



Senter for  
omsorgsforskning  
ØSTLANDET

# Lindrende behandling

Erfaringsoppsummering – tilskudd til lindrende  
behandling og omsorg ved livets slutt



Laila Tingvold  
Maren Sogstad

Høgskolen i Gjøvik  
Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 9/2012





# **Lindrende behandling**

Erfaringsoppsummering –tilskuddsordning for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt



Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 9/2012

Laila Tingvold og Maren Sogstad

# **Lindrende behandling**

Erfaringsoppsummering –tilskuddsordning for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Senter for omsorgsforskning, Østlandet  
Høgskolen i Gjøvik

2012

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning  
Omslagsbilde: colourbox.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.9/2012

Trykk: Mariendal trykkeri AS, Gjøvik  
Opplag: 1000  
Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN: 978-82-93269-08-3  
ISSN: 1892-705X

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

# FORORD

Dette prosjektet er finansiert og utført på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har gjennom tilskuddsordningen for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt delt ut prosjektmidler til en rekke av landets kommuner siden starten i 2002. Helsedirektoratet ønsket nå en erfaringsoppsummering av tilskuddsordning for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for perioden 2009-2011. En ønsket å se hvordan prosjektene som har fått støtte var forankret og hva en har oppnådd gjennom tilskuddsordningen.

Førsteamanuensis Maren Sogstad har vært prosjektleder og har jobbet sammen med førsteamanuensis Laila Tingvold i gjennomføring av prosjektet. Vi har samarbeidet gjennom hele prosjektet, både knyttet til dokumentgjennomgang, utvikling av spørreskjema, datainnsamling i kommunene og utforming av rapporten.

Vi vil takke alle informanter som har bidratt med data. En særlig takk til de fire kommunene som på en strålende måte tok i mot oss og delte sine erfaringer med oss på våre case besøk.

Professor Tor Inge Romøren har lest gjennom rapporten og kommet med nyttige kommentarer.

Gjøvik, 8. november 2012  
Maren Sogstad og Laila Tingvold





# INNHold

FORORD V

1. SAMMENDRAG 5

2. INNLEDNING 9

**Bakgrunn 9**

**Mandat 10**

3. MATERIALE OG METODE 11

**Metode 11**

Spørreskjemaundersøkelse 11

Casebesøk 12

Dokumentanalyse 12

**Analyse av innsamlet materiale 13**

**Presentasjon av resultater 13**

4. BESKRIVELSE AV TILTAK 15

**Ansettelse av personell til å lede**

**kompetanseheving og tjenesteutvikling 15**

**Kompetanseheving 16**

Interne kurs 16

Eksterne kurs 18

**Hospitering 19**

Legers hospitering 19

Sykepleieres hospitering 20

Hospiteringen fra spesialisthelse-  
tjenesten ut til kommunene 21

**Tjenesteutvikling 21**

Nettverksbygging 21  
Prosedyrer og rutiner 22  
Ambulerende team/ressursgrupper 22  
Lindrende enhet/lindrende senger 23  
Dagtilbud og samtalegrupper 23

#### **Samarbeidstiltak 24**

Mellom ulike enheter i kommunen 24  
Mellom kommunale pleie og omsorgstjenester  
og fastleger 24  
Mellom kommunale pleie- og omsorgstjenester  
og sykehus 25  
Interkommunale tilbud 25

#### **Frivillighet 26**

#### **Utvikling av undervisningsmateriell og brosjyrer 26**

#### **Spesialkompetanse for særstilte grupper 27**

### 5. RESULTATER 29

#### **Spørreskjemaundersøkelsen 29**

Om respondentene 29  
Om kommunene 30  
Om prosjektene i kommunene 31  
Forankring og samarbeid 32  
Måloppnåelse 34

#### **Hva er viktig for god måloppnåelse? 36**

Faglig effekt 37  
Spredning 39  
Utviklingsarbeid 40  
Alt i alt 41

#### **Casebesøk 42**

Case 1 Vestre Toten 42  
Case 2 Hå 46  
Case 3 Stavanger 51  
Case 4 Rissa 55  
Oppsummering av case besøkene 58

#### **Dokumentanalyse 60**

Om dokumentene 60  
Forankring 62  
Måloppnåelse 67  
Faglig effekt over tid 74  
Utviklingsarbeid 77  
Varighet 77

## 6. DISKUSJON OG VEIEN VIDERE 81

**Forankring i nasjonale retningslinjer 81**

**Måloppnåelse 82**

**Faglig effekt 84**

**Om samarbeidet mellom kommune og de regionale kompetansesentrene 85**

**Veien videre 86**

## 7. KONKLUSJONER 89

## LITTERATUR 93

## VEDLEGG 95

Vedlegg 1: Spørreskjema til  
tilskuddsmottakere 95



# 1. SAMMENDRAG

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Senter for omsorgsforskning, Østlandet gjennomført en erfaringsoppsummering av tilskuddsordningen for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. I alt 140 kommuner har, i årene 2009–2011, mottatt midler gjennom Helsedirektoratets tilskuddsordning og disse ble inkludert i erfaringsoppsummeringen.

Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse til kommunene og en dokumentanalyse av alle tiltakene som har fått tildelt midler i det aktuelle tidsrommet. Det ble også utført casebesøk til fire utvalgte kommuner. Til slutt ble lederne ved de fire Regionale kompetansesentre for lindrendene behandling intervjuet over telefon.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at prosjektene i stor grad er ledelsesforankret. Kommunen oppgir at de har noe ulikt samarbeid med regionale kompetansesentrene for lindrende behandling, utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester og faglige nettverk etablert i sine regioner.

I forhold til måloppnåelse oppgir nesten halvparten at målene er svært godt oppnådd, mens en tilsvarende halvpart oppgir at de er nokså godt oppnådd.

Når det gjelder fagutvikling i kommunen svarer tre fjerdedeler at prosjektet i stor grad har bidratt til

god fagutvikling mens en fjerdedel mener prosjektet i noen grad har bidratt til fagutvikling. Nesten alle respondentene mener prosjektet har vært med på å skape et godt tilbud innen lindrende behandling til pasienter i sin kommune.

Respondentene opplever også at brukerne av tjenestene er fornøyde med kvaliteten. Det synes som at kommunene i stor grad klarer å beholde kompetansen som blir etablert gjennom prosjektet.

På spørsmål om i hvilken grad prosjektet har gitt varige resultater (definert som: bedre tjenestetilbud, etablerte nettverk, velfungerende samarbeid mellom kommunen og fastlege / sykehus etc.), svarer halvparten at prosjektet i stor grad har gitt varige resultater, mens en tilsvarende halvpart mener prosjektet i noen grad har gitt varige resultater. Nesten alle respondentene opplever at deres prosjekt har nasjonal overføringsverdi.

Dokumentanalysen og casebesøkene viser at mange kommuner er godt i gang med å øke kompetanse innen lindrende behandling. Kommunene har arbeidet med mange ulike tiltak under tilskuddsordningen. Dette innbefatter å ansette prosjektkoordinator, kursvirksomhet, hospitering, tjenesteutvikling med flere aktører og samarbeidstiltak med ulike instanser.

Prosjekter som er forankret i kommunal ledelse fra starten av ser ut til å gi bedre forutsetninger for senere å videreføre arbeidet i kommunene, blant annet med ansettelse av koordinator til å drive arbeidet med kompetanseheving videre etter at tilskuddsmidlene er brukt opp. Mange har gjennomført kurs og stimulert til videreutdanning og på denne måten fått økt oppmerksomhet mot palliasjon.

Hospiteringsordninger har vært sentrale i å skape motivasjon og forsterket interesse for fagfeltet. Når det opprettes struktur for internundervisning og senere etablering av interkommunal kompetanse, får samarbeidet ringvirkninger. Mange kommuner har etablert døgntilbud og bygger kompetanse rundt disse plassene. En stor del av

kommunene har i løpet av de senere år fått innført bruk av Liverpool Care Pathway (LCP), individuell plan og anvendelse av kartleggingsverktøy som for eksempel ESAS. Denne «typiske utviklingen» ser en i flere kommuner, og det setter søkelys på varighet. Å bygge et godt system for palliasjon synes å handle om tid og prosess, og at dette kommer litt i små trinn om gangen.





## 2. INNLEDNING

### BAKGRUNN

Lindrende behandling og omsorg for alvorlig syke og døende i kommunene ble for alvor satt på dagsorden gjennom nasjonal kreftplan (1999–2003). Det ble i planperioden blant annet etablert kompetansesentre for lindrende behandling i alle landets helseregioner.

Fra 2002 har det vært en egen tilskuddsordning for kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

Det har særlig vært gitt midler til tiltak i kommunene som kunne sikre utvikling av kvalitet gjennom fagutvikling og kompetanseheving, og det er lagt vekt på at prosjektene skulle ha nasjonal overføringsverdi.

Det har også vært fokus på å styrke samhandling og kompetanseoverføring mellom de regionale palliative sentrene/teamene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

## MANDAT

Helsedirektoratet ønsket en erfaringsoppsummering av tilskuddsordning for kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for perioden 2009-2011. Erfaringsoppsummeringen skulle bygge på gjennomgang av rapporter fra de 140 forskjellige tiltakene som har fått tilskudd i perioden samt ved en selvstendig datainnsamling i kommunene. Områdene Helsedirektoratet ønsker belyst gjennom erfaringsoppsummeringen er:

- Forankring
- Måloppnåelse/rapportering
- Faglig effekt
- Utviklingsarbeid
- Varighet

## 3. MATERIALE OG METODE

I erfaringsoppsummeringen er det gjort bruk av tre tilnærminger. Disse består av spørreskjemaundersøkelse, casebesøk og dokumentanalyse. Ut over dette ble det foretatt telefonintervjuer med lederne av de fire regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. I intervjuene fikk kompetansesentrene anledning til å kommentere funn fra dokumentanalysen. Informasjonen som fremkom i telefonintervjuene er blitt brukt til å diskutere resultater fra erfaringsoppsummeringen.

### METODE

#### SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE

Alle kommunene som mottok midler gjennom tilskuddsordningen i 2009 og 2010 fikk tilsendt et elektronisk spørreskjema per e-post. Om kommunene hadde søkt midler til ulike tiltak kunne ulike personer svare. Spørreskjemaet ble distribuert til 64 kommuner. Vi mottok totalt 53 svar, der tre av svarene kommer fra ulike personer med tilknytning til ulike deler av prosjektet i en kommune. Dette gir en svarprosent på

78 % av kommunene. Av de som har svart er det 16 små kommuner (under 6000 innbyggere), 16 mellomstore (6000 – 20.000 innbyggere) og 19 store kommuner (over 20.000 innbyggere). Kommunene ligger spredt i hele landet, med ulik geografi.

## CASEBESØK

Fire kommuner ble valgt ut for casebesøk. Disse var Vestre Toten, Rissa, Hå og Stavanger. Bakgrunnen for utvelgelsen var variasjon i kommunestørrelse, geografisk beliggenhet samt erfaringer fra både kommunale og interkommunale prosjekter. Hensikten med casebesøkene var å beskrive i større detalj prosessen med å utvikle søknad om tilskuddsmidler og erfaringer med gjennomføring av prosjektene. Dette innbefattet hvordan ulike kommuner startet opp med søknadsskrivingen om tilskuddsmidler, hvilke helsefaglige, politiske og administrative instanser som har vært involvert og hva slags tiltak det er søkt støtte til. Videre å undersøke nærmere hvilke erfaringer ulike kommuner har med tiltak for å heve kompetanse innenfor lindrende behandling, tjenesteutvikling og samarbeid mellom ulike nivåer i heletjenesten.

## DOKUMENTANALYSE

Alle kommuner som mottok støtte over tilskuddsordningen i tidsrommet 2009–2011, ble inkludert i erfaringsoppsummeringen. Alle søknader og kommunenes innsendte prosjektrapportering ble skrevet ut og systematisert. Alt materiale ble gjennomlest med fokus på de definerte tema. Direktoratet ønsket informasjon om. Det ble utarbeidet en arbeidstabell som viser hvilke tiltak det har blitt gitt støtte til, antall år med tilskuddsmidler, tildelt søknadsbeløp, prosjektets resultatmål, kommuners egenrapportering og eventuelle mangler.

## ANALYSE AV INNSAMLET MATERIALE

Dokumentanalysen for prosjekter i 2009 og 2010 ble påstartet umiddelbart etter prosjektoppstart. Det ble utarbeidet en tabell med nøkkelinformasjon fra hver kommune som inneholdt en oversikt over søknadsbeløp, tiltak, målsettinger etc. Det ble laget fargekoder for tiltak og resultater for å enklere kunne sammenligne informasjon fra forskjellige prosjekter og kommuner. På bakgrunn av dokumentanalysen ble det utarbeidet et spørreskjema som samlet informasjon fra de fem områder Helse direktoratet ønsket tilbakemelding på: forankring, måloppnåelse, faglig effekt, utviklingsarbeid og varighet. Spørreskjemaet ble utarbeidet av forskerne og delt med Helse direktoratet for kommentarer. Etterpå ble det sendt ut elektronisk via Questback til den personen som i søknadene står oppført som prosjektansvarlig. Casebesøkene ble utført etter at spørreskjemaundersøkelsen var avsluttet. Dokumentanalyse av søknadsmateriell fra 2011 ble oversendt fra Helse direktoratet til Senter for omsorgsforskning i juni 2012. Disse ble da analysert og lagt ved resultatene fra den allerede eksisterende dokumentanalysen. Da de tre komponentene av erfaringsoppsummeringen var gjennomført, ble det foretatt telefonintervjuer med de fire regionale kompetansesentre for lindrende behandling. I telefonintervjuet presenterte forskerne sentrale funn. Disse ble diskutert med hensyn på å bekrefte relevans og aktualitet.

## PRESENTASJON AV RESULTATER

I denne rapporten er resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen presentert først. Disse gir et innledende overblikk over hva kommunene svarer på spørsmål om prosjekters forankring, måloppnåelse, faglig effekt,

utviklingsarbeid og varighet. Deretter presenteres et resyme fra hver av de fire casebesøkene. Resultatene fra dokumentanalysen presenteres til slutt sammen med diskusjon av funn.

I 2011 skiftet Undervisningssykehjem og Undervisningshjemmetjenester navn til Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. I denne rapporten har vi konsekvent benyttet det nye navnet.

Alle data som inngår i erfaringsoppsummeringen er basert på selvrapportering fra personer som har jobbet med, eller vært nært knyttet til prosjektet. Dette gjelder både rapportering sendt til direktoratet, og besvarelsen av spørreskjemaet. Dette kan medføre begrensinger både i positiv og negativ retning.

At personene sitter sentralt i arbeidet med lindrende behandling i kommunen kan bety at personene selv har stor interesse og kompetanse innenfor feltet. De er også sterkt engasjert i prosjektene og har et stort ønske om å lykkes. Dette kan medføre at man rapporterer om høyere måloppnåelse og større effekt i kommunene enn det en utenforstående og mer nøytral person ville rapportert. Samtidig er ofte terskelen for å bedømme sin egen innsats og effekten av den som «svært god» høy. Dette kan føre til at rapporteringen er mer moderat enn de faktiske resultatene. Det kan uansett være nyttig å ha med seg hvem informasjonen er hentet fra når man leser funnene i denne rapporten.

## 4. BESKRIVELSE AV TILTAK

Ved gjennomgang av materialet fremkommer det mange ulike former for kompetansehevende tiltak. Disse presenteres og beskrives nedenfor og inkluderer: tiltak som ansettelse av personell til å lede og bygge opp kompetansehevingen, kursvirksomhet, hospiteringsordninger, tjenesteutvikling og utvikling av samarbeidstiltak. Flere av prosjektene er store og omfatter flere av de nevnte tiltakene.

### ANSETTELSE AV PERSONELL TIL Å LEDE KOMPETANSEHEVING OG TJENESTEUTVIKLING

Som en følge av midler fra Helsedirektoratet har flere kommuner ansatt en prosjektleder og/eller andre ressurser slik at arbeidet med kompetanseheving og å utvikle et tilbud innenfor lindrende omsorg kan organiseres. I flere kommuner påpekes det at dette har vært helt avgjørende for å starte opp arbeidet. Arbeidssituasjonen i kommunene beskrives ofte som presset, og det ville ha vært vanskelig å frigjøre tid til ansatte for å starte opp og organisere et tilbud innenfor ordinære rammer.

I noen tilfeller har det blitt ansatt en koordinator. Denne er i flere tilfeller finansiert dels av midler fra Direktoratet og dels ved at kommunene selv har gått inn med finansiering. Kommunene har utformet rollen til en slik koordinator noe ulikt, men en fellesnevner er at koordinatoren oftest er en sykepleier med bakgrunn innen kreftomsorg. Koordinatoren har brukt sin tid til å initiere kontakt og dialog med samarbeidsinstanser (for eksempel fastlege, den kommunale pleie og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, NAV), organisert fagdager, deltatt på kurs for å øke egen eller andre ansattes kompetanse og i tillegg ofte fungert som et bindeledd mellom pasient/pårørende og hjelpeapparatet. Koordinatoren har også utført pleie ved behov eller vært tilgjengelig for å hjelpe kollegaer som har trengt veiledning i stell og pleie av pasienter. I flere kommuner har det blitt opprettet en fast stilling som kreftkoordinator/ressursperson etter prosjektet med midler fra Direktoratet er avsluttet.

## KOMPETANSEHEVING

Kompetanseheving er det mest sentrale tiltaket og er et element i alle søknadene. Kommuner har søkt om midler til forskjellige tiltak definert som kompetanseheving. Vi har valgt å beskrive ulike kompetansehevende tiltak hver for seg.

## INTERNE KURS

Mange kommuner har søkt om midler til å avholde interne kurs for ansatte i kommunens pleie og omsorgstjeneste. Dette er gjerne hel- eller halvdagskurs som blir ledet av kreftsykepleier, eller andre personer med kunnskap i palliativ omsorg. Eksterne foredragsholdere har også blitt leid inn, og landets kompetansesentre for lindrende behandling har vært med å planlegge fagdager og intern undervisning. I



noen kommuner har kompetansesentrene også stilt med foredragsholdere. Tema om lindring har i ulike kurs blitt belyst både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Målgruppen for de interne kursene er kommunenes egne ansatte. I søknadene vektlegger kommunene at de ansatte skal få økt forståelse for den palliative pasientens situasjon og behov. Det er også fokus på oppfølging av pårørende.

Til denne pasientgruppen fremhever flere kommuner at kurs blant ansatte med ulik kompetanse og i ulike stillinger er nødvendig fordi det er et behov for koordinerte tjenester til pasienten. Betydningen av tverrfaglig samhandling fremheves ofte.

Flere kommuner har fått midler til å holde «Fagdager» for ansatte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. På slike fagdager har det blitt undervist i ulike tema som for eksempel smertelindring, registrering av smerte, sårstell, generell pleie av palliative pasienter, kosthold, munnhygiene, åndelige behov hos palliative pasienter, kommunikasjon og kontakt med pårørende. Noen kommuner har i tillegg satt av tid i forbindelse med fagdager til å gjennomgå hva de selv synes de er gode på i kommunen og hva de synes de trenger og mangler i arbeidet med denne pasientgruppen. I mange kommuner har særlig smertekartleggingsverktøyet ESAS vært sentralt på fagdager. Flere andre typer kurs er også blitt organisert, slik som kurs rundt bruk av individuell plan for palliative pasienter, kommunikasjon i palliativ behandling, samt kurs om samhandlingsrutiner mellom første og andre linje tjenesten.

Noen kommuner har satt opp internundervisning som en seminarrekke over faster dager. Tema her har vært ulike sider ved palliasjon inkludert bruk av ESAS skjema, nytte av ulike hjelpemidler, håndtering av angst, sårstell, munnhygiene, etc. Mange kommuner har trukket inn spesialistkompetanse i interne kurs, som for eksempel i den nordlige landsdelen der personell fra Lindring i Nord har holdt kveldskurs for sykepleiere. De palliative teamene på sykehus bidrar

også ofte som ressurser i undervisning. Ellers har også andre instanser vært involvert blant annet NAV, Kreftforeningen og sentere med spesialist kompetanse slik som for eksempel Montebello-Senteret og Hospice Sangen.

