

Interkommunalt samarbeidsprosjekt i palliasjon

-Tek kvar og ein sin vesle stein, er snart vår åker rein - Arne Garborg



Tverrfaglig samarbeidsprosjekt mellom kommunene og sykehus i Helse Stavanger HF om kompetanseheving, individuell plan, samhandling og interkommunalt samarbeid innen lindrende omsorg og behandling.

Oktober 2010



**Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Rogaland



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Innhold

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Målgruppe.....	4
2.0 MÅL.....	4
2.1 Hovedmål	4
2.2 Delmål	4
3.0 NASJONALE FØRINGER.....	4
4.0 PROSJEKTORGANISERING.....	5
4.1 Prosjektstyring	5
4.2 Mandat for styringsgruppe	5
4.3 Mandat for prosjektgruppe	5
4.4 Forankring	5
4.5 Prosjektledelse	6
4.5.1 Styringsgruppe	6
4.5.2 Prosjektgruppe	6
4.5.3 Referansegruppe	7
4.5.4 Samarbeidsparter.....	7
5.0 FRAMDRIFTSPLAN	7
5.1 Framdrift.....	10
6.0 FORUTSETNINGER FOR Å LYKKES	10
7.0 EVALUERING OG SPREDNING AV RESULTATER	11
7.1 Evaluering.....	11
8.0 REFERANSER.....	12
9.0 VEDLEGG	13
9.1 Begrepsavklaring/definisjoner	13

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Vi ønsker med prosjektet å heve den generelle kompetansen innen palliasjon, implementere individuell plan og styrke interkommunal samhandling gjennom gode praktiske løsninger som kan ha overføringsverdi til kommuner i helseforetaket. Gjennom økt kompetanse og bruk av individuell plan for palliasjon ønsker vi å oppnå et bedre tjenestetilbud og gi trygghet og forutsigbarhet for pasienter, pårørende og helsepersonell. Prosjektet vil gi erfaring med interkommunal samhandling som kan ha nasjonal overføringsverdi.

Den palliative kultur kjennetegnes av en tverrfaglig tilnærming til pasient og pårørende. God informasjonsflyt og tydelig ansvarsfordeling for å sikre kontinuitet og koordinering i behandlingsskjeden er en utfordring. I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, Omsorgsplan 2015 og i St.mld. nr. 47 Samhandlingsreformen, beskrives individuell plan (IP) som et viktig verktøy for koordinerte tjenester i denne sammenheng. Det er vår erfaring at IP brukes lite i palliasjon.

Det har vært en betydelig kompetanseheving innen palliasjon i Helse Stavanger HF de siste årene, og flere kommuner har etablert lindrende enheter og senger. Regionalt ansatte medarbeidere i Kompetansesenter i lindrende behandling (KLB) har vært sentrale i dette arbeidet i tillegg til Mobilt palliativt team (MPT) ved SUS, lege ved Lindrende enhet Boganess sykehjem og Nettverk for ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling.

Kompetanseheving har til nå vært knyttet opp mot spredte prosjekter i ulike kommuner i helseforetaket. Flere kommuner har ønsket å starte egne prosjekter innen palliasjon, men ikke lyktes å få prosjektmidler. Hå, Klepp og Eigersund kommune tok kontakt med Utviklingssenter for sykehjem, Stokka sykehjem for å få til et samarbeidsprosjekt. Helsefaglig prosjektforum inviterte alle 18 kommuner i helseforetaket til samarbeid om interkommunalt prosjekt. Følgende kommuner gikk sammen om felles prosjektsøknad: Eigersund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Sandnes og Stavanger, i tillegg til MPT og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland (USHT). Etter at prosjektsøknad ble innvilget fra Helsedirektoratet juni 2010, gikk prosjektgruppen ut på ny med formell invitasjon til andre kommuner om deltagelse. I tillegg til førstnevnte kommuner, deltok fra 01.10.10 også Time, Randaberg og Rennesøy kommune. Etter tildeling av prosjektmidler juni 2011 har Finnøy, Forsand, Gjesdal, Hjelmeland, Kvitsøy, Lund, Sokndal, Sola og Strand kommune sluttet seg til prosjektet medio november 2011. Prosjektgruppen samler pr. i dag eksisterende tverrfaglig kompetanse i alle 18 kommuner og Stavanger Universitetssjukehus i Stavanger HF og peker i prosjektplan på felles utfordringer innenfor palliasjon i dag:

Hvem har behov for palliasjon? Det nasjonale handlingsprogrammet, palliative enheter og palliative team har i stor grad fokus på kreftpasienter. Samtidig er det et tydelig behov for et palliativt tilbud til andre pasienter. Utfordringen er å identifisere de pasienter som kan ha behov for palliasjon.

