

**VEILEDER FOR  
SYKEPLEIETJENESTEN I  
NYREMEDISINSK VIRKSOMHET**

# INNHALDSFORTEGNELSE

## FORORD

## INNLEDNING

- 1. Faglig forsvarlighet, kvalitetssikring og etikk**
  - 1.1. Den enkelte sykepleiers faglige ansvar
  - 1.2. Det systemmessige ansvaret
  - 1.3. Kvalitetssikring
  - 1.4. Etiske problemstillinger
  
- 2. Organisering av sykepleietjenesten i nyremedisinsk virksomhet**
  - 2.1. Ledelse i sykehus
  - 2.2. Pasientansvarlig lege (Kontaktlege)
  - 2.3. Pasientansvarlig sykepleier
  - 2.4. Bemanning
  
- 3. Opplæring og kompetanseutvikling**
  - 3.1. Videreutdanning / etterutdanning
  - 3.2. Opplæring av nyansatte
  - 3.3. Internundervisning og kompetanseheving
  - 3.4. Hospitering
  - 3.5. Kurs og kongresser
  - 3.6. Telemedisin
  
- 4. Pasientrettigheter**
  - 4.1. Nyreskole
  - 4.2. Individuell plan
  - 4.3. Barn med nyresvikt
  - 4.4. Flerkulturelle med nyresvikt
  - 4.5. Gjestedialyse / feriedialyse
  
- 5. Dokumentasjon**
  
- 6. Hygiene og smittevern**
  - 6.1. Hepatitt B, hepatitt C og HIV
  - 6.2. MRSA
  
- 7.0 Litteraturliste**

## FORORD

Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe For Nyresykepleiere (NSFFNS) ble stiftet i 1987. Det tidligere Bolsø – utvalget, en arbeidsgruppe under NSFFNS nedsatt i 2001, har utarbeidet funksjonsbeskrivelser for sykepleietjenesten innen nyremedisinsk virksomhet.

På bakgrunn av arbeidet i Bolsø - utvalget, ble det på årsmøtet i 2003 besluttet å nedsette en arbeidsgruppe som skulle se på organisering av sykepleietjenesten innen nyremedisinsk virksomhet. Dette satsningsområdet ble en del av handlingsplanen for 2004.

Styret i NSFFNS fikk årsmøtets tilslutning til å utarbeide mandat og opprette en arbeidsgruppe.

Styrets mandat ble utformet slik: *Utarbeide en veileder for sykepleietjenesten i nyremedisinsk virksomhet, både innen 1. og 2. linjetjenesten. Målet er å sikre livsløpsspasienten kontinuitet og kvalitet i behandlingen uansett hvor i behandlingsskjeden han befinner seg.*

*Gruppen skal se på: Organisering og ledelse, kvalitetssikring, tverrfaglig samarbeide (skjele til samarbeidsmøtene) og kompetanse.*

Arbeidsgruppen har bestått av:

Torunn Schei, PD sykepleier, Sykehuset Østfold, Fredrikstad.

Lone Kuløy, avdelingssykepleier hemodialyseavdelingen, Sykehuset Østfold, Fredrikstad.

Åste Renolen, avdelingssykepleier hemodialyseavdelingen, Sykehuset Innlandet, Lillehammer.

Geir Kleppe, avdelingssykepleier hemodialyseavdelingen, Nordlandssykehuset, Lofoten.

Arbeidet har pågått fra vinteren 2004 til høsten 2005.

I juni 2004 ble det sendt ut en spørreundersøkelse til 70 sengeposter, poliklinikker og dialyseavdelinger på sykehusene i hele landet. De ulike sykehusene er organisert forskjellig, og hensikten med spørreundersøkelsen var å få kunnskap om de ulike stedene for å få mest mulig materiale å arbeide ut fra. Det kom inn i overkant av 30 svar.

Resultatene fra spørreundersøkelsen danner sammen med litteraturstudier og erfaringer grunnlag for denne veilederen. "Veileder for nyremedisinsk virksomhet" utgitt av Den norske lægeforening, har dannet basisgrunnlaget for arbeidet med å lage en veileder spesifikt for sykepleietjenesten.

Veilederen har vært ute til høring hos sykepleiere på sengeposter, poliklinikker og dialyseavdelinger på Rikshospitalet, Ullevål, AHUS og St. Olavs Hospital, samt representant for Norsk Nyremedisinsk Forening. Styret i NSFFNS, som er oppdragsgiver, har også hatt den til høring. Fagkonsulent i NSF har hatt dokumentet til gjennomlesning.

NSFFNS anbefaler at veilederen brukes som et hjelpemiddel sammen med legeforeningens veileder i arbeidet for å styrke kvaliteten i behandlingstilbudet for livsløpsspasienten i nyremedisinsk virksomhet.

Vi ønsker å takke alle som har hjulpet oss i arbeidet med utarbeidelsen av veilederen.

## **INNLEDNING**

Livsløpsspasienten defineres som en person som etter å ha fått diagnosen kronisk nyresvikt, vil ha behov for helsehjelp resten av sitt liv.

Det vil være i pasientens interesse at nyremedisinske avdelinger er organisert under en ledelse og geografisk plassert i nærheten av hverandre.

Pasienten vil da kunne møte kjente personer i behandlingsskjeden og han vil være kjent med de fysiske forhold. Dette er med på å skape trygghet for livsløpsspasienten.

For personalet vil det også føre til et bedre samarbeide etter hvert som pasienten beveger seg gjennom behandlingsskjeden og sikre kvalitet og kontinuitet i behandlingen.

Veilederen omhandler utover organisatoriske forhold områder som opplæring og kompetanseutvikling, pasientrettigheter, dokumentasjon og hygiene/smittevern. Alt dette ses i forhold til krav om faglig forsvarlighet, og lovverket er vektlagt i stor grad.

Under organisatoriske forhold beskrives ordningen med pasientansvarlig lege og pasientansvarlig sykepleier. Pasientansvarlig lege er tatt med for å sette fokus på samarbeid mellom lege og sykepleier, og for lettere å kunne belyse sykepleierens ansvarsområder.

## 1.0 Faglig forsvarlighet, kvalitetssikring og etikk.

”Kravet om faglig forsvarlighet går igjen i alle helselovene, og er ment å være et fundament som setter standard for all yrkesutøvelse innen helsevesenet.” (1,s5)

Lovene som hovedsakelig danner grunnlag for arbeidet innen nyremedisin er:

- Lov om helsepersonell
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om pasientrettigheter.

Disse lovene trådte i kraft 01.01.2001.

”Det er et viktig krav at de helsetjenester som helsepersonell og helsevirksomheter yter er forsvarlige.” (2, s33)

I lovene er det lagt vekt på at forsvarlighetskravet skal stilles i to relasjoner, i forhold til den enkelte helsearbeider og i forhold til de virksomheter som yter helsetjenesten (systemansvar). (2)

”Det konkrete innholdet i forsvarlighetskravet kan bare fastsettes i det enkelte tilfelle vurdert på bakgrunn av de foreliggende omstendigheter. Kravet er således ikke en fast målbar enhet.” (2, s37)

Kravet tar utgangspunkt i hva som vanligvis bør kunne forventes i den aktuelle situasjon. Det forutsettes at man på avdelingene diskuterer hva man mener er forsvarlig sykepleie. Noen minimumskrav kan i følge Kvalitetsforskriften (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting) bl.a. være:

- Opplevelse av trygghet, forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet.
- Mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg.
- Dekking av grunnleggende fysiologiske behov.
- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand og behov. (1, s9-10)

### 1. Den enkelte sykepleiers faglige ansvar.

I lov om helsepersonell § 4 heter det: ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal hente bistand eller henvise videre der det er nødvendig og mulig.” (3,s.8)

Forsvarlighetskravet innebærer at den enkelte sykepleier plikter å opptre i samsvar med faglige, etiske og rettslige normer. Plikten til forsvarlighet knytter seg altså til kvalifikasjoner, og vil være avhengig av den enkeltes utdanning, praksis og forventet kompetanse. Kravet til kvalifikasjoner gjør at den enkelte sykepleier plikter å holde seg faglig oppdatert.(2) Det innebærer at man må delta på undervisning, kurs og lignende, samt lese relevant faglitteratur.

