



Innst. 150 S

(2009–2010)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:11 S (2009–2010)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dávøy, Dagfinn Høybråten og Hans Olav Syversen om plan for livshjelp

Til Stortinget

Sammendrag

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp med følgende innhold:

1. Investering og drift for flere enheter for lindrende behandling i sykehusene.
2. Minst 600 nye kommunale plasser for lindrende behandling de neste fire årene, og tilskudd til drift av disse.
3. Fjerne stykkprisfinansiering for døende pasienter i sykehus, og dermed fullfinansiering over rammebevilgningene til de regionale helseforetakene.
4. Opprettelse av ambulante team for lindrende behandling som dekker alle kommuner.
5. Kompetanseheving av helsepersonell.»

Forslagsstillerne framholder at hospicebevegelsen har vært pionerer for en helhetlig behandling av pasienter som er i livets siste fase, og viser videre til at det de siste årene har blitt etablert avdelinger for lindrende behandling både på sykehusene og i kommunene.

Forslagsstillerne mener at kjernen i lindrende behandling er at menneskelivet er meningsfullt, og at når alvorlig sykdom og lidelse truer, kan pasienten gis tilbake både livskvalitet og opplevelse av mening

med den rette kompetente og barmhjertige behandlingen.

Det påpekes at det i dag er mange som ikke får den livshjelpen de trenger, at enheter for lindrende behandling må avvise søkere, og at helsepersonell ikke alltid har den kunnskapen som er nødvendig i møte med døende.

Forslagsstillerne mener det er behov for å utvide kapasitet og kompetanse innen lindrende behandling, og at tilbudet om livshjelp til døende mennesker må styrkes på alle steder i helse- og omsorgstjenesten der mennesker i livets siste fase og deres pårørende er.

Forslagsstillerne mener at en del av rammeoverføringene til de regionale helseforetakene må være forbeholdt opprettelse og drift av flere enheter for lindrende behandling/hospice, og at stykkprisfinansiering av denne type helsetjeneste bør fjernes.

Det understrekes at det må legges til rette for at flere kan dø hjemme eller nær hjemmet, og at det derfor må etableres flere enheter for lindrende behandling og omsorg i nærheten av der den enkelte bor.

Forslagsstillerne mener det må stimuleres til opprettelse av ambulante team for lindrende behandling enten i den enkelte kommune eller som interkommunalt samarbeid mellom små kommuner.

Behov for å styrke forskningsinnsatsen og for kompetanseheving i hele helse- og omsorgstjenesten understrekes, og etisk kompetanseheving framheves spesielt.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Tore Hagebakken, Are Helseth, Tove Karoline Knutsen, Sonja Mandt og Wenche Olsen, fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger

Gåsvatn, Kari Kjønås Kjos og Per Arne Olsen, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Geir-Ketil Hansen, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Laila Dávøy, viser til at for 100 år siden døde de fleste i sine hjem, mens det i dag er 10–15 prosent som dør hjemme, 40 prosent dør på sykehus og 40 prosent dør på sykehjem. Antallet som dør på sykehjem, er økende. Over 80 prosent av alle som dør, er over 65 år, og den gjennomsnittlige levealder nærmer seg 85 år. Komiteen vil understreke at denne kulturelle utviklingen med sterkt økende institusjonalisering av døden har ført til at mange i dag har liten eller ingen erfaring med død og sorg i eget liv med unntak av overfor «de gamle» som det på et vis oppleves naturlig å regne med kommer til å dø. Komiteen vil understreke at dette faktum stiller særlige krav til medisinsk faglig personells kunnskap og formidlingsevne i møte med alvorlig syke og døende pasienter samt deres pårørende.

Komiteen viser til at regjeringen i 1998 nedsatte Livshjelpsutvalget som hadde som mandat å legge frem en helhetlig plan for behandling og pleie- og omsorgstilbud til dem som har en uheldelig sykdom, og dem som er døende. Utvalget la i 1999 frem sin innstilling gjennom NOU 1999:2 Livshjelp, og denne innstillingen ble blant annet en del av St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdier for den norske helsetjenesten.

Komiteen viser til at Fransiskushjelpen i denne forbindelse skisserte rammeforutsetningene for det videre arbeid slik:

«Døden er en naturlig del av vår tilværelse. Den avsluttende fase bør, under forutsetning av at forholdene ellers er tilfredsstillende, så vidt mulig være en naturlig videreføring av ens vanlige liv. De ressurser som settes inn må sees på denne bakgrunn, slik at pasienten ikke fjernes fra de vanlige rutiner og rammer eller man avstreifer dødens realitet for de nærmeste og vanskeliggjør en naturlig sorgutvikling.»

