



# Samman til siste slutt

Familien til Arild Tømmerbakke er takksame for at han fekk vere **heime den siste tida** då han vart ulækjeleg kreftsjuk sommaren 2007.

– Vi hadde ikkje greidd oss utan den hjelpa vi fekk då Arild var sjuk, og eg er svært glad for at han fekk vere heime den siste tida han levde, seier kona Myrthild Vatnelid frå Hellevik i Fjaler.

Frå den eine dagen til den neste vart livet snudd tvert om for den vesle familien på tre frå Fjaler i

Sunnfjord. Dottera Johanne budde framleis heime medan faren var sjuk, men no har ho stifta familie i Gaular, fem mil unna.

#### Hjelpa var nær

Arild Tømmerbakke fekk lindrande behandling frå helsetenesta i kommunen då han byrja på tøffe behandlingar med cellegift ved Haukeland Universitetssjukehus hausten 2007. I dei periodane Arild var heime fekk han hjelp frå helsetenesta både morgon og kveld.

– Vi hadde sikkert fått meir hjelp dersom eg hadde spurt om

det, men eg tykte det gjekk bra med det vi fekk. Vi var jo trygge på at hjelpa ikkje var så langt unna dersom det skulle skje noko. Dei gongene vi hadde behov for å få ekstra hjelp kom det alltid nokon heim til oss rimeleg fort.

Lækjarane bestemte seg for å operere i desember, og familien hadde eit stort håp om at operasjonen skulle gjere Arild frisk att. – I byrjinga av desember følgde vi Arild tilbake til Haukeland Universitetssjukehus, men etter at lækjarane hadde undersøkt han, fekk vi beskjed om at sjukdommen dessverre hadde spreidd seg

**Eg var veldig trygg fordi eg visste at det var kyndige folk i huset dersom noko skulle skje.**



LIVET GÅR VIDARE: Natalie på åtte månader er med på å lindre saknet etter ein god ektemake og far. Bestemor Myrthild Vatnelid er minst like stolt som mamma Johanne Vatnelid Tømmerbakke.

så mykje at operasjonen ville vere nyttelaus. Det var ei svært skuffa familie som reiste tilbake til heimen i Fjaler. – Men Arild var den flinkaste av oss til å halde humøret oppe i denne vonde tida, minnest mor og dotter.

#### **Bryllaup heime**

– Vi gifte oss den 19. januar, tolv dagar før han døydde. Bryllaupsdagen var eigentleg ein fin dag for oss alle. Arild hadde heldigvis ein god dag, så gjennomføringa av seremonien gjekk greitt. Johanne stilte opp som forloveren min, og Arild hadde ein god kamerat som

sin forlovar. Vigsla gjekk føre seg i stova, der sjukesenga var plassert, seier Myrthild.

Etter bryllaupet vart Arild gradvis dårlegare, og familien fekk no behov for hjelp døgnet rundt. Pleiepersonalet kom på tidlegvakt, ettermiddagsvakt og nattevakt. Dei hadde vaktbytte i heimen, nokre kom og andre gjekk.

– Sjølv om han var veldig sjuk, følgde han nøye med på turnusplanen som vi hadde fått utdelt. Her hadde vi til ei kvar tid oversikt over kven som kom på vakt og når dei kom. Det vart ikkje så mykje søvn på meg dei

siste vekene han levde, men eg var likevel veldig trygg fordi eg visste at det var kyndige folk i huset dersom noko skulle skje, forklarar Myrthild når ho skal fortelje om korleis situasjonen var for familien den siste tida ektemannen hennar levde.

#### **Held kontakten**

Arild Tømmerbakke døydde den 31. januar i fjor. Også i tida etter dødsfallet har dei helsetilsette i kommunen halde kontakten med Myrthild og Johanne.

– Ja, vi har snakka med dei fleire gonger etter gravferda, fortel

Myrthild. Den første gongen kom prosjektleiar Marit Eikemo Halsnes og kontaktsjukepleiaren heim til oss for ei oppsummeringsamtale, og etterpå har vi snakka med fleire av dei andre som var her og hjelpte oss medan Arild var sjuk. Eg tykkjer at vi har fått ei svært god oppfølging heile vegen. Vi har også fått beskjed om at vi kan ta kontakt når som helst dersom vi skulle ha behov for det, avsluttar ho.



