



DRAMMEN
KOMMUNE

OMSORGS-
TJENESTEN

LINDRENDE BEHANDLING, PLEIE OG OMSORG

Plan for tjenester til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid



April 2008

INNHOOLD

INNLEDNING	3
1.0 BAKGRUNN	4
1.1 Nasjonale føringer	4
1.2 Helse Sør/ Øst.....	4
1.2.1 Sykehuset Buskerud	5
1.3 Drammen kommune	5
1.3.1 Kontor for tjenestetildeling	5
1.3.2 Lindrende enhet	6
1.3.3 Øvrig institusjonstjeneste.	7
1.3.4 Hjemmetjenesten	7
1.3.5 Nettverk av ressurspsykepleiere	8
1.3.6 Palliasjonsprosjektet.....	8
2.0 KARTLEGGING AV FAGLIG KOMPETANSE OG SAMARBEID	9
2.1 Kartlegging av faglig kompetanse.....	9
2.1.1. Opplæringsplan	9
2.2 Samarbeid innad i kommunen.....	10
2.3 Samarbeid mellom helsetjenestenivåer	10
3.0 MÅL	10
4.0 ORGANISATORISKE TILTAK	11
4.1 Lindrende enhet.....	11
4.2 Dagplasser	12
4.3 Fagkoordinator	12
4.4 Hjemmetjenester.....	13
4.5 Ressurspsykepleiernetverk	13
4.6 Frivillig arbeid.....	13
4.7 Individuell plan	13
4.8 Samhandling med Sykehuset Buskerud	14
4.9 Interkommunalt samarbeid.....	14

Vedlegg:

Vedlegg 1 Prosjektmandat

Vedlegg 2 Kartlegging av faglig kompetanse og samarbeid i Drammen kommune

Vedlegg 3 Opplæringsplan for ressurspsykepleiere

Vedlegg 4 Modell for tjenester og samhandling knyttet til lindrende behandling, pleie og omsorg i Drammen kommune.

Vedlegg 5 Funksjonsbeskrivelse for ressurspsykepleier

INNLEDNING

Rundt 10 000 mennesker dør årlig av kreft i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2006). Av disse dør 6 000 innen et år etter at diagnosen er stilt (Helsedepartementet, 2004). De resterende 4000 som årlig dør av kreft har vært gjennom ulike faser av sykdom og behandling. Statistikk viser at i 2004 døde 41257 i Norge. Av disse døde 40 % i sykehus, 37,8 % i sykehjem og 18,6 % hjemme eller annet oppgitt sted utenfor institusjon (Statistisk sentralbyrå, 2006). I tillegg til kreftpasienter er det andre pasientgrupper som også trenger palliativ behandling og pleie og omsorg som kan ha et ønske om å avslutte livet hjemme. Det gjelder særlig pasienter som har lidelser som hjertesvikt, kols og ALS. Interesse og satsning på palliasjon er økende, men fortsatt rapporteres det om mangelfull lindring av symptomer og plager og at systemer for kommunikasjon og samhandling ikke er gode nok. (Nou 1997:20 og Nou 1999:2).

Pasienter som trenger palliativ behandling lever med vekselvise perioder hjemme og i sykehus. De er avhengige av sykehusets kompetanse og infrastruktur samtidig som de ønsker å bruke tilmålt tid hjemme (Helsedepartementet, 2004). Mange ønsker å dø hjemme, men våger det ikke i frykt for å ikke få tilstrekkelig og adekvat hjelp. Når sykdommen ikke lenger kan kureres er det primære målet med behandlingen: livsforlengelse, symptomforebygging og symptomlindring (Helsedepartementet, 2004 og Nou 1999:2).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har gitt innhold på begrepet ”palliative care”: ”Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual” (WHO, 2004).

Den palliative kulturen kjennetegnes ved

- 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
(Sosial og helsedirektoratet, 2007)

1.0 BAKGRUNN

1.1 Nasjonale føringer

Palliasjon i Norge er integrert i det ordinære helsevesen. Anbefalingen de siste 20 år fra offentlige utredninger tilsier at man ikke skal organisere noen særomsorg for denne pasientgruppen, men behovene skal søkes løst med bedre organisering og kompetanseheving lokalt og sentralt (Rosland, Haugen, Husebø og Kaasa, 2004.) Flere politiske utredninger tar for seg tjenestene til alvorlig syke og døende. Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende (Nou 1984:30), Omsorg og kunnskap, Norsk kreftplan (Nou 1997:20) og Livshjelp (Nou 1999:2). I tillegg har Den Norske legeforening utarbeidet en Standard for palliasjon og det er utarbeidet en Nasjonal Strategi for arbeid innenfor kreftomsorg fra Helsedepartementet i 2004. Både i Livshjelp og i Standard for palliasjon beskrives anbefalingene for organisering i tillegg til økt kompetanse.

Helse - og sosial departementet har utarbeidet nye nasjonale retningslinjer for palliasjon. Retningslinjene gir sterke føringer både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. For kommunehelsetjenesten gjelder det særlig etablering av palliative enheter i sykehjem, opprettelse av koordinatorstillinger, etablering av ressurspsykepleiernetverk, faglig kompetanseheving og bruk av individuell plan (Helsedepartementet, 2007).

