

Både i hode og sekk

- et opplæringsprogram for å øke kompetansen i systematisk klinisk observasjon og bedre handlingsberedskapen i akutte og sub-akutte situasjoner.



Det kan fritt kopieres fra denne rapporten dersom en viser til kilde, oppgir tittel på rapporten, dato for publisering og at den er utgitt av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms. Rapporten i sin helhet er tilgjengelig på www.tromso.kommune.no/usht-troms

Innholdsfortegnelse

Sammendrag:	4
Bakgrunn:	5
Mål:.....	6
Metode:	6
Prosjektorganisering.....	7
Gjennomføring	8
Fagdager/læringsnettverk:.....	8
Fagdag 1, 16. november 2016	9
Fagdag 2, 11. januar 2017	9
Fagdag 3, 30. mars 2017.....	9
Fagdag 4, 11. oktober 2017	10
Fagdag 5, 12. oktober 2017	10
Evalueringskonferanse 18. januar 2018	10
Viderelæring lokalt mellom fagdagene	10
Sekk/veske:.....	11
Klinisk observasjonsskjema:	12
Evaluering	12
Veien videre.....	13
Referanser:	15
Vedlegg:.....	16



Sammendrag:

Bakgrunn: I 2014 ble prosjektet «Både i hode og sekk-den kompetente sykepleier i hjemmetjenesten i Tromsø» ([Rapport Hode og sekk 2015](#)) gjennomført. Det ble utarbeidet akuttsekk for hjemmetjenesten, et kartleggingskjema til bruk ved observasjon og vurdering av pasienter med akutt sykdom og uavklarte tilstander i hjemmetjenesten. Det ble også utarbeidet et kompetanseprogram for sykepleierne ved en avdeling i Tromsø. Tilbakemeldingene var gode fra deltagere og ledere, og på grunn av stor etterspørsel fra kommunehelsetjenesten søkte vi midler gjennom fylkesmannens «Kompetanse- og innovasjonstilskudd» i 2016 for å videreutvikle prosjektet.

Mål: Målet er å bedre personalet sin kompetanse i systematisk, klinisk observasjon og forbedre deres handlingsberedskap i vurdering av pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (bl.a. hjemmetjeneste, KAD/ korttidsavdeling og sykehjem). Dette for å fange opp og evt. forebygge utvikling av sykdom og for å bedre innsatsen i forhold til akutt sykdom.

Metode: I løpet av 2017 hadde vi læringsnettverk med 5 kommuner som ble samlet 5 fagdager i løpet av 1 år. 31 instruktører bestående av sykepleiere ble valgt ut av ledere lokalt i kommunen til å delta i instruktør opplæringen.

Hovedfokuset var å jobbe med kompetansebygging i forhold til akutte og sub-akutte situasjoner, herunder vurderingskompetansen og systematisk kartlegging av den syke pasienten. Dette for å fange opp endringer i helsetilstanden tidlig, og kunne gjøre tiltak i forhold til observasjonene. På fagdagene hadde vi teoretisk undervisning, praktisk trening, senario-trening, refleksjon, gruppeoppgaver og case-trening.

Etter fagdagene gjennomførte instruktørene opplæring til personell på sine arbeidsplasser. De lærte videre det de hadde lært på samlingene. På denne måten blir det ikke bare de som deltar på fagdagene, men også ansatte lokalt som får økt kunnskap. På denne måten spres kunnskapen, og opplæringen kan rettes mot utfordringer som er lokalt på hver enkelt arbeidsplass.

Resultat: Evalueringene fra deltagerne og ledere har vært udelt positive. Instruktørene selv rapporterer bedre kompetanse og økt trygghet for dem og for pasienter. Ledere merker et økt fokus i avdelingene på observasjoner, bedre kommunikasjon internt og eksternt og en økt trygghet hos personalgruppen.

Tromsø 7. Mai 2018



Prosjektansvarlig Kine Nordmo-Stykket og medansvarlig Elisabet Sausjord

Bakgrunn:

I følge Stortingsmelding 47 har utviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har de siste årene hatt en betydelig økning i tallet på brukere/pasienter, som ofte har mer omfattende helsetjenester. Det er et økende krav til kommunene at de skal ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus på et tidligere tidspunkt en tidligere. I tillegg har kommunehelsetjenesten vært sterkt fokusert på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og lite på å fremme helse og forebygge helseproblemer (Meld. St. 47). Det forventes at kommunene i større grad behandler flere av pasientene lokalt isteden for på sykehus. Dette har ført til at helsepersonell og spesielt sykepleiere i kommunene har fått et større ansvar for svært syke og sårbare pasienter. Rammefaktorer som legedekning, avansert teknisk utstyr og lignende er svært ulikt i kommunehelsetjenesten i forhold til spesialisthelsetjenesten (Andersson et.al 2015). Kommunene har brukere som trenger planlagte tjenester hele døgnet, og tjenestene må være organisert slik at behovene til brukeren ivaretas. Det er heldøgns bemanning i institusjon, og det ytes tjenester store deler av døgnet i omsorgsbolig og i pasientens hjem. Pasienter på sykehjem og i hjemmebaserte tjenester er utsatt for akutt sykdom på grunn av høy alder, kroniske tilstander og funksjonssvikt. Ved akutt sykdom hos pasienter på sykehjem og hjemmetjenesten vil personalet ofte stå overfor avgjørelser om sykehusinnleggelse. I flere kommuner er det lang avstand til nærmeste sykehus.

Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten og kommunenes egen utvikling, gjør at det stilles økte krav til medisinsk faglig kompetanse på alle nivå i kommunehelsetjenesten. På grunn av dette er det viktig å få mer praktisk og teoretisk kunnskap om observasjon og systematiske undersøkelser for evt. å avklare behov for innleggelse i sykehus (St.meld 26).

I følge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) skal kommunene tilby heldøgns medisinsk akuttberedskap fra 1. januar 2016. Målet med tilbudet som er kalt Kommunale akutte døgnenheter (KAD), er å redusere antall innleggelser ved sykehusene særlig for den eldre befolkningen. Dette kan innebære enda flere ledd i pasientforløpet. I en kartlegging gjort av kunnskapssenteret (FHI, 2016) kom det frem at hver 6 geriatriske pasient blir re-innlagt på sykehus. Bakgrunnen for disse re-innleggelsene er uklare, men en ser i hvert fall viktigheten av å gjøre gode systematiske observasjoner i en utskrivelsesfase til den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet hatt en tiltakspakke for å øke observasjonskompetansen for å fange opp sepsis (Pasientsikkerhetsprogrammet.no). Denne tiltakspakken er i all hovedsak utarbeidet for spesialisthelsetjenesten, selv om den til en viss grad kan overføres til kommunehelsetjenesten. Men det er også blitt påpekt at sepsis hos eldre kan bli oversett da symptomene på infeksjon er mer atypiske enn hos yngre pasienter (Thune og Leonardsen, 2017). De påpeker at en må ha økt kunnskap om fysiologiske aldersforandringer for å endre de negative holdninger som kan forringe kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. LaMantia et al (2013) fant at hvis en la for stor vekt på de vitale målingene, og ikke på det kliniske bilde, ville en kunne gå glipp av alvorlig sykdom hos de eldre pasientene.

