konkrete observasjoner før jeg kontakter lege». Likeledes erfarte flere at de hadde blitt mer oppmerksomme på sykdomsutvikling, og oppdaget i større grad forverrelser tidligere, noe som medførte igangsetting av tiltak på et tidligere tidspunkt.

Faglig trygghet

Mange uttrykte opplevelse av å føle seg tryggere og mer sikker i rollen som helsepersonell generelt, og spesielt i møte med dårlige pasienter. Sykdom hadde blitt avdekket på et tidligere tidspunkt sammenlignet med tidligere, og nødvendige tiltak ble igangsatt. Noen ganger medførte det sykehusinnleggelse eller innleggelse på kommunens KAD - tilbud, andre ganger ikke. En informant uttrykte at hun gjennom å lære om bruk av Mews og å anvende det i hverdagen, opplevde at jobben var blitt mer profesjonell. Videre at pasienter og pårørende ble tryggere når de møter helsepersonell som jobber systematisk ved sykdomsutvikling eller sykdomsforverring. Noen opplevde imidlertid at dette ikke alltid var til det gode i en praktisk hverdag; - en kronisk syk pasient krevde stadig at ansatte «Mewset» vedkommende fordi hun følte seg så dårlig. Når målingene viste at alt var normalt ble ikke resultatene alltid så godt mottatt av pasienten – pasientenes subjektive opplevelse og følelse av forverring var ikke samkjørt med helsepersonellens objektive kliniske observasjoner. Da kunne pasienten bli både oppgitt og utrygg, og formidle sin misnøye klart og tydelig. Det var en bred enighet om at tiltakene i prosjektet understøttet opplevelsen av økt faglig trygghet, en trygghet informantene trodde de klarte å videreformidle til andre berørte parter. Likevel var det flere (særlig sykepleiere) som erfarte at etablering av telefonisk rådgivningstjeneste hadde gitt dem en kollegastøtte de anså var viktig i møte med alvorlig syke pasienter, særlig i tilfeller hvor de var i tvil om hvordan behandling best kunne gjennomføres. En uttrykte at det var fint å snakke med en sykepleierkollega på intermediaeravdelingen som hadde lik eller mer erfaring enn seg selv når hun selv sto i en krevende situasjon. Konkrete tilbakemeldinger opplevdes nyttig, og flere uttrykte at tilbudet også ga en trygghet om at de ikke var alene. Spesielt betryggende var det når intervensjonsavdelingen ikke hadde sykepleier på vakt. Ansatte som hadde benyttet seg av tilbudet opplevde at de fikk god hjelp og støtte, og en fortalte om opplevelsen av å få råd og veiledning i en situasjon hvor omsorgsboligen hadde ansvaret for en døende

pasient som fikk dø hjemme i rolige og trygge omgivelser (se eksempel 1 under dokumentasjon av telefonsamtalene).

På tross av opplevelse av økt kompetanse som bidro til faglig trygghet, ble det poengtert faktorer som vanskeliggjorde målet med å behandle pasienter i en omsorgsbolig. Mangel på nødvendig utstyr, ressurser og praktiske utfordringer i form av at alle har egne leiligheter fordelt mellom flere etasjer og lange korridorer var eksempler på dette. Likeledes mangel på medisinsk kompetanse, en felles lege på huset. I omsorgsboligen har hver bruker sin fastlege som ønsket å gjøre ting på sin måte. Det var heller ingen automatikk eller selvfølge at de ansatte fikk nødvendig informasjon fra brukerens fastlege etter legebesøk.

Andre barrierer var for eksempel etter at en bruker hadde vært innlagt på sykehuset: sykehuset kunne pålegge omsorgsboligen å følge opp ulike arbeidsoppgaver, oppgaver de hverken kunne eller ville gjennomføre ut ifra deres opplevelse av faglig forsvarlighet og manglende utstyr. Ansatte ønsket at sykehuset i større grad kunne sjekke ut hva de faktisk kunne gjennomføre før utskrivelse av brukerne deres, og sa at det var et stort forbedringspotensial i å få sykehuset til å lese innleggelsesnotatet fra kommunen. Uavhengig av variasjoner, samtlige informanter opplevde at prosjektet bidro til både egen og kollegial kompetanseutvikling og større faglig trygghet.

Samhandling til det beste for pasienten

Et av målene med prosjektet var å bedre samhandlingen både i egen avdeling, mellom avdelingene og med andre enheter. Gjennom kurstilbudet kom det frem at ansatte av og til følte seg alene. Noen hadde opplevd det som utfordrende å kontakte legevakten når de sto i situasjoner med dårlig pasienter, og til og med opplevd "å bli møtt litt krast av ansatte på legevakten" som en sa det. Flere sa imidlertid at det var lettere å kommunisere med andre aktører etter innføring av Mews, og at kommunikasjonen hadde blitt mer konkret, noe som bidro til opplevelse av bedre samhandling.

Intervensjonsavdelingen samhandlet med mange aktører, men de gav uttrykk for at det til tider var mangel på forståelse og innsikt i hvilke tjenester de kan tilby i en omsorgsbolig som var mest krevende. I tillegg uttrykte de at manglende informasjons utveksling mellom sykehus og kommune var en utfordring, og opplevde stadig at sykehuset ikke leste innleggelsesrapporten fra kommunen.