Den enkelte sykepleier plikter altså å respektere sine faglige begrensninger, og ikke ta på seg oppgaver man ikke føler seg kompetent til. Man skal da henvise pasienten til annet kompetent personell. I følge Lov om helsepersonell, skal man ikke la seg instrueres av arbeidsgiver eller andre til å utføre handlinger man ser strider med hva som er faglig forsvarlig. Man plikter også melde fra ved forhold som er i strid med forsvarlighetskravet.

Innen nyremedisin arbeider det mange sykepleiere som har lang erfaring innen faget. Det kan derfor være nyttig å spørre andre om råd, enten på sin egen avdeling eller utenfor. Etter hvert

får vi sykepleiere som har gjennomført videreutdanning innen nyresykepleie, og disse vil inneha en kompetanse som flere kan få glede av.

## **2. Det systemmessige ansvaret.**

Lov om helsepersonell § 16, sier at en virksomhet skal organiseres slik at helsepersonell gis frihet til å oppfylle lovpålagte plikter, først og fremst plikt til forsvarlig yrkesutøvelse. (2) I Lov om spesialisthelsetjenesten § 2.-3 står følgende om plikt til forsvarlighet: ”Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.” (4, s20) Dette innebærer et krav til at innholdet i tjenesten skal være i samsvar med en minstestandard. Faglig overordnet helsepersonell er herved pålagt et ansvar for at forholdene legges til rette for faglig forsvarlig drift i den enkelte enhet. Dette systemansvaret kan omfatte etablering av forsvarlige rutiner og prosedyrer, kvalitetssikring av medisinsk teknisk utstyr, sikring av tilstrekkelig bemanning og kompetanse, utarbeidelse av opplæringsplaner og nødvendig overordnet koordinering og styring.

Det er ønskelig at vi i Norge etter hvert får flere standarder for sykepleietjenesten innen nyremedisin, og kan samarbeide mer på tvers av avdelinger og ulike sykehus i forhold til dette.

Jevnlige møter på nasjonalt plan, mellom ledere innen sykepleietjenesten i nyremedisinsk virksomhet, vil på sikt også kunne bidra til utvikling av bedre standarder.

## **3. Kvalitetssikring.**

Kvalitet innen pleie og behandling i nyremedisinsk virksomhet kan vurderes ut fra noen retningslinjer og parametre. Norsk nyremedisinsk forening (NNF) har utarbeidet ”Veileder i nefrologi”, som beskriver ulike kvalitetsmål innen undersøkelse, behandling og oppfølging ved nyresykdom, peritonealdialyse, hemodialyse og transplantasjon, samt relevante tema utover dette. ([www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no))

Kvalitetsmålene bygger på internasjonale standarder, som beskrives i både europeiske og amerikanske guidelines. Alle kvalitetsmålene er veiledende.

NSFFNS har utarbeidet funksjonsbeskrivelser for sykepleiere på nyrepoliklinikk, nyremedisinsk sengepost, peritonealdialyseenhet og hemodialyseavdeling. Funksjonsbeskrivelsene beskriver bl.a. sykepleierens kvalifikasjonskrav og ansvars- og myndighetsområder, og er retningsgivende for de krav og forventninger man kan stille til sykepleierens kompetanse. Funksjonsbeskrivelsene følger som vedlegg til veilederen.

I kvalitetssikringsarbeidet er avviksmeldinger blitt mer og mer innarbeidet i sykehusene. Det anbefales at man bruker avviksmeldingene til å sette fokus på kvalitet, og å bruke de ulike situasjoner i læringsøyemed. De ulike sykehus har ulike skjema og ulike rutiner, men hensikten er den samme.

Man må følge de enkelte sykehusenes retningslinjer for legemiddelhåndtering. Som grunnlag ligger ”Forskrift for legemiddelhåndtering”. Sykepleierne bør selv be om generelle ordinasjonsregler, hvis slike ikke foreligger. Mange av medikamentene som gis er potente legemidler, så man bør sikre seg med dobbeltkontroll i så stor grad som mulig. Den enkelte sykepleier oppfordres til å melde avvik når legemidler håndteres feil, slik at kvaliteten på legemiddelhåndteringen blir så god som mulig.

Pasienter med nyresvikt er i kontakt med ulike enheter i helsevesenet gjennom mange år. Det er derfor viktig med godt samarbeid og god kommunikasjon mellom de enheter pasienten er knyttet til. Det kan være samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten, eller mellom lokale sykehus og regionsykehus / sykehus med spesialfunksjoner, eller mellom ulike enheter / avdelinger innen samme sykehus. For denne pasientgruppen gjelder dette særlig kontakten mellom sykehjem/hjemmetjeneste og sykehus, og mellom lokale sykehus og Rikshospitalet. Spesialisthelsetjenesten bør tilby annet personale undervisning i form av for eksempel kurs, temadager og muligheter for hospitering. Dette samarbeidet bør formaliseres og innarbeides i mål, handlingsplaner med mer.

#### **4. Etsiske problemstillinger.**

Yrkesetiske retningslinjer og ICNs etiske regler for sykepleiere, er retningsgivende for hva man forventer av sykepleieren i møte med pasient og pårørende, basert på samfunnsmessige verdier og behov. ICNs etiske regler ble revidert sist i år 2000. I innledningen heter det: ”Sykepleiere har fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse. Behovet for sykepleie er universelt. Sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene, herunder retten til liv, til verdighet og til å bli behandlet med respekt. Sykepleie ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status. Sykepleiere yter helsetjenester til enkeltmennesker, familier og til samfunnet, og koordinerer tjenestene med andre relevante yrkesgrupper.” (Copyright”1999 ved ICN – International Council of Nurses, 3, place Jean Marteau, CH – 1201 Geneva (Switzerland)). (5, s 13)

De norske yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er revidert på bakgrunn av ICN´s nye etiske regler, og ble godkjent i oktober 2001. De reviderte retningslinjene er tilpasset de nye helselovene, og konkretiserer hva som er etisk forsvarlig innen en rekke områder. De er også tilpasset nye etiske problemstillinger og dilemmaer som følge av den medisinske og teknologiske utviklingen i samfunnet. (5)

De yrkesetiske retningslinjer er inndelt i åtte punkter for at de skal være så presise som mulig. Disse åtte punktene er:

- Sykepleiens grunnlag
- Sykepleieren og pasienten
- Sykepleieren og pårørende
- Sykepleieren og sykepleiepraksis
- Sykepleieren og profesjonen
- Sykepleieren og medarbeidere
- Sykepleieren og arbeidsstedet
- Sykepleieren og samfunnet

”Det yrkesetiske ansvaret har grenseoppganger mot det faglige og juridiske ansvaret”. (5.s.4). Retningslinjene er her ment å skulle angi retningen når man skal fatte en beslutning, de vil ikke kunne gi den konkrete løsningen på etiske dilemmaer.

Det er også ønskelig at de etiske retningslinjene skal bidra til å høyne sykepleieres yrkesetikk og evne til etisk refleksjon i et samfunn med stadig større kompleksitet, og hvor man kan oppleve at etiske hensyn ofte nedprioriteres.

De fleste pasientene med nyresvikt er i kontakt med helsevesenet over svært lang tid, livsløpspasienten gjerne gjennom det meste av sitt liv. Det er ikke til å unngå at det vil oppstå situasjoner med ulike etiske dilemmaer. For eksempel kan det være usikkerhet omkring start eller avslutning av behandling. Optimal behandling vil være forskjellig for den enkelte pasient.



## 2.0 Organisering av sykepleietjenesten i nyremedisinsk virksomhet

Helsevesenet står i dag ovenfor en utfordring når det gjelder å finne frem til bedre måter å organisere virksomhetene på slik at pasienten i større grad settes først. Omorganisering og organisasjonsendring er ikke noe som gjennomføres en gang i blant, men vil være en kontinuerlig prosess ut fra stadig endrede behov.

Utgangspunktet for all behandling og kjernen i all sykepleie, er pasientens behov. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Helsepersonell må først og fremst anerkjennes for og ansføres til innsats for pasientens ve og vel. Medarbeiderne i helsetjenesten må stadig utvikle nye muligheter for å fremme helse, hjelpe pasientene og bedre rutinene.

Pasienter som rammes av nyresvikt, livsløpsspasienter, vil på en eller annen måte være i kontakt med helsevesenet resten av sitt liv.

