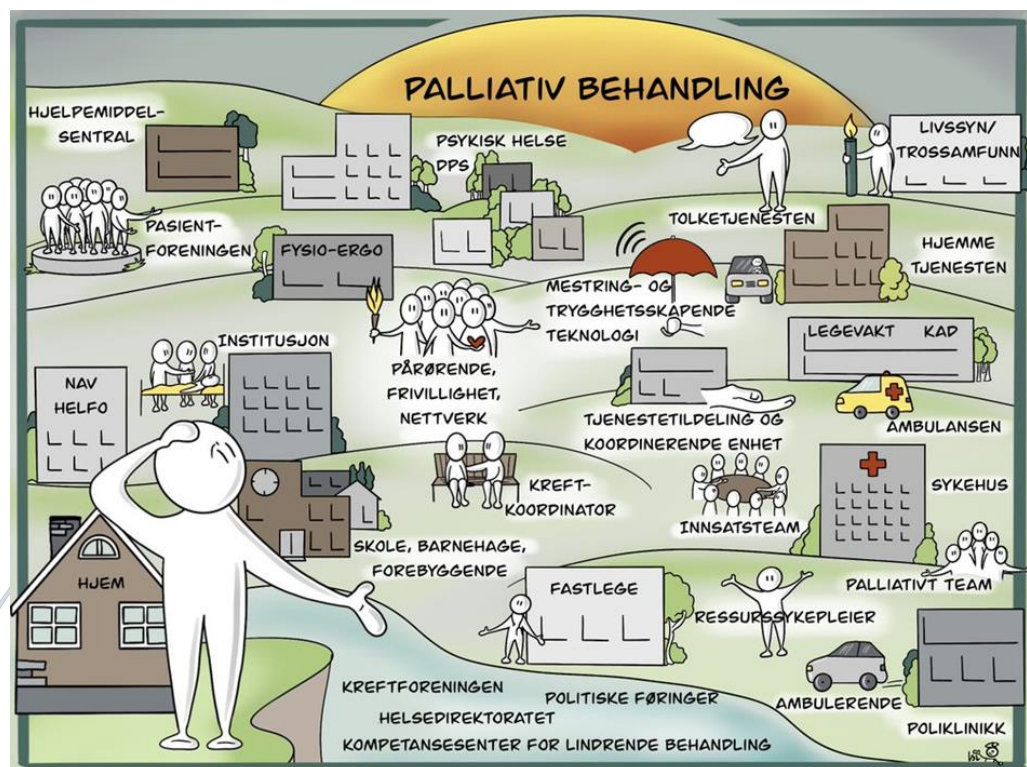


11.03.2022

# Strategi for lindrende behandling

Høringsutkast



Drammen kommune

## Innhold

1.0 Innledning.....	2
1.1 Mandat .....	2
1.2 Definisjon og begrepsavklaringer .....	2
1.3 Strategiens rolle i planstruktur.....	3
1.3 Organisering av arbeidet .....	3
2.0 Strategier .....	4
3.0 Styringsdokumenter og føringer .....	4
3.1 Nasjonale føringer .....	4
3.2 Lokale føringer.....	4
4.0 Framskrivninger.....	5
4.1 Demografi og sykdomsbilde .....	6
4.2 Diagnoser og tilstander .....	6
5.0 Lindrende behandling - spesialisthelsetjenesten .....	7
6.0 Lindrende behandling i Drammen kommune .....	8
6.1 Oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.....	8
6.2 Oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.....	8
6.3 Plasser for avansert lindrende behandling (lindrende avdelinger).....	10
6.4 Lindrende behandling i hjemmet .....	11
6.5 Lindrende behandling i sykehjem og omsorgsboliger/bofellesskap .....	11
6.6 Andre tjenester i kommunen .....	11
7.0 Utfordringsbildet .....	12
7.1 Nødvendig utstyr og hjelpemidler.....	12
7.2 Tildeling av kommunale tjenester for lindrende behandling.....	12
7.3 Informasjon til kommunes innbyggere om lindrende behandling.....	13
7.4 Kompetansebehov.....	14
7.5 Pårørende og frivillig arbeid .....	14
7.5.1 Pårørende.....	14
7.5.2 Frivillige.....	15
8.0 Samhandling mellom ulike instanser .....	15
8.1 Forhåndssamtaler.....	16
8.2 Tverrfaglige møteplasser.....	16
8.3 Digitale løsninger .....	16
9.0 Lokalisering av spesialiserte plasser i kommunen.....	16

## 1.0 Innledning

Strategi for lindrende behandling har kommet til på grunn av behov for en overordnet plan som kan vise retning for det lindrende arbeidet i Drammen kommune.

Målsettingen med arbeidet er å gi kunnskap om og foreslå fremtidig strategi for lindrende behandling i kommunen, sett i et 12 års perspektiv.

Beslutningen om å utarbeide en egen strategi for lindrende behandling ble gjort av kommunestyret høsten 2020 i forbindelse med behandling av *Bolig og omsorgsbygg - strategi for å møte fremtidens behov for heldøgnsomsorg for innbyggere som er 80 år og eldre*.

### 1.1 Mandat

Prosjektet er forankret med vedtak i fellesnemda og i økonomiplan for 2020-2023.

Ved behandling av saken *Bolig og omsorgsbygg – strategi for å møte fremtidens behov for heldøgnsomsorg for innbyggere som er 80 år og eldre*, bestemte kommunestyret at lindrende behandling skulle være aldersuavhengig.

Strategien skal sees i sammenheng med *Bolig og omsorgsbygg*, gi økt kunnskap om lindrende behandling i kommunen, vurdere fremtidig fysiske kapasitetsbehov og foreslå hvordan dette behovet kan møtes.

Arbeidet skal primært ha fokus på innretningen av tjenesten - og koordinering av tverrfaglighet og samhandling. Fag, tjenesteutvikling, kompetanseutvikling og kompetansebehov, inkludert digitalisering vil bli kartlagt, utredet og omtalt i annet planarbeid

Strategien skal ha fokus på heldøgnsomsorg, men skal også vurdere hvordan tjenestetilbudet kan bidra til å utsette eller redusere behov for heldøgntjenester/økt omsorgsvolum.

