

## NKH - Handlingsplan 2011

### Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

#### (LANGTIDS MEKANISK VENTILASJONSSTØTTE)

1	Bakgrunn .....	2
1.1	Dokumentets formål .....	2
1.2	Kompetansesenterets overordnede oppgaver .....	2
1.3	Nettverksmodellen 2002-2010 .....	2
1.4	Referansegruppen.....	2
1.5	Status – Registerdata .....	2
1.6	Utfordringene .....	3
1.6.1	Pasienttilvekst .....	3
1.6.2	Ulikheter.....	3
1.6.3	Ressurskrevende/ Kompleks behandling.....	3
1.6.4	Sentralisering/ Desentralisering .....	4
1.6.5	Lovgivning.....	4
1.6.6	Økonomi / Forvaltning .....	4
1.6.7	Registerdata .....	5
1.6.8	Etikk.....	5
2	Ny modell for kompetansesenterets virksomhet .....	5
2.1	Begrunnelse for revisjon av kompetansesenterets modell.....	5
2.2	Stabsfunksjon.....	5
2.3	Nettverksbygging – ”tilgjengelighet og trygghet” .....	6
2.4	Forskning.....	6
2.5	Ny nettverksmodell.....	6
2.5.1	Ressursgrupper.....	7
2.5.2	Regional koordinator.....	8
2.5.3	Prosjektmedarbeidere.....	8
2.5.4	Ressurspersoner.....	8
2.5.5	1.linjetjenesten.....	9
2.6	Kompetansespredning .....	9
3	Implementering og evaluering .....	9
3.1	Forankring.....	9
3.2	Tidsplan.....	10
3.3	Evaluering .....	10
3.3.1	Målbare parametre .....	10
3.3.2	Metode.....	10

## 1 Bakgrunn

### 1.1 Dokumentets formål

Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling (NKH) ønsker med dette å gi en *kort* beskrivelse av status for behandlingstilbudet, våre utfordringer for fremtiden og hvordan vi basert på senterets virksomhet gjennom 8 år kan bidra til å forbedre kvaliteten på helsetjenester videre.

### 1.2 Kompetansesenterets overordnede oppgaver

NKH ble etablert i 2002 og er administrativt underlagt Lungeavdelingen ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS). Hovedoppgaver er: Bygge opp, ivareta, og formidle kompetanse om diagnostikk og behandling av barn og voksne med kronisk underventilering. Planlegge og gjennomføre kurs, konferanser og seminarer. Legge til rette for hospiteringsvirksomhet. Utarbeide kursmaterieill til bruk i grunn-, videre- og etterutdanning. Utarbeide informasjon til pasienter og pårørende. Etablere og kvalitetssikre nasjonalt register. Drive rådgivning og faglig veiledning av helsepersonell. Følge nasjonal og internasjonal utvikling innenfor fagfeltet. Etablere faglige standarder og retningslinjer. Drive forskning og utvikling.

Vår hovedmålsetting er å bidra til: Økt livskvalitet og lik tilgang til behandling for aktuelle pasientgrupper med basis i kunnskap og beste praksis.

### 1.3 Nettverksmodellen 2002-2010

Senteret har siden etableringen vært organisert som et tverrfaglig og nasjonalt nettverk med hovedsakelig deltidsansatte i prosjektmedarbeiderstillinger. Staben er lokalisert på HUS og består av senterleder (lungelege) i 100% stilling, barnelege (15 %), 3 sykepleiere (til sammen 170%), fysioterapeut (80%) og sekretær (40%). Enn videre 20 % førsteamanuensis stilling tilknyttet UiB. Fra 2009 dessuten registeransvarlig lege i 40 % stilling som til daglig har sitt virke på lungeavdelingen, St.Olavs hospital. Prosjektmedarbeidere (varierende mellom 22- 29 i antall) har jobbet i 20 % stillinger innen ulike faggrupper som barnelege, lungelege, anestesilege, (spesial)sykepleier og fysioterapeut. De fleste medarbeiderne har hatt sitt virke ved lunge- eller barneavdelinger men også innen rehabilitering. Oftest har to eller flere prosjektmedarbeidere jobbet i team på eget sykehus (Ved Ullevål sykehus 4-5 prosjektmedarbeidere).

