



Innst. 268 S

(2011–2012)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:54 S (2011–2012)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dávøy, Hans Olav Syversen, Knut Arild Hareide og Geir Jørgen Bekkevold om plan for å sikre retten til livshjelp ved livets slutt

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 (senger) for lindrende behandling de neste fire årene, og tilskudd til drift av disse.
3. Vurdere å 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.
6. Opprettelse av kreftkoordinatorstillinger i alle kommuner og bydeler.»

Forslagsstillerne viser til at mange mennesker frykter dødsprosessen og de lidelsene den kan innebære, og de mener at det i Norge i dag bør være mulig for den døende å få en individuell behandling slik at unødvendig lidelse blir redusert. Det vises til at hospicebevegelsen har vært pionerer for denne helhetlige behandlingen, og at det de siste årene er blitt

etablert avdelinger for lindrende behandling både på sykehusene og i kommunene. Det påpekes at det likevel er mange som ikke får den livshjelpen de trenger, og at enheter for lindrende behandling må avvise søkere. Det framholdes at helsepersonell ikke alltid har den kunnskapen som er nødvendig i møte med døende mennesker.

Forslagsstillerne mener det er behov for å utvide kapasitet og kompetanse innen lindrende behandling, og at tilbudet om livshjelp til døende mennesker må økes både på sykehusene og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De mener det må opprettes flere egne enheter som har spesiell kompetanse på området, og at alle pasientgrupper må få tilbud om livshjelp i livets slutfase – også barn.

Det uttales at i spesialisthelsetjenesten må en del av rammeoverføringene til de regionale helseforetakene være forbeholdt opprettelse og drift av flere enheter for lindrende behandling/hospice, og at fullfinansiering av lindrende behandling over rammene til sykehusene bør vurderes.

Forslagsstillerne mener at det må legges til rette for at flere kan dø hjemme eller nær hjemmet, og at det må etableres 600 nye sengeplasser over fire år for lindrende behandling og omsorg i tilknytning til lokale sykehjem.

Det understrekes at det må stimuleres til opprettelse av ambulante team for lindrende behandling, enten i den enkelte kommune, som interkommunalt samarbeid mellom små kommuner eller i spesialisthelsetjenesten.

Forslagsstillerne mener det er behov for å styrke forskningsinnsatsen for å videreutvikle lindrende behandling, og at det må satses på en bred kompetanseheving på dette området i hele helse- og omsorgstjenesten, herunder etisk kompetanseheving.

Det understrekes at det er behov for kreftkoordinatorer for alvorlig syke og døende mennesker i alle kommuner/bydeler.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Thomas Breen, Are Helseth, Tove Karoline Knutsen, Sonja Mandt og Wenche Olsen, fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger Gåsvatn, Kari Kjønnaas Kjos og Per Arne Olsen, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Laila Dāvøy, viser til den utviklingen som har vært i samfunnet over tid, og som har ført til at stadig flere mennesker avslutter sine liv på sykehus og sykehjem. Utviklingen hvor stadig færre dør i sine nære omgivelser hjemme, med sine nære rundt seg, kan også føre til at samfunnet totalt sett får et mindre bevisst forhold til livets naturlige slutt. Det er derfor viktig å ha fokus på hvordan samfunnet kan bidra til at den enkelte kan få en verdig avslutning på livet. På bakgrunn av dette vil komiteen også starte med å gi ros til forslagsstillerne for å bidra til å sette dette på den politiske agendaen.

Komiteen registrerer at det i løpet av de siste 10–15 år har vært en satsing på å forbedre helsetilbudet til alvorlig syke og døende. Nasjonal kreftplan (1997), Livshjelp-utredningen (1999), Legeforeningens standard for palliasjon (2004) og Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009) viser noe av det som har dannet grunnlag for en trinnvis forbedring og strukturering av tilbudet. Komiteen vil påpeke at til tross for satsingen på det palliative tilbudet er behovet for helsehjelp i slutfasen av alvorlig og dødelig sykdom økende. Komiteen mener man må bygge ut tilbudet videre for å bedre kompetanse og kvalitet.

Komiteen vil understreke at situasjonen stiller særlige krav til medisinskfaglig personells kunnskap og formidlingsevne i møte med alvorlig syke og døende pasienter samt deres pårørende. Komiteen viser til at inntil de senere år har hospice-filosofien blitt presentert i nasjonale styringsdokumenter som en bærebjelke som skal gjennomsyre alt palliativt arbeid som retter seg mot alvorlig syke og døende mennesker. Komiteen vil understreke viktigheten av at den helhetlige tilnærmingen Hospice-filosofien bygger på, med omsorg, omtanke, pleie og behandling til alvorlig syke og døende personer med pårørende, er viktig å bygge videre på og implementere i helsevesenet og samfunnet generelt. Komiteen vil

peke på at det er etablert enheter for lindrende behandling både på sykehusene og i kommunene, og at det er viktig at disse vektlegger en helhetlig tilnærming til pasient og pårørende slik at ikke hovedfokuset utelukkende blir på diagnose og symptomlindring.

