

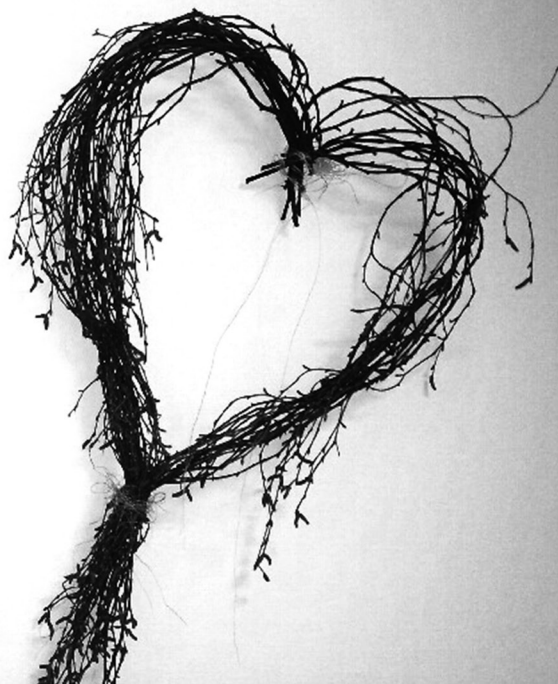


Senter for  
omsorgsforskning  
ØSTLANDET

# På god vei

Erfaringer fra lindrende enhet etter ett års drift

*Carpe Diem*



Maren Sogstad

Høgskolen i Gjøvik  
Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 10/2012





# På god vei

Erfaringer fra lindrende enhet etter ett års drift



Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 10/2012

Maren Sogstad

# På god vei

Erfaringer fra lindrende enhet etter ett års drift

Senter for omsorgsforskning, Østlandet  
Høgskolen i Gjøvik

2012

© Forfatteren/Senter for omsorgsforskning  
Omslagsbilde –vegg fra Lindrende enhet: Evy Andersen

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.10/2012

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN: 978-82-93269-09-0

ISSN: 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:  
[www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)

# FORORD

Gjøvik kommune har jobbet systematisk for å utvikle omsorgstilbudet til personer med kreft. I 2006 ble det vedtatt å opprette stilling som kreftsykepleier i kommunen og i 2008 ble kommunenes kreftplan vedtatt. Det ble her lagt føringer for at en ønsket å etablere en lindrende enhet. Det ble satt ned en prosjektgruppe for å planlegge en etablering. Dette resulterte i prosjektrapporten «Etablering av lindrende enhet» november 2009. Fra januar 2010 ble det ansatt en prosjektsykepleier som ledet det praktiske arbeidet med planlegging og tilrettelegging før åpning av enheten i desember 2010. Dette planleggingsarbeidet ble fulgt av Senter for omsorgsforskning, Østlandet og er gjengitt i rapporten «Lindrende enhet i Gjøvik kommune – fra idé til virkeliggjøring» (2010).

Ved oppstart av erfaringsoppsummeringen hadde den lindrende enheten vært i drift i ett år. Formålet med prosjektet var å samle erfaringene så langt - hvordan har det etablerte tilbudet blitt, i forhold til de mål som var satt gjennom planleggingsfasen?

Prosjektet er utført på bestilling fra Gjøvik kommune, finansiert gjennom tilskudd til kompetansehevende tiltak innenfor lindrende behandling og omsorg ved livets slutt fra Helsedirektoratet.

Gjøvik, 1. november 2012  
Maren Sogstad





# SAMMENDRAG

Gjøvik kommune åpnet høsten 2010 en lindrende enhet. Standard for palliasjon (Legeforeningen 2006) lå som føring i planlegging og dimensjonering av enheten, både når det gjaldt antall plasser, bemanning og kompetanse.

Gjennom planleggingsfasen ble det fastsatt mål for den lindrendene enheten. Det ble også uttrykt en rekke forventninger til enheten gjennom planleggingsarbeidet. Disse kom til uttrykk både i Prosjektrapporten «Etablering av lindrende enhet» (2009) og i rapporten «Lindrende enhet i Gjøvik kommune - fra idè til virkeliggjøring» (Sogstad 2011). Denne evalueringen ønsker å belyse i hvilken grad mål og forventninger til enheten er innfridd etter ett års drift. Det ble plukket ut fire områder som skulle være fokus i evalueringen:

- Pasientflyt (inn og ut av enheten)
- Samhandling
- Kvalitet
- Kompetansespredning

Gjennom kvalitative intervjuer har ansatte i enheten og ulike aktører rundt enheten gitt sine innspill knyttet til de fire fokusområdene.

Evalueringen viser at man har fått til mye i løpet av det første året. Enheten har funnet sin naturlige plass i kommunens pleie- og omsorgstjeneste og et godt

system for pasientflyt inn i avdelingen er etablert.

Enheten har utviklet god samhandling med en rekke ulike aktører. Den største utfordringen i forhold til samhandling er å få bedre kontakt med fastlegene i kommunen. Etablering av en arena for samhandling med kommunens øvrige sykehjem er også et område som bør utvikles videre.

Enheten har personale med høy kompetanse og opplever at de yter pleie og behandling av høy kvalitet i enheten. Tilbakemelding fra pårørende er også svært god. Det er imidlertid fremdeles utfordringer knyttet til de strukturelle aspektene ved kvalitet: dokumentasjon og implementering av skriftlige rutiner.

Enheten har det første året hatt hovedfokus på å komme i gang og har ikke hatt stort fokus på kompetansespredning. Det er viktig at dette blir videreutviklet nå når enheten er godt i gang.

Mye er på plass, men man ser at det enda er ett stykke frem til man når alle de mål og forventninger som var satt for enheten. Det er særlig knyttet til det å være en felles faglig ressurs for kommunen, samhandling, og det å etablere god system kvalitet med bruk av Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) og Individuell plan (IP) som fast rutine.

# INNHOOLD

FORORD V

SAMMENDRAG VII

1 INNLEDNING 5

2 METODE 7

2.1 Datainnsamling 7

2.2 Analyse 9

2.3 Mål og forventninger til den lindrende  
enheten 10

2.4 Gjøvik kommune 12

2.4.1 Kreftomsorgen i Gjøvik kommune 13

3 RESULTAT 15

3.1 Om enheten 15

3.1.1 Møtestrukturer 17

3.1.2 Om pasientene 20

3.2 Erfaringer knyttet til oppstart 21

3.3 Pasientflyt 23

3.3.1 System for inntak 23

3.3.2 Rett pasient 24

3.3.3 Samhandling 26

3.4 Kvalitet 29

3.4.1 Faglig kvalitet 30

3.4.2 Systemkvalitet 32

3.5 Kompetansespredning 35

3.6 Øvrige erfaringer 37

3.7	Erfaringer fra pårørende	39
4	DISKUSJON OG INNSPILL TIL VIDERE ARBEID	43
4.1	Pasientflyt	44
4.2	Samhandling	45
4.3	Kvalitet	47
4.3.1	Faglig kvalitet	47
4.3.2	Strukturkvalitet	49
4.4	Kompetanseflyt	51
5	KONKLUSJON	53
6	LITTERATURLISTE	55

# 1 INNLEDNING

Kommunehelsetjenesten har i dag et stort ansvar for pleie av svært syke og døende pasienter. For flertallet av de palliative pasientene vil hjemmebasert omsorg alene være urealistisk. De fleste vil ha behov for et eller flere opphold på institusjon i løpet av sykdomsperioden, enten av medisinske grunner eller for avlastning (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, 2012).

For at pasientene skal sikres god behandling på riktig sted, og at bruken av hjemmeomsorg så vel som sykehus- og sykehjems baserte institusjonsplasser blir best mulig er det behov for utvikling av spesialiserte tilbud for alvorlig syke og døende i sykehjem (Helsedirektoratet 2007).

Utforming og krav til lindrende enhet i sykehjem ble først beskrevet i Standard for palliasjon (2004), denne ble senere tatt inn som en del av Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Den beskriver en slik enhets oppgaver, kliniske tilbud, organisering, personal, og behov for lokaler og utstyr.

I handlingsprogrammet defineres en lindrende enhet i sykehjem som:

Enhet innad i sykehjemmet som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personale for å kunne gi mer avansert palliativ behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling.

Det er i dag, i følge PallReg ([www.pallreg.no](http://www.pallreg.no)) 39 enheter for lindrende behandling i norske sykehjem. I tillegg er det 70 kommuner som har øremerkede senger til lindrende behandling på sykehjem i kommunene. Det er imidlertid lite publiserte erfaringer fra de lindrende enhetene.

Trondheim kommune var tidlig ute med å utvikle en lindrende enhet i samarbeid med St.Olavs Hospital. Tilbudet ble etablert som et tett samarbeid der ressurspersoner fra det tverrfaglige teamet i Seksjon lindrende behandling ved St.Olavs Hospital benyttes som konsulenter i pasientvurderinger og til undervisning. De konkluderte med at mange pasienter etter deres mening vil profitere på behandling og pleie i en mindre kommunal enhet med et godt faglig tilbud i stedet for behandling i et sykehus eller i et ordinært sykehjem (Garaasen et al. 2005).

En annen kommune har fått evaluert sin lindrende enhet, og hvordan den fungerer som koordinator for det lindrende tilbudet i kommunen, i rapporten «Vi vil, vi vil – og får det nesten til...» (Steisvåg og Grov 2012). Evalueringen viser at kommunen har bygget opp en enhet med sterkt fagmiljø, og et personal som er sterkt engasjert og strekker seg langt for pasientene. De ser samtidig at det er en utfordring å skulle være en ressurs for hjemmetjenesten og føler seg «klemte» mellom pasientene i enhetene og ute i hjemmetjenesten.

Palliasjon er et ungt fagfelt. I Norge har det foregått en omfattende utvikling de siste 20 årene. Faget har i løpet av denne perioden blitt akademisert og profesjonalisert, og der har vært en betydelig utvikling knyttet til kompetanse og nettverk (Strømskag, 2012).

Gjennom samhandlingsreformen får kommuner økt ansvar for ivaretagelse av lindrende pasienter, en videre utvikling av kompetanse og tjenestetilbudet til denne pasientgruppen i kommunehelsetjenesten er derfor nødvendig.

## 2 METODE

Dette prosjektet ønsket å oppsummere erfaringene fra den lindrende enheten etter ett års drift. I hvilken grad har man klart å oppfylle de mål og forventninger som lå ved oppstart? Rapporten vil ikke gå inn på medisinske eller pleiefaglige vurderinger, men ha fokus på organisering og systematisering av arbeidet ved og ut fra enheten.

### 2.1 DATAINNSAMLING

Det ble i samarbeid med kommunen funnet områdene som skulle ha hovedfokus i dette arbeidet. Disse ble valgt ut fra hva som hadde vært fokus under planleggingen av den lindrende enheten, samt erfaringer man hadde fanget opp fra andre lindrende enheter. De fire områdene som ble plukket ut var:

- Pasientflyt
- Samhandling
- Kvalitet
- Kompetanseflyt

Studien ble lagt opp som en evalueringsstudie, der formålet er å trekke opp hva man har oppnådd i forhold til formulerte mål, og hvordan resultatene kan brukes videre i utviklingsarbeid (Sverdrup 2002).

Evalueringskriteriene bygger på de vedtatte målene for lindrende enhet, samt ulike forventninger knyttet til de fire områdene som var hovedfokus for arbeidet.

For å samle erfaringene ble det gjennomført intervjuer med personer som jobber i enheten og sentrale personer i samarbeid rundt enheten.

Det kvalitative forskningsintervjuet er en samtale som har en struktur og et formål. (Kvale og Brinkmann 2009). Intervjuene bestod av beskrivende og fortolkende spørsmål. De beskrivende spørsmålene har til hensikt å få informasjon om konkrete hendelse eller handlinger, mens de fortolkende spørsmålene ønsker å belyse hvordan informantene vurderer, oppfatter og tolker hendelser og handlinger (ibid).

De fleste intervjuene ble foretatt som personlige intervjuer med én informant. Intervjuene var semistrukturerte, det vil si at de hadde en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, tema og rekkefølge kunne variere.

