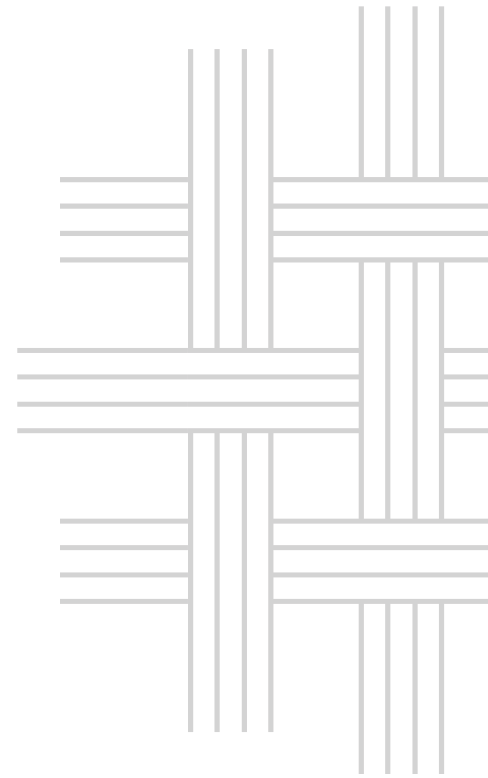




Høgskolen
i Innlandet



Marit Berg og Kari Kvigne

Palliativ enhet eller palliative plasser ved sykehjem i Stange kommune

Skriftserien 16 - 2021



Utgivelsessted: Elverum

© Forfatteren/Høgskolen i Innlandet, 2021

Det må ikke kopieres fra publikasjonen i strid med Åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for høgskolens syn.

I Høgskolen i Innlandets skriftserie publiseres både internt og eksternt finansierte FoU-arbeider.

Skriftserien nr. 16-2021

ISBN digital utgave: 978-82-8380-293-1

ISSN: 2535-5678

Sammendrag

Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og idrettsfag, institutt for sykepleiefag har på oppdrag fra Stange kommune utarbeidet foreliggende utredning om organisering av palliasjon i kommunen.

Utredningen tar for seg hva palliasjon er, fordeler og ulemper ved henholdsvis palliative senger i ordinær sykehjemsavdeling og egen palliativ enhet og økonomi knyttet til de ulike alternativene.

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom. Lindring av pasientens fysiske smerte og andre plagsomme symptomer, uavhengig av diagnose/sykdom, står sentralt. Målet er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon med uhelbredelig sykdom i familien. For å lykkes med palliasjon i kommunen kreves kompetanse hos personalet og tverrfaglig samarbeid – og samarbeid med spesialisthelsetjenesten i Sykehuset Innlandet HF.

Det foreligger erfaring fra andre kommuner i Norge med både palliative enheter i sykehjem og palliative senger i eksisterende sykehjemsavdelinger. Noen har gått enda "lenger" og etablert intermediær (1 ½-linje) avdeling i sykehjem, og noen har etablert hospice-enhet. Disse erfaringene, forutsatt at folketallet i kommunen er større enn 10 – 15 000 innbyggere, tilsier at palliativ enhet har flere fordeler enn palliative senger i eksisterende sykehjemsavdeling.

Behandlingstilbudet i palliative enheter er kostbart i forhold til driften ved ordinære sykehjemsavdelinger, men billig i forhold til behandling i sykehus (Garåsen m.fl., 2003). I tråd med utspillene fra nåværende helseminister Bjarne Håkon Hansen den siste tiden, er det rimelig å anta at kommunen dermed vil få et utvidet ansvar i forhold til pasientgruppene med behov for palliasjon framover.

Utfordringen er å ta stilling til på hvilken måte Stange kommune skal løse dette: Palliativ enhet eller palliative senger i sykehjem? Hvilken kompetanse er nødvendig for å håndtere utfordringene? Hvilke økonomiske konsekvenser gir realisering og drifting av tiltaket som velges?

Emneord: Utredning, palliativ, palliative plasser, palliativ enhet, sykehjem

Oppdragsgiver: Stange kommune

Abstract

Hedmark University, Department of Health and Sports Sciences, Department of Nursing, has, on behalf of Stange Municipality, prepared the present report on the organization of palliative care in the municipality.

The report addresses what palliative care is, the advantages and disadvantages of palliative beds in the ordinary nursing home ward and its own palliative care unit and finances related to the various alternatives.

Palliative care is active treatment, nursing and care for patients with incurable disease. Relief of the patient's physical pain and other troublesome symptoms, regardless of diagnosis / illness, is the key. The goal is the best possible quality of life for the patient and the relatives. This means that the patient and relatives are met and understood in relation to their situation with incurable disease in the family. In order to succeed with palliative care in the municipality, the competence of the staff and interdisciplinary collaboration is required - and collaboration with the specialist health service at Sykehuset Innlandet HF.

There is experience from other municipalities in Norway with both palliative units in nursing homes and palliative beds in existing nursing home wards. Some have gone even "further" and established an intermediate (1 ½-line) ward in a nursing home, and some have established a hospice unit. These experiences, provided that the population in the municipality is greater than 10 - 15 000 inhabitants, indicate that the palliative care unit has more advantages than palliative care beds in the existing nursing home ward.

The treatment offered in palliative care units is expensive in relation to the operation of ordinary nursing home wards, but cheap in relation to treatment in hospitals (Garåsen et al., 2003). In line with the proposals from the reasent Minister of Health Bjarne Håkon Hansen recently, it is reasonable to assume that the municipality will thus have an expanded responsibility in relation to the patient groups with a need for palliation in the future.

The challenge is to decide in which way Stange municipality will solve this: Palliativ unit or palliative beds in nursing homes? What skills are needed to handle the challenges? What financial consequences does the realization and operation of the measure chosen have?

Keywords: Examination, palliative care, palliative care places, palliative care unit, nursing home

Financed by: Stange Municipality

Forord

I Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009 trekkes lindrende (palliativ) behandling fram som et område for fortsatt satsing, spesielt innen kommunehelsetjenesten. Lindrende (palliativ) behandling er diagnoseuavhengig, men kreftpasienter utgjør en betydelig gruppe innenfor dette feltet.

Stange kommune har utarbeidet en plan for kreftomsorg for perioden 2007-2014. Det legges her vekt på at behandling, pleie og omsorg baseres på en helhetlig og tverrfaglig tenkning og at pasient og pårørende opplever best mulig symptomlindring og livskvalitet. Videre påpekes det at sykehjemmet er en viktig ressurs i denne siste fase av livet for mange pasienter for å skape trygghet, for å vareta pasient og pårørende og sikre optimal pleie og omsorg. Palliativ enhet/palliative senger foreslås opprettet ved ett av sykehjemmene i Stange kommune med det mål for øye å gi god pleie og omsorg for alvorlig syke og døende og deres pårørende.

I desember 2007 fikk Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og idrettsfag (HI), institutt for sykepleiefag, i oppdrag av Stange kommune å utrede muligheter for enten å opprette palliativ enhet eller palliative senger ved ett av sykehjemmene i kommunen, samt å avklare kompetansebehov og kompetanseutvikling av kommunens sykepleiere innen palliativ omsorg og kreftsykepleie. Det ble eksplisitt uttrykt at behovet for palliativ omsorg også skulle omfatte andre enn kreftpasienter.