Den palliative fasen kjennetegnes ved komplekse symptombilder, med akutte og hyppige endringer i pasientens situasjon. Pasienter og pårørende har et stort behov for trygghet gjennom helhetlig og forutsigbar oppfølging av tjenesteapparatet. Tverrfaglighet er et viktig element i palliasjon, fordi behovene er så forskjellige og fordi tiltakene strekker seg over et stort spekter av fagområder. Prosjektet mener individuell plan er et godt egnet verktøy for å sikre denne oppfølgingen.

Kommunene har i dag ujevn kompetanse og tilgjengelighet innen palliasjon. For å sikre pasienter, pårørende og helsepersonell trygghet, ønsker prosjektet fortsatt fokus på kompetanseheving innen grunnleggende palliasjon, samt å utvide begrep til å gjelde generell gruppe (alle diagnoser). Ujevn tilgjengelighet på kompetanse, også etter kontortid, er en kjent utfordring i kommunene, og prosjektet vil se på muligheter og undersøke behov for bruk av spesialkompetanse og lindrende senger interkommunalt.

Helse Stavanger HF har et nedslagsfelt på 320.000 innbyggere (i følge årsrapporten SUS 2008), i 18 kommuner. Beregnet antall dødsfall pga sykdom i Stavanger HF sitt område er ca. 2160. Kommunene representert i arbeidsgruppen utgjør ca. 2/3 av innbyggerne i nedslagsfeltet.

1.2 Målgruppe

Pasienter i kommunene som tilhører nedslagsfeltet i Helse Stavanger HF som har behov for palliasjon, samt deres pårørende.

2.0 MÅL

2.1 Hovedmål

Kommunene i Helse Stavanger HF gir et helhetlig og kvalitativt godt tilbud til pasienter med behov for lindrende behandling og omsorg, og sikrer trygghet for pasient og pårørende gjennom kontinuitet, koordinering og samarbeid.

2.2 Delmål

1. Alle pasienter med behov for palliasjon har tilbud om IP for å sikre et koordinert og tverrfaglig tjenestetilbud.
2. Kompetansen heves for alle faggrupper som er involvert i arbeidet rundt den palliative pasient og hans/hennes pårørende, tilsvarende nivå B i Nasjonalt handlingsprogram.
3. Bruker eksisterende spesialkompetanse interkommunalt.
4. Tilgjengelighet etter kontortid er avklart.
5. Lindrende senger/senger på lindrende enheter kan brukes interkommunalt.

3.0 NASJONALE FØRINGER

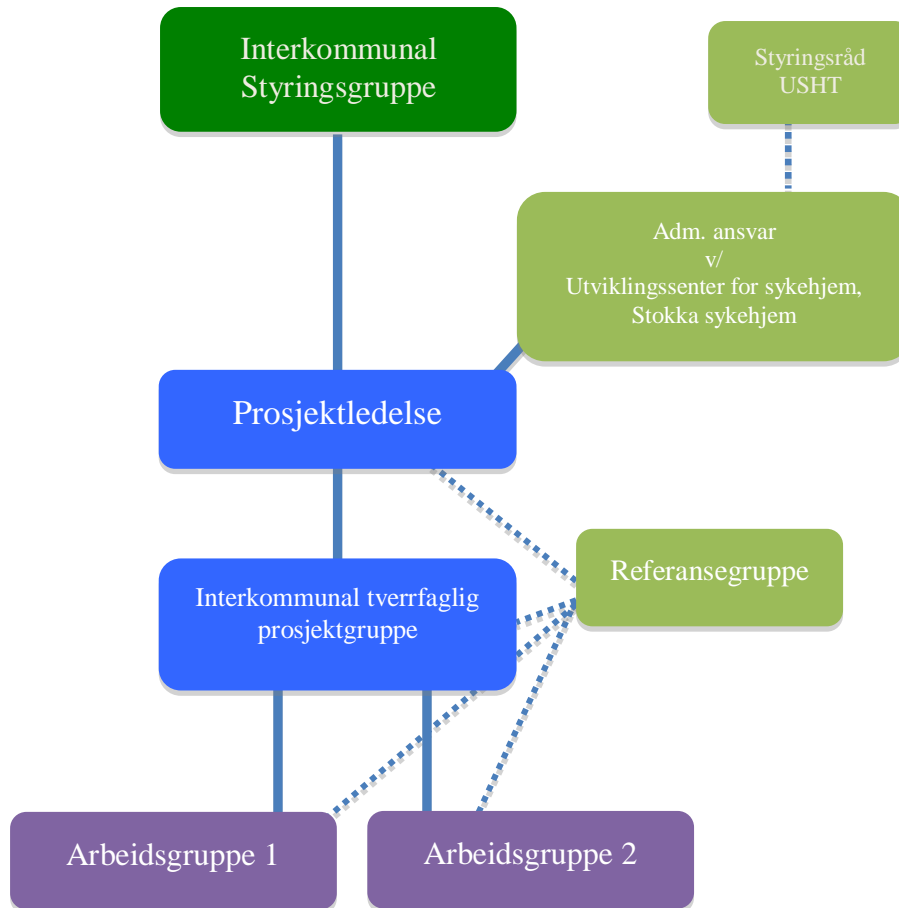
St.meld.nr. 47 Samhandlingsreformen retter satsingen mot samhandling for å bedre kvalitet og ressursutnyttelse til det beste for pasient og pårørende. Det er i dag få systemer som er rettet mot helheten i de ulike tjenester og som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Samhandling mellom nivåer og innad i kommunene er derfor fortsatt en stor utfordring for helse- og omsorgstjenesten.