Arbeidet skal synliggjøre arbeidsfordeling, samhandlingsmuligheter både internt i kommunens helse og omsorgstjenester og forebyggende tjenester, med fastlegetjenesten, fysioterapitjenesten og med helseforetakene.

### 1.2 Definisjon og begrepsavklaringer

*Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom gjennom forebygging og lindring av lidelse ved tidlig identifisering grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art. (WHO, 2017)*

Pasienter med livstruende sykdom opplever ofte lange sykdomsforløp med mange ulike faser. Mange får sykdomsrettet behandling i flere år, og opplever ulike bivirkninger og symptomer, og har mange tapsopplevelser underveis. WHO vektlegger at palliasjon skal benyttes i hele sykdomsforløpet, og ikke bare ved livets slutt.

Palliasjon er aktuelt tidlig i sykdomsforløpet sammen med annen behandling som har til hensikt å forlenge livet, som for eksempel medikamentell kreftbehandling og strålebehandling, og omfatter også undersøkelser som er nødvendige for å forstå og håndtere symptomer og komplikasjoner som sykdommen medfører.

Pasienter med behov for palliasjon og lindrende behandling finnes i alle deler av helse – og omsorgstjenesten.

Uttrykket lindrende behandling omfatter både behandling, pleie og omsorg, og er synonymt med faguttrykket palliasjon. I denne strategien vil både lindrende behandling og palliasjon bli brukt som likeverdige begrep.

#### **Viktige presiseringer om palliasjon, ifølge WHO:**

- *Lindrer smerte og andre plagsomme symptomer*
- *Anerkjenner døden som en naturlig del av livet*
- *Har verken til hensikt å fremskynde eller utsette døden*
- *Inkluderer psykologiske og åndelige/eksistensielle aspekter i pasientomsorgen*
- *Tilbyr nødvendig hjelp og støtte slik at pasientene kan leve et så aktivt liv som mulig frem til døden inntreffer*
- *Tilbyr nødvendig hjelp og støtte slik at pårørende kan håndtere både pasientens sykdom og egen sorgprosess*
- *Bruker en tverrfaglig tilnærming for å ivareta pasienter og pårørendes behov, også i sorgprosessen hvis påkrevd*
- *Skal forbedre livskvaliteten og kan også virke positivt på sykdomsforløpet*

*Hentet fra: Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, [14.10.2019](#)*

### **1.3 Strategiens rolle i planstruktur**

Strategien er forankret i kommuneplanens samfunnsdel – og er på nest øverste nivå i planstrukturen, på samme nivå som temaplaner

Strategien skal gjennomføres i perioden 2021 – 2032.

I de årlige handlings- og økonomiplanene vil de konkrete tiltakene som skal gjennomføres for å følge opp samfunnsdelen og denne strategien, prioriteres og beskrives nærmere. I de årlige økonomiplanene vil også finansiering avklares.

Gjennom politisk behandling skal strategien gi føringer og prioriteringer for hvordan kommunen må sikre tilstrekkelig kapasitet på tilbud innen heldøgns omsorg, både institusjonsplasser og tilpassede boligkonsepter med og uten døgnbemanning, gitt den demografiske utviklingen fram mot 2032.

Strategi skiller seg fra plan ved at den ikke har tiltak.

### **1.3 Organisering av arbeidet**

Strategien er utarbeidet av en bredt sammensatt arbeidsgruppe bestående av representanter fra sentrale fagmiljøer - og består av ledere, ansatte og tillitsvalgte. Koordinering av arbeidet og administrativ forankring, sikres gjennom prosjektplan for *Bolig og omsorgsbygg*

Det er lite statistikk og tallmaterieell for lindrende behandling i ny kommune. Dette har medført at arbeidsgruppa har hentet mye av faktagrunnlaget fra nasjonale utredninger, forskningsrapporter og aktuelle stortingsmeldinger.

Strategien er foreløpig en hørings sak – og skal etter politisk behandling i april 2022, ut på høring til andre aktuelle samarbeidsinstanser.

Endelig strategi vedtas innen utgangen av juni 2022.

## 2.0 Strategier

Strategien skal gi kunnskap om det lindrende arbeidet i Drammen kommune og vise retning for det kommende arbeidet, sett i et 12 års perspektiv.

For å nå målet med å sikre innbyggere tilbud om tilstrekkelig og riktig lindrende behandling, skal:

1. kommunen sikre sømløse overganger mellom ulike tjenester for pasientgruppen
2. kommunen ha et tydelig og koordinert behandlingsforløp for brukere som er i behov av lindrende behandling
3. kommunen gjennom helsefelleskap sørge for tett samarbeid og samhandling vedrørende lindrende behandling med spesialisthelsetjenesten
4. kommunen legge til rette for hjemme død i tråd med brukerens eget ønske
5. kommunen samle spisskompetanse og ressurser om spesialisert lindrende behandling
6. kommunes hjemmetjenester ha kapasitet og kompetanse til å kunne gi lindrende behandling i hjemmet
7. kommunen ha satt kompetanseutvikling innen lindrende behandling i system
8. kommunen ha god oversikt over utviklingen av kreft og andre alvorlige diagnoser i lokalsamfunnet
9. kommunen ha utviklet tydelig pårørendeomsorg – som også favner barn som pårørende
10. brukere og pårørende være informert om hvilke tilbud kommunen har innenfor lindrende behandling
11. kommunen ha utviklet et godt samarbeid med frivillig sektor og ulike tros- og livssynssamfunn

## 3.0 Styringsdokumenter og føringer

### 3.1 Nasjonale føringer

- Lindrende behandling i livets slutfase – nasjonale faglige råd 2018
- Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling
- NOU 2017:16 På liv og død
- Vi – de pårørende, Regjeringens pårørende strategi og handlingsplan 2021-2025
- Pårørende veileder, Helsedirektoratet 2019
- Leve med kreft, Nasjonal kreftstrategi (2018-2022)

### 3.2 Lokale føringer

Lindrende behandling i Drammen kommune er ikke nedfelt i eget planarbeid i den nye kommunen. Fra tidligere Drammen kommune ved «Temaplan for Helse, sosial og omsorg 2015-2018» finnes noen føringer for lindrende behandling;