# Legg til rette for verdig død

Helsetenesta i Fjaler kommune og Førde sentralsjukehus har etablert eit vellukka samarbeid i høve til pasientar med ulækjeleg sjukdom.



Prosjektet vart starta opp hausten 2006, og får økonomisk støtte frå Helsedirektoratet. Erfaringa så langt viser at samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta, primærhelsetenesta og ulike etatar har vore svært vellukka.

– Så vidt vi veit er Fjaler kommune den einaste kommunen i Sogn og Fjordane som har eit slikt opplegg rundt dei ulækjeleg sjuke pasientane, seier prosjektleiaren.

## Heimreisesamtale

Det som er spesielt i høve til prosjektet i Fjaler, er at det blir avtalt ei heimreisesamtale før pasienten skal utskrivast frå sjukehuset. I tillegg til pasienten, pårørande, lækjar og

kontaktsjukepleiaren på avdelinga der pasienten ligg, er også ein eller fleire representantar frå prosjektgruppa i Fjaler til stades.

– I løpet av denne samtalen må vi prøve å finne ut kva som er viktig for den enkelte.

I dei tilfella der pasienten ønskjer å vere heime den siste tida av livet sitt, får han eller ho tildelt ein eigen kontaktsjukepleiar. Kontaktsjukepleiaren tek ansvar for at heimen er tilrettelagt

med dei hjelpemidlane som pasienten har behov for. Ho eller han fungerer også som bindeledd mellom pasienten og offentlege etatar.

Alle pasientar som ønskjer det skal få vere heime den siste tida. Mange har eit stort behov for medi-

## Alle pasientar som ønskjer det skal få vere heime den siste tida.

sinsk hjelp, og treng difor personale som har god kompetanse i høve til kva sjukdom dei lid av. Felles for alle pasientane er at sjukdommen deira er ulækjeleg.

## Gjensidig hospitering

– Vi strekkjer oss langt for å kunne ta imot dei som ønskjer å få komme heim frå sjukehuset, og til no har vi ikkje sagt nei til nokon. Det betyr veldig mykje for oss at Førde sentralsjukehus viser så stor interesse for prosjektet vårt. Det er også kjekt å oppleve at dei helsetilsette i Fjaler kommune er så positive i høve til å tileigne seg ny kompetanse som følgje av dette prosjektet, seier Marit Eikemo Halsnes.

Prosjektleiaren har til no vore den einaste som har vore på sjukehuset for å lære nye prosedyrar ut frå kva den enkelte pasienten har behov for. Når ho kjem tilbake til



# – Helse- og omsorgsministeren kan lære av Fjaler

Ordførar Arve Helle meiner at prosjektet for lindrande behandling passar godt i høve til samhandlingsreforma som helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen skal presentere i april.

For nokre månader sidan inviterte han statsråden og ekspertgruppa hans til Fjaler for å orientere dei om prosjektet.

– Vi har no fått tilbakemelding frå statssekretæren i Helse- og

omsorgsdepartementet, Dagfinn Sundsbø, om at han kjem på besøk til Fjaler kommune i løpet av våren, seier Arve Helle.

### Politikar og pårørande

Ordføraren i Fjaler kjenner godt til prosjektet, både som politikar og pårørande. Mor hans levde med kreftsjukdommen i ni år før ho døyde i 2006, berre 59 år gammal. Dette var før prosjektet formelt var starta, men opplegget omkring mor hans fungerte omtrent på den same måten som det gjer i dag.

– Dei siste to-tre månadane mor mi levde var ho svært pleietrengande, i denne tida opplevde eg på nært hald kor godt alt vart lagt til

rette for at ho skulle få bu heime, fortel ordføraren.

### Ønskjer å behalde tilbodet

Den økonomiske støtta frå Helsedepartementet tek slutt når prosjektet vert avslutta hausten 2009. Då må kommunen sjølv ta ansvaret for ei eventuell vidare drift.