Intervjuene med de ansatte i lindrende enhet og kreftkontaktene i hjemmetjenesten ble gjennomført som fokusgruppeintervjuer. Formålet med fokusgruppeintervjuer er å få deltagerne til å snakke sammen om et tema. På denne måten kan man få en bredere innsikt i temaet ved at deltagerne kommenterer hverandres utspill, stiller hverandre spørsmål og utveksler erfaringer (Barbour and Kitzinger 1999).

Det er gjennomført kvalitative intervjuer med:

I enheten:

- Leder
- Sykepleier 1 (fagsykepleier)
- Pleiepersonell (sykepleiere og hjelpepleier), (tre fokusgrupper)
- Lege
- Fysioterapeut

Rundt enheten:

- Kreftkoordinator
- Kreftkontakter i hjemmetjenesten (fokusgruppeintervju)



- Ansatte på Tjenesteenheten (tildelingskontor)
- Ansatte på sengeposter Gjøvik sykehus
- Virksomhetsleder
- Leder seksjon sykehjem

Alle intervjuene hadde åpne spørsmål knyttet til hovedtemaene: Pasientflyt, Samhandling, Kompetanseflyt, Kvalitet og generelle betraktninger. Intervjuene varte fra 30–90 minutter.

### ***Pasienter og pårørende***

En ønsket også å få med perspektivet fra pasienter og pårørende. Det viste seg å være vanskelig og rekruttere denne gruppen. Ansatte i enheten fikk i oppgave og levere ut forespørsel til pasienter og pårørende som de mente det var forsvarlig å invitere. Dette viste seg ikke å være så mange. Etter 6 måneders rekruttering var det gjennomført intervju med tre pårørende og to pasienter. På grunn av kognitiv funksjon ble intervjuene fra pasientene ikke tatt med i denne rapporten.

## **2.2 ANALYSE**

Gjennom analyse ønsker man å dele opp resultatene i biter eller elementer. Det som blir undersøkt betraktes som sammensatt av enkelte bestanddeler, og målet er å avdekke budskap eller mening, å finne et mønster i datamaterialet. På bakgrunn av mønstrene kan man trekke konklusjoner. (Johannesen, Tufte og Christoffersen 2010).

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. På bakgrunn av teksten ble det laget en sammenstilling av hva informantene sa om de ulike hovedtemaene. På bakgrunn av sammenstillingen ble måloppnåelsen i forhold til mål og forventning for enheten vurdert.

## 2.3 MÅL OG FORVENTNINGER TIL DEN LINDRENDE ENHETEN

Standard for palliasjon ble brukt som oppskrift under planleggingen av lindrende enhet. De eksterne rammene innenfor oppgaver, kliniske tilbud, organisering, personal, lokaler og utstyr er dermed ivaretatt.

Denne erfaringsoppsummeringen vil vurdere lindrende enhet opp mot de mål og forventninger som ble uttalt i planleggingsfasen.

Avdelingens overordnede mål er:

*«Å yte kvalitativt bedre tjenester for pasienter i en palliativ fase av sykdom og deres pårørende.»*

Videre har enheten følgende vedtatte målsetting:

- Kartlegge og gi god lindring av smerter og andre plagsomme symptomer, med bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forhold
- Gi en individuell, god og helhetlig pleie og omsorg
- Tilby tverrfaglig vurdering av pasientens situasjon
- Ha fokus på livskvalitet, pasientens integritet og medbestemmelse
- Gi støtte, hjelp og veiledning til pårørende
- Rehabilitering og tilrettelegging av hjemmesituasjon – gi pasienten tilbake mestring av eget liv
- Enheten skal være en kunnskapsformidler til andre

I tillegg til den vedtatte målsetningen, som i stor grad er pasientrettet, var det knyttet en rekke forventninger til enheten.

### ***Forventninger knyttet til pasientflyt:***

- At enheten skal fungere som et korttidstilbud for personer som har behov for lindrende bemanning.
- Gjøvik kommune har i perioder stort press på sykehjemsplasser. Det er en klar forventning om at en

skal kunne fylle disse seks plassene med pasienter som tilfredsstillende inntakskriteriene.

### ***Forventninger knyttet til Samhandling:***

- Det er viktig at det blir opprettet arenaer og rutiner for god kommunikasjon mellom lindrende enhet og andre enheter i kommunen og andre eksterne samarbeidspartnere. At man jobber med kjøre-regler for samhandlingen og at en ideelt sett burde hatt samarbeidsavtaler med eksterne partnere.

### ***Forventninger knyttet til kompetansespredning:***

- Det er viktig at en ikke blir en lukket gruppe, men ser seg som en ressurs også for andre enheter i kommunen.
- Gjennom opprettelsen av lindrende enhet ønsker kommunen å få et flaggskip innenfor lindring i kommunen. Det er forventninger til spredning av kunnskap fra enheten, både internt i kommunen og via funksjonen som utviklingscenter til andre sykehjem i Oppland.

### ***Forventninger knyttet til kvalitet:***

- Det forventes at dette er en enhet som holder faget høyt, der det er stort fokus på kvalitet og kvalitetsforbedring (nulltoleranse for avvik).
- Nok kompetanse og tilstrekkelig personell
- Fokus på god dokumentasjon (inkludert Individuell plan (IP), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) og oppdatering av individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS))
- Lindrende enhet skal være et godt sted å jobbe.
- De administrative faktorene dreier seg i første rekke om å få på plass en struktur og et lederskap som gir enheten klare og felles rammer. Enheten skal ikke bli en «stat i staten», men inngår i en kommunal helhet.

## 2.4 GJØVIK KOMMUNE

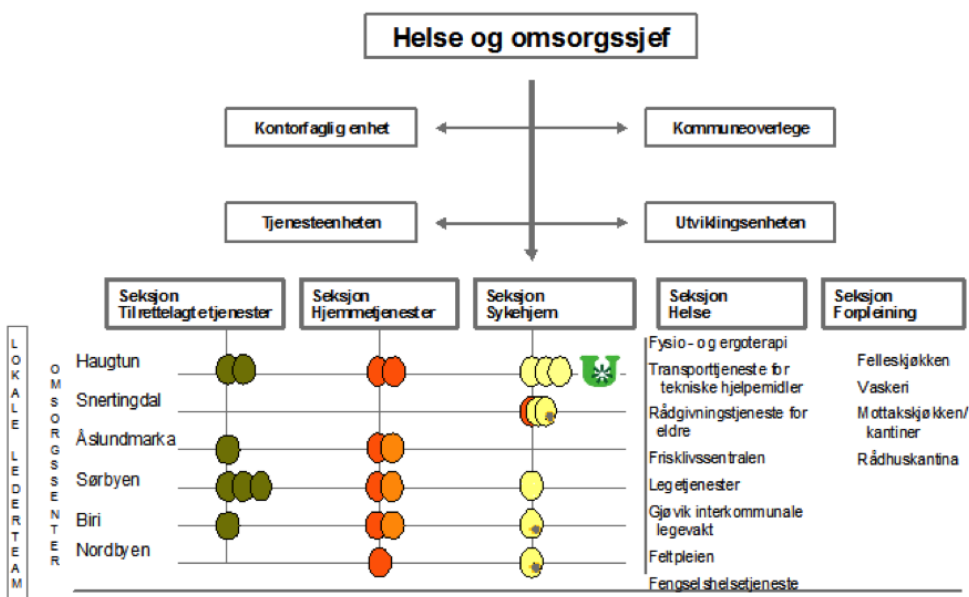
Gjøvik er en kommune med 28 800 innbyggere.

Størstedelen av innbyggerne bor i Gjøvik by, der det også er lokalsykehus.

Kommunens pleie- og omsorgstjenester er organisert i tre ledernivåer:

- Helse- og omsorgssjef
- Seksjonsleder
- Avdelingssykepleier

Organisering av virksomhetsområdet Helse og omsorg i Gjøvik kommune er vist i figur 1. Tjenesteområdet er delt inn i fem seksjoner, hvor tjenestene ytes ved seks omsorgssentre, henholdsvis Haugtun, Snertingdal, Åslundmarka, Sørbyen, Biri og Nordbyen. I tillegg til de utøvende seksjonene er det en tjenesteenhet med ansvar for tildeling av tjenester (bestiller). Inntil 2011 hadde man også en egen utviklingsenhet, men denne er nå avviklet. Hver seksjon har en seksjonsleder som inngår i ledergruppa for helse og omsorg.



**Figur 1:** Oversikt over tjenesteområde i Gjøvik kommune

## 2.4.1 KREFTOMSORGEN I GJØVIK KOMMUNE

Gjøvik kommune har satset på kreftomsorgen over en lengre periode. Det ble ansatt kreftsykepleier i kommunen i 2007 og det ble vedtatt kreftplan for kommune i 2008, for perioden 2008–2011.

Kreftplanen er nå evaluert og en kan vise til mye aktivitet og gode resultater ([www.gjovik.kommune.no](http://www.gjovik.kommune.no)).

Kreftomsorgen er organisert slik at hvert omsorgssenter (hjemmetjenestedistrikt) har en kreftkontakt. Det er satt av 20 % ressurs til hver av dem for å fylle denne rollen. De har hovedansvaret for kontakt med kreftpasienter i sitt distrikt og har ansvar for at pasienter og pårørende opplever tett oppfølging, trygghet og kontinuitet, god symptomlindring i sykdomsforløpet og god rehabilitering etter endt behandling.

Kreftkontaktene er erfarne sykepleiere, flere med relevant videreutdanning. Kreftkontaktene danner et nettverk ledet av kreftkoordinatoren. Hun har ansvar for å bistå kreftkontaktene i faglige utfordringer, fagutvikling og koordinering av tjenester.

Koordinatoren er et viktig bindeledd mellom sykehuset, lindrende enhet og hjemmetjenesten. Hun har en fast dag der hun er på sykehuset og samler informasjon om pasienter som skal skrives ut til kommunen, og formidler informasjon videre til tildelingskontoret. Hun er også med i utvidet tverrfaglig møte på lindrende enhet.

Gjennom koordinatoren er pasientforløpet og overgangene mellom sykehus og kommune godt ivaretatt. Hun har også ansvar for fagutvikling innenfor lindrende behandling og planlegger 2–3 temaer knyttet til kreftomsorg i kommunens internundervisningsprogram pr. halvår.



## 3 RESULTAT

### 3.1 OM ENHETEN

Lindrende enhet i Gjøvik kommune har 6 senger og er lokalisert sammen med rehabiliteringsenheten på Haugtun omsorgssenter, Utviklingssenter for sykehjem i Oppland. Enheten ble åpnet november 2010, med offisiell åpning 9. desember.

Enheten er organisert sammen med rehabiliteringsenheten i en avdeling. De to enhetene er fysisk adskilt, men har mulighet for å benytte personalet på tvers ved behov, felles refleksjonstid og felles rapport på ettermiddagen. I utgangspunktet var alle rapporter felles, men man fant raskt ut at det var mest hensiktsmessig å dele seg. På ettermiddagen har man fortsatt med felles rapport, slik at det skal være lettere for de ansatte å gå mellom enhetene ved behov.

Enheten er bemannet med seks sykepleiere, alle med videreutdanning (tre av dem var i utdanningsløp ved oppstart) og to hjelpepleiere med lang erfaring, hvorav den ene i 40 % stilling. Det er også nært fire årsverk med sykepleier i nattstilling, samt noen småstillinger/helgestillinger som er fordelt på de to enhetene (lindrende og rehabilitering). Personalet ble rekruttert fra sykehus,

fra sykehjem og hjemmetjenesten. De fleste går i store stillingsbrøker for å sikre god kontinuitet for pasientene. Det er knyttet en 50 % legestilling til enheten. Legen er onkolog og jobber i delt stilling mellom kommune og stråleenheten på sykehuset. Legen har behandlingsansvar for de seks pasientene og skal også bidra til kompetanseheving i kommunen. Enheten har en fysioterapeut i 50 % stilling. Stillingen er besatt av engasjert fysioterapeut med lang erfaring og kompetanse i lymfeødem behandling. Det er også knyttet 50 % stilling som ergoterapeut til enheten.

På helg og kveld har enheten overlappende bemanning med rehabiliteringsenheten. Det er alltid sykepleier på vakt, enten på lindrende eller på rehabiliteringsenheten.

