

Hvordan kan bruk av forhåndssamtaler og behandlingsavklaring bidra til å redusere overbehandling?

Statsforvalteren i Vestfold og Telemarks høstkonferanse

Larvik 27.11.2024

Therese Opsahl Holte, HelseDirektoratet

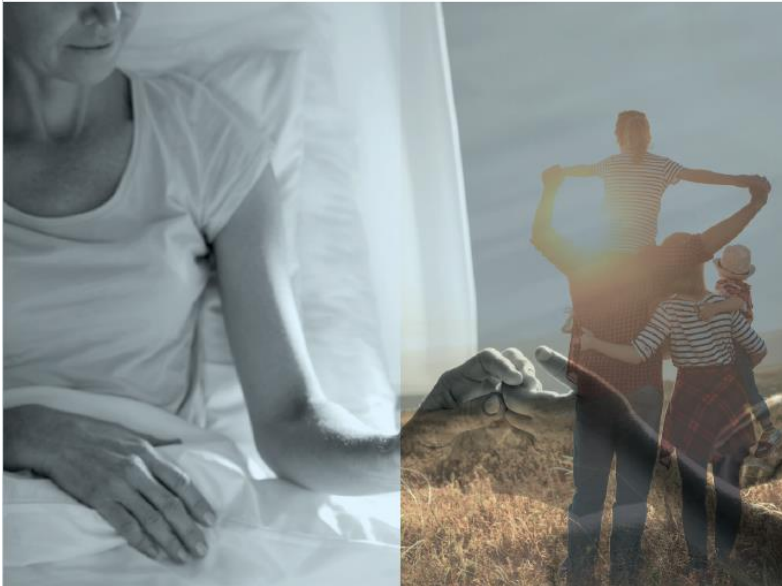
Meld. St. 24

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Lindrende behandling og omsorg

Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.



Utfordringsbildet

- Lite åpenhet om døden
- Lindrende behandling og omsorg integreres for lite og for sent i forløpet
- Ikke tilstrekkelig grad av medvirkning og valgfrihet
- Overbehandling et økende problem
- Mangelfull palliasjonskompetanse