I følge mandatet skulle utredningen omfatte:

- Den palliative omsorgens faglige forankring
- Forventet pasientgrunnlag
- Nødvendige og ideelle fasiliteter
- Fordeler og ulemper ved øremerkede palliative senger i en avdeling versus en egen palliativ enhet
- Kost/nytteeffekt
- Kompetansebehov og muligheter for Stange kommune til å rekruttere og beholde fagfolk med relevant kompetanse innen palliativ omsorg
- Muligheter for studieplasser for studenter ved Høgskolen i Hedmark, HI, institutt for sykepleiefag

Til grunn for denne utredningen er bl. a lagt:

- NOU 1999:2 Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende
- Standard for palliasjon utgitt av Norsk forening for palliativ medisin (2004)
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen utgitt av Sosial og helsedirektoratet (2007)
- Samhandling. Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter. Rapport 151521 2007
- Plan for kreftomsorg for Stange kommune 2007-2014
- Helse og sosialplan for Stange kommune 2007-2014

Vi har vært på studiebesøk til Eikertun sykehjem i Øvre Eiker. Videre har vi kontaktet flere sykehjem pr telefon for å få faktaopplysninger og kunnskaper om deres erfaringer med pallia-

tive enheter versus palliative plasser. Det vi særlig ønsket kunnskaper om var fasiliteter og utstyr, bemanning og økonomi/kostnader. Det har imidlertid vist seg å være vanskelig å få eksakte opplysninger om økonomi/kostnader.

Vi vil takke alle som velvillig har delt sine erfaringer med oss og som har bidratt med faktaopplysninger.

En spesiell takk til spesialsykepleierne Åse Kringsjå (Ottestad sykehjem) og Britt Unni Halle (Ottestad distrikt), til virksomhetslederne Arnhild Korsgaard Knutsen (Stange sykehjem) og Tove Nordli Selnes (Ottestad sykehjem) og instituttleder Reidun Hov, Høgskolen i Hedmark, HI, institutt for sykepleiefag, for verdifulle innspill i prosessen.

Rapportens oppbygging

I kapittel 1 defineres sentrale begreper. I kapittel 2 gis en kort beskrivelse av hva palliasjon innebærer. Kapittel 3 omhandler erfaringer fra kommuner og sykehjem som har etablert palliative enheter versus palliative sengeplasser og deres samhandling med ulike tjenestenivåer. I kapittel 4 beskrives situasjonen i Stange kommune og i kapittel 5 drøftes muligheter og utfordringer med hensyn til å etablere palliativ enhet versus palliative sengeplasser i Stange kommune. Utredningen oppsummeres i kapittel 6.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Sammendrag | 3 |
| Abstract | 4 |
| Forord | 5 |
| Innholdsfortegnelse | 7 |
| 1. Innledning | 8 |
| 1.1 Definisjon av begreper | 8 |
| 2. Palliasjon i sykehjem | 10 |
| 2.1 Filosofi | 10 |
| 2.2 Kompetansebehov | 11 |
| 2.3 Lokaler og utstyr | 11 |
| 3. Ulike modeller for organisering av palliativ omsorg i sykehjem – erfaringer fra andre kommuner | 13 |
| 3.1 Trondheimsmodellen | 13 |
| 3.2 Skinnarberga bo- og rehabiliteringssenter i Kongsberg kommune | 15 |
| 3.3 Eikertun sykehjem i Øvre Eiker kommune | 15 |
| 3.4 Prestrudsenteret i Hamar kommune | 16 |
| 3.5 Moen sykehjem i Elverum kommune | 16 |
| 3.6 Hospice Austjord i Ringerike kommune | 17 |
| 4. Stange kommune – behov og muligheter for palliativ omsorg | 18 |
| 4.1 Sykehjemmene | 19 |
| 4.1.1 Ottestad sykehjem | 19 |
| 4.1.2 Stange sykehjem | 19 |
| 4.2 Kompetanse i palliasjon i Stange kommune | 20 |
| 5. Etablering av palliativ enhet versus palliative plasser i Stange kommune | 21 |
| 6. Oppsummering | 25 |
| 6.1 Den palliative omsorgens faglige forankring | 25 |
| 6.2 Forventet pasientgrunnlag | 25 |
| 6.3 Palliativ enhet versus palliative plasser | 25 |
| 6.4 Nødvendige og ideelle fasiliteter | 26 |
| 6.5 Kompetanse i palliasjon i Stange kommune | 26 |
| 6.6 Økonomi | 27 |
| 6.7 Gode studieplasser for studenter | 27 |
| Litteraturliste | 28 |
| Vedlegg | 30 |

1. Innledning

Levealderen i Norge har gradvis endret seg, og nordmenn lever i dag lenger enn noen sinne (Statistisk sentralbyrå, 2008). Høy levealder medfører at personer opplever å rammes av sykdom, gjerne flere sykdommer. En antar at forekomsten av kreft vil øke med 30 % fram til 2020, noe som i hovedsak skyldes befolkningsøkningen og økningen av levealderen (Kreftregisteret, 2005). Dette skyldes en generelt god levestandard, men også bedret diagnostisering og behandling av sykdommer, noe som igjen gjør at personer med alvorlig og kronisk sykdom vil leve lenger med sin sykdom. Å leve med sykdom innebærer i mange tilfeller at den syke må leve med symptomer og plager, og en utfordring for helsetjenesten er derfor å kunne lindre lidelse for at syke skal oppleve mening med livet.

Fagfeltet palliasjon er i utvikling. Dette fagfeltet konsentrerte seg fra starten av om å lindre symptomer og lidelse hos alvorlig syke og døende kreftpasienter. Internasjonalt er det en økende forståelse for at palliativ medisin bør være et tilbud til alle kronisk eller alvorlig syke, som ikke kan kureres og hvor livet er preget av plager og lidelse. Kreftpasienter er fortsatt en viktig målgruppe for palliativ medisin, men også pasienter med nevrologiske sykdommer som Multiple Sclerosis (MS), Parkinson, Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) og Myalgisk encefalopati (ME). En rekke andre sykdommer, som f. eks. lungesykdommer, hjertesykdommer og AIDS vil også ha behov for lindrende behandling (NOU 1999:2).

Et utstrakt samarbeid og samhandling mellom de ulike nivåene innen spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er beskrevet som nødvendig for å utvikle en sammenhengende og helhetlig tjeneste for pasienter og pårørende (NOU 2005: 3). Det er grunn til å understreke betydningen av dette i forhold til pasienter som har behov for palliativ behandling og omsorg.

Standard for palliasjon foreslår følgende organisatoriske modell for palliasjon;

- 1.linjetjenesten: Fastlege, hjemmetjeneste, sykehjem og tilgang i palliativ enhet i sykehjem
 - 2.linjetjenesten: Sykehusavdeling, sykehuspoliklinikker, palliativt senter med palliativt team/enhet
 3. linjetjenesten: Regionalt palliativt senter med klinisk virksomhet og kompetansesenter.
- Kompetansenettverk av ressursykepleiere fra hjemmesykepleien, sykehjem og sykehus.

1.1 Definisjon av begreper

Palliasjon

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerte og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon referert i Helsedirektoratet, 2007, s. 15).

Palliativ medisin/palliativ omsorg

Palliativ medisin er betegnelsen på det medisinske spesialområdet, mens palliativ omsorg (care) brukes om fagfeltet som helhet (Kaasa & Haugen, 2006). I praksis vil ofte palliasjon, palliativ medisin og palliativ omsorg bli benyttet om hverandre (Kaasa og Haugen, 2006).

Palliativt team

Det palliative teamet er et tverrfaglig behandlingsteam med ambulant funksjon til hjemmebesøk og konsulentvirksomhet i sykehjems- og sykehusavdelinger. Teamet skal være et sentralt bindeledd mellom 1.-og 2. linjetjenesten. Den kompetanse teamet ikke selv rår over, skal formidles gjennom teamets kontakter på sykehuset eller i regionen for øvrig (Helsedirektoratet, 2007, s 97). Det kan være palliativt team både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Palliativ enhet

En palliativ enhet er en definert enhet med døgntilbud og med tilgang på personell med spesialkompetanse i palliativ medisin og palliativ omsorg, samt nødvendig utstyr/hjelpemidler. En palliativ enhet har som oppgave å gi tilbud om:

1. kortidsplass for justering av symptomlindrende behandling, optimalisering av funksjon og planlegging av videre oppfølging
2. kortidsopphold for å avlaste pårørende
3. kort - eller langtidsopphold for symptomlindrende behandling, pleie og omsorg inntil døden inntreffer

Det foreslås at palliative enheter kan og bør etableres både i sykehus og i sykehjem (Helsedirektoratet, 2007, s 98 og 101)

Palliative sengeplasser i sykehjem

Palliative sengeplasser er øremerkede sykehjemssenger for palliativ behandling som benyttes etter behov. Palliative senger i sykehjem krever tilfredsstillende lokaliteter (skjerming og muligheter for overnatting for pårørende) og tilstrekkelig kompetanse hos personalet til å gi god grunnleggende palliasjon. (Helsedirektoratet, 2007, s 104).

