

**Koordinert hjelp til palliative  
kreftpasienter og deres pårørende**  
Erfaringer og resultater fra Skien Kommune og  
Sykehuset Telemark

Rapport fra prosjekt: ”Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres pårørende”  
Erfaringer og resultater fra Skien Kommune og Sykehuset Telemark

Prosjektperiode Mars 2004- Mai 2005

Prosjekteiere: Skien Kommune og Sykehuset Telemark

Prosjektledere: Anne Marte Evenstad / Helga Karlsen Mars 2004-oktober 2004

Elisabeth Holm Hansen/ Anders Vege. Oktober 2004- mai 2005

Stiftelsen GRUK

Nedre Hjelleggt 1

3724 Skien

TLF 35584040

Firmapost@gruk.no

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 Bakgrunn for prosjektet .....</b>	<b>4</b>
1.1 Hovedmål med prosjektet.....	4
1.2 Delmål .....	4
<b>2.0 Tilpasning av KPA modellen til pasienter som får palliativ behandling .....</b>	<b>5</b>
2.1 Om KPA- koordinering av psykososialt arbeid.....	5
2.2 Formålet med arbeidsmetoden.....	5
2.3 Sentrale element i arbeidsmodellen.....	6
2.3.1 En felles arbeidsmodell. ....	6
2.3.2 Bruk av veiledningsgrupper - Praksisnær opplæring. ....	7
2.3.3 Organisatorisk forankring.....	7
<b>3.0 Prosjektorganisering og gjennomføring.....</b>	<b>8</b>
3.1 Opprettelse av læringsnettverk .....	8
3.2 Opprettelse av tre veiledningsgrupper.....	8
<b>4.0 Resultater .....</b>	<b>10</b>
4.1 Resultater fra sykehuset.....	11
4.1.1 Pasientenes tilfredshet med tjenestene .....	11
4.1.2 Pårørendes tilfredshet med tjenestene i sykehuset .....	12
4.1.3 Kontaktsykepleiers sjekklister for systematisk arbeid.....	13
4.2 Resultater fra kommunen.....	14
4.2.1 Pasientenes tilfredshet med tjenestene .....	14
4.2.2. Pårørendes tilfredshet med tjenestene i kommunen .....	15
4.2.3 Koordinators sjekklister for systematisk arbeid.....	15
4.3 Sykepleiernes vurdering av koordinatorrollen .....	17
4.4. Evaluering av veiledningsgruppene .....	17
4.4 Hovedmål og resultater.....	18
4.5 Delmål og resultater.....	18
<b>5.0 Erfaring og læring fra deltakerne.....</b>	<b>20</b>
5.1.1 Forankring .....	20
5.1.2 Overføring av pasientansvar mellom enheter og personer. ....	20
5.1.3 Metodeveiledning .....	20
5.1.4 Avklaring av ansvar og roller .....	21
5.1.5 Om koordinatorrollen .....	21
5.1.6 Samarbeid og samhandling mellom kommunen og sykehuset.....	22
5.1.7 Individuell Plan .....	22
<b>6.0 Konklusjon og forutsetninger for videre arbeid: .....</b>	<b>23</b>

## **SAMMENDRAG**

”Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres pårørende” har vært et utviklingsprosjekt. Prosjektet har vært et samarbeid mellom Skien Kommune og Sykehuset Telemark og vært ledet av Stiftelsen GRUK. Prosjektet er finansiert av kommunen og sykehuset med støtte fra Norsk Sykepleierforbund og Kreftforeningen.

Prosjektet startet i mars 2004 og ble avsluttet med en sluttkonferanse 23. mai 2005. Målet med prosjektet har vært å bedre oppfølging og koordinering for pasienter som får palliativ behandling. Til sammen 33 pasienter fikk tilbud om en personlig koordinator i kommunen eller en kontaktsykepleier i sykehuset. Koordinatorene/kontaktsykepleierne møttes 1 1/2 time hver 14. dag i prosjektperioden, og fikk veiledning på arbeidsmetoden og oppfølgingen av sin pasient i tråd med et skriftlig handlingsprogram. Som ledd i opplæringen, og for å kvalitetsvurdere arbeidet, lærte koordinatorene å måle sin egen arbeidsprosess og pasientenes og pårørendes tilfredshet med oppfølgingen. Veilederne kom fra spesialisthelsetjenesten og Kreftforeningen.

Skien Kommune og Sykehuset Telemark oppnevnte hver sin tilrettelegger som skulle forankre arbeidet i organisasjonen og sikre at koordinatorene og veilederne hadde nødvendig legitimitet og rammebetingelser for å gjennomføre arbeidet. Prosjektet ble gjennomført etter planen, resultater fra prosjektet viser at pasientene får et mer koordinert tilbud og bedre oppfølging i kommunen. Planlegging ved utskrivning fra sykehuset er bedret og pasientmedvirkningen har økt. Resultatene fra prosjektet er overførbare til nettverket av kontaktsykepleiere for kreftpasienter i Telemark, og man fant det hensiktsmessig å kombinere sluttkonferansen med en samling for hele kontaktsykepleiernettet og deres nærmeste ledere.

- Koordinatorere i kommunen og kontaktsykepleierne i sykehuset har lært å arbeide etter KPA modellen selv om mange ikke har slutført arbeidsprosessen i løpet av 12 måneder. Dette har sin årsak i at pasientene ofte er forholdsvis dårlige, med kort forventet levetid. Pasientene trenger primært hjelp til lindring av plagsomme symptomer, dersom dette lykkes velger de fleste å være mest mulig hjemme
- Deltakerne følte seg usikre på arbeidsmodellen og på sine roller da de startet, og det tok tid før alle ble mer fortrolige med denne måten å arbeide på
- Veiledere og koordinatore/kontaktsykepleiere rapporterte om bedret samarbeid omkring pasientene mellom 1. og 2 linjen
- Det er et ønske om å fortsette med koordineringen og bruk av tilpasset Individuell plan
- Det gjenstår en del arbeid før rollen som personlig koordinator og arbeidsbetingelsene for disse er godt forankret i de deltagende organisasjoner

Koordinatorere og kontaktsykepleierne er godt fornøyd med veiledningen og ønsker at denne skal fortsette etter prosjektslutt. Koordinatorere/kontaktsykepleiere og veilederne rapporterte at de har blitt bedre kjent med hverandre og de ulike tjenestenivåene og at læringsutbytte av veiledningsgruppene har vært stort.

## **1.0 Bakgrunn for prosjektet**

Pasienter som får palliative behandling har ofte store og sammensatte behov. De fleste har begrenset levetid. De mottar behandling og oppfølging fra ulike profesjoner på alle nivåer i helsevesenet. Det stilles store krav til de ulike yrkesgruppers utøvelse av sitt fag fordi pasientene ofte har mange symptomer og plager. Det kreves også en optimal organisering og samhandling mellom de involverte hjelperne. Mangelfull kommunikasjon og informasjonsflyt kan medføre at pasienten må gi de samme opplysningene gang på gang, og hindrer at viktig pasientinformasjon ikke kommer fram eller blir kartlagt. "Vanntette skott" mellom de ulike avdelinger og nivåer gjør at helsepersonellens innsats blir fragmentert og oppstykket. Dette resulterer i at pasientene opplever tjenesten som lite helhetlig og samordnet.

For å få til en sammenhengende behandling og oppfølging kreves det gode rutiner for overføring av pasienter mellom avdelinger og nivåer. Tverrfagligheten og forflytningen av pasienter krever en tydelig rolle- og ansvarsfordeling, gode kommunikasjonslinjer og kompetanseoverføring mellom de ulike profesjonene og nivåene.

### **1.1 Hovedmål med prosjektet**

1. Å bidra til at kreftpasienter og deres pårørende i palliativ fase får et best mulig liv til tross for en livstruende sykdom.
2. Å tilpasse KPA-modellen og tilhørende verktøy til palliative kreftpasienter

### **1.2 Delmål**

#### **Formalisert og forankret kontaktsykepleiernetverk**

##### **Rolle –og ansvarsavklaring**

- Avklaring av koordinatorrollen
- Tydelig rolle- og ansvarsavklaring blant de sentrale aktører i hjelpeapparatet rundt kreftpasientene
- Økt trygghet og mestring i arbeidet

##### **Klare kommunikasjonslinjer**

- Gode kommunikasjonslinjer mellom avdelinger, nivåer og pasient/pårørende
- Gode overføringsrutiner ved pasientforflytning

##### **Økt brukermedvirkning i utformingen av tjenestene**

##### **Styrking av arbeidet med individuelle planer**

##### **Økt kompetanseoverføring**

- Gjensidig kompetanseoverføring mellom pasient/pårørende og hjelpeapparatet
- God kompetanseoverføring på tvers av avdelinger og nivå

### **Forankring av arbeidet**

- Kvalitetssikring av arbeidet gjennom systematisk bruk av verktøyene
- Gode rammebetingelser for arbeidet
- Synlig og konkret tilslutning fra lederne i organisasjonene gjennom anerkjennelse overfor deltagende medarbeidere og ved innarbeiding av gode rutiner for arbeidet med palliative kreftpasienter

## **2.0 Tilpasning av KPA modellen til pasienter som får palliativ behandling**

### **2.1 Om KPA- koordinering av psykososialt arbeid**

KPA- Koordinering av psykososialt arbeid er en Case Management-modell der målet er å sikre samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet til personer med sammensatte behov.

