

**NETTVERK FOR
RESSURSSYKEPLEIERE
INNEN
PALLIASJON OG KREFTOMSORG**



INNHALDSFORTEGNELSE

	side
1.0 INNLEDNING	1
Bakgrunn	
Nettverksarbeid i Buskerud	
2.0 PALLIASJON OG KREFTOMSORG	3
Palliativ enhet, Sykehuset Buskerud	
Definisjon av palliasjon	
Pasientgruppen	
3.0 NETTVERKETS BETYDNING	5
Samhandling og organisering	
Ledelsesforankring	
Styringsgruppe	
Driftsgruppe	
Felles faglige retningslinjer	
4.0 RESSURSSYKEPLEIERENS ANSVARSOMRÅDE	8
Klinisk arbeid	
Samhandling og systemarbeid	
Kompetanseutvikling	
Opplæring i bruk av medikamenter til døende	
5.0 NETTVERKSOVERSIKT	10
REFERANSELISTE	11
VEDLEGG	

Planen er utarbeidet i november 2008, Palliativ enhet, Sykehuset Buskerud. Revidert februar 2010, i samarbeid med Undervisningssjukeheimen for Buskerud.

1.0 INNLEDNING

Bakgrunn

Det er gjennom ulike nasjonale utredninger og strategiplaner de siste 10 årene lagt føringer for god palliativ behandling og god samhandling mellom 1., 2.- og 3. linjehelsetjenesten. Det påpekes at organiseringen bør være slik at pasientene opplever de ulike aktørene og deres kompetanse som en sammenhengende behandlingsskjede (NOU, 1997:20; NOU, 1999:2; Kreftplan for Helse Sør, 2004-2008; St.meld.nr.25 (2005-2006). Norsk Offentlig utredning (NOU, 2005:3) 'Fra stykkevis til helt', anbefaler å bygge nettverk for å styrke samhandlingskompetanse. I "Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorg" (2007), beskrives kompetansenettverk av ressurspsykepleiere som "et nettverk av sykepleiere med definert ansvarsområde og funksjon innenfor palliasjon i foretaksområdet" (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007,s.106). Fastlegen har hovedansvar for pasienten. Ressurspsykepleiere innen palliasjon og kreftomsorg har en sentral rolle som koordinator opp mot sykehus og palliativt team. De kan, sammen med fastlegen, eventuelt palliativt team, være en brobygger i sykdomsforløpet og en støtte for pasient og pårørende.

Nettverksarbeid i Buskerud

I Buskerud har det gjennom mange år vært et nettverk av kontaktsykepleiere innen kreftomsorg. Kreftforeningen med sitt Kompetansesenter for kreftomsorg, Buskerud (tidligere Omsorgssenteret) hadde, siden etableringen i 1994, opparbeidet et velfungerende nettverk av sykepleiere i alle kommuner, i alle soner og sykehjem, samt på sengepostene på sykehusene. Nettverket var godt forankret i de respektive kommuners pleie og omsorgsledelse og i ledelsen på sykehusene. Før dette var det etablert en tverrfaglig rådgivningsgruppe for omsorg ved livets slutt (ROLS), ved Buskerud sentralsykehus i 1985. Kongsberg sykehus etablerte en tilsvarende gruppe i 1987. Ved Sykehuset Buskerud er ROLS i ferd med å avvikles. Funksjonen blir ivaretatt av palliativ enhet ved sykehuset. I Buskerud ble prosjektet "Nettverksbasert kreftomsorg" gjennomført i 2001-2002. Forpliktende avtaler med rådmenn i ni kommuner ble gjennomført (Kreftforeningen, 2004a).