Noen kommuner har jobbet spesielt med kurs i cytostatika behandling lokalt. Dette ser ut til å gjelde mindre kommuner der avstanden til spesialistkompetanse er stor. I noen kommuner er det nedfelt i kreftplanen at kommunen skal kunne ta hånd om dette selv. I flere kommuner i Nord vises det til «Håndbok i lindrendene behandling» og at undervisning skal legges til rette for at innholdet i denne er kjent for både sykepleiere og fastleger.

Det er også noen kommuner som har dannet faggrupper internt i kommunen for kompetansedeling og felles kompetanseheving.

Noen kommuner har også dannet refleksjonsgrupper for de ansatte som har arbeidet spesielt med pasienter med behov for lindring. Gruppene er organisert noe ulikt, men som hovedformål diskuteres de ansattes erfaringer og egne opplevelser med pasientgruppen. I gruppene deltar ofte en person med spesialistbakgrunn som kan gi råd og veiledning i forhold til de tema som kommer opp.

## EKSTERNE KURS

Enkelte kommuner har sendt representanter fra sine kommuner på eksterne kurs. Noen kommuner har sendt sykepleiere og leger i den kommunale pleie og omsorgstjenesten til spesialistsentre der det har blitt holdt kurs i ulike sider av palliasjon. At undervisningen er poenggivende i etterutdanning/spesialisering for leger og sykepleiere fremheves som positivt, både for å sikre deltagelse men også for å oppnå mer interesse rundt lindring og palliasjon. Noen kommuner har også søkt midler for å delta på konferanser og kongresser der kreftbehandling og lindring er tema.

Både for interne og eksterne kurs er midlene fra Helsedirektoratet viktig for å kunne «frikjøpe» personer slik at de kan delta på kompetansehevende tiltak.

## HOSPITERING

Mange kommuner har mottatt midler til hospiteringsordninger. Kommunene beskriver i etterkant god nytte og godt faglig utbytte av hospitering. For å drifte hospitering er det nødvendig å frikjøpe personell for å drive oppfølging, undervisning og veiledning for de som ønsker å hospitere, samt legge til rette for at andre personer kan tre inn i hospitantens arbeid i kommunen mens hospiteringen pågår. En forutsetning for vellykket hospitering er at hospitanten blir værende i stillingen sin etterpå og at kunnskapen på denne måten «blir i kommunen». I noen kommuner har det kun vært en person som har fått hospitere, og dette blir da mer sårbart i etterkant dersom denne personen går i permisjon eller slutter i sin stilling.

## LEGERS HOSPITERING

Noen kommuner har lagt opp til at leger fra kommunen får mulighet til å hospitere ved en spesialistenhet. I enkelte kommuner er det påpekt behovet for å øke kompetansen hos leger særskilt. Noen pasienter med behov for palliativ behandling har et krevende forløp, og det fremheves i noen søknader om midler at fastleger kan ha behov for støtte fra leger med ekstra kompetanse og erfaring på feltet. Det samme behovet for spisset kunnskap gjelder for samtaler og kontakt med pårørende, hvor leger med særskilt kompetanse og erfaringer vil kunne være en ressurs for øvrige leger og annet helsepersonell i kommunene.

Hospiteringsordningene for leger har stort sett foregått på de store sykehusene eller sammen med palliative team. I et fylke som har søkt i fellesskap

for flere kommuner, har det blitt lagt til rette for at to leger får hospitere i søknadsåret. Målsettingen videre i denne søknaden er at en lege fra hver av de andre kommunene skal få hospitere i løpet av det neste året. Hospiteringen for leger er her lagt opp slik at det er poenggivende for legers obligatoriske etter- og videreutdanning. Også med tanke på leger har enkelte kommuner ønske om å rekruttere allmennpraktikere til å ta videreutdanning innen palliasjon. I ett fylke er kurskomiteen i Legeforeningen trukket inn i organiseringen av styrket palliativ kompetanse hos legene. Kursene «Onkologi og palliasjon for allmennleger» og «Palliativ behandling av kreftpasienter på sykehus» beskrives i søknaden til Helsedirektoratet som kurs som bør tilbys leger som går inn i hospiteringsordningen.

## SYKEPLEIERES HOSPITERING

Hospitering for sykepleiere har vanligvis lagt opp til at sykepleiere fra kommunene får hospitere på et sykehus med kreftavdeling. Dette er tiltak som beskrives som svært godt. I etterkant av hospitering har ofte hospitanten blitt bedt om å holde internt kurs eller bringe videre nyervervet kunnskap til andre ansatte i den kommunale omsorgstjenesten (hjemmetjenesten og de ansatte ved sykehjemmene). I slike tilfeller har kommunene fått mye igjen for hospiteringsordningen.

Hospiteringsordningen er sårbar dersom hospitanten flytter fra kommunen eller søker seg til andre stillinger. Det fremgår fra rapporter fra kommunene at hospitering for sykepleiere er veldig viktig for å bedre tilbudet til palliative pasienter. Ofte er det behov for bruk av en del utstyr knyttet til denne pasient gruppen (surstoff, smertepumper, venefloner) og mange kommuner opplever at håndtering av dette ikke inngår i de vanlige arbeidsprosedyrene for sykepleiere knyttet til den kommunale omsorgstjenesten. Betydningen av kompetanse for å håndtere denne type utstyr understrekes i mange kommuner.

## HOSPITERINGEN FRA SPESIALISTHELSE- TJENESTEN UT TIL KOMMUNENE

I ett tilfelle er det søkt om midler til at ansatte ved et spesialistsykehus hospiterer ute i en kommune. Denne formen for hospitering virker sjelden, men fordelene med hospitering denne veien er at kunnskapen kan nå frem til flere personer ute i distriktet. Forutsetningen er imidlertid at det da finnes noe volum av palliative pasienter i kommunene som man kan trekke inn i hospiteringen. Også andre kommuner påpeker i sin søknad at det er viktig at personell fra helseforetak får hospitere inn i kommunene for å tilegne seg kunnskap om hvilke tilbud som finnes for pasientgruppen når de kommer tilbake til kommunene, og se på muligheter for godt samarbeid.

## TJENESTEUTVIKLING

### NETTVERKSBYGGING

Det jobbes mye med nettverksbygging som del av prosjektene. Dette dreier seg i stor utstrekning om å føre sammen personer med kompetanse og interesse for lindrende behandling for å bli kjent, for å dele erfaringer og for felles kompetanseheving. Nettverkene kan være internt i kommunen, felles for kommune og spesialisthelsetjeneste, og også inkludere andre ressurspersoner.

Det er etter hvert flere som søker støtte til etablering av regionale nettverk. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er ofte sentralt i dette arbeidet. Formålet med nettverkene er å ha felles tilbud knyttet til kompetanseheving, utveksling av erfaringer og felleskap mellom fagpersoner.

Det finnes også mindre, lokale nettverk mellom nabokommuner. Noen kommuner har i felleskap sendt inn søknad om midler der nettverksbygging er

direkte prioritert. Andre kommuner har invitert med nabokommuner på fagdager og holdt ulike kurs for å dele sine erfaringer videre. Flere mindre kommuner påpeker i søknad om midler nødvendigheten av å knytte bånd interkommunalt.

## PROSEDYRER OG RUTINER

Flere av prosjektene har utarbeidelse og implementering av rutiner som sentrale elementer. Dette gjelder både rent medisinskfaglige prosedyrer, smertekartlegging og rutiner knyttet til samarbeid.

Det er også flere kommuner som søker om midler for å jobbe med implementering og tilpassing av Liverpool Care Pathway (LCP) i sin kommune. Dette beskrives som et godt verktøy for å spre palliasjonstanken i hele tjenesten.

## AMBULERENDE TEAM/RESSURSGRUPPER

I flere kommuner er det blitt opprettet ambulerende lindrende team. Ut over å legge til rette og utøve pleie for pasientgruppen, har teamene vært sentrale i kompetansebygging for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Teamene har undervist og jobbet frem samhandlingsopplegg mellom pasienten, spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten. Noen tema som går igjen med tanke på undervisning er å vise praktiske øvelser i bruk av smertepumper og etiske utfordringer i lindrende behandling. Andre gjentakende tema er kommunikasjon med pasient og pårørende i livets slutfase, ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov, samt dokumentasjon og opprettelse av lokale ressursgrupper.

Noen ambulerende lindrende team har også avholdt videoundervisning og vært aktive i fagdager for ansatte i sykehjem og hjemmebasert omsorg. Teamene reiser på hjemmebesøk til pasienten, og de har arbeidet med god lindring og skreddersydd oppfølging av

nettverket rundt pasienten. Gjennom aktiviteten i et ambulerende team unngår en å flytte pasienten til sykehus, det er også en støtte for primærlegen og resten av primærhelsetjenesten. Fra et par prosjekter opplyses det at flere fastleger har startet opp med bruk av smertepumpe dersom de opplever å ha støtte i et ambulerende team. I noen kommuner er lindrende team etablert som et døgntilbud for hjemmeboende i samarbeid med hjemmesykepleien og kommunens fastleger. Lindrende team i disse kommunene er ofte sammensatt av kreftsykepleier, palliativ sykepleier, hjelpepleier med videreutdanning i psykiatri og kreftsykepleie.

Flere kommuner har også jobbet med opprettelsen med tverrfaglige ressursgrupper. Personell som inngår i slike grupper kan innbefatter sykepleiere, sosionom, diakon, prest, helsesøster, veileder og familierapeut i kommunen. I et par tilfeller har slike ressursgrupper tatt i mot sykepleiestudenter i fordypningspraksis, hjelpepleiere i videreutdanning samt sykepleiere i videreutdanning innen kreft og palliasjon.

## LINDRENDE ENHET/LINDRENDE SENGER

Flere kommuner har søkt om midler for å planlegge å opprette egne lindrende enheter eller dedikerte lindrende senger i sykehjem. Rommene til dette formålet tar hensyn til den spesielle situasjonen for pasienten og de pårørende i en krevende sykdomsfase. Planleggingen omfatter både spørsmål knyttet til det praktiske, det organisatoriske, personell og kompetanse.

## DAGTILBUD OG SAMTALEGRUPPER

Noen kommuner har fått midler til å etablere et dagtilbud. Noen kommuner har etablert et samtaletilbud til pasienter med behov for lindrende omsorg. I et par tilfeller har nabokommuner gått sammen om dette og det har blitt gitt tilbud om

samtaler med fagpersonell. Slike grupper har også samlet fått en del informasjon om aktuelle tema slik som for eksempel kosthold og ernæring samt ulike tiltak for å ta vare på helsa. Tilbudet om å være med på samtalegruppe har gitt deltagerne mulighet for å drøfte ting de lurer på, treffe andre i samme situasjon og få faglige råd.

## SAMARBEIDSTILTAK

### MELLOM ULIKE ENHETER I KOMMUNEN

Å etablere et bedre samarbeid mellom ulike enheter internt i kommunen, er fokus i flere prosjekter. En ønsker å legge til rette for, og utvikle rutiner for samarbeid. Sentralt i dette er også bruken av kompetanse og ressurser innenfor lindrende behandling på tvers av enheter i kommunen. Sentralt i utvikling av slikt samarbeid står ofte en koordinator/ressurssykepleier eller et ressursteam i kommunen.

### MELLOM KOMMUNALE PLEIE OG OM-SORGSTJENESTER OG FASTLEGER

Flere kommuner har i søknadene til Helsedirektoratet uttrykt ønske om et nærere samarbeid med fastleger og påpeker viktigheten av dette for pasient, pårørende og kontaktsykepleier. I søknadene om midler blir ofte fastlegenes rolle i arbeidet med den palliative pasienten etterspurt. Mye tyder på at fagfeltet palliasjon har hatt varierende prioritet hos fastlegene. Noen kommuner har lagt opp til regelmessige samarbeidsmøter med fastlegene, og flere kommuner søker om midler for å formalisere samarbeid med fastleger.

Deltagelse fra fastleger betraktes som vesentlig for helhetlig oppfølging og behandling av kreftpasienter i hjemmet. Noen kommuner har derfor tiltak mot fastlegene for å stimulere til interesse, bla ved å ansette



en lege i en viss stillingsandel i prosjektene. Denne legen får tildelt ansvar med å stimulere til engasjement hos fastleger, ergoterapeuter, sosionomer og andre yrkesgrupper gjennom kursing. I noen kommuner er det også planlagt at legestillingen skal ha en rådgivende funksjon ovenfor kreftsykepleierne, ressursteamene og andre i tjenesten.

## MELLOM KOMMUNALE PLEIE- OG OM-SORGSTJENESTER OG SYKEHUS

Kommunene har ansvar for personer med behov for lindrendene behandling, og i dette arbeidet trenger de et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Flere prosjekter har fokus på å etablere godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten både gjennom samarbeidsmøter og etablering av rutiner.

Noen kommuner har oppnevnt sykepleiere fra hjemmetjenesten som handler som koordinatore mellom pasienter med kreft og sykehusene. Disse har en sentral rolle i å legge til rette for godt samarbeid.

## INTERKOMMUNALE TILBUD

Flere kommuner i samme nærrområde har gått sammen om å søke midler fra Helsedirektoratet. Spesielt der det er flere små kommuner, virker det ønskelig å legge opp til kontakt og samarbeid om tilbud til pasienter med behov for lindrendene behandling. I noen kommuner er det søkt om midler for å starte interkommunale prosjekt i lindrende behandling. En fremgangsmåte i dette er å opprette en styringsgruppe der alle kommunene representert i prosjektet er med, videre opprette en prosjektgruppe som består av helsefaglig personell fra de deltagende kommunene som jobber frem en plan for kursvirksomhet og modell for samarbeid. Utfordringen mange møter er å få dannet varige strukturer/samarbeid som består etter prosjektslutt.

## FRIVILLIGHET

I et par kommuner har det vært søkt midler til å utarbeide tiltak basert på frivillighet. I søknadene blir frivillig innsats ansett som et mulig supplement til den offentlige helsetjenesten. Forutsetninger for at dette fungerer er at kommunene klarer å rekruttere nok frivillige, og ha så mange frivillige at organisasjonen kan innfri brukerens behov. I prosjektsøknadene er den frivillige organisasjonen tenkt å ha et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten, kommunelegene, hjemmetjenesten, sykehjemmet og Utviklingssenter for sykehjem. Kommunene som søker om midler til å iverksette frivillig innsats påpeker det er viktig at politikere og andre blir gjort oppmerksom på den store ubrukte ressursen som de frivillige representerer. I prosjektsøknader har bruk av frivillige vært foreslått til å avlaste slitne pårørende og hjelpe palliative pasienter. Brukere av hjemmetjenesten og pasienter på sykehjem kommer også inn under den frivillige organisasjonens målgruppe. Sykepleiere og hjelpepleiere har god oversikt over hvem som trenger hjelp og som kan ha nytte av den frivillige tjenesten, de kan gi informasjon og formidle kontakt. Det er også tenkt at frivillige hjelpere kan ha en tilknytning til studenter under sykepleierutdanningen slik at de sistnevnte får kontakt og erfaring med bruk av frivillige hjelpere.

## UTVIKLING AV UNDERVISNINGS- MATERIELL OG BROSJYRER

Noen kommuner har jobbet med utvikling av undervisningsmaterieell, både skriftlig materiale, e-basert læringsmaterieell og film. Noen kommuner har fått utviklet brosjyrer om lindrende omsorg. Andre har laget temahefter og et par kommuner har fått publisert artikler i tidsskrifter. Flere kommuner har fått medie-dekning i forbindelse med faglige arrangementer.

## SPESIALKOMPETANSE FOR SÆRSTILTE GRUPPER

Noen kommuner har organisert og bygget kompetanse rundt spesielle grupper slik som personer med demens, psykisk syke, personer med utviklingshemning eller barn. Flere kommuner beskriver også ekstra utfordringer og behov for økt kompetanse knyttet til yngre palliative pasienter.



# 5. RESULTATER

## SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN

### OM RESPONDENTENE

Spørreskjemaet ble distribuert til de 64 kommunene som fikk tilskudd i 2009 og 2010. Om kommunene hadde søkt midler til ulike tiltak, kunne ulike personer svare. Vi mottok totalt 53 svar, der tre av svarene kommer fra ulike personer med tilknytning til ulike deler av prosjektet i en kommune. Dette gir en svarprosent på 78 % av kommunene.

Skjemaene ble distribuert på e-post til kontaktpersonen som var oppgitt i søknaden. I de tilfellene der vi fikk feilmelding om at e-posten ikke kunne leveres, ble e-posten sendt til den som hadde underskrevet søknaden. Om dette heller ikke førte frem, fant vi e-post adresse til en aktuell leder på kommunens nettsider. På denne måten gikk vi aktivt til verks for å nå frem med spørreskjemaet. Det kan likevel være tilfeller der det ikke har nådd frem til riktig person.

Det ble gjort en bortfallsanalyse ved å sammenligne rapporteringen som var innsendt fra kommunene som ikke har svart på spørreskjemaet med rapport-

eringen fra kommunene som svarte på spørreundersøkelsen. Kommunene som ikke har respondert på spørreskjemaet representerer både store og små kommuner, store og små prosjekter. Noen prosjekter har fått utsatt oppstart og midlene er søkt overført til påfølgende år. Videre har vi ikke mottatt rapport fra to kommuner, mens de resterende kommunene har rapportert, noen svært omfattende og andre mer begrenset. Dette viser at bortfallskommunene ikke utgjør en sub-gruppe som skiller seg fra respondentene i forhold til rapportering og gjennomføring av prosjektet.

Av de som har svart var 65 % prosjektledere for prosjektet, i de resterende tilfelle er det en med nær tilknytning til prosjektet som har svart, som eksempel prosjekteier/prosjektansvarlig, medlem av prosjektgruppa, prosjektkoordinator eller enhetsleder (søker).

## OM KOMMUNENE

Av de som har svart er det 16 små kommuner (under 6000 innbyggere), 16 mellomstore (6000 – 20.000 innbyggere) og 19 store kommuner (over 20.000 innbyggere). Kommunene ligger spredt i hele landet, med ulik geografi. Halvparten av kommunene oppgir at de i stor eller noen grad opplever utfordringer knyttet til avstand og geografi i sin kommune.

En andel av kommunene (38 %) oppgir at de samarbeider med nabokommuner om organisering av helsetjenester innenfor lindrende behandling. Dette dreier seg oftest om nettverk av ressurspsykepleiere, felles kompetanseheving eller praktiske ting som lån og utveksling av utstyr og også kjøp av tjenester. Noen oppgir å ha interkommunale lindrende senger og én kommune har interkommunalt rehabilitering og mestringstilbud.

Det har de siste årene vært fokus på kommunale helse- og omsorgsplaner. I dette utvalget oppgir 68% av kommunene at de har en vedtatt Helse- og omsorgsplan, de fleste av planen er vedtatt i løpet av de siste fire årene. Et mindre antall (25 %) av kommunene

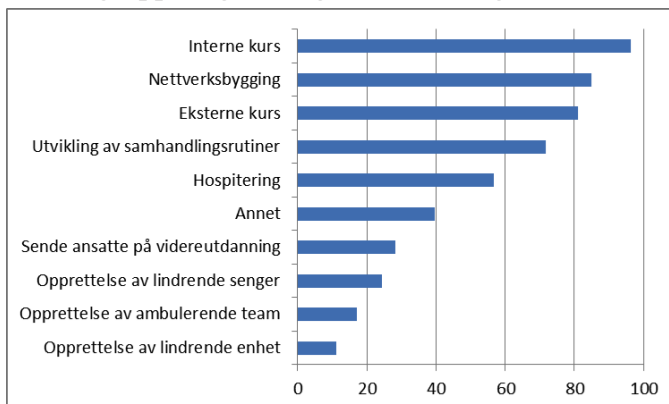
har en egen kreftplan. Noen av de som ikke har egen kreftplan kommenterer at dette området blir dekket av den overordnede planen.

