

Arbeidsnotat

Working Paper

2013:8

Karl Yngvar Dale
Bardo Driller
Else Jørgensen
Linda Kornstad Nygård
Kjell Erik Strømskag

Integrasjon av praksis, undervisning
og forskning : hvordan kan man
sikre høyest mulig kvalitet innen
omsorg og behandling av
alvorlig syke og døende på
kommunalt nivå?



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk



MØREFORSKING
MOLDE

Karl Yngvar Dale
Bardo Driller
Else Jørgensen
Linda Kornstad Nygård
Kjell Erik Strømskag

Integrasjon av praksis, undervisning og forskning :
hvordan kan man sikre høyest mulig kvalitet innen omsorg og
behandling av alvorlig syke og døende på kommunalt nivå?

Arbeidsnotat / Working Paper 2013:8

Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2013

ISSN 1501-4592 (trykt)
ISBN 978-82-7962-176-8 (trykt)

ISSN 1893-4897 (elektronisk)
ISBN 978-82-7962-177-5 (elektronisk)

Integrasjon av praksis, undervisning og forskning:

- **Hvordan kan man sikre høyest mulig kvalitet innen omsorg og behandling av alvorlig syke og døende på kommunalt nivå?**

Karl Yngvar Dale, PhD i psykologi (Høgskolen i Molde)

Bardo Driller, overlege (Helse Møre og Romsdal)

Else Jørgensen, førstelektor i helsefag (Høgskolen i Molde)

Linda Kornstad Nygård, koordinator (Kristiansund kommune)

Kjell Erik Strømskag, overlege Dr.Med/Dr.Philos (Helse Møre og Romsdal)

Abstract

Det sentrale spørsmålet vi stiller er: Hvordan kan praksis, undervisning og forskning samarbeide for å legge til rette for "best practice" innen det palliative feltet. "Best practice" er beskrevet gjennom nasjonale retningslinjer og faglige "gullstandarder". Her vil vi fremholde at mye avhenger dels av et godt tilrettelagt utdanningssystem, dels et godt faglig samarbeid mellom helseforetak, det kommunale praksisfeltet og utdanningsinstitusjon, og sist men ikke minst: At alle disse instanser kan inngå i et tett og gjensidig utviklende forskningssamarbeid. Vi vil argumentere for at dette gir den beste muligheten for å sikre høyest mulig kvalitet i det palliative feltet, herunder at man evner å etablere en forskningsbasert praksis som også er i tråd med nasjonale retningslinjer. I artikkelen belyses dette gjennom et case.

1.0. Introduksjon.

Palliasjon er en type helsetjeneste som fokuserer på å lindre og forebygge lidelsene til alvorlig syke og døende pasienter. Her nyttes vanligvis en tverrfaglig tilnærming til pasientbehandling, med bidrag fra leger, sykepleiere, prester, sosionomer, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter og psykologer. Målet er å etablere tiltak som kan lindre lidelse knyttet til alle områder av pasientens liv. Denne tverrfaglige tilnærmingen muliggjør at man, ideelt sett, kan håndtere både fysiske, følelsesmessige, åndelige og sosiale aspekter ved langtkommen sykdom.

I Norge utøves palliasjon på alle nivåer av helsevesenet, og i stigende grad utenfor spesialiserte palliative enheter, j.fr. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2012). I praksis vil dette si sykehjem og

hjemmesykepleie. I tillegg til kreftpasienter er det mange andre pasientgrupper som har behov for god palliativ behandling.

I Nasjonalt handlingsprogram presiseres det at organisering og kompetanse må anses som grunnleggende for videre utvikling av det palliative tilbudet i Norge. Når det gjelder organisering påpekes det at *utfordringen i dagens helse-Norge er å oppnå likhet i det palliative tilbudet i alle deler av landet, både med hensyn til tilgjengelighet og faglig innhold.* Haugen m.fl (2006) konkluderer med at palliasjon stiller store krav til samhandling og at organisering kan støtte opp under samhandlingen. Det presiseres videre at hovedmålene for organisering av palliasjon er at pasientene til enhver tid skal ha tilgang til nødvendig kompetanse.

