

# Sykepleien

FAGUTVIKLING

## Lokal ekspertise bidreg til tryggare palliative pasientar

Pasientane får òg meir tid heime og færre unødige sjukehusinnleggingar.

### Odd Jarl Kvamme

Spesialist i allmennmedisin  
Fastlegeordning, Stord kommune

### Aasmund Storebø

Spesialist i allmennmedisin og avdelingsoverlege  
KAD-avdelingen, Stord interkommunale legevakt

### Mona Yvonne Espeland

Leder fastlegeordningen  
Skien kommune

### Agata Barbara Kapuscinska

Intensivsykepleier og leder  
Stord interkommunale legevakt, SIL

### Palliasjon

### Kompetanseutvikling

### Samarbeid

Sykepleien 2025;113(97737):e-97737

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.97737](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.97737)

Hovedbudskap

Ein modell for palliativ behandling frå eit interkommunalt team i tre distriktskommunar i Sunnhordland viste at slik lokal ekspertise kan bidra til tryggare pasientar, auka heimetid og færre unødige sjukehusinnleggingar. Samarbeidet mellom sjukehus og kommune styrka både pasientopplevinga og kompetansen blant kommunalt helsepersonell. Modellen kan vere relevant for fleire distriktskommunar som ønskjer meir lokalt forankra palliasjon.

I Noreg har me palliativ ekspertise i helseføretak, i KAD-avdelingar og i kommunale palliative team i store byar som Bergen, Stavanger og Trondheim. Nokre kommunar har lokale palliative team knytt til KAD-avdelingar. KAD står for kommunale akutte døgnplassar, som kommunane vart pålagt frå januar 2016.

Det finst ingen interkommunale palliative team bemanna med helsepersonell frå kommunehelsetenesta.

Me har prøvt ut interkommunalt team for tre kommunar med til saman 35 000 innbyggjarar. Resultata indikerer at modellen er ei haldbar organisering for å yte kortreist palliasjon i Distrikts-Noreg.

## **Kommunalt helsepersonell må gje meir lindrande behandling**

Helsepersonell i kommunar treng fagutvikling for palliasjon. Dette er viktig, fordi denne livsfasen utfordrar sterkt på det medisinske og omsorgsmessige planet og forbrukar store samfunnsressursar.

Ifølgje Melding til Stortinget 24 (2019–2020) Lindrande behandling og omsorg skal alle som ønskjer det, få døy i eigen heim, og kommunane sitt helsepersonell skal i større grad utøve lindrande behandling (1). Slike helsetenester skal vere desentraliserte og baserte på lokal innsats, og dei færreste vil ha behov for hjelp av andre- eller tredjelinja. Desse måla set store krav til kommunehelsetenesta.

Tilrådingane inneber at palliasjon må utøvast på allmennmedisinske premissar og i kommunal eller interkommunal regi.

Premissar for behandling og oppfølging vert oftast lagt av fagspesialistar i andre- eller tredjelinja. Døme er kreftpasientar som i store delar av pasientforløpet har behandlingkontakt i kreftavdelingar, som vil seie at dei har aktiv behandling som førande behandlingsscredo. Aktiv behandling varer ofte langt inn i terminale forløp og gjev håp om å bli frisk eller leve lenger. Når det ikkje er meir aktiv behandling å tilby, vert håpet borte, og primærhelsetenesta overtek.

Lokale palliative team kan hjelpe preterminale og terminale pasientar vidare i livsløpet.

## **Kommunane etablerte interkommunalt samarbeid**

Kommunane Bømlo, Fitjar og Stord etablerte i 2017 Sunnhordland interkommunale legevakt (SIL) som eit interkommunalt samarbeid. Eitt bygg rommar felles legevakt og KAD-avdeling.

Sengeposten har mange pasientar med palliative behov, både frå primærhelsetenesta og frå sjukehusavdelingar, og meir enn 150 av dei har døydd i avdelinga.

Tryggleik, heimetid, livskvalitet og funksjonsevne er prioriterte innsatsområde ved sengeposten.

