

LINDRING PÅ TVERS

Et samarbeidsprosjekt mellom Fræna kommune, Eide kommune og Palliativt team ved Molde sykehus; med fokus på samhandling og kompetansehevende tiltak for å øke kvaliteten på lindrende behandling, pleie og omsorg.

Sluttrapport 2011-2013

FORORD

Prosjektet ”Lindring på tvers” har vært et samarbeidsprosjekt mellom Fræna kommune, Eide kommune og Palliativt team ved Molde sykehus; med fokus på samhandling og kompetansehevende tiltak for å øke kvaliteten på lindrende behandling, pleie og omsorg.

Prosjektet er finansiert ved tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet.

Sluttrapporten omhandler prosjektet ”Lindring på tvers” i perioden 2011-2013.

Vi takker alle samarbeidspartnere og Helsedirektoratet som økonomisk bidragsyter for alt de har bidratt med i dette samarbeidsprosjektet.

På vegne av prosjektgruppen:

Lillian Karlsen

Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	s. 4
1.1 Bakgrunn	s. 4
1.2 Formål	s. 6
1.2.1 Søknad 2011	s. 6
1.2.2 Søknad 2012	s. 6
1.2.3 Søknad 2013	s. 7
1.3 Målgruppe	s. 7
2.0 Tiltak/ aktiviteter	s. 8
2.1 Hospitering	s. 8
2.1.1 Resultater	s. 9
2.1.2 Tiltakets effekt på måloppnåelse	s. 10
2.2 Implementering av Liverpool Care Pathway	s. 11
2.2.1 Kvantitativ metode; evaluering av dokumentasjon	s. 12
2.2.2 Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier	s. 12
2.2.3 Implementering av LCP i Fræna og Eide kommuner	s. 13
2.2.4 Resultater/ Funn	s. 13
2.2.5 Tiltakets effekt på kvalitetsutvikling i lindrende behandling	s. 15
2.3 Palliasjonsseminar	s. 16
2.3.1 Gjennomføring av fagdagene	s. 16
2.3.2 Evaluering	s. 17
2.3.3 Tiltakets effekt på kvalitetsutvikling i lindrende behandling	s. 19
2.4 Eksterne kurs	s. 19
2.4.1 Tiltakets effekt på måloppnåelse	s. 20
2.5 Felles system, rutiner og prosedyrer	s. 21
2.5.1 Måloppnåelse	s. 22
3.0 Samarbeid	s. 23
3.1 Forankring og organisering	s. 23
3.2 Utviklingssykehjem for sykehjem i Møre og Romsdal	s. 24
3.3 Kompetansesenteret for lindrende behandling Helse Midt	s. 25
3.4 Kompetansesenteret for lindrende behandling Helse Vest	s. 25
3.5 Høgskolen i Molde	s. 26
3.6 Høgskolen i Ålesund	s. 26
3.7 Frivillige organisasjoner	s. 27
4.0 Spredning av prosjektet/ erfaringsutveksling/ nasjonal overføringsverdi	s. 28
5.0 Konklusjon og veien videre	s. 30
5.1 Konklusjon	s. 30
5.2 Veien videre	s. 31
Litteratur	
Vedlegg 1 : Invitasjon og program Palliasjonsseminar	
Vedlegg 2: Poster LCP	
Vedlegg 3: Abstract LCP	

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Fræna er en kystkommune med ca 9 300 innbyggere. Kommunen dekker nesten hele Romsdalshalvøya ut mot Hustadvika. Kommunen er nabokommune til Molde kommune, Eide kommune og Aukra kommune. Fræna kommune har hatt en omfattende omorganisering innen PROF (Pleie, rehabilitering, omsorg og forebygging) området siden 2011, og tjenesten er nå delt inn i 3 hovedområder; Hjemmebaserte tjenester, Helse og familie, og Institusjonstjenesten. Under mottoet «saman vert vi betre», er det gjennomført et målrettet utviklingsarbeid for tjenesten siden omorganiseringen. Arbeidet pågår kontinuerlig med å forbedre tjenesten, med ulike fokusområder år for år. Institusjonstjenesten i Fræna kommune består i dag av Fræna sjukeheim og omsorgssenter, Bøtunet omsorgssenter, Farstad aldersheim, Kjøkken ved Farstad aldersheim, Lundhaugen omsorgssenter og Helsesenteret i Elnesvågen og Dagsentrene ved Farstad og Fræna sjukeheim. Hjemmebaserte tjenester består av Lundhaugen omsorgssenter, Auretunet omsorgssenter, ulike bofellesskap for personer med psykisk utviklingshemming, botilbud innen psykisk helsevern, hjemmetjeneste, kreftkoordinator, brukarstyrt personlig assistanse (BPA) og dagtilbud.

Fræna kommune hadde i en årrekke jobbet med tanker rundt lindrende behandling, og i sin PROF -plan 2015 (Pleie, Rehabilitering, Omsorg, og Forebyggende plan) satt dette som fokusområde. Fræna kommune tok med dette i 2011 initiativ til et samarbeidsprosjekt mellom Fræna kommune, Eide kommune og Palliativt team ved Molde sykehus.

Eide kommune har ca 3 400 innbyggere og er landlig og sentralt plassert mellom byene Molde og Kristiansund. Kommunen er nabokommune til Fræna kommune, Averøy kommune og Gjemnes kommune. Pleie – og omsorgsavdelingen er organisert i 4 selvstendige resultatenheter: Bo – og habilitering, Hjemmetjenester, Slettatunet sykehjem og Furutoppen sykehjem. Furutoppen har drevet en lindrende enhet siden 2005, etter støtte fra Helsedirektoratet til Prosjekt Lindrende Enhet. Eide kommune arbeider for å sikre brukerne et variert og fleksibelt tilbud av tjenester som ivaretar kvalitet og hensynet til befolkningens behov.

Prosjektet Lindring på tvers har bakgrunn i prosjektdeltakernes erfaringer med å arbeide nært alvorlige syke og døende pasienter og deres pårørende. I vår jobbhverdag møter vi stadig utfordringer relatert til å lindre pasienters symptomer og plager når livet går mot slutten. Ikke minst føler vi på en sterk ydmykhet ovenfor den innflytelse vi som helsearbeidere har ved å lindre lidelse hos pasient og pårørende når livet er i ferd med å ebbe ut. Som Søren Kirkegård sier om døden: ”Det betyr ikke så meget hvordan man er født, men det har uendelig meget å si hvordan man dør.” (Husebø, B.S. og Husebø, S. 2003:27) Vi i prosjektgruppen har arbeidserfaring fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi erfarer at vi i pasientens hjem eller på sykehjem i utgangspunktet har bedre forutsetninger for å skape ro og

verdighet rundt den døende enn i sykehus. Utfordringen kan dog være mangel på palliativ kompetanse når den døende pasient preges av plagsomme symptomer, og som kan medføre en siste innleggelse i sykehus. Dette er en uheldig situasjon for alle involverte, og ikke i overensstemmelse med sentrale verdier i forhold til lindrende behandling. Med dette ser vi betydningen av høy kompetanse og kvalitetssikring innen lindrende pleie, omsorg og behandling i primærhelsetjenesten, som også påpekes i nasjonale og lokale helse- og omsorgsplaner. Sentrale førende dokumenter som gir relevans for prosjektet er:

- Stortingsmelding nr. 25: Mestring, mening, muligheter; herav delplanen Omsorgsplan 2015, hvor omsorg ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus er et satsningsområde og som særlig fremmer kompetanseheving.
- Stortingsmelding nr. 47 Samhandlingsreformen gir føringer om vesentlige endringer av helsetjenesten med bl.a. ny fremtidig kommunerolle som krever kompetansebygging.
- NOU 1999:2 Livshjelp er fortsatt en aktuell utredning, likeså av stor betydning er
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.
- Nasjonal kreftstrategi 2013-2017; ”Sammen- mot kreft, som bl.a. påpeker at kommunale helse og omsorgstjenestene må ta hånd om flere og sykere kreftpasienter enn tidligere, samt at en større del av omsorgen i livets slutfase vil foregå i pasientens hjem eller ved institusjoner i kommunehelsetjenesten.

Disse forholdene stiller store krav til organisering, samhandling og personalets kompetanse. Innføring av tiltaksplanen Liverpool Care Pathway er med bakgrunn i dette et viktig tiltak i prosjektet. LCP er en anerkjent internasjonal tiltaksplan for å kvalitetssikre omsorgen til døende pasienter og deres pårørende, og oppfyller de krav til delmål som Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen stiller til tiltaksplan for ivaretagelse av den døende. Vi er opptatt av at alle pasienter med behov for palliasjon får det samme lindrende tilbudet i kommunene våre. Kreftpasienter er en stor gruppe som det er mye fokus på, lettere å overse kan være sykehjemspasienter med langtkommen demenssykdom, KOLS, hjertesvikt eller nevrologisk sykdom. Vi erfarer stadig utfordringer med eldre pasienter på sykehjem med komplekse sykdomsbilder og med stort behov for palliasjon. I Nasjonal handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen poengteres nettopp det at palliativ behandling ikke bare gjelder kreftpasienter, og at de mer generelle delene av handlingsprogrammet også er relevante og aktuelle utenfor kreftomsorgen. Det er med dette viktig å identifisere og kartlegge alle pasienter i kommunene våre med behov for palliasjon, noe som også understøttes av Gold Standards Framework. Gold Standards Framework er betegnet som internasjonal gullstandard for palliasjon, og ble utviklet i England for å støtte opp under den beste standard for praksis for palliative pasienter som velger å avslutte livet sitt hjemme. Den blir brukt for både pasienter i hjemmetjenesten og på sykehjem. GSF har bl.a. fokus på identifisering av pasienter med behov for palliasjon, kartlegging av kliniske og personlige behov til pasienten og planlegging av behandling pleie og omsorg for pasienten og de pårørende.

[\(http://www.goldstandardsframework.org.uk/\)](http://www.goldstandardsframework.org.uk/)

"Lindring på tvers" tar utgangspunkt i aktiviteten i Utviklingssentre for sykehjem i Møre og Romsdal, Rokilde sykehjem. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en viktig nasjonal satsing for pleie- og omsorgstjenestene. Visjonen er "Utvikling gjennom kunnskap", og denne satsingen styrker det lokale arbeidet med kunnskap og kvalitet som pågår innen pleie- og omsorgstjenestene. Satsingen er forankret i St.melding nr. 25 "Mestring, muligheter og mening" og er et tiltak i delplanen "Kompetanseløftet 2015".

Prosjektet var i 2011 tenkt og søkt finansiert over to tilskuddsordninger fra Helsedirektoratet; henholdsvis kap. 671, post 67 Samhandlingstilskudd og kap. 761, post 67 Tilskudd til kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg. Vi ble tildelt tilskudd over statsbudsjettets kap. 761.67 i 2011, men fikk avslag på samhandlingsmidler. Med dette hadde vi ikke økonomiske rammer til å arbeide med de delmål i søknad fra 2011 som omhandlet å utrede og vurdere ulike samhandlingstiltak. Opprinnelig prosjektplan ble med dette lite aktuell som styringsverktøy, dog mener vi å ha fått gjennomført prosjektet på en god måte med trinnvis utvikling som følge av de årlige evalueringsrunder og stadig planlegging av nye tiltak.

Prosjektet ble gjennomført i 2 faser med forprosjekt i 4 mnd. i 2011, og driftsfase i 2012 og 2013. Varighet i prosjektet har vært avgjørende for trinnvis innføring av de ulike tiltak. Årlige rapporter vedrørende aktiviteter og måloppnåelse har vært sendt Helsedirektoratet innen fastsatte frister i 2012 og 2013, likeså regnskapsrapporter med revisorerklæringer. Sluttrapporten dekker hele prosjektperioden fra 2011- 2013, og sendes Helsedirektoratet innen fastsatt frist 01.04.14.

1.2 Formål

Hovedformålet med prosjekt Lindring på tvers er kvalitetsutvikling i lindrende behandling, pleie og omsorg i Fræna kommune og Eide kommune.

1.2.1 Søknad 2011

Hovedmålsettingen med prosjektet i 2011, presisert i tilskuddsbrevet fra Helsedirektoratet:

- Å kartlegge og planlegge ulike kompetansehevede tiltak som kan sikre utvikling av god kvalitet gjennom fagutvikling og kompetanseheving.

1.2.2 Søknad 2012

Målene med prosjektet som det ble søkt om midler til i 2012:

- A- gjennom samhandling og kompetansehevede tiltak ønsker vi å heve kvaliteten på lindrende behandling og pleie som gis til våre pasienter.

B- å innføre en felles kultur og kompetanse i omsorgen for den døende og familien på tvers av nivåene i helsetjenesten

Det presiseres i tilskuddsbrevet av 080612 at ”Helsedirektoratet ber om at dere spesielt prioriterer aktiviteter som retter seg mot å styrke kvaliteten i tilbudet, og bidra til kompetanseoppbygging, innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i kommunen.” Med disse føringer vektla vi hovedsakelig aktiviteter som bidro til og nå mål A.

