

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2011 nr. 1

**Lindrende enhet i Gjøvik kommune
- fra idé til virkeliggjøring**

Maren Sogstad



Høgskolen i Gjøvik
2011

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-91313-57-3

Innhold

Forord.....	3
Sammendrag	4
Innledning	6
Lindrende enheter i sykehjem.....	6
Om Gjøvik kommune.....	7
Planarbeid innenfor virksomhetsområde Helse og omsorg.....	8
Om Haugtun omsorgssenter, Undervisningssykehjemmet i Oppland	9
Metode og datagrunnlag	11
Datainnsamling.....	11
Proessen fra idé til plan.....	11
Fra plan til virkeliggjøring	12
Om følgeforskningen.....	13
Resultat	15
Fra idé til plan.....	16
Erfaringer fra forprosjektet ”Etablering av lindrende enhet”	17
Forventninger	18
Samhandling	19
Suksesskriterier.....	20
Fra plan til virkeliggjøring.....	21
Prosjektorganisering.....	21
Følgeforskning ”Oppstart av lindrende enhet”	24
Diskusjon	36
Forutsetninger for et vellykket prosjekt	36
Fundament.....	37
Planlegging.....	37
Organisering.....	38
Oppfølging	39
Det utførende arbeidet.....	39
Å overføre organisasjonsidéer	40
Veien videre	41
Referanser.....	43

Forord

Dette følgeforskningsprosjektet er gjort på oppdrag for Gjøvik kommune og er gjennomført av Senter for omsorgsforskning, Østlandet, ved Høgskolen i Gjøvik. Kommunen har finansiert prosjektet, delvis gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet.

Jeg vil takke prosjektgruppen som har vært hovedkilden til data i dette prosjektet. Jeg vil også takke lederne i kommunen som har bidratt gjennom intervjuer.

Gjøvik 27.01.11

Maren Sogstad

Sammendrag

Gjøvik kommune har engasjert Senter for omsorgsforskning, Østlandet for å følge etablering av en lindrende enhet ved Haugtun omsorgssenter, Undervisningssykehjemmet i Oppland. Det er i dag etablert lindrende enheter i flere kommuner, men det er begrenset med kunnskap om disse enhetene. Gjennom å dokumentere prosessen frem til en lindrende enhet ønsker Gjøvik kommune å dele sine erfaringer. En dokumentert prosess vil også være et godt utgangspunkt for senere evalueringer av enheten.

Etablering av lindrende enhet i Gjøvik kommune har foregått i flere trinn. Arbeidet startet med utarbeidelse av kommunens kreftplan. Det ble i arbeidet med denne fremmet forslag om at Gjøvik kommune burde ha en lindrende enhet. Dette ble skrevet inn som et av tiltakene i kreftplanen, som senere ble politisk vedtatt. Det ble nedsatt en prosjektgruppe som utarbeidet grunnlaget for den lindrende enhet. Resultatet er presentert i prosjektrapporten "Etablering av lindrende enhet".

Kommunen er godt fornøyd med hvordan denne prosessen forløp. Det som trekkes frem som særlig positivt, er at ideen kom fra engasjerte fagfolk som gjennom prosessen har fått jobbe for sin hjertesak. Det var samtidig viktig at arbeidet fikk god forankring i kommuneledelsen. Det blir oppfattet som et godt grep å skrive etablering av lindrende enheten inn i kreftplanen. God dialog mot det politiske nivå ble også fremhevet som viktig for å få gjennomslag for etablering av en slik enhet og for å få bevilget tilstrekkelige ressurser.

Lindrende enhet er en av flere satsninger i en helhetlig kommuneplan for helse og omsorg. Dette trekkes frem som positivt. Det setter enheten inn i en naturlig sammenheng og gir legitimitet til de prioriteringer som er gjort for å kunne realisere en slik enhet.

Prosesen fra ide til virkeliggjøring har tatt lang tid. Dette har vært nødvendig for å få til de omdisponeringer som var nødvendig i kommunen. Man ser imidlertid at en langvarig prosess også har vært positivt. Kommunen har i mellomtiden hatt mulighet til å bygge en plattform innenfor kreftomsorgen med et nettverk av kreftkontakter ledet av kreftkoordinator. Den lindrende enheten vil nå bli en naturlig del av et helhetlig tilbud. Både samfunnsutviklingen og ikke minst den nye kommunerollen skissert i Samhandlingsreformen sees som faktorer som gjør at en slik enhet kan stå bedre rustet i dag, enn om den var blitt etablert på et tidligere tidspunkt.

Hovedmålet for enheten er å kunne gi kvalitativt gode tjenester til palliative pasienter. Kommunen har lagt mye arbeid og ressurser i opprettelsen av enheten dette gir generelt høye forventninger om at enheten skal ha høy kvalitet og kompetanse. Det er også presisert at god samhandling er avgjørende for at

enheten skal lykkes. Det er stor tro på at en vil få dette til. Å ha pasienten og dens beste i fokus sees som løsningen for god samhandling.

Det praktiske arbeidet fra plan til virkeliggjøring har vært organisert som et prosjekt. Gjennom følgeforskning er prosessen frem mot oppstart dokumentert. Hovedaktivitetene for prosjektgruppa har vært:

- Tilrettelegging for samhandling. Aktuelle samarbeidspartnere er identifisert, en har hatt møter og det er blitt laget rutiner for hvordan kontakt med ulike aktører skal forløpe. Det mangler fremdeles en del strukturer rundt samhandling, særlig i forhold til sykehus og fastleger.
- Utarbeidelse av kvalitetssystem. Prosjektgruppen har med utgangspunkt i dokumenter samlet fra andre lindrende enheter og relevante rutiner fra rehabiliteringsenheten i kommunen, utarbeidet skriftlige rutiner for arbeidet i enheten. En har også formulert mål og inntakskriterier for enheten.
- Praktisk tilrettelegging. Prosjektleder har vært involvert i arbeidet med å spesifisere og anskaffe nødvendig utstyr til enheten. Det er også utarbeidet en informasjonsstrategi for å sikre spredning av informasjon rundt enheten før oppstart.
- Kompetanse. Prosjektgruppen har utarbeidet program for opplæringsdager for ansatte i enheten. Det er også laget eget undervisningsopplegg for nattevaktene. Det er iverksatt forelesningsrekke med aktuelle tema i forhold til palliasjon på Haugtun. Planen er å ha åpne forelesninger hver 14. dag.

Prosjektet for å planlegge oppstart av den lindrende enheten i Gjøvik kommune har vært godt organisert. En har gjennom god forankring, klare mål og tilstrekkelige ressurser lagt til rette for et vellykket prosjektarbeid.

Innledning

Det er i dag opprettet en rekke palliative enheter i sykehjem i Norge. Det er imidlertid begrenset med tilgjengelig dokumentasjon og kunnskap om hvordan disse enhetene er blitt til og hvordan de fungerer. Gjøvik kommune ønsket å dokumentere arbeidet frem mot oppstart av sin enhet, slik at erfaringer herfra kunne komme andre til nytte. Denne rapporten beskriver hvordan en lindrende enhet har gått fra idé til virkelighet i Gjøvik kommune. Rapporten beskriver to prosesser, en som går fra idé til plan og den neste som går fra plan til virkeliggjøring. Den første prosessen blir belyst gjennom intervjuer med personer som har stått nært på eller deltatt i prosessen. Den andre prosessen blir belyst gjennom følgeforskning. Følgeforskningen beskriver arbeidet fra plan til virkeliggjøring og ser på hvordan dette arbeidet har vært organisert.

Lindrende enheter i sykehjem

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

Lindrende behandling i kommunesektoren trekkes i "Nasjonal strategi innenfor kreftomsorgen" frem som et område med behov for satsning. Det er ønskelig at en i større grad kan ivareta palliative pasienter i kommunen. Lindrende enhet i sykehjem har blitt mer vanlig de siste 10 årene og en finner i dag flere slike spesialiserte enheter i sykehjem. Hovedtilbudet for hjemmeboende kreftpasienter vil være hjemmetjenester med fastlegen som hovedansvarlig. Samtidig vet man at pasientene i sykdomsforløpet vil trenge mer intensive behandlingstilbud i perioder. For å kunne ha et helhetlig og godt tilbud til denne pasientgruppen er institusjonsplasser i nærmiljøet et godt alternativ (Nasjonal strategi for kreftomsorgen). Palliasjon skal integreres i den ordinære helsetjenesten og bygge på etablerte strukturer. Både gjennom den nasjonale strategien for arbeid innenfor kreftomsorgen og videre i "Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen" pekes det på behov for satsing på lindrende behandling, spesielt innenfor kommunale pleie og omsorgstjenester.

I 2007 kom rapporten "Samhandling. Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter". Arbeidsgruppen bak rapport hadde som mandat, som del av den nasjonale kreftstrategien, å se på finansieringsordninger for palliative enheter i

sykehjem. Det skulle videre utarbeides standarder for bemanning og faglig kompetanse. Erfaringer fra de palliative tilbudene i sykehjem som blir oppsummert i rapporten viser at det er en utfordring å finne robuste finansieringsordninger for slike tilbud. De finner også at tilstrekkelig sykepleier- og legebemanning og samarbeid med andre faggrupper og palliativ enhet ved lokalt helseforetak er viktig. Oppstart av andre enheter har vist at god forankring i kommuneledelsen, inkludert helse- og omsorgsledelsen, gir størst sjanse for å lykkes over tid.

”Standard for palliasjon” er basert på erfaringer og anbefalinger fra det norske fagmiljøet og gir sammen med ”Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen” klare føringer for hvordan palliative enheter i sykehjem skal organiseres, bemannes og hvilket tilbud slike enheter bør ha. Det sies samtidig at organiseringen av palliative enheter i sykehjem må tilpasses lokale forhold.

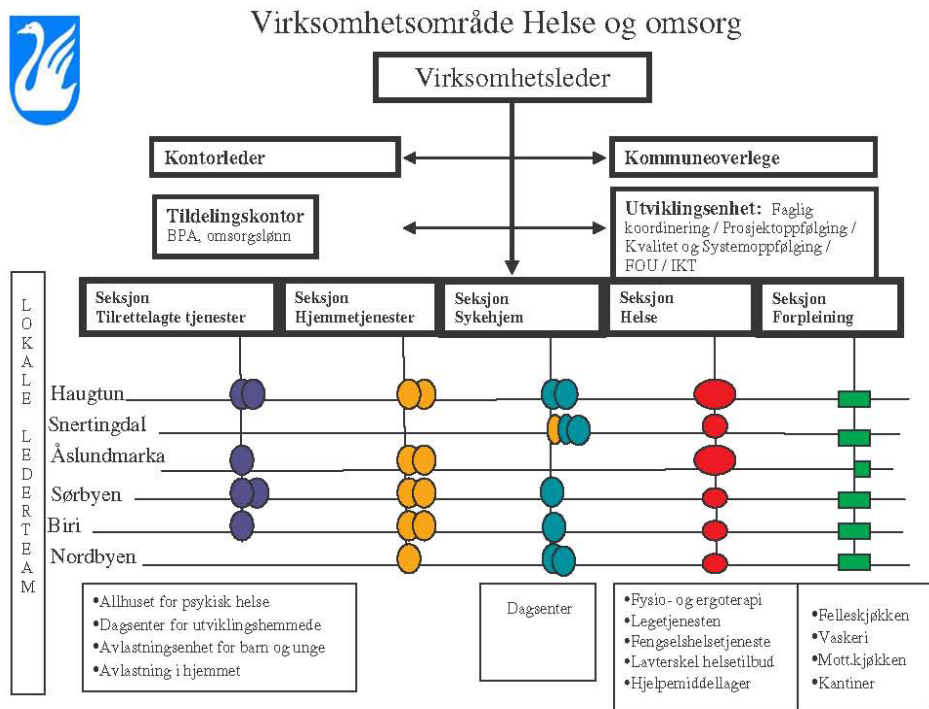
Om Gjøvik kommune

Gjøvik er en kommune med 28 800 innbyggere. Størstedelen av innbyggerne bor i Gjøvik by, der det også er lokalsykehus.

Kommunens pleie- og omsorgstjenester er organisert i tre ledernivåer:

- Virksomhetsleder
- Seksjonsleder
- Avdelingssykepleier

Organisering av virksomhetsområdet Helse og omsorg i Gjøvik kommune er vist i figur 1. Virksomhetsområdet er delt inn i fem seksjoner, hvor tjenestene ytes ved seks omsorgssentre, henholdsvis Haugtun, Snertingdal, Åslundmarka, Sørbyen, Biri og Nordbyen. I tillegg til de utøvende seksjonene har en tildelingskontor og utviklingsenhet. Hver seksjon har en seksjonsleder som inngår i ledergruppa for helse og omsorg.



