

Funksjonsbeskrivelse for kontaktsykepleier i kreftomsorg og lindrende behandling



Funksjon og ansvar for kontaktsykepleier:

Funksjonsbeskrivelsen bygger på følgende dokumenter:

- Samarbeidsavtale for nettverk av kontaktsykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling. Avtalen er mellom Sykehuset Telemark HF og kommunene i Telemark
- Mål og strategiplan for Kontaktsykepleiernettverket i Telemark.

Formålet

Hensikten med kontaktsykepleiernettverket er at det i alle kommuner / soner / avdelinger skal være en ressursperson med spesielt fokus på kreftomsorg og lindrende behandling.

Målet er planlagt kompetanseheving, samhandling og samarbeid slik at kreftpasienter og andre pasienter med behov for lindrende behandling, samt deres pårørende, opplever god kvalitet i alle nivå av helsetjenesten.

Kvalifikasjonskrav

Fagperson som er interessert i å videreutvikle sin faglige kompetanse og sin samhandlingskompetanse, og som ønsker å videreformidle denne kompetansen til sine kollegaer og samarbeidspartnere. Videreutdanning i kreftsykepleie, palliasjon eller annen relevant videreutdanning er en fordel, men anses ikke som krav for å inneha funksjonen.

Kontaktsykepleier – ansvar:

- Kontaktsykepleier får informasjon om funksjonsbeskrivelse fra nettverkskoordinator når han/hun utnevnes til denne funksjonen
- Ta initiativ til, sammen med sin leder, å utarbeide og sette i verk egen arbeidsplan.
- Funksjonsbeskrivelsen gjennomgås og mål for kontaktsykepleiers arbeid defineres. Det anbefales minst 1 møte i året for planlegging og evaluering.
- I samarbeid med sin leder, bidra til gode rutiner for oppfølging og behandling av denne pasientgruppen.
- Gi råd og veiledning til kolleger og ta initiativ til erfaringsutveksling og refleksjon på egen arbeidsplass.
- Ha ansvar for å delegere og informere kollegaer
- Ha ansvar for å holde kollegaer oppdatert om nyheter og referere fra temadager
- Delta på kontaktsykepleiersamlinger og Interkommunale samlinger
- Ha rollen som koordinator for kreftpasienter i sin avdeling/soner
- Ha fast telefonnummer på jobb.

Samhandling- og systemarbeid

- Følge opp gode rutiner for tverrfaglig samarbeid og samhandling som sikrer den palliative pasienten kontinuitet og sammenheng i behandlingstilbudet.
- Bidra til å innføre systematisk bruk av ESAS og individuell plan for palliative pasienter.

- Være kontaktperson for sykehusets palliative enhet/team.
- Starte og/eller oppdatere Individuell plan
- Holde seg oppdatert på Palliativ enhet sine nettsider: www.sthf.no/palliasjon
- Gi informasjon til egen leder og nettverkskoordinator når funksjonen blir avsluttet eller ved permisjon.

Arbeidsgiver forplikter seg til, i henhold til Samarbeidsavtalen:

- Å ha årlig møte med kontaktskykepleier for å planlegge og for å evaluere arbeidet.
- Å gi kontaktskykepleier tid og ressurser til å utøve sin funksjon i henhold til avtalen for nettverket.
- Å gi kontaktskykepleier mulighet til å delta på lokale interkommunale samlinger og årlig kontaktskykepleiersamling.
- Å legge til rette for at kontaktskykepleier kan delta på aktuelle kurs/konferanser.

