

Kompetansesenter i lindrande behandling

10 ÅR
2011



JUBILEUMSHEFTE

PALLIASJON I VEST



PALLIASJON I VEST

- JUBILEUMSHEFTE KLB

Innhald

HELSINGAR
SIDE 3-4

FAGSTOFF
SIDE 22-29

HISTORIKK
SIDE 6-11

PERSONAR
SIDE 30-31

STATUS OG INTERVJU
SIDE 12-21

PUBLIKASJONAR OG
ADRESSER
SIDE 32-36

Utgivar: Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest, oktober 2011

Redaksjon: Aud Myhre, Grethe Skorpen Iversen, Katrin Sigurdardottir, Line Solheim, Anne Watne Størkson og Dagny Faksvåg Haugen.

Forsidebilde: Maleri av Torunn Urnes Meyer.

Foto: Johann H. Haugen

Grafisk utforming: Kommunikasjonsavdelinga Helse Bergen.



Baard-Christian Schem
Fagdirektør, Helse Vest RHF

I sykehus er det lett å bli blendet av ny teknologi og avanserte behandlingsmetoder med helbredelse som mål. Det er lett å glemme at de store fremskritt vi har sett hva gjelder lindrende behandling, er like viktig. Når vi sammenligner vår situasjon i 2011 med den man hadde for generasjoner siden, er det at vi kan redusere eller fjerne lidelse - ofte ekstrem lidelse - ved alvorlig funksjonshemning, kronisk sykdom og i livets slutfase like viktig som at vi kan forlenge liv.

Lindrende behandling må vanligvis gjennomføres kontinuerlig, og dermed nær der pasienten bor, eller i hjemmet. Et viktig virkemiddel for å få dette til i praksis, er et kompetansesenter som både driver opplæring og understøtter pasientrettet virksomhet i hele helseregionen. Vårt regionale kompetansesenter har drevet denne virksomhet med stor intensitet i 10 år. Med den utvikling vi ser i aldersfordeling og sykkelighet, vil behovet i de kommende tiår ikke bli mindre.

Gratulerer med 10-års jubileet!



Anne Sissel Faugstad
Viseadministrerende direktør Helse Bergen
og leiar av styringsgruppa for Kompetansesenteret

Gratulerer med 10 års viktig og flott arbeid med kompetansebygging for helsepersonell som arbeider med lindrande behandling og omsorg ved livets slutt.

Det er ingen tvil om at senteret i desse åra har etablert seg som ein sentral aktør på fagområdet, ikkje berre for dei som jobbar på sjukehusa, men også i kommunane. Kompetansesenteret har bidrege til at fagfolk treff kvarandre på tvers av forvaltningsnivå, og ikkje minst til at det blir jobba mot eit felles mål: Sørgje for at tenestene vi yter til pasienten blir stadig betre. Gjennom dette store fellesskapet, tverrfagleg og tverretatleg, blir det utvikla nye rutinar og system. Og det oppstår nye arenaer der fagleg vekst og samarbeid er sentrale tema.

Modellen for samarbeidet er utvikla og blir drifta av senteret. Denne modellen bør for framtida bli sett på som ein generisk modell, og bli eit eksempel å følgje for andre faggrupper og tenestetypar. Samhandlingsreforma skisserer behov for framtida som kompetansesenteret på mange måtar aller-eie har funne svaret på.

Eg ønskjer dei tilsette ved senteret, og våre viktige samarbeidspartnarar, lukke til med stadig å vidareutvikle og forbetre tenestene til denne viktige pasientgruppa.

Kreftforeningen og Kompetansesenter i lindrende behandling

– for et naturlig og sterkt samarbeid også de neste 10 årene



Av Grace Ellen Gjuvslund, seksjonssjef, Kreftforeningen Seksjon Vest

For Kreftforeningen er pasienten den viktigste, og alt som omhandler en kreftsykdom, skal ha like stor oppmerksomhet. Dette gjelder fra å forebygge kreft og oppdage kreft så tidlig som mulig, til å komme raskt i gang med riktig behandling.

Den som behandles for kreft, skal videre ha tilbud om rehabilitering. Kreftforeningen har som mål å sikre best mulig livskvalitet når pasienten er erklært frisk, eller når sykdommen har nådd et uhelbredelig stadium. For at kreftpasienten skal ivaretas best mulig, må også pårørende få det samme fokus.

Kreftforeningen vil i årene fremover prioritere forskning på kreftformer som har dårlig prognose og som få overlever. Foreningen har i sin strategi også lagt vekt på å styrke det kommunale tilbudet til uhelbredelig syke. I lys av Samhandlingsreformen vil arbeidet med å nå dette målet få høy prioritet i årene som kommer. Gjennom vårt gode og tette

samarbeid med Kompetansesenter i lindrende behandling (KLB) vil vi sammen kunne jobbe for at pasienter og pårørende kan få riktig behandling, føle trygghet og bli ivaretatt der de bor.

Kreftforeningen og KLB skal fortsette det naturlige og sterke samarbeidet til beste for kreftpasientene i årene som kommer. Vi deler det samme målet: best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. For å nå målet må kunnskapen om, og muligheten for, lindrende behandling styrkes. Vi vet at antall kreftpasienter vil øke urovekkende de neste 10 år. Vi trenger mer ressurser og mer forskning på området, vi trenger en politisk bevissthet om dagens situasjon i helse-Norge, og vi trenger flere faglig sterke helsearbeidere som engasjerer seg i dette arbeidet.

I Helseregion Vest står nettverket av ressursykepleiere sentralt for å nå noen av våre mål. Regionen er landsledende på dette området, og Kreftforeningen er stolte av å ha vært delaktige i utviklingen og oppfølgingen av ressursykepleiernettverket. I årene som kommer, vil vi arbeide for at nettverket utvides til flere faggrupper, og at vi sammen gjennomfører tiltak som kan lette hverdagen for de som vil komme til å dø av sin kreftsykdom. Et viktig tiltak vil være at flere får tilbud om individuell plan og at tjenestene blir bedre koordinert.

Det er et solid og faglig sterkt kompetansesenter som nå runder sine første 10 år. Mye godt arbeid er gjort for å synliggjøre viktigheten av lindrende behandling innen forskning -, nettverksbygging, undervisning og prosjektarbeid. Kreftforeningen er stolte over å ha vært med på veien, og ser frem til de neste 10 årene med samarbeid til beste for kreftpasientene.

Visjon for KLB

Kompetansesenter i lindrende behandling (KLB) skal fremme palliasjon i heile Helseregion Vest ved å styrke kompetanse bygd på eit heilskapleg menneskesyn og gode fagkunnskapar.

Dette skal skje gjennom å

- fremme klinisk arbeid i palliasjon på alle nivå
- fremme forskning og fagutvikling
- fremme organiseringa av et heilskapleg tenestetilbod
- fremme etisk refleksjon
- auke kunnskapen om palliasjon i befolkninga generelt

Arbeidet i KLB skal være prega av kompetanse, respekt og engasjement.

Helse- og omsorgsdepartementet har definert følgjande oppgåver for KLB:

- Drive forskning og fagutvikling
- Drive undervisning og opplæring, både overfor sjukehus og primærhelsetenesta
- Være pådrivar og koordinator for ein prosess som fører til betre kompetanse i lindrende behandling i regionen.

FAKTA

I 2009 døydde 41.342 personar i Noreg.

Helseregion Vest hadde i 2009 7622 dødsfall: Hordaland 3688, Rogaland 2926 og Sogn og Fjordane 1008.

Nesten alle (94 %) døyr som følgje av ein sjukdom.

Dei vanlegaste dødsårsakene er hjertekarsjukdommar (33 %), vondarta svulstar (25 %) og sjukdommar i andingsorgan (10 %).

Av dei som døydde i Noreg i 2009, døydde 36 % i somatiske sjukehus og 43 % i pleie- og omsorgsinstitusjonar. 17 % døydde heime.

Av dei som døydde av kreft i Noreg i 2009, døydde 87 % på ein institusjon: 46 % i somatisk sjukehus, 40 % i pleie- og omsorgsinstitusjonar og 1 % i andre helseinstitusjonar. 11 % av kreftpasientane døydde heime.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, www.ssb.no

Meir om kompetansesenteret, sjå: <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/om-oss.aspx>



Tilsette ved KLB under regionsamlinga i palliasjon februar 2010 på Sola. Dei regionale medarbeidarane har deltidsstilling ved senteret.

KLB 10 år

– eit lite blick tilbake

Av Dagny Faksvåg Haugen, seksjonsoverlege dr.med, leiar for KLB

KLB skal både ha fokus på at alvorleg sjuke og døyande får eit godt tilbod i sjukeheim og heimetenesta i eigen kommune, og at dei spesialiserte palliative teama og einingane er fagleg på topp. Samtidig skal pasientane og familiane deira oppleve at alle jobbar saman mot felles mål. Vi tar eit lite blick tilbake for å sjå korleis KLB har prøvd å løyse desse oppgåvene dei første 10 åra og bygge “det palliative huset” i Helseregion Vest.

Starten – byggeteikningane

Då Stortinget vedtok Nasjonal kreftplan (1999-2003), var ein plan for utbygging av lindrande behandling inkludert. Den offentlige utgreiinga Livshjelp, NOU 1999:2, presenterte ein struktur for det palliative arbeidet på alle nivå i helse-tenesta.

Helsedepartementet valde å begynne frå toppen, og lyste ut middel til planlegging av regionale kompetansesenter. Hordaland fylkeskommune fekk i 1999 kr 400 000 til å lage ein plan for senteret i Vest. Det blei nemnt opp ei prosjektgruppe med representantar frå aktuelle miljø på Diakonissehjemmets Sykehus Haraldsplass (no Haraldsplass Diakonale Sykehus) og Haukeland sykehus (no Haukeland universitetssjukehus).

Avdelingsoverlege Nils Magerøy frå Sunniva Hospice vart leiar for gruppa. Ass. oversjukepleiar Marit Huseklepp og underteikna representerte Onkologisk avdeling på Haukeland.

Planen for kompetansesenteret var klar 21.12.1999. I år 2000 vart det løyvd pengar over Nasjonal kreftplan til etablering av senteret. Senteret skulle vere eit samarbeid mellom Haraldsplass og Haukeland, lokalisert på Haukeland. Etter å ha rekruttert sentrale medarbeidarar, opna kompetansesenteret 1. januar 2001. Dei tre første åra var senteret eit prosjekt under Nasjonal kreftplan. Frå 01.01.04 er senteret integrert i den ordinære verksemda i Helse Vest som ein seksjon i Kreftavdelinga på Haukeland, men med øyremerka finansiering.



Nettverksbygging

– grunnmuren i arbeidet

KLB kom med eit mandat med nye mulegheiter for koordinering og styrking av det palliative arbeidet i regionen. Alt måtte likevel bygge på den kompetansen og entusiasmen som allereie var til stades, og nytte eksisterande organisasjonar og strukturar. KLB sin strategi var derfor å knyte saman alle som arbeidde med og hadde eit engasjement for palliasjon, og på den måten få fram miljø som kunne arbeide for etablering av palliative team og einingar ved dei større sjukehusa i regionen. Palliativ forskning må vere fundert i kliniske miljø, så forskning blei bevisst utsett dei første åra.

Då vi lyste ut dei første stillingane for regionale medarbeidarar hausten 2001, fekk vi tak i mange av dei lokale eldsjelene. Vi tilsette medarbeidarar på alle dei fem store sjukehusa i Helseregion Vest. Mange av desse fagpersonane har seinare blitt sentrale i dei palliative teama. Då KLB starta opp i 2001, var det bare Haraldsplass som hadde eit palliativt team. Nå er det palliativt team også i Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde. Haraldsplass og Helse Førde har også palliative sengeeiningar.

For å ha tett kontakt med teama, har KLB minst ein regional medarbeidar i kvart team. Vi arrangerer også ei årleg samling for alle teama. Ei av dei første oppgåvene for KLB sine regionale medarbeidarar var å besøke kommunane i området deira. På den måten fekk vi kontaktar i kommunehelsetenesta og

kunne fange opp behov og spørsmål. Dette var opptakten til nettverka i kreftomsorg og lindrande behandling, med ressursjukepleiarar i alle kommunar. Mange av ressursjukepleiarane har tatt initiativ til å søke statlege prosjektmiddel til sin kommune. KLB har kontakt med alle prosjekta og har ei årleg samling for prosjektleiarar. Andre viktige kontaktar i regionen er dei seks palliative einingane i sjukeheimar. KLB har arrangert fire regionsamlingar der helsearbeidarar frå heile Helseregion Vest med palliasjon som hovudaktivitet, er inviterte.

Kompetanse og struktur - å bygge huset

Heilt frå starten har KLB drive eit stort arbeid med undervisning og opplæring. Vi samarbeider med universitet, høgskolar, helseføretak, kommunar og organisasjonar. Vi har kurs og undervisning for mange ulike faggrupper i både grunn-, vidare- og etterutdanninga. Spesielt er vi tungt inne i vidareutdanningane i kreftjukepleie og palliativ omsorg. Vi er glad for å ha medverka til eit nytt opplegg for palliativ medisin i medisinstudiet i Bergen, og vi har i fleire år hatt kurs i palliasjon for turnuslegar ved Stavanger Universitetssjukehus.

KLB har vore representert i dei nasjonale utvala som har utarbeidd retningslinjer og handlingsprogram for palliasjon i dei 10 åra vi har eksistert. Vi har og bygd opp ei felles, regional “verktøykasse” for palliasjon med praktiske hjelpemiddel og retningslinjer.