Kilde: NOU 2017 På liv og død. Stein Kaasa

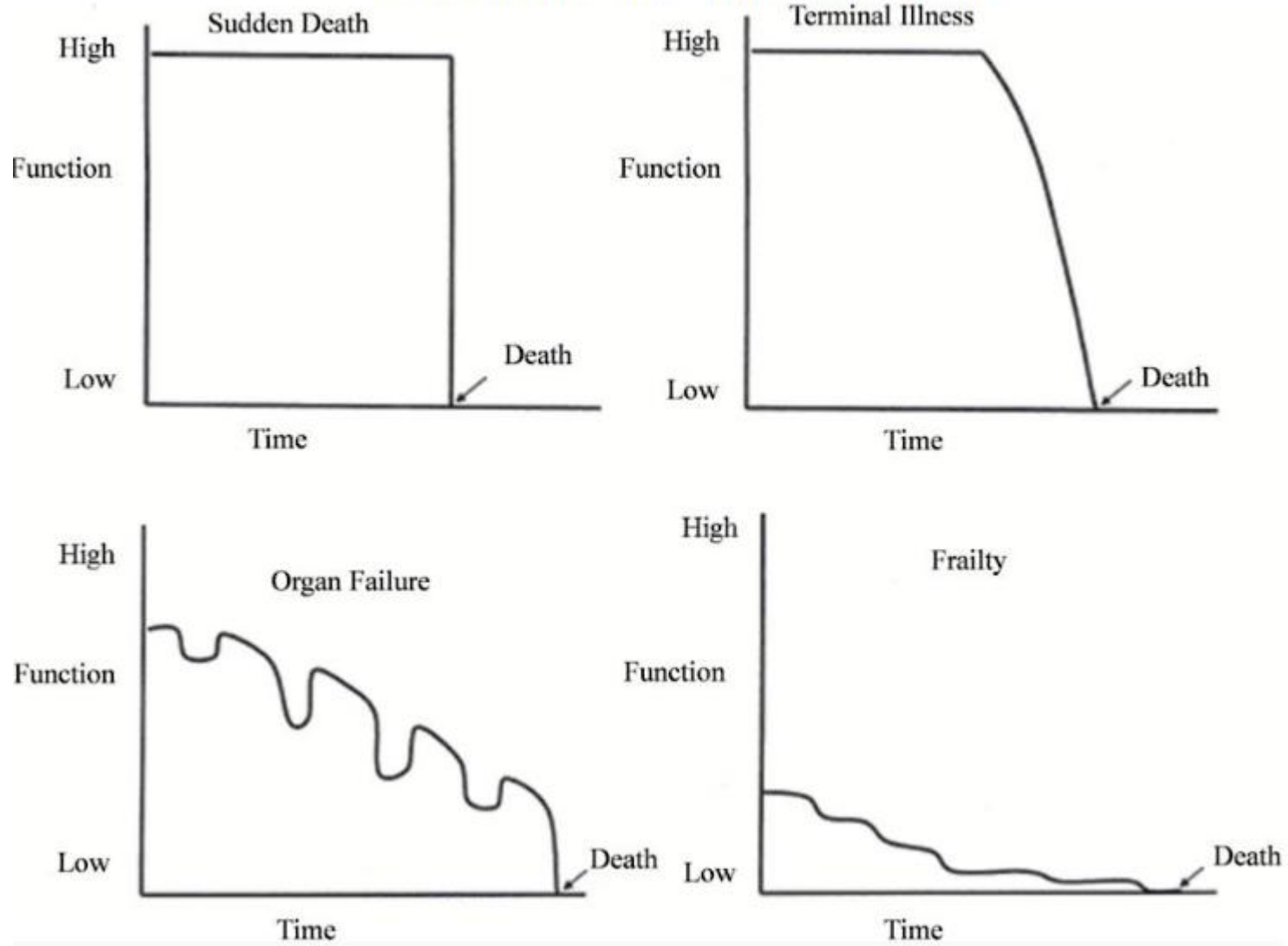
OECD: utfordringsbildet



- Sykehuset er et vanlig sted for død, mens undersøkelser viser at mange ønsker å dø hjemme.
- Helsepersonell unnlater for ofte å identifisere pasienter med behov for palliasjon og er for sene med å skifte fokus fra kurativ og livsforlengende behandling til palliasjon.
- Helsepersonell unnlater for ofte å snakke med pasienter med begrenset forventet levetid om hva som er viktig og meningsfullt for dem, fremtidig helsehjelp, omsorg ved livets slutt.
- Helse- og omsorgstjenesten mislykkes i for stor grad å begrense behandling uten effekt og dermed lindre lidelse.
- Kostnadene i siste levemåned og ved livets slutt er høye og gir ikke nødvendigvis livskvalitet