1.2.3 Søknad 2013

Som følge av erfaringer, evaluering og tilbakemeldinger av prosjektets 1. og 2. år, så vi behovet for å korrigere målformuleringen til prosjektets 3. og siste år:

Mål 1: gjennom samhandling, fagutvikling og kompetanseheving blant våre ansatte ønsker vi å styrke kvaliteten på lindrende behandling, pleie og omsorg som gis til våre palliative pasienter og deres pårørende.

Mål 2: Kartlegging og oppfølging av alle palliative pasienter i våre kommuner jmf. Gold Standards Framework. Dette i samarbeid med spesialistkompetanse ved palliativt team ved Molde sykehus for å sikre et kvalitativt og koordinert tjenestetilbud til alle palliative pasienter.

Mål 3: Implementere Liverpool Care Pathway for å oppnå felles interkommunal kultur og kompetanse i omsorgen for den døende pasient og hans/hennes familie, også på tvers av nivåene i helsetjenesten.

1.3 Målgruppe

Pasienter i Fræna kommune og Eide kommune som har behov for lindrende behandling, pleie og omsorg, samt deres pårørende, og leger, sykepleier og andre aktører i kommunene som jobber med palliative pasienter.

2.0 TILTAK/ AKTIVITETER

2.1 Hospitering

Et vesentlig tiltak i ”Lindring på tvers” har vært samarbeidet med Rokilde sykehjem og deltakelse i Prosjekt Hospitering. Prosjekt Hospitering har vært et samarbeid mellom Blindheim omsorgssenter og Utviklingssenter for sykehjem (USH) i Møre og Romsdal, Rokilde sykehjem. Rokilde sykehjem ligger i Kristiansund, og institusjonen har 4 avdelinger med til sammen 70 pasienter og 100 ansatte. Lindrende enhet er knyttet til en av sykehjemmets 4 avdelinger, og har vært en kompetansebase innen lindrende behandling i fylket. Enheten ble etablert i 1998, og bestående av 5 senger som er integrert i en sengepost på totalt 16 senger. Personalet har hatt høy faglig kompetanse med videreutdanninger innen kreft, palliasjon, smertelindring, veiledning og psykisk helsearbeid. Enheten har drevet avansert smertelindrende behandling og symptomkontroll, og har utviklet et tett og formalisert samarbeid med kreftpoliklinikken og palliativt team ved sykehuset i Kristiansund.

Hospiteringsordningen gjaldt for autorisert helsepersonell i kommuner som ønsket å tilegne seg kunnskap om og erfaring, i hvordan lindrende behandling i sykehjem og i hjemmebasert omsorg kan praktiseres. Målsettinger med hospiteringsordningen satt fra USH var:

- Den enkelte hospitant får en grunnleggende innføring i praktiske og tekniske prosedyrer knyttet til lindrende behandling, symptomkontroll, observasjoner og oppfølging.
- Den enkelte får kunnskap om holdninger, etiske utfordringer og verdigrunnlag knyttet til lindrende behandling.
- Å overføre kunnskap om organisering, nettverksarbeid og samhandling – med fokus på pasient og pårørende - som beveger seg mellom de ulikebehandlingsnivå.

Sykepleiere og hjelpepleiere ansatt i Fræna og Eide kommuner ble gitt tilbud om hospitering ved Rokilde sykehjem 2-4 dager; tilpasset den enkeltes behov. Vi informerte alle aktuelle avdelinger i kommunene Fræna og Eide om hospiteringsordningen ved å sende ut informasjonsbrev, brosjyre og søknadsskjema ang. hospiteringsordningen. Som et ledd i hospiteringen gjennomførte vi en dag med undervisning til alle hospitanter ved spesialsykepleierne Vibeche Fahsing og Liv Astrid Faksvåg. Undervisningen ble organisert slik at flest mulig av de ansatte i kommunene kunne delta, også de som ikke skulle ha videre hospitering. For å få til dette arrangerte vi en dag i Fræna 070212 og en dag i Eide 130212, og de ansatte kunne fordele seg på to dager slik at det ikke gikk utover den daglige driften. 25 stk deltok på fagdag på Eide, 45 i Fræna og 3 stk har deltatt på liknende fagdag i Kristiansund. Altså totalt 73 har deltatt på fagdagen. Følgende tema ble forelest om:

- Generelle prinsipper innen palliasjon for best mulig symptomlindring. Nasjonale føringer og planer.
- Dyspne/ tungpusthet. Observasjoner, kjennetegn, sykepleietiltak. Dialog.

- Bruk av tekniske hjelpemidler, pumper etc.
- Å stå i møte med døden; siste levedager, den eldre, den yngre, ønsker, ritualer, institusjonsbasert/hjemmebasert dødspleie
- Smerte- og smertelindring, bruk av verktøy, kartlegginger og vurderinger
- Væske og ernæring i livets slutfase, når er nok nok?
- Delir; behandling og oppfølging
- Obstipasjon og kvalme, tiltak, kartlegging. Dialog.
- Refleksjon, spørsmål fra kursdeltakerne

Ang. hospitering har sykepleiere hatt følgende ordning; oppmøte tirsdag med gjennomgang av kreftsykepleier Vibeche Fahsing eller spesialsykepleier Liv Astrid Faksvåg før en er med Liv Astrid i hjemmesykepleien og en er med inn på lindrende avdeling ved Rokilde Sykehjem. Onsdag deltagelse på felles legevisitt ved lindrende avdeling Rokilde og torsdag har hospitantene vært sammen med palliativt team ved sykehuset i Kristiansund. Hjelpepleierne har hatt 2 dager i avdelingen og blitt fulgt opp av sykepleier og hjelpepleier; hospiteringen var knyttet til den praksis hjelpepleierne ved lindrende avdeling har. 16 stk. har deltatt på hospiteringsordningen, herav 2 hjelpepleiere og resten sykepleiere. 11 hospitanter representerte Eide og 5 repr. Fræna.

Hospiteringsopplegget har blitt fortløpende evaluert ved hjelp av evalueringsskjema utviklet av Rokilde utviklingscenter. Dog har jeg som prosjektleder i ”Lindring på tvers” og Bente Winsjansen som prosjektdeltaker fra Fræna hatt muntlig gjennomgang av hele hospiteringsprosjektet med de fleste av hospitantene for å få en mer kvalitativ tilnærming til evaluering av tiltaket. Denne muntlige gjennomgangen har foregått både individuelt og i mindre grupper, noen har foregått på arbeidsplassen i arbeidstiden mens andre samtaler har vært gjort per telefon.

2.1.1 Resultater

Alle som jeg har snakket med har unisont gode tilbakemeldinger hva angår fagdagen. Utsagn som ”det var en veldig lærerik dag” og ” her var det mye å kjenne seg igjen i” har vært gjennomgående og signalerer et stort læringsutbytte. Flere deltakere sa at det var vesentlig at foreleserne kom med eksempel fra egne erfaringer, og at det var viktig at alle fikk komme med innspill underveis i forelesningene. Som en annen sa: ” det var flott at det ble en god dialog innad i gruppen, viktig å få diskutere det en kjenner på kroppen”. To nyutdannede sykepleiere sa at det for deres del var mye repetisjon fra det de nylig hadde gjennomgått på skolen, men at de ennå ikke hadde så mange knagger å henge teorien på. Ang. undervisning om bruk av hjelpemidler som smertepumpe og veneport, så blir det stadig nevnt at dette ga læring men at ting selvfølgelig må gjentas før aktuelle situasjoner med bruk av disse. Altså blir det sagt at det gir en trygghet i å få stadige gjennomganger når man sjelden bruker slike hjelpemidler. Dett gir videre tanker for oss i prosjektgruppen om å evt. opprette et øvelsesrom hvor ansatte kan ”tørrtrene” på prosedyrer som innbefatter bruk av medisinsk- teknisk utstyr.

Evaluering av hospiteringen har et mer nyansert bilde. Hva alle hospitantene er enige om er at de følte seg godt mottatt av Liv Astrid og Vibeche når de kom til en gjennomgang første hospiteringsdag. Det virket som om dette møtet var godt planlagt og forberedt på forhånd, og hospitantene følte seg velkomne og godt mottatt. Videre er det kun kommet gode tilbakemeldinger fra de hospitantene som var sammen med Liv Astrid i hjemmetjenesten. De følte seg godt mottatt og fikk god orientering av Liv Astrid underveis. En ga tilbakemelding på at det kanskje ikke var så veldig relevant for henne å være med i hjemmetjenesten siden hun jobbet ved en sykehjemsavdeling, men begge hospitantene denne dagen arbeidet på sykehjem og de måtte dele seg. Hun hadde dog hatt en fin erfaring med dagen; mente at det absolutt var greit å se og få innføring i hvordan man jobber andre steder.

De fleste av sykepleierne som hospiterte inne på 1. etg. Rokilde hadde blandede erfaringer, noen følte seg overlatt til seg selv. Problemet med individuell organisering av hospiteringsoppholdet på sykehjemmet preget læringsutbyttet her. Andre ga tilbakemelding på at de var takknemlige for at de fikk en kontaktperson og at dette fungerte greit. Dessverre var det delvis lite pasientkasus og det ble en del ”dødtid”. De to hjelpepleierne som var to dager ved avdelingen ga uttrykk for at de følte seg greit mottatt. De hadde gått med hver sin kontakt og hadde tatt del i daglige arbeidet. De mente det var en grei erfaring ”å se hvordan de gjør ting på andre steder, vi fikk jo også bekreftet at mye at det vi gjør hos oss er bra”. Ang. Felles legevisitt mente alle som jeg snakket med at dette var lærerikt. De ble møtt på en fin måte, ble inkludert med å få stille spørsmål, men var selvfølgelig mest lyttende”. Både legen og sykepleieren virket veldig profesjonelle, tydelig at de hadde lang erfaring”, ble sagt og bekreftet av flere. Hospitering hos palliativt team var en fin erfaring for de fleste, dog opplevde noen at ansatte ved avdelingen var litt uforberedt på at de kom. Dette hadde nok årsak i fravær blant personalet og at ansatt ved kreftpoliklinikken måtte ta ansvaret for hospitantene. ”De måtte jo improvisere når vi kom, og det gjorde de egentlig med glans. Vi fikk en gjennomgang av det palliative arbeidet som gjøres ved kreftpoliklinikken, og også delta på flere samtaler med palliative pasienter”. En sykepleier ga uttrykk for at hun ikke helt så hensikten med å være en hel dag på palliativt team. Hun ble mye sittende for seg selv og lese brosjyrer med mer mens den palliative sykepleieren satt mye i telefonsamtaler med pasienter. Andre har hatt stort læringsutbytte av å være med det palliative teamet på hjemmebesøk og sett hvordan de samarbeidet med personalet rundt om på de ulike sykehusavdelinger.

2.1.2 Tiltakets effekt på måloppnåelse

Vi mener med dette å ha bra måloppnåelse på hospiteringstiltaket vedrørende å oppnå kompetanseoppbygging i lindrende behandling, pleie og omsorg i Fræna og Eide kommuner. Dette til tross for at noen hospitanter følte seg ikke individuelt mottatt på lindrende enhet, og det kan ha bidratt til vanskeligere læringsforhold for hospitantene den dagen de var der. Fagdagen ser vi var særlig viktig for det faglige utbytte, og organiseringen av dagen(e) gjorde at totalt 73 ansatte kunne delta. Det er vi veldig godt fornøyd med. Vi mener at de tema som ble presentert på fagdagen var dekkende for å gi de ansatte kunnskap om holdninger, etiske

utfordringer og verdi grunnlag knyttet til den palliative kulturen. Fokus på den palliative pasients situasjon og behov, samt generelle og spesifikke tiltak var viktige for kompetanseheving denne dagen, samt ga temaet ” Å stå i møte med døden” rom for faglige refleksjoner og dialog blant de ansatte. Hospiteringen har videre medført nettverksbygging inn mot palliativt team og spesialisthelsetjenesten. Dette ser vi har bidratt til at terskelen for å ta kontakt med palliativt teamet og kreftpoliklinikk har blir lavere, og som har medført et bedre samarbeid mellom Fræna og Eide kommuner og sykehuset i Kristiansund til det beste for våre palliative pasienter og deres pårørende.

Vi var usikre på interessen for å delta på hospitering og er godt fornøyd med antall hospitanter for 2012. Hospiteringen har vært ressurskrevende og det har vært investert mye i den enkelte hospitant. Vi har dog veldig lite gjennomtrekk i sykepleier- og hjelpepleierstillinger i kommunene våre, derfor er sannsynligheten stor for at vi beholder den oppbygde kompetansen i lang tid. Vi har hatt et nært og godt samarbeid med Vibeche Fahsing som er prosjektleder ved Utviklingssenteret Rokilde, dog har det vært en krevende prosess både å planlegge og gjennomføre prosjektet. Dette med bakgrunn i bl.a. sykefravær blant hospitanter som forskyver den planlagte fremdriften, samt perioder med lite læringsutbytte inne på lindrende avdeling relatert til lite pasientkasus. Dette er faktorer som vi ikke har kunnet påvirke, og vi mener å ha improvisert og tilpasset hospiteringen best mulig etter situasjoner som har oppstått.

