



# Handlingsplan

## Faglig samarbeidsutvalg for eldre multisyke og palliasjon

**2022- 2025**

## Innhold

<b>1</b>	<b>SAMMENFATNING .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>MÅLGRUPPE, MÅL OG TILTAK.....</b>	<b>5</b>
3.1	Målgruppe .....	5
3.2	Mål og tiltak .....	5
3.3	Forankre og organisere forbedringsarbeidet.....	9
<b>4</b>	<b>FORBEREDE.....</b>	<b>10</b>
4.1	Kunnskapsgrunnlag.....	10
4.2	Nasjonale føringer .....	11
4.3	Erkjenne behov for forbedring.....	12
4.4	Avgrensning.....	13
<b>5</b>	<b>MEDLEMMER .....</b>	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>REFERANSER.....</b>	<b>14</b>
<b>7</b>	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>15</b>

### Kontakt:

Tanja Yvonne Alme, leder

Sula kommune, Kreftkoordinator

Epost: [Tanja.Yvonne.Aas.Alme@sula.kommune.no](mailto:Tanja.Yvonne.Aas.Alme@sula.kommune.no)

Mobil: 95160642

Bardo Driller, nestleder/sekretær

HMR, Molde sykehus, overlege

Epost: [bardo.driller@helse-mr.no](mailto:bardo.driller@helse-mr.no)

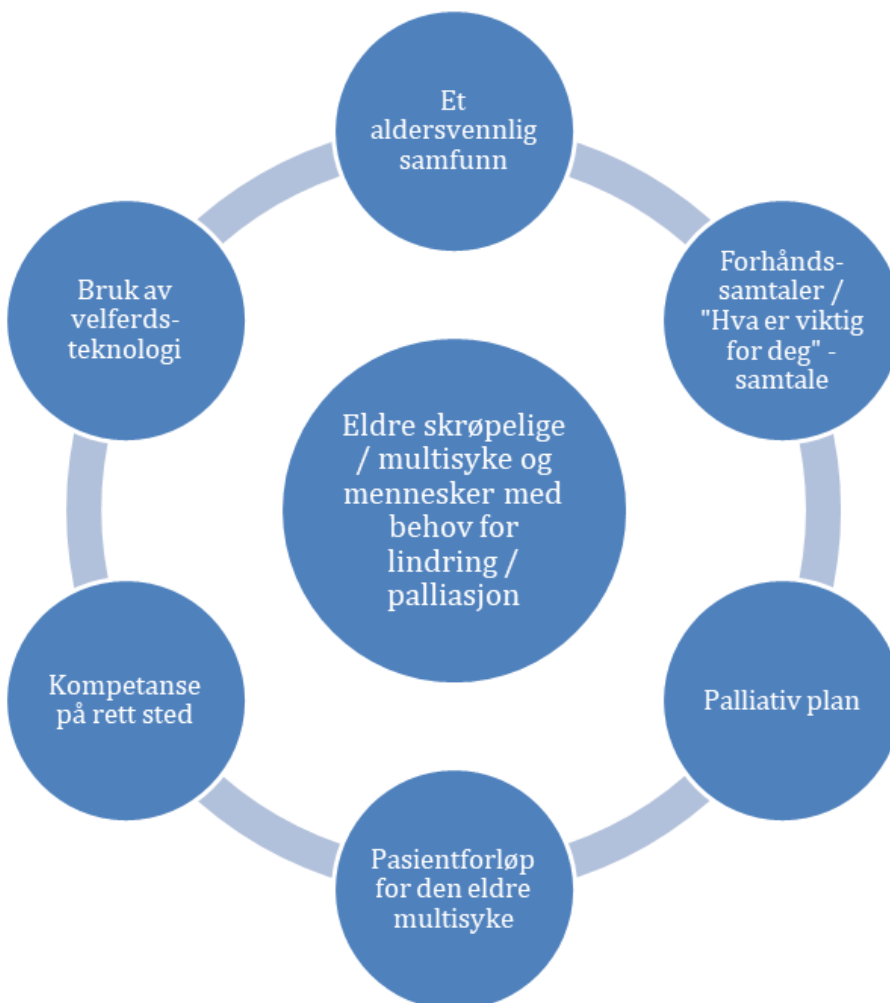
Mobil: 41381513

# 1 Sammenfatning

En av de største sosialpolitiske utfordringer i Norge og Europa i de kommende tiår er å sikre syke, sårbare og gamle mennesker et verdig og meningsfylt liv helt til det siste.

Med våre mål og tiltak følger vi strategien i nasjonale føringer, kommunale helse og omsorgsplaner og helseforetaket. Vårt hovedfokus de kommende årene er:

- Fokus på livet - Best mulig livskvalitet
- Mest mulig tid i hjemmet
- Bruker/ pasient skal oppleve helhetlige, koordinerte og sammenhengende tjenester
- Brukermedvirkning er sentralt i all tjenesteyting



Figur 1; Hovedmålene rundt målgruppen

For å nå hovedmålene formulerer vi delmål og konkrete tiltak i handlingsplanen (Tab 1; Oversikt hovedmål, delmål med anbefalte tiltak og måleverktøy, side 6).

