

# RAPPORT RAPPORT

**Vi vil, vi vil - og får det nesten til...**

En evaluering av lindrende enhet som koordinator  
av det palliative tilbudet i en kommune

Anne Grethe Steinsvåg  
Ellen Karine Grov





**Rapporter fra Høgskolen i Buskerud**

**Nr. 89**

**Vi vil, vi vil – og får det nesten til...**

**En evaluering av lindrende enhet som koordinator  
av det palliative tilbudet i en kommune**

**Av**

**Anne Grethe Steinsvåg  
Ellen Karine Grov**

**Drammen 2012**

Tekster fra HiBus skriftserier kan skrives ut og videreformidles til andre interesserte uten avgift.

En forutsetning er at navn på utgiver og forfatter(e) angis- og angis korrekt. Det må ikke foretas endringer i verket. Verket kan ikke brukes til kommersielle formål.

ISBN 978-82-8261-015-5 (online)

ISSN 1893-2312 (online)

## Innhold

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>3</b>
1.1 Oppbygging av rapporten.....	3
1.2 Beskrivelse av Lindrende enhet .....	3
1.3 Beskrivelse av modellen for Lindrende enhet/team.....	5
<b>2.0 Palliative tjenester i Norge – historikk og føringer.....</b>	<b>7</b>
<b>3.0 Metodiske aspekter ved evalueringen.....</b>	<b>9</b>
3.1 Evalueringskriterier.....	10
3.2 Dokumentgransking .....	10
3.3 Fokusgruppeintervju.....	11
<b>4.0 Presentasjon og analyse av data.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Ansattes egnevaluering av Lindrende enhet /team.....</b>	<b>13</b>
4.1.1 Personalets beskrivelse av egen arbeidsplass og arbeidsoppgaver.....	13
4.1.2 Personalets vurdering av befolkningens kjennskap til og syn på Lindrende enhet .....	21
4.1.3 Personalets vurdering av samarbeid med andre .....	22
<b>4.2 Hjemmetjenestens evaluering av palliative tjenester (Lindrende enhet).....</b>	<b>26</b>
4.2.1 Personalets beskrivelse av erfaringer med palliative tjenester i hjemmetjenesten .....	26
4.2.2 Hjemmetjenestens erfaringer med samarbeid knyttet til palliasjon .....	36
<b>5.0 Drøfting .....</b>	<b>44</b>
<b>5.1 Oppsummering - hjemmetjenestens evaluering av Lindrende enhet/team</b>	<b>44</b>
<b>5.2 Tematisk drøfting .....</b>	<b>46</b>
<b>6.0 Evaluering av Lindrende enhet som koordinator av palliative tjenester i NN kommune .....</b>	<b>63</b>
6.1 Hvordan oppfyller Lindrende enhet/team sitt lokale mandat og mål?.....	63
6.2 Hvordan oppfyller Lindrende enhet kravene i Retningslinjer for palliasjon? ..	65
6.3 Anbefalinger for videre arbeid .....	72
<b>Referanser .....</b>	<b>74</b>

- Vedlegg nr. 1 Dokumentanalyse – datamatrise
- Vedlegg nr. 2 Informasjonsbrev Lindrende enhet
- Vedlegg nr. 3 Informasjonsbrev Hjemmetjenesten
- Vedlegg nr. 4 Intervjuguide Lindrende enhet
- Vedlegg nr. 5 Intervjuguide Hjemmetjenesten



## 1.0 Innledning

Ledelsen ved et bo- og aktivitetssenter i en kommune (heretter kalt NN kommune) tok i desember 2009 kontakt med Høgskolen i Buskerud for å drøfte muligheten for bistand til å evaluere kommunens Lindrende enhet. Det ble inngått en kontrakt om å gjennomføre en evalueringsstudie i 2010. Prosjektleder utformet en prosjektbeskrivelse som ble drøftet med de ansatte. Kommunen hadde i utgangspunktet store ambisjoner for evalueringen, men begrensede midler til rådighet. Det ble derfor besluttet å søke Helsedirektoratet om midler til gjennomføring av prosjektet. Søknaden ble imidlertid avslått, og den foreliggende evalueringsstudien er av denne grunn mer begrenset enn de opprinnelige planene tilsa.

### 1.1 Oppbygging av rapporten

Denne rapporten omhandler en beskrivelse og evaluering av de palliative tjenestene i NN kommune. Rapporten bygger på intervjuer med ansatte ved Lindrende enhet/team, samt ansatte i kommunens hjemmetjeneste. Videre ble det gjennomført en elektroniske spørreskjemaundersøkelse blant fastlegene. Grunnet meget lav svarprosent, til tross for purringer og at kontakten gikk gjennom kommunelegen, er disse dataene utelatt i rapporten. Det har i denne omgang ikke blitt prioritert å innhente informasjon fra nåværende eller tidligere pasienter og pårørende. Da disse er tjenestenes målgruppe, er det ønskelig å få dokumentert deres erfaringer med kvaliteten på tjenestene ved en senere anledning. Evalueringen har i hovedsak hatt fokus på å beskrive det palliative tjenestetilbudet og hvordan ansatte og ledere, henholdsvis i hjemmetjenesten og Lindrende enhet, opplever samarbeidet knyttet til brukere med behov for palliasjon.

Rapporten består av seks kapitler. Innledningsvis beskrives enheten som er fokus for evalueringsstudien. Beskrivelsen tar hovedsaklig utgangspunkt i informasjon som er fremkommet gjennom gransking av lokale og kommunale dokumenter. I neste kapittel gjøres det en kort historisk og teoretisk gjennomgang innenfor feltet palliasjon. Det påfølgende kapitlet tar for seg metodiske aspekter ved evalueringen. Kapittel fire inneholder presentasjon og analyse av data. Data fra Lindrende enhet/team og hjemmetjenesten presenteres hver for seg. I kapittel fem drøftes resultatene fra de to gruppene tematisk. Avslutningsvis vurderes de opplysninger som har fremkommet i studien opp mot utvalgte kriterier hentet fra Retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2010) samt lokale mål for Lindrende enhet/team. Rapporten oppsummeres med forslag til forbedringspunkter som ifølge evaluator kan bidra til å styrke tjenestetilbudet ytterligere.

### 1.2 Beskrivelse av Lindrende enhet

NN kommune etablerte allerede i 1999 en omsorgsgruppe. Etableringen var et initiativ fra personalet selv. Formålet med gruppen var å heve kompetansen og gi et bedre tilbud til kommunens innbyggere. Fra år 2000 bevilget kommunen midler til å dekke videreutdanning hos ansatte innen henholdsvis palliasjon og kreftomsorg. Dette var en strategisk satsing knyttet til byggingen av et nytt sykehjem i kommunen. Omsorgsgruppen ga veiledning til hjemmesykepleien samt til avdelingene på sykehjemmet. Gruppen hadde også direkte pasientkontakt gjennom rollen som koordinator av tjenestene til alvorlig syke pasienter. I 2001 ble det avsatt et eget rom for alvorlig syke (omsorgsrom) med pengestøtte fra frivillige organisasjoner. Dette rommet

## Høgskolen i Buskerud

var tilknyttet en somatisk sykehjemsavdeling. I 2002 opprettet kommunen en stilling for palliativ sykepleier som ledet omsorgsgruppen. Stillingen ble tilknyttet avdelingen som hadde ansvar for omsorgsrommet (NN kommune, udatert).

I forbindelse med bygging av nytt sykehjem ble det planlagt 4 -8 senger for alvorlig syke. Lindrende enhet ble etablert i 2005 med 4 senger. Enheten er tilknyttet Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling i Helse Sør-Øst. I 2006 fikk Lindrende enhet tildelt midler fra Helse Sør for å opprette et lindrende team for hjemmeboende med behov for palliative tjenester. Arbeidet ble organisert som et prosjekt. I 2009 fikk kommunen ytterligere midler til å arbeide videre med et prosjekt med fokus på Lindrende enhet som koordinator for det lindrende tilbudet. Ett aspekt ved dette prosjektet var gjennomføring av en evaluering som dokumenteres i den foreliggende rapporten.

### Tjenestetilbudet

I kommunens brosjyre om Lindrende enhet beskrives tilbudet slik:

”Lindrende enhet tilbyr kortere eller lengre opphold for personer med alvorlig og livstruende sykdom. Den gir helheltilig omsorg i et miljø preget av ro og verdighet, og har tid til å følge opp hver enkelt.“ (NN kommune, 2006b).

Pasientene blir meldt til Lindrende enhet fra 2. og 3. linjetjenesten, fastleger, hjemmetjenesten, tjenestekontoret og andre sykehjem i kommunen. Innbyggerne i kommunen og deres pårørende kan også ta kontakt direkte med enheten (NN kommune).

Søknadsskjema kan fås ved henvendelse til sykehjemmet hvor enheten er lokalisert, hjemmesykepleieren eller innbyggerkontakten i kommunen. Det er også tilgjengelig på kommunens nettsider. Brukerne av tilbudet betaler egenandel for oppholdet etter offentlige satser (NN kommune, 2006b).

Enheten har fire enerom med eget bad, samt et bad med badekar. Ellers finnes det kjøkken, stue og spisestue med utgang til stor terrasse. Pasienter som oppholder seg ved enheten kan ta imot besøk hele døgnet da det ikke er faste visittider. Enheten har et eget pårønderom. Pårørende kan overnatte enten på pasientens rom eller i dette (NN kommune, 2006b).

### Visjoner og mål

NN kommune sin visjon er ”Trygghet og samhold“. Visjonen for kommunens helse- og omsorgsetat er: Livskvalitet og egen mestring (NN kommune, 2010).

I informasjonsbrosjyren om Lindrende enhet fokuseres det på begrepet livskvalitet. Her står det:

”Vi ønsker å bidra til at du og dine nærmeste opplever størst mulig livskvalitet, enten du er under aktiv behandling eller i livets siste fase. Hos oss kan du få hjelp til å lindre smerter eller andre plager og symptomer, samt få støtte og veiledning til å håndtere situasjonen“ (NN kommune, 2006b).

Målet er at pasienter som har behov for et palliativt tilbud skal få det der de ønsker, og at en kan spare mange sykehusinnleggelses ved at de har denne tryggheten. For at tilbudet i hjemmet skal være tilnærmet likt det de får ved innleggelse på Lindrende enhet eller i



sykehus, må kompetansen økes i primærhelsetjenesten, og hjelpen må organiseres bedre. Hensikten med prosjekt Lindrende team var å finne en god måte å organisere dette på (NN kommune, 2006a, s. 1).

Lindrende enhets visjoner og mål kan oppsummeres slik:

### **„Å sikre forutsigbarhet og kvalitet i tilbudet til pasienten og de pårørende“.**

- Gi trygghet og livskvalitet med fokus på mestring og håp for pasienten og familien i en vanskelig livssituasjon
- Bidra til å gi mening i håpløsheten – „gjøre dagene bedre“
- Være tilgjengelige
- Bidra til å gi en verdig livsavslutning
- Ha kompetanse og ressurser til å utføre dette
- Ha en god organisering som ivaretar tjenestene til pasientgruppen“ (NN kommune, udatert).

### **1.3 Beskrivelse av modellen for Lindrende enhet/team**

”Bakgrunnen for kommunens søknad om midler til å opprette et lindrende team som jobbet med hjemmeboende syke, var at en så at mange pasienter valgte å bli lenger på institusjon enn nødvendig da de ikke følte at de kunne få det samme tilbudet i hjemmet“. Videre så kommunen at mange pasienter ville ha stort utbytte av å etablere tidlig kontakt med Lindrende enhet og den kompetansen enheten besitter (NN kommune, 2006a).

Organisasjonsmodellen som ble valgt “har ikke tidligere vært utprøvd innen fagområdet palliasjon i kommunehelsetjenesten“. Kommunen har imidlertid erfaring med “at det kan gi en god oppfølging av pasienter i palliativ fase“ og anser modellen som verdifull å videreutvikle med tanke på de satsingene som må gjøres i kommunene i årene fremover (NN kommune, 2006a).

De første erfaringene med modellen bekreftet at den gir kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet for pasientene/brukerne. En hadde også en oppfatning av at modellen var besparende på sikt, da det ble opparbeidet kompetanse som gjorde at tiltak settes i gang raskt, og arbeidet ble effektivt. Ved å sette inn ressurser tidlig, mente man også å se en forebyggende effekt av tilbudet. Dette begrunnes med at etablering av kontakt tidlig i det palliative sykdomsforløpet gir muligheter til å oppnå bedre lindring (NN kommune, 2006a).

Lindrende enhet ved NN bo- og aktivitetssenter er etablert som koordinerende enhet for all lindrende behandling i kommunen. Alle kan henvende seg til enheten som har personale med spesialkompetanse tilgjengelig 24 timer i døgnet. Personalet ved Lindrende enhet utgjør også Lindrende team som gir tjenester i hjemmet i samarbeid med hjemmesykepleien og andre. Lindrende team er etablert som døgntilbud for hjemmeboende i samarbeid med hjemmesykepleien og kommunens fastleger (NN kommune, 2009).

I brosjyren om Lindrende enhet nevnes også mulighetene til videre oppfølging i hjemmet. Dette tilbudet beskrives slik:

## Høgskolen i Buskerud

”Vi kan være behjelpelige med å organisere tilrettelegging i hjemmet. Hvis du ønsker det, kan vi fortsette oppfølgingen når du kommer hjem, da ofte i samarbeid med hjemmesykepleien” (NN kommune, 2006b).

Alle henvendelser angående palliative tjenester går til Lindrende enhet. Pasienter/brukere blir derfor først konsultert av ansatte ved enheten som gjør en faglig vurdering av videre oppfølgingsbehov. Det opprettes en kontaktperson, primærkontakt i hjemmetjenesten og sekundærkontakt fra Lindrende enhet (NN kommune, 2009).

Målgruppen for Lindrende enhet er de som har eller kan få behov for kompetansen ved enheten og det fokuseres på tidlig intervensjon. Tilbudet innebærer at de ansatte har oversikt over kommunens innbyggere i målgruppen, i alle aldersgrupper. Pr. november 2009 hadde enheten 20 – 25 hjemmeboende pasienter de var i kontakt med daglig, ukentlig eller sjeldnere, samt 4 innliggende pasienter. Kapasiteten til lindrende team avhenger av hvor ressurskrevende de innliggende pasientene er til enhver tid.

Modellen har sprunget ut av praksis, men det trekkes paralleler til sammenfallende modell for koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering.

### Kompetanse

Personalgruppen ved Lindrende enhet består av sykepleiere og hjelpepleiere med spesialkompetanse og god erfaring innen lindrende behandling. Enheten samarbeider med fastlegene, har egen tilsynslege og et nært samarbeid med fysio- og ergoterapeut. Andre støttespillere som f.eks familiehuset eller diakon kan kontaktes dersom det er ønskelig fra pasientens side (NN kommune, 2006b).

Lindrende enhet har opparbeidet en meget god formell kompetanse på området. Blant de ansatte finnes kreftsykepleiere, sykepleiere med videreutdanning/mastergrad i palliasjon, hjelpepleiere med videreutdanning innen psykisk helse og kreftsykepleie. I tillegg har kommunen sykepleiere med videreutdanning i palliasjon i flere andre virksomheter. Videre er det etablert et nettverk med representanter fra faggrupper som sosionom, prest, diakon, helsesøster, veileder og familierapeut i kommunen. Dette anses som unikt for en mellomstor kommune (NN kommune, 2009).

### Nytteverdi for pasienter

I kommunens beskrivelse av tilbudet ved Lindrende enhet og team fremkommer det at:

Pasienter og pårørende opplever å få et bedre kvalitativt tilbud bl.a. ved bedret informasjonsflyt og samhandling mellom nivåene. Pasienten får spesialistbehandling i egen kommune. Antall innleggelser i sykehus reduseres bl.a. pga. nær og tett oppfølging i pasientens eget miljø (NN kommune, 2009, s.3).

Modellen bidrar til at pasientene hjelpes på lavest mulig effektive omsorgsnivå (LEON prinsippet). Eksempler på behandling som utføres i kommunen etter etableringen av Lindrende enhet, og som før førte til sykehusinnleggelse er;

- avansert smertebehandling med alle typer smertepumper
- intravenøs behandling
- vurderinger og utredninger - pasienten må ikke innom lokalsykehuset, men sendes f.eks direkte til strålebehandling ved Radiumhospitalet

- behandling som må utføres på sykehus gjøres poliklinisk med retur til Lindrende enhet med en gang etterpå (NN kommune, 2009, s.3).

## 2.0 Palliative tjenester i Norge – historikk og føringer

Moderne palliasjon ble grunnlagt på 1960-tallet av Cicely Saunders ved St. Christopher's Hospice i London. Helt fra starten har palliativ medisin vært vitenskapelig basert, tilsvarende andre medisinske fagområder (Helsedirektoratet, 2010, s. 16).

Palliativ behandling, pleie og omsorg praktiseres på alle områder og nivåer av helsevesenet. Palliativ medisin er en naturlig del av de fleste kliniske spesialiteter, men har i tillegg en egenart som ikke dekkes av noen eksisterende spesialitet.

Palliasjon defineres som

[...] aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.  
(European Association for Palliative Care, EAPC, Verdens helseorganisasjon, WHO, 2002)

Gjennom flere satsinger de senere årene har det skjedd en vesentlig utvikling innen palliativ behandling og pleie. Spesielt gjelder dette andre- og tredjelinjenivå med etablering av regionale kompetansesentra og palliative team og enheter ved mange sykehus. Disse enhetene har i all hovedsak blitt utviklet som en del av kreftomsorgen, og majoriteten (over 90 %) av pasientene som mottar tjenester fra slike tilbud, har kreft (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Palliativ (lindrende) behandling trekkes fram i Nasjonal strategi for kreftområdet 2006 - 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) som et område med behov for fortsatt satsing, spesielt i kommunene. Selv om kreftpasientene er den dominerende gruppen innenfor det palliative feltet, påpekes det at palliativ behandling er diagnoseuavhengig.

Helsedirektoratet påpeker at det har vært rettet mindre fokus mot primærhelsetjenesten og at det her gjenstår store utfordringer knyttet til kapasitet, organisering og økonomi. Med økende kreftinsidens, spesielt hos eldre (Kreftregisteret, 2008) og endrede familiestrukturer med færre pårørende tilgjengelig for omsorgsoppgaver, er en av de største utfordringene å finne egnede institusjonsplasser for alvorlig syke og døende (Helsedirektoratet, 2008).

Dette innebærer at sykehjemmenes funksjon vil være sentral innenfor palliasjon i fremtiden. For at pasientene skal sikres god behandling på riktig sted, og at bruken av hjemmeomsorg så vel som sykehus- og sykehjemsbaserte institusjonsplasser blir mest mulig formålstjenlig og effektiv, er det nødvendig med en oppgradering av sykehjemmene med fokus på spesielle tilbud for alvorlig syke og døende (Helsedirektoratet, 2007).

## Høgskolen i Buskerud

Både i sykehjem og på vanlige sykehusavdelinger skal personalet beherske grunnleggende palliasjon. Det er imidlertid behov for egne sykehjemsenheter med mer ressurser og høyere kompetanse i palliativ behandling og pleie enn det som finnes på en vanlig sykehjemsavdeling (Helsedirektoratet, 2010). Opprettelsen av palliative enheter på sykehjem er et svar på denne utfordringen. En palliativ enhet defineres 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” (Helsedirektoratet, 2010, s. 124).

Verdigrunnlaget som de palliative tjenestene bygger på betegnes som den palliative kulturen. Denne kulturen kjennetegnes ved:

- helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende
  - respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon
  - aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer
  - forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå
  - fokus på åpen kommunikasjon og informasjon
  - tverrfaglig arbeid
  - koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene
  - systematisk samarbeid med andre medisinske fagområder.
- (Helsedirektoratet, 2010a, s. 16)

Målet med palliasjon er best mulig symptomlindring og livskvalitet for både pasienten og de pårørende. For å få til dette er god organisering av helsetjenestene helt nødvendig. I retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (ibid.) blir organisering av palliativ virksomhet på ulike nivåer av helsevesenet og krav til ulike organisatoriske enheter beskrevet.

Et av hovedmålene for organisering av palliasjon er at pasientene til enhver tid skal ha tilgang til nødvendig kompetanse. Palliativ behandling, pleie og omsorg krever derfor samspill og samhandling på tvers av nivåene i helsevesenet samt at en rekke ulike yrkesgrupper samarbeider. En klar ansvarsfordeling er derfor helt nødvendig (ibid, s. 20-21).

Optimal palliasjon forutsetter at hele personalet har den nødvendige faglige kompetansen. Med faglig kompetanse menes både kunnskaper, ferdigheter og holdninger. I Retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen beskrives krav til kompetanse for aktuelle yrkesgrupper som sykepleiere, leger, fysioterapeuter, sosionomer, kliniske ernæringsfysiologer, ergoterapeuter, hjelpepleiere, prester, psykologer og andre relevante faggrupper innenfor palliasjon. Det skilles mellom tre nivåer av kompetanse:

### Nivå A:

Grunnleggende kompetanse. Denne skal **alle helsearbeidere** innenfor de aktuelle yrkesgruppene inneha, og den må formidles i grunnutdannelsen.

### Nivå B:

Nødvendig kompetanse for **helsearbeidere som behandler palliative pasienter** som en del av sitt kliniske arbeid, både i kommunehelsetjenesten og på sykehus.

### Nivå C:

Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som **leder eller arbeider i palliative team og på palliative enheter**. Dette nivået tilsvarer spesialistnivået. (Helsedirektoratet, 2010a)

## 3.0 Metodiske aspekter ved evalueringen

Denne rapporten beskriver en evalueringsstudie som er gjennomført på oppdrag fra NN kommune v/Lindrende enhet og baserer seg på en skriftlig avtale mellom kommunen som oppdragsgiver og Høgskolen i Buskerud som oppdragstaker. Evalueringen ble organisert i 4 faser; forberedelsesfasen, gjennomføringsfasen, rapporterings- og avslutningsfasen samt oppfølgings- og implementeringsfasen. Høgskolen i Buskerud som evaluator har hatt ansvaret for forberedelse, gjennomføring og rapportering. Avslutningsfasen har bestått i at oppdragsgiver har hatt mulighet til å korrigere evt. faktafeil eller misforståelser i rapporten samt overlevering av den ferdigstilte rapporten. Oppfølging av evalueringens resultater samt evt. implementering av ny praksis er oppdragsgivers ansvar.

Evaluering innebærer en form for verdifastsettelse av en eller annen form for virksomhet (Sverdrup, 2002). Evalueringen av Lindrende enhet ble lagt opp som et evalueringsforskningsprosjekt. Dette innebærer at prosjektet har en teoretisk forankring og en undersøkelsesmetode som styrer evalueringsprosessen. Evalueringsforskning regnes som en form for anvendt forskning. Metoden handler om å samle inn gyldige og pålitelige data om hvordan og i hvilken grad spesifikke handlinger eller tiltak får gitte resultater eller effekter (Hamilton, 1998).

Evalueringen av Lindrende enhet har hatt fokus på om den valgte organisasjonsmodellen for palliative tjenester i NN kommune har fått de ønskede effekter i henhold til nasjonale og lokale føringer og mål. Siden evalueringen er bestilt av de som skal evalueres, har en vært bevisst på å holde en balanse mellom nærhet og kritisk distanse. Prosjektleder har holdt jevnlig kontakt med oppdragsgiver blant annet for å få tilgang til aktuelle dokumenter, samt å gi tilbakemelding på status for arbeidet. Dette har vært viktig for å sikre evalueringsprosjektets legitimitet. En foreløpig versjon av rapporten ble oversendt Lindrende enhet for uttalelse. Dette for å sikre at det ikke foreligger faktafeil eller misforståelser. Rapporten er også kvalitetssikret internt i høyskolen før endelig versjon er oversendt oppdragsgiver. Etter at evalueringsrapporten er overlevert, vil rapportens hovedresultater blir presentert for de ansatte. Dette vil kunne legge grunnlag for enhetens bruk av studiens resultater til videre forbedringsarbeid.

Metodisk er det benyttet en triangulering for å få fram ulike typer datatilfang. Det er benyttet dokumentanalyse, dybdeintervju i fokusgrupper og individuelt intervju. Det er trolig mange som har erfaringer med og synspunkter på hvordan Lindrende enhet fungerer som koordinator av de palliative tjenestene i kommunen. Først og fremst tenker en her på pasienter og pårørende, men også enhetens mange samarbeidspartnere lokalt og regionalt. En mulig metodisk svakhet ved denne studien er at evalueringen ikke har data fra alle disse partene. Det kan imidlertid opplyses om at det i utgangspunktet også

ble utarbeidet en elektronisk spørreskjemaundersøkelse rettet mot fastlegene. Data fra sistnevnte er ikke med i denne rapporten grunnet for lav svarprosent på undersøkelsen.

### 3.1 Evalueringskriterier

Det ble utarbeidet evalueringskriterier som er benyttet til å vurdere resultatene i forhold til. Evalueringskriteriene baseres på målsetningsdokumentene fra NN kommune, lokale føringer og mål, samt nasjonale og regionale føringer og retningslinjer:

- Interne dokumenter: kommunens måldokument for Lindrende enhet og prosjekt lindrende team (NN kommune).
- Eksternt rammedokument: Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, IS-1529 (Helsedirektoratet, 2010a).

Det nasjonale handlingsprogrammet er skrevet med tanke på ”alle yrkesgrupper som arbeider med palliasjon, enten i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten” (s.16). I denne studien vektlegges spesielt anbefalingene angående **organisering** og **kompetanse** innenfor palliative tjenester på kommunalt nivå. Evalueringskriteriene anvendes som grunnlag for å diskutere funnene fra studien, og resultatet fra evalueringen ses i lys av disse kriteriene.

### 3.2 Dokumentgransking

Den første fasen i datainnsamlingen besto av gransking av ulike dokumenter som kunne gi verdifulle data om forståelse for virksomheten. Dokumentene representerer sammenstillinger av organisasjonens dokumentasjon for et spesifikt område. Dokumentgransking egner seg spesielt godt blant annet når man ønsker å få innblikk i hva organisasjonen faktisk har gjort. Forskjellen mellom intervjuer og nedtegnede kilder består vanligvis i at sistnevnte er mye mindre spontane, mer reflekterte og gjennomtenkte (Jacobsen 2000, s. 151).

De viktigste valgene ved dokumentgransking er knyttet til hvilke dokumenter som velges ut, og hvor stor troverdighet de enkelte dokumentene har (ibid., s. 151). Lokale dokumenter som benyttes som kilde for datainnsamling i denne studie er sekundærdata, dvs. samlet inn av andre. Som forsker har en selv en viss grad av kontroll over de forhold som kan påvirke påliteligheten til dataene ved innsamling av primærdata. Ved bruk av sekundærdata har en ikke den samme kontrollen. ”Ofte vet vi ikke hvordan data er blitt samlet inn [...] og hvilke innsamlingsmetoder som er brukt og hvem som har registrert informasjonen” (ibid., s. 153). Dokumentene i denne studien er fremskaffet av oppdragsgiver ut fra prosjektleders meldte behov, samt organisasjonens vurdering av hva som kunne være relevant i forhold til studiens foki. Mange av de mottatte dokumenter har vært relevante og nyttige som grunnlag for studien, både i utarbeidelse av intervjuguider og i analysen.

Den største utfordringen knyttet til utvalg av kilder, er at det er foretatt en kraftig utsiling av kilder allerede før undersøkeren får mulighet til å gjøre sitt utvalg (ibid., s. 167). I denne studien har en valgt dokumenter som er utarbeidet spesifikt for opprettelsen og internevaluering av Lindrende enhet, og dokumenter av generell art som reflekterer

kommunens mål for helse- og omsorgstjenesten. Det ble bedt om supplerende dokumenter underveis i studien. Noen av kildene er offentlige i den forstand at de er lagt ut på organisasjonens intranett eller internett, eller er tilgjengelige i form av brosjyrer og rapporter for dette spesielle området av kommunens virksomhet.

Kildene gir et bilde av det som har skjedd og skjer i organisasjonen og fungerer som en slags organisatorisk hukommelse (ibid., s. 168-69). Dokumentene som er brukt som datakilder i denne studien, er institusjonelle siden de i hovedsak er godkjent av andre enn den som har skrevet dokumentet. Når det gjelder vurdering av kvaliteten ved kildene, må denne anses å være god. Den/de som har skrevet presentasjoner eller andre dokumenter har godt kjennskap til organisasjonen og det omtalte tema. Dette skulle borge for at kildenes troverdighet er høy (ibid., s.169). De sentrale dokumentene som er benyttet i studien foreligger i en vedlagt datamatrise (jfr. vedlegg 1).

### **3.3 Fokusgruppeintervju**

Et gruppeintervju, også kalt fokusgruppeintervju, vil si å intervjuere deltakere i en studie samtidig. Intensjonen er at samhandlingen, samtalen i gruppa, skal føre fram til flere perspektiv enn hva som forventes å få fram i et intervju med én person (Krueger & Casey, 2009, Kvale & Brinkmann, 2009). Forskerens rolle blir her å fungere som en debattleder eller ordstyrer til forskjell fra et individuelt intervju hvor forskeren fremstår som en ren intervjuer som stiller spørsmål. Fokusgrupper som metode defineres som ”semistrukturerte gruppediskusjoner med et mindre utvalg fra en populasjon, og hvor hensikten er å samle utdypende informasjon om et angitt tema” (Carey, 1995, ref. i Brataas, 2001). Hensikten med fokusgrupper er å få deltagerne til å ”beskrive opplevelser, tanker og vurderinger av en spesifikk situasjon” (Brataas, 2001). Det spesielle med fokusgrupper er at metoden får frem informasjon fra en dynamisk interaksjonsprosess. Gruppeinteraksjonen brukes bevisst med hensikt å produsere data og innsikt som det ville være vanskelig å få fram uten denne gruppedynamikken. ”Metoden er særlig fordelaktig ved å gi rikere forståelse på bakgrunn av at deltakerne får anledning til å sammenligne hverandres syn og erfaringer” (ibid.).

#### **Utvalg**

Når en velger gruppeintervju som metode for datainnsamling, er det flere spørsmål som må avklares, blant annet hvordan utvelgelsen av informanter skal foregå. Vurdering av hvem som vil være den gode informant skjer ut fra hva som er fokus for undersøkelsen. Den gode nøkkelinformant er en person som har godt kjennskap til den informasjon som en vil ha tak i, er samarbeidsvillig og motivert for å fortelle, har evne til å meddele seg og en viss upartiskhet i forhold til settingen (Repstad, 1996, s. 48). Utvalget i denne studien var sykepleiere og hjelpepleiere ansatt i kommunen. Inklusjonskriteriene var at informantene måtte være fast ansatt ved Lindrende enhet eller i hjemmetjenesten samt ha minst 50 % stilling.