2.2 Implementering av Liverpool Care Pathway

Implementering av Liverpool Care Pathway (LCP) har vært det mest omfattende tiltaket i ”Lindring på tvers”. LCP er en tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende. Planen ble utviklet i England på 1990- tallet for å overføre den helhetlige omsorgen som den døende og familien blir møtt med på en lindrende enhet, til andre deler av helsetjenesten. LCP er i dag internasjonalt anerkjent og brukt i 20 land verden over. LCP gir evidensbasert veiledning i forhold til de ulike aspekter ved terminalomsorg, som pleietiltak, forutsende forskrivning av behovsmedikasjon og seponering av unødvendige medikament, psykisk støtte, åndelig omsorg og ivaretaking av pårørende. (KLB Helseregion Vest 2011) Bruken av LCP er uavhengig av pasienten sin diagnose, og det er kriterier som må følges for å ta planen i bruk. Når LCP tas i bruk for en døende pasient, erstatter planen all annen dokumentasjon og blir den eneste form for journalføring som brukes. Dokumentasjon av medikamentforordning og medisint levering følger dog de lokale retningslinjene. Selve tiltaksplanen er inndelt i 3 kategorier; del 1 som er den første vurdering når pasienten vurderes som døende, del 2 er fortløpende vurderinger og del 3 som er vurderinger ved/etter dødsfall. Det er 11 delmål ved første vurdering og 7 delmål ved dødsfallet. Fortløpende vurderinger med avkryssing på skjema for de aktuelle observasjoner gjøres hver 4. time og noen hver 12. time. Når mål ikke er oppnådd skal dette følges av en begrunnelse eller analyse av hvorfor målet ikke er oppnådd; analyse av problem, tiltak og resultat. Begrunnelse for hvorfor mål ikke er oppnådd, er en viktig og konstruktiv del av LCP. Dette gir mulighet til å avdekke områder med behov for undervisning, opplæring og/eller bedre ressursutnyttelse.

2.2.1 Kvantitativ metode; evaluering av dokumentasjon

Vi foretok en gjennomgang av dokumentasjonen av omsorgen ved livets slutt både før og etter innføring av LCP. Dette for å få informasjon om en eventuell forbedring av kvaliteten på dokumentasjonen for døende pasienter og deres pårørende ved avdelingene.

Journalgjennomgangen kan karakteriseres som retrospektiv eller tilbakeskuende da vi samler inn data etter pasientens død. Journalgjennomgang som gjennomføres før innføring av LCP kalles i LCP - sammenheng Base Review. (Ellershaw og Wilkinson 2011). Tilsvarende journalgjennomgang etter implementering av LCP blir omtalt som audit. (ibid)

Journalgjennomgangen er en kvantitativ tilnærming med systematisk registrering og opptelling av fenomener som måles ved hjelp av kliniske indikatorer. Målene i Base Review - skjemaet tilsvarer målene i LCP tiltaksplanen, og anses for å være gode kliniske indikatorer. (ibid) Det er ikke mulig å undersøke alt, og en indikator angir noe typisk og representativt for det fenomenet som undersøkes. (Johannessen, Tufte og Christofferssen 2010:64).

For alle målene gjelder spørsmålet om det er dokumentert i journalene at innholdet i målene er oppnådd. Ved registrering som LCP -bruker hos Helse Bergen fikk vi tilsendt en veileder for Base Review som gav informasjon om utfylling av Base Review -skjemaet. For å finne svar på de aktuelle punkter og mål, måtte ansvarlig for journalgjennomgangen (Dr. Bardo Driller) ha tilgjengelig opplysninger fra lege og sykepleiere. Dette innebar tilgang til både elektronisk journal og papirjournal, samt også annen skriftlig dokumentasjon som sjekklister med mere. Når alle Base Review -skjemaene var fylt ut ble data plottet inn i excel -skjema, og våre funn ble formidlet ved hjelp av en Powerpoint - presentasjon. Diagrammene beskriver de enkelte resultat som vi har funnet, ut i frå målene i Base Review. (Ibid) Base Review- skjema er utviklet av The Marie Curie Palliative Care Institute, excelskjema og powerpoint - presentasjon er utarbeidet av Kompetansesenteret i lindrende behandling Helseregion Vest.

Når Liverpool Care Pathway var tatt i bruk, foretok vi en ny dokumentasjonsgjennomgang (audit) av tilsvarende antall dødsfall, med samme fremgangsmåte, inklusjons- og eksklusjonskriterier. På den måten synliggjør vi områder hvor det er oppnådd forbedringer, samt områder med ytterligere forbedringspotensiale. Dette bidrar dog kun til evaluering av dokumentasjonen, noe som ikke nødvendigvis gir et korrekt bilde av ivaretagelsen av pasient og pårørende.

2.2.2 Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi gjennomgikk dokumentasjonen på de siste 20 dødsfallene på utvalgte sykehjemsavdelinger og hjemmetjenestedistrikt i de to kommunene, før og etter innføring av LCP. Disse pasientene hadde vært innlagt / eller i behandling ved avdelingen i mer enn to døgn før de døde. LCP skal kun brukes til døende pasienter, det vil si i de aller siste levedager og -timer. Vurderingen om å starte opp med LCP skal tas i det tverrfaglige teamet, i praksis av lege og sykepleier. Før oppstart av LCP skal alle andre reversible årsaker til pasientens tilstand være vurdert, og to av følgende kriterier vil vanligvis være oppfylt, og er ment som støtte i totalvurderingen:

Pasienten:

- er sengeliggende
- er i lengre perioder ikke kontaktbar
- klarer bare å drikke små slurker
- kan ikke lenger svelge tabletter

Pasientens tilstand skal revurderes dag tre dersom han/hun fortsatt er i live, og dersom pasientens tilstand forbedres, avsluttes LCP og pasienten ”tas av” tiltaksplanen. (Helse Bergen 2010).

2.2.3 Implementering av Liverpool Care Pathway i Fræna og Eide kommuner:

Dr. Bardo Driller inkluderte Eide, Fræna og Sunndal kommuner inn i sitt prosjektarbeid ” Innføring av Liverpool Care Pathway for døende pasienter (LCP) i primærhelsetjenesten” som han gjennomførte under sin studie ved nordisk palliativ spesialistutdanning. Målet med prosjektet var å se på fordeler og ulemper i sammenheng med innføringen av LCP, og fokusområder var:

- Dokumentasjon
- Undervisningsbehov angående behandling omsorg og pleie i livets slutfase
- Økt kompetanse innen palliasjon blant alle som jobber med palliative pasienter

LCP ble implementert i fire sykehjem og tre hjemmetjenestedistrikt. Base Review ble gjennomført i Eide og Fræna kommuner i april 2012. Her ble journaler fra de siste 20 dødsfall i hver kommune gjennomgått. Resultatene fra Base review ga utgangspunkt for undervisning/forberedende trening til helsepersonell (leger og sykepleiere) i begge kommuner, gjennomført i mai og juni 2012. Andre treningsrunde/ undervisning ble gjennomført etter 5-10 dødsfall med LCP ved hver institusjon. Driller har hatt flere hjemmebesøk i Fræna og Eide relatert til veiledning av LCP i konkrete pasientsituasjoner. Audit ble gjennomført i mars 2013, og her ble alle registrerte dødsfall mellom september 2012 og februar 2013 gjennomgått etter samme kriterier som i første gjennomgang. En ny runde med evaluering og undervisning gjennomføres i april 2014. Det kreves undervisning, opplæring og oppfølging for å sikre en tilstrekkelig god forståelse for bruken av LCP, og for å fastholde og videreføre implementeringen på en forsvarlig måte på det enkelte brukersted

2.2.4 Resultater/funn

Bidrag fra lege ved palliativt team:

- 2011: 12 timer frikjøp for lege fra palliativt team
- 2012 : 29,5 timer frikjøp for lege fra palliativt team
- 2013 : 44,5 timer frikjøp for lege fra palliativt team

Samlet var det 86 timer til frikjøp av lege fra palliativt team til implementering av LCP med forskning / evaluering og prosjektmøter.

Undervisning:

Samlet var det 10 timer (en time = 60 min) undervisning for leger og 12,5 for sykepleier.

Objektive funn:

- 77 % av pasientene døde på LCP
- 62 % var ikke kreftpasienter
- Gjennomsnittstid 70 timer (2,9 dager)
- Lengste 7 døgn på LCP (demens)
- Flere har vært satt på og tatt av en periode for så å settes på igjen
- En har blitt tatt av LCP og forbedret tilstanden
- Livets slutt enklere å forutse hos kreftpasienter
- I perioden etter innføringen av LCP, var dokumentasjonen av omsorg mer omfattende sammenlignet med Base review

Erfaringer:

- Godt samarbeid med leger som kjenner systemet
- Flertallet av de ansatte føler at LCP strukturer pasientbehandlingen, fremmer forutseende medikamentforeskriving og tilrettelegger for tverrfaglig kommunikasjon.
- Ansvarliggjør hver enkelt pleier og lege på vakt; ting utsettes ikke
- Systematisk tilnærming skaper trygghet blant helsepersonell i en potensiell vanskelig situasjon; jevnlig systematiske vurderinger og dokumentasjon av tiltak etter behov.
- Man blir minnet om noe som kan ha betydning (f.eks religiøse behov)
- Ofte allerede diskusjon om planen før det nærmer seg slutfasen

Utfordringer:

- Opplyse om at LCP gjelder for alle døende pasienter (ikke bare kreftpasienter eller pasienter med alvorlige symptomer)
- LCP kunne ikke inkludere i dokumentasjonsprogrammet Gerica. Ble dokumenter på papir og scannet inn etter dødsfallet
- Det kreves enda bedre inkludering av fastleger

Prosjektgruppen har utarbeidet og delt ut 12 LCP-permer til bruk i hvert distrikt/ sone /avdeling. Permen inneholder 3 bruksmapper bestående av den aktuelle LCP- utgave, behandlingsalgoritmer for kvalme/ oppkast, smerte, terminal angst/uro, dyspne og surkling og i luftveiene, tabell med dosering (de viktigste medikamenter), ordinasjonsskjema, skjema for dokumentasjon av utleverte doser og pårørende - konvolutt med aktuelle brosjyrer.

Bruksmappen følger hver enkelt pasient. LCP- permen inneholder videre en kortfattet veileder, ekstra LCP `er, ekstra - ark del 2 "fortløpende vurderinger" og "når målet ikke er nådd", kontaktinfo og funksjonsbeskrivelse for implementeringsansvarlig og lokale

ressurspersoner, undervisningspresentasjonen, prosedyre for sc kanyle, brosjyrene ” Avskjed og sorg”, ”Når en av våre nærmeste dør” og ”Når livet går mot slutten”. Hver avdeling/ lokal ressursperson har ansvaret med å legge ved avdelingens rutiner ved dødsfall og oppfølging pårørende i etterkant. Lokale ressurspersoner er valgt, og har bl.a. fått ansvar for å sørge for ajourføring av permen på sin arbeidsplass.

Prosjektgruppemedlemmer har arbeidet med å finne løsninger for å inkludere LCP i EPJ. LCP foreligger per i dag kun i papirutgave, men det arbeides på landsbasis for at LCP kommer som mal i elektronisk pasientjournal. Kommunene Fræna og Eide bruker dataprogrammet Gerica og har fått lagt inn LCP som dokumentmal.

2.2.5 Tiltakets effekt på kvalitetsutvikling i lindrende behandling

Vi mener klart at tiltaket implementering av Liverpool Care Pathway har bidratt til svært høy måloppnåelse på kvalitetsutvikling i lindrende behandling, pleie og omsorg i kommunene Eide og Fræna. Bruken av Liverpool Care Pathway er i stor grad implementert i den daglige driften, og vil være et varig tiltak etter prosjektslutt uten at det trengs ekstra driftsmidler.

Organisering og fremgangsmåte i prosjektet mener vi har vært avgjørende for at prosjektet er blitt ”satt” i praksis. At prosjektet var godt forankret i ledelsen så vel som hos de ansatte mener vi har vært vesentlig, ikke minst har det vært viktig at de ansatte har blitt godt informert underveis og opplevd et ”eieforhold” til prosjektet. Endringsmotstand hos ansatte er en risikofaktor ved ethvert prosjekt, men vi unngikk dette ved å inkludere de ansatte fra begynnelsen av og fokusere på nytteverdien sett fra de ansattes side. Medarbeiderne er godt motivert og engasjert i arbeidet med LCP og behandling, pleie og omsorg ved livets slutt.