Retningslinjene som framkommer i ”Pasienten først” angår helheten i helsetjenesten. Sykehusene, som står i fokus i denne utredningen, er bare en del av denne helheten. Hvordan sykehuset er organisert i forhold til pasientens behov er av stor betydning, ikke minst bør helsetjenesten fremstå som en helhet for pasienten. Retningslinjene lyder som følgende:

### Tilgjengelighet

*”Helsetjenester skal være likeverdige og lette å komme til, tilbudet oversiktlig og kostnadene overkommelige.”*

### Lydhørhet

*”Helsepersonell skal møte pasienten med respekt og ta den sykes symptomer av sine lidelser på alvor. Helsepersonell er spesialister på sine fag – pasienter er spesialister på sine liv.”*

### Faglighet

*”Undersøkelser og behandling skal bygges på kunnskap som er à jour.”*

### Forsvarlighet

*”Behandling skal være medisinsk begrunnet, gis raskt, være virksom, lindre smerte og dempe bivirkninger. Medikalisering skal begrenses og pasientene hjelpes til å forstå og mestre sin lidelse ved forebygging, behandling og rehabilitering.”*

### Ansvarlighet

*”Pasienten bør ha en ansvarlig person å forholde seg til og slippe stadig å gjenta sin historie. Ved behov skal pasienten henvises videre, og det skal være et organisert samarbeid mellom leddene i behandlingen. Informasjon skal være fyllestgjørende og formidlingen av den systematisert. Pasienten har rett til innsyn og medbestemmelse.”*

### Punktlighet

*”En avtale er en tosidig kontrakt, som forplikter helsepersonellet til å holde tider like mye som pasienten. Avvik skal tidlig meddeles og begrunnes. Saksgangen skal ikke forsinke eller forspille behandlingsmuligheter.”*

### Åpenhet

*"Pasient og pårørende skal få relevante opplysninger – om hva situasjonen er, hva som bør gjøres, når og hvorfor – så tidlig som mulig og i forståelig form. Pasienten skal lett få vite hvor saken står."*

### Helhet

*"En pasient er mer enn et kasus. Pasienten kan ha et symptom, men er en hel person – et medmenneske som skal behandles med takt og diskresjon slik at deres verdighet ivaretas, angst møtes og integritet respekteres."*

### Vennlighet

*"Pasienter skal møtes med følsomhet og innlevelse og pårørende gjerne trekkes med i behandling og pleie. Innsikt om sykdom og utsikter skal gis slik at den gir mestring og trygghet. Pasientene og pårørende skal gis oppmuntring og mot på livet, og omsorg og nærhet når alvorlige diagnoser må meddeles."*

### Gjensidighet

*"Personalet skal opptre med aktelse overfor hverandre, slik at det fremmer godt arbeidsmiljø, arbeidsglede og derved tillit hos pasientene."* (6, s.9)

## 2.1 Ledelse i sykehus

I lov om spesialisthelsetjenesten § 3-9 står dette om ledelse i sykehus:

- Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.
- Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinsk faglige rådgivere. (4, s.30)

### Merknader

Organisering av ledelsesansvar på sykehus reguleres av bestemmelsen, og fastsetter prinsippet om en ansvarlig leder på alle nivåer. Sykehusene står i utgangspunktet fritt når det gjelder utforming av ledelsesstruktur. Organisasjons- og ledelsesstruktur er en del av eierens og virksomhetsledelsens styringsrett. Det er en forutsetning at styringsretten benyttes innenfor lovpålagte rammer, hvor kravet til forsvarlighet i § 2-3 er sentralt.

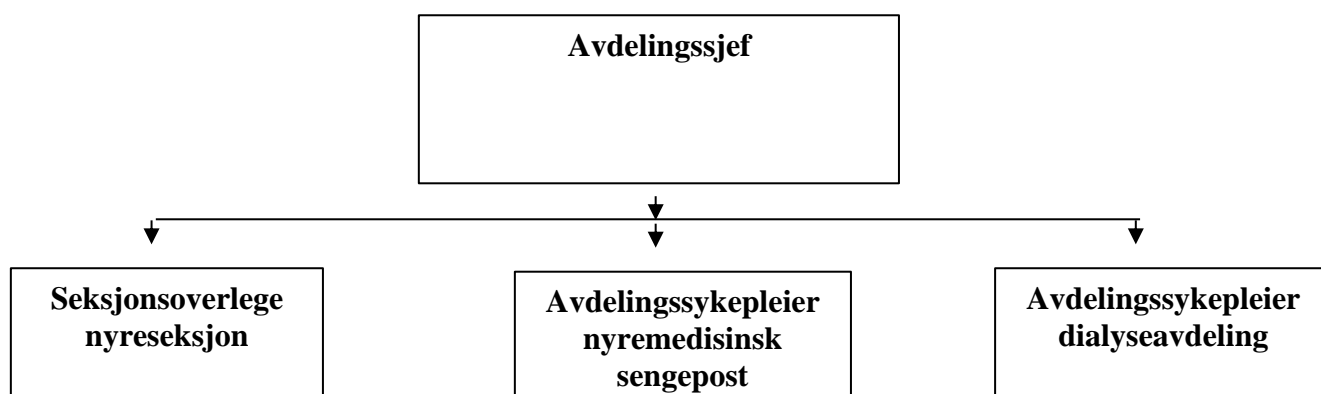
Kravet gjelder alle sykehus.

Lederen vil ha det fulle og helhetlige ansvaret for virksomheten i den enheten de er satt til å lede. Lederen kan overlate oppgaver og myndighet til å ta beslutninger til andre, men kan ikke overlate ansvaret til andre.

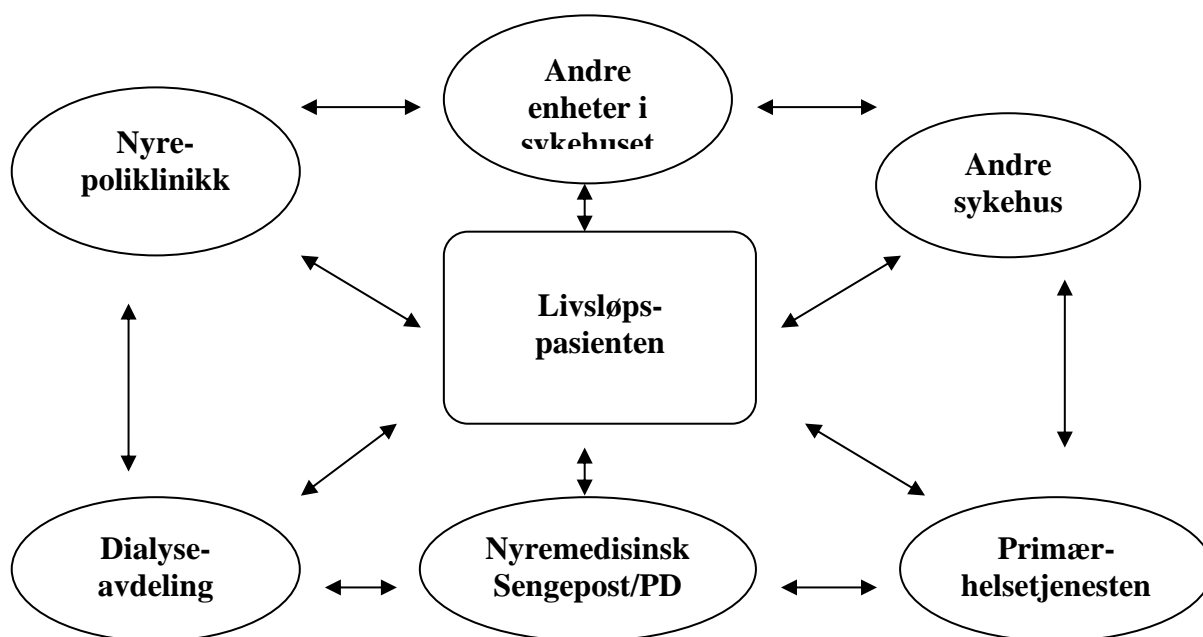
Det er viktig at organiseringen av nyremedisinsk virksomhet gir et helhetlig og individualisert behandlingstilbud til nyrepasienten basert på høy kompetanse.

