

SAMHANDLING

Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter



Heftets tittel: Samhandling.
Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter

Utgitt: 4/2007

Bestillingsnummer: IS-1521

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling.
Oppgi bestillingsnummer: IS-1521

Forfattere: Stein Kaasa
Marit S Jordhøy
Helge Garåsen
Harald Aasen
Gunvor Ånestad
Jan Henrik Rosland
Ørnulf Paulsen
Anne Kvikstad
Elisabeth Gjerberg
Morten Frantze
Grethe Løken

Innhold

Innledning	5
1.1 Arbeidsgruppens mandat	5
1.2 Gruppens sammensetning	6
2 Palliativ behandling	7
2.1 Fagområde	7
2.2 Målgruppe og generelle behov	7
2.3 Behov for palliative institusjonsplasser	7
2.4 Status for palliasjon i Norge	8
2.4.1 Organisatoriske anbefalinger	8
2.4.2 Hospice	9
2.4.3 Utviklingen av palliative tjenester	9
2.5 Oppsummering	10
3 Sykehjemmenes funksjon, bemanning og pasienter	11
3.1 Organisering	11
3.2 Bemanning - pleiepersonell	11
3.3 Bemanning - leger	12
3.4 Kreftpasienter på sykehjem	12
3.5 Oppsummering	12
4 Palliativ behandling i sykehjem	14
4.1 Generelle betraktninger	14
4.2 Eksisterende enheter for palliativ behandling.	14
4.2.1 Beskrivelse og erfaringer fra utvalgte sykehjemsenheter	15
4.2.1.1 Havstein sykehjem, Trondheim, Helseregion Midt-Norge ^{34;36}	15
4.2.1.2 Avdeling for lindrende behandling, Øvre Eiker kommune, Helseregion Sør ³⁷	16
4.2.1.3 Røde Kors Sykehjem (BRKS) i Bergen, Helseregion Vest ³⁸	17
4.2.1.4 Lindrende enhet, Gulset sykehjem, Skien kommune, Helseregion Sør ³⁹	17
4.2.1.5 Presterudsenteret, Hamar kommune, Helseregion Øst ⁴⁰	17
4.2.1.6 Lindrende enhet, Parken bo- og service senter, Vefsn kommune. Helse Nord ^{41;42}	18
4.3 Oppsummering	18
5 Anbefalinger	20
5.1 Grunnleggende palliasjon	20

5.2	Palliative enheter i sykehjem	20
5.2.1	Definisjon	20
5.2.2	Størrelse	20
5.2.3	Oppgaver og klinisk tilbud	21
5.2.4	Målgruppe	22
5.2.5	Organisering	22
5.2.5.1	Organisatorisk tilhørighet	22
5.2.5.2	Samarbeid i kommunehelsetjenesten	23
5.2.5.3	Organisering med hensyn til personell	23
5.2.5.4	Samarbeid med helseforetakets palliative senter	24
5.2.5.5	Samarbeid med det regionale kompetansesenteret	24
5.2.6	Differensiert organisering avhengig av kommunestørrelse	25
5.2.7	Bemanning og kompetanse	25
5.2.7.1	Pleiepersonell	25
5.2.7.2	Leger	26
5.2.7.3	Andre faggrupper	27
6	Finansieringsordninger for palliative enheter i sykehjem	28
6.1	Erfaringer	28
6.2	Anbefalinger	29
6.3	Prøveordning og evaluering	30
	Referanser	31

Innledning

I Nasjonal strategi for kreftområdet 2006 -2009 trekkes palliativ (lindrende) behandling fram som et område med behov for fortsatt satsing, spesielt innen kommunesektoren. Det påpekes at palliativ behandling er diagnoseuavhengig, men at kreftpasientene utgjør en dominerende gruppe innenfor feltet. Dette betyr at det palliative tilbudet må være en integrert og aktiv del av den generelle kreftbehandlingen. Kreftpasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid har mange og sammensatte plager og behov. Vanligvis vil god behandling kreve medvirkning fra flere profesjoner og alle helsetjenesteneivåene.

Gjennom flere satsinger de senere årene har det skjedd en vesentlig utvikling innen palliativ behandling og pleie. Spesielt gjelder dette andre- og tredjelinjenivå med etablering av regionale kompetansesentra og palliative team og enheter på en lang rekke sykehus. Disse enhetene har i all hovedsak blitt utviklet som en del av kreftomsorgen, og majoriteten (over 90 %) av pasientene som mottar tjenester fra slike tilbud, har kreft.

Mindre fokus har vært rettet mot primærhelsetjenesten, der store utfordringer knyttet til kapasitet, organisering og økonomi gjenstår. Med økende kreftinsidens, økende antall eldre og endrede familiestrukturer med færre pårørende tilgjengelig for omsorgsoppgaver, er en av de største utfordringene å finne egnede institusjonsplasser for alvorlig syke og døende.

Sykehjemmenes funksjon vil være sentral. Det er samtidig en utfordring å sørge for smidig samhandling mellom helsetjenesteaktørene samt tilstrekkelige ressurser (økonomi, bemanning og kompetanse) på alle nivåer slik at pasientene sikres god behandling på riktig sted, og at bruken av hjemmeomsorg så vel som sykehus- og sykehjemsbaserte institusjonsplasser blir mest mulig formålstjenlig og effektiv. For å oppnå dette, er en oppgradering av sykehjemmene nødvendig, fortrinnsvis gjennom særlige tilbud for alvorlig syke og døende, noe dagens finansieringsordninger ikke legger til rette for.

1.1 Arbeidsgruppens mandat

Som en del av den nasjonale kreftstrategien skal arbeidsgruppen komme med forslag til finansieringsordninger for palliative spesialenheter på sykehjem. Finansieringsordningene bør være basert på et økonomisk samarbeid (fordeling) mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Det skal videre utarbeides standarder for bemanning og faglig kompetanse/ansvarsforhold mellom sykehjemmene (kommunen) og det lokale sykehuset / de regionale enhetene. Retningslinjene og finansieringsordningene skal sikre et likt tilbud i landet, uavhengig av geografisk plassering.

1.2 Gruppens sammensetning

Leder av gruppen:

Prosjektdirektør for kreftstrategien Stein Kaasa

Sekretær for gruppen

Marit S Jordhøy

Representanter for kommunene:

Helge Garåsen

Harald Aasen

Representant for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Elisabeth Gjerberg

Representanter for de regionale helseforetakene

Gunvor Ånestad

Jan Henrik Rosland

Representanter for de regionale kompetansesentrene i palliativ medisin

Ørnulf Paulsen

Anne Kvikstad

Representanter for Sosial og Helsedirektoratet

Morten Frantze

Grethe Løken

2 Palliativ behandling

2.1 Fagområde

Palliativ behandling er definert som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid (inntil 9-12 mnd.). De enkelte elementene som inngår, kan ha en livsforlengende, symptomforebyggende eller symptomlindrende målsetting. Det overordnede målet er å bidra til at pasienten har best mulig symptomkontroll, funksjon og livskvalitet lengst mulig, men også at pårørende ivaretas på best mulig måte.

2.2 Målgruppe og generelle behov

Palliativ behandling er diagnoseuavhengig, men kreftpasientene utgjør en dominerende gruppe. Felles for pasientene er høy forekomst av plagsomme symptomer, som kan være både av fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell natur. Oftest har hver pasient mange plager, og behovene kan variere betydelig over tid og fra pasient til pasient. God palliasjon krever individuell tilnærming, kontinuerlig oppfølging og medvirkning fra flere spesialiteter og faggrupper.

De fleste pasienter i en palliativ situasjon vil tilbringe, og ønske å tilbringe, størstedelen av tiden hjemme eller i nærmiljøet. Tilbudet fra primærhelsetjenesten med fastlege, sykehjemslege, hjemmeomsorg og sykehjem danner derfor basis for den palliative behandlingen. Internasjonale studier har vist at et flertall av pasientene ønsker å dø hjemme, men at ønsket om hjemmeomsorg avtar med sykdomsprogresjon og økende alder og er avhengig av hvordan pasienten vurderer eget sosialt nettverk. Uten mulighet for kvalitativ og kvantitativ god hjelp fra familie og pårørende er hjemmeomsorg vanskelig å få til. Institusjonsplass (sykehjem) i nærmiljøet vil være et viktig alternativ

Hos mange kreftpasienter i en palliativ situasjon vil det være indikasjon for å gi spesifikk kreftbehandling (medikamentell behandling, inkl. cellegift, og strålebehandling). Målet kan være både livsforlengelse og symptomlindring. Med de medisinske framskrittene som har skjedd de seinere årene, vil slik behandling være aktuell over lengre tid og lengre ut i sykdomsforløpet enn tidligere. Generell symptomlindrende behandling vil periodisk også kreve tilgang til sykehusekspertise både for diagnostikk og behandling samt medvirkning fra sykehusbaserte palliative enheter og team. Samlet stiller dette særlig store krav til samhandling mellom de tre nivåene i helsevesenet.

2.3 Behov for palliative institusjonsplasser

Hvert år dør vel 10 000 pasienter av kreft i Norge. Over halvparten er 75 år eller eldre. I tillegg kommer dødsfall av andre progredierende sykdommer som også forekommer hyppigst i den eldre befolkningen. Nesten uten unntak har alle disse

pasientene behov for flere institusjonsopphold i løpet av den palliative sykdomsfasen. Slike opphold kan i tillegg til å dekke sykdomsspesifikk behandling og alt fra basal til avansert symptomlindring, også være nødvendige som avlastning for pasient og pårørende. Institusjon, enten i form av sykehus eller sykehjem, er dødssted for de fleste pasientene. På tross av økt fokus på hjemmeomsorg, dør fortsatt bare 10 -15 % hjemme.

