

Pleie- og omsorgspersonell i akuttmedisinske team

Sammendrag

Bakgrunn. Fylkene Troms og Finnmark er preget av store områder med spredt bosetting og til dels lange responstider for ambulanse og lege. Vi ønsket å kartlegge i hvilken grad den kommunale akuttberedskapen i disse fylkene bruker ansatte fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, og om disse inngår i lokale akuttmedisinske team.

Materiale og metode. Høsten 2008 sendte vi ut et spørreskjema til kommunelegene og pleie- og omsorgslederne i alle 44 kommuner i Troms og Finnmark. Svarene ble analysert manuelt.

Resultater. Vi mottok svar fra 41 kommuner. I 34 av disse trener ansatte fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten på akuttmedisinske prosedyrer. Innholdet i øvelsene overstiger i stor grad et vanlig førstehjelpskurs. I tre av fire kommuner deltar ikke ambulanspersonell i samtrening. I 31 kommuner blir pleiepersonalet kontaktet direkte av innbyggerne ved akutt sykdom, og i kun ti av kommunene er pleie- og hjelpepersonalet organisert sammen med lege og ambulanse i lokale akuttmedisinske team.

Fortolkning. 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 ved akuttmedisinske hendelser. Tverrfaglig akuttmedisinsk samhandling krever tydelig organisatorisk og økonomisk struktur, lokal forankring og ledelse.

Frank Hilpüsch
frank.hilpusch@hlink.no
Petra Parschat
Bjarkøy legekontor
9426 Bjarkøy

Sissel Fenæs
Bjarkøy sykehjem

Ivar J. Aaraas
Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Mads Gilbert
Akuttmedisinsk klinikk
Universitetssykehuset Nord-Norge
og
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø

Den kommunale helsetjenesten har et lovpålagt ansvar for det akuttmedisinske tilbudet til sine innbyggere. I distriktene er den lokale akuttberedskapen et avgjørende ledd i den akuttmedisinske tiltakskjeden. Beredskapen i kommunene er fastlagt i statlige retningslinjer, men preges av store lokale variasjoner (1–3). Tilbudene endres stadig som følge av større legevakt-distrikter, organisatoriske endringer i ambulanse- og spesialisthelsetjenesten, krav om økt samhandling, nytt medisinsk utstyr og nye behandlingsmuligheter (4–8). Dette skjerper også kompetansekravene til helsearbeiderne (9).

I Bjarkøy kommune i Troms har vi de siste ni årene utviklet en ny modell for kommunalt forankret akuttmedisinsk beredskap. Hovedelementene er enkle og bygger på systematisk, intern opplæring og bruk av de ressursene som allerede finnes i kommunen (ramme 1). Kommunen er en av Norges minste. De 482 innbyggerne bor på fire øyer, alle uten fastlandsforbindelse, med lang transporttid til nærmeste sykehus og legevaktssentral. Kommunen har ikke hatt egen ambulansetjeneste frem til 2006. Akuttberedskapen har i perioder vært utilfredsstillende og innbyggerne i Bjarkøy kommune har derfor ofte tatt direkte kontakt med sykehjemmet ved akutt alvorlig sykdom.

I forbindelse med innføringen av desentralisert prehospital trombolytisk behandling i Helse Nord i 2000 fikk alle kommunene i Troms og Finnmark, og de fleste kommunene i Nordland, nytt standardisert akuttmedisinsk utstyr fra Helse Nord. Med utstyret fulgte en egen opplæringspakke i avansert hjerte-lunge-redning (A-HLR) og

tidlig behandling av akutt hjerteinfarkt, med blant annet prehospital trombolytisk behandling (PHT) (4,5).

Samme år valgte vi å organisere det lokale helsepersonellet i Bjarkøy kommune i en egen «akuttgruppe» rundt denne utstys- og opplæringspakken, med sykepleiere fra pleie- og omsorgstjenesten, legesekretær, helsesøster og kommuneleger. Gruppen gjennomfører intern opplæring og praktiske fellesøvelser to timer hver sjettede uke (fig 1). Fra 2006 har også lokalt ambulanspersonell deltatt i øvelsene.

Med utgangspunkt i vår modell ville vi finne ut hvordan det akuttmedisinske tilbudet er organisert i andre kommuner i Troms og Finnmark og kartlegge hvordan ansatte i kommunale pleie- og omsorgstjenester brukes i akuttmedisinske situasjoner. Vi ville dessuten se på om det er andre modeller for organisering av kommunale akuttmedisinske tilbud enn den tradisjonelle samhandlingen mellom akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), ambulanse og lege.

