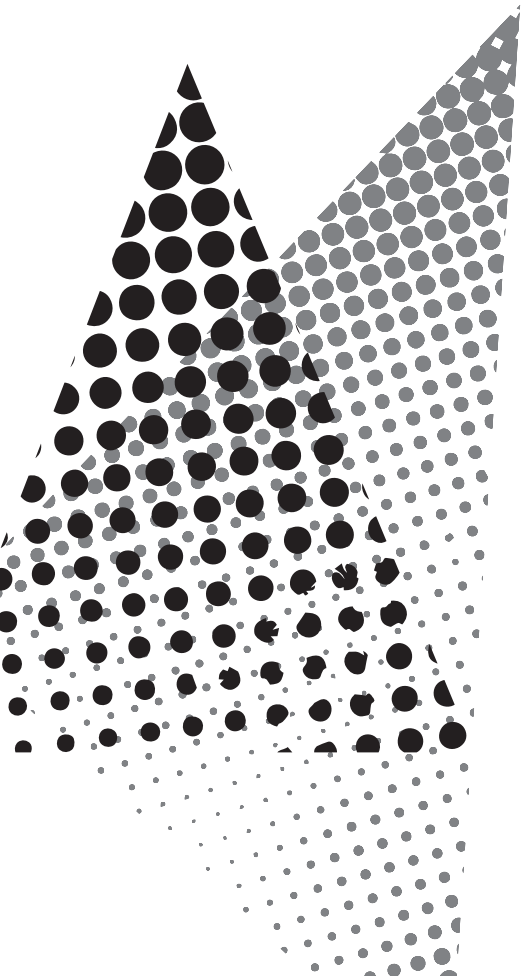
SENTER FOR OMSORGSFORSKNINGS RAPPORTSERIE **NR 3/2025**

Kartlegging av tilbud for hjemmetid og hjemmedød i kommunehelsetjenesten

Gunhild Lersveen og Maren Sogstad

NTNU
Senter for omsorgsforskning
NORD universitet

Kartlegging av tilbud for hjemmetid og hjemmedød i kommunehelsetjenesten



Gunhild Lersveen og Maren Sogstad

Kartlegging av tilbud for hjemmetid og hjemmedød i kommunehelsetjenesten

Senter for omsorgsforskning

juli 2025

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: Bilde generert ved hjelp av Adobe Firefly fra ledeteksten *Abstract represention of home health care services and end of life home care.*

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 03/2025

Tittel: Kartlegging av tilbud for hjemmetid og hjemmedød i kommunehelsetjenesten

Forfattere: Gunhild Lersveen og Maren Sogstad

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)
ISBN (digital utgave): 978-82-8340-156-1
ISSN (digital utgave): 1892-705X
Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:
www.ntnu.no/omsorgsforskning/rapportserie

FORORD

Dette er en rapport om organisering av tilbudet som tilrettelegger for hjemmetid og hjemedød i kommunehelsetjenesten. Den er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet som en del av oppfølgingen etter Meld.St. 24 Lindrende behandling og omsorg. Denne rapporten kan sees i sammenheng med utviklingsprogrammet, der Kongsberg, Gjøvik, Trondheim, og Karmøy kommune jobbet med utvikling av modell for hjemmetid og hjemmedød. Helsedirektoratet ønsket med denne kartleggingen å supplere modellene fra de fire prosjektene med kunnskap om modeller fra flere kommuner.

Kartleggingen er gjennomført av en forskere ved Senter for omsorgsforskning øst og Senter for omsorgsforskning midt og pågått i perioden oktober 2024 til mars 2025.

Forskergruppen vil takke Helsedirektoratet for oppdraget, og alle i kommunene som delte erfaringer og refleksjoner i intervjuene.

Senter for omsorgsforskning, juli 2025

Gunhild Lersveen og Maren Sogstad

SAMMENDRAG

Denne rapporten, utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet, kartlegger hvordan norske kommuner tilrettelegger for hjemmetid og hjemmedød som del av det palliative omsorgstilbudet. Studien bygger på intervjuer med nøkkelpersoner i et utvalg kommuner av ulik størrelse og geografisk plassering, og gir innsikt i organisering, samhandling, identifisering av pasienter, samarbeid med pårørende og styrker og svakheter ved dagens tilbud.

Organiseringen av det palliative tilbudet varierer betydelig mellom kommunene. Store kommuner har ofte egne palliative team, dedikerte senger og spesialiserte tjenester, mens mindre kommuner tilpasser tilbudet etter behov og har gjerne én kreftkoordinator i delt stilling. Kreftkoordinatoren fremstår som en nøkkelrolle i alle kommuner, men ansvarsområdet varierer – noen følger kun opp kreftpasienter, mens andre har et bredere ansvar for alle med palliative behov.

Samhandling mellom aktører som fastleger, hjemmesykepleie og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for god palliativ omsorg. De ansatte i kommunehelsetjenesten erfarer at fastlegenes engasjement kan variere, og noen kommuner opplever utfordringer med kontinuitet og tilgjengelighet. Samarbeidet med sykehusenes palliative team er generelt godt, men det er behov for bedre rutiner og systemer for å sikre helhetlige pasientforløp.

Identifisering av palliative pasienter skjer gjennom hjemmesykepleien, fastleger og sykehus. Kreftpasienter identifiseres ofte tidlig, mens pasienter med andre diagnoser som hjertesvikt og KOLS er vanskeligere å fange opp. Kun én kommune rapporterer systematisk bruk av verktøyet SPICT for å identifisere palliative behov. Det er behov for bedre rutiner og verktøy for å sikre at alle pasientgrupper får nødvendig omsorg.

Samarbeid med pårørende er en viktig del av palliativ omsorg. Pårørende spiller en avgjørende rolle, spesielt for å kunne tilby hjemmedød. Flere kommuner har etablert gode rutiner for kontakt og støtte, men det mangler ofte systematisk bruk av verktøy som CSNAT og forhåndssamtaler. Det er også behov for bedre struktur og rutiner for å sikre at pårørendes behov blir ivaretatt.

Rapporten peker på flere styrker ved dagens tilbud, blant annet høy kompetanse blant helsepersonell, god planlegging og engasjerte ansatte. Samtidig er det utfordringer knyttet til ressursmangel, dokumentasjon, og manglende systematikk.

Avslutningsvis konkluderer rapporten med at det er mange likheter i hvordan kommunene organiserer det palliative tilbudet, men også betydelige forskjeller. Kreftkoordinatoren fremstår som en sentral aktør, og store kommuner har bedre forutsetninger for spesialisering. Det er behov for mer systematikk, bedre verktøy og likeverdig tilgang til tjenester på tvers av kommuner.

INNHOLD

FORORD IV

SAMMENDRAG V

1. INNLEDNING 1

1.1 Bakgrunn for prosjektet 1

1.2 Overordnede problemstillinger 4

2. METODE 5

2.1 Fremgangsmetode for datainnsamling 2.2 5

Forskningsetiske vurderinger og hensyn 5

3. RESULTATER 6

3.1 Oppsummering fra kommunene 6

3.2 Likheter og ulikheter i det palliative tilbudet 17

4. DISKUSJON 18

Organisering av palliative tilbud 18

Samhandling i de palliative tjenestene 19

Identifisering av palliative pasienter 20

Samarbeid med pårørende/familie/nettverk 20

Styrker og svakheter ved dagens tilbud 21

5. KONKLUSJON 22

REFERANSER 23

VEDLEGG 26

1. INNLEDNING

Denne rapporten presenterer resultater fra en kartlegging av arbeidet for å tilrettelegge for hjemmetid og hjemmedød i et utvalg norske kommuner. Arbeidet er en del av arbeidet i oppfølging av Meld. St. 24 (2019–2020) "Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve".
Formålet med studien er å få en innsikt i hvordan norske kommuner jobber med palliasjon, og tilrettelegging for hjemmetid og hjemmedød. Gjennom intervju med nøkkelpersoner i et utvalg kommuner har Senter for omsorgsforskning innhentet kunnskap om tjenestetilbudet i kommunene. Vi vet at kommunestørrelse har betydning for organisering av tilbud, utvalget består derfor av kommuner av ulik størrelse og med ulik geografisk plassering.

1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Palliativ omsorg er en viktig del av integrerte, personsentrerte helsetjenester. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliativ behandling, pleie og omsorg som en «tilnærmingsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art» (Helsedirektoratet, 2019; WHO definition of palliative care).

Palliasjon som fagfeltet fikk for første gang nasjonal oppmerksomhet da NOU 1984: 30 Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker ble publisert. Det skulle gå ti år før noen av anbefalingene ble satt ut i livet ved etablering av seksjon for lindrende behandling i Trondheim. Videre har utvikling av det palliative tilbudet vært ledet av NOU 1997: 20 Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan som løftet temaet frem på nytt. Hovedfokuset handlet om kreftpasienter og deres utfordringer i ulike stadier av sykdommen. Etter denne publiseringen ble kreft i stor grad det dominerende temaet når palliasjon ble omtalt i ulike offentlige dokumenter som eksempelvis Nasjonale retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (sist revidert i 2015). I disse

retningslinjene er anbefalinger til både behandling og organisering av tilbudet skissert både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. NOU 1999: 2 Livshjelp anbefaler etablering av kompetansesentre på regionsnivå, og samtidig understrekes viktigheten av å ha gode tilbud så nær pasientens hjem som mulig. I St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen tydeliggjøres behovet for samordning av tjenestetilbudene på tvers av nivåene, hvilket i aller høyeste grad angår aktuelle pasientgrupper. Det har imidlertid vist seg vanskelig å få dette til i praksis, jf. Dok 3:5 (2015–2016) Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, hvor søkelyset er både på kapasitet og kompetanse (Rønsen, 2020). I de påfølgende tiårene har tematikken fått økende fokus, og NOU 2017: 16 (2017): På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende påpeker et økende behov for kompetanse og organisering av tilbud i hjemmetjenesten. Det er også en økt oppmerksomhet på ulike pasientgrupper med behov for palliative tjenester.