Samhandlingsreformens intensjon om at kommunene skal ta imot sykere pasienter på et tidligere tidspunkt, merket de godt i hverdagen. Noen opplevde imidlertid at samhandlingen med behandlingsansvarlig lege hadde blitt litt bedre, i form av at kommunikasjonen hadde blitt mer konkret og

opplevelse av mer forståelse hadde økt. Noen uttrykte en opplevelse av å bli tatt mer på alvor når de kunne rapportere vitale parametere ved bruk av MEWS, og at de kunne referere til scoringstabellen. *«Det virker litt mer profesjonelt når vi bruker MEWS».*

Majoriteten av deltakerne opplevde at samhandlingen med intermediaser har blitt mye bedre, både i form av forståelse for og fra hverandre og bedre kommunikasjon. De som hadde benyttet seg av telefonisk rådgivningstjeneste var positive og opplevde at de hadde fått god hjelp. Sitater som; *«Jeg fikk god oppfølging, sykepleier på intermediaser ringte ofte tilbake bare for å høre hvordan det gikk»* ble uttrykt. Flere sa at de opplevde tilbudet som trygt, og at det var lett å ta kontakt for å spørre om ulike ting.

Ved to tilfeller har sykepleiere fra intervensjonsavdelingen fått opplæring i medisinsktekniske prosedyrer, via tilrettelegging for hospitering. Mange av pasientene er kronisk syke, og er kjent ved begge avdelingene på grunn av sine stadige sykdomsforverring. Dette har vært en konsekvens som de ansatte har utnyttet som en mulighet underveis i prosjektet, både i form av hospitering og deling av erfaringer mellom avdelingene knyttet til sykdomsforverring og tolkning av symptomer.

Også innad i egen avdeling peker informantene på at samhandlingen har blitt bedre. Sykepleierne opplevde at hjelpepleierne hadde fått økt kunnskap gjennom prosjektet, de utførte målinger, satte i gang tiltak og kommuniserte dette til sykepleier. En felles forståelse gjorde at det ble lettere å kommunisere og samarbeide.

«Vi gjør så godt vi kan»

Deltagerne uttrykker ved flere anledninger et ønske om mer forståelse fra samhandlingspartnere om hvilke type tjenester de kan tilby ved en omsorgsbolig. Ofte opplever de at de å få svært dårlige pasienter hjem, som trenger mer tilsyn og oppfølging enn det de kan tilby. I forlengelsen av hyppige innleggelse andre steder, opplever de også at pasienter kan bli mer utrygge når de kommer tilbake. *«Det er for eksempel ikke så lett for oss å følge opp blodprøver som skal tas ofte. Vi er avhengig av at hjemmesykepleieren kan hente/bringe blodprøver til laboratoriet. Glemmer de det må vi ta nye prøver. Det å følge opp undersøkelse er ikke lett».*

På tross av sykere pasienter er ressursene de samme. Pasientlistene er fulle, og det er lite tid til hver pasient. Likevel opplever sykepleierne at det er tidsbesparende at hjelpepleierne nå i større grad benytter MEWS, og rapporterer sine kliniske observasjoner både muntlig og skriftlig. De medfører

at de har oppdaget symptomer tidligere, som trolig har forhindret reinnleggelser. Men likevel, det var flere som uttrykte bekymring for fremtiden; - «Vi er en omsorgsbolig med 100 leiligheter, ikke et sykehjem. Vi gjør så godt vi kan».

Samhandlingens utfordringer og muligheter

Samhandling med pasientenes fastlege kunne være utfordrende. Enkelte leger dokumenterer ikke endringer i pasientens medisinske liste, og det er vanskelig å få beskjed om hva som skal følges opp. Alle epikrisene ble sendt til fastlegene, og ble ikke videreformidlet til pleiepersonalet. «Ved en anledning ventet jeg på en signatur i over et år», sa en sykepleier. Dette opplevdes som en stor utfordring i behandlingen og oppfølgingen av pasienter. Noen fastleger samarbeidet de imidlertid godt med, men ytret likevel ønske om å ha en lege å forholde seg til. «Mer legetilsyn og bedre samarbeid med lege ville gi økt trygghet hos pasientene». Ansatte mente at i dette lå det en del muligheter fremover.

Samhandling er fortsatt en stor utfordring, basert på de ansattes erfaringer og opplevelser. Gjennom prosjektet har vi sett at noen enkle tiltak kan gi gode resultater, både innad i avdelinger men også mellom avdelinger. Flere ansatte ytret ønske om at den telefoniske rådgivningstjenesten burde fortsette, og at det har ført til bedre samhandling om pasienter som begge tjenestesteder kjenner til. Samhandlingen førte til en bedre forståelse for hverandre, og flere trodde at dette også kunne bidra til bedre overføringer og pasientforløp i kommunen.

Dokumentasjon av telefonsamtalene

Referat/loggføring fra den telefoniske rådgivningstjenesten, viser en tendens til tiltaket kan ha forebygget uheldige innleggelser, og at personalet har oppdaget tidlige tegn på utvikling av for eksempel infeksjon.

Vi ønsker å presentere to korte eksempler hentet fra denne dokumentasjonen:

Eksempel 1: Her var det 4 henvendelser i løpet av under 2 døgn på en og samme pasient. Pasienten viste tegn på infeksjon, og fikk råd om enkle tiltak, samt å kontakte legevakt. Antibiotikabehandling ble ordinert fra legevaktslegen. Dagen etter var pasienten litt forvirret og hadde lavt blodtrykk. Pasienten viste tegn på dehydrering, og fikk råd om å se til at pasienten fikk i seg rikelig med veske, gi hyppige tilsyn og ta vurdere MEWS etter 2 timer. Etter noen timer er pasienten i bedring, blodtrykket var stabilisert, pasienten slapp innleggelse og fikk tett oppfølging i hjemmet.