– Eg har vanskeleg for å sjå føre meg at Fjaler kommune har råd til å vidareføre prosjektet for lindrande behandling slik det er i dag. Samstundes reknar eg med at det treårige prosjektet har fått på plass så gode rutinar at tenesta no kan fungere utan så stor administrativ ressurs, seier Arve Helle.

tekst og foto **Mariann Engebø Aarseth**

VIL OPPLYSSE: Prosjektleder Marit Eikemo Halsnes ønskjer no at kunnskapen dei har fått gjennom prosjektet for lindrande behandling skal nå ut til fleire kommunar.

kommunen formidlar ho lærdommen vidare til dei andre helsetilsette.

– Behovet for å få opplæring på sjukehuset er stort, og vi ønskjer oss meir av dette i framtida, seier Marit Eikemo Halsnes. Det er også meininga at helsetilsette på Førde Sentralsjukehus skal hospitere i Fjaler kommune, men i praksis har ein ikkje fått til nokon god samhandling på dette området.

– Hospiteringa har nok gått meir den andre vegen, men vi arbeider med å få til ei betre samhandling i framtida.

**Då mor mi var sjuk opplevde eg på nært hald kor godt alt vart lagt til rette for at ho skulle få bu heime.**



STØTTA PROSJEKTET: Arve Helle, ordførar i Fjaler kommune.



**Marit Eikemo Halsnes**  
Sjukepleiar med vidareutdanning  
innan palliasjon og prosjektleiar i  
Lindrande behandling,  
Fjaler kommune



**Tove Giske**  
Forsknings og fagutvklings-  
sjukepleiar, Haraldsplass  
diakonale sykehus og Haralds-  
plass diakonale høgskole

**Mange gonger har pasientar behov for svært krevjande teknisk oppfølging for å kunne dø heime.**

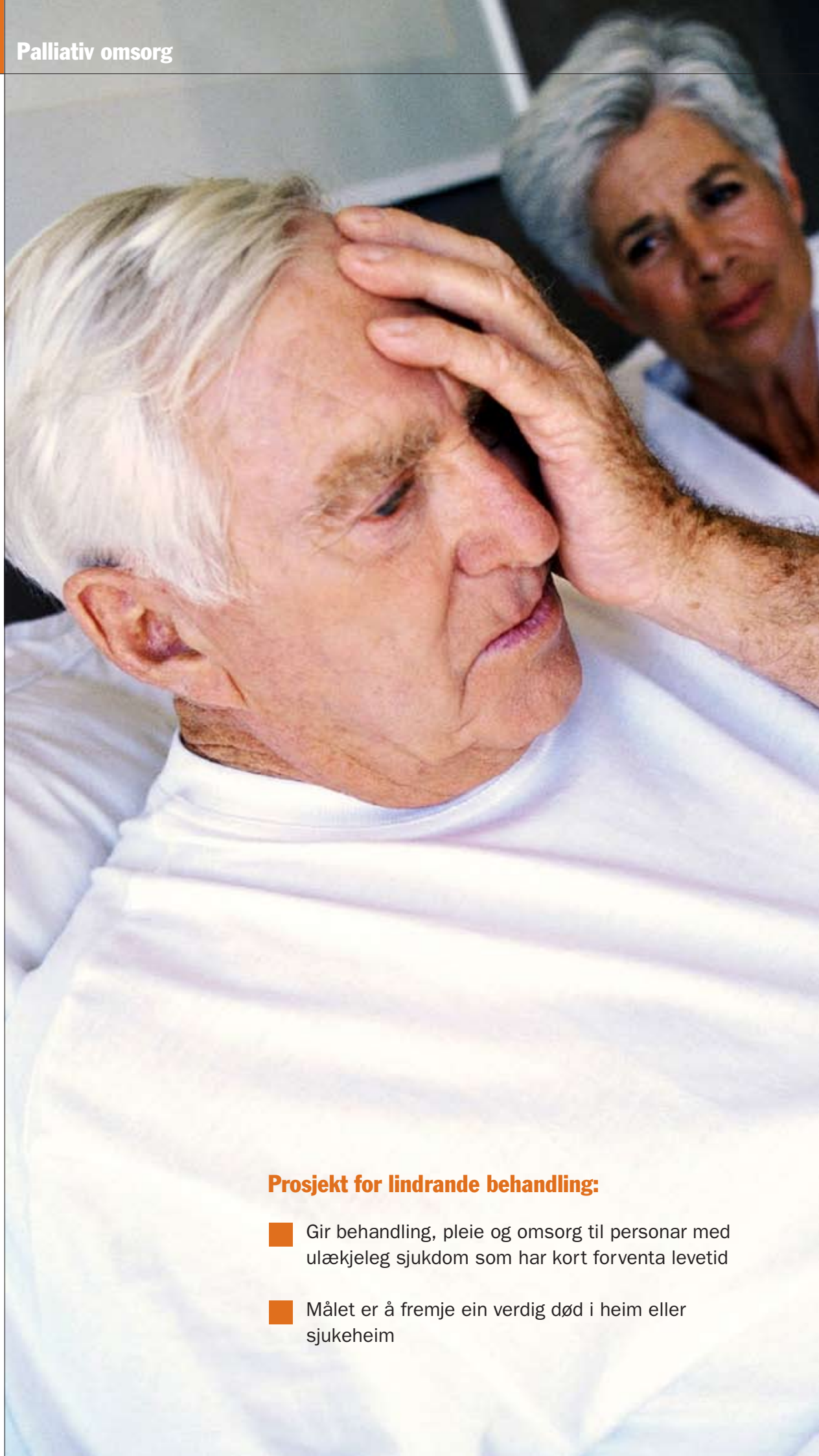
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn  
litteraturhenvísningar på  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Søkeord:**  
Palliasjon  
Kreftsykepleie  
Kommunehelsetjeneste  
Dø heime

