



May Aasebø Hauken,
Betanien diakonale høgskole



Ragnhild Helgesen,
Kompetansesenter i lindrende
behandling Helseregion Vest

Kreftnettverk gir trygghet

Nettverk i kreftomsorg i Helse Bergen har ført til bedre omsorg, økt kompetanse og bedre samhandling i tilbudet til pasienter og pårørende.

Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde ble etablert våren 2006 på bakgrunn av nasjonale føringer og anbefalinger. Hovedhensikten med nettverket var å stimulere til økt kompetanse og samhandling innen kreftomsorg og lindrende behandling. Nettverket ble etablert som et prosjekt og evaluert etter to års drift. I denne artikkelen vil vi presentere resultatene av denne evalueringen. Evalueringen viser i hovedsak at nettverket har gitt ressursykepleierne økt kompetanse og trygghet, bedre samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten og økt trygghet for pasienter og pårørende. Men den avdekker også utfordringer knyttet til ressursykepleierrollen, bedre bruk av selvrapporteringsskjemaet ESAS og individuell plan, samt samhandling mellom de ulike nivåene i nettverket.

Bakgrunn

Økte krav om effektivisering i helsevesenet har ført til kortere sykehusinnleggelse, økende grad av poliklinisk behandling, mindre tid og ressurser til pasientrådgivning og omsorg. Problemstillingene innen kreftomsorg og palliasjon er ofte komplekse, med behov for høy helsefaglig kompetanse og en helhetlig, tverrfaglig tilnærming (1,2). Pasienten og pårørende mottar ofte tjenester fra flere ulike instanser med stort behov for samarbeid og koordinering (3, 4). Kompetansenettverk er derfor anbefalt i flere nasjonale utredninger og retningslinjer for å ivareta kontinuitet i pleie – og omsorgstilbudet til kreftpasienter (5,6). På bakgrunn av dette etablerte vi «Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde» våren 2006 som et samarbeidsprosjekt mellom Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (KLB), Kreftforeningen seksjon Vest, Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Betanien diakonale høgskole.

Beskrivelse

Nettverket ble forankret på ledernivå gjennom en formell samarbeidsavtale (7). Samtlige 22 kommuner, de tre sykehusene i foretaksområdet, Kreftforeningen og Betanien diakonale høgskole signerte avtalen.

Det ble oppnevnt ressursykepleiere på alle sykehjem, hjemmesykepleiesoner og etter hvert aktuelle sykehusavdelinger. Vi utarbeidet en funksjonsbeskrivelse for ressursykepleierne med årlige handlingsplaner for kompetanseheving, klinisk virksomhet, samhandling og systemarbeid. Alle ressursykepleierne fikk et introduksjonskurs. De ble inndelt i seks geografiske nettverksgrupper satt sammen av ressursykepleiere både fra første- og andrelinjetjenesten, organisert i samsvar med sektorfordelingen i helseforetaket (se figur 1). De lokale nettverksgrupper har vært samlet tre ganger årlig og har hatt en årlig fellessamling. Nettverket har også en egen nettside (<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/nettverk-av-sjukepleiarar.aspx>). Nettverket ledes av en styringsgruppe sammensatt av lederrepresentanter fra samarbeidspartnerne. Driftsgruppen, som består av en representant fra hver nettverksgruppe og ledes av undervisningssykepleier ved KLB, ivaretar den daglige driften.

Evaluering

Etableringen av nettverket ble gjennomført som et prosjekt, og evaluering etter to års drift inngikk som en del av prosjektbeskrivelsen. På evalueringstidspunktet var alle nettverksgruppene etablert og det var oppnevnt 83 ressursykepleiere.

Innhenting av data til evalueringen var tredelt: Fokusgruppeintervju med driftsgruppen, spørreskjema til ressursykepleierne og spørreskjema til ressursykepleiers nærmeste leder (8,9). Evalueringen var strukturert rundt hovedelementene i prosjektplanen, med fokus på ressursykepleierens rolle og funksjon, organisering og nytte av nettverket.

Vi analyserte og transkriberte fokusgruppeintervjuet etter metoden til Krueger og Casey (10) med grovsortering i hovedområder, funn av temaområder innenfor de enkelte hovedområdene og sitater som belyste meningsinnholdet. NSD-stat ble brukt for bearbeiding av data fra spørreskjemaene og gjennomføring av statistiske analyser.