Komiteen viser til at moderne medisin kan behandle akutte hendelser ved en rekke sykdommer, men hindrer ikke alvorlige helseplager ved langt-kommet sykdom. Manglende opplevelse av livskvalitet kan i stor grad redusere verdien av den oppnådde livsforlengelsen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det er en viktig sak forslagsstillerne tar opp. Flertallet støtter intensjonene med å bygge videre ut i kommunene og ser at palliative plasser i kommunehelsetjenesten bør bli en viktig del av samhandlingsreformen. Flertallet

er opptatt av at det skal gis faglig god omsorg ved livets slutt, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Flertallet foreslår at representantforslaget vedlegges protokollen.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til Kristelig Folkepartis alternative budsjett for 2010, der det ble foreslått en satsing i tråd med forslaget til plan for livshjelp på over 100 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at forslagsstillerne bruker begrepet «livshjelp» om behandling, pleie og omsorg for uheldelig syke og døende. Disse medlemmer viser til at en slik begrepsbruk kan være både uheldig, uforståelig og faktisk misvisende når det dreier seg om behandling og omsorg for døende. Enkelte fagfolk bruker begrepet dødspleie, som er direkte oversatt fra det engelske «care of the dying». Dødspleien har fire mål: god palliativ behandling som lindrer alle plager, god sykepleie, god menneskelig omsorg for pasient og pårørende og god sjelelig omsorg for pasient og pårørende. Disse medlemmer er derfor av den oppfatning at begrepet «dødspleie» er mer dekkende enn ordet «livshjelp» når det er snakk om et helhetlig pleie- og omsorgstilbud til alvorlig syke og døende personer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, vil vise til NOU 1999:2 der begrepet «livshjelp» beskrives:

«Med livshjelp menes at det enkelte menneske skal bli møtt med så god behandling, pleie og omsorg at livet kan oppleves meningsfullt og verdifullt til tross for begrenset levetid og store endringer i funksjonsdyktighet. (...) Angst, depresjon, fysiske plager, følelsen av å være overflødig og til byrde for andre kan bli så overveldende at håpløsheten kan ta overhånd og føre til at pasienten ønsker hjelp til å avslutte livet. (...) Et samlet tilbud fra helsevesenet spesielt og samfunnet generelt vil være den beste livshjelp for et alvorlig sykt menneske. Livshjelp er å betrakte som motstykke til aktiv dødshjelp. Livshjelp er å lytte til ønsket om hjelp til å avslutte livet, akseptere at det finnes, finne ut bakgrunnen for det, bli hos pasienten midt i det vanskelige og søke å skape håp i det mørke.»

Palliativ behandling

Komiteen viser til at WHO i 1990 definerte palliativ behandling som «den aktive totale behandlingen av pasienter hvis sykdom ikke kan kureres». I den senere tid har WHO utdypet at palliativ behandling er «en tilnærming som øker livskvaliteten for pasienter og deres familier som møter problemene assosiert med livstruende sykdom». Komiteen viser videre til at Helsedirektoratet i 2009 gav ut en nasjonal veileder om «Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende».

Komiteen viser til at palliativ behandling tar sikte på å gi pasienten og de pårørende best mulig livskvalitet i pasientens siste levetid, og at dette kan oppnås gjennom forebygging og lindring av fysiske symptomer, sammen med informasjon, samtaler og tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer.

Komiteen vil understreke at det er utfordrende å gi helsehjelp til pasienter med dårlig prognose. Så langt det er mulig, er det ønskelig å benytte medisinske tiltak for å oppnå bedring, men det kan også være betenkelig å overbehandle en pasient som bare har dager eller uker igjen å leve. Komiteen er av den oppfatning at livsforlengende behandling vil være alternativet der helbredende behandling ikke er mulig. Komiteen vil understreke at disse pasientene har behov for mer eller mindre kontinuerlig oppfølging, og helsehjelpen må derfor være tilgjengelig uansett hvor pasienten befinner seg.

Smerte – smertefrihet

Komiteen viser til at palliativ behandling tar særlig sikte på å redusere smerte. Komiteen viser til at smerte er noe det enkelte individ opplever, og at denne opplevelsen er privat og unik for hver enkelt av oss. Komiteen viser videre til at økt angst og uro knyttet til helse hører til de sterkeste følelsene mennesker opplever.