Materiale og metode

Vi sendte et spørreskjema til samtlige 44 kommuner i Troms og Finnmark i oktober 2008. Samme skjema ble sendt til leder for pleie- og omsorgstjenesten og til kommuneoverlegen, ettersom spørsmålene burde berøre disse etatene i like stor grad. Skjemaet ble sendt både i papirversjon og som en nettbasert lenke. Vi gjennomgikk svarene manuelt, fordi det nettbaserte skjemaet ikke tillot differensiering mellom pleie- og omsorgstjeneste og legetjeneste. Når det var motstridende svar fra legetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten, kontaktet vi kommunene direkte for å få mest mulig korrekte opplysninger.

Spørreskjemaet inneholdt 18 spørsmål om respondenten, om lokal akuttmedisinsk opplæring og om kommunalt akuttmedisinsk tilbud. Respondenten kunne gi utfyllende kom-

Hovedbudskap

- Ansatte i kommunal pleie- og omsorgstjeneste trener i stor grad på akuttmedisinske prosedyrer
- Yrkesgruppen er en for lite brukt ressurs i akuttmedisinsk sammenheng i kommuner med lang avstand til legevakt eller ambulanse
- Lokale tverrfaglige akutteam er et verdifullt supplement i distriktskommuner

mentarer i fritekst. Alle som ikke hadde svart innen fristen, mottok en purring per e-post.

Kommunene som svarte at de brukte ansatte fra pleie- og omsorgstjenesten i sine akutteam, fikk i mars 2009 tilsendt seks nye spørsmål om teamets oppgaver og organisering. Spørsmålene ble besvart i fritekst. Kommuner som ikke svarte innen fristen, ble purret skriftlig og per telefon.

Resultater

I alt 41 av 44 kommuner (93 %) deltok i undersøkelsen. Vi mottok 57 av 88 (65 %) utfylte spørreskjemaer, hvorav 24 var fra lege og 33 var fra pleie- og omsorgstjenesten. Representantene for pleie- og omsorgstjenesten hadde lengre ansiennitet enn legene, og en firedel av legene som svarte hadde ansiennitet under ett år. I 16 kommuner, der vi mottok svar fra begge etater, hadde legetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten til dels ulike svar.

Øvelser

I 34 av 41 kommuner (83 %) øver ansatte i pleie- og omsorgstjenesten på mestrings av akuttmedisinske tilstander. Tabell 1 viser hvilke yrkesgrupper som deltar på øvelsene. Det er store forskjeller mellom kommunene, men sykepleiere deltar i alle kommunene som har øvelser.

Ansatte i pleie- og omsorgstjenesten deltar

Ramme 1

Bjarkøymodellen

- Lokal akutgruppe med sykepleiere, legesekretær, helsesøster, ambulanspersonell og kommuneleger
- Strukturert intern teamtrening og opplæring gjennom praktiske fellesøvelser to timer hver 6. uke
- Gruppens medlemmer har formell delegasjon til avansert hjerte-lunge-redning og bruk av defibrillator (Zoll-M), opptak og sending av 12-avlednings-EKG, venekanylering og medisiner, og prehospital trombolytisk behandling
- Akuttmedisinsk utstyr og trombolyssett er utplassert på sykehjemmet (i tillegg til ambulansens utstyr)
- Varsling av akutgruppen skjer via sykehjemmet, enten fra AMK eller fra pasient
- Sykepleier i bakvakt på sykehjemmet har delegasjon til selvstendig behandling og kan ved behov rykke ut
- Akuttgruppens personell er i ordinær tjeneste og inngår i sin vanlige vaktturnus
- Sykepleiere, helsesøster og legesekretær mottar et beskjedent årlig tilskudd fra kommunen for deltakelse i akutgruppen



En typisk øvelse i Bjarkøy kommunes akutteam. Pleiepersonalet, ambulanspersonell og legene løser varierende akuttmedisinske oppgaver i tverrfaglige team. Her øves blødningskontroll. Foto Mads Gilbert

på akuttøvelser minst én gang i året. I halvparten av kommunene (20/41) øves det to eller flere ganger i året. Øvelsene varer gjennomsnittlig to timer, med variasjon fra én time til en hel dag. I tre av fire kommuner deltar ikke det lokale ambulanspersonellet i disse fellesøvelsene. Innholdet i de kommunale øvelsene fremgår i tabell 2.