Figur 1: Oversikt over virksomhetsområde i Gjøvik kommune (Hentet fra kommunens helse og omsorgsplan, <http://www.gjovik.kommune.no/dav/6ab7866e3e.pdf>)

Planarbeid innenfor virksomhetsområde Helse og omsorg

Gjøvik kommune har siden 2006 arbeidet systematisk med planarbeid innenfor virksomhetsområdet Helse og omsorg. Dette har resultert i "Helse- og omsorgsplan 2025 for Gjøvik kommune", som ble vedtatt av kommunestyret i juni 2009. Planen angir retningen for fremtidig utvikling av helse- og omsorgstilbudet i kommunen. Kommuneplanen er en helhetlig og koordinerende plan som overbygger fagplaner innenfor ulike tjenesteområder. Helse og omsorgsplanen er bygget på fagplaner innenfor temaene:

- Kompetanseplan
- ReHabiliteringsplan
- Kreftplan
- Psykisk Helseplan
- Demensplan

Arbeidet med fagplanene startet ut fra et ønske og behov i praksisfeltet for å ha planer for utvikling av tjenestefeltet.

Arbeidet med kreftplan for kommunen startet i 2004, i 2006 vedtok Hovedutvalget for omsorg at det skulle ansettes en kreftsykepleier i full stilling i kommunen. En av

hovedoppgavene for kreftsykepleier var å slutføre kreftplanen. Kreftplanen definerer seks innsatsområder for kreftomsorgen i Gjøvik kommune:

- Fokus på forebyggende helsearbeid
- Etablering av lindrende enhet i Seksjon sykehjem
- Utvikle en god modell for kontaktsykepleiernettverket
- Videreutvikle samarbeid med fastleger
- Styrke samarbeid og samhandling med Sykehuset Innlandet HF
- Bidra til kompetanseløft innen kreftomsorgen

(<http://www.gjovik.kommune.no/dav/ab378842b7.pdf>)

Kreftplanen, og herunder etablering av lindrende enhet, ble vedtatt i desember 2007. Det ble da også besluttet å igangsette utredningsarbeid for opprettelse av en lindrende enhet. Det ble samtidig satt i gang arbeid med å etablere et kontaktsykepleiernettverk i hjemmetjenesten. En sykepleier fra hvert av omsorgssentrene (totalt 6) samt en fysioterapeut ble utnevnt som ressursperson innenfor kreft i sitt omsorgsdistrikt. De har etter hvert fått fristilt 20 % ressurs hver til denne rollen. Dette har gitt mulighet for at de en dag i uken kan jobbe konsentrert med kreftpasientene. Nettverket samles også til felles møte hver tredje uke. Det første året ble det gitt mye undervisning på disse samlingene. Etter hvert som kompetansen har økt, har møtene blitt benyttet mer til refleksjon og erfaringsutveksling.

Kommunen har også arbeidet med en kompetanse og rekrutteringsplan. Målet for planen er å øke andel av fagutdannede medarbeidere i omsorgstjenesten. Planen bygger på nasjonale strategier og føringer og inneholder tydelige og forutsigbare innsatsområder for kompetansebygging i organisasjonen. Det er også tenkt at planen skal brukes som veileder i forbindelse med omgjøring av stillinger, fordeling av støtte til utdanning, rekruttering og i budsjettprosesser.

Om Haugtun omsorgssenter, Undervisningssykehjemmet i Oppland

Haugtun omsorgssenter er undervisningssykehjemmet i Oppland. Sykehjemmet er et moderne og tidsmessig bygg fra 2000. På Haugtun har det vært lang tradisjon for fokus på kompetanse og rekruttering. Sykehjemmet har utviklet et tett samarbeid med Høgskolen i Gjøvik og var sammen med høgskolen et av undervisningssykehjemmene i prosjektperioden fra 1999 – 2003.

Sykehjemmets motto er "HAUGTUN omsorgssenter - Mer enn et sykehjem"

Undervisningssykehjemmet har en egen fagenhet som driver ulike prosjekter innefor sykehjem. Målet for undervisningssykehjemmet er å være et ressurscenter

for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Oppland fylke.

Kommunens helse og omsorgsplan 2025 legger opp til å utvikle Haugtun i retning av et helsehus. I dette ligger det å tilrettelegge kompetanse og kapasitet tilpasset nye oppgaver basert på tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. En ønsker å sentralisere kommunens kortidsplasser til Haugtun, mens langtidsplasser opprettholdes på de ulike omsorgssentrene. Opphold i helsehus skal være et tilbud til dem som trenger kortvarige behandlingstilbud, rehabilitering eller svært krevende omsorgstilbud. Målet er at Haugtun i fremtiden skal bestå av aktive behandlingsplasser. For å få dette til er det satt mål om å sikre tilstrekkelig lege- og sykepleierdekning og annen spisskompetanse. Omstruktureringen bygger på føringer i Stortingsmelding 47, "Samhandlingsreformen".

I utgangspunktet har sykehjemmet to avdelinger. En avdeling for mennesker med demenssykdom med 29 plasser fordelt på fire enheter (2. etg.). I 3. etg. Er der en avdeling med 29 plasser fordelt på enhet for rehabilitering (6 plasser) en somatisk kortidssenhet (7 plasser) og to enheter med langtidsplasser (totalt 16 plasser). En ser for seg at omstruktureringen vil skje i flere trinn. I første omgang vil man i forbindelse med oppstart av lindrende enhet omstrukturere avdelingen i 3.etg. Etter omstrukturering vil en her få enhet for lindrende behandling (6 plasser), enhet for rehabilitering (6 plasser) samt to enheter for somatiske kortidspasienter (totalt 17 plasser).

Det ble i 2009 satt ned en prosjektgruppe som skulle se på omstrukturering av Haugtun. Det ble gjort en kartlegging av situasjonen rundt organisering, fordeling av sykehjemsplasser, kompetanse og samarbeid mellom de ulike enhetene og faggruppene. Prosjektgruppens arbeid er oppsummert i prosjektrapporten "Omstrukturering av Haugtun omsorgssenter, undervisningssykehjemmet i Oppland". Prosessen gikk parallelt med prosjektet rundt etablering av lindrende enhet.

Det ble i 2010 startet en arbeidsgruppe som skulle planlegge og gjennomføre de nødvendige tiltakene i forbindelse med omorganiseringen. Denne arbeidsgruppen har jobbet parallelt med prosjektgruppen for oppstart av lindrende enhet.

Metode og datagrunnlag

Studien søker å belyse oppstart av lindrende enhet ved Haugtun omsorgssenter, undervisningssykehjemmet i Oppland, Gjøvik kommune som et case. En case studie er en god metode for å se på et fenomen i sitt egentlige element (Yin 2003). Gjennom studien ønsker vi å se på etablering av lindrende enhet i konteksten Gjøvik kommune. Hvordan har denne prosessen vært og hvorfor blir strukturer slik som de blir? Data ble samlet ved deltagende observasjon i prosjektgruppa samt intervju med sentrale personer i kommunen. Aktuelle dokumenter som prosjektrapporten "Etablering av lindrende enhet", prosjektrapporten "Omstrukturering av Haugtun omsorgssenter, undervisningssykehjemmet i Oppland" og kommunenes Helse og omsorgsplan ble også studert.

Datainnsamling

Planlegging av en lindrende enhet i Gjøvik kommune har vært en lang prosess som startet i 2006. Denne studien gjennomføres i prosjektets siste fase kalt "Oppstart av lindrende enhet". For å få et helhetlig bilde av veien frem til oppstart er datainnsamlingen delt i to deler. Den første tar for seg prosessen fra idé til plan, mens den andre delen følger arbeidet fra plan til virkeliggjøring.

Prosesen fra idé til plan

For å få et innblikk i veien fra idé til plan ble personer som var involvert i, eller satt nært på prosessen, intervjuet. Spørsmålet var et åpent spørsmål "Kan du beskrive prosessen frem til i dag?", det ble fulgt opp med spørsmål om hva de syntes har vært bra med prosessen og hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes.

Vi ønsket også å se på om forventningene til den nye enheten var ulik mellom de ulike ledelsesnivåene og mellom ledernivå og fagpersoner. For å få et innblikk i dette ble personene spurt om forventninger til den nye enheten samt spørsmål rundt samhandling og hva de ser som suksesskriterier for å få til en god lindrende enhet.

Det ble totalt foretatt 8 intervjuer, de som ble intervjuet var:

- **Virksomhetsleder for Helse og omsorg**, som har hatt denne stillingen under prosessen fra idé til planen var klar. Han sluttet i sin stilling i løpet av prosjektperioden før oppstart av enheten.
- **Seksjonsleder sykehjem**, som var internt rekruttert vikar i denne stillingen. Hun var leder for arbeidsgruppen for omstrukturering av 3. etg.
- **Seksjonsleder helse**, som har ansvar for lege og fysio - ergoterapitjenester. Hun har vært i stillingen i hele perioden og deltatt i utarbeidelse av kreftplanen.

- **Avdelingssykepleier på Haugtun**, som vikarierte i denne stillingen. Hun hadde deltatt i slutfasen av planprosjektet "Etablering av lindrende enhet", og deltok i prosjektgruppen for oppstart av lindrende enhet.
- **Kreftsykepleier**, som har vært i denne stillingen fra den ble opprettet i 2007. Hun deltok i utarbeidelse av kreftplanen og satt i arbeidsgruppen for planprosjektet. Hun var også med i prosjektgruppen for oppstart av lindrende enhet.
- **Leder av fagenheten på undervisningssykehjemmet**, som har sittet tett på prosessen fra ideen kom, vært med på utarbeidelsen av kreftplanen, sittet i prosjektgruppen for planprosjektet og deltok i prosjektgruppen for oppstart av lindrende enhet som prosjektansvarlig.
- **Leder utviklingsenheten i kommunen**, som har hatt denne stillingen i hele prosjektperioden, deltatt i utarbeidelse av kreftplan og deltatt i prosjektgruppen for planprosjektet. Hun tok i perioden for inneværende prosjekt over som konstituert virksomhetsleder.
- **Prosjektleder for "prosjektet oppstart av lindrende enhet"**, som ble rekruttert eksternt for å lede oppstartsprosjektet. Hun er onkologisykepleier og vil gå inn som sykepleier 1. (fagsykepleier) i den lindrende enheten ved oppstart.

Intervjuene ble analysert med tematisk innholdsanalyse med fokus på følgende tema:

- Erfaring med prosjektet så langt
- Forventninger
- Samhandling
- Suksesskriterier

Fra plan til virkeliggjøring

For å følge prosessen fra plan til virkeliggjøring ble det gjennomført deltagende observasjon i prosjektgruppens møter, samt at forsker fulgte prosjektleder inn i møter med samarbeidspartnere. Det ble notert feltobservasjoner under alle møter, disse ble etter møtet gjennomlest og renskrevet.

Det ble også fortatt samtale med prosjektleder under prosessen og en avsluttende samtale med prosjektleder og prosjektansvarlig ved prosjektslutt.

Feltobservasjonene, samtalene og referat fra møtene ble benyttet til å besvare spørsmålene:

- Hvordan henter man inn kompetanse og erfaringer fra andre?

- Hvordan legger man til rette for samhandling internt og eksternt?
- Hvordan defineres mål og inntakskriterier?
- Hvordan jobbes det med rutiner, system for forbedringsarbeid og hvordan ivaretar man forankring og eierforhold til dette blant ansatte som skal jobbe i lindrende enhet?
- Hvilke kompetansehevingstiltak planlegges og iverksettes?
- Hvordan sikrer man at nødvendig utstyr og inventar er på plass før oppstart?
- Hvordan forløper beslutningsprosesser?

Prosessen ble analysert i forhold til kjente fallgruver for prosjektarbeid (Andersen, Grude og Haug 2009).

Om følgeforskningen

Data fra planleggingsfasen ble samlet ved følgeforskning der observasjon i prosjektgruppen og i ulike møter ble viktigste datakilde. Feltnotater tok sikte på å dokumentere hvordan prosjektgruppen arbeidet, hva som ble diskutert og hvordan prosessene forløp.

Å drive følgeforskning medfører at en kommer tett på personer og prosesser som en senere skal evaluere. Dette er en utfordring som forskeren må være bevisst på. Med tanke på dette valgte forsker en passiv observerende rolle. Selv om forsker ikke har deltatt aktivt i prosjektgruppen, vil det å være observatør innebærer at en får sosiale relasjoner til menneskene man observerer. Dette kan gjøre det vanskeligere å gjøre en objektiv evaluering av prosessene i etterhånd.

Til forskjell fra aksjonsforskning er forskeren i følgeforskning ikke aktiv i intervensjoner i prosessen. Det var prosjektgruppen som utførte arbeidet og som selv bestemte hva som skulle gjøres og på hvilken måte. Dette sikrer at en ikke senere skal evaluere prosesser der en selv har hatt en aktiv rolle.

Følgeforskning foregår samtidig med prosessen som studeres, dette medfører at sluttresultatet av prosessen kan være ukjent og er dermed av mindre betydning for selve følgeforskningen. Evaluering ved følgeforskning gir på denne måten best utgangspunkt for en formativ evalueringsform der hovedfokus er å trekke ut det som kan læres fra prosessen og gi anbefalinger for hvordan prosessen kan gå videre.