Kompetanseheving:

- Delta på Grunnkurs for kontaktskykepleiere (3 dagers kurs, arrangeres hvert 2. år: 2016-2018 osv.)
- Delta på årlig Høstsamling for kontaktskykepleiere.
- Delta på årlig Interkommunal samling
- Aktivt arbeide med å heve sin egen kompetanse i kreftbehandling og lindrende behandling.
- Ha i samarbeid med leder ansvar for å tilrettelegge for kurs og internundervisning på sin arbeidsplass
- Gjennomføre hospitering ved Palliativ enhet og Poliklinikk for kreft- og blodsykdommer.
- Delta på Palliasjonsforum. Er kontaktperson for Palliasjonsforum på sin arbeidsplass.
- Aktivt bruk av nettsidene: www.sthf.no/palliasjon

Klinisk virksomhet:

- Ha oversikt over palliative pasienter i egen sone /avdeling
- Sikre oppfølging av barn og ungdom som pårørende
- Inneha utvidet kompetanse i symptomlindring
- Bidra til forutseende planlegging ved endring av hjelpebehov.
- Systematisk bruk av ESAS, smertekart og individuell plan.

Ved førstegangsbesøk hos pasienten kartlegges følgende:

- Symptomer. Bruk ESAS symptomkartleggingsskjema og smertekart.
- Få oversikt over alle medikamenter som pasienten står på. Faste og behovsmedikasjon.
- Få oversikt over pasientens familie.
- Individuell plan:
 - Starte individuell plan – dersom pasienten ikke har fra før.
 - Oppdatere kontaktopplysninger
 - Oppdatere medisinsliste
 - Rydde i planen
 - «Åpen retur» skjema: (etterlyse fra sykehusavdeling dersom det mangler)
- Informere om din rolle som kontaktskykepleier, palliativ enhet og team.
- Informere om Pleiepenger – må vurdere behov for dette ut i fra pasientens situasjon. Se eget informasjonsskriv, finnes på nettsidene www.sthf.no/palliasjon
- Konkret avtale videre for oppfølging.

- Tilby oppfølgingsamtale på telefon eller nytt hjemmebesøk.
- Samhandling med fastlege:
 - Informere fastlege når kontakt med pasienter er opprettet.
 - Vurdere felleskonsultasjon med fastlege (hjemme el. på legekontor)

Pasient i «tidlig fase» (inkludert kurativ fase, jfr. Kreftkoordinatorfunksjonen pr. i dag):

- Vurdere pasientens behov for støttesamtaler med noen som kan og vet noe om sykdom /behandling.
- Kartlegge pasientens helse tilstand/ situasjon/nettverk.
- Koble inn aktuelle samarbeidsparter etter behov.

Pasient i «palliativ fase»:

- Kartlegge pasientens helsetilstand /situasjon og nettverk.
- Samarbeide med fastlege, spesialisthelsetjenesten i forhold til medisinsk behandling, effekt/bivirkninger av behandling. Ved skifte av fase: fast oppfølging av fastlege.
- Henvise etter behov til aktuelle samarbeidsparter i egen kommune og/eller ambulant palliativt team.
- Dialog med fastlege.
- I samarbeid med Palliativ enhet/ambulant palliativt team, følge opp prosedyrer som eksempelvis væske- og ernæring, subkutane injeksjoner, smertepumper, intratekal-kateter og pleurX-dren.
-

Pasient med «kort forventet levetid»:

- Viktig at alle samarbeidsparter (egne kollegaer) informeres om pasientens helsetilstand, hva som er sagt, hva som er gjort og plan videre.
- Hvem kontaktes ved endringer? Sørge for at kollegaer er kjent med videre plan. Samarbeid ambulant team.
- Avklare roller; kontakt fastlege eller ambulant team.
- Legge til rette for /planlegge spes. med tanke på kveld /helg for å unngå unødvendige innleggelser for pasient på sykehus.
- Der det er planlagt hjemme-død: være i forkant med de 4 viktigste medikamentene.
- Ivareta pårørende.

Oppfølging av etterlatte etter dødsfall hjemme/sykehjem:

- Ved hjemme-død har kontaktsykepleier ansvar for å kontakte pårørende 2-4 uker etter dødsfallet og tilby samtale.
- Når pasienten dør i institusjon(sykehus/Lindrende Enhet/sykehjem) er rutinen at disse skal kontakte pårørende om ikke noe annet er avtalt.
- Oppfølging av etterlatte kan eventuelt skje i samarbeid med Palliativ enhet.