Individuell plan (IP) er innført som virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottagere med behov for langvarige og koordinerte tverrfaglige helse- og/eller sosialtjenester. Mål er at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Individuell plan 2010 Veileder til forskrift om individuell plan).

I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, påpekes det at utformingen og omfanget av IP tilpasses den palliative pasient sin spesielle situasjon med stadig endring i tilstand og vekslende behov for oppfølging. Hovedmålet for planen må være at den bidrar til helhetlig og forutsigbar tjeneste med tydelig oppgavefordeling og avtaler om tilgjengelighet og oppfølging.

4.0 PROSJEKTORGANISERING

4.1 Prosjektstyring



4.2 Mandat for styringsgruppe

- Styringsgruppen skal sikre prosjektets framdrift og forankring.
- Styringsgruppen vedtar prosjektplan og fradriftsplan.
- Styringsgruppen godkjenner evalueringsplan.

4.3 Mandat for prosjektgruppe

- Prosjektgruppe har ansvar for at prosjektplanens mål, fremdriftsplan og evaluering gjennomføres innenfor vedtatt ramme
- Prosjektgruppen arbeider tverrfaglig og interkommunalt
- Prosjektgruppen rapporterer regelmessig til styringsgruppen

4.4 Forankring

Utviklingscenter for sykehjem, Stokka sykehjem, Stavanger kommune har administrativt ansvar for prosjektet. Prosjektet er dessuten forankret i adm. ledelse i alle 18 deltakende kommuner og SUS. Samhandlingsutvalget mellom SUS og kommunene i Helse Stavanger HF er orientert om prosjektet. Alle kommunene, MPT og USHT er representert ved deltagere i prosjekt gruppen. Hver bidrar med 10 % stilling i prosjektet ved å bruke eksisterende ressurser/kompetanse.

4.5 Prosjektledelse

Prosjektledelsen har ansvar for den praktiske gjennomføringen av prosjektet og består av prosjektleder Aart Huurnink (20 %), overlege v/ Lindrende enhet, Boganes sykehjem, kommuneoverlege Stavanger kommune og prosjektkoordinator Kristin Eikill (20 %), kreftsykepleier, rådgiver palliasjon, Stavanger kommune, KLB medarbeider. Prosjektledelsen er ansatt ved Utviklingscenter for sykehjem, Stokka sykehjem, Stavanger kommune.

4.5.1 Styringsgruppe

Styringsgruppen har det overordnede ansvar for prosjektet, og er sammensatt av representanter fra politisk ledelse i kommunene, helsefaglig ledelse i kommunene og samhandlingsavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus. I tillegg er prosjekt- og administrativ ledelse representert.