Eksempel:

- Hovedmål: "Et aldersvennlig samfunn"
- Delmål: "Systematisk innføring av 80 års samtaler"
- Tiltak: Det etableres en rutine i kommunene for å tilby forebyggende og helsefremmende 80 års besøk for mennesker som ikke er tilknyttet til kommunale helsetjenester. Hjemmebesøket skal bidra til å øke trygghet og mestring i hverdagen blant hjemmeboende eldre.

I vedlegget finner man mer detaljerte tiltak opp imot de ulike hovedområdene, delvis resulterende fra de eldre handlingsplaner fra innføring av Palliativ plan og pasientforløp for den eldre multisyke.

Faglig samarbeidsutvalg fokuserer på eldre multisjuka / eldre skrøpelige mennesker, og mennesker som har behov for lindrende / palliativ tilnærming. Utover felles mål og tiltak her, trenger yngre kronikere, yngre multisyke eller stormottaker i helsevesenet en egen handlingsplan. Vår handlingsplan er en videreføring av arbeidet til «Framtidsrettet pasientforløp for den eldre multisyke pasient» og «Innføring av forhåndssamtaler og palliativ plan» i Møre og Romsdal. Vårt fokus er i tråd med prioriterte grupper i videreutvikling av regional utviklingsplan.

## Begreper

**Skrøpeligheit** (engelsk; frailty) brukes mye i geriatrisk medisin. Personer som er skrøpelige har redusert motstandskraft mot sykdom på grunn av reduserte reservekrefter i ulike organer eller redusert immunforsvar. Komplikasjoner ved sykdom eller bivirkninger av legemidler oppstår lettere. Det finnes en norsk oversettelse av «clinical frailty scale» (CFS) som beskriver forskjellige stadier av skrøpeligheit. Oppfølging og eventuelle tiltak burde startes når et menneske er definert som sårbar, men klarer seg til vanlig i hverdagen uten hjelp (tilsvarende CFS 4).

Den **eldre multisyke pasienten** kjennetegnes av «helseproblemets kompleksitet»; flere kroniske sykdommer, bruk av mange medisiner, redusert funksjonsnivå og mest sannsynlig storforbrukere av offentlige helsetjenester. I situasjoner der det inntreffer en akutt sykdom blir symptomene annerledes, og behandlingen blir mye mer komplisert. Akuttsituasjoner blir påvirket av grunnlidelsene/ diagnosene og fører ofte til varig funksjonsfall.

**Palliasjon** (engelsk; palliative care) eller lindrende behandling beskriver en helhetlig tilnærming til aktiv behandling, pleie og omsorg som forbedrer livskvalitet for pasienter med uhelbredelig alvorlig sykdom og/eller antatt begrenset levetid, og deres pårørende. Palliasjon tilbys tidlig i sykdomsforløpet uavhengig av grunndiagnosen og legger vekt på å synliggjøre og ivareta pasientens livssyn, ønsker og verdier.

## 2 Innledning

Helse Møre og Romsdal HF (HMR) skal revidere sin utviklingsplan for en ny fireårsperiode (2023-2026) og et langsiktig perspektiv på 15 år. Utviklingsplanen for HMR vil sammen med tilsvarende planer fra St. Olavs hospital HF og Helse Nord- Trøndelag HF danne grunnlag for revisjon av regional utviklingsplan for Helse Midt-Norge RHF. Dette vil sammen med de andre helseregionene sine utviklingsplaner, utgjøre et viktig bidrag for å operasjonalisere, og gi verdifullt innspill til neste revisjon av Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld.St.7).

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i styresak 10/21 regionale premisser for utviklingsplanene som skal legges til grunn for arbeidet. I styringskrav og rammer for 2021 fikk HMR mellom anna oppdrag å prioritere utvikling av tjenester til skrøpelige eldre som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidet er forankret i revidert Samarbeidsavtale og Helsefelleskap Møre og Romsdal. Arbeidsform og møtehyppighet tilpasses møtefrekvensen i helsefelleskapet for øvrig, samt ressursituasjonen i utvalget – inntil nå møtes Faglig samarbeidsutvalg for eldre multisyke og palliasjon minst engang i måneden.

Felles krav for handlingsplanen finnes i delavtale 1 og oppgaven til de faglige samarbeidsutvalgene, spesifikke krav finnes i de øvrige delavtalene.

Som nevnt i sammenfatningen måtte vi avgrense vår målgruppe til eldre skrøpelige, eldre multisyke og mennesker med behov for palliasjon / lindrende behandling og oppfordrer SSU til å utnevne et eget faglig samhandlingsutvalg for yngre kronikere, yngre multisyke og stormottaker i helsevesenet. Alternativt bør en opprette et samarbeid mellom aktuelle fagutvalg som bør ha tiltak for denne gruppen i sine handlingsplaner.

Denne handlingsplanen er en videreføring av arbeidet til «Framtidsrettet pasientforløp for den eldre multisyke pasient» og innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal, som utgjorde innsatsområde nummer 3 i Samhandlingsstrategi Møre og Romsdal 2019-2021. Målsettingen i samhandlingsavtalen er «Helhetlige behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseforetak og kommune» og bygger opp under visjonen «Samhandling for å utvikle pasientens helsevesen i Møre og Romsdal».