#### **Gjennomføring**

Fokusgruppene ble gjennomført i to puljer hvor de ansatte ved Lindrende enhet ble intervjuet en god stund før de ansatte i hjemmetjenesten. Dette ga muligheter til å planlegge trinn to på bakgrunn av inntrykk og spørsmål fra den første intervjurunden. Intervjuene ble foretatt på arbeidsplassen da dette både er en naturlig kontekst for intervjuets fokus og var det mest praktiske for informantene. Det ble valgt et

konferanserom som ligger litt avsides til for å sikre informantenes anonymitet, samt skape ro rundt samtale. I de to første fokusgruppeintervjuene var begge forskere til stede, en som moderator (leder av fokusgruppeintervjuet) og en som bisitter. Sistnevnte hadde som oppgave å påse at intervjuguidens punkter ble ivaretatt som tema i intervjuet. Av praktiske grunner var det ikke mulig for begge forskerne å delta i alle fokusgrupper/intervjuer. At forskerne var sammen i de første fokusgruppene var derfor viktig for å sikre at de øvrige intervjuene kunne gjennomføres så likt som mulig fra forskernes side ut fra rammene i intervjuguiden.

### Analyse

En vesentlig forutsetning for å gjennomføre fokusgruppeintervjuer er en forutgående analyse av situasjonen og tema som fokuseres. På grunnlag av analysen utarbeider forskeren en tematisk intervjuguide (Brataas, 2001). På bakgrunn av dokumentgranskingen og arbeidet med teori, spesielt innen palliasjonsfeltet, ble det i denne studien valgt å fokusere på fem hovedtema i intervjuene med begge gruppene:

1. Bakgrunnsinformasjon
2. Organisering av palliative tjenester
3. Innholdet i tjenestene
4. Erfaringer knyttet til samarbeid innen palliative tjenester (internt i enheten/teamet, internt i kommunen og eksternt)
5. Beste praksis. Ønsker og forventninger framover (jfr. vedlegg 4 og 5).

Det er moderators oppgave å ha fokus mot åpenhet og å skape en trygg situasjon slik at man får fram ærlige svar og rike beskrivelser. Selve intervjuet fokuserer på subjektiv opplevelse og erfaring (Brataas, 2001, Krueger & Casey, 2009). Innledningsvis gjentok forskerne informasjonen fra skrevet informantene hadde mottatt tidligere. Hensikten med intervjuet og hvordan det ville bli lagt opp ble klargjort. Innledningsvis ble det vist til hovedtemaene for undersøkelsen og gruppen diskuterte fritt ut fra disse.

Transkriberingen fra fokusgruppeintervju og individuelt intervju resulterte i ca. 145 sider tekstmateriale som denne rapporten bygger på, i tillegg til interne dokumenter. Materialet fra intervjuene er analysert etter metodene meningsfortetting, meningsfortolkning og meningskategorisering (Kvale, 2001). **Meningsfortetting** innebærer at forskeren forkorter intervjupersonens uttalelser til kortere formuleringer hvor den umiddelbare meningen i det som blir sagt gjengis med få ord. **Meningskategorisering** dreier seg om å kode intervjuet i kategorier (ibid). Tekstmaterialet kan kategoriseres i noen hoveddimensjoner med underkategorier. De fem overordnede temaene for intervjuene utgjør et „skjelett“ i rapportens analysekapittel selv om disse ikke konsekvent er benyttet som overskrifter. Presentasjonen er strukturert ut fra en rekke underkategorier i tekstmaterialet. De fleste kan gjenkjennes som underpunkter i intervjuguiden. Etter at kapitlet med presentasjon og analyse av data (kap. 4) var tilnærmet ferdig, valgte forskerne å gå tilbake til teksten for å hente fram en dypere mening i materialet som grunnlag for en mer hermeneutisk tilnærming til data. Dette tilsvarer en analysemetode som Kvale (2001) benevner som **meningstolkning**. Denne formen for analyse går lenger enn til strukturering av tekstens umiddelbare betydninger og innebærer en tolkning som rekontekstualiserer uttalelsene til informantene innenfor videre referanserammer. Metoden representerer altså mer omfattende og dypere meningstolkninger. I rapporten



fremkommer disse dypere meningene i form av utsagn fra informanter eller metaforer. Disse er benyttet som struktur i drøftingsdelen.

### **Forskningsetiske vurderinger**

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning. Studien ble ikke vurdert som pliktig for innsending til REK, siden dette er et evalueringsprosjekt blant frivillige ansatte. Det ble utarbeidet informasjonsskriv til de ulike informantgruppene (jfr. vedlegg 2 og 3). Alle som deltok i fokusgruppeintervjuene har gitt skriftlig informert samtykke. Informasjonsskrivet ble levert på arbeidsplassene og lagt i posthyllene til personalet. I konvolutt var det en svarslipp og frankert konvolutt som ble sendt til høgskolen v/prosjektleder. Videre kontakt for avtale om tid til intervju gikk direkte mellom de som hadde samtykket til å delta og prosjektleder.

Deltagerne ble både skriftlig og muntlig orientert om at intervjuene ville bli tatt opp på bånd. De transkriberte intervjuene er aidentifisert, så det ikke er mulig å spore tilbake til enkeltpersoner. De skriftlige samtykkeerklæringene oppbevares i et låst skap på et annet sted enn dataene.

## **4.0 Presentasjon og analyse av data**

I dette kapitlet presenteres de ansattes opplevelse av og synspunkter på hvordan kommunens palliative tjenester, og samarbeidet knyttet til disse, fungerer. Først presenteres data fra ansatte ved Lindrende enhet/team, dernest data fra de ansatte i hjemmetjenesten.

### **4.1 Ansattes egnevaluering av Lindrende enhet /team**

Data som presenteres her bygger på fokusgruppeintervju med to grupper ansatte og individuelt intervju med leder.

#### **4.1.1 Personalets beskrivelse av egen arbeidsplass og arbeidsoppgaver**

##### **Arbeidsmiljø /kultur**

De ansatte som deltok i fokusgruppene gir et klart inntrykk av å være fornøyd med arbeidsmiljøet på Lindrende enhet. Flere av de ansatte har vært med fra starten og har fortsatt et glødede engasjement for enhetens virksomhet og pasientgruppen. På spørsmål om hva de mener kjennetegner Lindrende enhet svarer informantene:

*Vi har vel en sånn innstilling at vi ikke skal gi oss før vi har prøvd alt sammen... en liten sånn "guts" som er en positivitet som kanskje irriterer lite grann. Vi er ikke like positive hele tida. Alle kan ikke være det. Men vi vil så gjerne da...*

*Vi strekker oss veldig langt da, vi gjør det.*

Et annet kjennetegn er at de ansatte stiller høye krav både til seg selv og andre:

## Høgskolen i Buskerud

*Vi krever mye av oss selv og av andre. Og det ser du i forhold til andre avdelinger, når vi overflytter pasienter som vi ser kan være på vanlig kortid isteden. Så får vi gjerne kommentarer på at "Nå får vi pasienter fra lindrende, de er så bortskejmt". Da blir vi litt irritert. For de er ikke bortskejmt. De får bare det de har krav på, ikke sant? Men så er verden i virkelighet en annen på de andre avdelingene.*

Til tross for at alle i fokusgruppene er enige om at miljøet er godt, kan det ut fra datamaterialet synes som om spesielt de som har deltatt i etableringen av enheten, har høye ambisjoner:

*[...]det er jo veldig stor takbøyde, og det er en veldig positiv gjeng... det er jo noen som er mer positive enn andre som hele tiden vil få det til... Og det er jo vel og bra det. Jeg føler vel at det til tider blir litt vel mye.*

Faglig stolthet og engasjement blant de ansatte ved Lindrende enhet er altså et tydelig funn i studien, men det fremkommer også kommentarer fra noen av informantene hvor det etterspørres noe mer nyansering og kritisk refleksjon over eget arbeid. Dette kommer blant annet fram i et par av intervjuene:

*[...] jeg er nok ikke så opptatt av at Lindrende skal være så spesiell. Vi skal være gode på fag. Vi skal være knallgode på det. Vi skal være stolte av det vi får til, for vi får til masse. Vi skal ikke gå med skygger, vi må være flinkere til å se litt til siden.*

*[...] jeg syns ikke det har vært så bra som alle andre syns det har vært da. Faget, ja. Det er superbra. Det de gjør og det de kan sånn klinisk. Er ikke tvil om det er bra i det hele tatt. Men det litt andre, det på organiseringa og sånt. Jeg tror vi kan få bedre arbeidsdager etter hvert.*

Et eksempel fra et kurs noen ansatte hadde vært på førte til refleksjoner over hvordan de selv fremstår:

*Jeg satt på et kurs og hørte på en annen lindrende enhet som har gjort det veldig bra i hele kommunen [...]. De var en sånn foregangskommune for lindring. Og de kom da på dette kurset og skulle fortelle. Det var på en måte "skryteavdelingen" i to timer. Kjempebra å høre om. Og veldig mange gode tips som vi kunne ta med oss. Og veldig mange bra måter å gjøre ting på. Det blir sånn, som jeg sa til de jeg var på kurs sammen med, "er vi også sånn". Er vi og sånn som bare ser oss i speilet og sier "vi gjør så veldig god jobb, hele tida, vi [...]. Jeg satt og reflekterte litt rundt fordi det er kanskje derfor jeg ikke har spurt så mye om de historiene som skal skrives ned. Fordi det kjennes ikke alltid greit å bare fokusere på det. En kan alltid bli litt bedre.*

Historiene det vises til i dette sitatet er ett av de lokale dokumentene som inngår i studiens dokumentgransking og kalles **Mønstereksempler**. Ifølge informantene er dette gode eksempler, sykepleiehistorier, som tidligere leder ønsket at de skulle skrive ned. De kunne benyttes når ansatte skulle presentere enhetens arbeid eksternt f.eks på konferanser. På spørsmål om disse historiene ble brukt internt, svarer en av informantene:

*Det er en perm det står "Minner" på, noe ligger inne på PC'en. Fått beskjed om å skrive, særlig etter utebesøk så har i alle fall jeg enormt behov å fortelle hva jeg har opplevd på godt og ondt. Skriv det ned, det skal jeg jammen gjøre. Men så har jeg lurt på hva vi skal bruke det til da? Og da har jeg ikke prioritert det den dagen og så glemmer jeg det. Og jeg vet fortsatt ikke hva den skal brukes til. Og da blir det kanskje tidsbruk som kanskje ... det er så mye på en hverdag. Man kan skrive seg i hjel. Men det er klart, hvis det brukes til noe, så skal jeg begynne å skrive jeg.*

## Høgskolen i Buskerud

*Da ville jeg heller ha skrevet det negative slik at vi kunne ha lært noe av det.*

*Det er det som blir sittende i kroppen etter på. I hvert fall det som jeg har opplevd som veldig stressende, særlig når jeg følte meg helt utilstrekkelig. Samtidig som vi fikk gjort noe bra. Ja, sånne ting som kanskje er viktigere [...]. Ja, for jeg vet ikke hva de storyene skal brukes til før nå, så...*

*[...]det er alltid hyggelig å ha gode historier og erfaringer og dele med andre - at slik fikk vi det til. Og det å føle seg vellykket i jobben, det er jo viktig det, alstå. Og det å formidle det til andre. Det er jo ikke alltid man føler seg like vellykket, der er jo det at en når frem, liksom.*

I rapport fra 1.års evalueringen av Lindrende enhet fremgår det at man har et ønske om å skrive ”erfaringshistorier”. Det presiseres at man ønsket å samle alle typer historier, ikke bare de positive. Evalueringen har ikke avdekket at det foreligger skriftlige fortellinger om eller refleksjoner over situasjoner som har vært spesielt vanskelige eller krevende for personalet.

### Arbeidsoppgaver og organisering av tjenestene

NN kommune er særegen i den forstand at det også finnes et palliativt team som utgjøres av de samme ansatte som er inne ved Lindrende enhet. Da Lindrende team ble etablert i 2006, var denne modellen ikke utprøvd innen fagområdet palliasjon i kommunehelsetjenesten (NN kommune, 2006). En av informantene understreker at hennes motivasjon for å søke seg til Lindrende enhet nettopp var etableringen av dette teamet fordi det hørtes spennende ut. Hun forklarer det nærmere slik:

*Det med å kunne være både ute og inne og ha kontakt med folk også når de bor hjemme og vite litt om vedkommende når de kom inn.*

Her pekes det på at det å jobbe både ”ute og inne” gir muligheter til et godt kjennskap til pasienten, noe som igjen kan sikre kontinuitet i pleien. Dette kjennskapet danner dermed grunnlag for å kunne gjøre riktige prioriteringer i forhold til tildeling av plass på Lindrende enhet:

*Det er klart at vi ser jo veldig mange ganger at når vi står der og ser at vi har flere søkere på en plass, at vi klarer å gjøre de riktige prioriteringene da. Fordi at man kjenner jo pasientene ganske godt. Vi må ha vært hjemme hos dem og har holdt tråden i det. Så det er klart det er mange fordeler synes jeg og, men samtidig er det noen ganger det er ganske beaktisk.*

Til tross for de nevnte fordelene ved denne arbeidsmåten, opplever flere av informantene at det er ganske krevende å jobbe både ute og inne:

*Det krever at en hele tiden er på allerten, en skal jo være på spranget og en skal være positiv hele tiden. [...]. Det blir jo en veldig beaktisk hverdag.*

På spørsmål om hvilke utfordringer denne arbeidssituasjonen byr på, kommer det fram en bekymring for pasientene som er inne på Lindrende enhet:

*Jeg kjenner litt på i forhold til brukerne som er inne og i forhold til lindrende behandling eller palliasjon, det er jo, jeg tenker meg at det skal være en plass hvor det skal være rolig og vi skal alltid være disponibel og der en skal kunne klare og sette seg ned og prate, trøste pårørende og hele tiden ha tid til dem. En*

## Høgskolen i Buskerud

*skal kunne si "kom her så setter vi oss ned". Det er ikke slik hverdagen fungerer. Lindrende avdeling, i forhold til de andre avdelingene, trodde jeg skulle være mest rolig, men den er vel kanskje den som er mest travel. Jeg er litt betenkt i forhold til det da. Det er ikke slik jeg tror at en lindrende avdeling skal fungere.*

En annen av informantene støtter dette og sier:

*Og jeg og føler den tiden jeg har vært, at utebrukerne tar mye tid. Mye telefoner, mye "ting og tang". Og at det noen ganger går på bekostning av de pasientene som er inne. Men samtidig ser jeg jo at du får veldig god oversikt over de pasientene som rører seg i kommunen, du får veldig god oversikt over de pasientene som har behov for plasser. Og da sliter det veldig, nå må vi prøve å få de inn, ikke sant? Ja, du får en veldig god oversikt over behovet for plasser, da.*

De ansattes bekymring over at de utadrettede oppavene til det lindrende teamet kan gå utover pasientene inne deles av deres leder:

*Det er jo de som er ute som de har på lista si. Som kanskje ikke har vært inne her, men teamet har vært på besøk hos. Da gjør teamet avtaler om med faste oppfølginger. Det kan være per telefon eller at de reiser hjem til dem etter faste avtaler. Og så er det hjemmetjenesten, de som jobber ute, som lurert på ting. Det som jeg har fått litt tilbakemelding om i det siste, er at det er mye henvendelser. Det skaper uro i avdelingen.*

Lindrende enhet ser behov for å gjøre noe med denne situasjonen:

*Så vi skal ha et møte nå på mandag for å se på dette. Vi må finne mer ro. Bedre måte å arbeide på. Strukturere oss. Så da kanskje vi må sette noen begrensninger. [...]. For det har nok vært sånn at vi er her. Ta kontakt med oss. Vi kan svare på alt. Og det er veldig fint at det kan være sånn, men det kan også bli litt misbrukt. For vi har vel opplevd at de ringer for ting som ikke vi skal svare på, som andre kan likeså godt svare på. Så vi må nok jobbe litt [med dette].*

Det at personalet arbeider både ute og inne, gir imidlertid også en form for fleksibilitet:

*Er det stille inne så bruker vi mye mer tid ute. Det opplever jeg i alle fall. Men er det mye å gjøre inne, så holder vi vel litt igjen på den tiden vi bruker ute. Vi må jo alltid planlegge den tida vi skal ta ute i forhold til hvem er på jobb, og hvilke pasienter har vi nå. Ting som blir planlagt langt frem i tid kan man ... det hender vel vi har avlyst noen utebesøk og, men vi prøver vel ikke å gjøre det. De gangene vi gjør det, det er få ganger. Men det er ikke noen gode telefoner å ta. Mange planlegger dagen sin og uka si etter besøkene.*

Lindrende enhet har lister over alle personer i kommunen som kan ha behov for palliative tjenester. Det kan imidlertid være krevende, spesielt for de som er nye, å få oversikt over brukerne ute. En av informantene belyser dette slik:

*Jeg kjenner jo ikke navnene på alle utebrukerne. Jeg kjenner ikke hva som feiler dem, selv om vi har lister. Jeg har ikke noen ansikter, så jeg synes jo det er veldig vanskelig å få oversikten. For det er mange navn, det er mange navn som står på de listene.*

Samtidig er det en fleksibel holdning blant de ansatte som innebærer at de tar hensyn til hverandre:

## Høgskolen i Buskerud

*Nå har jeg vært mye ute, kan du dra ut nå. Det er veldig stor takhøyde for slike ting her, synes jeg. Eller hvis man ikke har lyst til å dra ut en dag, så er det veldig greit å si det og, hvis kompetansen tillater det da.*

Til tross for at informantene gir uttrykk for at de har et godt arbeidsmiljø og muligheter til en viss fleksibilitet i arbeidsoppgavene, kommer det altså fram at flere opplever det å være ute og inne som et stressmoment. Samtidig er det mange kvaliteter ved det å være et utadrettet lindrende team, spesielt når det gjelder kjennskap til brukerne og muligheten til kontinuitet i pleien.

### Personalressurser

Lindrende enhet synes å bli sett på som et attraktivt sted å jobbe og med høy grad av stabilitet i staben:

*Mange av de som jobber på Lindrende enhet har arbeidet der siden det begynte.*

*[...] det er flere av de som jobber der siden de åpna. Det er ikke ofte vi ser en ledig stilling på Lindrende. Det er bra søkning når det er ledig stilling.*

Intervjuene viser at mange av de ansatte føler at de har det hektisk og at ”inne-pasientene” ikke alltid blir optimalt tilgodesett. Dette forklares med at enheten i dag aldri har mer enn tre på dagvakt, mot fire i den perioden hvor modellen med lindrende team var et prosjekt med tilførsel av eksterne midler.

*Men i begynnelsen når Lindrende team kom opp og gikk, så har vi og fått ekstra midler. De har vi ikke lenger. Jeg tror kanskje det er noe av det man merker mest. Man klarer ikke opprettholde det man gjorde da. Nå med færre midler, liksom.*

Denne informanten stiller altså spørsmål ved om det er mulig å opprettholde det samme tilbudet som før med knappere ressurser. Andre forhold som nevnes som utfordringer i hverdagen er:

*Mye hull i turnusen med innleie av ufaglærte.*

*Leder er ikke i avdelingen sammen med personalet, noe som medfører at mye administrasjon faller på en av sykepleierne.*

Et eksempel som nevnes i det ene fokusgruppeintervjuet er at en sykepleier er på vakt med to ufaglærte:

*Jeg synes og det at det har vært litt tynt med vikarer. Jeg mener det sliter på å jobbe med ufaglærte. Det burde det ikke vært på Lindrende i det hele tatt. Synes jeg. Og når man først leier inn personer må det være folk med interesse, som ikke bare blir puttet der. Og vi skulle hatt egne nattevakter.*

Denne situasjonen beskriver respondenten som

*[...]en svakhet både for de inne og de ute. Du sender jo ikke vikarer til utebrukerne. Og så blir det svakere tilbud til de inne samtidig.*

## Høgskolen i Buskerud

Lindrende enhet er en av flere avdelinger ved sykehjemmet og deler samtidig leder med en annen spesialavdeling. I flere av intervjuene ble forholdet mellom de ansatte på Lindrende enhet og resten av "huset" diskutert. Lindrende enhet har hatt en periode med en del sykemeldinger og har derfor hatt behov for hjelp. Dette kan også gjelde de andre avdelingene til tider. Om bemanningen på lindrende enhet kommer dette fram:

*Det er jo alltid faglærte på alle vaktene i turnus, også på helg. Men det er ikke alltid sykepleier, men stort sett er det sykepleier. Hvis ikke vi på Lindrende har sykepleier på helg, så får vi en sykepleier fra en annen avdeling. Vi har en palliativ sykepleier på en annen avdeling som har et ønske om å jobbe mest mulig på Lindrende. Vi prøver å flytte henne dit så mest kompetanse er på Lindrende. Men det er nok ikke optimalt alltid. Det er det ikke.*

I de ulike fokusgruppene var det forskjellige syn på hvordan samarbeidet på tvers av avdelingene fungerte. To av informantene har negative erfaringer med å få hjelp:

*De er ganske kjappe, i alle fall i helgene for da er de minimumsbehandling all over, og det er det hos oss og. Hvis vi da har noen lette pasienter, og det vet de. Da er de ganske kjappe til å spørre om hjelp. Syns jeg i alle fall.*

*Sist helg som jeg jobbet, hadde vi det veldig travelt. I den ene avdelingen så hadde de to tomme rom, på en annen tre tomme rom og mange oppgående. Men var det noen som kom og spurte om vi ville ha hjelp? Nei, det var det ikke. Og det diskuterte vi da, liksom. De er veldig kjappe til å komme til oss og skal ha hjelp når de vet at vi har det enkelt.*

Andre ansatte sier de synes det har blitt bedre. Det kom også fram at ansatte på lindrende kanskje heller ikke tilbyr så mye hjelp til andre avdelinger:

*Jeg har hørt litt omvendt. At vi ikke tilbyr oss så mye, men at vi må ha hjelp. Så det er nok litt begge veier!*

*Det har vært mye sykemeldinger og vacante stillinger. Så har andre, både sykepleiere og hjelpepleiere blitt brukt mer på Lindrende. Og det har gjort at de har fått en annen forståelse. OK, fire pasienter, det kan være rimelig travelt, altså. Sånn sett så synes jeg det har hjulpet.*

Det siste utsagnet tyder på at det faktisk at det bare er fire senger på lindrende kan oppfattes av ansatte på andre avdelinger som lett arbeid. Å oppleve selv hva arbeidet består i, bidrar tydeligvis til større innsikt i hvor krevende arbeidet er.

### Administrasjon og ledelse

Flere er opptatt av at det er mange administrative oppgaver i enheten. Disse består i å telefonere, ta imot telefoner, få oversikt over alle brukerne og holde tråden i dagens aktiviteter. Dette oppleves å ta tid fra sykepleieren og dermed går det på bekostning av "sykepleietid inne på rom". En mulig løsning på dette, som nevnes av informantene, kan være en leder som er inne og tar seg av disse tingene.

Lederen for Lindrende enhet er også leder for en annen avdeling på sykehjemmet og må således "dele seg i to". Tidligere satt vedkommende nede sammen med den øvrige ledelsen, men har nå kontor et lite stykke fra enheten. Det har ifølge data vært utfordrende for begge parter fordi leder ikke har hatt mulighet til å være tilstede hele tiden. Det opplyses at det tidligere fantes en driftsansvarlig ved enheten:

## Høgskolen i Buskerud

*Vi har jo hatt en "driftsansvarlig" som var på Lindrende. Og den personen hadde administrative oppgaver som leder har per i dag, og så var personen ute. Så det har nok vært en sorgprosess, det å slippe den rollen der.*

I en av fokusgruppene kommer det fram et ønske om hvordan dette kunne være:

*Og som jeg har sett for meg da, som hadde vært det ideelle, uten at det er prøvd ut, hatt en leder som var inne på avdelingen hver dag. Som hadde oversikt over utebrukerne og som kunne holdt den tråden. For det synes jeg vi bruker mye tid på. Og telefoner og møter og ... ja.*

Det arbeides imidlertid med å finne en løsning på denne situasjonen:

*Vi har jobbet med å finne en erstatning for det da... en teamleder som vi har fått på plass i form av en funksjonsbeskrivelse. Den gjør vi kjent nå. Så vi er midt i den prosessen.*

### **De ansattes muligheter for veiledning og kompetanseheving**

Både dokumentanalysen og fokusgruppene viser at de ansatte ved Lindrende enhet har tilbud om ulike former for veiledning: 1. Medisinsk faglig rådgiving ved lege og 2. Prosessorientert veiledning ved sosionom.

#### **1. Medisinskfaglig veiledning/rådgiving**

Denne veiledningen med lege ble diskutert i alle fokusgruppene. Det var ulikt hvor mange ganger informantene hadde deltatt. Omtalen av veiledningen i avdelingen oppfattes som veldig positiv, men det kom likevel fram til dels ulike oppfatninger av nytteverdien i intervjuene:

*Det er jo et fagfora som du kan få noe ut av. Personlig så er jeg vel ikke den som har fått mest ut av det. Ikke for det at han ikke er flink, for han er absolutt det. Men jeg vet ikke om det har gått i for mye detaljer, men jeg ser at det fanger de som har jobbet her en stund og som har åpnet avdelingen her på en måte, og som har hatt han i bakånd hele tiden. Jeg ser at det er veldig nyttig, så jeg har ikke flagget det så veldig høyt at jeg sjøl ikke får så veldig mye ut av det.*

En av informantene som er litt usikker på utbytte av veiledningen, tror kanskje det kommer av at det er så mange møter det forventes at man skal delta på:

*Jeg vet ikke om det er for drygt. At to timer blir for mye og så spiser vi lunch og så er det litt ... jeg vet ikke om det faller sammen med at jeg synes det er veldig mye møter på det her huset totalt. At hadde det vært eneste møte her så hadde det vært et mye bedre fora. Det er så mye så jeg synes veldig mye av hverdagen blir brutt opp her av møter. Jeg synes at jeg mister tid på avdelingen. Og så skal du rekke det og rekke det og det er alltid klokkeslett på hverdagen, synes jeg egentlig.*

*For det skal planlegges skikkelig for to timer det er fra klokka 11 til klokka 13 er liksom en kjerne tid, det og. Så det går på bekostning av noe annet. Det er jo akkurat som onsdagstrimmen som man skal planlegge, en skal jo ut for en hver pris, men det holder ikke lenger, nå er det slutt. Jeg synes trim er OK, men jeg hadde lyst til å gå ut når jeg hadde tid, men det fikk jeg ikke lov til.*

*Jeg synes, de få gangene jeg har vært med, så har det vært veldig nyttig. Det er kanskje litt med hva slags utgangspunkt man har. Hva kan vi forvente ut av en case. Enten han har en case eller vi tar en pasient her. Hva kan vi forvente i forhold til sykdom og metastase. Hva vil komme til å skeje her fremover. Hva*

## Høgskolen i Buskerud

*må vi tenke på av medisiner og observasjoner? Jeg synes det har vært veldig nyttig de få gangene jeg har vært der.*

*Men på de to møtene jeg har vært med på, så har jeg ikke følt at det har vært så veldig mye utbytte. Men det er jo som du sier, at det å plukke en case eller pasient i fillebiter for så å sette den sammen igjen, det er veldig nyttig for mange. Så hvis det er noen som synes de har nytte av det sånn medisinsk faglig, så tror jeg at det er viktig. Bakdelen er vel det at det er så veldig flott, så vi må møte opp. Da må man prioritere det.*

Til tross for at informantene har hatt litt ulikt utbytte av veiledningene med lege, understrekes det at han er veldig god på det å veilede på prosesser og det menneskelige aspektet ved å ha ansvar for alvorlig syke og døende. Det kommer også fram at personalet benytter legens kompetanse også utenom de planlagte veiledningene:

*Det er en veldig god kar å ha i bakhånd. Jeg har hatt kontakt med han flere kvelder og helger mens jeg har jobbet her. Selv om jeg ikke er veldig fan av de møtene. Han er utrolig kunnskapsrik og trygg å ha på telefonen. Han har jo selv sagt at vi bare kan ringe. Han har jo hjulpet oss mange ganger med akutte ting. Hvis han har vært tilgjengelig. Når legevakta ikke duger.*

*Det de som har vært her lenge, sier, de fleste, det er litt forskjellig syn på det og. Noen har kanskje ikke sett den nytten av det som andre har gjort. Men de som har vært positive har prioritert det veldig, og synes det har vært det stedet de har fått muligheter til å diskutere problemstillinger. Også det å få råd til å behandle vanskelige pasientsituasjoner. Og vår lege har vært til stede, sånn at på legenivå så har man kunnet diskutere og komme fram til best mulig løsning for pasientene. Det er jo pasientene vi har hatt som fokus.*

Som det fremgår av det ene sitatet, er også enhetens tilsynslege med på disse veiledningene. Dette oppfattes som viktig og positivt av de ansatte:

*Vår tilsynslege har en interesse for faget (palliasjon), men har ikke den erfaringen og kanskje den formelle kompetanse akkurat innen det med palliasjon. Og den medisinsk-faglige veilederen har jo lang og bred erfaring på det. Jeg tror at tilsynslegen har fått veldig mye læring i form av møtene vi har hatt.*

## 2. Veiledning med sosionom

Dette tilbudet beskrives slik:

*[...]så har vi hatt annen veiledning med sosionom i kommunen. Det har vært en pause, men nå er vi i gang igjen. Nå er det en gang i måneden. Og det går mer på situasjoner, følelser og frustrasjoner, og tøffe pasientsituasjoner. Det er ikke ønskelig at det skal være organisatoriske problemstillinger. Det kan personalet komme til leder med, slik at vi kan jobbe sammen videre med det. Men at det kan være en vanskelig situasjon å stå i sammen med de pasientene vi har hatt. Og utveksle erfaringer og følelser på det. Vi har i hvert fall prioritert at vi skal "opp å gå" med det da.*

## 3. Kurs og konferanser

Lindrende enhet her i utgangspunktet ingen midler til kurs eller konferanser i driftsbudsjettet:



## Høgskolen i Buskerud

*I institusjonstjenesten og driftsbudsjettet har vi ikke noe penger til kurs. Men vi bruker allikevel av driftsbudsjettet. Sann til veiledning, vanlig veiledning. Og så har vi blitt enige om å gjøre spleiselag på den medisinsk - faglige veiledningen. Avdelingen får faglig påfyll i form av det.*

Ifølge ansatte ved Lindrende enhet, har de noen penger selv som de vurderer å bruke noe av til kurs. Disse midlene kommer fra pengegaver fra etterlatte:

*Det er jo ofte etterlatte skriver at isteden for blomster kan de gi gaver til Lindrende. Så vi har en del penger som står på bok. Vi skal blant annet til Bergen på Palliasjonskonferansen der. Da reiser hele avdelingen. Og det er jo en stor kostnad. Så at det prioriterer vi. Men vi må bruke av våre egne penger der. 10 stykker skal reise dit i tre dager, så må vi ha vaktinnleie i tre dager, og det må vi spare inn selv ved å kanskje gå en mindre i tilsvarende vakter da. Så vi må gi og spare litt for å få det til.*

At hele personalet kan få delta på en slik konferanse sammen ses som betydningsfullt:

*Det å reise mange sammen gir jo en hel annen plattform og felleskap i forhold til å reise en på det og en drar på det ...*

Av andre viktige konferanser nevnes Erfaringskonferansen ved regionens kompetansesenter for lindrende behandling som er to ganger i året. Her er det besluttet at en til to kan få delta:

*Hvis det er flere som vil, så kan de gå på fritiden sin. For alle har også ansvar for eget faglig påfyll. Så litt gi og litt ta. Det er det som dessverre er situasjonen, jeg skulle ønske at det var annerledes. Også har jo Høgskolen noen sanne temadager, og vi prøver å sende så mange som mulig. Og at vi da i sanne dager prøver å gå litt færre i avdelingen slik at flest mulig skal få deltatt på temadagen. Og Lindrende er jo den avdelingen som har vært prioritert til flest kurs i forhold til hele huset. Jeg tenker at det er viktig å se på hele huset også. For å spre kompetansen.*

### 4.1.2 Personalets vurdering av befolkningens kjennskap til og syn på Lindrende enhet

Lindrende enhet åpnet i 2005. Ifølge informantene var det rolig i avdelingen de to første årene. For å sikre at befolkningen og aktuelle samarbeidspartnere skulle dra nytte av den nyetablerte enheten ble det satset mye på informasjonsarbeid:

*Det var jo slikt informasjonsframstøt, det var jo folk som var rundt omkring på legesentre, hos hjemmesykepleien og informerte veldig aktivt en periode. Lindrende avdeling var veldig rolig i begynnelsen det første året. Det andre året også. Det har nok med at det var et nytt tilbud,...*

Mange av de ansatte har opplevd at pasientene har vært skeptiske til å benytte tilbudet:

*[...]mange som var skeptiske til dette med lindring. Skal jeg på Lindrende avdeling, da må jeg liksom være dårlig. Nå tror jeg altså det, at både pasienter og pårørende, synes det er bra at det finnes en lindrende avdeling i kommunen. Og det er jo veldig mange som ringer og, og det er veldig lett for å ringe direkte hit når vi først har vært i kontakt med de i stedet for å ta kontakt med hjemmesykepleien. Og det og gjør at det er veldig stor pågang på telefonen både i uka og i helger.*

En annen informant forklarer det på denne måten:

## Høgskolen i Buskerud

*Og så er det at "Du kommer fra Lindrende, å, ja". Så blir de veldig skremt for lindrende. Synonymt med kreft, smerter og død, for mange i alle fall. Særlig for den generasjonen som er over oss igjen da. Så kan vi forebygge litt skrekkszenarier ved at vi viser et ansikt, ved at vi forteller litt. Ved at vi har et fjes, så blir det ikke bare et søknadsskjema. Da blir det kanskje bedre for noen å søke.*

Bedre informasjon om hvilke tjenester enheten kan bistå med, kan trolig bidra til å nedtone brukernes forestillinger om at *"kommer jeg først inn på Lindrende, kommer jeg kanskje ikke gående ut igjen"*:

*Da er det kanskje noe å informere om at vi har pasienter inne for en uke eller to. For at vi får smertelindret dem. Eller pårørende trenger å få litt fri, at de trenger å få litt god mat ... altså "å, er det det liksom". Det er ikke alle som vet, vi har jo hatt yngre pasienter her i kurativ fase som bare har vært innom her en ettermiddag, over en natt etter cellegift. Og som vi har fulgt opp hjemme i forhold til å gi væske og sånt. Og tatt blodprøver for dem fordi de ikke har orket å reise ned for ta blodprøver for kontroll. Og det er også litt greit å fortelle til de som tenker at de ikke kommer hjem igjen. Alle typer egentlig.*

En av informantene har opplevelsen av at pårørende er generelt positivt innstilt til sykehjemmet som institusjon og ikke spesielt Lindrende enhet. Hun mener at enheten får "drahjelp" av dette positive omdømmet når de presenterer tilbudet de har. I tillegg er de veldig opptatt av å ha en lav terskel overfor hjemmeboende:

*Vi sier jo "bare ring hvis det er noe". Vi legger jo opp til det. Ja, det er veldig lav terskel. Vi blir jo slik på fornavn med alle og folk de føler jo ... det er ingen slik barriere for å ta kontakt.*

Selv om de ansatte selv mener at tilbudet ved Lindrende enhet er bra og at de kunne hjulpet brukeren, understrekes det at det er viktig å respektere brukernes ønsker:

*Og det er jo ikke alle som vil inn hit, og det må vi respektere.*

*Jeg er litt opptatt av at vi må respektere de som ikke trenger oss mer enn nødvendig. Vi skal ikke gå å si at, "Jo, du er syk, du må ha hjelp av oss!" For det har vært tendenser innimellom. Det må vi passe oss for, tenker jeg. Og respektere de som faktisk vil være hjemme. Og hvis de vil ha kontakt med oss, så får de lov å velge det selv. Selv om vi ser at vi kunne hjelpe dem. Integriteten er viktig selv om vi ser at vi kunne hjelpe dem. Vi vet ikke alltid best.*

### 4.1.3 Personalets vurdering av samarbeid med andre

#### Samarbeid med hjemmetjenesten

Ansatte ved Lindrende enhet/team har en viktig oppgave i å veilede ansatte i hjemmetjenesten. De opplever at dette tilbudet blir mye brukt:

*[...]men også hjemmesykepleier, hvis det er noe de lurer på, så ringer de. Da veileder vi på telefonen, og vi har reist ut og møtt dem noen ganger. Det har vært koblinger og kateter og sånne ting. Og samtidig er det pårørende også.*

*Jeg syns hjemmetjenesten ringer ofte, jeg. Den bruker oss når den har behov for oss, det virker sånn i alle fall. Noe de lurer på, teknisk utstyr eller...*

*Nå siden jul har vi eller kommunen hatt mer fokus på det andre sykehjemmet. Langtidsavdelingen. Og der har og sykepleierne begynt å ringe hit. De har og begynt å bruke smertepumper, noe de aldri har gjort*

## Høgskolen i Buskerud

*før. Da ringer de og kommer og henter utstyr og får litt back up og støtte og "dette går bra". Og så ringer de og spør noen ganger og så.... Det er litt bra, tenker jeg. Hjemmesykepleien ringer av og til.*

*Det er flere ganger jeg har veiledet sykepleieren når de har vært og skiftet kassett på smertepumper, eller gjort ett eller annet som de ikke har fått til å fungere. Da ringer de til oss og spør. Og de ringer jo og i forhold til pasienter når de ser hvordan det er, når problemer baller seg på hjemme. Flinke til å fylle ut søknadsskjema og søke om opphold.*

I tillegg til løpende veiledning på telefon, har ansatte ved Lindrende enhet og hjemmetjenesten jevnlig samarbeidsmøter en gang i uka:

*Det med hjemmesykepleien og møter som vi har en gang i uka, hver tirsdag. Samarbeidsmøtet, det er også veldig bra da. Da utveksler vi litt slikt.*

Verdien av å delta på dette møtet er avhengig av i hvilken grad den ansatte fra lindrende er oppdatert:

*Det avhenger også igjen at man er oppdatert på de listene på utebrukere som er litt aktive brukere.*

*Jeg har også latt være å dra på det møtet når jeg har vært på jobb. Når jeg rett og slett ikke har vært på jobb på ei stund og ikke har oversikt nok til å kunne bidra med noe som helst. Det er jo avhengig av at man er i farta her hele tida.*

Møtets innhold består i at alle pasientene som er meldt inn til lindrende gjennomgås:

*Nei, vi har jo da en liste over, en for den ene sonen og en for den andre. Alle pasientene som på en eller annen måte er meldt til lindrende av enten hjemmesykepleien eller sykehuset, som har behov for palliativ behandling eller er i en palliativ fase eller sånt.*

*Og så går man gjennom alle navna, hvordan er det der og der. Noen er jo ikke vi hos i det hele tatt. Det er jo litt forskjellig. Noen er vi på jevnlig hjemmebesøk hos. Noen vil ikke ha kontakt med Lindrende i det hele tatt. Noen ringer man til ved behov, ...*

*Det er jo noen på de listene som vi ikke aner hvem er.... For det er kanskje pasienter som har sagt at foreløpig ønsker jeg ikke noen kontakt med Lindrende. Men det er greit at vi hører, hvordan går det der og fungerer alt greit og det går jo begge veier. Vi sier jo at der er vi en gang i uka og de trenger mer hjemmesykepleie og vi bruker hverandre litt. Og de sier at nå kommer de til å søke et opphold. Eller de trenger et besøk av dere, eller kan dere være med oss på besøk? Og så er vi på hjemmebesøk sammen og med leger, hvis det trengs. Og det er jo ikke alle som vil inn hit, og det må vi respektere.*

Selv om møtet skal foregå fast til samme dag hver uke, er det ikke alltid det avholdes:

*Det har vel skjedd noen ganger at det av forskjellige grunner har blitt avlyst. Det kan være gjensidig det at hjemmesykepleien ikke kan en gang og, ja...*

### **Samarbeid med legene**

Flere av de ansatte ved Lindrende enhet opplever at samarbeidet med legene har blitt bedre over tid.

*Legene har òg blitt, siden jeg begynte å jobbe her ... jeg syns legene er mer på gli, kan man kalle det det? At det er lettere å samarbeide med dem. Nå vet de hvem vi er og hva vi står for. Noen leger drar det*

## Høgskolen i Buskerud

*kanskje for langt og sier at "skriv det opp [søknad om opphold], så skriver jeg under". Vi gjør ikke det altså. Men tilliten er i alle fall større. Det er hender vi får telefoner fra leger som vil søke om opphold for pasienter.*

*Det skjer ikke veldig ofte, men mer enn før. Det er lettere å ringe til legesentrene å få opplysninger. Og snakke med legene enn i starten når jeg begynte her.*

*Når vi kontakter leger, synes jeg alltid at jeg blir møtt. Det kan ta litt tid, men jeg får nå svar.*

Noen av informantene mener også at det bedre samarbeidet kan ha sammenheng med at det ble lyst ut stilling som ny tilsynslege ved lindrende enhet. Da ble det i denne sammenheng en del snakk om enheten blant fastlegene:

*Da var det vel flere som ville være her. [...]. Det ble mer snakkis rundt det av legene i kommunen. I den perioden. Stemmer ikke det? Det er i hvert fall det jeg har hørt da. Det blir jo fokus ut av det. Og når det blir en jobb som er attraktiv for noen så blir noen mer nysgjerrig. Og den legen vi har nå, er jo flink til å formidle ting på en positiv måte og. Jeg opplever i alle fall hun som veldig ydmyk i forhold til hva andre leger har gjort som forarbeid. Tar kontakt med dem og undersøker litt.*

*Det øg tror jeg er veldig positivt, at legene samarbeider seg i mellom.*

Lindrende enhet har i dag egen tilsynslege som kommer en dag i uken på en fast ukedag. Denne dagen går med til visitt hos de fire inneliggende pasientene og planlegging av videre behandling/lindring og pleie. Dette oppleves som en utilstrekkelig legedekning av både ledelsen og de ansatte ved enheten:

*Det er nok tilstrekkelig til å gå gjennom de fire pasientene vi har på en dag. Men det er ikke tilstrekkelig i form av at det gjennom hele uka oppstår problemstillinger. Man greier ikke alltid å planlegge en hel uke i forkant. Så hun er jo veldig tilgjengelig for oss på telefon. Det gjør det mye lettere for oss...*

At tilsynslegen er tilgjengelig på telefon utenom den faste dagen, er et uttrykk for personlig engasjement og innebærer en slags dugnadsinnsats. En av informantene nevner likevel at det ikke bare er positivt at de har egen lege:

*For det er legetilsyn på forskjellige dager på huset. Vi kunne absolutt trengt tilsyn flere dager enn bare torsdager. Vi har jo også snakket med tilsynslegen, men slik arbeids situasjonen er akkurat nå, så har hun ikke mulighet. Men vi ser at hvis vi for eksempel ikke har vært her i helga, og så kommer på arbeid mandag morgen. Så er det mye som har oppstått på tre dager, altså. For da er det leger på de andre avdelingene som ikke vil, ... de tar det mest akutte. Men de ønsker jo ikke å blande seg opp i det med lindrende pasienter. Så det hadde vært bare en fordel med samme legen.*

På spørsmål om hvordan de ansatte ved lindrende enhet forholder seg til tilsynslegen kontra brukernes fastlege, sier leder av enheten:

*Nei, så lenge pasienten er inne her, og vi har startet et løp, så er det tilsynslegen vi forholder oss til. Men det er klart at tilsynslegen er i dialog med fastlegen. [...]. Vi vet jo alltid hvem som er fastlegen. Og det kan hende at vi må hente noen opplysninger der ifra. Men det er tilsynslegen vi forholder oss til så lenge pasienten er her.*

## Høgskolen i Buskerud

I noen tilfeller er det nødvendig for de ansatte ved Lindrende enhet å kontakte pasientens fastlege. Det kan dreie seg om en bruker som har kommet etter den faste tilsynsdagen og som tilsynslegen dermed ikke kjenner.

*Og slik som nå i helgen, for eksempel, så er det jo en pasient som ikke bo kjenner, flere forresten. Så er det jo vanskeligere med en gang. Da har vi jo i dag for eksempel, kontaktet fastlegen.*

Dersom det er pasienter som de ansatte vet vil komme til å bli i enheten, kan det hende de kontakter tilsynslegen slik at hun kan få satt seg inn i situasjonen pr.telefon:

*Litt sånn vurderingssak fra tilfelle til tilfelle. Det viser seg slik det fungerer nå, så trenger vi egentlig legevissitt to dager i uka. Vi bruker tilsynslegen mye, vi bruker henne til og med når hun er ute og reiser. Jeg har spurt om det ikke går an å ha en halvtime på mandag, for eksempel. "Jeg ser det trengs", [sier legen], men akkurat nå har hun ikke mulighet. Det hadde vært det beste.*

### **Samarbeid med andre kommunale instanser/yrkesgrupper**

Lindrende enhet har tilgang til fysioterapeut "som er i avdelingen, ikke fast bele tiden, men har ansvar for Lindrende enhet". Det er startet opp med månedlige tverrfaglige møter med fysioterapeut "for å få til et bedre samarbeid og struktur på det". Det er som oftest fysioterapeuten som tilrettelegger de praktiske forholdene for pasientene:

*Det er ofte fysioterapeuten som tilhører Lindrende som har ordna med den type ting, beis og andre typer hjelpemidler.*

Når det gjelder samarbeid med ergoterapeut er dette mer uklart:

*Ergoterapeut har vi på Rehab. Som vi helt sikkert kan benytte. Jeg har ikke opplevd at vi har benyttet det ... det benyttes helt sikkert.*

Når det gjelder samarbeid med en sosionom/NAV er dette ikke på plass.

*I forhold til sosionom så har kommunen ikke noen sosionom. Og der hadde jeg kontakt med NAV for å høre om de hadde noen. Så der bare benviste de igjen ... vi har egentlig ingen sosionom.*

*Det er et tilbud som ikke er godt nok. Jeg har i hvert fall ikke funnet ut at det er noen sosionom vi kan tilkalle. Bare hørt at NAV har egne sosionomer vi kan henvise til. Det er kanskje ikke godt nok.*

*Nei, jeg kontaktet en kontaktperson i NAV for sykefravær. Jeg spurte han, og han kjente ikke til noe. Han skulle ta kontakt innad. Men han snakka direkte med denne pårørende. Så vi må faktisk følge det videre opp.*

*Så det burde vi ha mer avklart. Et navn og telefonnummer.*

Videre har enheten samarbeid med diakon/prest:

*I forhold til diakon så tar vi direkte kontakt fra avdelingen når de ønsker prest eller ... Har akkurat laget en informasjonsbrosjyre, det er ikke bare de som er tilknyttet vanlig kirke. Så vi har faktisk lagt inn det med andre trossamfunn. Vi bør være på tilbudssiden der hvis vi får en pasient som har en annen religion. Men vi tar kontakt da med prest.*

### Samarbeidsforhold /avtaler med spesialisthelsetjenesten

Kommunen har etablert et formelt samarbeid med nærmeste lokalsykehus gjennom en skriftlig samarbeidsavtale. Avtalens formål er å:

- Beskrive ansvarsfordelingen mellom 1. og 2. linjetjenesten i forbindelse med utskriving av pasienter som trenger oppfølging etter utskriving fra sykehuset
- Lage gode samarbeidsrutiner som sikrer fleksible tiltak for helsemessig forsvarlige og kostnadseffektive behandlings- og pleieløsninger for pasientene.

Som det fremgår av punktene over, er dette en generell avtale som gjelder alle somatisk syke. Når det spesifikt gjelder palliative tjenester, er Lindrende enhet tilknyttet Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling i Helse Sør - Øst. Enheten har faste møter med Palliativ enhet ved sykehuset hver 14. dag, hvor felles pasienter blir gjennomgått. Lindrende enhet mottar medisinskfaglig veiledning av lege og leder av palliativ team ved sykehuset. De ansatte har faste veiledningstimer hver 14. dag, samt mottar medisinskfaglig veiledning ved kompliserte pasientforløp av en lege med lang erfaring innen palliasjon. Det er også etablert et nettverk med andre faggrupper i kommunen.

## **4.2 Hjemmetjenestens evaluering av palliative tjenester (Lindrende enhet)**

Beskrivelsen som følger er basert på totalt tre fokusgruppeintervju med ansatte og ledere.

### **4.2.1 Personalets beskrivelse av erfaringer med palliative tjenester i hjemmetjenesten**

Informantene oppgir at de ikke har noen oversikt eller tall på hvor mange brukere med behov for lindrende tjenester de har i løpet av et år. De er imidlertid helt klare på at det er mange brukere med behov for slike tjenester, selv om de ikke har konkrete tall. Spesielt er det mye kreftpasienter.

I ett av intervjuene blir det oppgitt at den ene sonen i hjemmetjenesten har hatt maks tre personer som har hatt ønske om å dø hjemme i løpet av et år. Flere har opplevd at dette ønsket endrer seg hos brukerne etter hvert:

*Det er mange som har ønske om å dø hjemme, men så ser vi at det ikke fungerer slik de hadde tenkt og trodd. Det har litt med trygghet [å gjøre].*

Det synes som de ansatte strekker seg langt for å ivareta brukere som ønsker å dø hjemme. For å sikre god oppfølging i hjemmet, nevner en av informantene at palliativ sykepleier har vært villig til å ta ekstravakter:

*Hvis de trengte [det], hvis de ønsket å dø hjemme og det skjedde noe spesielt. For Lindrende avdeling reiser ikke ut i helgene og de reiser jo ikke ut heller for å stelle.*

## Høgskolen i Buskerud

Ellers bekrefter informantene fra hjemmetjenesten de ansatte fra Lindrende enhets bilde av at mange synes det er skremmende å komme dit:

*Noen pasienter forbinder jo Lindrende med død og fordervelse ... da får de en sånn sperre. Noen pasienter kan få øynene opp når vi forklarer om det (tilbudet), mens andre har bare sånn - altså det er helt uaktuelt! De forbinder det kun med død.*

For å bedre denne situasjonen nevnes det at mer informasjon og opplysning er viktig. Informantene forteller at ansatte ved Lindrende enhet kommer ut og presenterer tilbudet, men det er ønskelig at de kommer oftere ut:

*De må vise ansikt og si hei, kanskje jeg kan hjelpe deg med det og det?*

En refleksjon som kom opp i den ene fokusgruppen er at hjemmetjenesten har færre brukere som dør hjemme nå enn de hadde før:

*Hvorfor er det færre som dør hjemme nå? For nå heter det lengst mulig hjemmetid ...*

*Da tenker jeg, er det fordi alle disse lindrende avdelingene som har kommet, eller er det ... For jeg vet at hvis en skal dø hjemme, så må det være noen i det huset som er trygge på at de kan tåle dette. Og det er det ikke over alt. Og så sier de så fint, vi skal sette opp lister vi. X skal få lov til å dø hjemme, har fått sykeseng hjemme og skal dø hjemme. Det vi vet er at de bruker oss hele tiden når det skjer noe. De er så redde.*

Dette er en krevende situasjon både for familiene og de ansatte i hjemmetjenesten. Det er behov for god kompetanse og planlegging:

*I slike familier tror jeg vi klarer det, hvis det er en palliativ sykepleier som kan være i forkant, ha alt av medikamenter hjemme, ha alt du trenger og lære opp kolleger til hva de skal gjøre, ikke sende de på sykehus hvis det skjer noe. Være trygge i det de står i. Da får de det til. Og slik at legen kan komme...*

Hjemmetjenestens erfaring er at mange døende ønsker å komme inn på en institusjon den siste tiden:

*[...]for det som vi ofte ser nå, det er at de to siste døgnene ofte, da vil de på sykehus, eller så vil de opp til Lindrende. Mange. Derfor sier vi mest mulig hjemmetid, og så får de lov til å komme hit. Det er så viktig at pasientene får lov til å velge selv. Hvor vil jeg være? Og det er flott for familien og for da vet de at pasienten kan komme på Lindrende den dagen som han vil det. Og så blir familien også glad.*

Selv om ikke alle alvorlig syke og døende ønsker å benytte tilbudet, er informantene enige om at Lindrende enhet er veldig bra:

*Den tryggheten du har på Lindrende, den er helt unik. Jeg har en som døde på Lindrende, det siste året var hun jo mer på Lindrende enn hun var hjemme. Og det gikk på hennes egen trygghet. Hun var så trygg på alt når hun var på Lindrende. Hjemme turte hun ikke være alene - hun var redd for alt mulig. Men når hun døde, den siste uken hennes på Lindrende (...), du vet du har den tryggheten, du har folk rundt deg... Hele døgn. Det ble hjem for henne.*

Å ha døende familiemedlemmer på Lindrende enhet kan også være en god støtte for pårørende:

*Du har dora, du kan på en måte gå utenfor litt, du kan, altså det er tungt å ha nære relasjoner til døende.*

### **Palliative tjenester i hjemmetjenesten – organisering og arbeidsoppgaver**

Informantene opplyser at noen av pasientene kommer hjemmefra og rett til Lindrende enhet uten å ha kontakt med hjemmetjenesten først:

*Det er mange som har kommet hjemmefra og så til Lindrende, det er mange som ikke vi har vært hos. For før så var det mange vi var hos på forhånd. Men nå går de rett på sykehuset og så går de rett på Lindrende.*

Selv om hjemmetjenesten ikke er involvert hos alle med behov for palliative tjenester, beskrives pasientene som dårligere og dårligere, men at det går litt i bølgedaler:

*I sommer så hadde vi vel opp i mot fem stykker som hadde smertepumpe. Jeg tror det var opp mot det på det meste [...]. Og så er det plutselig ingen. Men du ser jo at folk blir jo bare dårligere og dårligere hjemme. For de får ikke plass på sykehjem og de får ikke være på sykehus. Og vi har jo aldri overbelegg, på en måte, eller fullt.*

Hjemmetjenestens rolle i forhold til brukere med behov for palliasjon dreier seg mye om smertelindring:

*Det går veldig mye på smertelindring ... og ha det så bra som en kan ha det. Må dit for å stille inn pumper og alt, vet du. [...] når den smertelindringen fungerer, da er det jo mye greiere å gå, da er det mye greiere for alle.*

Hjemmetjenesten har innført en ordning med det de kaller faglister/sykepleielister. Dette innebærer at en tilstreber at sykepleier skal ha ansvar for pasientene på disse listene. Hvilke pasienter som settes opp på listene forklares slik:

*Noen har jo prosedyrer som kun sykepleiere kan gjennomføre. Det være seg intramuskulære injeksjoner, pumper, smertepumper og sånne spesielle ting. Og ellers er det gjerne kreftpasienter, som krever litt sann ekstra oppfølging [...]. Det er den faglista som det er færrest mulig folk på.*

Kommunen etablerte for noen år siden en ordning med ressurspsykeleier innen palliasjon i hjemmetjenesten. Dette førte til endringer i de andres arbeidssituasjon:

*I utgangspunktet fikk palliativ sykepleier ta seg av de dårligste. Men da måtte disse to ta noen andre ting for henne da. Men det gjorde ingenting for de var like blid. For da fikk sykepleieren gå til kreftpasienter og legge opp et opplegg der. Og når det hadde gått en tid var det en liten gruppe rundt de palliative pasientene, så vi jobbet ganske fint altså. Så ble det jo omorganisering igjen i fjor. Og da havnet vi jo i sentrum. Ja, det ble jo endringer, men allikevel så fikk palliativ sykepleier jobbe med det hun var utdannet til når det var det innenfor egen sone. Men den andre sonen brukte ikke sykepleieren, men der hun var ansatt.*

Av sitatet over fremgår det at kompetansen til den palliative sykepleieren blir benyttet, men kun innenfor egen arbeidsplass. Denne kompetansen kom dermed ikke hele kommunen til gode.



## Høgskolen i Buskerud

Informantene (hjelpepleiere) forteller dette om endringen ved opprettelsen av en palliativ sykepleierstilling i hjemmetjenesten:

*Jeg har jobbet en del sammen med den sykepleieren og de dårlige og synes det er veldig spennende og givende. Vi jobba jo, og tok mer fordi X brukte lenger tid hos dem, og så var vi inne der. Vi var på en måte ikke ute fra hennes pasienter. Vi var der, men ikke det lille ekstra på en måte som den palliative sykepleieren.*

*Ja, vi har vært så heldige og hatt med oss X hele veien som palliativ sykepleier og jobbet så nært oss. Vi har kunnet brukt henne og hun har ordnet opp.*

*Og så var det nyttig å få den erfaringen for den palliative sykepleieren var jo ikke der 24 timer i døgnet. Det var noen helger og kvelder som vi måtte gå ut og stelle alene. Da var prosedyrene laget og alt var ryddig og klart.*

Opprettelsen av funksjonen som palliativ sykepleier medførte at andre fikk "en dotømming eller bleieskift ekstra fra sykepleierens liste fordi det var det hun kunne gi fra seg, for å få mulighet til å bruke lenger tid hos andre". Dette fungerte takket være et arbeidsmiljø hvor de samarbeidet godt seg i mellom:

*Vi gjør så godt vi kan, for vi må få gjøre det vi kan best hver. Vi må jo bruke den personen som har best kompetanse. Så det har vært så trygt og godt.*

*Men derfor er vi jo alle betydningsfulle for hverandre. Vi hjelper jo hverandre. Vi har vel egentlig en veldig fin sann" greie" til å hjelpe hverandre.*

*Eller hvis det er noen som kanskje krever noe ekstra som kanskje ikke jeg får til akkurat der og da.*

*Hvis det er ting jeg ikke har kompetanse på og føler at jeg ikke er trygg på, så ringer jeg etter sykepleier.*

*Og det er aldri noe vrangvilje, alle hjelper hverandre. Vi er egentlig et fint lag.*

Siden palliativ sykepleier ikke var til stede 24 timer i døgnet, var det viktig å ha gode kolleger som måtte få litt opplæring eller veiledning:

*Da gikk jo alt på skinner. Da hun ikke var på jobb så gikk jo disse dit. Da hadde palliativ sykepleier brukt god tid i starten da.*

Det legges her vekt på et godt grunnlagsarbeid i starten med utarbeidelse av prosedyrer samt opplæring av andre ansatte. Hjelpepleierne som deltok i fokusgruppen ga uttrykk for at arbeidet med pasientene i palliativ fase er interessant og at det var godt planlagt.

**Omsorgen for pårørende** synes imidlertid å være et område hvor de mener at det følges opp altfor lite:

*Alt for lite, synes jeg. Samhandling med pårørende burde vært bedre. Men samtidig burde vi hatt mer tid til det. Det er der det skorter.*

*Men vi har jo, i alle fall jeg i enkelte situasjoner, når vi har dårlige pasienter hjemme, så har jeg et par ganger innkalt til et nettverksmøte der vi er hjemme sammen med brukerne, pårørende og noen ganger fastlegen også i sjeldne tilfeller. Jeg føler at pårørende får veldig lite informasjon når brukerne er hjemme.*

## Høgskolen i Buskerud

*På sykehuset kan man liksom gå og spørre legen eller sykepleieren som har full kontroll. Men vi er bare innom innimellom og kanskje de pårørende ikke er der. Og fastlegen vet vi det er vanskelig å få tak i.*

Når det gjelder barn og unge som pårørende nevner den ene gruppen:

*Hvis vi har et hjem og vi ser at det er ungdom i buset, så tror jeg at de fleste av oss som har jobbet noen år, enten vi er hjelpepleier, omsorgsarbeidere eller sykepleiere, ser den ungdommen. [...]. Da må vi spørre om det er noe de vil ha litt hjelp til. Er det skole, eller er det kirken eller de tingene de er opptatt av... få litt hjelp av helsesøster, lærer på den skolen som de går på. Når de har ungdom på Lindrende, da var de veldig opptatt av å få til et samarbeid med dem. Da måtte du ha hjelp av en psykiatrisk sykepleier eller sosionom eller noen andre. Som kunne hjelpe med de spørsmålene. Og slik kan vi jobbe hjemme og.*

I forbindelse med barn og unge trekkes kommunens Familiehus frem som en ressurs:

*Det er familievernkontoret som er opp til 18 år som vi kan bruke. Familiehuset, de kan vi bare ringe hvis, vi må igjen spørre pårørende, og da hvis de vil det, kan vi ringe de. Og det er et flott team. De tar seg av barn opp til 18 år. Men de over 18 er det egentlig vi som må hjelpe.*

Flere av informantene mener også at ungdommer med syke foreldre har mye støtte i venner samt at de benytter blogging som en måte å dele og bearbeide følelser på.