Med hensyn til kompetanse ligger utfordringen i ulikhet i tjenestenes innhold, og det foreslås i Nasjonalt handlingsprogram at utfordringen bør møtes med spesifikke krav til kompetanse for ulike yrkesgrupper. Arbeidsgruppen (Helsedirektoratet, 2012) skriver videre at *Det er arbeidsgruppens håp at alle som er involvert i utdanningen av helsepersonell som er omtalt i anbefalingene, ser muligheter for å forbedre eller igangsette utdanning i palliasjon utfra forslagene som er fremmet. Ansvar for økt kvalitet i utdanningene påhviler både utdanningssektoren, helsevesenet som helhet og de faggrupper som i dag har større eller mindre delansvar for det faglige innholdet i videre- og etterutdanning.* Haugen m.fl (2006) skriver at en organisert kompetansebygging og – spredning er nødvendig for å videreutvikle fagfeltet palliativ medisin.

Målgruppen for handlingsprogrammet fra Helsedirektoratet er spesialister og blivende spesialister innen ulike medisinske spesialiteter, sykepleiere, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, sosionomer, prester og psykologer. Målgruppen viser tydelig at det legges vekt på høy kompetanse og et tverrfaglig miljø for å utvikle et kvalitativt godt tilbud til pasienter i palliativ fase.

Selv om nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet er å betrakte som anbefalinger og råd, og ikke er rettslige bindende for mottakerne påpekes det at anbefalingene langt på vei er faglig normerende og dermed bør være styrende for de valg som skal tas. Rådene som gis i slike retningslinjer er basert på oppdatert faglig kunnskap som er fremskaffet på en systematisk, kunnskapsbasert måte. De nasjonale retningslinjene gir derfor uttrykk for hva som anses som god praksis, og ved å følge disse retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle det lovpålagte kravet om faglig forsvarlighet.

I og med at palliativ medisin er et nytt fagfelt i akademisk sammenheng er evidensgrunnlaget begrenset og utgjør en stor utfordring for dagens praksis. Hvis en skal få til en endring i årene som kommer vil blant annet forskningsgrupper som er tverrfaglig og

tværr-institusjonelt sammensatt kunne fremskaffe ny kunnskap til nytte for pasienter og pårørende.

Hvordan kan man så legge til rette for "best practice" innen det palliative feltet? Her vil vi fremholde at mye avhenger dels av et godt tilrettelagt utdanningssystem, dels et godt faglig samarbeid mellom helseforetak, det kommunale praksisfeltet og utdanningsinstitusjon, og sist men ikke minst: At alle disse instanser kan inngå i et tett og gjensidig utviklende forskningssamarbeid.

2.0. Utviklingen i det palliative feltet.

2.1. Historisk bakgrunn.

Palliativ medisin er et ungt akademisk fag. Utviklingslinjen internasjonalt har gått fra den famlende starten med forskningen og registreringen til Cicely Saunders på 1950-tallet og Robert Twycross sin forskning på St. Christophers Hospice på 1970-tallet, til opprettelse av det første professoratet i palliativ medisin, der Geoffrey W. Hanks ble ansatt ved London University i 1991.

Fra sluttet av 1970-tallet skjedde det en viss utvikling i Norge med spredt forskning og registreringsarbeid med f eks Liv Wergeland Sørbyes og professor Peter F. Hjort, hvor sistnevnte også inkluderte palliasjon i sin Gruppe for Helsetjenesteforskning. Dette fikk dog ikke noe gjennomslag i det bredere forskningsmiljøet på landsbasis; det var mer et uttrykk for enkeltpersoners iver og engasjement (Strømskag, 2012).

