



BEDRE TILBUD TIL HJERTESYKE

Vellykket. Planlagt oppgaveglidning har vært en suksess ved St. Olavs Hospital.

DELPROSJEKTER

Artikkelen bygger på
60% praksis
40% teori



DOI - NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0169

Marit Inderhaug Husby, intensivsykepleier og fagsykepleier, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim

Ann-Elise Antonsen, sykepleier, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim

Hans Olav Nilsen, sykepleier og ekkotekniker, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim

Tone Ryggvik, sykepleier, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim

Kari Hanne Gjeilo, forskningsykepleier og førsteamanuensis, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim og Institutt for sirkulasjon og billediagnostikk, Det medisinske fakultet (NTNU).

Erferinger fra flere prosjekter ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, viser at planlagt oppgaveglidning kan bidra til et bedre pasienttilbud, kompetanseutvikling, fleksibilitet og bedre ressursutnyttelse.

ENDRINGER. Helsesektoren endrer seg kontinuerlig og står ovenfor store fremtidige personellutfordringer som følge av den demografiske og medisinske utviklingen, endringer i pasienters preferanser, sykdomspanoramaet, lovverk og økonomiske rammevilkår (1–3). Innenfor det kardiologiske fagfeltet har utviklingen ført til endringer i oppgavefordelingen mellom profesjonene. Sykepleiernes funksjon har gått fra å være en assistentrolle til mer selvstendig fagutøvelse. Sykepleiernes rolle i poliklinisk oppfølging av kardiologiske pasienter er ett eksempel på at sykepleierne i større grad har fått en mer selvstendig og spesialisert rolle enn tidligere (4–5).

NYE OPPGAVER. En konsekvens av nye arbeidsformer er det som kalles oppgaveglidning eller jobbgidning. Begrepene brukes ofte synonymt, men flere hevder at begrepet oppgaveglidning er mer dekkende enn jobbgidning da det dreier seg om at noen oppgaver, ikke jobber, overtas av annet personell eller yrkesgrup-

per (1,6–7). Hensikten med oppgaveglidning er oftest å utnytte personalet bedre, samt økonomisk og kapasitetsmessig gevinst. Det kan også være en konsekvens av nye arbeidsoppgaver knyttet til nye behandlingstilbud. Nye måter å organisere tjenestene på kan gi gevinst i form av fleksibilitet og bedre utnyttelse av ressursene (1, 7). Oppgaveglidning mellom profesjoner er imidlertid ikke uproblematisk og har vært gjenstand for kontinuerlig debatt (8–9).

Denne artikkelen beskriver og drøfter erfaringer fra satsingen på oppgaveglidning knyttet til fire uli-

«Pasientgruppen med hjertesvikt er økende.»

ke delprosjekter ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital. Vi tror at en så omfattende satsing på oppgaveglidning i en og samme klinikk innen en kort tidsperiode kan ha overføringsverdi til andre helseforetak.

PROSJEKTER. I 2012 utlyste Helse Midt-Norge RHF midler til prosjekter som skulle bidra til bedre organisering, samarbeid på tvers og faglig utvikling innen spesialist-

helsetjenesten. Målet var å stimulere til konkrete prosjekter som kunne bidra til nye måter å løse oppgaver på og samtidig gi varige endringer (10). Klinikk for hjertemedisin fikk tildelt midler til fire delprosjekter med en varighet på ett år.

Klinikk for hjertemedisin har lokalsykehusfunksjon for Trondheim og nærliggende kommuner. I tillegg har klinikken en betydelig regionsfunksjon. Det er stor pågang av pasienter, antall avdelingsopphold stiger, samtidig som liggetiden er redusert. Utviklingen er en utfordring med hensyn til personellressurser. Det ble identifisert områder som var aktuelle for oppgaveglidning fra lege til sykepleier. Dette var:

- Etablering av atrieflimmerpoliklinikk
- Styrking av eksisterende sykepleiebasert hjertesviktpoliklinikk
- Kontroll av pasienter med elektrofysiologiske implantater (pacemaker/hjertestarter)
- Kardial ultralyd

POLIKLINIKK. Atrieflimmer er en vanlig hjerterytmeforstyrrelse, med prevalens på 1–2 prosent i den generelle befolkningen (11). Antall pasienter med atrieflimmer øker samtidig som oppfølgingen av disse pasientene blir stadig mer omfattende og kompleks. Behandlingstilbudet er i stor grad endret i løpet av de siste ti årene, både