Datamaterialet fra følgeforskningen gjenspeiler hvilke prosesser forskeren har vært med å observere. I løpet av en prosjektperiode vil det, naturlig nok, også forgå mye kommunikasjon mellom deltagerne i prosjektgruppen utenom møtene. Dette gjør at observasjoner av en prosess aldri vil kunne bli fullstendige. Denne

rapporten vil i så måte ha sin begrensning i at den kun bygger på de møter hvor forsker har vært tilstede.

Prosessen med etablering av lindrende enhet har vært tett sammenvevet med omstruktureringen av 3. etg på Haugtun. Selv om det var et definert skille på hvilke oppgaver som var knyttet til prosjektgruppen kan man i ettertid stille spørsmål om det hadde vært fornuftig i hvert fall i noen grad, også å ha hatt noe observasjon i arbeidsgruppen for omstruktureringen. En ville på denne måten hatt et bedre helhetsbilde av prosessene som forløp.

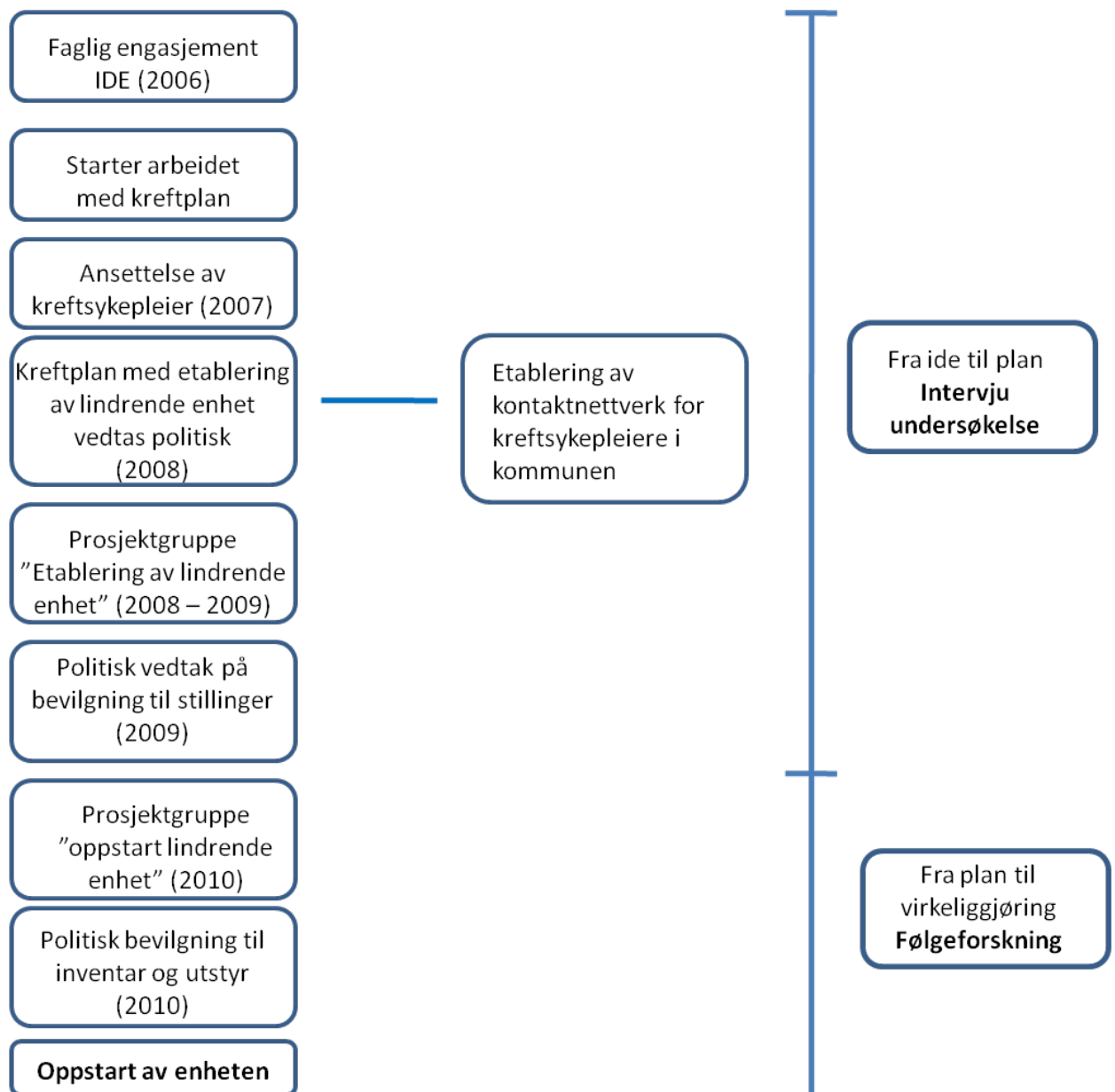
Resultat

I denne delen vil resultater fra intervjuer og observasjoner presenteres. Etablering av lindrende enhet har forgått i to trinn. Som beskrevet ble etablering av lindrende enhet vedtatt som en del av kreftplanen i 2007. En prosjektgruppe arbeidet i perioden september 2008 til november 2009 med å utrede en plan for etablering av lindrende enhet. Prosjektgruppen har tatt utgangspunkt i Norsk forening for palliativ medisin "Standard for palliasjon" og rapporten "Samhandling palliative enheter på sykehjem" utgitt av Helsedirektoratet. På bakgrunn av disse dokumentene utarbeidet prosjektgruppen rapporten "Etablering av lindrende enhet" som beskriver enhetens målsetning og målgruppe, organisering og bemanning, samhandling, kompetansehevede tiltak og nødvendige investeringer. Arbeidet med forprosjektet var ferdig november 2009.

Parallelt med etablering av lindrende enhet ble det jobbet med omstrukturering av Haugtun omsorgsenter, undervisningssykehjemmet i Oppland. Målet for omstruktureringen var å utvikle Haugtun i retning av et helsehus. En så det som naturlig at lindrende enhet ble en del av satsingen på Haugtun. En så det samtidig som viktig, på bakgrunn av pasientene, at enheten ble noe skjermet fra resten av sykehjemmet. Det ble derfor besluttet å etablere enheten i 3. etg, avdeling A. Denne ligger i enden av sykehjemmet uten gjennomgang og med direkte adkomst fra heis.

Det var også et uttrykt ønske at man ville ha en behandlende enhet med fokus på rehabilitering. Det ble derfor besluttet at lindrende enhet skulle ligge i tilknytning til rehabiliteringsenheten. Ved å plassere disse enhetene sammen ser man for seg å få et godt samarbeid mellom enhetene og at de vil kunne dra nytte av hverandres erfaringer. Det vil også være fleksibilitet på personal mellom de to enhetene, særlig på helg og natt.

I 2009 fikk Gjøvik kommune tilskudd fra Helsedirektoratet til lindrende behandling. Det ble i 2010 ansatt en prosjektleder som skulle lede prosessen fra plan til virkeliggjøring, "Oppstart av lindrende enhet". Det er denne prosessen som er fulgt i følgeforskningsprosjektet. Prosess med å etablere lindrende enhet i Gjøvik kommune er fremstilt i figur 2. Figuren viser også hvilke del av prosessen som er belyst i intervjuer og dokumenter og hvilken del som er fulgt som følgeforskning.



Figur 2: Figuren viser gangen i arbeidet med å etablere lindrende enhet i Gjøvik kommune.

Fra idé til plan

Erfaringer fra planleggingsprosessen ble samlet gjennom intervjuer.

Alle intervjuene ble innledet med spørsmål om å beskrive prosessen rundt etablering av lindrende enhet frem til i dag. Spørsmålet ble fulgt opp med hva som var bra med prosessen og om det var noe de syntes kunne vært gjort annerledes. Noen av de intervjuede har sittet i arbeidsgruppen som har jobbet med utredningsarbeidet rundt lindrende enhet, mens andre har sittet mer på utsiden av prosessen.

Erfaringer fra forprosjektet "Etablering av lindrende enhet"

Alle som er intervjuet gir et positivt bilde av planleggingsprosessen. På spørsmål om informantene har erfart noe som har vært negativt eller som burde vært gjort på en annen måte er det ingen som har konkrete innspill på dette. Samtidig bemerkes det at:

"Vi har brukt lang tid og vi har valgt en måte, så tror jeg det finnes flere måter å gjøre det på"

Hva er det som trekkes frem fra prosessen, som alle opplever som positivt?

Lindrende enhet startet ut som en ide blant fagpersonene som var involvert i arbeidet med kreftplanen. Gruppen fikk frihet til å jobbe ut fra et ideelt ståsted. De fikk på denne måten mulighet til å skissere kreftplanen og kommunens tilbud til kreftpasienter ut fra et faglig perspektiv. Det at ildsjeler med høyt faglig engasjement har fått komme frem og fått kjempe for sine fagområder oppleves som positivt. Det har samtidig vært viktig at en slik satsning har vært godt forankret i toppledelsen i kommunen for å sikre ressurser og prioriteringer for å kunne gjennomføre etableringen. Det har også vært fokus på at enheten skulle etableres på de rette forutsetningene. Det var presisert at dette ville kreve ekstra ressurser og at det var en forutsetning at det ble bevilget penger utover tradisjonell sykehjemsdrift til enheten.

Flere påpeker også at kontakten med det politiske nivå i prosessen har vært viktig. Virksomhetsleder har hatt hovedansvaret for dialog med det politiske hovedutvalget underveis i prosessen. Han har også vært bevisst på å ta med fagpersonene inn for å informere om det planlagte tilbudet. Å jobbe strategisk mot politisk nivå trekkes av flere frem som positivt og viktig for å ha fått dette til.

"Vi har hele tiden informert hovedutvalget, men vi har også utfordret politikerne på holdninger til hva vi trenger for å fylle de forventninger og krav som stilles til oss. Fra brukere, og også samfunnet generelt, innenfor de rammene vi har."

Etablering av enheten er et resultat av et målrettet prossarbeid. Det har vært viktig med en helhetlig tenking rundt fremtidens kommunale tilbud, der lindrende enhet fremstår som en naturlig del av en helhet. Det påpekes også at det har vært viktig at kommunen har satsset på flere andre områder samtidig. Noen kommenterer at det kan føles utfordrende for andre når et sykehjem, eller en avdeling, får en ekstra satsing slik som etablering av en lindrende enhet. Ved at kommunen har jobbet helhetlig med planarbeidet gjennom prosessen og vært bevisste på denne problemstillingen i ledelsen, opplever flere at dette har vært et mindre problem.

Alle som er intervjuet kommenterer at kreftpasienter er en gruppe det er lett å fremme tilbud for.

”Dette var det stor enighet om. Dette rører ved så mange, det gjør det lett å få aksept. Det er lett å selge inn.”

Når etableringen var vedtatt gjennom kreftplanen ble det satt ned en prosjektgruppe som skulle utarbeide forslag til etablering av en lindrende enhet i kommunen. Denne gruppen bestod av aktuelle ledere og fagpersoner fra kommunen, en overlege fra Sykehuset Innlandet, Gjøvik og leder for Kompetansesenteret for lindrende behandling ved Ullevål. Gruppens faglige tyngde blir presisert som viktig. Gjennom høy kompetanse i gruppen oppleves høy legitimitet for de premisser som ble lagt. Prosjektgruppen utarbeidet også en grundig rapport som har vært et godt arbeidsverktøy videre i prosessen.

”Har vært til stor hjelp å ha en skrift å følge. Da vet vi hva som har vært snakket om, så kan vi ta veien videre. Føringerne ligger klare.”

Alle gir inntrykk av å være godt fornøyd med prosessen. Det eneste som nevnes som negativt er at det har tatt lang tid. Noe av årsaken til dette er at det ikke er ”flust med ressurser”. Det har tatt tid å forberede og finne rom for de omdisponeringer som var nødvendig. At det har tatt lang tid gjorde også at det etter kommunevalget kom et nytt hovedutvalg. Det ble brukt mye ressurser på å ”lære opp” det nye hovedutvalget i forhold til kommunens utfordringer og prioriteringer. Samtidig påpekes det at tiden også har gitt mulighet for å sikre prosesser før en har gått videre og at det har vært rom for å tenke godt gjennom ting. Nå i ettertid ser en også at utviklingen både i kommunen og i samfunnet ellers de siste årene gjør at en enhet som startes i dag kanskje står bedre rustet enn om en hadde fått enheten på beina i 2007. Nå har kommunen en innarbeidet kreftkoordinator (tidligere kalt kreftsykepleier) som har et strukturert samarbeid med det onkologiske miljø og palliativt team på sykehuset. Det er også et etablert kreftkontaktnettverk, slik at den lindrende enheten nå fremstår som en naturlig bit i et større puslespill. I 2009 kom også samhandlingsreformen som peker på en ny kommunerolle med mer ansvar. Dette støtter opp om etablering av en slik enhet i kommunen. Det vil også følge en ny finansieringsmodell med samhandlingsreformen som kanskje vil kunne være med å bidra til finansiering av en slik enhet i kommunen på sikt.