## **Forbetringsområde for palliasjon vart definerte**

Me kartla i 2021 status for palliasjon i Sunnhordland og samanlikna tenestene våre med andre kommunar som Trondheim, Tromsø, Bergen, Stavanger og Karmøy.

Undersøkinga avdekte behov for å betre kvaliteten av palliative tenester både i kommunane og i lokalsjukehuset (2).

Ved å kategorisere og konkretisere det innsamla materialet definerte me fem forbetringsområde:

- medisinsk behandling
- omsorg
- informasjon og kommunikasjon
- samarbeid og organisering
- ivaretaking av helsepersonell

Helsepersonell i kommunane hadde ofte for lite tid og kompetanse til å gjennomføre samansette, omfattande og til dels spesialiserte medisinske oppgåver i palliasjon. Dei kunne få hjelp frå palliative einingar i Haugesund eller Haukeland sjukehus, eller den lokale KAD-avdelinga.

## **Me etablerte interkommunalt palliativt team**

For å styrke palliative tenester ville me prøve ut eit bokstavleg talt «kortreist» interkommunalt palliativt team, forkorta IKPT. Interkommunal organisering av slike team var ikkje utprøvt i Noreg.

Teamet hadde som føremål å

- yte kortreist hjelp med lindrande behandling
- gje tryggleik for pasient og pårørande
- tilby auka heimetid og unngå unødige innleggingar
- gjere kommunane sitt helsepersonell tryggare i arbeidet sitt

- vurdere behova til innlagte pasientar i sjukehus før overføring til kommunehelsetenesta
- betre samhandlinga mellom sjukehus og kommunehelseteneste

Det endelege målet med dette var

- betre oppfølging og behandling av palliative pasientar i heimkommunen
- auka kompetanse og tryggleik hos fastlegar, sjukeheimslegar og anna personell i kommunehelsetenesta
- å skape gode pasientforløp
- å etablere gode pasientforløp i siste livsfasen i heim og sjukeheim

## **Teamet fekk korte reiseavstandar**

For Helse Fonna sitt palliative team med base på Haugesund sjukehus var det lang reiseveg til pasientar i Sunnhordland. Sjølv om heimebesøk var blant dette teamet sine oppdrag, ville eitt besøk krevje det meste av arbeidsdagen for to medlemmer. Støtte til førstelinja skjedde via telefon og PLO-meldingar, og tok ein stor del av ressursane.

### **«Vårt lokale team hadde korte reiseavstandar.»**

Vårt lokale team hadde på si side korte reiseavstandar. Det hadde god lokalkunnskap og kunne prioritere direkte pasientkontakt.

## **Unødvendige innleggingar kan unngåast**

I slutten av livsløp vert den sjuke ofte innlagt og re-innlagt på sjukehus, noko som pasientar og pårørande kan oppleve som ei belastning (2). I slike tilfelle kan bistand i heimen spare unødvendige innleggingar og auke heimetida.

## **Sjukehus og kommunar samhandlar**

Gode og samanhengande pasientforløp krev samarbeid mellom sjukehus og kommunar.

Kommunane opplevde at pasientar vart definerte som utskrivingsklare frå sjukehus før dei var innskrivingsklare i kommunane.

## **Pasientar ville døy i heimen**

Teamet arbeidde for at folk kunne vere heime så lenge det var mogleg, om dei valde dette. Kjensla av tryggleik er vesentleg for å vere heime.

### **«Kjensla av tryggleik er vesentleg for å vere heime.»**

Tryggleiken ligg både i dei ytre rammene, som støtte, hjelp og behandling, men like mykje i at pasient og pårørande er godt informerte, har forsona seg med at livet går mot slutten, og kan lite på at hjelp er tilgjengeleg når situasjonar endrar seg. For å kunne gje tryggleik må helsepersonell vere både behandlar og samtalepart.

## **Slik arbeidde teamet**

Grunnstamma i teamet bestod av to personar: ein spesialist i allmenmedisin med erfaring frå palliasjon, og ein sjukepleiar med tilleggsutdanning i palliasjon. Det var mogleg å styrke teamet ut frå behova til pasient og familie, og kreftkoordinatoren var ofte involvert. Pasienten sin fastlege vart også alltid invitert med.