Eksempel 2: Pasienten var døende og skulle starte opp med lindrende behandling og tiltaksplanen "Livets Siste dager". De ansatte ved intervensjonsboligen hadde lite erfaring med dette, men både de ansatte og

pårørende ønsket at pasienten skulle få bli værende der vedkommende var kjent så langt det lot seg gjøre. I løpet av perioden ble det flere samtaler mellom de to avdelingene for å skape trygghet. Det ble blant annet gitt konkrete råd knyttet til medisiner. Resultatet ble at pasienten fikk en rolig avslutning på livet, pårørende var fornøyd, og de ansatte følte at dette ble riktig. De sa i etterkant at de hadde hatt stor nytte av dette tilbudet, at det skapte en trygghet og forhindre en unødvendig og uetisk innleggelse.

Diskusjon av resultatene

På tross av at dette har vært et lite fagutviklingsprosjekt, viser resultatene tendenser til at små ting kan utgjøre store konsekvenser for kvalitetsarbeid, samhandling og kompetanseutvikling. Det er også viktig å merke seg at de iverksatte tiltakene ikke er spesielt ressurskrevende, og at det meste handler om å sette ting i system og være villig til å tenke annerledes. Utfordringens muligheter er et viktig element, og videre se nærmere på hvordan vi sammen kan bidra til å gi bedre behandling og behandlingsforløp i en kommune på tvers av enhetsvise grenser. Sånn sett kan vi si at det er «våre» pasienter som trenger ulike helsetjenester avhengig av hvor de befinner seg i sitt sykdomsforløp, verken «dine eller mine». Enkle tiltak som gir ansatte positive erfaringer kan bidra til å optimalisere bedre samhandling som igjen påvirker kvalitet – og kompetanseutvikling til det beste for pasienten som mottar tjenesten.

Ansatte setter pris på konkrete og praksisnære verktøy som kan bidra til kunnskapsutvikling, både for sin egen del og for kollegiet, men også for å øke forståelsen av pasienters sykdomstilstand. Vi vet fra tidligere at helsepersonell liker konkrete arbeidsoppgaver, og å utføre tiltak som ikke er basert på individuell tolkning som krever stor grad av faglig og etisk skjønn (12). Det å få kunnskap om sykdomslære, kliniske observasjoner og enkle tiltak for å ivareta pasientene på en best mulig måte, gir mening i arbeidshverdagen til helsepersonell i denne delen av kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vi tror at disse resultatene også har overføringsverdi til andre deler av helsetjenesten. Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at de ansatte har utviklet sitt teoretiske kunnskapsgrunnlag, noe som ble forsterket gjennom erfaringer de presenterte i fokusgruppeintervjuene. De opplever seg bedre i stand til å takle sykere pasienter, de vet i større grad hva de skal se etter og hvorfor, og hvilke tiltak de skal iverksette. Informantene opplever økt kunnskapsgrunnlag, og å kunne anvende og overføre sin teoretiske kunnskap til praktiske ferdigheter. Dette opplevde de betydningsfullt, og anser at det bidrar til en større faglig trygghet. Opplevelse av trygghet erfarer de er viktig i møte med pasienter og pårørende, og flere vektlegger at konsekvensene av prosjektet er å opptre mer profesjonelt. Dette er et interessant funn, både med tanke på det flere uttrykker; - *Vi har jo gjort de målingene tidligere også, men ikke så systematisk*, og opplevelse av å kunne gjøre noe konkret. Det er verdt å dvele litt ved disse synspunktene. Systematikk og struktur i jobben oppleves verdifullt blant de ansatte, likeledes det å forholde seg til et rammeverk som beskriver hva som forventes å gjøre. Kanskje er det slik at et systematisk rammeverk bidrar til å

kvalitetssikre et minstekrav i omsorgen, og reduserer opplevelsen av usikkerhet på om man har gjort nok? Likeledes det å benytte et scoringssystem som gir pasienten et tall. Tallet benyttes videre i en tabell som angir hvilke tiltak som skal iverksettes. Scoringsverdien er også med på å kvalitetssikre helsehjelpen, ved at konkrete målinger gir konkrete resultater. Helsehjelp blir igangsatt uavhengig av individuelle vurderinger. Det er en felles forståelse av tiltak som skal iverksettes, og ikke individuelle forskjeller som er basert på faglig skjønn.

På tross av veldig mange positive tilbakemeldinger fra de ansatte om prosjektets verdi, ser vi at det er en del ytre faktorer som påvirker de ansattes hverdag. Det må ikke underkjennes. Opplevelsen av å ha ansvaret for sykere pasienter, og flere syke pasienter samtidig uten at ressursene er tilsvarende økt er en utfordring. Likeledes høyt sykefravær, mangel på nødvendig utstyr og at omsorgsboligen er utformet på en slik måte at det tar tid å komme seg fra den ene fløyen til den andre. Manglende forståelse fra spesialisthelsetjenesten om at de er en omsorgsbolig og ikke et sykehjem oppleves krevende, likeledes at de som utfører helsehjelpen ikke mottar epikriser eller annen dokumentasjon når pasientene returnerer til hjemmet. Dokumentasjonen/epikrisen sendes kun til pasientens fastlege, og med 100 pasienter med hver sin fastlege som i varierende grad deler slik informasjon, kan det være en utfordring å følge opp beskjeder og være oppdatert til enhver tid.