Akuttmedisinsk tilbud i kommunene

Det akuttmedisinske tilbudet ble beskrevet som godt eller tilfredsstillende i 27 kommuner, mens 14 kommuner svarte at tilbudet kunne vært bedre. I 27 kommuner finnes det tettsteder som har mer enn 20 minutters utrykningstid fra nærmeste ambulansstasjon eller legevaktssentral. I 15 av de 27 kommunene eksisterer det et døgkontinuerlig tilbud fra pleie- og omsorgstjenesten i slike tettsteder.

I 31 av 41 kommuner tar innbyggerne direkte kontakt med pleie- og omsorgstjenesten ved akutt alvorlig sykdom. I 11 av 24 kommuner med svar fra legetjenesten er legene ikke kjent med denne lokale kontaktmåten.

Lokale akuttmedisinske team

Ti kommuner besvarte tilleggsspørsmål om akuttmedisinske team der ansatte fra pleie- og omsorgstjenesten inngår. Sju av kommunene ligger i Finnmark. I ni av kommunene er akuttberedskapen organisert i en etablert vaktordning for pleie- og omsorgstjenesten. Tilbudet er samlokalisert med sykehjem i sju av kommunene, der seks også har sykestuefunksjon. Alle deltakerne trener avansert hjerte-lunge-redning og i de fleste kommunene trener både legene, ambulanspersonellet og sykepleierne på bruk av hjertestarter og opptak med sending av 12-avlednings-EKG. I tillegg til legene og ambulanspersonellet deltar også sykepleie-

re ved trombolytisk behandling ved akutt hjerteinfarkt i tre kommuner.

Det å samle alle deltakerne til øvelser, samordne øvelsene mellom forskjellige fag-etater, innlære standardalgoritmer, bruke og mestre avansert utstyr, innarbeide gode varslingsrutiner og ha tilstrekkelige økonomiske rammer ble angitt som de viktigste utfordringene i arbeidet med å organisere og drifte kommunale akuttmedisinske team med pleie- og omsorgstjenesten. Bjarkøy er eneste kommune der alle kommunalt ansatte sykepleiere har delegasjon til primærbehandling av akutte brystsmertor og hjerteinfarkt, inkludert prehospital trombolytisk behandling.

Diskusjon

Ved å henvende oss både til kommuneoverleger og ledere for pleie- og omsorgstjenesten fikk vi høy svarprosent, med informasjon fra 93 % av kommunene. Selv om adekvat håndtering av akuttmedisinske situasjoner i mange kommuner berører både legetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten, synes disse etatene ikke alltid å være klar over felles oppgaver og ansvar. Med samhandlingsreformens fokus på økt intrakommunalt samarbeid, tyder våre funn på et klart potensial for bedre kommunikasjon og samhandling mellom kommunale helse- og omsorgsetater.

I mange nordnorske kommuner trenes det på et mangfold av prosedyrer i ulike gruppesammensetninger. Dette tyder på at helsepersonell i kommunene tar ansvar for lokal kompetanseheving og beredskap, men mangler til dels felles målsetning, retningslinjer og ledelse.

I krigsrammede lokalsamfunn med lang responstid for ambulans og lange avstander til sykehus har systematisk trening av lokale akutteam basert på det helsepersonellet som alt finnes i lokalsamfunnet, gitt til dels dra-

matiske forbedringer i overlevelse i tidskri-
tiske akuttstusjoner (10,11). Vi tror Norge
kan lære av slike erfaringer, også i fremtid.

Pleiepersonell trener akuttmedisin

Sykepleiere og hjelpepleiere antas å ha gode
kunnskaper i basal hjerte- lunge-redning
gjennom utdanning. Våre funn tyder på at
de samme yrkesgruppene er opptatt av å
vedlikeholde og utvide kunnskaper og fer-
digheter gjennom regelmessige øvelser. Pro-
sedyrene de øver på er relativt omfattende
og til dels langt mer avanserte enn ved tradi-
sjonelle førstehjelpskurs. Der det øves, plan-
legges og gjennomføres dette i lokal regi.
Spesialisthelsetjenesten og det regionale
helseforetaket nevnes ikke spontant av noen
kommuner, heller ikke av de ti kommunene
som har egne akutteam. Dette kan tyde på at
annenlinjetjenesten i liten grad er involvert i
den lokale akuttmedisinske opplæringen av
pleie- og omsorgspersonalet. Tatt i betrak-
ning den kompetansen som finnes – særlig i
ambulansetjenesten – og den veilednings-
funksjonen spesialisthelsetjenesten skal
ivareta, er det et klart potensial for å bedre
gjensidig kunnskap og samhandling mellom
disse nivåene i helsetjenesten (7).