Studien var ikke søknadspliktig til Regional komité for medisinsk forskningsetikk eller Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Alle informantene ble informert om at deltakelse var frivillig. Samtlige data ble anonymisert og det

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Kreft
- ▶ Palliasjon
- ▶ Samhandling
- ▶ Spesialisthelsetjeneste
- ▶ Kommunehelsetjeneste





TETT KONTAKT: Ressurssykepleierne opplever at de har fått større faglig tyngde og økt nærhet til pasienten gjennom kreftnettverket. Illustrasjonsfoto: Scapix.

ble ikke opprettet dataregistre som kunne identifisere enkeltpersoner.

Diskusjon

Siden evalueringen var delt i tre og består av både kvalitative og kvantitative data, presenterer og diskuterer vi resultatene samlet ut fra evalueringens hovedområder: Presentasjon av studiens deltakere, ressursykepleierens rolle og funksjon samt organisering og nytte av nettverket.

Studiens deltakere

Vi sendte ut spørreskjema til 83 ressursykepleiere via e-post og 59 (71 prosent) returnerte utfylt skjema. Spørreskjema til lederne ble sendt via ressursykepleierne og 34 skjema ble returnert i utfylt stand. Det var en jevn fordeling i svarene fra sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie samt kommunetilhørighet både fra ressursykepleiere og ledere. Vi anser derfor utvalget som representativt.

Ressursykepleierne var gjennomsnittlig 43,3 år (2–59) og hadde gjennomsnittlig 16,5 års (2–35) yrkeserfaring. Rundt halvparten (55 prosent) hadde videreutdanning, de fleste innen kreft og palliasjon. Dette er i tråd med anbefalingene både fra nettverkets plan, nasjonale og regionale planer (6,11,12).

Rolle og funksjon

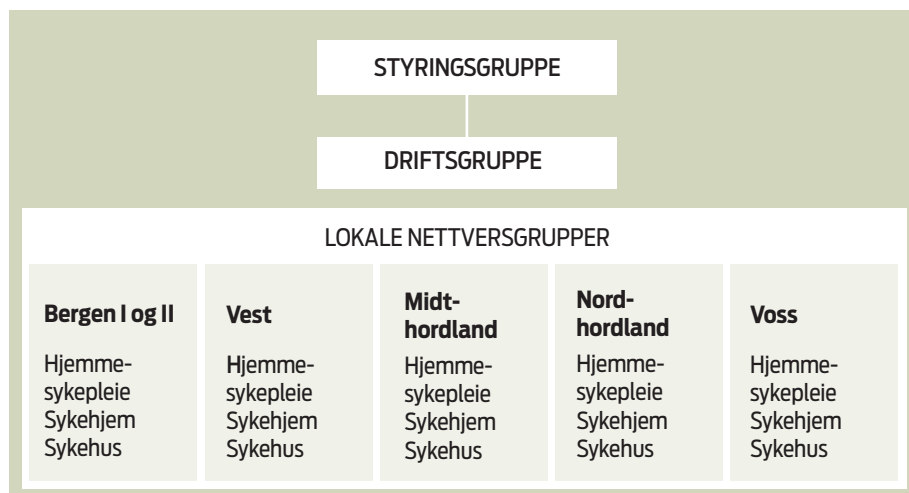
Til tross for at man hadde utarbeidet funksjonsbeskrivelse for ressursykepleierrollen og samarbeidsavtaler var signert på leder-

nivå, var et av hovedfunnene at rundt halvparten (49 prosent) av ressursykepleierne opplevde ressursykepleierrollen som uklar. Utfyllende svar viser at uklarheten kan skyldes at ressursykepleierne var nye i nettverket, hadde liten erfaring innen fagfeltet og følte behov for mer kompetanse. Majoriteten av ressursyke-



Figur 1:

Organisering av Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde



pleierne (65 prosent) hadde ikke øremerket tid til funksjonen og de fleste (76 prosent) ressurspsykeleierne var heller ikke fornøyd med støtte og oppfølging fra egen leder. Vi fant imidlertid ingen sammenheng mellom rolleklarhet og arbeidssted, kommunetil-hørighet og øremerket tid. Fokusgruppeintervjuet underbygget dette inntrykket og viste at driftsgruppen også var usikker på egen rolle inn mot ressurspsykeleierne.