Forskning – byggverk for framtida

Etter kvart som den kliniske, palliative verksemda i regionen vart utbygd i samsvar med nasjonale planar, fekk KLB meir fokus på forskning. Dei

første åra hadde vi Rae Bell, seksjonsoverlege på Smerteklinikken på Haukeland, som stipendiat. Ho har sidan fortsett med internasjonal smerteforskning. Men generelt er dessverre det palliative forskingsmiljøet på Vestlandet for lite til å vere slagkraftig, med berre ein professor i bistilling. Vi har derfor måtte basere oss på nasjonalt, og etter kvart også internasjonalt samarbeid. Vi har samarbeidd med dei andre kompetansesentra og med Forskningsgruppe Smerte og palliasjon ved NTNU.

Frå 2006 har KLB vore med i to EU-prosjekt via kontakten med NTNU, med overlege Katrin Sigurdardottir som stipendiat i prosjektet PRISMA. Gjennom desse prosjekta har vi fått mange internasjonale kontaktar, blitt med i samarbeidet i European Palliative Care Research Centre i Trondheim og involvert i fleire forskingsstudiar og andre samarbeidsprosjekt. Sunniva senter er ein helt nødvendig samarbeidspartnar for å kunne delta i kliniske multisenterstudiar.

Kva gjer huset sterkt?

KLB har heilt frå starten vore organisert etter modellen frå prosjektplanen, med ei lita, sentral eining på regionsjukehuset og ein tverrfagleg stab av regionale, kliniske medarbeidarar spreidd i regionen, både i sjukehus og kommunar. Denne desentraliserte modellen og kompetansenetteverka som etter kvart er godt etablerte, har gitt oss solid fotfeste i heile regionen.

Vi opplever at dei som arbeider med palliasjon i Helseregion Vest, føler ein eigarskap til KLB. KLB har og vore heldig med å ha mange dyktige, kreative medarbeidarar, med god tverrfagleg bredde. Referansegruppa og styringsgruppa for senteret har synt stort engasjement, og har hjulpet oss til å legge gode planar og strategiar for arbeidet.

KLB er ein aktiv, spanande og meningsfylt arbeidsplass, der oppgåver i forhold til daglege, kliniske utfordringar går hand i hand med overordna planarbeid og forskning. Dei siste åra har vi hatt ei spesiell vektlegging av samhandling og av fastlegane si rolle for dei palliative pasientane. Framover ser vi eit behov for å styrke grunnleggjande palliasjon på dei vanlege sjukehusavdelingane. Målet med alt vi gjer, er at den siste levetida skal bli god og meningsfylt for pasientane og deira pårørande.



Utviklinga av det palliative arbeidet ved

Stavanger Universitetssjukehus

Av Torhild Thorstvedt, kreftsjukepleiar, leiar av Mobilt palliativt team, Stavanger Universitetssjukehus

På Stavanger Universitetssjukehus starta det palliative arbeidet med Rådgivingsgruppa på 1980-talet. Etableringa av eiga kreftavdeling i 1999 og Mobilt palliativt team i 2005 har ført til eit mye betre lokalt tilbod.

På slutten av 1980-talet blei det ved Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR) etablert ei rådgivingsgruppe for omsorg for alvorleg sjuke og døyande. Samtidig blei ideen om ei hemato-onkologisk avdeling ved SiR sett fram av personar både i og utfor sjukehuset. Avdelinga skulle bli den første i sitt slag ved eit sentralsjukehus i Noreg. Den ideelle organisasjonen "Sykehuset i våre hender" var ein avgjerande støttespelar og samla inn middel til to strålebehandlingsmaskinar.

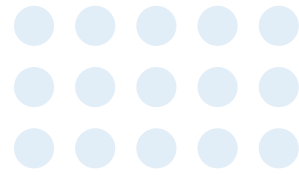
Kreftsjukepleiarfunksjonen

I 1996 blei det tilsett to kreftsjukepleiarar med ambulant funksjon som eit bindeledd mellom 1. og 2. linjetenesta for palliative kreftpasientar. Saman med Kreftforeningen vart det etablert eit uformelt nettverk av sjukepleiarar i kommunane i Rogaland. Nettverket dreiv kompetanseheving med fokus på lindrande behandling. I 1998 arrangerte det nasjonale Omsorgsrådet landskonferanse i Stavanger ved hjelp av lokale eldsjeler i Rådgivingsgruppa på SiR.

Kreftsjukepleiarfunksjonen synte behovet for eit betre tilbod til alvorleg sjuke pasientar. I 1999 sette fylkeskommunen og direktør ved SiR ned ei arbeidsgruppe som konkluderte med å anbefale oppretting av eit palliativt team og ei palliativ sengeeinging.

Hemato-onkologisk avdeling

Opninga av Hemato-onkologisk avdeling i mars 1999 ga SiR ei spesialavdeling for onkologisk behandling. For pasientar i Rogaland har denne



avdelinga gjort at dei aller fleste kunne få kreftbehandlinga si nærare heimstaden, og avdelinga førte også til eit større fokus på palliasjon. Hausten 2000 vedtok Rogaland fylkeskommune å etablere ei kompetansegruppe i palliativ behandling, og planlegginga tok til. Dessverre blei etableringa av teamet utsett fordi ein venta på at Staten skulle overta sjukehusdrifta.

Lokale medarbeidarar for KLB

I 2001 blei Kompetansesenter i lindrande behandling etablert i Helseregion Vest. KLB tilsette fire regionale medarbeidarar i Helse Stavanger og ein kreftsjukepleiar som regional medarbeidar i kommunehelsetenesta i Sør-Rogaland. Denne gruppa hadde fokus på kompetanseheving innan lindrande behandling i tillegg til å vere pådrivarar for å få etablert ei lindrande eining ved sjukehuset, nå Stavanger Universitetssjukehus (SUS).

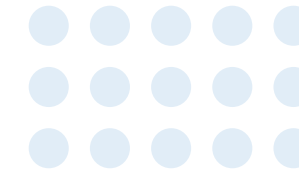
Mobilt palliativt team

Endeleg i 2004 oppretta Helse Stavanger nye stillingar for å kunne etablere eit palliativt team, og frå januar 2005 har MPT vore i drift. Per i dag er fire legar tilsette i til saman 1,5 legestilling og fire sjukepleiarar i kvar si 100 % stilling. Ein av sjukepleiarane har 20 % stilling i KLB for å drifte nettverket av ressursjukepleiarar. MPT har vore ein aktiv medspelar for å få nettverket etablert i føretaksområdet. Det meste av aktiviteten i MPT skjer i dag på SUS, men samstundes er det viktig for oss med ambulante heimebesøk saman med fastlege og heimesjukepleia. Kompetanseheving både internt på SUS og i kommunehelsetenesta er og ei sentral oppgåve for teamet.

Utviklinga av det palliative arbeidet i

Helse Fonna

Av Anne Lise Eidem Johannesen, kreftsjukepleiar og spesialist i smertesjukepleie, Palliativt team Helse Fonna



Vegen fram til opprettinga av eit palliativt team i Helse Fonna har vore lang og krunget. Denne gjennomgangen syner korleis tålmodig og målretta innsats for eit betre palliativt tilbod har gitt resultat både i føretaket og i kommunane.

På 1970- og 80-talet kom inspirasjon frå den internasjonale hospicerørsla til Noreg. Eldsjeler i Haugesund kommune fekk allereie tidleg på 1990-talet etablert ei hospice-avdeling (nå Avdeling for lindrande behandling) på Vardafjell omsorgssenter i Haugesund. Dette var ei av dei første palliative einingane i Noreg. Ikkje lenge etter vart det oppretta ei Rådgivingsgruppe for omsorg for alvorleg sjuke og døyande ved Haugesund Sjukehus.

I 2001 gjorde Rådgivingsgruppa ei kartlegging av tilhøva for palliative pasientar ved sengepostane på Haugesund sjukehus. Undersøkinga konkluderte med mangelfull symptomlindrande behandling og kompetanse i palliasjon og behov for eit palliativt team og ei palliativ sengeeinging.

Frå oktober 2001 fekk KLB to regionale medarbeidarar ved Haugesund sjukehus. På dette tidspunktet var det totalt berre sju kreftsjukepleiarar i Helse Fonna, og av dei var seks på Haugesund sjukehus.

Palliativt team

Våren 2002 oppnemnde leiinga ei tverrfagleg gruppe til å utarbeide ei Forprosjektskisse for oppretting av palliativt team og eining i Helse Fonna. Skissa førte til eit vedtak om å etablere palliative senger, og ei ny arbeidsgruppe i 2004 laga detaljerte planar for ei palliativ eining med tilhøyrande team.

Desse planane vart bekrefta av ei ny arbeidsgruppe i 2006. Etter seks år med utgreiningar og planarbeid vart endeleg palliativt team etablert på Haugesund sjukehus 1. mai 2008.

Teamet fekk kreftsjukepleiar i 100 % stilling og lege i 51 % stilling, i tillegg prest, fysioterapeut og sosionom knytte til på konsulentbasis. I 2010 fekk teamet ein kreftsjukepleiar til i full stilling. Temaet har nå ca 160 nyttilviste pasientar årleg. I 2011 har føretaksleiinga på nytt gitt signal om behov for ei palliativ sengeeinging på Haugesund sjukehus.

Nettverk

Dei regionale medarbeidarane i KLB starta arbeidet sitt i 2002 med å få oppnemnd ressurspersonar og -grupper innan lindrande behandling. Den første nettverksgruppa hadde representantar frå Haugesund sjukehus og fem kommunar i Indre Haugalandet. Innhaldet på gruppesamlingane var kompetansebygging, samarbeid og samhandling. I 2003 blei ressurspersonar frå dei seks ytre kommunane i Haugalandet samla i ei ny nettverksgruppe, medan Nettverk Hardanger blei etablert i 2004 med ressursjukepleiarar frå Odda sjukehus og nærliggande kommunar. I 2007 kom fjerde og siste nettverksgruppe, med deltakarar frå kommunane i Sunnhordland og Stord sjukehus. I 2005 vart nettverket av ressursjukepleiarar formalisert gjennom ein forpliktande samarbeidsavtale mellom alle kommunane, Helse Fonna, Kreftforeningen seksjon Vest og KLB. Nettverket er i dag velfungerande og har oppslutting frå alle kommunane. Det er nå kreftsjukepleiar i 16 av dei 19 kommunane i Fonna-området, medan to kommunar har ressursjukepleiar med vidareutdanning i palliativ omsorg.

Utviklinga av det palliative arbeidet i Bergensområdet

Av Jan Henrik Rosland, fagsjef for palliasjon, Medisinsk klinikk, Haraldsplass Diakonale Sykehus, og professor, Universitetet i Bergen

Palliasjonsarbeidet i Bergen har røter tilbake til slutten av 1970-talet då dei første rådgivingsgruppene for omsorg ved livets slutt vart oppretta i Bergen og Trondheim. I dag har Bergen et godt utbygd palliativt tilbod både i spesialist- og kommunehelsetenesta.

Etter inspirasjon frå den engelske hospicerørsla blei det på slutten av 1970-talet oppretta ei rådgivingsgruppe for omsorg for alvorleg sjuke og døyande på Haukeland Sjukehus. Ei følgje av gruppa sitt arbeid var at den første, tverrfaglege smerteklinikken i landet opna ved sjukehuset i 1983, med anestesilegen Stein Husebø som leiar.

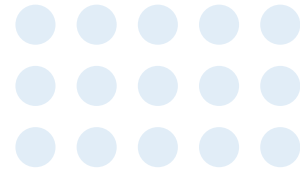
Utviklinga på 1990-talet

Bergen Diakonissehjem lanserte første gong ideen om eit hospice i 1987. I 1991 godkjende Hordaland fylkeskommune Sunniva Hospice som eit prøveprosjekt over 3 år. Hospicet blei etablert med sjukepleiar, frivillige medarbeidarar og allmennlege/prosjektleiar Nils Magerøy. I januar 1993 starta arbeidet med eit oppsøkende tilbod til heimebuande pasientar, og året etter kom dagavdelingstilbod. I 1997 vart hospicet permanent etablert med støtte frå Hordaland fylkeskommune.

Parallelt med denne utviklinga fortsette rådgivingsgruppa sitt arbeid på regionsjukehuset. Smerteklinikken hadde frå 1984 tilsyn til innlagte kreftpasientar, og utover 90-talet oppretta fleire av dei store, kliniske avdelingane eigne stillingar for ambulerande kontaktsjukepleiarar.

Inn i eit nytt tusenår: utvikling og samarbeid

Etter at Nasjonal kreftplan (1997) og Livshjelpetreing (1999) sette fokus på det palliative arbeidet, gjekk utviklinga raskare. Bergen Røde Kors Sykehjem (BRKS) etablerte i 2000 ei byomfattande hospiceavdeling med 8 senger. I 2001 blei Kompetansesenter i lindrande behandling (KLB) etablert, og i 2002 løyvde Helsedepartementet middel til



etablering av ei sengeeinnging ved Sunniva Hospice. Frå januar 2003 fekk hospicet eit tredelt tilbod: Fem døgnplassar for avansert symptomlindring, dagavdeling og ambulerande team. Sengeposten fekk eit regionalt ansvar og blei knytt tett opp mot KLB. Sengeposten har og rotasjonsordning for LIS-legar i onkologi.

