

# PALLIASJON I FOKUS

## Kartleggingsprosjekt



Prosjektbeskrivelse  
2025-2026  
Anita Nilo

# INNHold

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| Innledning .....                             | 3  |
| 1.1    Bakgrunn .....                        | 3  |
| 1.2    Aktuelt.....                          | 4  |
| 1.3    Finansiering.....                     | 4  |
| Mål og visjon.....                           | 4  |
| 2.1    Målgruppe .....                       | 4  |
| 2.2    Visjon.....                           | 4  |
| 2.3    Mål.....                              | 5  |
| Tiltak.....                                  | 5  |
| 3.1    Tiltak 1.....                         | 5  |
| 3.2    Tiltak 2.....                         | 5  |
| Gjennomføring og metode .....                | 6  |
| 4.1    Metode .....                          | 6  |
| 4.2    Fremdrifts- og milepælsplan .....     | 6  |
| Organisering.....                            | 7  |
| 5.1    Prosjektgruppe.....                   | 7  |
| 5.2    Samarbeidspartnere .....              | 7  |
| Vurderinger av prosjektet .....              | 8  |
| 6.1    Suksessfaktorer og utfordringer ..... | 8  |
| 6.2    Personvern og GDPR.....               | 8  |
| Rapportering, oppfølging og spredning.....   | 8  |
| Økonomi.....                                 | 9  |
| Referanser .....                             | 10 |

# Innledning

## 1.1 Bakgrunn

*«Palliativ behandling, pleie og omsorg er en helhetlig tilnærming som har som mål å fremme livskvalitet for personer med livstruende sykdom og skade og deres pårørende. Dette skjer gjennom tidlig identifisering, grundig kartlegging og behandling av smerte og andre utfordringer av fysisk, psykososial og åndelig karakter – uavhengig av diagnose, alder eller behandlingssted» (WHO, 2014).*

En undersøkelse gjennomført av Opinion på oppdrag fra Fransiskushjelpen (2021) viser at hele 53 % av den norske befolkningen ønsker å dø hjemme. Dette står i sterk kontrast til dagens realitet, hvor kun om lag 15 % faktisk dør i eget hjem. Dette gapet mellom ønsker og faktisk praksis aktualiserer behovet for å styrke og videreutvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesielt innenfor det palliative feltet.

Nasjonale politiske føringer, som NOU 2017:16 og Meld. St. 24 (2019–2020), understreker viktigheten av at helsetjenestene legger til rette for at pasienter som ønsker det, skal kunne tilbringe mest mulig tid hjemme – inkludert muligheten for å dø hjemme. For å realisere dette målet er det avgjørende at hjemmetjenesten har tilgang til nødvendig kompetanse og ressurser for å møte pasientenes og pårørendes behov på en faglig forsvarlig måte. (1)

**Meld.St. 24 (2019-2020) Lindrende behandling og omsorg** utgitt av regjeringen med mål om å bidra til å styrke lindrende behandling og omsorg i livets slutt. Aktiv livshjelp, smertelindring og omsorg til pasienter i livets siste fase skal være tilgjengelig for alle, uavhengig av alder, diagnose, funksjonsnivå og bosted.

Målet for regjeringen knyttet til denne stortingsmeldingen er å synliggjøre døden som en del av livet og legge til rette for best mulig livskvalitet og økt valgfrihet i lindrende behandling og omsorg. (2)

### **Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027**

*«Regjeringen vil at kommuner og sykehus skal prøve ut og innføre nye organiseringsformer for å sikre sammenhengende tjenester med god bruk av kompetanse og personell.» (3)*

Denne ble lansert for å møte utfordringer knyttet til mangel på helsepersonell, svak samhandling og ulik tilgang på helsetjenester. Planen legger opp til seks hovedgrep, blant annet styrket rekruttering, endringer i finansieringsordninger, digitalisering og bedre regelverk. Målet er å sikre bærekraftige og sammenhengende tjenester med god kvalitet, særlig innen psykisk helse, kvinnehelse og allmennlegetjenesten.

Tenker at dette prosjektet med aktuelle kartlegging kan hjelpe oss til å se muligheter for mer bærekraftige tjenester knyttet til palliasjon.

**Utviklingsprogrammet Hjemmetid og hjemmedød**(1) ble etablert i 2021 og avsluttet i 2024 og hadde som mål å bidra til at flere kan tilbringe mer tid hjemme, og også få mulighet til å dø hjemme hvis dette er ønskelig. Utvalgte kommuner fikk tilskudd fra Helsedirektoratet og skulle utvikle lokale

modeller for hjemmetid og hjemmedød for personer i livets siste fase og deres pårørende, uavhengig av diagnose.

Senter for omsorgsforskning, NTNU og NORD universitet har fulgt kommunen i deres arbeid, dette refereres i en rapport. (4)

Erfaringen fra aktuelle kommuner oppsummeres i en «generisk modell», med sentrale elementer og forutsetninger som bør være på plass – Helhetlig palliativ modell – hjemmetid og hjemmedød.