Komiteen vil understreke at en person har krav på å bli møtt ut ifra et helhetlig menneskesyn, og at det i en slik forståelse ikke kan skilles mellom «fysisk smerte» og «psykisk smerte» eller «organisk» og «funksjonell» smerte. Det vil etter komiteens oppfatning kun være en samlet vurdering av smertens ulike dimensjoner som skaper grunnlag for en meningsfull behandling. Komiteen vil også vise til at smertefrihet for de fleste betyr psykisk og fysisk velvære, med frihet fra sykdom, alvorlig bekymring eller skade.

Komiteen viser at den kulturen en person lever innenfor, også har stor betydning for smerteopplevelsen, noe som blant annet kommer til syne i PainSTORY – smertestudien som følger opp pasienter med smerter i 13 europeiske land.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, vil understreke at moderne medisin og omsorg har utviklet behandlingstiltak for å lindre smerte. Med den riktige avanserte og skreddersydde behandlingen skal ingen i Norge i dag behøve å måtte dø i uutholdelig lidelse. Høyt kompetente helsearbeidere innen lindrende behandling evner å se hele mennesket.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at det er en god del pasienter som opplever at smertelindringen ikke lenger har effekt. I mange av disse tilfellene benyttes smertestillende medikamenter i så store doser at de som «uønsket bivirkning» fører til at dødsøyeblikket fremskyndes. Dette regnes i dag som forsvarlig medisinsk behandling.

Verdighet og selvbestemmelsesrett

Komiteen vil fremholde at respekt for pasientens autonomi tilsier at all medisinsk behandling forutsetter et gyldig samtykke, og at pasienten har rett til å vite og rett til å delta i beslutninger som angår egen helse og eget liv. Autonomiprinsippet tilsier at pasienter kan motsette seg medisinsk behandling dersom de er samtykkekompetente og er fri fra utilbørlig press fra omgivelsene.

Komiteen vil understreke at det at pasientens autonomi respekteres, selvfølgelig ikke betyr at pasienten eller pårørende kan kreve faglig uforsvarlig eller nytteløs behandling. Ved konflikt og uenighet bør noen utenfor behandlingsteamet konsulteres, for eksempel kan annen medisinsk faglig ekspertise gi en fornyet vurdering (second opinion). Denne muligheten skal pasient/pårørende etter komiteens oppfatning informeres om.

Komiteen vet at respekten for livet utfordres i spørsmål knyttet til avslutningen av livsforlengende og symptomforebyggende behandling. Komiteen understreker at menneskeverdet er knyttet til eksistens, ikke til funksjon eller egenskaper. Komiteen mener at grunnsynet om menneskets ukrenkelighet går på tvers av livssyn og moraloppfatninger, noe som innebærer at alle har samme krav på å få bekreftet sitt verd og bli møtt med respekt i alle livets faser. Komiteen er av den oppfatning at det å vedlikeholde nytteløs, livsforlengende behandling som forlenger en lidelsesfull dødsprosess, kan krenke menneskers verdighet. Komiteen vil understreke at respekten for livet inkluderer respekt for en verdig død når døden forstås som en naturlig del av livet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet,

Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, oppfatter at de fleste mennesker vil mene at en minimumsforutsetning for en akseptabel livskvalitet er at man har en viss evne til å oppleve egen og andres eksistens, uttrykt ved kontakt og samhandling, og at uholdbar smerte eller lidelse kan lindres. Flertallet mener at hva som er akseptabel livskvalitet, må vurderes ut fra pasientens uttrykte eller antatte syn. Flertallet vil derfor understreke viktigheten av at en pasient som ikke ønsker livsforlengende behandling, skal få ønsket respektert selv om behandlingen kunne hatt effekt. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, bør et gyldig livstestament respekteres.

Flertallet viser til at det ikke å sette inn eller avslutte livsforlengende behandling hos en alvorlig syk pasient, fører til at pasienten dør av sin grunnlidelse, mens aktiv dødshjelp og hjelp til selvmord forkorter livet, oftest ved hjelp av medikamenter. Videre viser flertallet til at etiske regler for leger og sykepleiere vektlegger respekt for pasientens selvbestemmelsesrett ved livets slutt, men de tar avstand fra aktiv dødshjelp og hjelp til selvmord. I disse reglene presiseres det at ikke å sette i gang eller å avslutte hensiktsløs behandling, ikke er å regne som aktiv dødshjelp. Dette er i tråd med viktige etiske føringer i de øvrige nordiske landene, så vel som deklarasjoner vedtatt i Verdens legeforening (World Medical Association).