Norheim og Thoresen (2015) fant i sin kartlegging at flere av sykepleierne etterlyste strategi for å øke kompetansen til de ufaglærte som det er mange av i hjemmetjenesten, som ofte ikke har noen grunnkompetanse. De påpekte også et behov for å friske opp gammel kunnskap og faglig påfyll da forventningene fra leger og spesialisthelsetjeneste er at hjemmesykepleien både har kompetansen og kapasitet til å ivareta pasienter med utfordrende medisinske tilstander.

Erfaringene og tilbakemeldingene vi fikk etter det første prosjektet «Både i hode og sekk» gjør at vi ser et behov for å jobbe med kompetansebygging i forhold til akutte og sub-akutte situasjoner, herunder vurderingskompetansen og systematisk kartlegging av den syke pasienten. Dette for å fange opp endringer i helsetilstanden tidlig, og kunne gjøre tiltak i forhold til observasjonene.

Det er gjennomført flere prosjekter for å bidra til at kommunehelsetjenesten er mer rustet til de økende komplekse og syke pasientene som er i tjenesten. Disse var i tillegg brukt som et viktig grunnlag i vårt kompetanseprogram. ProACT- kurset er et undervisningsopplegg som er laget for å øke kompetansen på observasjoner og kartlegging av pasienter (Andersson C. et.al 2015, <http://www.proactcourse.org/nb/>). Det er et konsept laget i England, og er laget i utgangspunktet for spesialisthelsetjenesten. En del kommuner i Norge har gått til innkjøp av dette konseptet, og har kjørt opplæring av instruktører som skal være «facilitatorer» for videre opplæring til andre ansatte. Her kjøres det en kursdag hvor de ansatte får opplæring i ABCDE, early warning score og ISBAR med senariotrening. Etter studiebesøk på høsten i 2015 hos Bærum kommune som brukte dette kurset på det tidspunktet, ble vi rådet til å se på muligheten for å lage vårt eget konsept da de opplevde at ProAct enda var rettet mot spesialisthelsetjenesten, og kunne ikke direkte overføres til kommunehelsetjenesten.

Vår tanke er at trygge medarbeidere og økt kunnskap kan bidra til å avdekke endringer i helsetilstand tidligere, og dermed også ha et forebyggende perspektiv. Enten ved å forhindre innleggelser og unødvendige transporter mellom nivåer og enheter. Eller for å få pasienten innlagt på sykehus raskt når det er nødvendig. Det å skille syk fra frisk, svært syk fra litt syk, det alvorlige fra bagateller og det som haster fra det som kan vente, blir mer og mer viktig i kommunehelsetjenesten.

Mål:

Målet var å bedre personalet sin kompetanse i systematisk, klinisk observasjon og vurdering av pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Troms fylke (blant annet hjemmetjeneste, KAD/ korttidsavdeling og sykehjem). Dette for å fange opp og eventuelt forebygge utvikling av sykdom og å bedre innsatsen i forhold til akutt sykdom.

Metode:

Sykepleier er ikke daglig på hjemmebesøk hos alle pasientene. De er avhengige av at tiltak blir fulgt opp av andre, og at endringer i pasientens helsetilstand blir oppdaget og rapportert av disse (Norheim K.H. & Thoresen L. 2015). Derfor valgte vi å ta med oss ideen fra ProAct om «Train the Trainer», som er en opplæringsmodell der man identifiserer potensielle

«trenere» som gis opplæring og instruksjon som gjør dem i stand til å lære opp og trene andre (Orfaly, RA. Et al. 2005) Vanlig oppbygging her er 1 eller 2 fagdager, og så lokal opplæring i egen virksomhet før en oppsummeringskonferanse der erfaringer formidles og diskuteres. På denne måten spres kunnskapen, og opplæringen kan rettes mot utfordringer som er lokalt på hver enkelt arbeidsplass.

Gode resultater med opplæring og bruk av kvalitetsforbedring som metode i helsetjenesten kan oppnås i gruppesamlinger som læringsarena. Det har sammenheng med at medarbeidere som lærer sammen i grupper og utveksler erfaringer, får en felles kollektiv kunnskap om hvordan arbeidsoppgaver kan håndteres best mulig. Derfor har vi bygget opplæringsprogrammet opp som en læringsnettverksmodell (pasientsikkerhetsprogrammet.no/læringsnettverk).

Vi inviterte 5 kommuner som var forskjellig i størrelse og organisering inn i prosjektet. Instruktørene ble plukket ut av ledere i kommunen til deltagelse. Anbefalingen fra prosjektgruppen var minimum 2 personer på hver avdeling/enhet. Dette for å unngå at det blir for sårbart ved sykdom eller hvis noen slutter. Vi anbefalte også at de delte instruktørene mellom sykehjem og hjemmetjenesten. Vi fikk meldt 31 instruktører fra kommunene hvor de fordelte seg jevnt mellom tjenesten, ofte jobbet de også på tvers i de mindre kommunene. I tillegg ble kommunefarmasøyt og sykepleier fra hverdagsrehabiliteringen i Tromsø med, og 2 fagutviklingssykepleiere med som var observatører og tilrettela for videre læring lokalt.

Prosjektorganisering

Styringsgruppe:

Kine Nordmo-Stykket- prosjektleder USHT

Elisabet Sausjord- prosjektmedarbeider USHT

Toril Agnete Larsen- førstelektor ved UiT Norges arktiske universitet

Monika Dalbakk- leder for Pasientsentrert helsetjenesteteam UNN/Tromsø kommune

Annie Skoglund- seksjonsleder for hjemmetjeneste Tromsø kommune

Det har blitt avholdt 5 styringsgruppemøter underveis i prosjektet, i tillegg til støtte under søknad, evaluering og rapportering per mail. Styringsgruppen har også bidratt til spredning av informasjon om prosjektet via arbeidssted, samarbeidspartnere og diverse møteforum hvor prosjektet er presentert av prosjektleder.

