



Sissel Paulsen Fenes,
pleie- og omsorgsleder,
Bjarkøy kommune.

Bedre akutthjelp i liten kommune

Bjarkøys innbyggere har fått en tryggere hverdag etter etablering av kommunalt akuttmedisinsk team der sykepleiere fra pleie- og omsorgsavdelinga deltar.

Bjarkøy kommune, som ligger i Sør-Troms, har cirka 500 innbyggere fordelt på flere øyer. Kommunelegestillingen deles av to leger. Kommunen deltar i et interkommunalt legevaktsamarbeid som er lokalisert ved Harstad sykehus. Det er fra en til halvannen times reisetid med legeskyssebåt eller bil og ferje fra Bjarkøy til Harstad. Siden 2006 har kommunen hatt ambulansetjeneste bemannet med to ambulansesfaglig utdannede personer på vakt. Pleie- og omsorgsavdelingen har 26 stillingshemler, inkludert administrasjon og ledelse, og betjener et sykehjem med 11 plasser og ulike hjemmetjenester til cirka 40 brukere.

Høsten 2000 iverksatte kommunen et akuttmedisinsk prosjekt, kalt Bjarkøymodellen (se faktaboks 1). Alle sykepleierne i pleie- og omsorgsavdelinga fikk opplæring i avansert hjertelungeredning (AHLR), bruk av hjertestarter og prehospital trombolyse. Kommunelegen delegerte denne behandlingen til sykepleierne i februar 2001.

Vi etablerte et akutteam og sørget for samarbeid med AMK-sentralen med hensyn til varslingsrutiner. Vi utarbeidet også kvalitetssikring rundt sjekk av utstyr, og la inn tid til øvelse hver sjette uke i turnus. Over tid ble det akuttmedisinske repertoaret utvidet (se faktaboks s. 52). Akutteamet består i dag av to kommuneleger, helsesøster, legesekretær, seks ambulansarbeidere og sju sykepleiere. Denne artikkelen beskriver Bjarkøy-modellen ut fra et sykepleie- og ledelsesfaglig perspektiv.

Bakgrunn

Bakgrunnen for å etablere et lokalt akuttmedisinsk team var at Bjarkøy kommune fram til 2006 ikke hadde en fullverdig ambulansetjeneste, og at legene var bosatt på en annen øy enn flertallet av kommunens innbyggere. Ambulansetilbudet besto av en bårebil og ambulansebåt uten ledsagere. Legene kunne foreta utrykning med ambulansebåten, men det ville ta tid.

Tradisjonelt ble pleierne på sykehjemmet kontaktet ved akutte hendelser, men fram til 2000 var den akuttmedisinske opplæringen av sykepleierne stort sett begrenset til sporadisk oppfrisking av basal hjerte-lunge-redning (BHLR). Sykepleierne

ga uttrykk for utrygghet i forhold til å måtte forholde seg til akuttmedisinske hendelser med sin begrensede kompetanse. Avdelingsledelsen var bekymret for at sykepleiere ville slutte i kommunen på grunn av manglende mestring i forbindelse med akutte hendelser.

Kompetanseheving

Da en av kommunelegene kom tilbake fra kurs i AHLR og trombolysebehandling i 2000, vurderte vi på ledernivå muligheten for å videreformidle noe av kompetansen til kommunens sykepleiere. Vi var usikre på om økt akuttmedisinsk kompetanse ville medføre prestasjonspress, og valgte å diskutere dette i sykepleiergruppa. Vi endte opp med en felles forståelse for at det tross alt ville være best for sykepleierne å få en akuttmedisinsk kompetanseheving. Målet var ikke å bli akuttsykepleiere, men å mestre de mest sannsynlige akutte hendelsene i situasjoner der det ikke fantes mer kompetent personell til stede. Med dette som utgangspunkt gikk kommunelegen i gang med å utarbeide kursmaterieell som skulle gi delegasjonsbevis for AHLR inkludert trombolysebehandling.