Den nefrologiske spesialiteten er ofte en liten del av den totale virksomheten i et sykehus, både på sengepost og poliklinikk. Det er derfor viktig å samle den sykepleiefaglige kompetansen. Det er også viktig å finne en organisasjonsmodell som gjør det mulig å sikre kontinuitet for livsløpspasienten uansett hvor i behandlingsskjeden han befinner seg.

## Forslag til en mulig organisering av nyremedisinsk avdeling



En forutsetning for at denne modellen skal være hensiktsmessig, er et godt samarbeid mellom lederne.



Nyrepoliklinikk organiseres med ansvarlig sykepleier, underlagt avdelingssykepleier på sengepost eller dialyseavdeling. For pasienten kan det være best at PD er knyttet til sengeposten, fordi døgkontinuerlig drift vil kunne være trygghetsskapende. PD sykepleierne kan ha opplæringsansvar på posten, samt at de da møter og kan ta hånd om pasienten ved innleggelse i sykehuset.

Alternativt kan PD og poliklinikk ha egne avdelingssykepleiere hvis enhetene er store nok.

Satellittstasjoner bør organiseres slik at de er faglig og administrativt underlagt dialyseavdelingen på det ansvarlige sykehus. Avdelingssykepleier har personalansvar og sykepleiefaglig ansvar, og følger opp satellitten på samme måte som moderavdelingen.

Ansvarlig lege følger opp pasientene på satellittstasjonen, og underviser personalet ved behov.

Antall pasienter med kronisk nyresvikt er sterkt økende, og det er kontinuerlig behov for å øke kapasiteten i dialyseavdelingene. Man bør tilstrebe å etablere flere satellittstasjoner og hjemmemodialyse (HHD) som et tilbud til pasienten. Ut fra ønsket om pasienters mulighet til å ivareta egenomsorg og kontroll over sin egen livssituasjon, samt å ta hensyn til samfunnsøkonomi, bør HHD etableres.

## **2.2 Pasientansvarlig lege (PAL)**

I lov om spesialisthelsetjenesten § 3-7 står det om pasientansvarlig lege m.m.

- Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om pasientansvarlig lege og tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell. (4, s.29)

Med pasientansvarlig lege menes en person som skal gi pasienten kontinuitet, fungere som pasientens kontaktlege og ha et koordineringsansvar for pasienten. Formålet med ordningen er å styrke pasientens situasjon under oppholdet og å bidra til bedre kommunikasjon mellom institusjon, pasient og pårørende, og mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

Forskrift om pasientansvarlig lege m.m.

### **§ 2 Virkeområde**

Forskriften gjelder ved innleggelse i somatiske institusjoner og institusjoner i det psykiske helsevernet, ved polikliniske tjenester før og etter innleggelse, og ved gjentakende poliklinisk undersøkelse og behandling.

### **§ 3 Utpeking av pasientansvarlig lege (PAL)**

Dersom det ikke er klart unødvendig, skal den medisinskfaglig ansvarlige i avdelingen utpeke en pasientansvarlig lege så fort som mulig etter innleggelse eller poliklinisk forundersøkelse. Pasienten skal straks få vite hvem som er han/hennes pasientansvarlige lege, og orienteres om hvilke oppgaver denne legen har. Dette bør være en skriftlig informasjon med navn på hvem som er utpekt som PAL. (4)

### **§ 4 Ansvarsinnhold**

Pasientansvarlig lege skal ha en samordningsfunksjon for behandling av pasienten. Han skal også være det faste medisinskfaglige kontaktpunkt for pasienten under oppholdet. PAL skal helst være den samme under hele oppholdet, med mindre hensynet til pasienten og en faglig forsvarlig oppfølging av han taler for at en annen skal bli utpekt som PAL.

I tillegg til å bedre kommunikasjonen mellom institusjon og pasient og pårørende, ønsker en dessuten med PAL å styrke kommunikasjon og koordinering mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. PAL bør være et kontaktpunkt og en samarbeidspartner for pasientens primærlege i kommunen.

## **2.3 Pasientansvarlig sykepleier (PAS)**

Pasientansvarlig sykepleier er ennå ikke lovpålagt, men kan som loven om PAL sier, i forskrift bestemmes for andre grupper helsepersonell.

Det er ved flere sykehus etablerte ordninger som på mange måter fungerer slik at pasientene har en kontaktsykepleier å forholde seg til. I ”Pasienten først!” kan vi lese at utvalget mener at det for alle sengeavdelinger og poster må tilstrebes en ordning som innebærer at pasientene i stor grad kan ha ett fast kontaktpunkt for sykepleietjeneste. (6)

En ordning med pasientansvarlig sykepleier vil kunne medføre endringer i vakt- og turnusplaner. Det er den faglige lederen av sykepleietjenesten som bør ha ansvaret for den konkrete utformingen av ordningen.

Formålet med ”pasientansvarlig sykepleier” er å sikre pasienten en forsvarlig og helhetlig sykepleie og å sikre kontinuitet i behandlingen.

Pasientene har krav på trygghet når de møter helsevesenet og dette kan oppnås bl.a. ved å innføre ordningen pasientansvarlig sykepleier.

Pasientansvarlig sykepleier har flere ansvarsområder og kan skisseres på denne måten:

#### **Pasientansvarlig sykepleier har ansvar for helhetlig pleie av pasientene**

- Har det sykepleiefaglige ansvaret for pasienten.
- Gjennomfører datasamling ved innkomst og skal ut i fra denne utarbeide en pleieplan.
- Skal ha jevnlig kontakt med pasient og pårørende.
- Skal rapportere til aktuell samarbeidspartner på grunnlag av pleieplanen.

#### **Pasientansvarlig sykepleier har dokumentasjonsansvar**

- Skal sørge for at pleieplanen er oppdatert.
- Er ansvarlig for informasjon til primærhelsetjenesten og skal føre nødvendig dokumentasjon om pasientens behov ved overføring til annet sykehus, for eksempel Rikshospitalet, rehabilitering, sykehjem eller til hjemmesykepleien.
- Ved utskriving til hjemmet, skrive hjemreiserapport.
- Dokumentere all informasjon som er gitt.

#### **Pasientansvarlig sykepleier har ansvar for samarbeid**

- Har spesielt ansvar for å holde pasientansvarlig lege orientert om forhold som angår pasienten, og i samarbeid med denne sørge for at pasienten får riktig behandling under sykehusoppholdet.
- Skal i samarbeid med PAL, eller dennes stedfortreder, gå visitt til pasienten.
- Skal sammen med PAL planlegge samtaler med pasient og evt. pårørende.
- Skal i samarbeid med PAL sørge for at pasienten får nødvendig hjelp fra andre faggrupper, som for eksempel sosionom, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og annet som pasienten har behov for.
- Skal i god tid ta kontakt med primærhelsetjenesten og samarbeider om planer for pasientens videre behov.
- Skal forsikre seg om at pasienten blir fulgt opp av annen sykepleier ved kortere fravær.
- Skal ved lengre planlagt fravær forsikre seg om at avdelingssykepleier peker ut ny pasientansvarlig sykepleier. (7)

Det anbefales sterkt at det arbeides videre med å innføre pasientansvarlig sykepleier innenfor nyremedisinsk virksomhet. For synliggjøring og ansvarliggjøring, er det viktig å informere pasienten om hva det innebærer å ha PAS.

## 1. **Bemanning**

Sykepleierbemanningen innen nyremedisinsk virksomhet er noe forskjellig fra sted til sted, og det er vanskelig å skulle fastsette en bemanning for hele virksomheten. Anbefalingene er basert på tendenser i svarene fra spørreskjemaene og på kravet om den enkelte sykepleiers faglige forsvarlighet, jamfør kap. 1.0.

### Dialyseavdeling

Ved landets dialyseavdelinger er svarene ganske entydige når det gjelder spørsmål om bemanning. Det er 2 pasienter pr. sykepleier. Under pågående dialysebehandling anbefales en bemanning på en til tre pasienter pr. sykepleier, avhengig av pasientens tilstand og sykepleierens kompetanse. Det er en generell økning i antall dialysepasienter, og erfaringsmessig er mange av pasientene dårligere nå enn tidligere. Under dialysebehandlingen trenger de ofte mer overvåking og pleie underveis. Dette medfører at det i enkelte tilfeller vil være behov for en høyere bemanning enn det som er anbefalt her. Dette må vurderes opp mot kravet om faglig forsvarlighet.