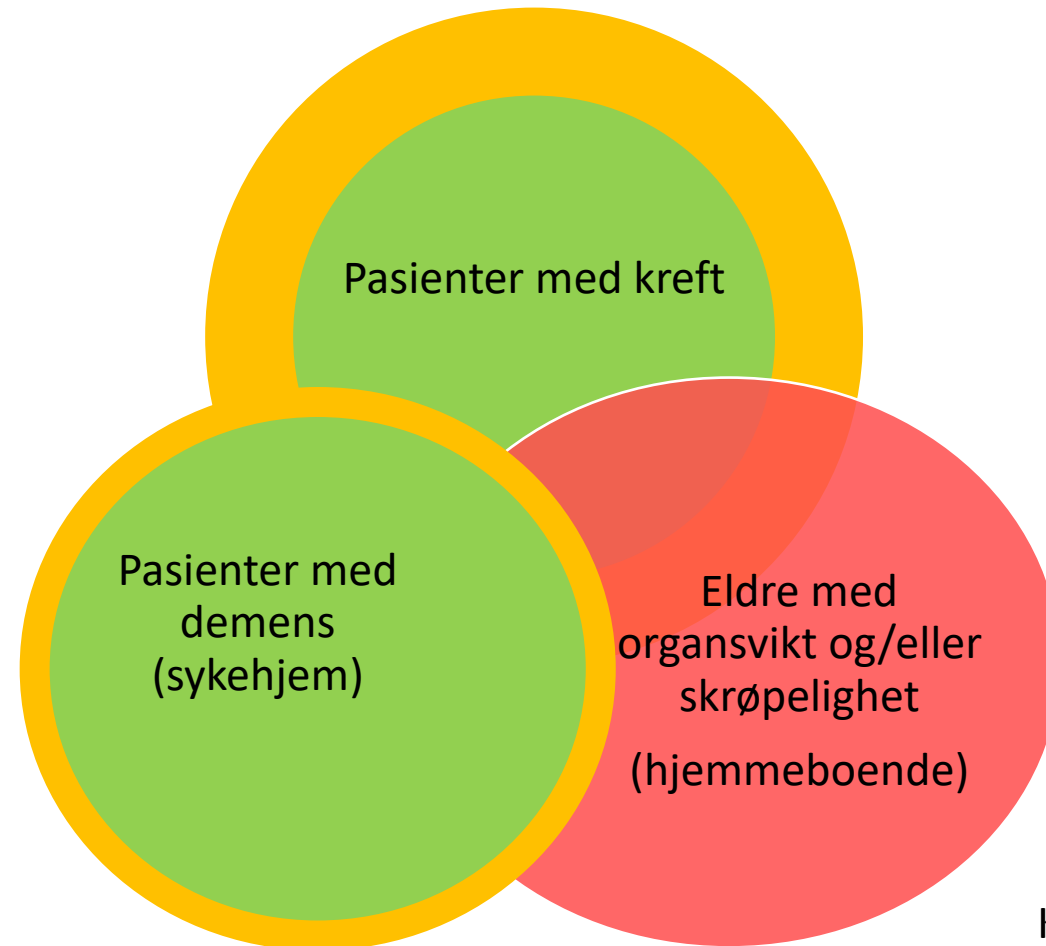
7. februar 2023

Figure 2.1. Theoretical trajectories of disease at the end of life




Source: Reproduced from [\(Lunney, Lynn and Hogan, 2002\[20\]\)](#).

Risiko for overbehandling fordi palliasjon integreres for lite og for sent i forløpet



Kilde: erfaringsbasert

Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid

 [Nasjonale faglige råd](#)