Palliativ enhet ved Sykehuset Buskerud ble opprettet i januar 2007. De har i dag overtatt ansvaret for driften av det tidligere nettverket, etter at Kompetansesenteret for kreftomsorg i Drammen, ble lagt ned i 2005. Enhetskoordinator Gry Buhaug, har oppdatert nettverkslisten med navn på ressurspsykepleiere i Buskerud og arrangert åpne fagdager i samarbeid med Ringerike og Kongsberg. Siden 2008, da Palliativ enhet, Sykehuset Buskerud, la planer for nettverksarbeid, har det skjedd en omorganisering. De tidligere sykehushuset i Buskerud: Kongsberg sykehus, Sykehuset Buskerud og Ringerike sykehus med Hallingdal sjukestugu, er slått sammen til Vestre Viken, inkludert Asker og Bærum sykehus. Alle sykehusene har palliative team, og samarbeider med kommunene i sitt nedslagsfelt. Dette har vært en god løsning som har fremmet det lokale samarbeid. Det er i dag, ikke avklart hvordan de palliative enhetene kommer til å samhandle i den nye sammenslåingen. Vi ønsker imidlertid å opprettholde modellen vi har i Buskerud med felles nettverk for palliasjon og kreftomsorg.

Ål kommune fikk i mars 2008 tildelt ansvaret for å drive Undervisningssjukeheimen (USH) for Buskerud. Etter en 2 års prosjektperiode, blir drift av USH Buskerud, videreført i Ål kommune fra februar 2010. USH har en sentral oppgave knyttet til nettverksbygging i egen kommune og Buskerud fylke, med fokus på den eldre pasient i livets slutfase. Med bakgrunn i midler fra Helsedirektoratet 2009/2010, har de opprettet en prosjektlederstilling 30 % for et år, innen lindrende omsorg. USH vil samarbeide med Palliativ enhet, Sykehuset Buskerud og Kompetansesenter for lindrende behandling, Helse sørøst (KSLB). Dette året vil vi formalisere nettverket innen palliasjon og kreftomsorg ved forpliktende samarbeid med kommunene i Buskerud og spesialisthelsetjenesten. Målet er økt samhandling og videreutvikling av eksisterende fagnettverk.

Kompetansesenter for lindrende behandling (KSLB) i helseregion Sør-Øst, har i 2009 foretatt en kartlegging for å finne ut hvordan dette arbeidet drives i dag. De har på bakgrunn av dette utformet et dokument som beskriver anbefalinger i forhold til nettverksarbeid. Der følger de i hovedsak retningslinjer som er skissert i "Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for alliasjon i kreftomsorg" 2007. Der sier de at Palliativt senter har, i samarbeid med KSLB, ansvar for nettverket i sitt foretaksområde.

2.0 PALLIASJON OG KREFTOMSORG

Palliativ enhet, Sykehuset Buskerud

Palliativ enhet på Sykehuset Buskerud ble opprette i januar 2007 etter en prosjektperiode på et drøyt ½ år. Personalet omfatter en avdelingsoverlege med spesialistutdanning innen anestesi, en spesialsykepleier innen palliasjon som enhetskoordinator og en spesialsykepleier i palliasjon i klinisk virksomhet. Enheten har i tillegg helsesekretær tilknyttet seg. Teamet jobber tverrfaglig med sosionom og prest. Enheten har en konsulentfunksjon innad på sykehusets sengeposter og en ambulant funksjon ut mot kommunene i nedslagsfeltet. Teamet reiser ut til tre lindrende enheter i 1.linjetjenesten for regelmessige samarbeids- og fagmøter. I tillegg har enheten en poliklinikk slik at hjemmeboende pasienter kan følges opp med konsultasjoner og kontroller. I Sykehusets strategiplan ble det bestemt at enheten i 2008 skal utvides til å bli et Palliativt Senter, som en paraply for palliativ virksomhet i fylket, slik oppdragsdokumentet fra tidligere Helse Sør har beskrevet. Enheten er da planlagt å bestå av en sengeenhet, muligens 3 heldøgnsenger i en moderpost, med eget kompetent personale, samt en fag- og utviklingsenhet som kan drifte nettverk av ressursykepleiere, utarbeide prosedyrer og retningslinjer for foretaket, ha ansvar for hospitering for ulike yrkesgrupper, samt delta i fagutviklings- og forskningsprosjekter. Palliativt senter er ved skrivende stund ikke kommet på plass, og ligger på vent.