Tilbudet på enheten beskrives som et intermediært tilbud, som ligger mellom sykehus og tradisjonell sykehjemsavdeling, som de ansatte uttaler det:

Vi gjør mye her, men det er ikke sykehusnivå på alt. Vi legger jo fremdeles inn på sykehus ved behov. Vi kjenner vår begrensning, særlig gjennom at vi ikke er døgnbemannet på legesiden.

Vi får til mange ting, avanserte ting og vi får det bedre enn vi kunne gjort i sykehuset. Vi kan gjøre det samme som dem, men kan gjøre det roligere. Vi har bedre tid til å snakke, snakke med pårørende, også er det færre personer å forholde seg til, det blir ikke så masete.

Samtidig uttrykker fagsykepleier på enheten at hun opplever at de har mer å gå på, og at de kunne tatt pasienter enda raskere ut fra sykehuset.

I intervju med ansatte på enheten sier de at det å få tid til å gjøre en god jobb og å kunne fullføre det de holder på med, var viktig motivasjon for å søke jobb i enheten. Det å ha et større fagmiljø med flere sykepleier ble også trukket frem som motiverende. Det fremgår at de ansatte er sterkt engasjert i denne pasientgruppen.

Alle informantene gir positive tilbakemelding om enheten. De er stolte over at Gjøvik kommune har et



slikt godt tilbud med høy kompetanse. Det kjennes godt å kunne ha dette å tilby til pasienter som har behov for det. Alle opplever også å få positive tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, og føler de langt på vei har nådd målene med opprettelsen av en slik enhet.

### 3.1.1 MØTESTRUKTURER

Det ble på forhånd planlagt og laget rutiner for de ulike møtene man skulle ha i enheten. Man gjennomfører nå følgende faste møter:

#### ***Målsamtale***

Samtale mellom sykepleier og pasient med utfylling av ESAS, utforming av mål for oppholdet på enheten og utarbeidelse av tiltaksplan. I noen situasjoner er fysioterapeut eller ergoterapeut med på møtet, men dette blir ikke så ofte. Fysioterapeuten uttrykker at hun syntes det er givende å være med på disse møtene, men at det er utfordrende å få med seg alle møter når man bare jobber 50 % stilling.

Flere informanter uttrykker at det er vanskelig å definere klare mål for oppholdet i lindrende enhet, sammen med pasientene. Det bemerkes at dette nok kan være enklere for pasientgruppen på rehabiliteringsenheten.

De ansatte uttrykker at de i for liten grad får gjennomført målsamtalene slik de var tenkt. Dette resulterer noen ganger til at det tar lengre tid enn nødvendig før det blir satt i gang tiltak for pasientene på enheten.

De syntes også det er utfordrende å få dokumentert resultatet av målsamtalen i tiltakstreet. Noen ganger ender det bare opp som et referat fra samtalen. I henhold til prosedyren skal dette referatet skrives ut og settes i pasientens perm. Det er imidlertid ikke ofte dette gjøres. En av årsakene som nevnes er at de mener referatet ikke er strukturert nok, slik at de ikke føler det har noen verdi å legge det i perm.

### ***Samarbeidsmøte***

Her møtes primærkontakt i enheten, lege i enheten, ergoterapeut, fysioterapeut, kreftkontakt fra hjemmetjenesten, representant fra tjenesteenheten ved behov. Ved spesielle tilfeller er også fastlegen invitert til møtet.

Formålet med møtet er å planlegge veien videre og starte forberedelsen av retur til hjemmet. Dette er en viktig arena for avklaringer, der en sørger for at alle parter har en felles plattform å arbeide videre fra. Man opplever at pårørende i mange tilfeller faller veldig til ro etter samarbeidsmøtene når ulike muligheter og kommunes tilbud er blitt presentert. Enheten prøver å innkalle til samarbeidsmøte i løpet av første uka. Dette var utfordrende i starten, men har gått bedre etter hvert.

Møtene har fast struktur, de er tidsbegrenset til 30 minutter og ledes av primærpsykepleier. Både ansatte i enheten og kreftkontaktene uttrykker stor tilfredshet med samarbeidsmøtene.

### ***Tverrfaglig møte***

De ansatte i enheten inkludert lege, fysioterapeut og ergoterapeut møtes for å gå gjennom pasientene og diskutere ulike tiltak. Annenhver uke er det tverrfaglige møtet utvidet med en prest, kreftkoordinator og kokk.

Det har vært en utfordring å få møtene til å bli en tverrfaglig diskusjon. Det er lett for at det blir som en previsitt eller vanlig rapport med hovedvekt på medisinske aspekter. Det har blitt jobbet med å få møtene til å ha en mer tverrfaglig karakter og at alle skal få komme til orde. Det uttrykkes at dette er en utfordring som krever stadig fokus og trening for å få det til. Fysioterapeuten opplever imidlertid møtene som nyttige, hun er ikke med på rapportene og dette er hennes mulighet til å få en medisinsk gjennomgang av pasientene.

De ansatte i enheten opplever at det er svært nyttig å ha med andre faggrupper inn i vurderingen og opplever at de kommer med verdifulle innspill. Som en av de ansatte sa:

Møtet blir fort litt likt en vanlig rapport, fokuset blir lett medisinsk. Opplever det annerledes når kreftkoordinatoren er med, hun stiller noen spørsmål for å få oss til å snakke annerledes, tenke på det rundt pasienten

Et forslag som kommer frem i intervjuene er å velge ut noen pasienter, der behovet for en tverrfaglig gjennomgang er størst, også ha en mer helhetlig gjennomgang av disse. Da hadde ikke møtene blitt så hektiske og det kunne vært lettere å få med innspill og synspunkter fra alle deltagerne.

Det er viktig at møtet føles nyttig, én stiller seg spørsmålet om det er nødvendig å ha et så stort møte for å oppnå tverrfaglighet, det sitter nå 8–9 personer sammen.

### ***Arbeidsgruppemøte***

Annehver uke samles de ansatte til arbeidsgruppemøte. Her tas det opp ulike forhold rundt arbeidet og organisering. Dette er en arena for kvalitetsutvikling.

### ***Morgenrapport***

Morgenrapporten har vist seg å være en viktig arena for felles vurdering av pasientene og diskusjon. Det er også mye samtale og lufting av problemer. Enheten har etterhvert uttrykket tydelig at de har behov for en slik lang morgenrapport.

Vi bruker en del tid på morgenrapporten..... Vi kjenner pasientene så godt at det blir jo ikke en sånn standard rapport hver eneste dag – det har vi ikke behov for. Det blir mer oppsummering fra kvelds og nattevakta også bruker vi en del tid på å diskutere rundt pasientene. Og jeg tror vi bruker den tiden på å få ut litt frustrasjon.

(...) på morgenrapporten får vi «luftet ut litt», det er viktig for jobbtrivsel og mestring også og på samarbeidet oss imellom, at vi blir kjent og trygge på hva de andre står for

De ansatte uttrykker at de lange rapportene gjør at alle kjenner alle pasientene veldig godt og dette oppleves som positivt. Samtidig påpeker de at det ikke alltid er så lett å holde fokus på rapportene:

Vi blir fryktelig grundige og av og til snakker vi oss ut på bærtur – vi gjør jo det

### **Refleksjonstid**

Enheten har refleksjon sammen med rehabiliteringsenheten. Her snakker man mer generelt om situasjoner og utfordringer man opplever i arbeidshverdagen. Det var også planlagt og laget skriftlig rutine for et mål og tiltaks møte, men dette ble evaluert bort. De ansatte opplevde at det ble for mye møter, både for dem og pasientene. Innholdet i møtet ble også ofte svært likt gjennomgangen de ansatte hadde på morgenrapporten og i de tverrfaglige møtene.

### **3.1.2 OM PASIENTENE**

For å beskrive pasientene i enheten og pasientflyten ut og inn av enheten hadde det vært ønskelig å presentere statistikk fra avdelingen:

#### Om pasientene:

- Hvor mange pasienter har vært innlagt første år?
- Alder
- Kjønn
- Diagnose som årsak til innleggelse (kreft/annet)

#### Om oppholdet:

- Hvor lenge lå pasientene på enheten?
- Hvor ble de skrevet inn fra, hjem/sykehus/sykehjem?
- Utskrevet til sykehjem/hjem/død?
- Sykehus opphold/poliklinikk under opphold i lindrende enhet

Planen var at disse opplysningene kunne genereres fra kommunens dokumentasjonssystem, dette har dessverre vist seg vanskelig. Enheten er organisert i avdeling sammen med rehabiliteringsenheten og de er da kodet som en resultatenheter i Geric. Når en tar ut rapporter kan en da ikke skille mellom pasienter på lindrende enhet og i rehabiliteringsenheten.

Ansattes inntrykk er at de har mange dårlige pasienter. Mange er eldre, men der har også vært en

del yngre pasienter. De fleste blir i enheten utover det første korttidsvedtaket, og noen få har vært der svært lenge (flere måneder). Pasientene kommer direkte fra sykehus og via hjemmetjenesten, en ca. 50/50 fordeling anslås. Et videre anslag er at omtrent 1/3 av pasientene skrives tilbake til hjem, 1/3 til en annen sykehjemsplass og 1/3 dør i enheten.

## 3.2 ERFARINGER KNYTTET TIL OPPSTART

Det ble rekruttert flere nyansatte personer til enheten, disse hadde sin første arbeidsdag ved oppstart. De første dagene ble gjennomført som felles opplæringsdager. Gjennom opplæringsdagene ønsket man å bygge en felles faglig plattform og legge grunnlaget for godt samarbeid mellom personalet på enheten. Undervisningen var lagt opp slik at den passet til kartleggingen som gjøres i ESAS. Foredragsholdere ble rekruttert internt, samt fra samarbeidspartnere (særlig palliativt team). Ved behov ble det hentet inn eksterne personer. Tema for de ulike dagene var:

**Dag 1:** Introduksjon til lindrende behandling, ESAS og individuell plan. Gjennomgang av rutiner for enheten. Presentasjon av de ulike samarbeidspartnere – hva kan de tilby?

**Dag 2:** Presentasjon av ulike fysiske og psykiske symptomer i henhold til ESAS

**Dag 3:** Ernæring, Munnstell, Hjelpemidler, Lymfeødem, Tekniske prosedyrer og Akutte tilstander

**Dag 4:** Sjelesorg og «Hvordan skal vi jobbe sammen»

Det ble også arrangert en nyansattdag der tema var generell informasjon om sykehjemmet, om å være sykepleier på Haugtun, legemiddelhåndtering og dataopplæring (Geric).

Opplæringsdagene ble satt stor pris på av de ansatte som skulle starte og jobbe i enheten. De opplevde at dagene gav nyttig kunnskap og at dette faktisk gav dem en felles plattform å jobbe videre fra.

Enheten ble startet opp ved omgjøring av langtidsplasser til en lindrende enhet. Det var planlagt systematisk tømning av avdelingen og omgjøring av plasser. Samtidig hadde ikke kommunen mulighet til å la senger stå tomme, slik at enheten startet med å få pasienter før alt egentlig var klart.

Det kom også lindrende pasienter allerede første uka, da de ansatte var opptatt med opplæringsdagene. Dette var ikke helt slik en hadde ønsket seg en start, men de ansatte tok tak og fikk tatt hånd om pasienten på en god måte.

Det var heller ikke lege på plass ved oppstart og dette var en utfordring.

Ellers gikk oppstarten relativt smertefritt. Sykepleier 1, som var ny i kommunen, ser i ettertid at det kunne vært fint og jobbet en periode i rehabiliteringsenheten for å få erfaring med gjennomføring av de ulike møtene og også trening med å bruke dokumentasjonssystemet, Gericia.

At mye var planlagt, med møtestruktur og prosedyrer på forhånd påpekes som avgjørende for at oppstarten gikk så bra.

Her var alt klart, det var lett å begynne – ikke mange løse tråder her. Imponerende forarbeid!

Det ble lagt ned litt ressurser i å få de ansatte i avdelingen til å bli et velfungerende team. Det var mange sterke fagpersoner som var vant til å jobbe selvstendig og å ha eneansvar, som nå skulle fungere sammen i et team. Dette arbeidet startet som en del av de innledende opplæringsdagene.