Ambulansetjeneste

Etter hvert fikk kommunen døgnbemannet ledsagertjeneste på ambulansebåt og i bårebil. I denne fasen var vi usikre på om vi skulle legge ned akutteamet. I stedet for nedleggelse valgte vi å invitere den nyetablerte ambulansetjenesten inn i gruppa, og fortsatte med felles øvelser hver sjette uke. Dette fordi ambulansebåten kunne være borte på oppdrag over relativt lang tid og sykepleierne da måtte bistå i akuttsituasjoner som før. En annen grunn var sykepleiernes lokale kompetanse; vi var godt kjent med befolkningen og geografien og hadde erfart at denne kunnskapen kunne være nyttig i akutte sammenhenger.

Som beskrevet innledningsvis ble øvelsesrepertoaret (se faktaboks s. 52) gradvis utvidet ettersom deltakerne opplevde å mestre de mest grunnleggende prosedyrene. I dag tar øvelsene som regel utgangspunkt i ulike case. Det legges stor vekt på praktiske innslag. Ofte vil en øvelse inneholde mulighet for

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Akuttsykepleie
- ▶ Hjerte-lunge-redning
- ▶ Tverrfaglighet
- ▶ Demografi?





VANT SMARTPRIS: Akuttmedisinsk team i Bjarkøy kommune ble hedret med Sykepleiens pris for årets nyskaping. Her er de glade prisvinnerne med Sykepleiens redaktør Barth Tholens., fra venstre sykepleier Mia Fokkes og artikkelforfatter Sissel Fenes.

å legge veneflon, repetere prosedyrer for EKG-taking og/eller AHLR inkludert trombolysbehandling. De ulike faggruppene veksler på å tilrettelegge øvelsene.

Utkalling

Sykepleiere kalles ut enten ved at innbyggerne på Bjarkøy kontakter sykehjemmet direkte eller ved telefonisk henvendelse fra AMK-sentralen. Hvis ansvarsvakta på sykehjemmet er sy-

kepleier, rykker hun ut. Hun må da sørge for å holde kontakt med AMK-sentralen og vurdere om gjenværende personale skal innkalle ekstra personell for å bistå henne eller for å ivareta drifta på sykehjemmet i hennes fravær. Hvis det er hjelpepleier på ansvarsvakt, er det alltid sykepleier i bakvakt. Da er det bakvakta som rykker ut og er i dialog med ansvarsvakta for å vurdere behov for ekstra personell.

Vi har gjort et forsøk med utstasjonering av helseradio på sykehjemmet, men det ble for stor stressfaktor for personalet og beboerne der. Helseradioen ble derfor fjernet fra sykehjemmet etter kort tid.

Hovedprinsipper for Bjarkøy-modellen:

- › Lokal opplæring til kommunale helse- og omsorgsarbeidere. Kommunelegen er ansvarlig
- › Delegasjon fra kommunelegen med hensyn til AHLR-prosedyrer og trombolysbehandling
- › To timers øvelse hver sjettede uke
- › Lege, helsesekretær, helsesøster, sykepleiere og ambulansepersonell deltar på øvelsene
- › Øvelsene er lagt inn i turnus for sykepleiergruppen
- › De ulike faggruppene veksler på å tilrettelegge øvelsene
- › Det er gjort avtaler med henhold til økonomisk kompensasjon for sykepleierne.
- › Eksisterende vaktordninger benyttes (sykepleier på ansvarsvakt eller bakvakt for sykehjemmet/hjemmetjenesten).
- › Utkalling skjer enten ved direkte henvendelse til sykehjemmet (-i så fall etableres kontakt med AMK-sentralen så raskt som mulig) eller ved at AMK-sentralen kontakter sykehjemmet som iverksetter egne varslingsrutiner.