Definisjon av palliasjon

Palliasjon er definert av WHO som: ... aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Kaasa, 2008). Den palliative kulturen kjennetegnes ved:

- En helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende.
- Respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon.
- Aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer.

- Forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå.
- Fokus på åpen kommunikasjon og informasjon.
- Tverrfaglig arbeid.
- Koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene.
- Systematisk samarbeid med andre medisinske fagområder.

Pasientgruppen

Pasientgruppen er stor og sammensatt. Etter 3 års drift ved Palliativ enhet, Sykehuset Buskerud, ser vi at 90 % av henviste pasienter har en kreftdiagnose. Resterende pasienter har annen kronisk og alvorlig lidelse, som hjerte-, lunge- eller nyresykdom. Årlig får ca 24 500 nordmenn kreft. 60 % av kreftdødsfallene skjer før 80 års alder, slik at det relativt sett er en yngre pasientgruppe som blir henvist til palliativ enhet. Flere og bedre behandlingstilbud gjør at mange lever lengre med sykdommen. Kreftpasienters situasjon kan altså variere fra kortvarig og helbredende behandling, til et mer kronisk forløp med flere års behandling. For enkelte diagnosegrupper vet vi at leveutsikten er kort, og rask etablering av et godt tilbud vil gjøre den begrensede tiden som er igjen best mulig. Palliativ enhet på Sykehuset Buskerud får henvist over 200 pasienter i året, de aller fleste fra lokalt nedslagsfelt. Vi har til enhver tid henvist / oversikt over 70 – 80 pasienter som enten befinner seg på sykehuset, i hjemmet eller på lindrende enheter / sykehjem i nedre Buskerud. Disse pasientene og pasienter som ikke blir henvist, har behov for å møte kvalifisert palliativ behandling for lindring av smerter og andre plagsomme symptomer. De trenger å møte et helsevesen som har kompetanse om kartlegging, behandling og organisering. Økningen i antall mennesker som får kreft og økningen av antallet eldre mennesker i befolkningen tilsier at smertebehandling og palliativ behandling er, og vil være en viktig oppgave fremover i kommunenes helse- og omsorgstjeneste, og i spesialisthelsetjenesten.

3.0 NETTVERKETS BETYDNING

Samhandling og organisering

Lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3 pålegger helsepersonell å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger. På en rekke områder har også førstelinjetjenesten en kompetanse som er verdifull for spesialisthelsetjenesten. En gjensidig veiledningsplikt er derfor nødvendig for å sikre best mulig kompetanse på begge nivå. Målet er å skape en helhetlig helsetjeneste og å motvirke at grensesnittet mellom to samhandlende linjer blir en flaskehals, med ressursløsning og kvalitetsbrudd som konsekvens (NOU 2005:3). Vi ser at pasientbehandling stadig blir mer komplisert, og at slik behandling også foregår hjemme hos pasientene og på sykehjem. God kontakt mellom de behandlingsansvarlige eller ressurssykepleiere på sykehus og i kommunehelsetjenesten er svært viktig. Utveksling bør skje både på individplan og i grupper, ved bruk av fagdager og kurs. Ressurssykepleierne vil tilføres kompetanse både generelt og i forhold til aktuelle pasientsituasjoner.

Det er mange utfordringer innen palliasjon og kreftomsorg. Organisering av tjenestene er svært viktig, og at riktig kompetanse rundt pasienten er på plass der pasienten er. Pasient og pårørende må oppleve trygghet og faglig kvalitet skal de få ro i situasjonen og klare å håndtere utfordringene de står oppe i. For at pasienter med langtkommen avansert lidelse i palliativ fase som ønsker det skal kunne være hjemme, ser vi det som essensielt at de har en ressurssykepleier med ansvar for koordinering av tjenestene innen pleie og omsorg. Fastlegen sitter med hovedansvaret for pasienten. Ressurssykepleieren har et særskilt ansvar for å bistå kommunens personale og bygge opp kompetanse i forhold til lindrende behandling, pleie og omsorg (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Pasienten veksler mellom å være hjemme, på sykehus eller på institusjon, noe som kompliserer kommunikasjon og behandlingsansvaret. Samtidig er det mange ulike aktører på de enkelte nivå, både i forhold til turnusordninger, og med tanke på tverrfaglighet. Pasienters og pårørendes tillit til de stadig mer kompliserte behandlingsforløpene hviler på kompetanseflyten mellom 1. og 2. linjetjenesten. Ressurssykepleier vil være en koordinator opp mot sykehus, eventuelt palliativt team, og sammen med fastlegen, eventuelt teamet, være en brobygger i sykdomsforløpet og en støtte for pasient og pårørende. Det er viktig å bygge opp kompetansen der pasienten er, og legge til rette for god omsorg på lavest mulig