Komiteen finner også grunn til å understreke at livstruende sykdom eller livsbegrensende tilstander kan komme av mange ulike diagnoser, og at det kan ramme personer i alle aldre. Komiteen vil særlig understreke viktigheten av også å ha fokus på alvorlig syke og døende barn. Komiteen vil peke på at medisinsk og teknologisk utvikling har redusert spedbarns- og barnedødeligheten, men har på samme tid bedret overlevelsen for barn med alvorlige og potensielt dødelige patologier, som trenger kompleks palliativ omsorg. Komiteen viser til at et barn som er døende og dør, kan være et av de vanskeligste temaene i helsevesenet, og det kan gi en langvarig sorg også i forkant, ventesorg.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har merket seg at noen familier som har alvorlig syke og døende barn, opplever at når barnet dør, så forsvinner også hjelpeapparatet.

Komiteen viser til at WHO har trukket opp retningslinjer og formål med palliativ omsorg, hvor palliativ omsorg (care) beskrives som den totale aktive omsorg for pasienter, hvis sykdom ikke responderer på kurativ behandling. Formålet kan skisseres i følgende punkter:

«Palliativ omsorg

1. bekrefter livet og betrakter døden som en naturlig prosess
2. hverken fremskynder eller utsetter døden
3. lindrer smerte og andre symptomer
4. integrerer omsorgens psykologiske og åndelige aspekter
5. tilbyr støttefunksjon for å hjelpe pasienten til å leve så aktivt som mulig inntil døden
6. tilbyr støttefunksjon til familien under pasientens sykdom og i sorgen over tapet.»

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 men-

neskers verdighet. Komiteen mener også at et bedre fokus på sykehusene for å unngå overbehandling både kan gi mer verdighet og en bedre prioritering av ressurser. Komiteen vil understreke at respekten for livet inkluderer respekt for en verdig død når døden forstås som en naturlig del av livet.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har merket seg at det fra enkelte faglige hold har blitt påpekt at aktuelle nasjonale styringsdokumenter i liten grad er dedikert døende. Som eksempel påpekte Hospiceforum Norge under høringen i komiteen at i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen er døden kun nevnt to ganger.

Komiteen vil påpeke at det fortsatt er forskjeller på hvordan de enkelte instutisjoner bruker fastvakt hos døende. Komiteen vil understreke at det ligger en vesentlig kvalitet for en døende i å få ha sine nærmeste eller noen av pleiepersonalet rundt seg, for å få mer trygghet og ro i livets siste fase.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har merket seg at bruken av fastvakt hos døende i institusjonstjenesten synes å ha blitt redusert i løpet av de senere årene, og at mange i dag dør uten å ha noen rundt seg. Disse medlemmer vil understreke at dette er en uheldig utvikling, og at det ligger en vesentlig kvalitet for en døende i å få ha sine nærmeste eller noen av pleiepersonalet som en kjenner, rundt seg, for å få den nødvendige trygghet.

Disse medlemmer viser til at en internasjonal undersøkelse utført av Economist Intelligence Unit (EIU) presentert i 2010 viser at Norge sammenlignet med 39 andre land skårer lavt med hensyn til tilgjengelighet til tilbud for alvorlig syke og døende.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til forslaget om å utarbeide en plan for satsing på livshjelp med fokus på seks områder. Flertallet er enig i mange av intensjonene i forslagene, men vil peke på at de ikke nødvendigvis passer sammen i en samlet plan siden det omfatter vidt forskjellige deler av tjenestene. Det kan for eksempel være problematisk å begynne å fjerne enkelte elementer i stykkprisfinansieringen gjennom en slik plan uten at man ser helheten med den samlede finansieringen. Det kan også være uhenksmessig å splitte opp ande planer for å innlemme noe av det i denne planen; her kan man peke på den kommende kreftstrategien som regjeringen vil legge fram i løpet av året som eksempel på dette.

Flertallet viser til brev av 26. mars 2012 fra helse- og omsorgsministeren til komiteen. Flertallet slutter seg til statsrådets vurderinger av hvert av de seks forslagene og vil ikke her kommentere disse nærmere.

Flertallet vil til slutt påpeke at en slik plan må anses å være satsingsforlag, og at de derfor hører hjemme i den ordinære budsjettprosessen. Flertallet foreslår på denne bakgrunn at dokumentet vedlegges protokollen.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at forslagsstillerne foreslår at det skal utarbeides en plan for satsing på livshjelp som har fokus på seks ulike punkter som hvert omtales nedenfor.

Flere enheter for lindrende behandling på sykehusene

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti registrerer at det er regionale kompetansesenter for lindrende behandling i alle helseregioner, og at det er etablert palliativt team og palliative enheter på universitetssykehus i alle regioner. Disse medlemmer registrerer også at det er etablert palliative team ved helseforetakene, men at det i liten grad er etablert enheter med dedikerte senger for lindrende behandling ved våre sykehus. Disse medlemmer har merket seg at Legeforeningen påpeker at årsaken til det dels er manglende kompetanse og dels manglende økonomiske insentiver som stimulerer til satsing på lindrende behandling.