Prosjektgruppe/arbeidsgruppe bestående av leder eller kontaktperson fra kommunene:

Kine Nordmo-Stykket- prosjektleder

Elisabet Sausjord- prosjektmedarbeider

Birgitte Åbottsvik- Pasientsentrert helsetjenesteteam, Tromsø kommune

Lege Pasientsentrert helsetjenesteteam UNN

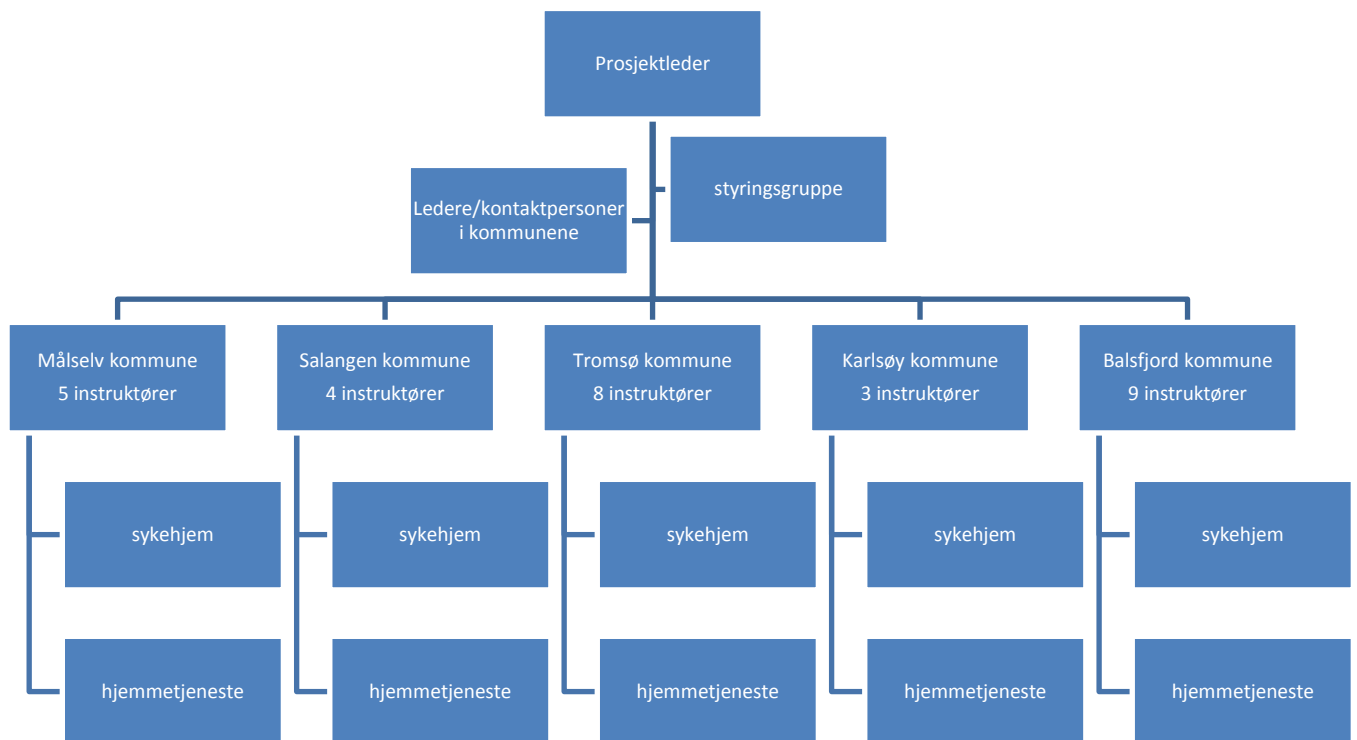
Ellen Bertheussen- Pleie- og omsorgsleder Salangen kommune

Kristin Nilsen- demenskoordinator/fagutviklingssykepleier Balsfjord kommune

Marit Larsen- sykepleier Målselv kommune

Marit Tone Sørensen- Pleie- og omsorgsleder Karlsøy

Det er hold 3 møter i arbeidsgruppen, 2 av de på Skype. I tillegg har prosjektleder hatt tett kontakt per mail med kontaktpersoner i kommunene mellom hver samling. Kontaktpersonene har fungert som link til øvrige instruktører, bindeledd til ledelsen og praktisk støtte til spredning og innhenting av informasjon.



Gjennomføring

Fagdager/læringsnettverk:

Hovedfokuset har vært på akutt og sub- akutte tilstander. Programmet har fokusert på å bli mer systematisk, utvikle evnen til å se situasjoner i sammenheng og utvikle klinisk skjønn.

Opplæringen ligger i ABCDE tenkningen. Dette innebærer at en vurderer og sikrer frie luftveier A (airway), deretter å vurdere respirasjonen B (breathing), sirkulasjonen C (circulation), og så bevissthetsnivå D (disability). Til slutt undersøkelse av hele pasienten E (expoure) (Arentz-Hansen C & Moen K, 2005). Dette krever grunnleggende sykepleieferdigheter med systematisk tenkning og oppdatert kunnskap. Målet var å heve nivået fra kunnskapen en lærer på bachelorutdanningen, til et mer avansert nivå. Vi har sett på aktuelle skjemaer og hjelpeverktøy, og har hatt stort fokus på samhandling og kommunikasjon. Dette var gjennomgående temaer, som ble tatt opp ved hver fagdag.



Oppstartsseminar/Fagdag 1, 16. november 2016

Akuttmedisin i pleie og omsorg

Introduksjon av prosjekt og deltagere

Tverrfaglig arbeid

Læringsnettverk som modell

Fagdag 2, 11. januar 2017

Normal aldring og den geriatriske pasient

Instruktør og undervisning

Systematisk kartlegging og vitale parameter

TILT som støtteverktøy og ISBAR

Fagdag 3, 30. mars 2017

Tilnærming til akutt sykdom og skade (PLAN BLÅ) HLR vs. ABCDE

Praktisk trening PLAN BLÅ

Systematisk gjennomgang ABCDE-undersøkelsen teori og praktisk trening

Status og erfaringsutveksling så langt i prosjektet



Fagdag 4, 11. oktober 2017

Lungesykdommer og auskultasjon

Hjertesykdommer

Slag og kartlegging

Status så langt og erfaringsdeling

Fagdag 5, 12. oktober 2017

Forberedende samtale

Delir – et pasienteksempel

Hode-til-tå undersøkelse

Senariotrening



Evalueringskonferanse 18. januar 2018

Hensikt og mål med prosjektet

Innlegg fra alle kommunene om erfaringer

Plenumsdiskusjon om veien videre

Innholdet på fagdagene kom etter forslag fra prosjektgruppa, og diskutert med ledere og kontaktpersoner i kommunene.

Instruktørene må føle seg trygge i både det å gi opplæring i temaene teoretisk, men også kunne bruke teknikkene og kunnskapene i praksis. Undervisningen var dermed både teoretisk, og casebasert/praktisk rettet, og de jobber både alene og i team.