omsorgsnivå (LEON-prinsippet). I dag er dette omtalt som BEON-prinsippet. Det vil si best mulig omsorgsnivå. Dersom det er ansatt kreftsykepleier eller sykepleier innen palliasjon i kommunen / sengeposten vil det være naturlig at denne innehar ressurspsykepleierfunksjonen. Det er viktig med god allmenn kompetanse som sikrer alle døende god omsorg og pleie, basert på kunnskap, et minstemål av palliasjon, uavhengig om palliativt team er inne i bildet. Ressurspsykepleier vil bidra til å spre grunnleggende kunnskap, ferdigheter og holdninger til fagmiljøet rundt seg. Hun/han vil også bidra til å løfte frem ulike typer kompetanse som finnes i kommunen eller foretaket (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Ledelsesforankring

Skal gruppen med ressurspsykepleiere ha legitimitet og gode arbeidsvilkår, må den forankres i ledelsen i de respektive foretak og kommuner. Eriksson (2009) har gjennomgått undersøkelser som er gjort på nettverk i førstelinjetjenesten. Felles funn peker på manglende forpliktende avtaler mellom alle aktørene i nettverket, det vil si arbeidsgiver, arbeidstaker, driftsgruppe, ledelse i kommunene og i helseforetakene. Resultatet er at ressurspsykepleiere føler seg alene, uten forståelse og mulighet til å utøve sin tiltenkte funksjon, som igjen fører til et dårligere tilbud for pasienten. Videre at forpliktelsene mellom arbeidsgiver, ressurspsykepleier og kursholdere må styrkes. Nettverksarbeid krever politisk og administrativ forankring (Eriksson, 2009). I Buskerud vil vi arbeide for å innføre intensjonsavtaler og funksjonsbeskrivelser, som vil gi føringer for avtaler og forpliktelser. Disse tenkes brukt mellom den enkelte ressurspsykepleier og dennes leder til å sette opp plan, ramme og mål med sykepleierens arbeid og må således forankres også på mellomleders nivå. Tilsvarende er tenkt mellom en styringsgruppe for nettverket og ledelsen i foretakene og i kommunene. Avtalen og funksjonsbeskrivelsen skal også forankres i sykehusets kvalitetssystem.

Styringsgruppe

Det skal etableres en styringsgruppe som er ledelsesforankret på et høyt nivå med representanter fra kommuner, sykehus, Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling (KSLB) for Helseregion Sør-Øst, Høgskolen i Buskerud og Fylkesmann. Styringsgruppens mandat er å formalisere ressurspsykeleiernettverket og utarbeide bindende intensjonsavtaler med funksjonsbeskrivelser. Videre arbeid for styringsgruppen er revisjon og å følge opp

driftsgruppens arbeid. Styringsgruppen oppnevnes for 2 år. Behovet for videreføring vil da evalueres.

Driftsgruppe

Det opprettes en driftsgruppe under ledelse av styringsgruppen og palliativt senter på Sykehuset Buskerud. De som vil være representert er: De palliative enhetene ved sykehusene, ressurspsykeleierne i hjemmetjenesten, lindrende enheter på institusjon/sykehjem, Kreftforeningen, og Undervisningssjukeheimen for Buskerud (USH). Arbeidsoppgaver vil være å bidra til et godt samarbeid, praktisk drift og planarbeid, bidra til kompetanseutvikling, felles faglige retningslinjer, prosedyrer og felles samlinger. Leder i gruppen rapporterer til styringsgruppen.