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Erfaringer fra flere prosjekter ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, viser at oppgaveglidning, med tydelig definerte mål og et godt samarbeid mellom leger og sykepleiere bidrar til at flere pasienter behandles i tråd med etablerte retningslinjer for hjertesykdom. Omfordeling av arbeidsoppgaver har ført til bedre ressursutnyttelse og kapasitetsmessig gevinst. Sykepleiere med høy kompetanse har hatt en selvstendig funksjon og bidratt til forsvarlig behandling med god kvalitet, tilgjengelighet og kontinuitet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Hjerte- og karsykdom
- Hjertearytmi
- Hjertesvikt



Stort behov: Forespørselen etter ekkokardiografi av pasienter ved St Olavs har økt. Det var derfor behov for å øke kapasiteten. Illustrasjonsfoto: NTBscanpix

medikamentelt og med en betydelig utvikling innen ablasjonsbehandling (12). Det er nødvendig med tett oppfølging av pasientene både i for- og etterkant av de ulike behandlingsalternativene.

For å imøtekomme disse utfordringene ble det opprettet en sykepleierdrevet atrieflimmerpoliklinikk med to sykepleiere i 50 prosent stilling. Begge hadde lang erfaring med pasientgruppen og en hadde videreutdanning i kardiologisk sykepleie. Poliklinikken ble etablert i nært samarbeid med kardiologene. Hensikten med tilbudet var å redusere antallet innleggelses, redusere ventetiden til polikliniske konsultasjoner, optimalisere medisinsk behandling,

bidra til bedre symptomkontroll og trygghet for pasientene og å være et kontaktpunkt for fastlegene.

KONTINUITET. Selvstendige sykepleierkonsultasjoner med oppfølging og koordinering av behandlingsalternativ ble gitt til pasienteriforbindelsemed ablasjonsbehandling, elektrokonvertering, oppfølging og kontroll ved oppstart av antiarytmika og antitrombotiske medikamenter. Sykepleierne vurderte i samarbeid med kardiolog oppstart av blodfortynnende etter etablerte skåringsystemer (11). Prosjektet har bidratt til bedre kontinuitet for pasientene. De har fått et fast sted å henvende seg og det er lav terskel

«Prosjektene har bidratt til et mer sømløst pasientforløp.»

for å ta kontakt for å avtale konsultasjon eller be om en avklaring over telefon. Tilbudet er bedret ved at pasientene kan ta direkte kontakt for å avtale behandling, for eksempel i form av elektrokonvertering.

HJERTESVIKT. Pasientgruppen med hjertesvikt er økende. Dette er i stor grad eldre pasienter da prevalensen av hjertesvikt øker med alderen. Hjertesvikt er en kronisk tilstand som fører til hyppige

innleggelses i sykehus (13-15). Hjertesvikt poliklinikker er et viktig tiltak for å imøtekomme behovet for spesialiserte helsetjenester til pasienter med hjertesvikt og bidrar til å redusere reinnleggelses og mortalitet. Virksomheten krever spesialisert kompetanse (14).

Hjertesvikt poliklinikken er sykepleierdrevet med kardiolog som medisinsk ansvarlig. Formålet med prosjektet var å styrke, videreutvikle og øke aktiviteten ved den eksisterende hjertesvikt poliklinikken. Det ble tilført to halve sykepleierstillinger. Sykepleierne hadde lang klinisk erfaring og én hadde videreutdanning i kardiologisk sykepleie. Optimalisering av medikamentbruk og veiledning





til pasienter og pårørende om egenkontroll er sentrale elementer i en konsultasjon. Palliativ behandling med stor vekt på omsorg er aktuelt for pasienter med langtkommet hjertesvikt. Sykepleierne har en koordinerende funksjon, både tverrfaglig, mot primærhelsetjenesten og ved innleggelse av pasienter med dekompenstert hjertesvikt som ikke kan behandles poliklinisk. Det er opprettet et nytt tilbud med søvnregistrering til hjertesviktpasienter med mistanke om søvnapné (16). I tillegg vurderes tilgang til andre spesialiserte tjenester ved hjertesvikt, slik som pacemaker og utredning med tanke på mekaniske hjertepumper og hjertetransplantasjon.