Gjennom fokusgruppeintervjuene fikk vi forståelse av at kurs og refleksjonsgrupper var verdifulle tiltak når målet er kompetanseutvikling. Variasjonen mellom fokus på faglige problemstillinger og erfaringsdeling rundt konkrete situasjoner oppleves betydningsfullt. Undersøkelsen synliggjorde også behovet for mer kunnskap, og de ansatte etterspurte mer kunnskap, et signal på at prosjektet kanskje hadde satt i gang en kunnskapsspiral? I den forbindelse opplever prosjektgruppen at det er viktig å sette kompetanseheving i system, og ikke bare tro at deltakelse på kurs vil heve kompetansen i kollegiet. Tiltakene i prosjektet bygger på hverandre, ved at man bygger sten på sten og anvender og etterspør kunnskap underveis i prosessen. Når satsningsområder er organisert som prosjekt får tiltakene ofte fortrinn i en prioriteringsavveining. I en travel hverdag som er preget av tøffe prioriteringer, og når prosjekt skal over i drift eller satsning, er veien kort for å bli en salderingspost. Mange viktige oppgaver konkurrerer om å fortrinn. Prosjektgruppen ser i denne sammenheng at ledelsen er en avgjørende faktor for å lykkes videre med dette arbeidet.

Evaluering av prosjektet:

Prosjektgruppen anser at dette har vært et vellykket fagutviklingsprosjekt med tanke på hvilke tiltak som har vært gjennomført innenfor begrensede økonomiske ressurser. Tiltakene har i stor grad bidratt til å engasjere de ansatte, og suksessen er trolig basert på variasjonen mellom teoretisk opplæring og praktisk øvelse. Det praksisnære har ofte stor verdi for pleiepersonell, det konkrete som fører til handlingsorienterte tiltak i praksis. Utgangspunktet for prosjektet var å styrke de ansattes og studentenes kompetanse i møte med den akutt syke eldre pasient, bidra til bedre samhandling og økt opplevelse av kvalitet i tjenesten.

Gjennom prosjektets ulike tiltak, opplever informantene at de er bedre rustet til å håndtere sykdom hos beboerne i omsorgsboligen. De sier blant annet at syke beboere har blitt kartlagt tidligere, de ansatte har igangsatt sykepleiefaglige tiltak på et tidligere tidspunkt nå enn før intervensjonen, sykehusinnleggelse er i større grad velbegrunnet eller beboeren har fått dø hjemme i trygge og kjente omgivelser.

Basert på ansattes tilbakemeldinger er det fortsatt en vei å gå for å oppnå prosjektets tidlige målsetting om å kunne tilby et ambulerende team som kunne rykke ut og gi bistand i beboernes hjem. Dette var noe samtlige informanter i fokusgruppeintervjuene ønsket seg. Det å kunne kontakte et team som kunne rykke ut når de trengte hjelp anså de ville være av stor betydning for deres hverdag, både for dem selv som yrkesutøvere, men ikke minst for tjenestemottakerne.

På bakgrunn av prosjektets halvering av budsjett, klarte vi ikke denne gangen å prøve dette ut, men tenker at det absolutt er like aktuelt i dag.

Forebyggende arbeid og etablering av lavterskeltilbud er trolig et av mange tiltak som kan bidra i møte med fremtidens utfordringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Prosjektgruppen anser likevel at flere av prosjektets delmål er oppnådd, og vi ønsker særlig å trekke frem delmålene om kompetanse - og kvalitetsutvikling. Hvis vi tar utgangspunkt i delmålene om tjenesten (se s. 6) vurderer vi at tiltakene langt på vei har bidratt til at ansatte i tjenesten:

- Tidlig oppdager, forebygger og behandler den dårlige pasienten. Oppdager risikopasienter og forebygger videre utvikling av organsvikt.
- Har lært og forstått bruken av scoringsverktøyet Mews.
- Kan identifisere den dårlige pasienten som trenger behandling på et høyere behandlingsnivå

I tillegg har samhandlingen mellom helsepersonell både internt og eksternt økt, i form av mer konkret kommunikasjon og økt samarbeid om vurderinger i pasientbehandlingen

I delmålene som omhandlet studenter har vi dessverre en langt større vei å gå, da ingen studenter hadde praksis på intervensjonsavdelingen under prosjektperioden. Dette omtales nærmere nedenfor.

Hva har vi ikke fått gjennomført?