[Hva er nasjonale faglige råd?](#) →

1 Bakgrunn, metode og prosess

2 Forhåndssamtaler

3 Kompetanse



Søk i nasjonale faglige råd

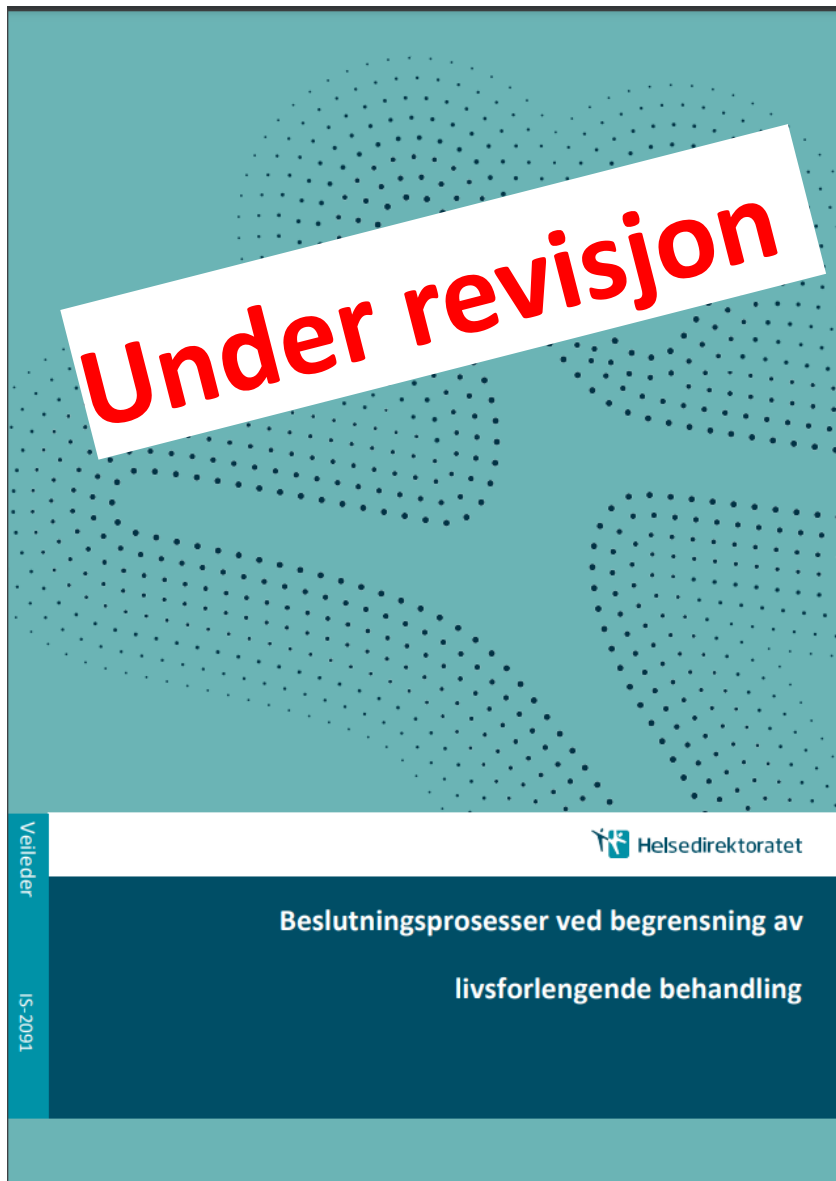
1. Bakgrunn, metode og prosess

2. Forhåndssamtaler

Pasienter med begrenset forventet levetid bør få tilbud om forhåndssamtaler og planlegging

3. Kompetanse

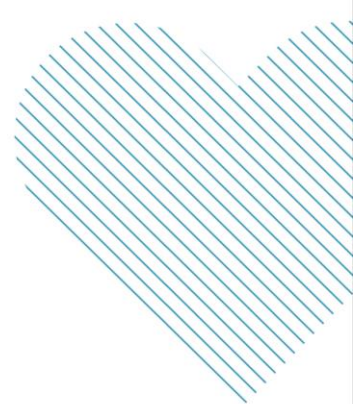
Kompetanseheving innen forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid bør inkludere praktisk øvelse og etisk refleksjon




- Ny i 2009, revidert i 2013
- Mange er glade i veilederen, andre kjenner ikke til den
- Hovedmålgruppe: Spesialisthelsetjenesten
- Tidsperspektiv: Livets siste dager

Revidert versjon:

- Ny utvidet målgruppe: inkluderer den kommunale helse- og omsorgstjenesten; fastlegen, legevakt, hjemmetjenesten, sykehjemmet.
- Større pasientgruppe: alvorlig/uhelbredelig syke og eldre med skrøpelighet
- Tidlig perspektiv – behandlingsavklaringer sentralt
- Nytt klikkbart format
- Ny tittel?



Begrensning av livsforlengende behandling (HØRINGSUTKAST)

 Nasjonal veileder

[Hva er nasjonal veileder?](#) →



Ekstern høring: Nasjonal veileder om begrensning av livsforlengende behandling er på ekstern høring til 30. mai. Les mer om [hvordan du sender høringsinnspill](#).