Teamet kunne dra på sjukebesøk i heimar eller sjukeheimar, ta imot pasientar til polikliniske konsultasjonar ved KAD-avdelinga, delta i kommunale ressursgrupper, vurdere om pasientar i sjukehus var klare for utskriving, og gje råd, hjelp og støtte til pasientar, pårørande og helsepersonell via telefon, PLO-meldingar eller videodrøftingar.

Teamet si verktøykasse bestod av følgjande:

- klinisk pasientkontakt ved heimebesøk eller poliklinisk konsultasjon
- videokonsultasjonar
- felles møte med teamet, pasienten og pårørande
- rådgjeving over telefon og meldingar
- innlegging i KAD-avdelinga
- open kontakt etter innlegging
- fagleg kontakt med Palliativt team Helse Fonna

Teamet skulle ikkje overta ansvaret for behandling og samhandling eller lage individuelle eller palliative planar.

## ***Tilvising og respons på tilvising***

Tilvising skulle vere elektronisk og kortfatta, med tilvisingsårsak og hastegrad. Fastlegen skulle samtykke i at teamet involverte seg for å unngå dobbeltarbeid og unødig innblanding i fastlegane sitt arbeid.

**«Ved besøk eller konsultasjonar var det ønskjeleg at ein fastlege og sjukepleiar i kommunen deltok.»**

Teamet responderte oftast telefonisk, orienterte seg om status og hjelpebehov, gav råd og planla tiltak som heimebesøk, konsultasjon eller tverrfagleg møte.

Ved besøk eller konsultasjonar var det ønskjeleg at ein fastlege og sjukepleiar i kommunen deltok. Dersom pasienten ikkje ønskte fysisk kontakt, bad ein om samtykke til møte mellom teamet og helsepersonell i kommunen.

Data vart registrert fortløpande og anonymt i eit Excel-skjema.

### ***Rapport og oppfølging***

Ein rapport frå heimebesøket eller konsultasjonen med tilrådingar vart sendt til fastlege og ev. andre, med samtykke.

Etter første kontakt kunne teamet kontaktast etter behov, og det var Palliativt team Helse Fonna som var den faglege støtta til teamet.

### **Dette er resultatata frå prosjektet**

Prosjektet varte frå oktober 2022 til februar 2024, totalt 15 månader. Det var 30 pasientar som deltok i prosjektet.

Prosjektet vart evaluert med individuelle intervju og fokusgruppeintervju.

Tilbakemeldingane var i hovudsak at IKPT var eit nyttig supplement i pallasjon, og alle gruppene ønskte å halde fram med funksjonen. Fastlegane var positive, men ønskte å haldast informerte.

Kreftkoordinator eller tenestekontoret la vekt på at pasienten og familien må eige situasjonen dei er i, då det kan gje ein viss normalitet i krevjande kvardagar. I etterforløpet kan familien framleis ha behov for kontakt og samtale med helsepersonell som har vore involvert.

Palliativt team Helse Fonna var òg positivt og tilbød vidare fagleg støtte.

Overlegen der meinte at lokale team med basis i primærhelsetenesta er organisering for framtida. Vidare understreka ho verdien av samarbeid mellom team og fastlege, og at vikarar i fastlegeordninga skaper diskontinuitet. Ho forstod også at fastlegar har mykje arbeid og kan vere tilbakehaldne med å opne for oppgåver som å følgje opp døyande pasientar.

---

### **FAKTA**

#### **Kartlegging av pasientforløpet (n = 30)**

Oversikta som følgjer, viser talet på pasientar i ulike kategoriar samt årsak til tilvising, kven som tilviste, kva tiltak som blei igangsette, og kvar dei døydde.