Kreftinsidensen er økende, og det samme gjelder befolkningens andel av eldre. Mange eldre er enslige og/eller uten nærboende familie som kan påta seg større omsorgs-oppgaver. Siden hjemmeomsorg både er et sjeldnere ønske og vanskeligere å få til for slike pasientgrupper, vil behovet for egnede institusjonsplasser for palliativ behandling øke betydelig de neste årene. Det vil neppe være faglig, økonomisk eller organisatorisk mulig å ta hånd om disse pasientene hjemme, heller ikke i sykehus. Akuttisykehusene med høy turnover, reduserte sengetall og store krav til inntjening vil ikke være egnet eller ha kapasitet til å påta seg oppgaven. En riktig bruk av sykehjemmene i nært samarbeid med den palliative spesialisthelsetjenesten er nødvendig.

2.4 Status for palliasjon i Norge

2.4.1 Organisatoriske anbefalinger

En rekke offentlige utredninger har gjennom de siste 10-15 årene påpekt behovet for å styrke og forbedre tilbudet til alvorlig syke og døende, inkludert kreftpasienter. Norsk Kreftplan fra 1997 representerer fundamentet for de organisatoriske anbefalingene som det etter hvert er bred enighet om.¹ Norsk kreftplan ble i 1999 etterfulgt av utredningen fra Livshjelputvalget,² og i 2004 av Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen. Kvalitet, kompetanse og kapasitet.³ I 2004 kom også Standard for palliasjon, utarbeidet av Norsk forening for palliativ medisin i samarbeid med Den norske lægeförening.⁴ Standard for palliasjon gir detaljerte retningslinjer for organiseringen av det palliative behandlings- og omsorgstilbud på alle nivåer, inkludert en standard for utdanning av leger som skal arbeide innen fagfeltet. Retningslinjene i Standard for palliasjon er fullt samsvarende med, og bygger videre på, anbefalingene fra de tidligere rapportene, som alle slår fast at palliasjon skal integreres i den ordinære helsetjenesten og bygge på etablerte strukturer.

Opprettelse av regionale kompetansesentra ble først foreslått i Norsk kreftplan, og seinere fulgt opp av Livshjelputvalget. Det har i alle utredningene vært gjennomgående enighet om fastlegens hovedansvar for pasienter i hjemmet, behov for styrking av primærhelsetjenesten og etablering av palliative enheter og team på større sykehus, inkludert regionsykehus. Det samme gjelder behov for oppgradering av sykehjemmene med etablering av egnede plasser for alvorlig syke og døende. I Norsk kreftplan anbefales at alle kommuner legger fram planer for at livets avslutning skal kunne skje i nærmiljøet (hjem eller sykehjem), og at sykehjemmene må avsette kapasitet til slike formål. Livshjelputvalget understreker at dersom sykehjemmene skal kunne dekke behovet til alvorlig syke og døende pasienter, må minst to forhold vies spesiell oppmerksomhet: kvaliteten og omfanget av behandling og pleie, og den bygningsmessige tilrettelegging, inklusive en skjerming av grupper som måtte trenge det. Standard for palliasjon baseres på erfaringer og anbefalinger

fra det norske fagmiljøet og skisserer hvilke krav som bør stilles både til sykehjemmene i sin alminnelighet og til palliative sykehjemsenheter spesielt. Kompetanse, tilfredsstillende bemanning og lokaliteter samt en organisering som sikrer god samhandling mellom alle helsetjenesteaktører og medvirkning fra palliative enheter på spesialistnivå, vektlegges.

Samhandling er en generell utfordring for helsevesenet og gjør seg i særlig grad gjeldende overfor pasientgrupper med kroniske og sammensatte lidelser, inkludert kreftpasienter og terminalt syke. Behovet for forbedringer og aktuelle tiltak drøftes i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.⁵ Behovet for interkommunalt samarbeid påpekes med forslag til tiltak og utvalget anbefaler også at det utarbeides gjensidig forpliktende og formaliserte samarbeidsavtaler mellom tjenestenivåene og at disse avtalene forankres på øverste ledelsesnivå.

2.4.2 Hospice

Noen institusjonsenheter med palliasjon som hovedoppgave benytter hospicenavnet. Begrepet hospice er i Norge ikke entydig, men brukes for å beskrive ulike virksomheter som enten kan tilsvare virksomheten til en palliativ sykehjemsenhet eller en sykehusbasert palliativ enhet. Hospice enhetene omtales derfor ikke spesielt i dette dokumentet men sidestilles med palliative sykehjems-, eller sykehusenheter avhengig av nivå.

2.4.3 Utviklingen av palliative tjenester

Utviklingen i Norge har vært avvikende fra en del andre land der palliativ behandling er sterkt knyttet til frittstående institusjoner eller hospice. Samsvarende med de offentlige anbefalingene, har det norske fagmiljøet vektlagt nødvendigheten av kontinuerlig samhandling med det øvrige helsevesenet og behovet for integrering av palliative tilbud i allerede eksisterende strukturer. Særordninger har ikke vært anbefalt.

Ved tusenårsskiftet ble øremerkede midler bevilget for en periode på fem år for å etablere universitetsbaserte kompetansesentra for lindrende behandling i alle helseregionene. Hovedoppgaven var undervisning, fagutvikling og forskning. Sentrene fikk ansvar for å fremme, utvikle og koordinere palliative tilbud i egen region. Seksjon lindrende behandling ved St. Olavs Hospital, Helse Midt-Norge, etablert i 1994, var på det tidspunktet allerede velfungerende med tilsvarende oppgaver. Nye kompetansesentra kom raskt på plass i de fire øvrige regionene, og driften er seinere overtatt av de regionale helseforetakene på permanent basis. I 2002-2003 ble det tatt nye finansielle grep for å stimulere til etablering av palliative enheter og team på større sykehus. Prosjektmidler ble bevilget etter søknad for ett år om gangen. Etter overgang til en ny DRG-kode for palliativ behandling har dette ført til at de fleste store og middels store sykehus nå har egne palliative enheter eller team. Utviklingen i primærhelsetjenesten har ligget noe etter, men fra 2004 har øremerkede prosjektmidler blitt tildelt etter søknad for ett år om gangen til prosjekter innenfor lindrende behandling i kommunene, inkludert etablering av palliative senger/enheter i sykehjem. Flere større (opptil 6-12 senger) og mindre (1-2 senger) tilbud er etablert, men fortsatt mangler de fleste av landets kommuner et slikt tilbud.

2.5 Oppsummering

Kreftpasienter og andre alvorlig syke i en palliativ situasjon har mange og komplekse problemer. Selv om hjemmeomsorg med fastlegen som hovedansvarlig danner basis for god palliativ behandling og omsorg, vil de fleste pasientene i løpet av sykdomsforløpet trenge opphold i institusjoner på flere nivåer. Behovet for egnede institusjonsplasser vil øke med økende antall eldre kreftpasienter. Samhandling mellom nivåene og en riktig funksjonsfordeling mellom sykehus og sykehjem er avgjørende for god og effektiv ivaretagelse av pasientene. Samhandling innen førstelinjetjenesten med vekslende bruk av hjemmeomsorg og sykehjem er avgjørende for at pasientene skal kunne få best mulig pleie og omsorg og kunne oppholde seg mest mulig i nærmiljøet. En samtidig forutsetning er at tilstrekkelig kompetanse er tilgjengelig på alle nivåer og i alle instanser. I tråd med offentlige utredninger og føringer har det skjedd en betydelig utvikling av palliative tilbud de siste 10-15 årene, men fortsatt gjenstår store utfordringer, spesielt gjelder dette en aktiv og riktig bruk av sykehjemmene.

3 Sykehjemmenes funksjon, bemanning og pasienter

I Norge har vi i dag ca. 41 000 plasser i institusjoner og boformer hjemlet i kommune-helsetjenesteloven. Av disse utgjør ca. 38 000 rene sykehjemsplasser, mens i underkant av 3000 plasser finnes i kombinerte alders- og sykehjem.⁶ Antall sykehjemsplasser har gradvis økt, men defineres dekningsgraden som antall sykehjemsplasser per 1000 innbyggere over 80 år, har det vært en nedgang fra 204 i 1988 til 179 i 2005. Full sykehjemsdekning er stipulert til 250 plasser per 1000 innbyggere over 80 år.^{6;7}

3.1 Organisering

Sykehjemmene gikk i 1988 over fra fylkeskommunal til kommunal drift, og kommunenes ansvar har blitt betydelig utvidet de seinere årene. Begrunnelsen for dette har dels vært å stimulere til bedre samordning mellom de kommunale tjenestene, dvs. hjemmebasert omsorg, omsorgs- og serviceboliger og sykehjem, og dels å utvikle differensierte tjenester som best kan ivareta brukernes behov.⁸ Ved overgang til kommunal drift fikk sykehjemmene oppgaver både som helseinstitusjon, botilbud for sterkt pleietrengende og korttidsopphold for avlastning og rehabilitering.