Fra stykkevis til helt (Nou 2005:3) setter fokus på samhandlingen mellom 1., 2. og 3.linjetjenesten. Det foreslås ulike tiltak for å bedre samarbeidet. Tiltak som ambulante team, individuell plan, samarbeidsavtaler, praksiskonsulentordninger, Ikt-løsninger, nettverk av ressurspsykepleiere og bruk av åpen retur. Det legges vekt på den sentrale rollen et palliativt ambulante team bør ha i samhandlingen mellom helsetjenestenivåene. Teamet kan fungere som en brobygger mellom fylkeshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (NOU 1999:2 s.76).

1.2 Helse Sør/ Øst

Helse Sør kom med en ny Kreftplan for perioden 2004 – 2008 i juni 2004. Den har som målsetning at tjenestene skal være faglig tilfredsstillende, at det er likt tilbud til alle og tilfredshet med tilbudet blant pasienter og pårørende. De understreker at det må være viktig å utarbeide evaluerbare suksessvariabler / kvalitetsindikatorer som ligger så nært opp til målet som mulig.

Palliasjon utføres i dag innenfor de fleste fagområder og på alle nivåer i helsetjenesten. Palliativ medisin vokser samtidig frem som eget fagfelt med et definert tjenestetilbud. Helse Sør legger opp til at organiseringen bør være slik at pasientene gjennom samhandling opplever de ulike aktørene og dere kompetanse som en sammenhengende behandlingsskjede. Fremtidig organisering bør vektlegge blant annet bedre kreftbehandling og kreftomsorg. Pasientenes og pårørendes tillit til de stadig mer komplekse behandlingstilbudene hviler på informasjons og kompetanseflyten mellom 1. og 2. linjetjenesten. De sier videre at fastlegen bør knyttes tettere opp til utskrivning av pasienter fra sykehus, at koordinatorfunksjonen på kommunalt nivå bør tydeliggjøres, og de ulike typer kompetanse som finnes i kommunen bør fremheves.

Regionalt kompetansesenter:

RRH Radiumhospitalet har regionalt kompetansesenter for lindrende behandling med fokus på Forskning og utvikling (FOU). Dette senteret er avhengig av et tett samarbeid ned til de palliative sentre i 2. linjetjeneste, som igjen skal ha en sentral koordinerende rolle i utbyggingen av palliasjon i området, plassert mellom 1. linje og 3. linje.

Palliative sentre:

De tidligere sentralsykehusene i regionen skal ha palliative sentre med ambulante team og sengeenhet. Det palliative teamet skal fungere som et sentralt bindeledd mellom 1. og 2. linjetjenesten, der fastlegen sitter med hovedansvaret for pasienten. Teamet skal også trekke inn koordinator / ansvarlig sykepleier i kommunen i pasientbehandlingen og det skal avklares tydelig ansvarsfordeling. Teamet skal i tillegg bistå med ambulant virksomhet i samarbeid med 1. linjetjenesten. Telefonrådgivning er også en sentral oppgave for palliativt senter. Tilgjengelighet dag / kveld / natt er en trygghet for 1. linjetjenesten, og kan være avgjørende viktig for hvorvidt pasienten kan være hjemme i livets slutfase. For fastleger må det kunne være mulig å nå lege / fagpersonell på lokalt palliativt senter på dagtid.

Nettverk:

”Kompetansenettverk av ressurspsykepleiere skal etableres i alle foretaksområder. Palliativt senter har ledelse og ansvar for drift av nettverket. Nettverket bør bestå av sykepleiere som har formelt ansvar for kreftpasienter. Det bør være en ressurspsykepleier i hver kommune / sone, på hvert sykehjem og på hver sykehusavdeling som behandler kreftpasienter. Alle kommuner bør ha ansatt kreftpsykepleier og det er naturlig at kreftpsykepleier får funksjon som ressurspsykepleier. Tverrfaglig videreutdanning i palliasjon er også relevant bakgrunn.. Det bør formaliseres forpliktende samarbeid mellom sykehuset og kommunene for at nettverket skal forankres og videreutvikles.

Andre faggrupper innen kreftomsorg bør etablere nettverk.

Et grunnleggende problem er at sykehuset beholder oppfølging og kontroller uten å involvere fastlege og koordinator / ressurspsykepleier i oppfølgingen.

Individuell plan:

Pasienter med langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. I planen defineres blant annet hvem som har ansvar for koordinering av tiltak. Bruk av denne planen er et godt hjelpemiddel for å sikre systematisk kartlegging og oppfølging for disse pasientene, samt sikre kommunikasjonen mellom helsepersonell på alle plan

1.2.1 Sykehuset Buskerud

Sykehuset Buskerud har opprettet en palliativ enhet i januar 2007. Enheten består av to sykepleiere, en lege og en kontormedarbeider. Det er planlagt opprettelse av en sengepost tilknyttet enheten, men det er ikke tatt noen beslutning rundt dette enda. Palliativ enhet driver en poliklinikk ved sykehuset, har ambulant funksjon internt på sykehuset og ut mot kommunene i nedslagsfeltet.