- I planperioden utredes innholdet i nytt helsehus sammen med legevakt i lokaler tilknyttet nytt sykehus på Brakerøya
- Helsehuset vil inneholde: Utskrivningsklare pasienter (USK), kommunale akutte døgnplasser (KAD) og lindrende enhet – et «ressurssenter» med plasser for døgnopphold, dagopphold og

poliklinisk behandling. Det legges til rette for at den spesialiserte kompetanse innen lindrende behandling som er opparbeidet knyttet til dagens avdeling deles med medarbeidere som yter tjenester i hjemmet, slik at flere av de som ønsker det også kan være hjemme i den siste tiden av livet

I bystyrekomite helse, sosial og omsorg, juni 2019 (arkivsak –dok.19/20872-1), ble det blant annet fremlagt følgende:

*«Det er en forutsetning at fagmiljøet innen palliasjon deler sin kompetanse og samarbeider med annet helsepersonell. Behov for lindrende behandling og avansert klinisk kompetanse øker i kommunene. Dette fagområdet må derfor styrkes og videreutvikles i årene fremover».*

**Videre står det også følgende:**

*«Lindrende enhet i kommunen som er organisatorisk tilrettelagt, har faglig kompetent personale for å kunne gi mer avansert palliativ behandling og pleie, enn det som kan tilbys i vanlig sykehjems avdeling».*

## 4.0 Framskrivninger

Frem til 1950 døde de fleste hjemme. Utviklingen de siste 50 år viser at flere dør i sykehjem, og færre dør på sykehus eller hjemme.

Tall for 2018 viser at rundt 30 prosent dør på sykehus og 50 prosent i sykehjem eller annen helse- og omsorgsinstitusjon i Norge. Bare 13 prosent dør hjemme.

Forskning viser at flere ønsker å dø hjemme og det er behov for at tjenestene i større grad legger til rette for at pasienter får mer tid hjemme og mulighet for hjemmedød.

Helsepersonell i Drammen kommune ivaretar i dag lindrende omsorg og behandling til mennesker med uhelbredelig progredierende sykdom – der hvor pasienten bor. Det vil si; hjemmebasert omsorg, på sykehjem/institusjon, og på andre heldøgns bemannede boliger. Fastleger og leger ved de ulike sykehjem har en sentral rolle i behandlingen.

Ikke alle diagnosegrupper får like tett og god oppfølging når det kommer til lindrende behandling og omsorg som for eksempel i kreftomsorgen.

Pasientene har ofte et sammensatt sykdomsbilde med hyppige og raske endringer av symptomer, et svingende forløp, behov for kontinuitet, tverrfaglig samarbeid og samhandling med flere aktører. Dette fordrer god planlegging, involvering av og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helsepersonell i kommunene.

Et pasientforløp i palliasjon kan deles i tidlig palliativ fase, sen fase og en slutfase med omsorg og behandling ved livets slutt. Studier har vist at tidlig integrasjon av palliasjon kan føre til bedre symptomlindring, økt livskvalitet, forlenget overlevelse, bedre sykdomsforståelse, færre innleggelses i sykehus i sen/slutfasen av sykdomsforløpet. og for kreftpasienter mindre kjemoterapi mot slutten av livet.

Pasienter i livets slutfase, og deres pårørende, har et spesielt behov for trygghet og verdighet. Helsepersonell har behov for kompetanse og en plan for omsorg og behandling når livet går mot slutten.

Avhengig av behov og kompleksitet differensieres det mellom 2 nivåer med hensyn til kompetanse; grunnleggende palliasjon og spesialisert palliasjon. Alle helsearbeidere som arbeider med pasienter med livstruende/livsbegrensende sykdom skal beherske grunnleggende palliasjon.

Pasienter med komplekse problemstillinger har behov for spesialisert palliasjon, som tilbys av fagpersoner i palliative team og av palliative enheter med spesialistkompetanse innen lindrende behandling.

#### 4.1 Demografi og sykdomsbilde

Demografiske endringer, med blant annet en økende andel eldre i befolkningen, stadig høyere levealder og et økende antall personer med alvorlige kroniske sykdommer, vil bidra til at flere vil ha behov for lindrende behandling og omsorg i framtiden.

Innbyggere over 65 år utgjorde i 2016 nesten 17 prosent av befolkningen – og både antallet og andelen eldre forventes å øke betydelig fram mot 2040. Det er geografiske variasjoner i aldringsmønsteret innad i kommunen.

De demografiske endringene påvirker sykdomsbildet. Flere vil leve lenge med én eller flere kroniske sykdommer. Det vil være flere med aldersrelaterte sykdommer, slik som demens. Medisinske og teknologiske framskritt gjør at sykdommer som mange tidligere døde av, i større grad kan behandles, og det blir enklere for mange å leve med sykdom og funksjonssvikt.

Antall mennesker med kreft antas å fortsette å øke i årene framover. Om lag 40 prosent flere vil få kreft i 2035 sammenliknet med i dag (Kreftregisteret, 2017).

Dersom aldersspesifikk forekomst ikke forandrer seg, vil økningen i forventet levealder i Norge medføre at antallet personer med demens mer enn dobles fra 2015 til 2050.

Både andelen og antallet som lever med hjerte- og karsykdom, vil øke. En femtedel (21 prosent) av hele befolkningen lever i dag med hjerte- og karsykdom eller har høy risiko for slik sykdom (Folkehelseinstituttet, 2018).

Å yte lindrende behandling og omsorg til alle med behov, uavhengig av alder, diagnose, funksjon og bosted, vil kreve mer av kommunen og en tydeligere prioritering av oppgaver.

#### 4.2 Diagnoser og tilstander

Tradisjonelt er tilbud om lindrende behandling og omsorg bygd opp rundt kreftsykdommer. I de senere årene er det tydeliggjort at alle med begrenset levetid kan ha behov for lindrende behandling og omsorg, uavhengig av diagnose og tilstand.

Begrenset levetid kan variere fra uker til år. Det er vanlig å leve med flere sykdommer samtidig og over lengre tid. Mange har smerter og sterk funksjonssvikt og kan ha et bredt spekter av behov. De fleste smertetilstander kan lindres eller reduseres vesentlig med riktig behandling og omsorg.

Med økende alder er det normalt å oppleve gradvis sviktende helse. Sviktende helse bidrar til økt sykkelighet og dødelighet. Også i alderdommen og ved økt sykkelighet er det behov for lindrende behandling og omsorg for å gjøre den siste tiden så god som mulig.