Sykehjemmene som helseinstitusjon skal ta seg av diagnostisering og behandling av sykdom, inkludert langtidsbehandling av kronisk sykdom. Det finnes ingen vedtatte retningslinjer for hvordan sykehjemmene skal organiseres eller driftes, eller hvor stor andel av plassene som bør avsettes til korttidsopphold. Tilbudene varierer dermed betydelig fra kommune til kommune. Felles er imidlertid at utviklingen de siste årene har gått mot dårligere pasienter og hurtigere pasientsirkulasjon.⁹ Sykehjemsbeboerne som gruppe karakteriseres av høy alder, alvorlig funksjonshemming og dårlig helse med høy forekomst av aktiv sykdom. Et flertall har større eller mindre grad av kognitiv svikt.^{8;10;11} Samtidig sliter mange sykehjem med kvalitetsproblemer overfor de økte medisinske oppgaver og utfordringer.⁸ Sykehjemmene kritiseres for fortsatt å fungere primært som pleieinstitusjoner eller avanserte oppbevaringsanstalter.¹¹

3.2 Bemanning - pleiepersonell

Bemanningen av pleiepersonell ved sykehjemmene varierer,^{12;13} men gjennomsnittlig pleiefaktor er 0.68, dvs. halvparten eller mindre sammenlignet med sykehus. Bare et mindretall av pleierne er sykepleiere. Mange sykehjem har i perioder, spesielt kveld/natt og helg, ikke tilstedeværende sykepleier på vakt. Flere undersøkelser viser at arbeidsdagen for pleiepersonalet preges av tidsknapphet, travelhet og psykiske og fysiske belastninger.⁸ I en undersøkelse gjennomført av Sintef Helse, fant en at faktorer som godt arbeidsmiljø, klar faglig ledelse, miljø for kompetanseutvikling og kollegial veiledning var sentrale for sykehjemmenes

kvalitet.¹³ En fant derimot ingen klar sammenheng mellom bemanning og kvalitet.^{12;13} Fra det geriatriske fagmiljøet har det på bakgrunn av metodologiske svakheter vært stilt spørsmål ved holdbarheten av det siste funnet. Spesielt ble undersøkelsen kritisert for at kvalitetsgraderingene i hovedsak var basert på pleiernes egen vurdering, samtidig som det framgikk at pleierne stilte lave kvalitetskrav.¹⁴ Kvalitet bør primært vurderes av pasient og/eller pårørende og med bruk av forhåndsdefinerte, klare indikatorer.

3.3 Bemanning - leger

En undersøkelse i regi av Statens helsetilsyn viser at legedekningen ved sykehjemmene varierer betydelig, men de fleste sykehjemslegene har innen rammene av 7-8 timer per uke ansvar for i underkant av 40 senger.⁹ En fjerdedel av legene har ansvar for mer enn 8 senger per time. Tilsvarende tall er rapportert fra Sintef Helse, som i sin undersøkelse også konkluderer med at det er klar sammenheng mellom ukentlig antall legetimer og oppfølgingen av medisinske behov hos pasientene.^{12;13} Det er gjennomgående enighet om at legetjenestene ved norske sykehjem er underdimensjonert.

3.4 Kreftpasienter på sykehjem

Selv om kreftpasientene utgjør en liten del av belegget ved de fleste sykehjem, dør en økende andel av disse pasientene i slike institusjoner. Sykehjemsdødsfall utgjør nå en tredjedel av alle kreftdødsfall, mot ca en fjerdedel et tiår tilbake.^{1;15} Prosentandelen varierer fra helseregion til helseregion og er mindre i Sør, Øst og Vest enn i Midt- og Nord-Norge. Det er også store forskjeller på by og land. Mens under 20 % av kreftpasientene dør i sykehjem i bykommunene, er andelen 30-40 % i landkommunene.¹ Samme tendens er vist fra andre land.¹⁶ Når avstanden til sykehuset blir større, reduseres prosentandelen av kreftdødsfall i sykehus, men øker i sykehjem.

Hva som karakteriserer de kreftpasientene som dør i sykehjem, er ikke kartlagt for landet som helhet. I en studie utgått fra Seksjon lindrende behandling i Trondheim, fant en at de kreftpasientene som døde på sykehjem, hadde langt høyere gjennomsnittsalder enn de som døde hjemme eller på sykehus.^{17;18} Flertallet var enslige og kvinner. Samsvarende forhold er rapportert fra Sverige, USA og Australia.^{16;19-21} Studien fra Trondheim viste også at de pasientene som døde på sykehjem, hadde dårligere funksjon og gjennomgående mer symptomer gjennom sykdomsforløpet enn de pasientene som døde annet sted.¹⁸

3.5 Oppsummering

Norske sykehjem er pålagt mange og store oppgaver av både pleiemessig og medisinsk karakter. Gjennom de siste årene er sykehjemsdekningen, målt i antall plasser per 1000 pasienter over 80 år, redusert. Pasientene har blitt eldre og sykere, og et flertall har større eller mindre grad av kognitiv svikt. Mange sykehjem sliter med kvalitetsproblemer overfor de økte medisinske utfordringene, knyttet både til faglig miljø, kompetanse og pleieressurser. Pleiefaktoren er lav sammenlignet med sykehus. Sykepleierdekningen er mangelfull og legedekningen underdimensjonert.

Samtidig spiller sykehjemmene en viktig rolle i kreftomsorgen. Omtrent en tredjedel av alle kreftpasientene dør på slike institusjoner, og langt flere i landkommunene enn i byene. Tilgjengelige data indikerer at disse pasientene oftest er gamle, enslige og har betydelig funksjonssvikt og mange plager. Pasientenes medisinske og pleiemessige behov står ikke i forhold til de ressursene som er tilgjengelige i en vanlig sykehjemsavdeling.

4 Palliativ behandling i sykehjem

4.1 Generelle betraktninger

Vanlige sykehjemsavdelinger kan sies å stå i en mellomstilling mellom kontinuerlig pleie og behandling av eldre/gamle og palliasjon. Den gjennomgående kvaliteten på pleie, omsorg og behandling for alvorlig syke og døende i norske sykehjem er ikke kartlagt, men flere offentlige rapporter har pekt på nødvendigheten av å styrke og forbedre tilbudet.^{2;8;22} Internasjonale studier har også påpekt betydelige mangler ved palliativ behandling i tilsvarende institusjoner.²³⁻²⁷ Dette har i økende grad resultert i samarbeid mellom palliativ virksomhet og sykehjem, eller forsøk på integrering av palliative tjenester i sykehjem.²⁸⁻³² Foruten medvirkning fra, eller tilgang til palliativ ekspertise, beskrives økte ressurser og økt kompetanse som de viktigste forutsetningene for forbedring.³⁰ Det samme vil gjelde for norske sykehjem som fortsatt vil være en viktig arena for omsorg i livets slutfase.

4.2 Eksisterende enheter for palliativ behandling.

Gjennom lokale initiativ, pådriv fra de regionale kompetansesentrene og støtte fra øremerkede statlige prosjektmidler er det de siste årene etablert flere senger/enheter i sykehjem spesielt beregnet for palliative pasienter. Norsk forening for palliativ medisin gjennomførte en grov kartlegging av tilbudene i 2005 på initiativ fra European Association for Palliative Care (EAPC). Kartleggingen foregikk via de regionale kompetansesentrene, og ble oppdatert i 2006 etter at Sosial- og helsedirektoratet hadde bedt om en rapport.³³ I 2006 fant en til sammen 169 senger dedikert til palliasjon i til sammen 41 sykehjem fordelt på alle helseregionene.

Sykehjem med palliativt tilbud	Helse Øst	Helse Sør	Helse Midt	Helse Vest	Helse Nord
Antall totalt	10*	14	6	7	6
Antall med \geq 4 senger	4*	10	2	4	1
Antall med < 4 senger	6	4	4	3	5

* Hospice Stabekk medregnet, Hospice Lovisenberg, sykehusbasert, fraregnet

Det har ikke vært gjort noen samlet, overordnet evaluering av virksomheten til de eksisterende tilbudene, og en større, systematisk evaluering av enkeltenheter er tilgjengelig kun for Havstein Sykehjem i Trondheim. Det finnes derfor ingen sammenfattende oversikt, verken over kvalitet og innhold ved de enkelte tilbudene, eller over graden av medisinsk og pleiemessig kompleksitet hos pasientene som mottar tjenester fra de forskjellige enhetene. På bakgrunn av et tilfeldig utvalg enkeltrapporter og informasjon fra lederne for de regionale kompetansesentrene kan allikevel noen gjennomgående erfaringer summeres opp.

Tilbudene kan inndeles i to grupper: egne sengeenheter med fra 4-5 senger og enkeltstående (1-3) øremerkede senger i en vanlig sykehjemsavdeling. Kvaliteten på tilbudene varierer, det samme gjør problemkompleksiteten og pleietyngden. Mens noen enheter har strenge inntakskriterier og fungerer på et intermediærnivå med tilbud til pasienter som vanskelig kan håndteres i en vanlig sykehjemsavdeling, har andre et tilbud som tilsvarer grunnleggende palliasjon. Kompetanse og bemanning varierer. Spesielt er det erfart at kompetanse utover et grunnleggende nivå vanskelig oppnås i et miljø med bare en eller to øremerkede senger. Slike senger har allikevel betydning ved at palliasjon kommer i fokus, personalet motiveres, og kvaliteten på pleien forbedres. Dette kan ha ringvirkninger i sykehjemmet som helhet.

Felles for de fleste tilbudene er etablering på bakgrunn av enkeltindividers engasjement og idealisme. God forankring i kommuneledelsen, inkludert helse- og omsorgsledelsen, gir størst sjanse for å lykkes med et stabilt tilbud over tid. Samtidig gir avhengighet av kommunal velvilje og økonomi uforutsigbare driftsmuligheter. Mange enheter har gjentatte ganger vært nedleggingstruet. Enkelte prosjekter har blitt avsluttet. Drift innenfor rammene av et vanlig sykehjemsbudsjett legger klare begrensninger på hvilke tilbud en palliativ enhet kan gi. Et tilbud på nivå som ligger over grunnleggende palliasjon med bruk av tilsvarende prosedyrer og medikamenter, krever høyere bemanning og gir større kostnader enn en vanlig sykehjemsavdeling. Utførermedvirkning på inntaksmøter sikrer at de palliative sengene blir brukt til den faktiske målgruppen. Styres inntaket av et administrativt inntakskontor alene, opplever mange at sengene i for stor grad blir benyttet for å dekke andre pasientgruppers behov. Noen enheter, for eksempel Bergen Røde Kors Sykehjem og Havstein Sykehjem i Trondheim har god erfaring med at sykehusets palliative team/enhet deltar i inntaksstyring, og at dette gir den riktige og mest effektive utnyttelsen av palliative sykehus- og sykehjemssenger samlet sett. Betydningen av et tett samarbeid med sykehusets palliative team/enhet for kvaliteten på driften som helhet understrekes av mange. Samarbeidet er viktig både for å bygge opp og vedlikeholde kompetanse og for å kunne gi best mulig behandling til den enkelte pasient. Samarbeid med regionalt kompetansesenter har også vært vesentlig for etablering og fortsatt drift av en del enheter. Sykehjem med palliative senger/enheter som ikke er fysisk atskilt fra de andre sykehjemssengene, rapporterer at dette kan være en belastning både for pasienter og pårørende og kan medvirke til at yngre pasienter motsetter seg sykehjemssinnleggelse. Sykehjemmenes status i befolkningen kan også representere et problem for rekrutteringen av pasienter. Mange oppfatter sykehjemmene som "oppbevaringsinstitusjoner" for gamle og demente og ser derfor ikke tilbudet som aktuelt i en palliativ situasjon. Holdningsendringer er nødvendig og krever et aktivt informasjonsarbeid, men framskyndes i betydelig grad når det blir kjent at sykehjemstilbudet har høy kvalitet og kompetanse.