Det var svært uheldig at HIØ ikke hadde studenter i praksis ved intervensjonsavdelingen og ved Intermediær/KAD -avdelingen i denne perioden. Men sekundæreffekten kan bli at disse avdelingene i dag står sterkere til å gi studentene god faglig veiledning og oppfølging i senere praksisforløp. Prosjektet hadde en intensjon om å inkludere studenter i ulike deler av prosjektet, ved å gi dem utfordringer både knyttet til samhandling, kompetanseutvikling og undervisningsoppgaver i prosjektperioden. Prosjektgruppen har likevel tro på at dette ville vært et verdifullt bidrag, både for studentenes praksis, for læring men også for tjenestestedenes behov for å få «et blikk utenfra». Gjerne ved å se nærmere på pasientenes behandlingsforløp, hvordan fremme forståelse for involverte parter og ikke minst å bidra til å fremme bedre samhandling på tvers av omsorgsnivåer i kommunen. Prosjektgruppen håper at dette kan gjennomføres etter prosjektslutt

Veien videre

Det ville vært verdifullt å videreføre dette fagutviklingsprosjektet, men også å utvide ved for eksempel å inkludere masterstudenter i avansert klinisk sykepleie til pasienter med kronisk sykdom ved HIØ. Dersom prosjektet hadde utviklet seg i retning av å etablere for eksempel et ambulerende team, ville det åpnet muligheter for eksempel for følgeforskning for masterstudenter til forskning i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette ville vært i tråd med politiske føringer som beskriver nødvendigheten av at høyskoler/universitet samhandler med kommuner om å legge til rette for forskning i førstelinjetjenesten. Andre studenter vil også være et godt supplement for å utvikle en fremadstormende og kompleks tjeneste.

Referanser:

1. Stortingsmelding 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen.
2. (<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Sluttrapport/Sluttrapport%20nasjonalt%20nettverk.pdf>).
3. Portsmouth Hospitals NHS, 2008. Alert. Trust av: VO Anestesi och intensivvård, Universitetssjukhuset Lund.
4. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions: Communication During Patient Hand-Overs. Patient Safety Solutions. 2007 1 (3) nv
5. Institute for Healthcare Improvement: ISBAR Trip Tick. Rhode Island Hospital, USA. 2011 nv
6. Dansk selskab for Pasientsikkerhed: ISBAR Tjekliste Sikker mundtlig kommunikasjon om borgerens helbredstilstand.
7. Saugstad T. Forholdet mellem teori og praksis. I: Saugstad T, Mach-ZagalReds. *Sundhedspædagogik for praktikere*. København: Munksgaard; 2003:179-195.
8. Schön D. *The reflective practitioner. How professional think in action*. NewYork: Basic Books; 1983.
9. Bing-Jonsson et al 2013. Instruments measuring Nursing Staff Competence in Community health care: A Systematic Literature Review, Home Health Care Management & Practice 25(6) 282-294
10. Bing-Jonsson et al 2014. Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people- Competence evaluation tool', International Journal of Older people Nursing 59-72.
11. Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

12. Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebø Å, Grøthe K H, Kirkevold K, Brinchmann B S, Andersen B. In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *Med Ethics* 2008;34:230-235.

Vedlegg 1: Spørreskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide fokusgruppeintervju.

Vedlegg 3: Informasjonskriv.

Vedlegg 1.

KOMPETANSEKARTLEGGING FOR PROSJEKTET «HJELP TIL SELVHJELP – SAMHANDLING, KVALITET OG KOMPETANSE»

Velkommen som deltager i kompetansekartlegging av ansatte i omsorgsbolig. Dette spørreskjemaet har til hensikt å undersøke hvilken kompetanse ansatte besitter før og etter gjennomføring av prosjektet. Spørreskjemaet innebærer at du svarer på spørsmål som handler om din vurderingskompetanse rettet mot pasienter i omsorgsboligen.

Besvarelsen av dette skjema er frivillig og avstår du fra å svare, vil det ikke ha noen betydning for din deltakelse i kompetanseopplæringen. Vi kommer innledningsvis til å stille noen enkle spørsmål knyttet til din type stilling, erfaring, utdanning og alder. Videre vil vi stille faglige spørsmål, noen knyttet til case. Vi ber deg svare etter beste evne på ALLE spørsmålene. Svarene vil blant annet brukes for å tilrettelegge kursvirksomhet og evaluere de tiltak som iverksettes. Spørreundersøkelsen er anonym, og svarene dine kan ikke spores tilbake til deg som person.

DEL 1 BAKGRUNN

1. Hvor gammel er du?

- 18 - 25
- 26 - 40
- 41 - 55
- Over 55

2 a. Hvilken fagbakgrunn har du?

- 3-årig bachelor (høgskole)
- Fagutdannet fra videregående skole
- Ufaglært/assistent
- Annet, hva

2 b. Har du fullført noen form for etter/videreutdanning?

- Nei
- Ja Hvis ja, hvilken?

2 c. Har du i løpet av siste to år deltatt på kurs som er relevant mot brukergruppen du jobber med?

- Nei
- Ja Hvis ja, hvilken?.....

3. Hvordan vil du vurdere dine språkferdigheter i norsk?

a. Snakker du og forstår du norsk

- Ja Ja, men er av og til litt usikker Kan være utfordrende

b. Lese og skrive norsk?