## 1.2 Aktuelt

Forskning og nasjonale styringsdokumenter viser at mange ønske å være hjemme lenger ved alvorlig sykdom, men at dette ofte ikke lar seg gjennomføre med dagens organisering. Økt samarbeid og bedre organisering av tjenestene kan legge til rette for mer hjemmetid, og mer likeverdige tjenester uavhengig av bosted i Vestfold fylket. Dette vil kunne føre til økt kvalitet og samtidig reduserte kostnader.

Dette kartleggingsprosjektet tar utgangspunkt i behovet for å få en bedre oversikt over hvordan palliative tjenester er organisert og praktiseres i kommunene, med særlig vekt på hjemmetjenestens rolle og forutsetninger for å tilby god lindrende behandling og omsorg i hjemmet.

## 1.3 Finansiering

Prosjektet eies og ledes av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Vestfold (USHT-V). Det finansieres av Statsforvalteren i Vestfold gjennom tilskuddsordningen «Kompetansehevende tiltak til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt 2025» og av kommunene i Vestfold.

# Mål og visjon

## 2.1 Målgruppe

Ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester i Vestfold og ansatte ved palliativt team ved Sykehuset i Vestfold.

## 2.2 Visjon

Prosjektets visjon er

*Tilpassede pasientforløp<sup>1</sup> og systematisk samhandling i tjenestene til pasienter med behov for lindrende behandling og omsorg i livets siste fase.*

---

<sup>1</sup> «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»

## 2.3 Mål

### Overordnet mål

*Kunnskap som kan benyttes til å organisere tjenestene slik at mennesker med behov for lindrende behandling og omsorg skal oppleve livets siste fase på best mulig måte.*

### Mål

Kartlegging av kommunalt tilbud til pasienter og deres pårørende med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Anbefaling av organisering etter nasjonale retningslinjer i palliasjon.

Følgende temaer skal være belyst i kartleggingen:

- Åpenhet om døden
- En helhetlig tilnærming
- Medvirkning og valgfrihet
- Barn og unge
- Familien, pårørende og frivillige
- Kompetanse og kunnskap

## Tiltak

### 3.1 Tiltak 1

Kartlegging

- Elektronisk spørreskjema vil sendes ut til aktuelle ressurspersoner i alle kommunene i Vestfold
- Oppsummere kartleggingen

### 3.2 Tiltak 2

Kartlegge mulige samarbeidsformer

- Innhente erfaringer fra Helsedirektoratets satsning – «modell for hjemmetid og hjemmedød»<sup>2</sup>
- Workshop med ressurspersoner fra hver kommune og fra palliasjonsenheten ved Sykehuset i Vestfold
- Møte med ledere i kommunene

---

<sup>2</sup> Utviklingsprogrammet Hjemmetid og Hjemmedød (2021-2024) ble etablert for å bidra til at flere kan tilbringe mer tid hjemme og også få muligheten til å dø hjemme, dersom de og deres pårørende ønsker det. Utvalgte kommuner skulle utvikle modeller for hjemmetid og hjemmedød for personer i livets siste fase og deres pårørende, uavhengig av diagnose.

# Gjennomføring og metode

## 4.1 Metode

Det gjennomføres en kvalitativ undersøkelse som kan besvare helsetjenestenes nåværende aktiviteter knyttet til utfordringsbilde.

Det vil bli sendt ut en digital spørreundersøkelse, knyttet til nåværende organisering, ressurser i form av kompetanse og samhandling. Det vil også gjennomføres en workshop hvor ressurspersoner fra deltakende kommuner og Sykehuset i Vestfold deltar. For å få med brukerstemmen vil det gjennomføres et fokusgruppa intervju, sammensatt av representanter fra alle kommunene.

## 4.2 Fremdrifts- og milepælsplan

| Måned              | Milepæl                                                                          |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Planleggingsfase   |                                                                                  |
| September 2025     | Invitasjon og orientering er formidlet og prosjektgruppen er samlet              |
| Oktober 2025       | Samarbeidsavtaler og forankring er gjennomført                                   |
| November 2025      | Kartleggingen er utarbeidet                                                      |
| Gjennomføringsfase |                                                                                  |
| Desember 2025      | Utsendelse av kartleggingen til alle aktuelle aktører                            |
| Februar 2026       | Svarene på kartleggingen foreligger                                              |
| Mars 2026          | Gjennomføre en workshop                                                          |
| Evalueringsfase    |                                                                                  |
| April 2026         | Vurdere kartleggingene og lage en oppsummering av svarene                        |
| Juni 2026          | Rapporten er utarbeidet og det foreligger tydelig anbefalinger for videre arbeid |

# Organisering

## 5.1 Prosjektgruppe

| Rolle            | Navn                  | Tilhørighet                                             |
|------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| Prosjektleder    | Anita Nilo            | Faglig rådgiver<br>USHT-Vestfold                        |
| Prosjektdeltaker | Tone Sørum            | Kreftkoordinator<br>Larvik kommune                      |
| Prosjektdeltaker | Tina Haugen           | Kreftkoordinator<br>Sandefjord kommune                  |
| Prosjektdeltaker | Irene Bjellhag        | Kreftkoordinator<br>Tønsberg kommune                    |
| Prosjektdeltaker | Marianne Corneliussen | Kreftkoordinator<br>Horten kommune                      |
| Prosjektdeltaker | Nina Ulfsten          | Kreftkoordinator<br>Færder kommune                      |
| Prosjektdeltaker | Heidi Eriksen         | Kreftkoordinator<br>Holmestrand kommune                 |
| Prosjektdeltaker | Karin Sjøe            | Kreftsykepleier<br>Palliativt team Sykehuset i Vestfold |

Prosjektgruppa møtes til prosjektgruppemøter ved oppstart, midtveis og ved behov. Møtene ledes av prosjektleder.