Sentralt i modellen står oppnevning av en personlig koordinator til hver bruker. Personlig koordinators arbeid er basert på prinsippene *dialog og allianse, brukermedvirkning og kontinuitet*.

Etter en grundig kartlegging av den enkeltes personlige målsettinger og behov, finner personlig koordinator og bruker sammen fram til hva tjenestetilbudet rent konkret bør bestå av, lager en individuell plan og medvirker til iverksetting og evaluering av denne. KPA er som prosessverktøy et godt redskap i gjennomføringen av Forskrift for individuelle planer av 08. juni 2001.

Erfaringer fra gjennomførte prosjekt har vist at de brukerne som deltok i prosjektene ble mer fornøyde. De medvirket sterkere i egen oppfølging og opplevde å få flere av sine tjenestebehov dekket. Metoden er besluttet videreført de fleste steder. ([www.gruk.no/KPA](http://www.gruk.no/KPA)) KPA- modellen er beskrevet i et veiledningshefte utgitt av Statens helsetilsyn i 2000 ( nr. 2-2000).

Som nevnt er godt samarbeid mellom ulike virksomheter og forvaltningsnivå en nødvendig forutsetning for at en pasient/ bruker med behov for sammensatte tjenester skal få et godt, tilpasset tilbud. Utfordringen har vært å tilpasse KPA-metoden og verktøyene til pasienter som får palliativ behandling. De fleste av pasientene er kreftpasienter som i utgangspunktet har en somatisk lidelse. Deres behov er å få god hjelp til å lindre plager de måtte ha slik at de selv og sammen med sine pårørende kan bearbeide situasjonen og den forestående død. Sykepleierens arbeidsmetode for koordineringen innebærer systematisk kartlegging, koordinering og evaluering. For palliative kreftpasienter vil arbeidet inneholde andre mål og behov enn den gjør for andre pasientgrupper. Det har vært spesielt fokus på endring av kartleggingsarket for de ulike livsområdene. Dette er justert og integrert i tilpasset Individuell plan.

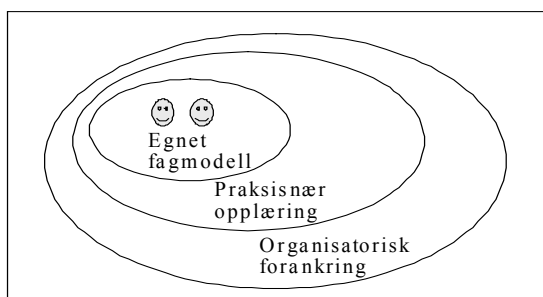
### **2.2 Formålet med arbeidsmetoden**

Målet for koordineringsarbeidet er å sikre *tilgjengelighet og kontinuitet med hensyn til de tjenestetilbudene den enkelte pasient/ bruker ønsker og trenger*.

For at pasienter skal oppleve tjenestene som sammenhengende og koordinerte blir en sentral oppgave derfor å sikre både oversikt, ansvarsavklaring og kontinuitet i tjenestetilbudet. Det er også viktig at tilbudet som gis er i samsvar med pasientens behov.

## 2.3 Sentrale element i arbeidsmodellen

Arbeidsmodellen tar utgangspunkt i 3 sentrale element som grunnlag for å arbeide med tilpasning og koordinering av tjenestetilbudet for den enkelte.

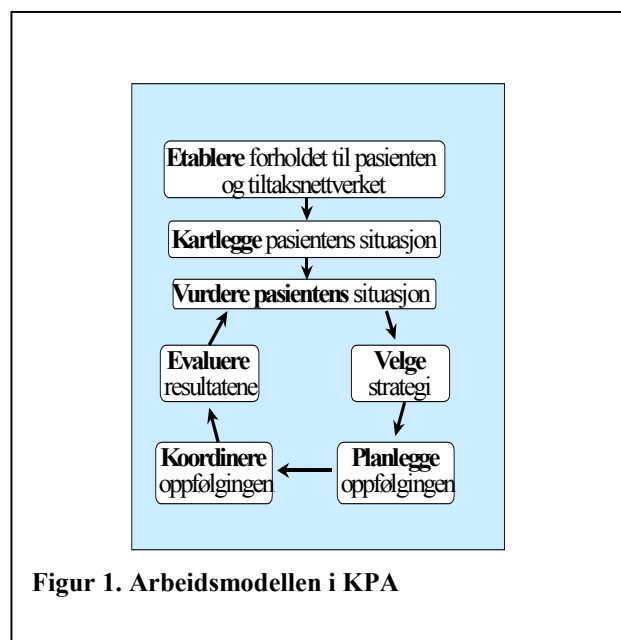


### 2.3.1 En felles arbeidsmodell.

Arbeidsmodellen er en grunnleggende modell for systematisk arbeid (figur 1).

Mange faggrupper i tjenestesystemet vil kjenne igjen denne modellen, eller deler av den, fra sine ulike grunnutdanninger. Sykepleieren vil se at modellen gjenspeiler sykepleierprosessen. Selve tankemodellen er derfor som oftest lite problematisk å forholde seg til. Hovedutfordringen i forhold til praktisk gjennomføring blir imidlertid:

- Å finne måter å sikre at den grunnleggende arbeidsmodellen blir *en felles forståelsesramme* for arbeidet med den enkelte pasient, uavhengig av hvor i tjenestesystemene pasientens hjelpere befinner seg.
- Å sikre at tjenesteyterne *aktivt bruker* arbeidsmodellen i det konkrete arbeidet med pasientene.



Figur 1. Arbeidsmodellen i KPA

I prosjektet skulle man legge til rette for å jobbe konkret med disse utfordringene. Et utvalg pasienten i målgruppen fikk tilbud om å bli fulgt opp av en *personlig koordinator/kontaktsykepleier*. Pasient og koordinator skal i fellesskap arbeide seg fram mot et mer sammenhengende, individuelt tilpasset tjenestetilbud. **Dette arbeidet ga grunnlaget for utfylling av en tilpasset individuell plan, der det vektlegges å sikre en systematisk kartlegging, skape oversikt over kontakter og avklare ansvarsområder.**

### 2.3.2 Bruk av veiledningsgrupper - Praksisnær opplæring.

Ulike definisjoner understreker ulike sider ved læringsbegrepet. I vår sammenheng er vi opptatt av å fokusere på læringsprosesser som fører til et endret/utvidet handlingsrepertoar, vi søker å legge til rette for *erfaringslæring i veiledningsgruppene*. Det viser seg at voksne lærer best i sammenhenger som legger vekt på deltakernes autonomi, er nær deltakernes praksis og er ressursbasert. I prosjektet skulle deltakerne få en opplæring som støtter opp under arbeidet med å ta i bruk en *felles arbeidsmodell*. Deltakerne er voksne, kompetente personer som tar med seg hver sin kunnskaps- og ferdighetsbase inn i prosjektet. Ofte vil den enkelte ha utviklet et forhold til den grunnleggende arbeidsmodellen som brukes lenge før prosjektet startet. Målet er at deltakerne skal få en utvidet forståelse av hva en *felles arbeidsmodell* innebærer i praksis, og de skal være i stand til å handle i samsvar med denne forståelsen på en slik måte at pasientens *liv* blir hovedfokus for arbeidet.

Stiftelsen GRUK har utarbeidet en "Veileder til veilederne" som presiserer noen sentrale kjennetegn ved KPA-veiledningens innhold og form.

### 2.3.3 Organisatorisk forankring

En av hovedutfordringene i arbeid med utviklingsprosjekter er å sikre at erfaringer og kompetanse som vinnes blir videreført etter prosjektets avslutning. Dersom prosjektarbeidet ikke knyttes nært til den daglige virksomheten i de berørte linjeorganisasjonene, vil denne overføringen vanskeliggjøres.

Vesentlige forutsetninger for å lykkes med prosjektet og med videreføringen, er at:

- Beslutning om tilslutning fattes i deltakerorganisasjonenes toppledelse, og det avklares hvilke forpliktelser beslutningen innebærer
- Informasjon om beslutningen, og hva denne innebærer, blir gjort kjent i organisasjonene både på beslutende og på utøvende nivå
- Informasjon om formålet med prosjektet gjøres kjent for alle
- Prosjektdeltakernes nødvendige rammebetingelser avklares
- Informasjon om framdrift og status i prosjektet føres fortløpende tilbake til beslutende nivå i deltakerorganisasjonene
- Beslutning om hvordan videreføringen skal skje avklares i god tid før prosjektslutt

### **Utvikling av arbeidsverktøy til bruk i prosjektperioden**

Følgende arbeidsverktøy ble tilpasset og endret før prosjektstart:

- Oppfølgingsheftet for kontaktsykepleiere på sykehus
- Oppfølgingsheftet for koordinatorene i kommunen
- Hjelpesverktøy til oppfølgingsheftet
- Sjekkliste for arbeidsgangen til koordinator og kontaktsykepleier

Disse hjelpemidlene skulle brukes til å dokumentere pasienters og pårørendes erfaringer med koordineringen og hvordan kontaktsykepleierne arbeidet.