Disse medlemmer støtter på denne bakgrunn forslaget punkt 1 om investering og drift for flere enheter for lindrende behandling ved sykehusene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp som innbefatter investering og drift for flere enheter for lindrende behandling i sykehusene.»

Minst 600 nye kommunale plasser de neste fire årene

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti deler forslagsstillerens oppfatning om at det må legges til rette for at flere døende kan få være hjemme eller i nærheten av hjemmet.

Disse medlemmer erkjenner at de sosiale og familiære forhold kan være avgjørende for mulighetene for å kunne avslutte livet i eget hjem. Disse

medlemmer er opptatt av at vekslings mellom hjemmetid og institusjonstid kan videreutvikles med styrket samhandling mellom helsepersonell på tvers av nivåer og enheter. Disse medlemmer 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. Disse medlemmer registrerer at det i dag finnes rundt 200 palliative sykehjemssenger.

Disse medlemmer er bekymret over signalene om at kommunene nå benytter korttidsplasser og avlastningsplasser i stor grad til utskrivningsklare pasienter som kommer fra sykehusene. Likeledes kommer det signaler om at senger øremerket palliasjon i kommunene nå benyttes til å bygge opp et tilbud for øyeblikkelig hjelp. Disse medlemmer mener at dette ikke er en akseptabel utvikling.

Disse medlemmer støtter derfor forslagsstillerens punkt 2 om minst 600 nye kommunale plasser (senger) for lindrende behandling de neste fire årene og tilskudd til drift av disse.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp som innbefatter minst 600 nye kommunale plasser (senger) for lindrende behandling de neste fire årene, og tilskudd til drift av disse.»

Finansiering av palliativ behandling i spesialisthelsetjenesten

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at helsemyndighetene i 2003 opprettet DRG-refusjon for palliativ behandling. Dette avløste en fordeling av øremerkede midler etter søknad. Disse medlemmer understreker at det å lage en ordning innenfor rammen av innsatsstyrt 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 senter». Disse medlemmer 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 palliativ enhet.»

Disse medlemmer 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. Disse medlemmer viser til at innsatsstyrt finansiering (ISF) sammen med basisfinansiering skal kunne gjenspeile virksomhetenes kostnadsnivå knyttet til de ulike behandlingstilbud.

Disse medlemmer ser at foreløpige tall for 2011 viser tilleggsutbetalinger på om lag 78 mill. kroner for palliativ behandling over den innsatsstyrte finansieringen, noe som tilsvarer om lag 15 100 opphold, mens tilsvarende tall for 2007 var om lag 49 mill. kroner for om lag 12 400 opphold.

Disse medlemmer har merket seg at innføringen av en palliativ tilleggskode i 2004 har gitt positive effekter, men at taksten, sammen med basisfinansiering, ikke fullt ut kompenserer de ekstra kostnader en palliativ enhet har med hensyn til personell og ressursbehov. Disse medlemmer har videre merket seg at taksten ikke skiller mellom behandling på palliativ 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.

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 innsatsstyrt 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 punkt 3 om å legge finansiering av tilbud for døende pasienter i sin helhet inn i de regionale helseforetakenes rammebevilgninger.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

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

Ambulante team

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti 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.

Disse medlemmer 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. Disse medlemmer 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 sykehjemspasienter. Disse medlemmer vil også vise til at det er mange praktiske spørsmål som dukker opp for pasient og pårørende når det dreier seg om for eksempel familieforsørgere som er døende. Det er derfor naturlig at et ambulante team kan knytte kontakt med sosionom gjennom det offentlige tjenesteapparatet. Disse medlemmer viser også til at ambulante team må kunne være behjelpelig når det er behov for kontakt med blant annet fysioterapeut, ernæringsfysiolog, ergoterapeut og psykolog. Disse medlemmer 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 disse medlemmers oppfatning er det naturlig at et ambulante team kan skaffe de nødvendige kontakter til prestetjenester/menigheter/trossamfunn ut fra pasientenes tro og livssyn. Disse medlemmer ser det også som naturlig at ambulante team i en viss utstrekning bør følge opp pårørende den nærmeste tiden etter dødsfall.

Disse medlemmer 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 merket seg at det i Samhandlingsmeldingen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) står:

«I det videre arbeidet skal det vurderes å bygge opp flere ambulante tverrfaglige team i kommunene med et særskilt fokus på diabetes, kols, rehabilitering, habilitering, demens og lindrende behandling, psykisk helse og rus.»