### Prosjekt for lindrande behandling:

- Gir behandling, pleie og omsorg til personar med ulækjeleg sjukdom som har kort forventa levetid
- Målet er å fremje ein verdig død i heim eller sjukeheim





# Døyr trygt heime

Praktisk tilrettelegging for at pasientar i ein liten kommune kan døyr heime.

Prosjektet presentert i denne artikkelen er frå Fjaler kommune, ein kommune i Sunnfjord med knapt 3000 innbyggjarar. Det er lange avstandar for å gi hjelp til heimebuande, cirka fire mil i kvar retning ut frå sentrum. Helsetenesta er delt inn i fem arbeidslag som jobbar på tvers av heimebuande og institusjon, det var frå før oppretta døgnteneste til dei heimebuande som budde nærast sentrum. Fjaler har sentralsjukehuset i Førde som næraste sjukehus, cirka fire mil frå sentrum. Det har vore eit ønskje frå kommunen si side å få eit betre samarbeid med sjukehuset før alvorleg sjuke og døyande pasientar vart utskrivne slik at pasient og pårørande kunne kjenne seg trygge heime. Prosjektet kunne starte opp hausten 2006 fordi Fjaler kommune fekk prosjektmiddel frå Helse- og Sosialdirektoratet til å tilsette ein prosjektleiar i 75 prosent stilling. Dette har gjort at det har vore mogeleg å gjennomføre prosjektet med døgnteneste for heile kommunen. Hensikta med prosjektet var å lage gode rutinar som gav auka tryggleik til pasient og pårørande, auka kompetanse til tilsette og betre det tverrfagleg samarbeid i kommunen.

## Bakgrunn

Alle som bur i ein kommune har ifølgje norsk lovverk rett til helsehjelp (1) og det er kommunen sitt ansvar å legge til rette for det behovet innbyggjarane har. Dei seinare åra har det kome mange offentlege utgreiingar og nasjonale retningslinjer som klargjer ansvarsfordeling og organisering av oppfølginga av alvorleg sjuke og døyande mellom 1. og 2. linjetenesten (2–7).