Følgende arbeidsredskaper er utviklet og nå klare til bruk for alle palliative kreftpasienter:

- Tilpasset Individuell plan
- Retningslinje for tilpasset Individuell plan
- Retningslinje for gjennomføring av nettverksmøter
- Retningslinje for overføring av pasienter



## 3.0 Prosjektorganisering og gjennomføring

### 3.1 Opprettelse av læringsnettverk

Læringsnettverk er en modell for å innføre kompliserte tjenestesystemer gjennom en systematisk lærings- og utviklingsprosess. Målet for nettverket er å gjennomføre opplæringen i en felles fagmodell, og å styrke den lokale samhandlingen rundt pasienten.

Opprettelsen av læringsnettverk er tenkt å være en læringsarena hvor man klargjør roller og ansvar, og bygger på at kompetanse, ressurser og muligheter for samarbeid ikke er optimalt utnyttet. Her fokuseres det på at alle deltakerne i nettverket har en noe forskjellig, men viktig kompetanse. Gjennom et samarbeid mellom tjenestenivåene kan man utnytte komplementariteten og der i gjennom gi pasienten en bedre sammenhengende behandling og oppfølging.

Nøkkelpersoner i læringsnettverket har vært :

- Kontaktsykepleiere og koordinatore for pasienter som får palliativ behandling ved Sykehuset Telemark og Skien kommune. Sykepleierne som deltok i sykehuset fikk betegnelsen kontaktsykepleiere og sykepleierne i kommunen fikk betegnelsen koordinatore.
- Veiledere Ragnhild Larsen fra Kreftforeningen og Anne Augestad Larsen og Eli Holtermann fra Sykehuset Telemark
- Tilrettelegger fra Sykehuset Telemark Sigrid Skarholt og tilrettelegger Ellen Arvesen fra Skien kommune.
- Ledere i alle nivåer

Læringsnettverket har hatt 3 erfaringsseminarer for å drøfte hverandres erfaringer og finne løsninger på problemer som dukker opp i arbeidet for å sikre pasientene og deres pårørende et bedre tilbud.

Oppgavefordelingen i læringsnettverket:

- Kontaktsykepleier/koordinatoren fokuserer på kvaliteten på eget arbeid
- Veilederne gjennomfører programbasert veiledning og støtter opp om kontaktsykepleier/koordinators arbeid
- Tilrettelegger skal legge til rette for samarbeid innad i egen organisasjon. Denne informerer egen organisasjon, og vurderer behovet for rutiner og prosedyrer for koordineringsarbeidet
- Mellomlederne fokuserer på medarbeidernes arbeidsvilkår og rammer
- Topplederne fokuserer på beslutninger, rammebetingelser og informasjonssystemer

### 3.2 Opprettelse av tre veiledningsgrupper

Gruppene har bestått av kontaktsykepleiere fra Sykehuset Telemark og koordinatore fra Skien kommune. I prosjektet skulle deltakerne få en opplæring som støttet opp under arbeidet med å ta i bruk en felles arbeidsmodell. Vi har erfart at veiledningsgrupper egner seg godt til denne type læringsprosess. Veiledning som pedagogisk virkemiddel gir rom for refleksjon over praksis og over deltakernes kunnskap/erfaringer, og deltakerne får løpende tilbakemelding på sitt eget koordineringsarbeid.

Veiledningsgruppene har vært samlet 1 1/2 time hver 14.dag og vært gjennomført etter en strukturert tidsplan. Ved oppstart var det 3 veiledere med 10 koordinatore fra kommunen og 10 kontaktsykepleiere fra sykehuset. Underveis var det 3 som trakk seg fra veiledningen, en flyttet og 2 gikk ut i svangerskapspermisjon. Det kom en ny sykepleier til gruppen. Til sammen 15 koordinatore og kontaktsykepleiere har gjennomført prosjektet, og det er fylt ut til sammen 32 oppfølgingshefter .

#### Arbeidsgangen i prosjektperioden:

Oppstartkonferanse/opplæringsseminar: 3- 4 mars 2004

3 måneders praksis

1. Erfaringsseminar 9.juni 2004

3 måneders praksis

2.Erfaringsseminar 27.oktober

3 måneders praksis

3. Erfaringsseminar 3 februar 2005

3 måneders praksis

Sluttkonferanse 23.mai 2005

I tillegg har som nevnt veiledningsgruppene hatt samlinger hver 14. dag i halvannen time.

På 1. erfaringskonferanse var følgende temaer aktuelt:

- Erfaringer så langt
- Brukermedvirkning
- Oppfølgingsheftet
- Veiledning og rammer for å jobbe på denne måten.

På 2. erfaringsseminar var temaene:

- Aktiviteter i veiledningsgruppene
- Erfaring med programbasert veiledning med kasuistikker
- Presentasjon fra Kari Hella, psykiatrikoordinator i Skien kommune.
- Framlegg av resultater så langt
- Diskusjon rundt Individuell Plan og bruk av denne.

På 3. erfaringsseminar var temaene:

- Erfaringer generelt
- Hva er de viktigste suksessfaktorene for godt koordineringsarbeid
- Hvordan kan man sikre at det blir besluttet at man skal starte koordineringsarbeid og at det blir fulgt opp
- utfordringer i KPA-prosessen.
- Overføring av pasientansvar mellom enheter og personer.
- Hva har vært avgjørende der man har fått til god koordinering og samordning av tjenester?
- Forutsetninger for videre arbeid

## 4.0 Resultater

30 pasienter har deltatt i prosjektet og en av disse er registrert tre ganger. Det er foretatt spørreundersøkelse om pasientenes og pårørendes erfaringer med tjenesten i to perioder. I tillegg har koordinatorene/kontaktsykepleierne fylt ut sjekklister for egen oppfølging og koordinering. Den første registreringen ble foretatt ca 2 måneder etter prosjektstart og andre registrering fra 6 måneder etter opplæringen startet til april 2005. Det er ikke de samme pasientene eller pårørende som har fylt ut skjemaene i de to periodene, med unntak av et par pasienter. Noen pasienter har falt fra underveis i prosjektperioden, og ikke alle koordinatorene/kontaktsykepleierne har levert både spørreskjema fra pasient og pårørende og sin egen sjekklister. De ulike tabellene viser antall som har svart.

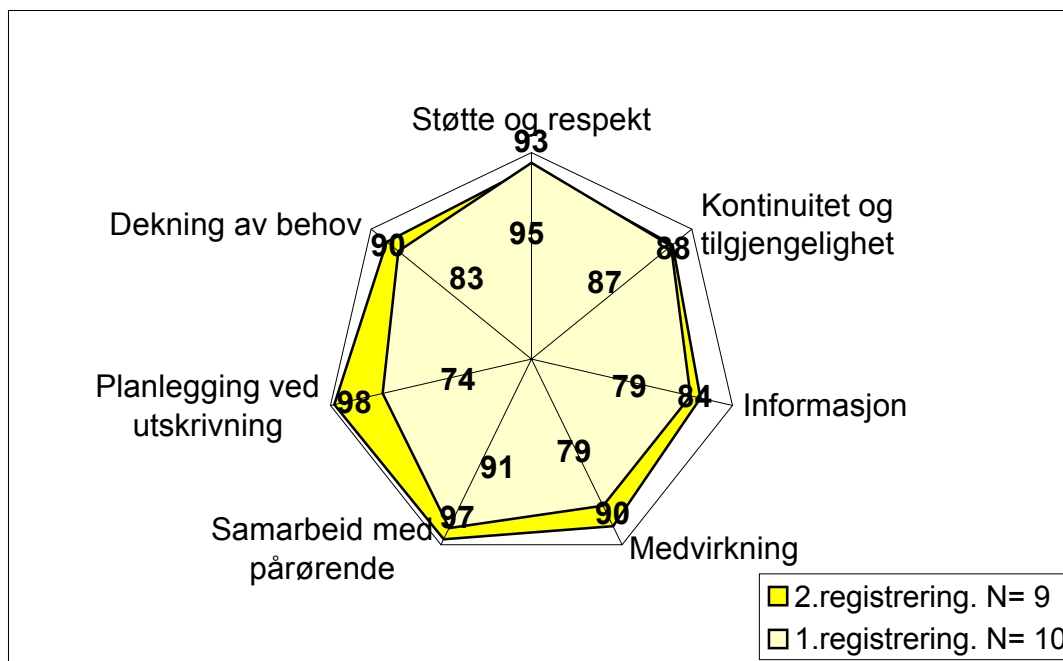
Antall pasienter og pårørende som har svart utgjør et lite materiale og har ulik populasjon slik at det ikke kan generaliseres ut i fra resultatene. Resultatene er likevel en synliggjøring av praksis og en indikator på det arbeidet som er utført av kontaktsykepleierne/koordinatorene for pasientene og pårørende i dette prosjektet. Dette kan være med på å forsterke et godt og viktig arbeidet og samtidig motivere og inspirere for å fortsette samhandlingen og koordinering med tanke på videreføring og kompetanseoverføring til andre medarbeidere.

