



Betanien diakonale høgskole

**Nettverk i kreftomsorg og
lindrende behandling i Helse
Bergen foretaksområde:
Rapport fra evaluering**

May Aasebø Hauken

Skriftserien 1-2009

©Betanien diakonale høgskole 2009-02-17

ISBN 978-82-997893-4-9

Trykk: Betanien diakonale høgskole

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Betanien diakonale høgskole
Vestlundveien 19
5147 Fyllingsdalen

Telefon: 55 50 73 00

Telefaks: 55 50 73 01

Nettadresse: <http://www.betaniensykepleierhogskole.no/>

Forord

Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde er et samarbeid mellom Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Kompetansesenter i lindrende behandling i Helseregion Vest (KLB), Kreftforeningen Seksjon Vest, Betanien diakonale høgskole og kommunene i Helse Bergen foretaksområde. Nettverket involverer mange dedikerte fagmennesker. Mange av disse har gitt uvurderlige bidrag til evalueringen av nettverket. Spesielt vil jeg få takke følgende:

- Undervisningssykepleier Ragnhild Helgesen ved KLB. Hun har en stor del av æren for nettverkets daglige drift, der hun sjonglerer galant mellom styringsgruppe, driftsgruppe, ressursgrupper og den enkelte ressursykepleier. Hun har også gjort en stor innsats i evalueringen både gjennom utarbeiding av spørreskjema til ressursykepleierne og lederne, pilottestingen, utsendelse, purring og innsamling. Likeledes utarbeiding av spørsmål til og bistand i fokusgruppeintervju samt analyse av dette. Hun er også ansvarlig for utarbeidelse av handlingsplanen. Takk for din grundighet, din faglige innsikt, din utholdenhet og din humor. Det er alltid en stor glede å samarbeide med deg!
- Styringsgruppen, ledet med stort engasjement av Anne Sissel Faugstad, for kjempegodt samarbeid, tillit i evalueringsarbeidet og gode innspill både på metode og spørreskjema. Spesielt takk til leder av KLB, Dagny Faksvåg Haugen, som har gjort og gjør en fantastisk innsats knyttet til fagområdet, for oppmuntring, kloke og gode innspill underveis. Vi er mange som blir inspirert av deg!
- Driftsgruppen som så villig deltok på fokusgruppeintervjuet og delte sine erfaringer. Dere har gjort og gjør en fantastisk innsats for nettverket. Dere har stor kjennskap til nettverket, og deres bidrag til evalueringen er derfor essensiell!
- Ressursykepleierne er selve hjørnesteinen i nettverket og i siste instans avgjørende for nettverkets effekt og måloppnåelse. Takk for at så mange av dere svarte på spørreskjemaene og delte deres erfaringer med oss! Innspillene fra dere er vesentlige for forbedringen av nettverket.
- Lederne som tok seg tid til å svare på spørreskjemaene og gav oss innspill også fra den siden.
- Sekretær ved KLB, Linda Presttun Hellesøe, som transkriberte fokusgruppeintervjuet til et leselig dokument for oss som skulle analysere.
- Sekretær Aud Myhre ved KLB som har nettverkets sekretariat og gjør en kjempeinnsats med ajourføring av lister, oppdaterer nettsider og har oversikt over det meste.
- Torill Skogseth i Kreftforeningen som har bidratt med diverse korrekturlesninger av rapporten.
- Førsteamanuensis Torill Larsen ved Betanien diakonale høgskole som har kvalitetssikret rapporten for utgivelse som skriftserie

- Og sist, men ikke minst, sjefen min, rektor Steinar Jacobsen, som lot meg tilbringe noen uker under Spanias sol i november, blant annet for å ferdigstille denne rapporten. Det var effektivt og veldig deilig!

Betanien diakonale høgskole,

Fyllingsdalen februar 2009

May Aasebø Hauken

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	7
1.0 INNLEDNING	8
2.0 BESKRIVELSE AV NETTVERKET	9
2.1 Bakgrunn og målsetning	9
2.2 Organiseringen av nettverket	10
2.3 Status for nettverket ved evalueringstidspunktet.....	13
3.0 METODE OG PRAKTISK GJENNOMFØRING	14
3.1 Fokusgruppeintervju.....	14
3.1.1 Utvalg til fokusgruppeintervju	14
3.1.2 Intervjuguide til fokusgruppeintervjuet	14
3.1.3 Datainnsamling.....	14
3.1.4 Analyse av data fra fokusgruppeintervjuet.....	14
3.1.5 Validitet og reliabilitet knyttet til fokusgruppeintervjuet	15
3.2 Survey	16
3.2.1 Survey av ressurssykepleierne	16
3.2.1.1 Utvalg av ressurssykepleiere.....	16
3.2.1.2 Utvikling av spørreskjema til ressurssykepleierne	16
3.2.1.3 Datainnsamling fra ressurssykepleierne.....	17
3.2.1.4 Analyse av data fra spørreskjema til ressurssykepleierne	17
3.2.1.5 Reliabilitet og validitet på spørreskjema til ressurssykepleierne	17
3.2.2 Survey av ressurssykepleiernes nærmeste leder.....	18
3.2.2.1 Utvalg av ledere.....	18
3.2.2.2 Utvikling av spørreskjema til lederne	18
3.2.2.3 Datainnsamling.....	19
3.2.2.4 Analyse av data fra lederne.....	19
3.2.2.5 Reliabilitet og validitet	19

3.3 Studiens etiske overveielser	19
4 RESULTATER.....	20
4.1 Presentasjon av studiens deltakere.....	20
4.2 Ressurssykepleierrollen.....	21
4.3 Ressurssykepleiers funksjonsområder.....	24
4.3.1 Klinisk virksomhet på arbeidsplassen.....	24
4.3.2 Samhandling og systemarbeid.....	27
4.3.3 Kompetanseheving.....	28
4.4 Organisering av nettverket.....	29
4.5 Nettverkets bidrag til bedre kvalitet og omsorg	33
5 SAMMENFATTENDE DISKUSJON.....	35
5.1 Studiens deltakere.....	35
5.2 Ressurssykepleierrollen.....	35
5.3 Ressurssykepleiers funksjonsområder.....	36
5.4 Organisering av nettverket.....	38
5.5 Nettverkets bidrag til bedre kvalitet og omsorg	40
6 KONKLUSJON	42
7 LITTERATUR	44
8 VEDLEGG 1: Tiltaksplan 2008-2010.....	44

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde ble initiert som et samarbeid mellom Helse Bergen, alle kommunene i Helse Bergen foretaksområde, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (KLB), Kreftforeningen Seksjon Vest og Betanien diakonale høyskole våren 2006 på bakgrunn av nasjonale føringer og anbefalinger. Hovedhensikten med nettverket er å stimulere til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling gjennom planmessig kompetanseheving, klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og systemarbeid. Arbeidet med opprettelsen av nettverket ble organisert som et prosjekt over 2 år, etter en gitt framdriftsplan, der evaluering av nettverket skulle gjennomføres våren 2008. I den foreliggende rapporten presenteres resultater fra denne evalueringen.

Hensikt: Hensikten med evalueringen var å se om en i prosjektperioden hadde oppnådd nettverkets hovedmål og delmål. Vi ønsket å finne ut om, og i hvilken grad, nettverket fungerte i praksis knyttet til organiseringen, ressurspsykepleiernes rolle og funksjonsområder, samt om nettverket har stimulert til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling.

Metode: Evalueringen var tredelt: fokusgruppeintervju med driftsgruppen, spørreskjema til ressurspsykepleierne og spørreskjema til ressurspsykepleiernes ledere.

Utvalg: Driftsgruppen med 7 medlemmer, der 4 deltok i fokusgruppen. Samtlige 83 ressurspsykepleiere fikk spørreskjemaet og 59 (71 %) svarte. Spørreskjema til lederne ble sendt ut via ressurspsykepleierne, og 34 ledere svarte.

Resultater: Fire hovedemner sammenfatter studiens resultater: 1) ”*Roller*”: Ressurspsykepleierne i nettverket har meget høy kompetanse, men opplevde likevel at rollen er noe uklar. Ressurspsykepleierne utfylte imidlertid i stor grad sine roller knyttet til direkte pasientarbeid på egen arbeidsplass, rådgiving/veiledning og systemarbeid. De har utviklet et stort kontaktnett som de benytter, men de har et stort potensial for å benytte seg mer av hjelpemidler som for eksempel ESAS. 2) ”*Faglig konsekvens av nettverket*”: Resultatene viser at ressurspsykepleiernes kompetanse har økt, men at de opplevde behov for ytterligere kompetanseheving. 3) ”*Struktur*”: Nettverkets struktur og organisering er god og fungerer hensiktsmessig etter intensjonene. Nettverket har medført økt samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, men det er tydelige forbedringsområder spesielt knyttet til struktur på nettverksgruppesamlingene og til sammenhengen mellom de ulike nivåene i nettverket. 4) ”*Effekt for pasient og pårørende*”: Nettverket synes å ha en positiv effekt for pasienter og deres pårørende, blant annet har flere pasienter enn tidligere fått dø hjemme på bakgrunn av ressurspsykepleiernes økte kompetanse og nettverk. Ifølge ressurspsykepleierne har dette medført større trygghet både for pasient og pårørende, men også for ressurspsykepleierne.

Konklusjon: Nettverket er etablert, er i god drift og fungerer i henhold til intensjonene og nasjonale føringer og anbefalinger. Både delmål og hovedmål i nettverkets etableringsfase er oppnådd. Framover bør det arbeides videre med drifting og utvikling av nettverket, der viktige fokusområder blant annet bør være rolleklarhet, sammenheng og struktur i nettverksgruppene samt ytterligere kompetanseheving.

1.0 INNLEDNING

I de senere årene er det både nasjonalt og internasjonalt satt større fokus på kreftomsorg og lindrende behandling. Kreft er en av våre alvorligste og mest utbredte sykdommer, og antallet krefttilfeller er beregnet å ville øke med ca 40 % fram til 2020 (1). Moderne kreftbehandling er svært sammensatt og avansert både medisinskfaglig og teknologisk. Av de kreftpasientene som ikke blir helbredet av sin sykdom, har minst 15 % et så komplekst smerte- og sykdomsbilde at de krever en kompetanse som i dag ikke er godt nok tilgjengelig verken i spesialist- eller kommunehelsetjenesten (2,3,4). Økte krav om effektivisering i helsevesenet har ført til kortere liggetid ved sykehusinnleggelse, økt poliklinisk behandling og mindre tid og ressursinnsats rettet mot pasientrådgivning og pasientomsorg. Kommunene har fått større ansvar for forebygging, behandling og oppfølging av alle typer pasienter. Denne oppgavefordelingen stiller store krav til kompetanse hos helsearbeidere, til koordinering av kommunale tjenester og til samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste, slik at pasienten sikres individuelt tilpassede og samordnede tjenester (5,6).

Lindrende behandling eller palliasjon er fagfeltet som tar for seg behandling, pleie og omsorg, forskning og fagutvikling knyttet til pasienter med langtkommen, uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid (7). Fordi problemstillingene i denne livsfasen ofte er komplekse, trenger pasientene en tverrfaglig tilnærming der man tar hensyn både til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov (7,8). Lindring av pasienters fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende (2,9). Dagens palliative pasientpopulasjon omhandler ikke bare kreftpasienter, men alle pasienter med uhelbredelig, progressiv sykdom.

I Norge har utredningene ”Omsorg og kunnskap - Norsk kreftplan ” (10), og ”Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende” (11) understreket behovet for økt kompetanse i kreftomsorg og lindrende behandling i kommunehelsetjenesten, og påpekt behovet for et nært samarbeid mellom de forskjellige nivåene i helsevesenet. Disse grunnlagsdokumentene ble i 2004 videre fulgt opp av ”Nasjonal strategi for kreftområdet 2006 -2009 (12), ”Standard for palliasjon” (2) og senere ”Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen ”(13), der kompetansehevede tiltak som for eksempel kompetansenettverk, samhandling, samordning og koordinering er viktige stikkord.

På bakgrunn av ovenstående inngikk Kompetansesenter i lindrende behandling i Helseregion Vest (KLB), Kreftforeningen seksjon Vest, Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Betanien diakonale høgskole våren 2006 et samarbeid for å danne et kompetansenettverk av sykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling ved sykehusene og i kommunene i Helse Bergen foretaksområde. Arbeidet med opprettelsen av nettverket ble organisert som et prosjekt over 2 år (14), og foreliggende rapport er en evaluering av nettverket etter denne 2 - års periode.

I rapportens første del presenteres selve nettverket og organiseringen av dette. I rapportens andre del presenteres resultatene fra den tredelte evalueringen av nettverket som ble gjennomført ved fokusgruppeintervju med driftsgruppen, spørreskjemaundersøkelse til ressursykepleierne og spørreundersøkelse til ressursykepleiernes nærmeste ledere. Her presenteres også en handlingsplan for nettverket videre framover på bakgrunn av resultatet fra evalueringen.

2.0 BESKRIVELSE AV NETTVERKET

2.1 Bakgrunn og målsetning

Etablering av Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde (heretter kalt nettverket) startet våren 2006 som et samarbeidsprosjekt der Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus, kommunene i Helse Bergen foretaksområde, Kreftforeningen seksjon Vest og Betanien diakonale høgskole ble enige om å etablere og drive et nettverk av ressurspsykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde. Et kompetansenettverk av ressurspsykepleiere ble ansett som et viktig ledd i behandlingsskjeden og *helt sentralt for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet til kreftpasienter samt spre kompetanse om kreftomsorg og palliasjon* (15.)

Hovedmålene med prosjektet var:

1. Å etablere et kompetansenettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde, og få dette til å fungere i praksis på en slik måte at det kommer den enkelte pasienten til gode.
2. At en gjennom kompetansenettverket er med på å stimulere til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling gjennom planmessig kompetanseheving, klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og systemarbeid.

Hovedmålene skulle oppnås gjennom å oppfylle følgende delmål:

- Delmål 1: At det er oppnevnt og etablert en styringsgruppe for nettverket.
- Delmål 2: At det er oppnevnt og etablert en driftsgruppe for nettverket.
- Delmål 3: At det er utarbeidet en funksjonsbeskrivelse for ressurspsykepleierne.
- Delmål 4: At det er oppnevnt definerte ressurspsykepleiere i alle enheter som nettverket omfatter.
- Delmål 5: At det er utarbeidet en nettside for nettverket.
- Delmål 6: At det er utarbeidet og underskrevet samarbeidsavtaler mellom partene i forhold til deltakelse i, og drift av nettverket.
- Delmål 7: At det er gjennomført et oppstartsseminar for ressurspsykepleierne i nettverket.
- Delmål 8: At ressurspsykepleierne er inndelt i definerte geografiske nettverksgrupper.
- Delmål 9: At det er utarbeidet en årlig handlingsplan for kompetanseheving, klinisk virksomhet, samhandling og systemarbeid.
- Delmål 10: At hver nettverksgruppe samles minst en gang i halvåret.
- Delmål 11: At alle nettverksgruppene samles en gang i året.

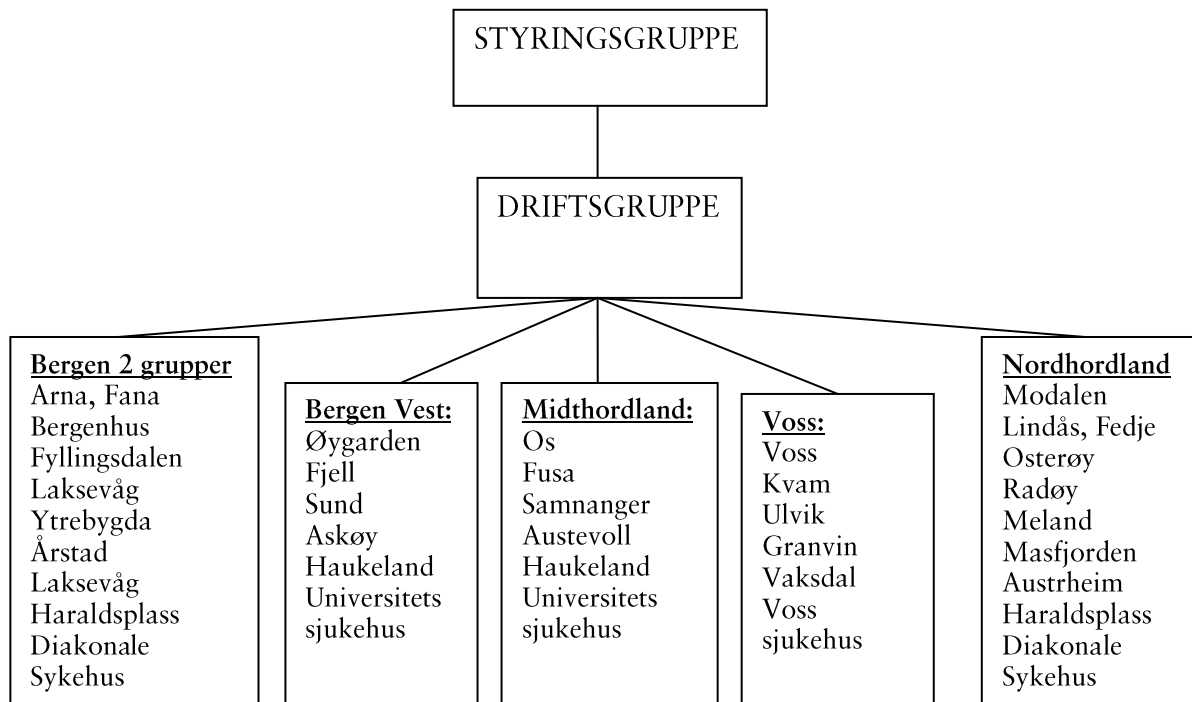
Nettverket ble definert som ”Ressurspersoner/samarbeidspartnere fra ulike nivå i helsetjenesten som arbeider mot felles mål for å bedre kvaliteten på helsetjenestene til kreftpasienter og andre pasienter med uhelbredelig sykdom som har behov for lindrende behandling”. Ressurssykepleiere ble definert som: ” Sykepleiere, fortrinnsvis med videreutdanning innen kreftomsorg eller lindrende behandling (palliativ omsorg), som har et definert ansvarsområde og funksjon innen kreftomsorg og lindrende behandling på sin arbeidsplass, og som deltar i felles nettverk”. Funksjon som ressurssykepleier er en personlig oppnevning knyttet til arbeidsfelt og kompetanseområde.