Det er ansatt egen kreftkoordinator i 25 % av kommunene. Ytterligere 23 % av kommunene beskriver at de har en eller flere kreftsykepleiere i kommunen som ivaretar denne funksjonen. Av de som ikke har funksjonen i kommunene, oppgir flere at de nå har søkt midler gjennom kreftforeningen til en slik stilling.

Kommunene oppgir at tjenestetilbudet knyttet til lindrende behandling er sterkt knyttet opp mot kreftomsorgen, 77 % svarer i «stor grad», mens 23 % svarer i «noen grad».

## OM PROSJEKTENE I KOMMUNENE

Kommunene ble bedt om å krysse av på en liste over hvilke tiltak de hadde jobbet med i sitt prosjekt. Interne kurs oppgis hyppigst, 96 % oppgir dette som aktivitet i sitt prosjekt. Videre følger nettverksbygging (85 %), eksterne kurs (81 %), utvikling av samhandlingsrutiner (72 %), hospitering (57 %), videreutdanning (28 %), opprettelse av lindrende senger (5 %), opprettelse av lindrende team (17 %) og opprettelse av lindrende senger (11 %). 40 % av kommunene oppgir også å ha hatt andre aktiviteter. Dette innbefatter for eksempel utarbeidelse av egne rutiner, utprøving og implementering av kartleggingsverktøy, implementering av Individuell Plan (IP), etisk refleksjon, innføring av LCP, etablere ressursgrupper og frivillighetsarbeid (figur 1).



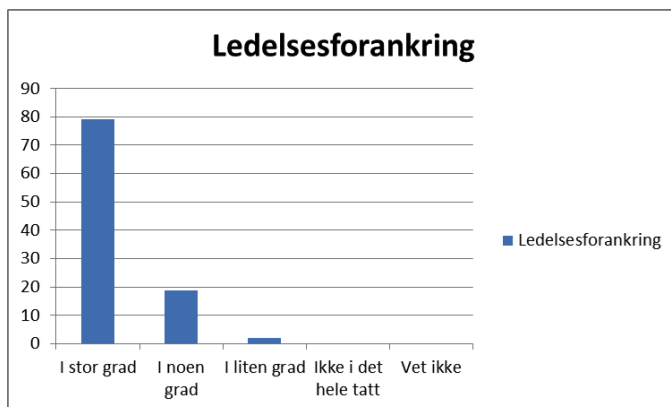
**Figur 1:** Prosentandel av kommunene som oppgav følgende aktivitet som del av sin lindrende satsning.

Om lag halvparten (42 %) av prosjektene var et samarbeid mellom to eller flere kommuner. Mye av samarbeidet handlet om felles kompetanseheving og at nabokommuner ble invitert på fagdager og lignende.

De fleste kommunene (74 %) har fått midler over flere år – både to, tre og fire år.

## FORANKRING OG SAMARBEID

Prosjektene synes å være godt forankret i kommunens ledelse. 79 % uttrykker at prosjektet i stor grad var forankret i ledelsen, mens 19 % sier at prosjektet i noen grad var forankret. Det er også 2 % som oppgir at prosjektet i liten grad var forankret i kommuneledelsen.



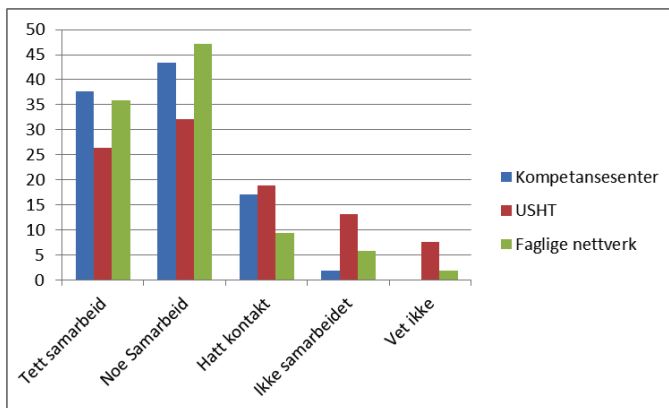
**Figur 2:** Grad av ledelsesforankring i prosent (%)

På spørsmål om prosjektet var forankret i kommunens helse- og omsorgsplan er svarene noe mer variert, 26 % oppgir i stor grad, 32 % i noen grad, 21 % i liten grad. Det er 21 % som oppgir at prosjektet ikke var forankret i planverket eller at de ikke vet. Dette kan skyldes at flere kommuner ikke har en helse- og omsorgsplan.

Kommunene har flere aktuelle samarbeidsparter i gjennomføring av lindrende prosjekter. Vi spurte konkret om samarbeid med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling, utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester og faglige nettverk etablert i regionen. For de regionale kompetansesentrene oppgir 38 % av kommunene at de har hatt tett samarbeid, 43 % at de har hatt noe samarbeid

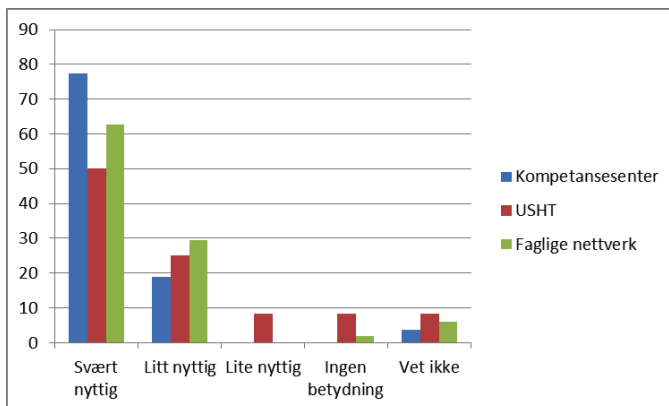


og 17 % at de har hatt kontakt (figur 3). Bare 2 % av kommunene har ikke samarbeidet med det regionale kompetansesenteret. Kommunene er godt fornøyd med samarbeidet 77 % svarer at dette var svært nyttig, 20 % syntes det var litt nyttig, men de resterende 3 % ikke kjenner til samarbeidet (figur 4).



**Figur 3:** Samarbeid med ulike aktører, oppgitt i prosent av prosjektene (%)

Mange av kommunene har også samarbeidet med Utviklingssentrene, 26 % sier de har hatt tett samarbeid, 32 % oppgir noe samarbeid, mens 19 % har hatt kontakt. 13 % av kommunene har ikke samarbeidet med et utviklingssenter (figur 3). Nyten av samarbeidet vurderes noe ulikt, 50 % mener samarbeidet var svært nyttig, 25 % litt nyttig, mens 17 % mener det var lite nyttig eller ikke hadde betydning (figur 4).



**Figur 4:** Oppgitt nytteverdi av kontakt med ulike samarbeidspartnere, oppgitt i prosent (%)

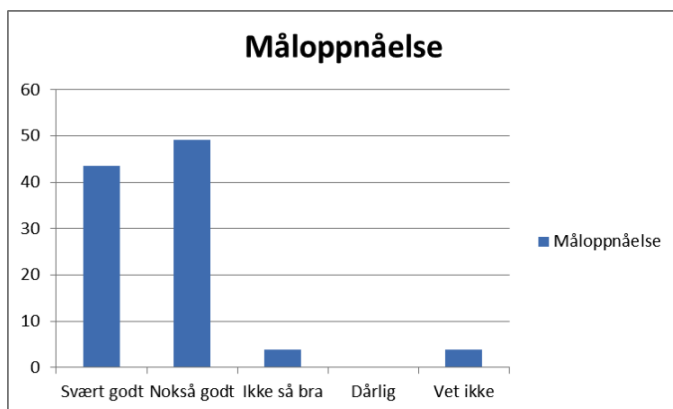
Flere kommuner samarbeider med faglige nettverk etablert i regionen, 36 % har hatt tett samarbeid, 47 % oppgir noe samarbeid og 10 % har hatt kontakt med slikt nettverk. Kommunene finner dette samarbeidet

nyttig, 63 % oppgir at det har vært svært nyttig, mens 29 % mener det har vært litt nyttig (figur 4).

Kommunene har også samarbeidet med en rekke andre aktører som helseforetak, NAV, Kreftforeningen, prestetjenesten, universitet og høyskoler herunder Senter for omsorgsforskning.

## MÅLOPPNÅELSE

På spørsmål om i hvilken grad de opplever at kommunen har oppnådd de målene som var beskrevet i prosjektbeskrivelsen, oppgir 43 % at målene er svært godt oppnådd, mens 49 % oppgir at de er nokså godt oppnådd. Flere av prosjektene er ikke endelig avsluttet (har søkt videre prosjektmidler), slik at en del av tilbakemeldingene beskriver hvordan det ligger an så langt. Bare 4 % oppgir at målene ikke ble nådd, mens 4 % av de som svarer ikke vet (figur 5).



**Figur 5:** Oppgitt måloppnåelse, presentert som prosent (%)

Noen oppgir å ha fått mindre tilskudd enn det ble søkt om. På bakgrunn av dette prioriterte man ned noen målsetninger som først var satt opp for å tilpasse aktiviteten etter tilskuddsbeløpet. Årsaker til at målene ikke ble nådd er ulike. Eksempler som blir oppgitt er:

- Endring i prosjektgruppen (utskiftninger på grunn av jobbskifte og lignende)
- Gehør hos ledelsen
- At kompetanse ble mer personavhengig enn ønsket
- Vanskelig å holde fokus over tid

- Utfordrende å jobbe på tvers av tjenesteorganiseringene i kommunen (jobbe innenfor flere soner/avdelinger)
- At tiltak ble etablert i prosjektet, men ikke tilstrekkelig videreført

En kommune som har jobbet med lindrende behandling lenge og har etablert et velutbygget tjenestetilbud opplever at det er vanskelig å mobilisere engasjement for et nytt prosjekt, for å videreutvikle det som er etablert.

Noen kommenterer at det tar tid å etablere den kompetanse og trygghet som skal til i personalgruppen for å gi god lindrende omsorg. De er godt på veg, men ser at det kreves videre arbeid.

Flere oppgir at det er en utfordring at pengene kommer sent på året. Dette forskyver aktiviteten i forhold til planlagt fremdrift, og medfører ofte at penger må overføres til neste år.

Det har vært lagt ned betydelig innsats i prosjektene. Mange poengterer at målene ikke har vært lett å nå og at det har vært ressurskrevende å gjennomføre prosjektet. Det oppgis at mål knyttet kompetansehevingsaktiviteter var lettest å gjennomføre. Her dreide det seg om å planlegge å gjennomføre ulike opplærings-aktiviteter. Videre er det flere som peker på at de har fått etablert nye tjenestetilbud og utviklet ulike samarbeidsarenaer, mot sykehus, fastlege og lignende.

Implementering pekes på som en utfordring. Det å få palliasjonstanken utbredt i hele kommunen – utover de som har vært engasjert i prosjektet fremheves som utfordrende. Samarbeidet med fastlegene pekes på som et utfordrende punkt av flere, samtidig som noen kommuner har fått dette til på en god måte. Noen peker også på at det er utfordrende å opprettholde tiltak som ble iverksatt som del av prosjektet, som for eksempel systematisk bruk av ESAS og gjennomføring av ulike samarbeidsmøter.

Flere peker på at hospitering er en fruktbar form for kompetanseheving, men at dette samtidig er ressurskrevende og kan være utfordrende å få til i en hektisk hverdag med sykefravær og lignende.

Noen kommuner påpeker at de foreløpig har små dedikerte ressurser til lindrende arbeid. Det er utfordrende for en kreftsykepleier i 20 % stilling å være en ressurs for hele kommunen. I en så liten stilling kan man også fort bli glemt som ressursperson. Det pekes også på at mye både kompetanse og struktur er personavhengig, slik at systemet blir sårbart i forhold til sykmeldinger og turnover.

Det påpekes også at det er utfordrende å få ledere og ansatte både i hjemmetjeneste og sykehjem til å innse at det er behov for økt kompetanse og at det er ting en ikke er gode nok på.

Noen påpeker at det har vært arbeidskrevende å samle informasjon og kunnskap knyttet til lindrende behandling og kunne ønsket seg en ferdig «skoleringspakke».

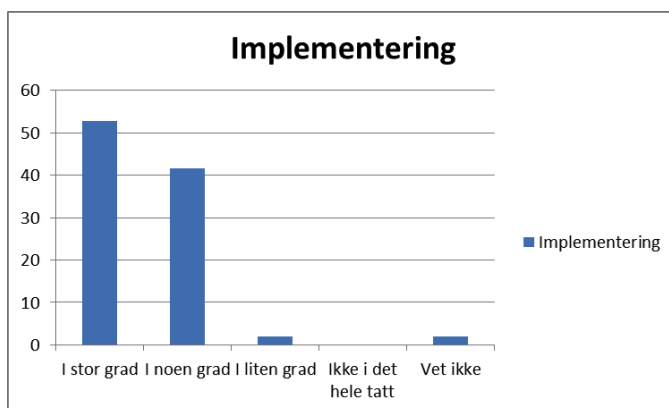
Flere opplever balansegangen mellom «mye til noen» og «litt til alle» som utfordrende. Det pekes også på at det kan være utfordrende å jobbe videre med kompetanse, samhandling og kvalitet når tilbudet er etablert.

## HVA ER VIKTIG FOR GOD MÅLOPPNÅELSE?

Vi stilte et åpent spørsmål om hva de opplever som viktig for god måloppnåelse. Svarene kan i hovedsak deles inn i tre:

- Ildsjeler og motiverte medarbeidere
- Forankring og informasjon
- Ressurser

Implementering er en annen ting som ble trukket frem som en utfordring i forhold til måloppnåelse. På direkte spørsmål om i hvilke grad tiltak fra prosjektet er implementert i daglig drift svarer 53 % at tiltakene i stor grad er implementert og 42 % at tiltakene i noen grad er implementert. Bare 2 % uttrykker at tiltakene i liten grad er implementert, mens 4 % ikke vet i hvilken grad tiltakene er implementert (figur 6).



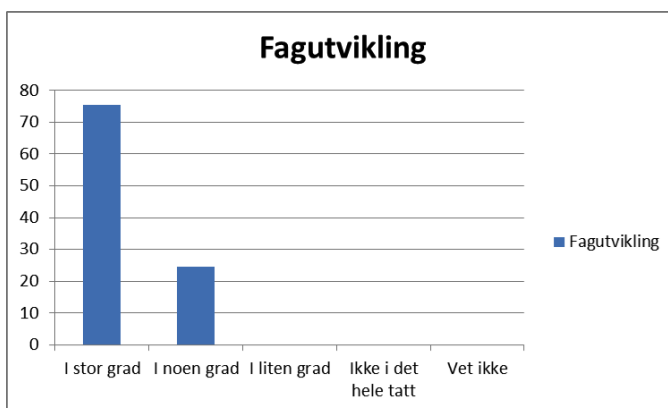
**Figur 6:** I hvilken grad tiltak fra prosjektene er implementert, oppgitt i prosent (%)

Utfordringer som blir løftet frem knyttet til implementeringsarbeid er:

- Alle skal med
- Ting tar tid
- Leders interesse
- Ressurser
- System

## FAGLIG EFFEKT

På spørsmål om prosjektet har bidratt til fagutvikling i kommunen svarer 76 % at prosjektet i stor grad har bidratt og 24 % mener prosjektet i noen grad har bidratt til fagutvikling (figur 7).



**Figur 7:** Bidrag til fagutvikling i kommunen, oppgitt i prosent (%)

Respondentene mener prosjektet har vært med på å skape et godt tilbud innen lindrende behandling til pasienter i sin kommune. Hele 72 % mener dette er

tilfelle i stor grad, mens de resterende 28 % mener dette er tilfelle i noen grad (figur 8).



**Figur 8:** Andel som mener prosjektet har vært med å skape et godt tilbud, oppgitt i prosent (%).

Respondentene opplever også at brukerne av tjenestene er fornøyde med kvaliteten, 83 % oppgir at brukerne i stor grad er fornøyd, mens de resterende 17 % oppgir at brukerne i noen grad er fornøyd.

Det synes som at kommunene i stor grad klarer å beholde kompetansen som blir etablert gjennom prosjektet, 73 % svarer at de i stor grad har beholdt kompetansen, mens 23 % oppgir at kompetansen er beholdt i noen grad.

De fleste oppgir også at kommunen i stor grad klarer å nyttiggjøre seg den etablerte kompetansen (62 %), mens 32 % oppgir at de klarer dette i noen grad.

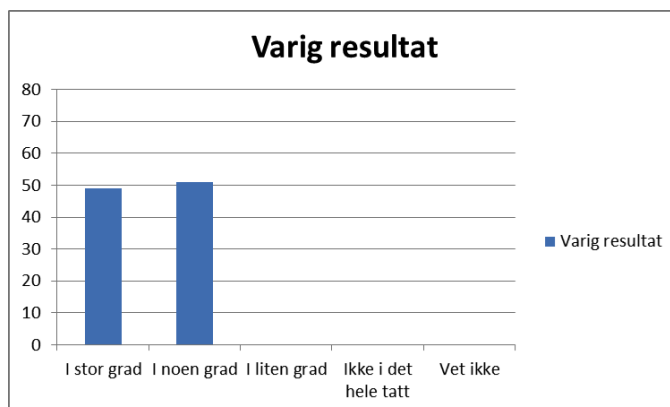
Kompetansen blir nyttiggjort gjennom:

- Veiledning, undervisning, støtte
- Kommunikasjon og fokus på palliasjon i kommunen
- Tjenesteutvikling
- Nettverksbygging

Å ha økt fokus på et område kan gjøre det lettere å rekruttere nødvendig kompetanse. På spørsmål om prosjektet har hatt innvirkning på rekruttering svarer 19 % at prosjektet i stor grad har gjort det lettere å rekruttere, 43 % mener det i noen grad har gjort det lettere, mens 12 % mener det har hatt liten eller ingen innvirkning. 26 % vet ikke hvordan prosjektet har virket inn på rekruttering.

Gjennom økt kompetanse og implementering av ulike tiltak ønsker man at det skal gi et varig resultat i

kommunene. På spørsmål om i hvilken grad prosjektet har gitt varige resultater, eksemplifisert som: bedre tjenestetilbud, etablerte nettverk, velfungerende samarbeid mellom kommunen og fastlege / sykehus etc., svarer 49 % at prosjektet i stor grad har gitt varige resultater, mens 51 % mener prosjektet i noen grad har gitt varige resultater (figur 9).



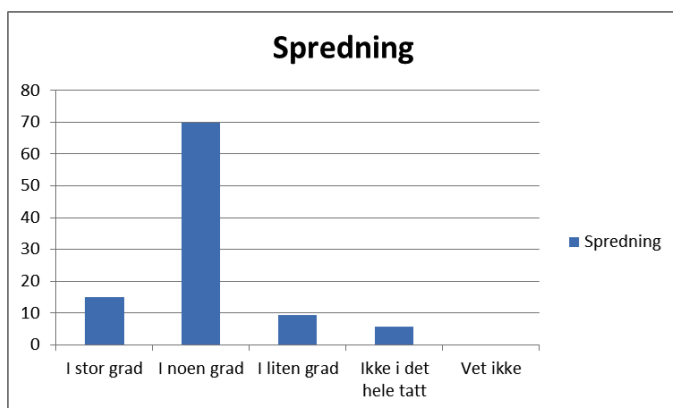
**Figur 9:** Varig resultat i kommunen, oppgitt i prosent (%).

## SPREDNING

Det foregår mye utvikling innen lindrende behandling og det er et ønske at erfaringer spres mellom kommunene. Her svarer 42 % at de opplever at deres prosjekt har stor nasjonal overføringsverdi, mens 45 % mener prosjektet i noen grad har overføringsverdi. De resterende kommunene er usikre eller mener prosjektet i liten grad har nasjonal overføringsverdi.