I følge registreringer for pasienter, pårørende og koordinatorene som har deltatt, har det skjedd endring i pasientmedvirkning, planlegging ved utskrivning og koordinators arbeidsmetode. Det er utarbeidet en tilpasset Individuell Plan som er blitt tilbudt flere pasienter enn dem som har deltatt i prosjektet. I tillegg er det utarbeidet en kriterieliste for hvem som skal ha tilpasset Individuell Plan (retningslinje).

## 4.1 Resultater fra sykehuset

### 4.1.1 Pasientenes tilfredshet med tjenestene

Det var ved første registrering 10 pasienter og i andre registrering 9 pasienter som har fylt ut skjemaet om pasienttilfredshet i sykehuset. Til hver akse var det 5 utsagn som skulle besvares med ”stemmer”, ”stemmer delvis”, ”stemmer ikke” eller ”ikke aktuelt”. Det var mulighet for å skrive åpne kommentarer til hvert område.



Figur 2. Pasienttilfredshet med tjenestene i sykehuset i prosent. Det er en gjennomsnittlig økning i tilfredshet fra 84 til 92 %

Kommentarene fra pasientene var at de stort sett var fornøyd med tilbudet og hjelpen de fikk. Det er liten endring i aksene om støtte/ respekt og tilgjengelighet/ kontinuitet.

Informasjonsaksen er bedret fra 79 til 84 %. I første registrering ønsket flere pasienter seg forståelig informasjon om bivirkninger av medisiner og hva man selv kunne gjøre for å forebygge plager. Pasientmedvirkning har økt fra 79 til 90 %, samarbeid med pårørende har økt fra 91 til 97 %, planlegging ved utskrivning har økt fra 74 til 98 % og dekning av behov har økt fra 83 til 90 %.

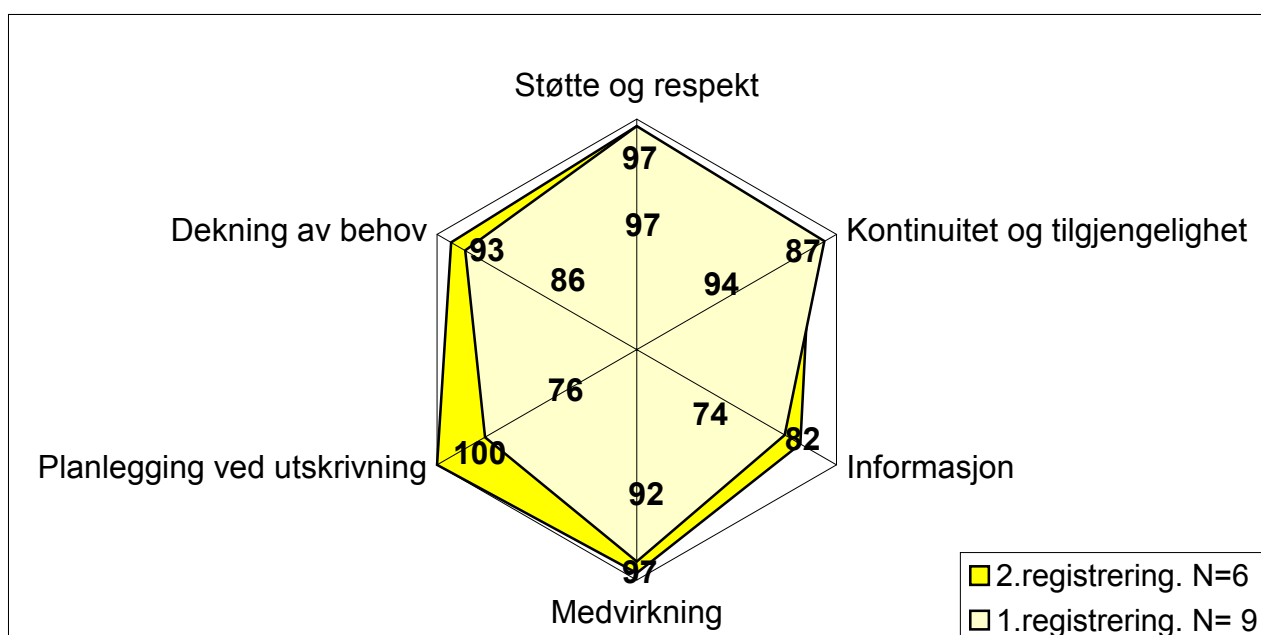
*Økt pasientmedvirkning består i at flere svarer at de har en plan som ivaretar deres viktigste mål og hva de kan gjøre hvis tilstanden forverrer seg. Flere sier også at de kan snakke med sykepleier om det som er viktig for dem nå og i tiden framover.*

Økt bedring av planlegging ved utskrivelse innebærer at pasientene har svart at det stemmer at de er informert i god tid om utskrivelse, om de har fått koordinator i kommunen som har ansvar for oppfølging etter utskrivelsen, om kontaktsykepleier har vært i kontakt med denne personen, om det har vært holdt møte med denne personen (ikke aktuelt hos alle) og om de sammen med kontaktsykepleier har drøftet oppfølgingen framover. Her har det skjedd en markant bedring over tid. Flere av spørsmålene er besvart med ”ja” hos alle.

Under dekning av behov har pasientene svart på om de har fått tilstrekkelig hjelp til fysiske og psykiske plager når behovet er der, hjelp til personlig stell, tilstrekkelig hjelp til nødvendig tilrettelegging i hjemmesituasjonen og hjelp til offentlige stønader. Det er noen kommentarer fra pasienter med ønske om hjelp til psykiske plager og hjelp til tilrettelegging i hjemmesituasjonen.

#### 4.1.2 Pårørendes tilfredshet med tjenestene i sykehuset

Det var i første periode 9 pårørende og i andre periode 6 pårørende som har fylt ut skjemaet om tilfredshet med tjenesten i sykehuset. På hver akse var det 5 utsagn som skulle besvares med ”stemmer”, ”stemmer delvis”, ”stemmer ikke” eller ”vet ikke” og ”ikke aktuelt”. Det var mulighet for å skrive åpne kommentarer til hvert område.



**Figur 3. Pårørendes tilfredshet med tjenestene i sykehuset i prosent. Det er en økning generelt fra 92 til 95 %**

Kommentarer : Pårørende har stort sett vært fornøyd i utgangspunktet, men informasjon og planlegging ved utskrivning hadde flest mangler i første registrering. Etter at sykepleier har lært seg arbeidsmetoden har det skjedd en økning på alle aksene med unntak av kontinuitet/ tilgjengelighet og støtte/ respekt som var veldig bra i oppstarten. Informasjon til pårørende har økt fra 74 til 82 %, medvirkning har økt fra 92 til 97 %, planlegging ved utskrivning fra sykehuset til kommunen har økt fra 76 til 100 % og dekning av behov har økt fra 86 til 93 %.

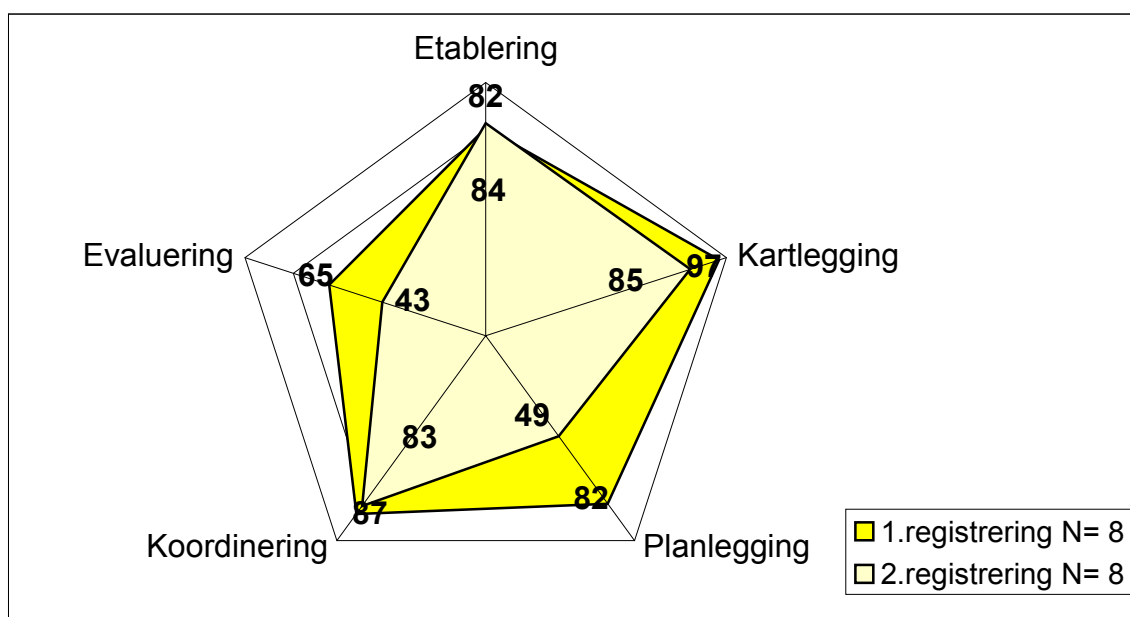
Kontinuitet og tilgjengelighet er litt redusert i andre registrering fordi flere har svart at de ofte opplever at de må bli kjent med nye hjelpere i sykehuset. Ingen svarer i andre registrering at de opplever seg som kateballer i systemet.