Opgaver til Faglig samarbeidsutvalg for eldre multisyke og palliasjon:

- a. Utarbeide handlingsplan som konkretiserer ansvar og oppgaver i kommuner og helseforetak. Handlingsplanen skal høres og forankres i de lokale samhandlingsutvalgene og vedtas i strategisk samarbeidsutvalg. Handlingsplanen skal ha årlig revisjon, med evaluering av mål/tiltak/effekt.
- b. Ansvar for videreformidling av informasjon til kommuner og helseforetak, og arrangere felles fagdager ved behov.
- c. Samarbeide med de øvrige fagrådene i Midt-Norge.

Metode:

Ref. [Modell for kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket.no](#)

Modellen beskriver hvordan man kan gå frem for å oppnå forbedringer i tjenestene i fem faser og er mer egnet til å ledsage konkrete delmål og tiltak i arbeidsgrupper på institusjonsnivået. Den kan benyttes i små og store forbedringsprosesser.

Noen i utvalget synes at modellen ikke er egnet til å beskrive overordnede strategier som grunnlag for en utviklingsplan.

Ref. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

Samhandling mellom primær og spesialisthelsetjenesten utfordrer med tanke på risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Forbedring av kvaliteten på tvers av tjenestenivå øker pasient- og brukersikkerheten og bidrar til at bruker/ pasient opplever helhetlige, koordinerte og sammenhengende tjenester.

## **3 Målgruppe, mål og tiltak**

### **3.1 Målgruppe**

Målgrupper for Faglig samarbeidsutvalg i handlingsplanen generelt er pasienter / bruker og deres pårørende, helsepersonell i primær og spesialisthelsetjenesten og samfunnet i Møre og Romsdal. Vi fokuserer faglig på eldre multisjuka / eldre skrøpelige mennesker, og mennesker med sykdommer som ikke kan helbredes og som begrenser levetida, dvs. mennesker som har god nytte av lindrende/palliativ tilnærming.

### **3.2 Mål og tiltak**

Våre overordnede mål er:

- Fokus på livet - Best mulig livskvalitet

- Mest mulig tid i hjemmet, muligheten for å dø hjemme hvis personen ønsker det
- Bruker/ pasient skal oppleve helhetlige, koordinerte og sammenhengende tjenester gjennom best mulig samhandling mellom nivå og innad i nivåene

Faglig samhandlingsutvalg for eldre multisyke og palliasjon gir bakgrunn og inspirasjon til lokale og overordnet samarbeidsutvalg. Noen tiltak vil muligens kunne ha behov for egne handlings eller tiltaksplaner som konkretiseres ned på det operative nivået. Vi synes at alle mål og tiltak i tabellen er hensiktsmessig og meningsfylt. Med å beskrive mulige evaluerings / måleverktøy vil vi gi anbefalinger om kartlegging av nå-situasjonen og utviklingen mens helseforetaket og kommuner jobber sammen om prosjekter som følger delmål og nødvendige tiltak.

Vedlagt til handlingsplanen er en detaljert oversikt over enda mer konkrete tiltak knyttet til de ulike målene som er resultatet av tidligere handlingsplaner i sammenheng med prosjektene Innføring av Palliativ plan og Pasientforløp eldre multisyke.

Tab 1; Oversikt hovedmål, delmål med anbefalte tiltak og måleverktøy

Hovedmål	Delmål	Tiltak	Måleverktøy	Ansvarlig
Alders-vennlig samfunn	"80 års samtaler"; Hjemme-besøket skal bidra til å øke trygghet og mestring i hverdagen blant hjemmeboende eldre	Det etableres en rutine i kommunene for å tilby forebyggende og helsefremmende 80 års besøk for mennesker som ikke er tilknyttet til kommunale helsetjenester	Antall 80 års samtaler per innbygger som ble gjennomført i hver kommune i 2022	LSU / kommune
	Folkemøter om aldersvennlig samfunn	Gjennomføring av Folkemøter om aldring og fremtid i kommunen, bruk av teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin	Antall folkemøter i hver kommune	LSU / kommune
	Medieoppslag om aldersvennlig samfunn	Info filmer om demens, palliasjon, "Hva er viktig for deg" samtaler (forhåndsamtaler) på helseforetakets og kommunenes hjemmesider (evt. lenker). Kontakt med lokalavis.	Antall filmer / lenker som er lagt inn på hjemmesider, antall klikk på info filmer på hjemmesidene	LSU / kommune
	Initiering / styrkning av frivillighetsarbeid	Dialog og samarbeid med frivillige (pasientforeninger, røde kors, mm), etablering av frivillighetsprosjekter for målgruppen	Oversikt / antall frivillighetsorganisasjoner som ble kontaktet, antall frivillighetsprosjekter rundt målgruppen	LSU / kommune