Felles faglige retningslinjer

Den tidligere kontaktskykeleierfunksjonen har i stor grad vært preget av ildsjel og frivillighet, funksjonen har derfor vært personavhengig. Det har ikke vært formaliserte forventninger fra ledelse eller fagpersoner, og det har variert i ulik grad hvor mye tid den enkelte kontaktskykeleier har fått til sin spesialfunksjon. Det har heller ikke vært etablert systemer for samhandling. Felles rutiner for samhandling, kartlegging og koordinering ønskes å tydeliggjøres og integreres gjennom ressurspsykeleier. Det være seg:

- Bruk av meldeskjema ved utskrivningsklar pasient
- Standard kartlegging, ESAS
- Individuell plan / koordinator
- Involvering av fastlege
- Nettverksmøter / samarbeidsmøter

4.0 RESSURSSYKEPLEIERES ANSVARSOMRÅDE

Klinisk arbeid

Mange pasienter innen kreftomsorg eller i palliativ fase har sammensatte behov, kompliserte behandlingsforløp og følges opp av ulike aktører. Disse pasientene vil ha god nytte av en koordinator og sykepleier med spesialkunnskap. Ressurssykepleier skal ikke nødvendigvis være involvert i alle pasientene, men ressursykepleier skal påse / etterspørre at pasienter får et så godt tilbud som mulig, og ha oversikt over aktuelle pasienter i sin egen sone / avdeling. Videre kan ressursykepleier informeres og konsulteres vedrørende disse pasientene. Det er et mål at de gjør bruk av sin kliniske kompetanse i utøvende sykepleie både overfor pasienter og pårørende og som rådgiver / veileder for sine kollegaer. Det er også et mål at de tar initiativ til etablering av individuell plan og arbeider for at denne brukes / følges opp. Ressurssykepleier på sykehus tar oftest initiativ til å utarbeide en individuell plan, og ressursykepleier i kommunene vil ofte få en koordinerende rolle i oppfølgingen.

Samhandling og systemarbeid

Det er ønskelig at ressursykepleier skal være en ressurs og rollemodell for sine kollegaer. Det vil kunne oppnås med tydeliggjøring av funksjonen og med hjelp av lederstøtte. Det er leders ansvar å gi plass til tid for gjennomføring av internundervising med fokus på systemarbeid. Det er et mål at ressursykepleier tar ansvar for / tilrettelegger for interne kurs, og palliative enheter kan bidra med foredragsholdere. Ressurssykepleier er også ansvarlig for å oppdatere / videreformidle til sine kolleger etter selv å ha deltatt på kurs, i egnet forum. Videre skal ressursykepleier sammen med leder arbeide for å implementere rutiner for samarbeid og samhandling, (pasientoverføringer, bruk av sjekklister, osv.) Annet systemarbeid under ressursykepleiers ansvar vil være å ha informasjon tilgjengelig for sine kollegaer. Det vil bli utarbeidet en egen ressursykepleierperm med ulike typer informasjon om blant annet nettverksadresser, faglige retningslinjer, ESAS, individuell plan, oppfølging av barn og unge, informasjon fra nettverkssamlinger og annet.