Funn i undersøkelsen viser at ansatte er godt fornøyd med LCP som verktøy i det krevende arbeidet som terminal pleie er. De erfarer større grad av trygghet som følge av grundig opplæring og undervisning av tiltaksplanen, og at de har tilgjengelige ressurspersoner å kontakte hvis de er usikre på noe. Et konkret eksempel på dette er ved Eide sykehjem, avd. Slettatunet post 2 som er en skjermet enhet med langtids demenspasienter. Før innføring av LCP opplevde sykepleiere her usikkerhet ved terminalpleie som følge av få dødsfall i avdelingen. Dermed ble pasienter ved flere anledninger overflyttet til avdeling Furutoppen, som hadde personale med mer erfaringer og kompetanse innen lindrende behandling. Dette var ikke gunstig for pasient og pårørende, som i denne siste fasen vil være i ro på den avdelingen de er trygge på. Etter opplæring og konkret veiledning i bruk av LCP, har sykepleierne og tilsynslege fått økt trygghet i det lindrende arbeidet og de beholder terminal pasienter på avdelingen i langt større grad.

Tiltaket har i stor grad nasjonal overføringsverdi, og erfaringer og resultater har blitt spredd mest regionalt, men også nasjonalt og internasjonalt. Med vedlagt poster (Vedlegg 2) presenterer vi resultatene av LCP- innføringen på World Research Congress of the European Association for Palliative Care 2014. Alle kommuner tilknyttet Romsdals Regionråd (8

kommuner) er informert om prosjektet, og vil legge til grunn våre erfaringer i et større samarbeidsprosjekt.

2.3 Palliasjonsseminar

Prosjektgruppen arrangerte et Palliasjonsseminar over 2 dager, hovedsakelig tenkt kun for ansatte i Fræna kommune og Eide kommune. Dog fikk vi signaler fra andre kollegaer fra nabokommunene om at de ønsket å delta, og vi åpnet derfor opp for dette. Vi satte ned en arbeidsgruppe for å planlegge seminaret. Gruppen bestod av ressurspersoner innen palliasjon i Fræna/ Eide; Kari Johanne Holten, Ingvild Eide, Lillian Karlsen og Bente Winsjansen. Gruppen la ned et betydelig arbeid i planleggingen av seminaret. Møtedatoer ble 28. og 29. november 2013, og vi fikk leie Bygdahuset Vonheim som kurslokale. Vonheim viste seg svært godt egnet som lokale med nok plass, gode fasiliteter og tekniske løsninger. Tema for dagene ble valgt; dag 1 generell palliasjon, og dag 2 ønsket vi en fagdag med spesielt fokus på palliasjon til demente. Dette med bakgrunn i våre erfaringer med at demente pasienter utgjør den største gruppen av pasientene med behov for palliasjon, og som det foreløpig har vært minst fokus på. Vi opplever også spesielle utfordringer når det gjelder palliasjon til demente; manglende forståelse av sykdomsutviklingen, kommunikasjon og informasjon, gjenkjenne og vurdere smerter, holdninger i forhold til behandlingsintensitet og livskvalitet.

Etter et omfattende arbeid med å få på plass foredragsholdere og satt programmet, ble det utarbeidet en invitasjon (vedlegg 1) som ble sendt ut til alle avdelinger og soner i kommunen Eide og Fræna, samt ble invitasjonen også distribuert til våre nabokommuner og lokalsykehusene Kristiansund og Molde. Vi formidlet også invitasjonen i ulike fora som vi deltar i; Forum for kreftsykepleiere i Kristiansund, Forum for kreftsykepleiere på Sunnmøre, Ressursnettverket i palliasjon ved Molde sykehus, Høgskolen i Molde v/ videreutdanningen Omsorg for alvorlig syke og døende og i Kreftkoordinatortnettverket i Møre og Romsdal. Kreftforeningen og Norsk Palliativ Forening (NPF) ble informert og invitert til å stille opp med Stands m/ brosjyrer. Det ble søkt om godkjenning av kurset til tellende timer hos Norsk Sykepleieforbund, Den Norske Legeforening og Fagforbundet, og kurset ble godkjent av alle forbundene. Kursbevis ble utarbeidet, likeså evalueringsark til evaluering av fagdagene.

2.3.1 Gjennomføring av fagdagene:

120 deltakere fra 10 kommuner og også noen representanter fra sykehuset i Molde deltok på fagdagene. Blant deltakerne var ulike yrkesgrupper, hovedsakelig hjelpepleiere, sykepleiere og leger. 38 deltakere var fra Eide kommune og 54 deltakere var fra Fræna kommune.

Ordfører i Eide, Ove Silseth, åpnet seminaret på en varm måte, før foredragsholderne bidro med gode faglige innlegg. Dr. Jorunn Brekke Fjeldheim fra Palliativt team i Ålesund åpnet med å snakke om smerte og smertebehandling, samt bidro hun også med å presentere akutte tilstander i palliasjon. Grete Søbstad representerte Kompetansesenteret for lindrende behandling, St.Olavs Hospital, og hun presenterte verktøy til bruk ved symptomregistrering.

Ralph Herter, overlege ved Sykehuset i Kristiansund, foreleste om gastrointestinale problemstillinger i palliasjon. Liv Skjørsæther Johansen er kreftkoordinator i Molde kommune, og foreleste om dyspne og munntell. Ernæringsfysiolog Britt Olufsen ble dessverre forhindret fra å komme pga sykdom, og hennes forelesning om ernæring på veien mot livets slutt gikk dessverre ut. Torsdag 28.11.13 ble en flott fagdag med fokus på grunnleggende palliasjon og symptomlære.

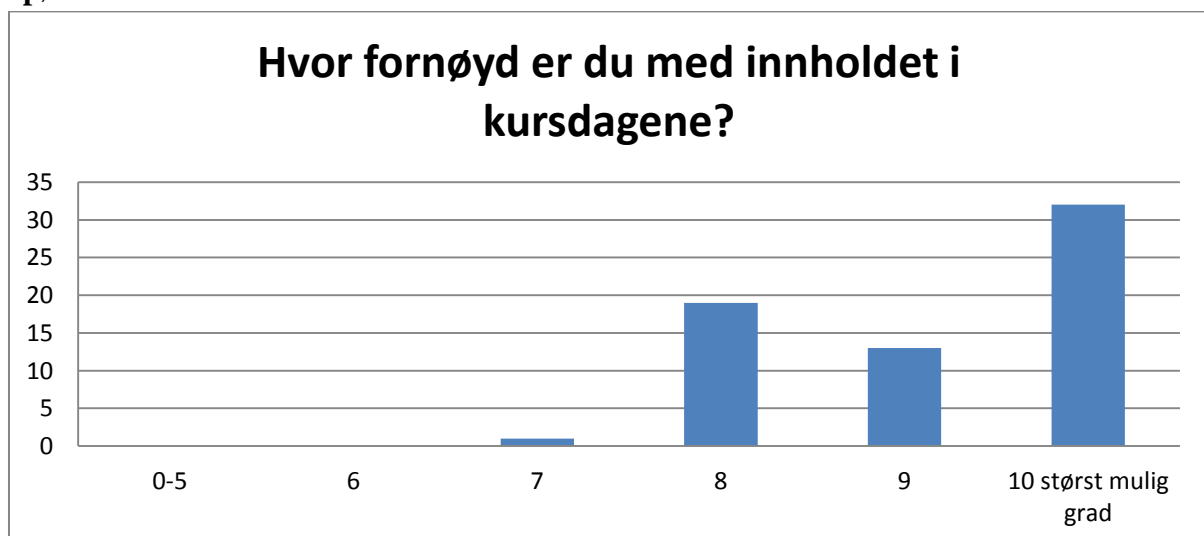
Fredagen ble åpnet av prosjektleder for ”Lindring på Tvers”, Lillian Karlsen. Hun presenterte kort prosjektets bakgrunn, hovedmål og gjennomførte tiltak. Innføring av LCP er hovedelementet i prosjektet, og Dr. Bardo Driller ved Palliativt Team i Molde presenterte erfaringer som er gjort ved innføring av LCP. Resten av fredagen fikk vi gleden av å høre på Dr. Aart Huurnink, som hadde tatt veien helt fra Stavanger for å forelese om temaene Palliativ omsorg for mennesker med dement- Terminalfasen som prosess- Erfaringer fra prosjektet Isipalliasjon; med erfaringer fra individuell plan til palliative pasienter og LCP.

Gjennomføringen av fagdagene gikk flott, gode hjelpere på kjøkkenet sørget for at deltakerne stadig fikk servert mat og drikke, og lokalet Vonheim var veldig godt egnet med stor kapasitet og gode tekniske løsninger. Det ble servert lapskaus til lunch dag 1 og baguetter dag 2. Ellers var tilgjengelig frukt og kaker, samt drikke i alle pauser. Journalist fra lokalavisen Romsdals Budstikke var til stede og skrev en flott tosidens artikkel vedrørende arrangementet. Forelesningen ble lagt tilgjengelig på hjemmesidene til www.ogbedreskalvibli.com. Og Bedre Skal Vi Bli er det faglige nettverkssamarbeid for pleie- og omsorgssektoren i Møre og Romsdal.

2.3.2 Evaluering

Totalt 65 evalueringsskjema foreligger og danner grunnlaget for evalueringen fra deltagerne.

Spørsmål 1

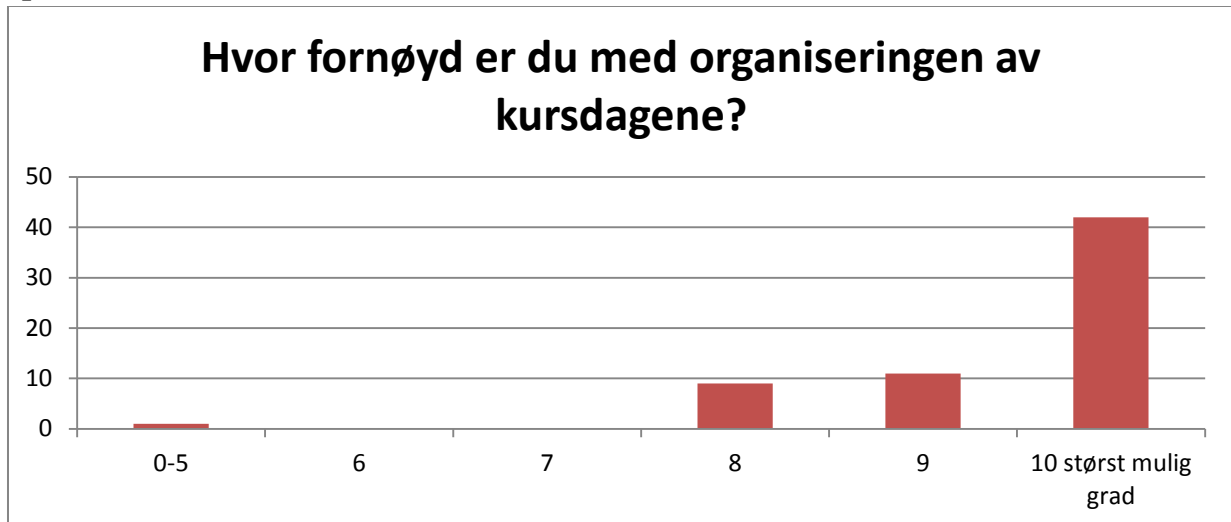


Kommentarer til innholdet i kursdagene:

- ” Spesielt dag 2 var kjempebra. Veldig relatert til min arbeidshverdag. Mye nytt å ta med seg.”

- ”Gode foredragsholdere!”
- ”2. Dag var utrolig bra. Aart Huurnink er en super foredragsholder.”
- ”Veldig fornøyd med tema og innhold.”

Spørsmål 2



Kommentarer til organiseringen av fagdage:

- ”Velorganisert, godt planlagt. Bra sammensatt program”
- ” Skulle ønske at jeg kunne fått være med på begge fagdage”

Av spørsmål 3,4 og 5 i evalueringsskjema så er det kommet mange kommentarer som viser det samme;

Alle 65 som tok seg tid til å fylle ut evalueringsskjemaet svarer at de mener å ha økt sin kompetanse innen palliasjon som vil komme arbeidsplassen til nytte. Kommentarer som understreker dette er:

- ”Jeg har fått mer forståelse som igjen fører til at jeg blir tryggere i min jobb.”
- ”Jeg ser mer og mer tydelig hvor vanskelig det kan være å vurdere det en i utgangspunktet trodde var enkelt. Spesielt hva gjelder etiske problemstillinger.”
- Mye lærerikt som skal bli med i videre arbeid.

Videre understreker mange kommentarer at forelesningen om palliasjon til demente var veldig nyttig, og mange har savnet fokus på denne pasientgruppen.