	Opprettholde fysisk aktivitet og funksjonsnivå	Implementering av samfunnsbaserte aktivitetstilbud / rehabilitering som lav terskel tilbud i kommunen; fysisk aktiv, sunnere kosthold, mestre depresjon og søvnevansker.	Antall aktivitetsgrupper, pasienter / mennesker i rehabiliteringsløp, besparelsene fra institusjonsopphold og påfølgende år med hjemmebaserte tjenester	LSU / kommune
Forhånds-samtaler, "Hva er viktig for deg - samtaler"	Skaffe kunnskap om målrettet implementering / opplæring	Kartlegging av tilbud og bruk av forhåndsamtaler i målgruppen	Antall gjennomførte forhåndsamtaler i kommunen (i hjemmet / på sykehjem) evt. med kartlegging av deltagere- Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende om forhåndsamtaler.	LSU / kommune
	Bevisstgjøring om brukermedvirkning og gjennomføring av «Hva er viktig for deg? – samtalen» (forhåndsamtalen)	Opplæring og veiledning av helsepersonell (e-læring, nettside, maler, veileder, individuell oppfølging) <a href="http://www.palliativplan.no">www.palliativplan.no</a>	Antall organiserte opplæringer i kommunene. Erfaringer fra formidling av temaet til pasienter / pårørende. Hvem og hvor mange personer er reelt involvert i forhåndsamtaler?	LSU / kommune
	Systematisk integrering av pårørende	Innføring av kartleggingsverktøy Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for å imøtekomme utfordringer som pårørende opplever i situasjonen	Antall institusjoner / enheter som tok i bruk CSNAT	LSU / kommune
	Etisk refleksjon	Integrering av veiledning og etisk refleksjon på enhetsnivå som gruppemøter	Antall gruppemøter rundt etisk refleksjon i kommunen	LSU / kommune
Palliativ Plan	Skaffe kunnskap om målrettet implementering / opplæring	Kartlegging av tilbud og bruk av Palliativ plan i målgruppen	Antall ferdige palliative planer i kommunen (i hjemmet / på sykehjem). Tilbakemeldinger fra pasienter / pårørende om nytten av Palliativ plan. Hvor mange Palliative planer ble sendt til sykehus ved innleggelse / hvor mange til legevakt?	LSU / kommune

	Utvide bruk av Palliativ plan generelt i målgruppen, særlig for pasienter som ikke har kreft og pasienter i målgruppen som har behov for kommunale helsetjenester	Kobles til tiltak i sammenheng med bevisstgjøring og gjennomføring av forhåndssamtaler. I tillegg bevisstgjøring om viktigheten av godkjenning av fastlegen, refleksjon sammen med pasienten og elektronisk lagring og overføring til potensielle framtidige behandlere.	Antall ikke kreft pasienter med palliativ plan. Antall sykehjemspasienter / pasienter med hjemmetjenester som har en palliativ plan.	LSU / kommune
Pasientforløp for den eldre multisyke	Bruke føringer og verktøy for gode systematiske pasientforløp for den eldre multisyke	Sjekklistor ved skift av behandlingssted, tidlig oppdaging og rask respons ved forverret somatisk tilstand, systematisk observasjonskompetanse	Evaluering / kontroll av bruk av sjekklistor og vurderingsverktøy. Erfaringer rundt bruk av pasientforløpet.	LSU / kommune
	Forankring i ledelse på tvers av tjenestenivåer	Systematisk tilbud om brukermedvirkning ved aldersrelatert redusert helse og rolle som tjenestemottaker	Pasientforløp kjent blant ledere og representert i helse og omsorgsplaner.	LSU / kommune
	Koordinert bruker og pårørende sentrert oppfølging	Inkludering av pårørende tidlig i forløpet ved antatt vedvarende funksjonssvikt, særlig ved mennesker med demens	Antall pasientforløp med aktiv integrasjon av og bidrag fra pårørende.	LSU / kommune
	Integrering av hverdagsrehabilitering	Et trent og koordinert tverrfaglig team etableres som leverer flere hjemmebesøk, opprettholder uavhengighet i meningsfulle aktiviteter i dagliglivet og reduserer behov for langsiktige tjenester	Antall kommuner som har etablert koordinerte tverrfaglige team og antall pasienter som hadde nytte av tjenesten i hjemmet.	LSU / kommune
Kompetanse på rett sted	Spesialistkompetanse i primærhelsetjenesten	Etablering av Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) med ressurser og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten.	Etablerte ressurser for PSHT. Antall pasienter PSHT var involvert. Utvikling antall reinnleggelser, antall innleggelser fra sykehjem, mm.	LSU / helseforetak
	Erfaringsutveksling på tvers av tjenestenivåer	Gjensidig hospitering (primær og spesialisthelsetjenesten)	Antall hospiteringsdager i primær og spesialisthelsetjenesten	LSU / helseforetak



	Kontinuerlig kompetanse-utvikling	Kompetanseplaner, fagdager, fagsamlinger, videreføring til andre kolleger prosedyrebank, undervisning i utdanningsinstitusjoner	Antall kommuner med kompetanseplaner. Antall gjennomførte samlinger / undervisninger med antall deltakere.	LSU / helseforetak
Bruk av velferdsteknologi	Forberedelse helseplattform for målgruppen	Digital forberedelse av samtaler via Helseplattform (HelsaMi)	Tilbakemeldinger fra brukerrepresentanter om HelsaMi og modul "Ønsker ved livets slutt".	LSU / helseforetak
	Forberedelse Palliativ plan i helseplattform	Inkludering av Palliativ plan som Felles behandlingsplan i behandlingsforløp i Helseplattform	Tilbakemelding etter PD1 i Trøndelag og kontakt og oppdatering fra fagekspertene innen palliasjon.	LSU / helseforetak
	Velferdsteknologi skal være en naturlig del av vurderinger som blir gjort rundt den multisyke pasient	Sikre at velferdsteknologi blir vurdert i: 80 års samtalen Palliativ plan Hva er viktig for deg Forhåndssamtale Gode pasientforløp Aldersvennlig samfunn	Rapport på om velferdsteknologi er tatt med i ulike maler og sjekklister i kommuner og helseforetak.	LSU / helseforetak
	Bruk av digital oppfølgingsverktøy	Systematisk medisinsk avstandsoppfølging, videokonsultasjon og digitalt tilsyn	Antall gjennomførte videokonsultasjoner mellom pasient / pårørende og primær og spesialisthelsetjenesten	LSU / helseforetak