Stortingsmelding nr. 24 (2019–2020), Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve, retter igjen søkelys på å forbedre lindrende behandling og omsorg i Norge for å møte pasientenes og deres pårørendes behov på en helhetlig og verdig måte. Meldingen fremhever behovet for åpenhet om døden, tidligere integrering av lindrende behandling i sykdomsforløp, styrking av kommunale tjenester, og tilrettelegging for at flere kan tilbringe livets sluttfase hjemme dersom ønskelig.

Det finnes også ulike nasjonale retningslinjer, som handlingsprogrammer og veiledere, som gir føringer for og påvirker kvaliteten på det palliative tilbudet (Rønsen, 2020). Eksempel er Nasjonale faglige råd om forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid nasjonale råd for lindrende behandling i livets sluttfase (Helsedirektoratet, 2018) og Nasjonale faglige råd om forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid (Helsedirektoratet 2023).

Norge har en desentralisert velferdsmodell der kommunene tradisjonelt har hatt handlefrihet til å innrette sine helse- og omsorgstjenester i henhold til kommunale ønsker og befolkningens behov. Dette har ført til at utforming av tjenestetilbudet varierer mellom kommuner. Dette kan imidlertid skape spørsmål om hvordan velferdsstatens mål om rettferdig fordeling og likeverdig tilgang til universelle goder oppnås i praksis (Haukelien, 2021; Førland & Rostad, 2019). Palliativ omsorg er en integrert del av den kommunale helsetjenesten og omfattes av de generelle lovene som regulerer denne tjenesten. Dette innebærer imidlertid at spesialiserte tilbud som lindrende enheter på sykehjem, hospice eller palliative team i kommunene ikke er lovpålagte tjenester. Som følge av dette varierer tjenestetilbudet til alvorlig syke og døende mellom kommuner, både i omfang og organisering.

Tjenestetilbudet i norske kommuner varierer fra en generalisttilnærming til en mer spesialisert tilnærming. Det er en tydelig økning til mer spesialiserte tjenester, drevet av økende kompleksitet i pasientenes behov og endringer i primærhelsetjenesten (Hellestø et al., 2024; Rostad et al., 2023; Sogstad et al., 2020). Spesialisering av tjenestene er avhengig av volum, noe som gjør spesialisering mer fremtredende i større kommuner. Spesialisering gir økt mulighet for å bygge kompetanse innenfor ulike områder, som for eksempel palliasjon. I en undersøkelse i et stratifisert utvalg av norske kommuner oppgav 89 % å yte palliative tjenester i hjemmet, og 60 % av kommunene hadde dedikerte senger for palliative pasienter i sykehjem (Sogstad et.al 2020). I en landsdekkende kartlegging oppgav 47 % av kommunen å ha ressurspersoner eller team for kreft og palliativ omsorg (Rostad et al., 2020).

Helsedirektoratet har siden 2002 administrert øremerkede midler for å stimulere fagutviklingsprosjekter innen palliasjonsfeltet. Disse midlene er rettet mot kommunene og

er en del av tiltaket Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Hovedmålet med ordningen er å forbedre kvaliteten på tilbudet til pasienter som trenger lindrende behandling og omsorg, uavhengig av diagnose, samt å styrke kommunenes kompetanse på dette området. Tilskuddene administreres av statsforvalter i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. En oppsummering av erfaringene fra 140 kommuner som mottok slike midler i perioden 2009–2011 viser at kommunene i stor grad opplevde å ha nådd sine mål med prosjektene, og at tilskuddet bidrar til utvikling av palliative tjenester i kommunene (Tingvold og Sogstad, 2012). I perioden 2021 til 2024 hadde helsedirektoratet også et treårig utviklingsprogram for hjemmetid og hjemmedød der fire kommuner (Kongsberg, Gjøvik, Trondheim, og Karmøy) mottok tilskudd for å utvikle modell for hjemmetid og hjemmedød (Lersveen og Sogstad 2025).

Kompetansebehovet i kommunene øker, særlig som følge av samhandlingsreformen. Behovet for palliativ kompetanse er stort, på grunn av et økende antall pasienter med komplekse sykdoms- og behandlingsutfordringer (Hellestø et al., 2024). For å møte disse utfordringene må det utvikles gode verktøy og en kultur for kvalitetsutvikling (Wergeland Sørbye et al., 2019). Sommerbakk et al. (2016) identifiserte barrierer for kvalitetsforbedring i palliativ omsorg, inkludert pasientenes tilstand, manglende validerte kartleggingsverktøy, mangel på spesialisert kompetanse og endringer som ble gjort som var i strid med personalets omsorgsfilosofi. Midtbust et al. (2018) påpekte mangel på kontinuitet som en hovedutfordring i norske sykehjem, mens Isaksen, Ågotnes og Fagertun (2018) avdekket store variasjoner i kvalitetsarbeid mellom sykehjem, preget av spenningen mellom lokal autonomi og nasjonale standarder.

Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er essensiell for å sikre helhetlige pasientforløp, særlig for kronisk syke og pasienter med palliative behov. Flere studier viser at sykehusinnleggelser ofte kunne vært unngått med bedre lokal kompetanse, bedre kommunikasjon og styrket samarbeid (Hjermstad et al., 2013, Glette et al., 2018). Utfordringer ved utskrivelse inkluderer manglende informasjon og ulik forståelse av arbeidsmetoder (Tarberg et al., 2016). Palliative team og nettverksmøter har vist seg å være sentrale for kompetanseutveksling og samhandling, spesielt ved kreftomsorg, der kreftkoordinatorer spiller en viktig rolle (Nordsveen og Andershed, 2015; Melby et al., 2016). Likevel etterspørres koordinatorstillinger for alle kronisk syke. Samhandlingsreformen har ført til økt overføring av eldre og alvorlig syke pasienter til korttidsavdelinger i sykehjem, noe som reflekterer en større kompleksitet i pasientforløpene (Bruvik et al., 2017). Det er behov for bedre tilrettelagte samhandlingsarenaer og bedre forståelse av hverandres praksis for å styrke helheten i pasientforløpene (Vik, 2018).

En studie utført av Aamold, Grov og Rostad (2020), basert på fokusgruppeintervjuer med ti hjemmesykepleiere som arbeider med kreftpasienter som ønsker å tilbringe sine siste dager hjemme, avdekker flere organisatoriske utfordringer. Til tross for at mange profesjoner er involvert i omsorgen for disse pasientene, står hjemmesykepleien ofte alene og er usikre på hvem de skal kontakte når uforutsette situasjoner oppstår. Studien fremhever betydningen av samarbeid med palliative team, men understreker at dette kan være krevende, da slike team som regel kun er tilgjengelige på dagtid og i ukedager. Videre peker studien på at organiseringen av tjenestene rundt pasientene oppleves som fragmentert og uoversiktlig, med mange aktører fra både primær- og spesialisthelsetjenestene involvert. Hjemmesykepleierne uttrykte også et behov for mer tilgjengelig støtte fra det tverrfaglige teamet rundt pasienten, samt en tydeligere arbeidsfordeling og ansvarsavklaring i palliativ hjemmesykepleie. Sykepleierne rapporterte også

at de ofte ble pålagt flere oppgaver og mer ansvar enn de hadde kapasitet til å håndtere (Aamold et al., 2020).

Det er til tross for økt interesse og fokus forsket lite på organiseringen av de kommunale tilbudene for palliasjon både i Norge og internasjonalt.

1.2 OVERORDNEDE PROBLEMSTILLINGER

For å få en bedre innsikt i kommuners arbeid med å tilrettelegge for hjemmetid og hjemmedød vil vi se nærmere på følgende spørsmål:

- Hvordan er det palliative tilbudet organisert i norske kommuner?
- Hvordan identifiseres palliative pasienter?
- Hvordan fungerer samhandling i de palliative tjenestene?
- Hvordan fungerer samarbeid med pårørende/familie/nettverk?
- Hva er styrker og svakheter ved dagens tilbud?

Denne rapporten presenterer resultater fra en kartlegging av arbeidet for å tilrettelegge for hjemmetid og hjemmedød i et utvalg norske kommuner. Arbeidet er en del av arbeidet i oppfølging av Meld. St. 24 (2019–2020) "Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve".

Formålet med studien er å få en innsikt i hvordan norske kommuner jobber med palliasjon, og tilrettelegging for hjemmetid og hjemmedød. Gjennom intervju med nøkkelpersoner i et utvalg kommuner har Senter for omsorgsforskning innhentet kunnskap om tjenestetilbudet i kommunene. Vi vet at kommunestørrelse har betydning for organisering av tilbud, utvalget består derfor av kommuner av ulik størrelse og med ulik geografisk plassering.

2. METODE

2.1 FREMGANGSMETODE FOR DATAINNSAMLING

SOF valgte ut en liten kommune (under 4999 innbyggere), en mellomstor kommune (5000 -19999 innbyggere) og en stor kommune (over 20 000 innbyggere) i hver region. For å få mest mulig variasjon i utvalget med tanke på organisering av palliasjonstilbudet, samarbeidet SOF med De regionale kompetansesentrene for lindrende behandling om å velge ut kommuner. Kommunene er anonymiserte i rapporten, siden formålet med undersøkelsen ikke er å vise hvilke kommuner som gjør hva, men å få en innsikt i ulike måter kommuner organiserer, bygger kompetanse og tilbud til pasienter i palliativ fase av livet.