Viderelæring lokalt mellom fagdagene

Mellom hver fagdag var det ca. 3 måneder hvor instruktørene skulle ha opplæringen lokalt. Siden dette var en pilot lot vi det være opp til hver avdeling/kommune å velge ut hva de ville ha fokus på, og hvordan den lokale opplæringen skulle foregå.

Forskjellige modeller som ble prøvd:

- En kommune valgte å ha mindre undervisningstema lagt til internundervisning, åpent for alle som er på jobb. Kontaktpersonen i en av kommunene laget et felles undervisningsmaterieell på bakgrunn av tilsendt presentasjon etter fagdagene, slik at instruktørene slapp å bruke tid på dette. Og på den måten fikk alle samme undervisning på alle avdelingene i kommunen. Ledergruppen i denne kommunen fikk den samme undervisningen selv. Oppmøtet ved internundervisning har variert, og kommentarene her er at det ofte er vanskelig å prioritere undervisning når det er travelt i tjenesten.
- En avdeling har ikke hatt undervisning for grupper, men hatt en del undervisning individuelt eller med to personer. Dette da det var vanskelig å finne tid til videre undervisning og instruktøren var alene fra sin avdeling. Men instruktøren sier også at det merkes veldig godt på de som har fått individuell undervisning/opplæring. Instruktøren tilbakemelder at vedkommende er flinkere å stille spørsmål og gi konkrete oppgaver til de andre i personalgruppen hvis det kommer inn litt uklare rapporter. Og føler seg som en bedre rollemodell i praksis for de andre ansatte, og blir oppsøkt av andre for å få råd og veiledning.
- Noen avdelinger har kjørt undervisning i tidsrommet rundt vaktskiftet for å nå flest mulig av personalet, og hatt obligatorisk oppmøte for alle fast ansatte som er på vakt. Her opplever de godt oppmøte og gode tilbakemeldinger fra personalet.
- En kommune valgte å starte med en fast gruppe bestående av sykepleiere, som var en liten gruppe, med obligatorisk oppmøte mot avspasering hvis de hadde fridag. På denne måten kunne de trene på en mindre gruppe personalet, og evaluerte dette til at det var veldig godt for å få bli vant med den nye rollen som instruktør. Etter andre fagdag endret de til at alle fast ansatte, både sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte i faste stillinger skulle delta. Fortsatt var det obligatorisk, med avspasering time for time. De hengte oppslag på alle vaktrommene med innkalling til undervisning med navn, dato og klokkeslett til de som skulle delta. Det gjorde at kun med få unntak fikk alle ansatte undervisningen. Denne kommunen mente i ettertid at det var nok hjelpepleiergruppen som hadde størst utbytte av undervisningen, og som var mest fornøyd. Sykepleierne sier at rapportene er blitt bedre, og sykepleierne kan forvente mer av pleierne da de vet at de har fått opplæringen.

Sekk/veske:

Tromsø kommune har i tiden mellom første prosjekt av «Både i hode og sekk-den kompetente sykepleier i hjemmetjenesten» i 2014 og til dette prosjektet fått noen sekker sponset av USHT og kjøpt inn en del akuttsekker selv etter mal fra første prosjektet. Innholdet i sekken er utprøvd i 2 år i Tromsø, og tjenesten tilbakemelder at dette er en god mal for akuttsekker. Innholdet i sekken er: Manuelt blodtrykksapparat med ekstra mansjetter, stetoskop, termometer, saturasjonsmåler, blodsukkerapparat, munn-til-munn maske, hodelykt, målebånd, saks, sårpakke, urinstix og kateterutstyr dame, urinprøveglass, veneflonsett, håndsprit, kanyleboks og observasjonsskjema. Det var ikke mulighet til å kjøpe sekker på bakgrunn av midlene fra fylkesmannen, men USHT valgte å sponse hver av kommunene med en sekk hver som utgangspunkt for å kjøpe inn flere. I løpet av prosjektperioden har samtlige kommuner

valgt å kjøpe flere sekker eller laget seg vesker på bakgrunn av malen med utstyr til hjemmetjenestene. De anså dette som nødvendig for å kunne kartlegge pasientene mer systematisk med utstyr tilgjengelig, og fikk støtte fra lederne til dette. Sykehjemmene har gått over eksisterende akutt-traller, eller laget nye akutt-traller hvor de ikke hadde dette fra før.



Mari Ann Benonisen hjemmesykepleien Lakselvbukt med akuttsekken

Klinisk observasjonsskjema:

Skjemaet (se vedlegg) ble utarbeidet under del 1 av prosjektet i 2014 av prosjektleder som har master i avansert geriatrisk sykepleie og prosjektmedarbeider som er geriatrisk sykepleier. Det ble validert av tre erfarne sykepleiere fra forskjellige avdelinger ved Nordøya hjemmetjeneste. Skjemaet er brukt i Tromsø kommune siden 2014. I tillegg til Observasjonsskjemaet som nå er laget i blokker med gjennomslagspapir, er det en forside med ISBAR (strukturert kommunikasjon) og TILT (Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstand), og en bakside med BASAL HLR, kroppskart og VAS-skala (smerteskala). Da skjemaet ikke er validert av en ekspertgruppe, men kun lokalt av sykepleiere i tjenesten i Tromsø kommune, valgte vi å ikke ha mye fokus på skjemaet på fagdagene. Alle kommunene fikk utdelt skjemaet, og en kort informasjon om det. Men da dette er andre kommuner, kunne vi bare anbefale å bruke et selvvalgt skjema som hjelpemiddel sammen med sekken. Alle deltagere fant skjema nyttig, og har valgt å innføre det i sine kommuner med samtykke fra ledelsen.

Evaluering

Det er hentet inn skriftlig og muntlige tilbakemeldinger evaluering etter hver fagdag. Etter siste fagdag ble det sendt ut evalueringsskjema for prosjektet totalt sett, og det ble holdt en evalueringskonferanse hvor også ledere fra kommunene var invitert. Det var godt oppmøte av ledere, 10 totalt.

Evalueringene sier at instruktørene føler en økt trygghet for personalet, pasient og pårørende. De har fått mer kunnskap og tilegnet seg flere ferdigheter for god observasjon. De har flere verktøy å jobbe med, og har hatt stort læringsutbytte av å undervise videre. Det er bedre

rapporter og informasjon videre, flere vet hva de skal observere, mer grunnmålinger (baseline) for alle pasienter. Ledere og instruktører gir klarere oppgaver ved usikkerhet, og vet i større grad hva de kan forvente av personalet for øvrig. Sekker med utsyr og skjema har hjulpet dem å bli mer effektive og har gitt dem et hjelpeverktøy til å være mer systematisk i observasjoner og kommunikasjon. Totalt sett kan dette medføre mer treffsikker behandling og prioritering for pasientene.