Ambulansetjenesten er overraskende lite
representert og deltar bare i en firedel av
kommunene som driver lokale akuttøvelser.
Dette kan skyldes at ambulansetjenesten er
organisert i og har fagmedisinsk ledelse i
spesialisthelsetjenesten og øver selvstendig
eller bare sammen med legetjenesten i kom-
munen. Vi tror gevinsten i samtrening med
denne faggruppen er stor.

Ulike kursstilbud i akuttmedisin fra stiftelser
og organisasjoner, som for eksempel Norsk
Luftambulans og Norges Røde Kors, er ut-

bredt i Kommune-Norge. Dette kan være en
forklaring på at enkelte respondenter oppgir
årlige heldagskurs som eneste øvingstilbud.

Lokalbefolkningen

kontakter pleiepersonalet

Fleire «utkantstrøk» har døgkontinuerlige
tilbud fra den lokale pleie- og omsorgstjenes-
ten, der personalet er en potensiell ressurs
med betydelig akuttmedisinsk kompetanse.

I distriktene nyter denne stabile yrkes-
gruppen stor respekt i befolkningen og har
god lokalkunnskap. I Bjarkøy kommune har
innbyggerne tradisjonelt kontaktet syke-
hjemmet og sykepleierne direkte ved akutt
sykdom, særlig i perioder med dårlig lege-
dekning. Funnene tyder på at det samme
handlingsmønsteret er utbredt også i andre
kommuner i Troms og Finnmark.

Det er viktig å erkjenne at ansatte i pleie-
og omsorgstjenesten faktisk kontaktes direk-
te ved akutt alvorlig sykdom, selv om type
kontakt og type råd ikke fremgår av denne
studien. Denne «trafikkveien» synes å være
mindre kjent for legetjenesten. Pleiepersona-
lets gode pasientkontakt og lokalkunnskap er
et viktig bidrag til at personer i terminalfasen
får dø i hjemkommunen (hjemme eller i sy-
kehjem), uten at situasjonen håndteres som
en akuttmedisinsk nødsituasjon som ender
med uheldig sykehusinnleggelse (12).

Tilfredshet

På bakgrunn av regionens krevende geografi
og spredte bosetting er vi overrasket over at
helsepersonell i to av tre kommuner mente
det akuttmedisinske tilbudet var bra eller til-
fredsstillende for de fleste innbyggerne i
kommunen, mens bare én av tre mente tilbu-
det kunne vært bedre. Vi tror tilfredsheten

delvis kan forklares med de senere årenes
betydelige utbygging og faglige styrkning
av ambulansetilbudet fra spesialisthelsetje-
nen (9, 13). En annen forklaring kan være
at det ikke forventes samme tilbud i distrik-
tene som i byene. Det er fortsatt betydelige
forskjeller i prehospitalt responstider mel-
lom by- og landkommuner (14).

Akutteam og samhandling

Ti kommuner har utvidet sitt lokale akuttme-
disinske tilbud gjennom aktiv bruk av ansat-
te fra pleie- og omsorgstjenesten i akuttbe-
redskaper, men de lokale akuttmedisinske
teamene har variert oppbygning. Som oftest
fungerer sykepleier som en forsterkning ved
mottak i sykestuen eller på legevakten, men
deltar sjelden i utrykninger. Fleire kommu-
ner, særlig i Finnmark, har samlokalisert
akuttmedisinsk tilbud og sykestuefunksjon.
Sykestuene har en lang tradisjon i Distrikts-
Norge og representerer velfungerende intra-
kommunal samhandling i det akuttmedi-
sinske tilbudet (15). Som i Bjarkøy ser flere
kommuner fordelene av å bruke en bredest
mulig fagkompetanse i akuttmedisinske
situasjoner. Utfordringene som de lokale
akuttteamene møter, sammenfaller godt med
utfordringer vi har møtt de siste ni år i utvik-
lingen av vårt eget akutteam.