SOF gjennomførte semi-strukturerte intervjuer (intervjuede er vedlagt) med nøkkelpersoner i de utvalgte kommunene, i noen kommuner var dette en person, typisk kreftkoordinator, men s det i andre kommuner var ulike personer som var involvert i palliative tjenester på ulik måte (kreftkoordinator/palliasjonskoordinator, ressursykepleir, leder). Intervjuene foregikk på Teams og varte ca 30-60 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert ved hjelp av KI i Nettskjema, før transskriptene ble korrigert manuelt. Intervjuene ble analysert ved hjelp av en tematisk innholdsanalyse, med utgangspunkt i tematikker belyst i intervjuguiden.

2.2 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER OG HENSYN

Sikt, *Kunnskapssektorens tjenesteleverandør*, har vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet (referansenummer 803059), er i samsvar med personvernregelverket. Av hensyn til deltagernes anonymitet, har vi benyttet fiktive navn på kommunene som deltok i studien.

3. RESULTATER

Kommunene har mange likhetstrekk i hvordan de organiserer sitt tilbud. Nedenfor vil vi gi en kort oppsummering fra hver av kommunene, før vi ser på likheter og ulikheter.

3.1 OPPSUMMERING FRA KOMMUNENE

STOR KOMMUNE 1

HVORDAN ER DET PALLIATIVE TILBUDET ORGANISERT?
Kommunen har kreftkontakter som fungere som et lavterskeltilbud for personer som har behov for en kontakt i kommune, men som kanskje ikke har behov for tjenester enda. De samarbeider med et nettverk av ressurssykepleiere med videreutdanning i kreft eller palliasjon, som har 10% av sin stilling dedikert til oppfølging av palliative pasienter i hjemmetjenesten. Kommunen har også et kommunalt palliativt team som består av to sykepleiere og to leger som deler en 100% stilling. Teamet bistår ved behov, og kan være direkte involvert i pasientbehandling, eller være en støtte for fastlege, hjemmetjeneste, boliger og sykehjem ved behov. Kommunene har en enhet med åtte øremerkede palliative sengeplasser. Kommunen har også en egen palliativt og eldremedisinsk legevakt som er tilgjengelig i helgene og på kveldstid. Det legges til rette for hjemmedød, og pasienter som ønsker å dø hjemme får som regel muligheten til det. Kommunen har fokus på kompetanseheving gjennom internundervisning og fagdager.

HVORDAN FUNGERER SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE?
Kommunen har implementert bruk av en palliativ plan. Denne utarbeides i møte mellom helsepersonell (hjemmetjeneste og fastlege), pasienten og pårørende. Planen er et viktig verktøy i samhandlingen. Fastlegen er en viktig aktør og samarbeidet med fastlegene oppleves som godt. Kommunen jobber med å tydeliggjøre og avklare ansvar mellom de ulike aktørene: palliativt

team, kreftkoordinator, kreftkontakt og hjemmetjeneste. De kommuniserer jevnlig og har også faste møtepunkter for å diskutere og avklare spørsmål. Kommunen har også et tett og godt samarbeid med sykehuset, og jobber med at palliativ plan skal være med ved innleggelse i sykehus, og at sykehuset kan revidere og sende med revidert plan ved utskrivelse.

HVORDAN IDENTIFISERES PALLIATIVE PASIENTER?

Pasienter identifiseres gjennom henvisninger fra hjemmesykepleien, fastleger, sykehus, kreftkoordinatorer, pårørende eller pasientene selv. Kommunen bruker SPICT modellen for å vurdere palliative behov. Det er fokus på å være tidlig ute for å legge gode planer og sikre best mulig livskvalitet for pasientene.

HVORDAN FUNGERER SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK?

Pårørende er viktige aktører i det palliative forløpet. I samtale ved utarbeidelse av palliativ plan kartlegges også pårørendes ønske og behov, og øvrig nettverk rundt pasienten. Kreftkontaktene kan ha jevnlig kontakt med pårørende ved behov. Pasientorganisasjoner har også viktige tilbud for å støtte opp under pårørende.

HVA ER STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD?

Tilbudet vurderes som bra, med rask tilgang til hjelpemidler og god oppfølging av pasienter. Kommunen har jobbet systematisk både med kompetanse og tilbud og opplever at de er bedre rustet til å håndtere palliative pasienter i dag enn for noen år siden. Det er et fokus på å være tidlig ute med å identifisere og følge opp pasienter, og å gi god informasjon og støtte til pårørende. Kommunen ser også fordeler med å ha korte avstander mellom ulike helsetjenester, noe som gjør samarbeidet enklere. Dokumentasjon og opprettelse av pleieplaner i digitale systemer er tidkrevende og utfordrende. Kommunen jobber med å finne løsninger for å gjøre dokumentasjonen mer effektiv og tilgjengelig. Erfaringene er også at kreftpasienter ofte får god oppfølging, mens det er behov for å styrke tilbudet til pasienter med andre sykdommer.

STOR KOMMUNE 2

HVORDAN ER DET PALLIATIVE TILBUDET ORGANISERT?

Kommunen har et kreftsykepleierteam. Kreftsykepleierteamet er samlet under én leder og består av fire 100% stillinger. Kreftsykepleierteamet retter aktiviteten sin mot pasienter med kreftdiagnoser.

Helsehuset har en lindrende avdeling med ni senger, inkludert en fleksiseng for avklarte situasjoner med palliative pasienter. Fleksisengen er ment for pasienter som trenger midlertidig opphold, for eksempel når pårørende har det tungt, eller når det er behov for justering av smertestillende medisiner m.m. Her kan også hjemmetjenesten legge inn pasienter. Det er ikke utstrakt samarbeid med frivillige, men ute i ett av distriktene er det en sanitetsforening som bidrar for eksempel som nattevakt, videre er det tilbud om kjøretjeneste i kommunen.

Kommunen hadde tidligere et kompetansehevende prosjekt ut til ansatte, dette er ikke blitt videreført etter prosjektperioden, men noen få fra den perioden er fortsatt å anse som ressurspersoner i sin avdeling.

HVORDAN FUNGERER SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE?

Kreftsykepleierne jobber tett med hjemmetjenesten, som er førstelinjen for palliasjon hjemme. Palliativ plan er ikke implementert, men det brukes dokumentasjonsverktøy som inkluderer kategorier for palliativ behandling. Kommunen har utviklet en rutine for hjemmedød som gir en oversikt over hva som må avklares og planlegges. Samarbeidet med fastlegene kan være utfordrende, spesielt med forskrivning av smertepumper. Palliativt team på sykehuset prøver å få fastlegene mer involvert.

HVORDAN IDENTIFISERES PALLIATIVE PASIENTER?

Samarbeid med palliativt team og sykehusavdelinger er viktig for å identifisere palliative pasienter. I stor grad er det pasienter med kreftdiagnoser som blir meldt fra spesialisthelsetjenesten. Hjemmetjenesten melder også fra om pasienter som trenger palliativ omsorg. Hovedsakelig er det kreftpasienter får tilbud om å dø hjemme, videre etterfulgt av nevrologiske sykdommer som for eksempel ALS-pasienter. Det har også vært tilfeller med eldre med hjertesvikt har dødd hjemme.

HVORDAN FUNGERER SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK?

Det beskrives som svært viktig at pasienten har pårørende eller et nettverk som kan støtte dem for å få til en hjemmedød. I hjemmetjenestene finnes ingen formelle strukturer for samarbeid med pårørende, men det gis fortløpende informasjon og støtte. Kreftsykepleiere har en mer strukturert tilnærming til pasient og pårørendesamtaler etter behov.

HVA ER STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD?

Delvis utfordring med rekruttering av ansatte og fagdekning. Det er stor variasjon i fastlegenes engasjement og komfort med palliative oppgaver. Det er potensial for flere hjemmedød med å bli enda bedre på å se palliasjon utover kreft, mer fokus fra ledelsen og bedre samarbeid med fastleger. I distriktene er det ofte en sterk dugnadsånd og bedre forberedte tjenester som støtter pasienter som ønsker å dø hjemme.

STOR KOMMUNE 3

HVORDAN ER DET PALLIATIVE TILBUDET ORGANISERT?

Kommunen har kreftkoordinator 160% stilling. Kreftkoordinatorene har ofte første kontakt med kreftpasientene og vurderer behovet for tjenester og hjelpemidler. Hjemmesykepleien er involvert daglig når pasientene trenger det, og kreftkoordinatorene bistår med opplæring og tekniske justeringer. DMS brukes for kommunale innleggelse på kort varsel. Korttidsplasser i helsehuset brukes for palliative pasienter som ikke kan være hjemme lenger. Det finnes en gruppe med ressurspersoner fra alle enhetene i kommunen Gruppen møtes to ganger i året og får tilbud om kompetanseheving og palliasjonskurs. Kommunen har ingen tradisjon for å leie inn fastvakter, og det er sjelden brukt. I stedet utføres jevnlige tilsyn i løpet av døgnet, og trygghetsalarm eller telefon brukes for å sikre hyppig oppfølging.

HVORDAN FUNGERER SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE?

Kommunen har en egenutviklet prosedyre som beskriver samhandlingen mellom pasient, pårørende, hjemmesykepleien, kreftkoordinator, fastlege, institusjon og spesialisthelsetjenesten. Fastlegene involveres tidlig og deltar i møter med pasient, pårørende og hjemmesykepleien. Fastlegene forordner dosering på smertepumper og samarbeider med palliativt team ved behov. Kreftkoordinatorene jobber proaktivt ved å følge opp hvordan det går ute i sonene og sørge for at nødvendige tiltak og ressurser er på plass i forkant. Dialog med spesialisthelsetjenesten gjennom e-meldinger, møter med palliativt team skjer ved behov.

HVORDAN IDENTIFISERES PALLIATIVE PASIENTER?

Palliative behov identifiseres hovedsakelig basert på diagnoser og epikriser, kreftpasienter er ofte mer tydelige på grunn av konkrete skifter i behandlingsmål, fra kurativ behandling til palliativ behandling. Utover dette baserer det seg på pasientens tilstand og symptomer. Alle pasientgrupper får tilbud om å dø hjemme.