Videre måtte gruppen bruke tid på å bli kjent med hverandre og hverandres kompetanse. De måtte bli trygge på hverandres vurderinger og trygg på at arbeidsoppgaver ble utført når de var fordelt. Dette tok litt tid, men nå fungerer gruppen godt. Som en av de ansatte sier:

Vi kan mye til sammen og vi lærer mye av hverandre. Vi er ulike og i løpet av året har vi blitt kjent med hverandre og bevisst på hverandres sterke sider – og det å bruke dem. Det er godt – det gir en positiv helhet på avdelingen.

## 3.3 PASIENTFLYT

### 3.3.1 SYSTEM FOR INNTAK

Det er tjenesteenheten (bestiller) som tildeler plass i lindrende enhet. Etter en tid ble det bestemt at en skulle ha to saksbehandlere som særlig behandlet søknader knyttet til kreftpasienter, slik at de kunne få økt kompetanse på denne pasientgruppen.

Tjenesteenheten mottar informasjon fra kreftkoordinator om pasienter som ligger på sykehuset og som er aktuell for en plass på lindrende enhet. Tjenesteenheten drar så selv og foretar en kartlegging av pasientene på sykehuset. De mottar også søknader fra hjemmetjenesten.

Før tildelingsmøte har tjenesteenheten møte med sykepleier 1 på lindrende enhet, hun har med seg informasjon om pasientene og vurderingene som blir gjort på tverrfaglig møte hver mandag. På tildelingsmøtet er avdelingsledere og sykehjemslege tilstede. De går gjennom søknader og vurderinger og prioriter hvem som skal få plass eller forlenget opphold.

Det er noe frustrasjon rundt informasjonsflyten fra enheten inn i tildelingsmøtet. Det kunne vært ønskelig at sykepleier 1, som kjenner pasientene og har deltatt i den faglige diskusjonen kunne delta i tildelingsmøtet. På grunn av taushetsplikt og at en i et tildelingsmøte går gjennom mange pasienter har man bestemt at det kun er avdelingsleder som skal være representert.

Legen på lindrende enhet syntes også det var frustrerende i starten å ikke ha påvirkning på hvilke pasienter som kom til enheten:

De pasientene vi får opplever jeg som rett, men jeg vet lite om de vi ikke får...

Det uttrykkes stort sett enighet rundt de tildelingene som gjøres. Det har i noen tilfeller vært utskrivning fra den lindrende enheten som personalet der ikke har vært helt fortrolig med.

Vi har hatt noen episoder der jeg og sykepleierne ikke har hatt en god følelse, jeg som ansvarlig lege føler meg maktesløs. De gangene har jeg vært lojal mot systemet, men det går en grense et sted

Fra administrasjonen er det stort fokus på at lindrende skal være et korttidstilbud. Man må være flink til å tenke og planlegge tilbake til hjem fra starten av. Det påpekes at det er viktig at de ansatte i enheten er kjent med det tilbudet som er ute i hjemmetjenesten, slik at de kan føle trygghet ved utskrivelse, og formidle dette til pasientene.

Kreftkoordinatoren spiller en viktig rolle i å identifisere pasienter som kan være aktuell for lindrende enhet. Hun har oversikt over pasientene på sykehuset og gjennom kontakten med kreftkontaktene over de som er hjemme. Hun har dermed muligheten til å være litt forut og informere enheten i forkant hva som kan ventes i tiden fremover. Hun er også sentral i å styre de rette pasientene til enheten.

Det å finne rette pasienter har vært en utfordring, tjenesteenheten har stadig fått tilbakemelding om at «dette er ikke rett pasient» - men hvem er den rette pasienten?

### 3.3.2 RETT PASIENT

Begrepet «rett pasient» dukker stadig opp i intervjuene. De ansatte definerer rett pasient som:

At det er pasienter der vi får brukt vår kompetanse og der vi har noe å bidra med, slik at det ikke bare blir oppbevaring

Det var definert målgruppe for enheten før oppstart og det hadde vært dialog med tjenesteenheten. Likevel opplevde enheten at tjenesteenheten i starten ikke hadde klart for seg hvilke pasienter som skulle til lindrende enhet, det har blitt bedre etter hvert.

Mange av pasientene føler jeg er rette, er litt spørrende når vi stadig får tilbakemelding på at det ikke er rett pasient. Får ikke klart svar på hvem dette er. Hvor vi skal finne dem vet ikke jeg



Enheten må nok regne med å ha mange eldre med komplekse helseproblemer, det er viktig å huske på at det er mye god palliasjon i god omsorg

Det er litt varierende hvor mange pasienter kommunene til enhver tid har, med behov for plass på lindrende enhet. I perioder er det stort trykk, mens i andre perioder er det roligere. I rolige perioder prøver tjenesteenheten å finne pasienter som har behov for et tilbud, og som kan ha glede av tilbudet på lindrende enhet – selv om pasienten i utgangspunktet ikke søkte om plass på den lindrende enheten.

Enheten er åpen for alle som har et lindrende behov, det er behov og ikke diagnose som skal være avgjørende ved tildeling. En ser imidlertid at det stort sett er kreftpasienter som kommer på enheten. Både kreftkontaktene, som har en bred kontaktflate mot brukere som er hjemme og tjenesteenheten som mottar alle søknader ser etter andre pasienter som kan være aktuelle for lindrende enhet, men finner ikke så mange.

...jeg er litt stresset på at plassene brukes riktig, men jeg tørr gå god for at det ikke er andre pasienter i sykehus eller hjemme som burde vært på den lindrende enheten

Man opplever at pasienter som har behov for annen plass i sykehjem og særlig langtidsplass blir liggende unødvendig lenge på lindrende enhet. Dette oppleves som frustrerende, særlig med tanke på andre pasienter som da ikke kan få et tilbud. Det er viktig å holde rotasjonen i enheten oppe, begrenset tilgang på andre korttidsplasser og ikke minst langtidsplasser i kommunen oppgis som en utfordring.

Kreftkontaktene kan noen ganger undre seg over personer fra hjemmetjenesten som ikke får plass i enheten og opplever noen ganger ventetid for å få inn sine pasienter. De opplever likevel at pasienter fra hjemmetjenesten i større grad havner på den lindrende enheten enn på sykehus og de opplever dette som et bedre tilbud for pasientene.

### 3.3.3 SAMHANDLING

#### ***Samhandling med sykehuset***

##### *Sengepostene*

Sykehuset uttrykker at det nå er lettere å skrive denne pasientgruppen ut til kommunen, det går raskere og de føler seg trygg på at pasientene får et godt tilbud.

På enheten kan de fortsette den behandlingen vi har startet her, slik trenger ikke pasientene være ferdigbehandlet når de skrives ut.

Kreftkoordinator er et viktig kontaktpunkt mellom sykehuset og kommunen. Sykehuset kommenterer at de ser at de kan bli bedre på å sende fullstendig informasjon om pasientene til kommunen. Samtidig etterlyser de klarere rutiner for hva som skal med, slik at sykehuset sender den samme dokumentasjonen uavhengig av hvem som er på jobb. Enheten ønsker mer dokumenter enn sykehuset vanligvis gir ut, som blodprøvesvar og kurver. Sykehuset ønsker en formell henvendelse der dette blir avklart, og en får på plass en formell rutine eller avtale. Det kunne også vært ønske fra sykehuset og i større grad hatt dialog direkte med enheten. Slik det er i dag forholder de seg hovedsakelig til tjenesteenheten. De ansatte på sengeposten kunne også ønske at det ble opprettet faste treffpunkt mellom sengeposten og enheten for dialog og videre utvikling av samhandlingen.

Avdelingen opplever samhandlingen med sykehuset som grei, men kommenterer at det av og til kan mangle opplysninger og at kommunikasjonen kanskje kunne vært bedre. At ansatte på sykehuset var på omvisning i enheten oppleves positivt:

.. det hjelper på samhandlingen når de har et bilde av hvordan det er her på enheten.

Det at legen jobber delt stilling mellom kommunen og sykehuset letter også samhandlingen. Han kan ta med seg informasjon og røntgen svar når han kommer til enheten. Han kjenner også sykehuset og personer der godt slik at det er lett å ringe ved behov.

Det har ikke vært jobbet videre for å få på plass en formell samarbeidsavtale med sykehuset. Det er litt

ulikt hvordan informantene ser på dette, noen kunne ønske en formell avtale, mens andre ikke ser behov for det og syntes det kan bli problematisk med mange små særavtaler. Det jobbes med å få på plass rutiner knyttet til kontakten mellom enheten og sykehuset ved behov for medisinsk hjelp (innsetting av sentralt venekateter, for eksempel). Behovet for avtale ville kanskje vært større om legen ikke jobbet i en delt stilling.

#### *Palliativt team*

Enheten har hatt noe kontakt med palliativt team dette første året. Palliativt team har vært på omvisning i enheten og har også ved noen tilfeller vært på visitt til pasienter de har fulgt opp på sykehuset. Det har også vært et samarbeidsmøte mellom palliativt team og enheten der man diskuterte ulike samarbeidsspørsmål.

Det har i løpet av året vært utskiftninger av ansatte i det palliative teamet på sykehuset. Enheten har opplevd at det «nye» palliative teamet har hatt behov for å gå seg litt til. Enheten har derfor ikke følt stort behov for å ta kontakt med faglige spørsmål. Noen kommenterer imidlertid at det kunne vært ønskelig med mer kontakt og rådspørring, kanskje særlig på legesiden.

#### ***Samhandling med hjemmetjenesten***

Samarbeidet med hjemmetjenesten retter seg i hovedsak mot kreftkontaktene. Arena for samarbeidet er i hovedsak samarbeidsmøte som arrangeres for å planlegge utskriving av pasienter. Kreftkontaktene er glad for at de blir invitert inn til dette møtet og prioriterer å dra dit. Har ikke kreftkontakten selv mulighet stiller en annen fra hjemmetjenesten i stedet.

Kreftkontaktene er også veldig fornøyd med dokumentasjonen som følger pasientene ved utskrivelse fra enheten. De opplever at den er bedre og legger bedre til rette for videre tjenester i hjemmet enn dokumentasjonen som følger pasientene som kommer fra sykehus. Ved innleggelse i lindrende enhet kan hjemmetjenesten også følge pasienter fra hjemmetjenesten på Geric, noe som gjør det lettere

å være oppdatert på hvilken behandling pasienten har fått under oppholdet på lindrende enhet og hvordan pasientens funksjonsnivå er ved utskrivning. De ansatte i enheten mener samarbeidet til tider kan by på utfordringer. De opplever at det er forskjell på sonene i hjemmetjenesten, kanskje på bakgrunn av ulike kompetanse. Noen soner gir uttrykk for at ting er vanskelig i utgangspunktet, mens andre møter med holdningen «dette skal vi få til». Den lindrende enheten prøver å være på tilbudssiden både når det gjelder opplæring knyttet til teknisk utstyr, hospitering og hjelp på telefon. De undrer seg litt hvorfor hjemmetjenesten ikke ringer oftere. En tanke er at avstanden er for stor og at man ikke kjenner hverandre og hverandres prosedyrer godt nok. Kreftkontaktene sier de vet at de kan ringe, men at de i liten grad har følt behov for det. De peker på at det også i hjemmetjenesten er mye erfaring og kompetanse og at de føler at de mestrer mye selv.

### ***Samhandling med sykehjem***

Overflytting til annen sykehjemsplass går ofte fort, når en plass blir ledig. Enheten har derfor ikke samme rutine for samarbeidsmøter med sykehjem. Pasientene sendes da med tverrfaglig rapport til nytt sykehjem, uten planleggingsmøter på forhånd. Sykehjemmene står fritt til å ringe den lindrende enheten ved spørsmål, men dette skjer i liten grad.

Overordnet har avdelingslederne i seksjon sykehjem felles lederfora der ulike saker diskuteres. Lederne ved andre sykehjemsavdelinger kan ta opp ting knyttet til lindrende enhet med avdelingslederen der ved behov.