4.2.1 Beskrivelse og erfaringer fra utvalgte sykehjemsenheter

4.2.1.1 *Havstein sykehjem, Trondheim, Helseregion Midt-Norge* ^{34;36}

De første palliative sykehjemssengene i Trondheim ble etablert i 1998 i et nært samarbeid mellom Seksjon lindrende behandling (SLB), St. Olavs Hospital og Trondheim kommune. Initialt hadde en 2 og 3 øremerkede senger ved Tyholt og

Havstein sykehjem. Fra 2002 valgte en å satse kun på Havstein sykehjem der sengetallet ble øket til totalt 12 senger.

Enheten har tilsynslege i 50 % stilling og en styrket sykepleierbemanning med ca.10 årsverk på dag/kveld og ca 4 årsverk på natt. Sykehjemmet kan benytte seg av tverrfaglig kompetanse fra SLB's tverrfaglige team

Organisasjonsmodellen er en integrert modell med tre hovedkomponenter:

1. Seksjon lindrende behandling med en 12 sengers post for akutt og intensiv palliativ behandling og et ambulerende tverrfaglig team
2. Havstein sykehjem i Trondheim kommune med 12 intermediærsenger for kreftpasienter der sykehusbehandling er avsluttet, men som krever pleiemessig eller medisinsk kompetanse utover det som finnes i et vanlig sykehjem eller hjemmesykepleien
3. Primærhelsetjenesten med fastlege og hjemmeomsorg

Samarbeidet mellom SLB, Trondheim kommune og Havstein er formalisert. Alle pasientene er før innleggelse i den palliative sykehjemsenheten innlemmet i SLB's behandlingsansvar. Ansvarlig overlege på SLB har fortløpende oversikt over pasientene på Havstein, så vel som på SLB's og sykehusets øvrige sengeposter og i hjemmet. SLB gjør de medisinske og sykepleierfaglige vurderinger mhp behov for palliativ sykehjemsplass, men tilbudet om plass gies først etter samråd med aktuelle forvaltningskontor i Trondheim Kommune og fagkoordinator ved Havstein sykehjem. Sykehjemslegen har mulighet for å delta i internundervisning, fagmøter og visittgang ved SLB. Legene ved SLB, kan på anmodning delta på visitter på sykehjemmet. Kurs og temakvelder arrangeres for personalet ved Havstein i samarbeid med SLB. Det er tilrettelagt for daglig løpende kontakt mellom de to institusjonene. Organisasjonsmodellen sikrer at de "riktige" pasientene kanaliseres til den palliative enheten ved Havstein sykehjem. Dette medfører at sengeplassene blir optimalt benyttet på alle nivåer (dynamisk bruk av sengene), at nødvendig kompetanse er tilgjengelig, og at personalet på sykehjemmet får tilfredsstillende opplæring og oppdatering."

4.2.1.2 *Avdeling for lindrende behandling, Øvre Eiker kommune, Helseregion Sør*

37

Avdelingen ved Eikertun sykehjem fungerer mer selvstendig enn enheten ved Havstein. Avdelingen ble planlagt og opprettet av Øvre Eiker kommune uten medvirkning fra en sykehusbasert palliativ enhet. Avdelingen er fysisk tilrettelagt for palliative pasienter og deres pårørende og har et fast, eget personale som består av sykepleiere, hjelpepleiere og lege. I tillegg er avdelingen styrket med et frivillighetskorps. De fem sengeplassene fordeles etter ukentlige inntaksmøter og egne inntakskriterier, og benyttes både til kortere og lengre opphold for symptomlindring og avlastning. Ca 50 % av pasientene dør i avdelingen. Avdelingen ønsker å være en arena for opplæring og forskning i praktisk, palliativ medisin, og har lagt stor vekt på etterutdanning av pleiepersonalet. Reorganiseringen av sykehjemmet som også inkluderte egne enheter for psykogeriatridemens og rehabilitering har resultert i at sykehjemmet oppleves som en mer spennende arbeidsplass med kvalifisert personale og uten vakante stillinger. Samarbeidet med palliativ ekspertise på 2. linje nivå er ikke formalisert, men beskrives som en forutsetning for en velfungerende behandlingsskjede.

4.2.1.3 *Røde Kors Sykehjem (BRKS) i Bergen, Helseregion Vest*³⁸

BRKS har en palliativ enhet som i første rekke er beregnet på eldre pasienter med palliative behov. Enheten har 8 korttids- og 6 langtidsplasser, er bemannet med sykepleiere og hjelpepleiere og har en 24-timers vaktordning for leger. Enheten har et tverrfaglig team bestående av flere faggrupper inkludert fysio- og ergoterapeuter, sosionom, prest og musikkterapeut. I likhet med Avdeling for lindrende behandling ved Eikertun sykehjem, har BRKS også et korps av frivillige. BRKS eies og drives av Røde Kors, men har en drifts- og husleieavtale med Bergen kommune. For den palliative enhetens korttidsplasser er rutiner for innleggelse utarbeidet i tett samarbeid mellom BRKS, kommunen og spesialisthelsetjenesten. Også ved denne sykehjemsenheten har videre- og etterutdanning av personalet vært vektlagt og forskning inngår som en del av virksomheten.

4.2.1.4 *Lindrende enhet, Gulset sykehjem, Skien kommune, Helseregion Sør*³⁹

Denne enheten har 7 senger og er bemannet med sykepleiere (6.45 årsverk) og hjelpepleiere (5.46 årsverk). Enhetens egne pleiere dekker sykepleiertjenesten på dag og kveld. På natt samarbeides med sykehjemmets øvrige avdelinger. Sykehjemslegen er allmennlege med praksis fra palliativ enhet på Sykehuset Telemark og er ansatt i 30 % stilling. Målgruppen er alvorlig syke pasienter fra hjemmet med behov for kartlegging og enklere symptomlindring, døende pasienter, pasienter som trenger rehabilitering eller har behov for avlastning for pårørende. Pasientene innvilges korttidsplass på 14 dager, men oppholdet kan forlenges. Enheten er atskilt fra resten av sykehjemmet og har egen inngang. I 2006 fikk 93 pasienter opphold. Gjennomsnittlig liggetid var 19.3 dager. 47 ble utskrevet til hjemmet, 4 til andre sykehjemsavdelinger. 42 døde ved avdelingen. Enheten fungerer også som en kompetansebase i palliasjon i kommunen og holder blant annet kommunale kurs. Det er et nært samarbeid med Palliativ enhet ved Sykehuset Telemark. På regelmessige fellesmøter blir inneliggende pasienter diskutert og videre oppfølging koordinert og planlagt. Saksbehandler fra bestillerenheten i Skien er til stede på disse møtene der henviste pasienter også blir gjennomgått og prioritert. Fagutviklingssykepleierne på hhv. sykehjemsenheten og Palliativ enhet på sykehuset samarbeider tett, blant annet ved gjennomgang av prosedyrer og retningslinjer for å sikre lik praksis. Det arrangeres felles fagmøter to ganger i året.

4.2.1.5 *Presterudsenteret, Hamar kommune, Helseregion Øst*⁴⁰

I samarbeid med palliativt team, Sykehuset Innlandet Divisjon Hamar og Kompetansesenter for lindrende behandling (KSLB), Helse Øst, ble 2 senger ved Presterudsenteret i Hamar fra april 2005 øremerket for palliativ behandling. Sengene er en del av allerede eksisterende enhet og er ikke allokert økt bemanning. To sykepleiere med høy faglig kompetanse (hhv. kreft- og intensiv sykepleier) deler primæransvaret for pasientene. Sykehjemslegen har det medisinske ansvaret. Lege fra sykehusets palliative team som har løpende kontakt med sykehjemmet, deltar på visittgang 2t/2 uker. Distriktets inntaksteam avgjør inntak. Kommunens koordinator har oversikt over hvilke pasienter som er aktuelle og har ansvar for prioriteringen. I løpet av det første året var 18 pasienter innlagt, median alder var 80 år, de fleste var

sterkt pleietrengende. Median liggetid var 15 dager (variasjon fra 3 til 81 dager). 8 pasienter døde på sykehjemmet. Prosjektledelsen etterlyser bedre legedekning, understreker at samarbeidet med sykehusets palliative team og KSLB har vært avgjørende, og anbefaler at lege/sykepleier fra det palliative teamet konsulteres ved inntak. Kommunens koordinator ansees som en viktig aktør i inntaksteamet. Manglende fysisk skjerming av sengene synes å ha vært til hinder for inntak av yngre pasienter. Manglende kjennskap til tilbudet både på sykehuset og i befolkningen førte til at kapasiteten ikke ble fullt utnyttet den første tiden. Det siste er ikke lengre et problem. Sengetallet utvides nå til fire senger.