HVORDAN FUNGERER SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK?

Forhåndssamtaler og palliativ plan er ikke formelt implementert, men lignende samtaler og planlegging skjer i praksis. Kreftkoordinatorene har jevnlig kontakt med familiene, spesielt når pasienten blir dårligere. Pasientene har primærkontakter blant sykepleierne. Det er viktig å ha en plan B for tilfeller der hjemmeomsorg ikke er tilstrekkelig.

HVA ER STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD?

Tilbudet om hjemmedød vurderes som reelt og avansert, også for unge pasienter. Det knyttes blant annet til god planlegging og tidlig involvering av fastlege. Andelen hjemmedød i kommunen har gått ned de siste årene. Dette kan knyttes til at flere bor alene nå enn før, men det kan også skyldes manglende bevissthet og kjennskap knyttet til mulighetene til å være hjemme den siste delen av livet/hjemmedød. Kommunen har etablert et kompetansehevende tilbud til ressurspersoner i avdelingene, det er usikkert hvor mye tildelt tid og oppgaver ressurspersonene får ute i avdelingene sine.

STOR KOMMUNE 4

HVORDAN ER DET PALLIATIVE TILBUDET ORGANISERT?

Kommunen har et etablert system med ressurssykepleiere med videreutdanning i hver virksomhet som har oversikt over palliative pasienter i deres geografiske område. En palliasjonskoordinatorer koordinerer og gir faglig veiledning og bistand til pasienter, pårørende og helsepersonell. Koordinatoren jobber både med pasienter hjemme og på institusjoner, og samarbeider tett med fastleger og hjemmesykepleie. Tilbudet organiseres utfra behovet hos hver enkelt pasient, man prøver å ivareta både medisinsk forsvarlig og etiske tjenester uten innleie, men ved behov er det er etablert praksis for å frikjøpe nøkkelpersoner for å sikre god oppfølging. Det utarbeides også en skriftlig plan som deles med fastlege, det handler mye om å planlegge i forkant. Kommunen har hatt prosjekter med bruk av palliativ plan og forhåndsomtaler, men dette er ikke fullt implementert.

HVORDAN FUNGERER SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE?

Det er et tett samarbeid med fastleger og sykehus, spesielt med senter for lindrende behandling. Fastleger blir involvert i avklaring av palliative pasienter og videre i planlegging og oppfølging av palliative pasienter, og det er et system for å sikre god kommunikasjon mellom ulike aktører. Sykehuset bistår med hjemmebesøk og veiledning, og det er fokus på å unngå unødvendige sykehusinnleggelser.

HVORDAN IDENTIFISERES PALLIATIVE PASIENTER?

Pasienter identifiseres gjennom henvisninger fra spesialisthelsetjenesten, fastleger, eller ved at pasientene selv tar kontakt. Kommunen har også et system for å kartlegge nye henvendelser og sikre at palliative pasienter får nødvendig oppfølging. Det palliative tilbudet i kommunene er diagnoseuavhengig, men i praksis er det i all hovedsak kreftpasienter som mottar paliative tjenester.

HVORDAN FUNGERER SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK?

Kommunen jobber aktivt med pårørendestøtte, og ser det som viktig at pårørende føler seg sett. De tilbyr pårørende samtaler og har et pårørendesenter. Sykehuset anvender CSNAT skjemaet, men dette er ikke implementert i kommunene foreløpig.

Kommunen har begynt å samarbeide med frivillige organisasjoner som Røde Kors for å etablere våketjenester. Dette er i oppstartsfasen, og det er forventet at frivillige vil spille en større rolle i fremtiden.

HVA ER STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD?

Tilbudet vurderes som bra, med rask tilgang til hjelpemidler og god oppfølging av pasienter. Kreftpasienter får ofte god oppfølging, men det er behov for å styrke tilbudet til pasienter med andre sykdommer. Fokus på hjemmedød er til stede, pasienter som ønsker å dø hjemme får som regel muligheten til det og antallet hjemmedød er økende. Kommunen opplever at de er bedre rustet til å håndtere palliative pasienter i dag enn for noen år siden. Det er et fokus på å være tidlig ute med å identifisere og følge opp pasienter, og å gi god informasjon og støtte til pårørende. Kommunen ser også fordeler med å ha korte avstander mellom ulike helsetjenester, noe som gjør samarbeidet enklere.

Dokumentasjon og opprettelse av pleieplaner i digitale systemer er tidkrevende og utfordrende. Det er behov for bedre samarbeid og forståelse mellom fastleger, legevaktleger og palliative team. Kommunen jobber med å finne løsninger for å gjøre dokumentasjonen mer effektiv og tilgjengelig.

MELLOMSTOR KOMMUNE 1

HVORDAN ER DET PALLIATIVE TILBUDET ORGANISERT?

Kommunen har hatt kreftkoordinator i tre år. Hun har jobbet aktivt med å bygge kompetanse, rutiner og bruk av ulike verktøy som livet siste dager og forhåndsomtale. Kreftkoordinatoren er nå et lavterskeltilbud som jobber med pasientkontakt, veiledning og oppfølging. Hun har også et fagansvar som inkluderer kompetanseutvikling og oppdatering av prosedyrer. Kommunene har ressurssykepleiere i lindring og kreft, som er spredt over ulike avdelinger og utgjør et nettverk av sykepleiere med videreutdanning i lindrende behandling. Kommunen tilrettelegger for hjemmedød, og pasienter som ønsker å dø hjemme får som regel muligheten til det Det er ingen

øremerkede lindrende senger, men korttidsavdelinger prøver å prioritere pasienter i palliativ fase. Kommunene bruker forhåndssamtaler for å kartlegge pasientenes ønsker.

HVORDAN FUNGERER SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE?

Samarbeid med sykehus og lindrende team er viktig. Opplever at noen avdelinger på sykehuset er flinke å henvise til palliativt team på sykehuset, mens andre ikke er det. Fastleger har en sentral rolle for å følge opp pasienter som er hjemme og samarbeider stort sett godt med hjemmesykepleien om oppfølging av pasienter. Kommunene jobber med å forbedre samarbeidet mellom ulike aktører, inkludert fastleger, legevaktleger og lindrende team.

HVORDAN IDENTIFISERES PALLIATIVE PASIENTER?

Pasienter med palliative behov blir meldt fra fastlege eller sykehus. Noen ganger tar pasientene selv kontakt med kreftkoordinator. Pasienter har ofte kontakt med kreftkoordinator i en innledende fase, så tar hjemmetjenesten over når det blir behov for tjenester.

HVORDAN FUNGERER SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK?

Pårørende er viktig for å legge til rette for hjemmedød. Kommunen har ikke etablert et systematisk pårørende arbeid. Kreftkoordinatoren har mye kontakt med pårørende og kan være en støtte ved behov. Jobber med å implementere Digihelse, der tjenestene kan kommunisere med pårørende på Helsenorge. Det er ikke systematisk samarbeid med frivillige, men hjemmetjenesten har noe kontakt med frivillighetssentralen til hjelp med små praktiske oppgaver som transport ol.

HVA ER STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD?

Tilbudet vurderes som bra, med rask tilgang til hjelpemidler og god oppfølging av pasienter. Kreftpasienter får ofte god oppfølging, men det er behov for å styrke tilbudet til pasienter med andre sykdommer. Kommunene har jobbet aktivt med implementering av forhåndsomtaler og opplever at dette er et nyttig verktøy for å rigge tjenester rundt den enkelte pasient.

Dokumentasjon og opprettelse av pleieplaner i digitale systemer er tidkrevende og utfordrende. Identifisering og prioritering av palliative pasienter, spesielt de med ikke-kreftsykdommer, kan være vanskelig. Det er behov for bedre samarbeid og forståelse mellom fastleger, legevaktleger og lindrende team. Kommunene jobber med å finne løsninger for å gjøre dokumentasjonen mer effektiv og tilgjengelig, og at felles rutiner skal være tilgjengelig for alle aktører (hjemmesykepleie, fastlege og legevakt).

MELLOMSTOR KOMMUNE 2

HVORDAN ER DET PALLIATIVE TILBUDET ORGANISERT?

Tilbudet inkluderer hjemmetjenester, korttidsavdeling og kreftkoordinator 40% stilling. Kreftkoordinator følger opp en del pasienter som ikke har behov for andre tjenester i kommunen. Hjemmetjenesten har god sykepleiedekning og høy kompetanse, med flere sykepleiere med videreutdanning. Korttidsavdelingen tar imot lindrende pasienter etter behov. Kommunen har ikke fastvakter som standard, men setter inn fastvakter ved behov, spesielt i omsorgsboliger, for at man skal unngå å måtte flytte pasienten, men også i hjemmet dersom pårørende har behov for avlastning.

HVORDAN FUNGERER SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE?

Primærkontakten eller ressurs innen det spesielle området har et ansvar for planlegging, tilrettelegging, informasjon til samarbeidspartnere og dialog med fastlege. Stabil fastlegegruppe med lite utskifting, noe som gjør samhandlingen enklere. Fastleger er involvert i hjemmebesøk og planer for pasienten. Kommunen prøver å ha minst mulig kontakt med legevakten, men sørger for skriftlig dokumentasjon i form av e-melding, når det er nødvendig. Det er et godt samarbeid med lokalsykehuset, hvor samhandlingsrutiner diskuteres. Erfarer stor nytte i å være frempå og planlegge underveis i innleggelser i sykehus for å få en best mulig situasjon for pasientene når vedkommende kommer hjem.

HVORDAN IDENTIFISERES PALLIATIVE PASIENTER?

