



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Vestfold

LINDRENDE OMSORG VED LIVETS SLUTT

En evaluering av et kompetanseutviklingsprogram i Vestfold



VIBEKE BOSTRØM OG PER GUNNAR DISCH

Vibeke Bostrøm og Per Gunnar Disch

Lindrende omsorg ved livets slutt

En evaluering av et kompetanseutviklingsprogram i Vestfold

© Forfatteren/Senter for omsorgsforskning Sør

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 2 - 2012
ISBN: 978-82-91313-86-3 ISSN: 1892-705X

FORORD

Helsedirektoratet har i flere år gitt tilskudd til kommunale prosjekter som bidrar til kompetanseheving innen lindrende behandling og omsorg. Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT) har mottatt årlige tilskudd fra denne ordningen. I prosjektene har det vært fokus på å etablere et interkommunalt fagnettverk, og å heve kompetansen innen grunnleggende lindrende behandling og omsorg. Det var nå viktig for Utviklingssenteret å evaluere effekten av iverksatte tiltak.

Formålet med denne rapporten er å evaluere de iverksatte tiltak slik at utviklingssenteret kan stå sterkere rustet til å møte behov for kompetanseheving innen fagfeltet fremover. Hovedvekten i denne rapporten ligger på å framstille hovedtrekk i det datamaterialet evalueringen har til rådighet.

Evalueringen er gjennomført i et samarbeid mellom Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold og Senter for omsorgsforskning Sør. Arbeidet er gjennomført av prosjektkoordinator for utviklingssenter for sykehjem Vibeke Bostrøm og seniorrådgiver ved Senter for omsorgsforskning Sør, Per Gunnar Disch. Vi har samarbeidet om kvalitetssikring av opplegget for undersøkelsen og analysen.

Statistiker Martin Veel Svendsen ved Sykehuset Telemark HF har bistått med datainnsamlingen på den kvantitative delen av evalueringen.

Rapporten er skrevet av Vibeke Bostrøm og Per Gunnar Disch i fellesskap.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester og Senter for omsorgsforskning Sør vil rette en takk til prosjektgruppa i Vestfold og respondentene i undersøkelsen for innspill gjennom oppsummeringer og arbeid med utfylling av spørreskjemaet.

Utviklingssenter for Sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold

Vibeke Bostrøm

Senter for omsorgsforskning Sør

Per Gunnar Disch

INNHold

| | |
|---|-----|
| Forord | I |
| Innhold | III |
| Summary | V |
| Sammendrag | VII |
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Evaluering av kompetanseutviklingsprogrammet – Lindrende omsorg ved livets slutt | 2 |
| 1.1.1 Formål og nytteverdi med evaluering | 4 |
| 1.2 Rapportens oppbygging | 4 |
| 2.0 Lindrende omsorg – behov for regional kompetanseheving | 5 |
| 3.0 Kompetanseprogrammets formål og portefølje | 7 |
| 3.1 Beskrivelse av samlingenes tema | 8 |
| 3.1.1 Samling 1: Kommunikasjon og etikk | 8 |
| 3.1.2 Samling 2: Symptomer og tilstander | 8 |
| 3.1.3 Samling 3: Den døende pasienten | 9 |
| 3.1.4 Samling 4: Pårørende | 9 |
| 3.2 Kompetanseutviklingsprogrammets økonomi | 9 |
| 4.0 Kompetanseprogrammets forankring og organisering | 10 |
| 4.1 Møte med pleie- og omsorgsledere | 10 |
| 4.2 Søknad til Helsedirektoratet | 10 |
| 4.3 Informasjon til kommunene og rekruttering | 10 |
| 4.4 Etablering og organisering av prosjektet | 11 |
| 4.4.1 Rekruttering av målgruppen | 11 |
| 4.4.2 Prosjektgruppen | 11 |
| 4.4.3 Sone koordinatorene | 12 |
| 4.4.4 Kommunekontaktene | 12 |
| 4.5 Samarbeidet med helseforetaket | 12 |
| 4.6 Kontakten med foreleserne | 13 |
| 4.7 Oppfølging av programmets gjennomføring | 13 |
| 5.0 Deltakernes tilfredshet med kompetanseutviklingsprogrammet | 15 |
| 5.1 Spørreskjemaundersøkelsen | 15 |
| 5.1.1 Hvem har besvart spørreskjemaet? | 15 |
| 5.2 Kort kommentar til metodene i undersøkelsen | 16 |
| 5.3 Deltakernes tilfredshet med kompetanseprogrammets organisering og undervisning | 16 |
| 5.4 Deltakernes vurdering av organiseringen av undervisningen | 18 |
| 5.5 Programdeltakernes vurdering av egen innsats og kunnskap | 18 |
| 6.0 Måloppnåelse i forhold til samarbeid og resultater | 26 |
| 6.1 Har kompetanseprogrammet ført til et formelt og uformelt interkommunalt samarbeid | 26 |
| 7.0 Utviklingssenteret for sykehjem som en regional kunnskapsbase og utviklingsaktør – sett på bakgrunn av kompetanse-utviklingsprogrammet | 28 |
| 8.0 Avsluttende kommentarer | 29 |
| Litteratur | 30 |
| Figuroversikt | 31 |
| Tabelloversikt | 31 |

SUMMARY

Center for Care research south-Norway and the Development Center for nursing homes and home care, Vestfold have in fellowship conducted an evaluation of a competence program in palliative treatment and care. The evaluation has assessed whether the participants themselves have experienced a clinical benefit of the competence program and whether it has contributed to encourage greater interaction between the municipalities. The competence program's primary goal was to help health care professionals:

- develop skills to cope with treatment and care in meeting with people and their families in the terminal stage

The competence program was conducted in 2010 in Vestfold and was evaluated after each lecture with a simple questionnaire. More than half of the 300 participants rated the program as «very good» or «good». The Development Centre wanted an even more thorough evaluation of the participant's experienced clinical usefulness of the program. One year after participation, 300 health care professionals in 13 municipalities in Vestfold were asked to consider the benefits in terms of enhanced knowledge and skills in palliative treatment and care. 51% of the respondents provided feedback through a questionnaire. The evaluation shows that the participants feel that knowledge has a clinical benefit.

- 88% say they have an increased understanding of what palliative treatment to seriously ill and dying involves
- 85% say they have increased their knowledge of palliative treatment and care
- 82% say they have learned something new that will change practice
- 73% say they have increased their competence to take action
- 98% of respondents said they will participate in new activities organized by the Development Center

The respondents participated in a large degree together with colleagues in the competence program, but only 24% said that they got to know other participants or have strengthen their networks after the competence program. Only 8% said that they make more contact with other municipalities after participating in the program, and 17% currently use the content of the competence program actively in internal training.

The Development Centre will be the driving force of developing competence and networking. The competence program appears to have contributed to the strengthening of competence in palliative treatment and care among the participants. The results of the evaluation indicate that ongoing network activities organized by the Development Center are an important and necessary supplement to the competence upgrading. With this background, the Development Center will continue to be the driving force in increasing the competence in palliative treatment across municipalities, and professional networks which promote exchange of experience and reflection.

SAMMENDRAG

Senter for omsorgsforskning Sør og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Vestfold har i fellesskap gjennomført en evaluering av et kompetanseprogram innen lindrende behandling og omsorg. Evalueringen har kartlagt hvorvidt deltakerne selv har opplevd å ha en klinisk nytteverdi av kompetanseprogrammet og om det har bidratt til å stimulere til økt samhandling mellom kommunene. Kompetanseprogrammets hovedmål var å bidra til at helsepersonell:

- utvikler kompetanse til å mestre behandling og omsorg i møte med mennesker og deres pårørende i livets slutfase

Kompetanseprogrammet som ble gjennomført i 2010 i Vestfold ble evaluert etter hver forelesning med enkelt spørreskjema. Over halvparten av de 300 deltakerne vurderte programmet som «svært bra» eller «bra». Utviklingssenteret ønsket en grundigere evaluering av deltakernes opplevde kliniske nytteverdi av programmet. Ett år etter deltakelse ble 300 helsepersonell i 13 kommuner i Vestfold bedt om å vurdere opplevd nytteverdi i forhold til styrket kompetanse og ferdigheter innen lindrende behandling og omsorg. 51 % av respondentene ga tilbakemeldinger via spørreskjema. Evalueringen viser at deltakerne opplever at kunnskapen har en klinisk nytteverdi og

- 88 % oppgir at de har økt forståelse av hva lindrende behandling til alvorlig syke og døende innebærer
- 85 % sier de har økt sine kunnskaper i lindrende behandling og omsorg
- 82 % oppgir at de har lært noe nytt som endrer praksis
- 73 % sier de har fått økt handlingskompetanse
- 98 % av respondentene svarer at de vil delta på nye aktiviteter i regi av Utviklingssenteret

Respondentene deltok i stor grad på kompetanseprogrammet sammen med kollegaer, men kun 24 % oppgir at de ble kjent med andre deltakere eller har styrket deres nettverk i etterkant av kompetanseprogrammet. Kun 8 % oppgir at de tar mer kontakt med andre kommuner etter deltakelse i programmet, og 17 % bruker i dag innholdet i kompetanseprogrammet aktivt i intern opplæring.

Utviklingssenteret skal være pådrivere for kompetanseutvikling og nettverksarbeid. Kompetanseprogrammet ser ut til å ha bidratt til å styrke kompetansen innen lindrende behandling og omsorg blant deltakerne. Resultatene av evalueringen indikerer at pågående nettverksarbeid i regi av Utviklingssenteret er et viktig og nødvendig supplement til de kompetansehevende tiltak. Med dette som bakgrunn vil Utviklingssenteret fortsette å være pådriver for kompetanseløft innen lindring på tvers av kommuner, og faglige nettverk som fremmer erfaringsutveksling og refleksjon.

1.0 INNLEDNING

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold er en videreutvikling av Undervisningssykehjem og Undervisningshjemmetjenester. Utviklingssentret er i sin helhet kommunalt forankret og er av Helsedirektoratet gitt en rolle som pådriver for «Utvikling gjennom kunnskap» i eget fylke (Hdir, Strategiplan 2010). USHT Vestfold har siden oppstart vektlagt nettverksbygging og fagutvikling innen lindring. Senteret har ivaretatt pådriver rollen ved å ta initiativ til interkommunale fagutviklingsprosjekt og faglige nettverk med fokus på erfaringsutveksling og refleksjon. Satsingsområdet er forankret i Utviklingssenterets kompetanseplan for perioden 2008-2012 (Bostrøm og Yddal, 2011). USHT har nådd målene for opplæring innen lindring i perioden som kompetanseplanen omfatter. Dette i form av et kompetanseutviklingsprogram innen lindring og et eget kurs i lindring for sykehjem/tilsynsleger. Utviklingssenteret har nå fått gjennomført en evaluering som både reflekterer og gjenspeiler opplevd klinisk nytteverdi i praksis for deltakerne.

Senteret ble først etablert i 2007 tilknyttet Nygård sykehjem, og ble etter avsluttet prosjektperiode utnevnt permanent i 2009. Det samme året ble hjemmetjenesten tildelt prosjektstatus som undervisningshjemmetjeneste. Fra 2010 ble Undervisningssykehjemmet og Undervisningshjemmetjenestene samorganisert, og omfatter tjenesteområdene sykehjem, hjemmetjeneste og boliger. Senteret har FOU-avdeling med prosjektkoordinatorer som ansvarlige kontaktpersoner for senteret. Det er etablert styringsråd og referansegruppe.

Satsingsområdet lindring er i sin helhet forankret og organisert med utgangspunkt i Utviklingssenter for sykehjem. Målgruppen for tiltakene er helsepersonell i alle tjenesteområdene.