4.2.1.6 *Lindrende enhet, Parken bo- og service senter, Vefsn kommune. Helse Nord*^{41;42}

Enheten ligger i Mosjøen sentrum, og ble åpnet med 7 sengeplasser, alle fordelt på store enkeltrom, fysisk atskilt fra de andre delene av sykehjemmet. Ett av rommene er seinere ombygget til en lindrende dagenhet som drives av lokalsykehuset. Lindrende enhet har 6 sykepleierstillinger (hvorav en kreftsykepleier og en med videreutdanning i palliasjon), 4 hjelpepleierstillinger (hvorav en med psykiatrisk videreutdanning) og 2 stillinger for omsorgsarbeidere. Enhetens egne sykepleier dekker sykepleiertjenesten på dag og kveld. På natt samarbeides med sykehjemmets øvrige avdelinger. Spesialist i indremedisin med lang palliativ erfaring er medisinsk ansvarlig både for sengeenheten og dagenheten. Sengeenheten er p.t. tildelt 20 % legestilling og dagenheten 40 % stilling, men her utvises betydelig skjønn og fleksibilitet. Erfaringen er at det er behov for mer legetid enn 20 % stilling på sengeenheten. Nærmeste lokalsykehus (Helgelandssykehuset Mosjøen) har ingen palliativ enhet, men Lindrende enhet og sykehuset har et nært samarbeid. Enhetens lege er også ansatt på sykehuset. Enhetsleder deltar på faste ukentlige møter mellom kommunen og sykehuset der innlagte pasienter som planlegges utskrevet blir diskutert. Inntaket i sengeenheten styres av utredningskontoret (bestillerkontoret) i kommunen. Enhetsleder deltar ikke på inntaksmøtene, men blir ofte konsultert. Liggetiden i Lindrende enhet varierer betydelig fra få dager opp og til flere måneder for pasienter som er sterkt pleietrengende over lang tid. For sistnevnte gruppe lages ofte ordninger med veksling mellom opphold i hjemmet og i enheten. De fleste pasientene som innlegges ved enheten blir der til de dør. Etter at tilbudet ved Lindrende enhet ble kjent i kommunen, prioriterer de fleste terminalopphold her framfor hjemme. Enhetsleder mener dette kan forklares med trygghet og kompetanse. Kommunen har i sin palliative plan påpekt behov for og foreslått tiltak for å styrke hjemmeomsorgen for palliative pasienter.

4.3 Oppsummering

De palliative tilbudene som er opprettet i sykehjemmene i et fåtall av landets kommuner, kan inndeles i egne sykehjemsenheter og øremerkede senger. Noen samlet systematisk evaluering har ikke vært gjort. Det har heller ikke vært stillet ensartede og formaliserte krav til innhold og kvalitet ved etablering. Eksisterende tilbud varierer både når det gjelder organisering, kompetanse, bemanning og pasientenes problemkompleksitet og pleietyngde. Det har også vært vanskelig å komme fram til robuste finansieringsordninger for denne typen sykehjemsplasser.

Ofte vil verken kommunen eller lokalsykehuset se seg selv som den instans som bør ha det primære økonomiske ansvaret.

Tilstrekkelig sykepleier- og legebemannning, samarbeid med andre faggrupper, et organisert samarbeid med palliativ enhet ved det lokale helseforetaket, medvirkning fra regionalt kompetansesenter og utførermedvirkning ved inntak synes viktig for å kunne gi et godt faglig tilbud med god utnyttelse av sengene for riktig målgruppe. Kortsiktige bevilgninger og avhengighet av den enkelte kommunes og/eller det lokale helseforetakets velvilje og økonomi gir liten forutsigbarhet i drift.

5 Anbefalinger

5.1 Grunnleggende palliasjon

Ikke alle pasientene som dør i sykehjem, vil ha behov for medvirkning fra spesialiserte palliative enheter, men for å kunne gi god pleie og omsorg for et stort antall pasienter i livets slutfase, må alle sykehjem ha kunnskap og kompetanse i grunnleggende palliasjon. Dette innebærer at det må legges til rette for å kunne gi god symptomlindring og god terminal pleie og omsorg for alle pasientene på sykehjem.⁴ Sykehjemmene må beherske de grunnleggende prinsippene for palliativ behandling inkludert kartlegging og lindring av symptomer samt kunne ivareta pårørende. Det bør være utarbeidet og kvalitetssikret prosedyrer for smerte- og symptomlindring og terminal pleie. Med hensyn til organisering og personale, anbefales at minst en sykepleier fra sykehjemmet er med i et nettverk av ressurspsykepleiere i palliasjon, sykehjemslegen bør ha god kompetanse innen fagfeltet og legetjenesten bør organiseres slik at bruk av legevaktlege begrenses til et minimum. Sykehjemmet skal også ha tilgang til enerom for terminal pleie, og bør ha fasiliteter for pårørende og samtalerom.

For å kunne gi god grunnleggende palliasjon er en generell oppgradering av sykehjemmene nødvendig, både med hensyn på bemanning og kompetanse. Pleiepersonalet må gis mulighet til oppdatering og etterutdanning. Lege- og sykepleiertjenesten må styrkes. Organisatorisk bør det legges til rette for nær kontakt med og mulighet for råd og veiledning fra sykehusbaserte palliative enheter eller team. Senger øremerket for palliasjon kan være en motiverende organisering som gir økt fokus på fagfeltet, er kompetansegenererende og har positive ringvirkninger for sykehjemmet som helhet.

Å kunne gi et sykehjemstilbud til yngre pasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid er en utfordring som krever en holdingsendring både i befolkningen og helsepolitisk. Beregningen av behov for slike institusjonsplasser må også ta høyde for dette, og ikke alene baseres på alderssammensetningen i befolkningen.

5.2 Palliative enheter i sykehjem

5.2.1 Definisjon

Med palliative enheter ved sykehjem menes enheter som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personell for å kunne drive mer avansert palliativ behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling.

5.2.2 Størrelse

Palliativ behandling på et høyere nivå enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling krever at en sengenhet må ha en viss størrelse, både for å

kunne etablere tilfredsstillende organisering og bemanning, og for å kunne generere og vedlikeholde nødvendig kompetanse og erfaring. Siden det ikke foreligger noen systematisk evaluering av eksisterende enheter, er en minimumsstørrelse vanskelig å tallfeste, men enheter med mindre enn 4 senger synes lite formålstjenelig.

Hvilke befolkningsgrunnlag som kreves for å etablere en firesengs enhet vil avhenge av enhetens inntakskriterier og ønsket spesialiseringsgrad. Lindrende enhet ved henholdsvis Gulset Sykehjem i Skien og Havstein Sykehjem i Trondheim fungerer begge på et intermediærnivå (mellom 1. og 2.linje tjenesten). Gulset med 7 palliative senger betjener en befolkning på ca 51 000. Havsteins 12 plasser dekker Trondheim med ca 152 000 innbyggere, men erfaringen tilsier at behovet i Trondheim er opp mot det dobbelte, dvs. mellom 18 og 24 palliative sykehjemssenger. Tallene indikerer at på tilsvarende spesialiseringsnivå, vil en seng per 6500 – 8000 innbyggere være tilstrekkelig. I motsetning til dette har Øvre Eiker kommune med vel 15 000 innbyggere valgt å organisere sitt sykehjem i flere avdelinger, hver med sine klart definerte oppgaver. Avdeling for lindrende behandling har fem senger, dvs. en seng per ca. 3000 innbyggere. Velfungerende enheter kan m.a.o. etableres på et sterkt varierende befolkningsgrunnlag. Organiseringen av sykehjemmet, befolkningens alderssammensetning og inntakskriteriene til de palliative plassene vil være avgjørende for mange senger som behøves. Mindre strenge inntakskriterier vil imidlertid medføre at problemkompleksiteten blant pasientene blir mindre, og dermed at enhetens spesialiseringsgrad blir lavere. Palliative enheter med virksomhet på et nivå over grunnleggende palliasjon er neppe realistisk i enkeltkommuner med færre enn 10-12 000 innbyggere.

5.2.3 Oppgaver og klinisk tilbud⁴

Oppgavene til en palliativ sykehjemsenheter vil være:

- Å tilby korttidsplass for justering av symptomlindrende behandling eller for avlastning av pårørende
- Å tilby kort- eller langtidsopphold med god symptomlindrende behandling, pleie og omsorg inntil døden.

Det kliniske tilbudet vil omfatte

- Kartlegging, vurdering og innsats i forhold til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle symptomer og problemer
- Prosedyrer for smerte- og symptomlindring som subkutan og intravenøs væskebehandling eller infusjon av medikamenter
- Kvalifisert pleie til kreftpasienter
- Systematisk arbeid for familie/pårørende, inkludert systematisk sorgarbeid

Den palliative enheten skal også kunne gi tilbud om laboratorieservice og fysioterapi og ha rutiner for henvisning til palliativ behandling, f.eks. strålebehandling.

For å kunne ivareta de kliniske oppgavene stilles det foruten krav til organisering, bemanning og faglig kompetanse (se seinere) også krav til utstyr og lokaliteter. En palliativ enhet bør ha:

- Enerom med tilhørende bad
- Fasiliteter for pårørende med mulighet for overnatting
- Samtalerom
- Vaktrom og legekontor

- Helst stue og kjøkkenfasiliteter

I tillegg til den direkte pasientrettede virksomheten bør palliative sykehjemsenheter fungere som et kommunalt senter for palliativ kompetanse og kunne bistå med veiledning og supervisjon til andre deler av kommunehelsetjenesten, som hjemmeomsorgen og vanlige sykehjemsavdelinger. I samarbeid med det lokale helseforetakets palliative senter og/eller det regionale kompetansesenteret bør enhetene også kunne ta del i kliniske forskningsprosjekter innen palliasjon.

5.2.4 Målgruppe

Målgruppen for palliative enheter i sykehjem vil være alle pasienter i enhetens definerte opptaksområde med alvorlig sykdom og kort forventet levetid, inkludert kreftpasienter, som har behov for palliative tjenester utover grunnleggende palliasjon. Pasientene kan innlegges fra hjemmet, fra vanlig sykehjemsavdeling eller fra sykehus.