I hjemmesykepleien skjer identifisering gjennom kompetente sykepleiere og helsefagarbeidere, samt primærsykepleiere som har god innsikt i pasientenes behov. Sykehuset informerer om pasienter med palliative behov, inkludert de uten kreft. Erfarer blant annet at det legges behandlingsplaner for hjertesviktpasienter.

Alle pasientgrupper, uavhengig av diagnose, kan få tilbud om å dø hjemme, men hjemmedød knyttes mest til kreftdiagnoser. Kreftpasienter har ofte mer konkrete pasientforløp.

HVORDAN FUNGERER SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK?

Kreftkoordinator legger til rette for at ansatte i tjenestene skal ivareta pårørende gjennom at det opprettes tiltak i pasient- og tjenesteplanen for ivaretakelse av pårørende. De ser dokumentasjon av pårørendes ivaretakelse som en del av pasientomsorgen. Bruk av CSNAT-skjemaet for å kartlegge pårørendes behov. Man har tidlig i forløpet samtale om pleiepenger og betydningen av god kontakt med fastlegen. Det pågår arbeid med å innføre en palliativ plan og forhåndssamtaler i hjemmetjenestene. Implementeringen har vært noe treg. Det er viktig å finne riktig tidspunkt for å introdusere dette for pasient og pårørende, da det kan oppfattes feil hvis det tas opp for tidlig.

HVA ER STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD?

God sykepleiedekning og høy faglig kompetanse i hjemmetjenesten. Kommunen er godt rigget for å ivareta palliative pasienter, med fokus på å kjenne pasientene og deres behov. Pasienter følges opp etter behov, med økt tilsyn ved sykdomsutvikling. Kommunen har ennå en jobb å gjøre for å få implementert palliativ plan og forhåndssamtaler. Ukentlig etisk refleksjon for ansatte, som skaper trygghet og fremmer refleksjon i det daglige arbeidet.

MELLOMSTOR KOMMUNE 3

HVORDAN ER DET PALLIATIVE TILBUDET ORGANISERT?

50% kreftkoordinatorstillingen er en del av et interkommunalt samarbeid med en nabokommune. Kreftkoordinatoren har hovedansvaret for kreftpasienter, mens andre diagnoser håndteres av andre kommunale tjenester. Hjemmesykepleien trer inn når det er behov, og de har gode rutiner for å starte opp hjelpen raskt. Korttidsavdelingen har sykepleiere med spesialkompetanse i lindring og smerter. De har også samarbeid med spesialisthelsetjenesten som har spesialkompetanse og tre senger for palliative pasienter på distriktsmedisinsk senter. Spesialisthelsetjenesten har også

et pasientsentrert helseteam (PSHT) som kommunen kan kontakte, med en lege (20 % stilling), en fast fysio- og ergoterapeut, og en spesialsykepleier. Tilbudet benyttes av flere pasientgrupper.

HVORDAN FUNGERER SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE?

Fastleger har en viktig rolle, men det er utfordringer med vikarleger og utskifting i kommunen. Fastlegers kunnskap og vilje til å gjøre hjemmebesøk varierer. Skriftlige rapporter leveres til legevakten for å sikre at de er informert om pasientens situasjon og behandlingsplaner. Tett samarbeid med palliativt team på sykehuset. Samarbeid med distrikts medisinske senter ved kompliserte symptombilder.

HVORDAN IDENTIFISERES PALLIATIVE PASIENTER?

Kreftpasienter meldes tidlig til kommunen, men det er utfordringer med å identifisere pasienter med andre diagnoser. Generelt får alle med kommunale tjenester tilbud om å dø hjemme. Ofte er det ressurssterke familier med tilstedeværende pårørende som velger dette, og pårørende må kunne utføre medisinske tiltak som for eksempel å gi behovsmedisin og være tilgjengelige, spesielt om natten.

HVORDAN FUNGERER SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK?

Pårørende anses som en veldig viktig ressurs for pasienten, både på grunn av deres relasjon og for å få helheten til å fungere. Pårørende må kunne være til stede og må være bekvem med å kunne være en omsorgsgiver til den som er syk. Man jobber med bevissthet blant ansatte om pårørenderollen og nødvendigheten av å ivareta pårørende. Pårørende er alltid involvert i planlegging gjennom samtaler og daglig kontakt.

HVA ER STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD?

Kompetansen er god og stadig forbedret, med mange motiverte medarbeidere. Det er ikke nok personale, og fleksible arbeidstider og overtid er nødvendig for å håndtere krevende situasjoner. Det er behov for bedre rutiner for å melde palliative pasienter til kommunen fra sykehusene. Det er ikke formalisert hvordan man dokumenterer og lager planer for forløpene. Kompetanse blant fastlegene og hyppige utskiftninger påvirker hvordan fastlegene involverer seg i pasientforløpene og om palliative behov fanges opp av fastlegene. Kommunen har et pågående prosjekt som har som mål å rette fokus mot palliative forløp for pasienter som ikke har en kreftdiagnose. Som en del av prosjektet arbeides det også med å etablere diagnoseuavhengige «oppfølgingsteam» rundt de aller dårligste pasientene.

LITEN KOMMUNE 1

HVORDAN ER DET PALLIATIVE TILBUDET ORGANISERT?

Kreftkoordinatoren har en sentral rolle i innledende fase og videre ved å koordinere tjenester for kreftpasienter. Hun gir faglig veiledning og bistand til pasienter og helsepersonell både i hjemmetjenesten og på sykehjem/bolig. Kommunen har tidligere hatt en egen palliativ seng, men bruker nå korttidssenger ved behov. Kommunen tilrettelegger for hjemmedød og har et eget tverrfaglig team som fokuserer på palliasjon i hjemmet. Behovet for palliative tjenester varierer, så tilbudet mobiliseres ved behov. De som jobber i teamet, har fått økt kompetanse og føler seg

trygge i arbeidsoppgavene. Kommunen har hatt prosjekt med bruk av forhåndsomtaler og jobber med å lage prosedyre for palliativ plan. Kommunen har jobber med å øke kompetansen innen palliasjon gjennom internundervisning og fagdager. Refleksjon og debrifing etter palliative forløp er viktig for læring og forbedring.

HVORDAN FUNGERER SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE?

Samarbeidet internt i kommunen fungerer godt. Siden kommunen er liten, kjenner de hverandre og det er lett å ta kontakt. Hjemmetjenesten samarbeider med ergo- og fysioterapeuter for å tilrettelegge hjemmet for palliative pasienter. Fastleger er involvert, men samarbeidet her varierer. Ikke alle har fastlege i egen kommune og avstand til fastlegen kan gjøre samarbeidet mer utfordrende og begrense muligheten for hjemmebesøk. Samarbeidet med palliativt team på sykehuset er viktig, og det er etablert fast møtepunkt. Palliativt team reiser også ut på hjemmebesøk ved behov.

HVORDAN IDENTIFISERES PALLIATIVE PASIENTER?

Pasienter identifiseres ofte gjennom henvisninger fra spesialisthelsetjenesten, når kurativ behandling avsluttes. Kreftpasienter utgjør den største pasientgruppen i det palliative tilbudet, men kommunen har også erfaring med å håndtere pasienter med ALS, MS og hjertesykdommer. De opplever at det kan være utfordrende å og forutsi forventet levetid for disse pasienter og opplever at det kan være vanskeligere å planlegge det palliative forløpet. Kommunen gjennomfører en tverrfaglig kartlegging for å vurdere behovene og planlegge tjenester til nye pasienter.

HVORDAN FUNGERER SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK?

Pårørende spiller en viktig rolle i å støtte pasienter som ønsker å dø hjemme og kreftkoordinator har også et særlig ansvar for å følge opp pårørende. De legger også til rette for avlastningsopphold der pårørende står i krevende omsorgsløp.

HVA ER STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD?

Tilbudet evalueres positivt, og det er et godt samarbeid mellom kreftkoordinatoren og hjemmetjenesten. Kommunen er bedre rustet til å håndtere palliative pasienter nå enn for noen år siden. Kommunen er i ferd med å etablere et samarbeid med Røde Kors for å tilby våketjeneste.

Det er behov for kontinuerlig kompetanseheving og trygghet blant ansatte. Formelle prosedyrer og skriftlige planer kan bidra til å gjøre ansatte tryggere i arbeidet. Implementering av prosedyrer og kompetanseutvikling et krevende og kontinuerlig arbeid.

LITEN KOMMUNE 2

HVORDAN ER DET PALLIATIVE TILBUDET ORGANISERT?

Kreftsykepleier 80 % stilling for hele kommunen. Kreftsykepleieren følger opp kreftpasienter, hjemmesykepleien involveres etter hvert som pasientene blir dårligere og trenger mer hjelp. Hjemmesykepleien tilpasser ressursene etter behov for å ivareta palliative pasienter. Ekstrabemanning leies inn ved behov, spesielt på kveldstid. På samme tid er kommunen tilbakeholden med hva man tilbyr knyttet til hjemmedød i ferietiden for å unngå at de som er på jobb får en urimelig belastning. Sykehjemmet har ett rom som er definert til palliasjon.

Lite bruk av fastvakt, men kan ha det som en mulighet hvis pårørende er blitt veldig sliten. Kommunen ligger 10 mil unna sykehuset, noe som krever god planlegging og selvstendighet. Anskaffelse av kommunale smertepumper muliggjør at pasienter ute i distriktet lettere kan få lindrende behandling i hjemmet.

HVORDAN FUNGERER SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE?

Kreftsykepleieren informerer hjemmesykepleien om pasienter som nærmer seg palliativ fase. Det er fokus på å involvere fastlegene tidligere i pasientforløpet med oppdateringer om pasientens tilstand og behandlingsplaner. Palliativt team ved sykehuset ønsker at fastlegene skal ta mer ansvar når pasienten er hjemme, men er behjelpelig med råd og tips til fastlegene dersom det er behov for det. Utover dette er det ikke så mye kontakt mellom kommunen og palliativt team. Man forsøker å unngå kontakt med legevakten ved å planlegge fremover, gjøre avklaringer med pasient og pårørende, samt ha nødvendige medisiner og planer på plass.