En rapporterer: *«Sekken blir tatt med daglig ut i felten. Noen av mine kollegaer har hatt bruk for den, og da spesielt skjema med sjekkpunkter for pasienten nyttig. Det at vi har sekkene med i bilen gir en større sikkerhet for både personalet og pasienter blant annet fordi en har nødvendig utstyr tilgjengelig for aktuelle målinger. Man har dermed mulighet til å gi bedre opplysninger når en må ringe legevakt/ambulanse»*

En annen: *Det er ingen som ringer legevakten og sier at «pasienten er dårlig» lenger.*

Noen avdelinger har rapportert det som utfordrende å være få fra hver arbeidsplass da enkelte sluttet underveis i løpet av året, dette gjorde det sårbart for viderelæringen. Det er helt nødvendig med god ledelsesforankring for å få prioritert arbeidet i en travel hverdag, og det må lages et godt system for oppmøte. Lederne på evalueringskonferansen var svært fornøyd med prosjektet. De rapporterte større nytteverdi av slike små læringsnettverk enn store konferanser eller samlinger med så mange deltagere.

De evaluerer det positivt at læringsnettverket gikk over et år da det går en tid før en føler seg tryggere i rollen og tørr å undervise sine kollegaer. Erfaringsutvekslingen var viktig for å kunne få tips fra andre for hvordan arbeidet kunne gjøres lokalt, og støtte i periodene det gikk litt sakte.

En rapporterer: *Bra at prosjektet har gått over litt tid. Mye kunnskap på kort tid er vanskelig å huske. Vi trenger tid til å bli vant med denne nye rollen, og vi er ikke vant med å undervise fra før.*

Samtlige har påpekt nytteverdien i å ha praktisk trening, og at fokuset har vært pasientgruppene og situasjonene de står i ute i kommunehelsetjenesten.

Instruktørene fra TAMS som bisto oss på 2 fagdager ga tilbakemelding på siste samling at de så en stor fremgang hos instruktørene fra første treningsdag til denne siste.

Veien videre

I 2017 startet også Pasientsikkerhetsprogrammet Tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Prosjektleder har fulgt dette programmet som observatør, og har snakket med ekspertgruppen for tiltakspakken. Det som kom frem under evalueringen av denne piloten var at noe av det viktigste tiltaket var kompetansebyggingen i tiltakspakken. Det ble rapportert at det var overraskende lavt kunnskapsgrunnlag enkelte plasser, noe som gjorde det utfordrende å fullføre tiltakspakken. Flere opplevde denne jobben som stor, men helt avgjørende. Det var et stort fokus på EWS (Early Warning Score) i tiltakspakken, et verktøy som ikke er validert for kommunehelsetjenesten.

Det har i løpet av de siste årene blitt gjennomført flere gode prosjekter i kommunene, blant annet SAFE-skjema fra Oslo, ProAct Akershus, TILT Grimstad og I trygge hender ved akutt sykdom hos sårbare eldre i kommunehelsetjenesten Rogaland. Fire Utviklingssenter (USHT) inviterte til en workshop i januar 2018 for å se hva som er felles med prosjektene, og om det er noe en kan jobbe med sammen nasjonalt. Det er ikke satt noen «minste standard» for hva en kan forvente av kunnskapsgrunnlag i kommunehelsetjenesten. Flere program legger opp til tverrfaglige team, med leger tett på. Dette er ikke alltid mulig i kommunene, og mye må avgjøres alene ute hos pasientene. USHT samlet sett var enig om at det burde utarbeides ~~noe~~ felles kunnskapsgrunnlag, metoder og måloppnåelse som en kan dele på tvers av kommunegrenser og fylker. Dette forslaget er fremmet for Helsedirektoratet, og vil være en del av det videre arbeidet innen dette prosjektet også.

Referanser:

Andersson C., Cesar K., Einarson E., Guldstrand M., Hvarfner A., Lindby Å., Lindgren Å., Marklew A., Melby A.K.I., Rundgren M. & Widmark T. (2015) *proACT – forebygging og behandling av livstruende tilstander*. Studentlitteratur, Lund, Sverige. 2015.

<http://www.proactcourse.org/nb/>

Arentz-Hansen C & Moen K. Legevakthåndboken. Gyldendal Akademisk, 2005

Det kongelige helse-og omsorgsdepartement. St.meld.47 (2008-2009)

Samhandlingsreformen. 2009 Lastet ned 06.02.2018

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Det kongelige helse-og omsorgsdepartement. St.meld.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet. 2015 Lastet ned 08.05.2018

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Gautun H. og Syse A. *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA Rapport 8/13, 2014

Kristoffersen DT, Hansen TM, Tomic O og Helgeland J. *Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for helseforetak og kommuner 2016*.

Folkehelseinstituttet, 2016. Lastet ned 06.02.2018

<https://www.fhi.no/publ/2017/kvalitetsindikatoren-30-dagers-reinnleggelse-etter-sykehusopphold.-resultat/>

LaMantia MA, Stewart PW, Platts-Mills TF, Biese KJ, Forbach C, Zamora E, et al. *Predictive value of initial triage vital signs for critically ill older adults*. W J Emerg Med 2013;14(5):243-260. DOI:10.5811/westjem.2013.5.13411.

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (helse-og omsorgstjenesteloven) 2011.

Lastet ned 06.02.2018 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Norheim KH og Thoresen L. *Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien- på rett sted til rett tid?* Sykepleien forskning nr 1,2015;10:14-22 DOI:10.4220/sykepleienf.2015.53343

Orfaly RA, Frances JC, Campbell P, Wittemore B, Joly B, Koh H. *Train-the-trainer as an educational model in public health preparedness*. Journal of Public Health management & practice. 2005;11:S123

Pasientsikkerhetsprogrammet. Tidlig oppdagelse av sepsis Lastet ned 07.02.18.

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/tidlig-oppdagelse-og-behandling-av-sepsis>

Pasientsikkerhetsprogrammet. Slik arrangerer du læringsnettverk. Lastet ned 07.02.18
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/slik-arrangerer-du-et-l%C3%A6ringsnettverk>

Pasientsikkerhetsprogrammet. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand.