### Sengepost

På sengepostene anbefales det 1 sykepleier per 4-5 pasienter. Denne bemanningen anbefales både på dagtid, kveldstid og i helger.

Anbefaling om bemanning er gjort på bakgrunn av at det også ved sengepostene er økt aktivitet, og pasientene som er inneliggende er ofte svært ressurskrevende. Bemanningen må vurderes opp mot hvilke pasienter som er inneliggende og hvor ressurskrevende disse er. Kravet om forsvarlighet er selvfølgelig også her viktig.

Innen PD anbefales maksimum 15 - 20 pasienter pr. 100% stilling.

Den enkelte sengepost / avdeling bør diskutere hvilke arbeidsoppgaver som sikrer driften uten å forbruke sykepleietid. Man kan vurdere å ansette annet personell til disse oppgavene, slik at sykepleieren kan bruke sin tid direkte pasientorientert.

Det anbefales en utvidet bruk av hospitering innen de enkelte områdene i fagfeltet.

Dette vil kunne øke kompetansen og det vil også kunne øke forståelsen for hverandres arbeidsområder.

### Nyrepoliklinikk

Bemanning på poliklinikker vil være avhengig av hvilke oppgaver man tar seg av på det enkelte sted.

Man bør som minimum sørge for å ha personalressurser til å drive nyreskole.

Hvordan legedekning og organisering av denne tjenesten er lagt opp har også stor betydning for hvordan sykepleiere får utnyttet tiden sin.

### Satellitter / mindre avdelinger

På mindre avdelinger / satellittstasjoner er det ofte ikke ansatt nefrolog . Det medfører at sykepleierne har en vanskeligere og mer krevende arbeidssituasjon en på en hovedavdeling . Bemanningen bør her være noe høyere. Det anbefales ett gjennomsnitt på 3 sykepleiere til 5 pasienter.

Enkelte sykehus har begynt å bruke telemedisin som et godt supplement til manglende nefrolog. Ut fra en undersøkelse som er gjort ved Universitetssykehuset Nord Norge (UNN), kan man ved å benytte telemedisin legge til rette for at pasienten kan få snakke med ”sin” doktor ”ansikt til ansikt ” ca. en gang pr. uke. På denne måten vil man kunne unngå innleggelse av pasienter i sykehus. Sykepleietjenesten kan få hurtige svar og veiledning i forhold til behandlingen, og vil kunne utnytte bemanningskapasiteten. (8)

### **3.0 Opplæring og kompetanseutvikling**

Lov om helsepersonell har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt bevare tillit til helsepersonell og helsetjenesten. For å kunne utføre de pliktene vi er satt til å gjøre, er det nødvendig med tilstrekkelig opplæring for å oppnå den nødvendige kompetansen

I lov om helsepersonell § 4 står det at ”helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.” (9,s16)

Opplæring og kompetanseutvikling er med andre ord svært viktig for at helsepersonell skal kunne utføre sine tjenester i henhold til lovverket. Det må da også forventes at det blir praktisert slik lovverket sier, og at det praktiseres så likt som mulig der det utføres helsetjenester.

I en kommentar til § 4 i lov om helsepersonell presiseres det at Statens helsetilsyn eller Helsepersonellnemnda kan gi administrative reaksjoner mot helsepersonell som utfører handlinger som ut fra en forsvarlighets- og risikovurdering krever kyndighet de ikke har. (9) Denne kommentaren understreker hvor alvorlig dette temaet er, og bør føre til at ledelse og ansatte organiserer seg slik at ikke personell ved nyremedisinsk virksomhetsområde blir satt til å utføre oppgaver de ikke har nødvendig kompetanse til.

I lov om helsepersonell § 16, som omhandler organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll står det:

”Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”. (9, s.24)

Det viktigste elementet i denne paragrafen er at helsepersonell, uavhengig av arbeidssted og organisasjonsform, først og fremst skal ta faglige hensyn ved ytelse av helsehjelp. Bestemmelsen angir således en begrensning for arbeidsgivers styringsrett, ved at virksomheten skal organiseres slik at helsepersonell gis frihet til å oppfylle lovpålagte plikter, og da i første rekke plikten til forsvarlig yrkesutøvelse.

I lov om spesialisthelsetjeneste § 2-7 står det:

”Eier av virksomhet som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.”(4, s.8) Som nevnt i kapittel 1.1, plikter den enkelte sykepleier også å holde seg faglig oppdatert.

I den gjennomførte spørreundersøkelsen ved landets nyremedisinske avdelinger, kom det frem at det er store forskjeller på hvordan opplæring og undervisning gjennomføres på de ulike sykehus og de enkelte avdelinger. Det er også store forskjeller på hvordan opplæringen blir dokumentert.

Det er viktig at all form for kompetanseheving og opplæring blir dokumentert.

I "Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr", er man pålagt systematisk opplæring og dokumentasjon av opplæringen, før man kan bruke det aktuelle utstyr.(18)

Det er viktig at ledere av sykepleietjenesten argumenterer for dekning av utgifter til kompetanseheving i budsjettforhandlinger. Ledere har videre ansvar for å stimulere, motivere og legge til rette for videreutdanning, undervisning, opplæring med mer.

### **3.1 Videreutdanning / etterutdanning**

Høsten 2004 ble det startet opp en videreutdanning innen nyresykepleie. Det er et deltidsstudium over 2 år som gir 60 studiepoeng. Dette er en anerkjennelse av at faget har utviklet seg og blitt mer komplisert, og at det derfor ses som nødvendig med en videreutdanning innen fagfeltet. Etablering av denne videreutdanningen signaliserer at det er av stor betydning at fagutviklingen blir tatt på alvor, og at det ikke må være overlatt til tilfeldigheter hvordan opplæringen og kompetanseutviklingen ved nyremedisinske enheter gjennomføres.

Hensikten med etablering av denne videreutdanningen, er å dekke landets behov for høyt kvalifiserte nyresykepleiere. Utdanningen vil være et viktig bidrag for å sikre pasientene som er rammet av nyresykdom den beste sykepleie og bistå deres pårørende, i eller utenfor institusjon.

Antall pasienter med nyresykdom øker, og det skjer en rask utvikling innen medisinsk teknologi og behandlingsmetoder innen det nyremedisinske området. Flere eldre behandles, tilstandene er mer komplekse og de har ofte andre sykdommer i tillegg. Utviklingen har medført at stadig flere får tilbud om behandling for kronisk nyresvikt.

Sykepleierne møter daglig pasienter og pårørende som har et stort informasjonsbehov og som i høy grad ønsker medinnflytelse i forhold til sykepleie og behandling. Pasientene stiller krav til at sykepleie og behandling skal være på et internasjonalt nivå, faglig og kvalitetsmessig. Det skjer samtidig med økte krav om effektivitet, kreativitet, fleksibilitet og kostnadsbevissthet.

Sykepleie til pasienter med nyresykdom i et høyteknologisk behandlingsmiljø er komplisert og utfordrende, og det stilles spesielle krav til den enkeltes sykepleiers kunnskaper, holdninger og ferdigheter. Sykepleiere som arbeider med pasienter med kronisk nyresvikt vil i fremtiden få flere funksjoner utenfor sykehusene, for eksempel i hjemmebehandling av pasientene. Dette vil stille enda høyere krav til den enkelte sykepleiers kvalifikasjoner. Det ligger derfor en stor utfordring i å utdanne kvalifiserte sykepleiere i tråd med pasientbehovene og å bidra til at nødvendig kompetanse er tilgjengelig der pasientene behandles.(10)

Det er viktig å være bevisst på hvordan man benytter den nye kompetansen.

Mange sykehus satser på å legge til rette for kliniske stiger som kan føre sykepleiere frem til kliniske spesialister. Sykepleiere kan med denne etterutdanningen utvikle sin kompetanse ved fordypning innen et område i det kliniske feltet. Det er viktig å arbeide for å etablere etterutdanningen, for å videreutvikle det sykepleiefaglige tilbud til pasientene, og for å sikre rekruttering og stabilitet i pleiegruppen. Man må også arbeide for å heve lønnsnivået for kliniske spesialister.

### **3.2 Opplæring av nyansatte**



Det skal være en strukturert og dokumentert opplæring av nyansatte ved de respektive avdelinger som driver nyremedisinsk virksomhet. Det innebærer at hver avdeling skal ha en skriftlig opplæringsplan og en type evalueringsskjema.