Hospice

Komiteen viser til at hospice er et gammelt begrep som betyr herberge, og at det allerede ble benyttet på 1200-tallet knyttet til klostrene. Det første hospice i moderne tid ble etablert London i 1967 etter langvarig initiativ fra Dame Cicely Saunders. Komiteen viser videre til at et hospice har som oppgave å sørge for at døende mennesker gis en verdig og trygg avskjed med livet, i rolige omgivelser, med omsorgsfull og god pleie. Dette er en form for palliativ behandling som både kan omfatte medisinsk smertelindring, psykisk oppfølging og helhetlig omsorg. Komiteen påpeker at alvorlig sykdom, død og sorg kan oppleves som en personlig trussel som setter ens selvbilde i fare. Angst, frykt, hjelpeløshet, fortvilelse og sinne er normale følelser i en slik situasjon. Komiteen vil imidlertid understreke at det å møte døden ikke trenger å være vondt og smertefullt for et menneske. For noen kan døden være en befrielse som imøteses med lettelse og ro.

Komiteen viser til at det i dag eksisterer hospice og hospice-lignende tilbud i Norge, men i begrenset omfang.

Komiteen viser til at lindrende behandling utføres ved kliniske sykehusavdelinger og i primærhelsetjenesten i kommunene. Komiteen viser videre til

at rundt 95 prosent av pasientene på palliative enheter på sykehus i dag utgjøres av kreftpasienter, og at kreftpasienter også er den største gruppen blant palliative pasienter i primærhelsetjenesten. Komiteen mener det er viktig å sette fokus også på andre grupper alvorlig syke og døende, som grupper av hjerte/lungesyke, pasienter med progredierende nevrologiske sykdommer, aids-syke og barn med alvorlige misdannelser som gir begrensede leveutsikter.

Komiteen vil understreke at vi i de senere år har fått en trinnvis utvikling av det palliative tilbudet på alle nivåer i helsetjenesten her i landet. Selv om man gjennom palliativ medisin og i tråd med hospice-ideologien gir smertelindring og god tverrfaglig omsorg ved livets slutt til noen, så er det fortsatt 95 prosent av de døende i heldøgns pleie- og omsorgsinstitusjoner som ikke får et slikt tilbud. Komiteen vil påpeke at mange døende eldre ikke får tilstrekkelig lindrende behandling i livets siste fase. Med den demografiske utviklingen med flere eldre i årene fremover er det et stort behov for å øke satsingen på hjelp til alvorlig syke og døende.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til Innst. S. nr. 224 (2008–2009) om etablering av hospice og de merknader som fremkommer der.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet viser til Representantforslag 37 (2008–2009) fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun, Jan Henrik Fredriksen, Kari Kjønås Kjos og Ib Thomsen om etablering av hospice. I forslaget ble det tatt til orde for å opprette en statlig finansieringsordning for etablering og drift av hospice i Norge, og det ble vist til gode erfaringer fra blant annet Danmark. Disse medlemmer beklauger at stortingsflertallet gikk imot dette forslaget.

Barn

Komiteen viser til at WHO har en egen definisjon av palliativ behandling for barn.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti er av den oppfatning at det i Norge har vært altfor lite fokus på palliativ behandling for barn, ut over enkelte lokale tilbud til noen få barn med kreft. Barn som lider av en uheldelig sykdom, eller som lever i et komplekst og sammensatt sykdomsbilde, og deres familie, har ikke vært noen prioritert gruppe ved etablering av palliative tilbud.

Komiteen viser til at medisinsk fødselsregister (MFR) ble opprettet i 1967 etter den verdensomspen-

nende thalidomidekatastrofen der 10 000 barn ble født med alvorlige misdannelser. Medisinsk fødselsregister har en statistikk over hvor mange barn som fødtes med alvorlige misdannelser som forkorter liv og har alvorlig sykdomsbilde. Komiteen viser til at statistikk for 2007 viser at 1 884 barn ble født med alvorlige misdannelser som gav begrenset levetid og forkortet levetid.

Komiteen viser til at organisasjonen «Ja til lindrende enhet og omsorg for barn» har satt fokus på behovet for økt fagkunnskap om faget palliasjon og palliativ behandling av barn. Organisasjonen har fått utarbeidet en statistikk fra Statistisk sentralbyrå som viser at det årlig dør over 350 barn med alvorlig sykdom her i landet, og at 46 prosent av disse dør i hjemmet uten noe profesjonelt nettverk rundt seg og familien.