Henvisninger, konsultasjoner og antall pasienter som har fått optimalisert og avsluttet behandling har økt. Flere pasienter har fått behandling og oppfølging i tråd med nasjonale og internasjonale standarder (13–15). Antallet nyhenviserte pasienter økte med 40 prosent i prosjektperioden (upubliserte data). Vårt inntrykk er at den økte aktiviteten har gitt gevinst for den enkelte pasient og klinikken i form av færre reinnleggelse.

KONTROLL. Stadig flere pasienter får behandling med implantater i form av pacemaker (PM) og hjertestarter (Implantable Cardioverter Defibrillator, ICD). Det er utviklet IKT-løsninger for fjern- og hjemmemonitorering (17). Det implanteres også flere langtids EKG-registratorer som skal kontrolleres ved symptomer eller avtalte kontroller. Antallet kontroller er doblet de siste ti årene, og implantatene har blitt mer avanserte. På bakgrunn av økningen i implantasjonskontroller ønsket klinikken at en spesialutdannet sykepleier kunne bistå kardiologene. Formålet med prosjektet var å sikre oppfølgingen av pasienter med PM/ICD og øke kapasiteten for å imøtekomme et stadig økende behov for kontroller. Hensikten var å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og å ha en fast fagperson som pasienter og pårørende kunne henvende seg til. Det ble tilført en 100 prosent

sykepleierstilling. Sykepleieren hadde lang klinisk erfaring, spesialutdanning i PM-behandling fra universitetet i Lund i Sverige og har fulgt kardiologer i praksis for praktisk opplæring.

Kardiolog og sykepleier har ukentlig gjennomgått hvilke pasienter som skal kontrolleres, og hvilke av disse som kan kontrolleres av sykepleier. Det har vært avgjørende for prosjektet at sykepleieren innehar nødvendig kompetanse for å sikre trygge kontroller, kontinuitet og koordinering i oppfølgingen av pasientgruppen. Prosjektet har bidratt til en økning i kapasiteten. Det har blitt tatt i bruk flere ulike systemer for hjemmemonitorering. Dette har resultert i at antall pasienter med disse løsningene er steget fra 20 til 80. Ytterligere to sykepleiere starter nå opplæring i PM-behandling, noe som bekrefter behovet for denne kompetansen.

UTREDNING. Kardial ultralyd, ekkokardiografi, er ofte første ledd i utredningen av hjertepasienter. Dette er en undersøkelse som gir mye og viktig informasjon om hjertets funksjon, og det er en undersøkelse som bør være lett tilgjengelig (18). Det er en økende forespørsel etter ekkokardiografi av pasienter både internt og fra sykehusets øvrige klinikker. Det var derfor behov for å øke kapasiteten.

Formålet med prosjektet var å øke antall utførte ekkokardiografiske undersøkelser ved ekkolaboratoriet. Klinikken hadde før prosjektstart en ekkotekniker i 80 prosent stilling og så behov for å utdanne to ekkoteknikere som kunne fungere sammen i en 100 prosent stilling. Prosjektet startet derfor med at to sykepleiere gjennomførte «Videreutdanning i ultralyd av hjerte og kar» ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST). Dette er et studium som gir 60 studiepoeng hvor halvparten består av praksis (19). Sykepleierne fikk tett oppfølging fra ekkolaboratoriet med veiledning og praksiserfaring. Utdanningen resulterte i en formell utdanning som ekkotekniker. Ekkoteknikerne gjennomfører den ekkokardiografiske undersøkelsen.

«Prosjektet har bidratt til en økning i kapasiteten.»

De har ansvar for tilstrekkelig bildedokumentasjon og beskrivelse som gjennomgås og kontrasteres av overlege. Utdanningen av to ekkoteknikere har ført til større kapasitet ved ekkolaboratoriet ved at antall utførte undersøkelser har økt. Aktivitetsøkningen har imidlertid

også økt behovet for overlegekompetanse innen ekkokardiografi for supervisjon og kontrastering.