1.3 Drammen kommune**1.3.1 Kontor for tjenestetildeling**

Drammen kommune etablerte i 2004 en bestiller / utførermodell. Kontor for tjenestetildeling tildeler pleie- og omsorgstjenester etter søknad. Vedtak innvilges etter Lov om helsetjenester i kommunen, Lov om sosiale tjenester eller kommunale retningslinjer. Kontoret har 14 1/2 saksbehandlere med ulik helse og sosialfaglig bakgrunn. De er fordelt som kontaktpersoner opp mot de ulike avdelingene i hele omsorgstjenesten. Det avholdes jevnlig samarbeidsmøter. Saker til behandling er delt på tvers mellom saksbehandlerne uavhengig av hvem som er kontaktperson for avdelingen.

Drammen kommune har en samarbeidsavtale med Sykehuset Buskerud. Avtalen innebærer bl.a at det skal benyttes meldeskjema i forhold til utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Det skal innhentes samtykke fra pasienten før meldeskjema sendes Kontor for tjenestetildeling. Dersom pasienten er meldt i forhold til behov for korttidsopphold besøker saksbehandler pasienten på sykehuset før utskrivelse. Reiser pasienten hjem etter sykehusoppholdet, tildeles en saksbehandler som følger opp i forhold til kartleggingsbesøk i hjemmet. Kartleggingen danner grunnlag for å fatte vedtak. På kartleggingsbesøket innhentes mest mulig informasjon for å finne ut av pasientens ressurser og hvilket hjelpebehov han har. Informasjon innhentes fra helsepersonell som kjenner pasienten, pasienten selv og evt. pårørende. Det kan også være aktuelt å få informasjon fra fastlegen. Dette gjøres etter å ha innhentet samtykke fra pasienten.

Kontor for tjenestetildeling har en veilednings- og informasjonsplikt blant annet i forhold til å informere om hvilke tjenestetilbud som kommunen har. Kontoret får også henvendelser om brukere som kan være i behov av tjenester, uten at dette formelt er søkt. Det avtales et kartleggingsbesøk, enten alene eller sammen med hjemmesykepleien om det synes hensiktsmessig. Det kan være fornuftig å trekke inn hjemmesykepleien så fort som mulig i saker som involverer pasienter i sen palliativ fase. Imidlertid må det vurderes individuelt om det er riktig å være flere tilstede på besøket.

1.3.2 Lindrende enhet

I 2005 etablerte Drammen kommunen en Lindrende enhet ved Losjeplassen bo-og servicesenter. Enheten har totalt 6.94 årsverk og betjener 6 institusjonsplasser, derav en akutt/trygghetsplass. Det er god fagdekning i enheten. Avdelingen har tilknyttet egen tilsynslege med besøk i avdelingen 1-2 ganger pr. uke. Sirkulasjon på plassene er stor. I 2006 hadde lindrende enhet totalt 48 innleggelser, derav døde 35 i avdelingen. I 2007 hadde avdelingen 60 innleggelser og 46 dødsfall.

Avdelingen får henvendelser fra ulike instanser som hjemmesykepleien, sykehus og også direkte fra pårørende. Det er Kontor for tjenestetildeling som har saksbehandling og fatter vedtak om plass ved lindrende enhet. Det er laget kriterier for inntak og en rutine for kartlegging i forkant av tildeling av plass. Imidlertid kan enheten selv disponere og styre inntaket på akutt/trygghetsplassen.

Avdelingen tar kontakt med sykehus/ hjemmetjeneste / fastlege før innleggelse i avdelingen for å sikre at de har de opplysninger det er behov for å sikre kontinuitet i tjenesten.

Ved mottak i avdelingen settes det av god tid til en inkomstsamtale. Det er utarbeidet en prosedyre for denne samtalen. Det settes opp primæransvarlig sykepleier/ hjelpepleier. Primærkontakt har ansvar for å lage tiltaksplan, arrangere nettverksmøter og planlegging av evt. hjemreise eller overføring til annen institusjon. Det er utarbeidet prosedyre for rutiner ved dødsfall. Det er satt i system samtale med etterlatte etter 6- 8 uker hvor avdelingen sender ut invitasjon. Avdelingen benytter aktivt ESAS skjema for kartlegging av plagsomme symptomer.

Avdelingen har ukentlig kontakt med Kontor for tjenestetildeling. I tillegg har de besøk fra Palliativt enhet, Sykehuset, Buskerud hver 14. dag. Enhetens lege deltar en gang pr. måned. Det arrangeres flerfaglig samarbeidsmøte med hjemmetjenesten i god tid før pasienten skal hjem. I noen tilfeller følger avdelingen også opp pasienten etter utskrivning. Personalet har veiledning hver 4. uke ledet av veileder med veiledningskompetanse.

1.3.3 Øvrig institusjonstjeneste.