2. Palliasjon i sykehjem

2.1 Filosofi

Moderne palliasjon ble grunnlagt på 1960-tallet av Cecily Saunders (1918-2005) da hun arbeidet på St. Christophers Hospice i London. Saunders utviklet en filosofi for lindrende behandling – "Hospicefilosofien". Ordet "Hospice" stammer fra middelalderen og betyr "et hvilested for reisende". Hospice var et omsorgstilbud hvor hovedvekten ble lagt på "en åpen dør, villige hender og varme hjerter i møte med pilegrimer". Dette ble også grunnleggende ideer i Saunders' filosofi for lindrende behandling. Saunders utviklet Hospice til et hjem for kronisk syke og døende. Hun erstattet holdningen om at "det er ikke mer å gjøre" med at "det er alltid noe å gjøre" (Strømskag, 2008). Behandlingen på Hospice kjennetegnes av at den ikke verken framskynder eller utsetter døden, men derimot avhjelper behov og problemer både av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter. Saunders utviklet begrepet om helhetlig smerte, og et sentralt mål er å gi optimal lindrende behandling, pleie og omsorg. Hun formulerte følgende prinsipper for virksomheten:

- Fokus på hele pasienten – holistisk tilnærming
- Fokus på hele familien
- Finne mening i det meningsløse
- Døden som en naturlig del av livet
- Tverrfaglig teamarbeid
- Ivaretagelse av personalet
- Utdannelse
- Forskning i fagfeltet
- Frivillighet

St. Christophers Hospice ble et foregangsmiljø som bidro til etablering av mange ulike hospiceprogrammer i vestlige land. Det er også etablert Hospice i Norge; Hospice Lovisenberg, som er tilknyttet Lovisenberg Diakonale Sykehus, Sunniva Hospice, som er tilknyttet Diakonhjemmets sykehus, Haraldsplass i Bergen, og Hospice Sangen i Hamar kommune, som er administrativt underlagt Hospice Lovisenberg. Samtidig har ikke opprettelsen av egne hospice for alvorlig syke og døende hatt samme gjennomslagkraft i Norge som i England og andre vestlige land, men filosofien om helhetlig omsorg og pårørendes betydning har vært fremtredende i planleggingen av omsorg for alvorlig syke (NOU 1997:20, NOU 1999:2).

I nyere tid utgjør moderne medisinske behandlingsprinsipper og vitenskaps basert behandling i kombinasjon med hospicefilosofiens grunnleggende verdier selve grunnelementene i palliasjon. I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen beskrives kjennetegn ved den palliative kulturen. Disse er i tråd med Saunders prinsipper:

- Helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende
- Respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon
- Aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer
- Forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan oppstå
- Fokus på åpen kommunikasjon og informasjon

- Tverrfaglig samarbeid
- Koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene
- Systematisk samarbeid med andre medisinske fagområder (Helsedirektoratet, 2007, s 14-15).

2.2 Kompetansebehov

Behandling, pleie og omsorg av pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid krever både generell og spesiell kompetanse. Pasientens og familiens problemer er ofte mange, sammensatte og omfattende, noe som krever at flere personalgrupper og utøvere vil være involvert i tjenestene i kortere eller lengre perioder av pasientens siste levetid. Viktige yrkesgrupper er leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, ernæringsfysiologer, psykologer, prester og/eller diakoner (NOU 1999:2).

Det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer for palliasjon skisserer inndeling i følgende tre kompetansenivåer:

Nivå A: Grunnleggende kompetanse. Denne skal alle helsearbeidere ha, og den må formidles i grunnutdannelsen.

Nivå B: Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som behandler palliative pasienter som en del av sitt kliniske arbeid både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Nivå C: Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som leder eller arbeider i palliative team og på palliative enheter. Dette nivået tilsvare spesialistnivået (Helsedirektoratet, 2007, s 14).

Handlingsprogrammet beskriver videre at alle sykehjem skal beherske grunnleggende palliasjon og bør utarbeide og kvalitetssikre prosedyrer for smerte og symptomlindrende behandling. Dersom sykehjemmet er uten en palliativ enhet bør minst en sykepleier fra sykehjemmet være med i nettverk av ressurspsykepleiere i helseforetaket. Sykehjemslegen bør ha god kompetanse i palliasjon tilsvarende nivå B. Legetjenestene bør organiseres slik at bruken av legevakslege begrenses til et minimum. Enheten skal fortrinnsvis ha sykepleiere med relevant videreutdanning. Også hjelpepleiere bør ha relevant videreutdanning. I tillegg skal fysioterapeut, prest og sosionom være tilknyttet enheten, evt. i deltidsstilling eller på konsulentbasis (Helsedirektoratet, 2007, s 103).

Det bør legges til rette for god kontakt og med mulighet for råd og veiledning fra enheter med spesialkompetanse i palliasjon (Helsedirektoratet, 2007).

I vedlegg 2 til handlingsprogrammet med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen gis detaljerte beskrivelser av kompetansekrav innen nivå A, B og C for de ulike yrkesgrupper.

2.3 Lokaler og utstyr

Det anbefales at en palliativ enhet minimum bør være utstyrt med:

- Enerom med bad og nødvendige tekniske pleiefasiliteter
- Fasiliteter for pårørende med mulighet for overnatting
- Samtalerom
- Vaktrom og legekantor
- Helst stue og kjøkkenfasiliteter

Sykehjem uten palliativ enhet bør ha tilgjengelig:

- Enerom med bad for terminal pleie
- Fasiliteter for pårørende
- Samtalerom (Helsedirektoratet, 2007, s. 104)

3. Ulike modeller for organisering av palliativ omsorg i sykehjem - erfaringer fra andre kommuner

I forbindelse med utredningen ønsket vi å innhente kunnskaper og erfaring fra kommuner og sykehjem som hadde etablert palliative enheter/palliative avdelinger og palliative plasser.

Vi har her valgt å gi en kort presentasjon av Trondheimsmodellen som består av ett tett samarbeid mellom St. Olavs hospital og to sykehjem som har etablert intermediaærenheter.

Videre vil vi presentere to eksempler på palliative enheter etablert ved sykehjem og to sykehjem som har etablert palliative plasser i vanlige sykehjemsavdelinger.

Et eksempel fra et kommunalt drevet Hospice er også tatt med.

3.1 Trondheimsmodellen

Trondheim har 165 191 innbyggere. I Trondheim har kommune- og spesialisthelsetjenesten utredet en del områder med felles utfordringer hvor det kan være mulig å iverksette felles tiltak for å gjøre behandlingsskjeden mer hensiktsmessig for de pasientgrupper som har mest behov for samhandling. Et av tiltakene er to korttids spesialenheter i sykehjem for behandling og omsorg på et omsorgsnivå mellom et ordinært sykehjemstilbud og behandling i sykehus. Enheter på dette omsorgsnivået betegnes som intermediaære. Intermediaær kommer av ordet medius og betyr mellomliggende eller den midtre av tre. (Norsk medisinsk ordbok, 2008, s 507).