De palliative spesialenhetene skal ikke bare være et tilbud til eldre, men også til yngre pasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid, og bør ha klare inntakskriterier som tilpasses lokale forhold som øvrig sykehjemsorganisering og hjemmeomsorgstilbud.

5.2.5 Organisering

Faglig god behandling av pasienter med avansert, inkurabel sykdom krever medvirkning fra mange profesjoner og alle helsetjenestenivåer. Organiseringen av palliative helsetjenester må sikre god samhandling og koordinering mellom alle aktørene. Dette er viktig og nødvendig for å kunne ivareta den enkelte pasient best mulig, men også for gi "riktig" tilbud til "riktig" pasient til "riktig" tid og derved få en mest mulig effektiv utnyttelse av de palliative tjenestene på alle nivåer. Organiseringen må også legge til rette for kompetanseutveksling mellom nivåene, slik at alle aktører innehar den nødvendige kunnskap for å kunne gi god og riktig behandling samsvarende med "sitt" nivå. Målet må være at organiseringen gjør bruk av det beste fra kommunehelsetjenesten og det beste fra spesialisthelsetjenesten, slik at en oppnår fleksible og dynamiske løsninger tilpasset enkeltpasientenes behov.

Standard for palliasjon⁴ gir faglig baserte anbefalinger for hvordan palliative enheter i sykehjem bør organiseres. Disse anbefalingene viderefører retningslinjer og forslag fra en rekke offentlige utredninger, og bør sammen med erfaringene fra eksisterende enheter være retningsgivende for videre planlegging og organisering.

5.2.5.1 Organisasjonisk tilhørighet

Organiseringen må sikre at en palliativ sykehjemsenhet er en del av kommunenes helsetjeneste og fullt integrert i denne.

- *Sykehjemmene inngår i kommunale planer. Organisasjonisk bør en palliativ enhet ligge inn under sykehjemmet. Beregningen av det totale plassbehovet*

må ta høyde for at målgruppen for en palliativ enhet også omfatter yngre pasienter

Pasientene ved vanlige sykehjemsavdelinger har høy alder og dårlig funksjon, og et flertall har kognitiv svikt. Mange pasienter og pårørende har en negativ oppfatning av sykehjemmene og assosierer dem ofte med "oppbevaring" av eldre. Noen finner det problematisk å måtte forholde seg til sykehjemmets øvrige beboere; erfaringene har vist at mange, spesielt yngre pasienter, vegrer seg for å ta imot et sykehjemstilbud. I tillegg til god informasjon til befolkningen, er det derfor viktig at en palliativ enhet "skjermes" fra andre deler av sykehjemmene, spesielt enhetene for demente. Enheter som arbeider med rehabilitering, bør derimot som et eksempel kunne organiseres i tett nærhet med en palliativ enhet, pga. kompetansen som rehabiliteringsenheten kan bidra med.

- *Enheter kan være en organisatorisk enhet under en annen avdeling/post i sykehjemmet, men bør være fysisk atskilt/markert.*

5.2.5.2 Samarbeid i kommunehelsetjenesten

Pasientens fastlege og hjemmetjenestene danner basis for palliativ omsorg og behandling i kommunehelsetjenesten. Organiseringen må sikre en sømløs behandlingsskjede med god pasientflyt innad i kommunen, og også sikre full utnyttelse av de palliative plassene til den målgruppen de er tiltenkt

- *Enheter skal ha et strukturert samarbeid med fastlegene og hjemmetjenestene*
- *Enheter bør ha klart definerte inntakskriterier, tilpasset den enkelte kommunes behov, og disse må ha en klar forankring i kommunens helse- og omsorgsledelse*
- *Innleggelse må vurderes på kommunens inntaksmøte i samarbeid med lege og hjemmesykepleier. Brukerkoordinator med oversikt over de til enhver tid aktuelle pasientene i kommunen bør fysisk delta på disse møtene. Det samme gjelder representanter fra utførerene (hjemmesykepleier og lege/sykepleier fra palliativ enhet).*

5.2.5.3 Organisering med hensyn til personell

Palliative pasienter, inkludert kreftpasienter, har mange og sammensatte problemer som krever en utvidet og spesialisert kompetanse. Organiseringen må legge til rette for at helsepersonellet som skal ivareta pasientene, generer og opprettholder denne kompetansen, også gjennom tilstrekkelig erfaring med pasientgruppen. Videre må organiseringen sikre kontinuitet i pleie-, omsorgs- og behandlingstilbudet, og at pasient og pårørende får færrest mulig å forholde seg til (se også under "Bemanning")

- *Enheter bør tilstrebe å ha eget pleiepersonell (sykepleiere og hjelpepleiere). Ved små enheter kan det være hensiktsmessig å ha helt eller delvis felles bemanning med annen avdeling/post om kvelden og natten og i deler av helgen.*
- *Pleiepersonellet bør ikke ansettes i stillingsbrøker mindre enn 50 %*
- *Enheter skal på dagtid ha en fast legedekning som gir kontinuitet og samsvarer med retningslinjene for bemanning (se seinere). Planlagt fravær*

må organiseres med vikar og på en slik måte at vikaren er informert om pasientene og aktuelle problemstillinger

- *Vaktordning for leger bør samsvare med rutinene ved sykehjemmet for øvrig.*
- *Gjennom god planlegging bør bruk av legevaktlege begrenses til et minimum*
- *Enheten skal legge til rette for etter- og videreutdanning for personalet, og ha en plan for undervisning*
- *De ansatte bør ha tilbud om veiledning*

5.2.5.4 Samarbeid med helseforetakets palliative senter

Alle palliative pasienter har i større eller mindre grad behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten (utredningsprosedyrer, diagnosespesifikk behandling, symptom- behandling og behandling av interkurrente tilstander). På grunn av kompleksiteten i pasientenes problemstillinger og de krav dette stiller, er medvirkning fra det sykehusbaserte palliative senteret særlig viktig. Organiseringen må sikre god samhandling med spesialisthelsetjenesten, spesielt helseforetakets palliative senter, samt sikre at pasientene til enhver tid behandles på riktig nivå, noe som inkluderer riktig tildeling mht. på palliative plasser både i sykehjem og sykehus. Organiseringen må legge til rette for nødvendig kompetanseoverføring fra spesialistnivå gjennom samarbeid, supervisjon, råd og veiledning.

- *Den palliative sykehjemsenheten skal ha et strukturert samarbeid med palliativt senter i foretaket. Dette bør omfatte*
 - *samarbeid ved inntak av pasienter, for eksempel ved at lege fra sykehusets palliative team/enhet deltar på sykehjemsenhetens inntaksmøte. Er dette vanskelig pga. store geografiske avstander, bør alternative løsninger tilstrebes. Direkte henvisning fra palliativt senter til sykehjemsenheten kan eventuelt avtales*
 - *tilrettelegging for fortløpende kontakt for faglige råd og supervisjon*
 - *samarbeid rundt fagutvikling som utarbeidelse av felles behandlingsprosedyrer, undervisning og kursvirksomhet*
 - *en organisering som gir rom for systematisk erfarings- og kunnskapsutveksling gjennom hospiteringsordninger, felles visittgang eller annen ambulerende virksomhet*

Telemedisin er et godt alternativ til fysiske møtepunkter ved gjennomføring av felles møter eller undervisning

- *Samarbeidet mellom den palliative sykehjemsenheten og palliativt senter i helseforetaket skal være formalisert gjennom en forpliktende samarbeidsavtale. Avtalen bør være en rammeavtale som på overordnet nivå regulerer samarbeidet mellom de to nivåene på de punktene som er beskrevet.*

5.2.5.5 Samarbeid med det regionale kompetansesenteret

Kompetansesentrene for lindrende behandling i hver helseregion har et overordnet ansvar for å fremme, videreutvikle og koordinere det palliative tilbudet i egen region. Sentrene har et nasjonalt samarbeid som gir godt grunnlag for å sikre et likt tilbud i Norge uavhengig av bosted.

- *Det regionale kompetansesenteret bør ha et medansvar for oppfølging av den palliative sykehjemsenheten, herunder sørge for adekvat evaluering og*

kvalitetssikring, og medvirke til at nødvendige justeringer for kvalitetsforbedring blir foretatt.

- *Kompetansesenteret bør medvirke til at minst en sykepleier fra hver sykehjemsenhet deltar i et regionalt nettverk av "ressurssykepleiere" i palliasjon*
- *Kompetansesenteret bør medvirke til at de enkelte enhetene tilrettelegger for og prioriterer videre- og etterutdanning av sitt personale, og kunne bidra til sykehjemmenes undervisningsprogram som utarbeides/gjennomføres i samarbeid med helseforetakets palliative senter.*
- *Kompetansesenteret bør medvirke til at sykehjemsenheten tar del i forskningsprosjekter i samarbeid med lokalt eller regionalt palliativt senter*

5.2.6 Differensiert organisering avhengig av kommunestørrelse

Størrelsen på norske kommuner varierer betydelig både med hensyn på areal og innbyggertall. Organiseringen av palliative enheter på sykehjem må tilpasses lokale forhold. For store og mellomstore kommuner kan en organisering tilsvarende modellen i Trondheim være det beste alternativet, ev at flere bydeler går sammen om en felles palliativ sykehjemsenhet. For små kommuner der bare et fåtall pasienter trenger palliativ behandling i løpet av et år, vil en egen palliativ enhet i sykehjemmet være vanskelig å gjennomføre. Alternativet kan være å inngå et interkommunalt samarbeid om en felles sengeenhet gjennom interkommunal samarbeidsavtaler. Dette vil kreve at det som foreslått av Wisløff-utvalget,⁵ gis adgang til at kommunene kan delegerer myndighetsutøvelse til interkommunale organ eller til andre kommuner. Et annet alternativ kan være øremerkede sykehjemssenger som benyttes etter behov, og at kommunen i et samarbeid mellom hjemmetjenestene og sykehjemmet sørger for tilfredsstillende kompetanse for å kunne gi god grunnleggende palliasjon. Samarbeid med sykehusets palliative senter og det regionale kompetansesenteret vil fortsatt være viktig.