Komiteen understreker at alvorlig syke og døende barn skal tilbys helhetlig behandling som tar for seg kroppslige, sjelelige og åndelige behov. Barnet skal behandles med verdighet og respekt, og det skal ha mulighet til å bli skjermet og ha et privatliv, uansett barnets psykologiske, mentale eller intellektuelle tilstand. Komiteen påpeker at foreldrene skal betraktes som barnets primære omsorgsgivere, og de skal være involvert i alle beslutninger som omhandler eget barn. Foreldre har rett til å samtykke og nekte på vegne av barnet med de begrensninger som ligger i lovverket om faglig forsvarlighet og hensynet til barnets beste. Komiteen viser også til at barnet skal være med på beslutninger i den grad det er naturlig ut ifra barnets alder og modenhet.

Komiteen viser til spørsmål fra representanten Erna Solberg til helse- og omsorgsministeren i spørretimen 10. februar 2010 om hva som kan gjøres for å styrke tilbudet om lindrende behandling og omsorg for barn og deres familier. Komiteen mener det er positivt at statsråden vil vurdere behovet for egne retningslinjer og veiledere for tilbudet om lindrende behandling til barn, og ber om at Stortinget orienteres om arbeidet på egnet måte.

Finansiering av palliativ behandling i spesialisthelsetjenesten

Komiteen viser til at helsemyndighetene i 2003 opprettet DRG-refusjon for palliativ behandling. Dette avløste en fordeling av øremerkede midler etter søknad. Komiteen understreker at det å lage en ordning innenfor rammen av innsattsstyrt finansiering skulle bidra til et mer forutsigbart system for palliativ behandling i sykehus. For å sikre et kvalitativt godt tilbud ble det fra 2004 satt som betingelse at sykehuset hadde opprettet et eget, organisert palliativt tilbud. I 2006 ble det opprettet en ny kode knyttet til DRG-refusjonen, «behandling ved palliativt sen-

ter». Komiteen viser til at følgende krav ble skissert for at koden skulle benyttes:

«Det skal foreligge et spesifikt, organisert palliativt tilbud i form av et palliativt senter. For å kunne utløse tilleggsrefusjon skal det palliative senteret ha et behandlingsopplegg for pasienten. Behandlingsopplegget skal være beskrevet i pasientens journal. Det palliative senteret skal inneholde et palliativt team, eventuelt en palliativt enhet.»

Komiteen viser til at dagens finansieringssystem virker slik at staten overfører penger til de regionale helseforetak, som har et selvstendig ansvar for å benytte disse midlene til å finansiere egne helseforetak og private virksomheter i samsvar med «sørge for»-ansvaret. Komiteen viser til at innsattsstyrt finansiering (ISF) sammen med basisfinansiering skal kunne gjenspeile virksomhetenes kostnadsnivå knyttet til de ulike behandlingstilbud. Komiteen har merket seg at innføringen av en palliativ tilleggstakst i 2004 har gitt positive effekter, men at taksten, sammen med basisfinansiering, ikke fullt ut kompensere de ekstra kostnader en palliativt enhet har med hensyn til personell- og ressursbehov. Komiteen har videre merket seg at taksten ikke skiller mellom behandling på palliativt enhet og oppfølging av palliativt team i ordinær sykehusavdeling, noe som kan føre til at foretakene prioriterer å beholde palliative pasienter i travle sykehusavdelinger der ekstra liggetid eller enerom for å behandle kompliserte plager ikke er mulig. Komiteen vil peke på at forslagsstillerne hevder at «sykehusene mottar stykkpris for hvert døgn en pasient mottar lindrende behandling», noe som dessverre er feil.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre understreker at kvaliteten på tilbudet, den tverrfaglige tilnærmingen, kombinasjonen av spesialistbehandling på sykehus og i hjemmet gjennom ambulante team, utrykning, telefonkonsultasjon og rådgivning tilsier at det er behov for innsattsstyrt finansiering på dette området som i langt større grad gir kompensasjon for den innsatsen som ytes. Disse medlemmer vil understreke at takstsystemet må innrettes slik at alvorlig syke og døende får en helhetlig og verdig behandling selv om dødsfasen trekker ut i langdrag, og selv om de skulle få sitt behandlingstilbud på en ordinær sykehusavdeling, eventuelt i kombinasjon med hjemmetid. Disse medlemmer ser ikke at ren rammefinansiering vil kunne bidra til dette og støtter derfor ikke forslaget om å legge finansiering av tilbud for døende pasienter i sin helhet inn i de regionale helseforetakenes rammebevilgninger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstre-