Sviktende helse hos eldre kan innebære vekttap, nedsatt matlyst og inaktivitet, ofte ledsaget av nedstemthet og nedsatt forsvar mot infeksjoner. Sviktende helse og generell alderdomsutvikling og etter hvert død, utgjør den «alminnelige» døden.

Et framtidsrettet tilbud om lindrende behandling og omsorg må tilpasses det økende antallet eldre pasienter.

Om lag halvparten av barn som fødes med en tilstand som vil kreve lindrende behandling og omsorg, dør i løpet av første leveår, ofte etter langvarige sykehusopphold. De barna som lever lenger enn ett år, har store variasjoner i helsetilstanden, fra tilsynelatende friske til alvorlige komplekse funksjonshemninger. Disse barna vil ha ulike behov – fra enkle støttetiltak i kommunen til avansert behandling i spesialisthelsetjenesten. De er hyppige brukere av helse- og omsorgstjenesten og tilbringer mye tid i sykehusets barneavdeling, på poliklinikken og i habiliteringstjenesten.

## 5.0 Lindrende behandling - spesialisthelsetjenesten

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven at de regionale helseforetakene skal sørge for at mennesker som bor eller oppholder seg innen sin helseregion, tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon.

I spesialisthelsetjenesten gis lindrende behandling og omsorg både ved ordinære sykehusavdelinger og i spesialiserte lindrende enheter, som palliative team, poliklinikker ved palliativt senter eller på smerteklinikker.

Palliativt team ved Drammen sykehus har nylig byttet navn til Palliativt senter. De forholder seg til Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling, Helse Sør-Øst (KLB) som har en klinisk del og en forsknings- og utviklingsdel.

De palliative sentrene jobber tverrfaglig, men det kan være ulike faggrupper som er tilknyttet hvert enkelt sykehus. Noen palliative sentre i sykehus har også en lindrende enhet med sengeplasser.

Palliativt senter ved Drammen sykehus har lege, sykepleier, sosionom, prest og fysioterapeut som en del av teamet. Men de har ingen egen avdeling med sengeplasser pr i dag. De har bred kompetanse i palliasjon og er et sentralt bindeledd mellom 1 og 2 linjetjenesten.

KLB skal være en ledende aktør innen kunnskapsbasert lindrende behandling i helseregionen. De skal bygge opp og spre kompetanse i fagfeltet samt å være en aktiv pådriver for ulike organiserte kompetansenettverk i palliasjon.

Kompetansenettverkene er viktige for å sikre samarbeid og kontinuitet og felles tilnærming mellom kompetansesentrene og palliative sentre i spesialisthelsetjenesten og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det ble i 2021 laget en «Handlingsplan for kompetansenettverk innen palliasjon og kreftomsorg for Drammensregionen» etter en reetablering av nettverket i Vestre Viken i 2020. Drammensregionen består av Drammen sykehus og kommunene Drammen, Asker, Holmestrand og Lier.

Handlingsplanen beskriver ressursykepleierenes rolle og satsningsområder som introduksjonskurs, hospitering, lokale fagdager og nettverkssamlinger. Ressursykepleieren skal være en lokal ressurs og spre kompetanse og bidra til bedre samhandling.

I Drammen kommune har kreftkoordinatorene ansvar for ressursykepleierne i deres nedslagsfelt, som pr i dag består av 46 ressursykepleiere. I perioden 2021 – 2023 er en av kreftkoordinatorene leder av driftsgruppen for Drammensregionen.



I neste periode vil Drammen sykehus ha driftsansvaret, slik at både helseforetaket og kommunen skal veksle på å lede nettverket for Drammensregionen.

## 6.0 Lindrende behandling i Drammen kommune

### 6.1 Oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen mottar nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis lindrende behandling og omsorg blant annet som helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand, og plass i institusjon, blant annet sykehjem og barneboliger.

Fastlegen har det medisinske ansvaret for hjemmeboende pasienter. Fastlegen har ofte fulgt pasienten og familien over lang tid og har bakgrunnsinformasjon og et forhold til pasienten og familien som annet personell ofte ikke har.

Krav om lege tilknyttet sykehjem er gitt i forskrift om sykehjem og boform for heldøgnsopphold.

Etter forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, skal kommunene organisere legetjeneste for beboerne. Den tilknyttede legen har ansvaret for den medisinske behandlingen.

Kommunen skal ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog. Sosionomer kan også bidra overfor mennesker med begrenset levetid og deres pårørende.

Prester, diakoner og representanter for andre tros- og livssynsamfunn kan i tillegg til annet personell ha en viktig rolle i lindrende behandling og omsorg.

For den som trenger lindrende behandling og omsorg, er det viktig med tiltak som bidrar til å opprettholde relasjoner, aktivitet og mestring.

Drammen kommune har 2 kreftkoordinatorer som skal bidra til å styrke kreftomsorgen og omsorgen for mennesker i livets siste fase.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har ansvar for å tilby gratis tannhelsetjenester til noen grupper eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Mange som mottar lindrende behandling og omsorg omfattes av dette.

### 6.2 Oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Noen pasienter vil ha behov for spesialisert kompetanse i palliasjon ved hjelp av palliativt senter på Drammen sykehus som har både poliklinikk og ambulerende tjeneste i hjemmet.

Andre pasienter vil ha så komplekse palliative behov at de trenger å være på en av de lindrende enhetene i kommunen, eller innlagt på lokalsykehuset.

Og andre vil kunne få tilstrekkelig palliativ behandling i hjemmet hvor fastlege og hjemmetjeneste er involvert.

Kreftkoordinator er ofte koblet på når pasient og pårørende ønsker å avslutte livet i hjemmet, enten direkte eller som en veileder i forhold til hjemmetjenesten og ressurspsykeleierne.

Det er viktig å komme inn i forløpet så tidlig som mulig for å kunne gjøre de riktige vurderingene og være godt forberedt. Dette er nøysomt arbeid og en prosess.

Når det gjelder kreftpasienter er kreftkoordinator ofte tidlig inne i bildet for de pasienter som ønsker det. Samtalene om tiden fremover starter gjerne før noen andre tjenester i kommunen er koblet på. Fastlegen skal være koblet på.

Når tiden er moden, kan det gradvis kobles på kommunale tjenester. For mange gjelder dette hjelpemidler, trygghetsalarm og hjemmetjeneste hvor ressurspsykeleier ofte er involvert.