ProAct- <https://www.proactcourse.org>

Rapport «Både i hode og sekk» Lastet ned 07.02.18
<http://img8.custompublish.com/getfile.php/3058241.1308.qpfwfdpde/Hode+og+sekk+-+rapport+2015.pdf?return=www.tromso.kommune.no>

Thune, M og Leonardsen, AC. 2017. *Sepsis hos eldre kan bli oversett*. Sykepleien 2017 105
<https://sykepleien.no/forskning/2017/06/sepsis-hos-eldre-kan-bli-oversett>

USHT Rogaland. Prosjekt: ABCDE, systematisk observasjon og kommunikasjon i kommunehelsetjenesten. 2015-pågående

<http://www.utviklingssenter.no/abcde-systematisk-observasjon-og-kommunikasjon-i-kommunehelsetjenesten.6112102-195312.html> Lastet ned 02.05.18

USHT Akershus. Prosjekt: Observasjonskompetanse og handlingsberedskap i kommunehelsetjenesten- ProAct. 2018

<http://www.utviklingssenter.no/observasjonskompetanse-og-handlingsberedskap-i-kommunehelsetjenesten.6109667-176106.html>

Vedlegg:

1. Program fagdag 1-5
2. Observasjonsskjema- versjon 2 med forside og bakside av blokk
3. Utstyrliste akuttsekk

Oppstartsseminar «Både i hode og sekk»

16 November 2016

Velkommen skal dere være til denne dagen hvor vi alle møtes for første gang.

09.45-10.00	Registrering
10.00-10.15	Velkommen til fagdag med Kine Nordmo-Stykket og Elisabet Sausjord
10.15-12.15	Akuttmedisin i pleie og omsorg Mads Gilbert Spesialist i anesthesiologi og leder Akuttmedisinsk avd. UNN
12.15-13.00	Lunsj
13.00-13.40	Introduksjon av prosjektet og deltagere
13.40-13.50	Pause
13.50-14.20	Tverrfaglig arbeid lege Janne Murberg og sykepleier Birgitte Åbottsvik PSHT
14.20-14.30	Pause
14.30-15.00	Læringsnettverk Elisabet Sausjord spesialsykepleier USHT

Vi skal være på Linken i Tromsø. Adresse: Sykehusveien 19, 9019 Tromsø.

Parkering er gratis, lapp får dere inne i resepsjonen.

Lunsj inkludert, og kaffe/te/is i alle pauser.

Hvis du av en eller annen grunn ikke kan komme, vær vennlig å gi beskjed så snart som mulig.

Anne Birgitte Fyhn

Hjertelig velkommen

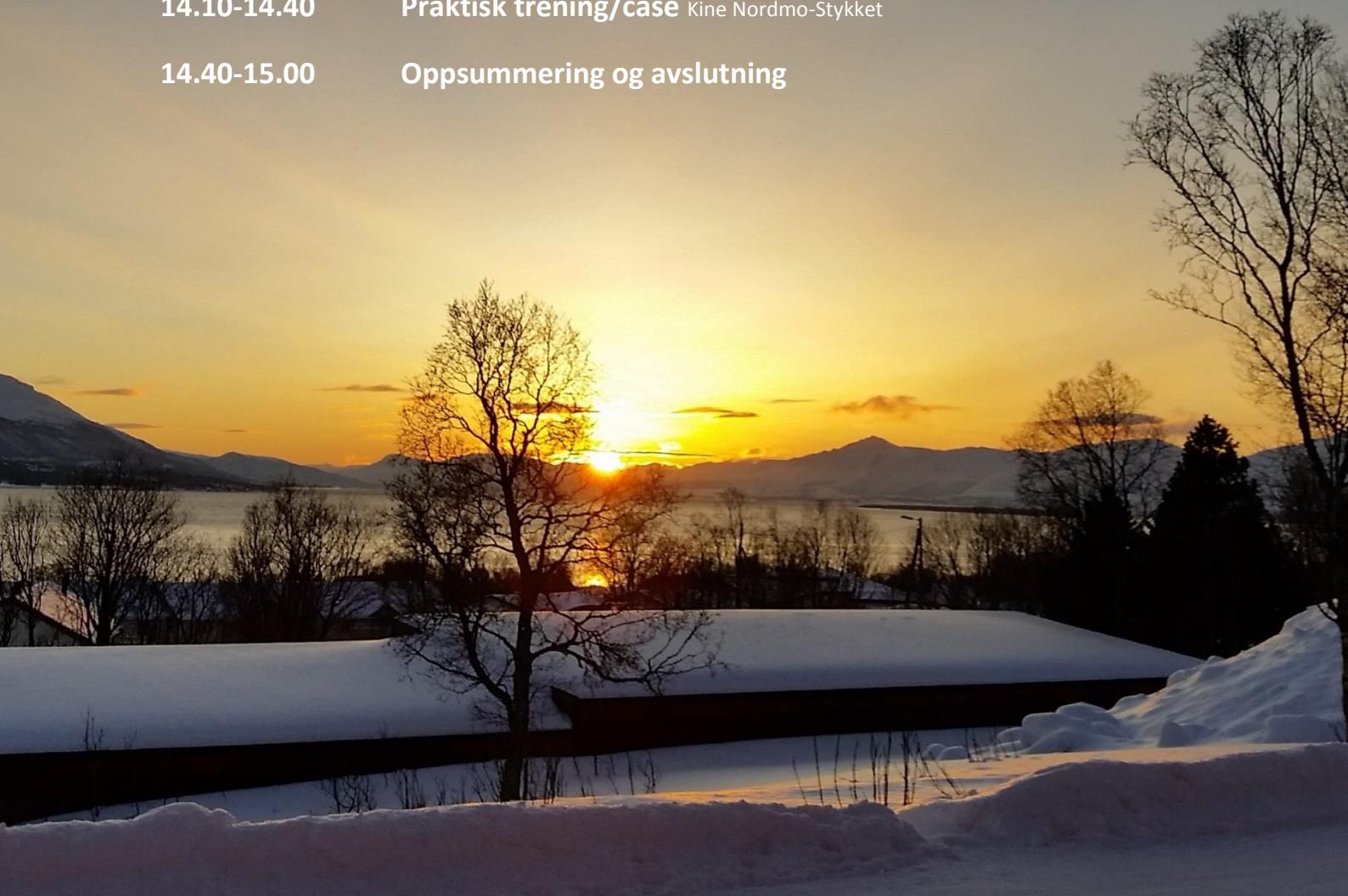
Kine Nordmo-stykket

Kine.nordmo.stykket@tromso.kommune.no Tlf 90524507

Velkommen til fagdag i «Både i hode og sekk»

11 Januar 2017

09.45-10.00	Registrering og kaffe
10.00-10.45	Normal aldring og den geriatriske pasient Kine Nordmo-Stykket
10.45-10.55	Pause
10.55-11.40	Instruktør og undervisning Toril Larsen førstelektor UIT
11.40-12.30	Lunsj
12.30-13.15	Systematisk kartlegging og Vitale parameter Kine Nordmo-Stykket
13.15-13.25	Pause
13.25-14.00	TILT og ISBAR Kine Nordmo-Stykket
14.00-14.10	Pause
14.10-14.40	Praktisk trening/case Kine Nordmo-Stykket
14.40-15.00	Oppsummering og avslutning