HVORDAN IDENTIFISERES PALLIATIVE PASIENTER?

Kreftpasienter identifiseres når de går over i en palliativ behandlingsfase. Andre pasienter med sykdommer som KOLS og hjertesvikt identifiseres gjennom hjemmesykepleien når deres tilstand forverres. Overgangen til palliativ omsorg for disse pasientgruppene er ofte flytende og ikke alltid klart definert. Kreftpasienter er de som oftest dør hjemme. Tilgjengelighet av pårørende og vurdering av om de kan bidra i omsorgen, veier tungt når det skal vurderes om man kan tilby hjemmedød.

HVORDAN FUNGERER SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK?

Det er vesentlig å ha en god dialog med pårørende når det gjelder pleie og omsorg for en person som ønsker å dø hjemme. Det er avgjørende at pårørende er involvert og enige i beslutningene som tas, da de vil spille en stor rolle i omsorgen. Pårørende informeres om hva de kan forvente, og hvilke alternative muligheter som finnes. Hvis hjemmedød ikke er mulig, tilbys sykehjem som alternativ. Verktøy som forhåndssamtaler eller palliativ plan brukes ikke systematisk.

HVA ER STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD?

Er god på å planlegge og ser fremover, dette innebærer også å trygge personalet i nye situasjoner. Ønsker å sette prosedyre for hjemmedød, palliative planer og sjekklister mer i system for å sikre likt tilbud til alle pasienter. Et ønske fra spesialisthelsetjenesten om at fastlegene tar mer ansvar for pasientene når de er hjemme.

LITEN KOMMUNE 3

HVORDAN ER DET PALLIATIVE TILBUDET ORGANISERT?

Kommunen har 2 kreftsykepleiere, samt at en tar videreutdanning i palliasjon. Det har vært satt av en dag i uken til kreftsykepleier som har hatt egen rute og oppfølging av aktuelle pasienter. Kreftsykepleier har den innledende kontakten med pasientene, videre kobles hjemmesykepleien på når behovet øker. Dersom det er svært spesielle situasjoner, prøver man å etablere et fast team rundt pasienten. Det er ingen spesifikke senger i institusjon for palliasjon, det tilpasses etter behov. Fastvakt brukes mot slutten av livet og ved behov for ekstra støtte.

HVORDAN FUNGERER SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE?

Fastlegene har ukentlige møter med hjemmetjenesten og er tilgjengelige for hyppigere kontakt ved behov. De deltar også i hjemmebesøk og viser stor samarbeidsvilje, spesielt når det gjelder planlegging for helger. I helgene er fastlegene tilgjengelige for telefonkontakt ved behov, og de foretrekker å bli kontaktet direkte fremfor at legevakten involveres. Tett samarbeid med institusjonstjenesten den man forbereder og planlegger ut ifra pasientens situasjon. Godt samarbeid med palliativt team på sykehuset med oppdateringer om pasienten, råd og veiledning og hjemmebesøk til felles pasienter.

Har opplevd at det i kontakt med enkelte sykehusavdelinger har vært lite informasjon og dårlig respons.

HVORDAN IDENTIFISERES PALLIATIVE PASIENTER?

Sykehuset kontakter kommunen og informerer om pasienter med palliative behov. Disse henvendelsene blir behandlet i ukentlige tverrfaglige møter. Hjemmesykepleien varsler om palliative behov og bringer det inn i ukentlige møter med fastlegene. Alle pasientgrupper kan få tilbud om å dø hjemme.

HVORDAN FUNGERER SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK?

Kreftsykepleierne tar initiativ til samtaler og planlegging, flere involveres etter hvert som pasienten blir dårligere. Viktig at pasientene får fortalt det de trenger, uavhengig av hvem de snakker med i tjenesten. Relasjoner og kjemi mellom pasienter, pårørende og helsepersonell er avgjørende for god omsorg. «Stoppunkt» beskrives som en viktig del av prosessen for å evaluere og justere pleie og tjenester. Et stoppunkt er et tidspunkt hvor man setter seg ned for å vurdere situasjonen grundig og avgjøre om det er behov for endringer, enten i tjenestene som tilbys eller i hvordan tjenestemottakeren håndterer sin situasjon.

HVA ER STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD?

Kommunen har lykkes med å tilby individuelt tilpasset omsorg, og forteller om et svært godt samarbeid med fastlegene. Det er rom for forbedring innenfor systematisering og faste rutiner, blant annet i form av å innføre forhåndssamtaler. Fra inneværende år er det budsjettert med 40% kreftkoordinator/palliasjonstilling. Dette fører til at kommunen nå kan systematisere arbeidet, etablere team og innføre faste dager, Kommunen har verdifull erfaring fra tidligere prosjekter, inkludert kartlegging og bruk av skjemaer, som de kan bygge videre på.

3.2 LIKHETER OG ULIKHETER I DET PALLIATIVE TILBUDET

Tabell 1: Likheter og ulikheter i organisering av det palliative tilbudet.

Kategori	Likheter	Forskjeller
Kreftkoordinator	Alle kommuner har kreftkoordinatorer som sentrale aktører.	Stillingsstørrelse og ansvarsområde varierer – noen følger kun kreftpasienter, andre bredere.
Tilrettelegging for hjemmedød	De fleste kommuner tilrettelegger for hjemmedød, særlig for kreftpasienter.	Små kommuner er mer avhengige av pårørende og ressursmobilisering; store har mer strukturert tilbud.
Kompetanseheving	Felles behov for mer kompetanse innen palliasjon.	Noen kommuner har systematiske kurs og fagdager, andre mangler faste opplæringstiltak.
Dokumentasjon	Dokumentasjon oppleves som tidkrevende og utfordrende.	Enkelte kommuner har digitale verktøy og rutiner, andre mangler systematikk.
Pårørendes rolle	Pårørende er viktige for å få til hjemmedød.	Noen kommuner har strukturert pårørendestøtte (CSNAT, samtaler), andre har mer uformell oppfølging.
Fastlegens involvering	Fastlegen er en viktig aktør i palliativ omsorg.	Engasjement varierer – noen kommuner har tett samarbeid, andre opplever utfordringer med vikarer.
Bruk av verktøy	Flere kommuner bruker forhåndssamtaler og palliativ plan.	Kun én kommune bruker SPICT systematisk; CSNAT er lite implementert.
Samarbeid med frivillige	Ønske om mer samarbeid med frivillige.	Noen har etablert våketjenester med Røde Kors, andre har ikke slike samarbeid.
Tilgang på ressurser	Alle kommuner jobber med å sikre god oppfølging.	Store kommuner har dedikerte senger og team; små kommuner tilpasser tilbudet etter behov.

4. DISKUSJON

ORGANISERING AV PALLIATIVE TILBUD

Organiseringen av palliative tilbud varierer betydelig mellom kommunene, avhengig av størrelse og tilgjengelige ressurser. Mindre kommuner har ofte færre spesialiserte ressurser, og tilpasser tilbudet etter behov. Mindre kommuner har gjerne kreftkoordinator i stillingsstørrelser av varierende grad, mens større kommuner har mer omfattende tilbud med flere kreftkoordinatorer og dedikerte lindrende avdelinger. Det oppgis at palliativ omsorg i nors-ke kommuner ofte er organisert som spesialiserte tilbud, særlig innen hjemmetjenestene, hvor 88 % av kommunene oppgir å ha slike tjenester (Sogstad et al., 2020). Selv om mange kommuner har spesialiserte ressurser og tilbud innen palliativ omsorg, utøves mye av den palliative omsorgen i hjemmetjenesten av generalister som har en rekke ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper. Generalister i hjemmetjenesten trenger tilstrekkelig kompetanse og opplæring innen palliasjon for å kunne gi god omsorg til palliative pasienter. Dette inkluderer kunnskap om symptomlindring, kommunikasjon med pasienter og pårørende, og bruk av relevante verktøy og rutiner. Mange ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper, kan føre til ressurs- og tidsutfordringer. Det er derfor viktig å sikre at generalistene har nok tid og ressurser til å kunne prioritere palliativ omsorg når det er nødvendig. Kreftkoordinatorene bidrar til å sikre kontinuitet og kvalitet i oppfølgingen, og deres tilstedeværelse er viktig for å kunne tilby god palliativ omsorg. Kreftkoordinatoren kan ha noe ulike roller, i noen kommuner følger de kun opp pasienter med kreftdiagnose, mens koordinatoren i andre kommuner har et bredere perspektiv og kan følge opp alle pasienter med palliative behov. Dette kan føre til ulik kvalitet på oppfølging avhengig av hvilken diagnose man har, og hvilken kommune man bor i.

Basert på oppsummeringene fra de ti kommunene, kan vi si at tilgangen på korttidsplasser, sykehjem og institusjonsopphold varierer betydelig. Noen kommuner har dedikerte lindrende avdelinger og spesialiserte senger for palliative pasienter, mens andre tilpasser tilbudet etter behov. Bruken av fastvakt varierer mellom kommunene og avhenger av behovene til palliative pasienter og tilgjengelige ressurser. Noen kommuner foretrekker å bruke andre metoder som jevnlige tilsyn og teknologiske løsninger for å sikre oppfølging av palliative pasienter.

Noen kommuner viser også til bruk av frivillig våketjeneste. Helsedirektoratet publiserte i mai 2025 et rundskriv om samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivilligheten, der det presiseres at jo mer hjelpetrengende pasienten eller brukeren er, jo mindre aktuelt er det med en-til-en-tilbud uten at en ansatt er til stede, så her må kommunene gjøre nøye vurderinger.