Opplæringen bør innebære en periode på minimum 4 uker hvor den som skal læres opp går utenom den faste bemanningen. Det er viktig for å få den nødvendige oversikt og ro til å sette seg inn i de grunnleggende prosedyrer og problemstillinger på avdelingen.

Det forventes at avdelingen har skriftlige prosedyrer, samt litteratur om temaet nyresvikt, slik at den nyansatte så raskt som mulig kan sette seg inn i problemstillingene.

Opplæringsperiodens varighet avhenger av den enkeltes kompetanse, og av hvilken type avdeling opplæringen foregår i. Sykepleierens stillingsandel vil være av betydning for hvor lenge vedkommende skal gå utenom den faste bemanningen. Ut fra opplysninger hentet i spørreskjemaet og erfaringer fra praksis, kan det anbefales en veiledende standard.

**Sengepost:** 4 uker utenom den faste bemanningen, 3 måneder totalt.

**Transplantasjonsenhet:** 4 uker utenom den faste bemanningen, 6 måneder totalt.

**Poliklinikk:** 4 uker utenom den faste bemanningen, 3 måneder totalt.

**PD:** 4 uker utenom den faste bemanningen, 3 måneder totalt.

**HD:** 4 uker utenom den faste bemanningen, 6 måneder totalt.

Underveis i opplæringsperioden er det viktig å dokumentere hva som er gjennomgått og om dette er forstått.

Etter at den første perioden i opplæringen er gjennomført, blir den nyansatte en del av den faste bemanningen.

I denne perioden skal den nyansatte ta mer ansvar, og den bør gjennomføres på en slik måte at han/hun får en følelse av å mestre jobben.

Det er noen avdelinger og satellittstasjoner som ikke har nefrolog tilgjengelig til enhver tid. Derfor er det av stor betydning at kompetansen til de som jobber der er av høy kvalitet. Nyresviktspasientene har ofte komplekst sammensatte problemer, noe som også gjør at det er viktig at sykepleieren har god kompetanse innen nyremedisinske og sykepleiefaglige problemstillinger.

Det fordrer at opplæringen er strukturert og av god kvalitet.

Innholdet i opplæringen vil naturligvis være forskjellig fra sted til sted avhengig av avdelingenes størrelse og type utfordringer. Det viktigste er imidlertid at opplæringen finnes på alle enheter innen faget, og at den er tilpasset den virkeligheten den respektive enhet befinner seg i.

### **3.3 Internundervisning og kompetanseheving**

Internundervisning er et billig og godt redskap som bidrar til å opprettholde og videreutvikle kompetanse blant avdelingens personale, og bør gjennomføres på alle avdelinger. Formen kan være forskjellig for den enkelte avdeling, enten med spredte timer eller hele dager.

Spørreundersøkelsen viser at det er store forskjeller fra avdeling til avdeling når det gjelder bruk av internundervisning. Det varierer fra ikke noe undervisning til ukentlig undervisning.

Eksempelvis kan personalet bytte på å holde små foredrag, det er svært lærerikt for alle. Det kan også være å ta opp et bestemt tema som diskuteres i fellesskap. Det bør settes opp en plan for hva det skal undervises om, slik at personalet kan forberede seg. Ellers er undervisning med nefrologer og andre samarbeidspartnere viktig å få til.

Det bør tilstrebes at internundervisningen gjennomføres i arbeidstiden. For å sikre seg at dette blir gjennomført kan man få det inn i turnus ved å legge inn en undervisningsdag for eksempel hver 6. uke

I følge en rapport utarbeidet av Sintef fra 2001: ”Stykkevis og helt - sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus”, fremgår det at mens legers egen fagutvikling er beregnet til 20% av arbeidstiden, er den hos sykepleierne 6%. (11) Det er derfor av betydning at dette tydeliggjøres slik at forholdene blir lagt til rette for at også sykepleierne får opparbeidet seg den nødvendige kompetansen.

## **1. Hospitering**

Fordelen med hospitering er å komme i kontakt med et miljø hvor det er etablert god kompetanse på området. Hensikten er å bli faglig oppdatert og videreutvikle egen kunnskap. Også når det gjelder bruk av hospitering viser spørreundersøkelsen at det er ulik praksis rundt om i landet. Det varierer fra ikke noe hospitering til faste prosedyrer for gjennomføring av dette. For å utnytte tiden under hospitering best mulig, er det en fordel å planlegge den godt. Man bør søke skriftlig, med beskrivelse av hensikt, tid, tema etc.

På denne måten er avdelingen som skal ta imot hospitanten, samt hospitanten selv, best mulig forberedt. Man utnytter da tiden best mulig under oppholdet. Det er viktig at det blir laget en skriftlig rapport etter hospiteringen, for å dokumentere bruk av ressurser og den økte kompetansen.

Lager man en god plan for hvordan hospiteringen skal gjennomføres, blir den enklere å få til. Man bør arbeide for å gjennomføre hospitering, selv om økonomien kan være begrensende. Det er en god investering for både sykehus, personale, og aller viktigst, pasientene. Varigheten av en hospitering kan variere alt etter hva som skal gjennomgås.

## **3.5 Kurs og kongresser**

Det finnes ulike tilbud for å videreutvikle egen kompetanse for sykepleiere i nyremedisinsk virksomhet.

- Lokale og regionale kurs som for eksempel samarbeidsmøter og lignende
- Norske møter / kurs arrangert av NSFFNS
- Nordiske kongresser som Nordiatrans
- Europeiske kongresser som EDTNA
- Europeisk PD konferanse

Alle har ikke de samme muligheter til å delta på de ulike kursene. Spørreskjemaet viser også at det er store forskjeller.

Av ulike årsaker er det gjerne de største enhetene som har de beste forutsetningene og mulighetene til å få delta på kurs og kongresser. Dette skyldes i hovedsak at det er færre ansatte å avse i hverdagen på små enheter. Men det må ikke bli slik at organiseringen på disse enhetene er av en sånn karakter at personalet sjelden eller aldri får mulighet til å delta på fagutvikling gjennom kurs. Det bidrar ikke til å opprettholde eller videreutvikle kompetansen, slik lovverket krever.

Avgjørende faktorer for om man kan delta, er som oftest spørsmål om økonomi, eller om arbeidsgiver sørger for å organisere enheten slik at noen har mulighet til å dra på kurs av og til. Ut fra de krav som stilles til fagkompetanse, bør ledere arbeide for å legge forholdene til rette for kursdeltakelse.

### **3.6 Telemedisin.**

I en tid da de økonomiske rammene i helsevesenet er under stadig press, kan telemedisin være et godt verktøy å bruke i kompetanseutvikling.

Videokonferanser er tatt i bruk i diverse sammenhenger, men konseptet kan videreutvikles og brukes i langt større skala innen vårt felt enn hva tilfellet er i dag.

På denne måten får personalet faglig påfyll langt rimeligere enn hva tilfellet er med reiser, kursavgifter og overnattinger.

#### Videokonferanse.

Videokonferanse er toveis/flerveis lyd - og bildeforbindelse som kan benyttes til alle typer ”møter” der en har behov for visualisering i tillegg til lydoverføring. Deltakerne er geografisk atskilt, men kan likevel høre hverandre.

Videokonferanse kan brukes mellom to eller flere studio.

I dag benyttes videokonferanseoverføringer til bl.a. pasientkonsultasjoner, undervisning, veiledning og møtevirksomhet.

Denne formen for kunnskapsformidling kan være et supplement til tidligere nevnte alternativer for kompetanseheving.

Mer informasjon om dette finner du på: [www.telemed.no](http://www.telemed.no)

## 4. Pasientrettigheter

Lov om pasientrettigheter ”skal ivareta pasientene i møtet med helsevesenet, med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd.” ”Befolkningen skal sikres helsehjelp uavhengig av alder, kjønn og bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status.” (12, s5)

Dette stiller krav til organisering av helsetjenestene, og til kompetanseheving slik at pasientene skal sikres et likeverdig tilbud. Pasientene har bl.a. rett til å velge sykehus, rett til medvirkning og informasjon, rett til IP (individuell plan), alt innenfor de rammer man har å forholde seg til. Den enkelte sykepleier og leder er ansvarlig for å tilstrebe like god kompetanse og like gode organisatoriske forhold uavhengig av hvor i landet tjenesten tilbys.