ERFARINGER. Når oppgaveglidning er tema, fokuserer man of-

te på mangel på leger og kostnadseffektivitet. I de ulike prosjektene våre har det vært vel så viktig å vektlegge at pasientene skulle få et bedre og mer omfattende tilbud enn tidligere. Vårt inntrykk er at alle delprosjektene har bidratt til bedre pasienttilbud både kvantitativt i form av økt kapasitet, og kvalitativt i form av et godt medisinsk og sykepleiefaglig tilbud. I prosjektperioden ble det gjennomført en pasienttilfredshetsundersøkelse ved St. Olav. Undersøkelsen bekreftet at pasientene generelt sett var godt tilfreds med tilbudet ved klinikken, inkludert de to poliklinikktilbudene som ble evaluert og som var en del av prosjektet.

BEDRE. Opprettelse av atrieflimmerpoliklinikk førte til bedre logistikk, et smidigere pasientforløp og sannsynligvis færre innleggelse av pasienter med atrieflimmer. Hjertesviktpoliklinikk inkluderte betydelig flere pasienter, noe som trolig forebygget antall reinnleggelse. Kapasiteten av kardial ultralyd har økt og flere undersøkelser er utført. Pasienter med behov for ultralyd før utreise ble raskere utskrivningsklare med kortere ventetid på undersøkelsen. Oppfølging og kontroller av pasienter med pacemakere og hjertestartere har økt, herunder oppfølging med fjern- eller hjemmemonitorering. Fjern- eller hjemmemonitorering kan bidra til å fange opp endringer og episoder tidligere, da dette blir avlest uten

at pasienten er på sykehuset for kontroll. Tilbakemeldinger fra pasientene tyder på at de nå opplever lettere tilgang til pasienttilbudene.

KRAV. Helsevesenet har et kontinuerlig krav om stadig bedre ressursutnyttelse. For å imøtekomme dette er det nødvendig med en aktiv holdning til omstilling. Våre prosjekter er eksempler på omstilling som bedrer kapasitet og kvalitet for store pasientgrupper. Klinikens vurdering er at dette har vært kostnadseffektive omstillingstiltak. Kapasiteten økte i form av flere konsultasjoner og undersøkelser uten økning i antall legestillinger. Flere pasienter har imidlertid ført til flere henvendelser til medisinsk ansvarlig kardiolog og flere kontrasigneringer i pasientjournal.

SPECIALISERTE. Sykepleiere i spesialiserte stillinger gjenspeiler en bevegelse mot en mer selvstendig sykepleierfunksjon. Kompetente sykepleiere utførte oppgavene trygt, sikkert og effektivt. Det ble ikke registrert uheldige hendelser, klager eller avvik i tilknytning til prosjektene. Når sykepleiere overtar nye arbeidsoppgaver må kompetansen økes tilsvarende. Lang klinisk erfaring med pasienter med hjertesykdom, og formell videre- og etterutdanning relatert til de ulike delprosjektene var nødvendig.

I løpet av prosjektperioden begynte ytterligere to sykepleiere på videreutdanning i kardiologisk sykepleie.

FRAVÆR. En utfordring vi registrerte var sårbarhet ved fravær. Dette ble dels løst ved at man fordelte arbeidsoppgavene på flere. I tre av fire delprosjekt ble det ansatt to sykepleiere, noe som bidro til å sikre en mer robust oppfølging av pasientene.

Flere av prosjektdeltakerne hadde, i tillegg til prosjektet, en stillingsprosent i andre deler av klinikken og bidro med sin kompetanse der ved behov. Dette har bidratt til viktig erfaringsoverføring internt ved klinikken. Videre har sykepleierne i prosjektene hatt undervisning og foredrag internt, ved videreutdanninger for sykepleiere og andre faglige møteplasser. Delprosjektene var presentert med poster på et eget «Jobbglidningsseminar» i regi av Helse-Midt Norge. Vi tror at potensialet er stort med hensyn til erfaringsoverføring både til andre sykehus og primærhelsetjenesten.

OPPSUMMERING. Alle delprosjektene er videreført etter prosjektperioden. Det er gjort noen justeringer, men pasienttilbudene er videreført og er nå en permanent del av klinikens virksomhet. Flere konsultasjoner og undersøkelser er overført til sykepleiere og har bidratt til

ytterligere spisskompetanse. Nye utfordrende arbeidsoppgaver for noen sykepleiere kan også være et gode i seg selv, samtidig er det viktig at man har riktig kompetanse slik at dette oppleves trygt og er i tråd med kravene til faglig forsvarlighet. En god bieffekt er at sykepleiere som ønsker det får nye og spennende utfordringer, som igjen kan bidra til økt jobbtilfredshet.