I praksis var det ingen konkret forskningsaktivitet eller videre akademisering i faget og fagområdet før på 1990-tallet. Gjennombruddet skulle komme blant annet med bakgrunn i NOU nr 30 Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende (1984) hvor det ble tilrådt å opprette egne avdelinger for lindrende behandling. Det var uten tvil også svært betydningsfullt at Omsorgsrådet og Det medisinske fakultet sto bak da den første seksjon for lindrende behandling. Seksjonen ble etablert i Trondheim i 1993/94. I den forbindelse kom utlysningen av professorstillingen tidlig i prosessen, og da professor Stein Kaasa ble ansatt, var det ingen tvil om at man hadde fått en akademiker. Kaasa fokuserte sterkt på forskning og det å skape gode læringssystemer. Seksjon lindrende behandling ble etablert på tre fundament: klinisk virksomhet, forskning og undervisning. Den overordnede målsetning for forskningsaktiviteten ble forankret i ledelsen, og konkretisert i fire klart formulerte punkter. For det første skulle det drives klinisk forskning. For det andre skulle en prege den nasjonale og etter hvert også den internasjonale arena. For det tredje skulle en inkludere problemstillinger i grenseflaten klinikk/basalforskning, og det siste var at en skulle være fokusert, men samtidig inkluderende (Kaasa, 2004).

2.2. Gullstandarden – Gold standard framework.

Gold standard framework (GSF) (www.goldstandardsframework.org.uk) ble utviklet i 2000 i England og er fortsatt under videre utvikling. Det er en systematisk tilgang til formalisering av 'best practice', slik at kvalitet i palliative forløp tar utgangspunkt i en standard for alle pasienter. Ut fra standard individualiseres det enkelte pasientforløp. Som Tabell 1 viser, har GSF fokus på tidlig identifisering av pasienter med behov for palliasjon, samt det å kartlegge kliniske og personlige behov til pasienten og planlegge behandling, pleie og omsorg på tvers av helsetjenester.

Tabell 1. Kjerneområder innen GFS.

A Identifisere pasienter med behov for palliasjon og individuell palliativ plan for å sikre et koordinert og tverrfaglig tjenestetilbud	
Oppgave	Tiltak
Identifisere pasienter med behov for palliasjon	Introdusere kriterier fra Gold Standards framework
	Anpasse eksisterende kartleggings skjemaer til disse kriteriene
	Kartlegge palliative pasienter
Adaptere den individuelle palliative planen til systemet til kommunen	Utarbeide mål for individuell palliativ plan for kommunen
	Bygge inn planen i eksisterende mål for individuell plan for ikke palliative pasienter
	Utarbeide individuelle palliative planer for pasientene
Sikre tilgjengelighet for specialkompetanse	Innføre tilgjengelighet av en medarbeider fra palliativt team 24 timer /d

B Kartlegge spesialkompetanse i kommunen og heve kompetansen for alle faggrupper som er involvert i arbeidet rundt den palliative pasient og hans/hennes pårørende, tilsvarende nivå B i Nasjonalt handlingsprogram	
Oppgave	Tiltak
Kartlegge eksisterende spesialkompetanse innen palliasjon i kommunen	Identifisere medarbeider i kommunen med spesialutdanning og / eller spesiell erfaring innen palliasjon
	Kartlegge hvordan disse medarbeidere kan bygges inn i prosessen om forbedring av kompetansen
	Kartlegge erfaringer med interkommunal samarbeid
	Innføre faste rutiner for tilgjengelighet av disse medarbeidere 24 timer /d
Generell heving av kompetanse innen palliasjon	Tverrfaglige presentasjoner i grunnleggende palliasjon
	Presentasjon av prosjekt med kommuneledelse og virksomhetsledere
Forbedre individuell kompetanse innen palliasjon	Evaluere og bestemme den nødvendige kompetansen innen palliasjon for aktørene i kommunen
	Plan for hospitering / praksisbesøk for sykepleier og leger fra kommunen med pasientnær læring og praksis
	Organisasjon av fagdager for aktørene innen palliasjon
	Opplæring basert på eksisterende verktøy innen palliasjon
Utarbeide rutiner og et felles system i kommunen	Innføre forandringer angående behandling pleie og omsorg av palliative pasienter i det eksisterende systemet om rutiner i kommunen
	Kartlegge eksisterende informasjonsmaterieil for pasienter og pårørende og behov for forbedring
	Anpasse prosedyrene innen de forskjellige institusjonene (flere sykehjem og flere hjemmetjenestedistrikter)