parti og Senterpartiet, ser at det kan være utfordringer rundt finansieringen av palliativ behandling ved spesialisthelsetjenesten i dag, og ber departementet gå igjennom finansieringsordningen for slik behandling.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at sykehusene i dag mottar 40 prosent ISF for lindrende behandling; de resterende 60 prosent dekkes av basisbevilgningen. Hvis dødsprosessen trekker i langdrag, vil sykehusene derfor tære på basisbevilgningen. Dagens ordning kan derfor sies å premiere kort dødsleie, noe disse medlemmer mener er etisk betenkelig. Disse medlemmer vil vise til Fremskrittspartiets alternative statsbudsjett for 2010, hvor finansieringsnøkkelen for den innsatsstyrte finansieringen settes til 60 prosent og basisfinansieringen til 40 prosent. Disse medlemmer mener et slikt tiltak vil føre til en langt bedre økonomisk kompensasjon for den lindrende behandlingen, samt at det på generelt grunnlag vil føre til økt pasientbehandling.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener det er mulig å sikre prioritering av livshjelp i spesialisthelsetjenesten blant annet gjennom øremerking av midler. Dette medlem støtter likevel forslaget om at regjeringen gjennomgår finansieringsordningen for lindrende behandling for å sikre et helhetlig tilbud.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen gjennomgå finansieringsordningen for lindrende behandling slik at det blir mer samsvar mellom de reelle kostnadene og kompensasjonen forbundet med det å gi et helhetlig palliativt tilbud til alvorlig syke og døende pasienter, slik at finansieringen stimulerer til nødvendig samhandling både innad på samme nivå og mellom de ulike linjetjenestene.»

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fjerne stykkprisfinansiering for døende pasienter i sykehus og dermed sikre fullfinansiering over rammebevilgningene til de regionale helseforetakene.»

Flere enheter for lindrende behandling på sykehusene

Komiteen viser til at det i dag er regionale kompetansesentre for lindrende behandling i alle hel-

seregioner. Det er palliativt team og palliative enheter på universitetssykehus i alle regioner. Komiteen viser videre til at alle helseforetak unntatt ett har et palliativt team. 16 sykehus har en palliativ sengeenhet med til sammen 81 senger på landsbasis. Komiteen understreker at i forhold til de store antall alvorlig syke og døende pasienter som sykehusene behandler, er antallet palliative sykehussenger svært lavt. Komiteen vil understreke at enheter for lindrende behandling aldri vil kunne ivareta alle døende. Etter komiteens oppfatning skal disse enhetene ivareta kompetansearbeidet og stå for kompetanseoverføring til andre avdelinger og miljøer.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti støtter derfor forslagsstillernes punkt 1 og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for investering og drift for flere enheter for lindrende behandling i sykehusene.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Fremskrittspartiets alternative forslag til statsbudsjett for 2010, hvor det ble bevilget 3 mrd. kroner mer til styrking av helseforetakene, samt partiets forslag om endret finansiering, noe som ville gitt sykehusene en langt bedre mulighet til å etablere enheter for lindrende behandling.

Minst 600 nye kommunale plasser de neste fire årene

Komiteen deler forslagsstillernes oppfatning om at det må legges til rette for at flere døende kan få være hjemme eller i nærheten av hjemmet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil understreke at det er viktig å erkjenne at de færreste kan fullføre dødsprosessen hjemme, da de sosiale og familiære forhold vil være helt avgjørende.

Komiteen er opptatt av at veksling mellom hjemmetid og institusjonstid kan videreutvikles med styrket samhandling mellom helsepersonell på tvers av nivåer og enheter.

Komiteen viser videre til at komiteen under behandling av Representantforslag 37 (2008–2009) fra stortingsrepresentantene Harald T. Nesvik, Vigdis Giltun, Jan Henrik Fredriksen, Kari Kjønås Kjos og Ib Thomsen om etablering av hospice gjennom Innst. S. nr. 224 (2008–2009), innstilte på å be regjeringen sørge for at det blir etablert en finansieringsordning som ivaretar kostnadene ved palliative enheter i

sykehjem, men at dette ble nedstemt av flertallet i Stortinget.