Selv om mange av informantene mener de "ser" pårørende og kjenner til ressurser de kan trekke inn, kommer det fram et behov for å bli flinkere til å ivareta pårørende:

*Jeg tror ikke vi er flinke nok for vi kan være enda bedre. For vi har nok, er nok kanskje redde for å gå inn i en samtale, fordi vi kanskje ikke har kompetanse nok. Fordi vi kanskje ikke vet hva vi skal si. Det skal jeg ta opp på kurset på torsdag, så jeg brenner for dette. Vi skal ha kurs i hjemmetjenesten. Og det er akkurat de tingene som er så touchy å komme inn på. Men det er jo lettere hvis en pårørende er åpen, da. Kommer bort til deg. Ofte syns jeg vi har pårørende helt ut i døra. Blir med ut for å prate. Så ikke den dårlige mann eller kona hører.*

En utfordring når det gjelder omsorgen for pårørende er tidspresset i hjemmetjenesten hvor det er "lite rom for å kunne ta en ekstra ting":

*Men da føler jeg at tida blir et problem. For da har du brukt tid hos pasienten som du skal, og som du har satt av. Men resten har du ikke satt av noe tid til. Da kommer du en halvtime på etterslep... Og det er pårørende som trenger det like mye som pasienten. Men det er liksom glemt. Tida som vi på en måte ikke har. Og da tenker jeg vi må fange opp hva er det liksom de er ute etter.*

Hjemmetjeneste tildeles i dag kun etter vedtak. Informantene opplever dette som et dilemma når det gjelder pårørende:

*For de pårørende har ikke noe vedtak. Og da skal du ikke...*

*Så firkantet er det faktisk.*

Et konkret eksempel på denne vanskelige situasjonen kom opp i den ene gruppen:

*Når du snakker om det vedtaket så, det med etterlatte. Jeg har gått i et hjem over veldig lang tid, og vi føler når pasienten er blitt borte, så sitter denne gamle kona igjen, og så ikke har noe besøk. På Lindrende har de til og med laget prosedyrer på det, at etter så og så lang tid skal man ta kontakt med*

## Høgskolen i Buskerud

*etterlatte og ringe. Men nå i går, så faktisk var jeg på jobb da [på Lindrende], så da kom dette her opp, for da var det en pasient som jeg hadde vært hos. Da tenkte jeg, "har den dama fått noen oppringing?" Og da stod det i boka at jeg skulle ringe. Og så ringte jeg, og da var det en som sa at egentlig har vi ikke noe vedtak på sårne, disse pårørende og etterlatte har ikke noe vedtak. Egentlig så må vi dokumentere det overfor lederne og si at vi bruker så og så lang tid på dette her. Det må vi skrive opp. For skriv opp den halvtimen du satt i telefonen med henne. Aha, tenkte jeg. Sånn er det altså blitt. Så det og blir reflektert på de ansatte overfor lederen. Har dere tid til det? Jaha, de har ikke noe vedtak på at vi skal ringe. De er kanskje en for mange her nå, så vi kan putte en ut i hjemmesykepleien, for der er det masse å gjøre. Sånn blir det sagt.*

*Og det er veldig mye av det nå.*

På spørsmål om hva hjemmetjenesten kan gjøre for pårørende innenfor de rammene de har, svarer informantene:

*Man må bare tilby dem noen grupper ofte.*

*Jeg tror det handler mye om å bli sett. Jeg kjenner meg veldig godt igjen. Bare spør hvordan har du det da?*

### **Kvalitetssikring av tjenestene**

Et område som ble berørt i alle fokusgruppene var hvordan de ansatte jobbet for å kvalitetssikre pleien til brukere som har behov for lindrende tjenester. Dokumentasjon blir trukket fram som sentralt her:

*Det vi har gjort hvis vi har hatt en krevende kreftpasient, det er veldig mange ting som skal følges opp. Vi har vært ganske kjappe med å lage en klar og tydelig pleieplan. Hvor det står alt hva man skal gjøre. På de forskjellige tidspunktene man er der da. Hva man skal følge med på og observere.*

På spørsmål om de kjenner til og bruker kommunens kvalitetssystem til hjelp i forbindelse med disse pasientene, kommer det fram at de i liten grad forholder seg til dette:

*Det er nok noe som er langt der oppe.*

*Det utarbeides vel nå det, i disse dager?*

*Det er veldig fint å ha det på papirer da.*

Det nevnes likevel at noen av informantene er med i en prosedyregruppe og at det nå er opprettet et fast kvalitetsnettverk i kommunen. Informantene synes ikke å forbinde disse prosedyrene med kvalitetssystemet. Prosedyregruppens arbeid beskrives slik:

*Vi har oppdatert alle prosedyrene som vi har i hjemmesykepleien.*

*Jo, rutinene, det er bare rutiner som gjelder på arbeidsplassen vår.*

*Y driver med noe sånt hos oss nå. For de driver med PPS. Det skal jo innføres til de grader, da. Bare bruke det. Praktiske prosedyrer. Og det er jo flott. Flott verktøy, da. Men noe mer vet ikke jeg om de lager noe mer enn de vanlige rutinene.*

## Høgskolen i Buskerud

Følgende eksempler på rutiner som er utarbeides nevnes:

*Det er vel helt hvordan hverdagen funker. Begynner med rapport, hva gjør vi ved dødsfall, hva gjør hvis brukeren ikke er hjemme når vi kommer, skal vi låse oss inn, skal vi ringe? Sånne ting.*

*Rutiner for sånne tekniske ting.*

Bruken av rutineene eller prosedyrene ser ut til å være begrenset:

*Det er begrenset hvor mye det blir brukt. Vi sitter på data her, så skriver vi dem ut og putter dem i perm og så står de i hylla...*

*Det er ikke sagt så mye om, det er ikke blitt oppfordret til å se...*

*Det kommer til å bli slutt på alle de permene med papir, for det sa X.*

Om innholdet og tanken med kvalitetsnettverket sier de:

*Jeg har vært med to ganger. Det blir spennende å se hva det blir ut av det på sikt og da.*

*Neste gang så skal vi gå igjennom hva som er internkontroll og hva lovverket og slike type tinger sier. Hva vi er pliktig til å ha. Og så har vi meldt inn en sak nå, som vi ønsker at hun som er leder for det griper fatt i. Første punkt vi vil at hun skal hjelpe med er samarbeidet med legesentrene.*

Flere av informantene kommer inn på at kommunen har fått en ny kvalitetsrådgiver som har tatt initiativ til kvalitetsnettverket:

*Jeg har tro på henne. For det er kvalitetsnettverket nå da som skal styre dette her. Jeg har tro på henne at hun kan få til noe her. Det var hun som sa det med alle de permene med de arkene. Og hun er i ferd med å forenkle hele systemet også. Skal være mye mer tilgjengelig på data og sånne ting. Så hun er i ferd med å gjøre en oppryddingsjobb på den biten her. Så jeg tror på sikt at det er noe som kommer til å fungere da.*

### **Vurdering av egen kompetanse ift. brukere med behov for palliative tjenester**

Begge sonene i kommunens hjemmetjeneste har i utgangspunktet en ressurs sykepleier med videreutdanning innen palliasjon eller kreftomsorg. På tidspunktet for evalueringen var disse ikke i funksjon. Det finnes imidlertid sykepleiere, samt hjelpepleiere som enten har eller gjennomfører videreutdanning innen palliasjon eller kreftomsorg.

På spørsmål om de ansatte opplevde at de hadde tilfredsstillende kompetanse på området palliasjon, var svaret fra informantene:

*Jeg synes ikke det. Når vi snakker om lindrende, palliativt forløp og ting som kan oppstå. Ja, det er jo en grunn til at jeg har begynt på en videreutdanning.*

*Nei, altså, da har vi flere som går videreutdanning. Hjelpepleier som går videreutdanning og en sykepleier på nord som også går videreutdanning. Men hun er jo helt i startfasen. Hun er ung, hun har ikke erfaring. I forhold til palliasjon så kan de vanlige sykepleierne en brøkdel i forhold til vi andre som har gått videreutdanning. Og tør gå inn i. Så det (kompetanse) har vi litt lite av. På sør er det jo ingen nå som har palliasjon. Jeg blir jo veldig forskrekket og forundret hvis jeg skal si det slik, jeg setter et*

## Høgskolen i Buskerud

*spørsmålsteget ved at jeg aldri har blitt spurt på sør, liksom. Det har med ledelsen, det er det det går på. Hvorfor har man ikke blitt brukt litt mere over lang tid...*

*På kryss og tvers, ja...*

*Ja, det var meningen når vi flyttet sammen.*

Flyttingen det her henvises til var samlokaliseringen av sonene i hjemmetjenesten hvor planen var å utnytte ressursene mer på tvers. Ifølge fokusgruppen ble altså ikke den palliative kompetansen utnyttet i den sonen hvor det manglet sykepleiere med videreutdanning.

Informantene i en annen fokusgruppe er opptatt av at det er behov for både mer tid og kompetanse i hjemmetjenesten. En sykepleier fremhever betydningen av å ha erfarne hjelpepleiere:

*Du merker at du har erfarne hjelpepleiere. De er jo gode da, ja de er det. De har erfaring, de har det, ser ting og ... Du merker veldig godt når du jobber med assistenter.*

En av informantene som har videreutdanning, er opptatt av at det er viktig med spesialkompetanse ved førstegangsbesøk hos en alvorlig syk bruker:

*[...]hvis du får hjem en dårlig pasient og det ikke har vært kompetente folk som har tatt imot den brukeren og gjort førstegangsbesøket, eller vurderingsbesøket, og en, la meg si at jeg kommer i etterkant og – det har jeg opplevd at det er gjort en dårlig jobb i forkant.*

Det er i utgangspunktet bestiller-/tjenestekontoret som skal gjøre vurderingsbesøkene for alle potensielle brukere. De har imidlertid ikke kompetanse innen palliasjon:

*Jeg kan ringe til bestillergruppen. Jeg har nettopp gjort det. Og si at vi har en bruker. "Så flott" sier de. "Du har jo mye mer kompetanse enn jeg har", kan en saksbehandler si. I utgangspunktet skal de gjøre det vurderingsbesøket, men jeg har fått beskjed av leder når en kom hjem nå: "Ta og ring opp du. For du kjenner dem så godt. Si at du gjør vurderingsbesøket, for du kan det mye bedre enn dem. Og det var hun enig i. Hun var enig hun. Hun behørde ikke å bli med meg engang. Hun hadde tatt en veldig hyggelig telefon hjem til pasienten. Og det var jeg glad for.*

*Det sier ikke lederen vår!*

*Men vi gjør jo ikke vurderingsbesøk lenger. Det er jo tjenestekontoret som gjør det.*

*Det er fordi de vedtakene skal settes og de skal sette i gang tjenesten.*

Her ser vi at det trolig er forskjellig syn og praksis blant lederne i hjemmetjenesten i forhold til arbeidsdelingen mellom hjemmetjenesten og bestillerkontoret. Å benytte seg av kompetansen i hjemmetjenesten, kan innebære å "bryte" rutinene for vurderingsbesøk.

Informantene er kritiske til tjenestekontoret:

*Og så er vi der for brukerne og pasienten, er det ikke derfor vi er der da? Når de sitter der og bare har utdanning i, ja unnskyld meg, ... kan og er bare opphengt i lovverk og lovverk og lovverk. Kan ingen*

## Høgskolen i Buskerud

*ting om det ute. De tror de kan det, men kan det ikke. Og da er det mye bedre at jeg eller en annen som er kjent, tar det besøket.*

Det kommer likevel fram et ønske om et tettere samarbeid mellom hjemmetjenesten og tjenestekontoret:

*Jeg har et veldig stort ønske om at dette tjenestekontoret og vi skal komme under samme tak så vi kan samarbeide bedre. Det hadde jo vært det ideelle.*

*Det kommer aldri til å skje.*

*Nei, det tror ikke jeg heller.*

Informantene gir et klart uttrykk for det er et givende arbeid å jobbe med alvorlig syke:

*Og det å hjelpe brukeren i hjemmet for å få det til. Og når vi får det til, så er det ikke noe annet som gleder meg mer. Det er bare så herlig. Det er så takknemlig å jobbe i hjemmesykepleien når du ser det funker, og du får med deg legen og du får resepter og du kan ha alt hjemme der og. Si til jentene [kollegene] at dette kan du bruke og, nei det er ikke noe som er bedre.*

Mer generelle trivselsfaktorer i hjemmetjenesten som nevnes er:

*Jobbe selvstendig.*

*Veldig koselig å komme inn i hjemmene til dem - noe annet enn å gå i de gangene med de dørene.*

*Og gjøre et godt stell og luften og kanskje lage litt god frokost og... det er sånne ting som er viktig. Det er veldig den der takknemligheten. Jeg synes vi har veldig mange takknemmelig, positive brukere. Som gjør at det er veldig lett å komme til folk.*

### **Omsorg for de ansatte**

Når det gjelder ivaretagelse av de ansatte, forsøker de å støtte hverandre. Dette oppleves imidlertid vanskeligere etter den siste omorganiseringen hvor begge sonene ble samlet:

*Ja, vi prøver, [å ivareta] hverandre. Jeg er helt enig at vi i fjor, ... etter omorganiseringen, har vi mistet den tiden for å sitte å prate.*

*Nei, vi hadde det veldig bra før, men nå er det jo helt...*

*Men det har noe med at det står ikke på viljen hos oss til å ivareta hverandre, men det går på tiden og omstendigheten for det første. Og for det andre så er vi alt for mange. Altså når det sitter 10 stykker på vaktrommet. Laget har blitt mye større. Tidligere satt vi fire rundt bordet, hvor du på en måte fikk en klapp på skulderen og en klem og du kunne prate, du kunne på en måte si det du følte. Du kan liksom ikke det nå når det sitter 10 stykker ... nei, det synes jeg er vidt forskjellig, altså.*

*Men det er tid, vi blir oppholdt så mye med telefoner og papir når vi kommer inn, vi må jo prioritere tiden. For da blir det feil å spørre hvordan går det med deg? Du kan liksom ikke spørre når du vet du ikke har tid å høre på.*

Informantene etterlyser også tilbakemeldinger fra ledelsen på det arbeidet de gjør:

## Høgskolen i Buskerud

*[...]bvis du snakker om at vi er nok flinke til å ta vare på hverandre, men hvor viktig er det ikke å få en liten klapp på skulderen av lederen din!*

I intervjuene understrekes det også at det er viktig at **alle** blir sett av lederen:

*Det er grupper som er satt inne til å gjøre en jobb på PC'en. Superbrukere heter det. De kan veldig godt dette, og det er viktig for ledelsen å ha alt i orden, så hun kan gå til kommunaldirektøren og si at "se her er alt bra, jeg har så flotte jenter" og de får hele tiden fortsatt ros. Og det skal de fortsatt ha for all del. Men så kommer noen inn utenfra og da har pasienten sagt til X "det er bra at du kom i dag, for du er så blid og god. Tenk nå ble jeg glad at du kom i dag". Hvem er det som hører det hvis ikke du sier det [selv] til lederen din at "Å, jeg er så glad i dag".*

Informantene viser til et seminar de har vært på hvor det har vært fokus på å få ros for den jobben man gjør. Blant annet nevner de at de skal lage et "skrytealbum".

I forbindelse med dette seminaret var det en som tok opp mangelen på skryt med ledelsen:

*Så sier hun det, "Jeg hører du skryter av disse (superbrukerne), men de som jobber ute, de får ikke noe skryt av deg". Og dagen etter så jeg det stod på tavla, det var skrevet med sånn tusj, "Dere er alle like flinke eller gode", noe sånt.*

Det kommer frem at informantene synes det er et tankekors når man jobber alene i hjemmetjenesten, at man ikke får noe ros eller tilbakemeldinger fra leder. Selvtilliten og trivselen henter de hos brukerne:

*Og det er den selvtilliten du får med brukeren som er så viktig.*

*Selvtilliten. Du får den ikke fra ledelsen, i alle fall. Du får bare leve med det du får med deg av godord, også ...*

Noen av informantene har forsøkt å ta opp problemet:

*Jeg sa litt om det på forrige personalmøte hos oss. Jeg sier det at på hvert bidige møte vi har, så hører vi om hvor lite penger vi har. Vi har ikke rom for noen ting. Det er det eneste vi hører. Vi flyr fortere og fortere og fortere. Det er ingen som sier at vi er flinke. Vi gjør en god jobb.*

*Skriv avvik! Det er det de sier.*

*Men vi hadde kanskje løpt enda fortere hvis vi hadde fått ros. Ja, det er så lite som skal til. Men nå får vi snart ei julestjerne til 19.90, delt på hver avdeling. De får sikkert en på kontoret og vi får en.*

De ansatte i hjemmetjenesten er opptatt av at personalet på Lindrende enhet har mye bedre tid og gode veiledningstilbud:

*De har masse tid til å sitte og snakke om ting. Få en lege eller andre eksterne til å "kvikklære" seg litt.*

*Vi har ikke tid til sånt i arbeidet vårt, vi. I hjemmetjenesten starter vi om morgenen og så drar vi hjem klokka tre. Da har vi hatt fullt program.*

I den ene fokusgruppen kommer det fram følgende utsagn om behovet for veiledning:

## Høgskolen i Buskerud

*Men vi har minst like mye bruk for det vi. For vi kan jo mindre enn dem. Til tider like mange brukere ute som har det samme behovet.*

Noen viser til at de veiledningene som foregår på Lindrende enhet også er åpne for ansatte fra hjemmetjenesten. En av informantene har vært med på dette:

*Både A. (lege fra sykehuset) og B. (lege fra kommunen) har de møte med. Annen hver uke eller sånn. Men da får vi egentlig lov til å komme på de torsdagsmøtene.*

*Det vi gjorde en gang vi hadde rett og slett en kjempetfordring med en dame. Og da fikk vi lov til å komme selv på ett av de møtene. Og da la vi frem vår sak fra hjemmepleien. Og så fikk vi veiledning på ett av de møtene. Og det synes jeg var veldig OK.*

De ansattes utfordring for å dra nytte av dette tilbudet oftere, er manglende tid og tilrettelegging:

*Men hvor ofte har vi tid til det?*

*Det er det jeg mener. Hvis vi skal få den kompetansen vi egentlig skulle hatt, da må det legges til rette for at vi kan være på de møtene. For det er effektive greier, altså. Sitte å høre på sånne ting.*

*Men det er så mange ting vi blir pålagt. Men ting blir ikke lagt til rette for at vi skal ha tid. Eller ha samvittighet til å få det til. Halvparten kan ikke gå å høre på det og så skal halvparten som er igjen være der og jobbe dobbelt så fort. Eller brukerne få halvparten så godt tilbud.*

### 4.2.2 Hjemmetjenestens erfaringer med samarbeid knyttet til palliasjon

#### Samarbeid med lindrende enhet/team

De ansatte i hjemmetjenesten har stor respekt for og nytte av den kompetansen som finnes ved Lindrende enhet:

*Jeg tenker på all den kompetansen som er oppe der. Det er helt til å dette bakover av. Det er så mye kompetente folk.*

Kontakten mellom personalet på Lindrende enhet/team og hjemmetjenesten er både av løpende karakter etter behov og formell i form av fastlagte møter. Informantene oppgir at de ofte kontakter Lindrende enhet når de har spørsmål:

*Jeg synes vi har vært flinke til å spørre dem. Hvis det har vært noe spesielt da.*

Erfaringene med å ta kontakt med Lindrende er overveiende positive, spesielt når det gjelder muligheten for telefonkontakt:

*[...]vi synes vi har fått veldig god oppfølging fra Lindrende de gangene vi har henvendt oss til dem. Og har det vært [spesielle] ting, kan de være med oss ut, hvis det er noe. Og hvis det har latt seg gjøre, så har de blitt med.*

*De er gode på, hvis du kan nå de på telefon, og det kan du alltid. Jeg har fått hjelp over telefon. Men jeg synes ikke det virket lett å få dem ut av dette huset. Det synes jeg ikke.*

*Jeg har ringt dem for en stund siden, og da tok de et hjemmebesøk, og det var veldig betryggende.*



## Høgskolen i Buskerud

*Hvis jeg ringer til Lindrende enhet, enten så kommer de ut samme dag eller dagen etter. Spør jeg om de kan være med som veileder for eksempel i et stell, et sårstell, så er de på plass.*

En av informantene beskriver arbeidet til Lindrende team slik:

*For Lindrende avdeling reiser ikke ut i helgene og de reiser jo ikke ut heller for å stelle. De driver mer konsulentarbeid, kan du si. Hjemmesykepleien kan ringe så mye de vil, og hvis hjemmetjenesten får meldt en kreftpasient eller en dårlig alvorlig syk hjem, så skal du innhente samtykke av pasienten før du melder de inn. For det er det mange som ikke vet. Vi må spørre pasienten først, "Vil du at vi skal melde deg opp til Lindrende?" Og da ringer vi og sier at nå har vi en pasient hjemme, kan dere være behjelpelig? Og da gjør de det så langt de kan. Men de har jo ikke all verden av ressurser de heller, for de skal jo spare de og, men de gjør det så langt de strekker til.*

De fleste informantene har forståelse for at lindrende team ikke kan komme ut på alle forespørsler:

*Det har vel ofte vært sånn at hvis de har lite inne så har det ikke vært noe problem å få de folk som jobber på Lindrende ut. Men det er klart at hvis de har fullt belegg på rommene der oppe, så kan de ikke bare stikke ut de heller.*

Selv om hjemmetjenesten synes personalet ved Lindrende gir god hjelp, nevner en av informantene at det enkelte ganger hender at "terskelen har vært litt for høy" når hun har "hatt bruk for en som kan det mye bedre enn meg eller en person til ute". Det synes som det noen ganger kan være vanskelig for ansatte i hjemmetjenesten å forstå at personalet fra Lindrende enhet ikke kan komme ut:

*Men jeg synes at når de er tre eller fire brukere og så er de tre eller fire stykker på jobb, så synes jo jeg i forhold til jeg som har 10 brukere. Og vi har hatt mer enn en dårlig bruker hver når vi har vært på jobb som sykepleier. Og når du kanskje noen ganger har hatt to - tre stykker med pumpe, så vil jo jeg påstå, og jeg har dem ikke i tre rom ved siden av hverandre heller. Da synes jeg noen ganger at terskelen har vært litt for høy.*

I og med at det lindrende teamet som reiser ut består av de ansatte ved Lindrende enhet, er det, som noen av informantene er inne på, begrenset hvor mye de faktisk kan tilby overfor brukerne og de ansatte i hjemmetjenesten:

*Det er ikke alle dager de kan. Det som er på Lindrende er at de vil så gjerne være mer ute. Men det er ikke folk nok. Tirsdag kan de ikke for da er det legevisitt. Og da er en sykepleier opptatt med det hele tiden. Og så er det en dag til det er dosering. Da kan de heller ikke ut. Men alle andre minus lørdag og søndag. Og det er bare å ta telefonkontakt. De kan hjelpe mye over telefon, men det er to ukedager det er veldig vanskelig. Seinvakter kan de ikke ut. Vi har tre dager i uka vi kan bruke de. Så det er bra.*

Behovet for hjelp fra Lindrende team bunner i manglende kompetanse. Dette kommer fram i følgende utsagn:

*Men jeg mener at mye av det grunner i at vi har for lite kompetanse i hjemmesykepleien, så vi bruker Lindrende ofte. Hvis vi hadde kunnet mer selv, så hadde vi ikke trengt å bruke de heller.*

Til tross for at flere av informantene peker på behovet for å bygge opp kompetansen innenfor palliasjon/lindring i hjemmetjenesten, mener de at tjenestene de yter til

## Høgskolen i Buskerud

hjemmeboende alvorlig syke er bra. Dette begrunnes med at brukerne formidler at de er fornøyde. Et annet moment er at de er fleksible:

*Vi er veldig fleksible i hjemmetjenesten, vi kan få til det meste.*

Selv om deres egen kompetanse i fremtiden skulle blir økt, kommer det fram at det fortsatt er ønskelig å kunne benytte de ansatte ved Lindrende enhet. En av informantene mener imidlertid at en omorganisering som skal iverksettes snart, vil føre til endringer i dette samarbeidet:

*Og det skal vel også bli mye slutt på med den nye omorganiseringen. Da skal hjemmetjenesten bli mer selvstendig i forhold til Lindrende.*

Som det fremgår av et tidligere sitat, må hjemmetjenesten ha brukernes samtykke for å melde fra til Lindrende enhet (jfr. s. 38). Hvis det blir aktuelt at lindrende team skal følge opp brukeren, blir det oppnevnt en primærkontakt og en sekundærkontakt fra Lindrende. Hvis brukeren har tett oppfølging fra teamet, kan vedkommende ha liten eller ingen kontakt med hjemmetjenesten:

*Vi følte at det var en bruker som var mer deres. De var mer primær. Så var vi på en måte mer sekundær. Det som var av bekymringsmeldinger gikk til Lindrende for vi ville de skulle være primær i forhold til lege og alt.*

*Vi har jo nesten ikke vært der. De hadde henne ute hele tiden helt til vi på en måte slapp til. Det var dem som var der.*

Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og personalet ved Lindrende synes å være noe uavklart. Blant annet er informantene fra hjemmetjenesten usikre på om de skal/kan ta kontakt direkte med sykehuset eller må gå via Lindrende:

*Jeg føler at det kommer an på hvem brukeren er og. For noen ganger føler jeg at Lindrende enhet vil at ting skal gå gjennom dem. Mens andre ganger kan vi ringe legen selv.*

På spørsmål om rollene og ansvaret overfor brukere som trenger lindrende pleie mellom hjemmetjenesten og Lindrende enhet er klare, svarer mange av informantene slik:

*Jeg føler det er uklart.*

*Det kunne vært mye klarere det.*

Når informantene bes om å forklare nærmere hva som er uklart svarer de blant annet:

*Lindrende er veldig flinke til å stille opp. De svarer alltid på spørsmål når vi ringer og spør om ting. Men noen ganger, jeg vet ikke, har jeg følelsen av at vi er rivaler om noen av disse brukerne. Det er noe med at vi tar hverandre hvis det er noe. Det er liksom ikke, jeg vet ikke helt hva det er for noe. Jeg vet ikke helt hvorfor det er sånn jeg. Noen ganger har jeg hatt det inntrykket da.*

Det kan synes som hjemmetjenesten opplever at Lindrende enhet/team får et slags eierforhold til disse pasientene:

*Det tror jeg de gjør. Og så blir de kanskje litt sure hvis de ser at de har oversett noe som vi kanskje ser. Og det liker de ikke helt.*

## Høgskolen i Buskerud

*Det går begge veier!*

I fokusgruppene fra hjemmetjenesten fremkommer det at ingen er kjent med at det benyttes Individuell Plan (IP) for å koordinere tjenestene til personer med behov for palliative tjenester. En av gruppene kommer imidlertid inn på hvor viktig IP kan være i arbeidet med alvorlig syke:

*Jeg tenker på hvor flott det er hvis både fysioterapi er inne, fastlegen, psykiatrisk team, hjemmesykepleien, kanskje spesialisthelsetjenesten (...) eller Lindrende eller hva det nå enn er. Og kanskje de har barn, så må kanskje helsesøster inn i bildet. Skolen, ja da må det være kjempeviktig.*

Kommunen har etablert flere formelle strukturer for å sikre et godt samarbeid mellom Lindrende enhet og hjemmetjenesten. Blant annet finnes det et fast møte som gjennomføres hver uke. Møtet kalles Lindrende møte eller samarbeidsmøte:

*Hver uke, egentlig hver tirsdag kommer Lindrende ned til oss. Så går vi igjennom de forskjellige brukerne. Hvem som er her og hvem som er ute og forskjellig.*

Informantene opplever disse møtene som fine:

*De er litt fine de møtene.*

*Ja, det er veldig OK. Går vi gjennom brukerne og så sitter det bare en fra Lindrende og en fra oss.*

Det kommer imidlertid fram at disse møtene har blitt avlyst en del ganger:

*Men det har jo også vært sånn at vi fikk vel egentlig en oversikt over når de møtene skal være. Men så er det ofte at de møtene blir byttet på eller at de egentlig blir kuttet ut fordi de ikke har folk på Lindrende som ikke kan ta de. Og det har også skjedd at de har glemt de bort.*

*Nå er det veldig ofte at de ikke har tid eller at de har glemt bort og komme. Veldig ofte. Det har skjedd noen ganger.*

I hjemmetjenesten er det opprettet kontaktpersoner opp mot Lindrende enhet/team. Denne funksjonen beskrives slik:

*Det har bestått i at jeg har hatt et ekstra ansvar for å følge opp kreftpasientene ute. Og si hvis vi har fått meldt en ny kreftpasient, da. Så er det ikke sikkert at Lindrende har fått vite om den. Og da har jeg gjerne informert vedkommende om hva Lindrende har å tilby og slike ting. Og så har jeg spurt om de ønsker et samarbeid med Lindrende. Og så har jeg meldt fra til Lindrende at den og den har kommet hjem og ønsker gjerne en samtale med dere. Og så har jeg da vært på en god del kurser. Det har det vært veldig stopp på det siste halvannet året, vel. For vi var på en del OK kurser - vi var med innover til Ullevål og kurs der. Vi var vel sammen på kurs på Radiumhospitalet. Det var en periode hvor det egentlig ble kjørt ganske mange aktive kurs for oss ute. Og det savner jeg egentlig litt. Men vi har de interne her da.*

I denne respondentens beskrivelse av sin funksjon, har hun en spesiell rolle overfor kreftpasienter og har tidligere fått delta i kompetansehevende tiltak. Om hvem som deltar fra hjemmetjenesten på samarbeidsmøtene med Lindrene svarer de:

*En fra sone A og en fra sone B. Og så er det den sykepleieren som er på jobb. Stort sett så er det bare en sykepleier som er på jobb.*

## Høgskolen i Buskerud

*Hvis [kontaktpersonen] er på jobb, så har hun gjerne vært på det [samarbeidsmøtet].*

Som dette sitatet viser, ser det altså ikke ut til at turnusen til kontaktpersonen legges opp slik at det er mulig for vedkommende å delta fast på samarbeidsmøtene. Informantene viser til en nabokommune som har opprettet koordinatorene i alle virksomheter i hjemmetjenesten. Om denne ordningen sier de:

*Og det er veldig bra da. De har kommet langt.*

På spørsmål om hvilke konsekvenser det ville hatt dersom Lindrende enhet/team skulle bli nedlagt, svarer informantene:

*Jeg tror det hadde hatt alvorlige konsekvenser. Da måtte de i så fall sørget for at de som jobber ute i hjemmesykepleien har kompetanse til å ta seg av de som er, og tilby folk videreutdanning. Kanskje fått de som jobber på Lindrende ut i hjemmesykepleien.*

*Men alt går jo, men det hadde vært et dårlig tilbud til brukerne som trenger plassen. Og de har et godt rykte på seg ute i bygda. For hvis du nevner Lindrende, så er det mange som sier at det har jeg hørt noe bra om. Og så tror jeg det faglige miljøet på Lindrende er veldig bra.*

### **Informasjon og kontakt i forbindelse med utskrivning fra lindrende til hjemmet**

Flere av informantene er opptatt av at de kunne fått bedre informasjon både muntlig og skriftlig fra Lindrende enhet når de skal overta ansvaret for en alvorlig syk pasient i hjemmet.

