



# Faglig samarbeidsutvalg for eldre multisyke og palliasjon

*Revidering av handlingsplan*

*Innspill utviklingsplan*

# Faglig samarbeidsutvalg multisyke, stormottaker og palliasjon

- [Samarbeidsavtale kap 5.4 og delavtale 1 ----- prosessarbeid](#)

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

# Bakgrunn

- Med bakgrunn i gjeldene handlingsplaner for forhåndssamtaler og palliativ plan og handlingsplan for fremtidsrettede pasientforløp for eldre multisyke har faglig samarbeidsutvalg for eldre multisyke og palliasjon sammenfattet og revidert arbeidet til en handlingsplan
- Nasjonale retningslinjer/reformer

Eldrereformen Leve hele livet, St.Meld 24 lindrende behandling omsorg ved livets slutt, nasjonal kreftstrategi, nasjonalt handlingsprogram i palliasjon, St.M 26 fremtidens primærhelsetjeneste

# Leve hele livet

- en kvalitetsreform for eldre



## Landskonferansen i Palliasjon



MOLDE | SEPTEMBER 2022



STARTER TIDLIG: Ny film om palliativ plan for personer med demenssykdom viser møtet mellom pasient og helsepersonell. Torfinn Carlsen og Selvi Nommun spiller pasient og plevende mens fastlege Thilde Camilla Svale er fastlege også i filmen.  
Foto: Helseinnovasjonssenteret

## Vil vise betydningen av palliativ plan for personer med demens

Ressursgruppen for palliativ plan i Møre og Romsdal har i samarbeid med Helseinnovasjonssenteret og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester laget en film for å vise hvordan man kan bruke palliativ plan for pasienter med demens.

Film om  
demens



Du er her: Forsiden - Dokument - Meldinger til Stortinget - Meld. St. 38 (2020–2021)

### Meld. St. 38 (2020–2021)

Nytte, ressurs og alvorlighet— Prioritering i helse- og omsorgstjenesten



Du er her: Forsiden - Dokument - Meldinger til Stortinget - Meld. St. 24 (2019–20)

### Meld. St. 24 (2019–2020)

Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.



Du er her: Forsiden - Dokument - Meldinger til Stortinget

### Meld. St. 7 (2019–2020)

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

# Avgrensing

- Faglig samarbeidsutvalg 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.