Drammen geriatrike kompetansesenter

Drammen geriatrike kompetansesenter (DGKS) mottar pasienter fra Sykehuset Buskerud til korttidsopphold. En av korttidsavdelingene ved senteret har noe høyere bemanning for å kunne ta imot de sykeste pasientene Behandlingen er startet på sykehuset, men ikke fullført og pasientene krever mer oppfølging før utskriving til hjemmet eller annen institusjon. Mange av disse pasientene dør under oppholdet. utfordringene her er derfor i samsvar med det en erfarer på den lindrende enheten ved Losjeplassen bo- og servicesenter i dag.

DGKS har ansvar for alle korttids/ avlastingsplasser med unntak av korttid/avlastning for aldersdemente i kommunen.

Somatikk langtid

Alle sykehjemmene i Drammen kommune med unntak av Fredholt og Saniteten har langtidsplasser som betegnes som somatikk langtid. Flere av pasientene som overflyttes til somatikk langtid fyller ikke lenger kriteriene for å være på lindrende enhet, men trenger institusjonsplass. Pasientene blir stort sett flyttet fra korttidsavdelingene, men også fra Sykehuset Buskerud. Erfaringsbasert kunnskap viser at mange av disse pasientene også har et sammensatt symptombilde og er i siste fase av livet. ESAS-skjema brukes ikke på langtidsavdelingene. Bemanningen på en langtidsavdeling er lavere enn i øvrige sykehjemsavdelinger og det er behov for høyere kompetanse rundt lindrende behandling. Det er en ressursykepleier for kreft og palliasjon på hvert sykehjem.

1.3.4 Hjemmetjenesten

Retten til å få hjemmesykepleie er regulert i Lov om helsetjenester i kommunen. Kommunene står fritt til å organisere hjemmesykepleietjenesten. Det er imidlertid et krav at faglig leder for hjemmesykepleien skal være sykepleier (Norsk helseinformasjon, 2002). Utover dette varierer det hvordan kommunene velger faglig sammensetning av personell i hjemmesykepleien. Noen kommuner har etter anbefaling i Livshjelp (Nou 1999:2) og Standard for palliasjon (Norsk Forening for palliativ medisin, 2004) valgt å opprette egne stillinger for kreftsykepleier. Funksjonen til kreftsykepleier er å koordinere tjenestetilbudet i samarbeid med hjemmesykepleien, spesielt til kreftpasienter. Kreftsykepleieren har også et faglig veilednings ansvar overfor hjemmesykepleien.

Drammen kommune har ikke opprettet slike spesialstillinger. Det betyr at ansvaret for all oppfølging av pasienten i hjemmet, ligger hos hjemmesykepleien i samarbeid med fastlege. Det er ni hjemmesykepleieavdelinger og avdelingene er organisert etter primærsykepleiemodellen. Det er fra 3-5 primærgrupper i de ulike avdelingene. Sykepleier har det sykepleiefaglige ansvaret for et større antall pasienter. Hjelpepleierne er primærkontakt for et mindre antall pasienter. Det kan være fra 20 – 40 brukere pr. gruppe avhengig av størrelsen på gruppen. Erfaring tilsier at pasienter med kort forventet levetid har komplekse problemer / symptomer. Det er derfor vanlig at en setter sammen en gruppe sykepleiere som følger opp pasienten hvorav en av de er primærkontakt og ansvarlig for planer og tiltak. Erfaringsbasert kunnskap tilsier at et fåtall sykepleiere i hjemmesykepleien har spesialutdanning i palliasjon eller onkologi. I tillegg viser erfaring at sykepleier i hjemmesykepleien har et stort ansvarsområde. Det er ikke uvanlig at de på kveld og helg har det sykepleiefaglige ansvaret for 300 pasienter som er tilknyttet hjemmesykepleien. Ikke alle disse har daglige besøk, men alle kan ta kontakt med hjemmesykepleien om det oppstår akutte behov. Fra januar 2007 er det opprettet en Palliativt enhet ved Sykehuset Buskerud. Dette teamet arbeider utadrettet og kan gi faglig veiledning og bistand til hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien kan også ta kontakt med lindrende enhet på Losjeplassen bo-og

servicesenter. Det vi imidlertid å variere om de har kapasitet til utadrettet arbeid. Hjemmesykepleien er avhengig av et tett samarbeid med fastlegen for at pasienten skal få tilbringe mest mulig tid hjemme.

Hjemmesykepleien skal i utgangspunktet motta sine oppdrag gjennom Kontor for tjenestetildeling, men ofte blir det tatt direkte kontakt med hjemmesykepleien. Dette i form av bekymring fra pårørende, pasienten selv tar kontakt eller kontakt fra sykehuset om pasienten er innlagt. Er det et tilfelle som ikke krever tiltak omgående vil hjemmesykepleien ta kontakt med Kontor for tjenestetildeling for videre kartlegging. Er det hjemreise fra sykehuset eller behov for hjelp snarest vil hjemmesykepleien utføre et vurderingsbesøk, dokumentere dette i Geric og deretter melde fra til tildelingskontoret/saksbehandler.