Ambisjonsnivået

Bjarkøy kommune har per i dag sju sykepleierstillinger inkludert pleie- og omsorgsleder. Alle stillingene er besatt. I sykepleiergruppen finnes videreutdanning i eldreomsorg/demens, rehabilitering, psykiatri, relasjons- og nettverksarbeid, og ledelse. Ingen har formell videreutdanning innen akuttmedisin eller har dette fagområdet som sitt primære interessefelt.

Sykepleierens akuttmedisinske målsetting er å være forberedt på å møte de mest sannsynlig akutte hendelser og kunne stabilisere pasienten til ambulansepersonell eller lege er på plass. Sykepleier må også kunne samarbeide med ambulansepersonell eller lege for å gi pasienten optimal førstehjelp før transport til sykehus. I og med at legen er bosatt på en annen øy, interkommunal legevakt er stasjonert på Harstad sykehus og ambulansepersonellet kan være opptatt på annet hold, er



det ikke nødvendigvis personell med formell akuttmedisinsk kompetanse til stede i vårt lokalsamfunn til enhver tid. Sykepleiernes primære oppgaver er omsorgs- og ledelsesrelatert, men for eksempel ved mistanke om akutt hjerteinfarkt, vil vi kunne sende inn EKG til AMK-sentralen, få konstatert infarktforandringer og iverksette trombolysbehandling i påvente av at ambulanspersonell og/eller lege kommer til stedet og transport til sykehus kan iverksettes.

Styrker samholdet

Vår evaluering så langt er at deltakelsen i teamet gir oss en tryggere hverdag fordi vi føler oss forberedt på å møte de fleste akutte hendelser som vil kunne oppstå i vårt lokalsamfunn. Deltakelsen i teamet styrker det interne samholdet i pleie- og omsorgsavdelinga og samholdet mellom oss og de andre ak-

Det er ikke nødvendigvis personell med formell akuttmedisinsk kompetanse til stede i vårt lokalsamfunn til enhver tid.

tørene i akutteamet. Vi opplever stor respekt for hverandres fagområder og ulike personlige egenskaper. Det er en sterk solidaritet i sykepleiergruppa. Blant annet innebærer dette at sykepleierne i høy grad sørger for å være tilgjengelig for hverandre hvis den som er på ansvarsvakt eller bakvakt skulle trenge hjelp.

Ut fra et ledelsesfaglig ståsted virker akutteamet som en stabiliserende faktor for bemanningen fordi sykepleierne opplever økt faglig trygghet og kollegial trivsel. Etter som prosjektet er blitt bedre kjent, har pleie- og omsorgsavdelinga fått henvendelser fra sykepleiere som søker arbeid delvis på bakgrunn av kjennskap til akutteamet.

Organisering og økonomi

Det er ikke sykepleier på nattvakt på sykehjemmet. Det er heller ikke døgn tjeneste i hjemmesykepleien. På ettermiddag og natt ivaretar sykepleier på ansvarsvakt eller bakvakt på sykehjemmet også vakt tjeneste for hjemmesykepleien, inkludert trygghetsalarmene for hjemmeboende brukere.

Bjarkøy kommune har valgt å prioritere sykepleierkompetansen i døgnets våkne timer, og bruker cirka 50 prosent sykepleierressurs på bakvakter om nettene. Denne prioriteringen danner grunnlaget for akutteamet; hvis det ikke var sykepleier i

bakvakt, ville vi ikke kunne sende ut personell i forbindelse med akutte hendelser om natta.

For deltakelsen i akutteamet mottar hver sykepleier et årlig lønnstillegg på kr. 6000. Utrykninger i forbindelse med bakvakt genererer overtidsbetaling. De sykepleierne som eventuelt utkalles på sin fritid får også overtidsbetaling. Samlet brukes en sykepleierressurs på 14 timer hver sjettede uke til akuttøvelse. I tillegg kommer fire timers legeressurs og cirka fire timers ambulansressurs. Ambulanspersonellet er ansatt av helseforetaket og har ingen kompensasjon for å møte på fritiden sin. Det er satt av et lite budsjett til utstyr og driftsmateriell.