# Bakgrunn og utfordringer

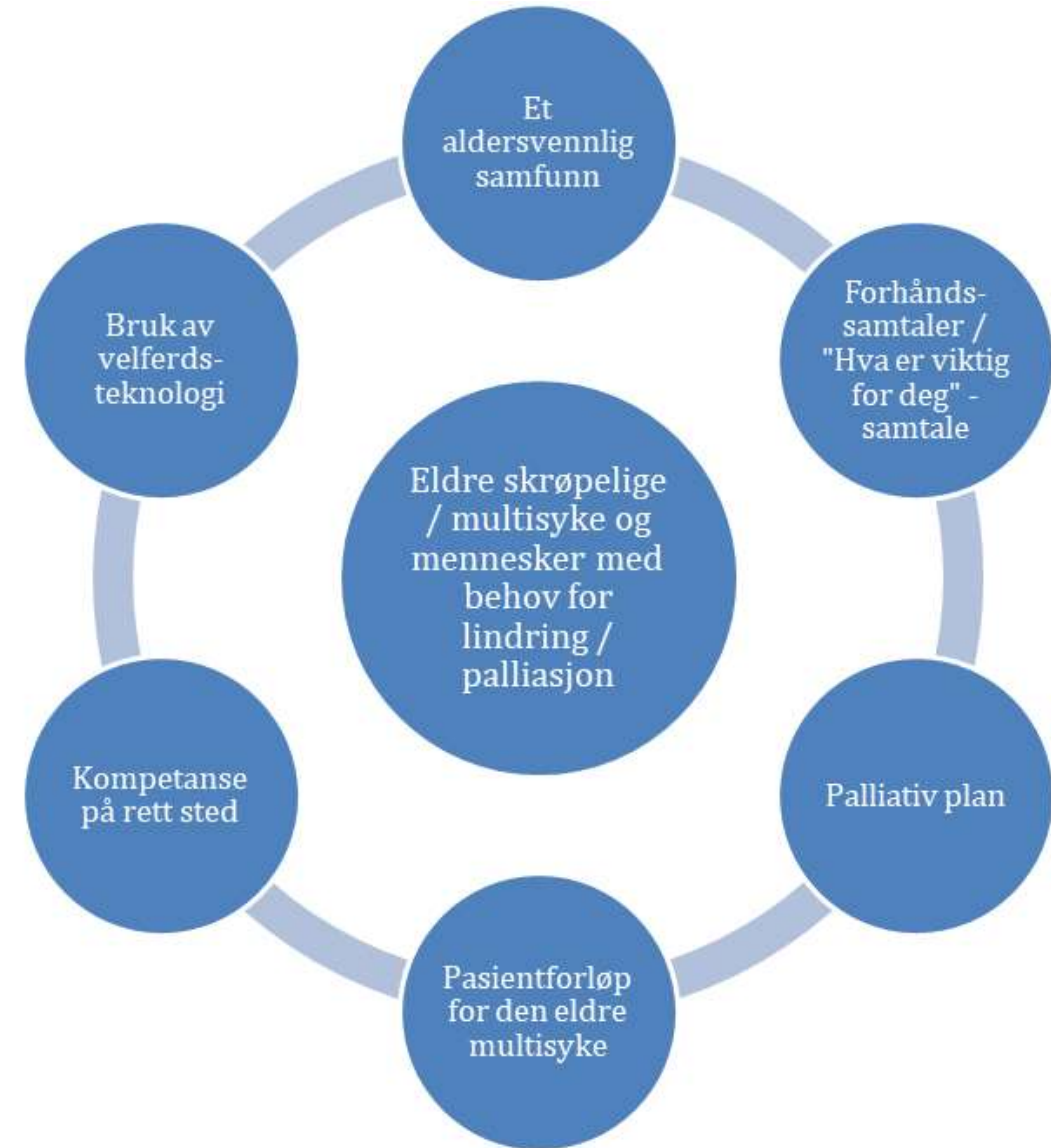
- **Demografi** – flere eldre
- **Medisinsk fremskritt** - mange pasienter klarer seg gjennom akutte sykdomsfaser, og lever videre med sykdommen, eller ettervirkninger av denne, resten av livet
- Å sikre syke, sårbare og gamle mennesker **et verdig og meningsfylt liv helt til det siste**, er en av de største utfordringer i Norge
  - Mange brukere av kommunale helsetjenester er karakterisert ved høy alder, er skrøpelig og har flere diagnoser. Kritiske tilstander som krever viktige beslutninger oppstår hyppig, og antall sykehusinnleggelse for denne gruppen er mer enn dobbel så høy som ellers i befolkningen.
- Ivaretagelse av **livssyn, verdier og ønsker** gjennom hele livsløp og særlig i livsfaser med helseutfordringer er et samfunnsanliggende og angår alle mennesker

# Utfordringer

- Flere eldre
- Mindre helsepersonell
- Rett kompetanse på rett sted
- Flytting av sårbare grupper
- Å leve til en dør, dødsfall i hjemmet? I kommune ? På Sykehus?
- Brukermedvirkning -Hvordan?
- Forståelse av palliasjon som fagfelt
- Velferdsteknologi
- Folkeopplysning og forebyggende helsearbeid

# Overordnet strategi

- 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 – Hva er viktig for deg?





# Målgruppe

- Eldre multisyke / eldre skrøpelige
- Pasienter med behov for palliasjon
  
- Helsepersonell som skal samhandle om gode tilbud og omsorg til pasienter og pårørende

# Delmål /tiltak/ evaluering

- 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.