- Ja, fungerer helt greit Ja, men er av og til litt usikker Kan være utfordrende

4. Din stillingsprosent i kommunen (uavhengig av om du er vikar eller fast ansatt)?

- < 25 %
 26 - 50 %
 51 – 75 %
 76 - 100 %

5. Hvor mange år har du jobbet totalt innen pleie og omsorg?

- 0-5
 6-10
 11-15
 16-20
 over 20 år

6. Hvor mange år har du jobbet i omsorgsboligen?

- 0-5
 6-10
 11-15
 16-20
 over 20 år

DEL 2 Arbeidshverdag

8. Hvor ofte gjør du følgende prosedyrer i ditt arbeid?

	Aldri	Månedlig	Ukentlig
Tar blodsukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setter injeksjon med insulinpenn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engangskateteriserer kvinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engangskateteriserer menn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legger inn permanent urinkateter på mann eller kvinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bytter smerteplaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deler ut medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steller sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kobler til sondeernæring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klargjør og gir inhalasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utfører stomistell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setter subkutan injeksjon som f.eks Klexane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setter intramuskulær injeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar blodprøve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndterer smertepumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steller sentralt venekateter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punkterer via VAP (Venous Access Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrerer intravenøs tilførsel av væske eller medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steller eller skyller et dren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vurderer om brukeren har ødem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vurderer brukeren sin hud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartlegger brukeren ernæringstilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aldri Månedlig Ukentlig

Veier brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teller respirasjonsfrekvens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vurderer brukers urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vurderer brukers avføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fru Olsen er 90 år og generelt svekket av alder. Se for deg at hun utvikler følgende tegn på sykdom.

9. Kryss av for hvordan du vil handle når fru Olsen utvikler følgende tegn på sykdom (Maks to kryss pr. linje).

Ingen tiltak	Observere neste dag	Rådføre m. sykepleier	Spl.faglige tiltak snarest	Øyeblikkelig vurdering av lege
--------------	---------------------	-----------------------	----------------------------	--------------------------------

-Hviledyspne i løpet av to dager:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fått hoste, økt slimproduksjon, og Resp. frek. 20/min siste to dager:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ureg.messig puls, steget mer enn 20 slag/min i forhold til normalt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Temp over 38,5 °C:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Alvorlig dehydrering:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Rød i huden m. kløe, utslett og sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Redusert matinntak og matlyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ikke i stand til å ta til seg næring:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Smerter og ubehag i munnen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ubehag/hyppig vannlating:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Friskt blod i avføringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Blitt mer pleietrengende siste dagene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fall to ganger siste uke:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ingen tiltak	Observere neste dag	Rådføre m. sykepleier	Spl.faglige tiltak snarest	Øyeblikkelig vurdering av lege
--------------	---------------------	-----------------------	----------------------------	--------------------------------

-Fått halvsidig lammelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Tydelig mer trett på dagtid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Nyoppståtte brystmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Har du fått opplæring i følgende prosedyrer, og i så fall av hvem?

	Nei	Ja, under utdanning	Ja, av kollega	Ja, av eksterne (eks. sykehus)
--	-----	---------------------	----------------	--------------------------------

-Ta blodsukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sette injeksjon med insulinpenn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Engangskateterisering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Permanent urinkateter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bytte smertep plaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Dele ut medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sårstell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Koble til sondeernæring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Klargjøre og gi inhalasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Utføre stomistell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sette subkutane injeksjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sette intramuskulær injeksjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ta blodprøve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Håndtere smertepumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Stell av CVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Stell av Picc -line	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Administrere intravenøs behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Stelle eller skylle et dren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ta EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ta blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ta puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Telle respirasjonsfrekvens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ta mews score	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEL 3 Fru Adamsen og diabetes

Charlotte Adamsen, 86 år, har diabetes, moderat demens, hjertesvikt og behandles for høyt blodtrykk. Hun trenger hjelp til morgenstell og medisiner. Fru Adamsen glemmer ny informasjon og trenger gjentatte påminnelser. Hun fungerer godt med sine vanlige rutiner. Hun har utstyr til egenmåling av blodsukker og blodtrykk. Du kommer til fru Adamsen hun sitter i godstolen. Når du snakker med henne åpner hun øynene, men fester ikke blikket på deg. Virker forvirret, reiser seg opp av stolen, sier hun er svimmel og faller tilbake i sittende stilling i stolen. Hun forsøker å reise seg igjen, kommer seg opp og går rundt i stuen mens hun mumler lavt.

10. Hvilket tiltak ville du gjort innledningsvis? (flere svaralternativer kan være riktig)

- Ringe 113
- Vurdere respirasjon, sirkulasjon, blodsukker og funksjonsnivå
- Ta kontakt med sykepleier/lege
- Dokumenterer hendelsen i journal slik at de som skal på neste besøk er klar over endringen
- Vurdere respirasjon, sirkulasjon, blodsukker og funksjonsnivå før du tar kontakt med sykepleier/lege
- Vet ikke

11. Hvilken måling ville du tatt av fru Adamsen hvis du bare kunne velge en av disse:

- Blodsukker
- Temperatur
- Puls
- Blodtrykk
- Vet ikke

12. Hva er et normalt fastende blodsukker hos mennesker uten diabetes?

- 4-6 mmol/l
- 2.5-7 mmol/l
- 5-10 mmol/l
- Vet ikke

13. Hva er ønsket blodsukkerverdi for en diabetespasient?

- 1-10 mmol/l
- 4-10 mmol/l
- 2-4 mmlol/l
- 20-30 mmol/l
- vet ikke

14. Hva kan påvirke blodsukkernivået? Flere svaralternativer er riktige.

- Infeksjon, oppkast/diaré
- Aktivitetsnivå og forandring i døgnrytmen
- Endring av årstid, mengde av støv og midd i lufta
- For høy blodprosent
- Inntak av mat
- Vet ikke

15. Hva betyr hypoglykemi?

- For høyt blodsukker
- For lavt blodtrykk
- Lav glykemisk indeks
- For lavt blodsukker
- Vet ikke

**16. Hva kan skje hvis fru Adamsen har blodsukker på 3mmol/l og du setter 8 Enheter Novorapid?
Flere svaralternativer kan være riktig**

- Hun kan bli forvirret
- Hun kan få hypoglykemi
- Hun kan få for høyt blodtrykk
- Hun kan få hyperglykemi
- Ingenting
- Vet ikke

DEL 4 Fru Adamsen og vurdering av sirkulasjon

Du har hatt fri i helgen, det er mandag morgen og fru Adamsen skal ha hjelp til morgenstell og medisiner. Det er i Gericas dokumentert at hun har noe hevelse i begge bena.