For at pasientene skal kunne velge hvilken behandling de ønsker, er det en forutsetning at de får tilbud om undervisning og informasjon. Sykepleieren har plikt til å gi informasjon. (9) Dersom pasienten av ulike årsaker ikke forstår sin egen helsesituasjon, skal pårørende være tilstede når informasjon gis. Alle pasienter med kronisk nyresvikt bør ha tilbud om å delta på nyreskole i en eller annen form.

### 4.1 Nyreskole

Nyreskole finnes i flere varianter ved medisinske nyreseksjoner rundt om i landet. Det anbefales å benytte lærings- og mestringssentra til dette arbeidet, så sant man har mulighet til det. De har brukererfaringer i fokus, og bruker pasientforeningene aktivt.

De fleste nyreskoler har lagt opp med undervisningsdager hvor innholdet stort sett følger samme mal:

- anatomi og fysiologi
- medikamenter
- dialyseformer
- transplantasjon
- kost ved nyresvikt
- pasientrettigheter

Tilbudet om nyreskole sikrer lik informasjon til pasientgruppen, men vil ikke sikre at alle pasientene har fått den samme forståelsen av stoffet som blir lagt frem.

Det er derfor hensiktsmessig å planlegge oppfølgingssamtale med pasientene. Slik kan man sikre seg at pasienten har forstått den informasjon som er gitt. Pasienten er dermed bedre rustet til å kunne ta en avgjørelse om videre behandling.

I det siste har det reist seg en del spørsmål om de tradisjonelle nyreskolene er en hensiktsmessig måte å informere pasientene på. Enkelte har erfart at det er mer hensiktsmessig og dele opp i små diskusjonsgrupper hvor man prøver å knytte emnene opp mot det pasientene er spesielt interessert i. Informasjon til pasientene er viktig uansett hvilken form den blir gitt i.

De tradisjonelle nyreskolene vil sannsynligvis utelukke pasienter som er blitt akutt syke eller som av ulike årsaker ikke forstår sin egen helsesituasjon.

Disse pasientene har krav på informasjon som er tilrettelagt etter deres tilstand.

Målet med nyreskolen er at pasientene skal lære mer om sykdommen sin, slik at de lettere kan mestre det å leve med en kronisk sykdom og bli så selvstendige som mulig.

## **4.2 Individuell plan**

Krav til individuell plan er nedfelt i lov om spesialisthelsetjenesten § 2.6 og i lov om pasientrettigheter § 2-5. Lovverket sier noe om at personer som har behov for tjenester over lengre tid og med koordinert tjenestetilbud fra flere etater kan ha behov for individuell plan. Planen skal være med på å klargjøre ansvarsforhold ved behandlingen av pasienten. Hva slags behandling pasienten kan forventes å få og til hvilken tid skal fremkomme i planen. Det skal legges til rette for at pasienten skal delta i arbeidet med sin plan. Individuell plan skal ikke utarbeides uten pasientens samtykke. (4,12)

Individuell plan vil være en fordel for livsløpsspasienten fordi denne planen kan følge pasienten gjennom hele sykdomsforløpet og sikre kontinuitet i behandlingen. Den vil også kunne følge pasienten ved overflyttinger til andre sykehus. (13)

Et eksempel er at denne planen vil kunne lette kommunikasjonen mellom utredningssykehus og Rikshospitalet ved en evt. transplantasjon.

Individuell plan vil være et nyttig verktøy for pasient og behandler ved dialysestart. Dette forutsetter at planen er iverksatt på poliklinikken før pasienten kommer til dialyseavdelingen. Individuell plan er også med på å ansvarliggjøre pasientene i forhold til sin sykdom og sin livssituasjon.

Individuell plan krever en koordinator, for eksempel pasientansvarlig sykepleier.

Pasientansvarlig sykepleier har i samarbeid med pasienten ansvar for å "sy" sammen pasientens behov og krav på tjenestetilbud.

Det er viktig at pasientansvarlig sykepleier samarbeider med andre tjenesteinstanser for å samle alle tjenestetilbudene i en plan.

Det er pålagt gjennom lovteksten at man skal evaluere planen med jevne mellomrom. Dette arbeidet skal også skje i samarbeid med pasienten.

Man bør tilstrebe og utarbeide individuell plan til alle pasienter med kronisk nyresvikt.

Lovverket om individuell plan og medvirkning gjelder også for barn. Med barn menes personer under 18 år.

Barn skal ha foreldre, fosterforeldre eller andre som opptrer i foreldres sted med seg ved tilrettelagt informasjon og utarbeidelse av individuell plan. (14)

### **1. Barn med nyresvikt**

Barn med nyresvikt er relativt sjelden, men man ser i dag at dette også er en økende gruppe. Det har vært de store sentrene som har behandlet pasientene, og det er derfor de som sitter inne med erfaringer og kunnskaper innen dette feltet. Barn er avhengig av foreldre/foresatte både fysisk, følelsesmessig og når det gjelder det lovmessige og kan derfor ikke behandles isolert sett fra sin familie. Barn som pasienter vil ha de samme rettigheter som voksne pasienter innen spesialisthelsetjenesten.

Ved kjent nyresvikt hos barn, forsøker man i Norge å transplantere før barnet blir dialysetrengende. Må barnet i dialyse, er det ofte PD som er førstevalget. Det gjør også at barnet kan behandles i hjemmet, og vil bidra til et så "normalt" liv som mulig.

Barn som må gå i hemodialyse, bør ligge på barneavdelingen og tas hånd om av personalet der til de kan reise mellom hjem og dialyseenheten. I disse tilfellene er det viktig med gjensidig opplæring og godt samarbeid mellom barneavdeling og dialyseenheten. Personalet på barneavdelingen skal ha god opplæring i hva dialyse er, og hva de skal ta hensyn til. Hemodialysekateter brukes ofte til å ta blodprøver fra, og sykepleiere på barneavdelingen bør kunne håndtere det. Dialysesykepleierne må få undervisning om spesielle forhold rundt barn i sykehus. For barnets trygghet er det viktig at prosedyrer er så like som mulig, og at ordningen med PAL og PAS fungerer godt. Hjemmemodialyse vil også kunne være et godt alternativ for barnet.

#### 4.4 Flerkulturelle med nyresvikt

I helsevesenet møter vi mange personer fra andre kulturer.

De største utfordringene i møte med disse pasientene er ofte kommunikasjon, språk og forståelse av deres kulturelle bakgrunn.

LNT har gjennomført en undersøkelse blant flerkulturelle og utgitt en ” Prosjektrapport: Flerkulturelle med Nyresvikt ” (15).

Undersøkelsen viser at kommunikasjon er det største problemet helsepersonell står overfor når det gjelder pasienter med flerkulturell bakgrunn.

Rapporten konkluderer med at man skal bruke tolk i større utstrekning enn man gjør i dag, da språket er den største barrieren for å sikre informasjonen til disse pasientene.

Rapporten fremholder også et stort behov for å få oversatt skriftlig informasjon til flere språk.

Det er ekstra viktig at en sjekker om pasienten har forstått budskapet/informasjonen som er gitt. Det er viktig å benytte tolk der man er usikker på om pasienten har forstått det som er sagt. I merknader til lov om pasientrettigheter § 3-5, står det at man fraråder å bruke pasientens pårørende som tolk, da dette krever spesiell opplæring. En del situasjoner kan dessuten være av en slik art at familie og særlig mindreårige bør holdes utenfor. (12)

Rapporten fra LNT kan med fordel benyttes for å få tips om hvordan man kan prøve å oppfylle lovverkets krav om tilrettelagt og forstått informasjon til pasienter med flerkulturell bakgrunn.

Helsepersonell trenger en generelt bedre kompetanse når det gjelder fremmede kulturer.

I de senere år har sykepleierhøgskolene begynt å undervise om andre kulturer. Den nye generasjonen med sykepleiere vil derfor ha en høyere kompetanse i forhold til denne gruppen pasienter.

#### 4.5 Gjestedialyse / feriedialyse

Pasienter som går i dialyse, har behov for ferie slik som alle andre. Personalet skal hjelpe pasientene med å legge forholdene til rette for dette. Pasienter i peritonealdialyse må få hjelp til planlegging og bestilling av varer osv. Kanskje må det tilrettelegges med kontaktpersoner hvis de skulle få problemer underveis.