Utviklingssenteret i Vestfold har fem hovedsatsingsområder:

- Aktiv omsorg og helsefremmende arbeid
- Samhandling og nettverksbygging
- Kvalitetsutvikling og IKT
- Fagutvikling og forskning
- Kompetanseutvikling og rekruttering

Utviklingssenteret skal bidra til utvikling av helse- og omsorgstjenester gjennom å være pådriver for utvikling gjennom kunnskap (Nasjonal strategiplan 2011-2015, Hdir). I dette arbeidet vektlegger Vestfold innenfor alle fagområdene å tilrettelegge for innføring av ny kunnskap, og opplæring av helsepersonell i metoder og verktøy i forbedringsarbeid.

For å lykkes med implementering av ny kunnskap i praksis er det viktig å ha god kjennskap til praksis. Det er viktig at Utviklingssenteret har innsikt i aktuelle problemstillinger i klinisk praksis, og har møteplasser som fremmer en dialog med klinikere om behov for forbedringer. Interkommunalt fagnettverk ser ut til

å være en samarbeidsform som ivaretar en slik dialog. Videre ivaretas dialogen gjennom referansegruppe med ledere, samt fagnettverk med helsepersonell med ulik helsefaglig bakgrunn. USHT Vestfold arbeider strategisk med å oppnå:

- Medvirkning og ledelsesforankring i samarbeidskommunene i fylket
- Aktiviteter som fremmer bruk av ny kunnskap i praksis og helsepersonells refleksjon over egen praksis
- At nøkkelpersoner i virksomhetene settes i stand til å være pådrivere for systematisk forbedringsarbeid

Høgskolen i Telemark og Universitetet i Agder ble juni 2008 tildelt Senter for omsorgsforskning - Sør. Senteret skal drives i et samarbeid mellom Fakultet for helse og idrettsfag ved Universitetet i Agder og Avdeling for helse og sosialfag ved høgskolen i Telemark.

Senterets satsingsområder overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan i grove trekk skisseres slik:

- Psykisk helse
- Eldre og funksjonshemmede
- Lindring
- Demens
- Aktiv omsorg (helse og kultur)
- Frivillig innsats
- Helsetjenesteforskning – styring – planlegging og rekruttering
- Helseinformatikk
- Prosjektutvikling i samarbeid med undervisningssykehjemmene i regionen

Senter for omsorgsforskning - Sør skal basere sin virksomhet på praksisnær forskning og utviklingsarbeid spesielt rettet inn mot den kommunale omsorgstjenesten. Senteret skal også gjennomføre oppdragsforskning og utviklingsarbeid på oppdrag fra kommunale, regionale og statlige myndigheter.

Overordnet strategi for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester 2011-2015 heter det at det at Sentre for omsorgsforskning og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en viktig brikke i en nasjonal satsning i tråd med Omsorgsplan 2015. For å få dette til skal disse enhetene samarbeide tett om praksisnære forsknings- og utviklingsprosjekter. Denne evalueringen av kompetansehevingsprogrammet: Lindrende omsorg ved livets slutt er et viktig steg i den retning som strategidokumentet skisserer.

1.1 Evaluering av kompetanseutviklingsprogrammet – Lindrende omsorg ved livets slutt

Helsedirektoratet ved avdeling omsorgstjenester har siden 2009 hatt en tilskuddsordning som er øremerket prosjekter i kommunene som utvikler og ivaretar tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Formålet med ordningen er å styrke kvaliteten i tilbudet til pasienter og deres pårørende, og dette

gjøres ved å støtte prosjekter som sikrer kvalitetsutvikling gjennom god fagutvikling og kompetanseheving med nasjonal overføringsverdi.

Nettverksarbeid og kompetanseheving innen lindring har vært et satsingsområde siden oppstart av Undervisningssykehjem i 2008. I denne perioden har Utviklingssenteret hatt dialog med Onkologisk – palliativ seksjon ved Helseforetaket om prioritering av viktige prosjekter for kommunene. Utviklingssenteret har sett det som viktig å etablere gode kommunikasjons- og samarbeidslinjer mellom kommunene og helseforetaket innen lindring. Derfor har utvikling av nettverksarbeid og gjennomføring av grunnleggende kompetansehevede programmer som er relevant for mange vært hovedmål.

Utviklingssenteret i Vestfold har etter søknad mottatt tilskudd fra denne ordningen siden oppstart. I perioden 2009-2011 har Utviklingssenteret etablert følgende nettverkstiltak og prosjekter:

- Interkommunal ressursgruppe innen lindring med representanter fra helseforetaket, høyskolen og kommunene. Gruppen møtes 3-4 ganger i året og bidrar med innspill og støtte ved prioritering, planlegging og gjennomføring av tiltakene.
- Interkommunalt fagnettverk for 14 kommuner i fylket med fire årlige fagseminarer
- Interkommunalt kompetanseprogram i lindrende behandling og omsorg til alvorlig syke og døende.
- Implementering av «Liverpool Care Pathway» i Vestfold

Tidligere har Utviklingssenteret forsøkt å kartlegge status for implementering av nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer innen palliasjon, i de kommunale lindrende enhetene. I tillegg har USHT gjort enkle kartlegginger med spørreskjema blant deltakere i fagnettverk lindring for å få et inntrykk av opplevde behov for kompetanse innen lindring hos helsepersonell i kommunene. Vestfold har derfor gjennomført ulike typer kartlegginger i form av spørreskjema, og i tillegg vektlagt dialog i fagnettverkets samlinger for å sikre medvirkning til satsingsområdet. Dette som grunnlag for å kunne gjøre gode prioriteringer i forbedringsarbeidet.

Hensikten med å etablere et fagnettverk og å gjennomføre et grunnleggende kompetanseløft har vært å bidra til å fremme likhet når det gjelder det faglige innholdet i det palliative tilbudet i fylket. I denne satsingen har Utviklingssenteret og Onkologisk-palliativ seksjon ved Helseforetaket hatt dialog om nødvendige prosjekter og viktige samarbeidsområder.

For å sikre kvalitet og være målrettet overfor kommunenes behov i fremtidige prosjekter ser Utviklingssenteret det som viktig å evaluere effekten av gjennomførte tiltak. Helsedirektoratet initierte en kunnskapsoppsummering i 2009 for å skaffe bedre oversikt over kunnskapsgrunnlaget for pleie og omsorg i livets slutt i sykehjem. Kunnskapssenteret påpeker i rapporten at prosjekter innen lindring ikke er evaluert, eller kan vise til effekter i forhold til kvaliteten på tjenesten som ytes (Kunnskapssenteret, nr 1- 2009). Videre konkluderer Kunnskapssenteret at det er behov for studier med design som kan måle effekten av tiltak og videre at kompetanseprogram i større grad bør være standardiserte og planlegges slik at det er mulig å måle virkningen. Med bakgrunn i dette utarbeidet Utviklingssenteret og samarbeidspartnerne et standardisert opplæringsprogram.

Programmet ble gjennomført i tett samarbeid med praksisfeltet og virkningen av programmet er nå evaluert. Det er både interessant og viktig å få kjennskap til om Utviklingssenterets omfattende nettverksarbeid og satsing på interkommunale kompetanseprogrammer bedrer helsepersonellens opplevelse av kompetanse og bidrar til å endre holdninger. Og med dette bedrer den faktiske helsetjenesten som ytes innen kommunale palliative tjenester i fylket. Med dette som bakgrunn har Utviklingssenteret i samråd med Senter for

omsorgsforskning Sør gjennomført en evaluering av prosjektet «Kompetanseprogram lindrende behandling og omsorg for alvorlig syke og døende».

1.1.1 Formål og nytteverdi med evalueringen

Formål med en evaluering av gjennomført kompetanseprogram er å få kunnskap om tiltakene, i regi av Utviklingssenteret, har hatt en betydning for utvikling av kunnskap og ferdigheter hos helsepersonell i Vestfold, og således indirekte påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet til pasienter og pårørende. En evaluering antas å ha en nytteverdi ved å bevisstgjøre Utviklingssenteret på vesentlige aspekter ved opplevd kompetanse hos helsepersonell i fylket. Evalueringen vil også kunne være et indirekte mål på om kvaliteten og helsepersonellens trygghet i grunnleggende lindrende behandling og omsorg er økt.

Kunnskapen som fremkommer gjennom en systematisk evaluering vil være nyttig ved planlegging av fremtidige prosjekter og kompetansehevende programmer i regi av Utviklingssenteret. Det antas at resultatene også vil kunne være til nytte for andre Utviklingssentra og kommuner som har gjennomført prosjekter innen lindring med tilskudd fra Helsedirektoratet.

1.2 Rapportens oppbygging

Denne rapporten inneholder en presentasjon av hovedtrekk ved de data som vi har samlet inn gjennom oppsummeringer med de involverte i organiseringen av opplæringstilbudet og data samlet inn gjennom en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse tilsendt til deltakerne i opplæringsprogrammet. Datainnsamlingen fra deltakerne ble avsluttet pr. 30.11.11.

Rapporten er delt inn i 8 kapitler.

Kapittel 1: Introduksjon til prosjektet.

Kapittel 2: Palliativ omsorg – behov for en regional kompetanseheving.

Kapittel 3: Kompetanseprogrammets formål og portefølje

Kapittel 4: Kompetanseprogrammets organisering og forankring.

Kapittel 5: Deltakernes synspunkter på programmet.

Kapittel 6: Måloppnåelse i forhold til samarbeid og resultater

Kapittel 7: Utviklingssenteret som en regional kunnskapsbase og utviklingsaktør – sett på bakgrunn av kompetanseutviklingsprogrammet.

Kapittel 8: Avsluttende betraktninger.

2.0 LINDRENDE OMSORG – BEHOV FOR REGIONAL KOMPETANSEHEVING

Pasienter med langtkommen, uhelbredelig sykdom trenger enkel tilgang til kompetent behandling og pleie. Grunnleggende palliasjon skal nå utføres ved alle kliniske sykehusavdelinger og i kommunehelsetjenesten. I tillegg skal palliative enheter ved sykehus og i sykehjem samt ambulante, tverrfaglige, palliative team bistå med kompetanseoppbygging, rådgivning og behandling både i spesialist- og primærhelsetjenesten. De regionale palliative sentrene ved universitetssykehusene har en viktig rolle som kraftsentre for forskning, fagutvikling og kompetanseheving, i tillegg til å ta seg av pasientene med de mest komplekse behovene. Palliasjon stiller store krav til samhandling. Fastlegen har en viktig koordinerende rolle. I tillegg er de sykehusbaserte palliative teamene viktige bindeledd mellom nivåene (Haugen, DF, Jordhøy MS, Engstrand P og Hessling SE, Garåsen H, 2006).

Pasienter med langtkommen, uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid kjennetegnes av en rekke plagsomme symptomer. Sykdomsbildet er ofte sammensatt, har store individuelle variasjoner og kan endres raskt. Som regel har pasientene betydelig redusert fysisk funksjon. God behandling stiller derfor store krav både til pleie og medisinsk kompetanse. Oftest er det behov for samtidig innsats både fra pårørende og flere faggrupper innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten. Målet er å gi best mulig symptomlindring og livskvalitet og ta hensyn til både pasientens og de pårørendes behov (Haugen mfl. 2006)

Målet med all palliasjon er å oppnå best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende gjennom lindring av symptomer og plager. Ulike studier viser at flertallet av døende pasienter ønsker å dø hjemme. Dette vil i framtida jf. Samhandlingsreformen utfordre de kommunale omsorgstjenestene i større grad når det gjelder lindrende behandling. En god organisering og en god kompetanse i de kommunale omsorgstjenestene er derfor en viktig forutsetning for å kunne ivareta disse pasientene.

