

Kompetanseheving i eldreomsorgen kan gjøre helsepersonell tryggere

Verdighetscenterets etterutdanning Akuttmedisinsk eldreomsorg skal øke kompetansen til fagutdannet helsepersonell. Denne undersøkelsen viser at utdanningen har høy relevans for ansatte i eldreomsorgen.

Forfattere

Gro Helen Dale
Faglig leder
Verdighetscenteret

Silje Bergliot Eikemo
Leder
Avdeling Helse & Omsorg, Verdighetscenteret

Tverrfaglighet

akuttmedisin

Etterutdanning

eldreomsorg

Prosedyretraining

Sykepleien 2018 107(74579)(e-74579)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.74579>

Hovedbudskap

Verdighetscenterets etterutdanning «Akuttmedisinsk eldreomsorg» (AME) har til hensikt å øke kompetansen til fagutdannet helsepersonell i møte med akutt og alvorlig syke gamle. Det ble utført en evalueringsstudie tre måneder etter fullført utdanning. Resultatene viste blant annet at deltakerne følte seg tryggere, både faglig og i utførelsen av praktiske prosedyrer. Den samlingsbaserte, tverrfaglige etterutdanningen har høy relevans for ansatte i eldreomsorgen.

Hensikten med Verdighetsenteret er å skape en verdig alderdom for sårbare gamle. Det er en grov krenkelse av verdigheten at gamle syke og døende blir transportert til og fra sykehus i deres siste levetid (1, 2). En viktig forutsetning for å forebygge at dette skjer, er at kompetansen blant de ansatte i eldreomsorgen blir styrket.

Verdighetsenteret

Verdighetsenteret er et nasjonalt kompetansesenter innenfor eldreomsorg. Senteret finansieres hovedsakelig over statsbudsjettet og får i tillegg midler fra Fagforbundet.

Kilde: Verdighetsenteret

Verdighetsenteret foretok i 2015 en evaluering av etterutdanningen «Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom» (OLS). OLS hadde til hensikt å styrke kompetansen til ansatte i eldreomsorgen innen palliasjon og demens. Evalueringen viste blant annet at deltakerne ble tryggere på å ivareta pasienter og pårørende ved livets slutt, men at de ønsket å lære mer om akutt og alvorlig sykdom hos eldre (ikke publiserte data).

Dette gjenspeiler også konsekvensene ved innføring av samhandlingsreformen (3). Den har ført til at pasienter utskrives tidligere fra sykehus, og at flere dør på sykehjem (4). De gamle er sykere, har økt behov for medisinsk behandling og har mer sammensatte problemer ved utskrivelsen til kommunehelsetjenesten enn for bare få år siden (4, 5).

Behov for mer kunnskap

I tillegg øker generelt andelen eldre i befolkningen. Eldre er ofte multimorbide og bruker flere legemidler enn tidligere (6–8). Dette har medført et økt krav til kompetanse blant helsepersonell på sykehjem og i hjemmetjenesten. Bing-Jonsson og medarbeidere påviste i 2016 store kunnskapshull innen flere områder i kompetansen til ansatte i eldreomsorgen (9). Samlet sett har dette resultert i at Verdighetsenteret valgte å utvikle en ny etterutdanning for fagutdannet helsepersonell: Akuttmedisinsk eldreomsorg (AME).

Vi foretok fortløpende evaluering av AME, som blant annet viste at vi traff med hensyn til faglig nivå og innhold. Vi ønsket i tillegg å belyse hvilken effekt utdanningen hadde på lengre sikt for deltakerne og foretok derfor en ytterligere evaluering tre måneder etter avsluttet utdanning. Resultatene av denne sluttevalueringen presenteres her.

Utførte en evalueringsstudie

Målet med evalueringsstudien var å undersøke om deltakerne på AME hadde hatt nytte av etterutdanningen på lengre sikt når det gjelder både faglig og praktisk kompetanse, herunder å avdekke eventuelle utilsiktede effekter av utdanningen.



«Vi utførte en evalueringsstudie med innhenting av både kvantitative og kvalitative data.»

Vi utførte en evalueringsstudie med innhenting av både kvantitative og kvalitative data. Det ble brukt et elektronisk spørreskjema bestående av obligatoriske, lukkede spørsmål med graderte svarmuligheter. Det var åpne og valgfrie spørsmål, og det var mulig å svare i utfyllende setninger.