SAMHANDLING I DE PALLIATIVE TJENESTENE

Samhandling mellom ulike aktører i de palliative tjenestene er avgjørende for å sikre god omsorg. Ukentlige møter med fastleger, tett samarbeid med palliativt team på sykehuset og samarbeid med distrikts medisinske senter ved kompliserte symptombilder er eksempler på god praksis.

Oppsummeringene fra kommunene viser at fastlegenes engasjement i palliativ omsorg varierer. Noen kommuner beskriver fastlegene som svært samarbeidsvillige, deltakende i hjemmebesøk og tilgjengelige for telefonkontakt i helgene, noe som sikrer god planlegging og kontinuitet. Andre kommuner opplever utfordringer med fastlegenes engasjement, som påvirker kvaliteten og kontinuiteten i omsorgen. Hyppige utskiftninger av fastleger og bruk av vikarleger kan også forstyrre kontinuiteten. Generelt spiller fastlegene en viktig rolle i palliativ omsorg, men det er behov for å styrke samarbeidet og sikre at fastlegene har tilstrekkelig kompetanse og ressurser. Dette inkluderer tidlig involvering, regelmessige oppdateringer om pasientens tilstand, og tilgang til støtte fra palliative team og spesialister.

Samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er essensiell for å sikre helhetlige pasientforløp, særlig for kronisk syke og pasienter med palliative behov. Generelt sett viser kartleggingen at det er et godt samarbeid mellom kommunene og sykehusenes palliative team. Samhandlingen inkluderer blant annet bruk av e-meldinger og møter ved behov. Intervjuene sier mindre om hvordan samhandlingen fungerer med andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten, noe som kanskje er naturlig da palliasjon først og fremst er knyttet til palliativt team. Det synes å være regionale forskjeller om hvilke pasientgrupper som blir tilknyttet palliativt team, da en del palliative team retter seg kun mot kreftdiagnoser. I intervjuene beskrives det eksempler på at medisinske avdelinger utarbeider behandlingsplaner for hjertesviktpasienter og andre behandlingsplaner som tilpasses de forutsetningene som finnes i kommunehelsetjenesten. Dette kan være et resultat av at kommunehelsetjenesten er aktiv og etterspør informasjon og støtte i oppfølging av disse pasientene. Slike oppfølgingsplaner kan være viktige virkemidler for å få til gode palliative forløp og forebygge sykehusinnleggelser.

Palliative forløp kan være uforutsigbare, det gjør at legevakten i flere tilfeller blir en viktig aktør. Noen kommuner har utviklet rutiner for å unngå kontakt med legevakten ved å ha nødvendige medisiner og planer på plass, slik at den kommunale helse og omsorgstjenesten kan håndtere akutte situasjoner. Dette bidrar til å redusere belastningen på legevakten og sikrer at pasientene får kontinuerlig oppfølging fra kjente helsepersonell. Andre kommuner buker skriftlige rapporter til legevakten for å sikre at de er informert om pasientens situasjon og behandlingsplaner, noe som er viktig for å opprettholde kontinuitet i omsorgen.

Det beskrives variasjoner i samhandlingen, med noen kommuner som beskriver godt samarbeid, mens andre har mer utfordringer med kontinuitet og tilgjengelighet. Ved å styrke samhandlingen mellom ulike aktører, kan man forbedre kontinuiteten og kvaliteten i den palliative omsorgen.

IDENTIFISERING AV PALLIATIVE PASIENTER

Identifisering av palliative pasienter skjer gjennom ulike kanaler, inkludert hjemmesykepleien, fastleger og sykehus. I beskrivelse av hvordan palliative behov identifiseres, er det bare en kommune som nevner bruk av SPICT for å identifisere palliative behov. Kreftpasienter har ofte et relativt forutsigbart sykdomsforløp med tydelige behandlingsmål, noe som gjør det enklere å identifisere, planlegge og tilby palliativ omsorg med fokus på smertelindring og symptomkontroll. Palliative pasienter med andre diagnoser som hjertesvikt, KOLS, ALS, demens, multimorbiditet og skrøpelighet har et annet sykdomsforløp med gradvis forverring og uforutsigbare forverringer/vendepunkter, som kan skje plutselig. Pasienter med for eksempel KOLS og hjertesvikt identifiseres gjennom hjemmesykepleien når deres tilstand forverres. Overgangen til palliativ omsorg for disse pasientgruppene er ofte flytende og ikke alltid klart definert. Uforutsigbarheten krever en løpende vurdering av når det er riktig å innlede palliativ omsorg. Kunnskap og bevissthet om behovet for palliasjon blant ansatte som jobber tett på pasientene er avgjørende for å kunne avdekke behovet for palliasjon og tilby palliativ omsorg.

Enkelte kommuner i studien trekker også frem at de fleste som dør hjemme, har en kreftdiagnose. En årsak til dette kan være at for personer under 75 år er kreft den hyppigste årsaken til død (cirka 40% av dødsfallene). Det er også i denne aldersgruppen man finner mest kapasitet til å håndtere en hjemmedød. Disse personene bor ofte sammen med partner og familie, og det å bo sammen med noen trekkes frem som en viktig faktor for hjemmedød i flere av intervjuene. Yngre personer har gjerne en partner som har kapasitet til å ivareta omsorgen i hjemmet. Dess eldre man blir, jo mindre kapasitet kan det være til å ivareta den syke hjemme. I tillegg ser man at for gruppen 75 og eldre, er det hjerte og kar sykdommer som er den ledende dødsårsaken. Dette er ofte sykdommer som utvikler seg over tid, slik at pasienten før man kommer i en palliativ fase, har så store pleiebehov at det er nødvendig å yte omsorgen på et høyere nivå (institusjon).

Generelt får alle pasientgrupper tilbud om å dø hjemme, men hjemmedød knyttes mest til kreftdiagnoser. Dette understreker viktigheten av å ha gode rutiner og verktøy for å identifisere palliative pasienter og sikre at de får den omsorgen de trenger, uavhengig av diagnose.

SAMARBEID MED PÅRØRENDE/FAMILIE/NETTVERK

Samarbeid med pårørende er en viktig del av palliativ omsorg. Kreftkoordinator og hjemmesykepleien tar initiativ til samtaler og planlegging med pårørende. Pårørende involveres i omsorgen og vurderes som en viktig ressurs. Det er imidlertid behov for bedre strukturer og rutiner for å sikre systematisk samarbeid med pårørende, inkludert rutinemessig bruk av verktøy som CSNAT, forhåndssamtaler og palliativ plan. Kun en av kommunene som er kartlagt forteller om systematisk bruk av CSNAT for å identifisere behov for støtte. Bruk av denne kartleggingen kan bidra til å sikre at pårørendes behov og ønsker blir ivaretatt.

Kreftkoordinatorer og hjemmesykepleiere har jevnlig kontakt med familiene, spesielt når pasientens tilstand forverres. Det er vanlig at pasientene har primærkontakter blant sykepleierne, som gir en mer personlig og kontinuerlig oppfølging. Dette kan bidra til å styrke samarbeidet med pårørende og sikre at de føler seg ivaretatt.

Det er ofte pasienter med tilstedeværende pårørende som «velger» hjemmedød. Enkelte kommuner forutsetter at pårørende må kunne utføre medisinske tiltak som å gi behovsmedisin og være tilgjengelige, spesielt om natten. Kommuner har gjerne en plan B for tilfeller der

hjemmeomsorg viser seg å bli for krevende. Dette kan inkludere tilbud om plass på sykehjem eller korttidsavdeling, noe som gir trygghet for både pasienter og pårørende.

STYRKER OG SVAKHETER VED DAGENS TILBUD

Mange kommuner har etablert et godt samarbeid mellom kreftkoordinatorer, hjemmesykepleien og fastleger, noe som sikrer en helhetlig oppfølging av pasientene. Høy kompetanse blant helsepersonell, inkludert spesialutdannede sykepleiere, bidrar til kvaliteten på tjenestene. Kreftkoordinatorene er gode på å planlegge og ser fremover, noe som blant annet innebærer å trygge personalet i nye situasjoner. Ressurspersoner, som kreftkontakter og andre ansatte med spesialisering innen palliasjon, spiller en viktig rolle. De bidrar både med direkte kontakt med pasienter og pårørende, og med støtte og veiledning til andre ansatte. Imidlertid blir ressurspersonene ikke alltid spurt om å bidra på sine arbeidsplasser, noe som kan være en svakhet.

Når det gjelder fastleger, er det både styrker og svakheter. Godt samarbeid med fastleger er en styrke, men de ansatte opplever også utfordringer knyttet til manglende engasjement fra enkelte fastleger. Deres kunnskap og villighet til å gjøre hjemmebesøk varierer, noe som kan påvirke kvaliteten på den palliative omsorgen.

En annen styrke er at kommunene er godt rigget for å ivareta palliative pasienter, med fokus på å kjenne pasientene og deres behov.

Rekruttering av ansatte og fagdekning er en utfordring. Det er ikke alltid nok personale, og det fortelles i de mindre kommunene om at fleksibilitet og overtid kan være nødvendig for å håndtere krevende situasjoner.

Kreftkoordinatoren spiller en avgjørende rolle i koordineringen og oppfølgingen av kreftpasienter i kommunehelsetjenestene og er en stor styrke for kommunene. De fungerer som en bro mellom pasienter, pårørende og ulike helseaktører, og sikrer at nødvendige tiltak og ressurser er tilgjengelige. Kreftkoordinatoren gir faglig veiledning og bistand til både pasienter og helsepersonell og tilrettelegger for hjemmedød. Støtte til pårørende er også en vesentlig del av deres arbeid, noe som sikrer en helhetlig og koordinert palliativ omsorg.