I 2004 blei Sunniva sengepost utvida til åtte senger, og same året starta arbeidet med å koordinere pasientflyten til dei palliative døgntilboda ved Sunniva og BRKS. KLB spela ei sentral rolle i dette planarbeidet, som resulterte i eit vurderingsutval for palliative plassar i Bergen, med deltakarar frå Bergen kommune, Helse Bergen, Sunniva klinikk og BRKS.

Sunniva Hospice skifta i 2007 namn til Sunniva klinikk og frå september 2011 til Sunniva senter for lindrande behandling, etter samanslåing med Medisinsk klinikk.

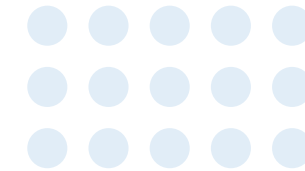
I 2007 oppretta Haukeland universitetssjukehus eit palliativt team, organisert under Smerteklinikken. Teamet har legar, sjukepleiarar, psykolog, fysioterapeut og prest og har også sosionom, ernæringsfysiolog og farmasøyt knytte til seg. Teamets hovudaktivitet er tilsyn til innlagte pasientar.

Kompetansebygging

Sunniva senter, Smerteklinikkens palliative team og KLB har saman ei utstrakt undervisningsverksemd og deltek aktivt i drifta av kompetansenettverk for ressursjukepleiarar, fysioterapeutar og ergoterapeutar. Haraldsplass Diakonale Høgskole har frå 2000 tilbydd tverrfagleg vidareutdanning i palliativ omsorg. Frå 2003 har Jan Henrik Rosland hatt eit adjungert professorat i palliativ medisin ved Universitetet i Bergen.

Utviklinga av det palliative arbeidet i Sogn og Fjordane

Av Geir Andvik, avdelingsjef, Kreftavdelinga, Helse Førde



Tilrådingar frå nasjonale planar vart tidleg på 2000-talet innlemma i den regionale kreftplanen i Helse Vest og Kreftplan Helse Førde. Målretta arbeid har ført til eit palliativt senter med team og sengepost integrert i kreftavdelinga. Alle kommunar deltek i Nettverk av ressursjukepleiarar i kreftomsorg og lindrande behandling, og det er etablert ei lokal vidareutdanning i palliasjon.

Den regionale (2005-2010) og lokale (2002-2007) kreftplanen la ansvaret for å lage prosjektplan og seinare etablere palliativt team i Helse Førde til kreftavdelinga. Team i lindrande behandling (TLB) vart etablert som prosjekt 1. september 2006. Ein starta opp med lege (onkolog) i 50 % stilling og to kreftsjukepleiarar i til saman 160 % stilling. Etter eitt år vart legeressursen auka med spesialist i allmenntilmedisin i 60 % stilling. Formelt vart teamet etablert som eit fast tilbod frå mars 2009. Palliativt team har no overlege i 100 % stilling og to heile sjukepleiarstillingar. Tett oppfølging frå styringsgruppa i prosjektperioden, med både lokal (klinikkdirektør og fagdirektør) og regional (leiar i KLB) forankring, har vore viktig for utviklinga av det palliative tilbodet i fylket.

Palliativt senter

Midt i prosjektperioden til Palliativt team starta planarbeidet for etablering av sengepost i kreftavdelinga. Sengeposten opna 3. november 2008 med 10 senger til kreft/ hematologi og 3 til lindrande behandling. Palliativt team fekk det faglege ansvaret for pasientane i dei palliative sengene. For pleiepersonalet på sengeposten er det krevjande å ha ulike fagområde; personalet må vere fleksible og omstillingsdyktige. Å ha dei palliative sengene i kreftavdelinga er likevel ein styrke, og opnar for fleksibel bruk av sengene, særleg i periodar med bruk for meir enn tre senger.

Palliativt team har også tilsyn og oppfølging av pasientar på andre avdelingar ved Førde sentralsjukehus og på Nordfjord og Lærdal sjukehus, med faste reisedagar. Teamet har og ambulante tenester til kommunane slik at dei palliative pasientane kan få eit godt fagleg tilbod så nært heimen som mogeleg.

Tverrfagleg samarbeidsgruppe

Prest og sosionom har vore stabile samarbeidspartar for teamet frå starten. Psykiatrisk avdeling i Helse Førde tok initiativ til samarbeid slik at psykiater er knytt til det palliative senteret i 20 % stilling. Frå januar 2011 er det tilsett fysioterapeut i 20 %, og kreftavdelinga sin kokk/ kjøkkenvert i 20 % stilling kjem også dei palliative pasientane til gode.

Nettverk av ressursjukepleiarar

Ein viktig faktor i samarbeidet med kommunane er nettverket av ressursjukepleiarar. Arbeidet med nettverket starta i 2004, og alle kommunane i fylket har minst ein ressursjukepleiar. Samarbeidet er formalisert i ein delavtale med kvar kommune. Hovudsakleg har KLB og Kreftforeningen i tett samarbeid brukt ressursar på å drifte nettverket. I samarbeid med kreftavdelinga i Helse Førde og KLB starta Høgskulen i Sogn og Fjordane (HISF) vidareutdanning i palliasjon i 2003. Til nå har nesten 200 sjukepleiarar tatt heile eller første del av denne utdanninga.

Av Ragna Renna, kreftsjukepleiar, fagutviklingssjokepleiar ved Kreftavdelinga, Helse Førde og regional medarbeidar, KLB



Palliativt team ved Kreftavdelinga,

Helse Førde har overlege, to sjukepleiarar og tverrfagleg samarbeidsgruppe. Teamet har flest tilsyn internt på Førde Sentralsjukehus, men har og faste reisedagar til Eid og Lærdal og ambulant verksemd mot kommunehelsetenesta. Kreftsengeposten på Førde Sentralsjukehus har ei palliativ eining med tre plassar. Medisinsk avdeling, Nordfjord sjukehus er den første avdelinga i Helse Førde som har tatt i bruk LCP.

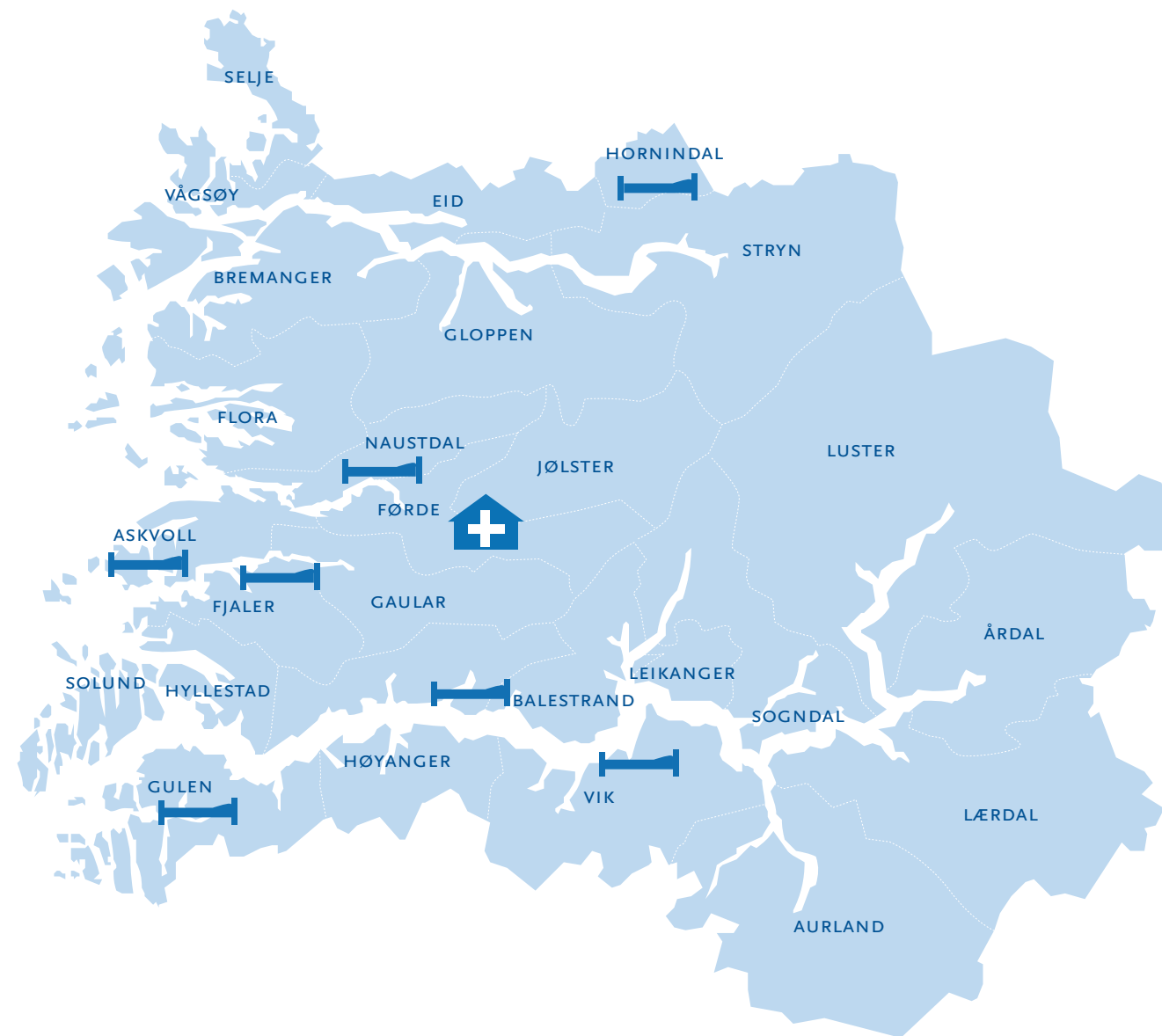
Palliative tilbod i sjukeheimar

Det er gjort svært mykje spanande arbeid for å betre det palliative tilbodet i mange kommunar. Det er enno ikkje etablert palliative sjukeheimseiningar i Sogn og Fjordane, men sju kommunar har etablert såkalla "palliative rom" i sjukeheimen. Det er i hovudsak ressursjokepleiarar som har teke initiativ for å få oppretta desse romma.




Ressursjokepleiarane er viktige for samarbeid og samhandling mellom sjukehus og kommune. Nettverket har fire grupper med i alt 89 ressursjokepleiarar frå dei tre sjukehusa og alle kommunane i fylket. Samstundes må ein ikkje gløyma det arbeidet som vert gjort av den ein-skilde tilsett i sjukeheim/heimesjokepleie eller sjukehusavdeling. Fastlegen har ei nøkkelrolle i det palliative tilbodet i heimen.

Kommunale prosjekt

Fleire kommunar har hatt prosjekt med tilskot frå statlege middel. I 2011 er det prosjekt i Flora kommune. Fleire kommunar har fått kreftomsorg og palliasjon inn i dei kommunale planane.



SYMBOLFORKLARING

-  Palliativ seng
-  Palliativ eining i sjukeheim
-  Palliativt senter

- Lindrande seng ved Fjaler sjukeheim
- Lindrande seng ved Gulen sjukeheim
- Lindrande seng ved Høyanger sjukeheim
- Lindrande seng ved Askvollheimen
- Kveldsol, Vik bygde- og sjukeheim, Vik kommune
- Lindrande seng ved Hornindal Omsorgssenter
- Lindrande seng ved Naustdal Sjukeheim
- Palliativt team, Kreftavdelinga, Helse Førde (Førde sentralsjukehus)

Intervju med

Linda Hantveit, ressursjokepleiar i Gulen kommune, Sogn og Fjordane

Ved Anne Watne Størkson



Kva er di rolle i palliasjon?

Eg er kontaktperson og rådgjevar for pasientar, pårørende og helsepersonell, og har heile kommunen som virkefelt. Eg har 20 % stilling som ressursjokepleiar og 70 % stilling som helsesøster, ein kanskje uvanleg, men god kombinasjon! I praksis er eg nesten alltid tilgjengeleg for pasientar og familiar. Kvar 3. veke koordinerer eg ressursmøte mellom lege og sjukepleiar der vi drøftar aktuelle utfordringar i det palliative arbeidet.

Kva for nytte har du hatt av KLB?

Nettverksbygging har vore svært viktig for oss i Gulen, både for å bygge kompetanse og knyte kontaktar til fagpersonar som kan gi oss råd og rettleiing. Eg har nytta KLB sine medarbeidarar både til konkret rådgiving i pasientsituasjonar og til generell rettleiing på rolla mi som ressursjokepleiar. Det å kunne reflektere over eige arbeid saman med kompetente medarbeidarar i KLB er verdifullt både for eiga utvikling og for å kunne møte brukarane og familiare deira på best muleg måte.

Kva ønskjer du for palliasjonen dei neste åra?

Eg håper at vi i samband med Samhandlingsreforma vil få øymerka, konkrete ressursar til å styrke tilbodet til kreftpasientar i kommunen. Sogn og Fjordane treng tilskot til fleire palliative senger i sjukeheimar og fleire stillingar i distrikta. Eg brenn for eit auka fokus på det førebyggjande perspektivet i kreftomsorga - både når det gjeld den palliative og kurative pasienten og deira pårørende. Eg brenn for den førebyggjande jobben ein ressursjokepleiar kan gjere for at ein heil familie skal greie å stå i ei vanskeleg tid - det at ein ser og møter behova deira slik at alle kjenner seg sett og ivaretatt og kan bli rusta til å gå vidare i livet.



Av Sølvi Eide Lunde,
kreftsjukepleiar og psykiatrisk sjukepleiar,
Etne kommune, og regional medarbei-
dar KLB

Palliativt team i Helse Fonna har overlege, to kreftsjukepleiarar, prest, sosionom og fysioterapeut. Teamet har ambulansfunksjon til kommunane, men dei fleste tilvisingane kjem internt frå Haugesund sjukehus.