Diskusjoner rundt oppgaveglidning kan bidra til eller forsterke eksisterende konflikter mellom profesjoner (8-9). Vår erfaring er at planlagt oppgaveglidning, med tydelig definerte mål og et godt samarbeid mellom leger og spesialutdannede sykepleiere, er positivt. Dette bidrar til at flere pasienter behandles i tråd med etablerte retningslinjer for behandling av pasienter med hjertesykdom.

Omfordeling av arbeidsoppgaver har ført til bedre ressursutnyttelse og kapasitetsmessig gevinst. Sykepleiere med høy kompetanse har hatt en selvstendig funksjon i sine respektive delprosjekt og bidratt til forsvarlig behandling med god kvalitet, tilgjengelighet og kontinuitet. Prosjektene har bidratt til et mer sømløst pasientforløp med god flyt og forutsigbarhet. For å møte en stadig økende strøm av pasienter har Klinikken for hjertemedisin tatt oppgaveglidning ett steg videre med kompetente sykepleiere i en viktig rolle. ●

REFERANSER:

1. Frich J. Jobbglidning – et ledelsesperspektiv. Overlegen. 2012;1:6–8
2. Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Rapport 14/2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå. 2012.
3. Helsedirektoratet: Utdanne nok og utnytt godt. Innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen. HelseDirektoratets rapport IS-1673 03/2009. Oslo: HelseDirektoratet. 2009.
4. Alm C, Norekvål TM. Sykepleiere i norsk kardiologi: fra pleiefunksjon til aktiv rolle i diagnostikk og behandling. I Forfang K, Rasmussen K, (red). Det norske hjerte. Oslo: Universitetsforlaget. 2007.
5. Fålon N, Instenes I, Norekvål TM. Hjertesvikt krever spesialkompetanse. Tidsskriftet Sykepleien. 2013;13:68–70.
6. Hustavens M. Oppgaveglidning ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Overlegen. 2012;12:1–13.
7. Stortingsmelding nr. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet. 2012.
8. Helle J. Jobbglidning – trussel eller mulighet. Overlegen. 2011;14:5.
9. Hoivstad E. Tema: Maxisykepleiere. Sykepleien. 2012;7:20–27.
10. Helse-Midt Norge: Blinker ut faglige utviklingsprosjekter. [Hentet 2014-05-26]. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-midt.no/no/Media/Nyhetsarkiv/Nyheter/Arkiv-2011/Blinker-ut-faglige-utviklingsprosjekter-for-2012/118041/>
11. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. 2012;14:1385–1413. 12. Gjesdal K. Supraventrikulære arytmier. I Forfang K, Istad H (red). Kardiologi. Klinisk veileder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.
13. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J. 2012;33:1787–1847.
14. McDonagh TA, Blum L, Clark AL, Dahlström U, Ekman I, Lainscak M et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care Eur J Heart Fail. 2011;13:235–241.
15. Aarønes M, Atar D, Bonajee V, Gundersen T, Løchen M-L, Mo R et al. Behandling av kronisk hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægeforening. 2007;127:174–177.
16. Hettland A. Hjertesvikt og søvnapné. Hjerterforum. 2014;1:34–41.
17. Platou ES. Pacemaker og ICD-behandling. I Forfang K, Istad H (red). Kardiologi. Klinisk veileder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.
18. Aakhus S. Ekkokardiografi. I Forfang K, Istad H (red). Kardiologi. Klinisk veileder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2011.
19. Kildal NH, Mæhle J. Norsk ekkotekniker utdanning: De første studentene snart i mål. Hjerterforum. 2012;3:52–54.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til

torhild.apall@sykepleien.no



SANA
Helseinteriør AS

Medikamentskap og spesialinnredning
for bruk på land og ombord skip

sana.no

Tlf. 6494 0088
post@sana.no

Nydelig indisk mat

Velkommen til et hyggelig måltid
på Jaipur indisk restaurant midt i Oslo

Ta med annonsen og få en GRATIS smaksrik overraskelse!
Drevet av sykepleier Sarabjit Kaur Brar

Karl Johans gt. 18 c
Telefon 22 42 53 11
www.jaipur.no



JAIPUR
Indian Restaurant/Bar
Family operated since 1996