### 3.3 Forankre og organisere forbedringsarbeidet

Basert på analyse og vurdering av utfordringer og muligheter valgte Faglig samarbeidsutvalg for eldre multisyke og palliasjon en utviklingsretning for helsefellesskapene, sentrale strategiske valg og prioriterte tiltak. Vi vil gjerne bidra både til visjoner i framtidig samarbeid og konkret til å sette i gang prosjekter i regi av LSU som er gjennomførbart. Vi forventer at både kommunene og helseforetaket ser potensiale til å hente ut fordeler for både pasienter, pårørende og helsepersonell og ikke minst for en rettferdig og tilpasset fordeling av økonomiske ressurser. Sentralt i vårt arbeid er brukermedvirkning og samvalg. Dette er det beste grunnlaget for våre overordnede mål om god livskvalitet og mest mulig tid i hjemmet.

Faglig samarbeidsutvalg for eldre multisyke og palliasjon synes det er viktig at handlingsplanen blir gjort kjent i alle kommuner og i helseforetaket. Hovedmålene må bekreftes av SSU. Delmålene og prosjekt, eller forbedringstiltak, må forankres i ledelsen i kommunene og helseforetaket. Initiativet til å gjennomføre tiltakene skal komme fra LSU.

Innspill lokalt hentes gjerne fra palliative team, geriatrike poliklinikker, utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem i MR, ressurs- og læringsnettverk og lokale forbedringsteam. Vi oppmuntrer veldig til å samarbeide med brukerrepresentanter i frivillige og pasientforeninger.

Forbedringsarbeid og kvalitet henger nøye sammen, den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid (Helsedirektoratet 2019) gir gode føringer. Forskriften for ledelse og kvalitetsarbeid fra 2017 pålegger virksomhetene i helse og omsorgstjenesten til å jobbe med forbedringsarbeid etter PDSA sirkelen (Helsedirektoratet 2017), det å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktiviteter før implementering. Dette krever god kompetanse på området og gode ledere som holder tråden i dette kontinuerlige arbeidet.

Kommuner og helseforetaket må finne en vei til å frigjøre eller finansiere nødvendige ressurser. Faglig samarbeidsutvalg gir en oversikt over tilskuddsordninger fra helsedirektoratet som kommunene kan søke om, og en oversikt over muligheter for helseforetaket til å søke om midler fra Samarbeidsorganer i Helse-Midtd (Tab 3 i vedlegg). Hver LSU burde utnevne en koordinator som sørger for at ressurspersoner som skal gjennomføre tiltakene får de nødvendige informasjonen og konkret støtte til å kunne søke ekstra midler ved krav om ekstern finansiering. Faglig samarbeidsutvalg kan veilede / komme med konkrete anbefalinger. Det er viktig at det finnes nok ressurser til å kunne kartlegge nå-situasjonen i forhold til de forskjellige tiltakene. Det gir et viktig grunnlag for LSU til å prioritere enkelttiltak ut ifra lokalt behov. Kommunene har et særansvar for målgruppen, spesialisthelsetjenesten må stille opp med kompetanseoverføring og bidra til å unngå sykehusinnleggelse hvor et individuelt tilpasset tilbud fra kommunehelsetjenesten kan være et godt eller bedre alternativ. Dette krever at spesialisthelsetjenesten går aktiv ut med å ledsage pasienter i hjemmet eller på sykehjem og er spesielt viktig i overgangene mellom sykehus og kommune.

Institusjonene med ledelsen må sørge for at evaluerte og etablerte forbedringer videreføres og implementeres i vanlig drift uavhengig av om de var finansiert med ekstra midler. Erfaringer deles i fylket via SSU og LSU. Faglig samarbeidsutvalg er behjelpelig med å spre erfaringene.

## 4 Forberede

### 4.1 Kunnskapsgrunnlag

En av de største sosialpolitiske utfordringer i Norge og Europa i de kommende tiår er å sikre syke, sårbare og gamle mennesker et verdig og meningsfylt liv helt til det siste. Demografiske framskrivninger viser at andelen eldre vil stige, mens andelen yrkesaktive vil synke i løpet av de neste førti årene. Befolkningsframskrivning viser at andelen 80 år eller eldre vil stige fra 4,6 prosent i dag til 8,4 i 2050. Til sammenligning var tilsvarende andel 2,2 prosent i 1970.

I Samhandlingsreformen understrekes det at personer over 80 år bruker helsetjenester både i kommunen og spesialisthelsetjenesten i større grad enn personer i andre aldersgrupper. I hvilken utstrekning den forventede befolkningsutviklingen vil øke presset på helsetjenesten, avhenger av andelen i yrkesaktive og hvilket helse- og omsorgsbehov som må dekkes av helsetjenestene (Folkehelseinstituttet 2010). I motsetning til tidligere mottar mange mennesker medisinsk behandling i mange år før de dør, eller har langvarige helseplager som følge av sykdommene. Antall personer med kroniske lidelser øker. Hovedårsaken til dette er den økte levealderen. I tillegg har det skjedd mange forbedringer innenfor medisinsk behandling, noe som gjør at mange pasienter klarer seg gjennom akutte sykdomsfaser, og lever videre med sykdommen, eller ettervirkninger av denne, resten av livet.