Svarene på de åpne spørsmålene ble gjennomgått systematisk for å identifisere eventuelle overordnede temaer som gikk igjen blant deltakernes ordvalg og formuleringer, som for eksempel ord som «tryggere» og «trygghet». Skjemaet ble sendt deltakerne cirka tre måneder etter avsluttet etterutdanning, og svarene var anonyme. Totalt 122 personer fullførte AME i 2017. Alle ble tilsendt evalueringsskjemaet, og det ble oppnådd en svarprosent på 80 prosent.

Kartlegging gjennom spørreskjema

Siden AME var tverrfaglig, ønsket vi å kartlegge deltakernes utdanning i spørreskjemaet. Vi ba dem om å svare på utsagn omkring faglig trygghet og trygghet ved praktiske prosedyrer etter fullført utdanning. De hadde også anledning til å kommentere utsagnene. Vi spurte om deltakerne hadde begynt å utføre noen prosedyrer oftere enn før som følge av AME, og i så fall hvilke.

Videre spurte vi om deltakelsen på AME hadde fått noen spesielle konsekvenser for deltakerne og/eller jobben, og om de kunne komme med konkrete eksempler på situasjoner hvor de hadde hatt nytte av utdanningen. Vi spurte også om nytten av utlevert studiemateriell, om de ville anbefale AME til andre, og om deltakerne fikk dekket utgiftene i forbindelse med etterutdanningen. Svarene på disse spørsmålene blir ikke presentert her.

Kunnskapsbasert undervisning

Akuttmedisinsk eldreomsorg ble startet i januar 2017 og besto av to samlinger à tre dager som foregikk over ett semester i Bergen. To tredjedeler av undervisningen var teoretisk, med forelesninger, visning av film og gjennomgang av pasienthistorier med påfølgende diskusjon. Sentralt sto også etisk refleksjon om blant annet behandling kontra overbehandling.

En tredjedel av undervisningen var praktisk prosedyretrening. Foreleserne var intensivsykepleiere og en lege med bred og lang klinisk erfaring. Det ble også samarbeidet tett med erfarne spesialsykepleiere fra intensiv- og overvåkningsavdelinger ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Haukeland universitetssjukehus. Spesialsykepleierne var med som veiledere i prosedyretreningen.

Det ble lagt stor vekt på at undervisningen var kunnskapsbasert. De aktuelle temaene og prosedyrene kan ses i tabell 1. Valget ble foretatt dels på bakgrunn av funn i OLS-evalueringen og studien til Bing-Jonsson og medarbeidere, dels ut fra undervisernes egne kliniske erfaringer og en uformell forespørsel i vårt faglige nettverk. Enkelte prosedyrer var valgfrie (blodsuktermåling og lungestetoskopi), mens resten var obligatoriske. Sykepleiere og helsefagarbeidere fikk samme undervisning og anledning til å øve på samme prosedyrer. Det ble presisert at opplæring i prosedyrer ikke medførte sertifisering.

Funn fra spørreundersøkelsen

Sammensetningen av deltakernes utdanning i evalueringsstudien (n = 98) ses i figur 1. Tabell 2 viser at 93 prosent av deltakerne var delvis eller helt enig i utsagnene om økt faglig trygghet og trygghet på praktiske prosedyrer etter fullføring av AME. Ordene «tryggere» og «trygghet» ble i tillegg brukt uoppfordret av 36 prosent i de åpne kommentarfeltene. Eksempler på kommentarer fra deltakere: «Tryggere i arbeidsdagen min (som sykepleier), da vi ikke har lege på sykehjemmet og må ta en del vurderinger selv før lege tilkalles» og «I min jobb som hjelpepleier føler jeg meg tryggere og sikrere når jeg skal assistere sykepleieren i praktiske prosedyrer».

50 prosent svarte «ja» på spørsmålet: «Har du begynt å utføre noen praktiske prosedyrer oftere enn før som følge av AME?» Seks prosent svarte «vet ikke», men nevnte likevel flere prosedyrer. Figur 2 viser hvilke prosedyrer det dreide seg om. 75 prosent av respondentene var sykepleiere/spesialsykepleiere, mens resten var hjelpepleiere/helsefagarbeidere med eller uten spesialisering.

De tre mest brukte prosedyrene var for sykepleierne måling av blodtrykk (BT) og oksygenmetning i blodet (saturasjon, SpO₂), innleggelse av permanent urinkateter og nevrologisk undersøkelse. De tilsvarende prosedyrene for helsefagarbeiderne var BT- og SpO₂-måling, 12-avlednings-EKG og nevrologisk undersøkelse/blodsukkermåling (delt tredjeplass).