Størst forbedring har det vært med hensyn til planlegging ved utskrivning fra sykehuset og overføring til kommunen. *Uten unntak har samtlige pårørende til pasienter i sykehuset svart i andre registrering at de kjenner til at pasienten har fått en kontaktperson i kommunen som de enten har møtt eller som det er avtalt møte med etter hjemkomst. Det er definert en ansvarlig*

kontaktperson som det kan tas kontakt med ved behov. Det ses også en liten bedring i medvirkning og dekning av behov.

#### 4.1.3 Kontaktsykepleiers sjekklister for systematisk arbeid

N er her utfylt sjekklister for arbeidsgangen for 8 pasienter i første og 8 pasienter i andre registreringsperiode. Hver akse har en sjekklister med 5 punkter som beskriver i hvilken grad kontaktsykepleier har oppnådd mål i arbeidsgangen. Punktene besvares som ”oppnådd”, ”delvis oppnådd” og ”ikke oppnådd” med mulighet for åpne kommentarer.



Figur 4. Kontaktsykepleiers oppfyllelse av handlingsprogrammet i prosent. Det er en gjennomsnittlig økning i oppfyllelse av handlingsprogrammet fra 69 til 83 %

Kontaktsykepleiers oppfyllelse av handlingsprogrammet viser at de i større grad enn før arbeider etter programmet og at det jobbes *mer systematisk* enn ved oppstarten.

Sjekklister for arbeidsgangen ved andre registrering viser at *kontaktsykepleierne tenker mer helhetlig med oppfølging og koordinering*. Det stemmer også med deres egne kommentarer. Kartlegging har økt fra 85 til 97 %, planlegging har økt fra 49 til 82 %, koordinering har økt fra 83 til 87 % og evaluering har økt fra 43 til 65 %.

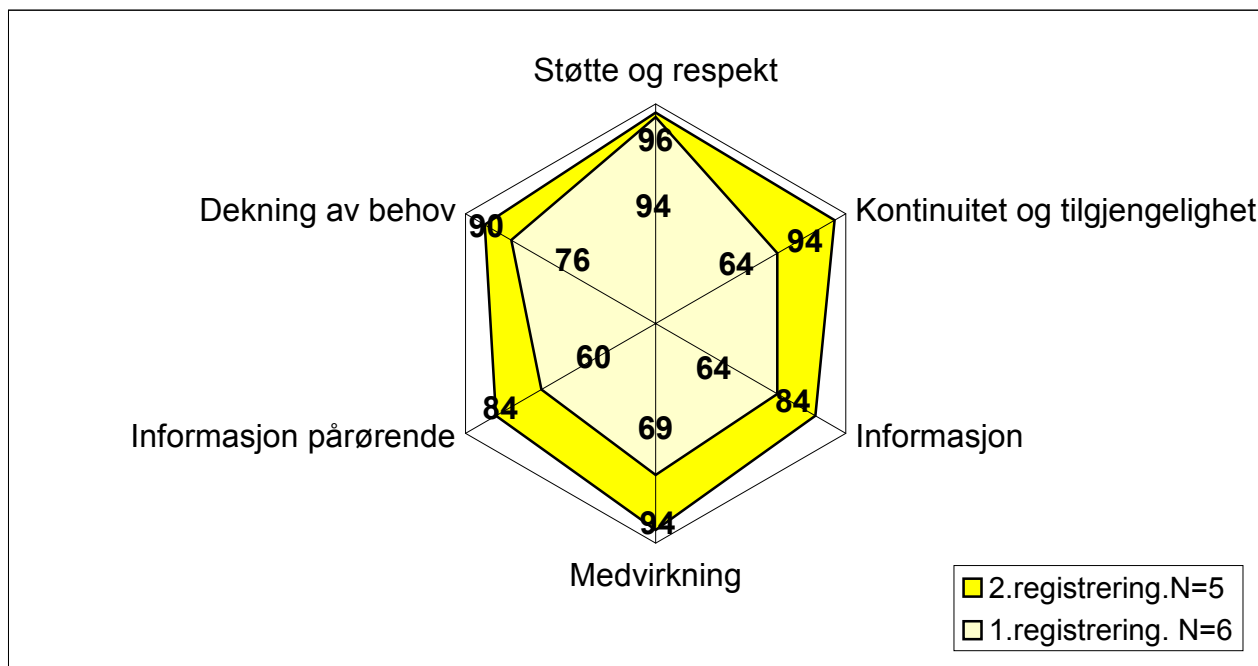
Selv om systematikken i oppfølgingen av pasientene ble bedre, gjenstår det fortsatt noe arbeid. Noen pasienter var kort tid i avdelingen og det var naturlig nok ikke tid til å komme igjennom hele programmet. Koordineringen ble da overført til kommunen.

Det ble tydelig i prosjektet at kontaktsykepleiernes viktigste oppgaver og ansvar i sykehuset ble å identifiserte pasientene som hadde sammensatte behov, kartlegge disse og starte prosessen med samhandling internt og mot kommunen. Selve koordineringen og oppfølgingen av pasienter og pårørende var naturlig at kommunen gjorde.

## 4.2 Resultater fra kommunen

### 4.2.1 Pasientenes tilfredshet med tjenestene

Antall pasienter som hadde fylt ut tilfredshets skjema i kommunen var ved 1. registrering 6 pasienter og ved 2. registrering 5 pasienter. På hver akse var det 5 utsagn som skulle besvares med ”stemmer”, ”stemmer delvis”, ”stemmer ikke” eller ”ikke aktuelt”. Det var mulighet for å skrive åpne kommentarer til hvert område.



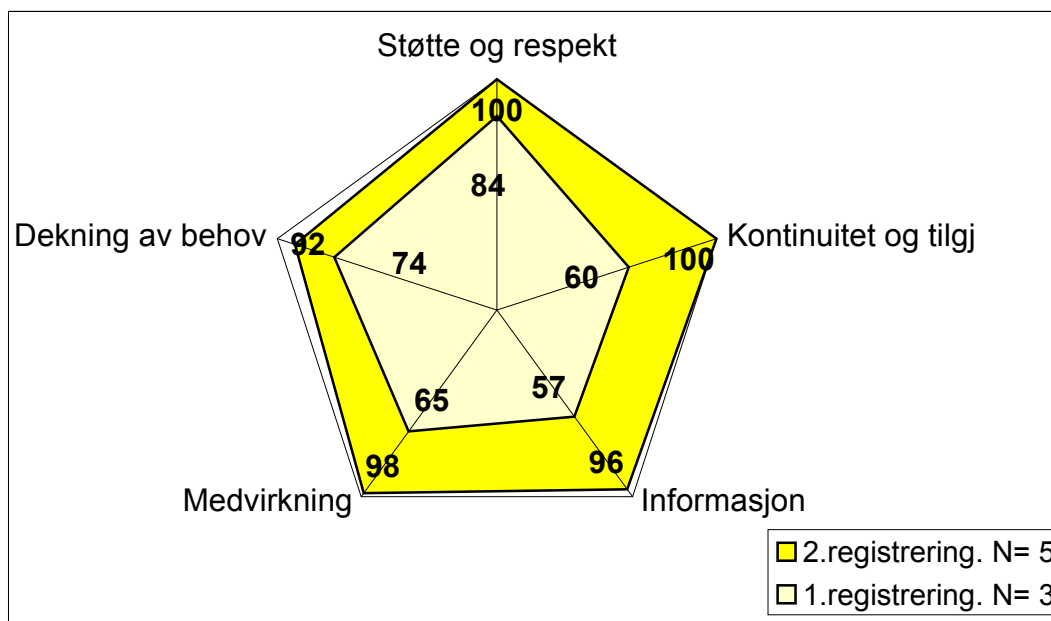
Figur 5. Pasienterfaringer i kommunen i prosent. En gjennomsnittlig økning fra 72 til 91 %

Selv om materialet er lite har pasientene ved 2. registrering skoret bedre på alle aksene. Støtte og respekt er så å si uendret (94 til 96%), kontinuitet og tilgjengelighet har økt fra 64 til 94 %, informasjon har økt fra 64 til 84%, pasientmedvirkning har økt fra 69 til 94 %, informasjon til pårørende har økt fra 60 til 84 % og dekning av behov har økt fra 76 til 90 %.

Samtlige pasienter i andre registrering sier at tjenestetilbudet er veldig bra. Enkelte har behov for fysisk opptrening og mer kontakt med familien. Flere gir uttrykk for at det er trygt å ha en person å forholde seg til i kommunen. Når det gjelder informasjon sier omtrent halvparten i begge omganger at de ikke har fått forståelig informasjon om virkninger / bivirkninger av medisinene. Flere savner også informasjon om hva de kan gjøre for å forebygge plager. Dette er også kommentarer fra pasientene i sykehuset.