Levekårsjef Stavanger kommune, Marit Bore (leder)
Ordfører Sandnes kommune, Stanley Wirak
Ordfører Hå kommune, Mons Skrettingland
Samhandlingsavdelingen SUS, Sissel Hauge
Helsefaglig ansvarlig Eigersund kommune, Anne Brit Tengesdal
Kommunelege Bjerkreim kommune, Knut Vassbø
Leder omsorgstjenesten Klepp kommune, Nina Bolme Steinsholt
Leder Utviklingscenter for sykehjem, Arnt Egil Ydstebø
Prosjektleder, Aart Huurnink
Prosjektkoordinator, Kristin Eikill

4.5.2 Prosjektgruppe

Prosjektgruppe er bredt tverrfaglig og interkommunalt sammensatt. Prosjektledelse vil dele prosjektgruppen i mindre arbeidsgrupper.

Arnt Egil Ydstebø, sykepleier/MPH, leder Utviklingscenter for sykehjem, Stokka sykehjem, Stavanger kommune
Unni Rostøl, sykepleier, prosjektleder Utviklingscenter for hjemmetjenester i Rogaland, Stavanger kommune
Else Beth Bårdsen, kreftsykepleier, Eigersund kommune
Øyvor Sønstabø, kreftsykepleier, fagutvikler, Bjerkreim kommune
Ingrid Lotsberg Norås, kreftsykepleier, Klepp kommune
Randi Espeseth Opstad, palliativ sykepleier, sykepleier lindrende omsorg, Hå kommune
Irene Tjelta, sykepleier, soneleder, Sandnes kommune
Torhild Thorstvedt, kreftsykepleier, leder Mobilt palliativ team, SUS
Anne Lise Alvær, palliativ sykepleier, fagleder, Time kommune
Kirsten G. Østrem, fysioterapeut, Klepp
Hanna Baardsen, sosionom, Kreftomsorg Rogaland
Sindre Eskedal, Ræge menighet, Sola
Eldbjørg S. Spanne, kreftsykepleier, Randaberg kommune
Margit Finnesand, palliativ sykepleier, Rennesøy kommune
Anne Lise Eike, sykepleier/leder, Finnøy Kommune
Birte Lie Haug, fysioterapeut, Sola kommune
Elin Fister Hovda, kreftsykepleier, Hjelmeland kommune
Elin Adsen Kvåle, leder, Sokndal kommune
Gerd Kristin Skjæveland, palliativ sykepleier, Gjesdal kommune
Hanne Eidsheim, ressurssykepleier, Lund kommune
Malene Søiland, helse- og omsorgsleder, Kvitsøy kommune

4.5.3 Referansegruppe

Referansegruppen består av helsepersonell/aktører med faglig spisskompetanse og interesse for pasienter med behov for lindrende omsorg og behandling.

Kompetansesenter i lindrende behandling, Helse Vest
Beate F. Skaraas, kreftsykepleier ALS team, lindrende enhet, Sola sjukeheim
Eva Søderholm, onkolog/tilsynslege lindrende enhet, Sola sjukeheim
Heidi Grundt, dr. med/overlege lungeavdeling, SUS
Kåre Øygarden, fastlege/kommuneoverlege/tilsynslege, Gjesdal kommune
Tove Dubland, sykepleier/rådgiver, Hå kommune
Ingelin Testad, psykiatrisk sykepleier/ PhD, leder ved Regionalt senter for eldre medisin og samhandling (SESAM), Helse Vest
Kreftomsorg Rogaland
Kreftforeningen
Eldrerådet

4.5.4 Samarbeidsparter

Mobilt palliativt team, SUS
Kompetansesenteret for lindrende behandling, Helse Vest
Regionalt senter for eldre medisin og samhandling (SESAM), Helse Vest
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland, Stavanger kommune
Nettverk av ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Stavanger HF
Stavanger kommunes kompetansesenter i palliasjon, Lindrende enhet, Boganes sykehjem
Forum for sykehjemsmedisin, Nord-Jæren
Kreftomsorg Rogaland
Kreftforeningen

5.0 FRAMDRIFTSPLAN

Delmål 1

Alle pasienter med behov for palliasjon har tilbud om IP for å sikre et koordinert og tverrfaglig tjenestetilbud.