- **Alder:** 33–92 år
  - **Kjønn:** mann: 19, kvinne: 11
  - **Bustad:** heime: 27, sjukeheim: 3
  - **Kommune:** Bømlo: 6, Fitjar: 3, Stord: 21
  - **«Forbruksfaktor» av teamarbeid per kommune og folketal:** Bømlo: 0,6, Fitjar: 1, Stord: 1,1
  - **Innleggingsdiagnosar:** kreft, hjertesvikt, myelofibrose, kols
  - **Årsaker til teaminvolvering:** smerte, slappheit, generell funksjonssvikt, dehydrering, ernæringsvanskar, kvalme, dyspné
  - **Tiltak:** Justere/seponere medisinar, væsketerapi i heimen, ascitestapping (i samarbeid med sjukehus), blodtransfusjon (i samarbeid med sjukehus), sårstell, organisering av hjelp i heimen, rådgjeving til kommunalt helsepersonell
  - **Tilvist av:** fastlege: 8, sjukehus: 14, Palliativt team Helse Fonna: 2, kreftkoordinator: 6
  - **Dødsstad:** heime: 9 (30 prosent), sjukeheim: 3 (10 prosent), IDA: 12 (40 prosent), sjukehus: 3 (10 prosent), i live: 3 (10 prosent)
- 

## **Ideen om palliativt team vart godkjent**

På den organisatoriske sida måtte me «pløye ny mark» for å få godkjent ideen om palliativt team i møte med helseleiing og allmennlegeutval i dei tre kommunane.

At partane gav samtykke, tyder på at behovet for styrka palliative tenester i regionen var erkjent av både helsepersonellet og helseadministrasjonen.

Kommunane hadde lang erfaring med å samarbeide om felles KAD-avdeling. Dersom fleire mindre kommunar skal samarbeide om palliasjon utan å ha erfaring med samarbeid om helse, trengst det omfattande prosessar både politisk og administrativt.

## **«Sjukepleiarar og helsefagarbeidarar i kommunane var udelt positive til teamideen.»**

Fastlegane kjente på at dei hadde for lite kapasitet til å følgje opp heimebuande pasientar med store medisinske behov. Dei erkjente at deira eigen faglege kompetanse trong oppdatering frå gong til gong.

Sjukepleiarar og helsefagarbeidarar i kommunane var udelt positive til teamideen, dels fordi det gav tryggleik i arbeidet, dels fordi dei fekk utvida eigen kompetanse.

## **Kommunene hadde ulikt «forbruk»**

Bømlo brukte klart minst av teamet sin kapasitet, målt etter tilviste pasientar per innbyggjar. Det kan ha å gjere med at kommunen hadde eit godt utvikla tilbod om palliasjon i sjukeheim, og hadde sjukeheimslege som prioriterte lindrande behandling og var lett tilgjengeleg utanfor ordinær arbeidstid.

Dei fleste tilviste hadde kreft, med tre unntak. Dette kan tyde på at tilvisarar er mindre merksamme på palliasjonsbehovet til andre diagnosegrupper enn kreft.

## **Kva var årsaker til tilvising og tiltak?**

Pasientane vart oftast tilviste på grunn av somatiske plager, og i mindre grad grunna psykiske, sosiale eller eksistensielle problem.

I samtalar med pasientar og pårørande kom det ofte fram nye moment. I nokre tilfelle var pårørande slitne eller utrygge, eller pasienten og familien trong avklarande samtalar. Helsepersonell kunne på si side slite med manglande tryggleik og meistring.

Palliasjon er langt meir enn symptomlindrande tiltak. Ein må ha fokus på informasjon og kommunikasjon, situasjonsforståing hjå pasient og pårørande, situasjonserkjenning, håp, forventningar og sorgoppleving.

Iverksette tiltak vart derfor som regel meir omfattande enn dei problemstillingane som kom fram i innleiande telefonsamtale og tilvising.

## **Kor vart pasientane tilviste frå?**

Fjorten av 30 var overførte frå sjukehus. Det var også 14 av 30 som var tilviste av fastlege/kreftkoordinator via fastlege. To av 30 var tilviste av Palliativt team Helse Fonna.