I 2002 ble det vedtatt å etablere en intermediaær omsorgs- og behandlingseenhet med 20 senger ved Søbstad sykehjem. Basert på resultatene fra en randomisert studie gjennomført av Seksjon lindrende behandling, St. Olavs hospital kombinert med erfaringer fra et prøveprosjekt (1999 - 2002), ble det videre opprettet permanent palliativt tilbud ved Havstein sykehjem med til sammen 12 plasser. Begge intermediaærenhetene er tilrettelagt organisatorisk og har faglig kompetent personell for å drive mer avansert behandling og pleie enn det man kan tilby i vanlige sykehjem. Det er f.eks. utstyr for måling av surstoffmetning i blod, eget luftavtrekkskap for administrasjon av antibiotika, og det er sykepleiere på aktiv vakt hele døgnet. Institusjonene er både faglig og administrativt kommunale enheter, og aktivitetene reguleres av lover og forskrifter for kommunal institusjonsdrift.

Ved Søbstad sykehjem, intermediaærenheten, er sykepleierdekningen styrket med fire stillinger på dagtid og en om natten i forhold til en ordinær sykehjemsavdeling. I tillegg til 20 palliative plasser har denne enheten 20 korttidsplasser. Enheten er bemannet med ni - ti personer på dagtid hvorav minst fem er sykepleiere og fem personer på kveld hvorav minst en er sykepleier. På natt består bemanningen av en sykepleier og en hjelpepleier. I tillegg har intermediaærenheten fysioterapeut i 50 % stilling og leger i til sammen 100 % stilling. St. Olavs hospital har ansvaret for faglig oppdatering av personalet gjennom hospitering og kurs. Sykehjemslegene tilbys å delta i internundervisningen ved Geriatrisk seksjon ved sykehuset to dager i uken.

Havstein sykehjem benytter det tverrfaglige teamet til Seksjon lindrende behandling (St.

Olavs hospital). Både lege, sykepleier, prest, sosionom, fysioterapeut og klinisk ernæringsfysiolog fungerer som konsulenter i pasientsituasjoner og til undervisning. Sykehjemslegen tar del i internundervisning, fagmøter og går også til tider visitt på Seksjon lindrende behandling, mens legene ved Seksjon lindrende behandling etter behov går visitt på sykehjemmet sammen med sykehjemslegen.

Havstein sykehjem har økt grunnbemanning og vesentlig styrket sykepleierdekning. På de 12 plassene er det minst fem personer på dagvakt og minst tre på kveldsvakt hvorav minst en er sykepleier. Nattevaktene er felles med de øvrige sykehjemsavdelingene. Det er avsatt midler til sykehjemslege i 100 % stilling hvorav 20 % er tilknyttet Seksjon lindrende behandling for klinisk tjeneste, forskning, fagutvikling og undervisning. (St. Olavs Hospital). Personalet ved Havstein sykehjem deltar ukentlig på internundervisningen ved Seksjon lindrende behandling gjennom videokonferanse. Det arrangeres felles temadager, og det er lagt godt til rette for kontakt ved behov mellom de to institusjonene.

Behandlingstilbudet i spesialiserte sykehjemsenheter er kostbart i forhold til driften ved ordinære sykehjem, men billig i forhold til behandling i sykehus. Det er særlig legemidler samt sykepleier- og legelønninger som er kostnadsdrivende (Garåsen m. fl., 2005).

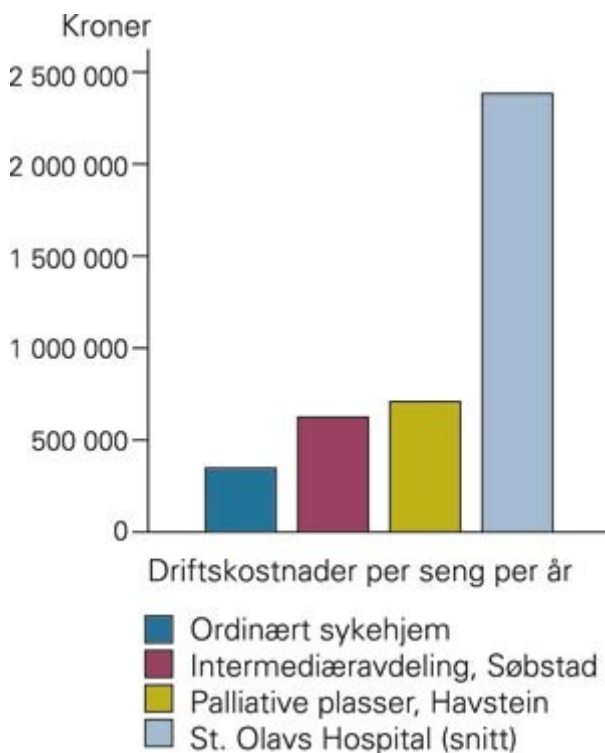


Fig.1 (Garåsen m.fl. 2005) Sammenligning av kostnader pr seng pr år mellom behandlingsalternativer i Trondheim (2003-kroner)

3.2 Skinnarberga bo- og rehabiliteringssenter i Kongsberg kommune

Kongsberg kommune har 23 997 innbyggere. I mars 2004 ble Lindrende enhet offisielt åpnet som en egen avdeling på Skavangertun alders- og sykehjem. Enheten ble flyttet til Skinnarberga bo- og rehabiliteringssenter september 2007 og har seks plasser, dvs. enerom. Disse plassene er forbeholdt pasienter som har behov for lindrende behandling, men ved ledig kapasitet benyttes disse som avlastningsplasser. På den lindrende enheten finnes det noe utstyr for diagnostiske undersøkelser (f. eks. ultralyd) og for terapeutiske prosedyrer som f. eks. intravenøs behandling, ascitestapping og enkle kirurgiske inngrep.

Avdelingen er bemannet med ni sykepleiere i forskjellige stillingsbrøker. De fleste har 75 - 80 % stillinger. Det er fire sykepleiere med videreutdanning i palliasjon, en kreftsykepleier, en anestesisykepleier og en diakon. Alle hjelpepleierne har videreutdanning i f. eks. kreftomsorg, psykiatri (psykiatrisk hjelpepleier), klinisk sykepleie og geriatri (geriatrisk hjelpepleier). Flere av hjelpepleierne har videreutdanning i flere fagområder. De fleste videreutdanninger er av ett års varighet. Avdelingen har minst en sykepleier på hver vakt.

Avdelingen har ikke eget budsjett.

3.3 Eikertun sykehjem i Øvre Eiker kommune

Øvre Eiker kommune har 16 132 innbyggere. Eikertun sykehjem har egen avdeling for lindrende behandling som består av fem enerom med bad. Sykepleierne har videreutdanning i palliasjon og kreftsykepleie. Ingen av hjelpepleierne har videreutdanning. Avdelingen har tilsatt lege i 40 % stilling. I tillegg bidrar frivillige til matlaging og aktiviteter i fellesarealet. Disse må underskrive taushetsløfte. Alt personalet får tilbud om relevante kurs.

Det er to personer på vakt dag, kveld og natt, hvorav den ene alltid er sykepleier.

Av fasiliteter består avdelingen av enerom med bad, kjøkken, stue, pårørenderom, samtalerom, medisinrom, vaktrom, skyllerom og rentrom. Avdelingen ser i hovedsak ut som en vanlig sykehjemsavdeling med hvite vegger. Stuen er pusset opp ved hjelp av frivillige. Den er utstyrt med en peis, gode sitteplasser, et stort spisebord og gode spisestoler.

Alle pasientrom er pusset opp. Pasientene har pyntet opp med private bilder og noen personlige eiendeler. Alle rom har kjøleskap til oppbevaring av mat og drikke og det var gode sittestoler på hvert rom.

Personalet ga uttrykk for å være motivert for arbeidet og følte seg godt ivaretatt. De opplevde tilbudet om faglig oppdatering som godt og med gode muligheter for å snakke sammen og diskutere vanskelige problemer og utfordringer.

Det var lite sykmeldinger i avdelingen.

I perioder hvor ikke alle senger benyttes til palliative pasienter blir pasientene tilbudt pasienter med behov for kortidsopphold.