### 1.4 Referansegruppen

En referansegruppe med representanter regionalt, tverrfaglig og fra brukerorganisasjoner samt førstelinjetjeneste er etablert og har vært i virksomhet siden senterets oppstart. I gruppens mandat inngår medvirkning til planlegging og evaluering av senterets virksomhet samt godkjenning av årsrapport til kompetansesenter for klinisk forskning ved Helse Vest.

### 1.5 Status – Registerdata

Basert på registerdata for perioden 2002-2010 er antall pasienter med hjemmerespirator nær firedoblet i løpet av kompetansesenterets levetid. 1840 pasienter er registrert, hvorav 1189

## Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

pasienter med pågående behandling pr 01/01/2010. Prevalensen nasjonalt er således 24,5/ 100 000 innbyggere. Dette er sammenlignbart med behandlingstilbudet i Sverige, men lavere enn i Danmark. Pasientgruppen er svært heterogen mht kompleksitet og ressursbehov. Den største tilveksten av pasienter har vært i den minst ressurskrevende gruppen av pasienter, særlig adipøs hypoventilasjon. 1/10 av pasientene har et pleie- omsorgsbehov som kan være betydelig. Registeret omfatter 24 hoveddiagnoser, litt større andel menn (56 %) enn kvinner. 4 av 10 pasienter har nevromuskulære sykdommer, men størst økning har det vært innen gruppen av lungesyke (1 av 5) og adipøs hypoventilasjon (1 av 4). Barnegruppen er liten, men behandlingen er ofte mer komplisert og andelen av trakeostomerte er også større enn i voksenalderen.

### 1.6 Utfordringene

Hjemmerespiratorbehandling har vært et tema for diskusjon i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsesektoren i 2008. Som et resultat av dette har en arbeidsgruppe under ledelse av helsedirektoratet og med assistanse fra kunnskapssenteret arbeidet med et nytt utkast til retningslinjer og veileder basert på tidligere arbeid utført i regi av kompetansesenteret, men med utvidet representasjon av kommunehelsetjenesten. Arbeidet er ennå ikke sluttført.

#### 1.6.1 Pasienttilvekst

Basert på forekomst av hjemmerespirator i fylker med høyest forekomst er det ikke urimelig å anta at det reelle behandlingsbehovet kan være det dobbelte av hva vi faktisk ser i dag og at det fortsatt er en betydelig underbehandling. I tillegg må en forvente at noen pasientgrupper, som for eksempel adipøs hypoventilasjon fortsatt vil øke som følge av fedmeepidemien.

#### 1.6.2 Ulikheter

##### 1.6.2.1 Geografisk

Registerdata tyder på store geografiske variasjoner, både når det gjelder totalt omfang og hvilke sykdomsgrupper som får behandling. Innenfor alle regionale helseforetak er det utfordringer.

##### 1.6.2.2 Pasientgrupper

God kvalitet på tjenesten innebærer at behandlingsindikasjonen er velfundert og at anvendte metoder er forsvarlig i forhold til faglig standard og ressursbehovet som genereres. Evidensbasert kunnskap tilsier at nevromuskulære pasienter skal prioriteres, men ulikhetene mellom regioner er tilsynelatende stor også i denne prioriterte gruppen av pasienter.

#### 1.6.3 Ressurskrevende/ Kompleks behandling

##### 1.6.3.1 Samhandling

Tilrettelegging av 24 timers respiratorbehandling i hjemmet krever god samhandling mellom 1. og 2.linjetjenesten ettersom betydelig kompetanseoverføring som regel er nødvendig og store ressurser må allokere for å ivareta pleie- omsorgsbehovet. Den desentraliserte behandlingsstrukturen vi har i dag medfører at det tar lang tid for mindre sykehus å opparbeide kompetanse på slike prosesser og i enda større grad gjelder denne utfordringen for den enkelte kommune. Instrumenter for bedre samhandling finnes, bl.a. i form av individuell plan. På overordnet nivå er det i noen tilfeller også inngått samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak som regulerer spørsmål om oppgavefordeling og økonomiske ansvarforhold. Bruk av praksis-

## Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

konsulenter i sykehus eller kontaktsykepleier med ambulatorisk virksomhet er viktige og konkrete tiltak for å bedre samhandlingen, men finnes i svært begrenset grad, trolig pga manglende økonomiske incentiver. Dette til tross for en rekke potensielle besparelser i form av kortere liggetid, færre sykehusopphold og bedre ressursutnyttelse generelt både i 1. og 2.linjetjenesten.