Fru Adamsen sitter påkledd i stolen, hun reagerer ikke på at du er i rommet. Du sier: «hei», og hun skvetter til og svarer. Du spør om hun har stelt seg selv, og sier at hun var tidlig oppe og stelte seg selv. Hun virker trøtt, du kjenner på pannen hennes hun kjennes både varm og litt klam ut.

17. Hvilken frekvens er innenfor grensen for normal hvilepuls hos voksne?

- 150-189 per minutt
- Over 100 per minutt
- 50-90 slag per minutt
- Under 40 per minutt
- Vet ikke

18. Om fru Adamsen har feber er det da naturlig å tenke at pulsen går opp eller ned?

- Opp
- Ned
- Vet ikke

DEL 5 Vurdering av respirasjon

19. Du skal telle respirasjonsfrekvensen. Hvordan teller du?

- En for innpust, to for utpust, tre for innpust, fire for utpust og videre. Du teller i 30 – 60 sekunder
- En for innpust, to for utpust, tre for innpust, fire for utpust og videre. Du teller i 15 sekunder og ganger med fire
- En for innpust og utpust, to for neste inn og utpust, tre for neste og videre. Du teller i 30 – 60 sekunder
- En for innpust og utpust, to for neste inn og utpust, tre for neste og videre. Du teller i 15 sekunder og ganger med fire
- Vet ikke

20. Du er ferdig med å telle respirasjonsfrekvensen, den er 28, er det normalt, lavt eller høyt?

- Normalt
- Lavt
- Høyt
- Vet ikke

21. Fru Adamsen har hovne ben og du vet at det kan være samsvar mellom tungpusthet og hevelse i bena. Hva tenker du er mest sannsynlig årsak til tungpusthet og hevelser hos fru Adamsen?

- Demens
- Hjertet
- Diabetes
- Lunger
- Både hjertet og lunger
- Vet ikke

22. Hvilken liggstilling (leie) kan være hensiktsmessig å bruke hvis brukeren din har svikt i hjerte og /eller lungefunksjonen?

- Høyt ryngleie
- Side-mageleie
- Flatt ryngleie
- Vet ikke

DEL 6 Litt generelt

23. Hva forstår du med god effekt av nitroglycerin?

- At forkalkningen i åren gradvis forsvinner
- Rask og fullstendig lindring av brystsmertene
- Delvis lindring av brystsmertene
- At pasienten blir beroliget og mer likegyldig overfor smertene
- Vet ikke

24. Hvilke av medisinene under er kjent for å kunne medføre svimmelhet og falltendens? Flere svaralternativer er riktig.

- Medisiner mot angst og andre nervemedisiner
- Insulin
- Sovemedisiner
- Blodtrykks- og hjertemedisiner
- Blodfortynnende, for eksempel Marevan

DEL 7 Den eldre pasient

25. Plutselig tap av evnen til å ivareta dagliglivets funksjoner hos eldre kan skyldes:

- Aldring, kroniske sykdommer, skader og akutt sykdom
- Aldring og kroniske sykdommer
- At pasienten blir eldre og mer likegyldig til egen helse
- Aldring, kroniske sykdommer og skader
- Vet ikke

26. Hva kan ofte være det eneste tegn på akutt somatisk sykdom hos den eldre pasienten?

- Apati
- Hoste
- Parkinsonisme
- Forvirring
- Vet ikke

27. Hvilken påstand om den eldre er riktig?

- Akutt syke gamle har ofte uspesifikke og diffuse symptomer som lett blir mistolket som et rent pleieproblem
- Søvnforstyrrelser hos eldre behandles best med sovemedisin
- 50 prosent av de over 90 år er demente
- Den eldre har ofte lav livskvalitet
- Vet ikke

DEL 8 Helhetsvurdering

28. Vurder egen kompetanse på følgende områder:

Jeg er trygg på hva jeg skal gjøre	Jeg er som oftest trygg på hva jeg skal gjøre	Jeg er ofte usikker på hva jeg skal gjøre	Vet ikke hva jeg skal gjøre
------------------------------------	---	---	-----------------------------

-Sårstell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vurdere hvorvidt en pasient har smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Smertebehandling og vurdere effekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bruke verktøyet ESAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bruke Mews	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Pleie av døende pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bruke tiltaksplanen Livets siste dager (LCP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Har avdelingen tilstrekkelig utstyr for å ta nødvendige observasjoner?

Ja

Nei

Hvis nei, hva mangler du?

DEL 9 Kommunikasjon/dokumentasjon

30. Hvor ofte opplever du at du trenger å snakke med en sykepleierkollega for å få råd/veiledning?

- Daglig
- Ukentlig
- Månedlig
- Svært sjelden/aldri

31 a. Hvor henvender du deg i dag dersom du trenger bistand med en syk pasient?