Pasienten kan være av og på med behandling. Men på et tidspunkt vil behandling avsluttes fordi pasienten ikke lenger responderer på behandling eller nytteverdien av behandling blir dårlige enn gevinsten av behandling.

Pasienten kommer til en fase i forløpet hvor behandling på onkologisk avdeling opphører og pasienten overføres ofte til palliativt senter på Drammen sykehus for lindrende behandling.

Ved god oppfølging og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen vil man klare å fange opp når man skal gjøre forberedelser til for eksempel hjemmedød eller planlegge for en søknad til kommunenes lindrende enheter.

Det er en målsetting å få sammenhengende pasientforløp og tidlig integrasjon av de palliative tjenestene med de øvrige helse- og omsorgstjenestene. For å nå disse målsettingene er det nødvendig at helsepersonell har høy kompetanse i palliasjon.

Det gis anbefalinger som skal bidra til at pasienten kan være hjemme lengst mulig og om ønskelig dø hjemme. Integrasjon av palliasjon bør skje tidlig i forløpene og palliasjon bør gis til alle som har behov, uavhengig av diagnose.

### **Kreftkoordinator**

Opgavene til en kreftkoordinator omfatter koordinering og tilrettelegging av hverdagen for kreftpasienter og deres pårørende, ansvar for å samordne tilbud og tjenester til disse pasientene i kommunen, og bidra til gode rutiner og systemer for kreftomsorg i kommunen.

Gjennom denne innsatsen er formålet å bedre livskvalitet og levekår hos kreftpasienter og deres pårørende, og styrke kreftomsorgen i kommunene.

Drammen kommune bruker «Retningslinjer for bruk av medikamentskrin» som er utarbeidet for pasienter som ønsker lengst mulig hjemmetid og eventuelt hjemmedød.

Målet er blant annet å hindre sykehusinnleggelse når det er avklart at pasienten ikke ønsker noen form for aktiv behandling og vil være hjemme helt mot slutten.

Denne planen legger opp til en slags «forhåndsamtale» hvor man avklarer en rekke punkter før medikamentene, som brukes ved livets slutt, foreskrives av fastlegen evt lege i palliativt senter.

Når pasienten er hjemmeboende er det fastlegen som er pasientansvarlig lege og den som har behandlingsansvar.

Når fastlegen trenger råd og veiledning i forhold til avansert medikamentell behandling ved livet slutt, kan fastlegen kontakte palliativt senter for råd eller felles hjemmebesøk hos pasienten.

Allerede når medikamentskrinet tas i bruk, legges det en plan for tiden fremover og da er det hjemmesykepleien som jobber tettest på pasient og pårørende.

For å kunne håndtere avansert medikamentell behandling trengs det sykepleiere som er trygge i slike situasjoner.

Da er det en forutsetning at virksomhetene har gode kompetanseplaner som setter tema palliasjon i årshjulet og at nyutdannede sykepleiere får god opplæring i forhold til pasienter i denne fasen av livet.

Drammen kommune har vedtatt å bruke en tiltaksplan som heter «Livets siste dager – en plan for lindring i livets slutfase». Planen tas i bruk de siste 3-4 levedøgn hos en terminal pasient ut ifra noen kriterier og avklaringer.

Planen kan brukes både i hjemmetjenesten og i institusjon og skal kvalitetssikre at alle pasienter skal få lik oppfølging i forhold til symptomlindring, uavhengig av om de oppholder seg på en lindrende avdeling, sykehjem for langtid, boliger eller i hjemmetjenesten.

I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen beskrives hvilke elementer som bør inngå i en tiltaksplan for ivaretagelse av den døende pasienten ([Helsedirektoratet, 2015b](#)).

Den mest brukte planen for pasientforløp i livets siste fase i Norge er *Livets siste dager – plan for lindring i livet*, et strukturert pasientforløp for god ivaretagelse av døende pasienter de aller siste levedager og -timer og for deres pårørende, uavhengig av oppholdssted.

*Livets siste dager* er et pasienttilpasset forløp som er basert på den beste kunnskapen nasjonalt og internasjonalt innen dette området av palliasjon.

I anbefalingen av hvordan *Livets siste dager* skal benyttes, er det krav om helsefaglig kompetanse, involvering av pasient og pårørende, og hvordan pasientens behov systematisk skal følges i forløpet.

Det er særlig viktig at tjenester til pasienter i sykehjem og pasienter som bor hjemme samordnes. Kreftkoordinator eller annen koordinator i kommunen må samarbeide med fastlegen, mens koordinator i sykehuset må samarbeide med pasientens kontaktleger i sykehuset.

### 6.3 Plasser for avansert lindrende behandling (lindrende avdelinger)

Lindrende avdeling/plasser er et tilbud til pasienter som ikke har mulighet til å avslutte livet i eget hjem, som har behov for avlastning, eller trenger hjelp til bedret symptomkontroll. Pasientene som kommer på en lindrende avdeling, er der ofte i kort tid.

Disse enhetene gir tilbud til pasienter med et større og mer sammensatt behov for lindrende behandling, pleie og omsorg enn det vanlige langtidsavdelinger eller korttidsavdelinger kan tilby – og innehar et mer spesialisert fagmiljø.

Drammen kommunen har i dag tre lindrende avdelinger - en avdeling på Bråta med 4 plasser, ved Drammen helsehus er det etablert to samlokaliserte palliative enheter med 7+8 plasser, til sammen 15 plasser og en avdeling i Svelvik med 2 plasser.

På lindrende avdeling gis behandling innenfor allmennt medisinsk kompetanse. Kommunene må sørge for tilstrekkelig utstyr og laboratoriefunksjoner for å ivareta innlagte pasienter.

Lindrende avdeling bør ha klart definerte inntakskriterier, tilpasset den enkelte kommunes behov. Kriteriene må ha en klar forankring i kommunens helse- og omsorgsledelse.

Øvrige kriterier vises det til i *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, Nasjonal faglig retningslinje, 2019*.

Rundt 50% av befolkningen dør på institusjon eller annen omsorgsbolig nasjonalt. Av dem som døde på institusjon eller annen omsorgsbolig i Drammen i 2018 døde bare 1 av 5 på en av de lindrende avdelingene. De aller fleste døde andre steder i kommunen enn på de lindrende avdelingene.