Når det gjelder mottak av alvorlig syke og døende pasienter er det erfart at en har stor nytte av å bli kjent med pasienten tidligst mulig i forløpet for å skape trygghet til tjenesten. Representant fra hjemmesykepleien avtaler i de tilfellene møte på sykehuset for samtale med primærsykepleier på avdelingen og pasienten.

1.3.5 Nettverk av ressursykepleiere

I hver avdeling i hjemmesykepleien og ved hvert sykehjem er det en ressursykepleier. Totalt 20 sykepleiere som er organisert i ett nettverk. Sykepleieren har tilbud om å delta på ulike kurs rundt temaene kreft og palliasjon. Ressursykepleieren har ikke fast avsatt tid til arbeid med denne pasientgruppen, men inngår som en del av den ordinære bemanningen. Tidligere var det kreftforeningen som driftet nettet i kommunen og i regionen. Dette er nå et ansvar som Palliativ enhet på Sykehuset Buskerud har. De har imidlertid signalisert at de ikke kan drifte et internt nettverk i Drammen kommune. Det er også gitt tilbakemeldinger på at det er mange kontaktpersoner å forholde seg til i Drammen kommune. På bakgrunn av dette og gjennom palliasjonsprosjektet (se pkt.1.3.6) er det etablert et internt nettverk av ressursykepleier som nå ledes av prosjektleder.

1.3.6 Palliasjonsprosjektet

Drammen kommune har i tre år (2005, 2006 og 2007) fått tildelt stimuleringsmidler fra Helse- og sosialdirektoratet. De første midlene er benyttet til å øke den faglige kompetansen hos personalet på lindrende enhet, Losjeplassen bo og servicesenter. I april 2007 er det etablert et prosjekt ” Å dø i eget hjem- forutsetter faglig kompetanse og samhandling mellom helsetjenestenivåer ”. Prosjektet er forankret i Fou avdelingen i kommunen (Strategi for Fou arbeid, 2007) og har en varighet ut 2008. Midlene som ble tildelt i 2007 er søkt overført til 2008. Prosjektet er fullfinansiert av tildelte midler. Virksomhetsledere og kommunaldirektør er styringsgruppe for prosjektet og prosjektgruppen er sammensatt av representanter fra ulike virksomheter. Prosjektet har tilknyttet prosjektleder i 50 % stilling.

I mandatet er det bedt om at det gjøres en kartlegging blant ansatte vedrørende kompetanse og samhandling. Kartleggingen skal resultere i utarbeidelse av en opplæringsplan, særlig rettet mot hjemmesykepleien. Videre er utarbeidelsen av denne planen for tjenester til pasienter med kort forventet levetid en del av mandatet til prosjektet (Vedlegg 1).

2.0 KARTLEGGING AV FAGLIG KOMPETANSE OG SAMARBEID

I forbindelse med prosjektet ” Å dø i eget hjem..” ble det sendt ut et spørreskjema for å kartlegge faglig kompetanse og samarbeid innad i kommunen og med palliativ enhet ved Sykehuset Buskerud. Undersøkelsen fokuserer på erfaringer og kompetansebehov knyttet til arbeid med alvorlig syke pasienter som er i en sen palliativ fase i hjemmet. Utvalget i undersøkelsen er ansatte ved hjemmesykepleien, Lindrende enhet og Kontor for tjenestetildeling.

Spørreskjema ble utarbeidet i samarbeid med prosjektgruppen. Videre har firmaet Conexus utarbeidet en elektronisk versjon hvor svarene er lagt inn og bearbeidet.

Det er utarbeidet en rapport om de funn som er gjort med en vurdering av funnene og forslag til noen endringstiltak (Vedlegg 2).

De viktigste funn og forslag til tiltak presenteres i dette kapitlet.

2.1 Kartlegging av faglig kompetanse.

Kartleggingen viser at de aller fleste ansatte føler behov for økt kompetanse i sitt møte med pasienter i palliativ fase. Undersøkelsen viser at mange ansatte har liten erfaring i å møte denne pasientgruppen. Oppgaver som utføres sjelden fører erfaringsmessig til økt usikkerhet. Det er derfor viktig å dyktiggjøre noen få ansatte (ressurssykepleiere) som har et høyere kompetansenivå. Det er viktig at disse sykepleierne gis rom til å arbeide med denne pasientgruppen. På bakgrunn av de funn som er gjort er det laget en egen opplæringsplan for ressurssykepleiere(Vedlegg 3). To av undervisningsdagene er åpen for alle ansatte. Det forutsettes at ressurssykepleierne har et ansvar for å videreformidle kunnskap i egen avdeling.

2.1.1. Opplæringsplan

Opplæringsplanen inneholder følgende tema:

- Fysisk symptomlindring
- Kommunikasjon
- Ernæring
- Organisering av tjenester
- Tekniske sykepleierprosedyrer
- Håp og eksistensielle utfordringer
- Den døende pasient- de siste dager og timer. Dilemmaer i terminalfasen.
- Esas registrering
- Individuell plan
- Etske utfordringer. Hjelperrollen.

Denne opplæringsplanen gjelder for 2008, men det er viktig at det videreføres en kontinuerlig opplæring. Temaer knyttet til palliasjon bør være oppe og åpen for alle ansatte minst to ganger i året. Fagkoordinator som planlegges tilknyttet lindrende enhet bør tillegges dette ansvaret.