- ”Svært bra med fokus på palliativ omsorg for demente pasienter. Jeg har deltatt på mange ulike kurs og fagdager innen palliasjon tidligere, men det har aldri før vært så høyt fokus på denne pasientgruppen.”
- ”Gode forelesere, dagsaktuelle tema og knallbra med egen dag om demens.”

Hva deltagerne savnet kan også lett oppsummeres av kommentarene som noen hadde notert;

- Savnet å delta på begge fagdagene
- Savnet temaet ernæring som gikk ut av programmet pga syk foreleser
- Savnet diskusjon i mindre grupper
- Savnet mat tilpasset de med matallergi/matintoleranse
- Savnet ferdig kopierte notater fra forelesningene

Oppsummert så er vi veldig godt fornøyd med gjennomføringen av fagdagene, og det har unisont vært gode tilbakemeldinger fra deltakerne. Vi har fått tilbakemeldinger fra flere nettverk om at det var synd at seminaret ble holdt så sent på året, da kursmidlene i de fleste kommuner da allerede var tomme og derfor var det mange som ikke fikk innvilget å delta av arbeidsgiver.

Tiltaket har krevd mye ressurser. For å nå målet om å få flest mulig ansatte i Fræna og Eide kommuner til å delta på seminaret, besluttet vi å dekke innleie av vikarer i forbindelse med fraværet. Selv om vi fikk inntekter fra eksterne deltakere, så dekket ikke dette opp for frikjøp av vel 90 ansatte til å delta på kurs.

2.3.3 Tiltakets effekt på kvalitetsutvikling i lindrende behandling

Kompetanseheving gjennom et internt palliasjonsseminar anser vi som viktig for at de ansatte skal få økt forståelse for den palliative pasients situasjon og behov. At hele personellgruppen deltok mener vi var viktig for samhandling og forståelse innad i personalgruppen, og at vi tror dette øker motivasjonen og interessen for palliasjon som fagfelt. Pasienter med behov for palliasjon er sårbare, og det er viktig at alle i pleiesektoren får innsikt i arbeidsmetoder, stell og metoder. Ved å invitere våre nabokommuner på kurset har vi også fått spredt informasjon om prosjektet, samt bidratt til nettverksbygging. Vi mener selv og har fått unisont gode tilbakemeldinger på at kurset var faglig sterkt, og med forelesere på høyt nivå nasjonalt. Økt kompetanse hos de ansatte er en forutsetning for et kvalitativt godt tjenestetilbud innen lindrende behandling, pleie og omsorg, og vi mener i stor grad å ha oppnådd dette ved gjennomføring av palliasjonsseminaret.

2.4 Deltakelse på eksterne kurs

- 6 sykepleiere totalt fra begge kommuner har deltatt på 3- dagers (28.-30. november 2011) grunnleggende kurs i lindrende behandling ved Kompetansesenteret for lindrende behandling i Helse- Midt, ved St. Olavs Hospital.

- Prosjektgruppemedlem har deltatt på fagseminar i Kristiansund i oktober 2012. Dette var et miniseminar om brystkreft for leger og kreftsykepleiere på Kristiansund Sykehus. Tema var operativ behandling ved Dr. Steinar Dahl ved Molde sykehus, gjennomgang av pasientforløp v/ Dr. Lise Vindi ved Ålesund sykehus, palliativt behandlingsregime og strålebehandling ved Dr. Steinar Lundgren ved St.Olavs hospital.

-2 sykepleiere deltok på 12. Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt i Oslo 19.-21. september; ”Å bygge broer”.

- Prosjektgrupped medlem har deltatt på 4 ressursnettverksdager i palliasjon for Molde og omliggende kommuner. På vårsamlingen hadde vi besøk av Marie Aakre med temaet ”Etisk refleksjon over helsetilbudet til alvorlig syke og døende”. Høstsamlingen omhandlet tema som ” Hvem har behov for palliasjon?”, ”Tverrfaglig palliasjon; Gold Standards Framework” og ” Individuell plan for palliative pasienter”.
- Prosjektledelsen ble invitert inn som medarrangør til Fagdager i palliasjon i regi Norsk palliativ forening (NPF). NPF arrangerer årlig fagdager i palliasjon for helsepersonell rundt om i landet, og i 2013 gikk turen til Kristiansund. Fagdage ble holdt 15. og 16. april, og målgrupper var helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten, personell og ledere i helse- og velferdssektoren i kommune og stat. Programmet var tverrfaglig sammensatt, og omhandlet symptomer, økonomiske og sosiale konsekvenser, etikk, kommunikasjon, viktig hjemmetid, ernæring og bruk av verktøy. Prosjektleder Lillian Karlsen deltok som foredragsholder om temaet ”Tiltaksplan for døende- journalføring i livets slutfase. Liverpool Care Pathway.” Her ble også prosjektet Lindring på tvers presentert, med foreløpige resultater fra innføringen av LCP. Ca. 90 deltakere deltok fra Nordmørsregionen.
- Prosjektleder har deltatt i en arbeidsgruppe for utarbeiding av pasientforløp for pasienter med høygradig Gliom som henvises Kreftavdelingen i Ålesund. Arbeidsgruppen hadde 3 møter og analyserte ”hva skjer i kommunen når pasienten befinner seg i hjemmet eller på institusjonen?” Forløpet gjelder for pasienter som enten overflyttes fra Nevrokirurgisk avdeling ved St. Olavs Hospital, eller som henvises fra St. Olavs Hospital for videre oppfølging ved Kreftavdelinga. Forløpet gjelder også når pasienten kommer videre til sitt lokale sykehus, Molde, Kristiansund el. Volda. Pasientforløpet er publisert på hjemmesiden til Helse Møre og Romsdal. Her ligger flere pasientforløp innen kreftsykdommer, og disse gir alle i behandlingkjeden en oversikt over behandlingsforløpet. Ikke minst viktig å gjøre pasientene kjent med forløpene, her får de en "oversikt" som gir forutsigbarhet.

2.4.1 Tiltakets effekt på måloppnåelse

Midler fra Helsedirektoratet har vært avgjørende for at vi kunne delta på ulike kurs, og med dette heve kompetanse til flere ansatte innen kreftbehandling og lindrende behandling. Kommunenes kursbudsjett er små og det er stadig en kamp om å få delta på kurs i de ulike fag/ emne.

Vi mener å ha høy måloppnåelse med å delta på faglig gode kurs, da dette bidrar til kompetanseheving så vel som nettverksbygging. Dette er viktig for å opprettholde det faglige engasjement hos ressurspersoner, som er viktige motivatører og pådrivere for

kvalitetsutvikling av tjenestetilbudet til alvorlig syke og døende pasienter i Fræna og Eide kommuner. Å delta på kurs i ulike fora fører ikke minst til spredning av prosjektet, samt utveksling av andre erfaringer og ideer mellom helsepersonell på tvers av yrkesgrupper og helsetjenestenivå.

2.5 Felles system, rutiner og prosedyrer

Kommunene har delt erfaringer og ideer gjennom samarbeidet med prosjektet, og arbeidet for et tilnærmet likt tilbud. Implementeringen av Liverpool Care Pathway bidrar i høy grad til dette og er tidligere beskrevet i eget punkt. Andre tiltak har vært:

- Fræna kommune så behov for og har opprettet en Kreftgruppe tilnærmet Kreftgruppa i Eide, som har vært et velfungerende tilbud i godt og vel 10 år. Her møtes kreftrammede og pårørende for å finne sosial støtte og fellesskap. Gruppen er å betegne som en likemannsgruppe, dog med noe faglig styring av kreftsykepleier i kommunen.
- Eide kommune har fulgt Fræna kommune og opprettet en tilnærmet lik ressursgruppe/refleksjonsgruppe for ressurspersoner i Palliasjon. I ressursgruppene sitter ressurspersoner fra hver avdelig/ enhet og disse møtes første onsdag i hver måned for å holde seg oppdatert samt reflektere over spørsmål innen palliasjon. Gruppene ledes av kreftkoordinatorer i begge kommuner, og ressurspersonene er engasjerte sykepleiere, hvorav flere med eller under videreutdanning innen palliasjon, kreft eller smerte.
- Et tenkt tiltak i søknaden av 2013 var å utarbeide en palliativ perm for å samle alle prosedyrer på hver enkelt enhet. Ressursgruppene har deltatt med forslag på hva permene bør inneholde av både nasjonale og lokale retningslinjer. Arbeidet med å lage permene er påbegynt men ikke fullført relatert til at prosjektleder ikke har hatt nok tid til å jobbe med dette. Arbeidet skal dog videreføres av ressursgruppene og målet er å ha ferdig permene i løpet av 2014.
- Kartlegging og oppfølging av alle palliative pasienter i våre kommuner jmf. Gold Standards Framework. Dette i samarbeid med spesialistkompetanse ved palliativt team ved Molde sykehus for å sikre et kvalitativt og koordinert tjenestetilbud til alle palliative pasienter. Prosjektgruppedeltakerne møtes hver 3. uke for gjennomgang av felles og evt. nye palliative pasienter, og møtene foregår ute i kommunene. Da kan vi samtidig foreta hjemmebesøk ved behov for dette. Tilsynsleger, fastleger inviteres inn til dette samarbeidet om pasientene.

2.5.1 Måloppnåelse

Tiltakene har bidratt til høy måloppnåelse på kvalitetsutvikling på tjenestetilbudet, samt fagutvikling og samhandling. Oppretting av kreftgruppa er et tilbud direkte rette mot

pasientgruppen, og vil bli bidra til å styrke tjenestetilbudet. Tilbudet er varig og det blir en av kreftkoordinatorens arbeidsoppgaver å lede gruppen.

Oppretting av ressurs-/ refleksjonsgruppe vil styrke ressurspersonenes rolle, og bidra til at de opplever trygghet og fellesskap i sitt arbeid. Refleksjon over faglig praksis mener vi bidrar til økt bevissthet om egen kompetanse, verdier og holdninger i arbeidet ovenfor den alvorlig syke og døende pasient og pårørende. Man kan bli mer bevisst egne ressurser og muligheter, som igjen kan føre til at egen identitet som fagperson blir tydeligere og dermed gir økt trygghet i fagutøvelsen. Ressurspersonene blir nøkkelpersoner i videreføringen av prosjektet, og det er viktig at de blir tatt godt vare på.

3.0 SAMARBEID

3.1 Forankring og organisering

Prosjekt Lindring på tvers har vært et samarbeidsprosjekt mellom Fræna kommune, Eide kommune og Palliativt team ved Molde sykehus. Rådmenn i kommunene Eide og Fræna og representant for Helseforetak deltok i beslutningen om å iverksette arbeidet med prosjektet og gikk i 2011 inn for en trepartsavtale mellom partene. Med dette var prosjektet godt forankret i ledelsen fra begynnelsen av. Videre har prosjektgruppen vært bevisst på å informere kommunepolitikere i Eide og Fræna om fremdriften og foreløpige resultater/effekt av prosjektet. Det er en forutsetning at politikere forstår nødvendigheten av kompetanseheving og tjenesteutvikling, ikke minst med tanke på å få stillinger i kommunene til å jobbe med palliasjon. Eide kommune og Fræna kommune har en interkommunal 50 % stilling for kreftkoordinator, delvis finansiert av Kreftforeningen som en prosjektstilling. Vi mener at erfaringer fra prosjektet Lindring på tvers har bidratt til at stillingen er blitt økt i begge kommuner. Fræna kommune har opprettet en fast stilling for kreftkoordinator i 60 % stilling, og Eide kommune har nå i skrivende stund sagt at de vil øke kreftkoordinatorstillingen til 40 %. Kreftkoordinatorer arbeider hovedsakelig med kreftpasienter, dog er palliasjon til kreftpasienter overførbart til palliative pasienter med andre diagnoser. Kreftkoordinatorer vil være nøkkelpersoner i videreføring av prosjektet; de vil bl.a. fortsette å bidra som ressurspersoner for LCP, kompetansehevende arbeid og i arbeidet med identifisering/oppfølging av palliative pasienter i kommunene.

Samarbeidet bygde på et allerede eksisterende ressursnettverk i palliasjon i regi palliativt team v / Molde sykehus for omliggende kommuner. Fræna kommune og Eide kommune har vært likeverdige parter i prosjektet. Representanter fra begge kommuner og palliativt team har deltatt i prosjektgruppen som har vært ansvarlig for fremdriften av prosjektet og som jevnlig har rapporterer til styringsgruppen. Følgende personer har deltatt i prosjektgruppen:

- Bente Winsjansen; kreftkoordinator i Fræna kommune.
- Lillian Karlsen; kreftkoordinator i Eide kommune.
- Bardo Driller; overlege akuttmedisinsk avdeling og lege i palliativt team ved Molde sykehus.