## 5.2 Samarbeidspartnere

Det foregår i dag mange gode tiltak knyttet til organisering av palliasjon:

- Alle kommunene har kreftkoordinator som har en viktig rolle i driften knyttet til palliasjon.
- De fleste kommunene har egne lindrende enheter som er knyttet til kommunens medisinske senter. Holmestrand kommune har ikke lindrende enhet pr i dag. Alle kommunene har sykepleiere som deltar i et fagnettverk innen palliasjon.
- Ressurssykepleiere med fokus på lindrende behandling og omsorg i alle kommunene

Sykehuset i Vestfold ligger i Tønsberg og det er kort reisevei fra alle kommunene. Kreftseksjonen hvor det pr i dag er ansatt fire overleger tre leger i spesialisering, sosionom, spesialsykepleiere, fysioterapeut og prest/filosof, tilbyr behandling knyttet til komplisert symptomlindring (palliasjon).

Prosjektgruppa vil samarbeide med ulike aktører ved behov. Samarbeid vil bestå iblant annet erfaringsutveksling, kvalitetssikring, forskningssamarbeid og i å danne nye samarbeidsrelasjoner.

Samarbeidspartnere:

- Helsefelleskapet i Vestfold
- Kreftforeningen
- Brukerrepresentatnt fra Sandefjord kreftforening
- Eldrerådet i Sandefjord
- Universitet i Sørøst-Norge (USN)
- Kompetansebroen

## Vurderinger av prosjektet

### 6.1 Suksessfaktorer og utfordringer

Kommunene i Vestfold har gjennom mange år jobbet godt og systematisk innenfor palliasjonsfeltet. Det er tatt i bruk flere verktøy og det er utdannet gode ressurspersoner i alle kommunene. Dette gir prosjektet et godt utgangspunkt for å lykkes. Også her vil brukermedvirkning være en klar suksessfaktor.

Som ved alle prosjekter er det en risiko for at prosjektet og dets tiltak ikke blir «vellykket»; det kan handle om for liten respons på spørreskjemaer. I så fall vil projektrapporten beskrive dette, og forsøke å evaluere hvorfor resultatene ble som de ble og presentere hvilke lærdommer som kan tas av det.

### 6.2 Personvern og GDPR

Prosjektgruppa har gjort en vurdering om at personer tilknyttet til prosjektet ikke utleverer annet enn epostadresser tilknyttet jobb eller organisasjon. Listen over navn og eposter tilknyttet til prosjektet blir behandlet på interne strukturer.

Prosjektleder blir kontaktpersonen utad og gjør seg tilgjengelig via epost eller annen kontaktinformasjon.

## Rapportering, oppfølging og spredning

Det vil rapporteres til Statsforvalteren i Vestfold etter standard prosedyrer. Arbeidet vil også kunne være tilgjengelig for Helsefellesskapet hvis palliasjon blir en satsning i handlingsplanen.

Rapporten blir publisert i USHT-V sine kanaler og være tilgjengelig for interesserte.

## Økonomi

USHT-V søkte Statsforvalterens tilskuddsordning «*kompetansehevende tiltak til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt 2025*» og fikk innvilget søknaden delvis.

I tillegg til disse midlene vil det være en egeninnsats fra USHT-V og fra deltakende kommuner i form av brukt arbeidstid.

|                                                      |            |
|------------------------------------------------------|------------|
| Kostnadsoverslag                                     |            |
| Lønnsutgifter med sosiale utgifter - prosjektledelse | kr 130 000 |
| Workshop                                             | kr 31 600  |
| Sum utgifter                                         | kr 161 600 |
| Inntekter fra tilskuddsmidler fra Statsforvalteren   | Kr 161 600 |

## Referanser

1. [NOU 2017: 16 - regjeringen.no](#) *På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende*
2. [Meld. St. 24 \(2019–2020\) - regjeringen.no](#) *Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Lindrende behandling og omsorg*
3. [Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd - regjeringen.no](#)
4. [HEIM Hjemmetid hjemmedød, evaluering av igangsatt modell for utvikling av de palliative tjenestene i Karmøy kommune.pdf](#)



Besøk oss på: [www.usht-vestfold.no](http://www.usht-vestfold.no) eller [utviklingssenter.no](http://utviklingssenter.no)

Følg oss på: [www.facebook.com/USHTVestfold](https://www.facebook.com/USHTVestfold)

Kontakt oss på e-post: [usht-vestfold@sandefjord.kommune.no](mailto:usht-vestfold@sandefjord.kommune.no)