Hovedmål	Delmål	Tiltak	Måleverktøy	Ansvarlig
Aldersvennlig 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 (forhåndssamtaler) 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

# Delmål /tiltak/ evaluering

- Hovedmål: Forhåndssamtaler i primærhelsetjenesten
- Delmål: “Bevisstgjøring om brukermedvirkning og gjennomføring av «Hva er viktig for deg? – samtalen»
- Tiltak: Opplæring og veiledning av helsepersonell (e-læring, nettside, maler, veileder, individuell oppfølging)  
[www.palliativplan.no](http://www.palliativplan.no)

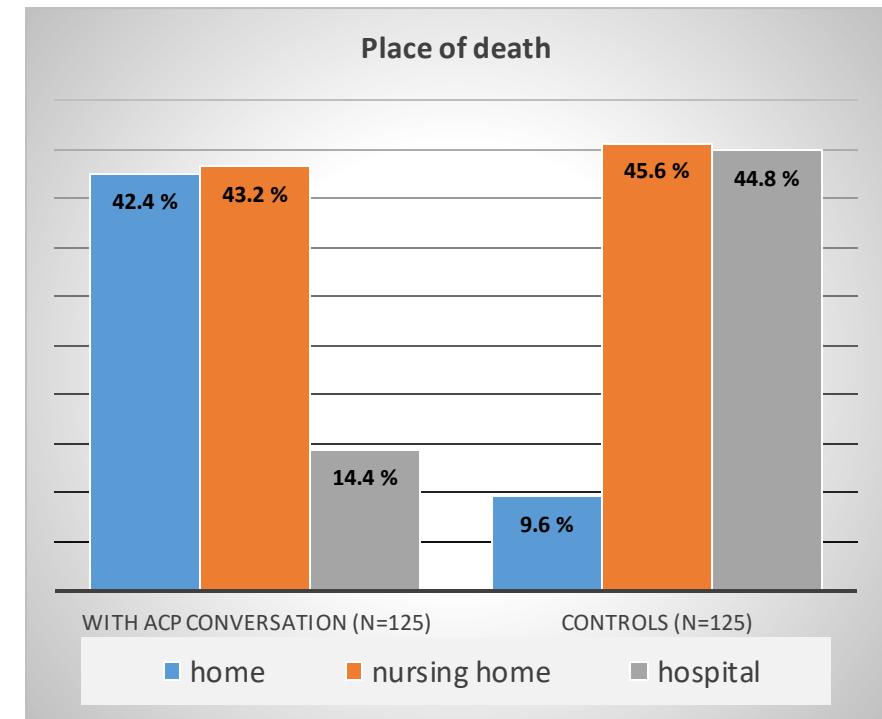
Hovedmål	Delmål	Tiltak	Måleverktøy	Ansvarlig
Forhånds-samtaler, "Hva er viktig for deg - samtaler"	Skaffe kunnskap om målrettet implementering / opplæring	Kartlegging av tilbud og bruk av forhåndssamtaler i målgruppen	Antall gjennomførte forhåndssamtaler i kommunen (i hjemmet / på sykehjem) evt. med kartlegging av deltagere- Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende om forhåndssamtaler.	LSU / kommune
	Bevisstgjøring om brukermedvirkning og gjennomføring av «Hva er viktig for deg? – samtalen» (forhåndssamtalen)	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 forhåndssamtaler?	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	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	Antall ikke kreft pasienter med palliativ plan. Antall sykehjemspasienter / pasienter med hjemmetjenester som har en palliativ plan.	LSU / kommune

# Fra forskning

- Personer over 80 år bruker helsetjenester både i kommunen og spesialisthelsetjenesten i mye større grad enn personer i andre aldersgrupper
- Norge er over flere tiår på siste plassen i statistikken om antall dødsfall i hjemmet
- Faktorer som påvirker pasientens ønsket sted å være, når behovet for hjelp øker og når det nærmer seg livets slutt:
  - Pasientens (og pårørendes) preferanser
  - Ressurser og kompetanse i hjemmetjenesten
  - Tilgjengelighet av spesiell kompetanse i hjemmet