Deltakelse førte til diskusjoner

På spørsmålet «Har deltakelsen på AME hatt noen spesielle konsekvenser for deg og/eller jobben din?» rapporterte 30 prosent at de nå utførte grundigere undersøkelser før de kontaktet lege eller AMK. De hadde bedre kommunikasjon med lege og AMK og opplevde å bli tatt mer på alvor av lege og AMK.

25 prosent hadde bidratt til direkte og/eller indirekte spredning av kunnskap på arbeidsplassen, for eksempel undervisning av kolleger, økt rådgivning/veiledning og faglige diskusjoner.

Eksempel på utsagn fra en deltaker: «Vi har hatt undervisning til resten av personalet i infeksjoner, sepsis og hjertesvikt. Det var godt mottatt. UVI, pneumoni og hjerneslag er kommet på plakaten til neste undervisning.»

En annen deltaker sa dette: «Vi er flere i min avdeling som har deltatt, eller deltar nå. Vi har viktige diskusjoner nesten daglig!» og «Økt kompetanse i avdelingen har ført til at pasientene behandles lenger i avdelingen før eventuell overflytting til sykehusavdelingen [...]».

Økt yrkesstolthet og motivasjon

Seks prosent rapporterte at deltakelsen på AME hadde medført økt yrkesstolthet og motivasjon til å fortsette i jobben. Andre konsekvenser av deltakelsen på AME var lønnsøkning, økt tillit som helsefagarbeider, innføring av palliativ plan / beslutningsnotat på alle pasienter på sykehjemmet, deltakelse i kommunens palliative gruppe og nettverksbygging.



«Én deltaker foreslo at utdanningen burde bli delt opp med sykepleiere og helsefagarbeidere hver for seg.»

Et par respondenter rapporterte at arbeidsgiveren hadde ment at utdanningen ikke var relevant for deltakernes jobb på sykehjemsavdelingen, og at ønsket om større ansvar på arbeidsplassen ikke ble imøtekommet. Én deltaker foreslo at utdanningen burde bli delt opp med sykepleiere og helsefagarbeidere hver for seg.

På spørsmålet «Var det noen temaer du savnet i undervisningen?» ble blodprøvetaking og hjerte-lunge-redning spesielt fremhevet (7 prosent).

Nytteverdien av AME

På spørsmålet «Kan du gi et konkret eksempel på en situasjon hvor du har hatt nytte av det du lærte på AME?» rapporterte 12 prosent at de hadde oppdaget tegn på sepsis tidlig. 7 prosent ga som eksempel at de hadde utført lungestetoskopi og avdekket tidlige tegn på pneumoni. Andre ga som eksempel at de hadde lagt inn PVK (7 prosent) eller utført nevrologisk undersøkelse og funnet tegn på hjerneslag (3 prosent).

Noen deltakere (3 prosent) opplyste at etterutdanningen hadde satt søkelyset på korrekt utførelse av prosedyrer på arbeidsplassen. En annen konsekvens var tildeling av en ny arbeidsoppgave: nedleggelse av nasogastrisk sonde. Denne prosedyren ble tidligere kun utført av en lege. Noen hadde brukt kunnskapen fra utdanningen i forbindelse med terminalpleie eller assistanse på palliativ avdeling (tre prosent). En rekke andre eksempler ble også gitt.

Flertallet følte seg tryggere i arbeidet

Et klart flertall av deltakerne følte seg tryggere, både faglig og ved praktiske prosedyrer etter gjennomføringen av AME. Dette var en ønsket effekt og tyder på at undervisningen var relevant og lagt på et passende nivå.

50 prosent svarte at de – som følge av AME – hadde begynt å utføre prosedyrer oftere enn før. Dette har sannsynligvis sammenheng med økt oppmerksomhet på tidlig identifisering av sykdomsforverring og rask iverksetting av tiltak og behandling for å forhindre komplikasjoner.

Blant deltakerne som svarte på spørsmålet «Har du begynt å utføre noen praktiske prosedyrer oftere enn før, som følge av AME?», var 75 prosent sykepleiere eller spesialsykepleiere. En mulig forklaring på denne fordelingen er at sykepleiere i større grad enn helsefagarbeidere konsentrerer seg om å utføre systematiske observasjoner og aktuelle prosedyrer etter AME.