Ivaretagelse av livssyn, verdier og ønsker gjennom hele livsløp og særlig i livsfaser med helseutfordringer er et samfunnsanliggende og angår alle mennesker. En god og effektiv kommunikasjon rundt disse utfordringer forutsetter at det er en kontinuitet i relasjonen mellom pasient og helsepersonell. Det bygger på en modell der pasienten er med i beslutningsprosessen og at en aktivt etterspør pasienten si forståelse av sin livsfase og prognose samt vedkommende sine ønsker, verdier og behandlingsmål.

Økt kompetanse om dette feltet kan bidra til at flere kan få et godt liv der hvor de ønsker å være. Samhandlingsreformen sier at et viktig mål for helsetjenesten er at pasientene får behandling med god kompetanse på rett sted og til rett tid. Systematiske vurderinger og meta-analyser tyder på at strukturerte palliative tilnærminger kan bidra til å unngå sykehusinnleggelse og tillater i høyere grad mer hjemme-tid for pasientene. Forhåndsamtaler og palliative planer brukes i flere engelsktalende land, og forskning har vist positive effekter på livskvalitet for både pasienter og pårørende. Lokal forskning i Romsdal viser at pasienter med kreft hadde signifikant mer tid i hjemmet de siste 90 levedager (ca. 10 dager mer) og døde oftere hjemme hvis de hadde en forhåndsamtale og palliativ plan i primærhelsetjenesten. Palliativt team på sykehus bidro til mer forhåndsamtaler i primærhelsetjenesten.

Sykehjemsbeboeren er karakterisert ved høy alder, er skrøpelig og har flere diagnoser med demens som den vanligste. Kritiske tilstander som krever viktige beslutninger oppstår hyppig, og antall sykehusinnleggelse for denne gruppen er mer enn dobbel så høy som ellers i befolkningen. Beslutninger knyttet til medisinske undersøkelser og behandling hos pasienter som ikke kan samtykke gjør at det oppstår mange krevende medisinske, etiske og juridiske spørsmål og utfordringer for alle som er involvert. Spesielt viktig er spørsmål knyttet til livsforlengende behandling, som det å gi intravenøs væske, sondeernæring, antibiotika, dialyse eller status for gjenopplivning. I alle slike beslutninger er det viktig å ta hensyn til pasientens preferanser og verdier. Forhåndsamtaler og Palliativ plan er verktøy for å sikre at pasientens ønsker og preferanser blir synlig og ivaretatt. Den nødvendige kommunikasjonen mellom bruker, eventuelle pårørende og ansvarlig helsepersonell er frivillig, kontinuerlig og går over tid.

I en studie som dekker alle 83 434 dødsfall i Norge i 2012 og 2013, skjedde 15 % av dødsfallene hjemme, hyppigst blant pasienter med 'Sirkulasjonssykdommer' og 'kreft' (15). Norge er over flere tiår på siste plassen i statistikken om antall dødsfall i hjemmet. Lite er kjent om hvor pasienter i Norge tilbringer tiden de siste levemånedene. Behandlingen i livets slutt ser ut til å være mer sykehussentrert i Norge med høyere utgifter enn i andre europeiske land. Flere faktorer, som pasientens og pårørendes preferanser eller tilgjengeligheten av spesialistkompetanse i hjemmet, påvirker pasientens ønsket sted å være når behovet for hjelp øker og når det nærmer seg livets slutt. Å spørre brukeren / pasienten om egne ønsker er avgjørende for å målrette fremtidig individuell omsorg. Kvalitativ forskning viser at hjemmemiljøet ga normalitet og en følelse av kontroll og bedre individualisert omsorg, noe både pasienter og pårørende opplevde som veldig positivt.

Eksempler på konkrete utfordringer innen aktuelt område og mulige konsekvenser omhandler demografi, bevisstgjøring av framtidig brukermedvirkning, mangel på helsepersonell, kompetanse på rett sted, forskning / utvikling og teknologi, felles forståelse hva palliasjon innebærer og forebyggende helsearbeid for eldre.

## 4.2 Nasjonale føringer

Eldrereformen «Leve hele livet» er regjeringens hovedsatsing for at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg, aktiv og verdig alderdom. Kommunene i Møre og Romsdal fokuserer med sine helse og omsorgsplaner på et mer aldersvennlig samfunn. Folkehelseinstituttet (2018) viser til at noen av sykehus-innleggelsene kan forebygges gjennom riktig legemiddelbruk og behandling og/eller oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I Stortingsmelding Meld. St. 24 Lindrende behandling og omsorg «Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve» mener Regjeringen at forhåndsamtaler og palliative planer er viktige verktøy for å kartlegge den enkeltes behov og ønsker i livets slutfase, og bidra til økt grad av medvirkning i utformingen av tjenestetilbudet.

"Leve med kreft", Nasjonal kreftstrategi 2018-2022 og Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen ledsaget vårt tidligere prosjekt om implementering av Palliativ plan i Møre og

Romsdal og prinsippet overføres til andre diagnosegrupper. Vår lokale forskning viser at det blir mindre dødsfall på sykehus, flere dager i hjemmet og mer dødsfall i hjemmet blant pasienter med kreft hvis primærhelsetjenesten gjennomfører forhåndssamtaler og lager palliative planer.