Andelen av dei som døydde i KAD-avdelinga, viser at IKPT avlasta senger i sjukehus og kommunale institusjonar. IKPT avlasta òg fastlegane.

Sidan forsøket var i småskala, måtte teamet ha kontroll på tilvisingsmengda. Ein regel var at tilvising skulle vere frå lege, alternativt annan tilvisar med fullmakt frå lege.

## **Mange døydde heime**

At 30 prosent av inkluderte pasientar døydde i eigen heim, er prosentvis langt fleire enn det som er rapportert i nasjonale statistikkar (3). Det kommunale palliative teamet i Bergen rapporterte at meir enn 50 prosent av pasientar der teamet var involvert, døydde heime (4). Det tyder på at teamet vårt hadde for låg kapasitet til å dekke behova.



## **Stram økonomi kan hindre implementering**

Så lenge forsøk er finansiert av prosjektmidler, er det lett å prøve ut endringstiltak. Men når prosjektperioden er slutt, skal kommunen vurdere om tiltaka skal videreføres. Då kan det hende at stram kommuneøkonomi hindrar implementering av tiltak på driftssida, sjølv om nytteverdien er stor.

Nytteverdi i form av «mjuke variablar» som forlenga heimetid, livskvalitet, tryggleik for pasienten, pårørande og helsepersonell, trumfar ikkje kommunebudsjett. Avlastning av andrelinjetenestene er heller ikkje noko kommunepolitikarar tek omsyn til.

Ei vidareføring av vårt IKPT vil krevje om lag 500 000 kroner årleg, noko som etter vårt syn er ei rimeleg investering i kommunane sin faglege aktivitet.

## **Her er våre råd til andre kommunar**

I store delar av landet er det langt frå heim til palliativ ekspertise. Mange kommunar er for små til at det er mogleg å spesialisere dei knappe helsefagressursane deira innan lindrande behandling.

Interkommunal organisering av palliative team kan vere eit supplement til helseføretaka sine tilbod. Det er då geografi og folketal som bestemmer dimensjonering.

Lokale palliative team på allmenmedisinsk grunnlag er organisering for framtida, og mindre kommunar kan gå saman om å etablere slike team.

I tillegg til å ha direkte pasientkontakt vil teamet kunne avlaste helseføretaka sine team med å gje råd og støtte til fastlegar og kommunalt helsepersonell.

Ei av oppgåvene bør vere fagleg oppdatering av fastlegar og personell i sjukeheimar og dei heimebaserte tenestene.

Slike lokale team bør etablere fagleg kontakt med palliativt team i næraste helseføretak og søkje samarbeid med lokalsjukehus.

## **Finansiering**

*Prosjektet var støtta av Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet og av Helsedirektoratet via Statsforvaltaren i Vestland.*

*Forfattarane oppgjer ingen interessekonfliktar.*



BØMLO, FITJAR OG STORD: Tre kommunar etablerte eit «kortreist» palliativt team som skulle styrke Palliativt team Helse Fonna, som hadde base på Haugesund sjukehus. Det lokale teamet hadde korte reiseavstandar, god lokalkunnskap og kunne prioritere direkte pasientkontakt. *Illustrasjonsfoto: Yuri Arcurs / Mostphotos*

1. Meld. St. 24 (2019–2020). Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020 [henta 15. mai 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pc>
2. Lothe M, Kvamme OJ. Lindrande behandling i Sunnhordland 2021: ei studie av status og forslag til endringar [internett]. Jessheim: Utposten; 2022;(5) [henta 15. mai 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://www.utposten.no/article/2022/11/Ei-studie-av-status-og-forslag-til-endringar>
3. Folkehelseinstituttet. Alle dødsårsaker. Dødsfall etter kjønn, alder og dødsårsak, antall [dødsårsaksregisteret 2021] [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; u.å. [henta 5. mars 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://statistikk.fhi.no/daar/4WsXdiMduftCsG6aAND9Yg>
4. Dr. Kristian Jansen, Bergen kommune. Personleg melding til Odd Kvamme. Tal frå registeringsprosjekt i regi av Palliativt team, Bergen kommune [upublisert].