Tiltak		Nov 10	Des 10	Jan 11	Feb 11	Mar 11	Apr 11	Mai 11	Jun 11	Jul 11	Aug 11	Ansvar
Tiltak 1 Identifisere pasienter som kan ha behov for palliative tiltak	Introdusere kriterier fra Gold Standards Framework											Aart Huurnink
	Utvikle kartleggings-skjema											Aart Huurnink / prosjektgruppe
	Kartlegge palliative pasienter på respektive virksomheter.											Kommune repr. I prosjektgruppe

Tiltak 2 Tilpasse IP til kommunalt system med elementene i IP fra KLB	Utarbeide mal IP for palliasjon											Prosjektgruppe
	IP skal samordnes med eksisterende IP i kommunene											Kommune repr. I prosjektgruppe
Tiltak 3 Pasienter med behov for palliasjon får tilbud om IP	Gi tilbud om IP for palliasjon											Kommunene
Tiltak 4 Tilgjengelighet etter kontortid	IP forutsetter at nøkkelpersoner er tilgjengelige etter kontortid											Prosjektgruppe

Delmål 2

Kompetansen heves for alle faggrupper som er involvert i arbeidet rundt den palliative pasient og hans/hennes pårørende, tilsvarende nivå B i Nasjonalt handlingsprogram.

Tiltak		No v 10	De s 10	Ja n 11	Fe b 11	Ma r 11	Ap r 11	Ma i 11	Ju n 11	Ju l 11	Au g 11	Ansvar
Tiltak 1 Generell kompetanse-økning i palliasjon	Interkommunale fagdager med tverrfaglige presentasjoner i grunnleggende palliasjon											Prosjektgruppen ved arbeidsgruppe
	Presentasjon av prosjekt med kommuneledelse og virksomhetsledere											Prosjektgruppen
Tiltak 2 Måltrett kompetanse-heving	Hospitering, praksisbesøk og pasientnær læring av ferdigheter og holdninger											Prosjektgruppen ved arbeidsgruppe i samarbeid med ressurs-sykepleiere i kommunen
	Utarbeide kompetanse "pakker"											
	Arrangere fagdager											
	Opplæring basert på eksisterende verktøy innen palliasjon: ESAS, "medikamenter for døende", LCP											

Tiltak 3 Utarbeide gode felles systemer og rutiner	Kartlegge behov for og utarbeide informasjonsmaterie ll												Prosjektgruppe

Delmål 3 og 4

*Bruker eksisterende spesialkompetanse interkommunalt.
Tilgjengelighet etter kontortid er avklart.*

Tiltak		Nov 11	Des 11	Jan 12	Feb 12	Mar 12	Apr 12	Mai 12	Jun 12	Jul 12	Aug 12	Ansvar
Tiltak 1 Kartlegge eksisterende spesialkompetanse innen palliasjon i kommunene	Skaffe oversikt og tilgjengelighet over tverrfaglig spesialkompetanse i kommunene											Kommuner
	Samle erfaringer med tverrfaglig interkommunalt samarbeid											Prosjekt gruppe
	Utarbeide retningslinjer for bruk av spesialkompetanse interkommunalt også etter kl. 1600											Arbeids gruppe

Delmål 5

Senger på lindrende enheter kan brukes interkommunalt.

Tiltak		Nov 11	Des 11	Jan 12	Feb 12	Mar 12	Apr 12	Mai 12	Jun 12	Jul 12	Aug 12	Ansvar
Tiltak 1 Undersøke muligheter for bruk av lindrende senger interkommunalt	Kartlegge behov for lindrende senger i aktuelle kommuner											Prosjektgruppe
	Undersøke muligheter for interkommunalt samarbeid om bruk av lindrende senger											

Totaloversikt 3-års plan		
2011	2012	2013
<ul style="list-style-type: none"> • Individuell plan tas i bruk i kommunene jmfr. delmål 1 • Kompetansebygging jmfr. delmål 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiviteter og tiltak for å nå delmål 1 og 2 videreføres • Muligheten for bruk av ressurser interkommunalt utredes og hvis mulig implementeres 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiviteter jmfr. Delmål 3,4 og 5 videreføres • Forskningsbasert evaluering

5.1 Framdrift

3-12 mnd:

- Presentasjon (oppstartskonferanse) av prosjektet med kommuneledelse/virksomhets-/tjenesteledere.
- Prosjektet som tema i USHT spredningskonferanse
- Regelmessige prosjektgruppemøter (en gang hver måned og ved behov).

12-30 mnd:

- Bruk av ressurser/ressurspersoner interkommunalt, samt utrede muligheter for interkommunal bruk av lindrende senger.
- Bearbeidelse av innsamlede data i samarbeid med forskningsmiljø fra Senter for eldremedisin, SUS.