Disse medlemmer mener det er av vesentlig betydning å få forsert satsingen på opprettelsen av ambulante team for lindrende behandling. Disse

medlemmer vil peke på at kreftomsorgen ofte opptrer som «lokomotivet» i helsevesenet. For kreftomsorgen er helhetlige behandlingsskjeder med ambulante team for lindrende behandling av vesentlig betydning for kvaliteten på tilbudet. En vellykket satsing her vil gi positive effekter også for andre pasientgrupper. Det vil også kunne danne mal for opprettelsen av andre tverrfaglige team.

Disse medlemmer har merket seg at ISF-regelverket ble endret i 2009 slik at det åpner for en større fleksibilitet i bruk av personellressursene i sykehus, og at det er åpning for å inkludere ambulante virksomhet i innsattsstyrt finansiering. Disse medlemmer anser dette som positivt, da de ambulante tjenestene i hovedsak utføres av annet helsepersonell enn lege. Disse medlemmer registrerer at det nå er etablert regionale kompetansesentra for lindrende behandling i alle helseregionene, og at disse har en utadrettet virksomhet mot kommunene med kompetanseoppbygging og rådgivning. Disse medlemmer har også merket seg at nesten alle helseforetak har etablert ambulante team for palliativ behandling.

Disse medlemmer viser til at det gjennom 10 år har vært gitt tilskudd til ulike kommunale prosjekter for å øke kompetansen når det gjelder lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Disse medlemmer registrerer at dette blant annet har ført til at noen kommuner har etablert egne palliative team som tar seg av pasienter med behov for lindrende omsorg også som en del av hjemmetjenesten. Disse medlemmer ser at tilskuddsordningen skal evalueres senere i år. Disse medlemmer mener det er viktig å fortsette det gode arbeidet slik at alle landets kommuner og bydeler sikres ambulante team for lindrende behandling og omsorg.

Disse medlemmer støtter forslaget punkt 4 om opprettelse av ambulante team for lindrende behandling som dekker alle kommuner.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp som innbefatter opprettelse av ambulante team for lindrende behandling som dekker alle kommuner.»

Disse medlemmer vil rette fokus mot Fransiscushjelpen som er et supplement til ambulante tilbud som man har i Oslo. Fransiscushjelpen arbeider etter hospicefilosofien. Pleietjenesten i Fransiscushjelpen er et hjemmehospice og et ressurscenter på bydelsnivå og har lang erfaring og spesialkompetanse i palliasjon i hjemmene i Oslo. Den samarbeider tett med hjemmesykepleien i alle bydelene, med alle sykehus og sykehjem i Oslo, samt Hospice Lovisenberg.

Fransiskushjelpen er svært opptatt av lengst mulig hjemmetid med best mulig livskvalitet. Pasienter som følges tett opp hjemme med kompetanse og god omsorg hele døgnet, kan i større grad velge å være hjemme også i medisinsk avanserte situasjoner. Fleksibel håndtering av mer «akutte» situasjoner hjemme hindrer reinnleggelser i institusjon og bidrar til lengre hjemmetid. Fransiskushjelpens erfaring er at dens bakvaktfunksjon, ved å ha sykepleier i bakvakt døgnet rundt året gjennom, gir en fleksibel håndtering og ikke minst trygghet for pasienter og pårørende som er hjemme. Sykepleier i bakvakt er tilgjengelig hele tiden på telefon og kan dra ut til pasientene når det er behov for det.

Avlastning er avgjørende. Pårørende har og tar et stort ansvar i hjemmesituasjonen ved å ha sine hjemme. Å kunne bidra med vakter over tid, for eksempel nattevakter av ti timer som Fransiskushjelpen gjør, gir en avgjørende avlastning for pårørende. Man deler ansvaret. Det at alle kan henvende seg til Fransiskushjelpen, samt at det ikke koster noe for den enkelte pasient, er også av stor betydning. Samlet sett vil Fransiskushjelpen medføre økt verdighet og trygghet i dødsprosessen. Økt trygghet og bedre lindring i hjemmet vil også redusere antall sykehusinnleggelser, noe som vil være økonomisk gunstig. Derfor mener disse medlemmer Fransiskushjelpen er et meget godt tilbud som bør komme flere til gode. Dette tilbudet bør komme i tillegg til allerede eksisterende ambulante team utgående fra spesialisthelsetjenesten.

Kompetanseheving

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti deler forslagsstillernes syn på at det er et stort behov for å styrke både etter- og videreutdanning samt forskningsinnsatsen på området lindrende behandling. Disse medlemmer 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. Disse medlemmer 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. Disse medlemmer man spesielt peke på behovet for å styrke den palliative kompetansen i kommunehelsetjenesten generelt og i sykehjem spesielt. Disse medlemmer vil fremholde behovet for godt samarbeid mellom fastlege, palliativt team, legevaktstjeneste og hjemmesykepleie, slik at palliativ kompetanse kan sikres i kommunene hele døgnet.