På spørsmål om kommunen er blitt kontaktet av andre kommuner med forespørsel om spredning av resultater eller modell svarer halvparten at de har blitt kontaktet. Det dreier seg i gjennomsnitt om seks henvendelser (fra 1 til 20). To kommuner har utarbeidet undervisningsmateriale (film og kompetanseperm) som er spredd til en lang rekke kommuner.

Kommunene har også selv aktivt spredd resultater fra sine prosjekter, 15 % oppgir at de i stor grad har delt resultater og erfaringer gjennom publikasjoner, deltagelse på konferanser, kurs og lignende, 70 % oppgir at de i noen grad har gjort dette mens 15 % i liten eller ingen grad aktivt har spredd sine resultater (Figur 10).



**Figur 10:** Spredning av resultater og erfaringer, oppgitt i prosent (%)

## UTVIKLINGSARBEID

Kommunene uttrykker at midlene fra Helsedirektoratet har vært viktig for satsningen innenfor lindrende behandling, 89 % uttrykker at tilskuddet har hatt stor betydning, mens 10 % uttrykker at tilskuddet i noen grad har hatt betydning (figur 11).



**Figur 11:** Betydning av tilskudd for kommunens satsning på lindrende behandling, (%).

Mange kommuner driver en utstrakt prosjektaktivitet knyttet til fagutvikling. De aller fleste kommunene (85 %) uttrykker at prosjektet innenfor lindrende i stor eller noen grad har fungert som katalysator for prosjektarbeid i kommunen, på den måten at de har utviklet flere prosjekter og/eller søkt på andre tilskuddsmidler. Det kommer tydelig frem at tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet er viktig for tjenesteutvikling i kommunene da 85 % svarer at tilskuddsmidlene i stor grad



er viktig for tjenesteutviklingen mens 12 % mener det i noen grad har betydning. Bare 4 % av kommunene mener det har liten betydning (figur 12).



**Figur 12:** Betydning av tilskuddsmidler for tjenesteutvikling i kommunen, (%)

## ALT I ALT

Svarene fra spørreundersøkelsen viser at kommunene har hatt stor nytte av prosjektene innenfor lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Prosjektene er godt forankret i kommunene og det rapporteres om høy måloppnåelse. Kommunene uttrykker også at de jobber videre med implementering av tiltakene som er prøvd ut eller etablert i prosjektperioden og at prosjektene gir varige resultater. Kommunene uttrykker tydelig at tilskuddet er viktig for den tjenesteutviklingen som har forgått i kommunen og at en gjennom prosjektene har vært med å etablere et godt tilbud for pasienter men behov for lindrende behandling.

## CASEBESØK

Det ble gjennomført fire besøk til kommuner som har mottatt midler over tilskuddsordningen. Disse kommunene var Vestre Toten, Rissa, Hå og Stavanger. Vi valgte ut kommuner på bakgrunn av variasjon i kommunestørrelse, geografisk beliggenhet og delvis på bakgrunn av kommunenes selvrapporterte resultater. Det var også viktig å inkludere kommuner som hadde erfaring også fra interkommunalt samarbeid.

### CASE 1 VESTRE TOTEN

#### ***Bakgrunn***

Vestre Toten kommune ligger i Oppland fylke, 11 mil nord for Oslo og 6 mil sør for Lillehammer. Vestre Toten er en industri- og landbrukskommune. Raufoss er største tettsted, men det er også stor grad av spredt bebyggelse. Kommunen har et areal på ca 250 km<sup>2</sup> og er Oppland fylkes nest minste kommune i flatemål. Kommunen er lokalisert vest for Mjøsa i søndre del av fylket, og grenser til kommunene Østre Toten, Gjøvik, Gran, Søndre Land og Hurdal. Kommunens innbyggertall er 12.969 innbyggere per 1.april 2012.

#### ***Initiativ og forankring***

I 2007 ble det satt ned en høringsgruppe i kommunen som skulle vurdere strategiarbeidet for kreftomsorgen og andre alvorlige syke i kommunen. Arbeidsgruppen bestod av en lege og tre sykepleiere. De startet å jobbe frem en søknad til Direktoratet i forlengelse av kreftplanen og fikk midler i 2008 til blant annet å ansette en koordinator i 80 % stilling. Kommunen selv dekket kostnaden til den resterende 20 % av stillingen. Etter at prosjektet med midlene fra Direktoratet var avsluttet, ble det opprettet en fast stilling i kommunen som koordinator. Denne ble besatt av samme person som startet opp arbeidet med kreftplanen.

## ***Samarbeid***

I det kompetansehevende arbeidet, konsentrerte gruppen seg om samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt forventninger til kommunen og konsekvenser for kommunens oppgaver og prioriteringer. Det var med utgangspunkt i dette at ble laget en kreftplan for 2008-2011.

Hovedmålet har vært kompetanseoppbygging innen fagfeltet, kvalitetssikre samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og videreutvikle de palliative plassene ved Raufosstun Sykehjem til kreftpasienter og andre alvorlige syke.

Prosjektkoordinator har hatt samarbeidsmøter med fastlegene i kommunen ved deltagelse på legemøter, Sykehuset Innlandet, og omsorgstjenesten i kommunen. Gjennom prosjektet har det også vært noe samarbeid med Haugtun, samt Hospice Sangen og Montebello.

Prosjektleder forteller at de har satt i stand et tilbud til pasienter i målgruppen som består av trening og samtaler. Dette er et interkommunalt samarbeid med Østre Toten. Tilbudet innbefatter i dag fra fem til ti pasienter som møtes til trening i Vestre Toten, mens samtaler/ samlinger er organisert på Østre Toten.

Prosjektleder sier at samarbeidet med fastlegene er noe varierende. Mens noen fastleger tar seg tid og jobber godt med pasienter i livets slutfase, er det andre som er lite engasjerte. Noen leger gir ut telefonnummeret sitt og er tilgjengelige hele døgnet, mens andre kun har to timer trefftid en gang per uke. Prosjektlederen trekker frem et eksempel og forteller om en lege som ikke tar seg tid til en prostatakreftpasient. Kreften har spredd seg til skjelettet og gir mye smerter. I stedet for å bruke fastlege (som prosjektleder vet ikke engasjerer seg) kontakter hun en lege hun kjenner ved Sykehuset Innlandet, som formidler til fastlege hva denne skal skrive ut av medisiner. Prosjektlederen påpeker at fastlegene generelt kan trenge kompetanseheving.

Prosjektkoordinatoren har også hatt kontinuerlig samarbeid med fysio- og ergoterapeuter i kommunen og med psykiatrisk avdeling.

## ***Måloppnåelse***

En konkret måloppnåelse er at stillingen som koordinator er blitt gjort til fast stilling. Midlene som Vestre Toten mottok, har blitt brukt til kompetanseheving i form av kurs og fagdager samt arbeid med å utvikle samarbeid med ulike instanser slik som Sykehuset Innlandet, fastleger, omsorgshelsetjenesten i kommunen, NAV etc.

Vestre Toten har i tillegg brukt midler til å utruste og bygge opp kompetanse rundt de fem rommene de har på Raufosstun til palliasjon. Prosjektgruppen sier selv at kompetansebygging rundt disse rommene fortsatt er en utfordring som det jobbes for å få på plass.

## ***Erfaringer***

Under besøket til kommunen, sier deltagerne i prosjektgruppen at det viktigste innen lindrende omsorg er praktisk kunnskap innen feltet.

Prosjektleder har selv mange års erfaring fra sykehus og har blitt «drillet» i en del prosedyrer som det er nødvendig å ha kunnskap om når en jobber med palliasjon. Som tidligere kreftkoordinator har hun hospitert i flere kommuner, blant annet Søndre Land og Trysil, for å få innspill på hvordan hun kunne bygge opp koordinatorrollen i Vestre Toten. Begge disse kommunene hadde hatt kreftkoordinator en stund før dette ble igangsatt i Vestre Toten. Å lære av andre kommuner har vært svært nyttig.

De palliative rommene er mye brukt. Mange pasienter er innom for korttidsopphold, men mange dør også på disse rommene. I Vestre Toten kommune har de erfart at det er en utfordring å bygge kompetanse rundt dette tilbudet.

Mange sykepleiere tilknyttet sykehjemmet er usikre og utrygge på denne pasientgruppen. For eksempel brukes det ofte mye utstyr for pasienter i livets slutfase (smertepumper, surstoff, venfloner, etc), og det skal måles opp smertelindrende medisiner.

Koordinatoren opplever at mange sykepleiere er usikre på seg selv i dette arbeidet og at det er tøft for

mange sykepleiere og hjelpepleiere å stå oppe i en del situasjoner med denne pasientgruppen. Utfordringen er å kunne være i et rom med mye menneskelig lidelse og måtte formidle triste beskjeder til pasientene og deres pårørende, forklare hvorfor behandling eventuelt avsluttes og trappes ned og tørre å gi omsorg oppe i dette.

På Raufosstun har de hatt mange utskiftninger av personalet fordi det er flere som ikke har taklet å jobbe med denne pasientgruppen. Prosjektleder har derfor ønsket seg mer ressurser til de palliative rommene for å få stabilitet.

Kommunen på sin side har ikke hatt nok ressurser å tilby i forhold til at palliative pasienter trenger mer oppfølging og behandling enn en sykehjemspasient på langtids plass som har en eller flere «stabile» diagnoser.

Prosjektleder påpeker at det er viktig å kartlegge det en har av kompetanse i kommunen, og få klarhet i hva spesialisthelsetjenesten forventer av kommunen samt at dette forankres og formidles på ledelsesnivå i kommunen.

I Vestre Toten kommune var omsorgssjefen aktiv med å innhente denne informasjonen og videre aktiv i å skrive søknad om midler til Direktoratet. Først når kommunes ansvar og roller innen det palliative området er kjent administrativt og politisk, vil det skape gode nok betingelser for å jobbe systematisk med kompetansehevning blant kommunes omsorgspersonell.

### ***Faglig effekt***

Vestre Toten kommune har avholdt temakurs to ganger per år, én fagdag per år og en nettverkskonferanse. Kontaktsykepleierne i kommunen har blitt sendt på hhv. to- og tredagers kurs i regi av Nettverksgruppen i Oppland og Hedmark.

Forum for kreftsykepleie har også holdt kurs der omsorgspersonell fra Vestre Toten har deltatt. Prosjektkoordinatoren i kommunen har drevet kontinuerlig veiledning og undervisning til sykepleiere og hjelpepleiere ved behov.

## CASE 2 HÅ

### ***Bakgrunn***

Hå er en jordbrukskommune med det areal på 255 km<sup>2</sup>. Den har fire tettsteder og 17.500 innbyggere. Det er ett sykehjem med ca. 80 pasienter i Hå.

Hjemmetjenesten er delt i fire distrikt: Nærbø, Vigrestad, Varhaug og Oгна. Kommunen har også 65 omsorgsbosteder med heldøgns bemanning.

Fra Helsedirektoratet mottok Hå kommune kr 300.000 i 2007, 400.000 i 2008, 440.000 i 2009 og 300.000 i 2010 til å avslutte prosjektet.

Hå er videre med i en interkommunal søknad sammen med Stavanger fra 2010.

### ***Initiativ og forankring***

Det ble nedsatt en gruppe i 2006. Denne bestod av det prosjektledelsen kaller for «ildsjeler». Dette var en avdelingsleder på en sykehjemsavdeling, en sykepleier med erfaring fra palliasjon samt pleie og omsorgssjef i kommunen.

På dette tidspunktet var kommunene i hele Norge blitt pålagt å legge til rette for at lindrende behandling kunne utføres på kommunalt nivå.

Prosjektgruppen i Hå jobbet målrettet med å skrive søknad om midler fra Helsedirektoratet og innhentet hjelp til dette arbeidet. Samtidig ble det jobbet mot politikere og administrasjonen i kommunen for å få støtte, og for å sette lindring på dagsorden.

Prosjektleder i Hå påpeker at det har vært av avgjørende betydning at kommunens politikere og administrasjon har vært engasjert i prosjektet. Kommunen har stilt midler til rådighet og har nå siden 2010 hatt en sykepleier med videreutdanning i palliasjon i fast stilling.

Fra alle hold løftes det frem at det politiske nivået i kommunen har vært både orientert og delaktige i arbeidet fra søknadsfasen til gjennomføring av de ulike tiltak.

## ***Samarbeid***

Prosjektgruppen i Hå er spesielt opptatt av at folk i kommunen skal få mulighet til å leve så godt og naturlig som mulig med de begrensningene sykdommen har satt, og bidra til en verdig og god livsavslutning og død.

De mener at det er viktig at folk får velge hva som er best for dem, enten å være hjemme den siste fasen eller på Lindrende rom på sykehjemmet. De forklarer at folk flest på Jæren er veldig bundet til nærmiljø og hjemstedene sine og påpeker at dette sannsynligvis har sammenheng med bofasthet og lange jordbrukstradisjoner.

Dersom kommunen skal tilrettelegge for at folk kan få dø hjemme, så kreves et nært samarbeid med pasient/pårørende, fastlege, hjemmetjenesten, sykehjem og spesialisthelsetjenesten.

Hå har derfor jobbet med å utvikle samarbeid både med fastleger, Mobilt palliativt team (MPT) og Stavanger Universitetssykehus. De har også samarbeidet med Kompetansesenteret i lindrende behandling i Helse Vest og betrakter dette som svært viktig, og ser kompetansesenteret som den viktigste støttespilleren i arbeidet. Senteret sitter med mest kompetanse om lindrende behandling og var avgjørende for rådgivning og støtte i prosessen for å få tilskuddsmidler og utarbeide prosjektplan.

Samarbeid med ulike instanser har også vært viktig rundt opprettelsen av egne rom til palliasjon tilknyttet ett av sykehjemmene i kommunen, og oppbygging av ekstra ressurser og kompetanse innen fagfeltet knyttet til disse to rommene.

Alle ansatte i helse – og sosialtjenesten i Hå hadde mulighet til å få kurs og undervisning om lindrende omsorg i løpet av prosjektperioden. Det ble ikke gitt ekstra opplæring til dem som var knyttet til de lindrende rommene utover det.

Prosjektgruppen i Hå ønsket at hele kommunen skulle få inn tenkningen om lindrende omsorg og behandling, derfor var satsingen på ansatte i hjemmesykepleien og ved sykehjemmet lik.

Prosjektledelsen i Hå har videre vektlagt å veilede og støtte helsetjenesten i hjemmetjenesten og i institusjon med kurs og oppfølging. Dette har bidratt til at personalet utvikler større kompetanse, oppnår større faglig trygghet, læring og fokus på emnet.

At helsepersonell har en felles forståelse av problemstillingene knyttet til palliasjon gjør at samarbeidet flyter lettere.

Samarbeid med fastlegene har vært prioritert. Flere av fastlegene har meldt tilbake at arbeidet prosjektet har utført har vært svært nyttig, og at arbeidet med disse pasientene hadde vært vanskelig uten den støtten de har fått gjennom prosjektet.

### ***Måloppnåelse***

Hå kommune har i etterkant av prosjektet, ansatt en person i fast stilling som viderefører arbeidet som ble initiert med midler fra Direktoratet. Kommunen har i prosjektperioden innført ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) og drevet kompetanseoppbygging for helsepersonell i bruk av dette verktøyet.

Prosjektgruppen påpeker at det er lettest å få dette innarbeidet der den enkelte medarbeider er med på en kartleggingssamtale der ESAS brukes som utgangspunkt. De har også organisert kurs i Liverpool Care Pathway (LCP) der det totalt har deltatt 90 personer.

I tillegg drives opplæring og undervisning når ESAS og LCP skal tas i bruk på avdelinger, der de ikke har opplæring fra før. Kommunen tilbyr bruk av individuell plan og dette har vært tatt i bruk for mange pasienter.

Det har gjennom prosjektperioden vært gjennomført en rekke kompetansehevende tiltak. Det har vært holdt kurs, internundervisning og direkte veiledning i pasientsituasjoner. Det har vært avholdt heldagskurs over flere sentrale tema innen palliasjon med opp mot 60 deltagere per kurs. Deltagerne var ansatte i den kommunale pleie og omsorgstjenesten samt fastleger.

Flere prosjektmedarbeidere har hospitert ved



Sunniva klinikk og ved Haraldsplass diakonale sykehus. Flere sykepleiere har tatt kreftsykepleierutdanning eller palliasjon som videreutdanning, og noen hjelpepleiere har tatt videreutdanning i kreftomsorg og lindrende behandling.

Kommunen har også organisert et tilbud med besøkstjenesten i Røde Kors. Dette er et tilbud som den lokale Røde Kors-gruppen gir, og det har blitt brukt med gode erfaringer. Medlemmer av gruppen har gått på hjemmebesøk til de som trenger litt ekstra som de ikke kan få via det offentlige. Besøkstjenesten har og vært med og hjulpet de syke med gjøremål utenfor hjemmet.

Prosjektgruppen har fått mange tilbakemeldinger. I følge prosjektgruppens egen gjennomgang, oppgir nesten samtlige kursdeltagerne at de har hatt godt eller meget godt utbytte av kursene.

Prosjektleder påpeker at arbeid og fokus rundt palliasjon er med på å øke den generelle omsorgstanken og får dermed positive ringvirkninger i pleie- og omsorgsmiljøet.

Kommunens egen evaluering av prosjektet viser stor tilfredshet. At sykepleiere med spesialistkompetanse kan kontaktes ved behov, uansett tidspunkt er med på å trygge personell og får positivt utfall for pasient og pårørende. I dette er tilgjengelighet et viktig stikkord.

Hå kommune har også lagt ut informasjon om «Lindrende omsorg – samarbeidsrutiner» på sitt intranett. Dette er tilgjengelig informasjon for alle i kommunen fra 2010.

### ***Erfaringer***

Terskelen for å få til samarbeidsmøter og planlegge sammen med pasient, pårørende og hjelper er lav i Hå. Prosjektgruppen ser stor forskjell på dette fra før prosjektet startet opp og til nå.

En viktig erfaring er at det skapes og formidles forståelse for hva palliasjon er til alle nivåer i kommunen tidlig i prosjektfasen slik at alle har den samme oppfatningen av hva som gjøres.

I tidlig fase er det også viktig at det gjøres et systematisk arbeid med å kartlegge eksisterende kompetanse og de aktuelle verktøy som brukes innen palliasjon. Mange pasienter har klart seg lengre hjemme etter prosjektoppstart fordi de har fått god oppfølging og løfte om sykehjemsplass ved behov.

Koordinatorfunksjonen har vært svært viktig i samspillet. Hå har gjort nyttige erfaringer der fastlege, mobilt palliativt team, hjemmesykepleier og prosjektsykepleier har stilt opp på kort varsel for å avhjelpe i akutte og vanskelige situasjoner.

Da Hå kommune startet prosjektet i 2007 tok prosjektleder og medarbeider en informasjonsrunde i alle fire distrikter i kommunen og flere avdelinger på sykehjemmet, aldershjem og hos legegruppa. En slik tidlig informasjonsrunde har vært nyttig og det påpekes at den generelle forståelsen for palliasjon er best der en har informert en samlet gruppe tidlig i prosessen.

I Hå er det to avdelinger ved sykehjemmet som ikke mottok samlet informasjon og dette har gjort arbeidet tyngre ved disse avdelingene.

### ***Faglig effekt***

Prosjektgruppen har utover å systematisere tilbudet og lindrende behandling til målgruppen også blitt kontaktet for veiledning til personell som arbeider i omsorg for psykisk utviklingshemmede og innen psykiatri/rusvern.

Gruppen er blitt brukt i direkte pasientrettet arbeid der de har palliative pasienter i omsorgsområdene. Pårørende og helsepersonell har tatt kontakt for å få hjelp i krevende situasjoner.

Flere andre kommuner har kontaktet Hå for å få hjelp til å starte opp lignende prosjekter.