Kjerneområder til GSF er knyttet til omsorg for den døende; kommunikasjon, koordinering av tjenestetilbud, kontroll av pasientens symptomer, kontinuitet i oppfølging av pasienten, kontinuerlig læring for personalet, og støtte til familie og personal. Målet er et likt behandlings- og omsorgstilbud på tvers av tjenestetilbud og en sammenhengende behandlingsskjede. Dette krever en kontinuerlig kvalitetsforbedring og strukturerte prosesser.

Opprinnelig er systemet utviklet for primærhelsetjenesten, men samtidig videreutvikles systemet hele tiden og i dag innbefatter GSF også akutt arbeid på sykehus.

3.0. Fagutviklingen innen palliasjon i Møre og Romsdal.

3.1. Forsknings- og utdanningssamarbeid mellom Høgskolen i Molde og Helse Møre og Romsdal.

Høsten 2011 startet høgskolen i Molde opp Videreutdanning i omsorg ved alvorlig sykdom og død (VAD) i nært samarbeid med helseforetaket, daværende Helse Nordmøre og Romsdal. Utdanningen kan enten tas som en selvstendig videreutdanning på 60 studiepoeng eller inngå som første år i Høgskolens masterstudie i Kliniske hjelperelasjoner.

Videreutdanningen har 4 hovedemner som både skal gi studentene forskningsforberedende kompetanse, kompetanse innenfor fagfeltet palliasjon, økt kommunikasjons- og relasjonskompetanse, og økt kunnskap om organisering og utøvelse av den somatiske helsetjenesten.

Forskningsnettverket omsorg, pleie og behandling av alvorlig syke og døende pasienter i Møre og Romsdal ble etablert høsten 2012 i forlengelsen av det allerede etablerte samarbeidet omkring VAD. Det var således en felles interesse for forskning og utviklingsarbeid blant fagpersoner og forskere ved Helse Møre og Romsdal og Høgskolen i Molde som var utgangspunktet for etableringen. I løpet av noen måneder ble forskningsnettverket utvidet, med kontakter fra hele fylket. Interessen for å få et forskningsmiljø knyttet til omsorg, pleie og behandling synes å være stort, og det er knyttet kontakt til alle sykehus, og noen kommuner.

En sentral målsetting for forskningsgruppen er å øke interessen for forskning generelt og innenfor feltet palliasjon spesielt, samt å ha et overordnet koordinerende ansvar for forskningsaktivitet innen for feltet i Møre og Romsdal. Foruten selv å initiere FoU-prosjekter ønsker en å være en hjelper og katalysator for aktuelle forskningsprosjekt.

3.2. Palliativt arbeid på kommunalt nivå – et case.

Kristiansund kommune har over tid, spesielt de siste 15 årene, bygd opp kompetanse innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Ved ett av kommunens sykehjem er det 5