Haugen mfl (2006) setter opp følgende hovedmålsettinger for organisering av lindrende behandling:

- at pasientene til enhver tid har tilgang til den nødvendige kompetansen i forhold til sine behov
- at behandling, pleie og omsorg gis innenfor rammene av dynamiske og fleksible systemer på tvers av nivåene, med samtidig klar plassering av ansvar
- at tilbudene baseres på en helhetlig og tverrfaglig tenkning
- at pasientene og familien opplever de ulike tjenesteyterne som en «sømløs» tiltakskjede med god kommunikasjon og godt samarbeid
- at det legges til rette for at behandling, pleie og omsorg kan skje i hjemmet eller så nær hjemmet som mulig
- at organiseringen fremmer den videre utviklingen av fagområdet palliasjon både for klinisk praksis og forskning

Fra 1.januar 2012 skal kommunene få ansvar for utskrivingsklare pasienter, og denne datoen kan ses på som en startdato for Samhandlingsreformen. Noe som utfordrer kommunene både med hensyn på organisering, samhandling med spesialisthelsetjenesten og kompetanseheving. Det er derfor viktig å være beredt på de faglige utfordringene som kommer også innenfor lindring på dette området.

Vestfold fylke består av 14 kommuner som i har ulik kapasitet og kompetanse på lindrende omsorg. Det er derfor et stort behov for kompetanseheving på området slik at omsorgstjenesten skal kunne i vareta den lindrende omsorgen på en best mulig måte enten selv eller i samarbeid med nabokommunen eller helseforetaket. Bygging av faglige nettverk mellom kommuner og på tvers av helsetjenestenivåer er derfor viktig og sentralt i dette, samtidig som en har et stort behov for pleiefaglig kompetanse.

Helsedirektoratet har tidligere gitt undervisningssykehjemmene i regionen en sentral rolle i kompetanseoppbygging innen lindrende behandling og omsorg (Overordnet virksomhetsplan USH 2009, kap. 3.3.). I ny strategiplan (2010) får Utviklingssentrene ansvar for å være pådrivere for utvikling gjennom kunnskap i eget fylket. Helsedirektoratet har gitt Helseforetakene og Utviklingssentra et ansvar for å samarbeide om kompetanseutviklende tiltak og nettverk.

Alle Utviklingssentra i region sørøst har gjennomført ulike nettverksbyggende og kompetansehevende tiltak innen lindrende behandling og omsorg. Tiltakene har i innhold og form hatt likhetstrekk og vært inspirert og/eller bygger på hverandre. Felles for alle tiltakene innenfor regionen er at de tar utgangspunkt i de faglige retningslinjene for palliasjon i det nasjonale handlingsprogrammet (Hdir. 2010). Det er utviklet praksisnære kompetanseprogram, opplæringsmateriell som blant annet permer med forelesningsnotater, DVD og refleksjonskort. Utviklingssenteret i Vestfold har sett behov for en systematisk evaluering av effekten av de kompetansehevende tiltak som er gjennomført i eget fylke.

3.0 KOMPETANSEPROGRAMMETS FORMÅL OG PORTEFØLJE

I dette kapittelet vil vi kort beskrive bakgrunn for satsingsområdet og hovedtrekk i kompetanseprogrammet.

Satsingsområdet lindring ble utpekt allerede ved oppstart av Undervisningssykehjem og dialogkonferanse med praksisfeltet høsten 2007. En enkel kartlegging med spørreskjema blant ledere og nøkkelpersonell innen helse- og omsorgstjenestene i fylket i januar 2008 bekreftet behovet for å gjennomføre et grunnleggende kompetanseløft innen lindrende behandling i fylket. USHT tok derfor initiativ til å gjennomføre et slikt løft. Utviklingscenteret fikk signaler om at det var behov for et kompetanseprogram som var et tilbud til mange personer og tverrfaglig. Målgruppen for tiltaket var helsepersonell i direkte pasientkontakt. Planer for et kompetanseprogram for alt helsepersonell, samt et kurs for sykehjem/tilsynsleger ble innlemmet i overordnet kompetanseplan. I tråd med overordnet kompetanseplan for lindring og virksomhetens mål ble et standardisert opplæringsprogram utviklet og gjennomført i 2010. Programmet ble i sin helhet gjennomført som et teoretisk opplæringsprogram utarbeidet med utgangspunkt i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon innen kreftomsorgen (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx>)

(Helsedirektoratet 2007, sist revidert 2010). Kursmateriell og erfaringer fra andre Utviklingsentra ble innhentet og lagt til grunn. Hovedfokus for kompetanseprogrammet var basert på grunnprinsippene i palliasjon og med vekt på «lindrende behandling og omsorg i livets slutfase».

Programmet ble utviklet og gjennomført av en prosjektgruppe bestående av representanter fra Utviklingscenteret, representanter fra kommunene Larvik, Horten, Nøtterøy, Stokke, Tjøme og Tønsberg, og representant fra Onkologisk-palliativ seksjon på Sykehuset Vestfold. Utviklingscenteret hadde løpende kontakt med leder av Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling sørøst i prosessen.

Programmet ble gjennomført høsten 2010 med 320 deltakere fra 13 kommuner i Vestfold. Kompetanseprogrammet ble gjennomført som en teori- og casebasert undervisningspakke med fire halvdagssamlinger gjennomført tre ganger tre ulike steder i fylket (se figur 2, Kap 4.0).

Organisering av kompetanseprogrammet ble valgt med bakgrunn i et ønske om å gjennomføre i tett samarbeid med praksisfeltet og med mange deltakere. Målgruppen for programmet var helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten i alle kommuner i Vestfold. Programmet bestod av en grunnleggende innføring i lindrende behandling til mennesker i livets siste fase, uavhengig av diagnoser, alder, og hvor livet avsluttes – om det er hjemme eller på institusjon. Utviklingscenteret og forelesernes intensjon var å igangsette refleksjoner hos deltakerne over egen praksis. Målet med kompetanseprogrammet var at alle faggrupper som møter alvorlig syke og døende skulle få mulighet til å øke sin kompetanse og trygghet i møte med pasient og pårørende.

Kompetanseprogrammets hovedmål er å bidra til at helsepersonell:

- utvikler kompetanse til å mestre behandling og omsorg i møte med mennesker og deres pårørende i livets slutfase

Delmål:

- å reflektere over egne faglige og etiske perspektiver
- å utvikle en økt forståelse og evne til samarbeid
- å ta ansvar for og reflektere over egen yrkesrolle
- å ta ansvar for at pasienter og pårørende blir sett, hørt og respektert
- å få økt kunnskap innen lindring (f. eks i forhold til smerter, symptomlindring)

3.1 Beskrivelse av samlingenes tema

Kompetanseprogrammet er delt inn i 4 hovedsamlinger med følgende hovedtemaer:

- Samling 1: Kommunikasjon og etikk
- Samling 2: Symptomer og tilstander
- Samling 3: Den døende pasienten
- Samling 4: Pårørende, inklusiv sosionomens perspektiv

3.1.1. Samling 1: Kommunikasjon og etikk.

Forelesere: Spesialsykepleier og teolog.

Den første samlingen hadde fokus på avklaringer om:

- Hva er lindring/palliasjon? En kort orientering om begrepets innhold og hva det innebærer. Videre om livskvalitet og håp, og hvem den palliative pasienten er.
- Kommunikasjon – betydningen av god kommunikasjon. Introduksjon til kommunikasjonsteknikker.
- Etikk og etisk refleksjon. Redegjørelse for begrepene etikk/moral og hva en etisk refleksjon er og innebærer. Prosessen og hensikten ble belyst. I tillegg ble etiske dilemmaer og etisk diskurs belyst.

3.1.2. Samling 2: Symptomer og tilstander

Forelesere: Spesialsykepleier og lege.

Den andre samlingen hadde fokus på:

- Palliativ fase versus terminalfase
- Medikamentell behandling ved plagsomme symptomer og ved livets slutt (kvalme, smerter, obstitasjon, dyspnoe, delir, angst, uro, depresjon og sorg)

-
- Det å dø hjemme – tilrettelegging og hva skal til for at det er mulig?

3.1.3 Samling 3: Den døende pasienten

Forelesere: Kreftsykepleier og teolog

Den tredje samlingen hadde fokus på:

- Fysiske aspekter – sykepleie til døende og ivaretagelse av pårørende
- Hvor skal pasienten dø? Sykehus, sykehjem eller hjemme?
- FNs erklæring om døendes rettigheter
- Eksistensiell og åndelig omsorg for alvorlig syke mennesker, om nestekjærlighet, om relasjoner og om behov hos døende. For å dele sin livshistorie, for å oppsummere sitt liv og for å ha noen som er villig til å lytte
- Om begrepene åndelig og eksistensiell. Hva det innebærer og hvordan helsepersonell kan imøtekomme pasienter på dette
- Om empati – hva innebærer det i den praktiske omsorgen for pasienten og pårørende

3.1.4 Samling 4: Pårørende

Forelesere: Kreftsykepleier og sosionom

Den fjerde og siste samlingen hadde fokus på

- Barn og unge. Barn og unges reaksjoner på sorg og tap. Informasjonens betydning. Hva finnes av hjelp i kommunene? Kartlegging av barnefamilier i forhold til behov og ressurser.
- Voksne pårørende. Hvem er pårørende? Pårørende som ressurs. Pårørendes opplevelse av god omsorg. Tilrettelegging ved død i hjemmet. Hva trenger pårørende hjelp til? Offentlig tilbud til pårørende – hva finnes?
- Sosionomens perspektiv i det tverrfaglige miljøet
- Sosionomens rolle i forhold til alvorlig syke og døende. Informasjon om stønader og rettigheter via NAV

3.2 Kompetanseutviklingsprogrammets økonomi

Prosjektet er finansiert av tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. Utviklingssenteret bidro med en egenandel i form av ressurser til utforming av søknader og rapportering til Helsedirektoratet. Kommunenes egenandel var kostnader i forbindelse med frikjøping av deltakere til å delta på fire halvdagssamlinger. I tillegg bidro representanter fra kommuner og sykehus i utvikling og gjennomføring av programmet. Dette gjennom regelmessige møter og for å ivareta oppgaver i rollen som foreleser, sonekoordinator og/eller kommunekontakt.

4.0 KOMPETANSEPROGRAMMETS FORANKRING OG ORGANISERING

I dette kapittelet vil vi se nærmere på kompetanseprogrammets forankring og organisering.

Utviklingscenteret fremla ideen om et interkommunalt kompetanseprogram i lindring, for pleie- og omsorgsjefer våren 2008. Samtlige kommuner var positive og så behov for dette. Med dette som bakgrunn søkte USHT tilskuddsmidler i Helsedirektoratet. Prosjektets forankring og organisering er viktig for gjennomføring og utbytte for den enkelte kommune og den enkelte deltaker. På bakgrunn av dette valgte vi en organiseringsmodell tett på praksis som ga mulighet for tett organisatorisk oppfølging. Organisasjonsmodellen vil vi beskrive nedenfor. Følgende prosess ble gjennomført:



Figur 1 Prosess for prosjektet

I 2015 vil Utviklingsentra for sykehjem og hjemmetjenester i Norge bli evaluert av Helsedirektoratet (Nasjonal strategiplan, 2010). I den sammenheng er det varslet at Utviklingscenterets evne til å initiere og utprøve ulike modeller for gjennomføring av kompetansehevende tiltak vil bli evaluert. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold vil da kunne vise til erfaringer og resultater ved gjennomføring av både sentrale og desentraliserte opplæringsmodeller.

4.1 Møte med pleie- og omsorgsledere

Utviklingscenteret kartla i 2008 lederes og nøkkelpersonells vurdering av kommunale kompetansebehov. Kartleggingen ble gjennomført i et orienteringsmøte for ledere og nøkkelpersonell. Innhenting av data ble gjennomført ved et enkelt spørreskjema med avkrysning. Alle representanter fra de 10 fremmøte kommunene ønsket at Utviklingscenteret iverksatte kompetansehevende tiltak innen lindring.

4.2 Søknad til Helsedirektoratet

Undervisningssykehjemmet søkte Helsedirektoratet i perioden 2008-2010 om tilskuddsmidler til å utvikle, gjennomføre og evaluere et standardisert kompetanseprogram i fylket. Helsedirektoratet stilte seg positive til det foreslåtte tiltaket og innvilget prosjektmidler etter årlige søknader i perioden.