### ***Samhandling med ulike ressurspersoner***

Samarbeidet med kokken og kjøkkenet fungerer godt. De lager små retter til en kaldmatstralle som de ansatte kan trille inn til pasientene for servering mellom måltidene. De ansatte på kjøkkenet er flinke til å tilpasse seg enhetens ønsker. Kokken kommer også med gode innspill knyttet til mat og ernæring i det

tverrfaglige møtet.

Presten er også en viktig ressursperson i enheten, både gjennom deltagelse i tverrfaglig møte og ved tilkalling. Det at hun sitter i det tverrfaglige møtet gjør at de ansatt lett tenker på muligheten for å tilkalle prest ved behov. Presten er veldig tilgjengelig noe enheten setter stor pris på.

Det savnes et mer utstrakt samarbeid med sosionom og psykiatritjenesten. Dette er tjenester de ser stort behov for i enheten. De har benyttet sosionom på sykehuset, men det er begrenset med kapasitet her. En kunne ønske en fast kontakt på NAV som det var mulig å henvende seg til, men dette har vist seg vanskelig og en har ikke klart å etablere et samarbeid her. Enheten har hatt kontakt med psykiatritjenesten i kommunen, men ser at det er begrenset med ressurser her slik at det ikke blir så lett å ta kontakt.

### ***Samhandling med fastlegen***

Det er relativt liten kontakt mellom fastlegene og enheten. Det har ikke vært jobbet konkret med kontakten med fastlegene, men både ansatte i enheten og kreftkontaktene i hjemmetjenesten kunne ønske at det var en nærmere kontakt. Kreftkontaktene er avhengig av et godt samarbeid med fastlegen for å gi et godt tilbud til pasientene og mener at en tettere dialog mellom lindrende enhet og fastlegene kunne være med å legge til rette for bedre samarbeid rundt pasientene etter utskriving. Det har også vært tilfeller der fastleger, som har følt seg usikker på de høye dosene med smertestillende som er skrevet ut på lindrende enhet, har redusert dosen med uheldig utfall. Slike episoder kunne vært unngått med en tettere dialog.

I spesielle tilfeller har fastlegen vært innkalt til samarbeidsmøte, men dette gjøres ikke som fast praksis. De ansatte i enheten mener at det uansett vil være vanskelig for fastlegene å møte på disse møtene. Legen på enheten opplever at dialogen med fastlegene er god nok. Han har kollega – telefonliste og opplever at det er lett for ham å ta kontakt ved behov.

## 3.4 KVALITET

Kvalitet er ett begrep med ulike dimensjoner, i siste instans er kvalitet knyttet til resultatene av virksomheten som utføres. Kvalitet oppleves forskjellig av de ulike gruppene som er knyttet til helsetjenestene. Kvalitetsbegrepet på velferdsområdene kan deles i ulike dimensjoner: *pasientkvalitet*, *profesjonell kvalitet* og *ledelseskvalitet* (Øvertveit 1992).

I denne rapporten deler vi kvalitet inn i faglig kvalitet og systemkvalitet. Den faglige kvalitet går på det å mestre sine oppgaver og ha god nok kompetanse slik at medarbeiderne leverer en ytelse, som lever opp til de faglige krav som stilles til god kvalitet i pasientmøtene.

Systemkvalitet omhandler strukturene som er rundt pasientmøtene for å sikre at disse er gode, og at en får mest mulig igjen for de ressursene man setter inn. Dette dreier seg om prosedyrer, dokumentasjon, organisering og ledelse.

Dimensjonen knyttet til brukeropplevd kvalitet omhandles i kapittel 4.7.

### 3.4.1 FAGLIG KVALITET

Når en spør om kvalitet tenker informantene i første rekke på pasientopplevd kvalitet. Det legges vekt på at enheten har høy kompetanse og et personal med mye erfaring som gir en trygghet pasienten kan merke. De opplever at målsetningene som var satt for opphold i enheten oppfylles og at de utøver individuelle pleie til den enkelte pasient, og at de har tid til å gjøre det ordentlig.

Utfra tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende og observasjoner de selv gjør vurderer de at kvaliteten i enheten er god.

En viktig faktor for å føle at en yter god omsorg, er å ha nok tid. Både tid i pasientmøtene, både til stell og samtale, men også tid til å ha faglige diskusjoner og fylldige rapporter.

Vi har tid til å bruke den tiden det tar. I dag for eksempel hadde vi tid til å stelle neglene til en pasient, og da får man samtidig en god prat, litt ekstra tanker om hvordan de har det. At vi har tid til å sitte der i kanskje to timer og bare være der. Det er kvalitet jeg setter pris på, og jeg opplever at pasientene også setter pris på dette.

Godt å ha den tiden til å diskutere, hva er vi frustrert over, hvordan går i videre?, hva er det du ser og hva ser jeg?, også får vi diskutert. Vi diskuterer og snakker mye sammen!

Det pekes på at kompetanse er viktig for å yte god faglig kvalitet. De ansatte føler at de har god kompetanse og at de lærer av hverandre. De syntes også opplæringsdagen i starten var nyttig og har hatt betydning på kvaliteten i avdelingen.

..det er jo det med stadig å søke ny kunnskap og jobbe med den og holde hverandre oppe

Det pekes også på at det er viktig at enheten får mulighet til å utvikle sin kompetanse innen palliasjon videre, både for sykepleie og lege. Dette er viktig både for å kunne yte best mulig tilbud, men også for å beholde og rekruttere ny kompetanse i avdelingen. Det arbeides nå med å lage en videre kompetansepakke for ansatte i enheten som vil inneholde deltagelse på ulike faglige møter og konferanser samt direkte undervisning.

Sykepleierne i enheten er bevisste på å søke ny kunnskap når det oppstår situasjoner og spørsmål som krever dette. De oppgir at de flittig bruker elektroniske ressurser som Helsebiblioteket.no og Kunnskapsegget.no. De finner også en del informasjon ved søk på Google.

De er godt kjent med bruk av ESAS kartleggingsskjema og opplever dette som et godt verktøy, særlig til å få kartlagt problemer som ikke er knyttet til fysiske smerter. Samtidig erfarer de at det kan være vanskelig å få gjennomført kartlegging slik det i utgangspunktet var tenkt. Noen ganger tar det for lang tid før en får gjort en første kartlegging, men i de fleste tilfeller er det at det blir med denne ene, selv om pasientene oppholder seg i enheten over en relativt

lang periode. De ser at ESAS kunne vært et egnet verktøy for å vurdere effekt av tiltakene de setter inn, men opplever at det kan være vanskelig å gjennomføre. På spørsmål om hvorfor det er slik, blir pasientenes almentilstand oppgitt som en viktig årsak. Det føles belastende å skulle «utsette» pasienten for enda en kartlegging. Personalet opplever at de i stor grad klarer å vurdere pasientens tilstand på skjønn, uavhengig av en kartlegging. De kommenterer at det hadde vært lurt om man i større grad dokumenterte de refleksjonene man gjør knyttet til gjennomføring av ESAS, da hadde det vært lettere å følge med på om kartlegging var avglemt eller om man faktisk hadde vurdert at det ikke var gjennomførbart.

Å ha tilgang på tverrfaglig kompetanse blir også formidlet som viktig. Det at en har dyktige fagpersoner med ulik kompetanse og som ser ulike behov hos pasientene gir bedre kvalitet. Hjemmetjenesten trekker frem bidraget fra fysioterapeut og ergoterapeut som spesielt viktig.

Det at de fleste jobber i store stillingsbrøker trekkes også frem som viktig for kvaliteten. Det gir god kontinuitet i pleien og sikrer at pasientene ikke får så mange personer å forholde seg til. Flere trekker frem at det er positivt at personalet blir så godt kjent med pasientene.

Samtidig påpekes det at vaktbelastningen for sykepleier for å gå ettermiddag og kveldsvakter er større enn de har vært vant til tidligere. De ser samtidig at dette er et nødvendig resultat av å skulle være få sykepleiere i store stillingsbrøker, for å gi pasientene best mulig kontinuitet. Men dette er et punkt det kan være viktig å ha fokus på i forhold til å beholde kompetanse.

### 3.4.2 SYSTEMKVALITET

Det uttrykkes større utfordringer knyttet til systemkvalitet enn til faglig kvalitet.

Det var utarbeidet mange prosedyrer for enheten før oppstart, både på bakgrunn av prosedyrer ved



rehabiliteringsenheten og rene fagprosedyrer som ble innhentet fra sykehuset. Å implementere alle de skriftlige rutiner har vært en utfordrende oppgave som en fremdeles jobber med. De ansatte påpeker at det er lettere og mer lystbetont å ta i bruk de mer medisinsktekniske rutinene. Rutiner for gjennomføring av møter og lignende føles litt overflødig – dette føler de at de kan. Samtidig syntes de det er nyttig å ha rutinene å vise til når man har studenter i avdelingen. Det er punkter i rutinene som ikke er fulgt, eller som fremdeles ikke er implementert. Dette gjelder særlig i forhold til bruk av individuell plan, bruk av ESAS, utarbeidelse av tiltakstre og oppdatering i IPLOS.

Under planleggingen ble det lagt vekt på at en skulle benytte individuell plan som arbeidsverktøy i enheten. Dette har de ikke kommet i gang med. Det er nå referat fra målsamtalen og den tverrfaglige rapporten som sendes med pasientene ved utskrivelse som fyller funksjonen en individuell plan skulle hatt.

Det har i oppstartfasen ikke vært ført avvik når en ikke har fulgt prosedyrer. De avvik som er meldt er knyttet hendelser til der det har skjedd feil som har fått direkte følger for pasientene, for eksempel feil knyttet til medikamenthåndtering. Når det blir meldt avvik går disse videre til avdelingsleder, ved behov sender hun videre oppdrag til fagsykepleier om opplæring eller lignende og når dette er gjennomført lukkes avviket.

Spørsmål og utfordringer rundt rutiner, organisering og arbeidsmåter i avdelingen meldes til sykepleier 1 som samler disse til et arbeidsgruppemøte annenhver uke. Her diskuteres saker som er knyttet til arbeidsprosessene, en jobber med prosedyrer og tar tak i ting som ikke fungerer og er slik et forum for kontinuerlig kvalitetsarbeid.

Dokumentasjon pekes på av alle som en utfordring. Da enheten startet var det mange nye tilsatte som ikke kjente kommunens dokumentasjonssystem. På introduksjonsdagene ble det gitt noe opplæring i systemet, men dette har ikke vært tilstrekkelig for at de ansatte behersket Geric ved oppstart. Det at det var mange nye gjorde også at det var få eller

ingen og spørre når man følte seg usikker i forhold til dokumentasjon.

Generelt blir Gerica trukket frem som et tungvint og lite formålstjenlig system av de fleste informantene.

Sykepleierne uttrykker at de ønsker å dokumentere godt. De syntes imidlertid det er vanskelig å få plassert ulik informasjon under rett kode i Gerica. Dette gjør at de skriver mye sammenhengende tekst knyttet til pasienten. De opplever også at det kan være vanskelig å finne igjen informasjon og at de må lete gjennom mange ledd for å komme til informasjonen de ønsker.

Dokumentasjonen brukes imidlertid aktivt, ved at en åpner Gerica på morgenen og leser hva som ble dokumentert i går. De ansatte følger også med på om det er noe fra fysioterapeuten de skal følge opp, slik som gangtrening e.l.. Gerica er også en viktig informasjonskilde for fysioterapeut og ergoterapeut som ikke deltar på rapporter i avdelingen. Det blir uttrykt at de finner mange av opplysningene de har behov for, men ikke alt. Det er da enkelt å spørre sykepleieren etter ytterligere opplysninger. Det har imidlertid ikke vært tatt opp og diskutert hva dokumentasjonen skal inneholde – og hva den eventuelt ikke skal inneholde, og hva de ulike yrkesgruppene har behov for å finne av informasjon.

Manglende oppdatering av IPLOS skyldes i stor grad at det blir avglemt. De ansatte uttrykker også en terskel for å gjøre IPLOS vurderingene – de syntes det er utfordrende å skulle uttrykke seg med et tall på en skala: « ..- et tall, det sier ikke så mye. Vi beskriver det nok heller med ord i rapporten.»