sengeplasser på egen enhet for lindrende behandling. Det er ansatt spesialsykepleier innenfor området i hjemmetjenesten, og det ble allerede i 1997 etablert et nettverk av ressurssykepleiere, etter modell fra kreftforeningen (R4). I tillegg er det nettopp opprettet en stilling som kreftkoordinator /kreftsykepleier i kommunen. Kommunen har også et nært samarbeid med Palliativt team ved kreftpoliklinikken/sykehuset i Kristiansund. På tross av dette opplever man en mangelfull beredskap for å ta imot pasienter som trenger avansert palliativ omsorg og behandling i hjemmet eller på institusjon i kommunen. Etter innføring av Samhandlingsreformen blir pasientene meldt med kort varsel, og det er krevende å mobilisere den kompetansen som trengs i det aktuelle hjemmesykepleiedistriktet eller på sykehjem raskt nok. Utviklingen i den palliative behandlingen har også ført til at pasienter i palliativ fase holdes lengre stabil, slik at den siste palliative fasen med avansert behandling er kort og intensiv. Ofte blir dette svært krevende og hektiske perioder for de personene som innehar kompetansen, med fare for at disse blir "utbrent" og ikke orker å stå i denne rollen. Det oppleves et stadig større behov for palliativ behandling i hjemmetjenestene, og det har også vært en økning i antall liggedøgn på palliativ enhet i sykehjem. Det er nå behov for konkrete fakta og data om den lindrende behandlingen i kommunen, før man eventuelt endrer organiseringen av tjenestetilbudet på en slik måte at man har mulighet til å etterkomme den nasjonale standarden for palliasjon.

4.0. Sentrale utfordringer innen palliasjon som praksis og fagområde.

Et tiltak som kan gi døgntilgjengelig god kompetanse innen palliasjon på kommunalt nivå er et operativt palliativt team. Dette teamet kan bistå pleiepersonalet både i hjemmetjeneste og ved sykehjemmene med kompetanse og kompetanseheving innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Etablering av palliative team i kommunene er i tråd med tiltakene som foreslås i nasjonal strategi på kreftområdet for 2013 -2017 og øvrige nasjonale standarder (Helsedirektoratet, 2012) hva angår den beredskapen personalet trenger for å gi et godt tilbud til pasientene.

Pleie og omsorgstjenestene i Kristiansund står foran omorganisering, og det vil være naturlig at det opprettes et palliativt team, eventuelt i sammenheng med at man også etablerer en egen palliativ enhet, med flere senger enn det kommunen har i dag. Denne enheten, og teamet, vil kunne stå sentralt både mht kvalitetssikringen av det lokale palliative arbeidet, herunder også medvirke til kompetanseoppbygging på tvers av enheter og hjelpetilbud. Det kan også være nærliggende at enheten inngår et tett forskningssamarbeid med ovennevnte Forskningsnettverk, dels for å kartlegge praksis og dels for å utvikle ny metodikk. En initiell kartlegging vil gi kunne verdifull informasjon om de behov som skal

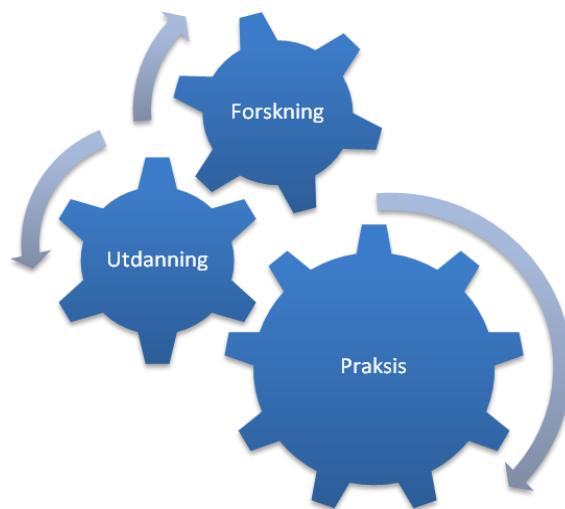
Dale et al. 2013 Integrasjon av praksis, undervisning og forskning

dekkes av tjenestetilbudet. Her kan man se for seg i alle fall tre områder som trenger behovskartlegging:

- Pasienter og pårørende sine behov og ønsker
- Fagmiljøet sine behov og erfaringer (hva må til for å gi et faglig forsvarlig tilbud)
- Organisatoriske muligheter

Palliasjon har vokst frem i tråd med et økende brukerperspektiv i helsesektoren, hvor det enkelte individs behov står sterkere i fokus nå enn tidligere. Utfordringen er dog at man i den praktiske kliniske hverdagen må finne den rette balansen mellom å ivareta den enkeltes behov og ønsker, og å få de økonomiske ressursene til å strekke til. I dette perspektivet er det åpenbart av høy nødvendighet at man søker etter å optimalisere de faglige og personellmessige rammebetingelsene.