Velkommen til fagdag 3

30 Mars 2017

Vi skal være på Universitetet i Tromsø, MH bygget via a vis sykehuset. Auditorium 2 plan 6. Ta på lette/løse klær, i dag blir det praktisk trening 😊

Program:

- 09.45-10.00 Registrering og kaffe
- 10.00-10.20 Tilnærming til akutt sykdom og skade (PLAN BLÅ)
HLR vs. ABCDE
Viktigheten av god kommunikasjon inkl. ISBAR (Auditorium 2)
- 10.20-10.50 Praktisk trening PLAN BLÅ (Gymsal plan 8)
- 10.50-11.00 Pause
- 11.00-11.45 Systematisk gjennomgang av ABCDE-undersøkelse (Auditorium 2)
- 11.45-12.30 Lunsj
- 12.30-13.15 Praktisk øving ABCDE (Gymsal plan 8)
- 13.15-13.30 Pause
- 13.30-14.30 Status og erfaringsutveksling (Auditorium 2)
- 14.10-14.20 Pause
- 14.30-15.00 Evaluering og Oppsummering

Instruktører: Sigurd, Valdemar og Henrik; TAMS- Tromsø Akuttmedisinske Studentforening

Velkommen til fagdag 4 og 5 i «Både hode og sekk»

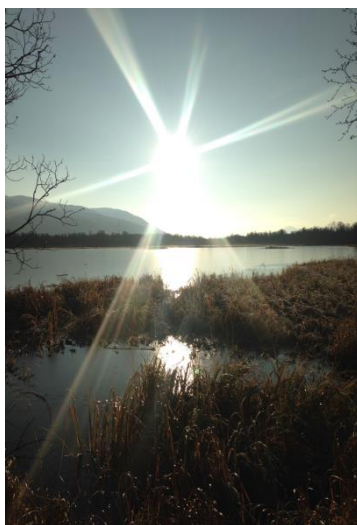
11 oktober 2017 Sted: Linken

09.45-10.10	Registrering og kaffe
10.10-10.30	Velkommen og praktisk informasjon
10.30- 11.15	Status så langt/erfaringsutveksling
11.15-11.30	Pause
11.30-12.15	Lungesykdommer og auskultasjon Kine Nordmo-Stykket AGS
12.15-13.00	Lunsj
13.00-13.45	Praktisk trening lunge undersøkelse Kine Nordmo-Stykket
13.45-14.00	Pause
14.00-14.45	Hjertesykdommer Kine Nordmo-Stykket
14.45-15.00	Pause
15.00-15.30	Slag og kartlegging Kine Nordmo-Stykket

Enkel middag klokken 19.00, vi kommer tilbake med informasjon om sted på kurset.

12 oktober 2017 Sted: Linken

08.30-09.15	Forberedende samtale Elisabet Sausjord og Kirsti M. Hagen USHT
09.15-09.30	Pause
09.30-10.15	Delir- en pasientfortelling Toril Agnete Larsen førstelektor UIT
10.15-10.30	Pause
10.30-11.15	Hode-til-tå Kine Nordmo-Stykket
11.15-12.00	Lunsj
12.00-14.15	Praktisk/senario trening med TAMS
14.15-14.30	Pause
14.30-15.00	Oppsummering og veien videre



Velkommen til evalueringskonferanse for prosjektet «Både i hode og sekk»

Program

09.30-10.00 Registrering

10.00-10.10 Velkommen

10.10-10.45 Prosjektet oppsummeres kort; innhold, mål/hensikt

10.45-11.00 Pause

11.00-12.30 Hver kommune legger frem sine lokale erfaringer (ca 15 min hver)

12.30-13.15 Lunsj

13.15-14.00 Oppsummering av skriftlige tilbakemeldinger /erfaringer og
suksesskriterier

14.00-14.15 Pause

14.15-15.00 Hva nå? Veien videre

15.00 Vel hjem



Foto: E. Sausjord

ISBAR- strukturert kommunikasjon

I Identifikasjon	Oppgi: ○ Hvem du er ○ Hvor du er ○ Pasientens navn, alder, kjønn, avdeling Mottaker: bekreftelse på hvem du snakker med
S Situasjon	Hva er problemet/årsak til kontakt? ○ Jeg ringer deg fordi... ○ Jeg har sett..../fått prøvesvar.... Hvis det haster- gjør det klart med en gang!
B Bakgrunn	Kortfattet og relevant sykehistorie ○ Tidligere og aktuelle sykdommer av betydning ○ Aktuelle problemer og behandling til nå ○ Allergier ○ Smitterisiko
A Aktuell tilstand	Aktuell tilstand (status og vurdering) A: luftvei B: respirasjon C: puls, BT, SpO2 D: Bevissthet, smerte E: Temperatur, hud, ytre skader, blødninger ○ Jeg tror at problemet/årsaken til pasientens tilstand er....
R Råd	Tiltak derfor anbefaler jeg/hva er din anbefaling? ○ Umiddelbare tiltak ○ Overvåkning/overflytning ○ Utredning/behandling ○ Hvor ofte skal jeg ○ Når skal jeg ta kontakt igjen

Akutt 113

Legevakt 116117

Giftinformasjonen 22 59 13 00

Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander TILT-skår

	3	2	1	0	1	2	3
Resp. frekvens		<9		9-15	16-20	21-29	>30
Puls		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130
Syst. BT	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Temp		<35	35,1-36	36,1-38	38,1-38,5	>38,5	
CNS			Nytilkom met forvirring	Klar og orientert/ Normal status	Reagerer på tiltale	Reagerer på smerte	Reagerer ikke

Kontakt bakvakt hvis: TILT-skår >4, oksygenmetningen akutt faller til < 90 % til tross for oksygenbehandling og hvis du er urolig for pasientens tilstand.

