



Asker
kommune

NOU 2017-16: På liv og død

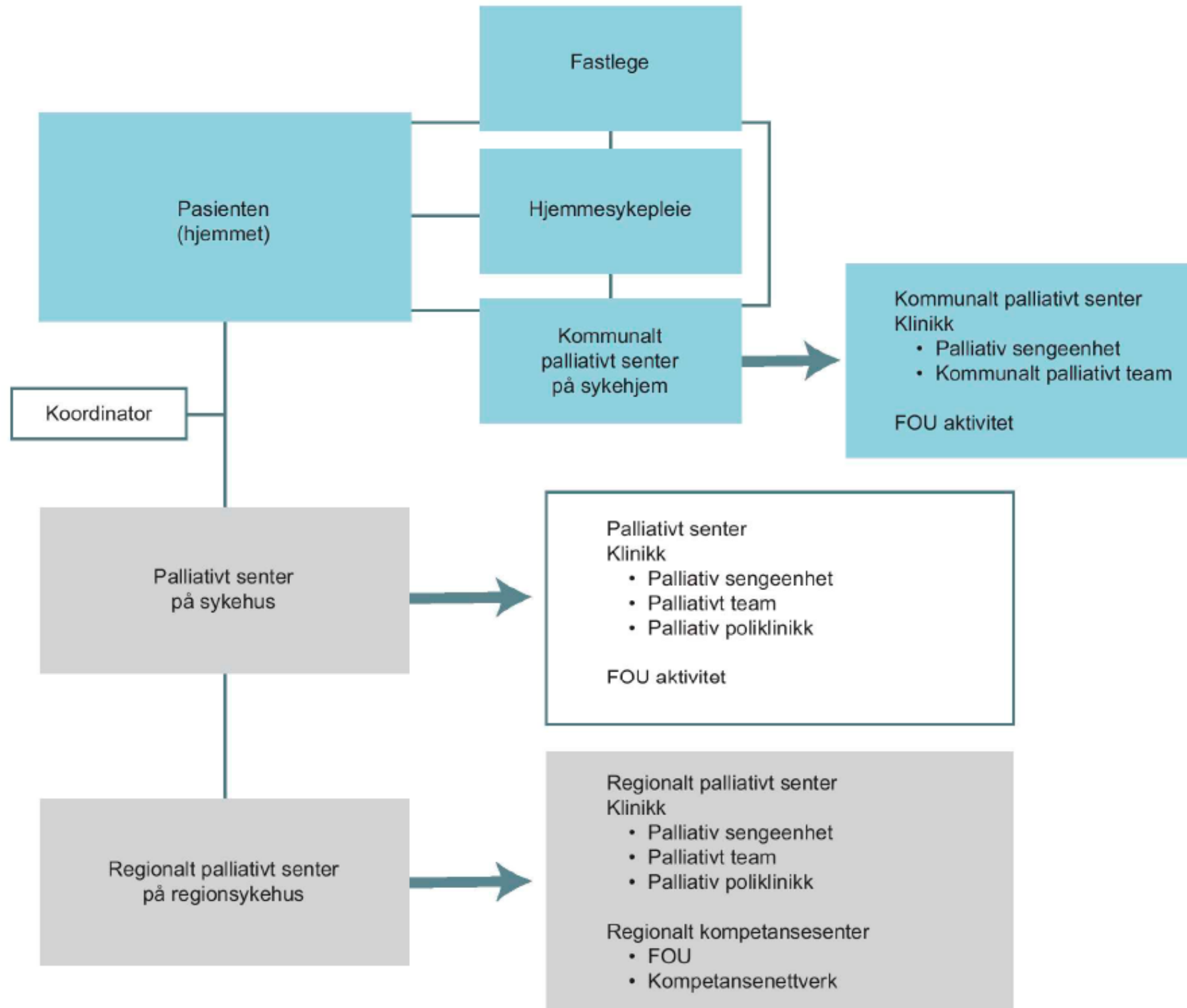
En kort sammendrag





Sentrale målsettinger for palliasjon

1. Tidlig integrasjon av palliasjon i de pasienttilpassede forløpene
2. Pasienttilpassede forløp utvikles mellom helsetjenesten og pasienten
3. Palliasjon til alle relevante pasientgrupper
4. Mye hjemmetid – hjemmedød til de som ønsker det
5. Et tilbud basert på tverrfaglig kompetanse
6. Forskning, utvikling (FOU) og kompetanse





