

Funksjonsbeskrivelse for kontaktsykepleier i kreftomsorg og lindrende behandling



Funksjon og ansvar for kontaktsykepleier:

Funksjonsbeskrivelsen bygger på følgende dokumenter:

- 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 utvikle 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 sin 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 i sin avdeling for oppfølging og behandling av denne pasientgruppen.
- Gi råd og veiledning til kollegaer og ta initiativ til erfaringsutveksling og refleksjon på egen arbeidsplass.
- Ha ansvar for å delegere og informere kollegaer.
- Han ansvar for å holde kollegaer oppdatert om nyheter innen fagfeltet og referere fra temadager.
- Delta på kontaktsykepleiersamlinger og interne kurs/møter i regi av nettverket

Samhandling – 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, smertekart, observasjonskartlegging 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.

Leder forplikter seg til:

- Å ha årlige møter med kontaktsykepleier for å planlegge og å evaluere arbeidet.
- Å gi kontaktsykepleier tid og ressurser til å utøve sin funksjon i henhold til avtalen for nettverket.
- Å gi kontaktsykepleier mulighet til å delta på kontaktsykepleiersamling (høst) og nettverksmøte for kontaktsykepleiere internt på STHF (vår)
- Å legge til rette for at kontaktsykepleier kan delta på aktuelle kurs/konferanser.

Kompetanseheving

- Delta på Grunnkurs for nye kontaktsykepleiere (3 dagers kurs, arrangeres hvert annet år: 2018– 2020 osv..)
- Delta på årlig Høstsamling for kontaktsykepleiere
- Aktivt arbeide for å heve sin egen kompetanse i kreftbehandling og lindrende behandling
- Ha i samarbeid med sin leder ansvar for å tilrettelegge for internundervisning på sin arbeidsplass.
- Hospitere på Palliativ enhet
- Delta på Palliasjonsforum (Hver første onsdag i måneden – (febr.- mai/ sept.- des.), kl. 11.30 – 12.15).
- Aktivt bruk av nettsidene: www.sthf.no/palliasjon

Klinisk virksomhet

- Ha oversikt over kreftpasienter/ palliative pasienter i egen avdeling
- Sikre oppfølging av barn og unge som pårørende
- Inneha utvidet kompetanse i symptomlindring
- Bidra til forutseende planlegging ved endring av omsorgsbehov.
- Systematisk bruk av ESAS, smertekart, observasjonskartlegging og Individuell plan.

Kartlegging av ny pasient:

- Bruk ESAS symptomkartleggingsskjema, smertekart og observasjonskartlegging.
- Individuell plan:
 - Etterspørre Individuell plan
 - Starte IP – dersom pasienten ikke har fra før.
 - Oppdatere kontaktopplysninger
 - Legge ved oppdatert medisinsliste ved utskrivelse
 - Rydde i planen.
- «Åpen retur»-skjema: (opprette dersom pasienten ikke har fra før, evt. fornye skjemaet eller endre avdelingstilhørighet)
- Informere om Palliativ enhet/team
- Vurdere behov for å informere om Pleiepenger

Pasient i «palliativ fase»:

- Kartlegge pasientens helsetilstand /situasjon og nettverk.
- Vurdere behov for tilsyn av Palliativ enhet internt.
- Vurdere behov for oppfølging av Ambulant team dersom pasienten utskrives til bosted eller sykehjem i kommunen.
- I samarbeid med Palliativ enhet/ambulant palliativt team, følge opp prosedyrer som eksempelvis væske- og ernæring, subkutane injeksjoner, smertepumper, intratekal-kateter og pleurX-dren.