#### 4.2.2. Pårørendes tilfredshet med tjenestene i kommunen

Det var i første registrering 3 pårørende og i andre registrering 5 pårørende som har fylt ut skjemaet om pårørendes tilfredshet i kommunen. På hver akse var det 5 utsagn som skulle besvares med ”stemmer”, ”stemmer delvis”, ”stemmer ikke” eller ”vet ikke” og ”ikke aktuelt”. Det var mulighet for å skrive åpne kommentarer til hvert område.



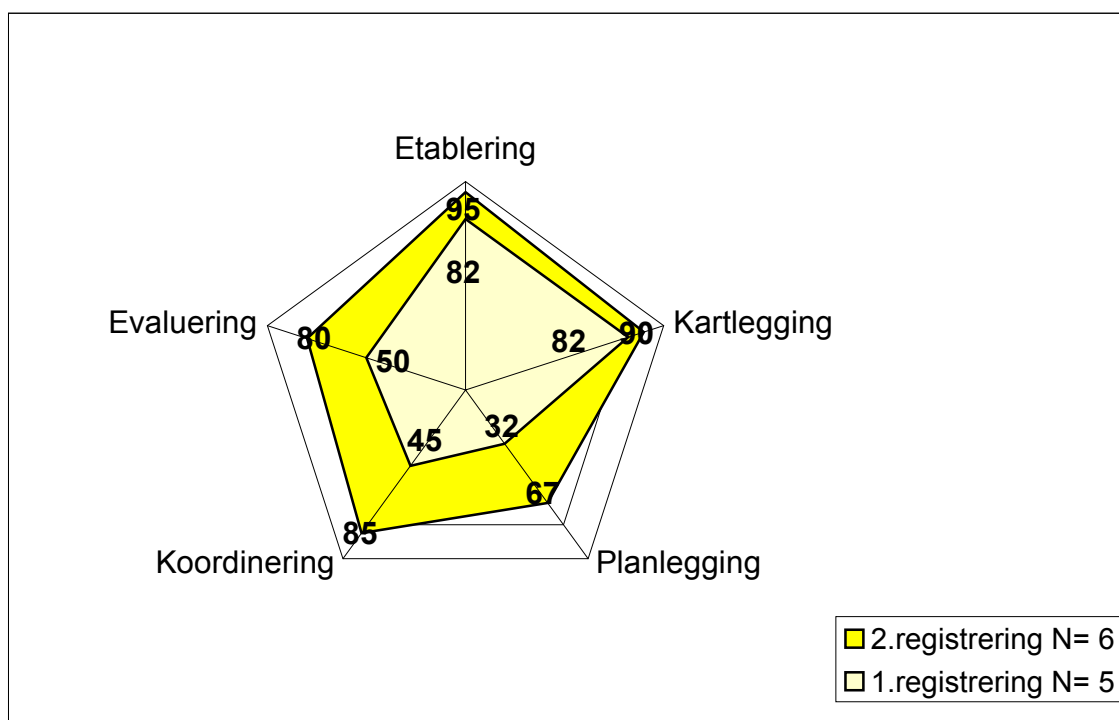
Figur 6. Pårørendes erfaringer med tjenesten i kommunen i prosent. En gjennomsnittlig økning fra 68 til 98 %

Pårørendes erfaring med tjenestene viser en markant bedring på informasjon, kontinuitet og tilgjengelighet, medvirkning og dekning av behov for de pasientene som deltok i andre registrering. Støtte og respekt har økt fra 84 til 100 %, kontinuitet og tilgjengelighet har økt fra 60 til 100 %, informasjon har økt fra 57 til 96 %, pasientmedvirkning har økt fra 65 til 98 % og dekning av behov har økt fra 74 til 92 %. På de fem spørsmålene under hver akse har pasientene svart ”ja” på nesten alle spørsmålene.

#### 4.2.3 Koordinators sjekkliste for systematisk arbeid

Koordinatorenes oppfyllelse av handlingsprogrammet viser at de i større grad enn før arbeider etter arbeidsmetoden og *jobber mer systematisk* enn ved oppstarten. N er her antall utfylte sjekklister for arbeidsgangen for 5 pasienter i første og 6 pasienter i andre registreringsperiode. Til hver akse var det 5 utsagn. Hvert utsagn besvares som ”oppnådd”, ”delvis oppnådd” og ”ikke oppnådd” med mulighet for åpne kommentarer.





**Figur 7** Koordinatorernes oppfyllelse av handlingsprogrammet i kommunen i prosent. En gjennomsnittlig økning fra 59 til 84 % 6 i andre registrering

Hver akse har en sjekklister med 5 punkter som beskriver i hvilken grad koordinatorene har oppnådd målene i arbeidsgangen. Disse inneholder spørsmål om etablering av kontakt med pasient og pårørende, kartlegging av pasientens ressurser og behov og valg av strategi for tiltak, planlegging og oppfølging (IP), koordinering av planlagte tiltak og evaluering av disse. Her har det skjedd en markant endring på alle aksene. Etablering av kontakt med pasientene har økt fra 82 til 94 %, kartlegging har økt fra 82 til 90 %, planlegging har økt fra 32 til 64 %, koordinering har økt fra 45 til 81 %, og evaluering har økt fra 50 til 88 %.

### **Kommentarer til ulikheter i kommune og sykehus ved første registreringsperiode**

Det er forskjell i pasienttilfredshet i første registreringsperiode i sykehus og kommunen.

Pasient tilfredshet er avhengig av flere elementer. Ofte henger tilfredshet sammen med krav og forventninger til tjenesten og hvordan man blir møtt som individ. I tillegg spiller det en rolle i hvilken tilstand pasientene er i når de legges inn på sykehus eller kommer hjem til kommunen. Denne ulikheten i første registrering gir rom for refleksjoner.

Det er viktig å være klar over at disse pasientundersøkelsene ikke er vitenskapelige holdbare, men det dannes et inntrykk av disse pasientenes behov som gir rom for refleksjon over praksis og det arbeidet som utføres i samarbeid med pasientene.

Systematisk informasjon og tilbakemelding skaper forståelse for det arbeidet man utfører samtidig som det gir viktige forslag til forbedringer av tjenestene.

### 4.3 Sykepleiernes vurdering av koordinatorrollen

Det ble sendt ut spørreskjema til alle kontaktsykepleierne i sykehuset og til koordinatorene i kommunen om vanskelighetsgraden av å jobbe etter et handlingsprogram. Til sammen 11 av 15 sykepleiere har returnert skjemaene (73%).

	Enkelt	Middels	Vanskelig
Avklare rolle og ansvar som koordinator:	5	6	
Utvikle relasjon til pasienten:	9	2	
Sikre forholdet til tiltaksnettverk	3	7	
Kartlegge pasientens situasjon	4	7	
Kartlegge pasientens mål og behov :	4	6	1
Velge strategi og lage plan for oppfølging	3	6	2
Koordinere tiltak	5	4	2
Vurdere resultat og justere planer	6	4	1

Viktige kommentarer: Et par av sykepleierne kommenterte at pasienten ikke ønsket seg de samme tiltakene som sykepleierne hadde tenkt å tilby. Dette viser hvor viktig det er å kartlegge og planlegge sammen med pasientene for å sikre at pasientens reelle behov blir dekket.

### 4.4. Evaluering av veiledningsgruppene

Det ble sendt ut evalueringsskjema av veiledningsgruppene til alle kontaktsykepleierne i sykehuset og til koordinatorene i kommunen. Til sammen 11 av 15 sykepleiere har returnert skjemaene (73%).

#### 1 Hva er det viktigste du har lært om oppfølging av pasientene mens du har vært med i veiledningsgruppen?

Blitt kjent med nye samarbeidspartnere i nettverket rundt pasientene	2
Viktigheten av at pasient og pårørende har større medvirkning	2
Bruk av individuell plan	2
Kartlegge og i møtekomme individuelle behov hos pasienten	9
Ip og oppfølging av pasienten skaper trygghet for pasient og pårørende	2

#### 2. Hva trenger du å lære mer om?

Nettverksarbeid og IP	4
Kvalitetssikring	1
Ulike behandlingsformer og diagnoser	3
Terapeutisk kommunikasjon, øvelser og rollespill	1
Mer av alt	1

#### 3 Hvordan har klimaet i veiledningsgruppene vært med hensyn til læring?

Veldig bra	7
Bra	4

#### **4 Hvilke endringer vil du foreslå for å gjøre veiledningen mer nyttig, sett ut fra dine behov?**

Ønsker ikke endring	6
Mer refleksjon rundt kasuistikker og kliniske erfaringer	5

Under frie kommentarer har flere svart er at det har vært utrolig lærerikt å ha sykepleiere fra 1. og 2. linjen representert i gruppa, og at det har vært helt nødvendig for prosessen. 5 sykepleiere sier at de har hatt for dårlige rammevilkår og for liten tid.

#### **4.4 Hovedmål og resultater**

Hovedmålet med prosjektet har på den ene siden vært å bidra til at kreftpasienter i en palliativ fase og deres pårørende får et best mulig liv til tross for sykdom, og samtidig tilpasse KPA-modellen med tilhørende verktøy til denne gruppe pasienter.

Før prosjektstart ble oppfølgingsarket, pasient- og pårørende undersøkelsen tilpasset. I prosjektperioden har man i tillegg tilpasset og tatt i bruk kartleggingsarket med livsområder og utviklet en tilpasset individuell plan.