Disse medlemmer har merket seg og ser positivt på det arbeidet som gjøres med etisk kompe-

tanseheving som en del av Omsorgsplan 2015. Disse medlemmer registrerer at det er opprettet en rekke legestillinger i palliativ medisin som i dag er besatt av leger med ulike kliniske spesialiteter. Disse medlemmer deler departementets oppfatning av at det er hensiktsmessig at leger får mulighet til en påbygging av formell kompetanse innen palliativ medisin, men vil understreke viktigheten av at slikt tilbud om kompetansebygging må omfatte leger både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer 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.

Disse medlemmer støtter forslaget punkt 5 om heving av helsepersonells kompetanse.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp som innbefatter kompetanseheving av helsepersonell.»

Kreftkoordinatorstilling i alle kommuner og bydeler

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at det er en utfordring i selve organiseringen av tjenestetilbudet at det kan oppleves uoversiktlig. Disse medlemmer viser til at intensjonen med Samhandlingsreformen er å få til gode pasientforløp med samhandling og tverrfaglighet på tvers av forvaltningsnivåene og innad i organisasjonen.

Disse medlemmer har i forbindelse med arbeidet med Samhandlingsreformen merket seg at en viktig tilbakemelding fra brukerne er at koordineringen av tjenestene ikke fungerer godt nok. Brukere og pårørende må ofte overta den koordineringsoppgaven som tjenestene skal ivareta. Det er ikke bare bedre systemer de ber om, men kontakt med ett menneske – en koordinator – som kjenner brukerens situasjon, og som på en samlet måte kan koordinere tjenestene det er behov for.

Disse medlemmer viser til at kommunene i dag har en lovfestet plikt til å tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarig og koordinerte tjenester. Disse medlemmer ser at en del alvorlig syke og døende pasienter i dag kan falle utenfor denne ordningen da det stilles krav om at behovet skal være av en viss varighet. Disse medlemmer har merket seg at Kreftforeningen har etablert en tilskuddsordning på 30 mill. kroner som kommunene kan søke på for å ansette en kreftkoordinator. Disse medlemmer ser det som vesentlig at

alle landets kommuner og bydeler har tilgang til en kreftkoordinator.

Disse medlemmer støtter derfor forslaget punkt 6 om opprettelse av kreftkoordinatorstillinger i alle kommuner og bydeler.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp som innbefatter opprettelse av kreftkoordinatorstillinger i alle kommuner og bydeler.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp som innbefatter investering og drift for flere enheter for lindrende behandling i sykehusene.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp som innbefatter minst 600 nye kommunale plasser (senger) for lindrende behandling de neste fire årene, og tilskudd til drift av disse.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp som innbefatter opprettelse av ambulante team for lindrende behandling som dekker alle kommuner.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp som innbefatter kompetanseheving av helsepersonell.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti:

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen utarbeide en plan for satsing på livshjelp som innbefatter opprettelse av kreftkoordinatorstillinger i alle kommuner og bydeler.

Forslag fra Kristelig Folkeparti:

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen vurdere å fjerne stykkprisfinansiering for døende pasienter i sykehus og dermed 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 8:54 S (2011–2012) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dåvøy, Hans Olav Syversen, Knut Arild Hareide og Geir Jørgen Bekkevold om plan for å sikre retten til livshjelp ved livets slutt – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 26. april 2012

Bent Høie

leder

Jon Jæger Gåsvatn

ordfører

Vedlegg**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 26. mars 2012****Representantforslag 54 S (2011-2012) - Dokument 8:54 Om plan for å sikre retten til livshjelp ved livets slutt**

Jeg viser til brev av 28. februar 2012 der helse- og omsorgskomiteen ber om min uttalelse til representantforslag nr. 8:54 fra stortingsrepresentantene Laila Dávøy, Hans Olav Syversen, Knut Arild Hareide og Geir Jørgen Bekkevold. I dokumentet fremmes 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 (senger) for lindrende behandling de neste fire årene, og tilskudd til drift av disse.*
3. *Vurdere å 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.*
6. *Opprettelse av kreftkoordinatorstillinger i alle kommuner og bydelers.*

Lindrende behandling utføres i dag ved kliniske sykehusavdelinger og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Om lag 95 prosent av pasientene i palliative enheter på sykehus er kreftpasienter. Også i de kommunale helse- og omsorgstjenestene utgjør kreftpasientene den største gruppen blant de palliative pasientene. Helsedirektoratet har utarbeidet faglige retningslinjer for palliativ behandling i kreftomsorgen. Retningslinjene inneholder en rekke faglige anbefalinger for god og enhetlig praksis i helsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av året legge fram en ny kreftstrategi som vil sikre at vi møter fremtidens utfordringer på kreftområdet på en helhetlig måte. I strategien vil det blant annet bli lagt vekt på lindrende behandling og støtte og omsorg ved livets slutt.

1. Investering og drift for flere enheter for lindrende behandling i sykehusene

Finansieringen av tjenestene som de regionale helseforetakene har ansvar for, foregår i flere trinn. Staten overfører penger til regionale helseforetak

som har et selvstendig ansvar for å benytte midlene som stilles til disposisjon til å finansiere egne helseforetak og private virksomheter i samsvar med sørgefor-ansvaret.