Lillian Karlsen har arbeidet som prosjektleder på timebasis ved behov fom 01.09.11 tom 31.09.12. Fom 01.10.12 godkjente styringsgruppen at hun ble lønnet i 30 % stilling ut prosjektperioden. Dr. Bardo Driller har vært ansvarlig for implementering av Liverpool Care Pathway og opplæring av fastleger/ tilsynsleger. Driller representerte også Forskningsgruppen Palliasjon, som er et samarbeid mellom Helse Møre og Romsdal og Høgskolen i Molde. Prosjektgruppen har hatt totalt 27 møter i prosjektperioden. (5+6+16). Fom 16.10.12 har prosjektgruppemedlemmene møttes hver 3. uke for å kartlegge/ følge opp palliative pasienter i Fræna kommune og Eide kommune. Dette tiltaket inkluderes i IKT-systemet og videreføres etter endt prosjektperiode som et samarbeid mellom lege ved palliativt team v/ Molde sykehus og kreftkoordinatorer i Eide / Fræna.

Prosjektet har hatt oppnevnt en styringsgruppe bestående av:

- Jan Morten Dale; rådgiver og leder for Forvaltningskontoret Helse og omsorg i Fræna kommune.
- Karianne Vestavik; enhetsleder heimebaserte tjenester i Fræna kommune.
- Liv K. L. Naas; enhetsleder for Eide sykehjem avd.Furutoppen
- Peggy Visnes; enhetsleder for hjemmebaserte tjenester i Eide kommune.

Styringsgruppen har hatt det overordnede ansvar for prosjektet, satt rammene for prosjektet og godkjent evalueringsplan. Styringsgruppen har deltatt på totalt 7 møter sammen med prosjektgruppen. (3+2+2).

Prosjektet har gjennom prosjektgruppen og styringsgruppen sikret en høy grad av erfaring og kompetanse innen fagfeltet lindrende behandling. Både prosjekt - og styringsgruppen består av helsefaglig personell og ledere fra de to kommunene og Molde sykehus, hvor alle har jobbet for en felles plan for måloppnåelse og modell for samarbeid. Dette har forsterket et allerede etablert interkommunalt samarbeid mellom Fræna og Eide kommuner, og har stimulert til et bedre samarbeid mellom primær – og spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell i kommunene har ansvar for pasienter med behov for stadig mer avansert palliativ symptomlindring, og i dette arbeidet er et nært og velfungerende samarbeid med spesialister vesentlig for å oppnå trygghet, og dermed unngå unødvendige og uheldige sykehusinnleggelse i livets slutfase. Alle gruppe medlemmene har vist stor deltakelse og engasjement gjennom hele prosjektperioden, og dette ser vi har hatt stor betydning for å få gjennomført de planlagte tiltak og måloppnåelsen. Vi har erfart at det å ha en lege inkludert i prosjektet har vært svært viktig for måloppnåelsen med å få implementert Liverpool Care Pathway (LCP), ikke minst med tanke på å motivere/ engasjere fastleger og tilsynsleger til å bruke LCP som et arbeidsredskap ovenfor pasienter i terminalfasen.

3.2 Utviklingscenter for sykehjem i Møre og Romsdal; Rokilde sykehjem

Samarbeidet med Rokilde sykehjem har hovedsakelig omhandlet tiltak Hospitering. Vibeche Fahsing har vært prosjektleder for hospiteringsprosjektet ved Rokilde, og vi har hatt et nært og godt samarbeid gjennom flere møter ang. organisering av hospiteringen.

Utviklingscenteret har også vært en samarbeidspartner for å spre informasjon om prosjektet. Prosjektet er presentert på www.ogbedreskalvibli.com, og også på den nasjonale siden til Utviklingssentrene <http://www.utviklingscenter.no/forsiden>.

Fagutviklingssykepleiere ved Rokilde var invitert til å delta på Palliasjonsseminaret som vi arrangerte i november 2013, men dessverre hadde de ikke kapasitet til å delta. Dog var de behjelpelig med å informere og legge ut bilder og foredrag fra fagdage på sin blogg www.ogbedreskalvibli.com.

3.3 Kompetansesenter for lindrende behandling i Helse Midt- Norge (KLB).

Prosjektgruppen har hatt et godt samarbeid med Kompetansesenteret ved St. Olavs Hospital. Dette vedrørende veiledning, råd og gjensidig dialog. Lars Ø. Ofstad var en god veileder for oss i begynnelsen av søknadsprosessen, og han kom også til Molde for å delta på prosjektmøte. Ofstad gikk over i ny stilling i 2013, og vi fikk da opprettet nye kontaktpersoner ved KLB. Laila Skjevlan har siden vært kontaktperson vedrørende søknads- og rapporteringsarbeidet, og hun har vært til god støtte for prosjektleder.

Alle prosjektgruppemedlemmene deltok på Regional idedugnad for mottakere av tilskudd til lindrende behandling, pleie og omsorg 27. september 2011. Dette var en fagdag i regi KLB, og tema var prosjektpresentasjoner og idemyldring i en uformell setting. Målgruppen var alle prosjektledere og arbeidsutvalg fra kommuner som hadde mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet, og prosjektet Lindring på tvers var valgt ut til å presenteres. Bardo Driller og Lillian Karlsen presenterte prosjektet, og fikk med dette dele kommunens planer og ideer rundt det å drive et prosjekt i lindrende behandling i kommunehelsetjenesten. Tilstede var representanter fra 18 kommuner, Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, Kreftforeningen, representant for Fylkesmannen og representanter for Senter for Omsorgsforskning. Dette var en motiverende dag hvor vi fikk flere nye ideer og tanker for det videre arbeidet med prosjektet.

Spesialsykepleier Grete Søbstad deltok som representant for Kompetansesenteret når prosjektgruppen arrangerte Palliasjonsseminaret. Søbstad bidro her som foreleser og hun presenterte også Kompetansesenteret og deres rolle.

Prosjektleder Lillian Karlsen deltok på kurset ”Introduksjon til forskning og prosjektarbeid” i regi Kompetansesenteret 4. november 2013. Her bidro foredragsholdere fra KLB, Fylkesmannen i Sør - Trøndelag, Betania, Malvik, Helsedirektoratet, Utviklingssenter for sykehjem i Sør - Trøndelag med aktuelle tema for prosjektledere og prosjektsøkere. Dette var en nyttig dag, og ikke minst med tanke på råd om hva er viktigst med rapporteringen av prosjektet.

3.4 Kompetansesenter for lindrende behandling Helseregion Vest

Vedrørende implementering av LCP så har prosjektgruppen hatt et samarbeid med Kompetansesenteret i Helse vest, som er registrert som nasjonalt samarbeidende senter for LCP i Norge. Implementeringsansvarlig har hatt kontakt med Kompetansesenteret vedrørende registrering som LCP- bruker, samt veiledning/ råd om implementeringsprosessen. Vi har vært foregangskommune i å bruke LCP i elektronisk pasientjournal. Måten vi implementerte planen i fagprogrammet var ny, og disse erfaringene delte vi med Kompetansesenteret. Vi har meldt fra til programutvikler om behov for bedre tilpasning, og andre kommuner som bruker LCP har vært i kontakt med oss for å høre om våre erfaringer.

Prosjektleder Lillian Karlsen har i forbindelse med sin fordypningsoppgave om LCP hatt jevnlig kontakt med nasjonal nettverkskoordinator Grete Skorpen Iversen. Iversen har bidratt med informasjon om ny forskning om LCP, hva skjer med LCP nasjonalt og internasjonalt og også sendt oss undervisningspresentasjoner om LCP til videre bruk.

3.5 Høgskolen i Molde

Prosjektleder tok tidlig kontakt med Høgskolen i Molde med informasjon om prosjektet og invitasjon til samarbeid. Det var ønskelig at Høgskolen bidro i arbeidet med evaluering av prosjektet og i arbeidet med sluttrapporten. Det kom ingen konkret tilbakemelding på denne forespørselen, men vi har indirekte hatt et samarbeid med Forskningsgruppen Palliasjon ved at prosjektmedlem Bardo Driller deltar i denne gruppen. Forskningsgruppen er et samarbeidsprosjekt mellom Helse Møre og Romsdal og Høgskolen i Molde, og har overordnet koordinert ansvar for forskningsaktivitet innen palliasjon i Møre og Romsdal.

Høgskolen i Molde tilbyr videreutdanning i omsorg for alvorlig syke og døende, og Dr. Driller har også i dette fora undervist om Liverpool Care Pathway og delt erfaringer fra prosjektet. Høgskolen har arrangert fagdager i samarbeid med Ressursnettverket for palliasjon, og prosjektgruppedeltakere har deltatt på disse.

3.6 Høgskolen i Ålesund

Prosjektleder Lillian Karlsen har i prosjektperioden tatt videreutdanning i kreftsykepleie ved Høgskolen i Ålesund. Hun skrev fordypningsoppgave om innføring av LCP;

” Can the introduction of the Liverpool Care Pathway contribute to better care for the dying cancer patient and their relatives? ”

Sammendrag av oppgaven:

“ Stadig flere overlever kreftsykdom, likevel dør ca. 50 % av alle kreftpasienter i løpet av fem år. Ivaretagelse av den døende kreftpasient og pårørende er følgelig et vesentlig område innenfor kreftomsorgen. Den døende kreftpasient og pårørende har ofte mange sammensatte symptomer og behov som krever en helhetlig tilnærming fra kompetent helsepersonell. Formålet med dette prosjektet er ved å innføre tiltaksplanen Liverpool Care Pathway å bedre kunne ivareta den døende kreftpasient og pårørende, og å evaluere effekten av dette tiltaket. Prosjektet foregår på en sykehjemsavdeling. Data blir samlet ved hjelp av to metoder; evaluering av pasientdokumentasjon og gjennomføring av fokusgrupper bestående av henholdsvis pårørende og sykepleiere. Tidligere forskning presenterer resultater som taler for positive effekter ved bruk av LCP; med hovedfunn på dokumentasjon, symptomlindring og pårørendes sorgreaksjon. Dette er alle viktige områder i palliasjon, og som jeg mener indikerer at LCP bidrar til bedre ivaretagelse av den døende kreftpasient og pårørende. Dog

må beskrevet metodekritikk vedrørende LCP-forskning tas i betraktning. Det mener jeg å ha gjort med mine valg av metoder, og jeg håper og tror at jeg vil avdekke informasjon som bekrefter de positive forskningsfunn samt at prosjektet bidrar til en varig implementering av tiltaksplanen til gode for pasient og pårørende.“

3.6 Frivillige organisasjoner

Prosjektgruppemedlemmene Bente Winsjansen og Lillian Karlsen er engasjert i kreftkoordinatorstillinger i regi Kreftforeningens satsing på å styrke koordinering av kreftomsorg i kommunene. Dette har bidratt til et samarbeid med Kreftforeningen, som bla. har medvirket til å holde lokalt kurs for alvorlig syke kreftpasienter og deres pårørende i Fræna og Eide kommuner. Dette er også et resultat av et nært samarbeid med Kreftgruppa i Eide kommune. Kreftgruppa i Eide har eksistert i vel 10 år, og her møtes kreftrammede og pårørende for å finne sosial støtte og fellesskap. Gruppen er å betegne som en likemannsgruppe, dog med noe faglig styring av kreftsyrkepleier i kommunen. Kreftgruppen er godt informert om prosjektet, og brukerne her har kommet med forslag til tiltak for kvalitetsforbedring. Også lokale likemannsforeninger som Brystkreftforeningen i Molde og omegn er informert om prosjektet ved dialog/ møter med leder Anne Lise Vatne Eide.

Samarbeidet med Kreftforeningen og Kreftgruppa i Eide resulterte i en avkortet variant av kurset "Livslyst" i regi av Kreftforeningen, som ble holdt i Kommunestyresalen i Eide 14. november 2012. "Livslyst- når det røyner på" er et kjent kurstilbud til alle som har eller har hatt kreft, som er pårørende eller etterlatt. Målet med kurset er å hjelpe seg selv når det røyner på ved alvorlig sykdom. Gjennom livslyst får deltakerne mulighet til å lære mer om hvordan man kan takle stress og få tak i egen livslyst, praktiske tips og nyttige verktøy som kan brukes i møte med hverdagens utfordringer samt mulighet til å dele erfaringer med andre som kjenner seg igjen - på godt og vondt. Kurset bygger på kognitiv læring og vektlegger hvordan tanker og følelser henger sammen. Kurset ble ledet av spesialrådgiver i Kreftforeningen, Anne Britt Rønning, som har bred erfaring innen gruppeledelse og rådgivning innen kreftarbeidet. Marit Svisdahl deltok som regionskontakt for kreftkoordinatorer i Møre og Romsdal. Kreftkoordinatorer i Eide, Fræna, Averøy, Molde og Kristiansund ble presentert på kurset, og knyttet kontakt med flere pasienter og pårørende for oppfølging i etterkant. 23 pasienter/ pårørende/ etterlatte fra 4 kommuner deltok på kurset, samt kreftkoordinatorer fra 5 kommuner og samarbeidspartnere fra Kreftgruppa i Aure kommune.