For å forankre nettverket på ledernivå ble det utarbeidet en formell samarbeidsavtale mellom aktørene i nettverket, knyttet opp mot allerede eksisterende avtaleverk i Helse Bergen foretaksområde: ”Avtale om etablering og drift av nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling mellom Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus, kommunene i Helse Bergen foretaksområde, Kreftforeningen seksjon Vest og Betanien diakonale høgskole” (16). Avtalens parter forplikter seg til å bidra til at målsettingen for nettverket realiseres, og legge forholdene til rette for at ressurssykepleierne kan utøve sine funksjoner.

2.2 Organiseringen av nettverket

Helse Bergen HF er ett av fem lokale helseforetak i Helse Vest RHF og omfatter blant annet Haukeland Universitetssjukehus og Voss sjukehus. Haraldsplass Diakonale Sykehus er et privat sykehus som har en driftsavtale med Helse Vest RHF. Helse Bergen foretaksområde består av 22 kommuner i Midt- og Nordhordland med til sammen ca. 400.000 innbyggere. De tre sykehusene i foretaksområdet har sektoransvar for Bergen og de omkringliggende kommunene. Nettverket ble organisert i samsvar med sektorfordelingen, og de fem nettverksgruppene er sammensatt av oppnevnte ressurspersoner fra kommunene, Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sykehus, inndelt etter geografiske områder. Se figur 1 for skjematisk fremstilling av nettverket.

Figur 1: Skjematisk fremstilling av Nettverk for kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde.



I tillegg til de fem nettverksgruppene omfatter nettverket en styringsgruppe og en driftsgruppe som drifter arbeidet.

Styringsgruppen:

Styringsgruppen har det overordnede ansvaret for nettverket og ansvar for å sikre en helhetlig organisering av nettverket gjennom forpliktende avtaler. Styringsgruppen skal dessuten bidra med evaluering og forslag til revisjon av samarbeidsavtaler som berører nettverket, og følge opp driftsgruppens arbeid. Styringsgruppen er sammensatt av tre (3) administrative representanter fra kommunene i foretaksområdet og en (1) representant fra hver av avtalens øvrige parter. I tillegg er leder av driftsgruppen medlem av styringsgruppen.

Driftsgruppen:

Driftsgruppen står for den daglige driften av nettverket og rapporterer til styringsgruppen. Driftsgruppen er sammensatt av en (1) representant fra hver av de følgende: Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Kreftforeningen seksjon Vest, Sunniva Klinikk for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, samt en (1) representant fra hver av nettverksgruppene. Driftsgruppen skal bidra til at det forpliktende samarbeidet fungerer etter intensjonen, har ansvar for den praktiske driften av nettverket og skal lage en plan for arbeidet. Sentrale oppgaver for driftsgruppen er å bidra til kompetanseutvikling i nettverket, at det utarbeides og implementeres kliniske retningslinjer, prosedyrer og kvalitetssystem innen fagområdet. Driftsgruppen har også ansvar for å arrangere en årlig felles samling for nettverket.

Nettverksgruppene:

Hver av de 5 nettverksgruppene rapporterer til driftsgruppen og består av ressursykepleiere både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Nettverksgruppene skal bidra til at det forpliktende samarbeidet fungerer etter intensjonen, og skal bidra til samhandling og faglig kvalitet i tilbudet til

pasienter og pårørende. Videre skal gruppene bidra med erfaringsutveksling, veiledning, faglig utvikling og kompetanseheving, at det utarbeides og implementeres kliniske retningslinjer, prosedyrer og kvalitetssystem innen fagområdet. Nettverksgruppene skal ha jevnlig lokale samlinger, minimum en gang per halvår og disse samlingene arrangeres etter en rotasjonsordning i de kommunene eller sonene som er representert i gruppen. Den enkelte kommunen/sonen har som vertskap ansvar for å stille med møterom og en enkel lunsj. Program for nettverksmøtene publiseres på nettverkets hjemmeside. Det skal skrives referat fra hvert møte og det rapporteres fra nettverksgruppene på hvert møte i driftsgruppen. Leder av driftsgruppen lager en samlet årsrapport.

Ressurssykepleiere:

Det skal oppnevnes en ressurssykepleier i hver kommune/soner, på hvert sykehjem og på hver sykehusavdeling som behandler kreftpasienter. Ressurssykepleierens funksjon er tredelt:

- *Klinisk virksomhet på arbeidsplassen*
Ressurssykepleier skal ha et spesielt ansvar for organisering av pleie - og omsorgstjenestene for kreftpasienter, for å spre kompetanse om kreftomsorg og palliasjon på sin arbeidsplass/i sin sone. Ressurssykepleier skal også gi veiledning og rådgivning til kolleger, og sammen med avdelingsledelsen være ansvarlig for gode systemer og rutiner for oppfølging og pleie av kreft- og palliative pasienter. Dette innebærer blant annet å ha oversikt over palliative pasienter i sin avdeling/soner, være koordinator for individuell plan, kontaktperson for kompetansenettverket, samt fungere som bindeledd mellom nivåene.
- *Samhandling - systemarbeid:*
Ressurssykepleierne i nettverket skal implementere rutiner for samarbeid og samhandling i området, for eksempel rutiner for innleggelse i og utskrivning fra sykehus, sjekklister, retningslinjer for åpen retur mm.
- *Kompetanseheving:*
Ressurssykepleierne skal tilbys en ressursperm når de oppnevnes, samt ha systematisk kompetanseheving og oppfølging. Ressurssykepleier har selv et ansvar for å videreformidle kompetanse på sin arbeidsplass, inkludert informasjon om felles rutiner og samhandlingsprosedyrer.

Finansiering:

Hver av partene dekker sine egne utgifter til deltakelse i nettverket. Nettverket har ingen ekstern finansiering utover dette.

Sekretariat:

Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (KLB) representerer Helse Bergens faglige forankring i nettverket og har også sekretariatsfunksjon for nettverket, samt driver nettverkets hjemmesider.

2.3 Status for nettverket ved evalueringstidspunktet

Arbeidet med å etablere nettverket startet senhøstes 2005. Etableringen av nettverket har fulgt oppsatt framdriftsplan i prosjektplanen (14). Status for nettverket ved evalueringstidspunktet januar - april 2008 var som følger:

- Prosjektorganisasjon med styringsgruppe ble etablert i februar 2006 og driftsgruppe i mars 2006. Styringsgruppen har hatt 7 møter og driftsgruppen har hatt 11 møter.
- I løpet av høsten 2006 hadde samtlige 22 kommuner og de andre aktørene i nettverket signert ”Avtale om etablering og drift av nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling mellom Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus, kommunene i Helse Bergen foretaksområde, Kreftforeningen seksjon Vest og Betanien diakonale høgskole” (16).
- Våren 2006 startet arbeidet med å rekruttere ressurspsykeleiere fra kommunene, og i løpet av høsten 2006 var alle de 5 lokale nettverksgruppene etablert. Fra september 2007 ble nettverket utvidet med ressurspsykeleiere fra Haraldsplass Diakonale Sykehus og Haukeland Universitetssjukehus. Pr. mars 2008 hadde nettverket til sammen 83 ressurspsykeleiere fordelt i de ulike gruppene.
- Nettverket ble formelt igangsatt gjennom et oppstartsseminar 18.okt 2006 på Betanien diakonale høgskole med til sammen 55 ressurspsykeleiere og ledere fra alle kommunene i Helse Bergen og alle bydelene i Bergen kommune. Høsten 2006 ble det bestemt at ressurspsykeleierne skulle arbeide ut fra retningslinjer for ressurspsykeleiere i Standard for Palliasjon (17)
- Høsten 2006 ble det opprettet en nettside for nettverket:
<http://www.helse-bergen.no/avd/lindrendebehandling/nettverk/Nettverk.html>
- Brosjyre for nettverket ble laget i august 2007 (18).
- Det er utarbeidet årlige handlingsplaner for kompetanseheving, klinisk virksomhet, samhandling og systemarbeid (19,20).
Hver nettverksgruppe har vært samlet 2 ganger hver vår og en gang hver høst. Til sammen har det vært arrangert 29 lokale samlinger.
Hele nettverket skal samles en gang årlig, og dette ble gjennomført i oktober 2006 (Oppstartsseminar, 21) og i oktober 2007 (22).

3.0 METODE OG PRAKTISK GJENNOMFØRING

Vitenskapelige metoder har tradisjonelt vært inndelt i kvalitative og kvantitative tradisjoner. Det kvantitative vitenskapsidealet bygger på fakta, det observerbare og det målbare. I motsetning legger kvalitativ tradisjon vekt på menneskelig opplevelse, tolkning og ikke målbare fakta (31,32,34). Valg av metode bestemmes ut fra problemstillingen. I foreliggende studie er det benyttet både kvantitativ og kvalitativ metode, siden vi ønsket både å få en målbar oversikt over nettverkets funksjon, måloppnåelse, organisering og ressursykepleiernes funksjon, samt få et dybdeinntrykk av erfaringer og tolkninger knyttet til de samme områdene. På bakgrunn av dette ble fokusgruppeintervju med driftsgruppen valgt som design i den kvalitative delen av studien, mens survey ble valgt som design i den kvantitative delen av studien med spørreskjema til ressursykepleierne og deres ledere. En av hovedbegrunnelsene for denne tredelte evalueringen, var å få et best mulig helhetsbilde av erfaringer på de ulike nivåene i nettverket, og om det eventuelt var noen diskrepans mellom disse. Utvikling og praktisk gjennomføring av de tre delene presenteres hver for seg i det følgende.

3.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en kvalitativ forskningsmetode der en gjennomfører et strukturert gruppeintervju med 6 - 10 deltakere, ledet av en eller to personer. Metoden anvendes stadig oftere for å samle data på et forhåndsbestemt område, og benyttes ofte for å samle data fra ulike grupper. Metoden er velegnet til å finne forbedringsområder ut fra hva deltakerne erfarer eller savner, samt gi ideer til hva som bør gjøres annerledes. Ved at deltakerne samtaler om sine erfaringer, kan man få fram mer informasjon enn ved å intervjuet ett og ett gruppedlem (23-26).

3.1.1 Utvalg til fokusgruppeintervju

Populasjonen for fokusgruppeintervjuet var samtlige 7 medlemmer i driftsgruppen.

3.1.2 Intervjuguide til fokusgruppeintervjuet

Spørsmål til fokusgruppeintervju skal være åpne og omfatte hovedpunktene i det som skal evalueres (23). Det ble derfor utarbeidet en intervjuguide basert på hovedelementene i planen: Organisering av nettverket, oppnåelse av intensjonen med nettverket (planmessig kompetanseheving, klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og systemarbeid), samt hvorvidt nettverket kommer pasientene til gode (27).

3.1.3 Datainnsamling

Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført 31.01.08 med 4 av driftsgruppens 7 medlemmer og varte ca 1 time. Intervjuet ble gjennomført i KLBs lokaler av May Aasebø Hauken og Ragnhild Helgesen, der førstnevnte ledet intervjuet og den andre noterte stikkord og kom med oppfølgings spørsmål. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd.

3.1.4 Analyse av data fra fokusgruppeintervjuet

For analyse av data ble metoden fra Krueger og Casey anvendt (23). Umiddelbart etter intervjuet diskuterte forfatterne gjennomføringen og hvilket inntrykk vi hadde fått. Deretter renskev forfatterne egne notater og umiddelbart inntrykk fra intervjuet (28,29). I følge Krueger & Casey

(23) stilles det ikke krav til at fokusgruppeintervju transkriberes, noe vi likevel valgte å gjøre. Dette resulterte i et dokument på 22 sider (30).

Det ble arbeidet parallelt og i samarbeid gjennom hele analyseprosessen. Analysearbeidet startet med at forskerne hver for seg leste utskriften av fokusgruppeintervjuet. Ved de første gjennomlesningene ble intervjuets innhold grovsortert i hovedområder, som for det meste samsvarte med intervjuguidens hovedområder. Grovsorteringen var nødvendig, fordi fokusgruppen ofte uttalte seg om flere sider ved nettverket under samme spørsmål. Etter grovsorteringen sammenholdt forskerne sine helhetsinntrykk. Deretter ble innhold i hovedområdene sammenlignet, diskutert og justert. I fellesskap ble det funnet en struktur med temaområder innenfor de enkelte hovedområdene.

I neste fase av analysearbeidet ble det arbeidet med å få fram variasjoner av oppfatninger innenfor hvert enkelt temaområde. Teksten ble merket med gruppetilhørighet og sortert under hvert av de utkrystalliserte temaområdene. Denne oppstykkningen av datamaterialet ble igjen sammenlignet, og forskerne brukte tid på å diskutere og systematisere tekstens tematilhørighet.

I fellesskap fortsatte forskerne med å lese innholdet under hvert enkelt temaområde. Hensikten var å samle utsagn med lignende innhold i egne grupper, og det ble valgt ut sitater som belyste meningsinnholdet.

3.1.5 Validitet og reliabilitet knyttet til fokusgruppeintervjuet

Den kvalitative forskningens gyldighet, eller validitet og reliabilitet, er ikke like tydelig som i den kvantitative forskningen. Grunnideen ved bedømming av validitet tar utgangspunkt i hvor godt forskeren har "sett", beskrevet og forstått de fenomenene som vedkommende har hatt til hensikt å studere. Validiteten bedømmes også i forhold til hvor godt forskeren får fram informasjon som belyser og hjelper til å forstå forskningsobjektet (31,32).

Reliabilitet betyr først og fremst at forskningsarbeidet viser en logisk stringent tankegang, og at fremstillingen er begripelig. Reliabilitet handler også om nøyaktighet i datainnsamlingen (33).

Validiteten av fokusgruppeintervjuet kan bedømmes ut fra intervjuguiden (27). De temaområdene og spørsmålene som den inneholder, vil være med på å synliggjøre om studien fanger opp fokusgruppens oppfatninger av nettverket.

En styrke ved studien er at utvalget for fokusgruppeintervjuet var oversiktlig, og at det derfor var lett å ivareta mangesidigheten. En ulempe må kunne sies å være at ikke alle medlemmene i driftsgruppen deltok i intervjuet (4 av 7). Fokusgruppen beskriver sine egne oppfatninger om virkeligheten, og det er det som er studiens forskningsinteresse. I hvilken utstrekning det er samsvar mellom fokusgruppens oppfatninger og den "objektive virkelighet", går studien ikke nærmere inn på. Samtlige medlemmer av driftsgruppen er sykepleiere med lang klinisk erfaring innen det palliative feltet på ulike nivå. I gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet erfarte vi engasjert, åpen deltakelse og ærlig selvstendighet i refleksjonene, der deltakerne i fokusgruppen virkelig anstrengte seg for å gi oppriktig uttrykk for sine oppfatninger.

Hovedpunktene i det som kom fram i fokusgruppen, ble ved slutten av intervjuet sammenfattet og lest opp. Et første skritt mot analyse av materialet hadde på denne måten allerede begynt, og deltakerne bekreftet de tolkningene som var gjort så langt.

En annen styrke ved studien ligger i at det hele tiden har vært to som har gjennomført intervjuet og gjort tolkningsarbeidet i analysen.

Intersubjektiviteten, muligheten til å gjenta studien, baserer seg på undersøkelsesmetode og metoder for analyse og tolkning. Dette er en av grunnene til at intervjuguiden er tilgjengelig, og at fasene i analysearbeidet er beskrevet så detaljert som mulig. Det bør derfor være mulig å følge undersøkelsesprosessen.