Samtidig kan det være at helsefagarbeidere hadde fått et bedre klinisk blikk og tidligere avdekket sykdomsforverring og varslet sykepleiere, uten nødvendigvis å ha utført prosedyrer som for eksempel BT-måling først. Dette forholdet ble ikke kartlagt i studien, men hadde vært interessant å se nærmere på.

Ble bedre på prosedyrer

Prosedyren som i størst grad ble utført oftere som følge av AME, var BT- og SpO2-måling. Dette er ikke overraskende siden BT- og SpO2-måling er en grunnleggende undersøkelse ved enhver akutt og alvorlig sykdom. Det vitner om mer oppmerksomhet rundt tidlig oppsporing av sykdomsforverring.

Nevrologisk undersøkelse var også blant de tre hyppigst utførte prosedyrene. Dette er heller ingen overraskelse siden de fleste ikke kunne utføre en nevrologisk undersøkelse i forveien. Deltakerne på AME jobber med en pasientgruppe som er utsatt for hjerneslag (10), og prosedyren hadde derfor høy relevans.



«De forventede positive effektene av AME handlet om økt trygghet både faglig og praktisk.»

Ved evaluering av utdanninger vil man vanligvis konsentrere seg om å undersøke de forventede effektene, men også uventede, viktige effekter kan oppstå (11). De forventede positive effektene av AME handlet om økt trygghet, både faglig og praktisk. Videre handlet de om utførelse av grundigere undersøkelser før kontakt av lege/AMK, bedre kommunikasjon til og opplevelse av å bli tatt mer på alvor av lege/AMK.

I tillegg kunne deltakerne ved gjennomført etterutdanning oppdage sykdomsforverring tidligere, og de reflekterte mer over etiske problemstillinger omkring behandlingsnivå.

Uventede positive effekter

De uventede positive effektene var for eksempel uoppfordret spredning av kunnskap på egen arbeidsplass som mulig har økt kompetansen til flere ansatte i eldreomsorgen, og ikke kun deltakerne på AME.

Andre uventede positive effekter blant deltakerne på AME var økt yrkesstolthet og motivasjon til å fortsette i jobben. Dette er viktig i en tid hvor tendensen er at ansatte i helsevesenet er utsatt for et stort press med høy arbeidsbelastning og stort sykefravær (12).

Lønnsøkning og større tillit som helsefagarbeider var også positive uventede effekter, som kan tyde på økt verdsetting av ansatte i eldreomsorgen og et mulig styrket tverrfaglig samarbeid.

Blant uventede negative effekter ble det sett at enkelte arbeidsgivere ikke anerkjente deltakernes beslutning om å ta etterutdanningen, og deltakerne fikk ikke mer ansvar eller nye oppgaver selv om de følte seg klar for dette. Slike tilbakemeldinger kan skyldes ulike forhold, både på individ- og systemplan, som for eksempel ulik prioritering av ressurser i kommunene, og vil ikke bli diskutert nærmere her.

Nyttige tilbakemeldinger

Det ble nevnt at Verdighetsenteret burde tilby separat utdanning for henholdsvis sykepleiere og helsefagarbeidere. Vi erkjenner at det er ulik oppgave- og ansvarsfordeling mellom disse yrkesgruppene. Men slik bemanningen er i eldreomsorgen, er tverrfaglig samarbeid avgjørende for at pasienten skal kunne bli godt ivaretatt (13, 14). Dette samarbeidet vil, etter vår mening, bedres hvis de forskjellige faggruppene har innsikt i og forståelse for hverandres oppgaver og ansvar.



«Helsefagarbeiderne syntes ikke det faglige nivået var for høyt.»

Et eksempel er innleggelse av perifer venekanyle (PVK) og administrering av intravenøse (iv) medikamenter og væske. Selv om dette er sykepleieroppgaver er det nødvendig at helsefagarbeideren også kan identifisere infeksjonstegn fra innstikkssted, for eksempel under stell. Av evalueringen fremkom det dessuten at helsefagarbeiderne ikke syntes det faglige nivået var for høyt, og de hadde stort utbytte av utdanningen.

Det ble ikke kartlagt hva deltakerne mente om at utdanningen var tverrfaglig sammensatt. Ut fra en samlet vurdering av besvarelsene på evalueringsskjemaet og muntlige tilbakemeldinger fikk vi et klart inntrykk av at den tverrfaglige deltakelsen var verdifull.