Hvit	Skår 0- ny kontroll om 1 døgn
Gul	Skår 1- ny kontroll om 8-12 timer
Orange	Skår 2- ny kontroll om 4-8 timer
Rød	Skår 3-4- ny kontroll om 1-4 timer, evt kontakt lege
	Skår 4- kontakt lege

Dato:

Klokkeslett:

Pasientens navn:

Fødselsnummer:

		Verdier	Verdier	Verdier	Verdier	Verdier
	Dato					
	Klokke					
A	Respirasjon					
B	SpO2					
	O2 ja/nei?					
C	Puls					
	Blodtrykk					
	Kapillærfylling					
D	Blodsukker					
	Bevissthet/CNS					
E	Temperatur					
	TILT score					
Utfyllende prøver (ved behov)	CRP					
	Ustix					
	HB					
Luftveier (Airway & Breathing) F.eks. Upåvirket, rask/overflatisk, tungpustet/anstreng, slimet/surklet/knatring, Cheyne stokes						
Sirkulasjon (Cirkulation) F.eks. Tørr/varm, perifer kald, kald/klam, cyanotisk, gråblek, ødemer, dehydrert/stående hudfold, rødme/varme, blødninger/skader						
Mentalt/Psykisk (Disability) F.eks. Klar/orientert, forvirret/uklar, urolig/hallusinert, sint/utfordrende adferd						
Smerter (Explorativ) F.eks. hvor? stikkende, klemmende, takvis, konstante, virker smertepåvirket						
Eliminasjon F.eks. Kontinent urin/avføring, obstipert, diare, blodig/hvit/svart avføring, smerter/ubehag ved vannlatning, urinretensjon, hyppigere/sjeldnere vannlatning						
Ernæring F.eks. Spiser/drikker normalt, klarer ikke spise/drikke, vil ikke, svelgeproblemer, kvalme/oppkast						

Tegn på slag



HJERNESLAG? REDD HJERNEN! RING 113

F	Fjes; ansiktslammelser-be personen smile
A	Arm; lammelse arm-be personen om å løfte begge hendene og klemme hendene dine
S	Språk; ordsalat, finner ikke ord, uklar tale
T	Tid- ved 1 eller flere tegn- 113

Ringe/rapportere til fastlege/legevakt eller 113 (se ISBAR)

Skjema sendes eventuelt med pasienten. Send også med medisinsliste. ☐

Når ble siste medisindose gitt _____

Kontaktet pårørende/eventuelt innhentet tilleggsinformasjon Ja ☐ Nei ☐

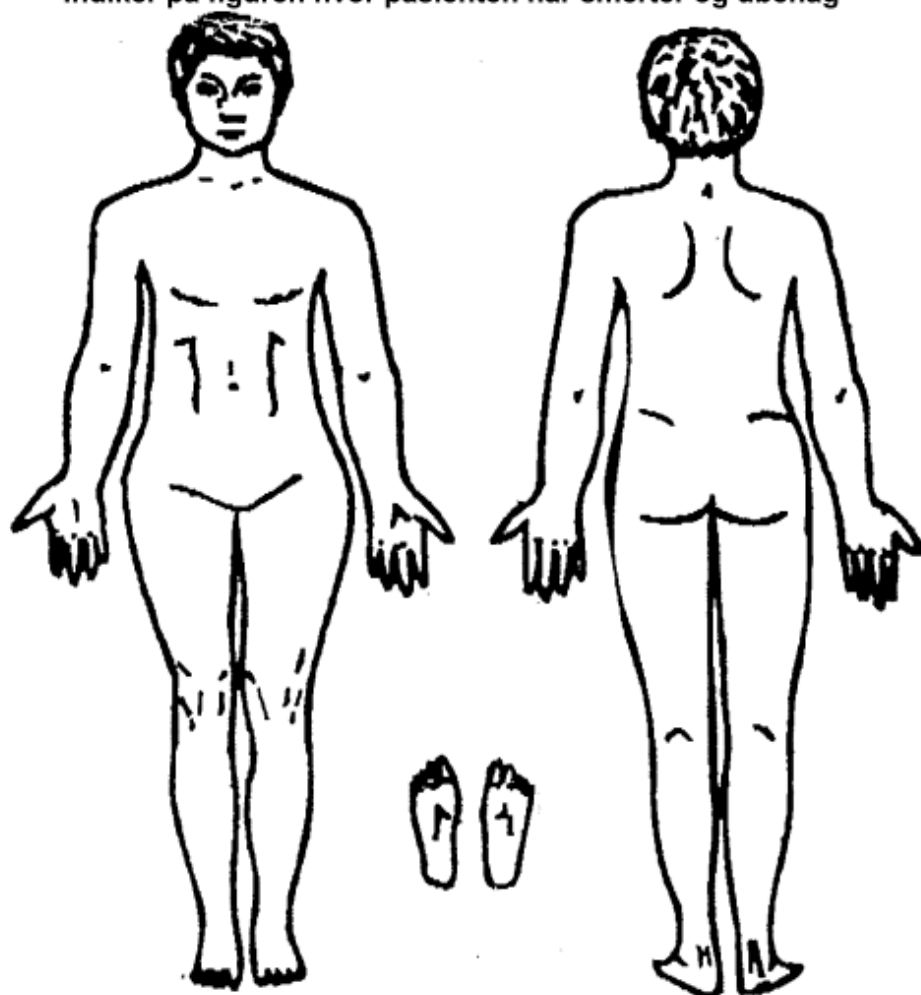
Signatur

Kontakttelefon

Sone/avdeling

Vedlegg 2

Indiker på figuren hvor pasienten har smerter og ubehag



A	B	C	D	E	F				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Den profesjonelle helsearbeider ☺



Utstyrs- og sjekkliste til Akutt-sekken

Sekken skal sjekkes og fylles på etter hver bruk. OBS! Sjekk holdbarhetsdatoer

Innhold	Hver onsdag skal alt kontrolleres og sprites over				LOMME
	Dato/Signatur	Dato/Signatur	Dato/Signatur	Dato/Signatur	
Klinisk observasjonsskjema					1
BT-apparat, med ekstra kjøff (stor+liten)					3
Stetoskop					3
Blodsukkerapparat med lansetter					3
Oxymeter					5
Digitalt termometer med termometertrekk					3
Lærdalsmaske eller munn til munn maske					4
Enkelt sårutstyr : 2 par hansker, skiftesett, tape, NaCl 30ml, Absorberende bandasje 10x10, Silikonbandasje 8x10, Tynn bandasje med plaster 15x10 + 10x8, 2 pk sterile 10x10 kompr., Saks, Steri-strips, gassbind					2
Urinstix, urinprøveglass, 2 engangskateter dame, Kompresser 10x10					2
Håndsprit + desinf. 70%					5/sidelomme
3 Venekanyler (rosa), plaster for feste, nacl, sprøyte, staseband, alcoswab					2
Kanyleboks					sidelomme
Ispose					2
Hodelykt					5
Målband					5



Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Troms

Buhcciidruovttuid ja ruoktobálvalusaid
ovddidanguovddáš
Romssa

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Troms Kommune

Kontaktpersoner:

E-post: kine.nordmo.stykket@tromso.kommune.no

elisabet.sausjord@tromso.kommune.no

www.tromso.kommune.no/usht-troms

[www. utviklingssenter.no](http://www.utviklingssenter.no)