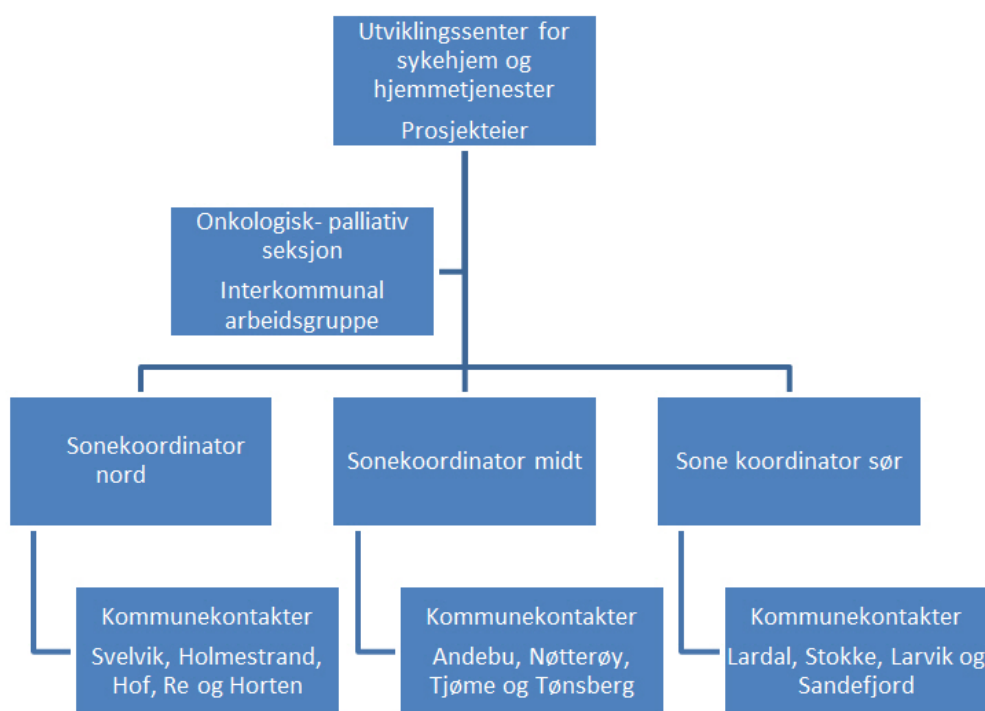
4.3. Informasjon til kommunene og rekruttering

I forbindelse med rekruttering til prosjektet sendte USHT skriftlig informasjon om kompetanseprogrammet til kommunale pleie- og omsorgsjefer i fylkets kommuner. I tillegg informerte prosjektledelsen om

kompetanseprogrammet i pleie – og omsorgssjefenes 12-kommunenettverk i fylket. Interesserte deltakerkommuner inngikk skriftlig samarbeidsavtale med Utviklingssenteret. Kun 1 av 14 kommuner valgte og ikke ta imot tilbudet, og dette grunnet lokalt forbedringsarbeid som allerede var igangsatt innen lindring i deres kommune. Utviklingssenteret kartla før oppstart hvordan kompetanseprogrammet best kunne tilrettelegges, og ledere ønsket kompetanseprogrammet gjennomført innenfor arbeidstid og i siste halvdel av arbeidsdagen. I tillegg til dialog med pleie- og omsorgsledere ble kompetanseprogrammets formål, innhold og gjennomføring drøftet med deltakere i interkommunalt fagnettverk lindring.

4.4. Etablering og organisering av prosjektet

Nedenfor vises modellen som ble utviklet og testet ved gjennomføring av det interkommunale kompetanseløftet:



Figur 2 Organisering av prosjektet

Modellen vil bli kommentert i de neste avsnittene av kapitlet.

4.4.1 Rekruttering av målgruppen

Deltakere ble rekruttert ved hjelp av skriftlig informasjon som ble distribuert fra Utviklingssenteret. Skriftlig informasjon ble sendt ut i brev og ved e-post til alle postmottak, pleie- og omsorgssjefer, avdelingsledere og fagnettverkskontakter. Invitasjon om kompetanseprogrammet og påmeldingsskjema ble også distribuert via fagnettverksdeltakerne i de 13 kommunene. Det ble lagt ut informasjon og påmeldingsskjema på de lokale nettsidene til Utviklingssenteret. I alt var det 320 påmeldte personer til kompetanseprogrammet.

4.4.2 Prosjektgruppen

Prosjektet ble organisert med en prosjektgruppe og en styringsgruppe. Det ble ansatt en prosjektleder i 20 % stilling i 2 år. Prosjektleder hadde ett tett samarbeid med onkologisk sykepleier og prosjektmedarbeider i Utviklingssenteret om utvikling, gjennomføring av tiltaket. Utviklingssenterets tidligere etablerte ressurs-

gruppe innen lindring ble videreført som prosjektgruppe for prosjektet med kompetanseprogrammet. Styringsrådet ved Utviklingssenteret fungerte som styringsråd for prosjektet. I styringsrådet sitter sentrale personer fra utdanningsmiljøene, Senter for omsorgsforskning Sør, brukerorganisasjoner, arbeidstakerorganisasjoner, sykehus, psykiatri og Utviklingssenterets egne representanter. Prosjektkoordinator for Utviklingssenteret har vært ansvarlig for søknader, rapportering og prosessveiledning til prosjektleder og medarbeider.

4.4.3 Sone koordinatore

Kompetanseprogrammet ble gjennomført som et interkommunalt samarbeidsprosjekt. Samarbeidsmodellen ble utviklet og testet i forbindelse med prosjektet. Fylket ble delt inn i tre soner og det ble etablert tre sonekontakter. Videre ble det etablert en kontaktperson i hver kommune. Sonekontakten var ansvarlig for å koordinere informasjon om prosjektet og rekruttere deltakere til kompetanseprogrammet.

Sonekontaktene tok imot påmeldinger og var ansvarlig for den praktiske gjennomføringen av kompetanseprogrammet i egen sone i tett samarbeid med prosjektledelsen i USHT. Kontakten med USHT bestod av samarbeidsmøter, e-post og telefonkontakt. Kontaktene ga tilbakemelding på at det var tidkrevende å trykke opp kursmateriell og sørge for oppdaterte deltakerlister. Kursmateriell kunne med fordel ha vært samlet i et kompendium og distribuert av Utviklingssenteret. Det var to grunner til at et kompendium ikke var tilgjengelig på forelesningstidspunktet. Det ene skyldtes at foreleserne ikke hadde presentasjonene klare i god nok tid før selve forelesningen, og i tillegg at presentasjonene ble revidert underveis i kompetanseprogrammet. Det vil si at det ble gjort justeringer i presentasjonene med bakgrunn i den løpende evalueringen fra deltakerne.

Samarbeidet mellom prosjektleder, prosjektmedarbeider og koordinator i Utviklingssenteret ble organisert med jevnlig møter og løpende kontakt per telefon og e-post. Samarbeidet fungerte bra. I ettertid ser prosjektgruppen at det ville vært hensiktsmessig om prosjektkoordinator var enda tettere på i starten av prosjektet. Videre at prosjektleder i 20 % stilling innvirker på tempo i fremdriftsplanen og gjør at selve prosjektet trekker ut i tid. I tillegg ble mange oppgaver naturligvis lagt på prosjektmedarbeider og koordinator underveis grunnet prosjektleders tilstedeværelse en dag i uken. Med dette som bakgrunn vil Utviklingssenteret revurdere stillingsstørrelser ved nye prosjekter, samt sikre en tettere dialog og samarbeid med prosjektkoordinator innledningsvis.

4.4.4 Kommunekontaktene

I alle 13 deltakerkommuner ble det etablert en kommunekontakt som var ansvarlig for å spre informasjon om kompetanseprogrammet og rekruttere deltakere internt. Kommunekontakt og fagnettverksdeltaker i lindring var for mange kommuner samme person. Kommunekontakten opprettholdt kontakten med sonekoordinator vedrørende informasjon om kompetanseprogrammet og påmeldinger.

4.5 Samarbeidet med helseforetaket

Utviklingssenteret hadde kontakt med ressurspersoner i Onkologisk- palliativ seksjon i helseforetaket i forbindelse med søknaden for tilskuddsordningen, og innledet senere et samarbeid rundt planlegging og gjennomføring av kompetanseprogrammet. Helseforetaket var representert med leder i prosjektets arbeidsgruppe. Helseforetaket tok innledningsvis på seg ansvaret for å kvalitetssikre det faglige innholdet i kompetanseprogrammet som ble gjennomført. I tillegg ble en stor andel av foreleserne rekruttert fra helseforetaket. I praksis ble det Utviklingssenteret som stod for kvalitetssikring av det faglige innholdet

i kompetanseprogrammet og presentasjonsmaterieil. Dette grunnet høyt arbeidspress og mangel på tid i helseforetaket til å understøtte den kvalitative del av prosessen.

Utviklingscenteret ser det som naturlig og viktig å samarbeide med helseforetaket i utvikling av kompetansehevende programmet. Noe Utviklingscenteret vil fortsette med i fremtiden.

4.6 Kontakten med foreleserne

Prosjektets arbeidsgruppe bidro til rekruttering av foredragsholdere. Foredragsholderne hadde tett kontakt med prosjektleder og prosjektmedarbeider i utvikling av innholdet og presentasjonene. Prosjektleder hadde en gjennomgang med foreleser før og etter hver samling.

4.7 Oppfølging av programmets gjennomføring

God lindrende behandling og omsorg forutsetter et godt tverrfaglig samarbeid. Med dette som bakgrunn var det en felles forståelse i prosjektgruppen at målgruppen for tiltaket var tverrfaglig, og at det tverrfaglige perspektivet var viktig å belyse i programmet. Foreleserne erfarte at det var en utfordring å planlegge en felles opplæringen med tanke på relevans og klinisk nytteverdi for de ulike yrkesgruppene.

Tilfredshet med det faglige innholdet og forelesernes prestasjoner ble evaluert med et enkelt spørreskjema umiddelbart etter alle samlingene. Evalueringene ble fortløpende tilbakemeldt til foreleserne, slik at eventuelt viktige innspill ble tatt hensyn til og nødvendige endringer korrigert til neste forelesning. En samlet evaluering etter gjennomført kompetanseprogram i de tre sonene nord, midt og sør ble tilbakemeldt til foreleserne, kommune og sonekoordinator. På bakgrunn av dette utviklet man også det fastsatte programmet underveis.

Kommunekontaktene, sonekoordinatorene evaluerte senere forankringsprosessen som svært vellykket. De mente at ledelsesforankringen bidro til at samtlige som deltok på kompetanseprogrammet fikk tilrettelagt godt av arbeidsgiver for planlegging og deltakelse. Vi erfarte at fremgangsmåten for å informere og innhente skriftlig samtykke om deltakelse var positiv ved å få direkte kontakt med administrativ ansvarlig for pleie – og omsorgstjenesten i respektive kommuner. Dette bidro til økt kunnskap om kjennskap til hverandres arbeid og ansvarsområder. I tillegg verdsetter både deltakerne og USHT at administrativ ledelse er orientert om fag- og fagutvikling. Metoden for forankring er senere benyttet i nye prosjekter.

Kommunekontaktene evaluerte samarbeidet og gjennomføringen av kompetanseprogrammet slik:

- tidvis krevende logistikk rundt rekruttering og påmelding
- tidkrevende å kopiere materieil til samlingene, det vil si kopi av forelesningsnotatene

Kurskontaktene oppga at de opplevde det tidkrevende å ta kontakt med arbeidsplassene for å informere og innhente deltakerne. Videre at kopi av forelesningene ble stort i omfang. Utviklingscenteret hadde i forkant bedt foreleserne om å sende forelesningsnotatene slik at Utviklingscenteret kunne trykke opp. I praksis var ikke foreleserne klare med sine presentasjoner, og den løpende evalueringen bidro også til at forelesningsnotatene utviklet seg fra første til tredje presentasjon.