De ansatte i enheten fremstår som en autonom gruppe. De ønsker i stor grad å disponere dagen selv og gjøre egne prioriteringer av oppgaver. De uttrykker at de ikke ønsker en fast oppgavefordeling av praktiske gjøremål (slik som de har på rehabiliteringsavdelingen), men ønsker å gjøre dette når de har tid, og opplever at dette fungerer godt – «..vi får jo gjort det vi skal hver dag». De vil også gjerne ha stor innflytelse på pasientbehandling og organisering av enheten.

Enheten har en avdelingssykepleier, felles med rehabiliteringsenheten. Hun har det formelle lederansvaret for avdelingen. Sykepleier 1 jobber i enheten og har det faglige ansvaret. Det er en formell rolleavklaring mellom de to funksjonene, men det kan virke som om det er noen uklarheter knyttet til forventninger og ansvar fra ansatte og andre.

### 3.5 KOMPETANSESPREDNING

Enheten har hatt behov for å ha fokus på å få driften på plass dette første året. Det har derfor ikke vært satset på kompetansespredning i nevneverdig grad. Noe har det imidlertid vært. Legen, som har avsatt tid i sin stilling til kompetansehevende tiltak, har hatt undervisning ute ved flere av omsorgssentrene. Dette oppleves positivt og kreftkontaktene gir tilbakemelding om at det er letter å møte opp på undervisning når det skjer lokalt – isteden for på rådhuset.

Det har også vært gitt en del opplæring til ansatte i hjemmetjenesten i forbindelse med utskrivning av pasienter, dette er særlig knyttet til bruk av medisinskteknisk utstyr. Hjemmetjenesten er glad for denne muligheten og uttrykker at det er avgjørende for at de skal kunne ta enkelte pasienter hjem. Samtidig ser de at opplæringen kanskje kan gå litt fort og at det kreves trening og repetisjon før det sitter i fingrene.

Det foregår også noe kompetanseoverføring i forbindelse med samarbeidsmøter og ved at hjemmetjenesten kan ringe enheten ved behov.

Kommunen har en sentralt organisert internundervisning. Lindrende behandling er tema 2–3 ganger pr. halvår. Det er kreftkoordinatoren som organiserer disse forelesningene. Her er det litt gjensidig misnøye, enheten ville gjerne blitt spurt om å bidra med forelesninger og kreftkoordinator ville gjerne at enheten i større grad skulle vise interesse og komme med innspill i forhold til tema.

En har også startet opp internundervisning på

Haugtun, der legen foreleser om ulike kreftdiagnoser. Dette er i første rekke et tilbud til de ansatte i enheten, men resten av sykehjemmet er også invitert. En ser imidlertid at det er få personer som har mulighet for å møte på undervisningen, det er i utgangspunktet ikke så mange personer på jobb og det er vanskelig for mange å gå fra enheten samtidig. Det har vært utfordrende å finne et tidspunkt som kan passe. Den lindrende enheten har en annen «døgnrytme» enn de andre avdelingene med rolige morgener. For enheten hadde det vært mest gunstig og hatt undervisning på morgenen, mens dette passer dårlig for resten av huset.

Det har også vært en del spredning av erfaring knyttet til etablering av lindrende enheten. Flere kommuner har vært på besøk, de har tatt kontakt direkte med enheten eller via Utviklingssenteret.

Ledelsen på enheten er tydelig på at det ikke finnes ressurser i enheten for å drive utadrettet virksomhet og at videre utvikling av kompetansespredning må løftes høyere opp i administrasjonen. En tenker seg muligheten for å organisere dette som et prosjekt og eventuelt søke ekstern finansiering.

De ansatte på enheten er imidlertid mer åpen for at det finnes muligheter innafor de rammene man har i dag, men at man må jobbe med å finne en egnet form. De er ivrige på å spre sin kompetanse både til resten av kommunen, men også til andre kommuner. De lufter tanker om å prøve ut andre formidlingsformer som videoundervisning.

Det er en klar forventning fra andre rundt enheten at det vil være rom for kompetansespredning innenfor nåværende rammer. Det er et stort ønske at enheten kunne hatt noe mer utadrettet virksomhet, at de kunne reist på hjemmebesøk til pasienten etter utskriving og hatt dialog og eventuelt «bedside teaching» av hjemmetjenesten hjemme hos pasientene. Det er viktig for enheten å være synlig. Det blir også påpekt at det kan være nyttig for enheten å gjøre seg litt mer kjent i hjemmetjenesten og at det kan være en god modell at de hospiterer ute likeså godt som hjemmetjenesten kan hospitere på enheten.

Det blir også luftet at det kunne vært fint og hatt med en fra lindrende enhet inn i kreftkontakt nettverket. Da kunne vedkommende delta i casegjennomgangen og komme med sine innspill i forhold til pasienter i hjemmetjenesten. Dette kunne også være en fin mulighet for å synliggjøre kompetansen i den lindrende enheten og i større grad klargjøre hva de har å bidra med av kompetanse ut.

Det pekes også på at det er viktig for enheten å tenke videre spredning til de andre sykehjemmene, her er kanskje behovet enda større enn i hjemmetjenestene der en har kreftkontaktene.

Det er stor forståelse for at enheten har hatt behov for å ha fokus på drift det første året, men det påpekes at det er viktig å nå komme i gang med noe organisert kompetanseflyt før det har gått for lang tid og at det er viktig at enheten engasjerer seg i dette.

### 3.6 ØVRIGE ERFARINGER

En opplever at det er stort rehabiliteringspotensial hos mange av pasientene. Det er stort fokus på rehabilitering i enheten og en jobber bevisst med motivasjon for bevegelse. Man ser at dette har positiv effekt. Samtidig har man respekt for de som ikke ønsker trening – da er det mer fokus på velvære og massasje.

En har opplevd gode pasientøyeblikk; som når pasienter som her vært sengeliggende orker å stå opp, og til og med bli med på kunstutstilling. Det å være samlokalisert med rehabiliteringsenheten er positivt, og enheten opplever at det kommer gode innspill derfra i refleksjonsgruppen, selv om pasientgruppene er ulike. De opplever også at noen pasienter kan oppleve det positivt at det er noe «friskt» også. En prøver å oppfordre pasientene på den lindrende enheten som har mulighet, til å delta på stol-trim ved rehabiliteringsavdelingen. Noen pasienter har også gått dit for å spise, for å ha selskap ved bordet.

Det er stor forskjell på stemningen i avdelingen avhengig av pasientene som er der. Det kan være utfordrende når man har noen som har ønske om aktivitet, som kortspill eller yatzy, men så er det ingen å spille med. De ansatte opplever generelt at menn er mer sosiale enn damer. Det er samtidig stor forståelse for at pasienter ønsker å være på rommet sitt, men man prøver å motivere til å spise i stuen – de ansatte ser at pasientene spiser bedre da.

Det er bygget opp et flott tilbud til kreftpasienter i kommunen. Flere kommenterer imidlertid at det foreløpig er litt for tette skott mellom de ulike kompetansemiljøene. Det blir kommentert at en i større grad hadde tjent på å tenke at vi skulle være gode sammen. Flere kommenterer også taushetsplikten som litt hemmende. Det hadde vært ønsket at man i større grad kunne diskutere pasienter på tvers av de ulike tilbudene i kommunen. Det oppleves som om det hadde vært til det beste for pasientene.

Det er også et ønske fra kreftkoordinatoren å være tettere på enheten. Hun savner å være del av et fagmiljø og hadde ønsket å være samlokalisert med enheten.

Ledelsen i kommunen mener lindrende enhet er et viktig trekk i forhold til å møte kravene i samhandlingsformen. Den gjør kommunen i stand til å hindre innleggelser i sykehus, og ta krevende pasienter ut av sykehuset når de er ferdigbehandlet – og gjerne før.

Det blir også sagt at om en skal få til noe i kommunen, utover basal pleie og stell, må en satse litt ekstra. Det er viktig med god bemanning for å kunne gi gode pasienttilbud. Det å satse ekstra i lindrende enhet kan jo også genere et mindre behov i hjemmetjenesten enn om man ikke hadde hatt et slikt tilbud.

Kreftkontaktene ytrer sterkt ønske om en akuttseng i enheten. Det å ha mulighet for å legge pasienter raskt inn i enheten ved behov, kunne gitt en ekstra trygghet når en har svært dårlige pasienter i hjemmetjenesten. De opplever i dag at de i en del tilfeller må stå i kø med sine pasienter til lindrende enhet.

Det ble før oppstart informert aktivt om enheten og tilbudet den skal gi både til fastleger, hjemmetjenesten sykehjemmene og sykehuset. Det har også vært flere positive oppslag i avisen. Det blir likevel påpekt at det fremdeles er behov for mer informasjon både til fastleger og til befolkningen generelt. Hjemmetjenesten opplever, til en viss grad, at enheten blir sett på som et siste stoppested, og at dette hindrer pasienter som kunne hatt nytte av tilbudet å søke plass på enheten.

### 3.7 ERFARINGER FRA PÅRØRENDE

De pårørende representerer tre ulike pasientforløp.

- Et forløp der en kreftpasient bor hjemme og får etter hvert større behov for hjelp enn hans pårørende kan håndtere. Kommunen anbefaler plass på lindrende enhet. Pasienten kommer inn og blir liggende relativt lenge før han skrives videre til en langtidsplass.
- Et forløp der det er en kreftpasient som raskt blir dårligere. Familien har kontakt med kreftkontakten i sin sone. De pårørende vurderer i samråd med pasienten at nå trenger de en plass på lindrende enhet. De får rask avklart, gjennom kreftkontakten, at pasienten kan få plass på lidende enhet og han skrives inn få dager senere. Han blir på enheten til han dør, noen uker senere.
- Et forløp der en pasient, i en litt rolig periode for enheten, får tilbud om opphold. Pasienten har ulike helseplager, både fysisk og psykisk og også til en viss grad kognitiv svikt.

Alle de pårørende gir svært gode tilbakemeldinger på oppholdet i lindrende enhet. De følte at pasientene fikk god behandling og oppfølging. Det trekkes frem at de ansatte var «søte» og at de, som pårørende, følte seg trygge på den lindrende enheten. De opplevde at både dem som pårørende, og pasienten ble sett og hørt.

De var veldig lydhøre. Vi hadde god kontakt med legen, vi hadde jo stadig spørsmål og han var veldig

imøtekommende når vi ringte. Sykepleierne var også veldig på, følte at ting ble notert og fulgt.

De var enestående med meg også. Ja, de fulgte opp med meg også, spurte hvordan det gikk og fulgte opp.

Det fysiske miljøet på enheten trekkes også frem som positivt at det var store rom, med store vinduer og godt lys og at det var god plass til dem som pårørende.

Et fint sted å være – også fysisk, fine rom, mye lys – det med lyset betyr mye, det at det var så gode vinduer der. Det var utrolig deilig.

For den ene pasienten som kom på enheten sine siste leveuker hadde pårørende et klart bilde av hva den lindrende enheten var. De fikk ikke informasjon om enheten av kommunen før innskriving, men hadde hørt om enheten fra andre og fått informasjon av kreftkoordinator da pasienten tidligere hadde vært på sykehus. De hadde høye forventninger til enheten, at dette skulle være en spesialenhet og at deres pasient skulle bli godt ivaretatt her.

Fra de to andre pårørende uttrykkes det at det i første omgang var behov for en sykehjemsplass. De er mindre fokusert på at dette er en spesialavdeling og de har ingen klare forventninger til at enheten skal yte «noe ekstra». Det viktigste for dem er at deres pårørende fikk et godt sted å være.

Pårørende til pasienten som ble overført fra lindrende enhet til langtidsavdelingen uttrykker at overføringen var en negativ opplevelse. Hun mener at det, i for liten grad, var gitt informasjon til det nye sykehjemmet om pasients tilstand og behov. Dette førte til at de ble tatt i mot på det nye sykehjemmet på en dårlig måte.

Vet ikke hvordan kontakten mellom enheten oppå der og sykehjemmet hadde vært – de kan ikke ha visst hvor dårlig han var(...)

De pårørende opplever tilbudet om fysioterapi og trening på avdelingen som bra. De opplevde at innsatsen og motiveringen rettet mot fysisk aktivitet raskt ble tilpasset pasientens form og ønsker.