Nasjonalt handlingsprogram med retningsliner for palliasjon i kreftomsorga (7) peiker på behovet for organisering av palliasjon på alle nivå i helsetenesten. Dei viser til eit behov for at heimebasert omsorg vert styrka, og at kvar kommune skal ha minst ein sjukepleiar og ein lege som har spesiell kompetanse innan palliasjon. Andrelinjetenesten skal ha eigne senger, poliklinikkar og ambulante palliative team. For tredjelinjetenesten vert det peika på behovet for regionale kompetansesentre. Framveksten av regionale kompetansesentre for lindrande behandling for alvorleg sjuke og døyande, vidareutdanning innan palliasjon og nettverk for ressurs-sjukepleiarar i første og andrelinjetenesten er eit resultat av denne

lovgivinga. Likevel opplever både sjukepleiarar og legar utfordringar i forhold til samarbeid og ansvarsfordeling mellom 1. og 2. linjetenesten for denne pasientgruppa. Sikring av at pasientar som ønskjer å døyr heime og deira pårørande opplever å vere godt informert og ivaretatt er ei dagleg utfordring (8-11).

## Samarbeid

Prosjektleiar starta med å ta kontakt med sjukehuset og fekk i stand ei kontaktgruppe av sjukepleiarar frå dei avdelingane Fjaler kommune samarbeidde hyppigast med. For å forebygge at pasientar reiste tilbake til sjukehuset etter kort tid, var det behov for å kvalitetssikre rutinare i høve utreise til heimen. I samarbeid vart det utvikla ein avtale om rutinar for utskrivning frå sjukehus til heimen, sjå tabell 1.

I nasjonale retningsliner for palliasjon i kreftomsorga (7) vert det peika på at det er naudsynt å ha eigen turnusplan og eige mobiltelefonnummer for heimebuande pasientar slik at pasient og pårørande har tilgang på kvalifisert hjelp døgnet rundt. Dette inneber at det må vere tilgjengeleg heildøgns-teneste i heimesjukepleien og at

det er nokon som har ansvar for å svare på mobiltelefonen og rykke ut ved behov.

Ut frå behovet for auka tryggleik og oversikt vart det hausten 2007 utvikla ein eigen turnusplan for heimebuande alvorleg sjuke og døyande pasientar. Turnusplanen vart sett opp fire–fem dagar fram i tid og både personale og heimen får kopi av den. Planen gir heimen oversikt over kven som er ansvarleg sjukepleiar til ei kvar tid. Forsking viser at når pasientar kjenner seg sårbare og avhengige er det å få oversikt over kvardagen til stor hjelp (13). Denne turnusplanen gir pasient og pårørande høve til å få ei slik oversikt og til å kunne velja kven dei vil ta opp ulike forhold med. Den som står som ansvarleg sjukepleiar skal prioritere pasienten når han treng det, elles deltek dei fullt ut i arbeidslaget dei er ein del av.

Opplæring av sjukepleiarar er viktig for kvaliteten på tenesta og for at ansvarleg sjukepleiar skal kjenne seg trygg. Alle som står som ansvarleg sjukepleiar får først opplæring på den vakta dei skal ha ansvar for. Ein prøver at færrest muleg skal vere involvert i kvar heim, men det må vere nok personar slik at personalet ikkje vert utslitne. Denne form for turnusplan har vore muleg i Fjaler kommune fordi kommunen har bevilga øymerka midlar til bruk av bakvakt og når heimen treng fulldøgnspleie.

### Kompetanseheving

Det overordna målet for kompetanseheving er at personalet er i stand til å ta imot pasientar på ein fagleg trygg og god måte. Prosjektleiar har vidareutdanning innan palliasjon og er ein ekstra ressurs for alle arbeidslaga i kommunen. Ho går saman med ansvarleg sjukepleiar til denne kjenner seg trygg i si rolle og i situasjonen i høve til kontakt, kommunikasjon og prosedyrar.

Prosjektleiar har også lagt til rette for systematisk og kontinuerleg opplæring i ESAS registrering,

bruk av individuell plan og ulike tekniske prosedyrar.

I tillegg til den kontinuerlege opplæringa vert det arrangert to kursdagar for året. Nokre invitasjonar til kursdagar går også ut til kommunane ikring og til sjukepleiarane i kontaktgruppa på sjukehuset. Opptil 50 har delteke på fleire av kursa. Tema hittil har vore:

- Kurs i smertebehandling, bruk av smertepumpe og venoport.
- Symptomkartlegging ved bruk av ESAS-registrering
- Individuell plan
- Barn i sorg og krise. Kven ser og kven tek ansvar?
- Når dagane er vonde. Å våge å vere nær menneske som lid.