#### 6.4 Lindrende behandling i hjemmet

Lindende behandling gitt av hjemmebaserte tjenester er todelt. Den første gis ofte til eldre pasienter med et sammensatt sykdomsbilde, med symptomer og plager som krever lindrende behandling.

Denne behandlingen gis ofte over lengre tid og pasientene avslutter sjelden livet i eget hjem, da den generelle helsetilstanden ofte forverrer seg slik at de har behov for et annet tjenestenivå før de kommer i livets siste fase. Denne formen for lindrende behandling gis av ansatte i hjemmetjenesten etter forordning fra fastlegen – og behandlingen gis ofte over et lengre tidsrom.

Den andre formen for lindrende behandling gis til gruppen som får lindrende behandling i hjemmet. Dette er ofte pasienter under 80 år. Ofte har disse en kreftdiagnose eller annen alvorlig diagnose, med kort forventet levetid.

Lindrende behandling til denne pasientgruppen er mer krevende og uforutsigbar enn den første - og pasientene veksler ofte mellom å være i behov av spesialisthelsetjenester og tjenester fra kommunen.

Pasientene har ofte et sterkt ønske om å være lengst mulig i eget hjem - og har ofte et ønske om å få avslutte livet i eget hjem. Den lindrende behandlingen gis av hjemmetjenesten - som har resurssykepleiere med ekstra kompetanse på lindrende behandling. Behandlingen gis også ofte i samarbeid med fastlege og palliativt senter på Drammen sykehus eller annen spesialistenhet.

#### 6.5 Lindrende behandling i sykehjem og omsorgsboliger/bofellesskap

Eldre som bor på sykehjem eller i bemannede omsorgsboliger har ofte behov for lindrende behandling, også i tiden før de kommer i livets siste fase. Mange har flere diagnoser og plager som krever lindrende behandling.

De fleste av pasientene som avslutter livet på sykehjemmet eller i boligen og vil i være i behov av lindrende behandling i livets siste fase. Pasienter i livets siste aller fase trenger et mer standardisert lindrende behandlingsforløp, noe som blir ivaretatt gjennom en tiltaksplan.

Medikamentell behandling administreres av fast personal etter forordning fra sykehjemslege eller fastlege.

#### 6.6 Andre tjenester i kommunen

Det gis også lindrende behandling innenfor tjenesteområdene som innbefatter tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne og tjenester innenfor psykiatri/rus.

Mennesker med tilbud fra disse tjenesteområdene blir også stadig eldre og får tilleggssykdommer som krever lindrende behandling.

Behandlingen kan variere fra mer enkel og standardisert behandling til avansert, og gis i all hovedsak av personalet tilknyttet boligen i samarbeid med en fastlege. I de mest avanserte tilfellene kobles også palliativt team på saken.

Ofte kan det være behov for ytterligere bistand fra hjemmetjenesten og eventuelt fra en lindrende avdeling. Kreftkoordinator bidrar ofte med veiledning til både pasienter, pårørende og ansatte i hjemmetjenesten.

Målet er at pasienten skal få dekket sitt behov for tjenester der de bor, så lenge dette er faglig forsvarlig

## 7.0 Utfordringsbildet

I dette kapittelet beskrives sentrale utfordringer som det er viktig å finne løsninger på for å lykkes med det lindrende behandlingstilbudet i kommunen.

### 7.1 Nødvendig utstyr og hjelpemidler

Hjelpemidler er ofte et viktig tiltak for pasienter med behov for lindrende behandling. Det kan være behov for sykeseng med eller uten trykkavlastningsmadrass etc., men også forflytningshjelpemidler, hjelpemidler til dusj og toalettbesøk etc.

Kommunen er pliktig til å låne ut hjelpemidler til kortvarig behov, mens NAV innvilger og skaffer utstyr til varig behov. Hjelpemidler det er innlysende vil bli innvilget, blir i praksis levert ut fra kommunens korttidslager før NAV fatter vedtak, for å unngå unødig ventetid.

Tilsvarende hjelpemiddel blir levert fra NAV til kommunen etter innvilgelse. For terminalpasienter henter kommunen hjelpemiddelet hos NAV og saksgangen blir ivaretatt i ettertid.

Det er i særlig grad fysio- og ergoterapeuter i Aktivitet og rehabilitering som søker NAV om hjelpemidler, men også personell innen omsorgstjenesten. Avdeling hjelpemidler og teknologi har ansvar for å bringe hjelpemidler hjem til brukeren.

Det finnes også små lagre av enkle hjelpemidler i mange av virksomhetene i hjemmetjenester og institusjon for å dekke det umiddelbare behovet. Det er til tider noe ventetid for å få hjelpemidler kjørt ut. Avdeling hjelpemidler og teknologi prioriterer utkjøring etter en prioriteringsnøkkel.

Erfaringsmessig vil mange av pasientene med behov for lindrende behandling blir høyt prioritert, og få hjelpemidler raskt levert. Ved økt bruk av lindrende behandling hjemme, vil behovet for hjelpemidler øke. Dette kan gi kapasitetsutfordringer i avdeling hjelpemidler og teknologi.

### 7.2 Tildeling av kommunale tjenester for lindrende behandling

Tjenestetildeling og koordinerende enhet administrerer kommunens korttidsplasser, langtidsplasser og bolig med heldøgns omsorg. Formålet med en helhetlig forvaltningspraksis innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang.

Spesialiserte sykehjemsplasser og døgnplasser møter utfordringer i dagens tildelingspraksis.

Nasjonale anbefalinger fremmer egne avdelinger med øremerkede plasser til pasienter med behov for lindrende pleie og omsorg som et viktig kriterie i å lykkes med det kommunale tilbudet i palliasjon.

Med nåværende praksis opplever de lindrende enhetene at tilbudet forringes ved at det legges inn pasienter med annet type behov for behandling enn palliasjon, på disse plassene. Det medfører videre rekrutteringsutfordringer og manglende mulighet til å bygge opp robuste fagmiljøer med høyspesialisert kompetanse innen palliasjon.

En slik kompetanse krever flere års høyere utdanning, samt at denne type erfaring og kompetansen er svært ettertraktet. Dersom grunnlaget for å nyttiggjøre seg av spisskompetansen ikke er til stede, øker turnover.