Tydelig og klar

I motsetning til dette rapporterte majoriteten (82 prosent) av lederne at de opplevde ressurspsykeleierrollen som tydelig og klar. Lederne var også fornøyd med samhandlingen med ressurspsykeleierne og nettverket. Nesten alle (94 prosent) opplevde at de fikk nok informasjon fra ressurspsykeleier, og 59 prosent hadde også deltatt på fellessamlingene.

Andre studier underbygger disse funnene og påpeker betydningen av tett samhandling mellom leder og ressurspsykeleier. For at et nettverk skal fungere etter intensjonene må lederne ha kunnskap om ordningen, etterspørre ressurspsykeleiers kompetanse og ta aktivt del i tilretteleggingen av arbeidet (13,14,15).

Fylte funksjonen

Ressurspsykeleierens funksjon er relatert til klinisk virksomhet, samhandling og systemarbeid samt kompetanseheving. Tross rolleklarhet og manglende avsatt tid, viser resultatene at ressurspsykeleierne i stor grad fylte sin funksjon: Ressurspsykeleierne hadde oversikt over og fulgte i stor grad opp aktuelle pasienter på sitt arbeidssted, og ga råd og veiledning til kolleger (Se tabell 1).

Tydelig styring er nødvendig.

Resultatene viser imidlertid at ressurspsykeleierne i mindre grad fulgte opp systemarbeid med utarbeidelse av nye rutiner og systemer. Et overraskende funn var at ressurspsykeleierne i meget liten grad brukte anerkjente verktøy som ESAS og individuell plan, verktøy som utgjør kjernedokumentasjon i palliasjon (6). Nettverkets hjemmesider og aktuell faglitteratur var kjente hjelpemidler, men også disse ble lite brukt. Det var ikke sammenheng mellom

bruk av disse verktøyene og arbeidssted. På dette området har derfor nettverket et stort og viktig forbedringspotensial som man antar kan gi stor nytteverdi for pasientene (6).

Samhandling

Samhandlingsreformen (16) understreker at samhandling, lokalt og mellom de ulike nivåene, er helt essensielt for pasienter som har behov for sammensatte tjenester. Et hovedfunn i evalueringen synliggjør nettopp at nettverket har hatt stor betydning for samhandling både lokalt og mellom de ulike nivåene i helsetjenesten, og oppfyller dermed nettverkets hovedhensikt. Ressurspsykeleierne hadde opparbeidet et omfattende nettverk som de brukte aktivt i forbindelse med aktuelle pasienter. Dette uttrykkes i følgende utsagn: «vet hvilke tråder jeg skal trekke i eller hvem jeg kan ringe til» og illustreres i tabell 2. Ressurspsykeleierne ble også i stor grad kontaktet i forbindelse med aktuelle pasienter, for eksempel i forbindelse med utskrivning fra sykehus, eller for rådgivning og veiledning.

Økt kompetanse

Kreftomsorg og lindrende behandling er et stort og omfattende fagfelt i stadig utvikling. Kontinuerlig kompetanseheving er derfor viktig for å kunne gi pasienter og pårørende best mulig behandling og omsorg (6). Ressurspsykeleierne hadde i utgangspunktet både høy kompetanse og lang arbeidserfaring. Likevel viser evalueringen at samtlige (92 prosent) ressurspsykeleiere har fått økt kompetanse gjennom å delta i nettverket. Dette viser at kompetanseplanen har fungert etter intensjonen og truffet målgruppen. Driftsgruppen påpekte at det var et økt fokus på både kurs og videreutdanning, og at slike tilbud også var lett tilgjengelige i regionen. Denne kompetanseutviklingen har også hatt effekt utover ressurspsykeleierne, siden 80 prosent av ressurspsykeleierne hadde videreformidlet kompetanse på arbeidsplassen både gjennom veiledning og internundervisning. Også lederne underbygger disse funnene. Dette er i tråd med «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen» (6), hvor man understreker betydningen av at hele personalet har kompetanse innen grunnleggende palliasjon. Resultatene viser imidlertid at ressurspsykeleierne (88 prosent) ønsket ytterligere kompetanseheving, både i form av ulike typer kurs/undervisning og videreutdanning. Her setter imidlertid økonomien en begrensning, for som driftsgruppen påpekte: «Det skal jo ikke koste en krone».