Da analysearbeidet var avsluttet, og studiens resultat forelå i form av identifiserte temaområder, gikk vi tilbake til det opprinnelige datamaterialet. Dette råmaterialet ble spart, og kunne derfor brukes til å rekontekstualisere resultatene. Det ble ikke funnet data som var vanskelige å tilbakeføre til de opprinnelige utskriftene.

En styrke for studiens reliabilitet er også at fokusgruppeintervjuet ble tatt opp på bånd og ordrett skrevet ut etter lydbåndene, i tillegg til de skriftlige notatene som sekretæren gjorde i løpet av intervjuet, noe som gir et godt utgangspunkt for kvalitativ analyse og samtidig styrker studiens etterprøvbarehet.

3.2 Survey

Designet i den kvantitative delen av studien er survey (32,34). Begrepet survey betyr overblikk og kan defineres som et forskningsdesign der hensikten er å skaffe et overblikk over hvilket som helst tema ved en systematisk og strukturert utspørring av et relativt stort materiale (34). Designet kjennetegnes ved at en kvantitativt undersøker sammenhengen mellom to eller flere variabler, uten manipulering av disse. I denne delen av studien ble det utviklet et spørreskjema til ressurssykepleierne og et spørreskjema til ressurssykepleiernes ledere.

3.2.1 Survey av ressurssykepleierne

3.2.1.1 Utvalg av ressurssykepleiere

Populasjonen i denne delen av studien var alle sykepleierne som var oppnevnt som ressurssykepleier i nettverket i Helse Bergen foretaksområde. Disse ble identifisert ut fra navnelister i nettverkets sekretariat ved KLB. Populasjonen bestod ved utsendelsestidspunktet for spørreskjemaet av 83 ressurssykepleiere. Vi valgte å ta utgangspunkt i hele populasjonen og ikke et representativt utvalg. Hvis vi skulle ta et tilfeldig utvalg av populasjonen, kunne vi risikere at noen småkommuner/soner/sykehus ikke ville bli representert, eller at de ble så svakt representert at dataene ikke ville være holdbare. På den måten unngikk vi å få et selektert utvalg som ikke ville bli representativt for hele populasjonen.

3.2.1.2 Utvikling av spørreskjema til ressurssykepleierne

Spørreskjemaet til ressurssykepleierne ble utviklet av forfatterne. Vi har ikke funnet tidligere forskning på dette i Norge eller Norden, og i oppbyggingen av instrumentet har det derfor vært nødvendig å ta utgangspunkt i ulike fremgangsmåter for å kunne bygge opp et kvalitetssikret dokument.

Første steg i prosessen ble basert på de erfaringene styringsgruppen og driftsgruppen hadde med nettverket. Hensikten her var å få fram en generell oversikt over hvilke forhold vi burde konsentrere oss om, samt sikre et empirisk grunnlag for å kunne konstruere et best mulig

instrument. Det ble gjennomført en analyse av prosjektplanen og hovedområdene her. Både styringsgruppen og driftsgruppen ble brukt som faglig referanseramme, da de representerer ulike faggrupper og er ansatt på ulike nivå innen feltet.

På bakgrunn av dette ble operasjonalisering av variablene, dvs å overføre forskningsbegrepene til målbare fenomener (32,35), gjort ut fra følgende hovedelementer:

- Bakgrunnsspørsmål om ressursykepleier
- Spørsmål relatert til funksjonen som ressursykepleier (kompetanseheving, klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og systemarbeid)
- Spørsmål relatert til organiseringen av nettverket

I henhold til Brink & Wood (34) er det en forutsetning at instrumentet testes for å kunne gjennomføre en undersøkelse. Uventede problemstillinger oppstår i de fleste studiene og pilottesting gjør det mulig for forskerne å teste prosjektets gjennomførbarhet og om nødvendig utføre nødvendige korreksjoner. Spørreskjema ble derfor testet på følgende måte:

- Styringsgruppen fikk spørreskjemaet til gjennomgang og kom med innspill som førte til noen korreksjoner
- Pilottesting ved 3 ressursykepleiere og 4 høgskolelektorer/førstelektorer
- ”Bestemortestet” av 4 uavhengige personer med hensyn til forståelighet, klarhet i tekst og utfyllbarhet

Testingen ble gjennomført i perioden januar - mars 2008 uten problemer, men det var nødvendig å gjøre en del korrigeringer på spørreskjemaet. Det ferdige skjemaet bestod av 27 spørsmål fordelt på lukkede spørsmål med forhåndsoppsatte svaralternativer (ja/nei, ulike svar kategorier og graderinger), og åpne spørsmål der det var mulig å komme med egne kommentarer.

3.2.1.3 Datainnsamling fra ressursykepleierne

Spørreskjemaet til ressursykepleierne ble distribuert på e-post fra nettverkets sekretariat ved KLB til samtlige 83 ressursykepleiere i nettverket i mars 2008. På denne måten nådde vi samtlige ressursykepleiere på en direkte og effektiv måte. Ressursykepleierne hadde før undersøkelsen fått informasjon om evalueringen via nettverkets nyhetsbrev og informasjon på nettverkets hjemmeside, samt at de fikk en skriftlig informasjon på e-post sammen med spørreskjemaet. Spørreskjemaet kunne besvares og tilbakesendes på e-post til nettverkets sekretariat, eller fylles ut manuelt og sendes samme sted.

3.2.1.4 Analyse av data fra spørreskjema til ressursykepleierne

NSD -stat ble brukt for statistisk bearbeiding av data. Ulike frekvensanalyser (frekvens, enveis deskriptiv og multirespons) ble brukt for å få opplysninger om hvilke kategorier som fremkom, og hvor ofte de fremkom. Det ble anvendt krysstabeller, toveis deskriptiv samt T-test for par, for å få en systematisk, ordnet frekvensoversikt ved to eller flere variabler, og for å vise eventuelle forskjeller mellom ulike variabler. Ulike korrelasjonsanalyser ble benyttet for å finne sammenhenger og samvariasjon mellom ulike variabler (34,35).

3.2.1.5 Reliabilitet og validitet på spørreskjema til ressursykepleierne

Reliabilitet bestemmes av hvordan målingene som leder fram til tallene i datamatriksen er utført; betegnelsen sikter til nøyaktigheten i de ulike operasjonene i denne prosessen. Reliabilitet er også avhengig av skjemaene, dvs. om spørsmålene blir forstått. Validitet avhenger av hva som er målt,

og av de egenskapene problemstillingen gjelder (34,35). Reliabiliteten til instrumentet ble sikret gjennom den relativt omfattende testingen av spørreskjemaet.

Innholdsvaliditeten omhandler generelt hvor godt spørsmålene i skjemaet representerer begrepene som skal måles. Det finnes imidlertid ingen fullstendig objektiv metode for å sikre god innholdsvaliditet til instrumenter (34,35). Innholdsvaliditeten til dette instrumentet er basert på hovedelementene i prosjektplanen, gjennomgått av kompetente fagfolk innenfor området samt testet på ulike måter før utsendelse. Instrumentet ble også fylt ut av sykepleiere som arbeider klinisk innenfor det palliative området, og som kjenner til de ulike aspektene ved de teoretiske begrepene som blir målt.

3.2.2 Survey av ressursykepleiernes nærmeste leder

3.2.2.1 Utvalg av ledere

Populasjonen for denne delstudien var alle lederne til ressursykepleierne i nettverket. Vi hadde ingen fullstendig oversikt over denne populasjonen, da flere ressursykepleiere kunne ha samme leder. Vi valgte derfor å ta utgangspunkt i at hver av de 83 ressursykepleierne hadde en leder, og at hvis en leder fikk flere spørreskjema, fylte vedkommende kun ut ett. På denne måten prøvde vi å ta utgangspunkt i hele populasjonen og ikke et representativt utvalg. Hvis vi skulle tatt et tilfeldig utvalg av populasjonen, kunne vi risikere at noen småkommuner/soner/sykehus ikke ville bli representert, eller at de ble så svakt representert at dataene ikke ville være holdbare. På den måten unngikk vi å få et selektert utvalg som ikke ville bli representativt for hele populasjonen (34,35).

3.2.2.2 Utvikling av spørreskjema til lederne

Utviklingen av instrumentet til lederne fulgte samme prosedyrer som instrumentet til ressursykepleierne, beskrevet i kap.3.2.1.2. På bakgrunn av dette ble operasjonalisering av variablene gjort ut fra følgende hovedelementer:

- Bakgrunnsspørsmål om leder
- Spørsmål relatert til funksjonen som ressursykepleier (kompetanseheving, klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og systemarbeid)
- Spørsmål relatert til organiseringen av nettverket

Også dette instrumentet ble testet på tilsvarende måte som instrumentet til ressursykepleierne:

- Styringsgruppen fikk spørreskjemaet for gjennomgang og kom med innspill, og noen korreksjoner ble gjennomført
- Pilottesting ved 3 ledere til ressursykepleiere og 4 høgskolelektorer/førstelektorer
- ”Bestemortestet” av 4 uavhengige personer med hensyn til forståelighet, klarhet i tekst og utfyllbarhet

Testingen ble gjennomført i perioden januar - mars 2008 uten problemer, men det var nødvendig å gjøre en del korrigeringer på spørreskjemaet. Det ferdige skjemaet besto av 16 spørsmål fordelt på lukkede spørsmål med forhåndsoppsatte svaralternativer (ja/nei, ulike svarkategorier og graderinger) og åpne spørsmål der det var mulig å komme med egne kommentarer.

3.2.2.3 Datainnsamling

Spørreskjemaet ble distribuert på e-post fra nettverkets sekretariat ved KLB til de 83 ressurssykepleierne i nettverket for videresending til egen leder i mars 2008. Vi vurderte at den beste måten å nå lederne på, var at ressurssykepleierne gav spørreskjemaet direkte til sine ledere, enten via e-post eller personlig.

3.2.2.4 Analyse av data fra lederne

NSD -stat ble brukt for statistisk bearbeiding av data og de samme analysene som beskrevet i kapittel 3.2.1.4.

3.2.2.5 Reliabilitet og validitet

Vurderingen av reliabilitet og validitet for instrumentet til lederne til ressurssykepleierne følger samme fremgangsmåte og beskrivelse som i kapittel 3.2.1.5.

3.3 Studiens etiske overveielser

Studien var ikke søknadspliktig til Regional komité for medisinsk forskningsetikk siden den ikke kom inn under begrepet medisinsk forskning på mennesker. Studiens informanter ble informert om studien både muntlig og skriftlig gjennom nettverkets hjemmesider, nyhetsbrev og på e-post. Informantene ble informert om at deltakelse var frivillig. Hverken spørreskjema eller spørsmål i fokusgruppeintervju var av sensitiv karakter. I starten på fokusgruppeintervjuet ble det bedt om muntlig tillatelse til å ta intervjuet opp på lydbånd. Deltakelse i fokusgruppeintervju og svar på spørreskjema er betraktet som informert samtykke (34).

Studien var ikke søknadspliktig til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) i henhold til "Forskrift om endringer i forskrift 21. desember 1979 i medhold av lov om personregistre mm.", Kap. 2, av 2. desember 1996.

KLB har e-postliste over alle ressurssykepleierne i nettverket, og alle spørreskjemaene ble sendt ut herfra. Spørreskjema til lederne ble sendt ut via ressurssykepleierne. Alle spørreskjemaene ble fylt ut anonymt og returnert til KLB. Her ble de samlet og overlevert til prosjektleder, uten at vedkommende hadde mulighet til å gjenkjenne noen av respondentene. Hvert spørreskjema ble gitt et nummer, og data ble derfor behandlet anonymt og konfidensielt, og det ble ikke opprettet dataregistre som kunne identifisere enkeltpersoner. Lydbåndet fra fokusgruppeintervjuet ble transkribert av KLBs sekretær som ikke kjente deltakerne. Den transkriberte teksten kan ikke ledes tilbake til enkeltpersoner, og lydbåndet ble destruert etter transkribering.

4 RESULTATER

Selv om evalueringen var tredelt, presenteres resultatene samlet ut fra evalueringens hovedområder: Bakgrunnsspørsmål, rolle og funksjon som ressursykepleier (kompetanseheving, klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og systemarbeid), organisering av nettverket og nytte av nettverket.

4.1 Presentasjon av studiens deltakere

Ressursykepleierne: Det ble sendt ut spørreskjema til alle de 83 ressursykepleierne som var i funksjon på undersøkelsestidspunktet. Av disse returnerte 59 utfylt spørreskjema, dvs. 71,1 %. Samtlige respondenter var kvinner, gjennomsnittsalder 43,3 år (26 - 59). Av ressursykepleierne kom 31 fra Bergen kommune og 19 fra omkringliggende kommuner. 30,5 % (n=18) arbeidet på sykehus, 29,8 % (n= 17) i sykehjem, 18,6 % (n=11) i hjemmesykepleie og 8,5 % (n=5) i kombinerte stillinger mellom sykehjem og hjemmesykepleie (se tabell 3). Ressursykepleierne var erfarne sykepleiere med gjennomsnittlig 16,5 års yrkeserfaring (2 - 35); 64 % hadde mer enn 10 års erfaring. Rundt halvparten (55 %) hadde en videreutdanning, flest innen kreftsykepleie (n=20) og palliasjon (n=12). Svarene er vist i tabell 1:

Tabell 1: Ressursykepleiernes yrkeserfaring (antall år) og videreutdanning (antall). n = 59

	Yrkeserfaring				Videreutdanning - type							
	Gj.sn	Min-max	M	SD	Ja	Nei	M	Kreft	Pall	AOE	Adm	Veil
Ressursykepleier	16,5	2-35	4	9,5	46	13	12	20	12	7	3	4

Gj.sn = gjennomsnitt, Min - max = minimum - maksimum, M = manglende data, SD standardavvik, Kreft = Videreutdanning i kreftsykepleie, Pall = Videreutdanning i palliasjon, AOE = Videreutdanning i aldring og eldreomsorg, Adm = administrativ/lederutdanning, Veil= videreutdanning i veiledning

Ledere: Spørreskjema ble sendt ut via de 83 ressursykepleierne. Vi var kjent med at flere av ressursykepleierne har felles leder. 34 ledere returnerte spørreskjemaet. Av disse var det 29 kvinner og 1 mann (M=4) og gjennomsnittsalderen var 41,3 (26 - 58) år. Seksten av lederne kom fra Bergen kommune og 7 fra omkringliggende kommuner. Det var mange ledere i omkringliggende kommuner som ikke returnerte skjemaet (se tabell 2). Lederne som svarte, var alt fra øverste leder til ulike typer mellomledere. 29,4 % (n=10) arbeidet på sykehus, 29,4 % (n=10) i sykehjem, 29,4 % (n=10) i hjemmesykepleie og 8,8 % (n=3) arbeidet i kombinert stilling i sykehjem/hjemmesykepleie (se tabell 3).

Driftsgruppe: Driftsgruppen i nettverket bestod av 7 deltakere, og i fokusgruppeintervjuet deltok 4 av disse. De andre var forhindret av ulike årsaker knyttet til arbeidssituasjon eller sykdom. Alle deltakerne var kvinner. To kom fra Bergen og to kom fra omkringliggende kommuner (se tabell 2); en arbeidet på sykehus og tre i hjemmesykepleien (se tabell 3).

Ovenstående resultater er samlet i tabell 2 og 3:

Tabell 2: Kjønn, alder og bosted for respondentene (antall):

	Kjønn			Alder			Kommune		
	Kvinne	Mann	M	Gj. snitt	Min-max	M	Bergen	Andre	M
Ressurssykepleiere	59	0		43,5	26-59	2	31	19	9
Ledere	29	1	4	41,3	26-58	4	16	7	11
Driftsgruppe	4	0	3	41,5	40-43		2	2	

M = manglende data.

Tabell 3: Arbeidssted for studiens deltakere (antall):

	Sykehus	Sykehjem	Hjemmesykepleie	Kombinert hj.spl/sykehjem	M
Ressurssykepleiere	18	17	11	5	8
Ledere	10	10	10	3	1
Driftsgruppe	1	0	3		0
Totalt	29	27	23	8	8

hj.spl = hjemmesykepleie, M = manglende data

Det var ingen signifikante forskjeller mellom ressursykepleierne og ledergruppen med hensyn til bakgrunnsdata.

4.2 Ressurssykepleierrollen

Både driftsgruppen og ressursykepleierne fikk spørsmål knyttet til rollen som ressursykepleier, øremerket tid, oppfølging fra arbeidsgiver, samt rolleklarhet.

Ressurssykepleierne: Vedrørende øremerket tid svarte 32,2 % (n=19) av ressursykepleierne at de hadde fått øremerket tid, mens 64,6 % (n =38) svarte at de ikke hadde øremerket tid til funksjonen som ressursykepleier (M=2). Av de som hadde fått øremerket tid, varierte dette mellom fri til møtene (n = 3), 1 dag/måned (n= 5), 10 % av stillingen (n=3) og 20 % av stillingen (n=2), mens 3 ikke hadde angitt tid.