*Jeg savner litt det der at når pasienter skal skrives ut hjem, at vi kanskje kunne hatt et lite møte rundt. Så vi er enige i hvordan er veien fremover og hva gjør vi og hva gjør dere.*

*Det skal skrives ut et sammendrag/ overflyttingsrapport når pasienten skrives ut hjem. Men det er veldig overfladisk. Bare det absolutt viktigste som står der. Det skulle nok vært noe mer samarbeidsmøter når de skal ut der fra og hjem. Ha litt tettere oppfølging og ikke bare si at "Nå kommer den og den hjem". For å klarlegge oppgaver og ansvar.*

Det kommer fram at det er ønskelig å ha en type overflyttingsmøter mellom hjemmetjenesten og Lindrende enhet:

*Men den gode typen samhandlingsmøtene som var på sykehuset før, dem skulle vi ønske vi hadde fått til her. Og vært på det [møtet], det behøve ikke å ta mer enn en halvtimes tid. En god rapport muntlig, men med overføringsblanketten. Med de tingene som hadde skjedd inne, sånn muntlig. Og så hadde du kommet ned til hjemmetjenesten, du visste alt og ga rapport videre og dere satte i gang. Det er det ønskelige.*

*Det hadde vært helt optimalt.*

Noen av informantene i hjemmetjenesten har kunnskap om et kartleggingsinstrument som benyttes av de ansatte på Lindrende enhet. Flere har vært borte i dette uten å forstå hva det var:

*For eksempel det å bruke ESAS-skjemaer. I hjemmesykepleien er det helt fremmed...*

## Høgskolen i Buskerud

*Det er egentlig noen skalaer fra 0 til 10, smerte, angst, kvalme og forskjellig. Så skal brukeren selv si hvor den skalaen er. Så kan du se fra dag til dag om det forandrer seg.*

*Det er litt greit å vite, for det bender vi snakker med Lindrende og så sier de "4-5 på den og 6-7 på den" og så sier du "Sier du det" – ja hvor langt går skalaen?*

*Det har jeg opplevd - å stå hjemme hos en bruker som hadde permisjon. Som bare skulle hjem sine siste dager før han skulle tilbake på Lindrende. Og der lå det en hel masse skjemaer og papirer som for meg var helt gresk.*

*Og det ESAS-skjemaet er jo egentlig et veldig, veldig enkelt verktøy å bruke. Som brukes over alt.*

*Hvorfor kunne ikke bare Lindrende si at "du, vi bruker ESAS-skjemaer her, vi går gjennom det hver dag, kanskje dere kan gjøre det og"?*

Disse utsagnene viser tydelig at hjemmetjenesten har behov for mer informasjon og opplæring om hvordan Lindrende enhet arbeider med pasientene og hvilke verktøy som benyttes i omsorgen for de alvorlig syke.

### Samarbeid med sykehuset

En spesiell utfordring som nevnes av flere informanter, er det økende antallet brukere som sendes ut av sykehuset med tekniske prosedyrer som de ikke er vant til å ha i hjemmesykepleien og som de må tilegne seg. Et eksempel på mangelfull samhandling i et slikt tilfelle kom opp i det ene gruppeintervjuet:

*Vi fikk en ganske kort beskjed om at i kveld kommer det inn en dame og hun har VAP. Og det sendtes jo da prosedyrer fra sykehuset og den holdt jo ikke mål i det hele tatt. Så vi måtte jo sette oss ned og gjøre den biten der. Det var jo nytt for oss. Det var to sykepleiere som kunne dette her og resten kunne ikke noe særlig om dette her i det hele tatt. Og de to som var på vakt den kvelden hadde jo aldri sett en ... visste ikke hva det var.*

Siden sykehuset visste at pasienten skulle hjem, etterlyser de ansatte bedre kommunikasjon mellom sykehuset og hjemmesykepleien. De mener at man for eksempel "Kunne kjørt opplæring i forkant".

På spørsmål om hvordan personalet håndterte denne situasjonen etterpå svarer de:

*Men vi har i hvert fall meldt i fra til vår leder at når det kommer nye avanserte tekniske ting, da at inntil vi er trygge, så må vi få lov til å gå to stykker inntil vi kjenner at dette er en prosedyre jeg mestrer. Ikke minst for brukerens del.*

Informantene er bevisst på at de kan bruke avvikssystemet for å melde fra om uønskede hendelser:

*Vi er veldig flinke til å skrive avvik. Problemet er bare at det er et internt avvikssystem. Det kommer til vår leder, så om det kommer videre derfra er vel heller utfordringen, tror jeg. Jeg har vært med på å skrive et avvik til sykehuset etter at det hadde skjedd mange avvik. Så skrev vi et samlet avvik til sykehuset. Men vi har ikke fått noe tilbakemelding på det, og det er vel over et halvt år siden nå, tenker jeg. Eller så ringer vi vel til sykehuset og kjefter litt på dem og.*

Om hvordan samarbeidet med sykehuset foregår forteller informantene:

## Høgskolen i Buskerud

*Når vi får inn dårlige pasienter så blir vi kalt inn, jeg blir kalt inn fordi jeg er kreftkontakt i kommunen enda. Så da blir jeg kalt inn i forhold til det møte, i forhold til kontakttjenesten der.*

Møtet som omtales over blir av en annen informant betegnet som ”den gode typen samhandlingsmøter som var på sykehuset før”.

Sykepleierne i hjemmetjenesten trekker fram ordningen med ”åpen retur” til sykehuset for de alvorlig syke som veldig viktig. Denne muligheten anses som nødvendig selv om de skulle få bedre kompetanse i kommunen og brukes ofte. Dette begrunnes med at det må være tilgang til leger:

*Det må være der det er doktorer. Det er viktig for det kan skje ting, og det kan også skje noe i forhold til lindring som vi kanskje må inn til for å få gjort.*

*Og den åpne returen, den er jeg så glad i. Og så kan vi ringe, og det syns jeg ofte vi får brukt. At vi har fått avverget en innleggelse ved at vi har fått snakket med legen. Og han da forteller oss igjen hva vi skal gjøre. Og så kan han ta en avgjørelse på at ”nei, dette går ikke. Kom ned.” Og så er det kanskje bare en liten ting som gjør at pasienten skal ha det bedre.*

*Jada, for vi kan jo ikke sende de inn her ([på Lindrende enhet]).*

### Samarbeid med fastlegene

Informantene sier at hjemmetjenesten har nær kontakt med fastlegene. Det er positivt fordi legene er så nært geografisk.

Det fremkommer imidlertid tydelig i studien at samarbeidet med fastlegene oppleves som en stor utfordring for sykepleierne i hjemmetjenesten:

*Men vår utfordring er faktisk samarbeidet med fastlegene. For vi er såpass avhengige av de med medisinformandring og, ja, alt mulig. At de står bak og bestemmer hva de gjør, og så kan vi handle ut fra det. Men ofte er det veldig vanskelig og komme i kontakt med dem, og for eksempel få de hjem til brukeren. Bare det er kanskje en utfordring mange ganger for de er kanskje for dårlig til å reise til legen selv. Sånne ting som har veldig mye å si.*

Sitatet over viser at informantene opplever det vanskelig å komme i kontakt med legene. Noen har forsøkt med skriftlige meldinger i et forsøk på å bedre situasjonen:

*Jeg skriver, vi har begynt å skrive brev og legge igjen der da. Så må de ta kontakt fordi vi har gjort det skriftlig.*

Data viser videre at mange av informantene er frustrert over ventetiden for å få kontakt med fastlegene. Dette kommer meget godt fram i følgende sitater:

*Vi må sitte i kø til fastlegen på lik linje som ”Johansen”.*

*Det er helt tragisk.*

Informantene mener det er noe forskjell på fastlegene når det gjelder å komme ut til brukerne, men flere har opplevd leger som har nektet å komme ut til alvorlig syke:

*De fleste kommer jo ikke ut. De fleste tar jo heller ikke telefonen tilbake. Men noen gjør det.*

## Høgskolen i Buskerud

*Det har kommet en ny en i kommunen nå som reiser ut.*

*Vi hadde en veldig dårlig dame ute. Og henvendte oss da til fastlegen og syns jo det at fastlegen burde komme hjem til henne. For fastlegen hadde vel heller ikke grepet fatt i den situasjonen som hadde utviklet seg [...]. Og vi ba jo om at fastlegen kunne komme hjem til henne jevnlig. Og det var helt uaktuelt for den legen å gjøre. Og det valgte vi den gang å skrive et avvik på i forhold til den legen. Nei, legen hadde ikke tid og det var unnskyldninger i forhold til det ene og det andre.*

*Jeg tror de er redde, jeg. De vet ikke nok om Lindrende pleie. For medisiner i forhold til hva som er best for smerte, kvalme, hva og hvor mye de skal gi. De er redde for å trappe opp smertelindrende medikamenter.*

En av informantene tror at legenes vegring angående smertelindring kommer av at ”De har litt fokus på overmedisinering innenfor den pasientgruppa”. Noen ganger har brukeren sett seg nødt til å bytte fastlege for å få optimal smertelindring:

*Jeg har også opplevd at folk ute har valgt å bytte fastlege nettopp på grunn av de har stilt seg veldig spørsmål ved den dosen med smertestillende de står på da. At de har vært skeptiske til å skrive ut den mengden da. Og så har de kanskje valgt å bytte lege til en som kanskje har hatt flere år i gamet - som er mer trygg på den viten her.*

Det kommer fram i en av fokusgruppene at det utfordrende samarbeidet med fastlegene er tatt opp med kommunens kvalitetsrådgiver:

*Hvordan vi skal gjøre ting mye mer lettvent enn hva vi har i dag. Så vi har ønske om at det er en ting som blir grepet fatt i ganske snart så vi har en felles rutine. For vi sitter på hver vår tue og gjør litt forskjellige ting i forhold til samarbeidet med dem. Vi har ønske om at det blir tatt tak i og gjort noe med den biten der.*

### **Andre samarbeidspartnere**

I tillegg til Lindrende enhet/team og avdelingen på sykehuset, oppgir hjemmetjenesten å ha noe kontakt med fysio- og ergoterapeut.

*Ergoterapeut i hvert fall i forhold til tilrettelegging hjemme og sånn.*

På spørsmål om de noen gang tar kontakt med sosionom, prest eller andre yrkesgrupper når de har pasienter som trenger lindring, svarer de:

*Det har ikke vi gjort noe særlig ute.*

*Jeg tror og vi vet alt for lite hvilke instanser vi kan bruke i hjemmesykepleien.*

## 5.0 Drøfting

Avslutningsvis i intervjuene ble begge respondentgruppene bedt om å definere hva de mener fungerer bra og hva som er forbedringsområdene når det gjelder palliative tjenester i kommunen. Siden denne studien primært er en evaluering av Lindrende enhet som koordinator av det palliative tilbudet, er det naturlig å sammenfatte noen hovedtrekk ved hjemmetjenestens vurdering av tilbudet ved og samarbeidet med Lindrende enhet/team. Etter oppsummeringen følger en drøfting av de aspekter evaluatoren spesielt har merket gjennom arbeidet med dokumentgransking og fokusgrupper samt enkeltintervjuer. Her vil forskjeller og likheter mellom de to respondentgruppene bli påpekt. Til slutt i dette kapitlet vil evalueringen oppsummeres med å sammenligne resultatene fra studien opp mot evalueringskriterier som tar utgangspunkt i lokale og nasjonale dokumenter innen palliasjon.

### 5.1 Oppsummering - hjemmetjenestens evaluering av Lindrende enhet/team

*Hva fungerer bra i samarbeidet mellom hjemmetjenesten og Lindrende enhet/team?*

**Kompetansen** hos personalet ved Lindrende enhet og **muligheten til å ringe** blir høyt verdsatt av informantene i hjemmetjenesten. Den lave terskelen for å kunne ringe og **personalets vilje til å hjelpe** gir en trygghet i hverdagen for de som jobber ute. De ansatte i hjemmetjenesten forholder seg til mange forskjellige oppgaver og pasientgrupper. Det kan dermed ikke forventes at de mestrer alle utfordringer like godt. Blant annet nevner flere av informantene at de er usikre på praktisk-tekniske prosedyrer hos pasienter som får lindrende behandling. Dette dreier seg blant annet om håndtering av smertepumper. Noen synes det fungerer greit og at det oppleves **trygt med veiledning pr. telefon** av noen som alltid er der og som kan det bedre enn en selv. De ukentlige **samarbeidsmøtene** mellom Lindrende enhet og ansatte fra hjemmetjenesten blir også trukket fram som en positiv faktor. I tillegg til å gå gjennom pasientene som mottar eller kan komme til å trenge lindrende behandling, gir dette møtet en mulighet for å ”snappe opp” ny kunnskap og diskutere litt med de ansatte fra Lindrende enhet.

*Forbedringsområder i samarbeidet med Lindrende enhet/team*

Ett av hovedmomentene som trekkes fram her er **ønsket om mer fleksibilitet** hos personalet på Lindrende til å komme ut i pasientens hjem. Hjemmetjenesten har ansvar for mange alvorlig syke og flere av disse har avansert teknisk utstyr som ikke alle mestrer. Ansatte i hjemmetjenesten gir uttrykk for at de har veldig forskjellige erfaringer når det gjelder Lindrende teams muligheter til å komme ut og veilede i konkrete pasient-situasjoner. Selv om det finnes et Lindrende team er personalets muligheter til å ”rykke ut”, begrenset til tre hverdager i uken på dagtid når det er fullt belegg inne.

**Bedre kontakt og tydeligere informasjon** i forbindelse med pasienter som skal hjem fra Lindrende enhet nevnes også som et klart forbedringsområde. Det fremkommer ønske om mer detaljerte sammendrag/overflyttingsrapporter. Helst er det ønskelig med



## Høgskolen i Buskerud

et samarbeidsmøte før overføringen til hjemmet for å klarlegge oppgaver og ansvar i det videre forløpet. En av informantene kommer inn på at det nå er utarbeidet en ny rutine på dette området som akkurat har kommet. Dette gir håp om en bedring av situasjonen.

Informantene fra hjemmetjenesten er også klare på at det er **behov for klarere linjer mellom dem og Lindrende team** når det gjelder ansvar og roller overfor hjemmeboende med behov for palliative tjenester. Hjemmetjenesten gir uttrykk for at de har **behov for å vite mer om hvordan personalet jobber med pasientene** når de er innlagt ved Lindrende enhet. Dette behovet handler delvis om at de ønsker å kunne følge opp brukerne mer likt, delvis at de føler på at de har manglende kompetanse når de ikke forstår hva personalet på Lindrende mener eller hvilke dokumenter som følger med pasienten hjem. Et eksempel på dette er bruken av et skjema som heter ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) som benyttes aktivt ved Lindrende enhet, men som ikke er kjent i hjemmetjenesten.

### *Andre forbedringsområder knyttet til lindrende behandling og pleie*

Informantene fra hjemmetjenesten er veldig tydelige på at **samarbeidet med fastlegene ikke er godt nok**. Dette handler både om problemene med å få tak i dem på telefon, få tilbakemeldinger på spørsmål og de fleste legenes manglende vilje til å reise ut til pasientene:

Det hender at hjemmetjenesten får beskjed om at de kan ringe tilsynslegen på Lindrende hvis det er noe med en pasient som enheten/teamet er involvert i, men det vanlige er at de må holde seg til brukerens fastlege. De vurderer Lindrende enhets tilgang til leger som en kjempefordel i arbeidet med disse pasientene.

**Omsorgen for pårørende til hjemmeboende vurderes som for dårlig.** Ansatte i hjemmetjenesten møter ofte pårørende hjemme hos alvorlig syke. De formidler omtanke for de pårørendes situasjon ved å legge vekt på at de også må "se" de pårørende – ikke bare pasienten. Det er imidlertid et dilemma for de ansatte at de ikke har rom til å ivareta de pårørende godt nok fordi hjemmetjenesten er oppgavesentrert og har et tidspress hele tiden. Den rådende praksis er at alle som mottar tjenester fra hjemmetjenesten må ha et vedtak på dette. De pårørende har ikke noe vedtak, dermed er heller ikke tjenesten i hjem med alvorlig syke dimensjonert i forhold til å ivareta pårørende. Dette oppleves som meget firkantet og fremstår som et etisk dilemma for de ansatte som ønsker å ivareta pårørendes behov.

**Stort behov for veiledning.** Et særtrekk ved å arbeide i hjemmetjenesten er at de ansatte som oftest er helt alene i utøvelsen av sitt arbeid hos pasientene. De etterlyser generelt muligheten til å få tilbakemelding på den jobben de gjør, spesielt fra ledelsen. Selv om de fleste informantene formidler at kommunen har forholdsvis god kompetanse i hjemmetjenesten og at de føler de gjør en god jobb, har de et klart behov for veiledning. Spesielt ønsker de at ansatte ved Lindrende enhet kan være mer ute for å veilede i konkrete pasientsituasjoner. Men behovet for veiledning handler også generelt om muligheten til å snakke og reflektere sammen som kolleger.

## 5.2 Tematisk drøfting

### *Skal jeg dø nå?*

I kommunens informasjon til innbyggerne står det om Lindrende enhet at det er:

”Et kompetansesenter for hele kommunen i arbeidet med alvorlig syke. De gir et utvidet tilbud om lindrende behandling og pleie til alvorlig syke og døende og deres pårørende både i hjemmet og i enheten på NN sykehjem” (NN kommune, 2010).

Denne studien viser at begge respondentgruppene opplever at det for mange pasienter virker skremmende å få tilbud om besøk fra Lindrende team eller forslag om opphold på Lindrende enhet. Personalet har opplevd at noen syke har en sperre mot å ta imot tilbudet fra Lindrende enhet. Dette forklares delvis med at mange fortsatt tror at dette er et sted man er kun ved avslutningen av livet. Enheten tilbyr imidlertid hjelp til personer i ulike faser i et sykdomsforløp. Dette gjelder personer som er i kurativ fase, f.eks kan pasienter som har gjennomgått cellegiftbehandling få være der en kort tid for å komme seg. Noen som ikke ønsker eller orker å reise til sykehuset, benytter enheten til å få lindret ulike plager, for eksempel stabilisere smerter gjennom ulike lindringstiltak eller få tatt blodprøver og fulgt opp disse over en kort periode. Denne delen av tilbudet kommer ikke klart fram i den skriftlige informasjonen om Lindrende enhet. En annen mulig årsak til skepsis mot å ta imot tilbudet fra Lindrende enhet/team er at det i en del dødsannonser i lokalavisen står ”I stedet for blomster ønskes en gave til Lindrende enhet”. Dette kan oppfattes som at et opphold her betyr at man er døende.

Selv om hjemmetjenesten skulle være av den oppfatning at brukeren har behov for hjelp fra Lindrende enhet/team, kan de ikke melde fra om brukeren uten dennes samtykke. Dette mener informantene at ikke alle ansatte i hjemmetjenesten er klar over.

Internasjonale studier viser at et flertall av pasientene ønsker mest mulig hjemmetid og mulighet til å dø hjemme. Ønsket om hjemmeomsorg viser seg imidlertid å avta med sykdomsprogresjon og økende alder, og er avhengig av hvordan pasienten vurderer eget sosialt nettverk. Uten mulighet for kvalitativ og kvantitativ god hjelp fra familie og pårørende er hjemmeomsorg vanskelig å få til. Insitutusjonsplass (sykehjem) i nærmiljøet vil være et viktig alternativ (Sosial- og helsedirektoratet, 2007 s. 7).

Flere av informantene i hjemmetjenesten har møtt familier som i utgangpunktet er innstilt på at den syke skal få dø hjemme. For å få til dette kreves det mange pårørende som kan veksle på å være hos den syke og god planlegging (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Til tross for at familiene kan virke ressurssterke, er de naturlig nok ofte redde (Gro, 2005). Hjemmetjenesten opplever at de har behov for mye hjelp og støtte i en slik situasjon.

Statistikken viser at fortsatt bare 10 – 15 % dør hjemme til tross for økt fokus på hjemmeomsorg (Sosial- og helsedirektoratet, 2007 s. 8). NN kommune har ifølge informantene et mål om ”lengst mulig hjemmetid” for personer som er syke og hjelpetrengende. Likevel er informantene av den oppfatning at det ikke er så mange pasienter i kommunen som dør hjemme som tidligere. Opprettelsen av Lindrende enhet nevnes som en trolig forklaring på denne utviklingen. Selv om mange alvorlig syke opplever det som skremmende å skulle komme til Lindrende enhet, har informantene

## Høgskolen i Buskerud

erfaring med at de døende ønsker å være på Lindrende enhet den siste tiden. Det er først og fremst tryggheten ved å ha kompetent personale rundt seg 24 timer i døgnet som fremheves som viktig både for den døende og familien.

Lindrende enhet i NN kommune ligger inne på et bo- og servicesenter. Sosial- og helsedirektoratet (2007) peker på at ett aspekt ved befolkningens skepsis til en palliativ enhet kan være at den ligger på et sykehjem:

”Sykehjemmenes status i befolkningen kan også representere et problem for rekrutteringen av pasienter. Mange oppfatter sykehjemmene som ”oppbevaringsinstitusjoner” for gamle og demente og ser derfor ikke tilbudet som aktuelt i en palliativ situasjon” (ibid, s. 15).

Selv om bygget hvor kommunens Lindrende enhet ligger ikke heter sykehjem, skal en ikke se bort fra at plasseringen kan ha en betydning. Det fleste som har bodd i kommunen en stund kjenner godt til at bo- og servicesenteret er en erstating for det tidligere sykehjemmet som lå rett i nærheten.

I St.meld nr. 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) påpekes behovet for å legge til rette for mer utstrakt bruk av ulike former for lokalmedisinske sentra som skal bidra til å sikre behandling, observasjon, etterbehandling og rehabilitering før, istedenfor og etter sykehusbehandling.

Et godt lokalmedisinsk senter skal blant annet kjennetegnes ved at:

- det tilbyr helhetlige og integrerte tjenester før, istedenfor og etter spesialisthelsetjenester basert på sammenhengende pasientforløp (prosesser som tar utgangspunkt i den enkelte person sitt helhetlige behov, og hvor tjenestene gis i en planlagt og uavbrutt kjede)
- det legger vekt på tverrfaglig tilnærming (Helsedirektoratet, 2010b).

Disse kjennetegnene har mye til felles med det grunnlaget de palliative tjenestene bygger på. En skal ikke se bort fra at et slikt senter ville nå fram til andre pasienter enn i dag, som for eksempel yngre alvorlig syke og personer i kurativ fase, dersom begrepet gir andre assosiasjoner enn sykehjem eller bo- og aktivitetssenter.

Denne studien viser at også yngre pasienter benytter tilbudet ved Lindrende enhet. For at tilbudet skal virke attraktivt for yngre, har den fysiske plasseringen av enheten betydning:

Sykehjem med palliative senger/enheter som ikke er fysisk atskilt fra de andre sykehjemssengene, rapporterer at dette kan være en belastning både for pasienter og pårørende og kan medvirke til at yngre pasienter motsetter seg sykehjemssinnleggelse. Holdningsendringer er nødvendig og krever et aktivt informasjonsarbeid, men framskyndes i betydelig grad når det blir kjent at sykehjemstilbudet har høy kvalitet og kompetanse (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 15).

Begge informantgruppene har inntrykk av at sykehjemmet generelt og Lindrende enhet spesielt har et godt omdømme blant befolkningen i kommunen. Hjemmetjenesten betrakter tilbudet fra Lindrende enhet og team som meget bra for brukerne. Fordi det

fortsatt er skremmende for en del pasienter å skulle motta hjelp fra dette personalet, er det behov for mer informasjon både til befolkningen generelt, men ikke minst overfor familier med alvorlig sykdom. Ifølge hjemmetjenesten er det av stor betydning for pasientenes oppfatning av tilbudet at de ansatte ved Lindrende enhet kommer ut for å møte pasienten og familien og informerer om hva de kan tilby i hjemmet og inne på enheten. En slik tidlig etablering av kontakt har også vært en viktig intensjon med etableringen av det Lindrende teamet.

### *Vi hjelper hverandre*

Denne evalueringsstudien avdekker et sterkt fellesskap og forståelse for hverandre i begge respondentgruppene. De beskriver en pleiekultur (Hamran, 1992) som er kjennetegnet ved stor takhøyde, faglig stolthet, anerkjennelse av hverandres kompetanse og fleksibilitet. Begge gruppene viser en iver knyttet til å ”få til ting” hos brukerne og å hjelpe hverandre. Det siste kan beskrives ved begrepet ”løsningsorientering”.

For å ivareta de sykeste i hjemmetjenesten er det etablert en ordning med egne ”sykepleielister”. Dette er en organisering som skal sikre pasientene på listen best mulig kompetanse samt økt kontinuitet i kontakten med hjemmetjenesten. Behovet for denne listen har blant annet utgangspunkt i at det er mange pasienter med behov for tekniske prosedyrer som kun sykepleiere har kompetanse til å utføre. Kommunen forsøker i størst mulig grad å bruke sykepleier med spesialutdanning innen palliasjon/kreftomsorg til de dårligste pasientene. Selv om denne organiseringen har medført at hjelpepleiere har fått flere rutineoppgaver hos andre brukere, formidler informantene stor forståelse for at det er viktig at den enkelte får gjøre det vedkommende kan best. Hjelpepleierne som deltok i fokusgruppen fra hjemmetjenesten så mange fordeler i å ha sykepleier med palliativ kompetanse tilgjengelig. Fordi hjemmetjenesten ikke har tilgang til denne kompetansen blant egne ansatte hele døgnet, får de andre både opplæring i og erfaring med pleie av alvorlig syke. Palliativ sykepleier har sørget for at det ble laget prosedyrer og at alt som skulle gjøres hos pasienten var ”ryddig og klart”. Dette skaper en trygghet for andre ansatte som har med pasienten å gjøre.

Et kjennetegn på den palliative kulturen (Helsedirektoratet, 2010a) er respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste. Begge gruppene som inngår i denne studien, gir uttrykk for stort faglig engasjement for pasientene samt respekt for hverandres kompetanse både internt og ved Lindrende enhet. Arbeidssituasjonen for de ansatte ved disse to arbeidsplassene er imidlertid veldig forskjellig. Ved Lindrende enhet er det ansatte med meget høy kompetanse, og de er flere som kan hjelpe hverandre både på dag- og kveldsvakter. De ansatte i hjemmetjenesten arbeider stort sett alene, men forsøker å hjelpe hverandre så godt de kan. Studien viser at de ansatte i hjemmetjenesten opplever at de i mindre grad enn før har mulighet til å ta vare på hverandre hvis de har det vanskelig. Dette knyttes til den siste omorganiseringen hvor de tidligere sonene i hjemmetjenesten ble slått sammen. Ifølge informantene har dette medført at arbeidslagene er større, noe som gjør det vanskeligere å snakke om hvordan man har det. Dessuten opplever informantene at de stadig blir pålagt nye oppgaver som tar den lille tiden de er inne i løpet av dagen. Dermed blir mulighetene for å snakke sammen om egne erfaringer og opplevelser begrenset. Det står ikke på viljen, men på tid. Som en av informantene betegnende sier: ”Du kan ikke spørre når du vet du ikke har tid til å bære på!”. De ansatte har mulighet til å ta kontakt med leder i hjemmetjenesten for å snakke om vanskelige situasjoner, men det synes som det er fellesskapet i arbeidslaget som ses som mest verdifullt.

### *Den selvtilliten du får fra brukerne er så viktig*

Begge gruppene formidler at de finner det spennende og givende å arbeide med pasienter med behov for lindrende behandling og pleie. De er også forholdsvis like når det gjelder gleden og stoltheten ved å få til noe for pasienten, f.eks god smertelindring.

Informantene fra begge ansattgruppene trekker også frem at de får mye positiv respons fra pasientene. Dette gir mye tilbake og er en viktig motivasjonsfaktor i arbeidet.

En vesentlig forskjell mellom de ansatte i Lindrende enhet/team kontra hjemmetjenesten, er tilgangen på tilbakemeldinger og opplevelse av egen kompetanse.

De ansatte ved Lindrende enhet har høy kompetanse og mange har lang erfaring da de har vært med fra etableringen i 2005. De formidler en faglig og personlig trygghet samt at de, etter evaluators vurdering, har god tilgang på veiledning både fra lege og sosionom. Det synes også som personalet opplever anerkjennelse både fra hjemmetjenesten samt i kontakten med legene i kommunen og på sykehuset. Personalet fremstår dermed med en faglig stolthet som er spesiell. Å oppleve anerkjennelse for, og mestring av eget arbeid, har stor betydning for trivsel på arbeidsplassen. Det er imidlertid viktig å ikke miste nyansene av syne. Noen av informantene peker nettopp på at denne positiviteten ”kan bli litt for mye” og etterlyser mer kritisk refleksjon over situasjoner som ikke har fungert så bra. Dette anses som viktig for å kartlegge forbedringsområder og å jobbe systematisk med å bli bedre.

Informantene fra hjemmetjenesten forklarer at de i liten grad får tilbakemeldinger utover det de får fra pasientene. De opplever at de gjør en god jobb overfor de alvorlig syke pasientene, men har langt mindre kompetanse innen lindrende behandling og pleie tilgjengelig. Fordi de jobber mest alene, blir ros og takknemlighet fra pasienten en viktig motivasjonsfaktor og grunnlag for egen selvtillit. Det fremkommer tydelig i studien at de ansatte i hjemmetjenesten ”ikke får selvtilliten fra ledelsen”. Dette tolkes som et uttrykk for et behov for å bli sett og få tilbakemeldinger på hvordan man gjør jobben av nærmeste leder. Det oppleves også som urettferdig at lederne skryter av de som jobber inne på kontoret, men i liten grad kommenterer arbeidet til de som jobber ute. Dette kan rett og slett dreie seg om at det er vanskeligere å gi tilbakemelding på et arbeid som ingen andre direkte ser eller deltar i. Grunnlaget for en respons fra leder må derfor i hovedsak ta utgangspunkt i det den ansatte selv sier og evt. det som dokumenteres, samt hvordan det går med pasienten eller konkrete tilbakemeldinger til ledelsen fra pasient/pårørende.

I studien fremkommer det at ansatte i hjemmetjenesten ikke har noe systematisk tilbud om veiledning. Det blir trukket fram som et paradoks at de med høyest kompetanse, ansatte ved lindrende enhet, også får mest veiledning, mens de med minst kompetanse og som arbeider mest alene, ikke har noe tilbud. Dette er en arbeidsform som kan bli ensom, samtidig som det kan foreligge kvalitetsbrist i tjenesten som ikke blir fanget opp. De ansatte legger stor vekt på de positive tilbakemeldingene de får fra brukerne. Dette er imidlertid ikke alltid noen garanti for at tjenestene holder høy kvalitet.