Foreleserne evaluerte programmet på følgende måte:

- God oppfølging av Utviklingscenteret og prosjektet ga inntrykk av å være seriøst

-
- IT og logistikk fungerte utmerket under gjennomføring av alle 12 samlingene
 - Noe knapp tid for hver foreleser til å dekke omfattende tema
 - For liten tid til fordypning, refleksjon, erfaringsutveksling og diskusjon under samlingene

Evaluering fra foreleserne viser at tema i kompetanseprogrammet er omfattende og det var utfordrende å dekke tema godt med den tiden som var til rådighet. I tillegg var det knapp tid til refleksjon og erfaringsutveksling. Utviklingssenteret vil neste gang vurdere å utvide samlingene til hele dager, og eller flere samlinger. Det kan også være nyttig å følge opp et slikt prosjekt nokså umiddelbart med samlinger med fokus på læringsutbytte og refleksjon med utgangspunkt i kursmateriell. Noe som Utviklingssenteret vil ta med seg i videre planlegging av nye kompetansehevede tiltak.

Utviklingssenteret hadde ingen tidligere erfaring med organiseringsmodellen som vist ovenfor i figur 2. Derfor var det viktig å følge opp involverte ressurspersoner med tett dialog underveis, samt å gjennomføre både midtveis – og sluttevaluering. Dette ble gjennomført som samtaler med åpne spørsmål i prosjektgruppen og i slutt møte desember 2010 med foreleserne og øvrige kontaktpersoner.

Utviklingssenteret prøver i nye prosjekter ut en variant av organiseringsmodellen. I de nye prosjektene har tiltaket vært organisert med to hovedsoner, og et annet prosjekt har gjennomført med en opplæringsmodell tett på det enkelte deltakende sykehjem. De nye organiseringsmodellene er under evaluering i 2012.

Programmet ble i etterkant av gjennomføringen i 2010 kvalitetssikret pånytt av Utviklingssenteret og slik standardisert. Alle kommuner i Vestfold ble etter gjennomføringen tilbudt veiledning av Utviklingssenteret for å gjennomføre programmet som en del av internundervisning eller lokal kompetanseplan i egen kommune. Kursmateriell og forelesernes presentasjoner ble samlet på en minnepenn og distribuert til alle kommunene. I den forbindelse inviterte Utviklingssenteret til et åpent orienteringsmøte hvor minnepennens innhold ble gjennomgått og materiell distribuert.

5.0 DELTAKERNES TILFREDSHET MED KOMPETANSE-UTVIKLINGSPROGRAMMET

For å få en helhetlig evaluering av kompetanseutviklingsprogrammet sendte vi ute et elektronisk spørreskjema til alle deltakerne i programmet. I dette kapittelet vil vi presentere resultatene fra undersøkelsen.

5.1. Spørreskjemaundersøkelsen

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført i oktober/november 2011. Det ble sendt ut et elektronisk spørreskjema til den enkelte deltaker. Spørreskjema ble utviklet av Utviklingssenteret og av Senter for omsorgsforskning Sør i samarbeid. Spørreskjema undersøkelsen ble distribuert gjennom Sykehuset Telemark sin FOU-avdeling.

Spørreskjemaet inneholder fire hovedkategorier:

- Bakgrunn
- Organisering, nettverk og tidsbruk
- Undervisningsinnhold, læringsutbytte
- Utfyllende kommentarer

Under disse hovedkategoriene er det spørsmål som både omfatter vurderinger og faktiske opplysninger fra svargiver.

På grunn av endringer i deltakernes e-postadresser kom vi fram til 250 virksomme adresser noe som utgjør 78 % av alle deltakerne. Av disse fikk vi inn 127 skjemaer noe som utgjør en svarprosent på 51 %. Dette er noe i underkant av det vi hadde forventet, men vil likevel gi et viktig bilde av deltakernes utbytte av kompetanseutviklingsprogrammet en tid etter det er gjennomført. Svargiver er anonymisert og kan ikke kobles til data. Data fra spørreskjemaet vil videre bli framstilt grafisk og i tabellform.

5.1.1 Hvem har besvart spørreskjemaet?

I evalueringen fikk vi tilbakemelding fra følgende personellgrupper:

Tabell 1. Svargivers stilling

| Stilling | Antall | Prosent |
|-----------------|------------|------------|
| Sykepleier | 63 | 51 |
| Hjelpepleier | 39 | 32 |
| Omsorgsarbeider | 13 | 11 |
| Lege | 0 | 0 |
| Annet | 8 | 7 |
| Sum | 123 | 100 |

Tabellen viser at sykepleierne er i flertall blant svargiverne med 51 %, omsorgsarbeidere/hjelpepleiere med

43 % mens andre utgjør 7 %. Ser vi disse tallene i forhold til deltakerne i kompetanseprogrammet finner vi det samme mønsteret her. Sykepleiere etterfulgt av hjelpepleier, omsorgsarbeider og lege. Annen utdanning her er bl.a. fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleierstudenter.

Vi spurte også hvor mange av disse som hadde en eller annen form for videreutdanning. 35 av svargiverne oppgav at de hadde en eller flere videreutdanninger. Syv oppgav videreutdanning i geriatri, fem onkologi og fire i palliasjon. En av respondentene har mastergrad og to har annen relevant spesialistutdanning. 20 av respondentene oppgav annen videreutdanning og en oppgav ikke type av videreutdanning.

Kompetanseutviklingsprogrammet er rettet mot alle deler av den kommunale omsorgstjenesten som driver med lindring. På bakgrunn av dette spurte vi deltakerne om deres arbeidssted. Av 127 svargivere finner vi at flertallet 54 % av svargiverne jobber i institusjon herav sykehjem med lindrende enhet, somatisk avdeling, skjermet enhet og korttidsavdeling. Flere av svargiverne oppgir at de rullerer her. Hjemmetjenesten er representert med 41 % av svargiverne etterfulgt av bolig med eller uten bemanning. Tallmaterialet viser at kompetanseutviklingsprogrammet har nådd ut til målgruppa både institusjon og hjemmebaserte tjenester.

5.2 Kort kommentar til metodene i undersøkelsen

Denne evalueringen bygger på oppsummeringssamtaler med involverte parter i organiseringen av kompetansehevingsprogrammet, oppsummeringer fra samlinger og et spørreskjema sendt til alle deltakere.

Det er viktig å understreke at det datasettet som ligger til grunn for rapporten både det kvantitative og det kvalitative materialet ikke kan gi et fullstendig bilde av alle sider ved kompetanseutviklingsprogrammet. Men vi antar at beskrivelser, data og analyser framstilt i denne rapporten gir et pålitelig uttrykk av både organisering, gjennomføring og utbytte av kompetansehevingsprogrammet.

5.3 Deltakernes tilfredshet med kompetanseprogrammets organisering og undervisning

For å finne ut om deltakernes tilfredshet med programmets organisering bad vi dem svare på følgende påstander som framkommer i tabellen:

Tabell 2. Svargivernes vurdering av kompetanseprogrammets organisering

| Kategorier | Helt enig | Delvis enig | Delvis uenig | Helt uenig | Prosent | Antall |
|--|-----------|-------------|--------------|------------|---------|--------|
| Informasjon om kompetanseprogrammet i forkant var god | 36 | 49 | 15 | 1 | 100 | 115 |
| Det var enkelt å melde seg på | 68 | 30 | 2 | 1 | 100 | 115 |
| Jeg deltok sammen med andre kollegaer i kompetanseprogrammet | 84 | 10 | 1 | 5 | 100 | 115 |
| Jeg ble kjent med deltakere fra andre arbeidsplasser i løpet av kompetanseprogrammet | 4 | 24 | 36 | 36 | 100 | 115 |

| | | | | | | |
|--|---|----|----|----|-----|-----|
| Jeg har kontakt med deltakere fra andre arbeidsplasser i etterkant av kompetanseprogrammet | 3 | 6 | 21 | 70 | 100 | 114 |
| Jeg tar mer kontakt med andre kommuner etter at jeg deltok i kompetanseprogrammet | 3 | 13 | 29 | 56 | 100 | 115 |
| Kompetanseprogrammet brukes i dag til opplæring av kollegaer på min arbeidsplass (minnepenn) | 3 | 17 | 33 | 47 | 100 | 115 |

85 % av svargiverne syntes informasjonen i forkant av kompetanseprogrammet var god, noe som styrker måten kompetanseprogrammet ble informert ut og forankret i de kommunale organisasjonene jf. Kap. 4.4.

98 % sier også at det var enkelt å melde seg på. 94 % oppgav at de deltok sammen med kolleger i programmet.

Det er mer usikkerhet knyttet til om man ble kjent med andre deltakere i programmet, 72 % sier at de i mindre grad ble kjent med andre kolleger fra andre arbeidsplasser under veis i programmet. Et tydelig flertall uttrykker at de i mindre grad ble kjent med hverandre i programmet. Dette kan ha sammenheng med programmets organisering, men dette er noe en bør se nærmere neste gang en skal arrangere – da kjennskap til kolleger er viktig for videre samarbeid over kommunegrensene.

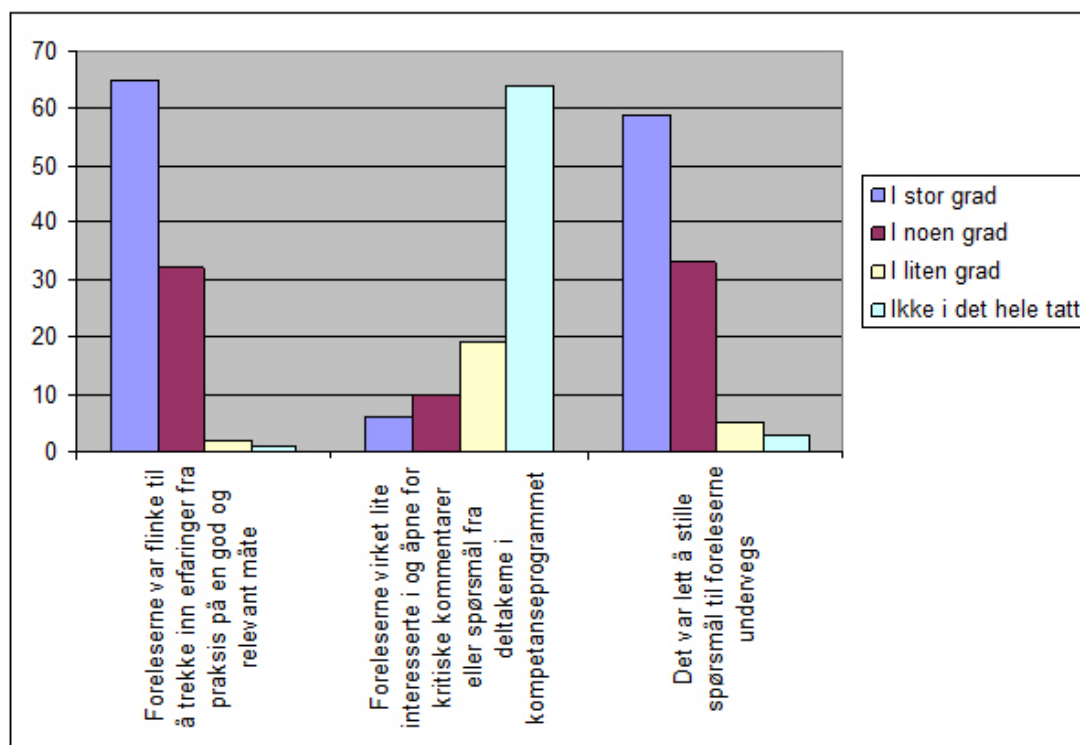
40 % oppgir at de har videreformidlet sin kunnskap fra kompetanseutviklingsprogrammet på egen arbeidsplass. Videreformidlingen av kunnskap fra kompetanseutviklingsprogrammet er mindre utbredt en vi håpet. Dette kan ha flere årsaker. En årsak kan være tid, systemer ved arbeidsplassen, som ikke gir rom for videreformidling, en annen årsak kan være intern kultur.