På spørsmål om ressursykepleierne opplevde støtte og oppfølging fra arbeidsgiver, svarte 28,8 % (n= 17) svært liten/liten grad, 47,5 % (n=28) til en viss grad og 23,7 % (n=14) svarte i stor/meget stor grad.

Vedrørende spørsmål om hvordan de opplevde sin egen rolle som ressurspsykeleier, svarte 45,8 % (n=27) meget/klar og tydelig og 49,2 % (n=29) uklar/meget uklar og utydelig. Her kunne respondentene gi utfyllende svar. De svarene som her kom frem, relaterte usikkerhet i rollen til at de var nye, ikke hadde definert og avklart rollen med egen ledelse, ikke hadde fått avsatt tid til rollen og ikke fikk gjort nok innen ”vanlig” arbeidstid, eller at rollen var knyttet til sykehus.

Ressurspsykeleierne fikk også spørsmål hvordan de opplevde at rollen som ressurspsykeleier fungerte i den praktiske hverdagen, og da svarte 33,9 % (n=20) meget dårlig og 54,3 % (n=32) at rollen fungerte godt eller meget godt i hverdagen (M=7). At ressurspsykeleierne opplevde noe uklarhet i rollen, kom også fram i følgende åpne kommentarer:

- *”Følger at jeg svever - min rolle. Hvem skal jeg henvende meg til for de forskjellige spørsmål ene jeg har?”*
- *”...min rolle som ressurspsykeleier er litt diffus”*
- *”Jeg synes ressurs- og nettverksforventningene er ulne ennå”*

Lederne: Lederne fikk også spørsmål om ressurspsykeleierne hadde fått øremerket tid, og her svarte 23,5 % (n=8) at de hadde gitt øremerket tid, mens 55,9 % (n=19) svarte at de ikke hadde gitt øremerket tid. Øremerket tid varierte fra 100 % (kontaktsykeleier), 3 svarte 1dag/mnd, 2 svarte 20 % stilling og en 10 % stilling.

På spørsmål om lederne opplevde at de gav ressurspsykeleierne støtte og oppfølging, svarte 8,8 % (n=3) at de i liten grad, 55,9 % (n=19) til en viss grad og 26,5 % (n=9) i stor/meget stor grad gav dette.

På spørsmål knyttet til klarhet i ressurspsykeleiers rolle, besvarte 11,7 % (n=4) rollen som meget/klar og tydelig, og 82,4 % (n=28) svarte meget/klar og tydelig. 55,9 % (n=19) av lederne opplevde at de i stor grad/meget stor grad, mens 41,1 % (n=14) opplevde at de til en viss grad fikk nok informasjon om nettverket fra ressurspsykeleier. Av lederne var det 67,6 % (n=23) som hadde fått referat fra de lokale nettverkssamlingene. Det var bare 35,3 % (n=12) av lederne som hadde deltatt på de lokale nettverkssamlingene, mens 58,8 % (n=20) hadde deltatt på fellessamlingene i nettverket.

Tabell 4 viser en samlet oversikt over ressurspsykeleierne og lederne svar knyttet til øremerket tid, støtte og oppfølging fra arbeidsgiver samt rolleklarhet.

Tabell 4: Øremerket tid, støtte og oppfølging fra arbeidsgiver og rolleklarhet sammenfattet for både ressursykepleiere og ledere (% og antall):

	ØREMERKET TID		STØTTE/OPPFØLGING FRA ARBEIDSGIVER			ROLLEKLARHET	
	Ja	Nei	Svært liten/ liten grad	Viss grad	Meget stor/ stor grad	Meget uklar/ uklar	Meget klar/ klar
Ressursykepleier	32,2 %	64,4 %	28,8 %	47,5 %	23,7 %	49,2 %	45,8 %
antall	19	38	17	28	14	29	27
Leder	23,5 %	55,9 %	8,8 %	55,9 %	32,4 %	11,7 %	82,4 %
antall	8	19	3	19	11	4	28

Tabellen viser at det er bra samsvar mellom ressursykepleierne og lederne knyttet til øremerket tid. Tabellen viser videre at arbeidsgiver i større grad rapporterer at de gir støtte og oppfølging enn det ressursykepleier oppfatter. Vedrørende rolleklarhet rapporterer lederne vesentlig større grad av rolleklarhet enn ressursykepleierne. Det var ingen sammenheng (korrelasjon) mellom rolleklarhet og arbeidssted, kommunetilhørighet, øremerket tid eller støtte fra arbeidsgiver.

Driftsgruppen: Etter analyse av fokusgruppeintervjuet, var en av fire meningsenheter som kom fram, nettopp "Rolle". Driftsgruppen opplevde at det var knyttet usikkerhet til roller i alle ledd. Dette underbygges av følgende utsagn: "Mange sliter med hva er ressursykepleier...hva du kan gjøre som ressursykepleier" og "tror veldig mange føler seg utrygge og usikre på denne rollen og famler stadig vekk i blinde". Driftsgruppen kom med ulike synspunkt på hva rolleusikkerheten kunne skyldes:

- *Hvordan ressursykepleier er blitt rekruttert inn i nettverket: " .. noen er gjerne bare blitt pushet inn i det av en eller annen leder i kommunen, sant, og ikke helt visste hva de gikk til .." og " det er litt ulike i forhold til engasjement på en måte hvordan en har kommet inn i nettverket."*
- *Ressursykepleiers egen erfaring og kompetanse: "Og erfaring også. Sånne som er .. ganske nyutdannede og andre som har lang praksistid og diverse videreutdanninger ..er en veldig spennende kombinasjon , men det er jo klart at de har jo behov for hvert sitt og hvordan favne alt i en gruppe " ..følte at de ikke hadde nok sånn fagbakgrunn og sånn..."*
- *At det tar tid å finne sin rolle som ressursykepleier: "Det gikk ett år tror jeg, for...finne rollen sin...Det vil jo gå seg til ettersom nettverket eksisterer."*

- *Ressurssykepleiernes eget engasjement og initiativ: ”Det er veldig forskjellig hvor mye de legger i den... Det er noen som har gjort veldig mye.....som har engasjert seg veldig mye, og så er det noen som sikkert ikke har gjort noen ting...som flyter bare gjennom og syntes at det er kjekt å komme på møtene og få litt påfyll ,men som sikkert ikke tar så mye initiativ der som de er” og ”man kan ikke lede ressursykepleiere som ikke sier eller gjør noe med det på eget initiativ” og ”. en feil person på feil sted ...?”*
- *Øremerket tid og ledernes engasjement: ”.. i den avtalen som de har undertegnet, så er det ...ingen krav at de må avgi tid, enn..til de møtene. Så de kan jo liksom ikke slå i bordet og forlange det heller. Så det kommer jo mye an på hvor mye en leder som er engasjert i det om de klarer å bygge opp litt entusiasme.” og ”..det mangler ikke på at det ikke er forståelse for det, men det er jo bare den daglige. Og det eksisterer jo mange nettverk”. Andre opplevde at det er lite engasjement fra leders side: ” syntes det er litt merkelig at de ikke spør hva du gjør på”. Det er imidlertid tydelig at driftsgruppen mente at dette også er ressursykepleiernes ansvar: ”...noen som syntes at det var så travelt, og de ville ikke liksom nesten ikke belaste lederen med å spørre om det..” og ”... men det går jo litt på oss som ressursykepleier at vi profilerer oss og da kan slå i bordet til leder at det trengs mer tid, synes jeg i hvert fall. At det ikke er bare hvordan man i forhold til lederne skal avsette tid.”*

Det kom tydelig fram at driftsgruppen også var usikker på egen rolle inn mot ressursykepleierne, noe følgende utsagn viste:

- *”At en og kanskje skulle ha kunne tatt en telefonrunde eller besøksrunde på en måte å høre litt hvordan, hva jobber du med her hos deg og hvordan går det og hvordan fungerer det. Det jeg hadde tenkt litt på her nå, men akkurat hvordan jeg skal gjøre det sånn rent praktisk og tidsmessig og sånn, det vet jeg ikke. Eller om det er aktuelt eller sånn at en skal gjøre det, det er jeg usikker på.”*

4.3 Ressurssykepleiers funksjonsområder

På bakgrunn av prosjektplanen ble det stilt spørsmål vedrørende ressursykepleiernes tre funksjonsområder; klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og systemarbeid og kompetanseheving. Resultatene presenteres i samme rekkefølge.

4.3.1 Klinisk virksomhet på arbeidsplassen.

Ressurssykepleierne: En viktig del av ressursykepleiernes virksomhet skal være å ha oversikt over aktuelle pasienter, samt følge opp og pleie kreft- og palliative pasienter. En annen viktig funksjon for ressursykepleierne skal være å veilede kolleger. Vi ønsket derfor å finne ut hvorvidt ressursykepleierne oppfylte disse funksjonene. Videre var vi interessert i å finne ut hvilke hjelpemidler (som for eksempel ESAS, individuell plan med mer) ressursykepleierne brukte i sitt daglige arbeid.

Ressurssykepleiernes svar på spørsmål knyttet til klinisk virksomhet på arbeidsplassen er vist i tabell 5.

Tabell 5: Ressurssykepleiernes 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	1,7 (1)	6,8 (4)	37,3 (22)	27,1 (16)	23,7 (16)	3,4 (2)	
Oversikt over kreftpasienter		10,2 (6)	10,2 (6)	44,1 (26)	28,8 (17)	1,7 (2)	5,1(3)
Gitt råd og veiledning til kollegaer	5,1 (3)	18,6 (11)	37,3 (22)	27,1 (16)	8,5 (5)	1,7 (1)	1,7 (1)

M = manglende data

Resultatene viser at 88,1 % (n=54) av ressursykepleierne til en viss grad eller mer hadde medansvar for oppfølging av kreft- og palliative pasienter. Videre viser resultatene at 83,2 % (n=49) til en viss grad eller mer hadde oversikt over kreftpasienter på sitt arbeidssted. 72,9 % (n=43) hadde gitt råd og veiledning til kolleger på arbeidsplassen. Det var ingen sammenheng mellom i hvilken grad ressursykepleierne hadde fulgt opp, hatt oversikt over eller i hvilken grad de har gitt råd og veiledning til kolleger ut fra kommunetilhørighet, eller om de jobbet i kommune- eller spesialisthelsetjenesten.

I rollen som ressursykepleier finnes en del hjelpemidler og ressursmaterieell, som ESAS, individuell plan, nettverkets hjemmesider og annen litteratur. Vi var interessert i å undersøke ressursykepleiernes bruk av disse hjelpemidlene. Svarene er presentert i tabell 6.

Tabell 6: Ressurssykepleiers bruk av hjelpemidler og ressursmateriell (prosent/antall):

	Aldri	Sjelden	Av og til	Oftre	Meget ofte	M
ESAS	22,0 (13)	25,4 (15)	28,8 (17)	13,6 (8)	6,8 (4)	3,4 (2)
Individuell plan	52,5 (31)	25,4 (15)	8,5 (5)	6,8 (4)		6,8 (4)
Nettverksavtale	33,9 (20)	23,7 (14)	25,4 (15)	1,7 (1)		15,3 (9)
Samarbeidsavtale	49,2 (29)	20,3 (12)	18,6 (11)	3,4 (2)	1,7 (1)	6,8 (4)
Hjemmesider	3,4 (2)	10,2 (6)	52,5 (31)	24,4 (15)	3,4 (2)	5,1 (3)
Data	6,8 (4)	20,3 (12)	39,0 23)	25,4 (15)	3,4 (2)	5,1 (3)
Litteratur	5,1 (3)	8,5 (5)	44,4 (26)	32,2 (19)	5,1 (3)	5,1 (3)

M = manglende data

Tabell 6 viser at 47,4 % (n=28) av ressursykepleierne sjelden eller aldri brukte ESAS, mens 49,2 % (n=29) brukte dette fra av og til til meget ofte. Videre viser tabellen at majoriteten av ressursykepleierne (77,9 % (n=46) sjelden eller aldri hadde brukt individuell plan, nettverksavtalen (57,6 % n=24) eller samarbeidsavtalen (69,5 % n=41). Derimot brukte majoriteten fra av og til og hyppigere hjemmesidene (80,3 % n=28, data (67,8 % n=40) og litteratur (81,3 % n=48). Vi påviste ingen sammenheng mellom bruk av noen hjelpemidler og hvorvidt ressursykepleierne jobbet i spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten.

Av ressursykepleierne hevdet 59,2 % (n=28) at de bare ble brukt i egen avdeling, mens 33,9 % (n=20) ble brukt på tvers av avdelinger eller soner.

Lederne: På spørsmål knyttet til klinisk virksomhet på arbeidsplassen, svarte 55,9 % (n=19) av lederne at de brukte sykepleierne til oppfølging og pleie av kreft- og palliative pasienter, 82,4 % (n=28) som ressursperson overfor kolleger og 11,8 % (n=4) som koordinator for individuell plan. Det var 42 % (n=14) som svarte at ressursykepleierne kun ble brukt i egen sone, mens 50 % (n=17) svarte at ressursykepleierne ble brukt på tvers av avdelinger/soner. Resultatene viser at samtlige ledere kjente til "Avtale om etablering og drift av nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling".

Driftsgruppen: I fokusgruppeintervjuet ble det også stilt spørsmål knyttet til ressursykepleiernes kliniske arbeid og bruk av hjelpemidler. Driftsgruppen erfarte at det hadde vært fokus på bruk av hjelpemidler og ressursmaterieell både i nettverksgruppene og ved undervisning, men at det varierte i hvilken grad disse ressursene ble brukt. Dette tydeliggjøres i følgende utsagn:

- *”.. har jo hatt ESAS og individuell plan blant annet som tema, og dette med å kunne bruke det på eget arbeidssted.”*
- *”om de har begynt å bruke det eller ikke, det er jo og varierende.. er noe veldig konkret som du kan ta i bruk”*
- *”...de får jo forskjellige påfyll med å holde seg oppdatert på nettsidene, med hva som skjer av nyheter, med rettigheter og med muligheter og nasjonale planer, handlingsplaner og kursvirksomhet lokalt og mye fra Betanien for eksempel med palliasjon ... Det skjer jo litt av hvert, det gjør det.”*

Driftsgruppen bekreftet at ressursykepleierne drev aktiv klinisk virksomhet, men at hvordan dette ble gjort, nok varierte fra for eksempel Bergen kommune og til mindre kommuner. Følgende utsagn tydeliggjør dette:

- *” det er store bydeler og en ressursykepleier der kan jo ikke gå ut til den enkelte pasient. Hvis hun føler seg trygg og føler seg kompetent ...blir mer som en veileder og rådgiver...Ikke veldig mange (fungerer sånn), .. men noen gjør det.”*
- *”de vil jo gjerne informere om hva de jobber med, og hva de kan brukes til og er samtidig redd for.. at alle pasientene blir henvist til dem. For det er på kryss og tvers av grupper, for eksempel hjemmesykepleien. Fordi du er så bundet til din geografiske gruppe, og hvis en så blir spurt sånn på tvers av det, hva da? Dette her med kanskje å være koordinator for individuell plan. Er nok litt bekymret ja, hvor mye blir det. Blir det for mye for en person eller.”*
- *”Har nesten blitt for mye...men det er dokumentert..”*

Vedrørende bruk av hjelpemidler som bruk av hjemmesider, data, ESAS og lignende opplevde driftsgruppen at bruken av disse varierte, noe følgende sitater viser:

- *”Det tror jeg er litt forskjellig.....Både og.”*
- *”Det handler gjerne litt om at det ikke er alle som føler seg like fortrolig med å bruke nett og er vant til å bruke mail og sånne ting på jobb og det med tid.”*
- *”Har i hvert fall inntrykk av at folk leter på nettet etter praktisk svar på praktiske ting og om det fins kurs og sånne ting”*
- *”For å si det sånn så må det veiledes mye.... Mates...men jeg tenker at det er noe som de lærer noe av og.”*

4.3.2 Samhandling og systemarbeid

Ressursykepleierne: På spørsmål knyttet til hvorvidt ressursykepleierne hadde hatt medansvar i forhold til oppfølging av eksisterende rutiner og avtaler internt eller eksternt, svarte 61,6 % (n=36) at de til en viss grad eller oftere hadde gjort dette, mens 33,9 % (n=20) i svært liten eller

liten grad hadde gjort dette. Når det gjaldt utarbeiding av nye rutiner, svarte 49,2 % (n=29) at de til en viss grad eller oftere hadde gjort dette, mens 44,1 % (n=26) i liten grad hadde gjort dette. Resultatene viser videre at majoriteten av ressursykepleierne hadde en omfattende kontakt med andre instanser, både ved at de selv kontaktet andre instanser, og at de selv ble kontaktet. Dette er synliggjort i tabell 7:

Tabell 7: Kontaktnett for ressursykepleierne (prosent/antall):

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

Lederne: På spørsmål til lederne om ressursykepleierne ble brukt til system arbeid, svarte 35,3 % (n= 12) at de ble brukt til å følge opp eksisterende rutiner og avtaler, mens 44,1 % (n=15) svarte at de ble brukt til å utarbeide rutiner, sjekklister med mer.