4.0 SPREDNING AV PROSJEKTET/ ERFARINGSUTVEKSLING / NASJONAL OVERFØRINGSVERDI

Prosjektet har overføringsverdi til andre kommuner i regionen som vurderer å ta i bruk Liverpool Care Pathway og prinsipper fra Gold Standards Framework. Medlemmer i prosjektgruppen har vært aktive i å undervise om LCP og GSF, samt dele de erfaringer som vi har hatt fra prosjektet så langt. Vi har gjennomført undervisning/ erfaringsutveksling i ulike fora:

- Ressursnettverket for palliasjon ved Molde sykehus og omliggende kommuner; 2 årlige samlinger. V/ prosjektgruppen.
- Kompetansesenteret for lindrende behandling i Helse Midt- Norge; regional Idemyldring 27.09.11. V/ prosjektgruppen
- Rokilde sykehjem, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Møre og Romsdal; prosjektbeskrivelse publisert på www.ogbedreskalvibli.com og www.utviklingscenter.com
- Nesset kommune v/ Bente Winsjansen og Bardo Driller
- Prosjektet er presentert på Høgskolen i Molde og i Forskningsgruppen Palliasjon, linket til videreutdanningen omsorg for alvorlig syke og døende.
- Høgskolen i Ålesund; hvor prosjektleder Lillian Karlsen har skrevet fordypningsoppgave om innføring av LCP; ” *Can the introduction of the Liverpool Care Pathway contribute to better care for the dying cancer patient and their relatives?* ”
- Molde kommune; 02.09.13 og 26.03.14. V/ prosjektgruppen.
- Sula kommune. Prosjektgruppa lindrande omsorg i Sula inviterte til erfaringsutveksling/ dialogmøte 13.09.13. Agenda:
 - Erfaringer fra palliasjonsprosjektet i Eide kommune. LCP, fordeler og ulemper, hvorfor er dette et nyttig verktøy? Ved Prosjektleder Lillian Karlsen.
 - Palliasjon i Molde kommune, ved palliativ koordinator Anne Lise Gjelsten
 - Prosjekt lindrande omsorg, Sula kommune. Erfaringer med palliativ plan, fordeler og ulemper. Hvorfor er dette et godt verktøy? Ved Prosjektleder Tanja Alme
- Fagdager i palliasjon i regi Norsk Palliativ Forening 15. og 16. april 2013
- Kreftkoordinatortnettverket i Møre og Romsdal, løpende informasjon på faste møter hver 6. uke mellom kreftkoordinatorene i Averøy, Eide, Fræna, Molde og Kristiansund.
- Kreftgruppa i Eide kommune, løpende informasjon på faste møter x 6 per år.
- Forum for kreftsykepleiere i Kristiansund og omegn. Prosjektleder Karlsen deltar i styret til FKS Kristiansund og informer de andre medlemmene fortløpende om prosjektet og dets tiltak.
- Forum for kreftsykepleiere på Sunnmøre; informasjon om prosjektet og dets tiltak deles på Facebookside til FKS Sunnmøre.

- Posterpresentasjon LCP på Helse Midt-Norges forskningskonferanse i 3.- 5. juni i Ålesund. v/ Bardo Driller.
- Posterpresentasjon LCP Fjordkonferansen Loen; Fjordkonferansen er et fellestiltak for forskings- og utdanningsmiljøa i Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal. Første konferanse var på Alexandra hotell i Loen 20.- 21. juni 2013. v/ Bardo Driller.
- Emnekurs for allmennleger i Ålesund 18.09.13. v/ Bente Winsjansen og Lillian Karlsen.
- Presentasjon av prosjektet på kommunestyremøte i Eide kommune 31.10.13. v/ Bardo Driller og Lillian Karlsen.
- Palliasjonsseminar i Malmefjorden 28. og 29. november 2013. v/ Bardo Driller og Lillian Karlsen.
- ROR- møte 10.12.13. Med bakgrunn i gode erfaringer og resultater, ble prosjektet ”Lindring på tvers” presentert i Samhandlingsnettverket til ROR i desember 2013. Romsdal Regionråd (ROR) består av ordfører- og rådmannskollegiet i Romsdal, med kommunene Aukra, Eide, Fræna, Nesset, Midsund, Molde, Rauma og Vestnes. Romsdal Regionråd er en interesseorganisasjon for de deltagende kommunene og regionen på alle områder og alle plan, og er et organ for løsning av felles spørsmål og oppgaver. Det er ulike fagnettverk mellom ROR -kommunene, aktuelt her er Samhandlingsnettverket bestående av representanter fra alle kommunene og Helse Møre og Romsdal. V /Bardo Driller og Lillian Karlsen.
- Prosjektpresentasjon i Driftsutvalget i Fræna kommune 16.03.14. V/ Jan Morten Dale og Bardo Driller.
- Dr. Driller har på vegne av prosjektgruppen søkt og fått innpass til posterpresentasjon av LCP - prosjektet ved 8th World Research Congress for Palliative Care i Lleida 5.- 7. juni 2014. Her deltar alle tre prosjektgruppemedlemmer.

5.0 KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE

5.1 Konklusjon

Vi mener med gjennomførte tiltak å ha en høy måloppnåelse på kvalitetsutvikling i lindrende behandling, pleie og omsorg i Fræna kommune og Eide kommune. Dette til tross for at vi fikk mindre tilskudd enn omsøkt, og til tross for at vi kom sent i gang med gjennomføring av de planlagte tiltak i 2012 og 2013. Dette med bakgrunn i at tilbakemeldingen fra Helsedirektoratet ikke kommer før i juni, og vi ikke har noen garanti for tildeling av ressurser.

Prosjektet ble gjennomført i 2 faser med forprosjekt i 4 mnd. i 2011, og driftsfase i 2012 og 2013. Varighet i prosjektet har vært avgjørende for trinnvis innføring av de ulike tiltak.

Organisering og fremgangsmåten i prosjektet mener vi var avgjørende for at prosjektet er blitt ”satt” i praksis. At prosjektet var godt forankret i ledelsen så vel som hos de ansatte mener vi har vært vesentlig for at prosjektet lyktes.

Implementering av tiltaksplan for døende, LCP, har bidratt til å sikre forutsigbarhet og trygghet for pasient, pårørende og helsepersonell som arbeider nært pasienter i siste fase av livet. Vi har vært bevisst på at det kreves undervisning, opplæring og oppfølging for å sikre en tilstrekkelig god forståelse for bruken av LCP, og for å fastholde og videreføre implementeringen på en forsvarlig måte på det enkelte brukersted.

Vi mener å ha bra måloppnåelse på hospiteringstiltaket vedrørende å oppnå kompetanseoppbygging i lindrende behandling, pleie og omsorg i Fræna og Eide kommuner. Økt kompetanse hos de ansatte er en forutsetning for et kvalitativt godt tjenestetilbud innen lindrende behandling, pleie og omsorg, og vi mener også i stor grad å ha oppnådd dette ved gjennomføring av palliasjonsseminaret.

Vi har lite gjennomtrekk i sykepleier- og hjelpepleierstillinger i kommunene våre, derfor er sannsynligheten stor for at vi beholder den oppbygde kompetansen i lang tid. Hospiteringen har videre medført nettverksbygging inn mot palliativt team og spesialisthelsetjenesten i Krisitansund. Dette ser vi har bidratt til at terskelen for å ta kontakt med palliativt team og kreftpoliklinikk har blir lavere, og som har medført et bedre samarbeid mellom Fræna og Eide kommuner og sykehuset i Kristiansund til det beste for våre palliative pasienter og deres pårørende.

Samarbeidet med palliativt team ved Molde sykehus har blitt veldig nært som et resultat av prosjektet og dets organisering, og Dr. drillers deltakelse i prosjektet har vært av stor betydning for den høye måloppnåelse vi mener å ha med ”Lindring på tvers.”

Vi erfarer i høy grad at brukerne av tjenestene (erfaringer fra pårørende, etterlatte) er fornøyd med kvaliteten på tjenestene innen lindrende behandling i Fræna kommune og Eide kommune.

5.2 Veien videre

Hospitering ved Rokilde sykehjem var tenkt å være et varig tiltak. Det er viktig å tilby både hospitering og faglige kurs for nyansatte etter prosjektperioden. Dette for å beholde den palliative kompetansen ved evt. utskiftninger i personellgruppen. Vi sikrer dette ved å inkludere opplæring i grunnleggende palliasjon og LCP i kvalitetssikringsrutiner ved tilsetting av nytt personell. Hospiteringstilbudet ved Rokilde falt dessverre bort etter endt prosjektperiode, evt. kan det være aktuelt å benytte hospiteringstilbudet ved Blindheim omsorgssenter i Ålesund. Dog er det betydelig lenger reisevei, som medfølger overnatting og betydelige kostnader. Det blir opp til hver enkelt arbeidsgiver om de har ressurser til å sende evt. nyansatte på hospitering eller om det er mer aktuelt å benytte kurstilbudet ved Kompetansesenteret for lindrende behandling i Helse Midt- Norge.

Kreftkoordinatorer i kommunene har fått utvidet sine stillinger, og vil fortsette å drive videre det kompetansehevende arbeid. De arbeider hovedsakelig med kreftpasienter dog er palliasjon til kreftpasienter overførbart til palliative pasienter med andre diagnoser. Faste møter mellom deltakere i prosjektgruppen er allerede etablert hver 3. uke for å identifisere og følge opp alle palliative pasienter i de to kommunene. Dette samarbeidet fortsetter også etter endt prosjektperiode, uten at det trengs ekstra driftsmidler.

Bruken av Liverpool Care Pathway er i stor grad implementert i den daglige driften, og vil være et varig tiltak etter prosjektslutt uten at det trengs ekstra driftsmidler. Vi har med LCP implementert et godt faglig konsept som sikrer forutsigbarhet og trygghet for pasient, pårørende og helsepersonell som arbeider nært pasienter i siste fase av livet. Vi mener denne systematikken kan være til nytte for andre kommuner, og har tilbudt å dele vår kompetanse med de andre ROR – kommunene Nesset, Midsund, Aukra, Molde, Rauma og Vestnes. Alle kommunene har bekreftet på rådmannsnivå at de ønsker å delta i et større samarbeidsprosjekt ”Sammen for lindring”. Prosjektbeskrivelse er utarbeidet og det er søkt om midler fra Helsedirektoratet over gjeldende tilskuddsordning for 2014. Prosjektledelsen ser ytterligere tiltak for å optimalisere det palliative tjenestetilbudet. Foruten innføring av LCP i de andre ROR-kommuner, ønsker vi derfor å innføre et planverktøy i tidligere palliativ fase (plan for lindring), samt se på mulige løsninger for å øke tilgjengeligheten for palliativ kompetanse på kveld og helg.

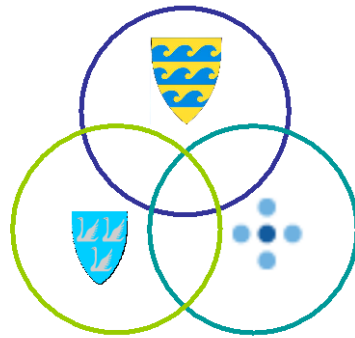
Litteratur:

Ellershaw, J., Wilkinson, S. (Red.). (2011) Care of the Dying, A pathway to excellence. 2.utg. New York: Oxford University press.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus, Kompetansesenter i lindrende behandling i helseregion Vest. (2010). Registreringspakke Liverpool Care Pathway. [Online]. Lastet ned 2.januar 2013, fra http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/Registreringspakke_LCP_sept2010.pdf

Johannessen, P.A.T. og Christoffersen, L. (2010). Introduksjon til Samfunnssvitenskaplig metode. 4.utg. Oslo: Akribe

<http://www.goldstandardsframework.org.uk/>



PALLIASJONSSEMINAR

I regi

Lindring på Tvers

Et samarbeidsprosjekt mellom Fræna kommune, Eide kommune og Palliativt team ved Molde sykehus; med fokus på samhandling og kompetansehevende tiltak for å øke kvaliteten på lindrende behandling, pleie og omsorg.

Tid: Torsdag 28.11.13 og fredag 29.11.13

Sted: Bygdahuset Vonheim, Malmefjorden

Målgruppe: Helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten

Påmeldingsfrist: 08.11.13

Påmelding til: lillian.karlsen@eide.kommune.no, evt. tlf. 98895589

Kurset er godkjent med tellende timer til Norsk Sykepleieforbund, Den Norske Legeforening og Fagforbundet..