Drammen kommune erfarer i dag at sykepleiere med spesialkompetanse innen palliasjon velger å slutte i sine stillinger fordi pasientgruppen på lindrende ved Drammen helsehus og Bråta ikke nyttiggjør seg av den kompetansen spesialiserte sykepleiere innehar.

Enhetene for lindrende plasser må derfor tildeles lindrende pasienter og ikke til pasienter som er i behov av en ordinær korttidsplass, slik at kompetansen blir brukt hensiktsmessig, og man får beholde og utvikle dyktige fagfolk.

I en høyspesialisert avdeling med lindrende plasser, kan det være nødvendig at plasser står tomme i påvente av de palliative pasientene. Det vil kunne medføre at andre pasienter med annet type behov for heldøgns omsorg blir overliggere på sykehus.

Det ligger et mulighetsrom i å sikre belegg gjennom tettere samarbeid med fastlege, kreftkoordinator, spesialisthelsetjeneste og palliativt senter, hvor kommunen kan komme i posisjon til å følge opp behandling i kommunal tjeneste.

Tidlig og målrettet innsats kan redusere liggedøgn på sykehus, sikre trygg overgang til kommunale tjenester og fremme god dialog med pårørende.

Det burde vært spesifikke kriterier som pasienten må oppfylle før innleggelse ved en avansert lindrende avdeling, dette for å sikre riktig pasient til riktig plass.

### 7.3 Informasjon til kommunes innbyggere om lindrende behandling

Når flere tjenester skal samhandle, oppstår det ofte svikt. Ved overgang mellom tjenestenivåene skifter ansvaret for pasientene, og oppgavens innhold og karakter endres. Dette er et kjent risikoområde.

For at pasienter som har behov for helsetjenester i hjemmet etter utskrivning fra sykehus skal få sammenhengende, gode og trygge tjenester, må sykehus og kommune samhandle.

Et landsomfattende tilsyn gjennomført i 2015 (Rapport fra Helsetilsynet 2016) avdekket at pasienter fikk for lite informasjon om behandlingen på sykehuset og hva som skulle skje når de kom hjem.

Tilsynet viste også alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Overføring av informasjon mellom sykehus og kommune var det området hvor fylkesmennene fant flest lovbrudd og forbedringsområder.

Dette handler dels om for sen informasjon, måten informasjon ble oversendt på, og det å sikre informasjonen ble forstått.

Når informasjon kommer sent eller vesentlig pasientinformasjon mangler eller er ufullstendig, kan det få alvorlige konsekvenser for den pasientbehandlingen kommunen skal yte.

Drammen kommune deler det utfordringsbildet som fremkommer i rapporten.

## 7.4 Kompetansebehov

Med bakgrunn i den demografiske utviklingen og sykdomsutviklingen vil det være et stort behov for personell i helse- og omsorgstjenesten framover.

Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå anslår at antall årsverk i den samlede helse- og omsorgstjenesten må øke med om lag 35 prosent fram mot 2035 for å dekke framskrevet behov for helse- og omsorgstjenester - hvis vi fortsetter som nå.

Det er allerede lagt fram en rekke stortingsmeldinger og planer som adresserer de framtidige utfordringene og skisserer mulig grep for å sikre økt kapasitet og utvikling av nye og innovative løsninger, blant annet:

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 og Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Det følger av disse stortingsmeldingene at det verken er ønskelig eller mulig å møte veksten i tjenestebehov ved primært å øke bemanningen. Andre virkemidler må tas i bruk.

Det vil framover være nødvendig å utnytte potensialet av tilgjengelige ressurser bedre. Det vil bli større krav til samhandling, og det er behov for innovasjon og nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten.

Dette gjelder både den generelle utviklingen av tjenestetilbudet og utviklingen av tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg.

## 7.5 Pårørende og frivillig arbeid

### 7.5.1 Pårørende

Støtte fra pårørende er viktig og verdifullt for den som har kort forventet levetid. Mange pårørende gir både pleie og praktisk bistand og bidrar til at pasienten føler seg ivaretatt og trygg.

Involvering av pårørende kan være spesielt viktig når en person er døende og kan trenge hjelp til å uttrykke egne behov og ønsker.

Den frivillige og i all hovedsak familiebaserte omsorgen er nesten på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten.

Det er imidlertid ingen selvfølge at den uformelle omsorgsinnsatsen vil bestå. Snarere taler både endringer i befolkningens alderssammensetning, familieforhold og bosettingsstruktur for at familiens muligheter for å yte omsorg kan bli svekket.

Samtidig understreker det økte presset på tjenestene og knapphet på helse- og sosialpersonell at det er viktig at den uformelle omsorgen opprettholdes også i tiden som kommer.

FNs familieomsorgskoeffisient, det vil si forholdet mellom antall personer over 85 år og antall personer i alderen 50–66 år, er et demografisk uttrykk for potensiell omsorgsevne. Koeffisienten ventes å falle fra 9,3 i 2018 til 4,3 i 2050.

I tillegg er det en økende andel enslige i befolkningen, og en stor andel av befolkningen er i arbeid.

Dette er utviklingstrekk som vil påvirke muligheten til å gi uformell omsorg til familiemedlemmer (Holmås, Kjerstad & Monstad, 2016).

Omfattende omsorgsoppgaver kan gi store belastninger i de pårørendes liv.

Pårørende som yter omsorg, er mer utsatt for fysiske og psykiske plager og lidelser enn befolkningen for øvrig, noe som kan tilskrives belastningen omsorgsarbeidet medfører.

For å lykkes med å opprettholde den uformelle omsorgen på dagens nivå må det legges til rette for godt samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgspersonell.

Pårørende må få støtte og avlastning slik at de ikke sliter seg ut, men kan ha en jevn innsats for sine nære.

Det bør videre legges til rette for at pårørende kan kombinere yrkesaktivitet med omsorg for sine nære, også ved livets slutt.

### 7.5.2 Frivillige

Innen lindrende behandling og omsorg vil det være et stort behov for frivillige i årene som kommer.

Det ligger store muligheter i å engasjere flere i frivillig arbeid i helse- og omsorgssektoren. Spesielt kan frivillige bidra til å redusere ensomhet ved livets slutt, og til å innfri ønsket om økt hjemmetid og hjemmedød.