Driftsgruppen: Også medlemmene i driftsgruppen kom inn på at ressursykepleieren arbeidet med systemarbeid og samarbeid i nettverket, men påpekte at dette tar tid. Følgende kommentarer understreker dette:

- *”..noen har laget sånne mapper.. samlet prosedyrer og en del stoff om kreftomsorg og lindrende behandling... En har hatt møte med Forvaltningsenheten i bydelen, for å fortelle litt om hvordan de gjerne kan bruke henne. Så det var veldig nyttig.”*
- *”Og det har gått et lys opp for legene og at de (ressursykepleierne) faktisk kan dette og det er utrolig... En blir veldig overrasket over hva legene egentlig ikke vet om pleien”*
- *”Det tar tid å få til denne etableringen og til etterspørselen. Det kan fort ta et par år det før folk blir klar over det.”*

4.3.3 Kompetanseheving

En sentral hensikt med nettverket er å øke ressursykepleierens kompetanse og at disse så bringer denne kompetansen videre på egen arbeidsplass. På spørreskjemaet til ressursykepleierne var det derfor spørsmål knyttet til kompetanseheving.

Ressurssykepleierne: 91,6 % (n=54) opplevde at de til en viss grad eller mer hadde fått utviklet egen kompetanse gjennom deltakelse i nettverket. Likevel opplevde 88,1 % (n=55) at de hadde behov for ytterligere kompetanse for å utøve rollen som ressursykepleier. Her var det i hovedsak følgende områder som skilte seg ut: Videreutdanning kreft/palliasjon, rolle som ressursykepleier (samhandling, veiledning), symptomlindring, hjelpemidler (individuell plan, ESAS), trygderettigheter og kommunikasjon. Vedrørende videreformidling av egen kompetanse på arbeidsplassen, svarte 79,6 % (n=47) at de til en viss grad eller mer hadde gjort dette. Hva denne kompetanseoverføringen bestod i, varierte: Informasjon til ulike instanser, veiledning av kolleger, startet sykepleiefaglig forum, skriftlige prosedyrer/palliasjonsperm og undervisning i ulike fora.

Lederne fikk ikke spørsmål knyttet til dette området, men en leder hadde skrevet følgende kommentar:

- *”Bra med påfyll/kompetanseheving”.*

Driftsgruppen: En av hovedmeningsenhetene som kom fram i analyse av fokusgruppeintervjuet, var *”Faglig konsekvens av nettverket”*. Driftsgruppen opplevde at nettverket hadde medført økt kompetanse og trygghet for den enkelte ressursykepleieren. De mente at det var et økt fokus på videreutdanning og kurs, og at dette tilbudet var bra. I tillegg kom det frem at kompetansehevingsplanen både var hensiktsmessig og ble fulgt ute i nettverksgruppene. Driftsgruppens medlemmer så imidlertid utfordringer knyttet både til økonomi og ressursykepleiernes eget initiativ. Innholdet i dette synliggjøres i følgende utsagn:

- *”Det er jo langt flere som tar den palliative... og alle tenker jo på å ta kreftsykepleien eller se på kurs og sånn, så jeg tror nok at de som har vært interessert i få litt sånn, det siste pushet til å gjennomføre noe.”*
- *”Lært masse faglig, og du blir kjent med personer du bare snakker med i telefonen Setter veiene til sykehuset kortere på en måte, du får vite litt hvem du skal henvende deg til, og så får du påfyll som sykepleier som du ikke selv hadde fått ellers, tenker jeg. Og så får vi litt påfyll til å dytte litt på legene våre at de også bør få litt påfyll.”*
- *”Vi hadde jo sist gang om omsorg for den som gir omsorg...det var veldig godt evaluert..ville egentlig ha mer av det.... da skal vi ha om samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Men de som har arrangert møtene, har jo ikke vært så veldig aktive i forhold til å finne temaer.”*
- *”... utfordringen med å finne hvem kan si noe om det. Altså å få noen utenifra liksom, og det skal jo ikke koste 1 krone, så hvem kan du få. Det er jo ikke så enkelt..”*
- *”... lettere her hvor det er jo liksom midt mellom noen sykehus, men ute i distriktene så er det gjerne ikke så mange. Det er veldig mange som kan veldig mye, sikkert kunne snakke, men så tør ikke å ta det på seg heller, føler at de kan ingenting.”*

4.4 Organisering av nettverket

Både ressursykepleierne, lederne og driftsgruppen fikk spørsmål knyttet til organiseringen av nettverket. Resultatene fra ressursykepleierne og lederne svar knyttet til nettverkets organisering, er vist i tabell 8.

Tabell 8: Ressurssykepleiernes (n=59) og ledernes (n=34) evaluering vedrørende organiseringen av nettverket, oppgitt i prosent (R = ressurssykepleier, L = Leder):

	Svært dårlig		Meget dårlig		Bra		Meget bra		Svært bra		Missing	
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L
Total org				2,9	37,3	32,4	25,4	23,5	13,6	2,8	23,7	38,2
Styringsgruppe			1,7	5,9	33,9	23,5	28,8	17,6	6,8		28,8	52,9
Driftsgruppe			1,7	1,7	28,8	28,8	32,5	14,7	8,5		28,8	47
Plan			1,7		27,1		35,6		6,8		27,1	
Hjemmesider				2,9	28,8	37,4	39	14,7	13,6	5,9	18,6	44
Samarbeidsavtaler	1,7		5,1	2,9	37,3	35,3	20,3	8,8	5,1	2,9		50
Oppstartseminar		2,9			10,2	11,8	44,1	26,5	15,3	5,9	28,8	52,9
Nyhetsbrev		5,9	1,7		30,5	26,5	32,5	14,7	10,2		25,4	52,9

Ressurssykepleierne: Tabell 8 viser at nesten 2/3 av alle ressurssykepleierne svarte bra eller bedre på samtlige områder. Det var imidlertid nesten ¼ av utvalget som ikke svarte. Ressurssykepleierne fikk spørsmål om hvilken nytte de har av den lokale nettverksgruppen, og her svarte 83 % (n=49) at de hadde en viss nytte eller mer av denne, og 86,5 % (n=51) svarte at de hadde en viss nytte eller mer av fellessamlingen.

Åpne utsagn fra spørreskjemaene støttet opp under at ressurssykepleierne opplevde at nettverket var nyttig, og at organiseringen fungerte bra, samtidig som de påpekte at nettverket var relativt nytt og måtte få tid "å sette seg". Flere nevnte også behovet for øremerket tid. Følgende utsagn belyste ovenstående:

- "Synes det er givende å få være med i en slik gruppe" og "Det er kjempekjekt å være med som ressurssykepleier", "Veldig inspirerende å høre hvordan de andre ressurssykepleierne jobber, får ideer, få utvekslet tanker om rollen sammen med andre i samme situasjon" og "Samlingene har vært til stor inspirasjon!"
- "Et godt bindeledd mellom de ulike instansene og opparbeider gode kontakter" og "Nettverket er bra og fungerer bra" og "Det er nyttig for et godt samarbeid og vite om

hverandre, det er mye lettere å ta kontakt med hverandre, samt henvise pasienter til oppfølging når de sendes ut av sykehus”.

- *”Er så ny i nettverket at jeg ennå ikke har noen opplevelse av om det fungerer bra eller dårlig- – og ”Er det tidlig å evaluere ennå? Har ikke et sterkt inntrykk ennå..”*
- *”Arbeidsgiver burde vært forpliktet til å sette av en viss tid til dette viktige arbeidet”*

Ledern: Ledernes svar fulgte i sporene til ressurspsykepleierne vedrørende nettverket, men antall som ikke svarte her, var gjennomgående stort. Mange kommenterte også at de ikke hadde oversikt over eller kjente til organiseringen, og derfor ikke kunne svare. Imidlertid svarte 58,7 % av lederne at det totale nettverket fungerte fra bra og bedre. Dette ble understreket av noen åpne utsagn fra lederne:

- *”Bra med kontaktnett mellom sykehus og kommune”*
- *Vi opplever at det er positivt med nettverket og har ”høstet” mye god kunnskap. Men ser at det er mye som kan gjøres internt for å bedre kommunikasjonen”*

Driftsgruppen: En annen av hovedmeningsenhetene som kom fram i fokusgruppeintervjuet, var ”struktur”. Det kom tydelig fram at driftsgruppen mente strukturen i nettverket var hensiktsmessig og fungerte godt, men at det var utfordringer knyttet til struktur og sammenheng mellom de ulike leddene, - spesielt knyttet til nettverksgruppene og forholdet mellom driftsgruppen og nettverksgruppene.

At driftsgruppen opplevde at den totale organiseringen fungerte godt, tydeliggjøres i følgende utsagn:

- *”Tenker vi er jo på en måte i flere ledd, at vi er både med i driftsgruppen og de lokale nettverksgruppene. Hun som leder driftsgruppen, hun har og en fot inn til styringsgruppen sånn at det henger veldig godt sammen, og at informasjonen på en måte kan flyte i begge retninger der, med hvordan erfaringen er herfra og hva styringsgruppen gjerne tenker at vi skal ha fokus på... Jeg føler i hvert fall at det virker ok.”*
- *”Der er nå en rød tråd som du sa hele veien. Ragnhild i styringsgruppen, og så ned til driftsgruppen og der sitter vi og tilbake til ressursgruppene.”*
- *”Syntes det har vært bra. Det har vært oversiktlig og greit. Kan ikke akkurat sette fingeren på noe som burde vært gjort annerledes.”*
- *”Utrolig spennende og lærerikt, spesielt for vi som jobber i distriktene. Som ikke har tilknytning til sykehuset. Vi har lært masse og blitt kjent med mange.”*

Vedrørende driftsgruppens funksjon opplevde medlemmene at denne fungerte godt, sammensetningen var utfyllende, møtehyppigheten grei, og arbeidet opplevdes både spennende og utfordrende. Det kom imidlertid fram at også driftsgruppen, i likhet med nettverksgruppene, burde alternere mellom deltakernes arbeidssteder, slik at det ikke alltid var de samme som måtte reise. Følgende utsagn belyste ovenstående:

- *”...å komme i gang og det var jo litt sånn ”hva er det jeg har sagt ja til”, men det har jo jammen vært lærerikt og det at folk kommer fra forskjellige plasser i helsevesenet. Så har*

det jo vært spennende, jeg har jo vært med å lage de seminarene eller de heldagssamlingene”

- *”Så for min del syntes jeg at det har vært greie møteintervaller både i antall og lengder på seminarene, det har jo vært veldig spennende.”*
- *”..det blir mye lenger reisetid en veg for å møte her i 2 timer... vi kan reise rundt?”*

Driftsgruppen påpekte viktigheten av sammenhengen mellom spesielt driftsgruppen og nettverksgruppene. De opplevde etter hvert at de ble sett på som ledere, og de innså også at det var viktig at driftsgruppens medlemmer fungerte som ledere for nettverksgruppene for å sikre drift. Dette kom fram i disse utsagnene:

- *”Det er jo viktig at driftsgruppen er representert i de forskjellige gruppene...bør være.”*
- *”De ser jo på meg som en leder...det har vært litt tungtat du må hele tiden passe på. Og det kan være litt slitsomt... Du må ha noen som styrer litt.”*
- *”..og de (ressurssykepleierne) finner en dato og de finner et sted og liksom reserverer det og kan bestille mat, men så stopper det egentlig der. Og så er det det med invitasjonen og tenke på hvem som skal si noe om dette. Og det tar vel du deg av. Og det samme med på en måte med å møte ledelsen. De kan godt være vertinner, si velkommen og sette fram maten og ha ordnet kaffe og sånt, men selve møtedeltagelsen eller møteledelsen den er vanskeligere.”*
- *”Jeg har jo liksom tenkt altså at det at vi er med som ledere i nettverksgruppene at det på en måte at det inntil gruppene har satt seg liksom, at de etter hvert skal bli selvdrevne. Men jeg ser jo at det virker ganske langt fram i tid. Hvis det i det hele tatt er mulig..... det vil ta en god stund for å få den selvdreven”*

Driftsgruppen opplevde videre at de ulike nettverksgruppene fungerte forskjellig, blant annet knyttet til engasjement hos leder og ressursykepleier på ”vertsstedet”. Det var imidlertid tydelig at nettverksgruppesamlingene var viktige både i forhold til kompetanseheving og erfaringsutveksling, at deltakerne i nettverksgruppene kom både fra kommune og sykehus, og at møtestedene rullerte, noe følgende utsagn viste:

- *”Så er det jo veldig interessant og godt for de som er ute i distriktene at det kommer noen fra sykehusene ut og er med på de møtene, at du møter noen der det er og representanter for sykehuset. At det er veldig positivt.”*
- *”.... er veldig kjekt å møtes, også undervisningen, men det kjekkeste er egentlig når du sitter og diskuterer eller erfaringer fra hver sine...kanskje diskutere et problem eller. Det syntes jeg er den beste parten.”*
- *”..vært veldig spennende å gå rundt i andre kommuner.. hilse på andre sykepleiere... velviljen er jo veldig stor, folk vil jo så gjerne.....”*

Resultater fra fokusgruppeintervjuet viser og at driftsgruppen opplevde at møtene i nettverksgruppene burde struktureres bedre både mht innkalling, møteledelse og at innholdet står i relasjon til den tiden en har tilgjengelig. De var også tydelige på at nettverksgruppene ikke må bli

for store, og at spesielt den ene Bergensgruppen på 20 medlemmer, burde deles i to. Følgende utsagn belyste ovenstående:

- ”oi det er veldig viktig å ha fast struktur og ramme på det, for de er så engasjerte og det går jo mye på det og”
- ”De vil jo gjerne at timene skal inneholde.....ha..struktur i fra møtestart og hva vi skal gjennom og, og at den som arrangerer vet hva tid han har til å legge opp
- ”.. jeg er for å dele de store gruppene når det begynner å bli over 20 stk. Det er faktisk mulig at folk skal få komme litt i omløp ...”

4.5 Nettverkets bidrag til bedre kvalitet og omsorg

Både ressursykepleierne, lederne og driftsgruppen fikk spørsmål knyttet til i hvilken grad de mente nettverket bidrar til bedre kvalitet i kreftomsorg og lindrende behandling. I tabell 9 er resultatene fra ressursykepleierne og lederne presentert samlet:

Tabell 9: I hvor stor grad bidrar nettverket til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling? Svar fra ressursykepleierne (n=59) og lederne (n=34) (prosent/antall).

	Svært liten grad	I liten grad	Til en viss grad	I stor grad	I meget stor grad	M
Ressursykepleier		1,7 (1)	27,1 (16)	42,5 (25)	20,3 (12)	8,5 (5)
Leder			14,7 (5)	52,9 (18)	23,5 (8)	8.6 (3)

Ressursykepleierne: Tabell 9 viser at 62,8 % (n=47) mente at nettverket i stor grad eller meget stor grad har bidratt til en bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling. Følgende kommentarer understreket dette ytterligere:

- ”Pasienter som ikke ønsker kontakt med hjemmesykepleien ennå, har stor nytte av å opprette kontakt med ressursykeleier. Ressursykepleier er en viktig innfallsvinkel til hjelp og støtte for pasienten og familien”.
- ”Kreftomsorg i kommunene er nytt...ser at utfordringene allerede er til stede og kommer til å øke i årene framover...Ser vi har lang vei å gå, men...tror at nettverksarbeid er med på å sette fokus og fortgang i arbeidet”

Lederne: Av lederne var det 76,4 % (n=24) som mente at nettverket i stor grad eller meget stor grad bidrar til bedre kvalitet i kreftomsorg og lindrende behandling.