2.2 Samarbeid innad i kommunen

De fleste tilbakemeldinger viser at samarbeidet innad i kommunen er bra. Allikevel er det noen tilbakemeldinger på at det ikke alltid er felles forståelse av brukeres behov, hvilke type tjenester som er mulig å tilby og hvilke oppdrag som skal prioriteres. Videre fremkommer det at noen utfordringer er knyttet til ressurser og tid.

I rapporten skisseres noen konkrete forslag til tiltak som ulike virksomheter utfordres til å se på, men som ikke er naturlig å ta inn i denne planen.

Respondentene ble også bedt om å vurdere samarbeidet de har erfart med fastlegene.

Tilbakemeldingene er veldig ulike. Noen fastleger stiller opp og har god dialog med pasienten og det øvrige hjelpeapparat mens andre i liten grad er det. Bruk av individuell plan fordrer at også legen er mer aktivt med. Videre arbeid med bruk av individuell plan vil også innebære et arbeid opp mot fastlegene.

2.3 Samarbeid mellom helsetjenestenivåer

Under spørsmålet om hvordan ansatte i Drammen kommune vurderer samarbeid mellom helsetjenestenivåene er det ulik tilbakemelding. De som har erfaring med å samarbeide med Palliativ enhet på Sykehuset Buskerud vurderer dette samarbeidet til å være veldig godt og har positive erfaringer. Det fremkommer tydelig at det er veldig varierende kvalitet på utskrivninger fra ulike avdelinger ved Sykehuset Buskerud, både med hurtige og dårlig planlagte utskrivninger og pasienter som er dårlig smertelindret før utskrivning til hjemmet. En forklaring kan være manglende rutiner og kunnskap. Dette er et område det må arbeides videre med for å bedre.

3.0 MÅL

Mål for tjenester til pasienter med kort forventet levetid:

”Drammen Kommune har faglig kompetanse, et samarbeid innad i kommunen og med Sykehuset Buskerud, som sikrer pasienter med kort forventet levetid smidig og tilpasset hjelp og reell mulighet for hjemmedød for de som ønsker det.”

4.0 ORGANISATORISKE TILTAK

– en helhetlig tiltakskjede i Drammen kommunen.

Hensikten med utarbeidelse av denne planen er å videreutvikle og tilpasse Drammen kommunes tilbud om lindrende behandling, pleie og omsorg, slik at tjenestetilbudet til pasienter ved livets slutt er i tråd med nasjonale føringer og gir en helhetlig tiltakskjede. En sentral del av denne tilpasningen er flytting av Lindrende enhet til Drammen geriatriske kompetansesenter.

Tjenestetilbudet til den nye lindrende enheten ved Drammen geriatriske kompetansesenter vil bestå av

- 5 korttidsplasser
- 1 akutt/trygghetsplass
- 2 hospiceplasser
- 4 dagplasser
- Koordineringsfunksjon for samordning, kompetanse og nettverksbygging
- Samarbeid med frivillige hjelpere/organisasjoner

Sammen med økt kompetanse hos ressursnykepleierne som er organisert i et nettverk og bruk av individuell plan som arbeidsredskap, vil dette skape en helhetlig tiltakskjede.

Det er et mål at flytting av lindrende enhet er gjennomført innen utgangen av 2008. Det vil bli søkt midler fra Helse- og sosialdirektoratet for å videreføre prosjektet ”Å dø i eget hjem..” for å få gjennomført tiltak i planen, særlig med fokus på etableringen av dagplasser og frivillig arbeid. Vedlegg 4 viser en modell for tjenester og samhandling knyttet til lindrende behandling, pleie og omsorg i Drammen kommune.

4.1 Lindrende enhet

Lindrende enhet ved Losjeplassen bo- og servicesenter innehar som tidligere nevnt spesialisert kompetanse når det gjelder lindrende behandling til pasienter med kort forventet levetid. Det er ofte behov for å kunne tilby pasienter heldøgns pleie og omsorg over lengre tid enn en tidsbegrenset korttidsopphold. Mange pasienter har et langvarig og komplisert symptombylle som krever tett oppfølging og den kompetanse som lindrende enhet innehar. Det er derfor behov for å utvide tilbudet ved å etablere 2 hospice-plasser.

Drammen geriatriske kompetansesenter mottar pasienter fra Sykehuset Buskerud til korttidsopphold. Som beskrevet under pkt.1.3.3 har denne avdelingen mange av de samme utfordringene som lindrende enhet. En flytting av Lindrende enhet fra Losjeplassen bo- og servicesenter til Drammen geriatriske kompetansesenter vil bidra til et mer robust og bredere fagmiljø, samt en bedre utnyttelse av den totale kompetansen rundt lindrende behandling, pleie og omsorg. Det vil være flere sykepleierfaglige ressurser å spille på og økt mulighet til fleksibel bruk av kompetanse. Drammen geriatriske kompetansesenter satser sterkt på internundervisning, faggrupper og refleksjonsgrupper, for å sikre kontinuerlig oppdatering og faglig utvikling av de ansatte.