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for både drift og investeringer. Dette innebærer at de har ansvar for å prioritere og planlegge de ulike investeringsprosjektene i regionen, samt igangsette enkeltprosjekter. En viktig forutsetning for beslutninger om nye investeringer er at prosjektene er innarbeidet i de regionale helseforetakenes overordnede planer og budsjetter. På denne måten bekrefte og dokumenteres at prosjektene er vurdert og prioritert innenfor helhetlige faglige og økonomiske rammer, slik at framtidige kostnader kan håndteres når investeringene er ferdigstilt.

2. Minst 600 nye kommunale plasser (senger) for lindrende behandling de neste fire årene, og tilskudd til drift av disse

Regjeringen innførte i 2008 et nytt tilskudd til bygging og modernisering av heldøgns omsorgsplasser. Tilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Regjeringen har som mål å gi tilsagn om tilskudd til 12 000 heldøgns omsorgsplasser i perioden 2008-2015 og vil utvide rammene ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det.

Modernisering og utbygging skal være utformet slik at det spesielt er tilrettelagt og tilpasset beboere med demens og kognitiv svikt, i tråd med det som er lagt til grunn i Regjeringens Demensplan 2015. Det er i tillegg understreket i tilskuddets retningslinjer at støtte også gis til heldøgns omsorgsplasser for palliativt tilbud i kommunene.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser kan bare gis til kommuner.

Kommunen kan imidlertid samarbeide med andre aktører, herunder frivillige organisasjoner og andre, om fremskaffelse av heldøgns omsorgsplasser, dersom kommunen ønsker det. Det forutsettes at tilskuddets regelverk oppfylles, og at kommunen inngår avtaler på ordinære forretningsmessige vilkår.

Investeringstilskuddsordningen ble i 2011 styrket (jf. Prop. 65 S, 2010/2011), slik at kommunene nå kan få innvilget tilskudd tilsvarende i gjennomsnitt

35 pst. per enhet av godkjent maksimal anleggskostnad.

Det er kommunene som har ansvaret for å finansiere drift av eventuelle nye heldøgns omsorgsplasser. Kommunene har siden 2005 fått en betydelig vekst i frie inntekter, som har lagt grunnlaget for vekst innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

3. *Vurdere å fjerne stykkprisfinansiering for døende pasienter i sykehus, og dermed fullfinansiering over rammebevilgningene til de regionale helseforetakene*

Palliativ behandling finansieres, på lik linje med annen somatisk behandling, med ramme- og aktivitetsbaserte tilskudd. Hensikten med den todelte finansieringen er å kombinere stykkprisfinansieringens insentiver til aktivitet og effektivitet med rammefinansieringens insentiver til kostnadskontroll og kvalitet.

For å gjøre palliativ behandling mer synlig og målrettet i den innsatsstyrte finansieringen, ble det i 2003 opprettet en egen tilleggsrefusjon for palliativ behandling i tillegg til DRG-refusjonen for selve grunnsykdommen (for eksempel kreftsykdommen). Ordningen med økt stykkprisfinansiering av palliativ behandling ble etablert under Kjell Magne Bondeviks andre regjering. Ordningen avløste tidligere ordning med fordeling av øremerkede midler etter søknad. For at koden kan benyttes, skal det foreligge et spesifikt, organisert palliativt tilbud i form av et palliativt senter. Senteret skal ha et behandlingsopplegg for pasienten, og dette skal være beskrevet i pasientens journal. Behandlingen skal gjelde innleggelse eller dagbehandling. Det palliative senteret skal inneholde et palliativt team, eventuelt en palliativ enhet. I 2011 tilsier foreløpige tall tilleggsutbetalinger på om lag 78 mill. kroner for palliativ behandling over den innsatsstyrte finansieringen for om lag 15 100 opphold. Tilsvarende tall for 2007 var om lag 49 mill. kroner for om lag 12 400 opphold.

4. *Opprettelse av ambulante team for lindrende behandling som dekker alle kommuner*

I den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven forankres en plikt for kommunene til å oppnevne en koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinator skal være kontaktperson og ha hovedansvar for å følge opp innspill fra pasienter og brukere. Koordinator skal ha en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og bidra til at pasient og bruker får et "sømløst" tilbud. I tillegg skal koordinator sikre framdrift i arbeidet med individuell plan. Regulering av habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er samlet i en felles for-

skrift. Den nye forskriften erstatter forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan.

Samhandlingsreformen legger opp til et større kommunalt ansvar for helse- og omsorgstjenestene. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten omstille seg ved å desentralisere de tjenester som er mulige, satse mer på ambulant virksomhet som understøtter de kommunale tilbudene, samt sentralisere høyspesialiserte funksjoner der dette gir best kvalitet. Samhandlingsreformen skal bidra til et bedre og mer helhetlig forløp for pasienter som har behov for palliasjon og gode kvalitative tilbud nærmere der folk bor. Reformen dreier seg om å skape en sammenheng i pasientforløp, ikke bare mellom kommuner og sykehus, men også innad i kommunen og mellom fagområder i spesialisthelsetjenesten. Mange mennesker, som lever med en kreftdiagnose, og får behandling for denne, vil trenge ytelse fra flere instanser på begge nivåer, ikke bare knyttet til helse, men også NAV, hjelpemidler med mer. Reformens virkemidler legger opp til endringer som skal komme denne pasientgruppen til gode.