Driftsgruppen: Den fjerde meningsenheten som kom fram etter analyse av fokusgruppeintervjuet, var ”*Effekt for pasient og pårørende*”. Driftsgruppen mente helt klart at nettverket har hatt en positiv effekt for pasienter og deres pårørende ved at flere pasienter har fått mulighet til å dø hjemme eller har fått være lengre hjemme, og ved at pasienter og pårørende har følt seg tryggere. Årsakene til dette kan være mange, men gruppen mente dette kunne ha med at ressursykepleierne kjente hverandre bedre, hadde et fagnettverk å spille på, og at det var bedre kontakt mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt kompetanseheving. Følgende utsagn illustrerte dette:

- ”*Tenker det kommer pasientene til gode. Det er jo kjekt med nettverk for oss som fagpersoner, men og at det faktisk kommer pasientene og pårørende til gode med,...at vi får faglig påfyll som vi kan ta videre, og ... knytte legene tettere opp og ansvarlig gjøre dem, tydeliggjøre deres rolle mer og.*”
- ”*.. pasientene kan bli trygge når de vet at de sykepleierne som jobber både på sykehus og ikke minst i distriktene, at de kan sine ting, og det at man kan få avslutte livet sitt hjemme, at det er en mulighet fordi at de som jobber i hjemmesykepleien og på sykehjem kan dette her. At det ikke blir sånn at man må inn på sykehuset for å dø, at det er en trygghet også for familien.*”
- ”*..lært litt om smertebehandling og medikamenter og vi snakker gjerne med sykehuset, men vi kan ta kontakt gjerne med Sunniva. Hver enkelt behandler symptom. Vi har opplyst pårørende at det finnes pleiepenges. Jeg syntes på en måte at i hvert fall ute hos oss at det merkes.*”
- ”*Ja, det har det. Og det er samarbeid med sykehus og det er åpen retur, men det er mer en trygghet, kan du si. Det er mer kompetanse, føler meg mye tryggere. Og vet hvilke tråder jeg skal trekke i eller hvem jeg kan ringe til.*”
- ”*..får jo tilbakemeldinger...kanskje noen flere har dødd hjemme ..tryggere.. enn.. tidligere, blant annet i forhold til ulik kompetanse de har fått som ressursykepleier. Det å kjenne andre i nettverket, det å kjenne noen som og jobber i sykehus... lettere å ta en telefon og spørre ... Terskelen for det er lavere. Det er og nytten av å være samlet, at en får litt navn og ansikter.*”

5 SAMMENFATTENDE DISKUSJON

Resultatene fra evalueringen vil bli diskutert under de samme overskriftene som resultatene.

5.1 Studiens deltakere

Utvalget av ressurspsykepleiere representerte 71 % av populasjonen på evalueringstidspunktet, noe som er meget tilfredsstillende og styrker resultatene. Utvalget knyttet til lederne var ukjent og vanskeligere å anslå, men på bakgrunn av at flere ressurspsykepleiere hadde samme leder, er det også sannsynlig at dette utvalget er representativt. Det styrker også resultatene at det var en relativt jevn fordeling mellom de som har sin arbeidsplass knyttet til sykehus, sykehjem eller hjemmesykepleie, både for ressurspsykepleierne og lederne; det samme gjelder kommunetilhørighet. Driftsgruppen var også representativ, både knyttet til deltakere, deltakernes arbeidsted og kommunetilhørighet. Gjennomsnittsalderen både for ressurspsykepleierne, lederne og driftsgruppen var relativt like. Utvalget besto ellers nesten utelukkende av kvinner (1 mannlig leder), hvilket gjør det representativt for helsepersonell i tilsvarende stillinger. Ovenstående indikerer at utvalgene på alle nivåene i evalueringen synes å være representative for deltakerne i nettverket.

Videre viser resultatene at ressurspsykepleierne var erfarne sykepleiere med gjennomsnittlig 16, 5 års yrkeserfaring, selv om variasjonen var stor (2 - 35 år). 64 % hadde mer enn 10 års yrkeserfaring. Rundt halvparten (55 %) av ressurspsykepleierne hadde videreutdanning, flest innen kreft og palliasjon, noe som er i tråd med anbefalingene både fra nasjonale planer og nettverkets plan (2,14,15). Dette tilsier at de utvalgte ressurspsykepleierne både innehar en høy faglig kompetanse og en erfaringskompetanse som er viktig innen slike typer nettverk.

5.2 Ressurspsykepleierrollen

Resultatene knyttet til spørsmål rundt rollen som ressurspsykepleier, viste at rundt halvparten av ressurspsykepleierne syntes denne rollen er meget uklar/uklar og utydelig, ”*svever*”, ”*litt diffus*” og ”*ulne enna*”, mens en litt mindre gruppe (45,8 %) opplevde rollen som meget klar og tydelig eller klar og tydelig. Av lederne opplevde imidlertid majoriteten (82,4 %) rollen som klar og tydelig eller meget klar og tydelig. På dette området er det en signifikant forskjell mellom disse to gruppene. Dette kan nok ha ulike årsaker, men det kan være at lederne ikke er nok kjent med hva rollen egentlig innebærer, eller at rollen ser klar og tydelig ut på papiret, men er vanskeligere å fylle i det daglige arbeidet. Ressurspsykepleierne påpekte selv flere grunner for rolleklarheten: Noen skrev at de var relativt nye i nettverket, andre hadde liten arbeidserfaring og derfor behov for mer kompetanse, andre igjen hadde ikke fått satt av tid i sitt daglige arbeid til rollen. Det ser imidlertid ut til at rolleklarheten ikke har sammenheng med hvorvidt ressurspsykepleierne kommer fra mindre kommuner, eller er knyttet til hvor de arbeider.

Øremerketid til funksjonen som ressurspsykepleier er et gjennomgående element i hele evalueringen. Dette underbygges av at majoriteten (64,4 %) av ressurspsykepleierne ikke hadde fått øremerketid. Av de som hadde fått øremerketid, var det bare 5 ressurspsykepleiere som hadde fått mer enn 10 %. Det er imidlertid ikke noe statistisk grunnlag for å si at det er sammenheng mellom rolle(u)klarhet og øremerketid.

En annen grunn til at rollen opplevdes uklar, kan også være samhandling mellom ressurspsykepleier og leder, og uklare forventninger til hverandre. Dette synes å underbygges av resultatene. Bare rundt halvparten av ressurspsykepleierne opplevde at lederne til en viss grad eller bedre følger dem opp, mens majoriteten (88,4 %) av lederne mente at de til en viss grad eller mer fulgte sine

ressurssykepleiere opp. Oppfølging fra leder hadde ikke sammenheng med hvor ressurssykepleierne jobbet, eller om de arbeidet i en liten eller stor kommune. Det synes som lederne var mer fornøyd med kontakten og samhandlingen enn ressurssykepleierne var. Dette gjenspeiles også i svarene der nesten alle lederne (94 %) mente de fikk nok informasjon om nettverket fra ressurssykepleier, og nesten 2/3 (67 %) fikk referater fra ressurssykepleierne. Imidlertid var det bare 1/3 av lederne som hadde deltatt på de lokale samlingene, noe som kan ha sammenheng med at dette alternerer mellom kommunene. Det er imidlertid viktig at ressurssykepleierne dokumenter samlingene sine og inviterer lederne til de lokale samlingene, så her er det mange av ressurssykepleierne som har et forbedringspotensial. Det ser også ut til at lederne prioriterte fellessamlingen, siden over halvparten (58,8 %) hadde deltatt på disse, noe som må sies å være positivt.

Resultatene fra driftsgruppen støtter i stor grad opp under ovenstående resultater, siden en av fire meningsenheter her var "rolle", og deltakerne hadde en opplevelse av at "*mange sliter med hva er ressurssykepleiere er*" og "*veldig mange føler seg utrygge og usikre på denne rollen og famler stadig vekk i blinde*". Resultatene fra driftsgruppen gir imidlertid et ufullende bilde av hva de mente rolleusikkerheten kan skyldes. Driftsgruppen hadde klare formeninger om at ressurssykepleiers personlige engasjement er viktig, og at de ikke bare er "*pushet inn i det av en eller annen leder*". Det å være ressurssykepleier krever eget initiativ og engasjement, og at dette varierte mellom "*noen som har gjort veldig mye*" og "*noen som sikker ikke har gjort noen ting*". Driftsgruppen var tydelig på at noen ressurssykepleiere er "*en feil person på feil sted*". De pekte også på at ressurssykepleiers egen erfaring og kompetanse også spiller inn, og at dette er en rolle som forutsetter begge nevnte faktorer. Resultatene fra fokusgruppeintervjuet støtter også ressurssykepleierne i at det kan være vanskelig å utføre rollen uten øremerket tid, samtidig som de har forståelse for at dette er et driftsproblem og at "*det eksisterer jo mange nettverk*".

Nettverket er relativt nytt og driftsgruppen påpekte at det tar tid å finne sin rolle, men at *det "vil jo gå seg til ettersom nettverket eksisterer"*. Nesten halvparten av ressurssykepleierne opplevde sin funksjon relativt klart, og mente at rollen fungerte i den praktiske hverdagen. Med tanke på hvor få som har avsatt tid, er det mange ressurssykepleiere som likevel får rollen til å fungere i praksis. Det er imidlertid tydelig at mange opplevde ressurssykepleierrollen som uoversiktlig og sammensatt. Det kan derfor være hensiktsmessig å ha større fokus på dette både på oppstartseminarer for nye ressurssykepleiere og i diskusjoner i nettverksgruppene. Det kom tydelig fram at driftsgruppen også er usikker på egen rolle inn mot ressurssykepleierne, noe som er viktig å avklare.

5.3 Ressurssykepleiers funksjonsområder

På tross av usikkerhet knyttet til rollen som ressurssykepleier, er det likevel tydelig at ressurssykepleierne i stor grad oppfylte de tre definerte funksjonsområdene; klinisk virksomhet på arbeidsplassen, systemarbeid og samarbeid samt kompetanseheving.

Klinisk arbeid på egen arbeidsplass var sentralt for alle ressurssykepleierne. Dette tydeliggjøres gjennom at ressurssykepleierne i stor grad fulgte opp pasienter, og i stor grad hadde oversikt over aktuelle pasienter på sitt arbeidssted. Dette tyder både på at ressurssykepleierne i sitt daglige arbeid er nær pasientene, og at intensjonen bak ressurssykepleierrollen oppfylles på dette området. Resultatene viser at ressurssykepleierne hadde nær pasientkontakt, uansett arbeidssted. Imidlertid var det bare rundt halvparten av lederne som rapporterte at de brukte sykepleierne til oppfølging og pleie av kreft- og palliative pasienter, noe som kan synes underlig.

Videre viser resultatene fra ressursykepleierne også at ressursykepleierne til en viss grad veiledet og gav råd til sine kolleger, et bilde som bekreftes av lederen. Både svar fra lederne og ressursykepleierne viste at rundt halvparten av ressursykepleierne blir brukt på egen avdeling, og det var en mindre prosent som ble brukt på tvers av avdelinger/soner, noe som kan ha ulike forklaringer blant annet knyttet til organisering.

Driftsgruppen bekreftet i stor grad at ressursykepleierne drev aktiv klinisk virksomhet. Hvordan ressursykepleier gjorde dette, varierte fra å være ”mer som en veileder og rådgiver” til mer direkte pasientomsorg, som for eksempel ”gitt av de medikamentene som vi har lært på Sunniva ...”. Det var tydelig at denne delen av rollen fungerte veldig bra noen steder siden det ”Har nesten blitt for mye... Men det er dokumentert.. Det er fra kolleger om pasienter og fra sykehuset... Det er veldig kjekt”. Et sentralt poeng å gripe fatt i her, er viktigheten av at ressursykepleierne dokumenterer arbeidet sitt, spesielt med tanke på å få øremerket tid til rollen.

Når det gjelder bruk av hjelpemidler, er det gjerne ikke overraskende at ressursykepleierne i gjennomsnitt sjelden bruker samarbeidsavtalen og nettverksavtalen. Det er imidlertid mer overraskende at de sjelden bruker ESAS og individuell plan. Hjemmesidene, data og litteratur ser ut å være mer kjente hjelpemidler, men også disse brukes ikke mer enn av og til av gjennomsnittet. Det var heller ikke noen forskjell mellom bruk av ovenstående hjelpemidler og arbeidssted, selv om en skulle tro at disse var lettere tilgjengelig for sykehusansatte. Igjen bekrefter og utfyller resultater fra fokusgruppeintervjuet resultatene fra ressursykepleierne. Driftsgruppen påpekte at ressursykepleierne ”får jo forskjellige påfyll”, men ”om de har begynt å bruke det eller ikke, det er jo og varierende”. Driftsgruppen opplevde at ” det må det veiledes mye, men som de lærer noe av og.”

På bakgrunn av ovenstående må det imidlertid konkluderes med at det er et stort potensial i å få ressursykepleierne til å benytte disse hjelpemidlene og ressursene, noe det nok bør bli større fokus på framover, spesielt med hensyn til ESAS og individuell plan.

Samhandling og systemarbeid synes også å være sentralt for ressursykepleierne siden resultatene viste at de til en viss grad både fulgte opp eksisterende rutiner og avtaler, samt deltok i utarbeiding av nye rutiner. Resultatene viser imidlertid at dette hadde mindre fokus hos ressursykepleierne enn den direkte pasientkontakten, noe som kanskje ikke er unaturlig. Lederne bekreftet at ressursykepleierne også ble brukt til slikt arbeid, men i mindre grad enn ressursykepleierne selv mente. Driftsgruppen underbygget at også på dette feltet arbeidet ressursykepleierne i henhold til intensjonen. Ut fra resultatene fra ressursykepleierne kom det imidlertid fram at det som var mest framtrepende innenfor denne funksjonen, var kjennskap til og samarbeid med andre instanser. Dette vises gjennom at ressursykepleierne syntes å ha et omfattende nettverk som de tok kontakt med i forbindelse med disse pasientene, og som de også selv ble kontaktet av. Dette synliggjør at en av hovedintensjonene med nettverket er oppnådd, noe som også blir underbygget gjennom fokusgruppeintervjuet, eksemplifisert gjennom utsagnet: ” *vet hvilke tråder jeg skal trekke i eller hvem jeg kan ringe til.*”

Kompetanseheving er det tredje viktige funksjonsområdet til ressursykepleierne, og mange kaller også nettverket for ”kompetansenettverket”. Dette illustrerer at kompetanse er meget sentralt, både knyttet til å øke ressursykepleiernes egen kompetanse, men også at disse igjen bringer denne kompetansen videre på egen arbeidsplass. Det er derfor gledelig å se at ressursykepleierne gjennomsnittlig opplevde at de i stor grad hadde fått utviklet egen kompetanse. Resultatene tyder

på at også lederne merket dette; illustrert gjennom utsagnet ”*bra med påfyll/kompetanseheving*”. Driftsgruppen underbygget også disse resultatene og hevdet at nettverket hadde medført økt kompetanse og trygghet for den enkelte ressursykepleier, noe som også tydeliggjøres i hovedmeningsenheten ”*Faglig konsekvens av nettverket*”. Driftsgruppen utdypet dette og påpekte at det var et økt fokus på videreutdanning og kurs, tilbud som er godt tilgjengelige i vår region. I tillegg ser det ut til at kompetansehevingsplanen både har vært hensiktsmessig og fungert etter intensjonen. De påpekte videre at kompetansehevingen som skjer i nettverksgruppene, er viktig, men at det også er utfordringer knyttet både til økonomi ”*det skal jo ikke koste en krone*”, og til at ressursykepleierne ”*har jo ikke vært så veldig aktive i forhold til å finne temaer*”. Driftsgruppen foreslo at en her både bør sette opp faste undervisningstema og støtte ressursykepleierne i å undervise selv, siden ”*det er veldig mange som kan veldig mye*”, men de ”*tør ikke å ta det på seg*”.

Resultatene indikerer at ressursykepleierne har fått økt sin kompetanse gjennom nettverket, noe som også var ett av nettverkets tydelige mål. Det er også tydelig, og gledelig, at denne kompetansen kommer videre, siden nesten 2/3 av ressursykepleierne har videreformidlet kompetanse på arbeidsplassen, både gjennom veiledning og undervisning.

Kreftomsorg og lindrende behandling er et stort og omfattende fagfelt, der det stadig skjer en utvikling av kunnskapstilfanget. Det er derfor viktig at det skjer en kontinuerlig kompetanseheving, noe resultatene viser at ressursykepleierne også er bevisste på. Resultatene her viser at ressursykepleierne opplevde at de trenger ytterligere kompetanse både i form av videreutdanning og ulike typer kurs/undervisning. Igjen gjenspeiles tema knyttet til rollen, noe som bør tas til etterretning. Tema som symptumlindring og pasientrettigheter er andre sentrale tema som bør tas inn i revidering av kompetansehevingsplanen.

5.4 Organisering av nettverket

Nettverk for kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde er et stort nettverk som skal dekke et stort befolkningsgrunnlag og involvere ressursykepleiere både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten i et stort geografisk område. På bakgrunn av dette har organiseringen av nettverket og hvordan denne fungerer, stor betydning, og dette var ett av hovedområdene det ble fokusert på i evalueringen på alle tre nivåene.