I en undersøkelse gjennomført av Sintef Helse, fant en at faktorer som godt arbeidsmiljø, klar faglig ledelse, miljø for kompetanseutvikling og kollegial veiledning var sentrale for sykehjemmenes kvalitet (Paulsen, Harsvik, Halvorsen og Nygård, 2004). Disse faktorene antas å være sentrale også for kvaliteten i hjemmetjenesten. Som vi tidligere har sett opplever informantene at de har et godt arbeidsmiljø seg imellom, mens spesielt de ansatte i hjemmetjenesten savner en tydeligere og nærværende ledelse og mulighet for

veiledning mellom nære kolleger. De er imidlertid meget positive til den veiledningen de får fra ansatte ved Lindrende enhet/team.

### ***De pårørende har ikke noe vedtak***

De pårørende er en sentral målgruppe for palliativ innsats slik det er formulert i definisjonen av palliasjon (Helsedirektoratet, 2010a s. 37). I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) defineres pårørende som den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende.

Moderne palliasjon vektlegger ivaretagelse av familien/pårørende, og at familiemedlemmer inkluderes i mange samtaler, både av oppgaveorientert og emosjonell karakter (Helsedirektoratet, 2010a s. 26) I beskrivelsen av den palliative kulturen kommer fokus på pårørende blant annet frem i følgende kjennetegn:

- helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og **hans/hennes pårørende**
- respekt for pasient, **pårørende** og medarbeidere, med fokus på pasientens beste. Dette innebærer at pasient og **pårørende blir møtt og forstått** i forhold til sin situasjon.
- fokus på åpen kommunikasjon og informasjon (ibid, s. 16).

I evalueringsstudien kommer det tydelig fram at begge personalgruppene er svært opptatt av pårørendes situasjon og ivaretagelse av dem. Mulighetene til å ha omsorg for pårørende er imidlertid veldig forskjellige mellom de to personalgruppene.

Når den syke oppholder seg på Lindrende enhet, har personalet en unik mulighet til å bistå de pårørende både gjennom avlastning av oppgaver og ansvar overfor den syke samt tilbud om samtaler. Enheten er godt tilrettelagt ved at pårørende kan overnatte på pasientens rom eller i et pårørenderom, samt at det finnes eget samtalerom. At de pårørende kan opprettholde høy grad av nærhet til sine egne og samtidig kunne gå ut av rommet enten for å være alene en stund eller for å snakke med noen, er av stor verdi. Opprettelsen av Lindrende team har gjort det mulig for de ansatte ved Lindrende enhet å etablere tidlig kontakt samt sikre kontinuitet i oppfølgingen av familien. Lindrende enhet oppgir at de får en del gaver, også pengegaver, fra etterlatte. Dette formidler tydelig hvilken betydning tilbudet ved enheten har for både den syke og familien.

I den tiden alvorlig syke og døende som ønsker hjelp i eget hjem, har hjemmetjenesten ansvaret enten alene eller i samarbeid med Lindrende team. De er veldig bevisst og opptatt av å ivareta de pårørende – ikke bare pasienten. Utfordringen er at den tiden de har tilgjengelig er basert på det vedtak som er gjort ved tildeling av tjenesten. Dette vedtaket gjelder bare pasienten! Når de er ferdige med det de skal gjøre hos pasienten, er tiden over. De forsøker så godt de kan innenfor rammen å ta vare på pårørende ved å spørre hvordan de har det og om det er noe de kan hjelpe til med. Det oppleves som et dilemma at de ikke har mer tid til rådighet for å ivareta pasientens familie. Fordi de pårørende ikke har noe vedtak på tjenester, er det ikke satt av tid til dette. Informantene sier om dette at ”*Så firkantet er det faktisk*”.

Innen palliasjon er man opptatt av å verdsette og involvere pårørende som er en viktig ressurs for den alvorlig syke og døende pasienten. Det understrekes imidlertid også at det er viktig å ivareta de pårørendes egne behov:

”Dette er vesentlig både for å redusere belastningen i selve sykdomsperioden og med tanke på sorgprosessen og tiden etter dødsfallet. [...] Ivaretagelse av de pårørende vil indirekte også være en hjelp for pasienten. Å involvere de pårørende i beslutninger omkring stell og behandling av pasienten har trolig en positiv effekt på hvordan de vil oppleve belastningen i perioden etter dødsfallet” (Helsedirektoratet, 2010a s. 38).

Evalueringsstudien viser altså at de ansatte i hjemmetjenesten opplever det som spesielt utfordrende å ivareta de pårørende. De mener likevel at de er opptatt av å ivareta de/den pårørende. Spesielt nevnes det at de er oppmerksomme på barn og unge som pårørende. Flere av informantene har erfaringer fra slike hjem. De har opplevd at ungdommer har mye støtte i venner og at blogging kan være en arena hvor de både bearbeider sorgen gjennom å skrive og får støtte av andre.

Barn og ungdom som pårørende må ivaretas ut fra sine behov (Kreftforeningen, 2005). Det viser seg at de har stor evne til å mestre en belastning som at mor/far er døende hvis de har personer rundt seg som møter dem med innsikt og forståelse. Ved behov må det i samråd med familien utarbeides en plan for hvordan barn og ungdommer kan inkluderes, og hvordan informasjon kan formidles (Helsedirektoratet, 2010a s. 38).

En viktig ressurs i kommunen som nevnes i forbindelse med barn og unge som pårørende er Familiesenteret som gir gratis tilbud til familier med barn under 18 år. Senteret er et tiltak som har sitt utspring i kommunens plan for psykisk helse hos barn og unge. Det har vært i funksjon siden 2003. Senteret har tverrfaglig kompetanse i form av klinisk sosionom/familieterapeut, sykepleier, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og førskolelærere.

Familiesenteret er et forebyggende lavterskeltilbud. Det trengs ikke henvisning for å komme til Familiesenteret. Foreldre, barn/unge kan selv ta kontakt eller formidling kan skje via andre instanser som de har kontakt med (skole, barnehage, helsestasjon m.v.).

Formålet med Familiesenteret er bl. a å styrke familiens kompetanse i forhold til å mestre vanskelige livssituasjoner. De gir også veiledning til samarbeidspartnere som en indirekte hjelp til familier. Dette kan bidra til å styrke det tverrfaglige samarbeidet rundt barn/unge og deres familie (NN kommune, 2010).

Når det gjelder ivaretagelse av etterlatte, nevner begge respondentgruppene at de av og til deltar i begravelser til personer som de har hatt mye kontakt med. I Retningslinjene for palliasjon understrekes det at pårørende bør følges opp etter dødsfallet. Det vises til at det vanligste er å avtale telefonisk kontakt og tilbud om samtale etter en viss tid, såkalt etterlattesamtale (Helsedirektoratet, 2010a s. 38).

De fleste palliative enheter pleier rutinemessig å gjennomføre etterlattesamtaler:

”Dette er en god anledning til å fange opp spesielle behov for hjelp hos det mindretall av etterlatte som har dette. I tillegg til individuelle og familiære særtrekk, kan raske og dramatiske sykdomsforløp medføre en komplisert sorgprosess” (ibid. s.26).

Både gjennom dokumentgranskingen og fokusgruppene med ansatte ved Lindrende enhet, kommer det fram at de har rutiner for slike samtaler. Det blir skrevet opp i arbeidsboka når noen skal ringes opp. En av informantene viser til at hun nylig opplevde

at det av kolleger ble stilt spørsmålstegn ved om de skulle gjøre dette fordi de etterlatte ikke har noe vedtak. Det ble også tatt opp at man måtte dokumentere overfor leder hvor mye tid man bruker på slike samtaler.

Retningslinjene for palliasjon (ibid.) skal benyttes av alle som arbeider med palliasjon og disse understreker betydningen av ivaretagelse av pårørende og etterlatte. Likevel opplever altså spesielt ansatte i hjemmetjenesten, men også ved Lindrende enhet, at det er en utfordring å prioritere dette i en hverdag med fokus på nedskjæringer og oppgavesentrert arbeide etter vedtak.

NN kommune har en bestiller - utfører modell for tildeling av tjenester. Det betyr at det er tjenestekontoret som vurderer, med noen få unntak, hvilke behov den som søker har. Evalueringen viser at det er til dels stor frustrasjon spesielt blant informantene fra hjemmetjenesten mot denne ordningen. Grunnen til at dette ikke kommer så tydelig fram i gruppen med ansatte fra Lindrende enhet er trolig at de har mer påvirkning på hvem som skal få tilbud om opphold. Enten kommer pasientene direkte fra sykehuset eller de presser på for å få de inn på enheten, etter først å ha hatt kontakt med dem gjennom det utadrettede arbeidet i Lindrende team.

Sosial- og helsedirektoratet (2007) fremhever betydningen av at de palliative enhetene kan påvirke inntaket:

Utførermedvirkning på inntaksmøter sikrer at sengeplassene forbeholdt pasienter i palliativ fase blir brukt til den faktiske målgruppen. Styres inntaket av et administrativt inntakskontor alene, opplever mange at sengene i for stor grad blir benyttet for å dekke andre pasientgruppers behov (ibid. s. 15).

De ansatte i hjemmetjenesten har en rolle som rene utøvere av tjenester hvor de er avhengige av beslutninger som fattes gjennom vedtak ved tjenestekontoret. Det hender at bestillergruppen lar palliativ sykepleier i kommunen gjøre vurderingsbesøk hos personer med behov for lindrende behandling og pleie. Dette er en anerkjennelse av vedkommendes kompetanse som brukes til pasientens beste. Samtidig er det problematisk da hjemmetjenesten ikke har fått tildelt ressurser til denne typen arbeid.

Informantene fra hjemmetjenesten fremhever at de er der for brukerne, mens de opplever at tjenestekontorets ansatte bare er opphengt i lovverket. I den ene fokusgruppen fremkommer det et hjertesukk om at hjemmetjenesten og tjenestekontoret bør komme under samme tak for å samarbeide bedre. Til dette kommer det spontant fra flere av kollegene: ”Det kommer aldri til å skje!”. Det ser altså ut som personalet er ganske desillusjonerte med tanke på muligheten for å få til dette.

### **Samarbeid mellom Lindrende enhet/team og hjemmetjenesten:**

Lindrende enhet skal være et kompetansesenter for hele kommunen i arbeidet med alvorlig syke. Enhetens bidrag beskrives slik:

”De gir et utvidet tilbud om lindrende behandling og pleie til alvorlig syke og døende og deres pårørende både i hjemmet og i enheten på sykehjemmet” (NN kommunes nettsider).



## Høgskolen i Buskerud

Omsorg for alvorlig syke og døende er et faglig og ressursmessig krevende arbeid for kommunen. For å imøtekomme pasientenes og de pårørendes behov, er det nødvendig at en rekke ulike yrkesgrupper samarbeider (Helsedirektoratet, 2010a s. 21).

En sentral samarbeidspartner for Lindrende enhet/team er kommunens hjemmebaserte omsorg. Ansatte i hjemmetjenesten er også viktige mottakere av veiledning og hjelp fra Lindrende team både på telefon og noen ganger i pasientens hjem. Denne evalueringsstudien har fokus på hvordan Lindrende enhet/team fungerer som koordinator for det palliative tilbudet i kommunen. Data fra ansatte i hjemmetjenesten er derfor vesentlig for å svare på problemstillingen.

### ***Lav terskel for kontakt***

Informantene fra hjemmetjenesten er svært positive til at kommunen har en Lindrende enhet. Kompetansen til personalet blir beskrevet som imponerende; *”til å dette bakover av”*.

De ansatte i hjemmetjenesten opplever lav terskel for å ta kontakt med Lindrende enhet. I dette ligger det både at de er bevisst på å benytte kompetansen samt at personalet ved Lindrende enhet/team er positive og hjelpsomme når de henvender seg. Den viktigste kontakten skjer via telefon. Her kan hjemmetjenesten ta kontakt for å drøfte behov hos pasienten eller for å få veiledning på konkrete prosedyrer ute hos pasienten.

De ansatte ved Lindrende enhet skal også kunne tilby hjelp og veiledning til pasienter og pårørende i hjemmet samt til hjemmetjenesten. Denne utadrettede virksomheten heter Lindrende team. Evalueringen viser at de ansatte i hjemmetjenesten har ulike erfaringer med hvor lett det er å få konkret bistand i hjemmet. Noen har vært heldige og fått hjelp samme eller neste dag, mens andre ikke har fått hjelp annet enn på telefon når de har henvendt seg. Data viser at ansatte i hjemmetjenesten ønsker at personalet ved Lindrende enhet var mer fleksible når det gjelder muligheten for hjemmebesøk og konkret veiledning ute hos brukerne. I praksis har det vist seg at det ikke er realistisk å kunne få hjelp ute mer enn tre dager i uka. Dette handler om at en sykepleier ved Lindrende enhet blir bundet opp med legevisitt den ene dagen og dosering av medikamenter den andre dagen. På kvelder og helger er det mindre bemanning på Lindrende enhet, som ved andre enheter. Det kan se ut som betegnelsen Lindrende team gir noen forventninger om utadrettet virksomhet som det ikke er mulig for personalet å innfri verken overfor pasientene eller de ansatte i hjemmetjenesten (se også s. 64-65).

De ansatte i hjemmetjenesten som deltok i evalueringen, anså at hjemmetjenesten hadde generelt god kompetanse til å ivareta alvorlig syke i hjemmet, men at det var behov for flere med spesialutdanning innen palliasjon/kreftomsorg. Prinsippene for grunnleggende palliasjon gjelder imidlertid alt helsepersonell som arbeider med alvorlig syke og døende pasienter, uansett fagområde, behandlings- og omsorgsnivå (Helsedirektoratet, 2010).

I Retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2010a) defineres kravene til grunnleggende palliasjon slik:

”Grunnleggende palliasjon ivaretar

- kartlegging av symptomer og plager
- symptomlindring
- informasjon til pasient og pårørende

## Høgskolen i Buskerud

- pårørende
- terminal pleie
- sorgarbeid og oppfølging av etterlatte
- dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene” (ibid, s. 16).

Personalets behov for veiledning fra personalet ved Lindrende enhet dreier seg hovedsakelig om følgende områder; samtale med og oppfølging av pårørende, hjelp til smertelindring, veiledning i bruk av medisinsk-teknisk utstyr og avanserte praktiske sykepleieprosedyrer.

### ***Arenaer for samhandling***

Den telefoniske kontakten mellom ansatte i hjemmetjenesten og personalet ved Lindrende enhet foregår hovedsaklig spontant når det oppstår behov for veiledning og mer kompetanse ute i hjemmene. Personalet ved Lindrende enhet opplever at denne kontakten er viktig, men at den tar mye tid og gjør arbeidsdagene deres hektiske.

En formell arena for samhandling som nevnes av informantene er det ukentlige **”Lindrende-møtet”**. Dette foregår ved at en ansatt fra Lindrende enhet kommer ned til hjemmetjenestens lokaler. Informantene fra hjemmetjenesten beskriver at møtet benyttes til å gå gjennom alle pasienter i kommunen som har behov for lindrende behandling og pleie. Det legges planer for det videre arbeidet med pasienten og hvordan samarbeidet skal legges opp.

Evalueringen viser at disse møtene oppleves som nyttige, men at det til tider har vært noen utfordringer i gjennomføringen av møtevirksomheten. Det vises til at møtene en del ganger har blitt avlyst. Hjemmetjenesten oppfatter at det er personalet ved Lindrende enhet som enten har glemt det eller ikke har tid, de ansatte ved Lindrende hevder at det er hjemmetjenesten som uteblir noen ganger og undrer seg på om det ikke prioriteres høyt nok. Begge partene er opptatt av at disse møtene er en viktig fellesarena.

Informantene fra hjemmetjenesten er klare på at de synes møtene er viktige, men klager på at de ikke får tilrettelagt arbeidsdagen slik at det alltid lar seg gjøre å delta. Kommunen har oppnevnt kontaktpersoner i hjemmesykepleien som skal være bindeledd både mot Lindrende enhet og sykehuset. Det synes imidlertid ikke å være noe system på at disse personene har dagvakt på den faste ukedagen for ”Lindrende-møtet”. Manglende tilrettelegging og kontinuitet i deltagelsen i disse møtene, må anses å være en organisatorisk svakhet. Evaluator fant heller ikke at ledelsen ved Lindrende enhet og i hjemmetjenesten deltok i dette møtet. Dermed kan det også synes å være manglende forankring i ledelsen. En slik forankring samt tilrettelegging for deltagelse i møtet er ledelsens ansvar.

I fokusgruppene med hjemmetjenesten kommer det også fram ønsker om å kunne bruke dette samhandlingsfora på en litt annen måte. De stiller spørsmål ved om det er nødvendig å bruke hele møtet på å gå gjennom pasientlista og foreslår at noe av tiden kunne vært brukt til opplæring eller veiledning. En slik løsning kan tenkes å avhjelpe noe på behovet for hjelp fra det Lindrende teamet forutsatt at det gis mulighet for flere til å delta.

Personalet ved Lindrende enhet har hver 14. dag **medisinskfaglig rådgiving** med en lege med lang erfaring og kompetanse innen lindrende behandling. En av informantene

fra hjemmetjenesten nevnte at dette i prinsippet også var åpent for kontaktpersonene i hjemmetjenesten. Hun hadde en gang selv fått være med å legge fram en pasientsituasjon og hatt stor nytte av det. I tillegg til at den ansatte i hjemmetjenesten fikk veiledning av lege, skaper dette også en mulig fellesarena mellom personalet i Lindrende enhet og hjemmetjenesten. En standardisering av deltagelse fra hjemmetjenesten, da primært kontaktsykepleierne/ressurssykepleierne, vil kunne lette samhandlingen mellom Lindrende enhet og hjemmetjenesten ytterligere.

### *Hvem "eier" pasientene?*

I intervjuene med informantene fra hjemmetjenesten kommer det fram opplysninger som tyder på at det er noe uklare linjer når det gjelder hvem som har ansvar for hva hos alvorlig syke hjemmeboende. Disse pasientene er ofte "innskrevet" i hjemmetjenesten i form av et vedtak om helsehjelp i henhold til Lov om helsetjenesten i kommunene (2009). Denne pasientgruppen blir informert av hjemmetjenesten om at det finnes en Lindrende enhet hvor de kan få opphold når de har behov for det, samt at det er mulig å få hjemmebesøk fra det Lindrende teamet. Dersom pasienten samtykker meldes pasienten til Lindrende enhet.

I disse tilfellene oppstår det nok en arena for samhandling mellom personalet ved Lindrende enhet og ansatte i hjemmetjenesten, nemlig **pasientens hjem**. For hjemmetjenesten fremstår det av og til som om personalet ved Lindrende enhet har et "eierforhold" til de pasientene de følger opp ute, og at de to personalgruppene nærmest blir en slags "konkurrenter" på denne arenaen. Det kommer fram at det noen ganger kan utvikle seg en differensiert kultur mellom de to personalgruppene hvor de "tar hverandre" dersom noe ikke er helt i orden hos pasienten – istedenfor å samarbeide for å gjøre hverandre gode og dermed øke kvaliteten i tjenesten til pasienten. Fra hjemmetjenestens side ønskes det derfor klarere linjer i forhold til hvem som har ansvar for hva hos pasientene som mottar hjelp både fra Lindrende team og hjemmetjenesten.

Ansatte ved Lindrende enhet oppgir at i prinsippet skal alle pasienter med alvorlig sykdom, som har behov for lindring, kunne få hjelp av enhetens personale, både de som er i kurativ og de som er i palliativ fase. Noen av de ansatte i hjemmetjenesten har et inntrykk av at de yngste kreftpasientene er de mest "interessante" pasientene for Lindrende enhet/team. Kommunen opplever et stadig økende antall kronisk syke, som f.eks pasienter med nyresvikt og KOLS som kunne ha behov for ekspertkompetanse. Hittil er det ca. 90 % av kreftpasienter som er innlagt ved palliative enheter både på sykehus og sykehjem (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). For kommunene vil det imidlertid bli behov for å prioritere også andre pasientgrupper med behov for lindrende behandling.

I datamaterialet forekommer det et eksempel på at hjemmetjenesten, en ansatt fra Lindrende team og pasientens lege møtes i pasientens hjem. Det ideelle hadde vært at det var mulig å ha slike felleskonsultasjoner oftere. Dette er en samarbeidsform som også involverer pasient/familie og hvor evt. også representant fra det palliative teamet fra sykehuset kan inngå. En slik arbeidsform nevnes i Retningslinjen for palliasjon (Helsedirektoratet, 2010a):

Felleskonsultasjon er en nyttig måte for aktørene å møtes på, særlig ved komplekse problemstillinger og der hjemmeomsorg planlegges. De aktuelle behandlingsnivåer og instanser bør være representert. Initiativet kan komme fra kommunehelsetjenesten,

sykehusavdeling eller palliativt team. Dialog mellom aktørene er spesielt viktig i starten av et samarbeid og når pasientens tilstand er ustabil, ofte mot livets avslutning (ibid. s. 46).

### *Stammespråk*

Informantene fra hjemmetjenesten formidler at de er opptatt av å gjøre en best mulig innsats overfor personer som er alvorlig syke og døende. For at de skal kunne følge opp kvaliteten i tjenestene og sikre et helhetlig behandlingsforløp for gruppen, er de opptatt av å få bedre kjennskap til og informasjon om hvordan personalet på Lindrende enhet arbeider med pasientene.

En helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasienten, samt koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av enheter og nivåer, er noen av kjennetegnene på en palliativ kultur (Helsedirektoratet, 2010a). For at de ansatte i hjemmetjenesten fullt ut skal kunne bidra i et helhetlig, koordinert tilbud til alvorlig syke og døende, er det viktig at både den muntlige og skriftlige dokumentasjonen er tilfredsstillende. Felles faglig forståelse og begrepsapparat er et annet avgjørende moment som evalueringen synes å avdekke som en utfordring.

I evalueringen kom det fram at ikke alle var like fornøyd med den skriftlige dokumentasjonen som ble sendt med pasienten hjem etter opphold ved Lindrende enhet. Dette gjaldt delvis at dokumentasjonen var overflatisk, delvis at ikke alle i hjemmetjenesten forsto hva alle dokumentene hos pasienten var. Ett konkret eksempel som kom opp, var bruk av skjemaet ESAS som benyttes ved Lindrende enhet. ESAS står for Edmonton Symptom Assessment Scale (Bruera, Kuehn, Miller, Selmer, Macmillan, 1991) og er et symptomregistreringsskjema og et grafisk skjema hvor man skruer skåringer for hvert av følgende symptomer over tid; smerte i ro, smerte i bevegelse, slapphet, kvalme, tung pust, munntørrehet, matlyst, angst/uro og trist/deprimert. Pasientene svarer på hvordan de har det på en skala fra 1-10 hvor 0 er ingen plage og 10 er verst tenkelig plage (Myhra og Grov, 2010).

Kun et fåtall av de ansatte i hjemmetjenesten i dette datamaterialet kjente til dette skjemaet. Når ansatte ved Lindrende enhet f.eks sier eller skriver at pasienten skårer 4-6 på en skala og de som mottar denne informasjonen verken kjenner verktøyet eller forstår hva dette betyr, foreligger det et kommunikasjonsproblem. Fordi man mangler et felles kunnskapsgrunnlag mellom de to personalgruppene, oppleves dette som at personalet ved Lindrende enhet snakker et internt stammespråk som går over hodet på deres nærmeste samarbeidspartnere. De ansatte i hjemmetjenesten har et tydelig ønske å få opplæring for eksempel i bruken av ESAS-skjemaet siden dette benyttes aktivt på Lindrende enhet. Informantene savner mer initiativ fra personalet på Lindrende når det gjelder å informere og forklare hva de bruker for å tilnærme seg pasientens problemer og dokumentere sin pleie- og behandlingssjøsjon.

Hjemmetjenestens behov for opplæring bunner i at det er stor forskjell i kompetansen innen lindring i de to personalgruppene som er mest involvert i tjenestetilbudet til alvorlig syke og døende. Personalet ved Lindrende enhet har alle spesialkompetanse innen feltet, enten som sykepleier eller hjelpepleier. Dermed benytter de verktøy, arbeidsmåter og et språk som er velkjent for dem, men vanskelig tilgjengelig for andre. Dersom ikke hovedtrekkene i deres måte å arbeide på overfor pasienten blir videreført til hjemmetjenesten, vil dette føre til et brudd i forløpet og derav følgende reduksjon i tjenestekvaliteten i den perioden pasienten er hjemmeboende.

Bruke av felles verktøy og begreper kan bidra til å sikre kvalitet og kontinuitet i pleien overfor en sårbar pasientgruppe. Nasjonale føringer beskriver behovet for fokus på symptomlindring hos pasienter i palliativ fase. I Standard for palliasjon anbefales det at man rutinemessig bruker kartleggingsverktøy, bl.a ESAS. Det beskrives som en viktig kvalitetsindikator i oppfølgingen av pasientene (Norsk Forening for Palliativ Medisin, 2004, Myhra og Grov, 2010).

Standardiserte egenrapporterings skjemaer er viktig for å måle symptomer ”da det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom pasientens subjektive opplevelse og graden av symptomer som helsepersonell rapporterer” (Myhra og Grov, 2010). Symptomer bør registreres systematisk og på en enkel måte (Kaasa, 2001). ESAS vurderes å være et enkelt verktøy for å kartlegge pasientens subjektive opplevelse av situasjonen og kartlegger pasientens symptomer. Skjemaet brukes også for å evaluere effekten av igangsatte tiltak.

Det er gjort en undersøkelse om sykepleieres opplevelse og erfaringer ved bruk av ESAS (Ellingsen og Strand, 2007) som konkluderte med at ESAS er lett å forstå for pasienten, og at ESAS trenger liten innsats fra pasienten og sykepleieren. Det konkluderes med at pasienten har stor fordel ved å bruke ESAS. Dette støttes i en studie av Myhra og Grov (2010). Symptomene som kartlegges i ESAS er relevante for helsepersonell slik at de kan rette tiltak mot lindring av symptomene som angis som plagsomme. En forutsetning for at ESAS skal kunne anvendes mer systematisk og regelmessig, er at det innarbeides skriftlige rutiner om bruk av ESAS og det grafiske skjemaet (Myhra og Grov, 2010).

Myhra og Grov (2010) antar at ESAS foreløpig ikke er rutinemessig innført i kommunehelsetjenesten. Denne evalueringstudien viser at ESAS benyttes aktivt på Lindrende enhet i NN kommune. Det er fremkommet ønske om å få opplæring i bruk av kartleggingsverktøyet også i hjemmetjenesten. I denne forbindelse kan det være interessant å merke seg at Retningslinjene for palliasjon (Helsedirektoratet, 2010a) beskriver at også hjelpepleiere med kompetanse på Nivå A, dvs. grunnleggende kompetanse i palliasjon fra videregående, skal beherske symptomkartlegging ved hjelp av ESAS (ibid., s. 147).

Relevant og oppdatert dokumentasjon må være tilgjengelig på rett sted til rett tid. Dette stiller krav til alle ledd i behandlingsskjeden (ibid.). Retningslinjene for palliasjon (ibid.) peker på at det må arbeides mot en dokumentasjon som kan brukes av alle i det palliative nettverket. Et mulig tiltak for å fremme et felles kunnskapsgrunnlag og økt forståelse mellom Lindrende enhet og hjemmetjenesten, kan være å utarbeide felles kjernedokumentasjon.

Minimumskrav til tilgjengelig dokumentasjon for pasienten og alt helsepersonell som kommer til pasienten er ifølge Retningslinjene for palliasjon:

- liste over kontaktpersoner, inkl. fastlege, pasientansvarlig lege (PAL) på sykehus,
- telefonnummer til hjemmesykepleien, ev. fysioterapeut/ergoterapeut og andre involverte fagpersoner
- oppdatert medikamentliste
- opplysninger fra siste sykehusopphold (utskrivningsnotat, epikrise, sykepleier rapport, epikrise fra andre faggrupper)
- ESAS - skjema (ibid, s. 45).

Ifølge informantene benyttes Individuell Plan i liten grad i kommunen overfor pasienter med behov for lindrende behandling og pleie. For å sikre best mulig kontinuitet i pleien av pasienten, bør dokumentasjonen i palliasjon legge vekt på følgende aspekter:

- hvor pasienten er i sykdomsforløpet – utviklingen av sykdomsbildet og pasientens tilstand og behov
- vurdering av hensiktsmessige tiltak – har pasienten spesielle ønsker eller reserverasjoner?
- hva som skal/bør gjøres dersom det oppstår nye situasjoner eller komplikasjoner
- hvilken informasjon som er formidlet til pasient og pårørende – hva vet pasienten? (ibid., s. 44).

Ifølge Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2002) § 4 c har ledelsen et ansvar for å sørge for at de ansatte har ”tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet”. Dette er nødvendig for at de skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig (jfr. Lov om helsepersonell (1999) § 4). Omsorg for alvorlig syke og døende er krevende. Kommunen opplyser at de har satsset på økt kompetanse i hjemmetjenesten de senere årene. I tillegg har kommunen fått tilførsel av flere sykepleiere grunnet stillingsstopp ved sykehuset. Data fra denne evalueringen tilsier likevel at det er behov for at kommuneledelsen satser videre på kartlegging av kompetansen i hjemmetjenesten og strategisk kompetanseutvikling, f.eks gjennom målrettede kompetanseplaner både individuelt og på avdelings-/gruppenivå. Med tanke på kvaliteten innen de palliative tjenestene, er det viktig at kompetansebehovet defineres i samarbeid mellom ledelsen for Lindrende enhet og hjemmetjenesten. Her kan også det palliative teamet ved lokalsykehuset og evt. det regionale kompetansesenteret i lindrende behandling, som kommunen er tilknyttet, bidra med gode råd.

### ***Vi må sitte i kø til fastlegen på lik linje som ”Johansen”***

”Pasienter med uhelbredelig, progressiv sykdom kjennetegnes av et sammensatt symptombilde som varierer over tid og ofte endres raskt” (Helsedirektoratet, 2010a s. 60). God tilgang til lege er derfor avgjørende for å kunne ivareta pasienten forsvarlig.

Denne evalueringsstudien viser at tilgangen på legekompentanse er svært ulik for personalet ved Lindrende enhet og de ansatte i hjemmetjenesten. Utsagnet i overskriften kommer som et hjertesukk fra en ansatt i hjemmetjenesten og får støtte av de andre. Pasienter i palliativ fase tas hånd om på alle nivåer av helsevesenet. Siden de fleste pasienter har et ønske om å kunne tilbringe mest mulig tid hjemme, spiller fastlege og hjemmesykepleie en meget viktig rolle i den hjemmebaserte omsorgen for disse pasientene (ibid., s. 18).