”Det har tatt lang tid, men jeg har hele tiden visst at dette ville bli en realitet.”

Forventninger

Det er lagt ned mye arbeid og tid i planlegging av enheten. Det satses også økonomisk gjennom nye stillinger og nytt utstyr. Dette resulterer i høye forventninger til enheten blant informantene. Det er klare forventninger til at dette skal bli en spesialisert enhet med høy kompetanse. Flere peker på at en vil bli

et alternativ til sykehus for mange pasienter og det forventes at en skal kunne gi et godt og helhetlig tilbud til de sykeste syke.

”Ser at enheten trengs. Særlig for eldre, det er ille for dem å bli lagt inn på sykehus. De taper seg i vekt og blir lett forvirret. Tror dette vil bli kvalitativt bedre på et lavere nivå. Jeg håper vi klarer å håndtere dem bedre, i et mindre og oversiktlig miljø. At enheten blir en base. Samhandlingsmessig og faglig tror jeg det blir bedre”

Gjøvik kommune har i perioder stort press på sykehjemsplasser. Informantene har en klar forventning om at en skal kunne fylle disse seks plassene med pasienter som tilfredsstillende inntakskriteriene. Samtidig er det flere som ser at dette kan bli en utfordring og at en bør være forberedt på at det i perioder også kan være andre pasienter i enheten.

Det forventes også at dette er en enhet som holder faget høyt, der det er stort fokus på kvalitet og kvalitetsforbedring. Enheten fremstilles som et flaggskip innen for lindrende behandling i Gjøvik kommune.

”Folk med behov for lindrende behandling skal ha en trygghet på at de kan få hjelp og veiledning. Mennesker skal ha trygghet på at hvis ting kommer på igjen kan man søke kontakt, at enheten kan være en samtalepartner, et sted med åpen dør.”

Personer på de ulike ledernivåene uttrykte enhetlige forventninger. Det var også godt samsvar i forventningene mellom ledere og fagpersoner. Det er stor lojalitet for det forarbeidet som er gjort og innholdet i prosjektrapporten virker kjent for alle informantene.

Samhandling

Samhandling er fremhevet som et kjernepunkt i etableringen av enheten. Ønsket er å få til en sømløs tjeneste for pasientene. I intervjuene ble det spurt om: hva mener du må till for å få god samhandling rundt lindrende enhet.

God kommunikasjon blir trukket frem som en viktig faktor. Det er viktig at det blir opprettet arenaer og rutiner for god kommunikasjon mellom lindrende enhet og andre enheter i kommunen og andre eksterne samarbeidspartnere. Flere trekker frem at en må møte sine samarbeidspartnere med ydmykhet og likeverd. I kommunikasjon ligger også at vi er klare på hva vi gjør, avgrensning og ansvarsfordeling. Flere trekker også frem kjøreregler for samhandlingen og at en ideelt sett burde hatt samarbeidsavtaler med eksterne partnere på plass før åpning.

”Det er viktig at det blir en god kontakt og at vi er åpne og lytter til hverandre.”

Sykehuset og fastlegene trekkes frem som sentrale aktører der en ser for seg at samhandlingen kan by på utfordringer. Å få til en god legebemannning på Haugtun sees på som en viktig faktor i samarbeidet med sykehus og fastleger. Det blir også presisert at det er viktig at fastlegene får god informasjon og blir engasjert i enheten. De må oppleve at enheten har kompetanse som de er tilfredse med og tørr å bruke.

Alle intervjuede mener det vil være mulig å oppnå god samhandling, og at nøkkelen til dette ligger i å møtes rundt pasienten.

"Hvis alle har pasienten og dens beste i fokus tror jeg vi vil få til en god samhandling"

Suksesskriterier

Informantene ble også spurt hva de så som de viktigste suksesskriteriene for å lykkes med en lindrende enhet. Flere faktorer blir trukket frem som viktig for å lykkes. De fordeler seg på temaene administrative faktorer, faglige faktorer og informasjon.

De administrative faktorene dreier seg i første rekke om å få på plass en struktur og et lederskap som gir enheten klare og felles rammer. Det påpekes at det er viktig at enheten ikke blir en "stat i staten", men inngår i en kommunal helhet. Tydelig lederskap blir fremhevet som viktig for å få dette til. Arbeidsmiljø er en annen faktor som blir presisert. Lindrende enhet skal være et godt sted å jobbe. Det fremheves viktigheten av å ha fokus på teambygging blant de ansatte i enheten. Det blir et lite miljø som må stå sammen i mange tøffe situasjoner. Det blir samtidig viktig at en ikke blir en lukket gruppe, men ser seg som en resurs også for andre enheter i sykehjemmet og andre sykehjem i kommunen.

For å kunne gi et godt tilbud i enheten er kompetanse og fag det overordnede suksesskriteriet. Det pekes på behovet for nok kompetanse, at en får inn gode og mange nok sykepleiere med ønsket videreutdanning, og ikke minst en god lege. Legen vil ha stor betydning for hvilke pasienter en kan ta hånd om på enheten. Å få en god lege med interesse for palliasjon uttrykkes som et "must". Det fremheves også at et godt tverrfaglig samarbeid vil være viktig.

Informasjon til samarbeidspartene fremheves også som et suksesskriterium. Det er viktig at fastleger og sykehus er godt kjent med enheten og hva den kan tilby. Det vil også være viktig med informasjon internt i kommunen. Hva er den lindrende enheten og hva kan den bidra med i forhold til ulike pasienter. Det er også flere som påpeker at det vil være viktig med informasjon ut til allmennheten. Det er fremdeles mange som forbinder sykehjem kun med de eldste eldre, det er derfor

viktig å vise frem at Haugtun er blitt noe annet enn det mange forbinder med tradisjonelt sykehjem.

Fra plan til virkeliggjøring

Etter planprosjektet hadde kommunen en gjennomarbeidet rapport som pekte ut veien mot en lindrende enhet. Nå startet arbeidet med å gå fra plan til virkeliggjøring. Kommunen valgte å organisere denne prosessen som et prosjekt knyttet til fagenheten på undervisningssykehjemmet. Det ble, med prosjektmidler fra Helsedirektoratet, ansatt en prosjektsykepleier som jobbet i hel stilling med oppstart av lindrende enhet. Målene for prosjektet ble definert som:

”Lindrende enhet ved Haugtun omsorgssenter er åpnet 01.09.10. Arbeidet med åpning av enheten er planlagt i tråd nasjonale føringer og anbefalinger og utarbeidede interne rapporter og beslutninger.

- *Lindrende enhets målsetting og målgruppe er tydelig definert*
- *Opplæring og kompetansehevende tiltak innen lindrende behandling og omsorg er gjennomført for personell i enheten, samt annet aktuelt personell*
- *Rutiner og verktøy for bruk i Lindrende enhet er utarbeidet, og planlagt implementert*
- *Interne og eksterne rutiner og avtaler for samarbeid er utarbeidet, og samarbeid med aktuelle instanser er etablert*
- *Informasjonsstrategi for Lindrende enhet er utarbeidet slik at forventninger er avklarte*
- *Starte planleggingen av enhetens utadrettede virksomhet*
- *Oversikt over behov for nytt utstyr til enheten”*

Områdene rundt utarbeidelse av bemanningsplan, tilsetting av lege og sykepleiere samt omdisponering av rom i forbindelse med etablering av den lindrende enheten ble ivaretatt av arbeidsgruppen for omstruktureringen.

Det ble tidlig klart at tidsplanen var for knapp for å få ansatt eksterne personer slik at en hadde på plass et komplett personal til den planlagte oppstarten. Oppstart av enheten ble derfor forskjøvet til oktober, med offisiell åpning 09.12.10.

Prosjektorganisering

Ved oppstart av prosjektet ble det diskutert hvordan prosjektet skulle organiseres. Diskusjonen gikk mellom leder for utviklingsenheten og leder for fagenheten som

sammen bestemte prosjektorganiseringen. Det ble opplyst at Gjøvik kommune organiserer sine prosjekter etter PLP (Prosjektlederprosessen), Statens næring og distriktsutviklingsfond, SND. I henhold til PLP metoden ble det definert:

- **Prosjektleder.** Ble ansatt, finansiert av tilskudd fra helsedirektoratet. Det ble ansatt en person med kompetanse og lang erfaring innen kreftomsorg. Prosjektleders oppgave var å lede prosjektgruppen. Prosjektleder vil fortsette som sykepleier 1 i lindrende enhet etter oppstart.
- **Prosjekteier.** En fant det viktig at prosjektet var forankret høyt i ledelsen. Det ble derfor besluttet å sette virksomhetsleder som prosjekteier. Dette ble også sett som hensiktsmessig fordi virksomhetsleder forvalter alle tjenestene som skal samordnes innenfor lindrende enhet. En så det også som viktig at prosjekteier kunne fatte beslutninger knyttet mot den helhetlige helse- og omsorgsplanen.
- **Prosjektansvarlig.** Har det totale prosjektansvaret og har det overordnede ansvaret for fremdrift og resultater. Prosjektansvarlig skal også ha ansvar for veiledning på prosessen. Det var bestemt at prosjektet skulle organiseres i fagenheten på undervisningssykehjemmet, det var også de som hadde søkt og fått bevilgning til prosjektet fra helsedirektoratet. Det ble besluttet at leder for fagenheten skulle være prosjektansvarlig.
- **Prosjektgruppe.** Prosjektgruppen består av personer som aktivt er involvert i prosjektet. Det var noe diskusjon rundt hvor stor prosjektgruppen burde være. Det ble imidlertid rask enighet om at gruppen skulle være liten. Begrunnelsen for dette var at det da ville være lettere å få til møtepunkter noe som ville sikre rask progresjon i prosjektet. Prosjektgruppens sammensetning ble:
 - Prosjektleder
 - Leder fagenheten
 - Avdelingssykepleier
 - Sykepleier 1 på rehabiliteringsavdelingen
 - Kreftkoordinator i kommunen
 - Representant fra fysio- ergoterapitjenesten

Det ble diskutert behovet for å ha med en lege inn i gruppen. Det var kjent fra andre lindrende enheter at å involvere lege i arbeidet var positivt. Det ble imidlertid konkludert med at det ikke var legeressurs i kommunen til å sitte i en slik gruppe. Det ble bestemt å benytte tilsynslegene på sykehjemmet ved behov for medisinske synspunkter.

- **Styringsgruppe.** Denne har som viktigste oppgave å se til at prosjektet får nødvendige ressurser, de kan gi råd i problemstillinger og de skal gi råd til prosjektleder. De skal også følge med prosjektets fremdrift. Det ble besluttet at ledergruppen for Helse og omsorg skulle være styringsgruppe. Rapportering fra prosjektet skulle skje inn i ledermøtet hver 6. uke.

I ledergruppen sitter:

- Virksomhetsleder
- Seksjonsleder hjemmetjenester
- Seksjonsleder sykehjem
- Seksjonsleder tilrettelagte tjenester
- Seksjonsleder helse
- Seksjonsleder forpleining
- Leder av utviklingsenheten
- Leder av tildelingskontor

- **Referansegruppe.** Består av ressurspersoner som har sagt seg villig til å gi råd inn i prosjektet. Man ønsket ikke å samle referansegruppen, men bruke dem som ressurs ved behov. Problemer kan drøftes med en eller flere av ressurspersonene for råd og veiledning. Ressurser som ble identifisert som viktige var:

- Omsorgstjenestens tildelingskontor, Gjøvik kommune
- Tilsynsleger, Haugtun sykehjem
- Palliativ team, Sykehuset Innlandet HF Gjøvik
- Det onkologiske miljø, Sykehuset Innlandet HF Gjøvik
- Høgskolen i Gjøvik, videreutdanning lindrende behandling
- Kreftkontaktnettverket i hjemmetjenesten, Gjøvik kommune
- Seksjonsleder hjemmetjenester
- Seksjonsleder forpleining
- Lokalt lederteam Haugtun omsorgssenter
- Ledergruppa seksjon sykehjem
- Fastleger
- Kreftforeningen
- Andre aktuelle lindrende enheter i sykehjem i Norge

Det ble også diskutert å ha med brukerrepresentant. Det ble besluttet at en eventuelt kunne kontakte dem ved behov.

Torun Wester fra Kompetansesenteret på Ullevål ble definert som faglig veileder.