Resultatene tyder på at mange av ressursykepleierne og lederne hadde vanskelig for å evaluere ulike deler av nettverket, kfr den relativt høye prosenten manglende svar. Det var gjennomgående at halvparten av lederne ikke hadde svart på disse spørsmålene, noe som ble bekreftet gjennom kommentarene der de skrev at de ikke hadde oversikt over dette/ikke kjente til organiseringen. Lederne burde imidlertid ha kjent til organiseringen, siden alle svarte at de kjente til nettverksavtalen, men at det er vanskelig å vurdere hvordan denne fungerer i praksis, kan være mer forståelig. Resultatene fra de lederne som svarte, viser imidlertid at 60 % mente at den totale organiseringen av nettverket fungerte tilfredsstillende. Dette bildet understrekes også av kommentarer som ”*Bra med kontaktnett mellom sykehus og kommune*” og ”*.. det er positivt med nettverket og har ”høstet” mye god kunnskap*”, som også tydeliggjør noe av nettverkets viktigste intensjoner. Resultatene fra ressursykepleierne styrker dette bildet idet nesten 2/3 av alle ressursykepleierne vurderte at nettverkets organisering fungerte tilfredsstillende i de ulike leddene. I hverdagen som ressursykepleiere er det egen nettverksgruppe de har mest kontakt med, og det er

derfor svært gledelig at majoriteten hadde nytte av de lokale gruppesamlingene, og at også fellessamlingene opplevdes som nyttige. De åpne utsagnene støtter opp under disse resultatene ved at de opplevde at *"nettverket er bra og fungerer bra"* og organiseringen *bidrar til "et godt bindeledd mellom de ulike instansene"*. Kommentarene viser også at ressurspsykepleierne setter pris på å få være med i nettverket ved at de opplevde dette *"givende"*, *"kjempekjekt"* og *"veldig inspirerende"*. Ressurspsykepleierne påpekte igjen at nettverket er relativt nytt, at det må få tid *"å sette seg"* og at noen *"har ikke et sterkt inntrykk ennå.."*. Behovet for øremerket tid understrekes også igjen, der mange mente at *"arbeidsgiver burde vært forpliktet til å sette av en viss tid til dette viktige arbeidet"*.

Driftsgruppen, og spesielt driftsgruppens leder, er de personene som har størst kjennskap til hvordan organiseringen fungerer i praksis, siden de beveger seg mellom alle nivåene, og derfor er et svært viktig bindeledd i nettverket. På bakgrunn av dette er også resultatene fra fokusgruppeintervjuet sentrale på dette området. At organiseringen av nettverket er viktig, styrkes av at en av de fire hovedmeningsenhetene som kom fram i fokusgruppeintervjuet var *"struktur"*. Resultatene viser tydelig at driftsgruppen mente organiseringen og strukturen i nettverket er hensiktsmessig, *"oversiktlig og greit"* og at de *"kan ikke akkurat sette fingeren på noe som burde vært gjort annerledes"*. Svarene fra både lederne og ressurspsykepleierne underbygger påstanden om at selve organiseringen av nettverket er hensiktsmessig og ikke trengs å endres.

Resultatene fra fokusgruppeintervjuet viser at selve driftsgruppen fungerer godt, sammensetningen er utfyllende, *"greie møteintervaller både i antall og lengde"*, og at arbeidet opplevdes både *"lærerikt"*, *"spennende"* og utfordrende. Det kom imidlertid fram at også driftsgruppen, i likhet med ressursgruppene, burde alternere mellom deltakernes arbeidssteder, slik at det ikke alltid var de samme som måtte reise. Resultatene viser i tillegg at det også er uklart knyttet til rollene til medlemmene i driftsgruppen, og hvordan disse skal fungere overfor nettverksgruppene - som ledere eller bare støttespillere, eller..? Det ser ut til at medlemmene i driftsgruppen etter hvert har kommet fram til at *"du må ha noen som styrer litt."* Det er tydelig at driftsgruppen mange ganger har opplevd at *"det har vært litt tungt"*, at de har følt at de *"må hele tiden passe på"*.

Driftsgruppen var tydelig på at de mener organiseringen av de lokale nettverksgruppene også er hensiktsmessig og fungerer godt, men at dette er avhengig av engasjement både hos ressurspsykepleierne og lederne. Resultatene viser at det er viktig og hensiktsmessig at deltakerne i nettverksgruppene kommer både fra kommune og sykehus, og at møtestedene rullerer. Nettverksgruppene er viktige både i forhold til kompetanseheving og erfaringsutveksling, men at det å *"diskutere eller utveksle erfaringer fra hver sine"* arbeidsplasser kanskje er det viktigste. Det er en klar anbefaling fra driftsgruppen at nettverksgruppene ikke bør være for store, og at den ene Bergensgruppen bør deles.

Det er gledelig at driftsgruppen opplevde at det *"er nå en rød tråd hele veien"*, og at det er en sammenheng mellom de ulike leddene ved at noen *"er både med i driftsgruppen og de lokale nettverksgruppene"* samtidig som *"hun som leder driftsgruppen har og en fot inn til styringsgruppen"*, og dette medfører at de mener at *"det henger veldig godt sammen"*. Driftsgruppen mente dette er essensielt for at *"at informasjonen på en måte kan flyte i begge retninger"*. Samtidig som driftsgruppen påpekte denne sammenheng, ser de også at det er utfordringer knyttet nettopp til struktur innad i og sammenheng mellom de ulike leddene, - spesielt forholdet mellom driftsgruppe og nettverksgruppene, innad i nettverksgruppene, samt mellom ressurspsykepleierne og lederne. Ut fra resultatene kan det synes som dette er kjernepunktet

for å få nettverket til å fungere enda bedre. Resultatene fra fokusgruppeintervjuet tydeliggjør at dette kan gjøres på flere måter:

- Klargjøre hvilken rolle driftsgruppens medlemmer skal ha inne i ressursgruppene: Skal de fungere som ledere, støttespillere; tilretteleggere, informanter, -følge opp mellom samlingene og etterspørre hva ressurspsykeleierne gjør?
- Ansvarliggjøre og tydeliggjøre hvilken rolle ressurspsykeleierne som arrangerer samlingene har, - som vertskap eller leder?
- At møtene i nettverksgruppene struktureres bedre både med hensyn til innkalling og møteledelse, og at innholdet er tilpasset den tiden en har tilgjengelig. Innkallinger, møter og referater må ha en fast mal.
- At det er gitte tema som skal tas opp hver gang, og at dette knyttes opp mot kompetansehevingsplanen.
- At både driftsgruppe og ledere etterspør hvordan ressurspsykeleier fyller sin rolle, og hvilke utfordringer hun møter.
- At det er jevnlig møter mellom ressurspsykeleier og leder.

Ut fra ovenstående resultater må det kunne konkluderes med at nettverkets struktur og organisering er god, fungerer hensiktsmessig og etter intensjonene, samtidig som tydelige forbedringsområder er kommet fram. Imidlertid er det en usedvanlig viktig erkjennelse driftsgruppens medlemmer kom med når de uttalte at *”det er jo viktig at driftsgruppen er representert i de forskjellige gruppene”*, og at nettverket ikke drifter seg selv verken nå eller *”hvis det i det hele tatt er mulig... ”*. Det er helt klart at KLBS innsats og bidrag er helt essensielt som bindeledd mellom de ulike instansene, - fra styringsgruppe til driftsgruppen og nettverksgruppene, til den enkelte ressurspsykeleier både gjennom individuell kontakt, drifting av nettverkets hjemmesider og nyhetsbrev.

5.5 Nettverkets bidrag til bedre kvalitet og omsorg

Ett av hovedmålene med nettverket var at det skulle stimulere til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling slik at det kom den enkelte pasienten og pårørende til gode. I denne evalueringen valgte vi ikke å gå direkte til pasienter og pårørende, fordi det ville være mye mer omfattende og krevende både arbeidsmessig, økonomisk og etisk. Vi valgte derfor å ta dette momentet inn i den tredelte evalueringen.

Resultatene både fra ressurspsykeleierne og lederne viser at disse mener at nettverket i stor grad er med på å bedre kvaliteten på kreftomsorg og lindrende behandling ved at pasienter *”har stor nytte av å opprette kontakt med ressurspsykeleier”*, og at ressurspsykeleier er *”en viktig innfallsvinkel til hjelp og støtte for pasienten og familien”*.

Igjen underbygges disse resultatene av driftsgruppen, noe som understrekes av at nettopp *”Effekt for pasient og pårørende”* var den fjerde meningsenheten som kom fram. Driftsgruppen mente helt

klart at nettverket ”*kommer pasientene til gode*”, og at det merkes ”*i hvert fall ute hos oss*”. Dette knyttet driftsgruppen i stor grad til at ressurspsykepleierne kan ”*kjenne andre i nettverket*”, har fått ”*terskelen.. lavere*”, og det er ”*lettere å ta en telefon og spørre*” når en har ”*navn og ansikter*”. For det første sier dette at mange fagpersoner gjennom nettverket er blitt kjent utover egen arbeidsplass, noe som har medført bedre kontakt og ”*samarbeid*” mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. For det andre hevdet driftsgruppen at ”*det er mer kompetanse*” hos ressurspsykepleierne. Begge disse faktorene er viktige for at ressurspsykepleierne føler seg ”*tryggere enn tidligere*”, og synliggjør også noe av det som var hovedhensikten med nettverket. Respondentene hevdet at ovenstående faktorer medfører at ”*.. pasientene kan bli trygge når de vet at de sykepleierne som jobber både på sykehus og ikke minst i distriktene at de kan sine ting*”, og at pasientene ikke ”*må inn på sykehuset for å dø*”. Resultatene fra driftsgruppen tyder på at ”*noen flere har dødd hjemme enn tidligere*” eller har kunnet være lengre hjemme, og at driftsgruppen ”*får jo tilbakemeldinger*” på dette. En annen effekt av nettverket synes også å være et økt tverrfaglig samarbeid, ved at ressurspsykepleierne ”*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 og.*”.

KONKLUSJON

Hensikten med evaluering av Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandlingen i Helse Bergen foretaksområde var å se om en i løpet av prosjektperioden hadde oppnådd nettverkets hovedmål og delmål. Vi skulle gjennom evalueringen finne ut om nettverket fungerte i praksis, knyttet til nettverkets organisering, ressurssykepleiernes rolle og funksjonsområder. Et sentralt poeng i evalueringen var å finne ut om nettverket har stimulert til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling.

Allerede gjennom beskrivelsen av status i nettverket ved evalueringstidspunktet blir det synliggjort at alle delmålene i planen er oppfylt.

Det er videre gjennomført en tredelt evaluering der driftsgruppen, 59 ressursykepleiere og 34 ledere har bidratt til resultatene gjennom fokusgruppeintervju og spørreskjemaundersøkelse. De fire hovedmeningsenhetene fra analysene av fokusgruppeintervjuet er gode overskrifter når studiens resultater skal sammenfattes:

- *”Roller”*: Resultatene viser at ressursykepleierne i nettverket har meget høy kompetanse både knyttet til arbeidserfaring og videreutdanning. Likevel opplevde nesten halvparten av ressursykepleierne at rollen er noe uklar. Denne oppfatningen deles ikke av lederne. Driftsgruppens medlemmer opplevde også sin rolle opp mot nettverksgruppene som noe uklar. Resultatene viser imidlertid at ressursykepleierne i stor grad fyller rollene sine knyttet til direkte pasientkontakt på egen arbeidsplass, samt rådgiving og veiledning til kolleger. De har imidlertid et stort potensial til å benytte seg mer av hjelpemidler som ESAS, individuell plan og diverse ressursmaterieill. Resultatene tyder på at ressursykepleierne har et utbredt kontaktnett som de selv kontakter, og som de blir kontaktet av. De utfører også systemarbeid knyttet til for eksempel avtaler, rutiner og lignende, men i noe mindre grad enn klinisk arbeid.
- *”Faglige konsekvenser av nettverket”*: Resultatene tyder på at ressursykepleierne har fått økt kompetanse knyttet til kreftomsorg og lindrende behandling gjennom nettverket, samtidig som det tydelig kommer fram at det er behov for ytterligere kompetanseheving.
- *”Struktur”*: Resultatene av evalueringen synliggjør at nettverkets struktur og organisering er god og fungerer hensiktsmessig og etter intensjonene. Resultatene tyder på at nettverket har medført økt samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samtidig tydeliggjør evalueringen forbedringsområder, spesielt knyttet til struktur på nettverkssamlingene og sammenheng mellom de ulike nivåene i nettverket.
- *”Effekt for pasient og pårørende”*: I evalueringen har en ikke spurt pasienter og pårørende om nettverket har hatt effekt for dem. Deltakerne i studien har imidlertid en klar formening om at nettverket har hatt en positiv effekt for pasienter og deres pårørende. Denne effekten synliggjøres gjennom at flere pasienter enn tidligere har fått dø hjemme eller være lengre hjemme på bakgrunn av resursykepleiernes økte kompetanse og større nettverk. Ifølge ressursykepleierne har dette medført større trygghet både for pasient og pårørende, men også for ressursykepleierne.

På bakgrunn av ovenstående kan en konkludere med at nettverket er etablert og i god drift i henhold til intensjonene, nasjonale føringer og anbefalinger. Selv om det gjennom evalueringen er

kommet fram tydelige forbedringsområder, må vi også konkludere med at vi har oppnådd prosjektplanens hovedmål. Etableringsfasen er over, og nå skal fokus videre være på drift og utvikling. Framover vil det være viktig å utarbeide mer langsiktige strategier som konkretiseres gjennom årlige handlingsplaner. På bakgrunn av ovenstående resultater er det allerede utarbeidet en handlingsplan som skal møte ovennevnte utfordringer - se kapittel 8.

I dette arbeidet er det imidlertid viktig å ta til seg visdommen som kom fram i evalueringen: ”*Ting tar tid*” og ”*Det går ikke av seg selv*”. Derfor er det viktig at vi fortsetter dette viktige samarbeidet - i nettverk - for da kan vi lettere gå mot felles mål.

7 LITTERATUR

1. Kreftregisteret. Cancer in Norway 2006. Oslo. 2007
2. Norsk Forening for palliativ medisin: Standard for palliasjon. Den norske lægeforening. 2004
3. Kåresen R & Wist E (red). Kreftsykdommer: en basisbok for helsepersonell. Oslo: Gyldendal Akademiske.2008
4. McCaffery M & Beebe A. Smerter: lærebok for helsepersonell. Oslo, Ad. Notam Gyldendal. 1996.
5. Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal Helseplan (2007 – 2010). Oslo, 2006.
6. Lauvås K & Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi Oslo. Tano. 2004
7. Kaasa S. Palliasjon. Oslo, Gyldendal Akademisk.2008
8. McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implication for nursing practice. Journal of clinical Nursing. Vol. 13, 934-941,2004
9. WHO. Guide on palliative care services for people living with advanced cancer. <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>
10. NOU. Omsorg og kunnskap. Norsk Kreftplan. Statens trykning, Oslo. 1997:20
11. 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
12. Nasjonal strategi for kreftområdet 2006 – 2009: http://www.odin.no/filarkiv/280842/kreftstrategi_2006-2009_2.6.doc
13. Sosialdirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf
etningslinjer for lindrende behandling...
14. Hauken M & Haugen FD. Plan for nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde. 2006*
15. Regional kreftplan 2005-2010: http://www.helsevest.no/graphics/SynkronLibrary/Documents/RegionaleRapporter/Regional_kreftplan_mars2005.pdf
16. ”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”*
17. Funksjonsbeskrivelse for ressursykepleiere*

18. Brosjyre for ressursykepleierne*
19. Handlingsplaner for kompetanseheving, klinisk virksomhet, samhandling og systemarbeid 2006*
20. Handlingsplaner for kompetanseheving, klinisk virksomhet, samhandling og systemarbeid 2007*
21. Program for oppstartsseminar oktober 2006*
22. Program for felleseminar oktober 2007*
23. Krûger RA. & Casey MA. Focus groups. A practical guide for applied research. 3rd. California. Saga Publications, Inc.2000
24. Helsedirektoratet /Kunnskapssenteret (2008): "Og bedre skal det bli" nettside: <http://www.ogbedreskaldetbli.no/>, metoder og verktøy
25. Basch C. Focus group interview: An underutilized research technique for improving theory and practice in health education. Health Education Quarterly, vol.14:411-448. 1987
26. Kingry M, Tiedje L & Friedman L. Focus groups: A research technique for nursing. Nursing research, vol. 39:124-125.1990
27. Intervjuguide fokusgruppeintervju*
28. Notater fokusgruppeintervju forsker I*
29. Notater fokusgruppeintervju forsker II*
30. Transkribert fokusgruppeintervju*
31. Kvale S. Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks. CA: Sage. 1996
32. Cormark D."The research Proses in Nursing". 4th Edition. Blackwell Publishing Ltd, UK.2000
33. Helenius R. Förstå och bättre veta. Malmö: Beyronds Tryck AB.1990

Referanser merket med * kan fås ved henvendelse til forfatter

8 VEDLEGG I: TILTAKSPLAN 2008-2010

Tiltaksplanen bygger på ”Plan for nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde” fra mars 2006, og resultatene fra evalueringen av nettverket våren 2008.

Målsettingen for 2008 – 2010 er som følger:

- **Hovedmål 1:** At Kompetansenettverket for kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde fungerer i praksis på en slik måte at det kommer den enkelte pasienten og hans/hennes pårørende til gode.
- **Hovedmål 2:** At en gjennom kompetansenettverket er med på å stimulere til bedre kvalitet på kreftomsorg og lindrende behandling gjennom planmessig kompetanseheving, klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og systemarbeid.