Etter ønske frå sjukepleiarane har det også vorte jobba med å utvikla ein felles perm for alle arbeidslaga. Permen inneheld lovverk og kommunale tiltaksplanar, lokale rutinar og prosedyrar for å ivareta palliasjon for alvorleg sjuke og døyande.

Nasjonalt handlingsprogram med retningsliner for palliasjon i kreftomsorga (7) legg vekt på å lage gode rutinar for tverrfagleg samarbeid. Fordi tida ofte er kort, er det avgjerande å kunne trekke inn ulike faggrupper og etatar på ein rask og forutsigbar måte. Difor har prosjektleiar laga retningsliner og gjort avtaler med til dømes fysioterapeut, helsesøster, hjelpemiddelsentralen, tannpleiar, kyrkje-lydskontoret og NAV.

### Rutinar ved dødsfall i heimen

Det er ønskeleg at ein har samtalt med pårørande om forhold rundt dødsfallet på førehand. Dette gjeld ønskjer og spørsmål pårørande har utfrå kva sjukepleiar veit av erfaring kan vere viktig å diskutere. Når døden nærmar seg vil sjukepleiar vere i familien heile tida. Ofte er det heimesjukepleien som steller den døde, alltid med tilbod til pårørande om å delta i stellet. Gravferdsbyrået hjelper til med å få pasienten i kiste, og avhengig av pårørande sine ønskjer blir pasienten verande i heimen eller kjørt til

sjukeheimen. Dagen etter dødsfallet kjem sjukepleiar tilbake til heimen. Tid til samtale med pårørande er viktig for å høyre korleis det går med dei. Alle hjelpemiddel blir henta ut av heimen.

Så raskt som råd etter dødsfallet, helst før gravferda, innkallar prosjektleiar til briefingmøte av alle som har vore med i heimen. Fastlege, etatsleiar og arbeidsleiarane er også med på møtet. Møtet skal vere konstruktivt. Alle seier kort noko positivt og kva som eventuelt kunne vore betre. Etter ein slik runde blir hovudutfordringar drøfta.

Ved gravferda deltek dei som ønskjer det og dei som har vore mest involvert får gå i gravferda i arbeidstida. Innan 14 dagar etter dødsfallet får pårørande tilbod om ein etterlattesamtale. Sjukepleiar ringer og avtaler tid og stad for denne samtalen. Sjukepleiar har med seg brosjyren «Når ein av dei næraste dør», eit fint kort eller hefte og eventuelt minnebok til barn som etterlatte dersom det er behov for det. Det viktigaste ved etterlattesamtalen er å lytte til det dei etterlatte har på hjarte, lytte etter kva som har vore bra og kva som kan forbeistrast. Samtalen avsluttast med å invitere pårørande til å ta kontakt om dei ønskjer det.

### Godt samarbeid

Vi ser at det er heilt avgjerande med godt samarbeid mellom andre og førstelinjetenesten. Dei gongane dei utarbeidde rutinane vert fylgt opp frå sjukehuset si side, vert overflyttinga tilbake til heimen positiv. Det viser seg at avklaring av forventningar og gjennomføring av heimreisesamtalen er nøkkelen til å få samarbeidet til å fungere (tabell 1, pkt. 3 og 5). Behovet for opplæring i ukjende prosedyrar har fungert godt heile tida og vi er alltid velkomne til å hospitere på sjukehuset.

Erfaringa er berre positive frå pårørande, helsepersonell og leiarane. Ordninga krev fleksibilitet frå alle faggruppene og ikkje minst arbeidslaga seg imellom.

Prosjektleiar legg vekt på å utvikle teamkjensle slik at alle er fleksible og kjenner seg verdsett uavhengig av rolle i dette arbeidet. Vi ser at det er ein føresetnad for denne type turnusplan at vi får øymerka midlar til bruk i terminalpleien.