Prosjektledelsen i Hå mener at andre kommuner kan benytte samme modell som de har gjort. Hå kommune har videreformidlet informasjon om sitt prosjekt til utviklingssenter for sykehjem og til fagnettverket (hovedsakelig kreftsykepleiere) i regionen.

## CASE 3 STAVANGER

### ***Bakgrunn***

Helseforetaket Stavanger har et nedslagsfelt med 320.000 innbyggere i 18 kommuner. Utviklingssenteret for Rogaland i Stavanger fikk i 2010 en tildeling på 600. 000 til oppstart av et treårig prosjekt.

Tidligere har kompetanseheving i regionen har vært knyttet opp mot enkelt prosjekter i kommuner innen helseforetakets område.

Flere mindre kommuner har hatt ønske om å starte egne prosjekter innen palliasjon men ikke lyktes med å få prosjektmidler. Andre kommuner, slik som Hå kommune, har fått midler og jobbet over noen år med å bygge opp kompetanse på palliasjon.

For det interkommunale prosjektet tok Hå, Klepp og Eigersund kommuner kontakt med Stokka Utviklingssenter for sykehjem i Rogaland for å få til et samarbeidsprosjekt.

Helsefaglig prosjektforum ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) inviterte alle de 18 kommunene i helseforetaket til samarbeid om et interkommunalt prosjekt. Seks kommuner gikk sammen om søknaden.

Etter at midler ble innvilget gikk prosjektgruppen ut med ny formell invitasjon til andre kommuner om deltagelse. Ytterligere tre kommuner ble da med. I 2012 ble de resterende kommunene også med, slik at alle de 18 kommunene nå er involvert.

### ***Initiativ og forankring***

Prosjektet er forankret administrativt under seksjon for fagutvikling og forskning ved Utviklingssenter for sykehjem i Rogaland, Stokka sykehjem i Stavanger. I tillegg er prosjektet forankret i administrativ ledelse i deltagende kommuner og gjennom samarbeidsavtalen mellom utviklingssenteret og samarbeidende kommuner.

I tillegg til de ni kommunene som var med fra begynnelsen (Bjerkreim, Eigersund, Hå, Klepp, Randaberg, Rennesøy, Sandnes, Stavanger, Time) var også Mobilt palliativt team (Stavanger Universitets

Sykehus), Utviklingssenter for hjemmetjenester (UHT) i Rogaland og SUS inne i prosjektgruppen. Hver kommune som deltok forpliktet seg til å bidra med en person i 10 % stilling ved å bruke eksisterende ressurser/kompetanse i kommunen.

Hver kommune hadde med dette forpliktet seg til å delta i prosjektgruppen og organisere aktivitetene internt i egen kommune.

Prosjektledelsen har ansvar for den praktiske gjennomføringen av prosjektet med en lege i 20 % stilling og en prosjektkoordinator med bakgrunn som kreftsykepleier i 30 % stilling. Prosjektet er forankret under Direktør for Oppvekst og levekår i Stavanger kommune.

### ***Samarbeid***

Prosjektet har vært opptatt av å skaffe oversikt over og tilgjengelighet til tverrfaglig spesialkompetanse i kommunene. Samarbeidet har innbefattet leger, sykepleiere (hvorav flere med bakgrunn fra kreftomsorg), prest-er, sosionomer, fysioterapeut ble inkludert i teamet. Kreftomsorg Rogaland ble også involvert og fikk spredt mye av det deres aktivitet til alle kommunene.

Prosjektleder driver med mye veiledningsvirksomhet i de samarbeidende kommunene. Veiledningen foregår med ansatte i hjemmetjenesten og sykehjem. Veiledningen tar utgangspunkt i gruppediskusjoner omkring pasient kasuistikker.

### ***Måloppnåelse***

Prosjektet jobber for at alle pasienter med behov for palliasjon har tilbud om individuell plan (IP) for å sikre et koordinert og tverrfaglig tjenestetilbud. De har arbeidet med å tilpasse IP for palliasjon og samordnet slike planer med de ulike kommunale systemer.

I noen kommuner har de kommet langt med dette arbeidet og bruk av IP inngår som en del av samarbeidet omkring palliative pasienter. I andre kommuner møter prosjektet mye motstand rundt bruk av individuell plan, blant annet fordi det er ulike synspunkter på nytten og nødvendigheten av IP for denne pasient gruppen.

Det har vært mange kompetansehevende tiltak. Det har vært avholdt interkommunale fagdager med tverrfaglige presentasjoner i grunnleggende palliasjon.

Hospitering, praksisbesøk og det prosjektet kaller for «pasientnær» læring av ferdigheter og holdninger. Det har blitt avholdt fagdager og drevet opplæring i eksisterende verktøy innen palliasjon inkl. ESAS, medikamenter for døende og LCP.

Det interkommunale samarbeidet har gjort bruk av lokale foredragsholdere i mange kurs. Mange halvdagskurs er blitt organisert på forskjellige steder i kommunen, det har vært viktig at kurs virksomheten ikke skulle være sentralisert.

I Sandnes var det en person i 10 % stiling som dro med seg mange ressurser inn i arbeidet og over 200 personer som har fått fire halvdagsseminarer bare fra Sandes kommune.

### ***Utarbeidet informasjonsmateriell***

Det er utarbeidet et tverrfaglig kompetanseplan og en veileder til bruk ved individuell plan. I tillegg er det lagt ut relevant informasjonsmateriell på egen internettside: [www.isipalliasjon.no](http://www.isipalliasjon.no).

### ***Erfaringer***

Arbeidet med individuell plan har kommet forskjellig ut for de impliserte kommunene. Mens noen kommuner har fått dette til å fungere og satt det i system, har det stoppet opp andre steder der det er liten interesse og samarbeidsvilje i omsorgssektoren for å jobbe med individuell plan. Prosjektledelsen sier at det vil enda ta en del tid og arbeid før dette kommer i orden.

Det har generelt vært en lang diskusjon om hvordan individuell plan for palliative pasienter skal skrives og oppbevares. I noen kommuner er det mulig å ha disse elektronisk tilgjengelige på web, andre steder er det forsøkt med papirformat som skal følge pasienten.

Prosjektledelsen har hele tiden vært opptatt av at hver kommune skal legge opp til å følge sitt system for

dette. I noen kommuner har arbeidet stoppet opp, da en måtte gå fra papirbasert til webbasert individuell plan. Der diskuteres det om er lettere å implementere individuell plan i en mindre kommune der ansatte i større grad kjenner hverandre.

At flere kommuner jobber sammen med kompetanseheving er meget positivt – prosjektledelsen synes at de samarbeidende kommuner forsterker hverandre i arbeidet med kompetanseheving for pasienter med behov for lindrende behandling. At de har en felles møteplass inspirerer og de har mulighet til å lære av hverandre.

En annen fordel er at kurs tilbys mange flere ansatte enn dersom de kun hadde blitt holdt for en kommune. Dette gir mer for pengene.

Nettverk for ressurspsykepleiere, som er en del av KLB (Kompetansesenteret lindrende behandling, Helseregion Vest) har vært viktig for å spre interesse og kompetanse.

Prosjektkoordinator for det interkommunale prosjektet har ledet nettverket de siste to årene. Et slikt nettverk har stor betydning for erfaringsutveksling og for eventuelt fremtidig samarbeid om pasienter.

Utfordringen i store kommuner er å få med fastlegene og sykehjemmene. Her er det stor variasjon i interesse og kompetanse.

### ***Faglig effekt***

Tverrfaglig samarbeid har vist seg å være en av suksessfaktorene og har bidratt til et mye bedre samarbeid på tvers av profesjoner og kommunegrenser.

Veiledningstimer har bidratt til økning av kompetanse og faglig trygghet.

Prosjektet har også vært godt representert i arbeidet med delavtale for palliasjon, som del av de forpliktende samarbeidsavtalene mellom Helseforetak Stavanger og kommunene knyttet til Samhandlingsreformen.

I delavtalen for palliasjon inngår bl.a. videreutvikling av palliativt forum, som en møteplass og motor i kompetanseøkning og tverrfaglig nettverksbygging.

## CASE 4 RISSA

### ***Bakgrunn***

Rissa kommune ligger på Fosenhalvøya i Sør-Trøndelag fylke, og omfatter kyststrekningen nord for ytre Trondheimsfjorden til Stjørnfjorden.

Rissa kommune er nabokommune til Trondheim med Trondheimsfjorden som kommunegrense. Den grenser også til Nord-Trøndelag fylke i øst. Kommuneadministrasjonen ligger i tettstedet Rissa, utover dette har kommunen spredt bebyggelse.

Kommunen har et areal på ca. 620 km<sup>2</sup>. Innbyggertallet er 6543 pr 1. januar 2012. Rissa er en av kommunene som inngår i samarbeidsorganisasjonen «Fosen distriktsmedisinske senter, interkommunalt selskap».

### ***Initiativ og forankring***

I 2000 ble det etablert en kreftpoliklinikk i Rissa som har oppfølging av kreftpasienter fra hele Fosenhalvøya. Kreftklinikken ble etablert på initiativ av kreftspesialist fra St. Olavs Hospital som ønsket å etablere egen arbeidsplass i Rissa.

Kreftklinikken ble på grunn av innsparing ved St. Olav stengt i 2006 og det ble satt i gang et arbeid for å få reetablert klinikken. I samarbeid med Rissa kommune ble det utarbeidet en søknad til Helsedirektoratet om støtte til etablering av et ambulerende team og et kompetansehevingsprogram.

Støtten fra Helsedirektoratet var med å danne grunnlag for reetablering av kreftklinikken i 2007.

Kreftklinikken drev behandling og oppfølging av kreftpasienter, samtidig som kreftspesialisten og en sykepleier ved kreftpoliklinikken utgjorde et ambulerende teamet som drev opplæring i alle de ni Fosen kommunene (med et totalt innbyggertall på ca 30.000).

## ***Samarbeid***

Fokus for aktiviteten har vært kompetansehevende tiltak. Undervisningen har vært utviklet etter innspill om behov fra kommunene i regionen og bestått forelesninger, rollespill og kasuistikk gjennomganger.

Tilbud om opplæring har gått ut til alle aktører som er i kontakt med kreftpasienter i kommunene. Det ambulerende teamet har også vært rundt i kommunen og bistått ved behov og svart på spørsmål på telefon. De har også etablert et nettverk for ressurspersonene i kommunene.

Det har vært rettet flere tilbud mot fastleger i kommunene, men det har vært utfordring å få disse med.

Kreftklinikken samarbeider med St. Olav rundt enkeltpasienter, dette fungerer fleksibelt og godt. De samarbeider også godt med kompetansesenteret gjennom kurs og fagdager på sykehuset. Kompetansesenteret bidro også til utforming av søknad om midler som ble sendt til Helsedirektoratet.

## ***Måloppnåelse***

Det er utarbeidet en utfyllende sluttrapport for prosjektet. Målene som var satt for kompetanseheving og nettverksbygging opplyses å være oppnådd.

Personene i teamet opplever at det har vært stort behov for dem og at de har vært viktige støttespillere til lokale ildsjeler i de ulike Fosen-kommunene.

Ved prosjektets utløp var det imidlertid ikke etablert strukturer og finansiering som sikret videreføring av det ambulerende teamet.

Det ble søkt midler til videre drift i Fosen regionråd. Søknaden ble behandlet i lederforum helse og omsorg, Fosen under Fosen distriktsmedisinske senter. Det var positiv holdning til tilbudet, men det ble ikke bevilget finansiering for videre drift.

Prosjektet har vært forankret i kreftklinikken, som ikke er en del av kommunehelsetjenesten. Dette kan være en mulig årsak til at struktur og finansiering for videreføring har vært utfordrende.

Samtidig er Rissa kommune svært bevisst



på nytten av å ha kreftklinikken og kompetansen der tilgjengelig i egen kommune. Det uttrykkes stort engasjement fra kommunen om å søke andre prosjektmidler og å etablere tilbud der kompetansen ved kreftklinikken kan benyttes.

De har nå gjennom nye tilskuddsmidler (knyttet til lokalmedisinsk senter) etablert lindrende senger i sykehjem som benytter kompetanse på kreftklinikken ved behov.

### ***Erfaringer***

Det uttrykkes utelukkende positive erfaringer med virksomheten i det ambulerende teamet. Kompetansen i kommunene er ulik og flere mangler nok kvalifiserte fagfolk.

Det er også en utfordring å få kommunelegen/fastlegen til å ta ansvar for pasientene og å sikre god nok koordinering mellom de ulike aktørene.

Gjennom den ambulerende funksjonen kunne kreftklinikken veie opp for noe av dette. De kjente både tilbudet i de ulike kommunene og pasientene godt gjennom sitt virke.

### ***Faglig effekt***

Prosjektet har generert aktivitet i alle kommunene knyttet til besøk fra det ambulerende teamet og gjennom undervisning. Det har også blitt gjennomført en kartlegging av kommunale ressurser og ressurspersoner i kommunene, og etablert et nettverk for disse.

Det er blitt arrangert konferanser med fokus på lindrende behandling på Fosen årlig, arrangert av eller i samarbeid med kreftklinikken.

## OPPSUMMERING AV CASE BESØKENE

Casebesøkene viser tydelig at det er mange likheter mellom kommunene og hvordan de har planlagt og gjennomført sine aktiviteter. Vestre Toten og Hå kommuner er begge mellomstore, og har arbeidet fra begynnelsen av med å forankre prosjektet i kommunal ledelse.

Etter at tilskuddsmidlene var oppbrukt, har begge kommuner lyktes i å få midler til å opprette en fast stilling i hver kommune som koordinator for å drive arbeidet med kompetansehevning og lindring videre.

For det interkommunale prosjektet i Stavanger har alle kommunene stilt opp med å frikjøpe en person i 10 % stilling for å være med å drifte og implementere kompetansehevingen. Siden prosjektet er pågående er det usikkert hvilken rolle hver enkelt kommune vil ta i dette prosjektet etter det er avsluttet.

Rissa har lagt initiativet utenfor kommuneadministrasjonen, noe som kan ha vanskeliggjort videre drift av det ambulerende teamet etter at prosjektslutt.

For alle kommuner nevnes ildsjeler som pådrivere til arbeidet.

I forhold til samarbeid har kommunene arbeidet på forskjellige måter. Mens Vestre Toten i stor grad har arbeidet med å utvikle samarbeidsrutiner mellom ulike instanser som den kommunale pleie og omsorgstjenesten, fastleger og spesialistenheter, har Hå lagt vekt på å legge til rette for individuelle planer for sine pasienter med behov for palliasjon. For Hå har det stått sentralt å legge til rette for at folk skal få dø hjemme. Kommunen har imidlertid også jobbet med å bygge kompetanse knyttet til de palliative rommene som er opprettet i kommunen.

Stavanger kommunes interkommunale prosjekt er fokusert på blant annet å utvikle individuelle planer i de ulike kommunene. Flere har lyktes med dette, mens noen kommuner møter motstand fordi det er ulike synspunkter på nytten og nødvendigheten av individuell plan til denne pasientgruppen.

Deltagerne i det interkommunale prosjektet har

faste møter, og erfaringer og gode grep deles mellom kommunene som samarbeider.

Rissa er den minste kommunen av de fire som ble besøkt. Samarbeid her har vært rette mot oppbyggingen av det ambulerende teamet og etablering av nettverk for ressurspersoner i kommunene på Fosen.

Kommunene som ble valgt ut til case besøk melder at de i stor grad har nådd sine mål. De opplever alle at det er stort behov for kompetansehevingen. I kommunene er det utført mange kurs for ansatte i den kommunale pleie og omsorgstjenesten, og disse har hatt stor oppslutning.

I Stavanger har de avholdt flere interkommunale fagdager. Dette har brakt sammen fagpersoner fra ulike felt. Dette har også gevinst av at det er lettere å samarbeide senere.

Casebesøkene ga et mer omfattende inntrykk av den jobben som gjøres i kommunene knyttet utvikling av kompetanse og utvikling av tjenester til pasienter med behov for lindrende behandling. De var med å danne et godt grunnlag for forståelse i dokumentanalysen.

## DOKUMENTANALYSE

### OM DOKUMENTENE

Dokumentene som er gjennomgått består av søknader og innsendte rapporteringer.

En ser en utvikling i form og innhold i dokumentene fra 2009 til 2011. Det første året brukes ikke søknadskjema av alle, noen har fylt søknadskjemaet ut for hånd og noen sender et eget brev som formulerer hva det søkes midler til. I 2010 er det økende bruk av søknadskjema og flere kommuner rapporterer også på standardiserte rapporteringsskjema. Fra 2011 er søknad og rapportering gjort elektronisk. Dette resulterer i større systematikk, særlig i forhold til rapportering.

Tilskuddsbrevene kommunene mottar fra Helsedirektoratet er standardiserte, og beskriver formaliteter rundt tildelingen og tildelingens størrelse. I 2011 ble det imidlertid i større grad enn tidligere gitt en vurdering av søknaden og en kommentar til prosjektet som ble støttet. Dette fremstår som en god forbedring.

Det er stor forskjell på omfanget av prosjektbeskrivelsene som ligger til grunn for tildelingene. Noen beskriver i korte trekk, i søknadskjemaet, hvilke tiltak det søkes støtte om, mens andre legger ved fyldige prosjektbeskrivelser. I de fleste tilfeller søkes det støtte til helhetlige prosjekter som har som mål å gi gode tilbud innenfor lindrende behandling i kommunen. Fyldigere prosjektbeskrivelser omtaler som oftest hvordan prosjektet er forankret og hvordan man, mer helhetlig, jobber for tjenesteutvikling innenfor lindrende behandling i vedkommende kommune. De inneholder også ofte en systematisk fremstiller bakgrunn for prosjektet, organisering, tiltak, mål og plan for evaluering.

Rapporteringen fra kommunene er også svært varierende. Igjen er det noen som sender fyldige

rapporter med evaluering og egenvurdering av prosjektet som er gjennomført. Andre sender en mer kortfattet oppsummering av tiltak som er gjennomført, men gjerne med flere vedlegg som powerpoint-presentasjoner fra fagdager, invitasjon til fagdager, evalueringsskjema fra fagdager og lignende. Andre igjen sender svært lite eller kun søknad om overføring av midler til neste år.

Mange kommuner uttrykker at det er en utfordring at midlene kommer så sent på året, slik at prosjektene ikke er mulig å gjennomføre før årsskifte. Dette fører til overføring av midler, samtidig som en gjerne sender ny søknad. På denne måten løper noen prosjektene, særlig de som går over flere år, litt uavhengig av søknaden fra år til år.

Det er også stor forskjell på hvor stort tilskudd det søkes om til prosjektene. Tildelingene har i perioden spent fra 24.500 til opp mot 1 million. Mange kommuner får også mindre tilskudd enn det de har søkt om, noen betydelig mindre. I de fleste tilfeller gir ikke tilskuddsbrevet kommunene mottar fra Helsedirektoratet føringer for hvilke deler av prosjektet de ønsker å støtte. Det er i disse tilfellene ofte vanskelig å se hvordan kommunene har tilpasset prosjektet og målene til tilskuddet som er tildelt.

I 2009 var det krav til kommunene om å stille med egenfinansiering inn i prosjektene. Dette har som oftest vært arbeidstid og vanskelig å indentifisere i rapporteringen, der det kun er vedlagt regnskap for de tildelte midlene. Dette kravet ble ikke videreført i 2010 og 2011. Det er i noen tilfeller også vanskelig å indentifisere direkte hvilke aktiviteter tilskuddsmidlene fra helsedirektoratet har finansiert og hva kommunen selv har bidratt med eller fått støtte til fra andre kilder. Et eksempel på dette er kommuner som rapporterer om at ansatte har deltatt i videreutdanning, som er en aktivitet som ikke skal dekkes av tilskuddsordningen.

### ***Søknadsbehandlingen***

Søknadene behandles av Fylkesmannen og de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling,

disse møtes og leverer en felles innstilling til Helsedirektoratet, som foretar den endelige tildelingen.