Komiteen viser til at faglige beregninger tilsier at behovet for palliative senger i kommunal regi skal være ca. 1 seng per 6 000–7 000 innbyggere. Dette tilsvarer om lag 800 senger i Norge. Komiteen registrerer at det i dag finnes rundt 200 palliative sykehjemssenger.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti støtter derfor forslagsstillernes punkt 2 og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres minst. 600 nye kommunale plasser for lindrende behandling de neste fire årene, og at det gis tilskudd til drift av disse.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, ønsker å vise til at omsorgsplan 2015 har flere tiltak for å styrke tjenestetilbudet til brukere av omsorgstjenesten, herunder mennesker i livets siste fase.

Flertallet vil videre peke på tilskuddsordning til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt som har som formål å styrke tilbudet i institusjoner utenfor sykehus. Tilskuddet går til tiltak i kommunehelsetjenesten og enkelte tiltak i regi av private/ideelle organisasjoner. Videre har tilskuddet til kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt blitt samlet under samme post som tilskudd til undervisningssykehjem og undervisningshjemmetjenester. Tiltakene skal ses i sammenheng med nasjonal kreftstrategi, hvor kompetanse og kapasitet til å følge opp pasienter i den kommunale tjenesten står sentralt, og de må ses i sammenheng med aktiviteten i undervisningssykehjemmene.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet viser til partiets alternative statsbudsjett for 2010 der det bevilges 50 mill. kroner til etablering av hospice-plasser, samt partiets satsing på økt bygging av sykehjemsplasser som ville gitt 3 500 flere plasser. Disse medlemmer er av den oppfatning at private og offentlige tilbydere av plasser for lindrende behandling må likestilles. Det er etter disse medlemmers oppfatning av underordnet betydning hvem som står for driften, så lenge det offentlige definerer kvalitet og omfang på tjenesten og likebehandler private og offentlige institusjoner med hensyn til finansiering.

Opprettelse av ambulante team

Komiteen viser til at det i Oslo kommune er organisert en kommunal palliativ hjemmesykepleie (Fransiskushjelpen) som samarbeider med spesialisthelsetjenesten, men at det ut over det ikke er noen kommuner som har etablert ambulante team for lindrende behandling. Det finnes riktignok kommuner som har hatt prosjekter med ambulante team for alvorlig syke og døende, men dette har ikke resultert i etablering av slike team. Komiteen mener det er behov for å se nærmere på hva som er til hinder for at slike team ikke blir etablert. Komiteen mener det må stimuleres til etablering av ambulante team enten med utgangspunkt i helseforetakenes palliative team eller gjennom kommunale eller interkommunale team, som kan bidra til å gi pasienter en omsorgsfull, meningsfull og verdig livsavslutning, enten det skjer i hjemmet, på sykehjem eller i egne enheter i kommunen for lindrende behandling. Komiteen vil fremholde at ambulante team kan bidra til å gi personale og pasienter bedre informasjon om smertelindring, skaffe tilgang til ulik ekspertise og bidra til å gi følelsesmessig og åndelig hjelp til pasienter og pårørende. Komiteen mener ambulante team i stor grad kan bidra til å sikre at pasienter får en verdig død både i sine hjem og i institusjoner med heldøgns pleie og omsorg.

Komiteen vil understreke at et ambulante team må ha den nødvendige kompetanse. Det er naturlig at sykepleier og lege med nødvendig kompetanse knyttes til et ambulante team. Komiteen vil understreke at et ambulante team ikke skal ta over behandlingsansvaret for pasienten, men at dette fortsatt bør ligge hos fastlegen for hjemmeboende og hos tilsynslegen når det gjelder sykehjempasienter. Komiteen vil også vise til at det er mange praktiske spørsmål som dukker opp for pasient og pårørende når det dreier seg om f.eks familieforsørgere som er døende. Det er derfor naturlig at et ambulante team kan knytte kontakt med sosionom gjennom det offentlige tjenesteapparat. Komiteen viser også til at ambulante team må kunne være behjelpelig når det er behov for kontakt med blant annet fysioterapeut, ernæringsfysiolog, ergoterapeut og psykolog.

Komiteen vil også peke på de utfordringer det medisinske hjelpeapparatet står overfor når det gjelder å ivareta sjelesorg og pasientenes og de pårørendes åndelige behov. Etter komiteens oppfatning er det naturlig at et ambulante team kan skaffe de nødvendige kontakter til prestetjenester/menigheter/trossamfunn ut fra pasientenes tro og livssyn.