På spørsmål om de noen ganger opplevde at møtestrukturen på avdelingen og bruk av kartleggingsverktøy ble for mye for pasientene svarer en at ja, det var det:

–øhhhh, enda et skjema. Ja, det ble mye for ham, det ble mye mas, både fra oss som pårørende og fra enheten. Det er klart har du jobbet mye med skjemaer, så tar du det ikke så alvorlig. Men han var en praktiker og da ble det for mye. Han var høflig og pliktoppfyllende så vi fylte det ut.

Det å oppleve dødsfall i enheten betegnes som en god opplevelse og at de ansatte håndterte dødsfallet og familien på en god måte.

(...)så kom vi ned igjen, hele familien dagen etter. De ansatte fulgte litt med, men jeg tror de så at vi klarte oss selv. Opplevde respekt for oss og at vi ville være alene. De hadde også blitt kjent med oss – tror de skjønnte at vi ville være i fred. Det var sånn vi ville ha det. – Veldig naturlig og fint.

En ting som de pårørende savnet var at de ansatte skulle gitt tydeligere tilbakemelding på at det nærmet seg slutten:

(...)når han døde, vi fikk ikke noe forvarsel. Tenker at en observant sykepleier ville skjönt det, det var jo tegn(...) Hadde vært godt å få beskjed. Det hadde vært fint om de kunne sagt at nå(...) Skulle ønske jeg hadde vært der.

På spørsmål om noe kunne vært annerledes er det eneste som trekkes frem at det kanskje kunne vært mer fokus på eksistensielle spørsmål. Det oppleves som om det er mye kunnskap og fokus på det medisinske, og at andre aspekter kunne vært mer omhandlet.

Så flott at Gjøvik har et slikt tilbud! Det betydde mye for (...) og for meg også.



## 4 DISKUSJON OG INNSPILL TIL VIDERE ARBEID

Gjøvik kommune har kommet godt i gang med sin lindrende enhet. Det er mange mål og forventninger som er innfridd. Først og fremst viser intervjuene at hovedmålsettingen om å yte kvalitativt bedre tjenester for pasienter i en palliativ fase av sykdom og deres pårørende er innfridd. Den lindrende enheten fyller et behov som flere av informantene hadde følt på, i sin daglige oppfølging av lindrende pasienter.

At tjenesten er blitt kvalitativt bedre beror på flere faktorer. Det at kommunen har satset og bevilget ekstra ressurser til denne pasientgruppen har gitt et større handlingsrom. Det har også gjort det mulig å rekruttere personell med høy kompetanse. Enheten har også en naturlig plass i forhold til å yte gode pasientforløp til denne gruppen pasienter. Både pårørende og tjenesteapparatet uttrykker at det at enheten finnes, at de vet at hjelpen er der når behovet kommer, oppleves som positivt og viktig for pasientforløpene.

Vi vil videre se på måloppnåelse innenfor hver av de fire områdene som har vært hovedfokus i erfaringsoppsummeringen.

## 4.1 PASIENTFLYT

For at enheten skulle etablere en god pasientflyt var man avhengig av at tjenestene rundt, både i sykehjem, hjemmetjeneste og tjenestekontoret ble bevisst på tilbudet i lindrende enhet og aktivt leder pasienter til tilbudet. Utfra intervjuene virker det som om enheten har funnet sin plass innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene på en god måte.

Kreftkoordinatoren er en viktig rolle i forhold til å lede aktuelle pasienter til den lindrende enheten, samtidig som hun har et godt oversiktsbilde over denne pasientgruppen i kommunen.

Kreftkoordinatoren har, naturlig nok, fokus på kreftpasienter. Når kreftkoordinatoren har en så viktig rolle i å lede pasienter til enheten, er det viktig at noen, det være seg hjemmetjenesten, fastlegen eller andre er bevisst på å lede andre pasientgrupper til enheten. Det er kjent at kreftpasienter utgjør størsteparten av pasientene med behov for lindrende behandling (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, 2012). Men, enheten har en tydelig målsetning om å være en ressurs også for andre pasientgrupper med lindrende behov. Ut fra intervjuene kan det synes som om det er et større potensial i å utnytte tilbudet i enheten til andre pasientgrupper.

Antallet senger i enheten var begrunnet ut fra anbefalinger i Standard for palliasjon og beregnet i forhold til befolkningstall. Dette gav en forventning om at det var dette var rett sengeantall for å dekke behovet hos denne pasientgruppen i kommunen.

Man opplever at behovet for de lindrende sengene varierer, i perioder er det stort press, mens det i andre perioder kan være roligere. Dette er en utfordring i forhold til pasientflyten. I roligere perioder tilbyr man plass til pasienter som kan ha nytte av et opphold i lindrende enhet, men det primære behovet er en institusjonsplass. Informantene gir uttrykk for at dette er pasienter som ofte blir liggende unødige lenge i avdelingen i påvente av annen institusjonsplass.

Dette er en utfordring i forhold til pasientflyten, man opplever at mer «rette pasienter» da ikke kan få tilbud. Det er jo også et ressurs spørsmål når pasienter i lengre perioder blir liggende på et for høyt omsorgsnivå. Samtidig er det en vanskelig avveining i forhold til å la senger stå tomme i påvente av en «rett pasient». Hjemmetjenesten uttrykker imidlertid stor behov for dette. Det å vite at en på kort varsel kan få plass til dårlige pasienter som de håndterer i hjemmet uttrykkes som en viktig trygghetsfaktor både for personale, pasient og pårørende. En akuttseng står høyt på ønskelisten hos de ansatte i hjemmetjenesten, en ser også for seg at en i burde kunne legge to pasienter på samme rom, for å kunne gi tilbud ved akutte behov.

Man bør jobbe videre med å dokumentere flyten inn og ut fra avdelingen. Dette vil gi gode styringsdata og være et nyttig verktøy for å vurdere behov for tiltak i forhold til pasientflyten. Blir noen liggende for lenge på lindrende enhet? Hvilke pasienter er dette? Hvilken betydning har dette, både økonomisk og i forhold til tilbud av tjenester? Har noen pasienter flere opphold i enheten? Er antallet dødsfall i enheten på et tilfredsstillende nivå?

## 4.2 SAMHANDLING

Det var en forutsetning at en lindrende enhet skulle samhandle godt med enheter internt i kommunen og med andre eksterne samarbeidsparter. I planleggingsperioden jobbet man med å legge til rette for samhandlingsarenaer, avtaler og rutiner for samhandling.

Samhandlingen internt i kommunen består i første rekke i gjennomføring av samarbeidsmøter. Dette er en god samarbeidsarena for samarbeidet med hjemmetjenesten og både personalet i enheten og kreftkontaktene i hjemmetjenesten er godt fornøyd med dette møtet. At det mangler et tilsvarende møte med mulighet for samhandling med de øvrige sykehjemsavdelingene kan være en svakhet. Et slikt

forum kunne vært nyttig, både for gjensidig formidling av informasjon, men også for å formidle kompetanse fra enheten, og behov for kompetanse fra avdelingene i sykehjem.

Samhandlingen med fastlegene er også et område enheten kunne jobbet mer med. Man hadde høye ambisjoner om å bringe fastlegene på banen, men dette har man ikke klart å gjennomføre. Kontakten i dag er på telefon, ved behov. Hjemmetjenesten etterspør tettere involvering av fastlegen, og her kunne enheten hatt en mer aktiv rolle. De ansatte uttrykker at fastlegen ikke inviteres til samarbeidsmøter – «fordi de sikkert ikke har tid til å komme». Samarbeidet med fastlegene er kjent fra mange prosjekter å være utfordrende, men det finnes eksempler på kommuner som har fått det til på en god måte. Å invitere fastlegene til samarbeidsmøter når pasienter skrives ut til hjemmet kan være et godt initiativ. Det kan også være en god arena for fastlegen å bli bedre kjent med enheten og den kompetansen som finnes der.

For å få til god samhandling og en mer «effektiv» bruk av kompetansen på lindrende enhet er det viktig at fagpersoner blir kjent med hverandre på kryss av organisatoriske grenser. Enheten er åpen for at personell både i hjemmetjenesten, sykehjem og fastlegene kan ringe for å få råd og veiledning i vanskelige situasjoner, men dette skjer i liten grad. Noe av dette kan kanskje skyldes at man ikke helt vet hva man kan spørre om. Økt kjennskap er en god metode for å bevisstgjøre rundt hva man kan få hjelp til og å bygge ned tersklene for å ta kontakt. Det er også viktig at man møtes med åpenhet og respekt for hverandres kompetanse. Det gjelder å finne gode arenaer for å bygge slik kjennskap, om det er ved hospitering, deltakelse i kreftkontakt nettverk eller ved å møtes på andre arenaer.

Det er også viktig at kjennskap til enheten brer seg i hjemmetjenesten, utover kreftkontaktene. Kreftkontaktene er personer med kompetanse innenfor lindrende behandling, så sannsynligheten for at den som står på et pasientbesøk og har behov for noen

å rådspørre, vel så godt kan være en annen ansatt i hjemmesykepleien.

Samhandling med sykehuset blir betraktet som bra av begge parter. At flere ansatte i enheten er godt kjent på sykehuset hjelper til på dette. Samtidig er det flere som fremdeles kunne tenkt seg en formell samarbeidsavtale. Sykehuset etterlyser eventuelt en rutine for hvilke dokumentasjon som skal følge pasienten ved utskriving til lindrende enhet.

Samarbeid med NAV og psykiatritjenesten hemmes av mangel på noen å samarbeide med. Det er innenfor disse områdene større behov for involvering enn enheten opplever å få tilgang til fra NAV og psykiatritjenesten. Kontakt med NAV var noe det ble jobbet mye med også før oppstart. Dette ser ut til å være et område som krever kontakt på et mer overordnet nivå for å få til et godt samarbeid.

## 4.3 KVALITET

Det var store forventninger til kvaliteten i avdeling, på en rekke ulike punkter.

### 4.3.1 FAGLIG KVALITET

Denne erfaringsoppsummeringen har, som nevnt, ikke til hensikt å evaluere den pleiefaglige kvaliteten i enheten. Det kan likevel være nyttig å knytte noen kommentarer til strukturer for faglig utvikling. Personalet i avdelingen har høy kompetanse, alle sykepleierne har videreutdanning, enten i onkologi eller palliasjon. De uttrykker stor faglig interesse, særlig for medisinsk-tekniske spørsmål. De oppgir at de diskuterer og deler mye kunnskap og at de aktivt søker ny kunnskap ved behov. Når interessen og kompetansen på å innhente ny kunnskap er så til stede kunne denne kunnskapsinnhentingens kanskje med fordel vært strukturert etter prinsippene i Kunnskapsbasert

praksis (KBP), (<http://kunnskapsbasertpraksis.no/>). Kunnskapsbasert praksis gir redskaper for å utvikle praksis gjennom en systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder. Prosessene i kunnskapsbasert praksis er runddans av refleksjon, spørsmålsformulering, litteratursøk, kritisk vurdering, anvendelse og evaluering. Denne modellen er god i forhold til å jobbe med systematisert og kontinuerlig kompetanseutvikling.

### ***Tverrfaglighet***

Lindrende behandling (palliasjon) kjennetegnes ved at det er en helhetlig tilnærming som omfatter ivaretagelse av både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov. Dette krever tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet 2012). Et viktig element for å oppnå høy faglig kvalitet i enheten er å etablere et velfungerende tverrfaglig samarbeid. I enheten er det ansatt sykepleiere, hjelpepleiere, lege, fysioterapeut og ergoterapeut. Informantene uttrykker at det tverrfaglige samarbeidet internt på avdelingen fungerer godt. De er gode på å utveksle informasjon og å følge opp hverandres kommentarer og tiltak i den daglige pleien.

Gjennom intervjuene kan man imidlertid få inntrykk av at man i stor utstrekning jobber hver for seg. Det er god informasjonsutveksling mellom de ulike aktørene, men man sitter i liten grad sammen og finner kollektive løsninger. Dette kan ha sammenheng med at mye av de faglige diskusjonene foretas i en fyldig morgen rapport der fysioterapeut og ergoterapeut ikke deltar. En kontinuerlig bevissthet knyttet til tverrfaglighet er viktig å opprettholde.