5.2.7 Bemanning og kompetanse

Grunnleggende krav til bemanning er skissert under kapittelet om organisering (eget pleiepersonell, evt. samordning med øvrige sykehjemsavdelinger på kveld og natt, unngå bruk av stillingsbrøker under 50 %, fast lege med god vikarordning og vaktssystem som for sykehjemmet forøvrig). I tillegg krever pasientgruppens sammensetning og det å ivareta pleie, omsorg og behandling på et oppgradert nivå (utover grunnleggende palliasjon), både økt bemanning og økt kompetanse sammenlignet med vanlige sykehjemsavdelinger. Det må også legges til grunn at bemanningen ved vanlige sykehjemsavdelinger er underestimert, spesielt når det gjelder legedekningen.

5.2.7.1 Pleiepersonell

En pleiefaktor på 1:2 bør tilstrebes på dagtid. Sykepleierdekningen bør være god, og det må være sykepleier tilstede også på kveld og natt, evt. delt med øvrige deler av sykehjemmet. Fortrinnsvis bør stillingene besettes av sykepleiere med spesialkompetanse. Formell videreutdannelse i palliativ sykepleie finnes per dato

ikke, men aktuell kompetanse er eksempelvis kreftsykepleierutdanning eller tverrfaglig utdanning i palliativ omsorg. Ufaglært pleiepersonell bør ikke benyttes.

5.2.7.2 Leger

Legedekningen må være stabil og tilfredsstillende. Behovet for legetimer per plass vil i noen grad avhenge av enhetens inntakskriterier. Jo strengere disse er, jo mer kompliserte og medisinsk krevende problemstillinger vil en stå overfor. Hva som er tilfredsstillende, må derfor vurderes i forhold til den enkelte enhets drift og behov, og bør også kunne sees i sammenheng med den tilgjengelige sykepleiefaglige spesialkompetansen. Erfaringen fra eksisterende enheter støtter imidlertid at legetjenesten må styrkes sammenlignet med en vanlig sykehjemsavdeling. Både Fagutvalget i Allmennpraktiserende legers forening, Den norske lægeforening og Standard for palliasjon har stipulert behovet for legetimer per uke per palliativ plass. Disse tallene sammenholdt med bemanningstallene for eksisterende og velfungerende enheter bør legges til grunn når legebehovet beregnes. Det må samtidig tas høyde for at det kreves tid til administrasjon, undervisning og faglig oppdatering.

Tabell. Legedekning i palliative sykehjemsenheter: Foreslåtte normtall og eksempler fra eksisterende enheter

Instans	Foreslått bemanning/eksisterende bemanning	
	Stillingsandel og plasser	Uketimer
Fagutvalget, Allmennpraktiserende legers forening ⁸ foreslår:		2 uketimer per plass spesielt beregnet for palliativ omsorg
Den norske lægeforening ⁸ foreslår:		5 uketimer per plass, inkludert tid til undervisning, administrasjon og fagutvikling
Standard for palliasjon foreslår:		2-3 uketimer per plass
Havstein sykehjem, Trondheim	50 % stilling på 12 plasser*	ca. 1,7 uketimer per plass*
Gulset sykehjem, Skien	30 % stilling på 7 plasser	Ca 1,7 uketimer per plass**

* 50 % stilling ansees for lavt, ut fra Havstein enhetens erfaring er det behov for lege i 100 % stilling
 ** erfaring tilsier minst 2 timer tilstedetid pr pasient samt tillegg for telefon-tilgjengelighet.

Den faste legen ved den palliative enheten bør ha relevant spesialistutdannelse, for eksempel i allmennmedisin, indremedisin, anesthesiologi eller onkologi. Per dato finnes ingen formell spesialitet for leger i palliativ medisin. Legen må imidlertid ha gode kunnskaper på fagfeltet, og det må legges til rette for kontinuerlig oppdatering. Fortrinnsvis bør legen ha, eller tilegne seg, kunnskaper i palliasjon på nivå med Nordisk spesialistkurs i palliativ medisin. Det bør også innledes et formalisert

samarbeid på legesiden mellom den palliative enheten på sykehuset og sykehjemmet, for eksempel gjennom rotasjons- eller hospiteringsordninger.

5.2.7.3 *Andre faggrupper*

Tverrfaglig tilnærming er nødvendig for å løse mange av de sammensatte problemene til alvorlig syke og døende. Sykehjemsenheten må derfor ha tilgang til relevante fagpersoner som fysioterapeut, prest og sosionom etter faste avtaler. For de fleste enheter vil egne "tverrfaglige stillinger" være lite realistisk. Alternativene er formalisert samarbeid med kommunalt ansatte, deltidsstillinger eller bruk av tverrfaglig personell fra palliativ enhet ved sykehus.

6 Finansieringsordninger for palliative enheter i sykehjem

6.1 Erfaringer

Kostnadsnivået i en palliativ sykehjemsenheter ligger erfaringsmessig høyere enn for en vanlig sykehjemsavdeling. Dette ligger også implisitt i en slik organisering. Hvis en palliativ spesialenhet skal kunne ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte, kreves både økt bemanning og økt bruk av mer kostnadsskrevende symptombehandling enn i en vanlig sykehjemsavdeling. Tabellen nedenfor med regnskapstall for 2006 for Havstein sykehjem i Trondheim eksemplifiserer dette. Selv om tallene er høye sammenlignet med en vanlig sykehjemsseng, ligger allikevel kostnadene betydelig lavere enn for en sykehusseng.

Ordinær sykehjemsplass i Trondheim:	
Koster i snitt per år (netto)	400 633
Medikamenter per år per seng	17 744
Havstein (regnskap 2006):	
Palliativ seng, koster i snitt per år, inkl kapital utgifter	839 135
Vanlig seng, koster i snitt per år, inkl. kapital utgifter	454 425
Ekstra per seng per år	384 710
Palliativ seng, medikamenter per år per seng	65 782
Medikamenter per år per ordinær sykehjemsseng	17 744
Ekstra per seng per år	48 038

Tabellen viser at økningen i medikamentutgifter utgjør en vesentlig del av ekstrautgiftene. Kommunen dekker alle kostnader til legemidler for pasienter i sykehjem/institusjon. Økte medikamentutgifter i forbindelse med palliative pasienter kan være medvirkende til at sykehjemsalternativet ikke blir fullt utnyttet, eller at kommunene ikke ser seg råd til å ta hånd om pasienter som krever mer enn basal behandling og pleie. Alternativet i sistnevnte tilfelle er sykehusinnleggelse, noe som samfunnsmessig og totalt sett er mer kostnadskrevende. I tillegg vil det for mange pasienter og pårørende være et dårligere alternativ enn behandling i en tilrettelagt palliativ sykehjemsenheter.

Erfaringene fra eksisterende palliative sykehjemsenheter er også at avhengighet av svingende kommunal økonomi og velvilje gir uforutsigbare driftsmuligheter. Det

samme gjelder øremerkede midler som bevilges for kortere perioder (ett til få år). Problemene oppstår når prosjektiden utløper og kommuneøkonomiens rammer ikke gir mulighet for full overgang til ordinær drift. NOU 2005:3 påpeker også at verdifulle samhandlingstiltak etableres i langt mindre grad enn det som synes fornuftig, og at tiltak som forsterkede sykehjem trues med nedleggelse. Wisløffs-utvalgets vurdering er at dette i stor grad skyldes at denne type aktiviteter ikke har tilstrekkelig støtte i de generelle finansieringsordningene.

6.2 Anbefalinger

Dagens finansieringsordninger understøtter i mindre grad samhandlingstiltak og etablering av oppgraderte eller spesialiserte enheter i kommunene. I NOU 2005:3 (Wisløff-utvalget)⁵ foreslås det derfor at det stimuleres til forsøk med nye organisasjonsmodeller støttet av nye finansieringsordninger, herunder sameie mellom kommuner og foretak, og at det bør avsettes statlige midler i form av tidsbegrensede øremerkede tilskudd for å etablere eller videreutvikle samhandlingstiltak. Konklusjonen er at slike tilskudd bør kanaliseres gjennom kommunene, men kanalisering gjennom de regionale helseforetakene eller Sosial- og helsedirektoratet framsettes som alternativer. Det presiseres at det bør stilles krav om formaliserte avtaler for konkrete tiltak før øremerkede midler utløses. For å sikre finansiering av legemidler til sykehjemspasienter, foreslås at trygden betaler for nødvendige medisinsutgifter til pasienter som trenger kreftbehandling, og ellers at det legges til rette for ordninger som sikrer bedre kostnadsnøytralitet for dyr medikamentell behandling av alvorlige sykdommer, uavhengig av om pasienten er på sykehus, sykehjem eller i åpen omsorg. At helseforetakene delfinansierer legemidlene er et alternativ.

Forslagene fra Wisløff-utvalget er, med noen unntak, samsvarende med det som vil være nødvendig for å sikre etablering av palliative sykehjemsenheter og for å styrke palliativ behandling i sykehjem.