Om pasientene og pårørende har fått et best mulig liv har vi ikke fått svar på, men pasienter og pårørende i prosjektet har fått dekket flere av sine behov, hatt større medvirkning og opplevd bedre planlegging ved utskrivelse til kommunen i andre registreringsperiode.

#### **4.5 Delmål og resultater**

##### **Forankret og formalisert kontaktsykepleiernettverk:**

Nettverket av kontaktsykepleiere for kreftpasienter ble etablert på begynnelsen av '90 tallet. Evaluering av nettverket viser at nettverket i for stor grad er personavhengig og avhengig av at ildsjeler engasjerer seg i omsorgen. Et toårig prosjekt, støttet av Helse Sør RH, har som mål å formalisere nettverket, gjøre det mindre personavhengig og mer etablert som systemer vi arbeider etter.

En styringsgruppe er etablert for nettverket. Det er utarbeidet og underskrevet intensjonsavtaler om kontaktsykepleiernettverket. Avtalen er inngått mellom Sykehuset Telemark og Pleie- og omsorgssjefer for alle kommunene i Telemark. Sykehuset Telemark har kontaktsykepleier for kreftpasienter forankret i sitt kvalitetssystem. Dette skjedde i en periode fra mars 2004 til september 2005 og var et initiativ uavhengig av dette prosjektet. Styringsgruppa arbeider nå med at tilpasset Individuell plan, som er resultat fra dette prosjektet, skal implementeres og systemforankres i nettverket.

##### **Rolle og ansvarsavklaring:**

Evaluering fra koordinatorene og kontaktsykepleiere viser at avklaring av koordinatorrollen har gått greit. Fordi pasienten er mest i kontakt med hjemmesykepleien, er det naturlig at koordinatorrollen ligger i kommunen. Rolle og ansvarsfordeling har bedret seg mye i løpet av prosjektet, det har blitt bedre samhandling mellom linjene og rundt pasienter. Det er lettere å ta en telefon til hverandre ved behov og gjøre avklaringer der og da. Deltakerne sier at det nå jobbes mer systematisk med pasientene. For de sykepleiene som har deltatt i prosjektet er det nå et større fokus på pasientens egne ønsker og nettverket rundt pasientene.

### **Økt trygghet og mestring i arbeidet:**

Sykepleierne i prosjektet forteller at det er blitt tydeligere hvem som har ansvaret og det gir trygghet for både hjelper, pasient og pårørende. *Det har vært helt nødvendig med refleksjon og veiledning for å bli trygg i koordineringsarbeidet.*

### **Klare kommunikasjonslinjer**

Ved utarbeidelse av tilpasset Individuell Plan er det blitt lettere å samarbeide fordi ansvaret er definert og det er navngitte personer som har koordineringsansvaret. Man ser at linjene burde vært bedre mellom avdelingene inne i sykehuset (pasientflyt) og at overføringsrutiner bør forbedres. Bestillerkontoret skal ha beskjed dersom pasienten er ny eller har endret behov for tjenester. Kontaktsykepleierne på sykehuset har fått tillatelse til å ta direkte kontakt med koordinatorene ute for å gi rapport, selv om bestiller er med i bildet. Dette anses som meget verdifullt fordi erfaringsvis forsvinner informasjon når det er flere ledd med.

Kommuner som har organisert sykepleiertjenesten med egne stillinger for kreftsykepleiere oppnår god kontinuitet i sykepleiertjenesten. Kreftsykepleier har da faglig oversikt og ansvar og støtter sykepleierkollegaene sine i arbeidet om kreftpasienten. Kreftsykepleier har med sin kompetanse kunnskaper til å evaluere arbeidet. I de fleste tilfeller er kreftsykepleiere i slike stillinger med i kontaktsykepleiernettverket. Mindre kommuner med varierende antall kreftpasienter bør ha fleksibilitet til å ruste opp innsatsen rundt aktuelle pasienter ved akutte behov.

### **Økt brukermedvirkning i utforming av tjenestene**

Pasientene har kommentert at de opplever at de kan være med å bestemme i forhold til egne behov. Pasientene og pårørende har sagt at det å bli tatt på alvor fører til trygghet.

### **Styrking av arbeid med individuell plan**

Man er fortsatt i startfasen med Individuell Plan. Det er utviklet tilpasset Individuell plan og denne er i bruk i varierende grad. Alle pasienter som ble inkludert i prosjektet har fått en Individuell Plan med en fast kontaktperson å forholde seg til ved behov. I tillegg har en rekke pasienter utenom prosjektet også fått utdelt en slik plan. Det ble tydelig i løpet av prosjektperioden at flere pasientgrupper både i sykehuset og i kommunen ville hatt god nytte av og behov for en Individuell Plan .

### **Økt kompetanseoverføring**

Deltakerne kommenterer at det har vært lærerikt å delta i veiledningsgrupper. Det er viktig at gruppa er blandet fra flere nivåer og linjer for å få til bedre samhandling. Man har generelt fått større respekt for hverandre nå enn før og kjenner bedre til hverandres arbeidssituasjon. Dette gjelder både mellom 1. og 2. linjen og internt , men også i forhold til pasient og pårørende (man blir bedre kjent og ser andre behov enn før) Sykepleierne sier de trenger mer opplæring i arbeidsmetoden og refleksjon over egen praksis for å bli tryggere i koordineringsarbeidet.

### **Forankring av arbeidet**

Forankringen hos lederne kunne vært bedre i flere enheter. Flere av sykepleierne som har deltatt i prosjektet rapporterer at de har opplevd liten interesse eller støtte fra lederen sin. Blant annet har det ikke vært støtte til å omprioritere arbeidsfordeling slik at kontaktsykepleier kunne delta i veiledningsgruppen. Sykepleiere som går i definerte stillinger

som kreftsykepleier har opplevd en langt bedre arbeidssituasjon både med hensyn til tid og gjennomføring av arbeidet.

Å arbeide systematisk i forhold til de pasientene som trenger en tilpasset Individuell plan er enda ikke etablert og integrert som rutine i enhetene. Det er nødvendig at arbeidsgiver ser verdien av Individuell Plan og at dette innføres i tjenestesystemet som et naturlig verktøy i arbeidet med pasientgruppa. Beslutning om å innføre IP må tas på høyt nivå, men tilslutning fra utøvende sykepleiers faglige ledere er viktigst for framdrift og suksess.

## **5.0 Erfaring og læring fra deltakerne**

Dette er deltakernes egne utsagn om erfaringer og læring fra prosjektet.

1.

### **5.1 1 Forankring**

*Rammebetingelsene i kommunen og i sykehuset har vært varierende. Det tar tid å bli kjent med arbeidsmetodikken, men målet er at dette skal være en del av det daglige arbeidet. For koordinatorene har det ofte vært vanskelig å gi plass til dette arbeidet i en travel hverdag. Dette og lojalitet til andre arbeidstakere har vært avgjørende for deltakelsen i veiledningsgruppene og i utførelsen av metoden. Tilrettelegger har jevnlig orientert lederne om arbeidet.*

#### **5.1.2 Overføring av pasientansvar mellom enheter og personer.**

*Man har erfart at det er "hull" i pasientflyt like mye inne i sykehuset som mellom nivåene. En bedre flyt må sikres. Det arbeides nå med rutine for overføring av pasienter mellom nivåer og avdelinger.*

#### **5.1.3 Metodeveiledning**

*Veiledningen har gått mye på å finne ut hva koordinatorrollen skal være og ikke være, for slik å gi deltakerne en trygghet og mulighet til å mestre dette i pasientarbeidet. Fokus på mestring og tydeliggjøringen av egen rolle har vært svært viktig siden deltakerne også har et ansvar for å spre denne kunnskapen til sine kolleger. Om arbeidet med koordinering og utvikling av IP skal fortsette etter prosjektslutt er det helt avgjørende å videreføre veiledningen. For å få spredt arbeidet internt i avdelingen og ute i kommunen har man informert i naturlige fora.*

*Utfordringen for veilederne har vært å holde motivasjonen oppe. Helsepersonell i dag har mye å gjøre, de blir dratt i alle ender og driften må gå sin gang selv om de er med på et prosjekt. Tid til å sette seg ned å prioritere denne type arbeid i en hektisk hverdag er det lite av. Motivasjonen har gått på de gode situasjoner vi har fått til og der vi har sett at pasienten virkelig har nytte av dette.*

*Vi fikk alle delt ut arbeidsredskap i form av oppfølgingshefte med sjekklister. Pasienten behov skulle kartlegges ved hjelp av intervju. Områdene man skulle innom var kjent men samtidig ukjent. Pasienten skulle vurdere sine udekkede behov innen bestemte livsområder. Et livsområde er viet fysisk og psykisk helse, mens det er fem andre som tar for seg økonomi, familieliv, sosialt fellesskap, bolig og fritid. Dette opplevdes invaderende av personalet, og intenst å ta for seg i løpet av et par samtaler. Samtidig så vi at mye av dette var relevant å gå inn på, i den forbindelse ble det mange etiske refleksjoner og diskusjoner.*