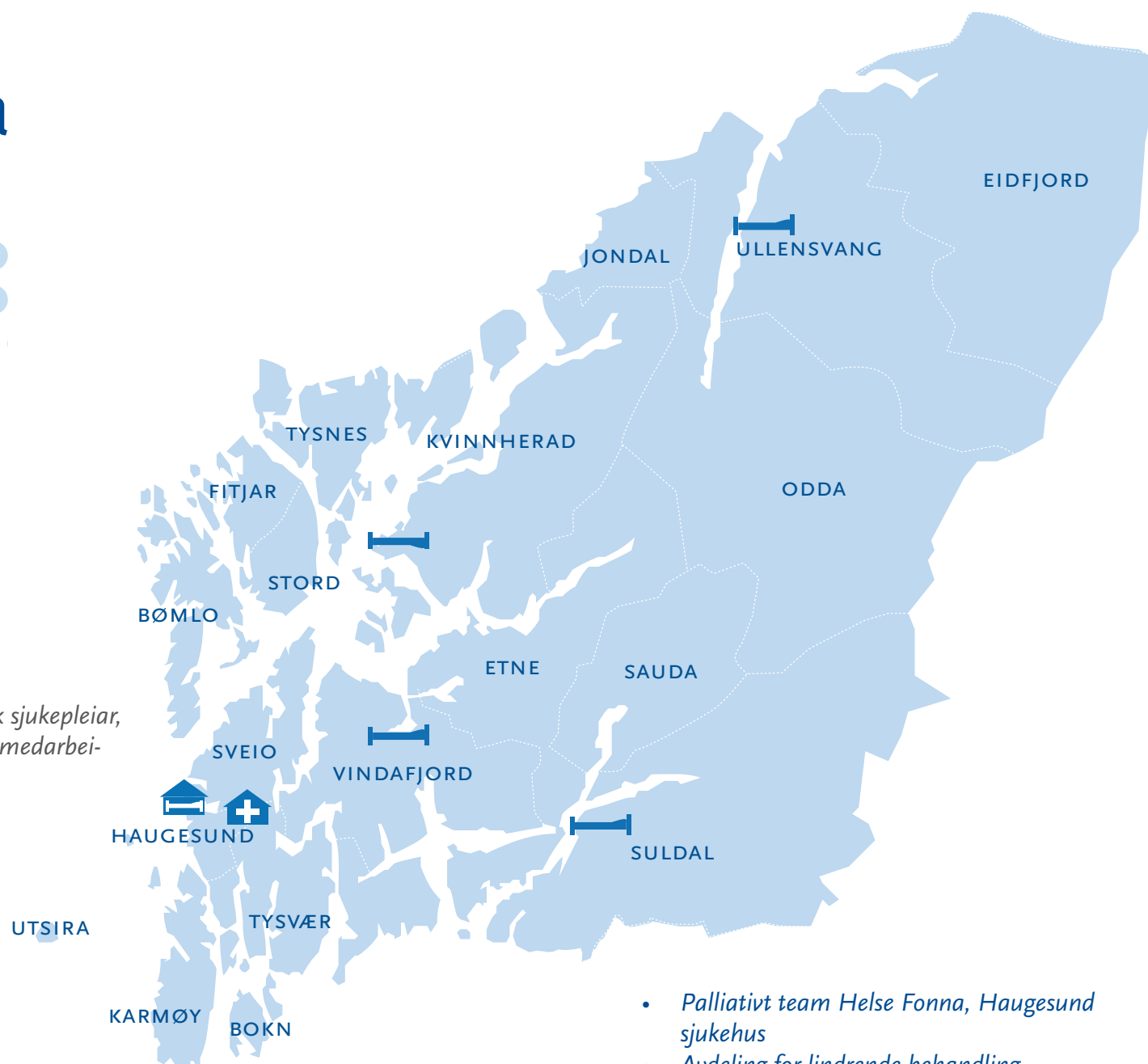
Avdeling for lindrende behandling ved Vardafjell Omsorgssenter har åtte plassar. Fire andre kommunar har eit palliativt rom i sjukeheimen.

Nettverk av ressursjukepleiarar innan kreftomsorg og lindrande behandling i Helse Fonna har fire grupper med i alt 83 ressursjukepleiarar frå dei tre sjukehusa og 19 kommunane. Nettverket samarbeider med Høgskulen Stord-Haugesund og Bjørgene omsorg- og utviklingssenter. Fleire kommunar har eiga kreftsjukepleieteneste.

Kreftomsorg Rogaland har tilbod til pasientar og pårørande i Nord-Rogaland. Kreftforeningens seksjon Vest har kurs og informasjonstilbod.




Kommunale prosjekt

Ei rekke kommunar har hatt prosjekt i palliasjon med statleg tilskot. For tida er det prosjekt i Haugesund og Kvinnherad. Begge prosjekta er



- Palliativt team Helse Fonna, Haugesund sjukehus
- Avdeling for lindrende behandling, Vardafjell Omsorgssenter, Haugesund
- Palliativ seng ved Husnestunet, Kvinnherad kommune
- Palliativ eining, Bråvolltunet sjukeheim, Ullensvang kommune
- Lindrande seng ved Ølen omsorgssenter, Vindafjord kommune
- Lindrande seng ved Suldal sjukeheim

SYMBOLFORKLARING

-  Palliativ seng
-  Palliativ eining i sjukeheim
-  Palliativt senter

Intervju med



Gro Steensnæs Håvåg,
sjukehusprest Helse Fonna

Ved Grethe Skorpen Iversen

Kva er di rolle i palliasjon?

Eg er sjukehusprest og er med i palliativt team i Helse Fonna.

Kva for oppgåver har du i KLB?

I KLB er eg klinisk medarbeidar med ansvar for å ha fokus på korleis vi kan lære opp og sette helsepersonell i stand til å sjå og bidra til at pasientar og pårørande får hjelp og støtte også på det åndelege området. Eg er og engasjert i korleis kyrkja og andre aktørar i samfunnet kan ta ansvar for dei pasientane som er på sjukeheim eller i sin eigen heim.

Kva for nytte har du av KLB?

Eg sett stor pris på fellesskapet vi har som medarbeidarar i KLB; det er spennande å følgje med i utviklinga i det palliative arbeidet både lokalt og nasjonalt. Eg har gjennom nettverk i Helse Fonna og deltaking på kurs og konferansar blitt kjent med mange flotte, dyktige og engasjerte menneske.

Kva for betydning har KLB hatt for utviklinga av di faggruppe i palliasjon?

Mange sjukehusprestar har lang og grunnleggjande erfaring og stor kunnskap om palliasjon. Samtidig møter ein stadig nye utfordringar i tverrfagleg arbeid for denne pasientgruppa. KLB har satt fokus på åndeleg omsorg som ei avgjerande side av det å lindre smertene ved alvorleg sjukdom og kort forventa levetid.

Har du nokre ønske for palliasjonen og KLB dei neste åra?

Vi jobbar for å etablere ein kontakt mellom helsetenesta og kyrkja for at menneske i palliativ fase av sjukdommen skal ha eit tilbod om åndeleg omsorg i heimkommunen sin. Ønsket mitt er at KLB kan bidra til at dette kjem som eit naturleg tilbod nasjonalt.

knytte til ressursjukepleienettverket.

Helsetorgmodellen er eit samhandlingsprosjekt mellom kommunar, helseføretak og høgskole i Fonna-regionen.

Helsetorgmodellen har fokus på pasientgrupper med utfordringar for samhandlinga, m.a. palliative pasientar.

KLB, Helse Fonna, Stavanger bispedømme og kommunar i Fonna-området samarbeider i eit prosjekt for å styrke samarbeidet kring åndeleg og eksistensiell omsorg i palliasjon. Målet er å prøve ut samarbeidsmodellar i nokre pilotkommunar. Kreftforeninga har prosjekta "Hjertefred" (Kvinnherad kommune) og "Barn og unge som pårørande i Etne kommune".

Av Kristin Eikill, rådgivar for palliasjon i Stavanger kommune og regional medarbeidar, KLB



Mobilt palliativt team ved Stavanger Universitets-sjukehus (SUS) har legar, sjukepleiarar og tverrfagleg samarbeidsgruppe. Teamet arbeider mest internt på SUS, men har og ambulant verksemd i kommunane.

Lindrane einingar og senger i sjukeheimar

Sandnes kommune har ei lindrande eining med sju senger på Åse bo- og aktivitetssenter, Sola ei eining med seks senger og Stavanger kommune ei eining med åtte senger på Boganess sykehjem og fire palliative senger på Tasta sykehjem. Fem andre kommunar har senger øymerka for palliativ behandling.

Nettverk av ressursjukepleiarar i kreftomsorg og lindrande behandling har seks grupper med i alt 125 sjukepleiarar frå kommunane og SUS.

Palliativt forum er ein tverrfagleg møtestad med fire samlingar i året. Foreløpig kjem deltakarane frå Mobilt palliativt team ved SUS og dei lindrande einingane i kommunane.

Kreftomsorg Rogaland driv eit eige omsorgs- og kompetansesenter for kreftramma og deira pårørande lokalt i Rogaland.

Kommunale prosjekt




Fleire kommunar har hatt prosjekt innan kreftomsorg og lindrande behandling. To større prosjekt mottar statlege prosjektmiddel 2010-2011:

”Eit samhandlings- og utviklingsprosjekt for kreftomsorga i Hjelmeland kommune” skal bidra til eit heilskapleg og saumlaust, tverrfagleg og tverretatleg tenestetilbod som gir pasientar og deira pårørande tryggleik og best muleg livskvalitet.

”Interkommunalt samarbeidsprosjekt i palliasjon” er eit tverrfagleg samarbeidsprosjekt mellom ni kommunar, SUS og Utviklingssenteret for sjukeheim og heimetenester. Prosjektet skal heve kompetansen innan palliasjon, identifisere pasientar som kan ha behov for palliative tiltak, implementere individuell plan og fremme tverrfagleg arbeid innan palliasjon. I tillegg er målet å styrke interkommunal samhandling gjennom praktiske løysingar.



SYMBOLFORKLARING

-  Palliativ seng
-  Palliativ eining i sjukeheim
-  Palliativt senter

- *Mobilt palliativt team, Stavanger Universitetssjukehus*
- *Lindrane eining, Boganess sykehjem, Stavanger kommune*
- *4 palliative senger, Tasta sykehjem, Stavanger kommune*
- *Lindrane eining, Sola sjukeheim*
- *Lindrane eining, Åse bo- og aktivitetssenter, Sandnes kommune*
- *Lindrane senger ved Hå sjukeheim*
- *Lindrane senger ved Kleppheimen*

Intervju med



Øyvor Sønstabø, kreftsjukepleiar, fagutviklar og ressursjukepleiar i Bjerkreim kommune

Ved Grethe Skorpen Iversen

Kva er di rolle i palliasjon?

Eg har ei fristilt stilling som kreftsjukepleiar i Bjerkreim kommune. Arbeidsoppgåvene er svært varierte, men i praksis bruker eg nok mest tid saman med pasientar i livets slutfase.

Kva for nytte har du av KLB?

Helse Stavanger har eit veletablert nettverk for ressursjukepleiarar. Her rettleier og hjelper vi kvarandre i kvardagen. Meir overordna er eg med i nettverket si driftsgruppe, som direkte er underlagt KLB, så dette er linken min til KLB. For meg representerer KLB stor fagleg tyngde og vel gjennomtenkte løysingar som vi ute i kommunane kan nytte i kvardagen.

Har du ein kjepphest som ressursjukepleiar eller innan palliasjon generelt?

Eg har stor tru på nettverksmøte. Nettverksmøte er eit tverrfagleg møte (oftast på sjukehuset) kor ressursjukepleiar saman med pasient, pårørande og helsepersonell frå sengeposten legg ein plan for den siste tida. Dette møtet er eit viktig bidrag for å trygge pasienten, sikre overføring av informasjon og lage gode ”backup” planar.

Har du nokre tankar eller ønske for fagfeltet palliasjon dei neste åra?

Eg trur det blir viktig å utvikle vidare det arbeidet som allereie er begynt. Kompetanseheving, tilstrekkelig personell og interesse for fagfeltet trur eg er viktige stikkord i det palliative arbeidet også i åra som kjem.

Av Ragnhild Helgesen, undervisningssjuepleiar, KLB

KLB har hovudkontoret sitt på Haukeland universitetssjukehus med leiar/seksjonsoverlege, sekretær og undervisningssjuepleiar. I tillegg har KLB kliniske medarbeidarar i deltidsstilling.

Sunniva senter for lindrende behandling ved Medisinsk klinikk, Haraldsplass Diakonale Sykehus har palliativt uteteam, dagavdeling, segepost og tilbod om oppfølging av etterlatne. Helsepersonell kan ringe klinikken heile døgnet for å få faglege råd.

Palliativ team ved Smerteklinikken, Haukeland universitetssjukehus: Teamet er breitt, tverrfagleg samansett og gir primært konsulentbistand til avdelingane på sjukehuset. Teamet har og ambulant funksjon til heim og sjukeheim.

Palliativ avdeling ved Bergen Røde Kors Sykehjem har 8 palliative plassar og 6 langtids sjukeheimsplassar. Avdelinga mottar pasientar frå heile Bergen kommune. Verdighetsenteret er ein stiftelse som held til på sjukeheimen. Senteret tilbyr mellom anna årskurset "Lære - for å lære vidare. Implementering av Palliativ Care i eldreomsorg".