De regionale kompetansesentrene uttrykker at det er stor enighet mellom dem og fylkesmennene rundt prioriteringene som blir gjort. Kriteriene for tildeling er blitt klarere med årene. I vurderingen sees det i første rekke på søknadsutforming, at det er en god søknad som har med alle punkter helsedirektoratet krever: realistisk målsetning, metode, forankring og plan for fremdrift. Helheten av søknaden blir også vurdert i forhold til hvor godt gjennomarbeidet søknaden fremstår og i hvilken grad prosjektet omhandler det utlysningen ber om.

Samtidig kjenner kompetansesentrene kommunene godt. Ett kompetansesenter opplyser at de, de siste årene, i større grad har prioritert kommuner de ser har et stort behov, selv om søknadene ikke har vært så gode. De har da gjort en helhetsvurdering ut fra regionale behov.

Kompetansesentrene ser at det er stor forskjell mellom kommunene knyttet til det å utforme søknader, dette gjenspeiler seg i søknadene der alt fra små kommuner, som gjerne oppdager fristen i tolvte time og sender inn en håndskrevet søknad, til store interkommunale prosjekter som har egne folk som er proffe på å skrive søknad er representert. Det er også stor forskjell på hvor erfaren og gode kommunene er på å organisere og drive prosjekter.

Det er en sammenheng mellom gode søknader og gode prosjekter. Klarer man ikke å formulere en god søknad klarer man heller ikke å gjennomføre et prosjekt på en god måte

## FORANKRING

Felles for prosjektene er at Nasjonale retningslinjer ligger som grunnlag for utformingen av søknadene og arbeidet i kommunene. Selv om referansen til retningslinjene ikke alltid fremkommer direkte, gjenspeiler både søknader og rapportering at man jobber mot målene gitt i den nasjonale strategien.

### ***Lokalpolitisk forankring***

Helsedirektoratet har satt krav til forankring av prosjektene som støttes gjennom tilskuddsordningen. Søknadene ser i stor grad ut til å være godt forankret i kommunene. Ved synlige mangler har Helsedirektoratet i enkelte tilfeller gjennom e-post direkte til enkeltkommuner gjort oppmerksom på dette.

Norske kommuner har stor variasjon i størrelse og organisering, det gjør det i enkelte tilfeller utfordrende å avgjøre om søknaden er forankret tilstrekkelig høyt i kommunens systemer. Må søknaden være forankret hos rådmann, kommunalsjef, eller kan en institusjonsleder eller enhetsleder være rette vedkommende?

Det fremgår av rapporteringen at det er noe ulikt hvor «aktiv» denne forankringen har vært. I noen tilfeller har prosjektet vært tett fulgt av ledelsen, for eksempel gjennom jevnlig rapportering, mens det i andre tilfeller har vært større avstand mellom ledelse i kommunen og prosjekt. Dette avhenger til en viss grad av hvor stort og omfattende prosjektene har vært. Det ser ut til at store prosjekter i større grad har formell prosjektorganisering med prosjektgruppe og styringsgruppe (eller tilsvarende).

Flere kommuner har opplevd at det er viktig å forankre prosjekter i det kommunale politiske og administrative apparatet fra starten av. I mange kommuner har det politiske og administrative systemet engasjert seg i søknadsskriveprosessen, bistått og hentet inn råd og erfaringer fra andre kommuner:

I vår kommune dannet vi en arbeidsgruppe bestående av to sykepleiere, kommunelegen, en politiker og omsorgssjefen. Alle var med å utarbeide søknaden og bidro på hver sine måte. Vi hentet inn råd fra en nabokommune for hvordan vi skulle skrive søknaden. At vi hele veien har hatt med oss ledelsen i kommunen har vært avgjørende for at vi har fått til det vi har satt i gang.

Noen kommuner er tydelige på at støtte fra den kommunale ledelsen har vært helt avgjørende:

«Vi hadde ikke fått til det vi har gjort uten støtte og involvering fra ledelsen i kommunen.»

At politikerne ser behovet for å jobbe med palliasjon i kommunen og får innsikt i hva dette innebærer av kunnskapsoppbygging og prioriteringer, er viktig for fremtidige beslutninger om stillinger og tid i kommunene til å jobbe med palliasjon.

Ut i fra rapporter fra flere ulike kommuner kommer det frem at selv om det fra politisk hold prioriteres palliative rom på sykehjem, så skiller ikke politikere nødvendigvis mellom hvilken kompetanse det behøves hos palliative pasienter i forhold til andre pasientgrupper, for eksempel langtids demens-pasienter.

Politikere kan ofte betrakte «en plass som en plass» selv om en palliativ plass på sykehjem er mer krevende enn en langtids demens pasient. Det er nødvendig at politikere vet at det kreves ofte mye kompetanse for å gi pleie til palliative pasienter. Dette gjelder både for smertelindring som ofte krever en del utstyr men også psykologisk ved å stå i et lidelsesfullt rom og gi omsorg til pasient og pårørende.

En annen kommune spisser dette ytterligere og skriver i rapportering fra sitt prosjekt:

Behovet for institusjonsplasser – såkalt lindrende avdeling - må forankres i administrativ og politisk ledelse. I forhold til Lindrende avdeling må rammene med hensyn til bemanning defineres ut i fra anbefalt bemanning 2:1. Det må særlig sees på offentlige utredninger som «Standard for Palliasjon», Samhandling- Palliative enheter på sykehjem og anbefalinger i NOU 1999, Livshjelp, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende.

Det er flere prosjekter, med en økende tendens fra år til år, som søker penger for å bygge nettverk mellom flere kommuner. Dette er særlig knyttet til kompetanseheving, men også til en viss grad tjenesteutvikling. Disse prosjektene viser i hovedsak forankring i søkerkommunen. Det er gjennom søknadene vanskelig å danne seg et klart bilde av hvordan og i hvilken grad det er forankret i kommuner en skal bygge nettverk med.

For å sikre videreføring av tiltak etter endt prosjektperiode er prosjekter som har til formål å skape varige strukturendringer i kommunene i større



grad avhengig av å være forankret og ha aktiv støtte i toppledelsen. Det synes særlig her at strategisk arbeid mot politisk nivå og andre beslutningstagere knyttet til oppretting av stillinger eller etablering av ulike tilbud er viktig.

### ***Forankring i fagmiljø, lokalt og nasjonalt***

Noen prosjektledere har opplevd at de har fått støtte og aksept for å søke om midler, men at sentrale personer har uteblitt fra arbeidet som skulle gjøres:

Kommunelegen var meget positiv til å være med i prosjektet, men deltok ikke. Ledelsen skulle ha vært mer med. Dette for å få eieforhold til prosjektet og som en konsekvens av dette se betydningen av videreføring av positive resultater prosjektet har medført.

Spesielt nevnes samarbeid og tilknytning til leger i arbeidet med palliasjon som svært viktig. Dersom gruppen av leger ikke engasjerer seg, ser det ut til at dette går på bekostning av prosjektet som helhet:

Det hadde helt klart vært en fordel om tilsynslegene fra starten av hadde vært en del av prosjektet, dette da prosjektets utforming er avhengig av legers delaktighet. Dette gjelder alt av medisinsk behandling samt samarbeid med pasient og pårørende i forhold til etiske beslutninger i forhold til kurativ/palliativ behandling.

Det kommer også frem at samarbeidet med fastleger er viktig, men svært varierende fra kommune til kommune. Et godt samarbeid med fastleger synes å være viktig for å få til et godt og samordnet tilbud for pasienter med behov for palliasjon:

Fastlegen var den viktigste og nærmeste samarbeidsparten i prosjektet. Prosjektet la vekt på tett samarbeid med fastlegen både for pasienten, pårørende og kreftsykepleier/ressurssykepleier.

I forhold til fagmiljø har de ulike kommunene oppnådd ulikt samarbeid. Noen har knyttet kontakt med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling, noen har hatt kurs og undervisning i samarbeid med Utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester, og

noen kommuner har også hatt samarbeid med forskjellige typer fagnettverk i regionen, for eksempel grupper av kreftsykepleiere eller tverrfaglige team som jobber med palliasjon.

Erfaringene med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester har vært noe varierende. I en rapport fra en kommune uttrykkes dette slikt:

Vi har ikke oppnådd strukturert samarbeid med undervisnings sykehjem. Vi etterspurte råd og eventuelt hjelp til undervisning, men det var ikke ressurser hos dem til dette. Derimot fikk vi oversendt dokumenter som beskrev hvordan kommuner i vårt fylke samarbeidet om palliativt prosjekt. Vi har derimot hatt god kontakt med «kompetansesenter for lindrende behandling.

Når det gjelder å avholde undervisning har det vært nyttig å samarbeide om kompetanseheving i form av kurs og undervisning:

Samarbeid med undervisningssykehjem og regionalt kompetansesenter i form av deltagelse på konferanser og kurs. Dette har vært meget nyttig!

Geografi og beliggenhet er med på å styre hvor nyttig eller hyppig samarbeidet er med Utviklingscentrene for sykehjem og hjemmetjenester har vært:

Undervisningssykehjemmet i vår region er et interkommunalt undervisningssykehjem med fire eierkommuner. Kommunen har ikke muligheter til video konferansemøter. Derfor er vi avhengig av å møtes, og grunnet geografiske avstander og kommunikasjon, vil møte ta en hel arbeidsdag. Dette har i perioder bydd på vanskeligheter. De økonomiske overføringer fra sentrale myndigheter synes ikke å ta høyde for interkommunale undervisningssykehjem med våre utfordringer. Det har i liten grad blitt arbeidet med fordeling av ansvar mellom de ulike eierkommuner.

I forhold til lokalpolitisk og administrativ forankring i kommunene, har alle kommuner inkludert i erfaringsoppsommeringen en slik tilknytning. Det er imidlertid store variasjoner i hvor solid denne forankringen har vært, alt fra at representanter fra politisk og admin-

istrativt nivå har vært involvert i søknadsskriving, møtevirksomhet og i å sikre prosjektets fremdrift til at kommuneledelse har vært informert og gjort kjent med innholdet i søknaden og prosjektet, men uten noen grad av oppfølging.

Når det gjelder forankring i faglig nettverk, varierer dette også fra en kommune til en annen. Det ser ut til å være noe variasjon på hvor mye kompetanse de ulike Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har, og hvilken mulighet de har til å yte noe inn i kommuners prosjekter. Mens en slik tilknytning har vært selvskreven i noen kommuner, og samarbeidet har blitt beskrevet som svært nyttig, utfordres andre kommuner igjen av økonomiske og geografiske hindringer.

## MÅLOPPNÅELSE

### *Målformulering*

Prosjektene har i stor grad overordnede mål, det utformes gjerne som «Utvikle gode tjenester innenfor lindrende behandling i kommunen» eller «At alle som har avsluttet aktiv behandling for sin kreftsykdom skal få et helhetlig, kvalitativt og sømløst tjenestetilbud både tverrfaglig og tverretattlig, som gir pasienten og de pårørende best mulig livskvalitet og trygghet». Som beskrevet over er det variasjoner mellom kommunene i hvor mye midler de har mottatt og hvilke aktiviteter det er søkt om støtte til. På samme måte har prosjektene ulike forankringer og ulik grad av støtte politisk og administrativt i sine kommuner. Disse bakgrunnsfaktorene preger på hver sin måte kommuners måloppnåelse og det fremkommer i dokumentanalysen variasjoner i tilbakemeldinger om egen måloppnåelse.

Mange av prosjektene er pågående – det er derfor for tidlig å si noe om endelig måloppnåelse. En del kommuner rapporterer at de har kommet senere enn antatt i gang med sine prosjekter:

Prosjektet fikk forsiktig start på grunn av sen tilbakemelding om tilskudd som gav forsinkelser i fremdriftsplanen. Prosess med ansettelse av prosjektleder ble først startet etter vedtak om

tilskudd ble gitt.

Alle tilskuddsmottakerne viser til aktivitet i prosjektet (med unntak av der man ikke har kommet i gang på grunn av sen tildeling og søker overføring av midlene). Rapporteringen har hovedfokus på aktiviteten og flere av rapportene er en oppramsing av hva som er gjort. Et eksempel er at det talt opp antall møter, antall fagdager som er gjennomført, hvilke prosedyrer som er skrevet ned etc.

### ***Måloppnåelse og undervisning***

De aller fleste har lykket i å starte opp tiltak innen kompetanseheving til lindrende behandling i form av å holde kurs for egne ansatte og skape bevissthet i forhold til denne pasientgruppens særskilte behov. Det er gjennomført mange vellykkede kurs, undervisning, fag- og temadager. Dette er aktivitet som er lett å måle. Det er enkelt å telle deltagere som forteller noe om oppslutningen. Flere kommuner har dessuten latt kursdeltagere fylle ut egne evalueringsskjema, som peker på positiv oppslutning.

Noen kommuner har fått til svært mye. I disse kommunene har det vært holdt mange kurs og arbeidet aktivt med å utvikle samarbeidsrutiner med alle instanser som er involvert i omsorg for den palliative pasienten. På mellomstore steder der ansatte i helse- og omsorgssektoren kjenner hverandre, synes det ofte lettere å få samarbeid til å flyte lett og kommunikasjon rundt pasienten er mindre utfordrende.

I forhold til måloppnåelse er en sårbarhetsfaktor utskiftning av personale enten i prosjektgruppen eller i kommunale instanser. Der hvor det tidligere har vært forståelse og godt samarbeid, kan nytt personell komme inn med en annen forståelse for feltet og innstilling til samarbeid.

Selv om mange kommuner har gjennomført mange og vellykkede kurs og fagdager, uttrykkes det i mange rapporteringer at det må jobbes kontinuerlig med undervisning i palliasjon, og at måloppnåelse er noe som strekker seg videre inn i tid:

Vi må fortsatt øke kompetansen til de ansatte i

form av kurs, hospitering og internundervisning slik at kompetansen også blir nedfelt ute på de små avdelingene. Mange av våre brukere vil helst forholde seg til ansatte som de kjenner og er fortrolige med.

Flere understreker at det er nødvendig at undervisning må nå alle i pleie- og omsorgssektoren i kommunen. Pasienter med behov for palliasjon er sårbare og det er viktig at alle i pleiesektoren får innsikt i arbeidsmetoder, stell og pleie:

Gjennomføring av temadager var vellykka og lærerikt. At hele personalgruppa deltok var viktig for samhandling og forståing innad i personalgruppa, og vi tror dette øker interessen for palliasjon. Det er viktig å fremheve at alle har noe å bidra med i forhold til denne pasientgruppa.

I sluttrapportene fra kommunene meldes det at det har vært stor interesse for fagdager og undervisning, og at dette målet har vært det enkleste å arbeide med. Det er tydelig at mange ansatte i kommunene har følt behov for økt kompetanse på fagområdet. Noen kommuner har gått i samarbeid med nabokommuner om å organisere kurs og undervisning, og melder tilbake at dette gav mer for pengene og mulighet for at flere fikk delta på kurs.

### ***Måloppnåelse og hospitering***

Hospiteringsordninger er mye brukt og betraktes som viktig ledd for å oppnå kompetanseheving som mål. I noen tilfeller har kommuner måttet justere hvor mange personer de har kunnet sende ut på hospitering på grunn av at kommunen fikk mindre midler enn det ble søkt om. Flere rapporterer at hospiteringsordningene har vært vellykkede, og mange har nådd sine mål på dette feltet: «Hospitering i andre kommuner som allerede har etablert lindrende enhet, har gitt oss stort utbytte»

Hospitering kan også føre til at en del bånd knyttes og gjøre det lettere mellom kommunen og spesialistenhet for fremtidig samarbeid og kommunikasjon om pasienter:

En får økt og opprettholdt kompetansen ved å hospitere ved palliativt team. En inngår da i et faglig miljø som en ikke har i kommunen. Når en skal jobbe som kreftsykepleier, burde det ha vært obligatorisk at en skulle få hospitere slik at en får opprettholdt kompetansen. Når en får være mye i et sykehusmiljø der de fleste pasienter har sin tilknytning, så er terskelen for å ta kontakt mye begge veier mye lavere, en kan ringe til sykehuset for « å ta en prat ». Det fører også til at en snakker mer positivt om hverandre, og det er trygghetsskapende for pasient og personal.

Bruk av hospitanter til internundervisning etter avsluttet hospitering meldes også som svært nyttig og har gitt mye utbytte for pengene.

Hospiteringsordningen er sårbar på den måten at det investeres mye i enkeltpersoners kompetanse. Dersom denne personen slutter eller går i permisjoner, er ikke lenger denne kompetansen tilgjengelig i kommunen.

### ***Måloppnåelse og samarbeid***

I forhold til måloppnåelse knyttet til samarbeid viser prosjektdokumentene ulike resultater, muligheter og hindringer.

Noen kommuner har fått til tverrfaglig samarbeid og benytter for eksempel individuelle planer for palliative pasienter. I dette arbeidet har prosjektkoordinator stått sentralt. De kommunene som har lykket her er mellomstore, ofte karakterisert ved at helsepersonell har litt kjennskap til hverandre fra tidligere arbeid.

Enkelte kommuner melder om «propper» i samhandlingen der ett ledd ikke følger opp samarbeid slik det er tjenlig for pasienten.

Et eksempel på dette kan være en fastlege som ikke er tilgjengelig for å se og skrive ut medisiner til pasienten når smerteproblematikken tiltar. Dette kan generelt være et problem i helger og utenom vanlig arbeidstid. I slike situasjoner er individuelle planer viktige der det på forhånd er avklart hvem som kan stille opp for pasienten i slike situasjoner og hvordan denne personen kan kontaktes.

Det meldes tilbake at i enkelte kommuner blir individuelle planer forsøkt arbeidet frem, mens kan bli stoppet av bestiller/utfører-kontor med begrunnelse om at de ikke ser noen behov for individuell plan.

### ***Måloppnåelse og opprettelse av plasser til palliasjon***

Etablering av palliative senger og rom er blitt prioritert i mange kommuner. Rommene er oftest knyttet til sykehjemsavdelinger. Mens kommunene har sørget for midler til rommene og til nødvendig utstyr, har midler fra Direktoratet blitt brukt til å bygge kompetanse.

Flere kommuner rapporterer at flere helse- og omsorgsarbeidere synes det er vanskelig å jobbe med palliative pasienter. Mange synes det er utfordrende å stå i rom der mennesker lider mye, utøve smertelindring med bruk av det som oppleves som avansert utstyr, i tillegg til at de må takle pårørende.

I noen kommuner har det derfor vært vanskelig å rekruttere og kvalifisere personell til å utføre dette arbeidet. Ved opprettelsen av palliative rom/senger er det jobbet mye med hvordan en skal bygge kompetanse rundt disse enhetene. Noen kommuner opplever det som vanskelig å få egnet personell:

Vi holder på å ansette en ny nå. Hun har den bakgrunnen som trengs, og hun er den typen som er trygg på seg selv og som kan klare å stå i en del situasjoner uten å måtte ha mye hjelp fra andre.

### ***Hva kan føre til manglende måloppnåelse?***

Det er viktig at det er en øremerket ressurs og en klar rolle for prosjektlederen å drive med kompetanseoppbygging.

En grunn til manglende måloppnåelse er ustabilitet hos personell eller nyansettelser. En liten kommune i Nord-Norge beskriver dette slik:

Frem til november var det vanskelig å prioritere arbeidet med prosjektet fordi prosjektleder også var avdelingsleder for sykeavdeling. Dette er betydelig bedre nå da arbeidet som prosjektleder inngår i stilling som kreftsykepleier. Arbeidet

er nå direkte pasientrettet, og prosjektet med å bedre tilbudet til brukere med behov for lindrende behandling er godt i gang.

Å miste prosjektleder eller nøkkelpersonell beskrives av flere som å måtte begynne forfra igjen:

I prosjektperioden sluttet koordinatoren, og det tok tid å finne en ny. Det var litt som å begynne på nytt igjen.