# Fra forskning i Romsdal

- Med en forhåndssamtale i primærhelsetjenesten hadde kreftpasienter
  - signifikant mer tid i hjemmet de siste 90 levedager (ca. 10 dager)
  - og dem døde oftere hjemme (42% vs. 10%)



# Forankring

- Lokalt samarbeidsutvalg (LSU), strategisk (og faglig) samarbeidsutvalg (SSU)
- Samarbeidsavtale og Helsefelleskap Møre og Romsdal
- ROR-kommunalsjefer og avdelingsledere i helseforetaket HMR
- Lokale, regionale og nasjonale føringer
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Helseinnovasjonssenteret

# Fra floskel til handling - Rett pasient på rett sted

- Kartlegging (konkrete antall og erfaringer)
- Etablering av stort sett kjente verktøy (forhåndssamtale, palliativ plan, pasientforløp eldre multisyke)
- Måle effekten (orientert etter kartlegging)
- Refleksjon
- Etablering av tilbudet i rutinen

# Delmål /tiltak/ evaluering

- Hovedmål: Kompetanse på rett sted
- Delmål: «Spesialistkompetanse i primærhelsetjenesten»
- Tiltak: Etablering av Pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT) med ressurser og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten

Hovedmål	Delmål	Tiltak	Måleverktøy	Ansvarlig
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 helsetjenesteteteam (PSHT) med ressurser og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten.	Etablerte ressurser for PSHT. Antall pasienter PSHT var involvert. Utvikling antall reinleggelse, antall innleggelse fra sykehjem, mm.	LSU / helseforetak
	Erfaringsutveksling på tvers av tjenestenivåer	Gjensidig hospitering (primær og spesialisthelsetjenesten)	Antall hospiteringsdager i primær og spesialisthelsetjenesten	LSU / helseforetak



# Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT)

- Overfører kompetanse fra spesialisthelsetjenesten direkte og bidrar til å unngå sykehusinnleggelser
- Et team av lege og sykepleier stiller fra april 2022 opp både i kommunene og på sykehus
  - Tett samarbeid med palliativt team i forhold til arbeidsmåte, erfaringer i hverdagen og bruk av verktøy
- Teamet er telefonisk tilgjengelig etter kontortid (telefonvaktordning av leger med spesiell kompetanse)
- Evaluering, ny søknad om midler 2023 og 2024 / videreføring med egne ressurser

# Delmål /tiltak/ evaluering

- Hovedmål: Bruk av velferds-teknologi
- Delmål: «Velferdsteknologi skal være en naturlig del av vurderinger som blir gjort rundt den multisyke pasient»
- Tiltak: Sikre at velferdsteknologi blir vurdert i...
  - 80 års samtalen
  - Aldersvennlig samfunn
  - Palliativ plan
  - Hva er viktig for deg – samtale (forhåndssamtale)
  - Gode pasientforløp

Hovedmål	Delmål	Tiltak	Måleverktøy	Ansvarlig
Bruk av velferds-teknologi	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 fageksperter 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

# Sak

- Forslag til vedtak:
- Strategisk samarbeidsutval gir honnør for arbeidet som er lagt ned i arbeidet med handlingsplanen for eldre multisjuka og palliasjon både av det faglege samarbeidsutvalet og gjennom innspel frå dei lokale samarbeidsutvala.
- Strategisk samarbeidsutal godkjenner at handlingsplan som den er framlagt, blir lagt ved høyringa til Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF.
- Strategisk samarbeidsutval ber om at handlingsplan for eldre multisjuka og palliasjon blir ferdigstilt etter dei innspela som kjem fram i høyringa og leggast fram for endeleg behandling i neste møte.

**Takk for oss.**  
**Spørsmål ? Innspill?**

[Tanja.alme@sula.kommune.no](mailto:Tanja.alme@sula.kommune.no)  
[Bardo.Driller@helse-mr.no](mailto:Bardo.Driller@helse-mr.no)