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til mer systematisk avdekking av pasientens individuelle behov, dvs. behov som går utover kreftbehandling og oppfølging, og er tilknyttet pasientens livssituasjon og hva som er viktig for den enkelte pasient. Forhåndssamtaler i primærhelsetjenesten blir helt avgjørende i pakkeforløpet.

Stortingsmelding Meld. St. 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» peker på de kommunale helse- og omsorgstjenestene som grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten. Det kreves i framtida koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og en enda større andel av tjenestene levert i kommunene.

Vi vet at flere med demens opplever at de blir umyndiggjort og at andre tar avgjørelser på vegne av dem (Demensplan 2025). Med tidlig tilnærming og god dokumentasjon av ønsker, livssyn og verdier bidrar gode pasientforløp, forhåndssamtaler og palliative planer tidlig i forløpet av sykdommen til bedre individuell tilpassing av omsorg og behandling og avlaster avgjørelses og omsorgs byrde for pårørende.

Nasjonale anbefalinger (Helsedirektoratet 2021) sier noe om hvordan ulike teknologi tas i bruk og implementeres. Velferdsteknologi skal ikke erstatte nødvendige tjenester, men være et viktig supplement for å skape økt trygghet, frihet og mestring for innbyggeren. Eksempelvis lokaliseringsteknologi (GPS) er aktuelt for flere brukergrupper i tjenestene. Elektroniske medisindispensere og elektroniske dørlåser er praktiske hjelpemidler som støtter sikkerheten og forenkler hverdagen til helsepersonell. Digitale tilsyn gir mulighet for avstandsoppfølging som er særlig viktig for å tilby spesialistkompetanse. Velferdsteknologi kan gi bedre tjenester for eldre som bor hjemme og brukere på sykehjem, og kan redusere behov for langsiktige tjenester.

### **4.3 Erkjenne behov for forbedring**

Mål og tiltak i tabell 1 under 3.2 beskriver hvor behovet for pasienter, pårørende og helsepersonell ligger. Hvor stort behovet er, er forskjellige i kommunene og i ansvarsområdene for de fire LSU. Kartlegginger som er beskrevet under Måleverktøy i samme tabellen gir en god basis for å finne ut hvor behovet lokalt er størst.

Flere eldre og et mer komplekst og sammensatt sykdomsbilde i befolkningen er blant endringene som vil prege helsesektoren fremover. Mangel på helsepersonell i årene som kommer skaper utfordringer for tjenestens bærekraft. Vi vet også at innbyggerne har høye forventninger til fremtidens helsetjeneste. Tjenester kan bli tilgjengelig der du er, når du trenger dem, og de kan bli mer tilpasset den enkeltes behov. Flere helsetjenester kan flyttes nærmere der pasienten bor og kan ytes i hjemmet. Digital hjemmeoppfølging, nettbasert behandling og hjemmesykehus er trender som får stadig økende oppmerksomhet.

Den informerte bruker skal være den viktigste driver for endring og brukeren har de beste forutsetningene for å vite hva som fremmer egen helse og egne muligheter. Utviklingen i individuell tilpassete løsninger gir muligheter for til å understøtte dette i stadig større grad. Pasientens helsetjeneste innebærer en forventning om en effektiv og god funksjonalitet samt enkel tilgang til dokumentasjon, veiledning og bistand på tvers av tjenestenivå.

Persontilpasset behandlingstilbud, nye behandlinger og ny teknologi vil medføre nye måter å yte helsetjenester på som må understøttes av samhandlingsstrategien. Utviklingen gir stort potensiale for å tilby behandling og omsorg i primærhelsetjenesten og til å øke mestring i hjemmet. Innovative løsninger for å organisere nødvendig støtte fra spesialiserte tjenester gir pasientene en mulighet for meningsfylt behandling

på ønsket sted. Dette øker sannsynligheten for å kunne være hjemme med familien, også når funksjonssvikt og / eller sykdom utfordrer.

Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) er et tverrfaglig team med mål om å utvikle og tilby bedre og mer helhetlige tjenestetilbud til skrøpelige eller eldre multisyke pasienter gjennom tett samarbeid mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Teamet overfører kompetanse fra spesialisthelsetjenesten direkte og bidrar til å unngå sykehusinnleggelse hvor et individuelt tilpasset tilbud fra kommunehelsetjenesten kan være et godt eller bedre alternativ. PSHT følger opp pasienter i sine hjem, kommunale institusjoner og i sykehus og er spesielt viktig i overgangene mellom sykehus og kommune. Ved siden av å forbygge utvikling av akutt sykdom, skal PSHT bistå med tidlig vurdering og diagnostikk ved klinisk forverret tilstand. PSHT jobber helhetlig og proaktivt og tar utgangspunkt i pasientens preferanser og målsetninger for framtidig behandling som kommer fram gjennom tilbud om forhåndsamtaler og en palliativ plan. Forskningen rundt PSHT viser færre øyeblikkelig-hjelps-innleggelse på sykehus, færre medisinske kriser og færre liggedager på sykehus. Dette vil vi oppnå med innføring av PSHT.