Den jobben som utføres av kreftkoordinatorer, er av stor betydning for både pasienter, deres familier og helse- og omsorgstjenestene. Et plutselig fravær i slike stillinger kan gi alvorlige konsekvenser for både pasienter og deres familier, samt for helse- og omsorgstje-nestene. Det kan føre til manglende koordinering, redusert kvalitet på omsorgen, og økt belastning på både pasienter og pårørende. Her kan systemer, rutiner og prosedyrer knyttet til palliativ oppfølging spille en avgjørende rolle i å redusere sårbarheten ved fravær av nøkkelpersonell som kreftkoordinatorer. Ved å ha godt etablerte og dokumenterte rutiner, kan helsepersonell sikre kontinuitet og kvalitet i omsorgen, selv når en kreftkoordinator er fraværende. I dette arbeidet kan modell for hjemmetid og hjemmedød være et nyttig verktøy (Lersveen og Sogstad 2025)

5. KONKLUSJON

Kartleggingen viser at norske kommuner i stor grad har et felles mål om å tilrettelegge for hjemmetid og hjemmedød som en verdig avslutning på livet for pasienter i palliativ fase. Det er mange likhetstrekk i hvordan kommunene organiserer og prioriterer dette arbeidet, men også betydelige variasjoner i ressurser, struktur og praksis.

Kreftkoordinatoren fremstår som en nøkkelrolle i det palliative arbeidet, både i pasient-oppfølging, kompetansebygging og systemutvikling. Store kommuner har bedre forutsetninger for spesialisering og etablering av egne palliative team og sengeplasser, mens mindre kommuner i større grad er avhengige av fleksibilitet, tverrfaglig samarbeid og pårørendes innsats.

Samhandling mellom fastleger, hjemmesykepleie og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å sikre helhetlige og trygge pasientforløp. Likevel opplever ansatte i kommunene at fastlegenes engasjement og tilgjengelighet varier, noe som påvirker kvaliteten på tjenestene. Det er også behov for bedre strukturert samarbeid med pårørende og frivillige, samt mer systematisk bruk av verktøy som forhåndssamtaler, palliativ plan og CSNAT.

Identifisering av palliative pasienter skjer i hovedsak gjennom kreftdiagnoser, mens pasienter med andre diagnoser som KOLS, hjertesvikt og demens ofte fanges opp senere i forløpet. Dette peker på et behov for økt bevissthet og bedre verktøy for å sikre likeverdig tilgang til palliativ omsorg uavhengig av diagnose.

Til tross for utfordringer med dokumentasjon, ressursmangel og variasjon i praksis, viser rapporten at kommunene er i utvikling og har et sterkt engasjement for å forbedre det palliative tilbudet. For å sikre et mer likeverdig og bærekraftig tilbud på tvers av landet, anbefales det å styrke kompetanse, samhandling og systematisk bruk av nasjonale verktøy og modeller.

REFERANSER

Bruvik, F., Drageset, J. og Abrahamsen, J.F. (2017): Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. https://sykepleien.no/forskning. DOI: 10.4220/Sykeplei-en.2017.60613

Glette, M.K. et al. (2018): Nursing home leaders 'and nurses' experiencees of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions - a case study. *BMC Health Services Research 18*(1), 955. DOI: 10.1186/s12913-018-3769-3

Haukelien, H. (2021). Aldring, eldreomsorg og den nye velferdsstaten. *Norsk antropologisk tidsskrift, 32*(3–4), 179–195. https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2021-03-04-06

Hellesø, R., Rostad, H. M., Fagertun, A., Førland, O., Skinner, M. S., Sundsbø, A. O., Burrell, L. V. & Sogstad, M. (2024). Prioriteringslandskapet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i et velferdsstatsperspektiv: utfordringer i langtidstjenester og eldreomsorg. *Tidsskrift for omsorgsforskning, 10*(2), 46-64. https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.5

Helsedirektoratet (2018): Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets sluttfase. https://helsedirektoratet.no/palliasjon/nasjonale-faglige-rad-for-lindrendebehandling-i-livets-sluttfase

Helsedirektoratet. (2019). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorg. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgenhandlingsprogram/Palliasjon

Helsedirektoratet (2023). Nasjonale faglige råd om forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid. Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid - Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/Forhandssamtaler-og-planlegging-ved-begrenset-forventet-levetid

Helsedirektoratet. (2025). Rettslige rammer for samarbeid mellom helse og omsorgstjenesten og frivilligheten. Rettslige rammer for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivilligheten - Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rettslige-rammer-for-samarbeid-mellom-helse-og-omsorgstjenesten-og-frivilligheten

Hjermstad, M.J. et al (2013): Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Result from a descriptive study. BMJ Open 2013;3: e002515. doi:10.1136/bmjopen-2012-002515

Isaksen, J., Ågotnes, G. og Fagertun, A. (2018): Spenningsfeltet mellom standardisering, va-riasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskriftet for omsorgsforskning 4*(2), 143–52.

Lersveen og Sogstad. (2025). Modell for hjemmetid og hjemmedød. Modell for hjemmetid og hjemmedød. https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/3178988/Modell for hjemmetid og hjemmed%C3%B8d.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Melby, L. og Das, A. (2018): «Perspektiver på fastlegens rolle i lindrende behandling - funn fra en evalueringsstudie av det lindrende tjenestetilbudet i Norge». Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 1.

Midtbust, M.H. et al. (2018): Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. *BMC Health Services Research 18*(1), 709. DOI: 10.1186/s12913-018-3515-x. PMID: 30208872.

Nordsveen, H. og Andershed, B. (2015): Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem. Nordisk Sygeplejeforskning, 5(3)

NOU 2017:16. (2017). På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf

Pedersen, A.K.B., Skinner, M. S. & Sogstad, M.K.R. (2024). Needs assessment in long-term care: Expression of national principles for priority setting in service allocation. *BMC Health Services Research*. (Accepted/in press.).

Rønsen, A. (2020). Palliativ omsorg i kommunene: En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning. http://hdl.handle.net/11250/2636784

Sommerbakk, R. et al. (2016): Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care - results from a qualitative interview study in Norway. *MBC Palliative Care 15*(1).

Sogstad, Maren Kristine Raknes; Hellesø, Ragnhild; Skinner, Marianne Sundlisæter. (2020) The Development of a New Care Service Landscape in Norway. *Health Services Insights (HSI Journal)*. http://www.sagepub.com/

Tarberg, A.S., Kvangarsnes, M. og Hole, T. (2016): «Helsepersonell i kommunehelsetenesta sine erfaringar med det palliative pasientforløp. *Innovasjon og entreprenørskap*, 234–250.

Thoresen L, Lillemoen L, Sævareid TJL, Gjerberg E, Førde R, Pedersen R. (2017). Veileder. Forhåndssamtaler; felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt for pasienter på sykehjem. Universitetet i Oslo. https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/forh%C3%A5ndssamtaler-i-sykehjem/acp-veileder271117.pdf

Tingvold, L. og Sogstad, M (2012): Lindrende behandling – Erfaringsoppsummering – tilskuddsordning for kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 9/2012. http://brage.bibsys.no/hig/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_35723/1/Rapport_9-2012.pdf

Vik, E. (2018): Helseprofesjoners samhandling - en litteraturstudie. Tidsskrift for velferdsforskning 21(2). https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2018/02/helseprofesjoners_samhandling_en_litteraturstudie

Wergeland Sørbye, L. et al. (2019): Opioids, Pain Management, and Palliative Care in a Norwegian Nursing Home From 2013 to 2018. *Health Services Insights 12*. DOI:10.1177/1178632919834318. eCollection

Aamold, K., Grov, E. K. & Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. Klinisk Sygepleje, 1, 3-15. https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02

VEDLEGG: INTERVJUGUIDE, KARTLEGGING HJEMMETID OG HJEMMEDØD

Organisering av tilbudet til palliative pasienter
Hvordan er tilbudet til palliative pasienter i kommunen organisert?
Har dere for eksempel palliative senger eller et palliativt team eller andre dedikerte res-surser?

Identifisering av palliative pasienter
Hvordan identifiseres pasienter med palliative behov?
Hvem vurderer og hvordan foregår denne vurderingen?
Dersom fokuset kun er på kreftdiagnoser, spør videre: Hvordan identifiserer dere andre pasienter (ikke-kreft diagnose) som har palliative behov?

Tilbud om å dø hjemme
Hvilke pasientgrupper får tilbud om å dø hjemme?
Gjelder dette pasienter med kreft, hjertesvikt, KOLS, nevrologiske lidelser eller andre dia-gnoser?
Hva er deres erfaringer med hvem som ønsker å dø hjemme?
Hvor mange er det cirka i løpet av et år som ønsker å dø hjemme? (ser kommunen legger planer for hjemmedød)

Planlegging av det palliative forløpet
Hvordan planlegges det palliative forløpet sammen med pasienten og deres pårørende?
Hvilke planverktøy, rutiner eller prosedyrer benyttes i det palliative forløpet?

Samarbeid med pårørende og nettverk
Hvordan samarbeider dere med pårørende, familie og nettverk rundt pasienten?
Finnes det strukturer for hvordan man samarbeider?

Bemanning og kompetanse
Hvordan er bemanningen og kompetansen i hjemmetjenesten tilrettelagt for å ivareta pal-liative pasienter?
Har dere dedikerte personellressurser, som for eksempel en kreftkoordinator? Hva er stil-lingsstørrelsen på disse ressursene?

Samarbeid med fastlege og legevakt
Hvordan samarbeider dere med fastlege og legevakt når det gjelder behandlingsavklaringer og foreskrivning av medisiner?

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
Hvordan er samarbeidet med spesialisthelsetjenesten organisert?

Samarbeid med frivillige organisasjoner
Har dere samarbeid med frivillige organisasjoner eller frivillige personer?

Evaluering av tilbudet
Hvordan evaluerer dere kommunens tilbud til personer som ønsker å dø hjemme?

Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no