Også andre typer fravær kan skape diskontinuitet i prosjektet:

Prosjektet er forsinket da koordinatoren er ute i fødselspermisjon. Vi vet heller ikke når eller om hun kommer tilbake.

Likeledes er det viktig for måloppnåelse at det er stabilitet i bemanningen:

Litt problematisk at det i en kort periode var usikkerthvemsomskulleværeprosjektkoordinator på grunn av over gang i ny stilling. Dette virket negativt inn og førte til usikkerhet blant personalet og prosjektmedlemmene.

Mange kommuner har beskrevet det som nødvendig å ha kompetanse i form av personer som har jobbet med spesialisering og gjerne har bakgrunn fra sykehus for å kunne fylle en funksjon som koordinator i kommunene.

For å nå sine definerte mål, rapporterer flere kommuner at det har vært problematisk å få med leger. I noen kommuner har mangel på kontakt og kommunikasjon med leger ført til at målene i søknaden ikke er helt nådd:

Vi har gjort mange fremstøt mot fastlegene for å få de med på kompetanseheving programmet. Vi skrev mail, brev og oppsøkte alle legekantorene. Prosjektleder presenterte prosjektet på møte med alle sykehjemslegene og oppfordret til deltagelse på planlagte kurs... Det har vist seg vanskelig å få med fastlegene på felleskurs med sykepleiere og hjelpepleiere.

Flere kommuner har hatt som målsetting å få til dagplasser og døgnplasser tilknyttet sykehjem til palliasjon. Det var vært ulike erfaringer her. Mens en del kommuner har fått til et slikt tilbud, har andre stridd med å få til et godt tilbud som brukerne føler seg komfortable med:



Vi åpnet for bruk av dagplasser ved lindrende enhet. Det har imidlertid vist seg at det er vanskelig å nå pasienter som har behov for symptomlindring og som ønsker dagplass. Vi har hatt ti pasienter til vurdering for plass, men kun to pasienter har benyttet seg av dette tilbudet. Disse to pasientene har hatt nytte av å få bistand med symptomlindring. Det har vært flere årsaker til at tilbudet ikke har passet for de åtte andre. Flere var ved vurderingsbesøket for syke og endte opp med å få tilbud om døgnplass. Tre av pasientene følte at de var for friske og ønsket ikke å komme sammen med døgnpasienter som benytter samme fellesområde.

En annen kommune har også gjort seg noen erfaringer med hva som ikke lykkes:

Øremerkede senger midt i en sykehjemsavdeling er ikke å anbefale. Avdelingen kan ligge i enden av en korridor, men man må fysisk kunne skjerme avdelingen fra den øvrige sykehjemsavdelingen. Dette er både ut i fra pasientenes ulike alderssammensetning, dere pårørende, men også barn med særlige behov i en vanskelig livsfase. Vi har sett at det er uheldig for de øvrige pasienter ved sykehjemsavdeling fordi behovet til den alvorlige syke og døende pasient går på bekostning av de andre pasientene som også er syke og hjelpetrengende.

Det samme forholdet påpekes i en annen kommune der også flere aleneboende kombinert med kreftforekomst beskrives:

Det er vanskelig å ha lindrende senger i en vanlig sykehjemsavdeling uten ekstrapersonellressurser. Vi står ovenfor utfordringer med økt insidens av kreft, samtidig som endrede familiestrukturer fører til at flere lever og bor alene. Sist men ikke minst fører avansert behandling til at flere lever lenger med sin sykdom. Mønstret i livsløpet utfordrer kommunehelsetjenesten.

Dette understreker at arbeidet med palliative pasienter er sammensatt og at det er mange faktorer som griper inn måloppnåelse.

Endringer i forekomst av kreft og endret husholdsstruktur krever en tilpasset organisering, der mål defineres og endres i tråd med disse.

## FAGLIG EFFEKT OVER TID

Gjennom rapportering fra kommunene fremgår det tydelig at tilskuddsordningen har bidratt til fokus på palliativ omsorg og behandling i mange kommuner. Ildsjeler med interesse og kompetanse innenfor fagfeltet har blitt identifisert og fått blomstre i mange kommuner. Ildsjeler pekes på som et av de viktigste kriteriene for et vellykket prosjekt.

Tilskuddene har gjort det mulig å frikjøpe mange ildsjeler til dedikert aktivitet for å legge til rette for kompetanseheving, samarbeid og tjenesteutvikling knyttet til palliative pasienter.

Flere kommuner rapporterer at økt fokus på palliasjon har ført til at flere forholder seg til kompetansen som finnes i egen kommune og at flere i omsorgssektoren har blitt interessert i fagfeltet:

Prosjektet har bidratt til å belyse betydningen av kompetanse. Den enkelte medarbeider er blitt mer oppmerksom på å benytte seg av kreftsykepleier kompetansen som finnes i hjemmetjenesten. En langsiktig effekt er at dette har stimulert til at flere sykepleiere i kommunes sykehjem og hjemmetjenesten tar spesialutdanning i Kreftsykepleie. Videre har det belyst behovet for og stimulert til at flere hjelpepleiere inspireres til og får mulighet til å ta videreutdanning i kreftomsorg og lindrende pleie.

Det har gjennom prosjektene vært gjennomført en massiv kursvirksomhet. Å måle den konkrete effekten av slike opplæringstiltak er utfordrende, og ingen av prosjektene rapporterer spesifikt om oppnådd kompetanseheving.

Kursene har imidlertid vært en aktiv arena for å spre basiskunnskap, og også spesialkunnskap knyttet til lindrende behandling til en stor andel helsearbeidere i hele landet. Dette vil, i hvert fall til en hvis grad, ha økt den faktiske kompetansen i palliasjon, og ikke minst satt dette temaet på dagsorden og bidratt til bevissthet og refleksjon rundt den aktuelle pasientgruppen:

Med kompetanseheving blant personalet ser en at det gir motivasjon og trygghet. Gode rutiner blir innført, for eksempel egne vaktlister for de sykeste i hjemmetjenesten.

### ***Faglig effekt og tjenesteutvikling***

Tilskuddsordningen synes ut fra de innsendte rapportene å ha bidratt til tjenesteutvikling i kommunene. Mange prosjekter har hatt utforming av rutiner for samarbeid og bruk av individuell plan som elementer.

Det er også flere kommuner som rapporterer at prosjektet har lagt grunnlag for ansettelse av eller frikjøp av kreftsykepleier for å være ressursperson i kommunen. På denne måten danner prosjektene med tilskudd fra Helsedirektoratet grunnlaget for utbygging av tjenester til pasienter med behov for palliativ omsorg og behandling.

Fra rapportene er det tydelig at det er viktig at kunnskapsoppbygging og fokus på palliasjon formidles noenlunde samtidig til ulike nivåer i helse og omsorgssektoren i kommunen. Dette skaper forståelse på alle plan og gjør at samarbeid flyter lettere. Flere kommuner påpeker at utvikling av rutiner er viktig for faglig effekt over tid. En middels stor kommune på Østlandet skriver i sin egen rapportering:

Bedre samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenesten forutsetter en felles forståelse for de utfordringene man har på hvert nivå. Bedring av rutiner og skriftliggjøring av disse er viktig tiltak som det kontinuerlig må jobbes med. Likeså er forståelsen for å være i forkant for kartlegging av symptomer, etablere kontakt med ansvarlig fastlege for felles hjemmebesøk enten i egen bolig, sykehjemsavdelingen eller omsorgsleiligheten. Man har de samme utfordringene på de tre arenaer og bedre samhandling og kompetanseheving er viktige tiltak også her.

I forhold til faglig effekt, bringes ofte fokus tilbake på viktig samarbeidspartnere. I noen kommuner har de fått til et utvidet og godt samarbeid med fastlegene. I en kommunes egenrapportering leser vi:

Vi er stolt over at vi har fått utvidet samarbeid med alle fastlegene i kommunen. De utfører hjemmebesøk til alvorlig syke og døende pasienter. Dette gjenspeiler seg i at det er stor aksept for at de som ønsker det får dø i eget hjem.

Vellykket samhandling og faglig effekt impliserer at det er god kommunikasjon med spesialistenhet og den kommunale pleie og omsorgstjenesten, samt kommunalt tverrfaglig samarbeid. I en kommune har de jobbet spesielt med å være tilstede på hjemreisesamtale på sykehuset:

De gangene vi lyktes med dialog og tid til å gjennomføre hjemme samtale før utskriving har vært de mest vellykkede tilbakeføringene. Dette er absolutt veien å gå, men her treng vi mer tid med målretta arbeid.

Flere kommuner understreker behovet av tverrfaglig arbeid. Dette innebærer flere forskjellige aktører:

Vi har sett behov for å etablere gode tverrfaglige møtepunkt. Tett samarbeid med fastlege er nødvendig. Ut over dette har vi vært hos NAV der vi har sikret at pasienten får egen person å forholde seg til. Vi har også avtale med tannhelse, helsestasjon, kirkekontoret, hjemmehjelpen og barnevernet for å legge til rette for at familier skal også motta hjelp i praktiske situasjoner som ikke lenger lar seg gjennomføre uten hjelp utenfra.

En annen faktor ved faglig effekt over tid er muligheten til å beholde og rekruttere fagkompetanse. Flere påpeker nødvendigheten av å få ekstra ressurser for å legge til rette for et godt tilbud:

Kunnskap satt i system uten ekstra ressurser til å fronte, drifte og holde fokus på fag er umulig å få til i en sykehjemsavdeling uten at det tilføres ekstra ressurser for å gjøre denne jobben. Implementering av de kartleggingsverktøy som det finnes mange av innen symptomlindring krever både kompetanse og tid til å gjøre dette.

## UTVIKLINGSARBEID

De fleste av prosjektene er flerårige. En del prosjekter er ikke avsluttet, eller er nylig avsluttet og det er uklart i rapporteringen hvilket faglig utviklingsarbeid som vil skje utover den organisatoriske enheten til tilskuddsmottaker.

Mange kommuner jobber med struktur og implementering av rutiner. I flere kommuner har arbeidet gitt grobunn for ansettelse av kreftkoordinatorer eller og fristilte kreftsykepleiere. Dette synes å være et viktig bidrag for å få på plass grunnlaget for utviklingsarbeid.

En kan få inntrykk av at en del fremdeles er personavhengig, spesielt i små kommuner.

I flere deler av landet har ulike kommuner gått sammen om å organisere kurs og tema- eller fagdager. Med et slikt interkommunalt utviklingsarbeid som innfallsvinkel, når kunnskap om palliasjon frem til flere deltagere og en får mer for pengene.

Noen kommuner som ikke har spesielt mye samarbeid har allikevel inkludert hverandre på kurs og dette beskrives som veldig nyttig og positivt. Samtidig har helsepersonell i nabokommuner har blitt kjent med hverandre, og har lettere kunnet dele erfaringer og ta videre kontakt i etterkant.

## VARIGHET

Mange kommuner har som nevnt fått hjemmel for en fast stilling innen lindrende omsorg etter at prosjektet med midler fra Helsedirektoratet er avsluttet, og dette peker på betydningen av varighet og at fagområdet anerkjennes sentralt i kommunene.

Personen som har fått denne stillingen i kommunene er ofte den samme som har vært prosjektkoordinator i perioden da det ble mottatt midler fra Helsedirektoratet.

«Friske» midler gir kommunene handlingsrom til å bearbeide og videreutvikle rutiner slik at prosjektresultatene vedvarer:

Jevnlig repetisjon av prosedyrer vil fortsette etter prosjektperioden. Kommunen har opprettet en faggruppe i lindrende behandling som skal sikre at rutiner vedlikeholdes.

Noen har utviklet verktøy for å sikre at rutiner følges:

Vi har opprettet hjemmejournal for disse pasientene. Det er også utviklet felles prosedyreperm for palliasjon som nå er i fast bruk.

Enkelte kommuner beskriver tiden før og etter prosjektet og peker på hva de har oppnådd av resultater og etablering av faste rutiner:

Vår erfaring er at pasienter som var ferdig behandlet på sykehus forholdt seg til sykehuset via åpen retur i stedet for å opprette kontakt innad i kommunen. Årsakene kunne være mangel på trygghet i hjemmesituasjonen eller dårlig samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten. I tillegg er det klare mangler på kompetanse innen fagfeltet palliasjon hos helsepersonell som resulterte i mangelfullt tilbud og dårlig symptomlindring som igjen gav unødvendige sykehusinnleggelse. Det var tilfeldig hvilken behandling den enkelte ble gitt ut i fra kompetansen og tryggheten til den faglærte. Ved hjelp av prosjektmidlene er det opprette et nært samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten der det er laget rutiner for overflytting av alvorlig syke og døende tilbake til kommunen.

Vi ser også at noen kommuner har nedsatt arbeidsgrupper til å sikre at resultatene vedvarer:

Kommunen har arbeidet med å implementere prosjektet inne i organisasjonen på en slik måte at en sikrer seg videreføring av dette viktige arbeidet. Det er nedsatt ei arbeidsgruppe bestående av etatsleder, prosjektleder, inntakskordinator, og ressurspsykeleieren. Disse har sett på alle rutinene og på kontaktene som har blitt opparbeidet og blitt enige om hva vi skal beholde. De har fordelt ansvar seg i mellom videre for å sikre at rutiner følges. Kommunen knytter spesielt dette viktige arbeidet litt opp mot de ressurspsykeleierne som allerede er tilsluttet ressurspsykeleiernettverket i vårt fylke. Dette har vært et veldig viktig arbeid.

### ***Varighet og trinnvis prosjektutvikling***

Vi ser ut i fra dokumentanalysen at det er en utviklingsretning i de kommunene som har satt søkelys på palliasjon med midler fra Helsedirektoratet. Den «typiske utviklingen» starter med at noen ansatte i kommunen får gå på kurs eller får hospitere. Dette skaper en motivasjon og forsterket interesse for fagfeltet og flere ønsker seg og gjennomfører videreutdanning. Det etableres en ressursperson i kommunene, gjerne med et koordineringsansvar eller en ressursgruppe som støtte.

Ofte ser en at det dannes nettverk i kommunen av ressurspersoner, som oftest kreftsykepleiere. Det opprettes struktur for internundervisning og senere etablering av interkommunale kompetansenettverk (ofte i samarbeid med Kompetansesentrene og utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester). Her er kompetanseheving en kjerneaktivitet, men også felles bruk av ressurser kan være elementer her.

Det utredes og besluttes oppretting av senger/enheter for palliative pasienter. Kommunene bygger kompetanse og etablerer døgntilbud.

Det jobbes videre med kompetanseheving og et bredt fokus på lindring i kommunen. Innføring av Liverpool Care Pathway (LCP), bruk av individuell plan, anvendelse av kartleggingsverktøy som for eksempel ESAS trer i kraft.

Etter dette ser en at fokus bringes på spesialisering for ulike grupper, for eksempel har det vært bevilget midler til prosjekter som ønsker å heve kompetanse og tilrettelegge tilbud til særlige pasientgrupper som barn, demente, psykisk utviklingshemmede eller yngre palliative pasienter.

Denne «typiske utviklingen» ser en i flere kommuner, og det setter søkelys på varighet. Å bygge et godt system for palliasjon synes å handle om tid og prosess, og at dette kommer litt i små trinn om gangen.

En annen side i arbeidet er den stadige påminnelsen om utfordringer knyttet til pasientgruppen. Dette gjelder også for prosjekters varighet, at helsepersonell opplever det er mange hensyn å ta:

Karakteristisk for mange var at de bodde alene og hadde lite nettverk. Dette gir særlige utfordringer knyttet til å være enslig og å bo alene når alvorlig sykdom rammer og hjelpebehovet gjennom døgnet er stort. Mange ønsker å tilbringe siste tid i eget hjem. Dette ønsker kommunen vår å imøtekomme, men det er ei utfordring for hjemmetjenesten å sikre tilstrekkelig ekstrabemannning når behovet for nærmest døgnbemannning noen ganger strekker seg over tid.

### ***Varighet i lys av nye utfordringer***

Andre beskriver nye pasienter som en utfordring:

For oss er det en utfordring med yngre palliative pasienter, nye oppgaver og ny pasient gruppe enn tidligere.

Avveininger må også tas i forhold til andre oppgaver:

Pasientens tilstand var sammensatt og kompleks. For å kunne kartlegge, observere og iverksette riktige tiltak, er forutsetningen å ha tid til å ivareta pasientens både fysiske og mentale behov. Sorgbearbeidelse gjennom samtale forutsetter både nok tid og ro til å være tilstede i situasjonen. En har ofte sett at dersom en tar seg tid til å gjøre en grundig jobb går det på bekostning av de andre pasientene i avdelingen som også er syke og hjelpetrengende.

I kommunene foregår det en oppbygging av kunnskap, og det dannes linjer for hvordan den palliative omsorgen drives. Feltet utfordres stadig av ulike problemstillinger knyttet til vilje og mulighet til samarbeid og å løse de stadige utfordringer som melder seg for å få til varige rutiner og løsninger.



# 6. DISKUSJON OG VEIEN VIDERE

## FORANKRING I NASJONALE RETNINGSLINJER

Søknadene generelt er godt forankret i nasjonale retningslinjer. Det er en stor styrke å ha et nasjonalt handlingsprogram som har fått så god utbredelse. Kompetansesentrene fremhever at dette har hatt mye å si for utviklingen på feltet i kommunene.

Det at rammene kom så tidlig, gjennom Standard for palliasjon i 2004 har hatt stor betydning. Gjennom denne har kommunene hatt en kokebok. Dette har medført at prosjektene går inn i en sammenheng – at det ikke har blitt prosjekter «ut i luften».

Kompetansesentrene opplever samtidig at det er noen «klasseskiller» mellom kommunene. Det er noen som har et sterkere faglig fundament i palliasjon som kjenner retningslinjene bedre. Dette hever kvaliteten på søknader og rapportering samt faglig utbytte i kommunene.

## MÅLOPPNÅELSE

Kommunen rapporterer generelt om god måloppnåelse for sine prosjekter. Det er imidlertid stor forskjell i dybde på rapportering fra de ulike kommunene. Prosjektene dreier seg i stor utstrekning om kompetanseheving og tjenesteutvikling. Dette er områder som er svært utfordrende å evaluere og måle konkret oppnådd effekt innenfor.

En særlig utfordring i forhold til denne pasientgruppen er at de i utgangspunktet er veldig fornøyd med det tilbudet de mottar, slik at en eventuell forbedring blir vanskelig å måle. Samtidig er det en pasientgruppe, som uavhengig av tiltak som settes inn, vil bli dårligere og til slutt dø.

For å kunne evaluere effekten av tiltakene i kommunen blir man derfor nødt til å benytte «proxy mål», som gjennomført undervisning, skrevne prosedyrer, etablering av stillinger og lignende, som man antar vil ha betydning på kvaliteten i tjenesten.

Mange kommuner får til kurs og fagdager. Dette bekreftes både i dokumentanalyse og i spørreskjemaundersøkelsen. Kurs og fagdager sprer kunnskap og bevissthet om palliasjon.

Økt oppmerksomhet mot det palliative arbeidet er viktig for å få ansatt flere kreftkoordinatorer i kommunene. Et av de regionale kompetansesentrene opplever imidlertid at resultater av kurs og fagdager kan forsvinne fort, spesielt der det er mye gjennomtrekk i stillinger.

Et annet moment som utfordrer måloppnåelse er å finne personer som tåler å stå i et krevende fagfelt med bruk av mye teknisk utstyr og håndtering av pårørende i sorg, slik som beskrevet over i casebesøk fra Vestre Toten kommune.

Tidligere var Helsedirektoratets krav til rapportering noe løsere enn den er i dag, nå stilles det større krav som synliggjør hva kommunene har fått til. Dette var viktig å få på plass og et område det gjerne kan jobbes videre med.

Strukturering av rapporteringen gjennom

den elektroniske portalen gjør det også lettere å få en oversikt over aktivitetene i prosjektene, og å sammenligne og vurdere prosjekt opp mot hverandre.