Følgende problemområder ble avdekket ved evalueringen av nettverket:

- Det er noen utfordringer knyttet til nettverkets struktur, spesielt i forholdet mellom driftsgruppen og de enkelte nettverksgruppene.
- Det er knyttet usikkerhet til rolle i ulike ledd, spesielt rollen som ressurspsykeleier og rollen til medlemmer av driftsgruppen.
- ESAS og individuell plan kunne vært brukt mer.
- Få ledere deltar på lokale samlinger.
- Få ressurspsykeleiere har hospitert.
- Nettsiden brukes ikke aktivt av alle ressurspsykeleierne.

På bakgrunn av disse konklusjonene settes følgende delmål for planperioden:

Klinisk virksomhet på arbeidsplassen:

- At ESAS og Retningslinjer for symptomlindrende behandling (via link) er anbefalt innlemmet i metodebøker/kvalitetssystem i alle kommuner og sykehusavdelinger i løpet av 2009.
- At ressurspsykeleierne bruker ESAS til palliative pasienter.
- At ressurspsykeleier har erfaring i rollen som koordinator for individuell plan.
- At ressurspsykeleier i kommunen har erfaring i å opprette individuell plan.
- At ressurspsykeleier kan bruke og har erfaring fra subkutan medisiner og praktisk bruk av smertepumpe.
- At ressurspsykeleier dokumenterer sitt arbeid gjennom registreringskjema.

Samhandling-systemarbeid:

- At ressurspsykeleier og hans/hennes leder kjenner og bruker den nye avtalen for nettverket,
- At samtlige nye ressurspsykeleiere har et møte med leder der forventninger, planer og ønsker kan avklares.
- At ressurspsykeleier og hans/hennes leder har samtale en gang om året med planlegging av videre arbeid innen områdene klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling, systemarbeid og kompetanseheving.
- At ressurspsykeleier bidrar til å implementere rutiner for samarbeid og samhandling i sitt område.
- At ressurspsykeleier og leder er orientert om det som skjer i nettverket, og om nyheter innen kreftomsorg og palliasjon.
- At det er utarbeidet en rutine for lokale samlinger.
- At ressurspsykeleierordningen er kjent for sykeleiere og leger i kommunen og på aktuelle sykehusavdelinger.
- At ressurspsykeleier aktivt bruker nettverkets nettsider.
- At leder for driftsgruppen kjenner de enkelte, lokale nettverksgruppene.

Kompetanseheving:

- At kompetanseplanen er oppdatert i tråd med Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.
- At ressurspsykeleier får en målrettet kompetanseheving.
- At minimum 25 ressurspsykeleiere hospiterer på aktuelle avdelinger/soner pr. år.
- At kreftomsorg og lindrende behandling er tema på internundervisning minimum en gang om året og at driftsgruppen har utarbeidet grunnleggende undervisningspakker.
- At ressurspsykeleier deltar på aktuelle kurs og konferanser.
- At det er utført kartlegging av behov for veiledning av ressurspsykeleierne.

Følgende tiltaksplan er utarbeidet for å nå målene:

MÅL	TILTAK	ANSVAR	TIDSRIST
Klinisk virksomhet på arbeidsplassen:			
1. At ESAS og Retningslinjer for symptomlindrende behandling (via link) er anbefalt innlemmet i metodebøker /kvalitetssystem i alle kommuner og sykehusavdelinger i løpet av 2009	Ressurssykepleier gjør egen leder kjent med anbefalingene	1. Ressurssykepleier	1. I løpet av 2009
2. At ESAS tas i bruk til palliative pasienter	2.1 Undervise kolleger om ESAS 2.2 Ressurssykepleier bruker ESAS i sitt daglige arbeid	2.1 Ressurssykepl 2.2 Ressurssykepl	2.1 I løpet av 2009 2.2 Kontinuerlig
3. At ressursykepleier i kommunen får erfaring som koordinator for individuell plan	3.1 Gruppeansvarlig underviser om individuell plan i lokale nettverksgrupper 3.2 Være koordinator for individuell plan til minimum 2 pasienter	3.1 Driftsgruppen 3.2 Ressurssykepleier	3.1 Våren 2009 3.2 I løpet av 2009

4. At ressurspsykeleier på sykehus får erfaring i å opprette individuell plan	<p>4.1 Gruppeansvarlig underviser om individuell plan i lokale nettverksgrupper</p> <p>4.2 Ta initiativ til å opprette individuell plan til minimum 2 pasienter</p>	<p>4.1 Driftsgruppen</p> <p>4.2 Ressurspsykeleier</p>	<p>4.1 Våren 2009</p> <p>4.2 I løpet av 2009</p>
5. At alle ressurspsykeleierne i nettverket har fått opplæring i prosedyre for subkutan medisinering og praktisk bruk av smertepumpe	5. Ledere i nettverksgruppene underviser om dette på møter i de lokale nettverksgruppene	5. Driftsgruppen	5. I løpet av 2009
6. At ressurspsykeleiers aktivitet i nettverket registreres i et eget skjema	<p>6.1 Utarbeide aktivitetsskjema</p> <p>6.2 Fulle ut aktivitetsskjema</p>	<p>6.1 Driftsgruppen</p> <p>6.2 Ressurspsykeleier</p>	<p>6.1 Desember 2008</p> <p>6.2 Fra 2009</p>

Samhandling-systemarbeid:			
7. At ressurspsykeleier og hans/hennes leder er kjent med den nye avtalen for nettverket (spesielt mtp endringer)	7. Informere om den nye avtalen på fellessamlingen	7. Driftsgruppen	7. 29.oktober 2008
8. At samtlige nye ressurspsykeleiere har et møte med leder der forventninger, planer og ønsker kan avklares	8.1 Utarbeide rutine for informasjon til nye ressurspsykeleiere og deres leder hvor dette står	8.1 Driftsgruppen	8.1 Høsten 2008
	8.2 Utarbeide funksjonsbeskrivelse for ressurspsykeleier	8.2 Driftsgruppen	8.2 Høsten 2008
	8.3 Årlig introduksjonskurs for nye ressurspsykeleiere og deres ledere	8.3 Driftsgruppen	8.3 Årlig i september
9. At ressurspsykeleier og hans/hennes leder har en samtale en gang om året med planlegging av videre arbeid innen områdene klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling-systemarbeid, og kompetanseheving.	9. Møte mellom ressurspsykeleier og hans/hennes leder	9. Leder/ressursspl.	9. Årlig

<p>10. At ressurspsykepleier bidrar til å implementere rutiner for samarbeid og samhandling i sitt område</p>	<p>10.1 Overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Bergen og kommunene legges i perm for ressurspsykepleierne</p> <p>10.2 Bruke individuell plan</p> <p>10.3 Ta initiativ til samarbeidsmøte</p>	<p>10.1 Driftsgruppen</p> <p>10.2 Ressurspsykepl</p> <p>10.3 Ressurspsykepl</p>	<p>10.1 Før introduksjonskurs 24.september</p> <p>10.2 Kontinuerlig</p> <p>10.3 Kontinuerlig</p>
<p>11. At ressurspsykepleier og leder jevnlig holdes orientert om det som skjer i nettverket, og om nyheter innen kreftomsorg og palliasjon</p>	<p>11.1 Nyhetsbrev sendes på mail til alle ressurspsykepleierne</p> <p>11.2 Informasjon om aktiviteter i nettverket legges ut på KLB sin nettside</p>	<p>11.1 Driftsgruppen</p> <p>11.2 KLB</p>	<p>11.1 Årlig i desember og juni</p> <p>11.2 Kontinuerlig</p>
<p>12. At det utarbeides en rutine for lokale samlinger</p>	<p>12.1 Utarbeide rutine for lokale samlinger</p>	<p>12.1 Driftsgruppen</p>	<p>12.1 Før introduksjonskurs 24.september 2008</p>

<p>13. At ressurspsykepleieordningen blir kjent for sykepleiere og leger i kommunen og aktuelle sykehusavdelinger</p>	<p>13.1 Dele ut informasjonsfolder med navn på ressurspsykepleier på legekantor, sykehjem og aktuelle sykehusavdelinger</p> <p>13.2 Informere om ressurspsykepleieordningen på personalmøter</p> <p>13.3 Informere om ressurspsykepleieordningen på avdelingen/kommunen sine intranettsider</p>	<p>13.1 Ressurspsykepl</p> <p>13.2 Ressurspsykepl</p> <p>13.3 Ressurspsykepl</p>	<p>13.1 I løpet av 2009</p>
<p>14. At ressurspsykepleier aktivt bruker nettverkets nettsider</p>	<p>14.1 Bruke nettsidene i undervisning på introduksjonskurs og fellessamlinger</p> <p>14.2 Møteinnkallinger legges ut på nettsiden (og ikke sendes på mail)</p>	<p>14.1 Driftsgruppen</p> <p>14.2 KLB</p>	<p>14.1 Årlig</p> <p>14.2 Fra og med jan.2009</p>

<p>15. At leder for driftsgruppen kjenner de enkelte lokale nettverksgruppene</p>	<p>15. Leder for driftsgruppen deltar på et møte i alle de lokale nettverksgruppene årlig</p>	<p>15. Leder for driftsgruppen</p>	<p>15. En gang om året i hver nettverksgruppe</p>
<p>Kompetanseheving:</p> <p>16. At kompetanseplanen er oppdatert i tråd med Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen</p> <p>17. At ressursykepleierne får en målrettet kompetanseheving</p> <p>18. At minimum 25 ressursykepleiere hospiterer på aktuelle avdelinger/soner pr år</p>	<p>16. Revidere kompetanseplanen</p> <p>17. Bruke kompetanseplanen ved planlegging av introduksjonskurs, fellessamlinger og lokale samlinger</p> <p>18. Bruke plan for hospitering</p>	<p>Lederne for driftsgruppene</p> <p>17. Driftsgruppen og arrangører av lokale nettverkssamlinger</p> <p>Ressursykepleier og driftsgruppen</p>	<p>Høsten 2008</p> <p>Fellessamling 2008, 2009 og 2010</p> <p>Lokale samlinger 2008, 2009 og 2010</p> <p>Kontinuerlig</p>

19. At kreftomsorg og lindrende behandling er tema på internundervisning minimum en gang om året	19.1 Ta initiativ til å få dette med på avdelingen sin plan for undervisning	19.1 Ressurssykepleier	19.1 Årlig
	19.2 Utarbeide grunnleggende undervisningspakker	19.2 Driftsgruppen	19.2 2009
20. At ressurssykepleier deltar på aktuelle kurs og konferanser	20.1 Aktuelle kurs og konferanser annonseres på KLB sine nettsider	20.1 KLB	20.1 Kontinuerlig
	20.2 Gruppeansvarlig informerer om aktuelle kurs og konferanser på møter i lokale nettverksgrupper	20.2 Driftsgruppen	20.2 Kontinuerlig
	20.3 Ressurssykepleier tar dette opp på årlig samtale med egen leder	20.3 Ressursspl	20.3 Årlig
21. At det kartlegges behov for veiledning av ressurssykepleierne	21. Gjennomføre kartlegging	21. Driftsgruppen	21. vår 2009

Faste aktiviteter i nettverket:

Aktivitet	Tidspunkt	Ansvar
Fellessamling	hver høst	Driftsgruppen
Samlinger i lokale nettverksgrupper	en høst og to vår	Gruppeansvarlig
Introduksjonskurs nye ressurssykepl	årlig i september	Driftsgruppen
Informasjon til nye ressurssykepleiere og til lederne deres. Egen rutine	kontinuerlig	KLB, gruppeansvarlige
Møter i styringsgruppen	vår og høst	Leder for styringsgruppen
Møter i driftsgruppen	to vår og to høst	Leder for driftsgruppen
Sende nyhetsbrev til r. spl og leder	vår og høst	Leder for driftsgruppen
Oppdatere nettsiden for nettverket	kontinuerlig	KLB

FREMDRIFTSPLAN:

Høst 2008:

- Har utarbeidet aktivitetsskjema for ressurssykepleierne
- Har informert om den nye avtalen for nettverket på fellessamlingen 29. okt. 2008
- Har utarbeidet rutine for informasjon til nye ressurssykepleiere og deres ledere
- Har utarbeidet funksjonsbeskrivelse for ressurssykepleierne
- Har innført rutine for møte i lokal nettverksgruppe
- Har revidert kompetanseplanen for nettverket
- Har informert om rutine for lokale samlinger i alle nettverksgruppene
- Har gjennomført introduksjonskurs for nye ressurssykepleiere og deres ledere
- Har gjennomført fellessamling for ressurssykepleierne og deres ledere
- Har gjennomført en samling i hver av de lokale nettverksgruppene
- Har skrevet årsrapport for 2008
- Har utarbeidet handlingsplan for 2009
- Har sendt nyhetsbrev til ressurssykepleierne og deres ledere

- Har hatt møte i styringsgruppe og driftsgruppe

Vår 2009:

- ESAS og Retningslinjer for symptomlindrende behandling er anbefalt innlemmet i metodebøker/kvalitetssystem i alle kommuner/sykehusavdelinger
- Har gitt undervisning om individuell plan i lokale nettverksgrupper
- Har gitt undervisning om prosedyre for subkutan medisiner og praktisk bruk av smertepumpe
- Har innført innkalling til møte i lokale nettverksgrupper via KLB sine nettsider
- Har gjennomført kartlegging av behov for veiledning av ressursykepleierne
- Aktivitetsskjema for 2009 er tatt i bruk
- Har gjennomført to samlinger i hver av de lokale nettverksgruppene
- Har sendt nyhetsbrev til ressursykepleierne og deres ledere
- Har hatt møte i styringsgruppe og driftsgruppe

Høst 2009:

- Ressursykepleier i kommunen har vært koordinator for minimum to individuelle planer (ikke på sykehjem)
- Ressursykepleier på sykehusavdelinger har tatt initiativ til å opprette individuell plan til minimum to pasienter
- Ressursykepleieordningen er kjent for sykepleiere og leger i kommunen og aktuelle sykehusavdelinger
- Leder for driftsgruppen har deltatt på samling i alle de lokale nettverksgruppene
- Minimum 25 ressursykepleiere har hospitert
- Det er utarbeidet grunnleggende undervisningspakke til bruk for ressursykepleierne
- Palliasjon har vært tema på internundervisning på ressursykepleiernes arbeidssted i løpet av 2009
- Ressursykepleiere har deltatt på aktuelle kurs og konferanser
- Har gjennomført introduksjonskurs for nye ressursykepleiere og deres ledere
- Har gjennomført fellessamling for ressursykepleierne og deres ledere
- Har gjennomført en samling i hver av de lokale nettverksgruppene

- Har skrevet årsrapport for 2009
- Har utarbeidet handlingsplan for 2010
- Har sendt nyhetsbrev til ressurspsykeleierne og deres ledere
- Har hatt møte i styringsgruppe og driftsgruppe

Vår 2010:

- Aktivitetsskjema for 2010 er tatt i bruk
- Har gjennomført to samlinger i hver av de lokale nettverksgruppene
- Har sendt nyhetsbrev til ressurspsykeleierne og deres ledere
- Har hatt møte i styringsgruppe og driftsgruppe

Høst 2010:

- Minimum 25 ressurspsykeleiere har hospitert
- Palliasjon har vært tema på internundervisning på ressurspsykeleiernes arbeidssted i løpet av 2010
- Ressurspsykeleiere har deltatt på aktuelle kurs og konferanser
- Leder for driftsgruppen har deltatt på samling i alle de lokale nettverksgruppene
- Har gjennomført introduksjonskurs for nye ressurspsykeleiere og deres ledere
- Har gjennomført fellessamling for ressurspsykeleierne og deres ledere
- Har gjennomført en samling i hver av de lokale nettverksgruppene
- Har skrevet årsrapport for 2010
- Har utarbeidet handlingsplan for 2011
- Har sendt nyhetsbrev til ressurspsykeleierne og deres ledere
- Har hatt møte i styringsgruppe og driftsgruppe
- Har gjennomført evaluering og gjort justeringer i henhold til evaluering

Noen mål/tiltak foreslås som resultatmål for aktiviteten i nettverket:**Klinisk virksomhet på arbeidsplassen:**

At ESAS og Retningslinjer for symptomlindrende behandling er anbefalt innlemmet i metodebøker/kvalitetssystem i alle kommuner i løpet av 2009.

At ressurssykepleier har vært koordinator for individuell plan til minimum 2 pasienter (ikke r. spl på sykehjem).

At ressurssykepleier fyller ut aktivitetsskjema for oppgaver i nettverket.

Samhandling og systemarbeid:

At samtlige nye ressurssykepleiere har et møte med leder der forventninger, planer og ønsker kan avklares.

At ressurssykepleier og hans/hennes leder har en samtale en gang om året med planlegging av videre arbeid innen områdene klinisk virksomhet på arbeidsplassen, samhandling og systemarbeid og kompetanseheving.

At rutine for lokale nettverksgrupper tas i bruk.

Kompetanseheving:

At minimum 25 ressurssykepleiere hospiterer på aktuelle avdelinger/soner pr år.

At kreftomsorg og lindrende behandling er tema på internundervisning minimum en gang om året.

At ressurssykepleier har deltatt på nettverkssamlinger.



ISBN 978-82-997893-4-9