Vurderingsutvalet for palliative sengeplassar Eit eige vurderingsutval behandlar søknader til Sunniva sengepost og Palliativ avdeling ved Bergen Røde Kors Sykehjem.



Behandlingsavdelinga ved Luranetunet sjukeheim i Os kommune

Avdelinga har personale med høg kompetanse i palliasjon og god dekning gjennom døgnet. Tre andre kommunar har ei lindrande seng i sjukeheimen.

Nettverk av ressurspersonar innan kreftomsorg og lindrande behandling i Helse Bergen føretaksområde. Sjukepleiarnettverket har 100 ressurs-sjukepleiarar frå heimesjukepleie og sjukeheimar i alle kommunane i føretaksområdet og frå sjukehusavdelingar. Fysio- og ergoterapinettverket omfatar 43 ressurspersonar.

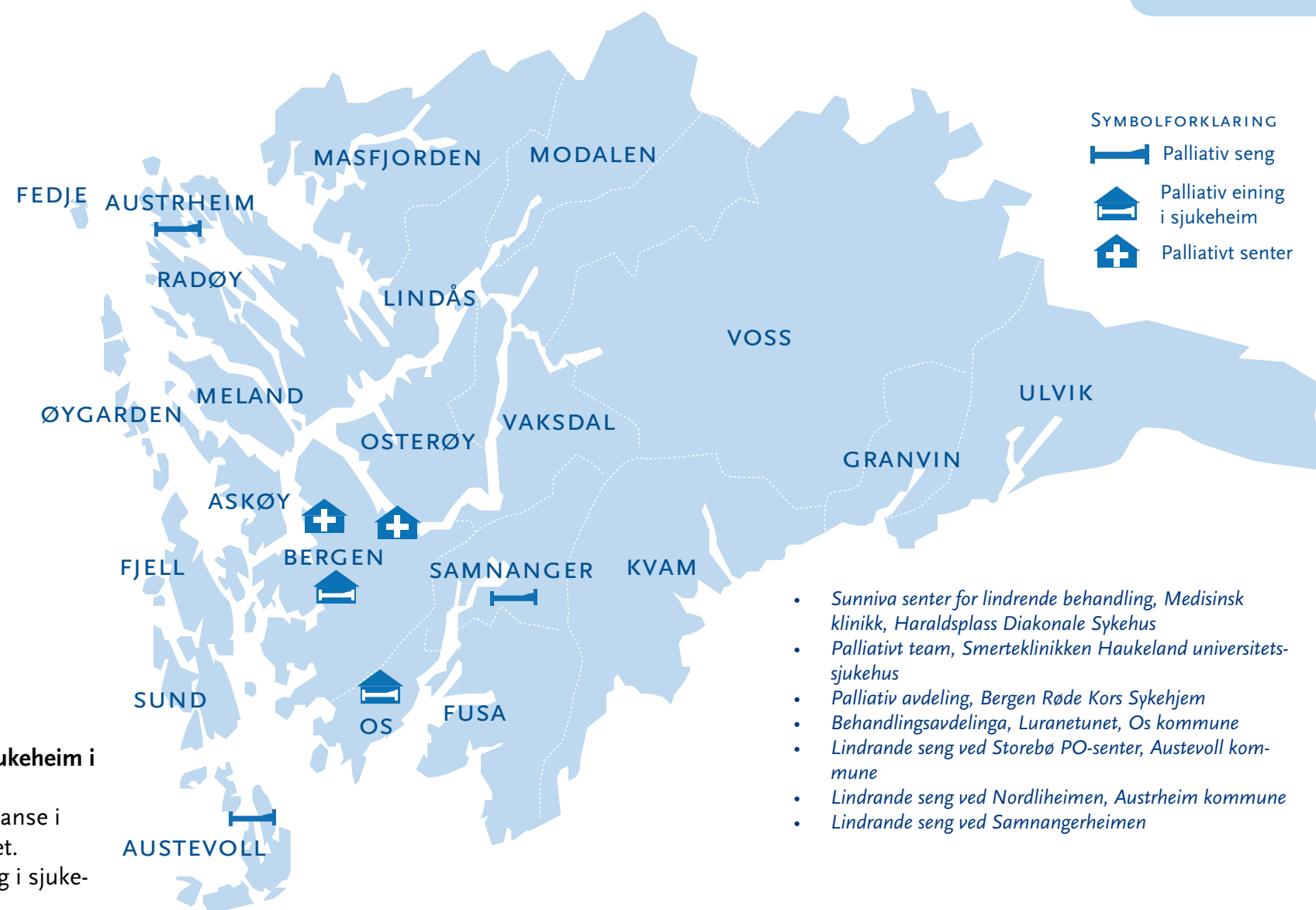
Kreftforeninga har kontor i Bergen og ei rekke tilbod til pasientar og pårørande.

Kommunale prosjekt

Det er til ein kvar tid pågåande kommunale prosjekt innan palliasjon i føretaksområdet. Desse prosjekta er heilt eller delvis finansierte av statlege prosjektmiddel. Prosjekta samarbeider med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland.

Innføring av LCP i sjukehus og kommunar

KLB er nasjonal koordinator for LCP og har eigen prosjektsjuepleiar for dette arbeidet.



- Sunniva senter for lindrende behandling, Medisinsk klinikk, Haraldsplass Diakonale Sykehus
- Palliativt team, Smerteklinikken Haukeland universitetssjukehus
- Palliativ avdeling, Bergen Røde Kors Sykehjem
- Behandlingsavdelinga, Luranetunet, Os kommune
- Lindrande seng ved Storebø PO-senter, Austevoll kommune
- Lindrande seng ved Nordliheimen, Austrheim kommune
- Lindrande seng ved Samnangerheimen

Intervju med



Line Solheim,
sosionom
Haraldsplass
Diakonale Sykehus

Ved Grethe Skorpen Iversen

Kva er dine oppgåver i KLB?

Hovudarbeidet mitt i KLB er å vere pådrivar for pasient og pårørande sine rettar. Andre oppgåver er oppstart av nettverk for sosionomar, undervisning, oppdatering av stoff om trygderettar og annan nyttig informasjon (til dømes testamente, barn som pårørande) på KLB sine nettsider, samt redigering av kapitlet Sosiale og trygdemessige forhold

i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.

Kva for betydning har KLB hatt for utviklinga av di faggruppe i palliasjon?

Arbeidet som sosionom kan til tider vere einsamt. Ikkje alle har kollegaer å drøfte utfordringar med. Eg har fått tilbakemeldingar at det er godt å ha nokon å kontakte viss ein står i ein vanskeleg situasjon. På den måten har KLB hatt betydning for utviklinga av mi faggruppe.

Har du ein kjepphest innan palliasjon?

Min kjepphest innan palliasjon er å gjere det ein kan for at pasientar og pårørande kan fungere så normalt som muleg i kvardagen med alvorleg, livstruande sjukdom.

Intervju med

Tone Steinfeld, kreftsjukepleiar, ressurssjukepleiar og prosjektleiar i Askøy kommune

Ved Grethe Skorpen Iversen

Kva er di rolle i palliasjon?

Arbeidet mitt består mykje i direkte pasient - arbeid - eit lågterskel-tilbod til kreftpasientar og andre med palliative behov, samt deira pårørande. I tillegg arbeider eg med kompetanseheving og rettleiing samt systemarbeid og samhandling. Eg har til dømes nettopp fått bestilling om å bidra til å utarbeide kreftplan for kommunen.



Kva for nytte har du av KLB?

Eg er opptatt av å knyte kontaktar for å kunne ha god samhandling og skape saumlause system. Her har KLB ei viktig rolle og funksjon som knutepunkt for ressurssjukepleiarane i nettverka, samarbeidspartnar for kompetanseheving og som inspirator/rettleiar til m.a. prosjektarbeid.

Kva er din kjepphest innan palliasjon?

Eg har fleire: Å etablere tidleg pasientkontakt, gjerne før ordinær heimesjukepleie kjem inn, er med på å skape tryggleik for pasient og pårørande. Bruk av ESAS er nyttig i kartlegginga og gjer at du fort kjem fram til bestillinga. Fastlege og ev. andre kan på den måten komme naturleg inn på et tidleg tidspunkt. Saman med bruk av individuell plan er dette gode verkemiddel som kan vere med å skape ei oppleving av eit saumlaust tenestetilbod i eigen kommune. Specialisthelsetenesta er og ein viktig ressurs, og fellesmøte har ofte vist seg å gi den beste tilrettelegginga.

Har du nokre ønske for fagfeltet palliasjon dei neste åra?

Eg ønskjer ei massiv satsing på palliasjon og at kompetansen i kommunehelsetenesta kan byggjast opp i eit tett samarbeid og på ein felles arena med spesialisthelsetenesta, slik planen er for Samhandlingsreforma.

Tone-Lise Frantzen, spesialfysioterapeut, Haraldsplass Diakonale Sykehus

Ved Grethe Skorpen Iversen

Kva er di rolle i palliasjon?

Som fysioterapeut er fokusa mine hos palliative pasientar å lindre, halde ved like funksjon og fremme livskvalitet og oppleving av meistring.

Kva for oppgåver har du i KLB?

Eg skal styrke fagfeltet i mi eiga faggruppe, men og gjere fysioterapeuten si rolle i palliasjon kjent for andre personalgrupper. Konkret handlar det m.a. om nettverk, undervisning og kurs samt utarbeiding av retningslinjer og handlingsprogram.

Kva for nytte har du av KLB?

Det har vore svært nyttig for meg å vere ein del av KLB. Det har gitt meg tid og nødvendig støtte til å utvikle palliativ fysioterapi vidare, og har også gjort det muleg for meg å utvikle meg sjølv fagleg.



Kva for betydning har KLB hatt for utviklinga av di faggruppe i palliasjon?

KLB har vore med på å forme palliativ fysioterapi som fag og samtidig synleggjort faggruppa sin plass i palliasjon.

Har du nokre ønske for palliasjonen og KLB dei neste åra?

Eg håper at ein skal greie å ta vare på verdiane frå hospice-filosofien og legge enda meir vekt på tverrfagleg teamarbeid i kvardagen. Eg trur KLB har ei viktig rolle i å fremme og ta vare på særpreget i det palliative arbeidet.

Margrete Einen, sjukehusfarmasøyt i Helse Bergen

Ved Anne Watne Størkson



Kva er di rolle i KLB?

Eg har vore med sidan 2010, og representerer som farmasøyt ei ny faggruppe i KLB. Eg er den einaste farmasøyten tilsett i eit kompetansesenter for lindrande behandling i Noreg. Som farmasøyt er eg spesielt opptatt av legemiddelbehandlinga i palliasjonsfeltet, alt frå rett bruk av legemiddel, via handtering og utblanding, til refusjon av legemiddel. Eg arbeider med å lage enkle, gode oversikter til leger og anna helsepersonell, særleg i forhold til den praktiske delen med refusjonar av legemiddel.

Har du nokre ønske for KLB og fagfeltet palliasjon dei neste åra?

Eg håper vi kan spreie enda meir kunnskap om og kjennskap til palliasjon, både i ulike fagmiljø og i befolkninga generelt. Frå ein farmasøytisk ståstad ønskjer eg å vise fram kva vi farmasøytar kan bidra med i palliasjonsarbeidet, og at vårt bidrag etter kvart blir større og tydelegare.

Sideblikk

Ein gastrokirurg med hjarte for palliativt arbeid

Professor Hartwig Kørner ved Stavanger Universitetssjukehus i samtale med Anne Watne Størkson

- Det var viktig for meg å få ei tilknytning til KLB fordi eg mange gonger hadde opplevd at arbeidet som gastrokirurg dreier seg om mye meir enn akkurat det kirurgiske inngrepet.

Dette gjeld i utgangspunktet for alle pasientar, også dei som har andre sjukdommar enn kreft og dei som kan få behandling for å verte friske.

- Ingen ønskjer å bli "reduisert" til eit organ eller ein kroppsdel. Men det gjeld i svært stor grad pasientar med ein sjukdom som ikkje kan lækjast.

Eg opplevde utfordringar både i høve til gode behandlingalternativ og til å gjere dei rette behandlingsvala, men kanskje enda meir når det punktet kom då ein måtte sette fokus på andre ting enn sjukdommen og behandlinga: fokus på livskvalitet, kommunikasjon og hjelp til å forstå og meistre ein situasjon der livet går mot slutten. Dette blir etter kvart det viktigaste for pasientane og dei pårørande.

I KLB såg eg ein mulegheit til sjølv å lære meir om palliasjon, men også til å kunne påverke det kirurgiske fagmiljøet til å kunne fylla si rolle i omsorga for pasientar som ikkje kan bli friske.

"I framtida vil vi sjå stadig fleire pasientar med behov for palliativ behandling".

Eksotisk bakgrunn som kirurg

Då eg begynte i KLB og dermed i det palliative miljøet, var eg den einaste med kirurgisk bakgrunn.

Dette ga meg av og til ein følelse av å vere ganske "eksotisk", og eg opplevde nokre gonger at kollegaer frå dei meir "tradisjonelle" faga innan palliasjon kunne føle seg usikre i tilhøvet til ein "palliativ kirurg". Samtidig følte eg at eg hadde ein jobb å gjere med å "knekke" dei nødvendige "kodane" i det nye miljøet. I denne prosessen har eg blitt kjent med mange fantastiske fagpersonar, og har kunna bygge opp svært gode, kollegiale relasjonar på tvers av faggrensar og profesjonar.