Det er viktig å tenke igjennom hvordan en kan øke intern formidling av kunnskap i kommunene spesielt på bakgrunn av de store utfordringer som kommunene står overfor med hensyn på kunnskapsutvikling og kvalifikasjoner til å motta nye pasientgrupper for behandling. Gode strategier for tilbakeføring av kunnskap til enhetene er det derfor viktig å utvikle. Det å bygge en god kultur for kompetanse i enhetene i den enkelte kommune er en viktig del av dette. En annen faktor her er å sette tid og rom i enhetene for kompetanseutvikling. Forskning viser at øker en kompetansen og kvalifikasjonene hos medarbeiderne styrkes kvaliteten på tjenesten som ytes, arbeidsplassens attraktivitet og omdømme øker og en sparer penger og ressurser (Bakken 2009)

Faglige nettverk er en viktig del av utvikling av gode kompetansestrategier. Vi spurte derfor deltakerne om de i etterkant hadde blitt med i et eller flere faglig nettverk innen lindring. Her svarte 7 av 127 positivt på dette. Noe som kan forklares med at faste deltakere i interkommunalt kompetanseprogram allerede var definert som et faglig nettverk, og eller at kompetanseprogrammet ikke har bidratt til interesse for deltakelse i fagnettverk.

5.4 Deltakernes vurdering av organiseringen av undervisningen.

Hvordan vurderte så deltakerne foreleserne? Figuren nedenfor vil belyse dette:



Figur 3. Hvordan vurderte så deltakerne foreleserne? N=115

Programdeltakerne uttrykker tilfredshet med foreleserne også med hensyn på åpenhet for innspill fra deltakerne.

Nær alle 98 % er også av den oppfatning at det var tilstrekkelig med fire kurssamlinger ut fra målsettingen med kompetanseprogrammet.

Alt i alt var deltakerne godt fornøyd med organiseringen av undervisningen og foreleserne på samlingene.

Vi spurte også om programdeltakernes vurdering av nivået på det faglige innholdet. På dette spørsmålet svarte 114 av respondentene. 74 % opplevde nivået som passe 26 % opplevde at det var noe lavt. Det er likevel grunn til å tro at programmet har truffet tilfredsstillende når det gjelder nivå på undervisningen. Det er en utfordring å utvikle og gjennomføre et slikt program med ulik utdanning og referansebakgrunn som deltakerne her har. Noe som også ble bekreftet av foreleserne og prosjektledelsen.

5.5 Programdeltakernes vurdering av egen innsats og kunnskap

Forberedelse og etterarbeid til undervisning er en viktig komponent for læring. Vi spurte derfor respondentene om de hadde lest den litteratur som ble anbefalt av foreleserne. 111 av våre respondenter svarte her. 51 % oppgir at de har lest den litteratur som ble anbefalt og 49 % sier at de ikke har lest den. Vi spurte de som svarte at de ikke har lest litteraturen om hvorfor. Nær alle svarer mangel på tid og krefter.

Hvordan vurderer så programdeltakerne sin egen innsats i kompetanseutviklingsprogrammet? Tabellen nedenfor gir et glimt av dette.

Tabell 3. Vurdering av egeninnsats i kompetanseutviklingsprogrammet

| Kategori | Meget god | God | Lite god | Dårlig | Antall | Prosent |
|---|-----------|-----|----------|--------|--------|---------|
| Hvordan vil du vurdere din egen forberedelse til kompetanseprogrammet, f. eks ved å lese litteratur? | 6 | 31 | 52 | 11 | 108 | 100 |
| Hvordan vurderer du din egeninnsats under kurset? | 11 | 82 | 5 | 2 | 108 | 100 |
| Hvordan vurderer du din evne til å holde deg oppdatert på ny kunnskap innen fagområdet lindring? | 8 | 68 | 22 | 1 | 107 | 100 |
| Jeg har kunnskap til å oppdatere meg faglig ved å lese vitenskapelige artikler, f. eks oppsummert forskning | 11 | 67 | 19 | 3 | 106 | 100 |

Tabellen viser at 37 % vurderer sin forberedelse til samlingene som meget god/god. 52 % som lite god og 11 % som dårlig.

93 % opplever sin egeninnsats som god i kompetansehevingsprogrammet, 7 % som dårlig.

76 % oppgir at de har en meget god/god evne til å oppdatere seg på ny kunnskap når det gjelder lindring 23 % oppgir at de i liten grad har dette.

78 % sier de har god kunnskap til å oppdatere seg faglig ved å les vitenskapelige artikler, f. eks oppsummert forskning. 22 % oppgir at de ikke har denne kunnskapen.

Det er grunn til å merke seg at forberedelse til samlingene hadde lav oppslutning blant svargiverne, noe som kan ha sin årsak i mangel på tid til å forberede seg og kan også ha sin årsak i vurdering av nytteverdi. Det er grunn til å anta at dette med forberedelser kunne ha vært forsterket gjennom den informasjon som ble gitt om kompetansehevingsprogrammet på forhånd.

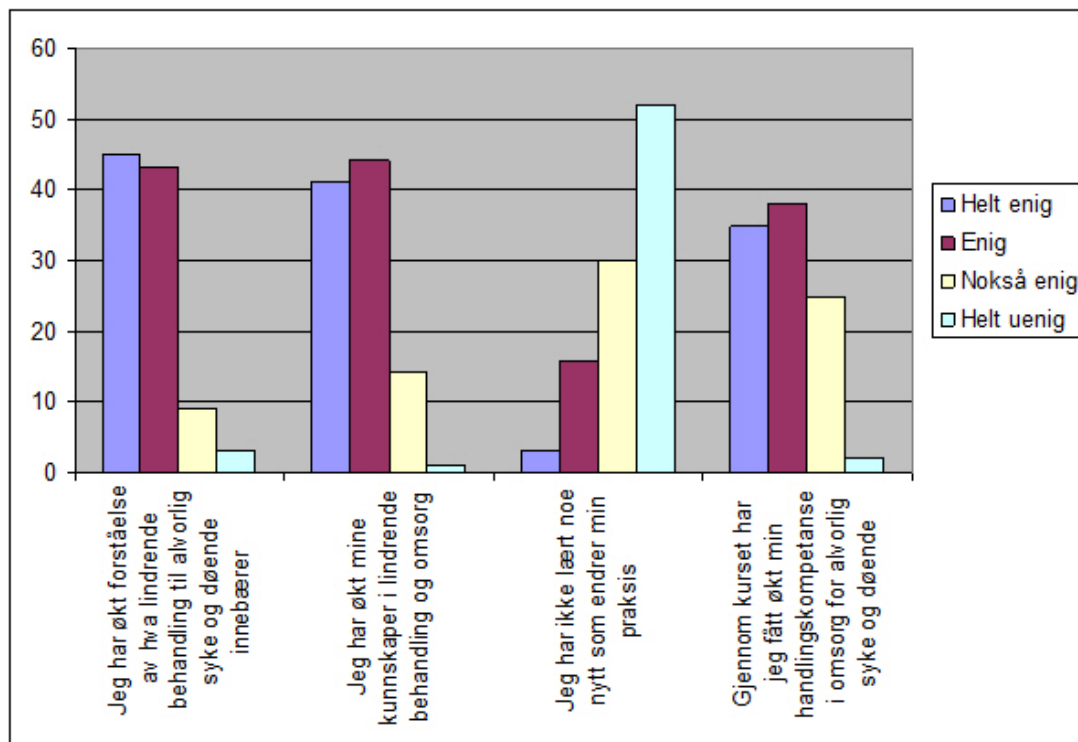
Egeninnsatsen på samlingene er overveldende god. Det tyder på at samlingenes innhold, tema og fagstoff var noe som både interesserte og engasjerte deltakerne.

78 % sier de har god kunnskap til å oppdatere seg faglig ved å les vitenskapelige artikler er bra. 22 % oppgir at de har lite god/dårlig kunnskap i det å lese vitenskapelige artikler eller oppsummert forskning er likevel et tankekors. Funnene er ikke overraskende, og støtter opp under andre undersøkelser gjennomført av Utviklingssenteret, som avdekket mangelfull kunnskap om å lese og forstå vitenskapelige artikler. Dette er noe som utviklingssenteret bør sette fokus på for å bidra til at flere har mulighet og kunnskap til å lese og forstå vitenskapelige artikler

Hvordan vurderer så respondentene sin kunnskap på følgende områder:

- Generelt kunnskapsnivå
- Symptomer og tilstander
- Kommunikasjon og etikk
- Den døende pasient og pårørende

Figuren nedenfor gir et bilde av det opplevde kunnskapsnivået.



Figur 4. Det opplevde kunnskapsnivå N=108,107.108,107

88 % oppgir at de har økt forståelse av hva lindrende behandling til alvorlig syke og døende innebærer. 85 % sier de har økt sine kunnskaper i lindrende behandling og omsorg. 82 % sier de har lært noe nytt som endrer praksis og 73 % sier de har fått økt handlingskompetanse.

Dette vurderes som gode resultater og tilbakemeldinger fra deltakerne. Det er grunn til å anta at kompetanseprogrammets hovedmålsettinger i all hovedsak er nådd.

Tabell 4. Symptomer og tilstander

| Kategori | Helt enig | Enig | Nokså enig | Helt uenig | Antall | Prosent |
|---|-----------|------|------------|------------|--------|---------|
| Jeg har bedre kunnskaper om symptomlindrende behandling | 29 | 45 | 22 | 4 | 107 | 100 |
| Jeg har etter kompetansehevingsprogrammet tatt i bruk kartleggingsverktøy i praktisk arbeid VAS | 3 | 20 | 29 | 49 | 107 | 100 |
| Jeg har etter kompetansehevingsprogrammet tatt i bruk kartleggingsverktøy i praktisk arbeid ESAS | 6 | 20 | 24 | 51 | 106 | 100 |
| Jeg har etter kompetanseprogrammet styrket min dokumentasjon i pasientens journal på området lindrende behandling og omsorg | 18 | 34 | 32 | 17 | 107 | 100 |
| Jeg er opptatt av at pasienten skal ha en oppdatert pleieplan i livets siste dager | 58 | 26 | 11 | 5 | 105 | 100 |
| Jeg har fått ny innsikt i relevant litteratur og kunnskapsbaserte prosedyrer, f. eks i forhold til symptomlindring | 19 | 48 | 25 | 8 | 106 | 100 |
| Jeg har tatt i bruk ny kunnskap på min arbeidsplass, f. eks innen smertebehandling | 18 | 24 | 44 | 14 | 103 | 100 |

Tabellen viser at 74 % av respondentene oppgir at de har bedre kunnskaper om symptomlindrende behandling, 26 % er mer usikre.

23 % oppgir at de etter kompetansehevingsprogrammet tatt i bruk kartleggingsverktøy i praktisk arbeid VAS, 78 % bruker det i liten eller ingen grad.

Resultatene understøtter behovet for mer opplæring og ressurser til implementeringsarbeid. Noe som Utviklingssenteret har erfart i andre prosjekter og i langt større grad vil vektlegge i planlegging av fremtidige prosjekter.

28 % har etter kompetansehevingsprogrammet tatt i bruk kartleggingsverktøy i praktisk arbeid ESAS. 75 % har i liten grad tatt det i bruk. Det overrasker at så få klinikere aktivt benytter tilgjengelig kartleggingsverktøy i praksis. Ytterligere opplæring og bistand i implementeringsarbeidet er også her viktig fremover. Det kan også gjenspeile helsepersonellens holdninger til innføring av nye verktøy og metoder.

Respondentene er delt i synet på om kompetanseprogrammet har styrket dokumentasjon i pasientens journal på området lindrende behandling og omsorg.