3.4 Prestrudsenteret i Hamar kommune

Hamar kommune har 27 976 innbyggere. Prestrudsenteret er et sykehjem som tilbyr kortidsopphold, langtidsopphold, avlastningsopphold og palliativ behandling. På bakgrunn av sykehjemmets funksjonsinndeling er det opprettet fire palliative plasser i en gruppe på elleve plasser; dvs. syv plasser er ordinære sykehjemsplasser og fire er palliative plasser. Denne gruppen har økt bemanning i forhold til gruppene med "ordinære" sykehjemspasienter; en ekstra sykepleier med videreutdanning i kreftsykepleie samt en hjelpepleier med videreutdanning innen området. Kommunens kreftkoordinator benyttes også til faglig bistand. Lege tilknyttet Palliativt team ved Sykehuset Innlandet, Helseforetak (HF) Hamar sykehus, er tilgjengelig og går visitt til de palliative pasientene en gang pr uke. Det jobbes nå konkret med å trekke frivillige inn i avdelingen for å bidra med miljøskapende aktiviteter.

Det var 39 innleggelser med gjennomsnittlig 26 liggedøgn tilknyttet disse plassene i 2007. I perioder har ikke alle fått plass som har hatt behov for eller ønske om en palliativ plass. I andre perioder har det vært lite behov for palliative plasser. Pasientene som har vært innlagt i de palliative plassene har ofte vært veldig dårlige og de fleste døde i avdelingen.

Sykehjemmet fikk ikke tildelt ekstra ressurser i forbindelse med etablering av de palliative plassene. I travle perioder har de leid inn ekstravakter, spesielt som fastvakter på natt og i helger.

I samtale gir personalet uttrykk for at det ville være en klar fordel med en egen palliativ enhet framfor palliative plasser i en vanlig sykehjemsavdeling. Dette begrunner de med at fasilitetene i avdelingen ikke er innrettet for palliativ omsorg. Det er liten stueplass og pårørende og de få palliative pasientene som orker å være oppe må derfor være mye på rommene sine. De andre pasientene er også i de fleste tilfeller svært skrøpelige og kan være vanskelig å kommunisere med. Det har derfor vist seg vanskelig å utvikle et gunstig miljø for de palliative pasientene og deres pårørende. Det har også vært erfaringer med at en har vært nødt til å prioritere og ta hånd om svært syke palliative pasienter, noe som har gått på bekostning av de andre pasientene. Samtidig understreker personalet at Prestrudsenteret har fått mange gode tilbakemeldinger på de tilbudene disse plassene gir. Evaluering av dette tilbudet pågår med spesielt fokus på plassering.

Det har vært vanskelig å få tall på utgiftøkningen de palliative plassene har medført. Et grovt overslag viser at merutgifter til medisiner har vært på kr 26 000 i 2007 i avdelingen (Opplysninger fra kreftkoordinator i Hamar kommune).

3.5 Moen sykehjem i Elverum kommune

Elverum kommune har 19 465 innbyggere. Moen sykehjem har planlagt to palliative sengeplasser i en langtidsavdeling i sykehjemmet. I juni i 2007 ble en palliativ plass etablert ved en sykehjemsavdeling ved Moen sykehjem med både korttids- og langtids plasser. 17 pasienter har vært innlagt med en gjennomsnittlig liggetid på 16 døgn. Ved to anledninger ble plassen lånt ut til andre pasientgrupper, men erfaringen da var at det var vanskelig å få igjen plassen når det ble akutt behov for den. Den andre palliative sengeplassen er ennå ikke fullt etablert fordi det gjenstår en del oppussing før den kan tas i bruk. Det ene rommet som er ferdig ligger tett ved vaktrommet uten egen inngang. Avdelingen har ikke fått økt bemanning i forbindelse med etablering av den palliative plassen. Ved avdelingen arbeider to sykepleiere og en hjelpepleier med videreutdanning i palliasjon. Sykepleien er organisert som gruppesykepleie. Sykepleier som leder gruppa må ta seg av flere kategorier pasienter. Dette oppleves svært krevende og mange føler de bruker mye tid på pasienten som bruker den palliative plassen og hans pårørende og at de derfor får for liten tid til

de øvrige pasientene. Fra Moen sykehjem ble det ikke opplyst om noen merkostnad for den ene palliative plassen som er i drift pr. i dag.

3.6 Hospice Austjord i Ringerike kommune

Ringerike kommune har 28 385 innbyggere. Hospice Austjord, som er en del av Austjord behandlingssenter ble opprettet i 2004. Enheten består av 4 døgnplasser og er drevet etter hospice ideen. Det tilbys kortidsopphold med god symptomlindrende behandling, pleie og omsorg for pasienter med kort forventet levetid, kortidsopphold etter krevende medisinsk behandling og kortidsopphold for å avlaste pårørende.

Enheten har romslige pasientrom med bad, stue, ekstra stue til pårørende og et større bad med spesialbadekar (hydrosound). En interiørkonsulent har gitt råd med hensyn til farger i enheten og til å sette sammen "gammelt" og "nytt" for å gi enheten et hjemmelig preg. Utenfor enheten er det et stort grøntanlegg med benker, sittegrupper og springvann. En sti og sansehage er under utarbeidelse på området.

Personalet har tverrfaglig kompetanse. Lege er tilsatt i 40 % stilling. Videre utgjøres bemanningen av syv sykepleiere med en stillingsstørrelse mellom 40-70 % og 5 hjelpepleiere i stillingsstørrelser fra 20-70%. Disse har kompetanse innen palliasjon, kreftsykepleie, geriatrisk sykepleie og psykiatrisk sykepleie. Det er også en stilling som enhetsleder (100 %). Personen som innehar denne stillingen er også ute i kommunen for å gi råd, veiledning og støtte vedrørende kreftsyke til hjemmesykepleien, pårørende og pasienter. Fysioterapeut, ergoterapeut, diakon, aromaterapeut og sosionom er også tilknyttet avdelingen. Det er alltid to personer på vakt på dag – og kveldstid. Natttjenesten er felles med de andre enhetene på Austjord. Frivillige er tilknyttet enheten. Disse hjelper til med f. eks. lesing, rydding, kaffekoking og med å følge til undersøkelser. I sommersesongen er det frivillige og gartner som jobber uten lønn ved Austjord. Det blir gitt tilbud om veiledning med ekstern veileder med kompetanse innen gestaltterapi. Utgifter til veiledning dekkes av gavemidler. Enheten er kommunal, men får økonomisk støtte fra Hospicestiftelsen Angeline og andre lag og foreninger i Ringerike.

4. Stange kommune - behov og muligheter for palliativ omsorg

Overordnede verdier for Stange kommune er åpenhet, trygghet og mangfold.

I dag bor det 18 821 personer i Stange kommune. Det vil trolig øke til 21 334 i 2025. I dag utgjør antall eldre over 80 år 5.1 %. Aldersgruppen 80 - 89 år anslås til å stige fram til 2010, men faller igjen til 2004 - nivå fram mot 2020. Antall eldre over 90 år vil stige jevnt og dobles fram til 2020. Etter 2020 stiger antall eldre både over 80 og over 90 år. Pasienter med behov for pleie og omsorg under 67 år er økende. Mange av disse har en kreftdiagnose som krever langvarig og komplisert behandling. Dette krever høy kompetanse hos personalet (Helse- og sosialplan 2007-2014). I likhet med landet for øvrig er det grunn til å tro at personer på grunn av kreft eller andre sykdommer og med behov for palliativ behandling vil øke i de kommende år. Både eldre og yngre alvorlig syke og døende pasienter har behov for mye og intensiv pleie og omsorg fra både helsetjenesten og familien og belastningen på de nærmeste kan være stor. Det er ikke uvanlig at pårørende kan oppleve konflikter mellom pasientens ønske og behov og pårørendes egne behov for avlastning. Det vil derfor være viktig med fleksible løsninger hvor pasienten i utgangspunktet kan få være mest mulig hjemme der det er ønskelig og nødvendig, men med kortere opphold i et sykehjem for akutt og/eller intensiv behandling, eller for at familien. Det kan også være situasjoner med et lite eller svakt familienettverk noe som kan kreve økt tilbud fra offentlig tjeneste.