Eg har vore medarbeidar sidan september 2005 og har arbeidd på fleire ulike felt i desse åra. Eg begynte med å ta tak i eit palliativt problem med kirurgisk tilsnitt: malign tarmobstruksjon. Der har eg arbeidd med etablering av ei rutine for diagnostikk og behandling, først lokalt og regionalt, og deretter på nasjonalt plan som ein del av handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorga.



Eg har vore rettleiar for kirurg Helgi Sigurdsson i PhD-prosjektet hans omkring palliativ behandling til pasientar med rectumcancer. Gjennom dette prosjektet etablerte eg kontakt med det amerikanske palliativ-kirurgiske miljøet og Geoffrey Dunn, leiar av Palliative Surgical Care Task Force ved American College of Surgeons. Geoffrey Dunn var invitert føredragshaldar til den norske kreftkongressen Onkologisk Forum i 2010. Der hadde han både plenumsføredrag og innlegg på ein felles sesjon for Norsk forening for palliativ medisin og Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi.

Undervisning har vore ei vesentleg oppgåve

Eg har internundervisning for spesialistkandidatar innan generell kirurgi og gastrokirurgi og har undervist på vidareutdanninga i kreftsjukepleie.

Som det første sjukehuset i landet starta vi i Stavanger grunnkurs i palliasjon for turnuslegar, som vi nå har hatt i fleire år. I 2006 organiserte

eg eit etterutdanningskurs, "Minimally invasive palliative procedures in gastro-intestinal malignancies", i samband med 40. nordiske kongress i gastroenterologi i Stavanger.

Det har blitt nokre publikasjonar gjennom desse åra, både vitenskaplege artiklar og meir populærvitenskaplege, og nokre bokkapittel. Eg var leiar av den vitenskaplege komiteen for Landskonferansen i palliasjon i Bergen 2010 og skal ha same oppgåva for neste landskonferanse.

Fag for spesielt interesserte?

Framleis ser mange palliasjon som eit felt for spesielt interesserte. Faget kan kalle fram kjensler og tankar som rører ved den einskilde sin eigen eksistens, og dette kan skape uvisse. Derfor reagerer nokre helsearbeidarar med å halde seg frå palliative problemstillingar. Men i framtida vil vi sjå stadig fleire pasientar med behov for palliativ behandling. Eg ønskjer at den palliative tankegangen får allmenn utbreiing hos alle som møter desse pasientane i arbeidet sitt.

"For mitt eige fagområde kirurgi ønskjer eg spesielt at undervisning i palliativ medisin blir ein del av den obligatoriske spesialistutdanninga."

Det vil krevje målretta arbeid i forhold til Legeforeningen og helsemyndighetene. Vidare vil det bli spanande å sjå korleis det nye kompetanseområdet i palliativ medisin vil bli implementert. Til slutt vil eg trekke fram Samhandlingsreforma. Eg er spent på å sjå kva for løysingar ein vil trengje for å få dei ulike nivåa i helsetenesta til å fungere etter intensjonen i reforma.

Ein vegvisar ved livets slutt



Liverpool Care Pathway (LCP) er ein tiltaksplan for omsorg til døyande og deira pårørande og vert brukt i meir enn 20 land. KLB er nasjonal koordinator for LCP og opplever stor interesse for verktøyet.

Av Grethe Skorpen Iversen, prosjektsjukepleiar, KLB

LCP blei utvikla i England på 1990-talet. Målet var å overføre den heilskaplege omsorga som den døyande og familien blir møtte med på ei lindrande (palliativ) eining, til andre delar av helsetenesta. LCP er i dag internasjonalt anerkjent og det viktigaste kvalitetsverktøyet for å betre omsorga ved livets slutt.

Sjukeheims- og kommuneoverlege Aart Huurnink skal ha æra for å ha innført LCP til Noreg. Allereie i 2003 begynte han arbeidet med å omsette LCP til norsk. Hausten 2011 er LCP i ulik grad tatt i bruk i 10 av 19 fylke, med ei opphoping i Hordaland, Rogaland, Telemark og Østfold. Sjukehusa i Bergen er dei første sjukehusa i Noreg som har innført LCP.

LCP som verktøy og vegvisar

LCP er både ei retningslinje for behandling og pleie og ein reiskap for dokumentering rundt dødsfallet. Når ei avdeling vil ta i bruk LCP, anbefaler vi at leiinga gjennomgår dei siste dødsfalla i avdelinga for å ha eit utgangspunkt før oppstart med planen. Ein slik gjennomgang eller "base review" kan avdekke område med potensielle forbetring. Når LCP har vore i bruk ei tid, kan ein gjere ei tilsvarande evaluering, ein såkalla "audit". Skjema og rettleiing for både "base review" og "audit" er tilgjengelege hos KLB.

LCP er en god vegvisar, men arbeidet vi gjer, blir ikkje betre enn dei kunnskapane og holdningane og det handlaget vi har. Derfor er vedlikehald og vidareutvikling heilt nødvendige oppgåver dersom LCP skal bli ein naturleg del av arbeidet vårt for døyande pasientar og deira pårørande.

Fylke	Brakarstader
Sør-Trøndelag	1 sjukeheim med palliative senger
Sogn og Fjordane	1 medisinsk avdeling på lokalsjukehus
Hordaland	10 sjukehusavdelingar, inkludert 1 palliativ eining 3 kommunar i heimetenesta 24 sjukeheimar
Rogaland	9 sjukeheimar (med/utan palliative senger)
Telemark	7 sjukeheimar (med/utan palliative senger)
Akershus	3 sjukeheimar (med/utan palliative senger) 1 kommune i heimetenesta
Oslo	3 sjukehusavdelingar, inkludert 1 hospiceavdeling 3 sjukeheimar
Østfold	10 sjukeheimar (med/utan palliative senger)
Vestfold	1 sjukeheim
Buskerud	1 lindrande eining



"...success is a journey, not a destination. The road to success is always under construction."

("Care of the Dying: A pathway to excellence" (2011)).

To om LCP

Kari Dyrhovden,
ressurssjukepleiar,
Samnangerheimen, Tysse



Kva tenkjer du om LCP som verktøy?

Vi har ikkje brukt LCP til så mange pasientar enda, men erfaringane er gode. Vi blir tvunga til å ta stilling til og tenke gjennom spørsmål som kanskje er vanskelege å ta opp, til dømes åndelege/eksistensielle behov.

Kva er særskilt nyttig med LCP i din kvardag?

Legen blir på ein sterkare måte nøydd til å ta stilling til om pasienten er døyande, og som følgje av det vurdere om unødvendige/plagsame tiltak kan stoppast. Vi opplever at det å ta i bruk LCP, går hand i hand med å ta i bruk "medikament-skrinet" og at pårørande ser på LCP som kvalitetssikring.

Har de nokre utfordringar knytte til LCP?

Eg har fått nokre tilbakemeldingar at det er lett å tenke feil om korleis spørsmåla er stilte. Det kan vere lett å tenke at ein skal svare "ja" viss pasienten har smerter, i staden for å svare på om målet er nådd. Vi trur dette vil gå seg til når vi blir meir vande med å bruke planen.

FAKTA

LCP gir evidensbasert rettleiing i forhold til dei ulike aspekta ved terminalomsorg, så som pleietiltak, førehandsordning av ekstramedisin og seponering av unødvendige medikament, psykisk støtte, åndeleg omsorg og ivaretaking av dei pårørande.

Bruken av LCP er uavhengig av pasienten sin diagnose, men visse kriterium må vere oppfylte for å ta planen i bruk. KLB er registrert i Liverpool som samarbeidssenter for LCP i Noreg. Alle som ønskjer å bruke LCP, må registrere seg hos KLB og får då tilsendt ein "oppstartspakke" som hjelp til å komme i gang.

Aart Huurnink, sjukeheimslege Boganes sykehjem og kommuneoverlege i Stavanger kommune

Korleis vart du kjent med LCP?

I 2003 heldt eg på med ei oppgåve om kvaliteten på omsorga til døyande, då rettleiaren min viste meg ein artikkel om LCP. Kort tid seinare fekk eg boka om LCP, vart umiddelbart begeistra og gjekk i gang. I september 2005 introduserte eg LCP i avdelinga og frå 2006 har vi brukt den offisielle norske versjonen som eg var med på å utarbeide saman med KLB.

Kva for erfaringar har de med LCP?

LCP er blitt ein del av kvalitetsarbeidet på Lindrende Enhet. "Er pasienten døyande?" vart eit viktig spørsmål og vendepunkt i arbeidet.

Kva trengs for å innføre LCP i ei avdeling?

Ta kontakt med KLB. Nokre viktige stikkord er: forankring i leiinga, opplæring, rutinar for medikamentforordning og at legen er tilgjengeleg og har kompetanse i palliasjon. Etter at planen er innført, trengs kontinuerlig oppfølging og evaluering, gjerne og ei "fadderordning" med ein ressursperson eller avdeling. Omsorg til døyande er lagarbeid. Å ta i bruk LCP må byggje på at heile teamet og leiinga er einige om behovet for meir fokus på omsorga for døyande, og ønskjer å ta planen i bruk.



PRISMA

- eit EU-prosjekt for å koordinere og betre omsorga ved livets slutt

Av Katrin Sigurdardottir, overlege ved Sunniva senter og KLB, stipendiat ved NTNU

Prosjektet PRISMA har sett på standardar og praksis i omsorga ved livets slutt for kreftpasientar i Europa.



Saman med Dagny Faksvåg Haugen frå KLB har eg deltatt i prosjektet dei siste tre åra. I samarbeid med Forskningsgruppe Smerte og palliasjon ved NTNU og Sunniva klinikk for lindrende behandling ved Haraldsplass Diakonale Sykehus har KLB sine to medarbeidarar hatt ansvaret for eit av delprosjekta i PRISMA. Vårt prosjekt har gått ut på å kartlegge klinisk, palliativ forskning innan kreftområdet i Europa - sjå på omfanget av forskinga og kva som hindrar og kan fremme palliativ forskning, og komme fram til prioriterte område for forskingsinnsatsen dei neste åra. Eg har vore stipendiat i PRISMA og har dette som doktorgradsprosjekt. Arbeidsmåtene har vore litteraturstudiar, spørjeundersøkingar og ekspertmøte. Delprosjektet om palliativ forskning omfatta den første, store kartlegginga av palliativ forskning i Europa. Resultata blei arbeid med vidare i ein workshop med klinikarar og forskarar frå 25 europeiske land.

Anbefalingar frå PRISMA

God metodikk, felles verktøy for å måle symptom og vurdere resultat og felles system for klassifisering fremmer forskning. Mangel på felles definisjonar og usemje om metodar er hemmande for forskinga. Prioriterte forskingsområde er plagsame symptom, omsorg for døydne og organisering av palliative tilbod. Det er eit stort behov for samarbeid og nettverk innan palliativ forskning i Europa. Preferansane og prioriteringane til befolkninga må også telje med i vurderingane av kva ein bør forske på og gi middel til i framtida.

FAKTA

PRISMA er eit koordineringsprosjekt i EU sitt 7. rammeprogram. Elleve forskingsgrupper i ni land i Europa og Afrika har samarbeidd i prosjektet, som har vore delt inn i åtte delprosjekt.

PRISMA har vore koordinert frå King's College i London, under leiing av Irene Higginson og Richard Harding.

PRISMA fokuserer på "end-of-life cancer care". I prosjektet har "end-of-life" blitt definert som det siste leveåret.

Materiell som er utarbeidd i prosjektet, finn du på www.prismafp7.eu

Verktøykasse

- for praktisk palliasjon

Av Line Solheim, sosionom, Haraldsplass Diakonale Sykehus

Verktøy utvikla av KLB

Medikamentskrinet

Medikamentskrin for symptomlindring til døydne. Inneheld dei fire viktigaste medikamenta, nødvendig utstyr, behandlingsalgoritmar og rettleiing for å legge inn subkutan kanyle.

IP

Individuell plan
Skriftleg oversikt over tenestene pasienten mottar. Pasientens og dei pårørandes mål og ønske. Behandlingsplan, ansvarsfordeling og kontaktinformasjon.

Etterlattemappe

Eit hefte med viktig informasjon om sorgarbeid og tida etter eit dødsfall, og ei minnebok spesielt laga for barn.
Eiga mappe for sjukehus og for kommunehelsetesta.

KLB sine nettsider

Skal gi god praktisk informasjon, t.d. kontaktinformasjon til palliative tiltak og ressurspersonar, rutinar for tilvising, informasjon om økonomiske rettar, aktuelle medikament og refusjonsordningar. Eigne sider for LCP og medikamentskrinet.
www.helse-bergen.no/palliasjon

Til deg som har mista ein av dine næraste



PallReg

Nasjonalt, opent register over palliative verksemdar på sjukehus og i kommunar. Dei fire kompetansesentra for lindrande behandling er ansvarlege for drifta (www.pallreg.no).

Verktøy introduserte av KLB i regionen

ESAS

Skjema for registrering av plagsame symptom, "Korleis har du det i dag?"

LCP

Liverpool Care Pathway, ein tiltaksplan for omsorg til døydne og deira pårørande. Eigen versjon for sjukehus, sjukeheim, heimesjukepleie og palliativ eining.

Kliniske retningslinjer

Europeiske retningslinjer for behandling av smerte, depresjon og kakeksi hos palliative pasientar. Kortversjon for pasientar og pårørande.
www.eprc.org

Vidareutdanning - Tilbod med relevans for palliasjon

Lindrane behandling, pleie og omsorg 1 og 2.