84 % er opptatt av at pasienten skal ha en oppdatert pleieplan i livets siste dager. Noe som samsvarer med interessen og oppslutningen om det nye prosjektet som Utviklingssenteret har iverksatt i 2011. Prosjektet har som målsetning å innføre ett kunnskapsbasert mål og tiltaksplan for døende pasienter Liverpool Care Pathway. 11 av 14 kommuner deltar i dette prosjektet, og oppslutningen om fagdager har vært stor.

67 % av svargiverne i denne evalueringen sier de har fått ny innsikt i relevant litteratur og kunnskapsbaserte prosedyrer, f. eks i forhold til symptomlindring. Dette er viktig og bra. 42 % oppgir at de har tatt i bruk ny kunnskap på min arbeidsplass, f. eks innen smertebehandling 58 % har det i mindre grad. Dette

kan være et uttrykk for at praksisfeltet bruker oppdaterte prosedyrer i praksisfeltet og at innholdet i kompetanseprogrammet var en bekreftelse på allerede god etablert praksis.

Tabell 5. Kommunikasjon og etikk

| Kategori | Helt enig | Enig | Nokså enig | Helt uenig | Antall | Prosent |
|---|-----------|------|------------|------------|--------|---------|
| Jeg har økt mine kunnskaper og metoder i kommunikasjon og samhandling med alvorlig syke og døende pasienter | 33 | 42 | 21 | 4 | 105 | 100 |
| Jeg har økt bevissthet og forståelse for betydningen av nonverbal kommunikasjon | 38 | 43 | 16 | 3 | 105 | 100 |
| Jeg er tryggere på kommunikasjon med døende pasienter og pårørende | 34 | 45 | 18 | 3 | 105 | 100 |
| Jeg er mer bevisst på etisk refleksjon i praktisk arbeid etter at jeg deltok i kompetanseprogrammet | 33 | 44 | 21 | 2 | 104 | 100 |
| Jeg bidrar til at det reflekteres over etiske spørsmål på min arbeidsplass | 34 | 47 | 17 | 3 | 103 | 100 |
| Vi har faste møteplasser på arbeidsplassen hvor vi reflekterer over etiske spørsmål relatert til døende pasienter | 16 | 16 | 31 | 38 | 103 | 100 |

75 % sier de har økt mine kunnskaper og metoder i kommunikasjon og samhandling med alvorlig syke og døende pasienter 21 % er mer usikre.

81 % sier de har økt bevissthet og forståelse for betydningen av nonverbal kommunikasjon, 16 % er mer usikre.

79 % oppgir at de er tryggere på kommunikasjon med døende pasienter og pårørende, 18 % er mer usikre.

77 % sier er mer bevisst på etisk refleksjon i praktisk arbeid etter at jeg deltok i kompetanseprogrammet, 21 % er mer usikre.

81 % sier de bidrar til at det reflekteres over etiske spørsmål på min arbeidsplass, 17 % er mer usikre.

32 % har faste møteplasser på arbeidsplassen hvor vi reflekterer over etiske spørsmål relatert til døende pasienter, 69 % har dette i liten eller ingen grad.

Resultatene bekrefter antagelsen og understøtter det viktige arbeidet som nå er igangsatt for å etablere møteplasser for etisk refleksjon gjennom KS-satsing på «Samarbeid om etisk kompetanseheving».

Tabell 6. Den døende pasient

| Kategori | Helt enig | Enig | Nokså enig | Helt uenig | Antall | Prosent |
|---|-----------|------|------------|------------|--------|---------|
| Jeg har større trygghet i vurderingen av når en pasient er døende | 26 | 48 | 23 | 3 | 106 | 100 |
| Jeg har større trygghet i å være tilstede hos den døende og deres pårørende | 31 | 46 | 20 | 3 | 106 | 100 |
| Jeg har økt kunnskap innen åndelig og eksistensiell omsorg | 21 | 47 | 30 | 2 | 106 | 100 |
| Jeg ivaretar de grunnleggende behovene til den døende pasienten med større trygghet | 34 | 48 | 14 | 4 | 106 | 100 |
| Jeg bruker kunnskap jeg utviklet om døende og stell av døde i praksis | 34 | 39 | 21 | 7 | 106 | 100 |

74 % oppgir at de har en større trygghet i vurderingen av når en pasient er døende.

77 % mener at de har større trygghet i å være tilstede hos den døende og deres pårørende.

68 % sier at de har økt kunnskap innen åndelig og eksistensiell omsorg.

82 % mener de har kunnskap om det å ivareta de grunnleggende behovene til den døende pasienten med større trygghet.

73 % sier de bruker kunnskapen de utviklet om døende og stell av døde i praksis.

Dette er resultater som indikerer at kompetansehevingsprogrammet har gitt viktige resultater. Det er likevel grunn til å påpeke at kunnskap innen åndelig og eksistensiell omsorg kunne ha vært høyere. Enkelte av deltakerne kommenterer at de kunne tenke seg mer kunnskap om dette temaet. Dette er et funn understøtter også et tidligere funn vi gjorde i prosjektet: «omsorgstjenestens mange mellommenneskelige møter» en regional kartleggingsstudie (Agder-fylkene, Telemark, Vestfold og Buskerud) om omsorgstjenestens møte med mennesker med minoritetsbakgrunn. Temaet bør derfor noteres av utviklingscenteret for videre oppfølging.

Tabell 7. Pårørende

| Kategori | Helt enig | Enig | Nokså enig | Helt uenig | Antall | Prosent |
|---|-----------|------|------------|------------|--------|---------|
| Jeg er tryggere i selve møtet med de pårørende | 31 | 46 | 21 | 2 | 106 | 100 |
| Jeg har styrket mitt fokus på pårørende til alvorlig syke ved å inkludere dem bedre i prosessen | 29 | 42 | 26 | 4 | 105 | 100 |
| Jeg har mer kunnskap for å kunne ivareta barn og unge som pårørende | 12 | 43 | 38 | 7 | 105 | 100 |

77 % sier at de er blitt tryggere i møtet med de pårørende. 23 % er noe mer usikre.

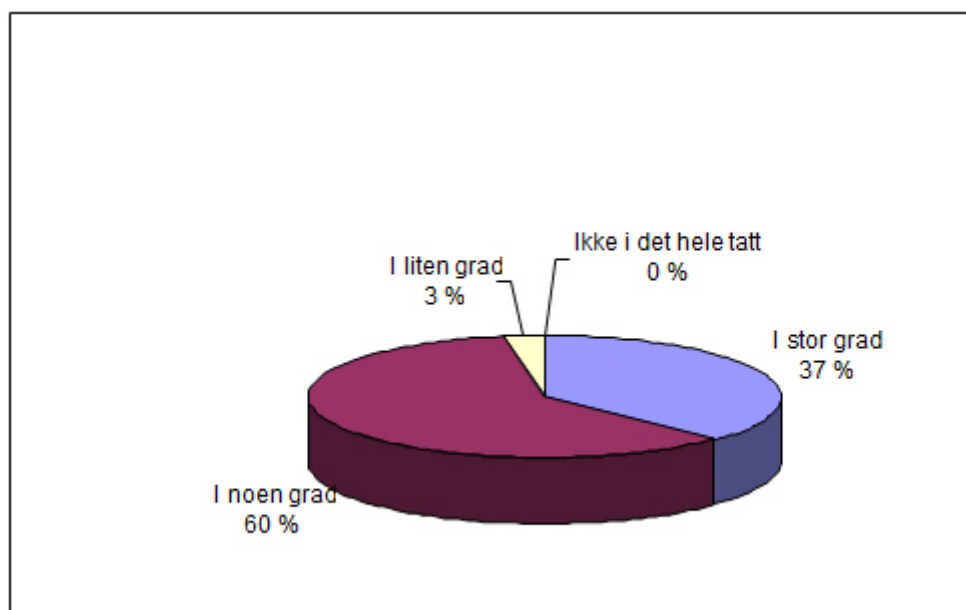
72 % har styrket sitt fokus på pårørende til alvorlig syke ved å inkludere dem bedre i prosessen. 30 % er mer usikre her.

Et vanskelig område er dette med å ivareta barn og unge som pårørende. 55 % sier de har styrket sin kunnskap her, mens 50 % er mer usikre.

Det er grunn til å styrke fokuset på barn og unge som pårørende. Dette kommer også fram i arbeidet innen psykisk helse der en også har sett viktigheten av å styrke arbeidet. Funnene indikerer at Utviklingscenteret bør vektlegge tema omsorg for pårørende - pårørende som en ressurs i fremtidige nettverkssamlinger og kompetanseløft.

Flere av deltakerne framhever temaer innen, smertelindring, kommunikasjon og pårørende omsorg som viktige for dem å få kunnskap i. De sier videre at en her kunne tenkt seg mer tid både til forelesning og erfaringsutveksling.

Til sist spurte vi respondentene om i hvilken grad de selv mener de gjennom deltakelse i kompetanseutviklingsprogrammet har fått økt kunnskap om lindrende behandling



Figur 5. Hvilken grad mener du selv at du gjennom deltakelse i kompetanseutviklingsprogrammet har fått økt kunnskap om lindrende behandling, N=105

37 % sier de i stor grad har fått økt sin kunnskap om lindrende behandling. 60 % sier de i stor grad har fått det, mens tre prosent oppgir at de i liten grad har fått slik kunnskap. Sett under ett er dette et godt resultat. Her oppgir nær samtlige at de har blitt tilført kunnskap noe også tidligere data om de ulike temaene viser.

En av respondentene kommenterer det slik:

«At jeg har hatt så mye igjen og føler at jeg har lært så mye, må nok også ses i en kombinasjon av at jeg holdt på med videregående opplæring innen kreftomsorg og lindrende pleie for hjelpepleiere, og at dette kompetansehevings kurset ble tatt inn som en del av undervisningen i videreutdanningen. Men for seg selv var dette et veldig bra kurs/kompetansehevings program. Deltar gjerne på flere lignende programmer.»

En annen sier det slik:

«Jeg jobber i en langtidsavdeling for personer med demens. Etter dette kurset har det ikke vært dødsfall, men vi har dette temaet oppe i personalgruppa og reflekterer rundt dette generelt. Er observante i forhold til smerter og symptomer generelt. Synes kurset totalt har vært veldig informativt og har gitt meg kunnskap.»

Av de 105 respondentene som svarte på om en *gjennom deltakelse kompetanseutviklingsprogrammet har fått økt kunnskap om lindrende behandling sier 98 at kompetanseutviklingsprogrammet gav meg lyst til å delta på flere opplæringstilbud i regi av utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold*

6.0 MÅLOPPNÅELSE I FORHOLD TIL SAMARBEID OG RESULTATER

I dette avsnittet vil vi drøfte måloppnåelse i forhold til samarbeid og resultater. Det første vi vil se nærmere på er om kompetanseutviklingsprogrammet har ført til utvikling av et formelt og uformelt interkommunalt samarbeid. Deretter vil vi se nærmere på Utviklingssenteret for sykehjem som en regional kunnskapsbase og utviklingsaktør – sett på bakgrunn av kompetanseutviklingsprogrammet.

6.1. Har kompetanseprogrammet ført til et formelt og uformelt interkommunalt samarbeid

Interkommunalt samarbeid er ikke noe nytt fenomen for kommunene. I kommune Norge finner vi denne samhandlingstypen på flere sektorer også innen omsorgstjenestene. Grunnlaget for interkommunalt samarbeid om omsorgstjenester varierer fra kommune til kommune. Flere kommuner spesielt små og mellomstore kommuner har utfordringer både når det gjelder personell, kompetanse og økonomi knyttet til ulike brukergrupper. Et av de mest etablerte interkommunale samarbeidet innen helse og omsorgstjenestene er lege og legevaktordninger – men også omsorg for ressurskrevende brukere, noe som ble sterkt aktualisert ved gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming i 1990. I den forbindelse har flere kommuner inngått et samarbeid som å utnytte felles ressurser på området.