De to største tettstedene i kommunen er Ottestad og Stange med henholdsvis ca. 6500 og 3500 innbyggere. Kommuneadministrasjonen ligger i Stange.

Kommunehelsetjenesten er organisert i tre distrikter for hjemmesykepleie: Ottestad distrikt, Stange distrikt og Romedal distrikt, og to sykehjem: Ottestad sykehjem og Stange sykehjem.

Stange kommune har vedtatt Helse- og sosialplan for perioden 2007-2014, Plan for kreftomsorg for samme periode og handlingsplan for kompetanse, rekruttering og lønn.

I Helse- og sosialplan for Stange kommune vektlegges differensiering av sykehjems plasser slik at pasienter med tilnærmet likt funksjonsnivå og behandlingsbehov skal kunne bo sammen i egnede enheter.

Nærmeste spesialisthelsetjeneste er tilgjengelig i Sykehuset Innlandet, HF Hamar og Elverum, som ivaretar ulike medisinske spesialiteter og funksjoner. Ved begge enheter behandles kreftpasienter både poliklinisk og i sengepost. Ved disse sykehusene er det tilsatt både leger og sykepleiere med relevant spesialutdanning for palliativ omsorg.

Ved Sykehuset Innlandet, HF Hamar sykehus er det etablert Palliativt team, bestående av sykepleier i 100% stilling og to leger i 50% stilling hver. Dette teamet betjener kommunene Hamar, Ringsaker og Stange. Sykepleieren i det palliative teamet oppgir å ha jevnlig kontakt med kreftsykepleier ansatt i hjemmesykepleien.

Ullevål universitetssykehus er regionssykehus for Stange kommune. Ved Ullevål universitetssykehus er det etablert Regionalt palliativt senter, som består av en klinisk del og en FOU/kompetansedel.

4.1 Sykehjemmene

4.1.1 Ottestad sykehjem

Ottestad sykehjem har vært i drift siden 1999 og har 48 pasientrom. Sykehjemmet er delt inn i to avdelinger; "Avdeling 1" med 12 plasser i somatisk sykehjemsavdeling og 16 plasser i skjermet enhet for demente fordelt på to enheter med åtte plasser hver. I "Avdeling 2" er det 20 plasser i somatisk sykehjemsavdeling. Sykehjemmet tilbyr langtidsopphold og har en plass for fast avtalte korttidsopphold pr. dags dato (differensiering av sykehjems plasser kan endre dette).

Personalet i sykehjemmet består av spesialsykepleiere i geriatri, palliativ omsorg og psykisk helsearbeid, sykepleiere, spesialhjelpepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som har sin funksjon knyttet til behandling, pleie og omsorg. Det er knyttet tilsynsleger til sykehjemmet med tjeneste en dag pr. uke. Legesekretær ivaretar laboratoriefunksjonen. I tillegg er det servicefunksjoner som frisør og service medarbeidere. Det er også aktivitør knyttet til virksomheten.

4.1.2 Stange sykehjem

Stange sykehjem ble bygget i 1979 og utvidet i 1985 og 2007. Sykehjemmet har i dag 5 sykehjemsavdelinger med plass til 115 pasienter, og gir tilbud om korttids - og langtidsopphold. Det er tilrettelagt for pasienter med demenssykdommer ved to avdelinger. Den ene av disse er en skjermet enhet som ble åpnet våren 2008. Sykehjemmet har 20 korttidsplasser, som planlegges økt til 28 korttidsplasser og to plasser til dagrehabilitering (jf. differensiering av sykehjems plasser)

Personalet er tverrfaglig sammensatt og består av spesialsykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, hjelpepleiere, omsorgsarbeider, servicemedarbeidere, aktivitører, frisør, fotpleier,

Begge sykehjem "bestiller" tjenester fra ergo - og fysioterapeut fra Avdeling for helse – og rehabilitering.

Hver avdeling på begge sykehjem har tilsyn av lege en gang pr. uke. I tillegg benyttes legevakten.

Begge sykehjemmene har egne mål for virksomheten. Selv om målene er noe ulikt formulert er essensen i disse:

- Å tilrettelegge tilbudet til den enkelte pasient slik at pasienten opplever trygghet og mestring og får dekke grunnleggende behov
- Å skape en god atmosfære som gir pasienten en hjemlig følelse
- Samarbeide med pårørende
- Drive aktiv fag- og kompetanseutvikling
- Skape en attraktiv arbeidsplass

Ottestad sykehjem og Stange sykehjem fikk sammen med Moen sykehjem i Elverum status som undervisningssykehjem i 2007. I samarbeid med Høgskolen i Hedmark, HI, er det tilsatt egen prosjektleder for Prosjekt undervisningssykehjem. En rekke fagutviklingsprosjekter er satt i gang som f. eks " *Mat, måltider og ernæring på sykehjem - til beboernes helse, glede og livslyst* " (Stange sykehjem, Moen sykehjem og Ryslingmoen sykehjem i nettverk og i samarbeid med 3 sykehjem i

sørfylket), *Postvertprosjektet "Gode øyeblikk"* og *"Pårørendeprosjektet"*. De to siste foregår på Ottestad sykehjem. *Prosjekt postvert* pågår ved Stange sykehjem.

Stange kommune og Høgskolen i Hedmark, HI, institutt for sykepleiefag har innledet et samarbeid i tilknytning til instituttets videreutdanning i kreftsykepleie. Sykepleierne med videreutdanning i kreftsykepleie bidrar med undervisning og veiledning til kreftsykepleiestudentene og sykepleierne har gratis adgang til all undervisning som instituttet tilbyr. Dette samarbeidet har utviklingspotensialer. Instituttet fordeler hvert år praksisprosjektmidler til felles prosjekter mellom praksisfeltet og instituttet. Hensikten med disse praksisprosjektmidlene er å bidra med fagutvikling i praksis, samt å utvikle gode studietilbud for studenter.

4.2 Kompetanse i palliasjon i Stange kommune

Stange kommune har tilsatt tre sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie, 4 sykepleiere med videreutdanning i palliativ omsorg. En sykepleier er under videreutdanning i kreftsykepleie og en sykepleier under videreutdanning i palliativ omsorg. Flere sykepleiere har videreutdanning i geriatrisk sykepleie, psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid.

To av kreftsykepleierne er tilsatt i 40% stilling rettet mot kreftpasienter i hver sitt hjemmesykepleiedistrikt. I det tredje distriktet er tilsatt sykepleier med videreutdanning i geriatrisk sykepleie i 40 % stilling rettet mot kreftpasienter.

Den tredje sykepleieren med videreutdanning i kreftsykepleie er tilsatt som fagutviklingssykepleier i Stange kommune.

De tre sykepleierne med videreutdanning i palliativ omsorg er tilsatt ved Ottestad sykehjem.

En av sykepleierne med videreutdanning i palliativ omsorg er virksomhetsleder i Stange distrikt.

En av sykepleierne med videreutdanning i palliasjon har i tillegg helsesøsterutdanning.

Å arbeide med pasienter med store lidelser og/eller som er i siste fase av livet er givende, men også både personlig og faglig svært utfordrende (Hov, 2007). Et viktig mål for Stange kommune er å beholde kommunens spesialsykepleiere. I den forbindelse gjennomfører spesialsykepleierne (innen kreftsykepleie og palliativ omsorg) i 2008 et opplegg med kollegaveiledning. Kollegaveiledning er et forum hvor spesialsykepleierne kan få styrket sin kompetanse til å takle utfordringer knyttet til sykepleie til pasienter med behov for både kurativ og palliativ omsorg, og til å holde ut i jobben. Kollegaveiledningen ledes av en høgskolelektor fra institutt for sykepleiefag ved Høgskolen i Hedmarks avdeling for helse- og idrettsfag (HI), som er godkjent veileder.