I tillegg til den daglige aktiviteten er det etablert et tverrfaglig møte som skal ha fokus på en tverrfaglig gjennomgang av pasientene i enheten. Annenhver uke er det utvidet møte der kreftkontakten, kokk og prest deltar. Flere av informantene er ikke fornøyd med tverrfagligheten i møtene, flere påpeker at det medisinske fokuset får for stor plass og at det blir for liten tid til for å ha en tverrfaglig diskusjon rundt alle pasientene.



Gjennom tverrfaglig teamarbeid må man håndtere gruppedynamikken som foregår, samtidig som man forholder seg til sin egen yrkesidentitet (Kvarnström 2008). Tverrfaglig samarbeid er avhengig av at en jobber sammen mot felles mål. Tverrfaglige team innen for helsetjenesten har behov for gruppeutvikling på lik linje med team på andre arenaer for å lykkes (Kilgore et al. 2009).

Det kan se ut som om det utvidede tverrfaglige teamet på lindrende enhet har behov for å jobbe noe videre med gruppeutviklingen. Det kan være en ide at en tar opp en diskusjon i gruppen knyttet til form på møtene, fokus i diskusjonene og forventninger til det tverrfaglige samarbeidet.

#### 4.3.2 STRUKTURKVALITET

##### ***Dokumentasjonskvalitet***

God dokumentasjon er et viktig utgangspunkt, både for informasjonsutveksling og tverrfaglig samarbeid. God dokumentasjon er en velkjent utfordring (Aarvåg 1991). Dokumentasjonen har flere formål, den skal være et arbeidsredskap som bidrar til kontinuitet i pleien, den er et juridisk dokument som pasienter har innsynsrett i, og som skal gjøre det mulig i ettertid å vurdere og evaluere den helsehjelpen som er utøvd. Den skal også synliggjøre de pleiefaglige vurderinger, observasjoner og handlinger pleiepersonalet gjør (Moen, Hellesø og Berge 2006). Dokumentasjonen skal i henhold til helsepersonelloven, sikre kvalitet, kontinuitet og pasientsikkerhet. Forskning har vist at sykepleie-dokumentasjon ofte er lite strukturert og ufullstendig (Stokke og Kalfoss 1999, Törnval and Wilhelmson 2008, Gjevjon og Hellesø 2010).

For å kunne produsere god dokumentasjon er en avhengig av at helsepersonell behersker verktøyet de skal dokumenter i, i dette tilfelle Gerica. Systemet kan oppleves tungvint og lite formålstjenlig, men så lenge det er dette systemet man jobber i må det beherskes.

Informantene uttrykker et ønske om å dokumentere godt og grundig, men sier de opplever dette som utfordrende. De føler at de skriver mye tekst, samtidig som det er vurderinger som blir gjort som ikke dokumenteres.

Når det gjelder utforming og struktur på dokumentasjonen er det flere informanter som uttrykker at dette kan være utfordrende. Å ha en felles gjennomgang av dokumentasjon med diskusjon knyttet til utforming, hva som dokumenteres og struktur kan være en god ide. Dokumentasjonen brukes også aktivt i det tverrfaglige samarbeidet, så en felles forståelse av hvilke opplysninger de ulike yrkesgruppene har nytte av i sin jobb, vil også være nyttig. Arbeidsgruppemøtet vil være en god arena for å jobbe videre med dokumentasjonskvaliteten.

### ***Møtestruktur og organisering***

Enheten hadde laget planer for møtestrukturen i enheten før oppstart. Denne har de fulgt. De har etter hvert evaluert bort ett av de planlagte møtene. Informantene gir uttrykk for at de er tilfreds med møtestrukturen som var lagt, og at de ulike behovene for møtepunkter er godt ivarettatt. Utfordringen uttales å være mer knyttet til innhold og struktur i møtene. Flere av informantene gir inntrykk av at de bruker mye tid på møter. Det kan være fornuftig å se på møtestrukturen og innholdet i møtene om man er fornøyd, om møtene utfyller den funksjonen som var tenkt, om det der de rette deltagerne i møtene, er det for mange, eller er det noen som mangler for å oppfylle funksjonen møtet var tiltenkt?

De ansatte i enheten har etablert rutine med en fyldig morgenrapport. Dette fremheves av flere som viktig. Det blir samtidig påpekt at man blir veldig grundig og lett kan snakke seg helt bort. Den lindrende enheten har rolige morgener. Gjennom intervjuene fremtrer denne tiden som «the window of opportunities». Her kan man ha mulighet for å jobbe med faglige spørsmål, kompetansespredning og dokumentasjon. Det kan derfor være nyttig å gjøre

en samlet vurdering av hva denne tiden brukes til. En vurdering av form og struktur på morgenrapporten kan også være fornuftig.

Det er imidlertid en utfordrende balansegang mellom å ha frihet til «å ta den tid ting tar» og det å skulle strukturere tiden i større grad for å kunne utføre større aktivitet knyttet til kompetansespredning og kompetanseheving. Det er en utfordring at man ved organisering har lett for å se etter det som er entydig, klart, avgrenset og enkelt å definere, det som kan stykkes opp måles og kvantifiseres. Det er viktig at arbeidet i den lindrende enheten er organisert slik at det kan skape betingelser for god pleie, noe som er avhengig av betingelser som til enhver tid gjør det mulig å vurdere den foreliggende situasjon (Hamran 1991).

## 4.4 KOMPETANSEFLYT

Det var i planleggingsfasen lagt vekt på at enheten ville ha behov for å komme i gang med daglig drift før det ble satt i verk kompetasespredende tiltak. Det var i utgangspunktet sagt at det første halve året skulle benyttes til oppstart.

Enheten har erfart at de trengte mer enn et halvt år på oppstartsfasen. Det tok tid å få jobbet gruppen sammen. Det var også flere av sykepleierne som holdt på med videreutdanning da enheten startet, slik at disse hadde behov for en del permisjon knyttet til studie.

Enheten har likevel startet med noen aktiviteter knyttet til kompetansespredning, noe som er positivt. Det vil imidlertid være viktig i tiden fremover å ha fokus på hvordan man kan jobbe for å sikre at kompetansen på enheten i større grad blir en ressurs for hele kommunen. Informantene peker særlig på mer kontakt ved opplevde behov rundt i kommunehelsetjenesten som en mulig arena. Å ha hjemmebesøk hos pasienter etter

utskrivelse trekkes også frem som en mulig arena for kompetanseoverføring. En videre idémyldring knyttet til ulike muligheter for kompetansespredning kan bringe på banen andre alternativer. Det finnes også tiltak for kompetansespredning knyttet til andre lindrende enheter som en kan hente ideer fra. For eksempel tilbyr Hospice Stabekk øvrige enheter i kommunen å ta kontakt for planlegging og diskusjon av lindrende pleie knyttet til enkeltpasienter (som ikke har hatt opphold i hospicet) (Høyskel 2011), mens den lindrende enheten ved Boganessykehjem, Stavanger kommune, er et ressurscenter for hele kommunen og tilbyr blant annet palliativt veiledningsteam og undervisning både gjennom kurs og caselæring ([www.stavanger.kommune.no](http://www.stavanger.kommune.no)).

En videre utvikling av tiltak for kompetanseflyt bør ta utgangspunkt både i ideer fra avdelingen, og ønsker og behov fra sykehjem og hjemmetjenester i kommunen. Involvering er en kjent suksessfaktor for vellykket implementering av nye tiltak. Ved å involvere fagpersoner fra andre deler av kommunen i utvikling av tilbudet knyttet til kompetansespredning vil en ha større sannsynlighet for å utvikle et tilbud som vil bli etterspurt.

Det er noe ulikt syn blant informantene om i hvilken grad det er kapasitet innenfor dagens ramme til å drive kompetansespredning. Det er imidlertid en forventning om at en skal få til noe slik aktivitet. Det kan være nødvendig med en avklaring knyttet til i hvilken grad dette fortsatt er en forventning til enheten, innenfor dagens rammer. Det vil også være fornuftig å gjøre nærmere avklaringer knyttet til omfanget av slik aktivitet.

## 5 KONKLUSJON

Kommunen har satsset intensivt i utviklingen av den lindrende enheten. Med bakgrunn i standard for palliasjon er det bygget opp et flott tilbud til kreftpasienter i Gjøvik kommune. Det var høye forventninger knyttet til det å få en godt bemannet spesialavdeling i kommunen. Under planleggingen ble det lagt vekt på at dette skulle bli et «glansbilde» innenfor kommunale helsetjenester. Her skulle man holde faget høyt og ha stort fokus på kvalitet gjennom gode systemer og rutiner.

Erfaringene fra det første året med drift av lindrende enhet viser at oppgaver knyttet til kvalitet, dokumentasjon og samhandling krever fokus og kontinuerlig innsats, også der kompetansen er god og bemanningen høy. Man ser at det enda er et stykke frem til man når alle de mål som var satt for enheten. Det er særlig knyttet til det å være en felles faglig ressurs for kommunen, samhandling, og det å etablere god system kvalitet med bruk av ESAS og IP som fast rutine.

For å få dette til kreves kontinuerlig bevisstgjøring rundt målene. Fortsatt systematisk jobbing knyttet til implementering av strukturer og rutiner er viktig. Fokus på kulturen i enheten er også viktig. Målene som er satt krever en kultur som etterstreber å være en spesialisert enhet, som setter sin ære i å gjøre arbeidet sitt på en god, systematisk og dokumentert måte.

Det er samtidig viktig at enheten føler at den har en kompetanse som er etterspurt og at de er en ressurs for hele kommunen.

Å få til dette er i stor utstrekning avhengig av godt og strukturert lederskap. Både lederskap lokalt i enheten, men også at utvikling og resultater blir etterspurt oppover i systemet.

# LITTERATUR

- Aarvaag T. 1999. Sykepleiedokumentasjon holder sjelden mål. Tidsskriftet Sykepleien, 1999:10.
- Barbour RS and Kitzynger J. 1999. Developing Focus Group Research Politics, Theory and Practice. London: SAGE Publications.
- Den norske lægeforening. 2004. Standard for palliasjon
- Garåsen H, S Kaasa, T Røstad, P Broen. 2005. Spesialiserte korttidsplasser i sykehjem – Trondheimsmodellen Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1503-5
- Gjevjon E, Hellesø R. 2010. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. Journal of Clinical Nursing 19:1, 100-108.
- Hamran T. 1992. Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal Norske forlag
- Helse og omsorgsdepartementet. 2009. Stortingsmelding nr. 47 «Samhandlingsreformen. Rett behandling–rett sted–rett tid»
- Helsedirektoratet. 2007. Samhandling Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter. IS-1521 Rapport
- Helsedirektoratet. 2012. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. IS-1529. Lastet ned fra [www.helsedirektoratet .no](http://www.helsedirektoratet.no)

Høyskel H. 2011. Innlegg på samling for tilskuddsmottakere, Kompetansesenter for lindrende behandling, helseregion sør-øst.

Johannesen A, Tufte PA og L Christoffersen. 2010. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag.

Kilgore RV, Langford RW. 2009. Reducing the Failure Risk of Interdisciplinary Healthcare Teams. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(2):81-88.

Kvale S og Brinkmann S. 2009. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademiske

Kvarnström S. 2008. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional health-care teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2):191-203.

Moen A, Hellesø R og Berge A. 2006. Sykepleieres journalføring Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Oslo: Akribe

Sogstad M. 2011. Lindrende enhet i Gjøvik kommune - fra idé til virkeliggjøring. Høgskolen i Gjøviks rapportserie 1/2011

Steinsvåg AG og Grov EK. 2012. Vi vil, vi vil – og får det nesten til... En evaluering av lindrende enhet som koordinator av det palliative tilbudet i en kommune. Rapport fra Høgskolen i Buskerud nr. 89

Stokke TA & Kalfoss MH. 1999. Structure and content in Norwegian nursing care documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13, 18–25.

Strømskag KE. 2012. Og nå skal jeg dø. Oslo: PAX forlag

Sverdrup, S. Evaluering, Faser, design og gjennomføring. Bergen: Fagboklaget, 2002

Törnvall E & Wilhelmsson S. 2008. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2116–2124.

Øvretveit J. 1992. Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services. Oxford: Blackwell Scientific Publication