Gjennom forskrift om en verdig eldreomsorg, som regjeringen innførte i samarbeid med KrF og V, er betydningen av et godt palliativt tilbud i kommunene ytterligere understreket. Det fremgår av denne forskriften at kommunene skal legge til rette for at den enkelte tilbys samtale om eksistensielle spørsmål, samt at det skal legges til rette for lindrende behandling og en verdig død.

Rammebetingelsene for spesialisthelsetjenesten må i størst mulig grad legge til rette for å nå pasientene også utenfor sykehus av kvalifisert personell, for eksempel i form av ambulante team. Fra 2009 ble ISF-regelverket endret til i større grad å omfatte helsehjelp utført av flere helsepersonellgrupper enn leger (i hovedsak sykepleiere). En slik omlegging fører til større fleksibilitet i bruk av personellressursene i sykehus, og vil blant annet komme pasienter med kroniske sykdommer til gode. Regelverket åpner også for i større grad å inkludere ambulant virksomhet i innsatsstyrt finansiering. Det vil si polikliniske kontakter som gjennomføres av en virksomhet innen spesialisthelsetjenesten, utenfor virksomhetens fysiske lokaler, men med bruk av virksomhetens personell. Polikliniske kontakter som gjennomføres i pasientens hjem, eller i sykehjem, er eksempler på aktivitet som regnes som ambulant behandling. Det er viktig å se dette i sammenheng med at man i større grad åpner for at helsehjelp utført av ulike helsepersonellgrupper kan utløse ISF-refusjon, fordi de ambulante tjenestene i hovedsak utføres av annet helsepersonell enn lege.

Endringene har rettet opp svakheter i systemet, og ISF avspeiler nå i større grad etablert praksis i

sykehusene. Endringene legger til rette for et bedre tilbud til pasientene, og for at tilbudet kan organiseres på en fleksibel og mer kostnadseffektiv måte.

Konkret innebar endringen i helsepersonellkravet i 2009 at krav om lege som utførende helsepersonell ble fjernet eller utvidet til å omfatte i hovedsak sykepleiekonsultasjoner for bestemte typer helsehjelp. Utvidelsen omfatter i hovedsak oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, for eksempel kols og diabetes. I 2012 er det gjort en mindre utvidelse ved at tre nye typer polikliniske konsultasjoner eller DRGer er inkludert i beregningsgrunnlaget for sykepleiekonsultasjoner. Foreløpige tall for 2011 viser at det ble utført om lag 300 000 sykepleiekonsultasjoner i ISF. Dette utgjør mer enn 5 pst. av alle polikliniske ISF-konsultasjoner. Helsedirektoratet vil arbeide videre med ISF-ordningen.

Det er regionale kompetansesentra for lindrende behandling i alle helseregionene. Sentrene har en utstrakt utadrettet virksomhet, også mot kommuner, når det gjelder kompetansebygging og rådgivning vedrørende enkeltpasienter. Nær alle helseforetak har etablert ambulante team for palliativ behandling. Teamene har som oppgave å koordinere palliativ behandling til pasienter både i helseforetak og i kommuner. I noen kommuner er det egne palliative team som særlig tar seg av pasienter med behov for lindrende omsorg, også pasienter som ikke er i sykehjem.

5. Kompetanseheving av helsepersonell

Regjeringen har i oppfølgingen av St.meld. nr. 25 (2005-2006) om fremtidens omsorgsutfordringer etablert en egen kompetanse- og rekrutteringsplan for den kommunale omsorgssektoren, Kompetanseløftet 2015, som inngår i handlingsplanen Omsorgsplan 2015. Kompetanseløftet 2015 følger også opp forliket på Stortinget mellom regjeringspartiene, KrF og Venstre om Omsorgsplan 2015.

Kompetanseløftet 2015 inneholder strategier og tiltak som skal bidra til å sikre den kommunale omsorgssektoren tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning. Det bevilges årlig om lag 300 mill. kroner til kompetansetiltak. Blant tiltakene inngår blant annet utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, og kompetanseheving innen omsorg ved livets slutt og lindrende behandling. Denne kompetansesatsingen ble styrket med 8 mill. kroner i 2011, og utgjør 16 mill. kroner i 2012. Økt kompetanse bidrar til å styrke kvaliteten i tilbudet til pasienter med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

Det har i om lag 10 år vært gitt tilskudd til prosjekter i kommunene for å øke kompetanse når det gjelder lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Tilskuddsordningen er under evaluering, og resultatet vil foreligge senere i år. Dette må ses i sam-

menheng med at det er etablert utviklingssentre for sykehjem og hjemmesykepleie i alle fylker. Palliativ behandling i kommune eller i hjemmet vil også være et sentralt element i samhandlingsreformen, der bruk av ambulante team bør være nedfelt i de lokale samhandlingsavtalene mellom kommune og helseforetak.