Den finansielle målsetningen bør være:

- *Robuste langsiktige løsninger*
Dette betyr at bruken av tidsbegrensede bevilgninger som foreslått i NOU 2005:3 må vurderes nøye for å unngå uforutsigbar drift som erfart ved øremerkede prosjektmidler. Tidsbegrensing med krav om evaluering etter forhåndsdefinerte kvalitetskriterier før nye bevilgninger utløses, kan være et alternativ.
- *Finansieringsfordeling mellom kommuner og helseforetak og løsninger som kan sikre finansiering av palliative sykehjemsplasser i alle kommuner.*
Finansieringsmodellen bør være uavhengig av kommunale budsjett. Den må også ta hensyn til at et formelt samarbeid mellom kommune og helseforetak er nødvendig både for å sikre en sømløs behandlingsskjede og for å sikre tilfredsstillende kompetanse i sykehjemsenhetene. Det betyr at et særskilt finansieringssystem må etableres og knyttes opp mot formelle samarbeidsavtaler. Finansieringsfordeling mellom kommuner og helseforetak er nødvendig. Sentral finansiering, eventuelt i form av øremerkede midler, kanalisert gjennom helseforetakene, anbefales. Dette vil medvirke til å sikre likhet i tilbud. Kanalisering gjennom helseforetakene, evt. i samarbeid med

det regionale kompetansesenteret kan også stimulere til økt interkommunalt samarbeid for småkommuner uten befolkningsgrunnlag for en egen palliativ sykehjemsenhet.

- *Finansieringen må være avhengig av tilbudets kvalitet*
Dette betyr at i tillegg til at formaliserte samarbeidsavtaler må være på plass, må det faglige tilbudet kunne dokumenteres i henhold til klare forutsigbare og etterprøvbare kriterier.

Arbeidsgruppen foreslår at det etableres en prøveordning på to år, hvor det settes av midler via statsbudsjettet som kanaliseres via de regionale helseforetakene. Midlere utløses når det er etablert et kvalitativt og kvantitativt akseptabelt tilbud i henhold til etablerte kriterier. Ordningen skal kunne danne grunnlaget for en permanent finansieringsordning for denne type tjenester i Norge. Under en prøveordning må finansieringen inkludere midler til en fortløpende, systematisk evaluering.

6.3 Prøveordning og evaluering

En rekke palliative sykehjemsenheter har vært etablert, tildels gjennom øremerkede statlige midler. Med noen få unntak har ingen systematisk evaluering med etterprøving av funksjon og behandlingskvalitet vært gjennomført.

En prøveordning over to år for ny finansieringsordning bør ta utgangspunkt i eksisterende enheter. De enhetene som velges ut må kunne dokumentere drift etter gitte kriterier for faglig kvalitet. Anbefalingene som gis i denne utredningen bør være retningsgivende for hvordan kriteriene defineres.

Lokale tilpasninger med hensyntaken til kommunestørrelse og geografi vil alltid være nødvendig. Prøveordningen bør ta hensyn til dette og omfatte enheter som krever forskjellig tilpasninger:

- sykehjem i samarbeid med palliativ enhet på universitetssykehusnivå
- sykehjem i samarbeid med palliativ enhet i det lokale helseforetaket
- interkommunal palliativ enhet på sykehjem i samarbeid med palliativ enhet/team på lokalsykehusnivå

De enhetene som omfattes av prøveordningen, må pålegges å gjennomføre en systematisk evaluering. Evalueringsmetode må være felles for alle enhetene. Evalueringen bør kunne utføres av et eller flere av de regionale kompetansesentrene, evt. i samarbeid med palliative forskningsmiljø på universitetene.

Referanser

- (1) Norges offentlige utredninger. NOU 1997: 20 Norsk kreftplan. Omsorg og kunnskap. 1997. Oslo, Sosial og helsedepartementet.
- (2) Norges offentlige utredninger. NOU 1999: 2 Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. 1999. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning.
- (3) Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen. Kvalitet, kompetanse og kapasitet. 2004. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- (4) Norsk forening for palliativ medisin. Standard for palliasjon. 2004.
- (5) Norges offentlige utredninger. NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. 2005. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- (6) Statistisk Sentralbyrå. Plassar i institusjonar for eldre og funksjonshemma. 1996-2005. <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/tab-2006-12-08-01.html> [2006 [cited 2007 Feb. 17];
- (7) Statistisk Sentralbyrå. Folkemengd, etter alder og fylke. Absolutte tal. 1. januar 2006. <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/folkemengde/arkiv/tab-2006-02-23-01.html> [2006 [cited 2007 Feb. 17];
- (8) Den norske lægeforening. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten fra Den norske lægeforening. Jorunn Fryjordet. 2001. Oslo, Den norske lægeforening.
- (9) Statens helsetilsyn og Nasjonalt geriatri program. Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999. Utredningsserie 8-99. 1999. Oslo, Statens helsetilsyn.
- (10) Hoie J. [Nursing home tasks and physician's role]. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125(8):1009-1010.
- (11) Nygaard HA. [Nursing home as a medical institution--a fata morgana?]. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122(8):823-825.
- (12) Bakke HK. Nye tanker om bemanning i sykehjem. Tidsskr.Nor Lægeforen. 124[21], 2807. 2004.
- (13) Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T, Nygård L. Bemanning og kvalitet i sykehjem. Tidsskr.Nor Lægeforen. 124[22], 2954-2955. 2004.
- (14) Wyller TB, Laake P. Bemanning og kvalitet i tjenesten. http://www.fagforbundet.no/Modules/KB_Publish/ShowArticle.asp?PageID=1017&ArticleID=9110&ShowMore=0 [2005 [cited 2006 Dec. 21];
- (15) Statistisk Sentralbyrå. Dødsfall av underliggende dødsårsak, etter dødssted. Prosent. 2004¹ (Ny 31. august 2006). <http://www.ssb.no/dodsarsak/tab-2006-06->

[01-19.html](#) [2006 [cited 2007 Feb. 17];

- (16) Axelsson B, Christensen SB. Place of death correlated to sociodemographic factors. A study of 203 patients dying of cancer in a rural Swedish county in 1990. *Palliat Med* 1996; 10(4):329-335.
- (17) Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356(9233):888-893.
- (18) Jordhoy MS, Saltvedt I, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. Which cancer patients die in nursing homes? Quality of life, medical and sociodemographic characteristics. *Palliat Med* 2003; 17(5):433-444.
- (19) Polissar L, Severson RK, Brown NK. Factors affecting place of death in Washington State, 1968-1981. *J Community Health* 1987; 12(1):40-55.
- (20) Maccabee J. The effect of transfer from a palliative care unit to nursing homes--are patients' and relatives' needs met? *Palliat Med* 1994; 8(3):211-214.
- (21) Hunt R, Bonett A, Roder D. Trends in the terminal care of cancer patients: South Australia, 1981-1990. *Aust N Z J Med* 1993; 23(3):245-251.
- (22) Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie-og omsorgstjenester - analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. 1999. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.
- (23) Baer WM, Hanson LC. Families' perception of the added value of hospice in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(8):879-882.
- (24) Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology. *JAMA* 1998; 279(23):1877-1882.
- (25) Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in U.S. nursing homes: validating a pain scale for the minimum data set. *Gerontologist* 2001; 41(2):173-179.
- (26) Hanson LC, Danis M, Garrett J. What is wrong with end-of-life care? Opinions of bereaved family members. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(11):1339-1344.
- (27) Murphy K, Hanrahan P, Luchins D. A survey of grief and bereavement in nursing homes: the importance of hospice grief and bereavement for the end-stage Alzheimer's disease patient and family. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(9):1104-1107.
- (28) Casarett D, Karlawish J, Morales K, Crowley R, Mirsch T, Asch DA. Improving the use of hospice services in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 294(2):211-217.
- (29) Ersek M, Grant MM, Kraybill BM. Enhancing end-of-life care in nursing homes: Palliative Care Educational Resource Team (PERT) program. *J Palliat Med* 2005; 8(3):556-566.

- (30) Froggatt KA. Palliative care and nursing homes: where next? Palliat Med 2001; 15(1):42-48.
- (31) Hanson LC, Reynolds KS, Henderson M, Pickard CG. A quality improvement intervention to increase palliative care in nursing homes. J Palliat Med 2005; 8(3):576-584.
- (32) Hunt R, McCaul K. Coverage of cancer patients by hospice services, South Australia, 1990 to 1993. Aust N Z J Public Health 1998; 22(1):45-48.
- (33) Nasjonal oversikt over palliative tiltak. Notat fra de fem regionale kompetansesentre for lindrende behandling. Utarbeidet på oppdrag fra Sosial og helsedirektoratet, mars 2006. 2006.
- (34) Garasen H, Kaasa S, Rosstad T, Broen P. [Specialised short-term wards in nursing homes--the Trondheim model]. Tidsskr Nor Laegeforen 2005; 125(11):1503-1505.
- (35) Jacobsen G. Specialised palliative care in a nursing home - Description of an integrated model of palliative care and comparison between hospital specialise palliative care and nursing home palliative care. 2007. Department of cancer research and molecular medicine , Faculty of Medicine, NTNU, Trondheim.
- (36) Kvikstad A. Personlig meddelelse. 2007.
- (37) Aga O, Hessling SE, Lobben HT. [The Phoenix--the nuance nursing home]. Tidsskr Nor Laegeforen 2005; 125(10):1355-1356.
- (38) Kompetansesenter i lindrende behandling HV. Palliativ avdeling ved Bergen Røde Kors Sykehjem. http://www.helse-bergen.no/avd/lindrendebehandling/palliative_tiltak/hospice_avd_v_brks/hospice_avdelingen_BRKS.htm [2006 [cited 7 A.D. Mar. 11];
- (39) Paulsen Ø. Personlig meddelelse. 2007.
- (40) Wester T. Pilotprosjekt for organisering av et samordnet palliativt tilbud i Hamarområdet. 2006. Oslo, Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Hamar og Kompetansesenter for lindrende behandling Helse Øst, Ullevål Universitetssykehus.
- (41) Ingebrigtsen K. Personlig meddelelse. 2007.
- (42) Vefsn kommune. Omsorgsavdelingen - lindrende enhet. <http://www.vefsn.kommune.no/nordland/vefsn/vefsnk.nsf/id/C3114806952BBE7EC12570D50030597F?OpenDocument> [2006 [cited 7 A.D. Mar. 11];