### Gode rutinar

I arbeidet med alvorleg sjuke og døyande er det ikkje nok å vere snill og grei. Mange ganger har pasientar behov for svært krevjande teknisk oppfølging for å kunne døy heime. Ved nye prosedyrar har først prosjektleiar fått opplæring. I heile perioden har det vore jobba systematisk med å lære opp alle sjukepleiarane i alle arbeidslaga. Rutinar vert skrivne ut og samla i felles perm. Jevnleg repetisjon vert tilbydd personalet ved behov.

Våren 2008 er avtalar med dei viktigaste samarbeidspartnarane i kommunen på plass, og vi har god erfaring med at dette fører til betre flyt. Vi må jevnleg gå gjennom rutinar for å tilpasse dei ved nye organiseringsmodellar og/eller ved nyttilsetting av nøkkelpersonar.

Det nye i forhold til dødsfall for oss var å få strukturerte briefingmøte og etterlatte-besøk. Briefingmøte er svært godt evaluert av personalet fordi vi her har høve til kjenslemessig å få avslutte forholdet til familien på ein lærande og god måte. Det var tidlegare eit stort problem at helsepersonell i kommunen måtte bearbeide og avslutte sorgprosessen på eiga hand. Det at ein samtalar i gruppe gjer at teamet kan lære av det som har fungert godt og forbetre det som kunne vore betre. Dei aller fleste pårørande tek imot tilbodet om etterlattesamtale og opplever det som støttande og verdifullt i kvardagen sin.

### Diskusjon

Den overordna målsettinga for sjukepleietenesten til pasientar som vel å avslutte livet sitt i heimen er at dei skal oppleve å få god og rett sjukepleie. Får å nå dette målet treng helsepersonell kunnskap og erfaring. I tillegg er det avgje-



rande å ha eit godt samarbeid med pasient og pårørende der deira preferansar og ønskje set rammene. Vi har arbeidd for å utvikle gode rutinar og ha prosedyrar med konkrete framgangsmåtar. Vi har sett at det også er heilt avgjerande for eit godt samarbeid med pasient og pårørende at personale kjenner seg trygg. Å gå saman med desse pasientane og familiane deira inn i døden er personleg krevjande for helsepersonell. Å skulle forklare og samtale om alvorlege beskjedar, vite at tida er kort og sjå sorga og lidinga dette fører med seg kan vere svært ubehageleg. Ubegrepet og utfordringa kan føre til at vi utsetter samtalar med pasient eller pårørende lenger enn vi veit vi bør. Å vere vitne til pasientar og pårørende si liding kan gjere at helsepersonell distanserer seg for å skjerme seg sjølv. Slik avskjerming gjer helsepersonell mindre merksam og hjelpsam (14). Opplæring av unge helsearbeidarar i prosedyrar, kommunikasjon og samhandling med alvorleg sjuke og døydne pasientar må til. Slik kan dei lære å finne ein god balanse mellom nærleik og avstand av dei som har meir erfaring. Benner, Hooper-Kyriakidis og Stannards (14) peiker på at klinisk ekspertise og kunnskap hjelper sjukepleiarar på den eine sida til å unngå overidentifisering med pasientar så ein vert overvelda av kjensler og på den andre sida til å unngå å stenge ute kjensler slik at ein vert ufølsam saman med pasientar. Dei hevdar at evna til å involvere seg er å evne å ha eit ope og merksam engasjement kombinert med dugleik i å velje det rette mellommenneskelege engasjementet med pasient og pårørende.

### Konklusjon

Hensikta med prosjektet var å lage gode rutinar som kunne gi auka tryggleik til pasient og pårørende, auka kompetansen til dei tilsette og betre det tverrfaglege samarbeid i kommunen. Alle er fornøgd med prosjektet, og både pasientar, pårørende, personalet, administra-

sjon og politikarar ser verdien av dette for befolkningen i kommunen. Dette har mellom anna vist seg i at prosjektet har motteke ein del pengegaver ved dødsfall. Vi har fått over 100.000 kroner i minnegaver til prosjektet frå fornøgd etterlatte sidan oppstarten september 2006. Dette er mykje for ein liten kommune. Det viser at prosjektet har engasjert fjalerbuarane og at ein ser nytten av ordninga.

Desse midla har blitt brukt til investring i utstyr til bruk i heimen til denne pasientgruppa og til litteratur, både fagleg, skjønnlitteratur og barnebøker. Alle til utlån ved behov.