Siden fastlegen er sentral for alvorlig syke som bor hjemme, er evalueringens avdekking av hjemmetjenestens frustrasjon over manglende oppfølging og mulighet til å få tak i fastlegene bekymringsfull. Data tyder på at lederne av hjemmetjenesten har bedre tilgang til fastlegene dersom de møter opp på legesenteret. Den vanlige sykepleier eller hjelpepleier har imidlertid svært dårlige vilkår for å få tak i den nødvendige legekompentansen. De opplyser at de bruker mye tid på å vente. Noen har begynt å legge igjen skriftlige beskjeder for å sikre at de får svar. Hjemmetjenesten har også en opplevelse av at legene sjelden reiser ut når det er nødvendig. Informantene opplyser at kommunelegen har gitt beskjed om at det skal sendes avvik når leger nekter å rykke ut

ved spesielt krevende pasientsituasjoner. Flere av de ansatte oppgir at de har gjort dette, men at de aldri har fått noen tilbakemelding. Noen av informantene hevder at det er lettere å få de yngre fastlegene til å komme ut. Dette begrunner de med at det trolig har skjedd mye i legeutdanningen som bidrar til større respekt og samarbeidsvilje overfor andre faggrupper. Etter evaluators mening er det betenkelig at de ansatte i hjemmetjenesten ikke har lettere tilgang på legekompentanse og at legene ikke alltid tar kontakt tilbake ved forespørsler. Dette kan i verste falle oppfattes som manglende respekt for andres tid og arbeid. En annen antagelse som fremkommer i en av fokusgruppene er at legene er engstelige for å involvere seg i denne pasientgruppen, bl.a fordi smertelindring er en sentral utfordring. Uansett forklaring vil en slik praksis undergrave samarbeidet og gi et dårligere tilbud til de hjemmeboende.

Enkelte av de alvorlig syke som oppholder seg hjemme har såkalt ”åpen retur” til sykehuset. Dette opplyser informantene fra hjemmetjenesten at de er glad for og benytter seg av. Da de ikke selv har direkte mulighet til å legge inn hjemmeboende på Lindrende enhet, er kontakt med sykehusets palliative team og evt. åpning for hasteinnleggelse av stor betydning både for pasienten og de ansatte.

Retningslinjene for palliasjon (Helsedirektoratet, 2010a) påpeker at pasientene i palliativ fase flytter mellom ulike organisatoriske enheter, samtidig som de har behov for tett oppfølging. Av denne grunn blir ansvarsfordeling og ansvarsavklaring spesielt viktig. Fastlegen defineres som pasientens ansvarlige lege som har det overordnede, koordinerende ansvar for omsorg og behandling. Dette innebærer at fastlegen:

- skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennt medisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp (Dnlf-KS-avtalen)
- er ansvarlig for den medisinske behandlingen av pasienten i hjemmet
- **skal samarbeide med ressursykepleier, hjemmesykepleien og sykehjem**
- bør ut fra sin rolle som fastlege ta ledelsen ved aktivt å initiere, prioritere, koordinere og følge opp nødvendig diagnostikk og behandling i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer også å trekke inn andre faggrupper [...] når dette er nødvendig for å sikre en helhetlig tilnærming til pasientens problemer og behov. (s. 132)

Et tiltak som nevnes av informantene for å bedre tilgangen til lege og samhandlingen mellom hjemmetjenesten og fastlegene, er at hjemmesykepleien fikk egne fastleger.

Tilgangen på legekompentanse er vesentlig annerledes ved Lindrende enhet. Dette er naturlig da pasientene her ofte er meget dårlige, samt at det stilles eksplisitte krav til legedekning for å få godkjent etablering av en Lindrende enhet.

Lindrende enhet har egen tilsynslege en dag i uka. Rekrutteringen til stillingen foregikk gjennom utlysning blant fastlegene. Evalueringen viser at de ansatte er meget fornøyd med samarbeidet med tilsynslegen som oppfattes som meget engasjert. Til tross for at tilsynslegen er fleksibel og tar imot telefoner utover den faste tiden, mener de ansatte at det er behov for mer tilstedeværelse av legen. Siden den ene dagen hovedsaklig går med til legevisitt, og pasientens situasjon fort kan endre seg, er det ønskelig fra personalets side med legetilsyn f.eks 2 dager i uka.

## Høgskolen i Buskerud

I tillegg til tilsynslegen, har personalet på Lindrende enhet mulighet til å ta kontakt med legen som har ansvaret for den medisinskfaglige rådgivingen samt legen ved palliativt team på sykehuset. Det kan antas at personalets kompetanse gir en trygghet som også bidrar til at de henvender seg direkte til sykehuset ved behov.

Behovet for kontakt med lege utover fastlagt tid med tilsynslegen, viser seg også i uttalelsene om ad hoc- kontakten de ansatte ved Lindrende enhet har med legen som er ansvarlig for den medisinskfaglige rådgivingen. Det synes som både sistnevnte lege og tilsynslegen har en dugnadsinnstilling som innebærer at de er tilgjengelige for personalet utover det som kan forventes i henhold til avtalene. Data tyder på at dette handler om et sterkt engasjement for den aktuelle pasientgruppen.

I motsetning til de ansatte i hjemmetjenesten, opplever personalet ved Lindrende enhet at de nå har god kontakt og blir respektert av fastlegene. Det har ikke alltid vært like bra, men informantene oppgir at det har vært en positiv utvikling i samarbeidet. Dette kan trolig knyttes opp mot at fastlegene har bedre kjennskap til personalet og enhetens virksomhet, samt anerkjennelse av den høye kompetansen som finnes der.

En undersøkelse i regi av Statens helsetilsyn viser at legedekningen ved sykehjemmene varierer betydelig, men de fleste sykehjemslegene har innen rammene av 7-8 timer per uke ansvar for i underkant av 40 senger. En fjerdedel av legene har ansvar for mer enn 8 senger per time. Tilsvarende tall er rapportert fra Sintef Helse, som i sin undersøkelse også konkluderer med at det er klar sammenheng mellom ukentlig antall legetimer og oppfølgingen av medisinske behov hos pasientene. Det er gjennomgående enighet om at legetjenestene ved norske sykehjem generelt er underdimensjonert (Sosial- og helsedirektoratet, 2007 s. 9-13).

I Retningslinjer for palliasjon (Helsedirektoratet, 2010a) stilles følgende eksplisitte krav til legedekning i en palliativ enhet:

- enheten skal ha økt legebemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger
- legen skal ha minst 2-3 timer tjeneste på enheten per pasient per uke. Det er en fordel om legen i arbeidstiden kan være tilgjengelig på telefon utover dette.

Den Lindrende enheten som her evalueres har 4 pasientsenger. Når det er fullt belegg vil dette tilsi at legedekningen ut fra den nevnte normen bør være på 8-12 timer pr. uke. Tilgangen til lege ligger på 7,5 timer, dvs. såvidt i underkant av det som er kravet. I tillegg er legen noe tilgjengelig på telefon utenom den faste tilsynsdagen.

### **Oppsummering Lindrende enhet: *Vi vil, vi vil, og får det nesten til...***

Lindrende enhet ble opprettet i 2005, i 2006 ble tilbudet utvidet med et Lindrende team. Kommunen fikk prosjektmidler fra det regionale helseforetaket for å prøve ut denne modellen. Intensjonen var at lindrende behandling og pleie til alvorlig syke og døende og deres pårørende også skulle kunne tilbys i hjemmet av de ansatte ved Lindrende enhet. Prosjektmidlene førte til at det var mulig å ha en person ekstra ved enheten.

Både gjennom dokumentgransking og intervjuer har evaluator fått en oppfatning av at det i starten var høy grad av markedsføring av det nye tilbudet til det lindrende teamet. Blant annet omtales det som ”24 timers tilbud i enheten og hjemme” (NN kommune,



## Høgskolen i Buskerud

udatert). Selv om personalet ble styrket med en person i en periode, synes det som de ansatte ved Lindrende enhet har medvirket til å bygge opp forventninger blant de ansatte i hjemmetjenesten som ikke er mulig å innfri. Bruken av begrepet Lindrende team gir signaler om at dette er et tilbud i tillegg til Lindrende enhet. I realiteten utgjøres de to strukturene av det samme personalet. Dette medfører at den utadrettede virksomheten i dag stort sett foregår i løpet av tre ukedager på dagtid. Denne evalueringen har ikke informasjon om hvordan de hjemmeboende ser på dette tilbudet, men det fremgår tydelig at behovet for mer ressurser til den utadrettede virksomheten er ønskelig fra hjemmetjenestens side.

Fokusgruppeintervjuene med ansatte ved Lindrende enhet viser at personalet har en genuin interesse for palliasjon og et stort engasjement for pasientene. Personalet har holdt høy profil og har lagt vekt på at de skal ha lav terskel for å ta kontakt. De er veldig positive til å reise ut til hjemmene og ser mange fordeler med denne modellen når det gjelder å skape kontinuitet i tjenesten til alvorlig syke og døende. Flere av informantene sier eksplisitt at denne muligheten til å følge pasienter både ute og inne, var en direkte årsak til at de søkte jobben ved Lindrende enhet.

De ansatte mener selv at de strekker seg langt og er fleksible både i forhold til pasientenes og hjemmetjenestens behov. De opplever imidlertid en rekke utfordringer i hverdagen:

- føler seg dratt mellom pasienter inne og ute samt hjemmetjenestens behov for hjelp/veiledning
- bruker mye tid på telefoner, uro i avdelingen
- reduserte ressurser etter avsluttet prosjektperiode
- ikke alle på de andre avdelingene forstår hvor krevende det er med 4 pasienter, men forståelsen har blitt litt bedre når andre har hjulpet til i enheten og ser hvor krevende det er.

Selv om evalueringen viser at de ansatte ved Lindrende enhet/team har stor tro på eget arbeid og tilbudets betydning for kommunen, er de bekymret for utviklingen. For det første for at all aktiviteten (telefoner, utebesøk) skal føre til at tilbudet til pasientene som oppholder seg i enheten kan bli dårligere. Dette vil i verste fall kunne gå ut over atmosfæren i enheten slik at oppholdet ikke får den ro og verdighet som er ønskelig for pasient og pårørende. En spesiell utfordring for kapasiteten inne er at det ikke er mulig å sende vikarer på utebesøk. Dermed er det spesialutdannet personell som må reise ut hvis det er nødvendig, mens tilbudet inne dermed blir svekket når det gjelder kompetanse.

Et annet moment de ansatte er opptatt av, er behovet for en administrativ person som kan planlegge og ivareta henvendelser. Siden enheten deler faglig leder med en annen spesialavdeling, er ikke leder permanent til stede ved Lindrende enhet. Dette er et savn blant de ansatte ved enheten.

Tittelen på dette avsnittet henviser til evaluators oppfatning av et personale som vil mye og som strekker seg langt, men som ikke helt klarer å fylle verken egne eller andres forventninger til hva tilbudet ved Lindrende enhet og team skal innebære. Vi spør oss om denne modellen er formålstjenlig eller om det er skapt en etterspørsel som enheten ikke lenger har kapasitet til å imøtekomme.

## Oppsummering hjemmetjenesten: *Har sluttet å tro både på julenissen og påskeharen.*

Gjennom fokusgruppene med ansatte i hjemmetjenesten har det i denne studien kommet fram en rekke frustrasjoner. Dette retter seg ikke mot Lindrende enhet som er hovedfokus for denne evalueringen, men handler mer om de generelle forholdene i kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Fordi dette kommer så tydelig fram i data-materialet, har en valgt å nevne noen av informantenes hovedpoeng.

Det har de siste årene vært mange endringer i pleie- og omsorgstjenestene. Den siste omorganiseringen som berørte hjemmetjenesten skjedde for ca. to år siden. Det kommer fram i intervjuene at det har tatt tid for hjemmetjenesten å få den nye organisasjonen til å fungere, men at de opplever at situasjonen nå har bedret seg og at "ting begynner å fungere". I den perioden evalueringsstudien pågikk, var det igjen snakk om omorganisering. Dette skapte stort engasjement og delvis fortvilelse hos de ansatte i fokusgruppene. Mange uttrykker generell bekymring for at alle endringene kan gå utover pasientene og oppfølgingen av disse.

Kommunen har vært i en svært vanskelig økonomisk situasjon gjennom flere år. Dette har ført til krav om store innsparinger, noe som også har rammet hjemmetjenesten. De ansatte uttrykker stor frustrasjon over at de "alltid" blir konfrontert med at kommunen har dårlig økonomi og at det skal spares. Det fremkommer bekymring for hvor langt tjenestene til brukerne skal kuttes og usikkerhet når det gjelder egen arbeidssituasjon.

Begrensede økonomi ressurser, gammelt utstyr og gammeldagse systemer i hjemmetjenesten gir lite effektiv bruk av kompetanse, ifølge informantene. Ellers fremstår manglende tilbakemeldinger/ros og konstant tidpress som sentrale faktorer som på sikt kan gå utover arbeidsgleden. Overskriften på dette avsnittet kommer fra en av informantene og illustrerer en oppgitthet over forholdene i hjemmetjenesten som er bekymringsfull: "Jeg har sluttet å tro både på julenissen og påskeharen".

## 6.0 Evaluering av Lindrende enhet som koordinator av palliative tjenester

I denne avsluttende oppsummeringen av evalueringen benyttes to sett evalueringskriterier:

1. Kommunens eget mandat og mål for Lindrende enhet og team slik de fremkommer i prosjekt Lindrende team
2. Utvalgte kriterier fra Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2010a).

### 6.1 Hvordan oppfyller Lindrende enhet/team sitt lokale mandat og mål?

Lindrende team startet opp i 2006 som et prosjekt. Målet for prosjektet var:

”Et lindrende team skal sørge for at brukerne som har behov for lindrende tjenester opplever kontinuitet i oppfølgingen enten de er innlagt på Lindrende enhet eller oppholder seg hjemme. Et lindrende team består av personalet ved Lindrende enhet” (NN kommune).

I prosjektet ble det definert noen kriterier for at man skulle nå målet. Disse vil her bli benyttet som lokale evalueringskriterier:

➤ **Lindrende enhet har ressurser til å gi tjenester til bruker hjemme.**

Denne evalueringen gir et bilde av en Lindrende enhet med et personale som er sterkt engasjert og som strekker seg langt. Det fremkommer likevel at kapasiteten til å gi tjenester til pasienter i deres hjem er begrenset i forhold til de intensjoner og den omtale av det Lindrende teamet som framkommer i dokumenter. De ansatte er klare på at de må prioritere de inneliggende pasientene, men opplever likevel mye stress og mas grunnet stor pågang på telefon. Det ser ut til at viljen er tilstede, men at forventningene er større enn det som er mulig å innfri.

Allerede i den interne ett års evalueringen av Lindrende enhet kommer det fram at personalet følte seg ”klemt” mellom pasienter som trenger deres kompetanse ute og ressursene de hadde til rådighet. Store deler av arbeidet med å etablere, videreutvikle og evaluere det Lindrende teamet har basert seg på eksterne midler. Når disse nå har uteblitt, er det ikke tilført friske midler fra kommunen for å opprettholde virksomheten på samme nivå. Dette handler om en utfordring som flere innenfor de palliative tjenestene på kommunalt nivå opplever. Tilbudene er ofte opprettet på lokale initiativ, pådriv fra de regionale kompetansesentrene og støtte fra statlige øremerkede midler. Problemet er at når disse midlene uteblir, vil verken kommunen eller lokalsykehuset se på seg selv som den instansen som bør ha det primære økonomiske ansvaret. En situasjon som preges av kortsiktige bevilgninger og avhengighet av den enkelte kommunes og/eller det lokale helseforetakets velvilje og økonomi, gir liten forutsigbarhet i drift (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dette synes også å være en utfordring for Lindrende enhet i denne kommunen.

- **Tjenestene skal gis i samarbeid med hjemmesykepleien.**

Det foreligger rutinebeskrivelser for samarbeid med hjemmetjenesten, men disse synes ikke å være spesielt kjent. De utadrettede tjenestene (Lindrende team) gjennomføres ofte i samarbeid med hjemmetjenesten, men det er begrenset hvor ofte teamet kan komme ut i hjemmene. Det synes også å være uklare roller og ansvarslinjer mellom de to virksomhetene der hvor begge parter er inne. I startfasen av det palliative tilbudet i kommunen var det etablert en omsorgsgruppe som hadde oversikten over aktuelle pasienter og som samarbeidet med hjemmetjenesten. Ved kommunens egen evaluering av Lindrende enhet på slutten av 2006, kommer det frem at omsorgsgruppa ble nedlagt da Lindrende enhet ble opprettet. Dette medførte et uheldig brudd i samarbeidet med hjemmetjenesten. Denne evalueringen viser at det fortsatt er utfordringer på dette området.
- **Det må utarbeides et system som sørger for at brukergruppen blir informert om tilbudet.**

Studien viser at både sykehuset og ansatte i hjemmetjenesten informerer om tilbudet ved Lindrende enhet. Det er laget en brosjyre og det finnes generell informasjon samt et meldeskjema til Lindrende enhet. Materiellet er tilgjengelig på kommunens nettsider. Informasjonen og befolkningens kjennskap til enheten vurderes som ganske tilfredsstillende, men det kan synes som det er behov for å opplyse mer om hva tilbudet består i, for også å nå ut til yngre personer.
- **Den generelle kompetansen om lindrende behandling i kommunen må økes.**

Alle de fast ansatte har spesialkompetanse innenfor palliasjon eller kreftomsorg. Det finnes også noen med slik kompetanse ute i hjemmetjenesten, men det ser ikke ut til at disse personenes kompetanse utnyttes fullt ut. De ansatte ved Lindrende enhet bruker mye av sin tid til råd og veiledning overfor ansatte i hjemmetjenesten.
- **Undervisning i ulike varianter skal gis på alle nivå i kommunen.**

Evalueringen viser at de ansatte ved Lindrende enhet driver aktiv veiledning rettet mot hjemmetjenesten. Det fremkommer imidlertid ikke noen opplysninger om at de ansatte har hatt noe undervisning for andre i den perioden evalueringen pågikk.
- **Evt. bruk av frivillige skal kartlegges.**

Dokumentgranskningen viste at den første lindrende plassen i det gamle sykehjemmet ble finansiert av frivillige organisasjoner. Utover dette har ikke evalueringen avdekket noe samarbeid med frivillige knyttet til kommunens palliative tjenester.

## **6.2 Hvordan oppfyller Lindrende enhet kravene i Retningslinjer for palliasjon?**

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen ble utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2007 og kom i ny versjon i 2010 (Helsedirektoratet, 2010a). Nasjonale retningslinjer fra direktoratet ”er å betrakte som anbefalinger og råd, basert på oppdatert, faglig kunnskap som er fremskaffet og vurdert på en systematisk måte” (ibid, s. 2). De nasjonale retningslinjene formidler hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet. Gjennom å følge oppdaterte nasjonale retningslinjer vil således helsepersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet (jfr. Helsepersonellovens § 4) (ibid, s. 2). Denne evalueringsstudiens kriterier tar utgangspunkt i retningslinjenes anbefalinger for **organisering og kompetanse**.

### **A: Oppgaver**

- Korttidsplass for justering av symptomlindrende behandling, optimalisering av funksjon og planlegging av videre oppfølging
- Korttidsopphold for å avlaste pårørende
- Kort- eller langtidsopphold for symptomlindrende behandling, pleie og omsorg inntil døden

#### **Evalueringskriterium 1:**

Lindrende enhet oppfyller retningslinjenes krav til tjenestetilbud (jfr. oppgaver ovenfor).

#### **Konklusjon:**

Evalueringsstudiens dokumentgransking viser at de ulike oppgavene definert i retningslinjene for palliasjon er beskrevet og formidlet til innbyggerne og annet helsepersonell. Det tilbys både dag- og døgnopphold. I intervjuene kom det også fram at Lindrende enhet oppfyller kravene til tjenester/oppgaver.

#### **Forbedringsområder:**

Det synes å være behov for tydeligere informasjon til målgruppen om muligheten for korttidsopphold (ned til noen timer) for personer som er i kurativ fase. Det er trolig også behov for en presisering av at tilbudet gjelder alle aldersgrupper, også yngre pasienter.

### **B: Organisering**

#### **Evalueringskriterium 2:**

Sykehjemmet inngår i kommunale planer. Organisatorisk bør en palliativ enhet ligge innunder sykehjemmet.

#### **Konklusjon:**

Lindrende enhet er organisatorisk tilknyttet Etat Helse og Omsorg og ligger under ett av kommunens sykehjem.

### Evalueringskriterium 3:

Enheten kan være en organisatorisk enhet under en annen avdeling/post i sykehjemmet, men bør være fysisk atskilt/markert.

#### Konklusjon:

Lindrende enhet er organisert under felles faglig ledelse med en annen spesialavdeling. Enheten ligger i samme fløy som en annen avdeling, men er fysisk atskilt med et forheng.

#### Forbedringsområder:

Enheten kunne med fordel vært tydeligere atskilt fra naboavdelingen. Her befinner det seg mange eldre mennesker. Med tanke på å gjøre tilbudet ved Lindrende enhet mer attraktivt for yngre personer med alvorlig sykdom, bør en klarere avgrensning av enheten vurderes.

### Evalueringskriterium 4:

En palliativ sykehjemsenhets skal ha minst fire senger. Beregningen av sengetallet må ta høyde for at målgruppen også omfatter yngre pasienter.

#### Konklusjon:

Enheten hadde fra starten 2 plasser, men oppfylte pr. 01.01.06 minimumskravet til 4 senger. Det var opprinnelig planlagt med 8 senger, men dette ble nedjustert på grunnlag av erfaringer fra andre sammenlignbare kommuner.

Kommunen har ca. 6.000 flere innbyggere enn en av nabokommunene som har en lindrende enhet med 5 senger. Det fremkommer ikke opplysninger i denne studien om antallet senger tar tilstrekkelig høyde for yngre pasienter. Men det foreligger dokumentasjon i form av en presentasjon som sier at bl.a unge personer med alvorlig sykdom, er en av de prioriterte gruppene.

### Evalueringskriterium 5:

Enheten bør ha klart definerte inntakskriterier, tilpasset den enkelte kommunes behov. Kriteriene må ha en klar forankring i kommunens helse- og omsorgsledelse.

#### Konklusjon:

Dokumentgranskningen har identifisert at kommunen har et eget dokument i form av en rutine som heter "Kriterier for tildeling av opphold på Lindrende enhet" datert 11.01.06. Dokumentet inngår i kommunens Kvalitets- og rutinehåndbok. Kriteriene kommer i tillegg til kommunens retningslinjer for tildeling av korttidsopphold/ avlastning.

#### Forbedringsområder:

I rutinen legges det særlig vekt på lindrende behandling i livets slutfase. Dette vurderes som et sentralt fokusområde for en Lindrende enhet, men det synes å være en forskjell mellom beskrivelsen av tilbudet i denne rutinen og den praksis som har utviklet seg ved enheten. Ett av tildelingskriteriene er at all kurativ behandling er avsluttet, dette står i kontrast til opplysninger som fremkommer i intervjuer hvor det nevnes vektlegging av korttids-/dagopphold med lindring av plager f.eks knyttet til cellegiftbehandling.

### Evalueringskriterium 6:

Innleggelses vurderes på kommunens inntaksmøte. Brukerkoordinator med oversikt over aktuelle pasienter i kommunen bør delta på inntaksmøtene. Det samme gjelder representanter fra utførerene (hjemmesykepleie og lege/sykepleier fra den palliative

enheten). Direkte henvisning fra palliativt senter på sykehus til sykehjemsenheten kan eventuelt avtales.

### **Konklusjon:**

Innleggelsene ved Lindrende enhet vurderes på ukentlig felles opptaksmøte mellom tjenesteleder ved institusjonen, hjemmetjenesten og bestillerkontoret. Det foreligger en generell avtale mellom kommunen og lokalsykehuset. Palliativt team ved sykehuset kan melde pasienter direkte. Lindrende enhet har stor påvirkning på inntak, men kriteriene for inntak oppleves utydelige.

### **Forbedringsområder:**

I oppstarten av Lindrende enhet var det et ønske om å ha en ledig seng som kunne benyttes til "åpen retur" til enheten. Intervjuene med hjemmetjenesten viser at de ikke ser på dette som en mulighet, men at de benytter "åpen retur" til sykehuset en god del. Dette skyldes trolig at kapasiteten på Lindrende enhet ikke er tilstrekkelig til å ivareta denne fleksibiliteten.

### **Evalueringskriterium 7:**

Enheten skal ha eget pleiepersonell (sykepleiere og hjelpepleiere), med økt bemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger og god bemanning av sykepleiere. Det bør tilstrebes pleiefaktor 1:2 på dagtid. Ved små enheter kan det være hensiktsmessig å ha helt eller delvis felles bemanning med annen avdeling/post om kvelden og natten og i deler av helgen, men det må være sykepleier til stede på alle vakter.

### **Konklusjon:**

Lindrende enhet har 4 senger og et personale på 8 ansatte tilsvarende 6,7 årsverk. Turnusen er lagt opp slik at det alltid er sykepleier tilstede samt at det er minst tre personer på vakt på dagtid. Dette oppfyller kravet om en pleiefaktor på 1:2. Det er utformet en egen rutine hvor det understrekes at personalets utadrettede virksomhet må avpasses etter både antall ansatte og kompetansen inne i enheten. Dersom enheten mangler sykepleier på helgevakter, bemannes vekten med kompetent personell fra andre avdelinger.

### **Forbedringsområder:**

I intervjuene fremkommer det at enheten i en periode har hatt en del sykemeldinger. Dette fraværet har skapt utfordringer i forhold til kontinuitet og kompetanse. Informantene i denne studien er opptatt av at ikke alle vikarer passer til å ta vakter på Lindrende enhet. Det bør ses på løsninger for å sikre en vikarpool med personer som får særskilt opplæring til å kunne bidra i enheten ved sykdom. Det fremkommer også et ønske om egne nattevakter på Lindrende enhet.

### **Evalueringskriterium 8:**

Pleiepersonalet bør ikke ansettes i mindre enn 50 % stilling.

### **Konklusjon:**

Det faste personalet ved Lindrende enhet består av 6,7 årsverk totalt. Det er tre ansatte i 100 % stilling og 5 med mellom 50 og 75 % stilling. Det er ingen med mindre stillingsandel enn 50 %.

**Evalueringenkriterium 9:**

Enheten skal ha økt legebemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger.

**Konklusjon:**

Lindrende enhet har en legedekning på 20 % stilling (7, 5 timer) på 4 pasienter. De fleste sykehjemslegene har innen rammene av 7-8 timer per uke ansvar for i underkant av 40 senger. Enheten har dermed vesentlig bedre legebemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger.

**Evalueringenkriterium 10:**

Behovet for legetjenester vil i noen grad avhenge av enhetens inntakskriterier, men legen skal ha minst 2-3 timer tjeneste på enheten per pasient per uke. Det er en fordel om legen i arbeidstiden kan være tilgjengelig på telefon utover dette.

**Konklusjon:**

Lindrende enhet har 4 senger. Fullt belegg vil tilsi at legedekningen ut fra normen bør være på 8-12 timer pr. uke. Tilgangen til lege ligger på 7.5 timer pr. uke, dvs. såvidt i underkant av det som er kravet. I tillegg er legen noe tilgjengelig på telefon utenom den faste tilsynsdagen.

**Forbedringsområder:**

Intervjuene med ansatte ved Lindrende enhet gir klart inntrykk av at det er ønskelig med forsterket legedekning i forhold til dagens situasjon. Døgnpasientene er ofte meget syke og situasjonen kan fort endre seg. Ønsket er å ha lege tilstede to dager i uka. I studien kommer det også fram at det utføres en vesentlig dugnadsinnsats og velvilje både fra tilsynslegen og legen som har ansvaret for den medisinskfaglige rådgivingen.

**Evalueringenkriterium 11:**

Ved planlagt fravær skal det være vikar. Vikaren skal være informert om pasientene og aktuelle problemstillinger.

**Konklusjon:**

Det forligger ingen informasjon om dette i studiens datamateriale.

**Evalueringenkriterium 12:**

Vaktordning for leger bør følge rutinene ved sykehjemmet for øvrig.

**Konklusjon:**

Informantene opplyser at de har tilgang til andre avdelingens tilsynslege når ikke egen tilsynslege er tilgjengelig.

**Evalueringenkriterium 13:**

Gjennom god planlegging bør bruk av legevaktelege begrenses til et minimum.

**Konklusjon:**

I studien fremkommer det at de ansatte ved Lindrende enhet i liten grad benytter legevakten. De har noen ganger behov for å kontakte pasientens fastlege, men tar stort sett kontakt med egen tilsynslege, medisinsk-faglig rådgiver eller legen tilknyttet palliativt team på sykehuset.



**Evalueringskriterium 14:**

Enheten skal ha et strukturert samarbeid med fastlegene og hjemmetjenestene.

**Konklusjon:**

Når det gjelder inneliggende pasienter forholder de ansatte i Lindrende enhet seg primært til tilsynslegen. Det hender de tar kontakt med fastlegen for å få nødvendig informasjon om pasienten. I studien fremkommer det ikke om det finnes et avtalt/strukturert samarbeid mellom fastlegene og enheten.

Det foreligger rutinebeskrivelser som omhandler samarbeidet mellom enheten og hjemmetjenesten. Det er faste møter hver uke mellom de to virksomhetene.

**Forbedringsområder:**

Studien avdekker at det er behov for å se nærmere på samarbeidsformen mellom Lindrende enhet og hjemmetjenesten. Det gjelder både form, innhold og forankring i ledelsen, hvem som skal møte fra hjemmetjenesten, samt tilrettelegging for at disse skal få mulighet til å prioritere møtene.

**Evalueringskriterium 15:**

Enheten skal ha et strukturert samarbeid med det palliative senteret i det lokale helseforetaket. Samarbeidet bør være formalisert gjennom en forpliktende avtale på overordnet nivå. Samarbeidet bør omfatte inntak av pasienter, felles visittgang for legene, felles faglig oppdatering, hospitering og felles møtesteder.

**Konklusjon:**

Lindrende enhet er tilknyttet palliativt team ved kommunens lokalsykehus. Det palliative teamet har en ambulerende virksomhet ut mot bl.a. NN kommune. Teamet bidrar som konsulenter i behandlingen rundt alvorlig syke pasienter, hvor palliasjon er hovedmålet. Det foreligger en generell samarbeidsavtale mellom foretaket og kommunen om pasienter med somatiske sykdommer, som trenger oppfølging og innsats fra begge parter.

Evalueringen viser at Lindrende enhet har et godt etablert samarbeid med det palliative teamet.

**Evalueringskriterium 16:**

Rotasjonsordninger for legene, med mulighet for tjeneste på palliativ enhet i sykehjemmet og på palliativt senter i foretaket, bør tilstrebes.