1 Bakgrunn, prosess og metode

2 Pasientens selvbestemmelse

3 Beslutningsprosess

4 Deling av opplysninger

5 Særlig om HLR minus

6 Oppfølging i praksis

Søk i nasjonal veileder



1. Bakgrunn, prosess og metode


2. Pasientens selvbestemmelse

Helsepersonell skal sørge for at pasienter med samtykkekompetanse kan velge bort livsforlengende behandling

Når pasienten mangler samtykkekompetanse skal helsepersonell innhente informasjon fra nærmeste pårørende der det er mulig

Beslutningsprosessen om behandlingsbegrensning skal tilpasses når pasienten er et barn

Utvalgte høringssvar

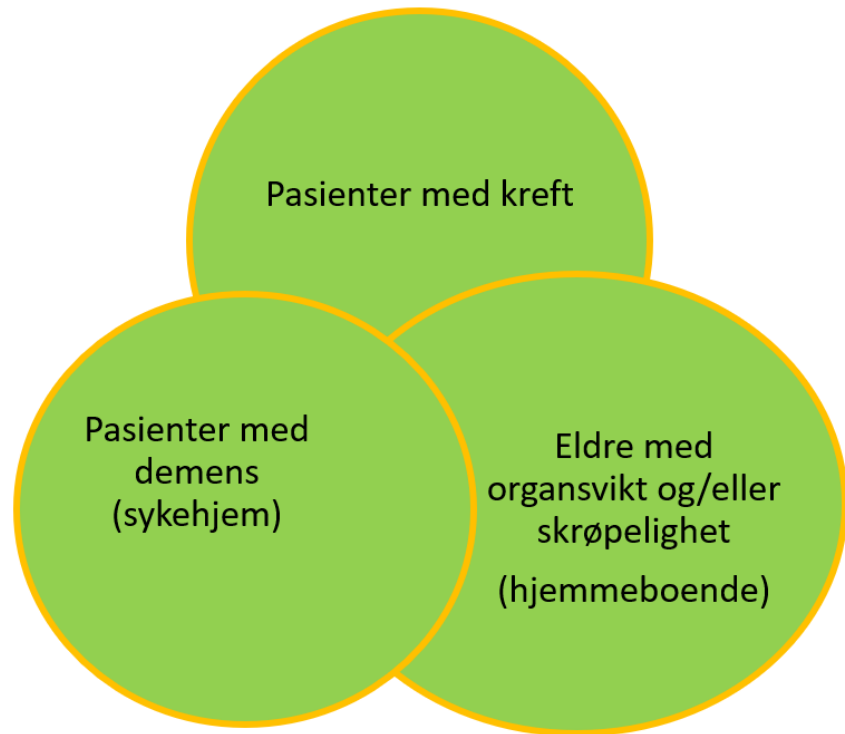
- **Viktig**
Unisont: Utfordrende område - viktig veileder!
 - **For generell**
Behov for mer konkret veiledning for de ulike målgruppene.
 - **Ulike kontekster**
Skille mellom behandling i hjemmet, på sykehjem og på sykehus. Bedre balanse mellom palliativt og akutt perspektiv
 - **Kommunen**
Treffe den kommunal helse- og omsorgstjeneste bedre. Større fokus på eldre med skrøpelighet. Beskrivelse av fastlegens rolle. Forslag om egne anbefalinger for sykehjem
 - **Overganger**
Større fokus på overganger mellom nivåene. Kjernejournal er viktig
 - **Intensiv**
Spesialisthelsetjenesten ønsker tydeligere definisjoner og mer presise anbefalinger, samt mer forskningsgrunnlag. Intensivleger påpeker for mye fokus på forhåndssamtaler og pasientens autonomi.
 - **HLR**
Kap. om gjenopplivingsforsøk og HLR minus må presiseres og nyanseres, evt integreres i øvrige kapitler.
 - **Lovtekst skaper trøbbel?**
PBRL § 4.9 problematisk
 - **Vanskelig og negativ tittel**
Behov for en mer positivt ladet tittel?
- 