Basert blant annet på det akuttmedisinske
utstyret og opplæringspakken Helse Nord ga
kommunene ved oppstart av prehospital
trombolytisk behandling i 2000 burde de
materielle forutsetningene være likeverdige
de fleste steder i Nord-Norge. Vi har likevel
ikke funnet andre modeller der ansatte fra
pleie- og omsorgstjenesten er organisert i lo-
kale akutteam og øver med legene og ambu-
lansepersonalet i samme grad som i Bjarkøy
kommune. En slik modell krever god orga-
nisering og logistikk, men uten entusiasme
og glede ved lokal samhandling hjelper det
ikke med utstyr alene.

Konklusjon

Ansatte i den kommunale pleie- og om-
sorgstjenesten er en viktig ressurs ved akutt-
medisinske hendelser i mange distrikter.
Gjennom kompetanse og lokal tilgjengelig-
het i etablerte vaktordninger representerer
disse et stort og til dels ubrukt potensial for
en bedre akuttmedisinsk beredskap i form av
lokale, tverrfaglige akutteam. Dette forutset-
ter imidlertid regelmessig og systematisk
trening, etablering av varslingsrutiner, kva-
litetssikring og nødvendig avlønning. Delta-
kelsen kan ikke baseres på frivillighet, men
krever forankring i kommunalt planverk, ty-
delig ledelse og samarbeid med spesialist-
helsetjenesten, spesielt ambulansetjeneste-
ne. Økt fokus på lokal tverrfaglig samhand-
ling bør kunne resultere i stimuleringsstiltak
for distriktkommunene både i form av nye
retningslinjer, veiledere og nødvendig øko-
nomisk støtte.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Tabell 1 Yrkesgruppens deltakelse i akuttmedisinske øvelser i 34 kommuner i Troms og Finnmark

	Syke- pleier	Lege	Hjelpe- pleier	Ambu- lans	Ufag- lært	Helse- søster	Kontor- ansatt	Andre etater ¹
Antall kommuner der yrkesgruppen deltar (%)	34 (100)	26 (76)	25 (74)	8 (24)	8 (24)	3 (9)	4 (12)	5 (15)

¹Rubrikken «andre etater» omfatter deltakelse fra brann- og politimannskaper, fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier

Tabell 2 Akuttmedisinske prosedyrer som trenes i kommunale øvelser (n = 34)

Prosedyre	Antall kommuner (%)
Basal hjerte-lunge-redning (HLR)	33 (97)
Avansert hjerte-lunge-redning (A-HLR)	22 (65)
Defibrillering med halvautomatisk hjertestarter (D-HLR)	25 (74)
Bruk av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp	9 (26)
Gjennomføring av prehospital trombolys (PHT)	12 (35)
Venekanylering	14 (41)
Intravenøs medisiner	14 (41)
Kontroll av ytre blødning	13 (38)
Primær stabilisering av skader	18 (53)

Litteratur

1. Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT et al. Organisering av legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1335–8.
2. Lov om helsepersonell av 2.7.1999 nr. 64.
3. ... er hjelpe nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1/2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
4. Steigen TK, Wiseth R, Nordrehaug JE. Trombolytisk behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 640–3.
5. Aune E, Steen-Hansen JE, Hjelmesæth J et al. Prehospital diagnostikk og behandling av akutt hjerteinfarkt i Vestfold. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3058–60.
6. St meld. nr. 47 (2008–09). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). www.lovdato.no/all/hl-19990702-061.html, (1.3.2010).
8. Bjøru H, Langfeldt E, Løvland A et al. Streptokina-sebehandling i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2632–3.
9. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 18.3.2005 nr. 252.
10. Husum H, Gilbert M, Wisborg T et al. Rural pre-hospital trauma systems improve trauma outcome in low-income countries: a prospective study from North Iraq and Cambodia. J Trauma 2003; 54: 1188–96.
11. Husum H, Gilbert M, Wisborg T. Save Lives Save Limbs. Penang, Malaysia: Third World Network, 2000.
12. Aaraas I, Langfeldt E, Ersdal G et al. Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten – la sykestuene leve! Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 702–5.
13. St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap.
14. Folkestad EH, Gilbert M, Steen-Hansen JE. Når det haster – prehospital responstider i Vestfold og Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 324–8.
15. Aaraas I, Melbye H, Eriksen BO et al. Is the general practitioner hospital a potential «patient trap»? A panel study of emergency cases transferred to higher level hospitals. Scand J Prim Health Care 1998; 16: 76–80.

Mottatt 10.3. 2010, første revisjon innsendt 8.8. 2010, godkjent 9.9. 2010. Medisinsk redaktør Are Brean.