24-36 mnd:

- Evaluering og sluttrapport

6.0 FORUTSETNINGER FOR Å LYKKES

For å kunne arbeide målrettet, grundig og systematisk med tiltakene i prosjektet er det nødvendig at prosjektet har en varighet over tre (3) år.

Prosjektet er avhengig av følgende faktorer for å nå hovedmål og delmål:

Ressurser:

Prosjektet er administrativt underlagt Utviklingssenter for sykehjem, Stokka sykehjem, Stavanger kommune. Kommunenes og aktørenes bidrag er en viktig forutsetning for konstruktive møtepunkter, planlegging, og gjennomføring av tiltak i prosjektperioden.

Ledelsesforankring:

Prosjektet er avhengig av lederforankring i kommunene/tjenesteområdene med hensyn til ressursbruk, tilrettelegging og stimulering til tverrfaglig arbeid innen palliasjon.

Kompetanse:

Tverrfaglig prosjektgruppe og referansegruppe sikrer prosjektet bred kompetanse innen palliasjon og tilhørende fagfelt. Flere deltakere i prosjektgruppen har erfaring fra prosjektarbeid. Senter for eldremedisin ved SUS bistår med forsknings- og evalueringskompetanse.

Samarbeid:

Prosjektledelse har ansvar for å skape et godt samarbeid innad i prosjektgruppen og arbeidsgruppene, overfor styringsgruppe, samt referansegruppe og andre samarbeidsparter.

Tilgjengelighet:

En forutsetning for å lykkes er tilgjengelighet av fagkompetanse etter kontortid, både fra spesialisthelsetjeneste og fra kommunehelsetjeneste.

Tilgjengelighet etter kontortid for behandlingsansvarlig lege vil være en viktig forutsetning ved implementering av IP.

7.0 EVALUERING OG SPREDNING AV RESULTATER

7.1 Evaluering

Forskningsbasert evaluering vil bli utarbeidet og gjennomført i samarbeid med Senter for eldre medisin og samhandling ved Stavanger universitetssykehus og Kompetansesenter for Lindrende behandling, Helse Vest.

Det vil bli søkt om ytterligere eksterne forskningsmidler for å bidra til forskningsbasert evaluering.

7.2 Spredning av resultater

Resultat vil bli publisert i fagtidsskrifter, samt gjennom deltakelse på erfarings- og forskningskonferanser. Spredning av resultat vil også skje gjennom KLB, utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester sine nettsider, spredningskonferanse og via kontaktnettet til samhandlingsutvalget Helse Stavanger HF.

Lokal presse vil bli benyttet for å informere om prosjektet.

8.0 REFERANSER

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf

St. meld. Nr 47 Samhandlingsreformen:

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Individuell plan 2010 Veileder til forskrift til individuell plan:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00027/IS-1253NY_27349a.pdf

Mobilt palliativt team, SUS: <http://www.sus.no/omoss/avdelinger/mobilt-palliativt-team-mpt/Sider/enhet.aspx>

Kompetansesenter i lindrende behandling, Helse Vest: <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/enhet.aspx>

Kreftomsorg Rogaland: <http://www.kreftomsorgrogaland.no/index.cfm?id=133992>

Watson J, Hockley J, Murray S (2010), Evaluating effectiveness of the GSFCH and LCP in care homes. *End of life care* Vol. 4, No 3.

Dale J, Petrova M, Munday D, et al. (2009) A national facilitation project to improve primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework on process and self-ratings of quality. *Qual Saf Health Care* 18: 174-180.

Badger F, Thomas K, Clifford C (2007) Raising standards for elderly people dying in care homes. *European journal of palliative care*, 14(6).

Palliative care. The solid facts:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf

Better palliative care for older people:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf

9.0 VEDLEGG

9.1 Begrepsavklaring/definisjoner

Palliasjon

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

Individuell plan

Pasienter som trenger et koordinert tjenestetilbud, skal ha en plan som skal omfatte alle aktuelle tjenesteområder. (Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen)

ESAS

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er et validert kartleggingsverktøy for symptomregistrering innen fagfeltet palliasjon. (Kompetansesenter lindrende behandling)

Liverpool Care Pathway

Liverpool Care Pathway (LCP) er en tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende. (Kompetansesenter lindrende behandling)

Samhandling

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. (St.meld. nr. 47, boks 1.1 Samhandling)

Lindrende enhet

Enhet innad i sykehjemmet som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personale for å kunne gi mer avansert palliativ behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling. (Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen)

Oppdatert 13.12.2011