Vi har lært at vi må arbeide både med struktur og mellommeneskelege prosessar for å kunne yte god sjukepleie til alvorleg sjuke og døydne pasientar i heimane. Vi har erfart at det er avgjerande og krevjande å få til eit godt samarbeid mellom første- og andrelinjetenesten. Organiseringa rundt pasienten er viktig og eigne turnusplanar for terminale pasientar er eit godt reiskap som gir tryggleik både til heimen og personalet. Opplæring med fokus på både prosedyrar, kommunikasjon og samhandling er viktig og kvaliteten vil lide om ikkje alle aspekta er med. Til sist vil vi anbefale briefingmøte etter dødsfall fordi det tek vare på personalet og sørgjer for kontinuerleg kvalitetssikring av tilbodet vi gir til heimane. Etterlattebesøk tek vare på dei pårørende slik at ein får ei god avslutning på hjelpa i heimen.

Takk til gode kollegaer i Fjaler kommune som er med og støtter opp om dette viktige arbeidet. Takk også til fagleg støtte og rettleiing frå Torill Tysse Sælen og Tone Gjelsvik Sellevold som er medlem i prosjektstyret. Midlar frå Helse og Sosialdirektoratet har gjort prosjektet mogleg. Midlar frå Fjaler kommune har gjort det mogleg å sette i verk turnusplanen.

## Å gå saman med desse pasientane og familiane deira inn i døden er personleg krevjande for helsepersonell.

### LITTERATUR

1. Kommunehelsetjenesteloven. Lov om helsetjenesten i kommunen, 1982, 19.11 nr. 66, sist endra 22.12 2006. Tilgjengeleg frå: <http://www.lovdato.no/all/nl-19821119-066.html>. ( 21. juni 2008).
2. Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Rundskriv I-13 1997 om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten. Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/rundskriv/1997/I-1397-Kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenestene.html?id=108152> (21. juni 2008).
3. Sosial og Helsedepartementet. Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan. NoU 1997:20. Oslo, Statens Forvaltningstjeneste Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-20.html?id=141003>. ( 21. juni 2008).
4. Sosial og Helsedepartementet. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døydne. NoU1999:2. Oslo, Statens Forvaltningstjeneste. Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-2.html?id=141460>. ( 21. juni 2008).
5. Forskrift om individuell plan. Forskrift om individuell plan etter helselovgivingen og sosialtjenesteloven 2004, 12-23 nr. 1837, sist endra 2006. Tilgjengeleg frå: <http://www.lovdato.no/all/nl-19821119-066.html>. ( 21. juni 2008).
6. Veileder til forskrift om individuell plan. Individuell plan 2005, IS-1253. Tilgjengeleg frå: [http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00005/IS-1253\\_5061a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00005/IS-1253_5061a.pdf). (21. juni 2008).
7. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen 2007, IS-1529. Tilgjengeleg frå: [http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00035/IS-1529\\_palliasjon\\_A\\_35529a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00035/IS-1529_palliasjon_A_35529a.pdf). ( 21. juni 2008).
8. Grov EK. Død hjemme - hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme muligheter for personer med langtkommen kreft til å dø hjemme? *Vård i Norden* 1999; 4: 4-9.
9. Skarholt S. En plan for a se den lidende. *Sykepleien* 2005; 17: 38-39.
10. Sorteberg K, Otterstad HK. Alvorlig syk – og "utskrivingsklar". *Sykepleien* 2008; 1: 34-36.
11. Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB, Sondergaard J. Palliative care for cancer patients in a primary health care setting: bereaved relatives' experience. A qualitative group interview study. *BMC Palliat Care* 2008; 7: 1-8. Tilgjengeleg frå: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-684X-7-1.pdf>. (21. juni 2008).
12. Meyer J. Action Research. In: Gerish K, Lavey A. (eds). *The Research Process in Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing, 2006: 274-288.
13. Giske T, Artinian B. Patterns of "balancing between hope and despair" in the diagnostic phase: a grounded theory study of patients on a gastroenterology ward. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62: 22-31.
14. Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannards D. *Clinical wisdom and interventions in critical care*. W.B Saunders Company, 1999.