Organisering i kommunen

- *Pleie- og omsorgstjenesten:* Skal ha samarbeid med et kommunalt palliativt senter
- *Palliativ sengeenhet i sykehjem:* Fast tilknyttet lege som er spesialist i palliativ medisin og sykepleiere med relevant videreutdanning
- *Sykehjem uten palliativ enhet:* Ansatte skal beherske grunnleggende palliasjon, ha kvalitetssikrede prosedyrer for smerte- og symptomlindring og pleie ved livets slutt
- *Hjemmesykepleien:* Ansatte skal beherske grunnleggende palliasjon. Minst en sykepleier i sykehjem og i hjemmesykepleien i hver kommune/sone bør delta i nettverket av ressurspsykepleiere.



Organisering i kommunen

Regionale nettverk: Minst en sykepleier i hver kommune bør være med i nettverket av ressurspsykepleiere

Kommunalt palliativ senter på sykehjem

- Palliativ sengeenhet
- Kommunalt palliativt team
 - o Konsultativt innad i kommunen
 - o Ambulant til hjemmet/andre sykehjem

FOU aktivitet



Fastlegene

Fastlegene bør kobles på de palliative pasienttilpassede forløpene

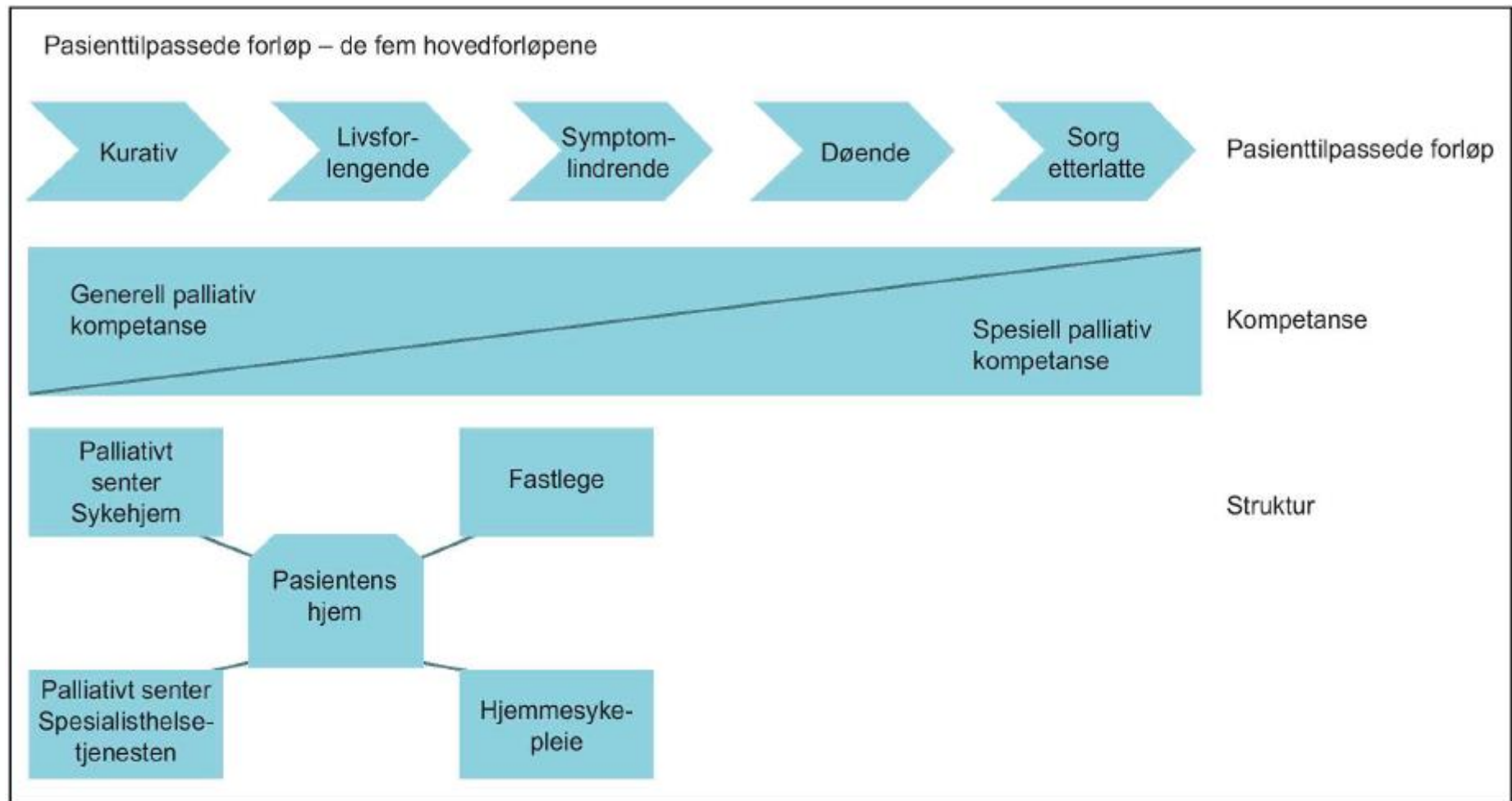
- har det medisinske ansvaret for hjemmeboende pasienter
- har fulgt pasienter og familier over lang tid og
- har en relasjon og en bakgrunnskunnskap om familien som annet helsepersonell ikke har