Følgforskning "Oppstart av lindrende enhet"

For å følge arbeidet ble det gjennomført deltagende observasjon i prosjektgruppa for prosjektet "Opprettelse av lindrende enhet". Prosjektgruppen hadde totalt ni møter samt to dager med arbeidsseminar. Prosjektgruppen har fungert som et diskusjonsforum. Prosjektleder har forberedt og ledet møtene og hatt hovedansvaret for jobbing mellom møtene. Hun har samarbeidet med enkelte i gruppen ved behov. Ved oppstart av prosjektet utarbeidet prosjektleder en fremdriftsplan. Planen ga oversikt over konkrete oppgaver som skulle gjennomføres og i hvilken rekkefølge dette skulle gjøres. Aktiviteten på fremdriftsplanen kan grupperes i følgende tema:

- Forberedelser
- Samhandling
- Prosedyrer (kvalitetssystem)
- Praktisk tilrettelegging (utstyr, informasjon)
- Kompetanse

Forberedelser

Ved oppstart av prosjektet ble det samlet inn dokumenter og erfaringer fra andre tilsvarende enheter. Etter kontakt med Palliativt kompetansesenter på Ullevål ble det anbefalt å se på:

Lindrende enhet i Øvre Eiker kommune

Lindrende enhet i Moss kommune

Hospice Lovisenberg

De ulike enhetene ble kontaktet og prosjektleder fikk tilsendt ulike dokumenter som mål og inntakskriterier, rutiner, opplæringsplaner og rapporter fra disse enhetene. I tillegg hadde kreftkoordinator tidligere vært i kontakt med lindrende enhet i Skien kommune og Porsgrunn kommune og hadde fått tilsendt informasjon fra disse enhetene. Prosjektleder var også i løpet av prosjektperioden på besøk på enheten i Moss og enheten i Øvre Eiker. Gjennom besøkene fikk hun et inntrykk av hverdagen på enheten.

I tillegg til eksterne dokumenter ble det gjennomført en kartlegging av hva som fantes av rutiner i sykehjemsavdelingene i 3. etg fra før.

Arbeidet i prosjektgruppen bygger i stor utstrekning på disse dokumentene.

Det ble ved oppstart av prosjektet avklart at alle beslutninger skulle fattes i ordinær linje. Dette innebar at faglige spørsmål gikk fra prosjektgruppen videre til ledergruppen som fattet en beslutning. Økonomiske spørsmål gikk samme vei, de

gikk ved noen anledninger videre til Helse- og velferdsutvalget for politisk behandling. Dette gjaldt sak om ekstrabevilgning for styrket bemanning på natt samt egen sak for ekstra bevilgning for anskaffelse av materiell og utstyr. Selv om beslutningslinjene var klare tok det noe tid for prosjektleder, som var ny i kommunen, å orientere seg.

Samhandling

Et av målene for prosjektet var å ha rutiner og avtaler for samarbeid på plass før oppstart. Prosjektleder laget en oversikt over aktuelle samarbeidspartnere basert på egen erfaring og informasjon fra andre lindrende enheter. Følgende samarbeidspartnere ble identifisert.

- Kreftkontaktnettverket i hjemmetjenesten
- Kreftkoordinator i kommunen
- Fastleger
- Tildelingskontoret
- Forpleiningstjenesten
- Psykisk helse
- Tilsynslegene på Haugtun
- Sykehuset Innlandet, divisjon Gjøvik
 - palliativt team
 - onkologisk miljø
- Sykehusapoteket
- Bandagist (REMEDI)
- Nav – sosionom
- Prest

Prosjektleder tok kontakt med de ulike partene for å informere om enheten og diskutere samarbeidet.

Samarbeid med aktører internt i kommunen:

Lindrende enhet vil jobbe tett sammen med fysio- ergoterapi tjenesten som er organisert under seksjon helse. Det vil bli knyttet en 50 % stilling som fysioterapeut og en 50 % stilling som ergoterapeut til enheten. En har tidligere erfart at det har vært uavklarte forventning til hva det innebærer av tilstedeværelse når en får en bestemt ressurs fra fysio-ergo knyttet til en enhet i sykehjemmet. Det har vært diskutert i kommunen om en skulle organisere fysio- og ergoterapeuter som er knyttet til bestemte enheter i sykehjem inn under seksjon sykehjem. Etter en helhetsvurdering landet kommunen på å beholde organiseringen der fysio-ergo er på konsulent timer fra seksjon helse. I forbindelse med oppstart av lindrende enhet har det vært jobbet med en avtale som skal klargjøre forventninger mellom ulikt personal på enheten. Det har også vært jobbet med plan for fysio-ergo

tilstedeværelse i enheten. Fysioterapeut har vært representert i hele prosessen og det er også fysioterapeut med i prosjektgruppen for oppstart. Det er ønsket at det skal være et rehabiliteringsfokus på avdelingen, utover fysio- og ergoterapibehandlingen, dette krever tverrfaglig aktivitet og samarbeid på tvers av fag. En ønsker å legge til rette for dette gjennom en avtale.

For å diskutere samhandling med forpleiningstjenestene som har ansvar for mat på enheten hadde prosjektleder møte med seksjonsleder for tjenestene, som er kostøkonom. Dette var et positivt møte med stort engasjement. Forpleiningstjenesten viste stor interesse for å få til et godt tilbud på enheten og kom også med forslag om å skaffe en kaldmatsvogn som man kan trille inn på pasientrommene for å tilby ulike småretter. Det var også positiv holdning til å kunne tilby individuell tilpasset kost for pasientene på enheten. Det ble enighet om at en kokk vil delta på utvidet tverrfaglig møte for å bli bedre kjent med pasientgruppen og dens behov. Det ble også foreslått at enheten skulle ha en matansvarlig som har et særlig ansvar for at maten som serveres ser innbydende ut. En ser for seg at mange av pasientene på enheten vil ha dårlig matlyst, slik at det viktigste ernæringsmessige tiltaket blir å oppmunter pasientene til å spise. Det er også i samarbeid utviklet en sjekklister for ernæring knyttet til ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) kartleggingen som vil bli benyttet i enheten. Samarbeidet med forpleiningstjenesten er nedfelt i egen prosedyre.

Tildelingskontor. Møte med tildelingskontoret var fokusert rundt hvordan søknad og fordelig av plasser på enheten skulle forløpe. Arbeidsgruppen hadde i utgangspunktet utarbeidet et eget søknadsskjema for plass på lindrende enhet. Tildelingskontoret ønsket imidlertid å få plass på lindrende enhet inn som et alternativ på fellessøknaden om kommunale tjenester. Det ble noe dialog rundt hvordan en da kunne sikre at de medisinske opplysningene som en ønsket ved innleggelse på lindrende følger med pasientene. Diskusjonen oppfattes som smidig. Fokuset var på hvordan dette kunne gjøres på best mulig måte. Det ble besluttet at det skulle utarbeides en sjekklister som tildelingskontoret skulle bruke ved tildeling av plass. Listen spesifiserer ulike dokumentasjon som skal være på plass før innleggelse i den lindrende enheten. Tildelingskontoret vil sammen med kreftkoordinator, lege og fagsykepleier være ansvarlig for tildeling av plass på lindrende enhet. Inntaket vil skje på bakgrunn av inntakskriteriene som er satt for enheten.

Kreftkontaktnettverket i hjemmetjenesten blir en viktig samarbeidspartner som vil følge pasienter inn og ut av enheten. Disse har hovedansvaret for organisering og kommunikasjon rundt kreftpasientene som er i eget hjem. Prosjektleder har vært med på møtene i kreftkontaktnettverket i planleggingsperioden. Det er slik opprettet personlig kontakt og bekjentskap som vil bli et positivt element i videre

samhandling. Det er også utarbeidet en rutine for samarbeidet med kreftkontaktnettverket. Rutinen beskriver møtepunkter med kreftkontaktene og gjensidig ansvarsområder når det gjelder dokumentasjon, informasjon og kunnskapsoverføring.

Kreftkoordinator har sittet i prosjektgruppen. Hun leder kreftkontaktnettverket og har tett kontakt og ansvar for dialogen mellom palliativt team på sykehuset og tildelingskontoret. Hun opplever at informasjonsflyten i dag er god. Hun har en fast dag i uken hvor hun fysisk er tilstedet på sykehuset. Morgenen etter er hun på møte for å gi informasjon til tildelingskontoret. Videre har hun samme dag møte med kreftkontaktene. Dette gjør at informasjonen om pasienter på sykehus som skrives ut til hjemmet fungerer godt. Kreftkoordinator vil også sørge for god informasjonsflyt mellom sykehus, tildelingskontor og lindrende enhet. Ellers er det fremdeles behov for noen avklaringer rundt kreftkoordinators rolle inn mot lindrende enhet. Fra hennes side hadde det vært ønskelig med kontor i tilknytning til den lindrende enheten for å få være en del av det faglige fellesskapet.

Fastlegene er også en viktig samarbeidspartner. Disse har ansvaret for pasientene når de er hjemme og det vil være behov for et nært samarbeid med fastlegene ved inn og utskrivning til enheten. Prosjektleder har fått anledning til å delta på to møter for å informere fastlegene om enheten. Det første møte var mellom seksjonsleder Helse fra kommunen, kommuneoverlegen og tillitsvalgte leger i kommunen. Senere var prosjektleder også tilstede i Gjøvik allmennlegeforening. Prosjektleder informerte om avdelingen og tilbudet, og hadde en dialog rundt dette med legene. Legene gav positiv tilbakemelding på tilbudet ved lindrende enhet. De gav uttrykk for at de ønsker et godt samarbeid med enheten. De gav også uttrykk for at dette var en prioritert pasientgruppe og at de syntes det var positivt at tilbudet ikke bare skulle være forbeholdt kreftpasienter. Det er videre utarbeidet et informasjonsark som forteller om enheten, hvilke pasienter den er for og hva slags tilbud pasientene kan få i enheten. Dette sendes alle fastlegene. Det er ikke utarbeidet avtale eller rutiner for kontakt med fastlegene. Det er ytret ønske om at fastlegene deltar på nettverksmøte rundt aktuelle pasienter. Erfaringsmessig kan dette være vanskelig å få til fordi møtene ikke lar seg planlegge i god nok tid til at legene har ledig tid. En ser for seg at samarbeidet med fastlegene må komme i stand rundt pasientene. Gjøvik kommune har samtidig med opprettelsen av lindrende enhet tilsatt sykehjemsoverlege i 100 % stilling. Sykehjemsoverlegen vil ha en viktig oppgave i å holde fastleger informert om kommunens tilbud, herunder lindrende enhet.

Samarbeid med eksterne:

Sykehus. Kommunen hadde i utgangspunktet, da de startet arbeidet med en lindrende enhet, håpet å få til et samarbeid med sykehuset der sykehuslegen gikk

visitt på lindrende enhet. Det ble raskt avklart at sykehuset ikke hadde anledning til å gå inn på en slik ordning. De var imidlertid positiv til å åpne sine fora for kompetanseheving, hospitering og annen faglig veiledning. Lokalsykehuset på Gjøvik har i dag ingen egen kreftenhet, slik at kreftpasienter ligger på ulike sengeposter. For å legge til rette for god samhandling har prosjektleder vært på møte med avdelingssykepleierne på de ulike sengepostene og informert om enheten. Hun har også vært i møte med palliativt team, som hun ser for seg blir det viktigste kontaktleddet mot sykehuset. Det er nå muntlig avtale om veiledning, undervisning og hospitering. Det er imidlertid ikke utarbeidet skriftlige rutiner eller avtaler om samarbeid med sykehuset. Dette er strukturer man håper å få på plass. En ser at det vil vær fruktbart å ha med legen i utarbeidelse av dette. Hvilken lege en fikk ansatt på lindrende enhet ville også ha stor betydning for hvilke pasienter man kan håndtere i enheten. For å gjøre en endelig avklaring og avtale med sykehuset var man derfor avhengig av å få tilsatt lege før denne prosessen ble ferdigstilt. Ved oppstart har enheten ansatt lege som vil jobbe i delt stilling mellom enheten og sykehuset. Det er også ansatt sykepleiere fra sykehuset. Ved å ha personer som er kjent i sykehuset og som vet hvor en skal ta kontakt håper en at arbeidet med å få på plass formelle strukturer rundt samhandlingen vil gå lettere.

Apotek. Sykehusapoteket har nær oppfølging av personer som har smertepumper og blander også en del parenteral næring. I møte med apoteket fikk prosjektleder informasjon om deres rutiner og bestillingsprosedyrer. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet en instruks som beskriver lindrende enhets kontakt med sykehusapoteket rundt bestilling og dokumentasjon på bruk av smertepumper.

Nav. På en lindrende enhet vet en av erfaring fra andre steder at det kan være yngre pasienter som vil kunne ha behov for tjenester hos NAV, særlig rådgivning fra sosionom. Det var derfor ønskelig å få til en samarbeidsavtale med NAV. Dette har vist seg vanskelig å få til. Det er foreløpig ikke etablert noe fast kontaktpunkt mot NAV.

Prest. Prest kan være en viktig samtalepartner for mennesker i palliativ fase. Det ble derfor arrangert et møte med prester fra Gjøvik prosti. De var svært positiv til kontakt med sykehjemmet og uttrykte at dette var et område de gjerne ønsket å være mer delaktige i. Møte resulterte i en instruks for kontakt med prest. Instruksen beskriver hvordan en kan komme i kontakt med prest, på alle døgnets tider. Det er også avtalt at prest skal delta på det utvidete tverrfaglige møte annenhver uke.