Førsteutkast

Innhold

Bakgrunn, prosess og metode	2
Etikk og faglig forsvarlighet	9
Helse- og omsorgstjenesten bør ta utgangspunkt i etiske grunnprinsipper ved beslutninger om livsforlengende behandling	9
Legen med behandlingsansvar bør søke å løse uenigheter knyttet til å begrense livsforlengende behandling.....	11
Kommunikasjon	12
Helse- og omsorgstjenesten bør ha rutiner for forhåndssamtaler og pårørendesamtaler ved vurdering av begrensning av livsforlengende behandling	12
Behandlingsavklaring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	16
Fastlegen bør gjøre behandlingsavklaringer hos hjemmeboende pasienter med begrenset forventet levetid	16
Ledelsen i sykehjem og hjemmetjenester bør sørge for rutiner for behandlingsavklaringer	18
Kommunal legevakt bør samarbeide med helsepersonell som kjenner pasienten for å vurdere den beste behandlingen.	20
Behandlingsavklaring i spesialisthelsetjenesten	22
Legen som følger opp pasienter med alvorlig sykdom bør vurdere behovet for behandlingsavklaringer og palliative tiltak.....	22
Legen med behandlingsansvar skal gi livsforlengende behandling inntil beslutningsgrunnlaget for behandlingsbegrensning er tilstrekkelig avklart	24
Legen med behandlingsansvar bør ved akutt-innleggelse av eldre med skrøpelighet vurdere behandlingsmålet for pasienten.....	26
Behandlingsavklaringer hos barn og unge med livstruende/ livsbegrensende tilstander ...	28
Deling av behandlingsavklaringer på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten	30
Helse- og omsorgstjenestene bør dele behandlingsavklaringer i kjernejournal.....	30

Forutsetninger for å lykkes



Palliasjonskompetanse, trygghet i møte med døden

Samhandlingskompetanse

Tid til tverrfaglig, etisk refleksjon

Tid til samtaler med pasienter og pårørende

Bruk av kjernejournal (og endring av kjernejournal)

Samtaler med pasienter om døden – erfarne fastlegers refleksjoner og erfaringer

ENGLISH

SAMMENDRAG

Fredrik Brunsvig-Engemoen, Maria Romøren, Holgeir Skjeie Om forfatterne

HOVEDFUNN

ARTIKKEL

INNLEDNING

MATERIALE
OG METODE

RESULTATER

DISKUSJON

KONKLUSJON

LITTERATUR

APPENDIKS

RELATERTE

ARTIKLER

KOMMENTARER (0)

Bakgrunn

Den aldrende befolkningen i Norge øker stadig, og kommunehelsetjenesten, inkludert fastlegene, har fått flere og mer komplekse oppgaver i å ivareta pasientene. Formålet med studien var å undersøke hvordan erfarne fastleger gjennomførte og reflekterte rundt samtaler med pasientene om døden.

Materiale og metode

Semistrukturerte dybdeintervjuer med ti erfarne fastleger, alle spesialister i allmennmedisin, ble analysert med tematisk tverrgående analyse.

Resultater

Nesten alle fastlegene anså det å snakke om døden med sine pasienter som en naturlig del av fastlegeoppgaven. Samtalene ble oppfattet som både utfordrende og meningsfulle. Det å ha nok tid til samtalen og det å kjenne pasientene over tid ble vurdert som verdifulle faktorer for gode samtaler. Fastlegene lette etter gylne øyeblikk for å ta opp temaet. Innholdet i samtalen kunne variere, fra konkrete symptomlindrende tiltak til det mer eksistensielle og filosofiske. De ga uttrykk for at de manglet formalkompetanse og baserte seg i stor grad på erfaring og tro på egne kommunikasjonsvner. Manglende avklaring av behandlingsintensitet fra spesialisttjenestens side ble av flere beskrevet som en hemmer for god initiering og gjennomføring av samtaler om døden.

Fortolkning

De fleste fastlegene i denne studien snakket med pasientene sine om døden og oppfattet det som en naturlig og nødvendig del av fastlegerollen.