GSF i kombinasjon med de nasjonale retningslinjene utgjør en type standard som i utgangspunktet kan virke vanskelig å innføre med den organisering og fagkompetanse som finnes i mange kommuner i dag. Dette betyr ikke at man bare må gi opp å løse de faglige utfordringene. Tvert imot bør dette være et incitament til å innrette seg mer "lurt", herunder søke den ekspertisen som finnes, alliere seg med de som har den kompetansen en selv ikke besitter og endelig – inngå i forpliktende samarbeid om både forskning og kompetanseheving i et større nettverk. Det dreier seg om forene tre komponenter som står i et gjensidig forhold til hverandre, og der ingen av komponentene - forskning, utdanning, praksisfeltet - er viktigere enn de andre (se Figur 1).



Figur 1 Gjensidighet mellom forskning, utdanning og praksis

Dale et al. 2013 Integrasjon av praksis, undervisning og forskning

Et kartleggingsprosjekt i Kristiansund, som angitt ovenfor, vil kunne utgjøre en type nettverksbasert kvalitetsutvikling i brytningsfeltet mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonen der man a) vil kunne utforske hvorvidt den pleie og behandling som blir gitt lokalt er basert på de reelle behovene hos pasienter og pårørende, og er i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer for palliasjon, b) vil kunne utforske om det er behov for kompetansehevende tiltak på dette området og ikke minst vil man c) kunne generere forskningsresultater som kan gi et viktig grunnlag for å vurdere hvordan kvaliteten i tjenestene kan heves gjennom kompetanseheving og bedre organisering av tjenestene. Med bakgrunn i et forskningsbasert datagrunnlag vil man derav kunne utarbeide forslag til omorganisering av kommunale tjenester som er behovsdrevet, og som følger de nasjonale retningslinjene. Videre vil erfaringer fra et sådant forsknings- og utviklingsprosjekt kunne tilbakeføres til VAD i form av "ferske" forskningsdata, noe som utvilsomt vil gi undervisningen et løft i retning av å bli både mer evidensbasert og praksisnær. Alt i alt vil dette utgjøre en "god sirkel" med henblikk på den videre faglige utviklingen innen palliasjon.

Referanser

- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen 2012*. IS-nummer: IS-1529
- Haugen, D.F., Jordhøy, M.S., Engstrand, P., Hessling, S.E., & Garåsen, H. (2006). Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* nr. 3, 126: 329–32
- Kaasa S. (2004). Seksjon lindrende behandling gjennom 10 år. En utvikling av fagfeltet. Klinikk, forskning og undervisning i *Festskrift Seksjon lindrende behandling gjennom 10 år. Seksjon lindrende behandling. Kreftavdelingen. St. Olav, NTNU, Trondheim*
- NOU (1984). Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende nr 30
- Strømskag, K.E. (2012). *Og nå skal jeg dø. Hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge*. Pax Forlsg A/S Oslo
- www.goldstandardsframework.org.uk



Høgskolen i Molde
PO.Box 2110
N-6402 Molde
Norway
Tel.: +47 71 21 40 00
Fax: +47 71 21 41 00
post@himolde.no
www.himolde.no



Møreforsking Molde AS
Britvegen 4
N-6411 MOLDE
Norway
Tel.: +47 71 21 42 90
Fax: +47 71 21 42 99
mfm@himolde.no
www.mfm.no