### 1.6.3.2 Bo/omsorgstilbud

I hvilken grad det er mulig å tilby 24 timers respiratorbehandling i hjemmet eller ei, er ikke bare et spørsmål om økonomiske rammer, men også faglig forsvarlighet, arbeidsmiljø og tilgang på personale. Det vil fremtvinge seg behov for å rasjonalisere tjenestene etter hvert som pasientgruppen øker, ikke minst fordi det er vanskelig å rekruttere personale. Selv om pasientens ønske om behandling i hjemmet må vektlegges vil mange hevde at tilpassede omsorgsboliger/ boenheter kan være en tilfredsstillende løsning som ivaretar både hensynet til god livskvalitet for pasient/ pårørende og samtidig sikrer et velfungerende og stabilt arbeidsmiljø. Pasienten har imidlertid rett til å bli hørt i saken. I mindre kommuner kan interkommunalt samarbeid om omsorgstjenester for hjemmerespiratorbrukere også være aktuelt.

### 1.6.4 Sentralisering/ Desentralisering

31 sykehus har initiert hjemmerespiratorbehandling i henhold til registerdata. Utfordringen i forhold til kompetanseutvikling er betydelig når en sammenligner dette for eksempel med Danmark hvor kun to sykehus dekker tilbudet for hele befolkningen. Nettverksmodellen som kompetansesenteret har etablert er en viktig satsing på å forene og samordne kunnskapen. Det er imidlertid behov for en veldefinert ansvarsfordeling mellom de enkelte foretak i helseregionen. Sannsynligvis bør de mer krevende tilfeller som gjelder barn og 24 timers brukere i større grad sentraliseres enn hva tilfellet har vært opp til nå.

### 1.6.5 Lovgivning

Fagområdet opererer i krysningen mellom mange ulike lovverk som gjelder for bl.a. kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, pasientrettigheter og helsepersonell. Uavklarte problemstillinger gjelder bl.a. pasientens rettigheter i forhold til å motta behandling hjemme eller i servicebolig/ institusjon. Et annet viktig spørsmål gjelder bruk av ufaglært personale i behandlingsteam. Noen av disse spørsmål er under utredning i helsedepartementet og andre omfattes indirekte av pågående arbeid med samhandlingsreformen og ny folkehelselov.

### 1.6.6 Økonomi / Forvaltning

Betydelige forbedringer har vært tilskuddsordningen for ressurskrevende brukere og overføring av ansvar for respirasjonstekniske hjelpemidler til helseforetakene. Tilgjengelighet, service og kontroll er forenklet og tryggheten økt ved at helseforetakene har overtatt ansvaret for hjelpemiddelet og mye av forbruksmaterialet. Utfordringer finnes imidlertid i forhold til sykehjemspasienter og personer over 67 år. I tillegg er det fortsatt en "gråson" med nødvendig forbruksmateriale hvor HELFO eller hjemmesykepleien, eventuelt brukeren selv, har måttet dekke utgiftene.

## Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

### 1.6.7 Registerdata

Ettersom registerdata baserer seg på frivillig innrapportering er det en kontinuerlig utfordring å sørge for høy innrapporteringsgrad og god kvalitet på data. Prosjektmedarbeideren har vært et sentralt element i dette arbeidet. Elektronisk register blir implementert i løpet av 2011 og vil ytterligere styrke kvaliteten på disse data.

### 1.6.8 Etikk

Kontinuerlig utfordring i forhold til iverksettelse og avslutning av behandling. Jevnlig tema ved medarbeidersamlinger. Nasjonal veileder "Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende" (IS-1691) ble publisert i 2009 og er et nyttig verktøy i forhold til noen av disse utfordringene.

## 2 Ny modell for kompetansesenterets virksomhet

### 2.1 Begrunnelse for revisjon av kompetansesenterets modell

Senterets hovedmålsetting er beskrevet under punkt 1.2. God kvalitet på tjenesten må innebære at en prioriterer de pasientgrupper hvor en har best dokumentasjon på behandlingseffekt og at en anvender behandlingsmetoder med et akseptabelt kost-nytte perspektiv. Økt livskvalitet er primær målsetting med all behandling, men hverken dette eller andre mål på pasienttilfredshet har vært brukt systematisk i oppfølgingen. Egnede verktøy for å evaluere dette er nå utviklet og vil kunne brukes mer systematisk fremover. Andre effektmål, som overlevelse, lungefunksjon, pleiebehov og arbeidsførhet er tilgjengelig via nasjonale registerdata. En av hovedbegrunnelsene for å utarbeide en handlingsplan og endre strategi for senterets virksomhet er behovet for økt forskningsinnsats på disse områdene.