Forskningsprosjekt

I 2008 etablerte vi en forskergruppe, bestående av de to kommunelegene og pleie- og omsorgsleder, og startet utformingen av et forskningsprosjekt rundt akuttemaet vårt. Vi hadde fått en del tilbakemeldinger på at tiltaket var interessant og kanskje kunne være et eksempel til etterfølgelse for andre. Vi ønsket blant annet å finne ut om det fantes andre kommuner som hadde tenkt som oss, og eventuelt kunne være med å bidra til felles læring. Samtidig ønsket vi å undersøke om det vi holdt på med faktisk var til nytte for kommunen, eller om kostnaden ble større enn gevinsten. Den tiden vi bruker til øvelser kan brukes til andre viktige ting, utrykningene koster overtidskroner og sykepleierne stiller opp på oppdrag som strengt tatt ikke er deres fagområde.

Forskningsprosjektet:

1. Spørreundersøkelse til alle kommunene i Troms og Finnmark for å finne ut om- og hvordan de øver på akuttmedisinske prosedyrer, særlig med tanke på å involvere pleie- og omsorgspersonell. Dette arbeidet har resultert i en artikkel som konkluderer med følgende: «I distriktene er ansatte i pleie- og omsorgstjenesten en ressurs i akuttmedisinsk sammenheng. Potensialet i denne yrkesgruppen kan utnyttes bedre og være et viktig supplement i akuttmedisinsk sammenheng. Tverrfaglig akuttmedisinsk samhandling krever tydelig organisatorisk og økonomisk struktur, lokal forankring og ledelse» (Tidsskrift for den norske legeförening, nr. 1, januar 2011).
2. Retrospektiv studie i form av spørreskjema og intervju med deltakere i akutteamet for å kunne si noe om deres opplever knyttet til akutte hendelser i kommunen og deltakelsen i teamet. Artikkelen er under utarbeiding.
3. Prospektiv studie som skal registrere data ved alle hendelser der akutteamet blir involvert. Det er utarbeidet registrerings-skjema som fylles ut i forbindelse med utrykning. I tillegg til registreringer av prosedyrer, tidsbruk med mer, evaluerer deltakerne samarbeidet med de andre aktørene. Denne studien skal gå over to–tre år. Vi forventer å gjøre registreringer i forhold til cirka 50 hendelser i løpet av perioden.

Avslutning

Vi håper at arbeidet vi har gjort kan vekke interesse og inspirere andre som arbeider i små lokalsamfunn med sammenlignbare forhold, der det fins døgnkontinuerlig vaktssystem i pleie- og omsorgsavdelinga og befolkningen kontakter pleie- og omsorgspersonell direkte i forbindelse med akutte hendelser.

Frivillig innsats og økonomisk støtte fra Norsk senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Universitetet i Tromsø har bidratt til å realisere forskningsprosjektet. Mine samarbeidspartnere i forskningsprosjektet er kommunelegene Frank Hilpüsich og Petra Parschat. Veiledere er professor Mads Gilbert og professor Ivar J. Aaraas. ■■■

Prinsipper for akutthjelp:

- » Grunnleggende kurs gjennomføres for alle nye deltakere. Kursmaterieell utarbeidet av kommunelegen
- » Gradvis innlæring av teknikker, eksempelvis fra BHLR og bruk av halvautomatisk hjertestarter til A-HLR og trombolytisk behandling.
- » De ulike faggruppene veksler på å tilrettelegge øvelsene
- » Innholdet i øvelsene utvides gradvis med flere relevante temaer og prosedyrer; anafylaksi, hypotermi, hjerneslag, blødninger, traumer, hodeskade, sykt barn, psykiatri og så videre.
- » Hovedvekt på trening av basale praktiske ferdigheter
- » Korte, enkle og varierte scenarier på 20–30 minutter med rullering mellom gruppene.
- » Øvelsene avsluttes med en kort gjennomgang av vesentlige faglige elementer og evaluering av nytteverdi og gjennomføring.