Bandagisten REMED bidrar ved bestilling av kompresjonsstrømper ved lymfeødembehandling. REMED kan også bidra med stomihjelpen i enheten ved behov. Prosjektleder har vært i dialog med REMED for å avklare forventninger. De kan

bidra med veiledning, men har ikke mulighet til å bidra med utstyrsprøver. Kontakt med stomihjelpen er beskrevet i egen prosedyre.

Alt i alt kan en si at det har vært en positiv holdning til samhandling i de møtene som har vært. Det er laget flere prosedyrer som beskriver hvordan den lindrende enheten skal ta kontakt med de ulike aktørene. I disse rutinene savnes imidlertid ofte stemmen til den andre parten. Ideelt sett skulle partene som skal samhandle laget felles rutiner for samhandling. Slike rutiner bør inneholde noe avklaring i forhold til ansvar og forventninger. Det er klart at samhandling er et område som vil kreve fokus og tilpassing etter hvert som enheten kommer ordentlig i drift. Mye samhandling er personavhengig. Det er gjort mye kontaktarbeid i de forberedende rundene som bør legges til rette for at en skal få til en god samhandling. Samtidig har man gjennom prosjektet erfart at det er vanskelig å få på plass formelle strukturer for samhandling. I planleggingsfasen en nå har vært gjennom har personalet ikke vært på plass før mot slutten. Særlig det å få på plass lege håper en vil gjøre det lettere å få på plass samhandlingsstrukturer mot sykehus og fastleger.

Kvalitetssystem

Mål og inntakskriterier

Prosjektgruppens hovedarbeid har gått på utarbeidelse av dokumentasjon til enheten. I første rekke tok en fatt på å drøfte mål og inntakskriterier. I diskusjonen tok man utgangspunkt i det som var skrevet i rapporten om målsetting og målgruppe, sammen med inntakskriterier fra andre tilsvarende enheter. Det var enighet om at en skulle komme frem til konkrete kriterier og at det var viktig at dette var kriterier en følte seg fortrolig med. En ønsket å ha mål og inntakskriterier som skulle være forståelig for alle, også pasienter og pårørende. Mål og inntakskriterier skulle også formes slik at det kunne brukes som en del av informasjonsmateriellet om enheten.

En så det som viktig å ha en klar definisjon på hva slags pasienter som skulle komme på enheten. Det var en enhetlig forståelse i gruppen om hvilke pasienter dette var. Det har fra starten vært klart at enheten skulle ha et bredere nedslagsfelt enn kreftpasienter. Det var noe diskusjon i gruppen om en også skulle definere andre, for eksempel personer med nevrologiske lidelser, i inntakskriteriene. Etter kommentar fra en av tilsynslegene endte det opp med en åpen formulering: "pasienter med andre kompliserte lidelser". Videre sier inntakskriteriene hvilke forhold en kan søke om plass til. Det er bevisst presisert at det er snakk om kortidsopphold. Det er et stort rehabiliteringsfokus i prosjektgruppen som ser det som viktig at oppholdet på enheten skal være målrettet og ha egenmestring som overordnet mål. Det ble noe diskutert i gruppen hva som ligger i rehabilitering for denne pasientgruppen. Det kom frem at en her snakker om livskvalitet og det å bevare funksjonsnivå så lenge som mulig.

I arbeidet med å definere hva en kan søke om plass for, kom det opp en problemstilling rundt kortidsopphold som avlastning for pårørende. Dette er et av formålene som er beskrevet i strategien fra Helsedirektoratet. Prosjektleder undersøkte videre hva sykehjemsforskriften sa om avlastningsopphold. I henhold til forskriften gir avlastningsopphold ikke rett til medisinsk behandling i sykehjemmet. Gruppen mente det var viktig at det var pasientens behov som var styrende for tildeling av plass i lindrende enhet. Gruppen bestemte på bakgrunn av dette at det ikke skulle være adgang for å søke rene avlastningsopphold i lindrende enhet. Kreftkoordinator mente dette var uheldig i henhold til hennes erfaring i hjemmetjenesten der hun så flere pasienter, særlig de med barn i huset, som ville trenge et slikt tilbud. Etter noe diskusjon og rådføring med tildelingskontoret ble det imidlertid avklart at disse pasientene uansett ville kunne kvalifisere for en plass innenfor en eller flere av de øvrige kriteriene. Hvis kriteriene ikke er oppfylt er et alternativ å søke avlastningsopphold i en annen avdeling på sykehjemmet. Det ble poengtert at lindrende enhet skal være en spesial enhet, der en håndterer problemstillinger utover det en betjener i en vanlig sykehjemsavdeling.

Det ble også en diskusjon om en skulle sette en nedre aldersgrense for pasientene. Dette er noe ulikt på andre tilsvarende avdelinger. Gruppen ble raskt enige om at barn var en spesiell pasientgruppe, som vil kreve spesiell kompetanse. En så at det ville være vanskelig for enheten å dekke kompetansen. Det ble også bemerket at barn ofte har tett oppfølging i spesialisthelsetjenesten i livets siste fase. Det ble derfor bestemt at enheten skulle være for pasienter over 18 år.

Videre diskuterte gruppen målsetningene for oppholdet. Diskusjonen startet åpent og gikk i første runde ut på å samle gode begrep og avklare hva som lå i de ulike begrepene for personene i prosjektgruppen. På bakgrunn av diskusjonen utarbeidet prosjektleder utkast til inntakskriterier og målsetning for avdeling.

Den endelige formuleringen ble vedtatt av ledergruppen for helse og omsorg og er gjengitt her:

”MÅLGRUPPE/INNTAKSKRITERIER FOR LINDRENDE ENHET

- *Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom, pasienter med andre kompliserte lidelser med behov for lindrende behandling og omsorg med kort forventet levetid.*
- *Korttidsopphold for justering av symptomlindrende behandling*
- *Korttidsopphold for rehabilitering tilbake til hjemmet når pasienten ikke kan nyttiggjøre seg annet tilbud om rehabilitering*
- *Korttidsopphold for god symptomlindrende behandling, pleie og omsorg inntil døden*
- *Aldersgruppe over 18 år*

MÅLSETTING FOR LINDRENDE ENHET

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

Kvalitetsrutiner og avvikssystem, sikre krav

Det er i rapporten satt høye krav til driften av enheten. For å ivareta dette er det viktig med gode skriftlige rutiner. Prosjektgruppen hadde to dagers arbeidsseminar for å starte utarbeidelsen av et kvalitetssystem. Kommunen holder for tiden på å etablere et digitalt kvalitetssystem med digital håndtering av avviksmeldinger (EQS). Prosjektgruppa var enig om å ha som mål at alle prosedyrer skulle være godkjent i EQS før oppstart. Prosjektgruppe diskuterte noe rundt behovet for å ha rutiner på plass før oppstart opp mot involvering i utarbeidelsen og eierskap til prosedyrene blant de ansatte som skal jobbe i enheten. Det ble enighet om å sikre implementering og eierskap gjennom opplæring. Prosjektgruppen startet med å definere hvilke prosedyrer enheten ville ha behov for. En så behov for prosedyrer rundt:

- Henvising av nye pasienter til enheten
- Innkomst
- Målsamtale
- Informasjon
- Samarbeidsmøter
- Utreise
- Ulike fagprosedyrer

Arbeidet med prosedyrene startet med utgangspunkt i prosedyrer samlet fra andre tilsvarende enheter. Arbeidsprosess på lindrende enhet blir svært lik prosessen på rehabiliteringsavdelingen som hadde etablerte prosedyrer rundt de ulike aktivitetene. En så at det lå mye bra i rutinene som var utarbeidet for rehabiliteringsenheten og ønsket å bygge videre på disse, ved å tilpasse for særegne behov ved lindrende enhet.

Ved henvisning av nye pasienter så en informasjonsbehovet som viktigst, hovedformålet med prosedyren var å sikre at nødvendig dokumentasjon foreligger før ankomst. "Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen" gir en oversikt over dokumentasjon som skal være tilgjengelig for alt helsepersonell som kommer til pasienten. Med utgangspunkt i denne listen laget gruppen en sjekkliste for tildelingskontoret for å sikre at nødvendig dokumentasjon foreligger ved pasientens ankomst til enheten.

Sjekkliste:

- Epikrise
 - Primærdiagnose + bidiagnose
 - Sykdomsforløp, behandling, prognose
 - Aktuelle prøvesvar
 - Igangsatte/forsøkte tiltak
- Medikamentliste
- ESAS - profil
- Individuell plan
- Sykepleierapport eller oppdatert informasjon i Gerica
 - Beskrive pasientens egenomsorg og funksjonsnivå i forhold til grunnleggende behov
 - Boforhold
 - Aktuelle problemer
- Planlagt oppfølging etter oppholdet på lindrende enhet
- Aktuell problemstilling/målsetting for oppholdet

Erfaringsmessig mente gruppen at dokumentasjon er et problem. Epikriser er ofte uoversiktlige eller mangelfulle, prøvesvar må ofte etterspørres, individuell plan og IPLOS blir ikke oppdatert fortløpende. Gruppen uttrykte at det var viktig å ha fokus på god dokumentasjon.

"Å holde dette høyt vil være oppdragene både for oss og for sykehuset"

Ved innkomst til enheten vil det bli utnevnt en primærkontakt som har hovedansvar for oppfølging og dokumentasjon mens pasienten er i enheten. Det ble diskutert hvem som skal være primærkontakt. Erfaringer fra rehabiliteringsenheten var at det kan være positivt at også fysio-ergoterapeuter og eventuelt hjelpepleiere kan være primærkontakt. På denne måten legges det til rette for mer tverrfaglig arbeid. Det ble uttrykt at det i noen tilfelle oppleves som sykepleieren eier pasienten. Etter litt diskusjon ble man enig om at det på en lindrende enhet vil være mange medisinske spørsmål som gjør det naturlig at sykepleiere er primærkontakt. Det ble også vist til erfaringer fra Lovisenberg der en hadde opplevd at andre yrkesgrupper kvitte seg for å ta et slikt ansvar for

denne pasientgruppen. Det er utarbeidet detaljert prosedyre for innkost til enheten.

Øvrige prosedyrer ble utarbeidet av prosjektleder og kreftkoordinator. Prosedyrene ble presentert i prosjektgruppen som syntes prosedyrene dekket behovene godt.

Det ble laget en liste over fagprosedyrer det var nødvendig å ha i enheten. Det ble diskutert hvilke prosedyrer en skulle bruke. Kommunen har ikke gått til anskaffelse av PPS (Praktiske prosedyrer i sykepleien) og det er heller ikke planer om å få dette. En ønsket i utgangspunktet å ha kunnskapsbaserte prosedyrer i elektronisk form. Det ble besluttet å bruke prosedyrer fra Sykehuset Innlandet HF. Dett ble begrunnet med at en på den måten sikret at ting ble gjort likt i kommunen som det pasienten hadde opplevd på sykehuset. Det ble vurdert at dette var viktig for at pasienten skulle oppleve trygghet rundt sin behandling på sykehjemmet. Sykehuset Innlandet HF er inne i et omfattende arbeid med å lage kunnskapsbaserte elektroniske prosedyrer. Dette er en tidkrevende prosess, slik at prosedyrene enhetene hadde behov for ikke ville være tilgjengelig elektronisk. Det ble derfor besluttet at en skulle få papirutgaver av prosedyrene som blir benyttet på sykehuset i Gjøvik som vil bli oppbevart i perm på enheten.

Utstyr og inventar

For at den lindrende enheten skulle kunne åpne til rett tid var det viktig å sikre at nødvendig utstyr og inventar var på plass. Det var i forprosjektet gjort en vurdering av behov for medisinteknisk utstyr til enheten. Denne ble nå gjennomgått og revidert. Arbeidet ble utført av prosjektleder, sammen med en representant i arbeidsgruppen for omstruktureringen, da en ønsket å se avdelingens behov som helhet. Det ble hentet inn priser på utstyret som skulle kjøpes inn. Det ble videre laget en sak på dette til politisk nivå for å få en ekstra bevilgning til investeringer. I denne prosessen var det flere uklarheter rundt hvem som hadde ansvar for hva og hvilke investeringer som måtte ut på anbud. Dette resulterte i at saken kom sent til politisk behandling og det ble travelt for å få bestilt utstyret. En rakk imidlertid å få på plass alt nødvendig utstyr til oppstart.