Tross en betydelig økning i omfanget av behandlingen er det en utfordring at registerdata tyder på vedvarende geografiske ulikheter. Dels er det et spørsmål om "hvem som utreder og behandler" men også "hva som gjøres". Årsakene til ulikheter er sammensatt, men at forskjellene persisterer tross kompetansesenterets virksomhet er den andre hovedårsaken til at vi ønsker å revidere nettverksmodellen. Gruppen av respirasjonssviktpasienter har høy prioritet i forhold til utredning og behandling i henhold til den veileder som er utarbeidet innenfor lungefaget. Organiseringen av tilbudet gir imidlertid fortsatt ikke tilstrekkelig tilgang på tjenestene og ansvarsfordelingen er heller ikke alltid tydelig. Dette gjelder alle nivåer av helsetjenesten, men også mellom ulike helseforetak regionalt og nasjonalt samt på tvers av avdelinger innenfor det enkelte helseforetaket. Resultatet har vært at mye avhenger av lokale "ildsjeler" som tross eventuell tilknytning til kompetansesenteret har hatt begrensede muligheter for å oppnå den grad av utjevning en tilstreber. En sterkere tilknytning av nevrologisk kompetanse er nødvendig for å nå målsetningen i forhold til viktige pasientgrupper.

### 2.2 Stabsfunksjon

I den nåværende fase av omorganiseringen vil det ikke bli foretatt store endringer av stabens sammensetning og oppgaver, men dette må evalueres når den nye strukturen er på plass. Det er en målsetting å veilede og samarbeide tettere med regionale koordinatorene enn hva tilfellet har vært med prosjektmedarbeiderne tidligere. Likeledes å knytte bedre kontakt med kompetanse-

## Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

sentra og ressurspersoner i tilgrensende fagmiljøer, særlig innen det nevrologiske fagfelt. Det gjelder for eksempel kompetansesenter for nevrologiske sykdommer, kompetansesenter for medfødte muskelsykdommer og kompetansesenter for søvn (SovNo). Forskningsansvarlig/registeransvarlig vil være en integrert del av staben i tillegg til lungelege (senterleder), pediater, sykepleiere og fysioterapeut. Nevrologisk kompetanse må styrkes også på stabsnivået. I tillegg til administrative oppgaver kommer oppgaver som anført under punkt 1.2 og 2.6.

### 2.3 Nettverksbygging - "tilgjengelighet og trygghet"

Nettverkets virksomhet har i hovedsak dreiet seg om kompetansespredning gjennom opplæring og veiledning. Omfanget av dette tilbudet har vært stort, men målsetningen er at effekten av arbeidet skal bli bedre. En tydelig forankring av medarbeiderens ansvar og oppgaver i nettverket, men kanskje særlig innenfor medarbeiderens helseforetak er ønskelig. Pasientflyt er ofte på tvers av disipliner og rollefordelingen mellom ulike helseforetak er heller ikke godt nok definert. Disse rollene må avklares og være forankret i det regionale helseforetakets strategi og "sørge for" ansvar. Løsningene vil være ulike i forhold til hvor kompetansen skal lokaliseres, ikke minst fordi fordeling av "nøkkelkompetanse" er svært ulik. I områder av landet hvor tilgang på spesialkompetanse er lav vil kompetansesenteret kunne bidra med oppbygging forutsatt at det er en del av helseforetakets overordnede strategi. Alternativet er et nettverk som effektivt kanalisere pasienten videre til nærmeste kompetansemiljø.

NKH vil kontakte fagdirektører for de regionale helseforetak og be dem ta initiativ til en arbeidsgruppe innefor hver region med mandat til å lage en plan for funksjonsfordeling og pasientflyt i 2.linjetjenesten innefor regionen, med henvisning til foreliggende dokument og nært forestående publisering av retningslinjer for hjemmerespiratorbehandling i regi av Helse-direktoratet. Gruppene bør være sammensatt av lungelege, nevrolog, pediater, sykepleier, fysioterapeut samt representant for NKH.

I påvente av et slikt initiativ vil senteret opprettholde fokus på kompetanseutvikling og starte omorganiseringen av nettverket i henhold til planer beskrevet i "Ny nettverksmodell" (se pkt. 2.5) samtidig som en øker forskningsinnsatsen på strategisk viktige områder.