- Sykepleier
- Fastlege
- Legevakt
- Sykehus

Annet, i så fall hvor.....

31 b. Opplever du at du får den hjelpen du trenger ved henvendelser?

- Ja
- Ja, som oftest
- Nei, sjelden
- Nei, aldri

32. Når du skal lese dokumentasjon om en pasient, i hvilken grad er dokumentasjonen tilstrekkelig til at du får et godt innblikk i pasientens situasjon?

I liten grad	I middels grad	I stor grad	Alltid godt dokumentert
--------------	----------------	-------------	-------------------------

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -Dokumentasjon fra eget arbeidssted | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Dokumentasjon fra lege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Dokumentasjon fra sykehus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Dokumentasjon fra andre kommunale tjenester | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33. Når du dokumenterer sykepleie, hvor ofte gjør du følgende

	Aldri	Månedlig	Ukentlig	Daglig/ hver vakt
-Bruker elektronisk dokumentasjonssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Skriver daglig rapport om mine pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Utarbeider tiltaksplaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Oppdaterer IPLOS/ADL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Skriver overføringsnotat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Meldingsutveksling på E – link	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bruker prosedyresystemet, for eksempel PPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Hvordan vurderer du din egen kompetanse til å utføre forsvarlig helsehjelp til brukergruppen?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I middels grad
- I stor grad
- I meget stor grad

Takk for din deltagelse

Vedlegg 2

Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Intro til bakgrunnen for hvorfor vi ønsker å gjennomføre et fokusgruppeintervju:

1. Hva sitter dere igjen med nå når prosjektet er avsluttet?
2. Har prosjektet hatt noen nytteverdi?
3. Hvilken betydning opplever dere at kurstilbudet dere deltok på har hatt?
4. Hvordan opplevde dere at refleksjonsgruppene fungerte?
5. Hvilken betydning opplever dere at en telefonisk rådgivningstjeneste har hatt?
6. Har prosjektet hatt betydning for samhandling?
7. Har tiltakene i prosjektet bidratt til økt opplevelse av trygghet i møte med alvorlig syke pasienter?
8. Opplever dere at prosjektet har hatt betydning på kvaliteten på tjenestene
9. Har dere benyttet dere av muligheten for hospitering?
10. Hvilke behov har dere fremover?

Vedlegg 3.

INFORMASJONSSKRIV FOR PROSJEKTET «HJELP TIL SELVHJELP

-SAMHANDLING, KVALITET OG KOMPETANSE»

Halden kommune, Sykehuset Østfold og Høgskolen i Østfold skal gjennomføre et samarbeidsprosjekt i 2016 - 2017, hvor vi ønsker å rette fokus på bedre samhandling mellom ulike helsetjeneste nivåer, øke kvaliteten på tjenestene gjennom kompetansehevende tiltak. Prosjektet er et bidrag til å nå Samhandlingreformens mål om å gi rett behandling – på rett sted – til rett tid. Prosjektets hovedmål er å øke kvaliteten på helsetjenesten, ved å kvalitetssikre tjenestens innhold, organisering og oppfølging.

Gjennom systematiske tiltak som et trinnvis kompetanseopplæringsprogram for ansatte, utarbeidelse av kriterier for å sikre god behandling og oppfølging, og etablere samhandlingsarenaer for helsepersonell på tvers av nivåer, håper vi å bidra til bedre pasientforløp og effektiv ressursutnyttelse.

Prosjektet vil videre bidra til å etablere en telefonisk rådgivningstjeneste for ansatte på Vaterland/Hagegata, et lavterskeltilbud, hvor du kan henvende deg dersom du er i tvil, usikker eller trenger en «second opinion» - en sykepleierkollega å rådføre deg med. Dette tror vi kan være med på å forhindre og forebygge unødvendige innleggelses i institusjon eller sykehus. Tiltaket er ikke en erstatning for legevaktstjenesten som fortsatt har ansvar for medisinsk Ø-hjelp. I tillegg skal det tilbys refleksjonssamlinger med kompetent veileder i omsorgsboligen, som tar for seg ulike pasientkasuistikker med faglige utfordringer gjennom hele høsten - 16.

Før disse tiltakene kan iverksettes, ønsker prosjektgruppen å gjennomføre en kompetansekartlegging blant ansatte på Vaterland/Hagegata. Dette skal bidra til at vi kan iverksette mest mulig effektive tiltak i kompetansehevingsprogrammet, og for å kunne evaluere om tiltakene har hatt effekt i etterkant av prosjektet. Denne kompetansekartleggingen vil også gjennomføres i januar -17, for å kunne undersøke om tiltakene har hatt effekt.

Samtidig vil en kontrollgruppe også inviteres til å besvare kartleggingen. Her vil vi foreløpig avvente med å igangsette tiltak, før vi kan vise til resultater.

Kompetansekartleggingen vil være anonym, og det er frivillig å delta. Skjemaene vil leveres ut fra din leder 2.5.16, og siste frist for innlevering er 13.5.16. Håper at så mange som mulig tar seg tid til å besvare kartleggings skjema, da det vil gi prosjektgruppen viktige resultater for veien videre.

Prosjektet er sendt til Personvernombudet, NSD. Dersom du har spørsmål kan du kontakte Beate Andersen tlf: 94 82 22 51, eller Heidi Karlsen tlf: 41 43 45 55.

På vegne av prosjektgruppen, tusen takk for din deltagelse!