For å styrke den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, har Regjeringen i samarbeid med KS og yrkesorganisasjonene iverksatt prosjektet ”Samarbeid om etisk kompetanseheving”. Satsingen er en del av Omsorgsplan 2015, og skal stimulere kommunene til å etablere møteplasser for etisk refleksjon og utvikle metoder og verktøy for å drive systematisk etisk refleksjon i det daglige arbeidet. Nærmere 200 kommuner deltar i prosjektet i dag.

For å bedre det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, har Regjeringen, som del av Omsorgsplan 2015, styrket omsorgsforskningen. Satsingen utgjør 37 mill. kroner i 2012. Regjeringen mener det er viktig å styrke den praksisnære forskningen, og har på denne bakgrunn etablert fem nye sentra for omsorgsforskning som skal bidra til mer forskningsformidling og kompetanseheving i sektoren, styrke fag- og metodeutvikling i utdanningene, samt sikre nærhet til tjenesteutøverne i kommunene.

Som oppfølging av Omsorgsplan 2015 er det, som nevnt over, etablert utviklingssentre for sykehjem og utviklingssentre for hjemmetjenester i hvert fylke, med ansvar for fag- og kompetanseutvikling i omsorgstjenesten. Dette vil bidra til ny og økt kunnskap, blant annet om utforming av tjenestetilbudet, framtidig kompetansebehov og hensiktsmessig og effektiv organisering og ressursfordeling. Mange sentre jobber med kompetanseheving innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

Legetjenesten i sykehjem er også styrket med nærmere 48 prosent i perioden 2006-2011. Dette bidrar til bedre medisinsk oppfølging av beboere i sykehjem.

Det er etablert palliative tilbud ved de fleste helseforetak og i en del kommuner. Derfor har det også blitt opprettet en rekke legestillinger i palliativ medisin, uten at disse har hatt en felles utdanning til denne type arbeid. Stillingene er i dag besatt av leger med ulike kliniske spesialiteter, og med varierende arbeidserfaring på området. Dette er et viktig fagfelt, og vi har sett at det kan være hensiktsmessig at spesialistene får en felles påbygging av formell kompetanse, som kan bidra til at pasientene får best mulig behandling. Kompetanseområdet palliasjon skal gi en kompetanse som kan brukes like mye i sykehus, som av leger i primærhelsetjenesten. Det er derfor besluttet at Helsedirektoratet skal prøve ut en utdan-

ning som vi kaller ”kompetanseområde i palliativ medisin”. Forsøket skal evalueres. Dersom utprøvingen viser at det er hensiktsmessig å opprette ”formelle kompetanseområder”, vil en vurdere om dette kan etableres innenfor flere områder.

Legenes spesialistutdanning går over fire til seks år, og et kompetanseområde vil komme ”på toppen” av relevante spesialistutdanninger. Et ”kompetanseområde” skal karakteriseres ved at leger med en særlig interesse og kompetanse arbeider innenfor et område som griper inn i tre eller flere spesialiteter.

Meld. S. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd – samspill i praksis, har som mål at tjenestenes behov for kompetanse skal legges til grunn for hva utdanningene skal inneholde. Hver enkelt grunnutdanning skal gjennomgås med henblikk på både generelle og mer spesifikke krav til kompetanse. Helse- og omsorgssektoren blir sentrale bidragsyttere i dette arbeidet.

6. Opprettelse av kreftkoordinatorstillinger i alle kommuner og bydeler

Kommunen har en lovestet plikt til å tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Denne plikten er tydeliggjort ved at den er tatt inn i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som trådte i kraft 1.

januar 2012. Behovet må være av en viss varighet, men det er ikke et krav at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Med behov for koordinerte tjenester menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og/eller sosiale tjenester. Det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene må eller bør ses i sammenheng. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, og sikre samordning av tjenestetilbudet. Mange kreftpasienter vil kunne dra nytte av en som kan bistå familie og pasient i å koordinere forløp, herunder bistå i forhold rundt økonomi, økonomisk bistand, hjelpemidler med mer. Kommunen må videre sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle, herunder at den som oppnevnes som koordinator har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta oppgaven. Det er en lovfestet plikt for kommunen å ha en koordinerende enhet som blant annet skal sørge for opplæring og veiledning av koordinator. Jeg vil i denne sammenheng også berømme Kreftforeningen som har vært raskt ute med å etablere en tilskudsordning på 30 mill. kroner, som kommunene kan søke på for å ansette kreftkoordinator. Koordinatoren blir en viktig samarbeidspart for fastlegen, og gir fastlegen økt mulighet til å gi sine pasienter med en kreftdiagnose et helhetlig opplegg.