Hovedfunn

De fleste fastlegene som deltok i denne kvalitative intervjustudien, anså samtaler om døden med sine pasienter som en naturlig del av fastlegeoppgaven.

Legene fortalte at de ikke hadde fått opplæring i kommunikasjon omkring døden, men opplevde seg likevel som trygge i denne rollen.

Det å kjenne sine pasienter over lang tid og i forskjellige situasjoner ble oppfattet som en styrke og gjorde at det var lettere å initiere og gjennomføre samtaler om døden.

Publisert: 4. november 2024
Utgave 13, 5. november 2024

Tidsskr Nor Legeforen 2024
Vol. 144.
doi: 10.4045/tidsskr.24.0093

Mottatt 15.2.2024, første
revisjon innsendt 3.7.2024,
godkjent 18.9.2024.

[Åpen tilgang CC-BY-ND](#)
Opphavsrett: Forfatter(ne)



PDF

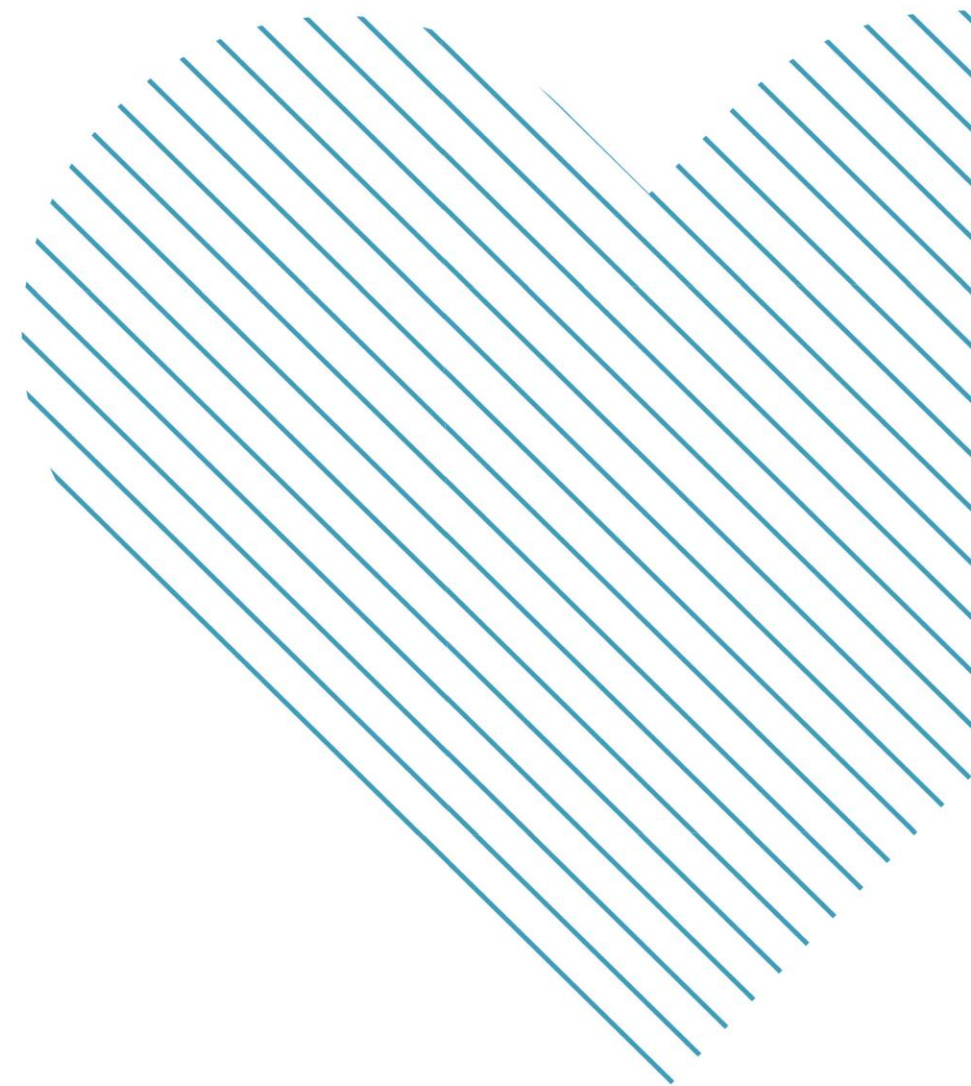


SKRIV UT



KOMMENTER ARTIKKEL

**Rundskriv om rammene for
helse- og omsorgstjenestens samarbeid
med frivilligheten**



Offentlig satsing på frivillighet på helse- og omsorgsfeltet – noen nyere eksempler



Høringsutkast: Rettslige rammer for samarbeidet

Høringsfrist: 15. oktober. Ca 50 hørings svar.

- Helse- og omsorgstjenesten må sikre at frivillige tilbud ligger utenfor det lovfestede sørge-for-ansvaret
- Helse- og omsorgstjenesten må sikre forsvarlighet og pasient- og brukersikkerhet
- Pasienter og brukere må ha mulighet til å bestemme selv
- Helsepersonell har taushetsplikt overfor frivillige
- Virksomheten bør utarbeide rutiner for samarbeid med frivillige



Høringsinnspill

Kompetansesentre og -tjenester

- Barns Beste
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU)
- Nasjonalt senter for aldring og helse
- Regionale kompetansesentre for lindrende behandling
- Verdighetssenteret

Stat og kommune

- Akershus universitetssykehus
- Haraldsplass Diakonale sykehus
- Diakonhjemmet sykehus
- Lovisenberg diakonale sykehus