Et nasjonalt tilbud

I denne studien ble det ikke systematisk samlet inn opplysninger om ansettelsessted og arbeidserfaring. Slike opplysninger kunne blant annet ha avdekket om relevansen av AME varierte mellom ulike arbeidssteder, og om det var sammenheng mellom interessen for AME og deltakernes arbeidserfaring.

Det ble imidlertid foretatt en muntlig presentasjonsrunde på første samling, hvor disse opplysningene delvis ble kartlagt: De fleste var ansatt på sykehjem og/eller i hjemmesykepleien, men enkelte var ansatt i spesialisthelsetjenesten, og både nyutdannede og personer med over 30 års erfaring deltok uten noen klar tendens til overrepresentasjon.

Hvis effekten av AME hadde vært gjort som del av en intervensjonsstudie, kunne man blant annet ha avdekket eventuelle reduksjoner i antall sykehusinnleggelse og økt bruk av intravenøs væske og antibiotikabehandling i kommunehelsetjenesten, slik Romøren og medarbeidere har gjort (15).

AME ble tilbudt på et nasjonalt plan. Fordelen med denne modellen var at utdanningen ble lettere tilgjengelig for helsepersonell, og dermed fikk et større nedslagsfelt. Deltakerne kom da også fra hele landet: 67 kommuner fordelt på 17 fylker.

Et nyttig tilbud

Evalueringen av AME i 2017 viste at fagutdannet helsepersonell ansatt i eldreomsorgen følte seg tryggere og bedre rustet til å håndtere de akutt og alvorlig syke gamle. Verdighetsenteret har nå opprettet AME som et fast tilbud og jobber kontinuerlig med videreutvikling og forbedring.

Det ble blant annet holdt et to dagers oppfølgingsseminar høsten 2018 med gjennomgang av nye temaer og prosedyrer (hjerte–lunge-redning, etikk og scenarietrening i akutt og alvorlig sykdom), som tidligere deltakere hadde etterspurt. Forhåpentligvis fortsetter ansatte og arbeidsgivere i eldreomsorgen å se AME som et nyttig tilbud og som passende for dem som ikke ønsker eller har mulighet for å ta en videreutdanning eller master på fagområdet.

Sykepleien opplyser om at Silje B. Eikemo og Gro Helen Dale er ansatt ved Verdighetsenteret.

Referanser

1. Husebø S, Husebø B. Omsorg ved livets slutt. I: Husebø S, Sætrang M, red. En verdig alderdom – Omsorg ved livets slutt. 1. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. s. 21–35.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Regjeringen.no; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/id624655/> (nedlastet 11.02.2019).

3. St.meld. nr. 47 (2008–2009).
Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (nedlastet 11.02.2019).
4. Bruvik F, Drageset J, Abrahamsen JF. Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. Sykepl Forsch. 2017 aug.:(60613):e-60613.
DOI: [10.4220/Sykepleienf.2017.60613](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613)
5. Helsetilsynet. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Oslo; 2016. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016. Tilgjengelig fra:
https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf (nedlastet 11.02.2019).
6. Tønnessen M. Aldring i Norge. Sosiologi i dag. 2015;45(3):7–23.
7. Husebø B, Flo E. Leder – Alders- og sykehjemsmedisin. Omsorg. 2015;(1):3–4.
8. Maher, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. 2014;13(1):1–11.
9. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nursing; 2016;15(1). DOI: [10.1186/s12912-016-0124-z](https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z)
10. Wyller TB. Hjerneslagsykdommer. I: Geriatri En medisinsk lærebok. 2. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 320–45.

11. Guskey TR. Evaluating professional development. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2000.

12. Norsk Sykepleierforbund. Arbeidsmiljø i helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/113675/17073/Generell-artikkel-om-arbeidsmiljo-i-helsetjenesten> (nedlastet 04.05.2018).

13. Gautun H, Bratt C. Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2014. NOVA-rapport 14/2014.

14. Norsk senter for menneskerettigheter. Menneskerettigheter i norske sykehjem. Oslo: Nasjonal institusjon for menneskerettigheter ved UiO; 2014. Temarapport 2014.

15. Romøren M, Gjelstad S, Lindbæk M. A structured training program for health workers in intravenous treatment with fluids and antibiotics in nursing homes: A modified stepped-wedge cluster-randomised trial to reduce hospital admissions. PLoS One. 2017;12(9):1–21.