### 2.4 Forskning

Senterets forskningsaktivitet vil bli ledet av en forskningsgruppe hvor forsknings- og registeransvarlig har ansvar for møteplan og rapportering. Senterleder og et medlem fra referansegruppen er faste medlemmer av gruppen hvor eksterne helseforetak også er representert. Gruppen tar initiativ til forskningsprosjekter og driver eller koordinerer veiledningsaktivitet. Forskningsmidler utlyses åpent og søknader vurderes på bakgrunn av vitenskapelig relevans i forhold senterets hovedmålsetning og gjennomførbarhet. Mer detaljert utforming av mandat når gruppen er konstituert. Målsetting er at stipendier kan utlyses i løpet av mars måned 2011.

### 2.5 Ny nettverksmodell

Kompetansesenterets nettverk vil være mer differensiert enn tidligere med hensyn til den formelle tilknytning til senterets stab som er lokalisert på Haukeland Universitetssjukehus. Senterets driftsmidler er på åremålsbasis og alle stillinger eller tilknytninger til senteret er, som

## Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

tidligere, tidsbegrenset. Det skal være en tydelig regional forankring av arbeidet gjennom organisering og oppgavefordeling i **ressursgrupper** (pkt 2.5.1). Ressursgruppene består av ulike medlemmer – en **regional koordinator** (20-30 % stilling) som leder gruppen, **prosjektmedarbeidere** (10 % stillinger) og **ressurspersoner** (ulønnede stillinger).

### 2.5.1 Ressursgrupper

Ressursgruppene utgjør den regionale enhet som kan beskrives som "knutepunktene" i nettverket. De er **tværfaglig** og **multidisiplinært** sammensatt med kompetanse innenfor **lungemedisin, nevrologi** og **pediatri**. Minst en representant i hver gruppe skal ha pediatriisk kompetanse (3 personer i Helse Sør-Øst) og en nevrolog må være tilknyttet gruppen, fortrinnsvis som ressursperson. Leder av gruppen skal være lungespesialist. Gruppen er sammensatt av regional koordinator (2.5.2), prosjektmedarbeider (2.5.3) og ressurspersoner (2.5.4). De tar selvstendig initiativ til kompetansefremmende virksomhet og er pådrivere for innsamling av registerdata. Koordinerer tiltak med NKH stab. Ressursgruppen skal ikke drive pasientrettet behandling, men ha som hovedmålsetning å sikre at kvaliteten på tjenestene forbedres. Behandlingsansvaret ligger hos helseforetaket og kommunehelsetjenesten. Kompetansesenteret vil fremme forslag overfor fagdirektører om at ressursgruppen blir involvert i arbeidet med pasientflyt og ansvarsfordeling mellom helseforetak regionalt.

Ressursallokering avklares endelig i dialog mellom regional koordinator og senteret med utgangspunkt i følgende forslag:

#### HJEMMERESPIRATORRESSURSGRUPPER:

- Helse Sør-Øst: Regional koordinator (lege) 30%,  
Prosjektmedarbeidere (10%) leger: 3  
Prosjektmedarbeidere (10%) sykepleiere: 5  
Prosjektmedarbeidere (10%) fysioterapeut: 2  
Ressurspersoner: 2- 4 (for eksempel nevrolog og allmenlege)  
Minst tre av medlemmene skal ha kompetanse innen pediatri
- Helse Midt: Regional koordinator (lege) 20%,  
Prosjektmedarbeidere (10%) leger: 1  
Prosjektmedarbeidere (10%) sykepleiere: 2  
Prosjektmedarbeidere (10%) fysioterapeut: 1  
Ressurspersoner: 2 (for eksempel nevrolog og allmenlege)  
Minst ett av medlemmene skal ha kompetanse innen pediatri
- Helse Nord: Regional koordinator (lege) 20%,  
Prosjektmedarbeidere (10%) leger: 1  
Prosjektmedarbeidere (10%) sykepleiere: 2  
Prosjektmedarbeidere (10%) fysioterapeut: 1  
Ressurspersoner: 2 (for eksempel nevrolog og allmenlege)  
Minst ett av medlemmene skal ha kompetanse innen pediatri

## Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

Helse Vest:     Regional koordinator (lege) 20%,  
                  Prosjektmedarbeidere (10%) leger: 1  
                  Prosjektmedarbeidere (10%) sykepleiere: 2  
                  Prosjektmedarbeidere (10%) fysioterapeut: 1  
                  Ressurspersoner: 2(for eksempel nevrolog og allmenlege)  
                  Minst ett av medlemmene skal ha kompetanse innen pediatri

### 2.5.2 Regional koordinator

Det vil bli tilsatt 1 **lege (lungespesialist)** som koordinator i hver region. Den regionale koordinator vil være hovedbindeledd mellom senteret og regionen. Koordinator skal kartlegge skjevheter i behandlingstilbudet innenfor sin region og på bakgrunn av dette lage en plan for kompetansespredning i samarbeid med sine prosjektmedarbeidere og senteret. Han/hun skal aktivt rekruttere regionale prosjektmedarbeidere og ressurspersoner i etableringsfasen. Holde regelmessige møter med disse og drive veiledning og undervisning (se pkt 2.6 ). Ha rom for faglig fordypning. Være en pådriver for innrapportering til registeret og implementering av retningslinjer når disse er publisert. Pliktig deltaker og bidragsyter i vår og høstkonferanse for nettverket samt evalueringsmøte med referansegruppen. Samarbeidspartner i forskningsprosjekter knyttet til senteret. Hovedarbeidsgiver tilrettelegger fysiske arbeidsforhold (kontor-plass) og er innforstått med at stilling ikke er knyttet til direkte pasientrelatert arbeid, men kvalitetsforbedring. Utgifter til reise-/møtevirksomhet dekkes av kompetansesenteret. Årlig innrapportering av virksomhet.

### 2.5.3 Prosjektmedarbeidere

10 % stilling som blir utlyst og/eller aktivt rekruttert i "utsatte" områder innenfor hver region. Kan være **lege, sykepleier eller fysioterapeut**. Deltar i ressursgruppens møter og planlegging av virksomheten. Driver undervisning og rådgivning. Faglig fordypning. Er en pådriver for innsamling til registerdata. Hovedarbeidsgiver tilrettelegger fysiske arbeidsforhold (kontor-plass) og er innforstått med at stillingen ikke er knyttet til direkte pasientrelatert arbeid, men kvalitetsforbedring. Årlig innrapportering av virksomhet og pliktig deltager på vår-/høstkonferanse samt regionale ressursgruppemøter. Utgifter til reise-/møtevirksomhet i ressursgruppen dekkes av kompetansesenteret.

### 2.5.4 Ressurspersoner

Tidligere prosjektmedarbeidere og andre personer med interesse og kunnskap innen fagområdet ønsker senteret å støtte i sin virksomhet og innlemme i den regionale ressursgruppen. Kompetanse innen **nevrologi**, men også **allmenmedisin** eller **kommuneadministrasjon** kan være aktuelle ressurspersoner. Aktuelle kandidater må aktivt rekrutteres av ressursgruppens øvrige medlemmer. En formalisert tilknytning til NKH innebærer avtale mellom hovedarbeidsgiver og kompetansesenteret som gir mulighet til å søke reisestipend for å delta på relevante kurs og kongresser eller refusjon av tapte lønnsutgifter ved møtedeltagelse. Ressurspersoner holdes faglig oppdatert via mail og Sharepoint (intern webside for ansatte ved NKH) og vil være invitert til deltagelse på vår- og høstkonferanse samt regionale ressursgruppemøter. Det forventes deltagelse på ressursgruppens arbeidsmøte inntil 4 ganger årlig og at NKH nettverket vil kunne benytte vedkommende som kontaktperson ved



## Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

henvendelser fra pasientorganisasjoner, 1.linjetjenesten eller andre fagpersoner i lokalområdet hvor generell rådgivning ikke er tilstrekkelig. Gir en kortfattet årsrapport etter egen mal til senteret.

### 2.5.5 1.linjetjenesten

I kompliserte tilfeller med behov for sammensatte tjenester eller omfattende pleie og omsorg er det ikke bare et betydelig ressursbehov i kommunehelsetjenesten som genereres, men også en betydelig kompetanseoverføring fra 2. til 1.linjetjenesten som er nødvendig. Samhandlings-elementene i denne prosessen er viktig for kvaliteten i behandlingstilbudet og kompetanse på dette området ønsker senteret å integrere bedre i virksomheten. Vi forutsetter derfor at den regionale ressursgruppen finner egnede ressurspersoner (se pkt 2.5.4) i denne kategorien og innlemmer dem i sitt arbeide.