Organisering

Et hovedfunn i evalueringen både fra ressurspsykeleierne, lederne og driftsgruppen, viser at organisering og struktur av nettverket oppleves både hensiktsmessig og fungerer etter intensjonen. Et viktig hovedpoeng her er betydningen av formelle samarbeidsavtaler, noe andre studier underbygger (13,15,17,18).

Over 80 prosent av ressurspsykeleierne rapporterte at de hadde stor nytte av nettverksgruppene, både i forhold til kompetanseheving, erfaringsutveksling og for å bli kjent på tvers av nivåer og kommunegrenser. Betydningen av å ha ressurspsykeleiere både fra kommune og sykehus i samme nettverksgruppe ble spesielt påpekt. Dette ble blant annet uttrykt slik: «Veldig inspirerende å høre hvordan de andre ressurspsykeleierne jobber, få ideer, utveksle tanker om rollen sammen med andre i samme situasjon». Dette underbygges av Eriksen (13) som fant at nettverksstruktur har betydning for samhandling og kompetanseoverføring mellom nivåene i helsetjenesten.

Selv om man ut fra resultatene kan konkludere med at nett-

Tabell 1: Ressurspsykeleierens medansvar for oppfølging av kreftpasienter/palliative pasienter, oversikt over aktuelle pasienter, samt råd og veiledning til kolleger (prosent/antall):

	Svært liten grad	Liten grad	Viss grad	Stor grad	Meget stor grad	Ikke aktuelt	M
Medansvar for oppfølging av kreftpasienter	2 (1)	7 (4)	37 (22)	27 (16)	24 (16)	3 (2)	
Oversikt over kreftpasienter		10 (6)	10 (6)	44 (26)	29 (17)	2 (2)	5 (3)
Gitt råd og veiledning til kolleger	5 (3)	19 (11)	37 (22)	27 (16)	9 (5)	2 (1)	2 (1)

M = manglende data

Tabell 2 : Kontaktnett for ressursykepleierne (prosent/antall):

	Ute-team Sunniva	Palliativt team HUS	Kontakt sykepleier HUS	Senge- post HUS	Senge- post HUS	Kolleger	Andre	Fastlege	KLB	Kreft- foreningen
Tatt kontakt	66 (27)	22 (13)	37 (22)	36 (21)	20 (12)	56 (33)	56 (33)	63 (37)	22 (13)	22 (13)
Blitt kontaktet	22 (13)	32 (19)	29 (17)	25 (15)	12 (7)	66 (27)	12 (7)	22 (13)		3 (2)

verkets organisering er god og fungerer hensiktsmessig etter intensjonene, kom det også fram tydelige forbedringsområder. Et nettverk drifter ikke seg selv og tydelig styring er nødvendig. Det er også en utfordring å få til en rød tråd og sammenheng mellom de ulike grupperingene i nettverket. Her ser vi spesielt betydningen av KLBs koordinerende rolle. Samtidig var det helt tydelig at driftsgruppens medlemmer måtte fungere som ledere for de enkelte nettverksgruppene for å sikre struktur på nettverksmøter og driften av disse. Ressursykepleierne var også tydelige på at nettverksgruppene ikke må bli for store, og at det derfor kunne være hensiktsmessig å dele noen av gruppene.

Bedre kvalitet og omsorg

Evalueringen omfattet ikke pasienter eller pårørende, og resultatene i forhold til effekten av nettverket bygger på ressursykepleiernes, ledernes og driftsgruppens erfaringer. Resultatene fra alle disse viser imidlertid tydelig at nettverket i stor grad er med på å bedre kvaliteten på kreftomsorg og lindrende behandling. De rapporterer at pasienter «har stor nytte av å opprette kontakt med ressursykepleier», og at ressursykepleier er «en viktig innfallsvinkel til hjelp og støtte for pasienten og familien». Effekten ble i stor grad knyttet til samhandling og det «å kjenne andre i nettverket», slik at «det er lettere å ta en telefon og spørre når en har navn og ansikter». Det er også tydelig at ressursykepleierne som en følge av nettverket føler seg «tryggere enn tidligere». Andre studier underbygger dette og viser at nettverk kan bidra til bedre rutiner, god samhandling, økt bevissthet, større trygghet og tilfredshet i jobben (17, 18). Dette har igjen betydning for pasienter og pårørende, noe som understrekes i følgende utsagn: «Pasientene kan bli trygge når de vet at de sykepleierne som jobber både på sykehus og ikke minst i distriktene ... kan sine ting», og «pasientene må ikke inn på sykehuset for å dø». Resultatene fra driftsgruppen tyder på at «flere