Deltakelse i frivillig arbeid skjer ikke av seg selv, men må mobiliseres og holdes ved like gjennom systematisk arbeid.

Undersøkelser viser at kommunene ser et stort behov for frivillig innsats som et supplement til omsorgstjenestene, men mange har mangelfull kompetanse i å etablere, utvikle og følge opp et samarbeid med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner (Disch & Vetvik, 2009).

Dersom de kommunale tjenestene setter av egnet fagpersonell eller samarbeider med ideelle organisasjoner om dette, viser erfaring at en slik investering kan bidra til en betydelig frivillig innsats.

## 8.0 Samhandling mellom ulike instanser

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - § 4-1).

En av hovedutfordringene i helsetjenesten i dag, er at mange pasienter opplever en helsetjeneste som er fragmentert, med mangelfull samhandling innad i og mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Pasientforløp bør brukes og tilpasses den enkelte pasients behov, slik at hver enkelt pasient får en plan – et pasienttilpasset forløp. Godt organiserte pasientforløp vil kunne bedre logistikk og samhandling, redusere risikonivået for uønskede hendelser og derved øke pasientsikkerheten.

Helsedirektoratet fremholder at tverrfaglig samarbeid bør være den grunnleggende metodikken for oppfølging av pasienter med omfattende og sammensatt behov – og for å møte fremtidig kapasitetsbehov.

Kommunen burde formalisere kommunikasjonskanaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, på lege og sykepleiernivå og tydelig påpeke ansvarsområder. God



planlegging og tett samarbeid burde sikre gode overgangene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.

Målet må være at pasientene sikres best mulig flyt i sitt forløp slik at de ikke blir en kasteball i et stort og fragmentert system.

Gjennom tverrfaglig samarbeid vil pasientene få god symptomlindring, sikre opplæring av pasient og pårørende og tilrettelegging av tilbudet enten i hjem eller på institusjon.

Tverrfaglig samarbeid bidrar til god samhandling mellom tjenesteutøverne slik at pasientene får et best mulig liv frem mot livets slutt. Drammen kommune ønsker å være med på å utvikle strukturer som formaliserer tverrfaglig samhandling.

### 8.1 Forhåndssamtaler

Drammen kommune bør videreutvikle systematikken rundt forhåndssamtaler. Forhåndssamtaler er ikke bare en samtale, men samtaler som bør gjøres ved vendepunkter i forløpet. Dette gjelder for kreftpasienter og andre pasientgrupper som over lang tid, måneder til år, får livsforlengende behandling.

### 8.2 Tverrfaglige møteplasser

Det er i dag faste tverrfaglige møter på Lindrende enhet både på Bråta og Helsehuset. Svelvik har ikke tilsvarende møter – kun telefonkontakt.

Her møtes leger og sykepleiere fra palliativt senter fra Drammen sykehus og leger, sykepleiere og kreftkoordinator fra kommunen. Felles pasienter blir drøftet og her foregår det også faglige utvekslinger som skal bidra til økt kompetanse.

For å få til et enda bedre samarbeid og flyt i forhold til de palliative pasientene som trenger en lindrende plass, kunne det vært nyttig om saksbehandler, fysio/ergo og andre aktuelle fagpersoner deltok i de faste tverrfaglige møtene der det var hensiktsmessig.

### 8.3 Digitale løsninger

Det vil være behov for bedre digitale løsninger fremover. Drammen kommune burde ha et elektronisk system som sikrer tilgang til nødvendig informasjon. Det er behov for løsninger som både evner å systematisere tilgjengelig tall og kunnskap og tilrettelegge for fremtidig planlegging.

Dagens løsninger gir ikke informasjon om hvor mange pasienter som har fått lindrende behandling og på hvilket nivå. Tildeling av lindrende plasser bør inn i denne løsningen.

## 9.0 Lokalisering av spesialiserte plasser i kommunen

De tre tidligere kommunene Drammen, Nedre Eiker og Svelvik hadde hver sine lindrende avdelinger med spesialiserte korttidsavdelinger.

«Bolig og omsorgsbygg – strategi for å møte fremtidens behov for heldøgnsomsorg for innbyggere som er 80 år og eldre», pekte på behovet for å samle denne type spisskompetanse i robuste fagmiljøer.

Strategien pekte videre på Drammen helsehus som ett av alternativene som kunne ivareta denne type spisskompetanse, faglig, administrativt og økonomisk.

Politisk plattform for Nye Drammen kommune peker på ambisjonen om å tilby tjenester nærmest mulig der innbyggerne våre bor – som kan virke som et motargument for å samle spisskompetansen.

Det var også en ambisjon i etablering av kommunen at arbeidsplasser skulle beholdes der de var før sammenslåingen.

I behandlingen av saken «Bolig og omsorgsbygg – strategi for å møte fremtidens behov for heldøgnsomsorg for innbyggere som er 80 år og eldre» vedtok politikerne at de opprinnelige plassene fra de tidligere kommunene skulle opprettholdes i ny kommune.

Blir denne politikken videreført vil det kunne bli utfordringer med å opprettholde robuste nok fagmiljøer på hver av lokasjonene. Lokasjonene får ikke tilstrekkelig volum av lindrende pasienter som medfører at de ulike avdelingene ikke får opparbeidet nok kompetanse og robuste fagmiljøer.

Drammen kommune opplever at flere slutter eller søker seg til andre kommuner eller spesialisthelsetjeneste, hvor det er mer spesialiserte avdelinger. Kommunen opplever også utfordringer med å rekruttere personell med avansert palliativ kompetanse.

I den videre behandlingen av lindrende strategi bør kommunen peke på behovet for å opprettholde beslutningen om at det skal være lindrende plasser ved alle tre lokasjonene eller samle dette tilbudet på færre steder - og hvor det fokuseres på oppbygging av robuste fagmiljøer.

I behandling om Drammen kommune bør ha flere lokasjoner eller færre, bør dette utredes nærmere:

- Hvordan kan kommunen bygge opp robust fagmiljø innenfor avansert lindrende behandling
- Utarbeide kriterier for lokalisering først – se på hvilke muligheter som finnes
- Intern og ekstern høringsrunde
- Gevinstkartlegging ved å samle plasser for avansert lindrende behandling og oppbygging av robust fagmiljø på færre steder