- Sykehuset i Vestfold HF
- St. Olavs hospital
- Finnmarkssykehuset
- KS
- Alver kommune
- Asker kommune
- Bamble kommune
- Bergen kommune
- Halden kommune
- Hå kommune
- Porsgrunn kommune
- Stavanger kommune
- Trondheim kommune
- Ålesund kommune

Foreninger og organisasjoner

- Blå Kors
- Fagforbundet
- Kirkens Bymisjon
- Kreftforeningen
- LHL
- Pensjonistforbundet
- Røde Kors
- Samarbeidsrådet for tro- og livssynssamfunn
- Stiftelsen Diakonova Haraldsplass
- Studieforbundet Funkis
- Ønsketransporten
- Pårørendealliansen
- Norsk forbund for Utviklingshemmede
- Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Norske kvinners sanitetsforening
- Frivillighet Norge
- HLF Hørselshemmedes landsforbund
- FFO Viken
- Norges Frivillighetssentraler (NFS)
- Virke

Temaer som har fått flest innspill

- Frivillige organisasjoner versus enkeltpersoner
- Grenseoppgangen mot folkehelsearbeid
- Våketjenesten – mange innspill
- Bruk av felles arealer til arrangementer – mange innspill
- Frivillig alene med pasient eller ansatte i nærheten
- Taushetsplikt hos frivillige i sykehus
- Rutiner – en del innspill
- Innstramming av kommunens handlingsrom?

Temaer som er savnet i rundskrivet

- Omtale av likepersoner – et viktig frivillig tilbud/ stort omfang - tilbud innen rehabilitering og læring og mestring.
- Samarbeid med tros- og livssynsbetjener - prester, imamer, munker eller andre
- Frivillige i større grad avlaste pårørende
- Frivillige som er helsepersonell: taushetsplikt, dokumentasjon.

Plan for håndtering av hørings svar

- Interne drøftinger i Hdir, tema for tema
- Dialogmøter med enkelte høringsinstanser om enkelte tema; ex våketjeneste, taushetsplikt overfor frivillige i sykehus
- Skriveprosess
- Publisering i 2025



**Takk for oppmerksomheten,
ta gjerne kontakt**

Therese Opsahl Holte

thh@helsedir.no

Mobil: 92097566