Legetjenesten er helt sentral for å sikre forsvarlig og god medisinsk oppfølging. I perioder har det vært vanskelig å rekruttere leger til Lindrende enhet ved Losjeplassen bo- og servicesenter. Legesituasjonen har imidlertid nå vært stabil over tid og det fungerer veldig godt. Det er ønskelig å opprettholde denne avtalen ved en flytting.

Ved flytting av Lindrende enhet til Drammen geriatriske kompetansesenter vil avdelingen bli etablert i lokaler som i dag er en somatisk langtidsavdeling. Denne avdelingen har i dag 12 heldøgns sykehjems plasser. Det er behov for å omdefinere fire heldøgns plasser til dagplasser.

Lindrende enhet vil gjennom flytting til Drammen geriatriske kompetansesenter kunne etableres i langt mer romslige lokaler enn i dag. Det kan tas i bruk pårørende/hvilerom og samtalerom. Det gir også en mulighet for å kunne etablere et samarbeid med frivillige. Avdelingen vil kunne arbeide mer utadrettet enn i dag og muligheten for å etablere en hospiteringsstilling i avdelingen er tilstede.

4.2 Dagplasser

Vi vet at flere pasienter som er i palliativ fase i et sykdomsforløp, ønsker å tilbringe mest mulig tid i hjemmet. Det forutsetter at de er symptomlindret, noe et dagtilbud kan bidra med. Pårørende har ofte en stor omsorgsbyrde. Et dagopphold kan bidra til at de pårørende kan få avlastning og opprettholde krefter til å stå ”løpet ut”.

Lindrende enhet har etter hvert opparbeidet seg en høy fagkompetanse. Ved å etablere dagplasser tilknyttet denne enheten, vil en kunne gi dette tilbud til flere hjemmeboende. Plassene kan benyttes av flere pasienter enn ved døgnplasser. Dagpasienter har ofte behov for tilbud 1-3 dager pr. uke. Overgangen fra å være innlagt pasient til å komme hjem kan bli lettere. Dagopphold kan også utsette behovet for innleggelse i sykehjem eller sykehus. Kompetansen som de ansatte på Lindrende enhet innehar, vil nå langt flere pasienter enn hva tilfellet er i dag. Erfaringsbasert kunnskap viser at mange av pasientene som kommer til Lindrende enhet er svært syke og dør i løpet av kort tid i avdelingen. Målet med etablering av dagplasser er at den kompetansen Lindrende enhet innehar innen symptomlindring kan komme pasientene til gode på et langt tidligere stadium i sykdomsforløpet. I tillegg er målet en mer fleksibel bruk av sykehjemsplassene og en tettere samhandling med hjemmesykepleien.

4.3 Fagkoordinator

Drammen kommune har som tidligere nevnt ikke opprettet spesialstillinger som koordinerer tjenester rundt kreftpasienter eller pasienter i palliativ fase. Ansvar for all oppfølging av pasienten i hjemmet, ligger hos hjemmesykepleien i samarbeid med fastlege. I hver avdeling er det en kreftkontakt / ressursykepleier. Ressursykepleieren har ikke fast avsatt tid til arbeid med pasienter i den palliative fasen. De inngår som en del av den ordinære bemanningen i hjemmesykepleien og må således ta del i den ordinære tjenesteproduksjon. Erfaringsbasert kunnskap viser at denne pasientgruppen har særskilt behov for koordinering av tjenester og samhandling mellom tjenestenivåer. I nye nasjonale retningslinjer anbefales det kommunene å etablere slike stillinger (Helsedepartementet, 2007). Det er et mål å opprette det i Drammen kommune fra 2009. Fagkoordinator vil bli tilknyttet Lindrende enhet. Den vil ha ansvar for å drifte ressursykepleier nettverket og være et bindeledd opp mot spesialisthelsetjenesten og andre omliggende kommuner. I tillegg vil den ha et ansvar for opplæring og utvikling av lindrende behandling, pleie og omsorg i kommunen. Fagkoordinator bør fortrinnsvis ha videreutdanning i kreftsykepleie eller palliasjon.

4.4 Hjemmetjenester

Hjemmeboende pasientene med behov for lindrende behandling og pleie har hjemmesykepleie. De fleste av disse pasientene er eldre, men tilbudet om lindrende behandling må også være tilrettelagt for yngre pasienter og deres pårørende, i noen tilfeller berører dette også familier med små barn. Mange ønsker å kunne bo hjemme hos familien så lenge som mulig, men våger det ikke i frykt for å ikke få tilstrekkelig og adekvat hjelp. Når sykdommen ikke lenger kan kureres er det primære målet med behandlingen livsforlengelse, symptomforebygging og symptomlindring (Helsedepartementet, 2004). Målet er å videreutvikle tilbudet om lindrende behandling, pleie og omsorg slik at flere pasienter kan tilbringe mer tid hjemme og om mulig også kunne dø hjemme. Det er satt fokus på kompetanseheving av ressursykepleiere. Bruk av dagplasser vil gi mulighet for kompetanseoverføring mellom hjemmesykepleien og lindrende enhet. Gjennom erfaringsbasert kunnskap vet vi at kunnskap og kompetanse, samt tilgjengelig hjemmesykepleie er en av forutseningene for at pasienter skal få kunne tilbringe lengst mulig tid hjemme. Det er et mål at pasienter som ønsker å dø i eget hjem skal ha en reel valgmulighet for det.