Interkommunalt samarbeid er gjennom Samhandlingsreformen igjen aktualisert. Reformen åpner for en større satsning på samarbeid både kommuner imellom og mot spesialisthelsetjenesten. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er etablert som en viktig pådriver for interkommunalt samarbeid gjennom kunnskapsutvikling og spredning av kunnskap over kommunegrensene.

Utviklingssenteret har gjennom denne evalueringen fått bekreftet at forelesningsbaserte kompetanseprogrammet, slik det nå er, i liten grad bidrar til direkte nettverks bygging og samhandling mellom kommuner, men ved reformens fulle implementering kan det om kort tid se annerledes ut med hensyn på samarbeid. Det er derfor vanskelig å fastslå effekten helt og fullt nå.

Med dette som bakgrunn vil Utviklingssenteret fortsette arbeidet med interkommunalt faglig nettverk innen lindring. Tiltaket vil i større grad sees i sammenheng med nettverket i regi av Helseforetaket, og kompetansehevede planer skal sees i sammenheng. Samarbeid mellom nettverkene regnes som en viktig premis for fagutvikling i takt og samtidig som arena for refleksjon og erfaringsutveksling. Å møtes i faglige nettverk med fokus på refleksjon over faglige spørsmål og erfaringer i praksis kan bidra til å redusere terskelen for å ta kontakt på tvers av arbeidsplasser og nivåer i helsetjenesten.

Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold er i 2011 i oppstarten av ett nytt interkommunalt samarbeidsprosjekt med tilskudd fra Helsedirektoratet. I planlegging av prosjektet har kommunene vist stor interesse for deltakelse og om samarbeid. Prosjektleder opplever at kommunene i større grad tar kontakt vedrørende forbedringsarbeid innen lindring, og at interessen for å samarbeide om tiltak er økt. Data fra evalueringen viser at respondentene ikke i større grad enn tidligere tar kontakt med andre

kommuner eller representanter fra Utviklingssenteret. Samtidig er Utviklingssenterets erfaring det siste året at det interkommunale samarbeidet innen lindring er styrket ved at flere kommuner er knyttet tettere sammen i prosjektarbeid og arbeider mot felles målsetninger. En viktig pådriver i dette er også utvikling av avtale mellom kommune og helseforetak, noe som også har vært med på å styrke kompetanseutviklingsprogrammets relevans – når det gjelder å jobbe sammen over kommunegrensene. Kompetanse behovet er gjennom Samhandlingsreformen for enkelte prekært og en må se over kommunegrensene slik en tidligere har gjort. For sin del kan dette slå positivt ut ved at det nå for alvor kan videreutvikles et solid fagmiljø innen lindring. Et fagmiljø på tvers av kommunegrenser og helseforetak som i fellesskap prioriterer faglige utviklingsprosjekter og samkjører opplæringsplaner vil fremme samhandling og kvalitet i pasientforløpet. Noe som Utviklingssenteret og Helseforetaket allerede har igangsatt gjennom felles implementering av et verktøy innen lindring i livets slutfase. I implementeringsfasen samarbeider helseforetaket og Utviklingssenteret om fagseminarer for deltakerne i prosjektet. Et inntrykk er at USHT Vestfold ser ut nå til å være etablert som en formell og god samarbeidspartner for kommunene og helseforetaket om kompetanseheving og fagutviklingsprosjekter. Prosjektet med kompetanseprogrammet kan ha vært en sentral brikke som har fremmet holdninger som at «vi i fellesskap kan få til et større løft» og at interkommunale samarbeidsmodeller gir læring på tvers av kommuner.

7.0. UTVIKLINGSSENTERET FOR SYKEHJEM SOM EN REGIONAL KUNNSKAPSBASE OG UTVIKLINGS- AKTØR – SETT PÅ BAKGRUNN AV KOMPETANSE- UTVIKLINGSPROGRAMMET.

Alle Utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester plikter til å sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre sine oppgaver. Dette forutsetter både kartlegging av kompetansebehov og rekruttering av personell med nødvendig kompetanse samt sørge for nødvendig etter og videreutdanning (Overordnet strategi 2010 – 2015, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.)

I dette ufordres Utviklingssentrene til å prøve ut og dokumentere kompetanseutviklingstiltak i pleie- og omsorgstjenesten som kurs, tverrfaglig gruppeveiledning relatert til klinisk praksis, etter og videreutdanning og mentorordninger. Modeller bør inneholde beskrivelse av overordnede planer, metoder for interundervisning, opplæringsplaner, implementering og metodeverktøy. Utviklingssenterets erfaringer innen utviklingsarbeid på området lindring har gitt verdifull innsikt i hvordan interkommunalt samarbeid kan stimuleres og opprettholdes. USHT skal være pådrivere for utvikling gjennom kunnskap, gå foran, og være en inspirator for andre kommuner. USHT Vestfold er i ferd med å skaffe seg verdifull kunnskap ved å prøve ut ulike interkommunale samarbeidsmodeller for kompetanseheving og innføring av ny kunnskap. Det er viktig at USHT oppsummerer arbeidet, sprer kunnskap og bidrar til erfaringsutveksling mellom sentra i Norge. I den sammenheng vil USHT understreke betydningen av forankringsprosesser med ledelsen i den enkelte kommune, godt informasjons- og opplysningsarbeid og tilrettelegging for at deltakerkommuner og samarbeidspartnere har en reell medvirkning til innsatsområdet. USHT bygger videre på erfaringene av kompetanseutviklingsprogrammet både når det gjelder dimensjonering av prosjekter, strukturer for samarbeid og målrettede kompetansehevende tiltak. I perioden 2011-2013 er USHT i gang med et nytt prosjekt med 11 deltakerkommuner i Vestfold. Erfaringer fra dette prosjektet vil bli sett i lys erfaringer fra kompetanseutviklingsprogrammet. Til sammen vil erfaringene utgjøre viktig kunnskap som vil ligge til grunn for fremtidig planlegging og gjennomføring av interkommunale prosjekter i Vestfold.

8.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

I dette kapitlet vil vi trekke fram noen hovedfunn i kartleggingen og komme med noen anbefalinger i forhold til dette. For oppsummering av hovedfunnene viser vi til sammendraget.

Utviklingsentrene for sykehjem og hjemmetjenester vil i framtida bli viktige kunnskapsbaser for kommunene. I den sammenheng er det viktig for Utviklingssenteret å ha kunnskap og erfaring om gode samhandlingsmodeller om kompetanseheving og fagutviklingsprosjekter. Det er derfor viktig at utviklingsentrene styrker sin fagkompetanse på identifiserte fagområder nettopp for å kunne være pådriver, gå foran og veilede andre. Dette er viktig med bakgrunn i at ikke alle kommuner vil ha mulighet og ressurser til å bygge opp nødvendig kompetanse på egenhånd.

Utviklingssenteret i Vestfold vektlegger spesielt oppgaven med å inkludere og motivere andre kommuner i forbedringsarbeid. I dette arbeidet blir opplæring i forbedringsprosesser og kompetanse i å vurdere om endringer er en forbedring fortsatt viktig å satse videre på. på.

Evalueringen av dette kompetanseprogrammet viser hvor viktig forankring er i forhold til det å få med seg alle på «laget». Den grundige jobben som her ble gjort viser at en god og forankret plattform for aktivitetene ut mot kommunene er svært verdifull i arbeidet med spredning og gjennomføring av bl.a. et slikt kompetanseutviklingsprogram som her er gjennomført. God forankring i kommunene ert viktig med hensyn på legitimitet for det arbeidet som Utviklingssenteret her har utført og i framtida skal utføre. Utviklingssenteret i Vestfold skal være og er en viktig lagspiller for kommunene for å styrke kompetanse i forhold til de nåværende og framtidige utfordringene i den kommunale omsorgstjenesten.

Kompetanseutviklingsprogrammet: Lindrende omsorg ved livets slutt, har gjennom denne evalueringen pekt på fire områder det er spesielt viktig å følge opp i det videre arbeidet:

På organisatorisk nivå

- Hvordan skape mer samhandling mellom kommunene – hvordan skape gode arenaer for kompetanseutvikling

På faglig nivå:

- Behovet for opplæring i bruk av forskningsbasert kunnskap i det daglige arbeidet
- Behovet for med kunnskap om kultur, livssyn og etikk hos døende pasienter
- Behovet for kunnskap om lindrende omsorg for yngre pasienter ved livets slutt

Utfordringene som her skisseres er utfordrende og viktige å ta tak i. Med det samarbeidet Utviklingssenteret har med kommunene i regionen er dette ikke uoverkommelig. Å sette fokus på – samarbeid om utvikling av mere kunnskap på disse områdene er ligger det godt til rette for regionalt.

Rapporten som her er framlagt viser viktigheten av å stoppe opp – gå tilbake- og i ettertid se hvilken effekt tiltak som iverksettes har. Slik vi vurderer det har effekten av kompetanseutviklingsprogrammet vært god. I tillegg har denne evalueringen også avdekket andre områder som det må sees nærmere på, som nevnt ovenfor.

LITTERATUR

- Bostrøm, V og Bakke Yddal, E (2011). Veien til kvalitetsutvikling og god praksis. Sluttrapport for prosjektet «Flink med folk i første rekke». Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/portaler/Flink-med-folk-i-forste-rekke/Gode-eksempler/Sandefjord-kommune1/> (09.02.2012)
- Disch, Per G, Fauske Halvor (2011) Omsorgstjenestens mange mellommenneskelige møter – en kartleggingsstudie i fem regioner om omsorgstjenestens møte med mennesker med innvandrerbakgrunn. Rapport 1/2011, Senter for omsorgsforskning Sør.
- Haugen D F, Jordhøy M S, Engstrand P, Hessling S E, Garåsen H (2006) Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*; 126:329-32.
- Helsedirektoratet 2010. Strategi for utvikling gjennom kunnskap, IS nummer: IS- 1858. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvikling-gjennom-kunnskap-utviklingscenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015/Sider/default.aspx> (09.02.2012)
- Helsedirektoratet (2010) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. IS- 1529. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx> (09.02.2012).
- Nasjonalt Kunnskapscenter(2009). Har opplæringstiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutt-fase? Kunnskapsoppsummering, rapport nr 1, ISBN 978-82-8121-241-1 ISSN 1890-1298. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapscenteret.no/systemsider/S%C3%B8keresultater?cx=010191580526572086837%3A3gzhprhbb6u&cof=FORID%3A11%3BNB%3A1&ie=UTF-8&q=evaluering+av+kompetansehevende+tiltak+i+sykehjem> (09.02.2012)
- St. meld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> (09.02.2012)
- St. meld. Nr. 25. (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html> (09.02.2012)
- St. meld nr. 50 (1996 – 97) Handlingsplan for eldreomsorgen, Trygghet - respekt – kvalitet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rappporter_planer/planer/2000/handlingsplan-for-eldreomsorgen.html?id=101995 (09.02.2012)

FIGUROVERSIKT

| | |
|---|----|
| Figur 1. Prosess for prosjektet..... | 18 |
| Figur 2. Organisering av prosjektet..... | 19 |
| Figur 3. Hvordan vurderte så deltakerne foreleserne? N=115 | 26 |
| Figur 4. Det opplevde kunnskapsnivå N=108,107.108,107 | 28 |
| Figur 5. Hvilken grad mener du selv at du gjennom deltakelse i kompetanseutviklingsprogrammet har fått økt kunnskap om lindrende behandling, N=105..... | 32 |

TABELLOVERSIKT

| | |
|--|----|
| Tabell 1. Svargivers stilling..... | 23 |
| Tabell 2. Svargivernes vurdering av kompetanseprogrammets organisering | 24 |
| Tabell 3. Vurdering av egeninnsats i kompetanseutviklingsprogrammet..... | 27 |
| Tabell 4. Symptomer og tilstander..... | 29 |
| Tabell 5. Kommunikasjon og etikk..... | 30 |
| Tabell 6. Den døende pasient..... | 31 |
| Tabell 7. Pårørende..... | 32 |



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R