Dette kan gjøres for eksempel gjennom prosjekter der ambulerende palliative team gjør hjemmebesøk hos pasienter sammen med fastlegen



Kompetansekrav palliativ senter og team

- Fast lege på full tid som er spesialist i palliativ medisin
- Sykepleier med relevant videreutdanning
- Palliativ team bør i tillegg fast tilknytte
 - Fysioterapeut
 - Prest
 - Sosionom
 - Klinisk ernæringsfysiolog
 - Ergoterapeut
 - Psykolog



Figur 9.4 Pasienttilpassede forløp



Boks 9.11 Noen av de vanligste pasientgrupper utenom kreft hvor palliasjon bør integreres i behandling, pleie og omsorg

Palliasjon er mest integrert innen kreftområdet, men må også utvikles og integreres for følgende pasientgrupper.

- Pasienter med kroniske hjerte-, lunge- og nyresykdommer
- Pasienter med kroniske neurologiske sykdommer, multippel sklerose (MS), amyotrofisk lateralsklerose (ALS) og Parkinsons sykdom
- Pasienter med demens
- Barn og unge med livstruende eller livsbegrensende tilstander



Hvor dør folk?

- Hjemmedød: under 14–15 pst. på landsbasis, 7 pst. i Oslo
- Andelen som dør på sykehus har gått kraftig ned, fra rundt 48 prosent i 1986 til vel 31 prosent i 2015.
- Andelen som dør på sykehjem økt fra omtrent 27 prosent til over 48 prosent.



Boks 9.12 Mye hjemmetid – hjemmedød for de som ønsker det

- Pasient og pårørende må ønske å være hjemme
- Alle aktuelle tjenester må involveres; Fastlege, kreftkoordinator, hjemmesykepleie, palliativt team, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, prest og/eller andre ressurser som kan bistå pasient og pårørende
- Det må utarbeides en plan som bygger på god planlegging og tilrettelegging av hjemmesituasjonen og som beskriver tiltak ved mulige scenarier. Fleksible og individuelle løsninger
- Det må være tilgang på helsehjelp 24/7. Viktige kontakter og telefonnummer, både på dagtid og om natten, må beskrives i en oversikt
Både grunnleggende og spesialisert kompetanse må være tilgjengelig
- Hjelpemidler og teknisk utstyr må være på plass