Pasienter i hemodialyse **bør ha mulighet** til å få gjestedialyse ved andre avdelinger, både i og utenfor Norge. Pasienter utenfor Norden må ha med seg europeisk helsetrygdkort når de kommer til behandling i Norge.

I rundskriv fra Statens Helsetilsyn er det presisert at dialysepasienter fra EØS-land har krav på å få dialysebehandling under opphold i et annet EØS-land. Dialyse er definert som

øyeblikkelig hjelp, og kapasitetsproblemer ved en avdeling er ikke god nok grunn til avslag.

Alle dialyseavdelingene i Norge **bør være positive** og legge til rette for gjestodialyser.

Utvexling og bytting av pasienter kan være en måte å få det til på.

Ledere og andre ansvarlige må arbeide aktivt for å etablere plasser nok til også å kunne ta i mot gjester.

Det forventes ikke at alle satellitter kan ta imot pasienter på samme måte, siden de har flere begrensninger i forhold til antall plasser, drift og personale.

Det bør arbeides for å lage en nasjonal oversikt over dialyseavdelinger som har ledig kapasitet. For eksempel kan det være en nettside eller link til LNT.

## 5.0 Dokumentasjon

Helsepersonells plikt til å dokumentere ligger nedfelt i alle tre lovene.

(Lov om helsepersonell § 40, § 42, § 43, og § 45. Lov om spesialisthelsetjeneste § 3. Lov om pasientrettigheter § 5.)

Ut fra lovene må man forholde seg til retningslinjer for dokumentasjon. I praksis brukes flere ulike metoder for å dokumentere.

Dokumentasjonen skal være et målrettet arbeidsdokument med systematiske nedtegnelser over pasientens helseproblemer, vurderinger som legges til grunn for tiltak som iverksettes, valg av tiltak og resultat av disse. Den skal bidra til kontinuitet i sykepleien til pasienten og til koordinering av pasientrettede tiltak. (2, s.111)

Dokumentasjonen skal kun inneholde informasjon om pasienten som er nødvendig for å utføre god sykepleie. Nedtegnelsene skal være preget av respekt for pasient og pårørende, og ta hensyn til deres egenverd, integritet og rett til konfidensialitet.

Det anbefales at man har faglige diskusjoner om sykepleiedokumentasjon, slik at man har en felles forståelse av problemområdene i fagfeltet. Det skal foreligge skriftlige prosedyrer på den enkelte post eller avdeling. Det vil være spesielt viktig for nyansatte, for å sikre kvaliteten i dokumentasjonen.

De fleste har i dag en kombinasjon mellom dokumentasjon på data og papirbaserte løsninger. Utviklingen og utfordringen i fremtiden vil være å få all dokumentasjon databasert, og å få systemer som kan kommunisere med hverandre.

Utveksling av informasjon / dokumentasjon via data vil være med og sikre kvaliteten i samarbeidet mellom de ulike forvaltningsnivå, institusjoner og profesjoner i behandlingsskjeden. (16)

Dette vil være viktig nettopp for den kronisk syke pasienten / livsløpsspasienten.



## **6. Hygiene og smittevern**

Innen smittevern og hygiene må det tas spesielle hensyn i forhold til pasienter med nyresvikt. De er utsatt for ulike typer smitte p.g.a. redusert allmenntilstand, svekket immunforsvar, innopererte dialysetilganger og lignende. Den hyppige kontakten med helsevesenet gjør dem også ekstra utsatt.

Håndvask og hånddesinfeksjon er svært viktig. Personalet plikter å holde seg oppdatert i forhold til de til enhver tid gjeldende hygieniske prinsipper, og til å følge disse. Holdningen skal være at personalet ikke skal påføre pasientene smitte, og at pasienten ikke skal påføre seg selv smitte.

Smittevernloven og de enkelte sykehusenes prosedyrer innen hygiene og smittevern er gjeldene for hvordan smitte håndteres. Det kan ut fra disse gis noen anbefalinger.

Smittevernloven skal finnes på alle avdelinger, og den bør leses!

Innen hemodialyse arbeides det nasjonalt med å lage retningslinjer for til- og frakoblinger ved bruk av AV-fistel og dialysekatetre. Ved til- og frakobling med dialysekateter, bør både pasient og personale bruke munnbind.

Det anbefales at all tilkobling og frakobling gjøres ut fra aseptiske prinsipper.

### **6.1 Hepatitt B, hepatitt C og HIV.**

Pasienter i hemodialyse er i en risikogruppe både for selv å utvikle sykdom fra blodsmitte, og for eventuelt å kunne smitte andre i forbindelse med selve dialysebehandlingen.

Alle pasienter testes for hepatitt B, C og HIV før de starter i hemodialyse. Pasienter i hemodialyse bør testes regelmessig hver 6. måned. (17, s.99)

Pasienter som skal i gjestodialyse innen Norge og gjestepasienter fra utlandet bør være testet innenfor den siste måneden før gjestodialysen. Pasienter som er HBV-antigen positive bør i følge smittevernloven dialyseres i eget rom, dette er om mulig også ønskelig for pasienter med HCV og HIV. Pasienter med blodsmitte skal ha egen dialysemaskin som merkes tydelig med aktuell smitte. Flere pasienter med samme smitte kan bruke samme maskin. Når maskinen igjen skal brukes til andre pasienter, må den desinfiseres med kjemisk desinfeksjon i tillegg til varmedesinfeksjon og utvendig desinfeksjon, etter gjeldende prosedyrer.

Personalet som arbeider i hemodialyseavdelinger er også utsatt for risiko for blodsmitte.

Tiltak for personalet er også nødvendig for å unngå blodsmitte. Alle bør få tilbud om hepatitt - B vaksine. Alt blod skal håndteres som en potensiell smittekilde.

Det anbefales at man bruker beskyttelse i form av hansker, munnbind og briller, evt. visir ved på- og avkobling. Ved perforering av AV-fistel er det fare for blodsprut, og det anbefales sterkt å bruke briller eller visir.

Når pasienter er smittet bør personalet, utover vanlig anbefaling, bruke doble hansker og beskyttelsesfrakk ved på og avkobling. (17)

### **1. MRSA**

Pasienter som har vært behandlet i utlandet, skal undersøkes i forhold til MRSA etter sykehusets gjeldende prosedyrer.

Hos pasienter som skal i gjestodialyse, skal prøven være tatt i løpet av den siste uken før dialysebehandling i Norge. Prøvesvaret må fakses/sendes til den aktuelle avdeling, slik at man ser svaret før pasienten kommer. Kan negativ MRSA ikke dokumenteres, må pasienten isoleres etter gjeldende rutiner. Der dialyseavdelingen ikke har godkjent isolat, må pasienten dialyseres på infeksjonsavdeling med isolat.

Pasienter som har positiv MRSA skal ikke tilbys gjestodialyse i Norge.

## 7. Litteraturliste

1. Faghefte NSF: Det du bør vite om faglig forsvarlighet, 2003.
2. Ot.prp. nr 13. Om lov om helsepersonell, Det kongelige sosial og helsedepartement (1998-1999).
3. Faghefte NSF: Faglig forsvarlighet i sykepleietjenesten, 2001.
4. Lov om spesialisthelsetjenesten, Sosial- og helsedepartementet, rundskriv 1-59/2000.
5. Yrkesetiske retningslinjer, NSF - serien 2/01.
6. Pasienten først! NOU 1997:2.
7. Tidsskriftet sykepleien, nr 15, 2003.
8. ”Nett i nord - teledialyse”, Nasjonalt senter for telemedisin, 2002.
9. Lov om helsepersonell, Sosial- og helsedepartementet, rundskriv 1-20/2001.
10. Studieplan for videreutdanning i sykepleie til pasienter med nyresykdom, 2004.
11. Sintef: Stykkevis og helt - sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus, 2001.
12. Lov om pasientrettigheter, Sosial- og helsedepartementet, rundskriv 1-60/2000.
13. Kortutgave av veileder om Individuell plan, Sosial- og omsorgsdepartementet.
14. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner, Sosial- og omsorgsdepartementet, 2001.
15. LNT prosjektrapport, flerkulturelle med nyresvikt 2005.
16. Samspill 2007.
17. Smittevernloven, veileder IK-2552.
18. Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr, produkt og elektrisitetstilsynet, 1999.