Informasjonsstrategi

En så det som viktig å nå ut med informasjon om enheten før oppstart. Det ble derfor jobbet med en informasjonsstrategi. En ønsket å nå ut til ulike deler av kommunen, men også til eksterne samarbeidspartnere og befolkningen generelt. En gjorde en kartlegging av møter internt i kommunen og på sykehuset som kunne være gode arenaer for å nå ut med informasjon om enheten. I samarbeid med tildelingskontoret ble det distribuert informasjon til alle fastlegene. Det ble også utviklet et forenklet informasjonsskriv tenkt brukt mot potensielle pasienter og pårørende. For å nå ut til pasienter, pårørende og kommunens innbyggere

generelt ble det laget plan for mediekontakt. En utarbeidet underlagsdokumentasjon som kunne sendes sammen med en henvendelse til lokalavisen. Det ble også planlagt en pressemelding som skulle sendes ut i forbindelse med den offisielle åpningen i desember.

Kompetanse

Det var en forutsetning at en skulle tenke kompetansebygging og kompetanseoverføring i forbindelse med oppstart av lindrende enhet. Prosjektgruppen jobbet med en plan for undervisning. Det ble jobbet etter prinsippet ” Noe til alle, mye til noen”.

En startet med å planlegge opplæring for de som skulle jobbe store stillinger i enheten. Gruppen var enig om at det var ønskelig med fem dagers kurs for personalet før oppstart. Tanken med uken var å bygge felles faglig plattform og legge grunnlaget for godt samarbeid mellom personalet på enheten. En ønsket at undervisningen skulle passe til kartleggingen som gjøres i ESAS. På grunn av praktiske og økonomiske hensyn ble det bestemt å ha fire undervisningsdager. Foredragsholdere ble rekruttert internt, samt fra samarbeidspartnere (særlig palliativt team). Ved behov ble det hentet inn eksterne personer. Tema for de ulike dagene var:

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

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

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

Dag 4: Sjelesorg og ”Hvordan skal vi jobbe sammen”

Det ble planlagt en egen undervisningsdag for nattevaktene som vil være tilknyttet lindrende enhet. Programmet ble planlagt ut fra hva en antok ville være mest relevant på nattevakter. Tema denne dagen ble smertebehandling, akutte tilstander og psykiske symptomer.

Det kom ved gjennomføringen av omstruktureringen og oppstart av lindrende enhet totalt 11 nye sykepleier til Haugtun. Det ble derfor planlagt en egen nyansatt dag. Tema denne dagen var generelle informasjon om sykehjemmet, om å være sykepleier på Haugtun, legemiddelhåndtering og dataopplæring.

I forbindelse med omstruktureringen var gruppen også ansvarlig for å planlegge en undervisningsdag for hver av de andre enhetene i 3.etg.

For å nå ut til resten av personalet på Haugtun ble det utarbeidet en undervisningsplan for internundervisning. En forelesningsrekke med aktuelle temaer i forhold til den lindrende enheten ble startet opp i september.

Det ble planlagt å gjennomføre systematisk evaluering av all undervisning.

Gjennom opprettelsen av lindrende enhet ønsker kommunen å få et flaggskip innenfor lindring i kommunen. Det ligger klare forventninger til spredning av kunnskap fra enheten, både internt i kommunen og via funksjonen som undervisningssykehjem til andre sykehjem i Oppland. På bakgrunn av dette har prosjektgruppen diskutert hvordan en ønsker å drive utadrettet virksomhet. Det er i første omgang lagt til rette for at enheten skal ha en åpen dør, med døgnbemanning, der andre sykehjem og hjemmetjenesten kan ta kontakt ved behov. Det kan være spørsmål rundt konkrete pasienter eller mer generelle henvendelser. Enheten er samtidig klar på at det vil være begrenset mulighet for dem å drive ambulerende virksomhet i kommunen. Det er stor bevissthet på at man ikke kan trekke personell bort fra enheten, som til enhver tid vil ha inneliggende pasienter de skal ivareta. Samtidig er det lagt opp til at sykepleier 1 (fagsykepleier) vil ha en dag i uken knyttet til fagenheten. Dette vil gi rom for å jobbe med fagspørsmål rundt enheten, men også drive en del undervisning og utadrettet virksomhet. Det vil bli lagt opp til å kunne ta imot studenter og hospitanter i enheten. Det vil imidlertid ikke bli startet før etter seks måneders drift, slik at enheten er ordentlig innkjørt. Dette er avklart med ledelsen i kommunen. Det er videre lagt opp til at enheten i samarbeid med resten av sykehjemmet lager en mer konkret strategi for utadrettet virksomhet.

Diskusjon

Denne studien viser at det er en omfattende vei å gå fra ide til oppstart av en slik enhet i en kommune. Selv om det finnes nasjonale føringene for drift av slike enheter er det en omfattende prosess som skal til for å gjøre disse retningslinjene til kommunens egne. Forskning har vist at denne prosessen er viktig for å lykkes. Særlig prosesser der arbeidet har startet ut fra faglig engasjement og fått vokse fra grasrota, så kalt "bottom up" har vist seg å være vellykket (Matland 1995). Denne studien har fulgt veien Gjøvik kommune har valgt, har dette vært et fornuftig veivalg? Følgforskingsprosjektet har fulgt prosessen fra plan til virkeliggjøring gjennom prosjektet "Oppstart av lindrende enhet". Med utgangspunkt i fallgruver for prosjektarbeid identifisert i boka "målrettet prosjektarbeid" (Andersen, Grude og Haug 2004) ønsker vi å synliggjøre styrker og svakheter ved gjennomføring av dette prosjektet.

Forutsetninger for et vellykket prosjekt

Et prosjektarbeid kjennetegnes ved at det er en aktivitet som foregår på siden av daglig drift. Aktivitetene i et prosjekt kjennetegnes ved at dette er en engangs oppgave som skal lede frem til et konkret resultat innen en begrenset tid (Andersen, Grude og Haug 2009). Hvilke avklaringer og tiltak ble satt i verk for å sikre et vellykket prosjekt? Hovedpunkter som må være på plass for et vellykket prosjekt er i følge Andersen, Grude og Haug:

- Et godt fundament. I dette ligger at prosjektet er godt forankret i basisorganisasjonen. Dette skjer ved at det er sammenheng mellom virksomhetens planer og prosjektet, at sterke interessenter er positive til prosjektet og ved at samspillet mellom prosjektet og virksomheten er fastlagt. Det er også viktig at prosjektet har klare mål og et balansert ambisjonsnivå.
- God planlegging. Dette sikres ved at prosjektet har en hensiktsmessig prosjektplan, en funksjonell planleggingshorisont, realistisk tidshorisont og at det utføres kartlegging av usikkerhet rundt prosjektet
- God organisering. Det vil si at prosjektorganiseringen er hensiktsmessig i forhold til oppgaven som skal løses, ansvarsfordeling og samarbeidsprinsipper skal være avklart. Det er også viktig at en har funnet rett prosjektleder.
- God oppfølging. For å sikre god oppfølging må man skille mellom rapportering og oppfølging. Det er også viktig med prosjektplaner som er tilrettelagt for oppfølging
- Det utførende arbeidet. Her er det viktig å sikre at prosjektgruppen har nødvendig kompetanse og at det etableres et godt samarbeid i prosjektgruppen. Det er også viktig at en er tro mot målene som er satt for prosjektet og sikrer kvaliteten på det en produserer.

Fundament

I Gjøvik kommune har man gitt prosjektet et godt fundament gjennom at prosjektet var initiert fra virksomhetsleder og at ledergruppen for helse og omsorg var styringsgruppe for prosjektet, dette sikret god forankring i basisorganisasjonen. Med beslutning om å ansette prosjektleder i hel stilling for å lede prosjektet og også å stille fagpersoner til disposisjon til prosjektgruppen sikret ledergruppen de nødvendige resursene som skulle til for å gjennomføre prosjektet. Å legge prosjektet inn under fagenheten på Undervisningssykehjemmet bidro også til at prosjektet hadde gode forutsetninger. I fagenheten har de erfaring med prosjektarbeid og det fantes ansatte som ikke var opptatt med daglig drift av pleietjenester og som dermed var mer fleksibel i forhold til å bidra inn i prosjektet. Oppstart av lindrende enhet har også god sammenheng med helse og omsorgs øvrige aktivitet ved at den er forankret i virksomhetsområdets overordnede planer. Lindrende enhet fremstår på denne måten som en del av en helhetlig utvikling av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Kommunens helse og omsorgsplan er politisk vedtatt. Det er også gjort politisk vedtak på å bevilge 10, 5 nye årsverk for å sikre nødvendig bemanning på enheten. Dette viser at oppgaven har hatt høy prioritet i kommunen. Det pekes i teorien på at det er viktig at ledere rundt prosjektet er positivt innstilt til prosjektet for å oppnå en vellykket gjennomføring. Erfaringer fra intervjuer med ulike ledere samt observasjon gir inntrykk av at det er en samstemt positiv holdning til opprettelsen av enheten blant lederne i kommunene. Enheten blir til som en del av en større omstrukturering av sykehjemmet. En slik omstrukturering berører alle ansatte og ledene gir uttrykk for at det i denne prosessen har vært stor vekt på informasjon og ivaretagelse.

Prosjektleder har fysisk hatt kontor på Undervisningssykehjemmet og har også deltatt i arbeidsgruppen for gjennomføring av omstruktureringen. Dette har sikret at prosjektet har "sittet tett på" den daglige driften.

Planlegging

Prosjektgruppen har hatt et klart mandat skissert i projektrapporten "Etablering av lindrende enhet". Det ble også ved prosjektstart tydelig definert hvilke oppgaver som skulle håndteres av arbeidsgruppen for omstrukturering. Dette var i hovedsak oppgaven rundt driftsmessige spørsmål som turnus planlegging, ansettelse og bygningsmessige endringer. Faglige spørsmål knytte til oppstart av lindrende enhet ble lagt til prosjektgruppa. Prosjektgruppas mål ble fremstilt i prosjektbeskrivelsen for prosjektet. Prosessen rundt omstrukturering og oppstart av lindrende enhet har foregått tett på hverandre. Det har resultert i at det ikke alltid har vært helt klart skille på hvilke oppgaver som skulle utføres i de ulike gruppene. Noen oppgaver som for eksempel anskaffelse av nødvendig utstyr ble en prosess som forgikk mellom gruppene. Her opplevde prosjektleder flere uklare

tilbakemeldinger noe som ledet til frustrasjon og forsinkelser i prosessen. Det var også noe uklart hvor mye av planleggingen rundt opplæring og kompetanseheving som skulle utføres av prosjektgruppen for lindrende enhet. Gruppen tenkte i utgangspunktet kun på opplæring rundt lindrende behandling, det ble etter hvert klart at gruppen også skulle planlegge undervisningsdager for rehab-enheten og kortidsenheten. Dette gjordet planleggingsarbeidet rundt undervisning og kompetanseheving omfattende og ble noe prosjektleder gav uttrykk for var "tungt å dra".

Det ble ikke gjort en systematisk kartlegging av usikkerhet rundt prosjektet. Dette kunne vært et nyttig verktøy i tilfelle det hadde oppstått forsinkelser underveis. Det ville også vært et fint utgangspunkt for å diskutere nærmere hva som var helt nødvendig å ha på plass før oppstart. Det ble imidlertid laget en liste til første rapportering til styringsgruppen over hva prosjektleder så som utfordringer for å kunne starte enheten. Dette var: å få tilsatt lege, planer for overgangstiden, muligheten for å samle fagpersonalet til opplæring en uke samt å få på plass sykepleiefaglige prosedyrer. Det var ikke gjort vurdering av sannsynligheten for at dette ikke var på plass og heller ikke hvilken betydning det ville få, eller forslag til eventuelle tiltak. En risikovurdering ble heller ikke etterspurt av styringsgruppe eller prosjektansvarlig.

Risikovurdering er også et av punktene i gjennomføring av prosjekter etter PLP metoden. Det ble imidlertid ikke gjennomført opplæring i PLP metoden for prosjektleder.

Prosjektet hadde kort tidsramme med oppstart i februar og målsetning om å ha alt klart innen juni, slik at avdelingen kunne starte opp 1. september. En så begrenset tidsramme krevde en prosess med stort fokus på praktisk arbeid. Ved oppstart av prosjektet utarbeidet prosjektleder en fremdriftsplan for prosjektet. Gjennom fremdriftsplanen ble det presisert når og i hvilken rekkefølge en skulle jobbe med de ulike oppgavene.

Organisering

Ledergruppen ble utnevnt som styringsgruppe for prosjektet. Prosjektleder har rapportert status for prosjektet til styringsgruppen på tre tidspunkt. Rapportering foregikk som post i ledergruppens ordinære møte. Styringsgruppen forholdt seg passivt i forhold til rapporteringen, det var få eller ingen spørsmål og kommentarer. Prosjektleder gav uttrykk for at hun hadde ønsket mer engasjement og interesse fra gruppen. Det kan synes som om ledergruppen ikke var bevist sin rolle som styringsgruppe. Rapporteringen ble i stor grad oppfattet som en ordinær orientering inn i ledermøte. Dette gir en pekepinn på at en kanskje ved en senere anledning tenker noe annerledes rundt prosjektorganisering. Oppstart av lindrende enhet var et begrenset prosjekt både i oppgaver, omfang og tid. En kan

stille seg spørsmålet om det var nødvendig med en så stor prosjektorganisasjon for denne typen prosjekt.

