

Bedre tilbud til hjertesyke

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

Forfattere

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

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

Kari Hanne Gjeilo
Forskningssykepleier og førsteamanuensis
Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim og Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

Sykepleien 2014 102(14)(66-9)
DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0169>

Erfaringer 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 jobbglidning. Begrepene brukes ofte synonymt, men flere hevder at begrepet oppgaveglidning er mer dekkende enn jobbglidning da det dreier seg om at noen oppgaver, ikke jobber, overtas av annet personell eller yrkesgrupper (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 ulike 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 spesialisthelsetjenesten. 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 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 innleggelser, 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 pasienter i forbindelse med ablasjons-
behandling, 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 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 innleggelser i sykehus (13-15).

Hjertesviktpoliklinikker er et viktig tiltak for å imøtekomme behovet for spesialiserte helsetjenester til pasienter med hjertesvikt og bidrar til å redusere reinnleggelser og mortalitet. Virksomheten krever spesialisert kompetanse (14).

Hjertesviktpoliklinikken er sykepleierdrevet med kardiolog som medisinsk ansvarlig. Formålet med prosjektet var å styrke, videreutvikle og øke aktiviteten ved den eksisterende hjertesviktpoliklinikken. 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 dekompensert 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 nyhenviste 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 reinnleggelser.

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. De har ansvar for tilstrekkelig bildedokumentasjon og beskrivelse som gjennomgås og kontraseres 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 kontrasingering.

Erfaringer

Når oppgaveglidning er tema, fokuserer man ofte 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 innleggelses av pasienter med atrieflimmer.

Hjertesviktpoliklinikken inkluderte betydelig flere pasienter, noe som trolig forebygget antall reinnleggelses. 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 tidlige, 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. Klinikken 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.

Spesialiserte

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 klinikkens 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 jobbtfredshet.

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 delprosjekter 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 Klinikk 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 utnytte 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. Fålnun N, Instenes I, Norekvål TM. Hjertesvikt krever spesialkompetanse. *Tidsskriftet Sykepleien.* 2013;13:68–70.
6. Hustavenes M. Oppgaveglidning ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. *Overlegen.* 2012; 1:12–13.
7. Stortingsmelding nr. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet. 2012.
8. Helle J. Jobbglidning – trussel eller mulighet. *Overlegen.* 2011;1:4–5.
9. Hofstad 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...>
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, Blom 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, Bonarjee V, Gundersen T, Løchen M-L, Mo R et al. Behandling av kronisk hjertesvikt. *Tidsskr Nor Lægeforening.* 2007;127:174–177.

16. Hetland 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.