**Konklusjon:**

Det foreligger ikke data på dette området i denne evalueringsstudien.

**Evalueringskriterium 17:**

Det regionale palliative senteret bør delta i oppfølgingen av den palliative sykehjemsenheten, innbefattet adekvat evaluering og kvalitetssikring og medvirkning til nødvendige justeringer for kvalitetsforbedring. Sammen med det palliative senteret i det lokale helseforetaket kan det regionale senteret bidra til sykehjemsenhetens undervisningsprogram og medvirke til at enheten deltar i forskningsprosjekter.

**Konklusjon:**

Ved kommunens lokalsykehus finnes det en palliativ enhet som består av et ambulant team (palliativt team) og en palliativ poliklinikk. Evalueringen viser at det er jevnlig kontakt mellom denne enheten på sykehuset og Lindrende enhet i NN kommune med

møter hver 14. dag. Dokumentgranskningen har identifisert at det foreligger referat fra disse samarbeidsmøtene. Ressurssykepleier fra Lindrende enhet inngår også i et nettverk av sykepleiere. Kontakten med sykehuset, med rådgiving og undervisning (temadager), oppgis som meget viktig for de ansatte ved Lindrende enhet. Enhetens personale deltar på erfaringskonferanser med det regionale senteret to ganger i året. De tar også kontakt direkte dersom det er behov for rask og avansert hjelp til pasienter de har ansvar for.

### **Forbedringsområder:**

Denne studien har ikke avdekket systematisk evaluering eller kvalitetsforbedringsarbeid initiert fra den palliative enheten på sykehuset. I referater fremgår det at forbedringsområder i samarbeidet diskuteres, men det er uklart om dette følges konkret opp av sykehuset. Lindrende enhet har gjennomført flere prosjekter med fokus på kompetanseutvikling og organisering av de palliative tjenestene. Da denne evalueringsstudien ble planlagt, var også intensjonen å intervju ansatte fra palliativ enhet ved sykehuset for å få fram deres vurdering av hvordan Lindrende enhet i NN kommune fungerer. Det var ikke mulig å prioritere dette innenfor prosjektets ramme, men det anbefales at dette blir gjort ved en senere anledning.

### **Evalueringkriterium 18:**

Sykepleier fra enheten bør være med i nettverket av ressurssykepleiere i foretaksområdet.

### **Konklusjon:**

Sykepleier fra Lindrende enhet inngår i nettverket av ressurssykepleiere som sykepleier ved helseforetakets palliative enhet har ansvar for.

### **Evalueringkriterium 19:**

Enheten skal legge til rette for etter- og videreutdanning for personalet og ha en plan for undervisning.

### **Konklusjon:**

Evalueringen dokumenterer at enheten tilrettelegger for kompetanseheving gjennom deltagelse for alle ansatte på 1- 2 årlige konferanser. I tillegg gis det mulighet for deltagelse på temadager ved regionens Kompetansesenter for lindrende behandling samt ved høyskolen.

### **Forbedringsområder:**

Det er bekymringsfullt at en enhet som skal fungere som et kompetansesenter i kommunen, ikke har penger til kompetanseheving på sitt budsjett, men er avhengig av gaver fra private. For å fremskaffe midler til kurs og konferanser må de noen ganger også gå med redusert bemanning for å spare inn midler.

### **Evalueringkriterium 20:**

De ansatte bør ha tilbud om veiledning.

### **Konklusjon:**

Det vurderes at de ansatte ved Lindrende enhet har et godt veiledningstilbud. De har systematisk medisinskfaglig rådgiving ved lege samt veiledning med sosionom.

### *C: Personale*

#### **Evalueringskriterium 21:**

Egen, fast lege må være tilknyttet enheten. Legen bør være spesialist i allmennmedisin eller annen relevant klinisk spesialitet som indremedisin, anestesilogi eller onkologi, og skal ha kompetanse i palliasjon tilsvarende nivå B.

#### **Konklusjon:**

Intervju med tilsynslegen inngår ikke i denne studiens datamateriale. Ansatte ved Lindrende enhet opplyser at tilsynslege har en sterk interesse for faget (palliasjon), men ikke har spesiell erfaring og kanskje ikke den formelle kompetanse innen palliasjon. Tilsynslegen deltar imidlertid på den medisinskfaglige veiledningen og har god støtte i denne legen som har lang og bred erfaring på feltet.

#### **Evalueringskriterium 22:**

Nivå C er ønskelig ved større enheter.

#### **Konklusjon:**

Lindrende enhet i NN kommune regnes som en mellomstor enhet. Denne anbefalingen er derfor ikke vurdert.

#### **Evalueringskriterium 23:**

Lege fra palliativt senter (palliativt team) i foretaket skal ha konsulentfunksjon ved enheten.

#### **Konklusjon:**

Det fremgår både av skriftlig dokumentasjon og gjennom intervjuer, informasjon om at lege fra sykehusets palliative enhet har en konsulentfunksjon overfor Lindrende enhet.

#### **Evalueringskriterium 24:**

Enheten skal fortrinnsvis ha sykepleiere med relevant videreutdanning.

Sykepleierne ansatt ved Lindrende enhet har enten videreutdanning i palliasjon eller kreftomsorg.

#### **Evalueringskriterium 25:**

Hjelpepleiere kan også være ansatt ved enheten. Hjelpepleierne bør ha relevant videreutdanning.

#### **Konklusjon:**

Det er ansatt tre hjelpepleiere ved Lindrende enhet. To av disse har videreutdanning i kreftomsorg. Den ene har nylig påbegynt sykepleierutdanning.

#### **Evalueringskriterium 26:**

Fysioterapeut, prest og sosionom skal alltid være tilknyttet, evt. i deltidsstilling eller på konsulentbasis.

#### **Konklusjon:**

Enheten har egen fysioterapeut. Det foreligger skriftlig avtale med diakon. Ergoterapeut som er tilknyttet en annen avdeling ved sykehjemmet kan benyttes ved behov. Det er ikke systematisk tilbud om sosionomtjeneste.

**Forbedringsområder:**

Det er behov for å få en avtale med sosionom.

***D: Lokaler og utstyr***

**Evalueringskriterium 27:**

Enerom med eget bad og nødvendige tekniske pleiefasiliteter.

**Konklusjon:**

Dette kravet er oppfylt.

**Evalueringskriterium 28:**

Fasiliteter for pårørende, med mulighet for overnatting.

**Konklusjon:**

Det finnes et pårønderom. Overnatting kan skje enten på pasientens rom eller i pårønderommet. Kravet er oppfylt.

**Evalueringskriterium 29:**

Samtalerom.

**Konklusjon:**

Det finnes et velegnet samtalerom på enheten. Kravet er oppfylt.

**Evalueringskriterium 30:**

Vaktrom og legekontor.

**Konklusjon:**

Opprinnelig delte Lindrende enhet vaktrom med en annen avdeling da de har felles leder. Det ble etter hvert tatt en del av et kjøkken til vaktrom for å ha større nærhet til pasientrommene. Dette fungerer bra.

Tilsynslegen har kontor sammen med sykehjemets øvrige leger.

**Evalueringskriterium 31:**

Helst stue og kjøkkenfasiliteter.

**Konklusjon:**

Det finnes funksjonelle arealer med stue og kjøkkenfasiliteter. Kravet er oppfylt.

### **6.3 Anbefalinger for videre arbeid**

På grunnlag av analyse og drøfting av data i form av intervjuer og dokumenter, samt gjennomgang av virksomheten ved Lindrende enhet opp mot lokale og nasjonale evalueringskriterier, har evaluator følgende anbefalinger for enhetens og kommunens videre arbeid:

- Klarere informasjon til brukerne om hva Lindrende enhet er og hvilke tjenester som tilbys, slik at fordommene mot å benytte enheten blir mindre.
- Utrede muligheten for å øke tilgangen på legekompentanse til f.eks 2 dager i uka. Det bør også vurderes hvilke konsekvenser dette kan ha for den utadrettede virksomheten da det vil binde opp en sykepleier i to dager istedenfor en.
- Bedre samarbeidet mellom hjemmetjenesten og Lindrende enhet ved å avklare roller og ansvar for pasientene som bor hjemme og som har behov for kompetanse fra Lindrende team. Systematisk samarbeid mellom ledelsen av Lindrende enhet og hjemmetjenesten – ledelsesforankring.
- Gjøre en nærmere analyse av om ordningen med ”ute- og inne- tjenester” går utover tilbudet til og forholdene i enheten for inneliggende pasienter.
- Vurdere mulighetene for en administrativ ressurs som kan planlegge de ulike aktivitetene og svare på telefoner for å frigi de andre.
- Vurdere hvordan tilbudet om utadrettet virksomhet formidles skriftlig og muntlig for å avklare hvilke forventninger som er realistiske å stille til de ansatte ut fra dagens kapasitet.
- Sette fokus på kommunikasjonsmønstre, møteplasser og rutiner for å styrke hjemmetjenestens tilgang til og samarbeid med fastlegene ang. alvorlig syke hjemmeboende pasienter.
- Kritisk vurdere Lindrende team som modell; vil det være mer formålstjenlig med et eget ambulerende team?
- Vurdere hvilken rolle Lindrende enhet kan/bør ha i fremtiden i forhold til andre grupper, utover kreftpasienter, med behov for lindrende behandling og pleie.
- Se nærmere på tilbudet til pårørende til alvorlig syke som bor hjemme med tanke på å kunne ivareta deres behov på en mer fleksibel måte.
- Vurdere hvordan Lindrende enhet kan få en mer forutsigbar økonomi slik at det er mulig med en mer langsiktig satsing og kvalitetsforbedring.

## Referanser

Brataas, Hilfrid V. (2001). Fokusgrupper – en kvalitativ forskningsmetode. *Tidsskriftet Sykepleien nr. 14, 2001*.

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, MJ, Selmer, P., Macmillan, K. (1991). The Edmonton symptom assessment system: a simple method for the assessment of palliative care patient. *J. Palliative care. 1991; 7 6-9*.

Bugge, K.E. og Røkholt, E.G. (2009). *Barn og ungdom som sørger: faglig støtte til barn og ungdom som opplever alvorlig sykdom eller død i nær familie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ellingsen, E. og Strand, E. (2007). Hvordan har du det i dag? *Sykepleien, 95(17): 60-64*.

Grov, E.K., Dahl, A.A., Moum, T., & Fosså, S.D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology 16 (7): 1185-1191*.

Hamilton, G.A. (1998). Evalueringsforskning. I: Lorensen, M.(red.). *Spørsmålet bestemmer metoden*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helse Bergen, Haukeland Universitetssykehus (2010). *ESAS symptomregistrering*  
Hentet fra: <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/esas-symptomregistrering.aspx>  
Nedlastet 10.03.11

Helsedirektoratet (2010a). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. IS- 1529*. Hentet fra:  
[http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt\\_handlingsp\\_21509a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf)  
Nedlastet 14.06.10

Helsedirektoratet (2010b). *Tilskudd til utvikling av lokalmedisinske sentre*.  
Hentet fra:  
[http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?\\_pageid=134,67714&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_piref134\\_67727\\_134\\_67714\\_67714.artSectionId=252&\\_piref134\\_67727\\_134\\_67714\\_67714.articleId=695604](http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67714&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_67727_134_67714_67714.artSectionId=252&_piref134_67727_134_67714_67714.articleId=695604)  
Nedlastet 03.03.11

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli 1999 nr. 64*.

Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten (2002). *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. Fastsatt ved kgl.res. 20. desember 2002 med hjemmel i lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten § 7, lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 16 andre ledd, lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3a, lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten § 1-3a, lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 2-1 tredje ledd og lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a fjerde ledd.

## Høgskolen i Buskerud

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009*.

Hentet fra:

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nasj\\_strat\\_kreftomr.html?id=115233](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nasj_strat_kreftomr.html?id=115233)

Nedlastet 07.03.11

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Jacobsen, D. I. (2000). *Hvordan gjennomføre undersøkelse? Innføring i samfunns- vitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Kreftforeningen (2005). *Barn og ungdom som pårørende*. Brosjyre.

Hentet fra:

[http://www.kreftforeningen.no/vp/multimedia/archive/00001/Barn\\_og\\_ungdom\\_1225a.pdf](http://www.kreftforeningen.no/vp/multimedia/archive/00001/Barn_og_ungdom_1225a.pdf).

Nedlastet 06.03.11.

Kreftregisteret (2010). *Kreftstatistikk*.

Hentet fra:

<http://www.kreftregisteret.no/Global/26-012010%20Dok%20til%20web%20ferdig.pdf>

Nedlastet 06.03.11

Krueger, R.A., Casey, M.A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., og Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*.

Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kaasa, S. (2001). Palliativ medisin. *Tidsskriftet Norske Lægeforening*. 2001; 117: 641-42.

Myhra, C.B. og Grov, E.K. (2010). Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale [ESAS]. *Sykepleien Forskning*, 5 (3):210-218.

NN kommune (2006a). *Prosjekt Lindrende enhet*. Utvalgssak. Saksnr. 2006/6027. Kultur- og helseutvalget.

NN kommune (2006b). *Brosjyre Lindrende enhet*.

NN kommune (2009). *Søknad om tilskudd til lidrende behandling og omsorg ved livets slutt, utenfor sykehus*. 2009.

NN kommune (2010). *Visjon for kommunen*.

NN kommune (2010). *Beskrivelse av Lindrende enhet*.

NN kommune (2010). *Familiehuset*.

NN kommune [udatert]. *Lindrende enhet, Visjoner og mål*. Presentasjon.

## Høgskolen i Buskerud

Norsk Forening Palliativ Medisin (2004). *Standard for palliasjon*.

Hentet fra: [http://www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404\\_2.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404_2.pdf)

Nedlastet 01.03.11

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juli 1999 nr. 63*.

Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T og Nygård, L. (2004). Bemanning og kvalitet i sykehjem. *Tidsskriftet Norsk Lægeforening*, 2004, 124[21], 2807.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *SAMHANDLING. Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter*. Rapport IS-1521, 4/2007. Hentet fra:

[http://www.helsedirektoratet.no/kreft/publikasjoner/samhandling\\_\\_\\_palliative\\_enheter\\_p\\_sykehjem\\_med\\_fokus\\_p\\_kreftpasienter\\_101904](http://www.helsedirektoratet.no/kreft/publikasjoner/samhandling___palliative_enheter_p_sykehjem_med_fokus_p_kreftpasienter_101904)

Nedlastet 01.03.11

Sverdrup, S. (2002). *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sykehuset Buskerud [udatert]. *Samarbeidsavtale mellom Sykehuset Buskerud og Kommunen om pasienter med somatiske sykdommer, som trenger oppfølging og innsats av begge parter*.

World health Organization (1990). Cancer pain relief and palliative care. I:

Helsedirektoratet (2010). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.



**Vedlegg 1 Dokumentanalyse – datamatrikse**

<b>Dok.nr.</b>	<b>Tittel</b>
1	Rapport fra 1.års evaluering Lindrende enhet
2	Visjoner og mål Lindrende enhet
3	Resultatplan 2007 NN Sykehjem
4	Kort beskrivelse av modellen
5	Meldeskjema Lindrende enhet
6	Plassoversikt Lindrende
7	Etterlattesamtaler – oppfølgingsskjema
8	Statistikk pasienter Lindrende enhet 2009
9	Statistikk timer ute lindrende team
10	Prosjekt lindrende team 2006/2007
11	Søknad om tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, utenfor sykehus 2009
12	Kvalitetssystem: Kriterier for tildeling av opphold på Lindrende enhet
13	Kvalitetssystem: Dagsplan dagvakt og aftenvakt
14	Kvalitetssystem: Kontaktpersoner til Lindrende
15	Kvalitetssystem: Bruk av timeavtalebok for hjemmetjenester for lindrende enhet
16	Kvalitetssystem: Prøver ved innkomst – lindrende enhet
17	Kvalitetssystem: Melding av pasienter med behov for lindrende behandling
18	Kvalitetssystem: Bruk av meldeskjema lindrende enhet
19	Kvalitetssystem: Mailkonto lindrende
20	Kvalitetssystem: Lindrende enhet-tjenester utenfor virksomheten
21	Kvalitetssystem: Hovedkort og tilgjengelige opplysninger på papir
22	Kvalitetssystem: Gavekonto lindrende
23	Kvalitetssystem: Samarbeid med sognediakon
24	Kvalitetssystem: Sjekklister for institusjonsopphold Lindrende enhet
25	Kvalitetssystem: Rutine for inn- og utskriving ved lindrende enhet
26	Samarbeidsavtale mellom SB HF og NN kommune om pasienter med somatiske sykdommer, som trenger oppfølging og innsats av begge parter
27	Tilskudd til kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt til NN kommune (fra Helsedir.) 2009
28	Sluttrapport og attestert regnskapsoversikt for prosjekt lindrende behandling 1.kvartal 2007
29	Utvalgssak Prosjekt lindrende team
30	Pasienthistorier (skrevet av ansatte)

## Vedlegg 2 Informasjonsbrev Lindrende enhet

Til: Ansatte ved Palliativ enhet/palliativt team  
NN bo- og aktivitetssenter

### Forespørsel om deltagelse i evalueringsstudie

Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag har på oppdrag fra ledelsen ved institusjonen påtatt seg å evaluere Lindrende enhet ved NN bo- og aktivitetssenter, NN kommune.

Prosjektet har tittelen:

*Evaluering av Lindrende enhet som koordinator av det lindrende/palliative tilbudet i NN kommune.*

Evalueringen gjennomføres i første halvdel av 2010. Prosjektleder er høgskolelektor Anne Grethe Steinsvåg og prosjektmedarbeider er førsteamanuensis Ellen Karine Grov. Metodene som er valgt for gjennomføring av evalueringen er blant annet intervju av ansatte ved Palliativ enhet/- team. Intervjuene er tenkt gjennomført som fokusgrupper med ca. 6 ansatte i hver gruppe. Intervjuet vil ta ca.1 time og er beregnet å foregå i første halvdel av juni måned. Begge prosjektdeltakerne vil delta ved fokusgruppeintervjuet.

Vi vil med dette forespørre deg om du er villig til å delta på et slikt fokusgruppeintervju. Intervjuet vil ta utgangspunkt i de ansattes erfaringer med arbeidet innen den palliative enheten/teamet både styrker, svakheter og ønsker for de fremtidige palliative tjenestene i kommunen sett fra deres ståsted.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Båndet vil bli makulert etter avsluttet prosjekt. Datamaterialet vil bli anonymisert slik at det ikke vil være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner. Innsamlede opplysninger vil bli anonymisert ved prosjektslutt, senest ved utgangen av 2011. Det er frivillig å delta. Dersom du har spørsmål, ta gjerne kontakt ed undertegnede på telefon 32 20 64 65 eller mobil 97 15 12 28.

Dersom du er villig til å delta i denne evalueringsstudien, ber vi om at du fyller ut svarslippen og sender den i vedlagte frankerte konvolutt **innen 25.mai**. Du vil deretter få snarlig beskjed fra undertegnede om tid og sted for fokusgruppeintervjuet.

Vennlig hilsen

Anne Grethe S. Steinsvåg  
(prosjektleder)

Ellen Karine Grov  
(prosjektmedarbeider)

---

Svarslipp:

(sett kryss) ..... Jeg har lest informasjonen

(sett kryss) ..... Ja, jeg ønsker å delta på fokusgruppeintervju

Navn:  
Telefon:

Arbeidssted:  
E-post:

### Vedlegg 3 Informasjonsbrev Hjemmetjenesten

Til: Ansatte i hjemmebaserte tjenester  
NN kommune

## Forespørsel om deltagelse i evalueringsstudie

Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag har på oppdrag fra ledelsen ved institusjonen påtatt seg å evaluere Lindrende enhet ved NN bo- og aktivitetssenter, NN kommune.

Prosjektet har tittelen:

*Evaluering av Lindrende enhet som koordinator av det lindrende/palliative tilbudet i NN kommune.*

Evalueringen gjennomføres i første halvdel av 2010. Prosjektleder er høgskolelektor Anne Grethe Steinsvåg og prosjektmedarbeider er førsteamanuensis Ellen Karine Grov.

Metodene som er valgt for gjennomføring av evalueringen er blant annet intervju av ansatte i hjemmetjenestene i kommunen. Intervjuene er tenkt gjennomført som fokusgrupper med ca. 6-8 ansatte i hver gruppe. Intervjuet vil ta ca. 1 time og er beregnet å foregå i første halvdel av juni måned. Begge prosjektdeltakerne vil delta ved fokusgruppeintervjuet.

Vi vil med dette forespørre deg om du er villig til å delta på et slikt fokusgruppeintervju. Intervjuet vil ta utgangspunkt i de ansattes erfaringer fra arbeidet med pasienter/familier som har behov for palliative tjenester. Det vil spesielt bli fokusert på styrker, svakheter og aktuelle forbedringsområder i samarbeidet mellom hjemmetjenesten og det palliative teamet/palliativ enhet sett fra deres ståsted.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Båndet vil bli makulert etter avsluttet prosjekt. Datamaterialet vil bli anonymisert slik at det ikke vil være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner. Innsamlede opplysninger vil bli anonymisert ved prosjektslutt, senest ved utgangen av 2011. Det er frivillig å delta. Dersom du har spørsmål, ta gjerne kontakt ed undertegnede på telefon 32 20 64 65 eller mobil 97 15 12 28.

Dersom du er villig til å delta i denne evalueringsstudien, ber vi om at du fyller ut svarslippen og sender den i vedlagte frankerte konvolutt **innen 1.november 2010**. Du vil deretter få snarlig beskjed fra undertegnede om tid og sted for fokusgruppeintervjuet.

Vennlig hilsen

Anne Grethe S. Steinsvåg  
(prosjektleder)

Ellen Karine Grov  
(prosjektmedarbeider)

---

Svarslipp:

(sett kryss) ..... Jeg har lest informasjonen

(sett kryss) ..... Ja, jeg ønsker å delta på fokusgruppeintervju

Navn:  
Telefon:

Arbeidssted:  
E-post:

## Vedlegg 4 Intervjuguide Lindrende enhet

### Temaguide fokusgrupper Lindrende enhet

#### Introduksjon

Som dere tidligere er orientert om har Høgskolen i Buskerud påtatt seg å evaluere Lindrende enhet ved NN bo- og aktivitetssenter, NN kommune. Prosjektet har tittelen: *Evaluering av Lindrende enhet som koordinator av det lindrende/palliative tilbudet i NN kommune.*

En av metodene som er valgt for gjennomføring av evalueringen er fokusgruppeintervju med ansatte ved Palliativ enhet/- team. I intervjuet vil ta utgangspunkt i deres erfaringer med arbeidet innen den palliative enheten/teamet. Siden det palliative tilbudet er annerledes organisert i NN kommune enn andre steder, ønsker vi å få fram hva dere selv vurderer som styrker og svakheter i tjenestene generelt og organiseringen spesielt. Siden Lindrende enhet/team er en viktig koordinator for det lindrende tilbudet i kommunen, vil vi også gjerne få fram hvordan dere opplever samarbeidet i kommunen på dette området. Avslutningsvis vil vi fokusere på ønsker dere måtte ha for de fremtidige palliative tjenestene i kommunen for å gjøre disse enda bedre.

Intervjuet vil ta ca.1 time. Fokusgruppeintervju som form er en diskusjon mellom deltakere som deler en erfaring, og målet er å få så mange perspektiver som mulig på denne erfaringen. Vi er to personer til stede. Intervjuet vil ikke foregå slik vi stiller spørsmål til en og en, og det er heller ikke et mål at dere er enige om det som kommer frem. Vi er to til stede fra prosjektet. Den ene vil introdusere tema for samtalen og den andre vil evt. komme inn med oppklarende spørsmål. Målet er at fokusgruppen skal fungere som en mest mulig fri diskusjon hvor fokusgruppeliderne er minst mulig involvert. Det er anledning både til å ha humor og livlige diskusjoner, men det er et viktig prinsipp at ingen avbryter hverandre.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd for å kunne transkribere diskusjonen og analysere den etterpå. Innholdet vil bli makulert etter avsluttet prosjekt. Datamaterialet vil bli anonymisert slik at det ikke vil være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner.

#### Tema 1: Bakgrunnsinformasjon

- Hvilken fagbakgrunn har dere
- Hvor lenge har dere jobbet her?

#### Tema 2: Organisering av palliative tjenester i NN kommune

Tilbudet ved NN fremstilles ofte som unikt ift. andre kommuner – hvordan vil dere beskrive tilbudet dere har og hva er det som er unikt ved det?

Hvor stor pågang er det av pasienter?

Er tilbudet dere har godt kjent i kommunen?

Hva er bakgrunnen for at ordningen med en kreftkontakt/kreftkoordinator ble forlatt?

### **Tema 3: Innholdet i tjenestene**

Dere har et meldeskjema for lindrende enhet – hvem er det som henvender seg til dere?

Hva har dere å tilby pasient/pårørende?

Hvordan vurderer dere selv kvaliteten på de tjenestene dere yter?

Dere har skrevet ned noen pasientfortellinger, hva bruker dere disse til? Er det bare de gode eksemplene som skrives ned?

Kan dere beskrive hva som er forskjellen på Lindrende enhet og lindrende team?

Dere har tilgang til systematisk medisinsk -faglig veiledning, hvordan fungerer dette og hva bidrar det til?

### **Tema 4: Erfaringer knyttet til samarbeid innen palliative tjenester**

#### **Internt:**

Hva fungerer bra internt ved Lindrende enhet og lindrende team?

Evt. svakheter/utfordringer i samarbeidet?

#### **Innen kommunen:**

Hvordan oppfatter dere samarbeidet innen kommunene når det gjelder palliative tjenester?

- Hjemmetjenesten, fastlegene, sosionom, prest

#### **Kommunepolitikernes/rådmannens** prioritering av tjenestene?

Evt. svakheter/utfordringer i samarbeidet?

#### **Eksternt:**

Hva fungerer bra i samarbeidet mellom dere og eksterne samarbeidsparter?

- Sykehuset lokalt
- Regionale helseforetaket

Evt. svakheter/utfordringer i samarbeidet?

### **Tema 5: Beste praksis/ Ønsker og forventninger framover**

1. Beste opplevelser; intervjuobjektet blir bedt om å fortelle om sine beste opplevelser ut fra et gitt fokus. Spørsmålet innbyr til å fortelle en historie
2. Verdsettelse; hva setter intervjuobjektet mest pris på med
  - a) seg selv, b) sitt arbeid og c) sin organisasjon
3. Ønsker for fremtiden; hvilke ønsker har intervjuobjektet om hva som kan gjøre det som er i fokus for utviklingsarbeidet, enda bedre?

Hva mener dere må til for å opprettholde eller **bedre kvaliteten** i de palliative tjenestene?

Hvordan ser dere for dere lindrende enhet/lindrende team i **framtiden**?

14.06.10

## Vedlegg 5 Intervjuguide Hjemmetjenesten

### Tema 1: Bakgrunnsinformasjon

- Hvilken fagbakgrunn har dere?
- Hvilken rolle/funksjon har dere i organisasjonen?
- Hvor lenge har dere jobbet her?

### Tema 2: Innholdet i tjenestene

#### Kan dere fortelle litt generelt om hjemmetjenesten i NN kommune?

- pasientgrupper
- kompetanse blant ansatte
- organisering av tjenestene (konsekvenser av den siste omorganiseringen...)

#### Hvor mange pasienter i snitt pr. år har dere med behov for palliative tjenester?

#### Hvilke tilbud har hjemmetjenesten til disse pasientene og deres pårørende?

- Hvordan ivaretas barn som påførende? (jfr. ny lov 1/1-10 om info.rett)

#### Har dere ansatte i hjemmetjenesten med kompetanse innen palliasjon/kreftsykepleie?

- Hvilken rolle/oppgaver har disse i hjemmetjenesten?

#### Hvordan vurderer dere kvaliteten på de tjenestene dere i hjemmetjenesten gir til pasienter/familier med behov for palliasjon?

- Hva er bra?
- Hva er mindre bra/fungerer ikke?
- Hva bør evt. gjøres for å bedre kvaliteten?

#### Benytter dere noen spesielle kartleggings- eller dokumentasjonsverktøy i omsorgen for ”palliative pasienter”?

#### Har dere prosedyrer i kvalitetssystemet som dere benytter i denne sammenheng?

### Tema 3: Erfaringer knyttet til samarbeid/organisering innen palliative tjenester

#### A: Samarbeid

#### Hva består samarbeidet mellom hjemmetjenesten og Lindrende enhet/team ved NN i?

#### Hvordan oppfatter dere samarbeidet innen kommunene når det gjelder palliative tjenester?

- Lindrende enhet/team ved NN?

## Høgskolen i Buskerud

- Fastlegene – har de hjemmebesøk?
- Sosionom
- Prest
- Kommunepolitikernes/rådmannens prioritering av tjenestene?

Evt. svakheter/utfordringer i samarbeidet?

### **Eksternt:**

Hva fungerer bra i samarbeidet mellom dere og eksterne samarbeidsparter?

- Sykehuset lokalt
- Regionale helseforetaket

Evt. svakheter/utfordringer i samarbeidet

### **B: Organisering av palliative tjenester i NN kommune**

Oppfatter dere tilbudet ved Lindrende enhet/team som **annerledes/unikt** ift. tjenestetilbudet til pasienter med behov for palliasjon i andre kommuner?

Er tilbudet ved Lindrende enhet/team godt **kjent i kommunen** (hos ansatte i hjemmetjenesten og pasienter)?

Bruker dere **Individuell Plan** hos pasienter som får palliative tjenester?

Opplever dere at **roller og ansvar** for pasienter med behov for palliasjon er klart definert/beskrevet i kommunen?

Har dere noe opplegg for **ivaretagelse av ansatte** som har oppfølging av pasienter med behov for palliasjon?

### **Tema 4: Beste praksis/ Ønsker og forventninger framover**

Har dere noen oppfatning av eller dokumentasjon på **pasientenes tilfredshet** med de palliative tjenestene i kommunen?

Kan du gi et eksempel på **den beste opplevelsen** du har hatt ift. en pasient med behov for palliative tjenester?

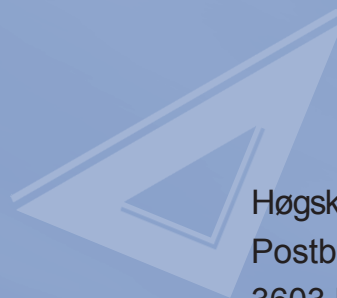
**Ønsker for framtiden**; hva mener du kan gjøre de palliative tjenestene i NN kommune enda bedre?

21.11.10









Høgskolen i Buskerud  
Postboks 235  
3603 Kongsberg  
Telefon: 32 86 95 00

[www.hibu.no](http://www.hibu.no)

ISSN 1893-2312 (online)