Oppfølging

At styringsgruppen ikke var bevist sin rolle føret også til at det ikke var en konkret oppfølging av prosjektet. Gruppen tok til etterretning det som ble orientert, uten å sammenstille resultatene med det som var satt som mål for prosjektet. Som nevnt kunne en risikovurdering vært et godt verktøy for oppfølging av prosjektet i styringsgruppa. En milepælsplan ville også gjort det lettere å følge opp prosjektet. Prosjektet hadde imidlertid god og jevn fremgang, dette kan være årsaken til at nærmere oppfølging ikke følte nødvendig. Det var også omfattende utskiftninger i ulike lederposisjoner før og under prosjektperioden, dette kan også ha vært en medvirkende årsak til at prosjektet ikke ble nærmere fulgt opp i løpet av prosessperioden.

Det utførende arbeidet

For at prosjektgruppen skulle lykkes med sitt arbeid var det viktig at de hadde tilstrekkelig kompetanse og erfaring. Dette syntes godt ivaretatt. Prosjektleder er onkologisk sykepleier med lang erfaring fra omsorg for kreftpasienter. Hun har sin bakgrunn fra sykehus og ble rekruttert til kommunen i forbindelse med opprettelsen av lindrende enhet. Kreftkoordinator i kommunen er også onkologisk sykepleier og har lang erfaring fra sykehus og kommunehelsetjeneste. De siste tre årene har hun jobbet som kreftkoordinator i kommunen og kjenner dermed pasientgruppen og tilbudet i kommunen godt. Hun har også ukentlig tilstedeværelse på sykehuset og er et viktig bindeledd mellom palliativt team/sykehuset og tildelingskontor/ kommune. Kreftkoordinator hadde ansvar for ferdigstilling av kreftplanen og hadde delansvar for prosjektet "Etablering av lindrende enhet". Leder for fagenheten har også erfaring fra kreftomsorg. Hun har vært en viktig ildsjel og var initiativtaker til ferdigstilling av kreftplanen. Hun har også tidligere vært leder for hjemmebaserte tjenester i kommunen og kjenner dermed kommunestrukturen og personer i kommunen godt. En fysioterapeut var med i prosjektgruppen og hadde sammen med fagsykepleier fra rehabiliteringsenheten mye erfaring innen rehabilitering. De var også de største pådriverne for å fremme rehabiliteringstankegang i enheten. Avdelingsleder for enheten var også med i prosjektgruppen. Dette sikret god kontakt med den daglige driften i sykehjemmet. De fleste personene i gruppen kjente hverandre godt fra før og det var en løs og uformell tone på møtene. Prosjektleder var rekruttert eksternt og gikk inn å skulle lede et prosjekt som flere av representantene i gruppen hadde et eierforhold til. Resten av gruppen var lojal overfor prosjektlederen og uttrykte stor beundring for hvor godt prosjektlederen hadde satt seg inn i forarbeidet for prosjektet. Det ble også oppfattet positivt at hun raskt fikk sin identitet på

Haugtun. Dette var viktig for at hun skulle få den nødvendige autoriteten og at gruppa skulle fungere godt sammen.

Prosjektgruppa har hatt stor produksjon av dokumenter. For å sikre kvaliteten på dokumentene har de vært oppe til diskusjon i gruppa før de har blitt sendt videre til godkjenning i ledergruppa. Det er altså mange personer som har hatt mulighet for å kommentere dokumentene som er utarbeidet. Tiltross for dette har en endt opp med noen dokumenter som godt kunne vært klarere formulert. Særlig kommer dette til uttrykk i inntakskriteriene for enheten der en endte opp med formuleringen " Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom, pasienter med andre kompliserte lidelser med behov for lindrende behandling og omsorg med kort forventet levetid". Når mange personer skal være med å vurdere dokumentene er det fort gjort at ingen føler det som sitt ansvar å sikre at innholdet er slik en ønsker. I et slikt prosjekt, der mye av arbeidet har vært å utarbeide dokumentasjon for enheten kunne det vært nyttig å velge ut en i gruppen som hadde ansvar for kvalitetskontroll av dokumentene. Ved å gi en person ansvaret kunne en på en bedre måte sikret at denne funksjonen ble ivaretatt.

Å overføre organisasjonsidéer

Lindrende enheter i sykehjem har blitt utviklet som konsept gjennom ulike prøveprosjekter. Samarbeidet mellom St. Olav hospital og Trondheim kommune om lindrende enhet på Havstein sykehjem er et av pionerprosjektene, etableringen i Øvre Eiker et annet. Disse prosjektene skiller seg fra hverandre på flere punkter. I Trondheim ble enheten til i tett samarbeid med sykehuset. Sykehuset er med å finansiere enheten og er gjennom Senter for lindrende behandling med å styre inntaket i enheten (Garåsen et.al. 2005). I Øvre Eiker har enheten blitt til på kommunenes initiativ. De har gjennom engasjerte fagpersoner og stor vekt på internundervisning fått på plass et tilbud innenfor kommunens økonomiske rammer. Enheten peker samtidig på at et godt samarbeid med sykehuset er viktig for en velfungerende behandlingskjede.

På bakgrunn av pionerprosjektene er det formet en idé som man ønsker å spre til andre kommuner gjennom nasjonale føringer. Ideen er materialisert både gjennom "Standard for palliasjon" og "Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen". Når kommuner, slik som Gjøvik nå har gjort, skal implementere ideen foregår det en tilpassingsprosess. Statsviteren Kjell Arne Røvik har beskrevet disse prosessene som en translasjons prosess, tilsvarende den som skjer når man oversetter en tekst fra et språk til et annet (Røvik 2007). Hvor vellykket denne oversettelsen blir, er avhengig av hvilken kompetanse (translasjonskompetanse) personene som gjennomfører denne oversettelsen har. For å kunne gjøre gode oversettelser er det viktig at en kjenner

både kultur og kontekst i det språket, eller her den organisasjonen, en oversetter fra og den organisasjonen en oversetter det til. Når en innfører en organisasjonsidé, som her lindrende enheter, fra en organisasjon som er svært lik ens egen, og der det i tillegg finns nasjonale føringer for hvordan enheten skal være er kopiering den foretrukne metoden for oversettelse. I tilfelle for lindrende enhet ser en imidlertid at det har vært gjort lokale tilpassinger, slik at det er ulikheter mellom enhetene som er i drift. Samtidig finnes det ikke systematisk informasjon i særlig grad som kan hjelpe nye translatører å forstå den fullstendige konteksten rundt enhetene en skal kopiere fra.

De ulike prosjektgruppene som har jobbet med lindrende enhet i Gjøvik kommune har, etter mitt syn, gjort et godt arbeid i forhold til å etablere god translasjonskompetanse. En startet ut med ønske om å kopiere modellen i Trondheim, der enheten er et samarbeid mellom kommunen og sykehuset. Da dette ikke lot seg gjennomføre på grunn av manglende ressurser i sykehuset, gikk kommunen videre på egenhånd. Gjøvik kommune ønsket det samme resultatet som andre, en lindrende enhet som kan gi et faglig godt tilbud til alvorlig syke pasienter med kort forventet levetid som trenger palliativ behandling, pleie og omsorg utover det en vanlig sykehjemsavdeling kan tilby. Gjennom informasjon fra andre enheter, samt studietur til en etablert enhet samlet man momenter en ønsket å bringe inn i enheten. Det har i Gjøvik kommune vært fokusert på å gjøre etableringen "ordentlig". Det var tidlig et premiss at kostnader skulle synliggjøres og at en skulle legge til rette for en robust finansiering gjennom egne bevilgninger i kommunen rettet mot lindrende enhet. Videre ønsket kommunen å lage en plan for enheten som lå tett opp til nasjonale føringer. På bakgrunn av dette ble prosjektgruppen for etablering av lindrende enhet opprettet. I prosjektgruppen satt Marit Jordhøy som representant fra Sykehuset Innlandet. Hun var den første lederen av Norsk forening for palliativ medisin og hennes doktorgradsarbeid (Jordhøy 2003) var med å danne grunnlaget for den lindrende enheten ved Havstein sykehjem i Trondheim. Leder for kompetansesenteret for lindrende behandling ved Ullevål, Torunn Wester satt også i gruppen. Sammen med et spekter av fagpersoner og ledere fra kommunen hadde denne gruppen god kjennskap til konteksten rundt etablerte enheter så vel som konteksten i Gjøvik kommune. Dette var et godt utgangspunkt for en vellykket translasjonsprosess.

Veien videre

Proessen frem til den lindrende enheten i Gjøvik kommune er beskrevet i denne rapporten. Vi har her beskrevet veien frem og utgangspunktet en har før åpning. Det er først når enheten åpner og pasientene kommer at en ser om strukturene en har lagt, fungerer som man ønsker. Det er flere problemstillinger som blir spennende å følge i tiden som kommer;

Samhandling er satt som et av de viktigste kriteriene for å lykkes med en lindrende enhet. Etter oppstart vil det være nyttig å se på hvordan samhandlingen fungerer rundt pasientene i enheten? Det vil videre være nyttig å se nærmere på hva som fungerer godt og hvor man føler hindringer. Hvordan man arbeider videre med mer faste rutiner for samhandling og hvilke tiltak som iverksettes der samhandlingen ikke fungerer som ønsket er også et interessant spørsmål.

I planleggingsprosessen er det lagt ned mye arbeid i å utvikle et kvalitetssystem. Det vil være nyttig å se nærmere på hvordan rutinene man har laget fungerer ved drift i enheten? Er det rutiner man savner? Blir oppsatte rutiner fulgt? Blir uønskede hendelser og avvik i forhold til oppsatte rutiner meldt? Det er satt høye krav til kvaliteten på arbeidet i enheten. Det vil være interessant å se på hvordan man jobber videre med kontinuerlig forbedringsarbeid, blir for eksempel avviksmeldinger benyttet systematisk i dette arbeidet?

Kvalitet på tjenestene: Det var en forutsetning for opprettelsen at pasienter og pårørende skulle få kvalitativt gode tjenester. Klarer man å oppnå dette? Er pasienter og pårørende fornøyd? Klarer man å levere det man har satt som mål for enheten?

Tanken med en lindrende enheten er at den skal være et flaggskip innenfor lindrende behandling i kommunen. Det er som nevnt store forventninger til spredning av kompetanse. Det vil være nyttig å følge hvilke tiltak som gjøres i forhold til å spre kompetanse i kommunen. Opplevs det et økt fokus på lindrende behandling generelt i sykehjem i kommunen etter etablering av lindrende enhet?

Noe av hovedutfordringen etter oppstart vil være å etablere en pasientflyt der sengene på lindrende enhet benyttes best mulig. Videre fokus på pasientflyten på enheten og hvilken innvirkning enheten har på innleggelses og liggetid for denne pasientgruppen i sykehuset er også interessant.

Enheden er strategisk plassert sammen med rehabiliteringsenheden. En evaluering av hvordan samarbeidet med rehabiliteringsenheden fungerer og hvilke effekter en ser av samlokalisering av disse enhetene vil også være nyttig.

Referanser

- Helsedirektoratet, Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, 2010
(http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf)
- Norsk forening for palliativ medisin. Standard for palliasjon. 2004
- Gjøvik kommune, Helse og omsorg, "Kreftplan 2008 – 2011", 2007
- Gjøvik kommune, Helse og omsorg, "omsorgsplan 2025", 2010
- Gjøvik kommune, Helse og omsorg, "Omstrukturering av Haugtun omsorgssenter, Undervisningssykehjemmet i Oppland", 2009
- Sosial og helsedirektoratet (IS-1521-2007): "Samhandling palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter"
- Andersen E.S, Grude K.V, Haug T, Måltrettet prosjektstyring, NKI forlaget, 6. utgave 2009
- Yin R.K, Case study research, Sage Publications 2003
- Garåsen H, Kaasa S, Røsstad T, Broen P: Spesialiserte korttidsplasser i sykehjem – Trondheims-modellen, Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1503-5
- Aga O, Hessling S E, Lobben H T, Fugl Fønix – det mangefasetterte sykehjem, Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1355-6
- Haugen D F, Jordhøy M S, Engstrand P, Hessling S E, Garåsen H, Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus Tidsskr Nor Lægeforen nr. 3, 2006; 126: 329–32
- Stortingsmelding nr 47, "Samhandlingsreformen", Helse og omsorgsdepartementet 2009
- FoU-prosjekt, Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten, AGENDA rapport 2007
- Jordhøy M.S, The impact of comprehensive palliative care. Results from a cluster randomised trial, Doktoravhandling fra NTNU 2003.
- Røvik KA, Trender og translasjoner, Universitetsforlaget 2007
- Nasjonal strategi innenfor kreftomsorgen, Helsedirektoratet 2004

Matland E R, Synthesizing the Implmenation Literature: The Ambiguty-Conflict Model of Policy Implementation, Journal of Public Administartion, 1995: 2: 145-174