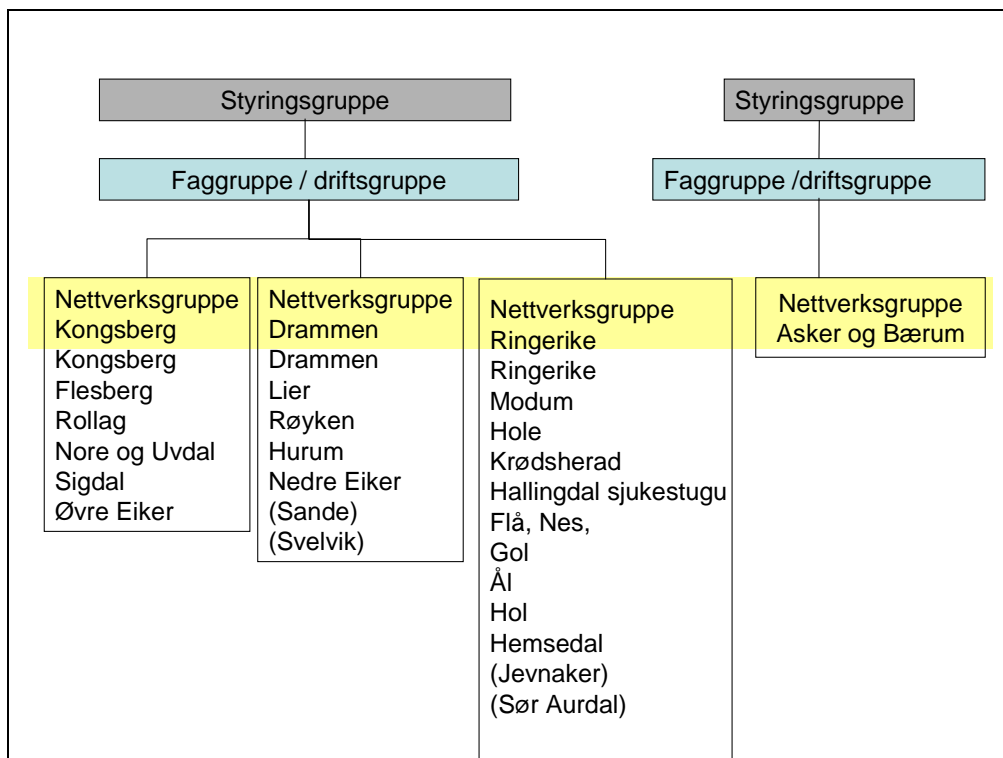
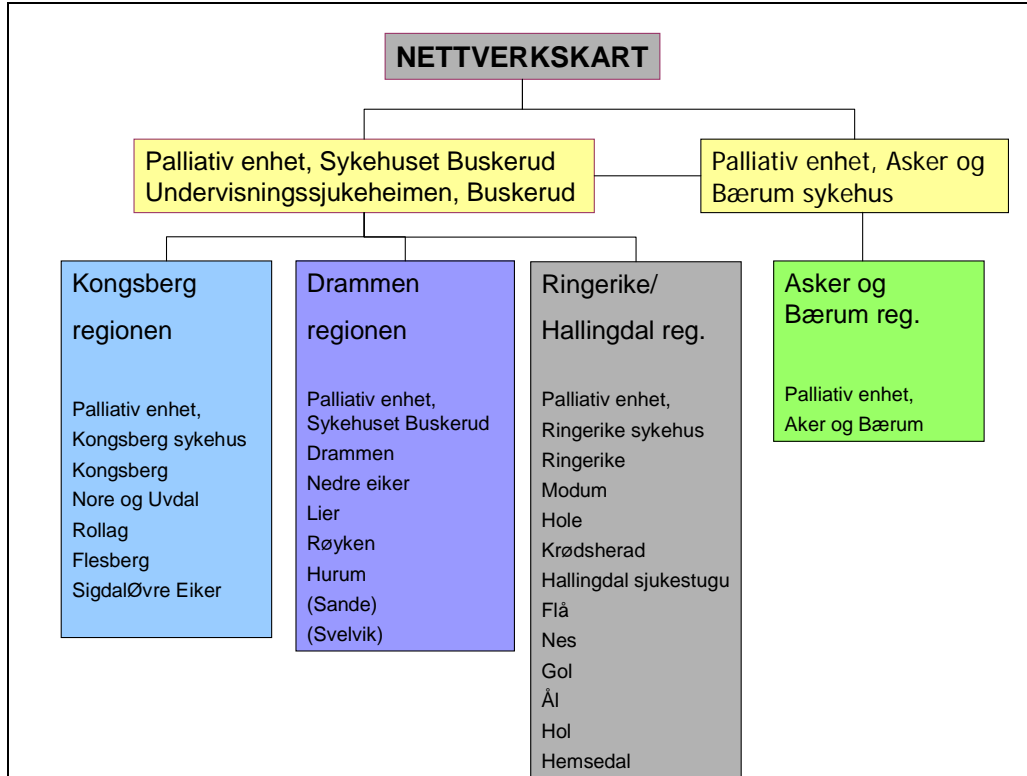
Kompetanseutvikling