*Veiledning på bruk av arbeidsredskap opplevdes svært vanskelig, veileder hadde ikke selv brukt heftet før og målet var at veileder og veisøker skulle vokse sammen. Veileder kunne med fordel hatt mer praksis på området.*

*En periode virket alt veldig nytt og ukjent og prosjektet ble en tilleggsoppgave til alt det vi drev med til daglig. Sammen måtte vi finne ut hvordan dette kunne integreres i vårt daglige arbeide. Spørsmålet var om kartlegging i dette arbeidsredskapet egentlig var så annerledes enn den kartleggingen vi allerede gjorde i dagens dokumentasjon. Kanskje vi med noen justeringer fikk til det samme? Den store papirbunken skremte pasientene og pleierne. Kanskje man kunne få mye informasjon i de mer uformelle samtalene, og så føre det inn i papirene etterpå? Mye veiledning har gått til å se hva gjør vi i dag, hva mangler, hva kan tilpasses/justeres i dagens system. Underveis var deltakere og veileder noe oppgitte over papirbunken og over systemet. Det som var spennende og som vi har reflektert mye over mot slutten av prosjektet er at vi i dag ser at vi kanskje trengte å gå gjennom dette for å komme dit vi er i dag. Vi har fått inn en tankegang vi ikke hadde før. Forståelse for dybden i kartleggingen er klart større, hjemmetjenestens funksjon er kommet mye tydeligere frem, det er svært mye som ikke kan gjøres på sykehuset, ”men de kan få snøballen til å rulle”.*

#### **5.1.4 Avklaring av ansvar og roller**

*I prosjektet har det skjedd en bevisstgjøring av ansvar og roller. Pasienten sier de opplever trygghet, og sykepleierne opplever det lettere å ta en telefon til kommunen. Man har påpekt viktigheten av nettverksmøte rundt pasienten når ansvaret blir for stort for koordinator. En god kartlegging må komme flere aktører til gode. I kartleggingen må man ha fokus på pasientens livsområder og spørre hva som er viktig i livet akkurat nå. Sykepleierne må tørre å stole på at andre gjør jobben i koordineringsarbeide. Man må vurdere å ha samarbeidsmøter eller nettverksmøter etter behov og omfang. Når man skal jobbe i et nettverk har vi sett at tydelig ansvars og rolleavklaring er viktig. En rolleavklaring som går ut over den vanlige oppfatningen av sykepleierrollen (pasientkontakt - direkte sykepleie) som ofte er hovedfokus i sykepleiefaglig veiledning.*

#### **5.1.5 Om koordinatorrollen**

*Vi har her jobbet for å finne fellesnevner samtidig som vi har sett at rollen i kommune og sykehus må bli forskjellig. Hva er typisk for koordinatorrollen på sykehuset, hva vil/må ligge i rollen i kommunen? Fokus på utvikling av rolle har vært framme i svært mange veiledninger. Hva vil det si å være koordinator, er det noe annet enn dagens sykepleierrolle? Er oppgavene annerledes, er arbeidsredskapene annerledes, kan det vi har i dag av arbeidsredskap / arbeidsmetoder brukes og tilpasses?*

*Gruppens medlemmer har fremstått som relativt tydelige sykepleiere som var bevisste på sykepleierrollen, men vi ser at det å kreve tydelighet tilbake fra andre yrkesgrupper, for eksempel i et nettverksmøte, var svært uvant. Det å innkalle til nettverksmøter med en pasient var nytt og utfordrende. Dette er nye arbeidsmetoder som vi har måttet lære og erfare. Hva er sykepleiers rolle her? I starten så det svært uoverkommelig ut. Rundt en alvorlig syk pasient kan det være svært mange ting som må vurderes, og mange forskjellige instanser må inn. Hva finnes av tilbud og hvor finner vi de? Skal koordinator involvere seg i alt? Kan ting delegeres, hvordan gjør vi i så fall det? Det å lære seg å bli kjent med hele hjelpeapparatet og å kunne benytte seg av ulike instanser har vært viktig.*

### **5.1.6 Samarbeid og samhandling mellom kommunen og sykehuset**

*Det har kommet tydelig frem underveis at klare kommunikasjonslinjer på alle nivåer er sentralt. Både hjelpeapparat og pasient, og innad i hjelpeapparatet. Gruppen har bestått av deltakere fra hjemmetjeneste og sykehus, noe som har vært helt nødvendig for resultatet. Økt kjennskap til hverandre, til rammene de forskjellige jobber under og hvilke tilbud som finnes har vært kjempe lærerikt for alle. I veiledningen har vi hele tiden forsøkt å utnytte denne tverrfagligheten maksimalt. Den enorme kunnskapsmengden de ulike sykepleierne sitter inne med og ikke minst det å få kjennskap til ulike arbeidsplasser har vært unikt å få med seg. Dette skaper bedre overføringsrutiner for våre pasienter. Det har også vært motiverende å få en bedre oversikt over hjelpeapparatet, tilbud ingen ante fantes dukker plutselig opp fra "en glemt skuff". Sist men ikke minst har det vært uvurderlig å jobbe med både kommune og sykehus i en veiledningsgruppe.*

*Man har lært at det er viktig å gå med små skritt og å vite at ting tar tid. Kontaktsykepleierne blir støttefunksjon for de som jobber på sykehuset. Kommunen blir hovedkoordinatorene. Hjemmetjenesten får store utfordringer i framtiden. I prosjektet har man lært om tjenester man ikke visste fantes. Videre har man nå forståelse for hverandres arbeid og det er lettere å samarbeide. Man har fått gode rutiner på bestilling av hjelpemidler fra sykehuset. Skjemaer følger pasientene, nødvendige papirer er på plass, og det er gode dialoger. Ved bruk av IP er ansvaret definert og rollene tydeligere.*

### **5.1.7 Individuell Plan**

*I prosjektet har vi sammen kommet frem til en tilpasset individuell plan, og alle har hatt mulighet til å være med på utarbeidelsen. Dette har vært viktig for deltakerne og arbeidet har gitt resultater. Deltakerne skal nå fremme bruken av IP og koordinert hjelp til pasientene våre. Dette har vært utfordringen den siste tiden i veiledningen, og vi har diskutert følgende: hva har vi av redskap til IP, hvorfor trenger noen en individuell plan, hvilke pasienter gjelder dette for, hva er nytteverdien, hva skal den individuelle planen brukes til, og hva kan sykepleierne nå som de ikke kunne for et år tilbake? Dette er spørsmål som hver deltaker har måttet tydeliggjøre for seg selv. IP fremstår som et enkelt dokument, oversiktlig og grei, men ikke med et like opplagt bruksområde for utenforstående. Deltakerne i dette prosjektet skal nå forsøke å få denne i bruk rundt på avdelingene og i kommunene. De må da selv være klar på hvorfor pasienten trenger den. Utvikling og bruk av individuell plan har hatt stor fokus i prosjektet. Mange pasienter har fått en IP som beskriver hvem som er ansvarlig ved behov for kontakt, og pasientene har gitt uttrykk for at dette representerer en trygghet.*

### **Hva har vi lykket med ?**

*"tenker mer helhetlig og framover rundt pasienten enn jeg gjorde før"*

*"at pasienten/pårørende får større medvirkning"*

*"å få delegert arbeid der det hører hjemme"*

*"samarbeidet med de andre hjelpeinstansene bedret seg betraktelig"*

*"har fått større forståelse for hverandres arbeidssituasjon kommune/sykehus"*

*"lettere å ta kontakt med hjelpeapparatet nå enn før"*

*"lært om hjelpeinstanser jeg ikke visste om"*

*"å utarbeide individuell plan, mange pasienter har nå egen IP"*

## **6.0 Konklusjon og forutsetninger for videre arbeid:**

*Det har vært spennende å få lov å være med på et slikt prosjekt. Vi har sett flere situasjoner hvor pasientens livskvalitet har fått en klar bedring. Det er omfattende problematikk hos mange kreftpasienter, mange må ha hjelp fra flere instanser, og det er ikke lett for en alvorlig syk pasient og ha oversikten over alt. Pleierne har åpnet øynene for at pasientene kan ha behov for koordinere tilbud. Vi har sett at sykepleier i hjemmetjenesten vil være den naturlige koordinatoren for pasienten. Sykehuset må være tilgjengelig når pasienten trenger det, og de må kunne veilede hjemmesykepleien ved behov. Godt samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et godt og helhetlig tilbud. Vi håper de forskjellige instanser blir mer ansvarliggjort når de fremstår med navn på en individuell plan og eventuelt blir innkalt til nettverksmøter rundt en pasient.*

*Vi ser at det ennå gjenstår mye før IP er innarbeidet som rutine og før pasientene automatisk blir vurdert og får en koordinator. Ledelsen i hver enhet må fortsatt tilrettelegge for opplæring av mer personale.*

*Nøkkelfaktorer for videre arbeid og spredning:*

- *Videreføring av veiledning/refleksjonsgrupper*
- *Kompetansespredning- Flere må lære denne metoden*
- *Involvering av andre medarbeidere og ledere*
- *Være gode rollemodeller for andre på avdelingen.*
- *Ferdigstillelse av rutiner for overføringer av pasienter mellom avdelingene*