#### 4.4 Avgrensning

Faglig samarbeidsutvalg multisjuka, stormottaker og palliasjon fokuserer på eldre multisjuka / eldre skrøpelige mennesker, og mennesker med sykdommer som ikke kan helbredes og som begrenser levetida, dvs. mennesker som har god nytte av lindrende/palliativ tilnærming. Dette er i tråd med satsingsområda i nasjonal sykehusplan og arbeidet med regional utviklingsplan.

Yngre kronikere, multisyke og stormottakere bør få en egen handlingsplan eller inkluderes i egne tiltak i aktuelle fagutvalg sine handlingsplaner. Vi omhandler i vårt faglig handlingsplan flere felles mål og tiltak, men det vil også være mye ulikt her. Slik vi ser det blir disse pasientgrupper behandlet også av andre fagutvalg og vi anser det å være for stort om alt skal være inn under vårt utvalg.

## 5 Medlemmer

Medlemmer i utvalget er oppnevnt på vegne av sin kommuneregion (NIPR, RIPR, SR,Søre Sunnmøre, SR: Nordre Sunnmøre) og forventes å forankre arbeidet hos helseledere innenfor sin kommuneregion.

Tab 2; Medlemmer Faglig samarbeidsutvalg for eldre multisyke og palliasjon

Navn	Arbeidssted	Stillingstittel
Tanja Yvonne Alme, leder	Sula kommune	Kreftkoordinator/leder palliativ plan
Bardo Driller, nestleder/sekretær	Molde Sykehus	Anestesilege, palliativ lege
Thomas Rakvåg	Aukra	Kommuneoverlege
Gudrun Karlsen	Kristiansund sykehus	Seksjonsleder ortopedisk/kirurgisk sengepost
Therese Heggedal Moltudal	Volda Sykehus	Seksjonsleder medisinsk avdeling
Daniel Ask	HMR	Brukerrepresentant
Elias Waler Kristiansen Nupen	Kommuner	Brukerrepresentant
Jeanette-Christin Størseth	USHT*	Fagansvarlig
Torill Aarskog Skorpen	USHT*	Rådgiver
Yngve Müller Seljeseth	Ålesund Sykehus	Seksjonsoverlege Geriatri
Ingeborg Mork Haaskjold	Volda kommune	Seksjonsleiar hjemmetjeneste
Andreas Hals	Prakiskonsulent	Fastlege

\*Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i MR

## 6 Referanser

Nøkkeltall for folkehelse. Statistikkbankene i Folkehelseinstituttet (FHI)

<https://statistikk.fhi.no/>

Stortingsmelding St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Helse- og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliat Med. 2014;28(8):1000-25

Kjellstadli C, Husebø BS, Sandvik H, Flo E, Hunskaar S. Comparing unplanned and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study. BMC Palliat Care. 2018;17(1):69.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. (2015). (IS-2285). Oslo: Helsedirektoratet.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Thoresen, L., Lillemoen, L., Lereim, S., Gjerberg, E., Førde, R. & Pedersen, R. (2017). Veileder: Forhåndssamtaler på sykehjem. Oslo: Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/forberedende-samtaler-i-sykehjem/acp-veileder271117.pdf>

Palliativ plan.

<https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/palliativ-plan>

Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. (2013). (IS-2091). Oslo: Helsedirektoratet.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>

PSHT, det pasientsentrerte helsetjenesteteamet

<https://ehealthresearch.no/nyheter/2019/dette-er-psht>

Helsedirektoratet 2021

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi>

Helsedirektoratet 2019

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf)

Helsedirektoratet 2017

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

## 7 Vedlegg

### 1. Tab 4; Relevante tilskuddsordninger fra Helsedirektoratet

Tilskuddsordning	Lenk
Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølging - Oppfølgingsteam	<a href="#">Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølging - Oppfølgingsteam - Helsedirektoratet</a>
Sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskap	<a href="#">Sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskap - Helsedirektoratet</a>
Utviklingsprogram hjemmetid og hjemmedød	<a href="#">Utviklingsprogram hjemmetid og hjemmedød - Helsedirektoratet</a>
Demensplan 2025 – Fagutvikling og kompetansehevende tiltak	<a href="#">Demensplan 2025 – Fagutvikling og kompetansehevende tiltak - Helsedirektoratet</a>
Hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester	<a href="#">Hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester - Helsedirektoratet</a>
Lindrende enheter	<a href="#">Lindrende enheter - Helsedirektoratet</a>
Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt	<a href="#">Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt - Helsedirektoratet</a>
Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke	<a href="#">Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke - Helsedirektoratet</a>
Utlysning av reginale midler Forskning Innovasjon (FI) fra samarbeidsorganet Helse Midt-Norge	<a href="https://helse-midt.no/samarbeidsorganet#samarbeidsutvalg-for-forskning-og-innovasjon">https://helse-midt.no/samarbeidsorganet#samarbeidsutvalg-for-forskning-og-innovasjon</a>
Utlysning av midler for å styrke kvalitet, relevans og kapasitet i praksisstudier	<a href="https://helse-midt.no/samarbeidsorganet#samarbeidsutvalg-for-forskning-og-innovasjon">https://helse-midt.no/samarbeidsorganet#samarbeidsutvalg-for-forskning-og-innovasjon</a>

2. Tidligere handlingsplan Pasientforløp eldre multisyke (vedlagt som ekstra dokument)
3. Tidligere handlingsplan Innføring av Palliativ plan i Møre og Romsdal (vedlagt som ekstra dokument)