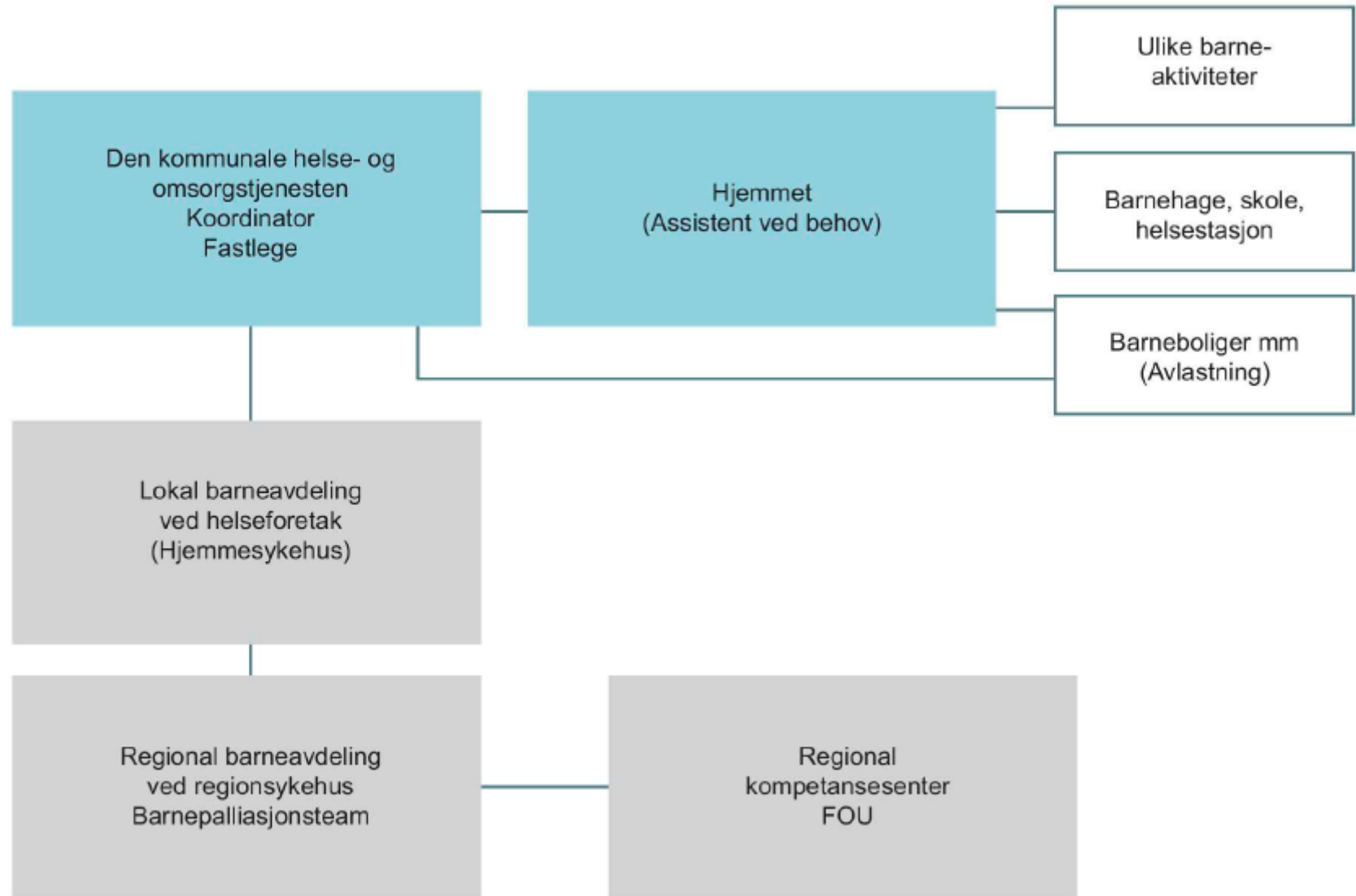


Frivillighet

Avlastning for pårørende, som for eksempel i form av våketjeneste og bidrag fra frivillige, innlemmes i den enkelte pasients tilpassede forløp

Tilbudene bør være kjent og forutsigbare som en del av det kommunale palliative tilbudet

Pasienter uten pårørende vil trenge tettere oppfølging både av tjenestene og av frivillige



Figur 9.12 Organisering av barnepalliasjon i framtiden



Tiltak i kommunen

- > Det skal være samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus om felles utvikling og bruk av pasienttilpassede forløp innen palliasjon
- > Det etableres kommunale palliative sentre i de største kommunene og som interkommunale sentre i mindre kommuner.
- > Pasienter skal delta i utarbeidelse av pasienttilpassede forløp, blant annet gjennom bruk av forhåndssamtaler (metodikk utvikles nasjonalt)
- > Pårørende:
 - Verktøy for å avklare behov skal implementeres i de pasienttilpassede forløpene.
 - Pleiepengeordningen utvides slik at voksne kan beholde dem under innleggelse av pasient i sykehus.



Tiltak forts

- > Det utvikles retningslinjer for å fremme frivillig innsats og samarbeid mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og frivillige på palliasjonsfeltet.
- > Det utarbeides en nasjonal mal for palliativt pasientforløp som omfatter både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.