Årlige samlinger blir viktig for å styrke nettverksbygging og samhandling. Det legges opp til 2-3 dager i året. En av dagene er et heldags fagseminar åpent for alle helsearbeidere innen palliasjon i hele fylket. Denne dagen har blitt gjennomført i 2008 og samlet 150 sykepleiere/hjelpepleiere fra hele fylket, med ernæring som tema. Våren 2010 planlegger vi en åpen fagdag med tema kommunikasjon, ved Sykehuset Buskerud. I tillegg starter opplæring i "Kompetanseplan for ressurspsykepleiere" innen palliasjon og kreftomsorg. Dette skal bidra til en felles plattform av kunnskap, ferdigheter og holdninger. Introduksjonskurset starter med to dager høsten -10. Det vil være nyttig å invitere mellomledere en ½ dag for å styrke legitimitet og funksjon til ressurspsykeleieren. Kompetansepakken vil siden arrangeres jevnlig, for å fange opp nye ressurspsykeleiere.

Opplæring i bruk avmedikamenter til døende.

Andre kompetansehevende tiltak dette året er "Systematisk opplæring i bruk av medikamenter til døende pasienter," og utprøving/utplassering av beredskapsskrin. Ifølge Standard for palliasjon, bør man tilstrebe at pasienten kan få dø der hun/han ønsker det, og legge forholdene til rette for en verdig død (Norsk Forening For Palliativ Medisin (NFPM), 2004). WHO's krav til terminal pleie sier blant annet at pasienten skal få lindring av smerter og andre plagsomme symptomer. Det innebærer at pasienten må kunne få medikamenter subkutan, og at sentrale medikamenter som analgetika, anxiolytika og antiemetika skal være tilgjengelig. Sunniva klinikken i Bergen har erfaring i bruk av medikamentskrin. Det er benyttet til pasienter tilknyttet klinikken. Erfaringene viser at alle pasienter hvor skrinet ble tatt i bruk, døde godt lindret. Tilbakemeldingene fra primærhelsetjenesten var meget positive. De som er nærmest oss med god erfaring med dette er Porsgrunn kommune. Eva Markseth Lia og Ronny Dalene har utarbeidet et undervisningsopplegg som vi ønsker å benytte oss av. Hallingforsk leder fremdriften av dette arbeidet i Hallingdal. Det skal utarbeides en plan for praktisk gjennomføring, retningslinjer, og kostnadsoversikt. Palliativ enhet i Drammen har allerede benyttet seg av dette hos noen pasienter. Vi tenker oss derfor å prøve ut dette, i samarbeid med de palliative enhetene ved sykehjem, i vårt nedslagsfelt.

5.0 NETTVERKSOVERSIKT



REFERANSER :

Eriksson, S (2009). Faktorer som påvirker ressursykepleierens rolle og funksjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg. Bergen

Kreftforeningen. 2004a. *Nettverksbasert kreftomsorg: Del I. Kommunal kontaktperson som brobygger. Del II. Ettorevaluering.* Rapport fra Kreftforeningen nr 2/2004. Oslo: Kreftforeningen.

Kaasa, S (red), (2008). *Palliasjon. Nordisk lærebok.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Forening For Palliativ Medisin: ”Standard for Palliasjon”, 2004.

Sosial- og helsedepartementet (1997). *Omsorg og kunnskap, norsk kreftplan.* NOU 1997:20, Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

Sosial- og helsedepartementet (1999). *Livshjelp.* NOU 1999:2, Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

Sosial- og helsedepartementet (2004). ”Kreftplan for Helse Sør 2004-2008” Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

Sosial- og helsedepartementet (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.* NOU 2005:3, Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorg (2007).* Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

Stortingsmelding nr.25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer.* Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet.

Vedlegg

”Organisering av nettverk i helseregion sør-øst; anbefalinger”. Kompetansesenter for lindrende behandling, helseregion sør-øst.

Vedlegg 1: Handlingsplan – 2010