Vidareutdanning for sjukepleiarar.
Stad: Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling helsefag, Førde
Deltid. Kvar del 15 studiepoeng

Palliativ omsorg

Tverrfagleg vidareutdanning i palliativ omsorg.
Stad: Haraldsplass diakonale høgskole, Bergen.
Deltid, 30 eller 60 studiepoeng (1 eller 2 år).

Kreftsjukepleie

Kompetanse til å utøve sjukepleie til kreftpasientar innanfor og utanfor institusjon. 60 studiepoeng.
Stad: Betanien diakonale høgskole, Bergen. Fulltid eller deltid (1 eller 2 år).
Stad: Universitetet i Stavanger
Deltid (2 år). Nytt opptak hausten 2012.

Nettverk

- i kreftomsorg og lindrande behandling

Av Sølvi Eide Lunde, kreftsjukepleiar og psykiatrisk sjukepleiar, Etne kommune og regional medarbeidar KLB

KLB har vore ein pådrivar for etablering av kompetansenettverk innan palliasjon. Det er nå fire godt utbygde nettverk av ressursjukepleiarar i Helseregion Vest, med deltakarar frå alle sjukehus og kommunar. Nettverksarbeidet starta i Helse Fonna kort tid etter at KLB hadde fått fotfeste i området.

Då Kompetansesenter i lindrande behandling (KLB) starta opp i 2001, vart det tilsett desentraliserte medarbeidarar på sjukehus og i kommunar. På Haugesund Sjukehus blei kreftsjukepleiar Eli Næsheim Rønnevik på Onkologisk dageinng og sjukepleiar Anne Lise Eidem Johannesen på Smertepoliklinikken dei lokalt tilsette. Desse to såg behovet for å få styrka kompetansen i palliasjon i kommunane.

Allereie i 2001 samla dei ressurspersonar frå fire små kommunar, Etne, Ølen (seinare Vindafjord), Suldal og Sauda i den første "nettverksgruppa". Erfaringane var så positive at i løpet av få år vart tre nye, lokale nettverksgrupper etablerte. Dei tre sjukehusa i Helse Fonna vart og trekte med i samarbeidet. Undervisningssjukepleiar Sigbjørg Eriksson i KLB var ein viktig støttespelar.

I 2005 vart ei rekke ulike initiativ samla og nettverket formalisert gjennom ein felles, forpliktande avtale. Partane i avtalen var Helse Fonna, kommunane i Fonna-området, Kreftforeningen Seksjon Vest og KLB. I tråd med anbefalingar frå Standard for palliasjon (2004) blei nettverket organisert med ei overordna styringsgruppe og ei driftsgruppe med ansvar for den daglege drifta.

Steinbruene – bilde på nettverket

Låtefoss med sine steinbruer kan vere eit bilde på ressursjukepleienettverket i Helse Fonna (bildet).

Steinbruene er bygde opp av ulike steinar på ein systematisk måte for å tåle belastningar og binde saman, og slik skape ny utvikling.

Kvar ressursjukepleiar er viktig for å styrke ein heilskap.

Ressursjukepleiarane gjev uttrykk for å vere del av ein større heilskap som dei både kan dra nytte av, etablere kontaktar gjennom og bidra med eigen kunnskap og erfaring inn i. Dette gjev dei fagleg styrke og tryggleik i møtet med pasient og pårørende. Ressursjukepleiarane er stabile i funksjonen, særleg i dei mindre kommunane. Leiarane viser aukande interesse for nettverket.

For å bygge nettverket saman trengs det fagkunnskap, handlingskompetanse og erfaring. På nettverkssamlingane er det undervisning og dialog, erfaringsutveksling og casepresentasjon som grunnlag for etiske refleksjonar. Den kunnskapen ressursjukepleiarane får gjennom nettverket, vert vidareformidla gjennom internundervisning på eigen arbeidsplass. Dette styrkar den faglege kvaliteten og kompetansen i nettverket. Fleire ressursjukepleiarar har tatt vidareutdanning innan palliasjon eller kreftsjukepleie.

Brua og nettverket bind saman

Nettverket skapar ny utvikling gjennom nye prosjekt, forskning og fagutvikling. KLB og nettverket



Foto: Gro Steensnæs Håvåg

i Helse Fonna har vore aktive pådrivarar til blant anna etablering av Palliativt team i Helse Fonna, auka tverrfagleg samarbeid på ulike nivå og implementering av ESAS og Individuell plan innan palliasjon både i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Status for nettverket

Ressursjukepleienettverket har nå i alt 83 ressursjukepleiarar i dei 19 kommunane i Helse Fonna-området og dei tre sjukehusa i Helse Fonna (Haugesund, Stord og Odda sjukehus). Ressursjukepleiarane er fordelt på fire nettverksgrupper som har samlingar to gonger per år. Fellessamlinga er for alle gruppene ein gong årleg. Aktivitetane er forankra i driftsgruppa sin årsplan, i samarbeidsavtalen og i eit treårig strategidokument med kompetanseplan som er felles for alle nettverka i helseregionen.

Det er utforma funksjonsbeskriving for ressursjukepleiarane. Nye ressursjukepleiarar får delta på eit eige introduksjonskurs. Årleg rapporterer alle deltakarane i nettverket på aktivitetar og måloppnåing.

Nettverket har ei aktiv driftsgruppe under leiing av kreftsjukepleiar Grete Skeie Sørhus frå Vindafjord kommune og KLB. Dei to siste åra er Høgskulen

Stord-Haugesund inkludert i nettverket i både drifts- og styringsgruppa og på fellessamlinga. Det er og etablert samarbeid med Bjørgene utviklingssenter for sjukeheim og heimetenester.

Framleis er det i nokre kommunar og avdelingar utfordringar knytte til å få sett av tid til funksjonen som ressursjukepleiar. Ikkje alle tek like mye ansvar for å få nettverket "sjølvgåande", og det er potensiale for forbetring i bruk av kartleggingsverktøy. Dei årlege rapportane frå ressursjukepleiarar og leiarar syner likevel kor viktig nettverket er for tilbodet til dei alvorleg sjuke i Fonna. Nettverket har bidratt til betre kunnskap om palliasjon, betre kartlegging av symptom og problem og betre iverksetting og oppfølging av lindrande tiltak for pasientar og pårørende, både på sjukehus og i kommunehelsetenesta. Vidare har nettverket stimulert til fagutvikling, etisk medvit og refleksjonar slik at pasient og pårørende kan bli møtt med større fagleg kunnskap og tryggleik.

Gjennom nettverket har ressursjukepleiarane fått kjennskap til og forståing for ulike nivå innan helsetenesta og tett kontakt med Palliativt team. Dette styrker samarbeidet og bidrar til å fremme ei "saumlaus" helseteneste.

Takk

Mange personar har vore involvert i KLB sine første ti år. Vi ønskjer å takke dei mest sentrale her.

Tilsette ved Kompetansesenter i lindrande behandling frå 2001 – d.d. Sentral eining, Haukeland universitetssjukehus: Ragnhild Helgesen, spesialsjukepleiar, undervisningssjukepleiar, 2006-. Dagny Faksvåg Haugen, seksjonsoverlege, leiar, 2001-. Aud Myhre, sekretær, 2001-. Catherine Wergeland, sekretær, 2004-2005. Sissel Erdal, sekretær, 2002. Sigbjørg Eriksson, kreftsjukepleiar, undervisningssjukepleiar, 2001-2006. Helse Førde føretaksområde: Ragna Renna, kreftsjukepleiar/fagutviklingssjukepleiar, Kreftavdelinga, Helse Førde, 2009-. Torill Tysse Sælen, kreftsjukepleiar, Palliativt team, Kreftavdelinga, Helse Førde, 2001-. Vigdis Årdal Sæterlid, sjukepleiar, Palliativt team, Kreftavdelinga, Helse Førde, 2008. Anne Marie Vallestad, kreftsjukepleiar, Palliativt team, Kreftavdelinga, Helse Førde, 2006-2008. Lene Olsen, kreftsjukepleiar, Nordfjord sjukehus, 2006-2008. Eli Johanne Reite, kreftsjukepleiar, Nordfjord sjukehus, 2006-2007. Randi Espeseth Ops-tad, sjukepleiar, Kirurgisk avdeling, Førde sentralsjukehus, 2001-2005. Anniken Frantzen Haf-sås, kreftsjukepleiar, Eid kommune, 2001-2003. Viera Solheim, overlege, Nordfjord sjukehus, 2001-2002. Helse Bergen føretaksområde: Margrete Einen, farmasøyt, Haukeland Sjukehusapotek, 2010-. Line Solheim, sosionom, Haraldsplass Diakonale Sykehus, 2008-. Anne Watne Størk-son, kreftsjukepleiar/fagutviklingssjukepleiar, Palliativt team, Smerteklinikken, Haukeland universitets-sjukehus, 2008-. Tove Kristin Sleire Tistel, kreftsjukepleiar, Masfjorden kommune, 2008-. Katrin Sigurdardottir, overlege, Sunniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, og stipendiat, European Palliative Care Research Centre, Det medisinske fakultet, NTNU, 2006-. Grethe Skorpen Iversen, sjukepleiar, Sunniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, 2004-. Sebastian von Hofacker, overlege, Sunniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, 2003-. Tone-Lise Frantzen, spesialfysioterapeut, Haraldsplass Diakonale Sykehus, 2001-. Rae F. Bell, seksjonsoverlege/seksjonsleiar, Smertekli-nikken, Haukeland universitetssjukehus, 2001-. Oda Karin Virkesdal, sjukepleiar, Sunniva klinikk for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, 2008-2010. Anette Ester, overlege, Bergen Røde Kors Sykehjem, 2006-2008. Åse Nordstrønen, kreftsjukepleiar, Kirurgisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus, 2004-2006. Mona Sætre, spesialsjukepleiar, Fjell kommune, 2001-2007. Bettina Sandgathe Husebø, avd.overlege, Bergen Røde Kors Sykehjem, 2001-2005. Helse Fonna føretaksområde: Sølvi A. Eide Lunde, kreftsjukepleiar og psykiatrisk sjukepleiar, Etne kommune, 2008-. Grete Skeie Sørhus, kreftsjukepleiar, Vindafjord kommune, 2008-. Gro Steensnæs Håvåg, sjukehusprest, Helse Fonna, 2005-. Monica Helvik Sletten, kreftsjukepleiar, Kvinnherad kommune, 2004-2007. Aslaug Hellesøy, spesialsjukepleiar, Rosendalstunet, Kvinnherad kommune, 2004-2006. Birgit Zimmermann, fastlege, Rosendal Helsesenter, 2004-2006. Anne Lise Eidem Johannesen, kreftsjukepleiar, Palliativt team, Haugesund sjukehus, 2001-2009. Eli Næsheim Rønnevik, kreftsjukepleiar, Haugesund sjukehus og Haugesund kommune, 2001-2007. Trine Lill Corneliussen, fysioterapeut, Stord kommune, 2001-2003. Åse Olsson, kreftsjukepleiar, Odda sjukehus, 2001-2003. Jan Baranczyk, assistentlege, Kir. avd., Haugesund sjukehus, 2001-2002. Helse Stavanger føretaksområde: Kristin Eikill, kreftsjukepleiar, rådgivar for palliasjon,

Stavanger kommune, 2010-. Ingrid Rosenberg, sjukepleiar, Mobilt palliativt team, Stavanger Uni-versitetssjukehus, 2006-. Hartwig Kørner, overlege, Kirurgisk-ortopedisk klinikk, Stavanger Uni-versitetssjukehus og professor, Universitetet i Bergen, 2005-. Else Beth Bårdsen, kreftsjukepleiar, Eigersund kommune, 2006-2007. Per Egil Haavik, seksjonsoverlege, Smerteklinikken, Stavanger Universitetssjukehus, 2002-2003. Ingrid Lotsberg Norås, kreftsjukepleiar, Klepp kommune, 2001-2006. Grethe Øglænd, sosionom, Stavanger Universitetssjukehus, 2001-2006. Torhild Thorstvedt, kreftsjukepleiar, Klinikk for blod- og kreftsykdommer, Stavanger Universitetssjukehus, 2001-2005. Leif Lie-Bjelland, sjukehusprest, Stavanger Universitetssjukehus, 2001-2003.

Styringsgruppa for Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest: viseadm. dir. Anne Sissel Faugstad, leiar av styringsgruppa, fagdirektør Alf Henrik Andreassen, vara (Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus). Adm.dir. Radina Trengereid, vara: ass. klinikksjef Åse Nordstrønen (Haraldsplass Diakonale Sykehus). Høgskolelektor Signe Christine Wendelbo Bjerksund (Høgskolen i Bergen). Professor Olav Mella (Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen). Fysioterapeut Lene Mikkelsen (Helse Stavanger). Avdelingsoverlege Geirfinn Vagstad (Helse Førde). Overlege Sigbjørn Berentsen, seksjonsleiar Berit Haaland, vara (Helse Fonna). Kommuneoverlege Svein Rasmussen, overlege Finn Markussen, vara (Bergen kommune). **Tidlegare medlem i styringsgruppa:** Divisjonsdirektør Liv Berven, leiar av styrings-gruppa 2001-2002 (Haukeland Universitetssjukehus). Viseadm. dir. Stener Kvinnsland, leiar av styringsgruppa 2003-2004 (Helse Bergen HF). Direktør Eivind Hansen, 2001-2008 (Haraldsplass Diakonale Sykehus). Prorektor Margareth Haagenen, 2001-2006 (Høgskolen i Bergen). Høgskolelektor Anne Marit Sand, 2007- 2010 (Høgskolen i Bergen). Seksjonsoverlege Per Egil Haavik, 2001 (Stavanger Universitetssjukehus). Avdelingsoverlege Kjell Løvslett, 2002-2008 (Helse Stavanger). Overlege Elke Birkemeyer, 2009-2011 (Helse Stavanger). Oversjukepleiar Wenche Lie Lysne, 2003-2006 (Helse Førde). Klinikkdirktør Arve Varden, 2010-2011 (Helse Førde). Kommu-neoverlege Harald Aasen, 2001-2008 (Bergen kommune).