Det blir fremhevet fra kompetansesentrene at det er viktig at en har en fagperson i kommunen som «står støtt», som kjenner behovene og som har faglig legitimitet. Dette gjør det lettere både å gjennomføre prosjektet, nå de mål som er satt og sikre langsiktig effekt.

Det fremheves også at det er viktig at små prosjekter får jobbe ut fra faglig engasjement og ikke drukner i hierarkisk prosjektorganisering.

Helsedirektoratet har hatt fokus på at prosjektene burde ha nasjonal overføringsverdi. En ser at størsteparten av prosjektene omhandler kompetanse- og tjenesteutvikling i egen kommune, i henhold til de nasjonale retningslinjene. Dette er i stor grad en jobb hver kommune må gjøre på sin måte, tilpasset egenskaper og utgangspunkt i egen kommune.

Det er slik sett ikke konkrete modeller som utvikles gjennom et prosjekt og deretter implementeres videre i andre kommuner. Det er imidlertid stor utveksling av erfaringer og ideer mellom kommunene, både gjennom ressursnettverket for sykepleiere og andre arenaer.

Kompetansesentrene påpeker at det er viktig at kommunene jobber systematisk videre med struktur.

Det er viktig, i tillegg til å spre kunnskap og informasjon, å jobbe frem maler på pasientforløp slik at kommunene har strukturer og rutiner på hvordan de organiserer seg når de får pasienter med behov for palliasjon.

De opplever også at det fremdeles er mye av aktiviteten i kommunene som er personavhengig, noe som også fremkommer gjennom dokumentanalysen. Det er derfor viktig at det jobbes videre med struktur og organisering av den palliative tjenesten i kommunene. Som en sier:

Ser også at det er viktig at kommune får jobbe langsiktig, det er ikke mye en kan få til på ett år. Først må man ha noe kompetanse, struktur er neste trinn.

## FAGLIG EFFEKT

Ut i fra rapportering synes det som om mange prosjekter har god faglig effekt i kommunene. Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen understreker også dette.

Det er blitt opprettet mange stillinger som har hatt utgangspunkt i prosjektarbeid med midler fra Helsedirektoratet.

Kompetansesentrene opplever at det er viktig å ha en langsiktig blikk på faglig effekt. Dette sammenfaller godt med inntrykket kommunene gir gjennom dokumentanalysen.

Når det gjelder faglig effekt er det også forskjeller mellom store og små kommuner. I større kommuner er det behov for å ha klare organiserte strukturer rundt pasientforløp, mens det i mindre kommuner er små forhold og personell i helsesektoren kjenner hverandre beder, er mindre behov for slike faste strukturer.

Det blir fremhevet fra kompetansesentrene at det gjennom prosjektene er sådd noen spirer og at ting vokser videre. De ser at prosjektene og kompetansen lever videre, selv om det i perioder, avhengig av kommunal prioritering, utskifting av personal og lignede, ikke er så tydelig.

Det å få på plass en dedikert ressurs i kommunen fremheves av kompetansesentre å ha stor betydning for den langsiktige effekten av prosjektene. Bare en 20 % stilling gjør en forskjell. Samtidig ser en at dette ikke er mulig for alle. I en liten kommune med åtte sykepleiere som skal håndtere alt er det vanskelig å få en egen ressurs. I disse tilfellene er kompetanse og nettverk viktig.

Ressursnettverket for kreftsykepleiere, ledet av de regionale kompetansesentrene, oppleves som et viktig forum for langsiktig effekt.

Gjennom nettverket får ressurspersonene i kommunene en felles arena og blir dermed ikke sittende alene. Gjennom nettverket får man også en felles møteplass for utveksling av erfaringer, legger grunnlag for vider kontakt, avtaler hospitering hos hverandre og liknende.

Kompetansesentrene ser generelt stor faglig effekt av prosjektene i kommunene. Som en av dem sier:

Om en ser hvor en er i dag i forhold til for 10 år siden har det vært en rivende utvikling. Tilskuddsordningen har vært et viktig bidrag til dette.

## OM SAMARBEIDET MELLOM KOMMUNE OG DE REGIONALE KOMPETANSESENTRENE

Gjennom spørreskjema og dokumentanalysen finner vi at kommunene i stor utstrekning har god kontakt med de regionale kompetansesentrene. Kompetansesentrene uttrykker at denne kontakten har økt i senere årene.

De siste årene opplyser flere av kompetansesentrene at de har jobbet mye med informasjon om tilskuddsordningen i kommunene og oppfordret kommunene til å søke. De har også i økende grad invitert kommunene som får tilskudd til egne samlinger. Fokus er da ofte på prosjektstyring og at kommunene får møte en representant fra et tidligere år som har mottatt midler og fått til et vellykket prosjekt.

Kompetansesentrene har også i økende grad vært bevisst på å profilere prosjektene som har fått tilskudd både gjennom prosjektpresentasjoner på samlinger, i ressursnettverket og gjennom kompetansesenterets hjemmeside.

Det er forskjell på hvor tett de ulike regionale kompetansesentrene er på de innvilgende prosjektene. I noen prosjekter sitter kompetansesentre i styringsgruppen. I andre prosjekter kan de ha en veilederfunksjon i forhold til aktiviteter.

I noen prosjekter har de ingen rolle eller kontakt i løpet av gjennomføringen. De ser at kommunene har ulikt behov for oppfølging. Flere uttrykker at de prøver å «ta i et tak» der de ser at prosjektene har problemer.

Her er det ofte forskjell på kommunestørrelse. Store kommuner har gjerne andre ressurspersoner som kan gå inn, mens kontakten med kompetansesentret blir viktig i de små kommunene.

Spørreskjemaundersøkelsen bekrefter at kommunene setter stor pris på denne kontakten med kompetansesentrene.

Kompetansesentrene trekker samtidig frem at de har begrenset kapasitet i forhold til å følge opp og støtte kommunene. De benyttes også mye til undervisning og opplever at det i perioder kan bli stort trykk.

## VEIEN VIDERE

Det er blitt jobbet mye med å formidle og spre kunnskap om palliasjon i kommunene. Det uttrykkes likevel både gjennom kommunenes rapportering og gjennom erfaringer fra kompetansesentrene at det fremdeles er behov for videre innsats innenfor lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, dette sees særlig i sammenheng med Samhandlingsreformen, der kommunen vil få et større ansvar for denne pasientgruppen.

For fremtiden ser en behov for økt fokus på utvikling av samarbeidsrutiner og strukturer for pasientforløp.

Både dokumentanalysen og casebesøkene understreker betydningen av å få fastlegene mer med på banen. Utfordringer sees også i forhold til at det vil være behov for flere lindrende rom i sykehjem og flere lindrende enheter.

Nyere prosjekter er i større grad interkommunale, spesielt i deler av landet med byer og tettsteder. Samtidig ser en at det er en utfordring med interkommunale prosjekter når det er store geografiske avstander mellom kommunene.

Stavanger kommune har fått til et interkommunalt prosjekt i nært samarbeid mellom Utviklingscenter for sykehjem i Rogaland, Stokka sykehjem og det

regionale kompetansesenteret. Dette fremstår som en god modell for videre arbeid. Samtidig er det viktig å se på regionale forhold. Det kan være ulike behov for organisering og form på en videre satsning, avhengig av regionale ulikheter.

Det er også viktig at fremtidige nettverk er godt kjent med etablerte strukturer, og at en videre utvikling skjer i nært samarbeid med de regionale kompetansesentrene og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i fylkene.

Tilskuddsordningen, slik den fremstår i dag, oppleves som en forvaltningskrevende struktur. Det legges ned mye arbeid i vurdering av søknader og oppfølging av rapportering, ofte på (svært) små tilskudd.

En videre satsning bør vurdere alternative måter å stimulere til fagutvikling på. Kompetansesentrene uttrykker at de kunne fulgt prosjektene og kommunene i sin region tettere opp, og også i større grad vært pådrivere for aktivitet i kommunene dersom de hadde fått midler til dette.

Det jobbes i dag med læringsnettverk innenfor andre områder i kommunene, kanskje dette også kunne vært en nyttig modell i arbeidet med lindrende omsorg.

Kompetansesentrene ser at kommunene har ulik kompetanse i det å drive et prosjekt, ved å inngå i et læringsnettverk kunne kommune fått ansvar for mer konkrete utviklingsoppgaver og i mindre grad selv måtte håndtere driften av et prosjekt.

Kompetansesentrene kjenner også kommunene i sin region godt og ville ha gode forutsetninger for å kunne målrettet aktivitet mot de kommunene med størst behov.

Det er samtidig viktig å ta vare på det lokale initiativet, ta hensyn til de kommunale ulikhetene og å la ildsjelen få lov til å blomstre.





## 7. KONKLUSJONER

Midlene fra Direktoratet har vært viktig for å igangsette arbeidet med kompetanseheving for lindrende omsorg i kommunene. I en oppstartsfase har dette gitt mange kommuner mulighet til å få ansatt en person til å drive og lede arbeidet.

I de fleste kommuner har prosjektarbeidet vært forankret i det politiske- og administrative systemet som også har engasjert seg i søknadsskriveprosessen, bistått og hentet inn råd og erfaringer fra andre kommuner. Denne type forankring ser ut til å være nødvendig for å lykkes med kompetanseheving og tjenesteutvikling fordi det skaper forståelse hos politikerne for hva som senere trengs av kunnskapsoppbygging og prioriteringer, også med tanke på stillinger i kommunene til å jobbe med palliasjon.

Kommunene rapporterer selv i stor grad å ha nådd de mål som de har beskrevet i søknadene om tilskuddsmidler. Rundt tre fjerdedeler av kommunene mener at prosjektene har bidratt til god fagutvikling og nesten alle kommunene mener prosjektet har vært med på å skape et godt tilbud innen lindrende behandling til pasienter i sin kommune.

Det er en utfordring for de fleste kommunene å sikre at pasientene til enhver tid får tilgang til den nødvendige kompetansen, i forhold til sine behov. Noen kommuner har kommet langt i å utvikle gode

samarbeidsrutiner mellom ulike nivåer i helsetjenesten og bruker individuelle planer for pasientgruppen. Andre kommuner har opplevd ulike hindringer. Noen av disse handler om:

- Mangel på forståelse for at det er behov for spesiell kompetanse rundt denne pasientgruppen, for eksempel ved at individuell plan ikke benyttes
- Kommunale myndigheter bevilger ikke nok penger til tilstrekkelig kompetanse for å betjene rom eller enheter for lindrende behandling. Det kan være utfordrende å få de kommunale myndighetene til å se behovet for spesialkompetanse og økt bemanning.
- Det kan oppleves som krevende å hjelpe denne pasientgruppen. Pasienter med store behov, ofte mye medisinsk utstyr, opplevelse av lidelse og sorg, samt håndtering av pårørende og deres reaksjoner gjør at enkelte pleiere vegrer seg for å jobbe med denne gruppen.
- Helsesituasjonen for pasienter i palliativ fase kan være preget av raske endringer, og behovet for å konsultere medisinsk personell i helger og på kveldstid kan være nødvendig. Å få til dette innen rammen av eksisterende systemer og på tvers av de ulike nivåer i helseomsorgen med en klar plassering av ansvar er krevende.

Fra erfaringsoppsummeringen kommer det også frem noen forskjeller avhengig av kommunestørrelse. Store steder og byer tiltrekker seg mer kompetanse, og har lettere for å rekruttere personell som ønsker å jobbe med den aktuelle pasientgruppen.

I slike kommuner kan det imidlertid være vanskeligere å få alle nivåer i helsetjenesten til å samarbeide siden det er større systemer, mange ansatte, og en mer omfattende prosess for å spre palliasjonstanken til hele den kommunale helse- og

omsorgstjenesten.

Flere små/mellomstore kommuner har med midler fra Direktoratet klart å få til gode samarbeidsrutiner. I disse kommunene er det ofte slik at helsepersonell kjenner hverandre fra før og at dette sannsynligvis forplikter mer til samarbeid.

I mindre kommuner er det også kortere vei frem til kommunale myndigheter som gjør muligheten for kommunikasjon større. I kommuner med store avstander og geografiske hinder, som fjordkrysninger, merker en seg at det stilles større krav til at personell håndterer flere ting selv.

Uavhengig av kommunestørrelse kommer en ikke unna personavhengighet som en viktig faktor for å lykkes. Det er mange ildsjeler som er involvert i arbeidet med palliasjon. God ledelse er nødvendig for å lykkes og at prosjektleder har god evne til å kommunisere og skape kontakt med deltagere i kommunen for øvrig.

En ser en økende tendens til nettverksbygging mellom kommuner. Dersom flere kommuner går sammen om å organisere kurs og fagdager, og jobber sammen om videre tjenesteutvikling vil aktivitetene nå frem til flere kommuner og deltagere, og en får dermed mer for pengene.

Det er viktig at videre nettverksbygging skjer i samarbeid med allerede etablerte nettverk, Kompetansesentrene for lindrende behandling og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester bør ha en viktig rolle i dette arbeidet videre.



# LITTERATUR

Helse og omsorgsdepartementet. 2009. Stortingsmelding nr. 47. «Samhandlingsreformen. Rett behandling-rett sted-rett tid».

Helsedirektoratet. 2007. Samhandling. Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter. IS-1521 Rapport.

Helsedirektoratet. 2012. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. IS-1529. Lastet ned fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Kaasa, Stein (red). Palliasjon, Nordisk Lærebok. Gyldendal Akademisk, 2007.

Kvale, S. (1996). Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks London, New Dehli: Sage Publications

Norges Offentlige Utredninger. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. NOU 1997:20.

Norges Offentlige Utredninger. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg pleie og omsorg for uhelbredelige syke og døende. NOU 1999:2.

Norges Offentlige Utredninger. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005:3.

Standard for palliasjon. Den norske legeforening. Norsk forening for palliativ medisin, 2005.



# VEDLEGG

## **Vedlegg 1: Spørreskjema til tilskuddsmottakere**

Skjemaet ble distribuert i elektronisk form gjennom «questback»).

.....

### **VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA TIL TILSKUDDSMOTTAKERE**

#### **Om deg som svarer**

1. Hvilken stilling har du i kommunen?
2. Hvor lenge har du jobbet i denne kommunen?
3. Var du prosjektleder? ja/nei  
Hvis ikke, hvilken tilknytning hadde du til prosjektet?

#### **Innledende spørsmål om egenskaper ved kommunen**

1. Hvor mange innbyggere er det i din kommune?
2. Har kommunen en vedtatt Helse – og omsorgsplan? Evt. når ble denne planen vedtatt?
3. Har kommunen en vedtatt kreftplan? Evt. når ble denne vedtatt?
4. Har kommunen en fast ansatt kreft-koordinator?
5. I hvilken grad har utvikling av tilbud innen lindrende behandling i kommunen vært knyttet kreftomsorgen? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)

6. I hvilken grad opplever du utfordringer knyttet til avstander og geografi i din kommune? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
7. Samarbeider kommunen din med nabokommuner om organisering av helsetjenester innenfor lindene de behandling? Hvis ja, beskriv samarbeidet:

### 1. Om prosjektet

1. Hvilke tiltak var inkludert i deres prosjekt ? Sett kryss under:
  - Kurs
  - Fagdag
  - Opprettelse av lindrende enhet
  - Utviklings av samarbeid,
  - Nettverksbygging
  - Annet, spesifiser:
2. Var prosjektet et samarbeid med andre kommuner? Ja/nei. Hvis ja, hvilke kommuner?
3. Varighet: Har kommunen fått midler flere år? Ja/nei. Hvis ja hvilke år?

### 2. Forankring

1. I hvilken grad var prosjektet forankret i politisk planverk i kommunen? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt, ikke aktuelt*)
2. I hvilken grad var prosjektet ledelsesforankret i kommunen? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt, ikke aktuelt*)
3. I hvilken grad er tiltakene i prosjektet forankret i kommunens Helse- og omsorgsplan? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt, ikke aktuelt*)
4. I hvilken grad har dere i prosjektperioden samarbeidet med:
  - a) De regionale kompetansesentra for lindrende behandling? (*Tett samarbeid, noe samarbeid, har hatt kontakt, ikke samarbeidet*)  
Hvor nyttig har dette samarbeidet vært? (*Svært nyttig, litt nyttig, lite nyttig, ingen betydning*)
  - b) Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester? ja/nei  
Hvor nyttig har dette samarbeidet vært? (*Svært nyttig, litt nyttig, lite nyttig, ingen betydning*)
  - c) Faglige nettverk etablert i regionen? (*Tett samarbeid, noe samarbeid, har hatt kontakt, ikke samarbeidet*)



Hvor nyttig har dette samarbeidet vært? (*Svært nyttig, litt nyttig, lite nyttig, ingen betydning*)

d) Andre samarbeidspartnere? Vennligst beskriv

### 3. Måloppnåelse

1. I hvilken grad vil du si din kommune har oppnådd målene beskrevet i prosjektbeskrivelsen? (*Svært godt, nokså godt, ikke så bra, dårlig*)
2. Hvis målet/målene ikke ble nådd, hva er årsaken til dette?
3. Hvilke mål var det lett å nå? Beskriv
4. Hvilke mål var det vanskelig å nå? Beskriv
5. Hva mener du var viktig for god måloppnåelse i prosjektet?
6. I hvilken grad vil du si at prosjektet bidro til fagutvikling i din kommune? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
7. I hvilken grad vil du si at prosjektet har nasjonal overføringsverdi? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
8. Har kommunen blitt kontaktet av andre kommuner med forespørsel om spredning av resultater eller modell?
9. Angi ca. antall henvendelser
10. I hvilken grad har kommunen spredd resultater og erfaringer fra prosjektet gjennom publikasjoner, deltagelse på konferanser, kurs eller lignende? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)

### 4. Faglig effekt

1. I hvilken grad har prosjektet vært med å skape et godt tilbud innen lindrende behandling til pasienter i din kommune? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
2. I hvilken grad opplever du at brukere er fornøyd med kvaliteten på tjenestene innen lindrende behandling i din kommune? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
3. I hvilken grad har kommunen klart å beholde den etablerte fagkompetanse innen lindrende behandling? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
4. I hvilken grad klarer kommunen å nyttiggjøre seg den etablerte kompetansen fra prosjektet? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)

5. På hvilken måte nyttiggjør kommunen seg den etablerte kompetansen fra prosjektet ( f eks intern kompetanse spredning, organisering, mm . Beskriv.
6. I hvilken grad har prosjektet gjort det lettere å rekruttere nødvendig fagkompetanse innen lindrende behandling? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
7. I hvilken grad er tiltakene i eller fra prosjektet implementert i daglig drift? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
8. Hvilke utfordringer har dere erfart ved implementeringen av tiltakene?
9. I hvilken grad har prosjektet gitt varige resultater? (som for eksempel: bedre tjenestetilbud, etablerte nettverk, velfungerende samarbeid mellom kommunen og fastleger / sykehus, etc.) (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)

## 5. Samhandling

1. Hvordan opplever du den faglige samhandlingen mellom helseforetak og din kommune? (*Svært god, god, nokså god, ikke god*)
2. Har prosjektet bedret den faglige samhandlingen? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
3. Hvordan opplever du den faglige samhandlingen internt mellom ulike enheter i kommunen? (*Svært god, god, nokså god, ikke god*)
4. Har prosjektet bidratt til å bedre den faglige samhandlingen mellom de ulike enhetene i kommunen? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)

## 6. Utviklingsarbeid

1. I hvilken grad var midlene fra Helsedirektoratet viktig for satsningen på lindrende behandling i din kommune? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
2. I hvilken grad har prosjektet vært en katalysator for mer utviklingsarbeid i kommunen? ( F eks at kommune har utviklet flere prosjekter og søkt andre tilskuddsmidler) (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)
3. I hvilken grad er tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet viktig for tjenesteutvikling i din kommune? (*I stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt*)





Senter for  
omsorgsforskning  
ØSTLANDET