Komiteen ser det også som naturlig at ambulante team i en viss utstrekning bør følge opp pårørende den nærmeste tiden etter dødsfall.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil også vise til samhandlingsreformen hvor det vurderes å bygge opp ambulante palliative team og plasser for lindrende behandling.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener ambulante team bør ha en tverrfaglig sammensetning med flere av personellgruppene nevnt ovenfor. Det bør tilpasses ut fra lokale forhold som befolkningstetthet og tilgang på kompetanse om disse ambulante teamene bør være forankret i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i spesialisthelsetjenesten, eller begge steder.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det blir opprettet ambulante team for lindrende behandling som dekker alle kommuner.»

Kompetanseheving

Komiteen deler forslagsstillernes syn på at det er et stort behov for å styrke både etter- og videreutdanning samt forskningsinnsatsen på området lindrende behandling. Komiteen mener det er behov for å styrke kunnskapen og ikke minst klokskapen om omsorg for døende i helseutdanningen, samt å styrke utdanningstilbudet innenfor palliativ omsorg og medisin. Komiteen vil peke på at undervisningssykehjemmene har en særlig viktig rolle i dette kompetansebyggende arbeidet sammen med den kompetansebygging og kompetanseoverføring som vi kan få fra palliative enheter. Komiteen vil spesielt peke på behovet for å styrke den palliative kompetansen i kommunehelsetjenesten generelt og i sykehjem spesielt. Komiteen vil fremholde behovet for godt samarbeid mellom fastlege, palliativ team, legevaktstjeneste og hjemmesykepleie slik at palliativ kompetanse kan sikres i kommunene hele døgnet.

Komiteen har merket seg at Legeforeningen har lansert nettbaserte kurs som tar for seg blant annet etiske dilemmaer ved livets slutt. Komiteen ser positivt på at slike etiske problemstillinger som helsepersonell daglig står overfor, løftes frem og gjøres lett tilgjengelig for alle.

Komiteen vil også peke på viktigheten av at det legges til rette for klinisk forskning på dette området slik at pasientrelaterte forskningsprosjekter blir ivaretatt og undervisningen i større grad blir forskningsforankret.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil også vise til at regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan; Kompetanseløftet 2015, har som delmål blant annet å heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, skape større faglig bredde og styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning. Et viktig fagområde for kompetanseløftet er palliasjon. Som del av kompetanseløftet er det iverksatt et prosjekt for å styrke etisk kompetanse i tjenestene. Prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» skal bidra til å styrke den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I 2009 deltok 100 kommuner i prosjektet. Over tid skal alle kommuner få mulighet til å delta i prosjektet og etablere møteplasser for etisk refleksjon.

Flertallet vil også fremheve at undervisningssykehjemmene og undervisningshjemmetjenestene er lokale fag- og kompetansearenaer som skal bidra til økt kvalitet i omsorgstjenestene ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving i tjenesten. Resultater viser til bedre rekruttering av ansatte, særlig sykehjemsleger.

Flertallet viser til at Senter for omsorgsforskning er etablert ved høyskoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Målet er å drive praksisnær forskning og utvikling gjennom en nærhet til feltet, og bidra til fag- og metodeutvikling i utdanningene. Videre vil flertallet påpeke at midlene til omsorgsforskning er styrket med til sammen 34 mill. kroner hittil i omsorgsplanperioden.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonells kompetanse i lindrende behandling blir hevet.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen sørge for investering og drift for flere enheter for lindrende behandling i sykehusene.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres minst 600 nye kommunale plasser for lindrende behandling de neste fire årene, og at det gis tilskudd til drift av disse.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen gjennomgå finansierungsordningen for lindrende behandling slik at det blir mer samsvar mellom de reelle kostnadene og kompensasjonen forbundet med det å gi et helhetlig palliativt tilbud til alvorlig syke og døende pasienter, slik at finansieringen stimulerer til nødvendig samhandling både innad på samme nivå og mellom de ulike linjetjenestene.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen sørge for at det blir opprettet ambulante team for lindrende behandling som dekker alle kommuner.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonells kompetanse i lindrende behandling blir hevet.

Forslag fra Kristelig Folkeparti:*Forslag 7*

Stortinget ber regjeringen fjerne stykkprisfinansiering for døende pasienter i sykehus og dermed sikre fullfinansiering over rammebevilgningene til de regionale helseforetakene.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Komiteen viser til representantforslaget og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Dokument 8:11 S (2009–2010) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dåvøy, Dagfinn Høybråten og Hans Olav Syversen om plan for livshjelp – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 11. februar 2010

Bent Høie
leder

Jon Jæger Gåsvatn
ordfører