Referansegruppa, Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest: Kreftsjukepleiar Torhild Thorstvedt, leiar av Mobilt palliativt team, Helse Stavanger. Avdelingssjef Geir Andvik, Kreftavdelinga, Helse Førde. Overlege Anders Bøgesvang, Palliativt team, Helse Fonna. Fastlege Kjersti Føllesø, Stord. Høgskolelektor Marie Kvamme Mæland, Betanien diakonale høgskole. Førsteamanuensis Åsa Roxberg, Haraldsplass diakonale høgskole. Seksjonssjef Grace Gjuvsland, Kreftforeningen seksjon Vest. Professor Jan Henrik Rosland, Universitetet i Bergen og Sunniva senter for lindrende behandling. Leiar og undervisningssjukepleiar frå kompetansesenteret.

Tidlegare medlem i referansegruppa: Klinisk sosionom Eva Friestad, Stavanger Universitetssjukehus, 2001-2005. Kreftsjukepleiar Marit Reed, Helse Førde, 2004-2005. Overlege Rita Kolvik, Helse Fonna, 2005-2006. Førstelektor Kirsti Kvåle, Betanien diakonale høgskole, 2001-2008. Regionleiar Åse Ramtoft Stray, Kreftforeningen, 2001-2004. Rådgivar Mona Sætre, Kreftforeningen seksjon Vest, 2008-2009. Sjukepleiar Pieta Boogaerdt, Sunniva klinikk for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, 2001-2004. Professor Tjøstolv Lund, Universitetet i Bergen, 2002-2004. Seksjonsleiar, seksjonsoverlege Rae F. Bell, Smerteklinikken, Haukeland universitetssjukehus, 2001-2009.



Foto: colourbox.com

Utvalde publikasjoner

- frå KLB 2001-2011

Pongo M. Bruk av cannabinoider i palliativ medisin. Særøppgave i medisinstudiet, Universitetet i Bergen, 2004.

Rosland JH, Haugen DF, Husebø BS, Kaasa S. Palliasjon i Norge. Omsorg, Nordisk tidsskrift for palliativ medisin, nr 2 2004:21-7.

Bell RF, Liem AL. Perkutan cervikal cordotomi ved intraktable kreftmerter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 19:2650-1.

Kongsgaard UE, Bell RF, Breivik H. Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 20:2808-10.

Kongsgaard U, Kaasa S, Dale O, Ottesen S, Nordøy T, Hessling SE, von Hofacker S, Bruland ØS, Lyngstadaas A. Lindring av smerter hos kreftpasienter. Rapport nr 9-2005. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Bell RF. Evidence and methodology in clinical pain trials with special focus on ketamine. Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD). Universitetet i Bergen 2006. ISBN 82-308-0246-7.

Bell RF, Wisløff T, Eccleston C, Kalso E. Controlled clinical trials in cancer pain. How controlled should they be? A qualitative systematic review. Br J Cancer 2006; 94:1559-67.

Haugen DF, Jordhøy MS, Engstrand P, Hessling SE, Garåsen H. Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:329-32.

Kaasa S, Haugen DF, Rosland JH. Palliativ medisin – forskning og undervisning i et nytt fagfelt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:333-6.

Bell RF, Eccleston C, Kalso E. Ketamine as adjuvant to opioids for cancer pain (Update). Cochrane Database Syst Rev 2007; Issue 4.

Helbostad JL, Paltiel H, Frantzen T-L. Fysioterapi. I: Palliasjon. Nordisk lærebok, Kaasa S (red). Oslo: Gyldendal Akademisk 2007; 631-49.

Holtan A, Aass N, Nordøy T, Haugen DF, Kaasa S, Mohr W, Kongsgaard U. Prevalence of pain in hospitalised cancer patients in Norway: a national survey. Palliat Med 2007; 21:1-5.

Kaasa S, Jordhøy MS, Haugen DF. Palliative Care in Norway: A National Public Health Model. J Pain Symptom Manage 2007; 33:599-604.

Körner H, Søreide JA, Glomsaker T, Søreide K, Fjetland L. Palliativ kirurgi innen kreftomsorg. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 17:2271-3.

Loge JH, Haugen DF, Aass N, Huurnink A, Skarholt K, Nygaard UV, Frantzen T-L, Nandrup E, Søbstad G, Hviding K, Smedshaug GB, Sørensen BN. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2007. Publikasjon IS-1529.

Schjødt B, Haugen DF, Straume M, Værholm R. Familien. I: Palliasjon. Nordisk lærebok. Kaasa S (red). Oslo: Gyldendal Akademisk 2007; 89-114.

Sigurdsson HK, Körner H, Dahl O, Skarstein A, Søreide JA. The Norwegian Rectal Cancer Group. Clinical characteristics and outcomes in patients with advanced rectal cancer – a national prospective cohort study. Dis Colon Rectum 2007; 50:285-91.

Søreide JA, Hovde-Hansen PE, Körner H, Sletteskog N, Svensen R. Regional kreftplan: Palliativ kirurgi innen Helse Vest. Helse Vest: Rapport fra et utvalg, 1. januar 2007.

Bell RF, Wisløff T, Eccleston C, Kalso E. Trial design in cancer pain: oral opioids and the missing placebo. In: McQuay HJ, Kalso E, Moore RA (eds). Systematic reviews in pain research: methodology refined. Seattle: IASP Press 2008; 287-301.

Haugen DF, Vejlgaard TB. The Nordic Specialist Course in Palliative Medicine: Evaluation and experiences from the first course 2003-2005. Palliat Med 2008; 22:256-63.

Kaasa S, Loge JH, Fayers P, Caraceni A, Strasser F, Hjermstad MJ, Higginson I, Radbruch L, Haugen DF. Symptom assessment in palliative care: a need for international collaboration. J Clin Oncol 2008; 26:3867-73.

Sigurdardottir KR, Haugen DF. Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards. A cross-sectional study. BMC Palliative Care 2008; 7:16.

Søvik EMR. Hvordan utføres lindrende behandling ved et norsk universitetssykehus? Særøppgave i medisinstudiet, Universitetet i Bergen, 2008.

Bell RF, Bjørner T, Forseth KØ, Henrichsen T, Jørum E, Munch-Ellingsen J, Rosland JH, Staff PH, Stubhaug B, Svensen R, Mellin-Olsen J. Retningslinjer for smertelindring. Oslo: Den norske legeforening, 2009.

Frantzen T-L, Huun AS, Baklien EL. Retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase. Haukeland universitetssjukehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, 2009.

Fyllingen EH, Oldervoll LM, Loge JH, Hjermstad MJ, Haugen DF, Sigurdardottir KR, Paulsen Ø, Kaasa S; on behalf of the European Palliative Care Research Collaborative. Computer-based assessment of symptoms and mobility in palliative care: Feasibility and challenges. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38:827-36.

Haugen DF, Kaasa S, Aass N. Palliativ forskning i Norge i dag. *Omsorg, Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, nr 4 2009:3-7.

Hauken MAa. Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde: Rapport fra evaluering. Skriftserien 1-2009, Betanien diakonale høgskole.

Sigurdsson HK, Søreide JA, Dahl O, Skarstein A, von Hofacker S, Körner H. Utilisation of specialist care in patients with incurable rectal cancer. A population-based study from Western Norway. *Acta Oncologica* 2009; 48:377-84.

Bell RF. Cancer pain: analgesics and co-analgesics. In Stannard CF, Kalso E, Ballantyne J (eds). *Evidence-based chronic pain medicine*. Oxford: Wiley-Blackwell BMJ Books 2010; 327-36.

Eccleston C, Moore RA, Derry S, Bell RF, McQuay H. Improving the quality and reporting of systematic reviews. *Eur J Pain* 2010; 14:667-9.

Haugen DF, Hjermstad MJ, Hagen N, Caraceni A, Kaasa S, on behalf of the European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Assessment and classification of cancer breakthrough pain: A systematic literature review. *Pain* 2010; 149:476-82.

Haugen DF, Nauck F, Caraceni A. The core team and the extended team. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK (eds). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2010; 167-76.

Paice JA, Bell RF, Kalso EA, Soyannwo OA (eds). *Cancer pain. From molecules to suffering*. Seattle: IASP Press 2010, International Association for the Study of Pain.

Sigurdardottir KR, Haugen DF, Bausewein C, Higginson IJ, Harding R, Rosland JH, Kaasa S, on behalf of project PRISMA. A pan-European survey of research in end-of-life cancer care. *Support Care Cancer* 2010 Nov 30 (Epub ahead of print, DOI 10.1007/s00520-010-1048-x).

Sigurdardottir KR, Haugen DF, van der Rijt CC, Sjøgren P, Harding R, Higginson IJ, Kaasa S, on behalf of project PRISMA. Clinical priorities, barriers and solutions in end-of-life cancer care across Europe. Report from a workshop. *Eur J Cancer* 2010; 46:1815-22.

von Hofacker S, Naalsund P, Iversen GS, Rosland JH. Akutte innleggelses fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010, 130:1721-4.

Kaasa S, Haugen DF. Cancer pain research: time to reset the strategy and the agenda. *Palliat Med* 2011; 25:392-3.

Oldervoll LM, Loge JH, Lydersen S, Paltiel H, Asp MB, Nygaard UV, Oredalen E, Frantzen TL, Lesteberg I, Amundsen L, Hjermstad MJ, Haugen DF, Paulsen Ø, Kaasa S. Physical exercise for cancer patients with advanced disease: A randomized controlled trial. *Oncologist* 2011 Sep 26 (Epub ahead of print, doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0133).

Palliative team og einingar i Helseregion Vest

Palliativt team, Kreftavdelinga, Helse Førde
 Adresse: Førde sentralsjukehus, Vievegen 28, 6807 Førde
 Tlf: 57 83 96 65 (ekspedisjon),
 Mobil: 41 53 05 80
 E-post: post@helse-forde.no

Sunniva senter for lindrende behandling, Medisinsk klinikk, Haraldsplass Diakonale Sykehus
 Adresse: Ulriksdal 8C, 5009 Bergen
 Tlf: 55 97 94 00
 Tlf sengepost: 55 97 94 19 / 20
 E-post: sun@haraldsplass.no
 E-post sengepost og vurderingsutvalet: palliativ@haraldsplass.no

Palliativt team, Smerteklinikken Haukeland universitetssjukehus,
 Adresse: Haukelandsbakken 2, 5021 Bergen
 Tlf: 55 97 73 20
 E-post: postmottak@helse-bergen.no

Palliativ avdeling ved Bergen Røde Kors Sykehjem
 Adresse: C-blokken, Ellerhusens vei 35, 5043 Bergen
 Tlf: 55 39 79 33 / 39
 E-post: postmottak@brks.no

Behandlingsavdelinga, Luranetunet
 Adresse: Solstrandveien 39, 5200 Os
 Tlf: 56 57 55 33/34
 E-post: kari.johnsen@os-ho.kommune.no

Palliativt team, Helse Fonna
 Adresse: Haugesund sjukehus, Karmsundgt. 120, 5528 Haugesund
 Tlf: 05253
 E-post: post@helse-fonna.no

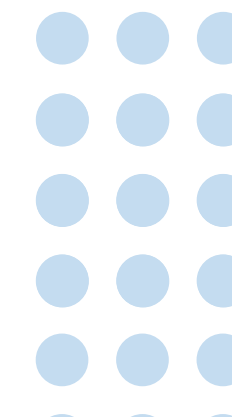
Avdeling for lindrende behandling, Vardafjell Omsorgssenter
 Adresse: Fjellvegen 19, 5532 Haugesund
 Tlf: 52 73 49 40
 E-post: postmottak@haugesund.kommune.no

Mobilt palliativt team, Klinikk for blod- og kreftsykdommer, Stavanger Universitetssjukehus
 Adresse: Armauer Hansens vei 20, 4011 Stavanger (inngang 9)
 Tlf: 51 51 89 01
 E-post: post@helse-stavanger.no

Lindrende enhet, Boganessykehjem
 Adresse: Gauselvågen 16, 4032 Stavanger
 Tlf: 51 95 55 10 /11
 E-post: wenche.d.bertelsen@aleris.no

Lindrende enhet, Sola sjukeheim
 Adresse: Solkroken 6, 4050 Sola
 Tlf: 51 29 15 36
 E-post: epost@sola.kommune.no

Lindrende enhet, Åse bo- og aktivitetssenter
 Adresse: Solbakken 2, 4321 Sandnes
 Tlf: 51 97 33 00
 E-post: postmottak@sandnes.kommune.no





**Kompetansesenter
i lindrande behandling**

Telefon: 55975824

Telefaks: 55975825

lindrende.behandling@helse-bergen.no

www.helse-bergen.no/palliasjon

Åpningstid 08.00-15.30 alle kvardagar

Postadresse:

Haukelandsbakken 2

Haukeland universitetssjukehus

5021 Bergen