5. Etablering av palliativ enhet versus palliative plasser i Stange kommune

Livshjelpsutvalget innstilling (NOU 1999:2) og Stortingsmelding nr 26 (1999 – 2000) *Om verdier for den norske helsetenesta* understreker at verdiene fra hospicefilosofien om optimal lindrende behandling, pleie og omsorg rettet mot menneske som enheten kropp, sjel og ånd skal være grunnlaget for helsetjenesten i livets slutfase. Dette vil også være viktige verdier for pasienter som ikke er i livets slutfase, men som har store plager og hvor den palliative fase varer over lengre tid. Begrepet hospicefilosofi er i løpet av 1990 årene blitt erstattet med palliativ behandling eller palliativ medisin. Öhlen (2000) hevder, ut ifra svensk kontekst at denne omdefinering av begrep kan ha ført til en forskyvning bort fra det lidende menneskets situasjon og over til symptomkontroll og symptomlindring. Om dette er tilfelle, kan det på sikt medføre en ny fremmedgjøring av det lidende menneske, en fremmedgjøring som hospicefilosofien ønsker å forhindre (Sæteren, 2006). I en studie av 21 alvorlig syke pasienter innlagt i sykehus fant Sætern at menneskets forhold til seg selv, andre, Gud eller en høyere makt og naturen utgjør den meningssammenheng hvor menneskets opplevelse av lidelse og helse utspilles i en bevegelse mellom utleverthet, imøtekommelse og bekreftelse. I sin utleverthet strever pasienten etter helse og integrasjon, gjennom å bli seg selv, der en blir forsonet med seg selv. Dette strevet utgjør pasientens livskamp. (Sætern, 2006). Å bistå pasienten i denne kampen i et forsøk på å oppnå mening og eksistensiell lindring vil være like viktig som symptomkontroll og symptomlindring. I forbindelse med en evt. etablering av en palliativ enhet/palliative plasser ved ett av sykehjemmene i Stange kan det være grunn til å reflektere over nettopp dette og over hva det krever for å skape en palliativ kultur i tråd med hospice- filosofien (jf. s 4 og 5).

I plan for kreftomsorg for Stange kommune (2007-2014) står det at Palliativ enhet/palliative senger opprettes ved et av sykehjemmene i Stange kommune, med det mål for øyet å gi god omsorg og pleie til den terminale pasient (s 16). Det sies imidlertid ikke noe om når dette skal etableres, men pasientgrunnlaget tatt i betraktning kan det være behov for å begynne planleggingen så raskt som mulig.

Erfaringer fra de sykehjemmene vi har hentet opplysninger tyder på at etablering av palliativ enhet er å foretrekke framfor palliative plasser i en vanlig sengepost. Dette begrunnes med at det oppstår interessekonflikter i det at det er vanskelig å forholde seg til ulike pasientgrupper med store og spesielle behov for pleie og omsorg. En risikerer at verken de palliative pasientene eller de andre sykehjempasientene får den tjenesten de har behov for. Det ble også påpekt at det var vanskelig å skape et godt miljø og en palliativ kultur i en vanlig sykehjemsavdeling. Til orientering utredes muligheten for å etablere en palliativ enhet både ved Presterudsenteret og ved Moen sykehjem hvor palliative plasser i ordinær sengepost er utprøvd.

I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2007) sies det at en palliativ enhet neppe er realistisk i enkeltkommuner med færre enn 10 – 15 000 innbyggere. I slike kommuner kan palliative plasser som benyttes etter behov være et alternativ. Stange kommune har i dag vel 18 000 innbyggere og med en forventet økning til vel 21 000 innen 2020. Dette taler for at det bør vurderes etablert en palliativ enhet framfor palliative plasser. De palliative enheter ved Sjøbstad og Havstein sykehjem i Trondheim beskrives som intermediære enheter og forstås å inneha en funksjon og en kompetanse som ligger mellom sykehus og sykehjem. Eikertun bruker ikke betegnelsen intermediær. Det kan derfor være rimelig å anta at det er et skille på kompetansen og på pasientenes behov ved disse sykehjemmene i Trondheim og Eikertun i Øvre Eiker, uten at dette er dokumentert.

Nasjonalt handlingsprogram bruker ikke betegnelsen *intermediær*. Utviklingen innen spesialisthelsetjenesten synes å gå i retning av mer målrettet behandling og stadig kortere liggetid, noe som kan tyde på at det vil bli behov mer avansert behandling og økt kompetanse i kommunehelsetjenesten i nær fremtid. En norsk doktoravhandling viser at det er store utfordringer knyttet til behandling og pleie av alvorlig syke og døende i sykehjem (Hov, 2007). Et område det pekes på er at det er for lite tilgang på kompetanse som kan sikre relativt enkle behandlingsmuligheter i de enkelte sykehjem. Dette gjør at de dårlige pasientene blir forflyttet til steder der kompetansen finns, en ekstrabelastning de burde vært skånet for.

Med henvisning til *Plan for palliasjon for Helse Øst 2006-2010* heter det i *Plan for kreftomsorg i Stange kommune 2007-2014*(s 16) at en palliativ enhet bør ha plass til minst fem pasienter (senger) for å kunne bygge opp en rasjonell kompetanse. Eikertun sykehjem i Øvre Eiker kommune hadde 5 palliative plasser til en befolkning på vel 16 000 og Skinnarberget som ligger i Kongsberg kommune med knapt 24 000 innbyggere har 6 palliative plasser. Ut fra dette kan det synes hensiktsmessig å etablere en palliativ enhet. Dersom en tar høyde for at befolkningen eldes betydelig og at forekomsten av kreft og andre alvorlige kroniske sykdommer også vil øke, kan seks palliative plasser anses å være både realistisk og fremtidsrettet.

Det synes hensiktsmessig at alle palliative pasienter bør ha enerom med bad og tilgang på pleietekniske hjelpemidler som sykehusseng og takheis. Minimumskravene til en palliativ enhet bør være stue og kjøkkenfasiliteter, pårørenderom med muligheter for overnatting, samtalerom, vaktrom, legekontor og medisinrom (jf s. 6). Det er også påpekt at det bør være nødvendig utstyr til pleie og symptomlindring (uttak og utstyr til sug og surstoffbehandling, intravenøs væskebehandling, avtrekksskap for behandling med antibiotika, utstyr til forskjellige metoder for smertelindring, trykkavlastende madrasser m.m). Det vil trolig være en fordel med egen inngang til enheten. Dette vil særlig være viktig i de tilfeller hvor små barn og ungdom er pårørende. For disse kan det være en belastning å måtte støtte på andre pasienter med alvorlige lidelser. Tilgang til uteområder, gjerne med grøntanlegg og med en viss utsikt som pasientene kan glede seg over på gode dager og som kan bidra til å skape gode øyeblikk vil kunne være nyttig for alvorlig syke pasienter.

Det vil i prinsippet være mulig å etablere palliativ enhet ved både Ottestad og Stange sykehjem, men for å få en funksjonell og kvalitativ god fysisk utforming vil det trolig være nødvendig med en omstrukturering av de nåværende avdelinger med tilhørende pasientkategorier, og en ikke ubetydelig ombygging for å få mest mulig ideelle forhold.

En aktuell mulighet ved Ottestad sykehjem er underetasjen, som i dag fungerer som en skjermet enhet med åtte enerom med bad. Denne avdelingen har stor stue, kjøkken, skyllerom og rentlager. Her vil det være behov for å bygge om med minimum vaktrom og medisinrom. Det er lett tilgjengelig tilgang til en fint opparbeidet uteplass fra denne avdelingen, og inngang separat fra resten av sykehjemmet.

Stange sykehjem åpnet en helt ny avdeling for demente våren 2008. Avdelingen som da ble fraflyttet kan være et mulig alternativ for etablering av palliativ enhet. Det vil være behov for å innrede til stue, kjøkken, samtalerom, vaktrom, skyllerom og rent lager. Her er det også tilgjengelig tilgang til en uteplass.

Det finnes trolig flere alternative muligheter for etablering av palliativ enhet ved begge sykehjem.