Det tas forbehold om evt. endringer i programmet

PALLIASJONSSEMINAR

PROGRAM 28.11.13

08.30 - 09.00 **Registrering**

09.00 - 09.15 **Åpning** v/ Ove Silseth, Ordfører i Eide kommune

09.15 – 10.30 **Smerte- og smertebehandling** v/ Dr. Jorunn Brekke Fjeldheim, allmennlege med videreutdanning i palliasjon, Palliativt team Ålesund sykehus

10.30 – 10.45 **Pause m/ frukt**

10.45 – 11.30 **Symptomregistrering - bruk av verktøy** v/ Grete Søbstad, spesialsykepleier, Kompetansesenteret for lindrende behandling, St. Olavs. Hospital

11.30 – 12.30 **Gastrointestinale problemstillinger** v/ Ralph Herter, Overlege v/ Kristiansund Sykehus

12.30 – 13.15 **Lunch**

13.15 – 14.15 **Dypne og munnstell** v/ Liv Sjørsæther Johansen , Kreftkoordinator Molde kommune

14.15 – 14.45 **Akutte tilstander i palliasjon** v/ Jorunn Brekke Fjeldheim

14.45 – 15.00 **Pause m/ kake**

15.00 - 15.45 **Ernæring på veien mot livets slutt** v/ Britt Olufsen, ernæringsfysiolog, Kristiansund Sykehus

15.45 – 16.00 **Oppsummering og vel hjem**

Vedlegg 1

PROGRAM 29.11.13

09.00 – 09.45 **Prosjekt Lindring på Tvers; erfaringer med LCP og veien videre.** v/ Bardo Driller, overlege anestesi og lege v/ palliativt team Molde sykehus og Lillian Karlsen, kreftsykepleier og prosjektleder Eide kommune

09.45 – 10.00 **Pause** m/ frukt

10. 00 – 11.45 **Palliativ omsorg for mennesker med demens** v/ Aart Huurnink, overlege Lindrende Enhet, Boganes Sykehjem, Stavanger Kommune

11.45 – 12.45 **Lunch**

12.45 – 14.00 **Terminalfasen som prosess** v/ Aart Huurnink

14.00 – 14.15 **Pause** m/ kake

14.15 – 15.00 **Erfaringer fra prosjektet Isipalliajon; individuell plan til palliative pasienter og LCP.** v/ Aart Huurnink

15.00-15.15 **Oppsummering/ avslutning**

Implementation of Liverpool care pathway for the Dying Patient (LCP) in primary health care in Norway



Driller B.¹, Karlsen L.², Winsjansen B.³, Strømskag K.E.⁴, Research group; care and treatment of critically ill and dying patients, Møre og Romsdal HF, Molde university college

¹Møre og Romsdal HF, Cancer department, Ålesund, Norway, ²Eide municipality, Care home, Eide, Norway, ³Fræna municipality, Home care service, Elnesvågen, Norway, ⁴Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Trondheim, Norway

Background: Palliative care focuses on improving the symptoms, dignity and quality of life of people approaching the end of their lives. In the UK, the Liverpool Care Pathway for the dying patient (LCP) was developed to transfer the care practice from the hospice setting to the hospital setting. It is now widely used in care at nursing home and in home care settings. The LCP is a multi-professional document that offers an evidence-based framework for the last days and hours of the patient's life. It provides guidance on comfort measures, anticipatory prescribing of medication, discontinuation of inappropriate interventions, psychological and spiritual care and family support.

Aims: The aim of this project was to explore the benefits and barriers to the implementation of LCP in primary palliative care in Norway. Focus laid on the documentation of care and the palliative and end-of-life care specific educational needs of multidisciplinary professionals.

Method: Eide, Fræna and Sunndal in Møre og Romsdal have four care homes and three home care services that are involved in end-of-life care. They get support from the specialized palliative care service of the Molde hospital. After a base review of the documentation (n=66) LCP was implemented with training for nurses and general practitioners in June 2012. The ongoing supervision included an assessment of experiences of professional caregivers with LCP. In March 2013 we reviewed the documentation of all patient deaths (n=39) from September 2012 onwards whether or not with LCP.



Results:

- 77 % of the patients died within LCP
- Most of them were non-cancer patients (62 %)
- The average time on LCP was 2.9 days
- Documentation was more comprehensive with LCP
- The majority of the staff felt that LCP:
 - structured patient care better
 - supported problem anticipation
 - promoted proactive management of patient comfort
 - encouraged security by better advance care
 - enhanced multidisciplinary communication
 - improved communication and care of relatives

Conclusion:

LCP facilitates comprehensive documentation of symptoms, problems and care during the dying process. High-quality documentation provides practice examples for education and further professionalization of the care for dying patients. An interprofessional, multidisciplinary approach towards ongoing education and communication at all levels of care is needed to meet the complex needs of palliative patients. LCP helps to improve staff confidence in delivering end of life care.

References

Ellershaw, J, Foster, A, Murphy, D. Developing an integrated care pathway for the dying patient. Eur J Palliat Care 1997; 4: 203-207
 Ellershaw, JE, Murphy, D. The Liverpool Care Pathway (LCP) influencing the UK national agenda on care of the dying. Int J Palliat Nurs 2005; 11: 132-134
 Swart, SJ, van Veluw, H, van Zuylen, L, Gambles, M, Ellershaw, J. Dutch experiences with the Liverpool Care Pathway. Eur J Palliat Care 2006; 13: 156-159
 Laetitia Veerbeek, Lia van Zuylen, Siebe J Swart, Paul J van der Maas, Elsbeth de Vogel-Voogt, Carin CD van der Rijt and Agnes van der Heide. The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. Palliat Med 2008; 22: 145

Patient characteristics in the baseline period and after LCP implementation		Baseline n = 66	After LCP implementation n = 39
Age (years)		79.2 n (%)	61.8 n (%)
Age category	18-75 years of age	20 (30)	7 (18)
	76 and over	46 (70)	32 (82)
Gender	Male	29 (44)	19 (50)
	Female	37 (56)	20 (50)
Diagnosis Cancer	Cancer	32 (48)	15 (38)
	Non-cancer	34 (52)	24 (62)
Care setting	Nursing home short-term ward	31 (47)	22 (56)
	Nursing home long-term ward	28 (42)	14 (36)
	Primary care	7 (11)	3 (8)
	on LCP		30 (77)
	average days on LCP [min-max]		2.9 [1-10]

	Baseline n = 66			After LCP implementation* n = 39		
	Yes %	No/missing %	Not applicable %	Yes %	No/missing %	Not applicable %
Assessment of current medication	53	47	0	77	17	6
Prescription of medication as required	48	52	0	66	29	5
Discussion about resuscitation	5	95	0	26	69	5
Recognition of dying by patient	62	32	6	41	34	25
Recognition of dying by relatives	86	14	0	77	13	10
Assessment of religious or spiritual needs	11	87	2	22	73	5
Contact with GP Practice about patient's death	54	46	0	58	42	0
Discussion of procedure following death	36	64	0	73	27	0
Provision of bereavement leaflet	12	88	0	44	56	0

Vedlegg 3

Implementation of Liverpool care pathway for the Dying Patient (LCP) in primary health care in Norway

Bardo Driller

Background

Palliative care focuses on improving the symptoms, dignity and quality of life of people approaching the end of their lives and on the care of and support for their families and friends. During the last few decades our understanding about what good terminal care may imply has increased [1, 2, 3, 4, 5]. In the UK, the Liverpool Care Pathway for the dying patient (LCP) was developed to transfer the care practice from the hospice setting to the hospital setting and is now also used widely in care at nursing home and home care settings [6]. The LCP is a multi-professional document that provides an evidence-based framework for the dying phase. It provides guidance on different aspects of care required including comfort measures, anticipatory prescribing of medication, and discontinuation of inappropriate interventions. Additionally, psychological and spiritual care and family support are included.

Aims: The aim of this project was to explore the benefits and barriers to the implementation of the Liverpool care pathway (LCP) in primary palliative care in Norway. Focus was on the documentation of care, the palliative and end-of-life care-specific educational needs of multidisciplinary professionals and the question if LCP increases palliative care knowledge and skills in health care professionals in primary care.

Methods / material: The three communities Eide, Fræna and Sunndal in Møre og Romsdal were taking part in the project to investigate the effects of using the LCP within the nursing home (short-term ward / long-term ward) and home care setting. The communities have four care homes and three home care services that are involved in end-of-life care supported by the specialized palliative care service of the Molde county hospital. Before implementing the LCP we made a base review of the documentation of 66 patients that died between October 2010 and March 2012. The LCP was implemented with training for the nurses and general practitioners in May and June 2012. After the first 5-10 deaths with LCP there was another round with training which included an assessment of experiences the professional caregivers had with LCP. In March 2013 we reviewed the documentation of all patient deaths (n=39) between September 2012 and February 2013 whether or not with LCP.

Results: 77 % of the patients died within LCP. Most of them were non-cancer patients (62 %). The average time on LCP was 2.9 days (1-10). There were differences in short and long-stay care settings. In the period after the implementation of LCP, the documentation of care was more comprehensive compared with the base review. The majority of the staff felt that the LCP structured patient care better, supported problem anticipation, promoted proactive management of patient comfort, encouraged security by better advance care and enhanced multidisciplinary communication and care of relatives. Maintaining ongoing education and feedback on the use of the document were highlighted as important mechanisms for ensuring an optimum delivery of care.

Discussion and conclusion

One of the most important aims of the LCP is to facilitate comprehensive documentation of symptoms, problems and care during the dying process. High-quality documentation not only contributes to structuring care and to the proactive and multi-disciplinary management of patient comfort [7, 8] but it can also provide practice examples for education and further professionalization of the care for dying patients [9]. Education is a key component of providing palliative care. An interprofessional, multidisciplinary approach towards learning and communication at all levels of care is needed to meet the complex needs of palliative patients (cancer and non-malignant disease) and to improve staff confidence in delivering end of life care.

Literature

1. Saunders, C. The evolution of palliative care. *Patient Educ Couns* 2000; 41: 7–13.
2. Singer, PA, Martin, DK, Kelner, M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA* 1999; 281: 163–168.
3. Steinhauser, KE, Clipp, EC, McNeilly, M, Christakis, NA, McIntyre, LM, Tulsky, JA. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 2000; 132: 825–832.
4. Emanuel, EJ, Emanuel, LL. The promise of a good death. *Lancet* 1998; 351 Suppl 2: SII21–SII29.
5. Ellershaw, J, Ward, C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003; 326: 30–34.
6. Ellershaw, J, Foster, A, Murphy, D. Developing an integrated care pathway for the dying patient. *Eur J Palliat Care* 1997; 4: 203–207
7. Ellershaw, JE, Murphy, D. The Liverpool Care Pathway (LCP) influencing the UK national agenda on care of the dying. *Int J Palliat Nurs* 2005; 11: 132–134
8. Swart, SJ, van Veluw, H, van Zuylen, L, Gambles, M, Ellershaw, J. Dutch experiences with the Liverpool CarePathway. *Eur J Palliat Care* 2006; 13: 156–159
9. Laetitia Veerbeek, Lia van Zuylen, Siebe J Swart, Paul J van der Maas, Elsbeth de Vogel-Voogt, Carin CD van der Rijt and Agnes van der Heide. The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. *Palliat Med* 2008; 22; 145

Patient characteristics in the baseline period and after LCP implementation

		Baseline	After LCP implementation
		n = 66	n = 39
Age (years)		79,2	81,8
		n (%)	n (%)
Age category	18–75 years of age	20 (30)	7 (18)
	76 and over	46 (70)	32 (82)
Gender	Male	29 (44)	19 (50)
	Female	37 (56)	20 (50)
Diagnosis Cancer	Cancer	32 (48)	15 (38)
	Non-cancer	34 (52)	24 (62)
Care setting	Nursing home short-term ward	31 (47)	22 (56)
	Nursing home long-term ward	28 (42)	14 (36)
	Primary care	7 (11)	3 (8)
	on LCP		30 (77)
	average days on LCP [min-max]		2,9 [1-10]

		Baseline	After LCP implementation
		n (%)	n (%)
Nursing home short-term ward	Cancer	22 (71)	13 (59)
	Non-cancer	9 (29)	9 (41)
	on LCP		19 (86)

Nursing home long-term ward	Cancer	13 (46)	4 (29)
	Non-cancer	15 (54)	10 (71)
	on LCP		9 (64)
Primary care	Cancer	7 (100)	2 (67)
	Non-cancer	0 (0)	1 (33)
	on LCP		2 (67)

Documentation of care for patients

	Baseline			After LCP implementation*		
	n = 66			n = 39		
	Yes %	No/missing %	Not applicable %	Yes %	No/missing %	Not applicable %
Assessment of current medication	53	47	0	77	17	6
Prescription of medication as required	48	52	0	66	29	5
Discussion about resuscitation	5	95	0	26	69	5
Recognition of dying by patient	62	32	6	41	34	25
Recognition of dying by relatives	86	14	0	77	13	10
Assessment of religious or spiritual needs	11	87	2	22	73	5
Contact with GP Practice about patient's death	54	46	0	58	42	0
Discussion of procedure following death	36	64	0	73	27	0
Provision of bereavement leaflet	12	88	0	44	56	0

(*in three cases the patients died suddenly and the caregivers had not been aware of the start of the dying phase)