4.5 Ressurssykepleiernetverk

I tråd med nasjonale føringer har omsorgstjenesten etablert et internt nettverk av ressursykepleier. Det består av en sykepleier fra hver hjemmesykepleieavdeling og en fra hver institusjon. Nettverket møtes en gang i måneden. I 2008 gjennomføres det et omfattende opplæringsprogram rettet mot disse sykepleierne og planen er at de igjen overfører kompetanse i egen avdeling. De har et særskilt ansvar for oppfølging av pasientene i palliativ fase i egen avdeling. Nettverket ledes av prosjektleder ut 2008, men vil fra 2009 ledes av fagkoordinator. Det er utarbeidet en funksjonsbeskrivelse for ressursykepleierne (Vedlegg 5).

4.6 Frivillig arbeid

Bruk av frivillige i forhold til alvorlig syke og døende pasienter kan være svært verdifullt, men krever en særskilt opplæring og oppfølging. I England og Nederland er det lange tradisjoner med å benytte frivillige i det palliative arbeidet. Det begynner å bli mer vanlig i Norge også og man ser dette som et viktig tillegg til det offentlige. Det vil bli satt i gang et arbeid med å få etablert dette i Drammen kommune. Stiftelsen Termik i Vefsen kommune har utarbeidet et detaljert program for etablering av frivillig arbeid knyttet til alvorlig syke og døende pasienter. Der vektlegges særlig behovet for koordinering og oppfølging av de frivillige. Det vil bli vurdert om dette opplegget passer for Drammen kommune.

4.7 Individuell plan

Pasienter som er alvorlig syke og har en kort forventet levetid, har sammensatte tjenester. Det er nesten alltid mange instanser involvert. Erfaring viser at individuell plan er nyttig både for pasient og hjelpeapparatet i koordinering av tjenestene. Det er et mål at alle pasienter i palliativ fase får tilbud om utarbeidelse av en individuell plan. Denne planen er en noe forenklet utgave av den som benyttes hos langvarig og kronisk syke. Kunnskap om individuell plan er en del av opplæringsprogrammet for ressursykepleierne. Ressursykepleierne er en av de som er mest aktuell som koordinator for planen.

4.8 Samhandling med Sykehuset Buskerud

Lindrende enhet har et fast samarbeid med palliativ enhet ved Sykehuset Buskerud hvor de møtes hver 14. dag. Målet for dette møtet er kompetanseoverføring og samordning rundt enkeltpasienter.

Gjennom prosjektet ”Å dø i eget hjem..” er det også etablert et samarbeid med palliativ enhet. Palliativ enhet har et ansvar for å drifte et regionalt nettverk av ressurspsykepleiere. I dette nettverket bør det fra Drammen kommune sitte en representant fra hver av virksomhetene i omsorgstjenesten med unntak av Omsorgstiltakene.

4.9 Interkommunalt samarbeid

Gjennom det regionale ressurspsykepleiernettverket vil en møte representanter fra andre kommuner. I kriteriene for tildeling av midler fra Helse og sosialdirektoratet er det også et krav om å videreformidle resultater fra prosjektet ”Å dø i eget hjem...”. Resultatene fra prosjektet vil bli videreformidlet til ressursnettverket

Ål kommune er tildelt status som satellittundervisningspsykehjem. I tildelingsbrevet er det vektlagt deres forpliktelse til interkommunalt samarbeid med nettverksbygging. I tildelingsbrevet er nevnt en forventning om spesifikt samarbeid opp mot Drammen geriatriske kompetansesenter som driver systematisk utviklingsarbeid knyttet til kompetansehevning og kvalitet på omsorgstjenesten til eldre.

Referanseliste

Definition of Palliative care. World health Organisation, Geneva 2004.

Se <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

Drammen kommune Strategi for forsknings- og utviklingsarbeid (Fou) 2007-2010

Helsedepartementet. (2004). Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen. Kvalitet, kompetanse og kapasitet. Rapport til Helsedepartementet, juni 2004

Medlex, Norsk helseinformasjon. (2002). *Pleie- og omsorgstjenesten. Helserett*.
NOU 1997:20 Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Norges offentlige utredninger, 1997.

NOU 1999:2 Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Norges offentlige utredninger, 1999.

NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Norges offentlige utredninger, 2005.

Rosland J, Haugen D, Husebø S, Kaasa S.(2004) Palliasjon i Norge. Omsorg 21(2) 21-27.

Sosial og helsedirektoratet (2007) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Desember 2007.

Statistisk sentralbyrå (2004). Dødsårsaker og dødssted.

Se <http://www.ssb.no/locate>

St.meld.nr.25 (2005-2006) Mestring, mulighet og mening.