har dødd hjemme enn tidligere» eller har kunnet være lengre hjemme. Dette underbygges gjennom tilbakemeldinger både fra ressursykepleierne, driftsgruppen og lederne. En annen effekt av nettverket synes også å være et økt tverrfaglig samarbeid, ved at ressursykepleierne «vet hvilke tråder jeg skal trekke i eller hvem jeg kan ringe til», og at de «knytter legene tettere opp og ansvarliggjør dem, tydeliggjøre deres rolle mer».

Konklusjon

Hensikten med evaluering av Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandlingen i Helse Bergen foretaksområde var å se om nettverket i praksis fungerte etter intensjonen knyttet til ressursykepleierens rolle og funksjonsområde, organiseringen av nettverket og

Over 80 prosent av ressursykepleierne rapporterte at de hadde stor nytte av nettverksgruppene.

om nettverket hadde stimulert til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling.

På bakgrunn av resultatene fra evalueringen kan vi konkludere med at nettverket er etablert, i god drift og fungerer i henhold til intensjonene samt nasjonale føringer og anbefalinger. Resultatene viser at nettverket fungerer som en god plattform både for direkte pasientomsorg, for å spre kompetanse innen fagfeltet i hele regionen samt å bidra til kontinuitet og bedre samhandling i tilbudet til pasienter og pårørende. På bakgrunn av dette vil vi derfor hevde at nettverksarbeid både er et hensiktsmessig og svært viktig redskap for å oppfylle intensjonen i Samhandlingsreformen i årene framover. ■■■

LITTERATUR

1. Kaasa, S (red) (2008). Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo, Gyldendal Akademisk.
2. McSherry, W., Cash, K., Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal of clinical Nursing*. Vol. 13, 934–941
3. NOU (1997:20). Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan. Statens trykning, Oslo
4. NOU (1992:2) Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/030005-020025/inn-bu.html
5. Helse – og omsorgsdepartementet (2006). Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009. <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/kreftstrategi%202006-2009.pdf>
6. Sosial og Helsedirektoratet (2010). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen 15–1529 http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf etningslinjer for lindrende behandling
7. «Avtale om etablering og drift av nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling mellom Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus, kommunene i Bergen foretaksområde, Kreftforeningen seksjon Vest og Betanien diakonale høgskole». <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/Ressursykepleiarar/Helse%20Bergen/Avtale%20nettverk%20kreftomsorg.pdf>
8. Kingry, M., Tiedje, L., & Friedman, L. (1990). Focus groups: A research technique for nursing. *Nursing research*. Vol. 39:124–125
9. Cormark, D. (2000). *The research Process in Nursing*, 4th Edition. Blackwell Publishing Ltd, UK.
10. Kruger, R.A., & Casey, M.A. (2000). *Focus groups. A practical guide for applied research*. 3rd. California. Sage Publications, Inc
11. Hauken, M. & Haugen, F.D (2006). Plan for nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde. Kan få ved henvendelse til forfatter
12. Helse Vest (2005). Regional kreftplan 2005–2010. http://www.helsevest.no/graphics/SynkronLibrary/Documents/RegionaleRapporter/Regional_kreftplan_mars2005.pdf
13. Erikson, S. (2009). Faktorer som påvirker ressursykepleierens rolle og funksjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg. Master i helsefag Studieretning sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag
14. Mekki, T.E. & Tollefsen, S. (2008). EVUK – samarbeid om etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten. Fagrapport utviklingsarbeid. Høgskolen i Bergen. Skriftserien nr 1
15. Nordvang, E. (2009). Ressursgrupper – et
16. St. meld. Nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-6.html? id=567236>
17. Matthiesen, H.N. (2009). Nøglepersonutdannelsen inden for palliation – en evaluering. *Sygeplejersken*. No 22
18. Killian, J. (2004). Evaluering av prosjekt «Undervisningsavdeling» Metoder i kompetanseoppbygging på feltet demens for kommunehelsetjenesten i Hordaland 1999–2003. Rapport.