## 2.6 Kompetansespredning, faste virksomheter: Faglig forum/ kurs/ hospitering/ litteratur/ informasjonsmateriell

- Vår- og høstmøte, tidligere kalt prosjektmedarbeidersamling, fortsetter i form av faglig forum for hjemmerespiratorbehandlingens vår- og høst konferanse. Vil som hovedregel avholdes på Gardermoen i form av et dagsseminar. Forum er åpent for alle interesserte, men begrenset deltagerantall oppad til 50 stk. hvor ressursgruppens medlemmer er faste deltagere.
- Andre kurs: regionalt kurs for helsearbeidere minimum 1 gang årlig. Arrangør: regional ressursgruppe i samarbeid med sentral stab eller nettverkets ressurspersoner.
- Kurs for videreutdanning, grunnutdanning og etterutdanning:
- Universitetskurs, videreutdanning som lungespesialist: 2 årlig. Arrangør: sentral stab har hovedansvar
- Universitetskurs, videreutdanning i neurologi og pediatri: Arrangør: sentral stab har hovedansvar
- Tverrfaglig kurs i hjemmerespiratorbehandling. Målgruppe helsepersonell i 2.linjetjeneste
- Tverrfaglig kurs i hjemmerespiratorbehandling. Målgruppe helsepersonell i 1.linjetjeneste
- Andre kurs: brukerorganisasjoner
- Informasjonsmateriell og litteratur: Via web og Sharepoint. Nyheter og artikler publiseres jevnlig. Hovedansvar: sentral stab

## 3 Implementering og evaluering

### 3.1 Forankring

Handlingsplanen danner grunnlag for kompetansesenterets omorganiseringsprosess og vil være et vedlegg til arbeidskontrakt eller andre avtaler mellom NKH og ressurspersoner. Hovedarbeidsgiver må være kjent med intensjonene i dokumentet og medarbeiderens oppgaver.

## Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling

NKH vil arbeide for at de regionale ressursgruppene får en forankring av sitt mandat ved fagdirektører på regionalt nivå i første omgang og deretter innen de enkelte helseforetak.

### 3.2 Tidsplan

- Informasjon til fagdirektører – umiddelbart.
- Utlysning av **ressurskoordinatorstillinger** 10.02 med tilsetting snarest mulig, etter avtale.
- Utlysning og tilsetting av regionale **prosjektmedarbeidere** skjer fortløpende etter at ressurskoordinator er tilsatt. Parallelt vil en søke etter og opprette kontrakter med **ressurspersoner**. Målsettingen er at ressursgruppene skal være etablert innen vårkonferansen.
- Vårkonferanse: Faglig forum for hjemmerespiratorbehandling Gardermoen, **06.04**.

### 3.3 Evaluering

#### 3.3.1 Målbare parametre

- **Registerdata**. Regional fordeling av pasienter, i første rekke med hensyn på diagnose og behandlingsmetoder. Grad av utjevning og estimat på behandlingstilbudets dekningsgrad.
- I tillegg til innberetning ved standardisert **årsrapport** som tidligere, vil en lage estimat for **innrapporteringsgrad** til registeret basert på samarbeid med de ulike seksjoner for behandlingshjelpemidler ved helseforetakene. Målsetting er mer enn 90 % dekningsgrad.
- Større vekt på **formell kompetansespredning** gjennom innrapportering med bruk av opplæringsskjema og andre kunnskapsmål.
- Omfang av regionale **planer for kompetansespredning og pasientflyt**.
- Omfang på implementering av **retningslinjer** når disse er publisert. (Innarbeidet i helseforetakets kvalitetshåndbok).
- Omfang i bruk av PROMs – (Patient reported outcome measurements) i behandlingsapparatet. (Innarbeidet i elektronisk register).

#### 3.3.2 Metode

Revisjon av handlingsplanen på årlig basis.

**Referansegruppen** vil trekkes inn i den videre utvikling av handlingsplanen og senterets virksomhet på en mer dynamisk måte enn tidligere. Som et ledd i dette vil regionale koordinatorene og stab med forskningsansvarlig også delta på det årlige møtet med referansegruppen. Som tidligere vil gruppen være sammensatt med representanter fra alle 4 regionale helseforetak og pasientorganisasjoner.

Med vennlig hilsen

Ove Fondenes

Senterleder NKH