God palliativ omsorg og behandling krever kompetanse, tid og tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Sykepleiere, hjelpepleiere og leger er nøkkelpersoner her, men samarbeid med andre yrkesgrupper som fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, prest, og ernæringsfysiolog/ institusjonskokk er også ønskelig og nødvendig (NOU 1999:2, s. 5). Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som behandler palliative pasienter både i kommunehelsetjenesten og på sykehus bør være på nivå B, dvs. på spesialistnivå. For sykepleiere er det ønskelig med godkjent videreutdanning på nivå B, men kompetansen kan oppnås ved relevant praksis og godkjente kurs. Eksempel på aktuelle

videreutdanninger er kreftsykepleie, intensivsykepleie, palliasjon og aldring og eldreomsorg (se vedlegg 1). Leger bør i tillegg til relevant spesialistutdanning som f. eks. allmenntidisin, generell indremedisin, generell kirurgi, gastrokirurgi, urologi, anestesiologi og/eller geriatri ha gjennomgått kurs i palliasjon tilsvarende nivå B (se vedlegg 1) For videreutdanning av øvrig personale (se vedlegg1).

Stange kommune må sies å være godt bemannet med sykepleiere med relevant kompetanse i palliasjon, fordelt på hjemmesykepleien og sykehjemmene, (Jf s. 18-19). Realisering av hospicefilosofien i praksis krever god bemanning. Eikertun sykehjem har 5,5 årsverk knyttet til 5 palliative pasienter, hvorav 4 sykepleiere. Det er lagt opp til at det skal være minst to personer på hver vakt, hvorav den ene skal være sykepleier. Palliativ enhet ved Søbstad og Havstein sykehjem i Trondheim ser ut til å ha noenlunde samme bemanning. Dette kan være et utgangspunkt for vurdering av bemanningsbehov. Stange kommune har sykepleiere med relevante videreutdanninger tilsatt i både hjemmesykepleien og sykehjemmene og det er allerede etablert kontakt med det palliative teamet ved Sykehuset Innlandet, HF Hamar sykehus. Dette gir muligheter for kreative og fleksible tjenester hvor ressursene utnyttes maksimalt og med optimale tjenester til pasienten. Den samlede kompetanse i kommunen må derfor sies å være høy og med gode muligheter for utvikling av et sterkt fagmiljø. Tilgangen på lege med relevant spesialkompetanse kan være en flaskehals. Det bør imidlertid være muligheter for å bygge videre på det allerede etablerte samarbeidet med Hamar sykehus og det palliative teamet om legetjeneste både i form av tilsyn/behandling og konsulent/rådgivningstjeneste.

Kvalitet koster. Det har vært vanskelig å få ut tall på hvor mye det koster å etablere og drive en palliativ enhet.

Konklusjonen fra Trondheimsmodellen sier at det er samfunnsøkonomisk å etablere intermediære behandlingsplasser utenfor sykehus. Det er lønn til lege og sykepleier, samt medisiner som utgjør den største utgiftsposten. Også avdelingen med palliative plasser på Prestrudsenteret har erfart økte medisinsutgifter.

- Fra Stange kommune har vi fått opplyst at årslønn for en spesialsykepleier med 10 års ansiennitet er ca kr 362 000.
 - Årslønn for en hjelpepleier med ca 10 års ansiennitet er kr 306 000
 - En lege ansatt i 16 % stilling lønnes pr i dag med kr 500 000 - I tillegg kommer arbeidsgiveravgift og sosiale utgifter.
- (Disse opplysninger er gitt av Synnøve Sønsterud pr telefon 11/9.2008).

Ombygging, utbedring og inventar og utstyr vil koste.

Prognosen viser at behovet for godt kvalifisert helsepersonell vil øke i framtida og at det kan bli en utfordring å rekruttere personell med ønskelig og nødvendig spesialkompetanse (Rogdaberg & Stølen, 1999, Innlegg i Aftenposten under tittelen "Regjeringen skal importere flere titalstusen stillinger fra u-land").

Stange kommune må kunne sies å ha tilsatt sykepleiere med relevant kompetanse for palliativ omsorg. Sykepleierne med denne kompetansen har i dag en arbeidssituasjon hvor denne kompetansen ikke utnyttes fullt ut. De tre kreftsykepleierne i kommunehelsetjenesten bruker f.eks. 60 % av arbeidstiden sin til pasienter uten palliative behov. Også spesialsykepleierne i kreftsykepleie og palliativ omsorg som er ansatt i sykehjemmene går inn i avdelingens vanlige drift og med ansvar for alle pasientkategorier. Etablering av palliativ enhet vil trolig bety en mer målrettet utnyttelse av disse sykepleiernes kompetanse. I en situasjon med mangel på kvalifisert helsepersonell vil mulighetene til å *bruke* den kompetansen en har til å videreutvikle den i et stimulerende fagmiljø virke motiverende og derved bidra til at kommunen beholder sykepleiere med palliativ kompetanse.

Høgskolen i Hedmark har en stor bachelorutdanning i sykepleie, samt videreutdanning i kreftsykepleie, begge med behov for gode praksisplasser i kommunehelsetjenesten. En palliativ enhet vil representere en god praksisplass for studenter både i bachelorutdanningen og i videreutdanningen. Dette kan bli en "vinn - vinn – situasjon" for begge parter; høgskolen får gode praksisplasser for sine studenter, samtidig som studentene kan bidra i fagutviklingsarbeid på praksisstedet. Instituttet har ansatt forskere med både nasjonale og internasjonale kontakter inn i universitetsmiljøer som også vil kunne bidra med mer omfattende forsknings og utviklingsarbeid. Et styrket samarbeid mellom institutt for sykepleiefag ved Høgskolen i Hedmarks avdeling for helse- og idrettsfag og Stange kommune (utover det vi allerede har i dag) vil kunne bidra til regional utvikling.

6. Oppsummering

I følge mandatet skulle følgende momenter utredes: Den palliative omsorgens faglige forankring, forventet pasientgrunnlag, nødvendige og ideelle fasiliteter, fordeler og ulemper med øremerkede palliative senger i en avdeling versus en egen palliativ enhet, kost/nytteeffekt, kompetansebehov og muligheter for Stange kommune til å rekruttere og beholde fagfolk med relevant kompetanse innen palliativ omsorg, samt muligheter for studieplasser for studenter ved Høgskolen i Hedmark, HI.

Oppsummeringen følger mandatets struktur.

6.1 Den palliative omsorgens faglige forankring

Den palliative omsorgen er faglig forankret i hospicefilosofien som bygger på prinsippene om en holistisk tilnærming og fokus på hele familien, å finne mening i det meningsløse og døden som en del av livet. Videre er den forankret i moderne vitenskapsbaserte medisinske behandlingsprinsipper. Det kreves fokus på og kompetanse i lindring av både fysisk og åndelig/eksistensiell lidelse. Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er nødvendig. Både eksistensiell lindring, symptomlindrende og kontroll, samt tid og ro til medmenneskelig omsorg må være grunnleggende elementer i utvikling av en palliativ kultur.

6.2 Forventet pasientgrunnlag

Antall innbyggere vil stige i Stange kommune i årene som kommer. Antall eldre i befolkningen er økende. Dette gjelder ikke minst eldre over både 80 og 90 år. Med økende alder stiger også forekomsten av alvorlige sykdommer som kreft, hjerte-lungesykdommer og neurologiske sykdommer. Pasienter under 67 år med behov for pleie og omsorg er også økende. Dette tyder på økt behov for lindrende behandling og pleie.

6.3 Palliativ enhet versus palliative plasser

I Handlingsplanen med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen sies det at en palliativ enhet er neppe realistisk i enkeltkommuner med færre enn 10 – 15 000 innbyggere. I slike kommuner kan palliative plasser som benyttes etter behov være et alternativ. Stange kommune har i dag vel 18 000 innbyggere og med en forventet økning til vel 21 000 innen 2020. Dette taler for at det bør opprettes en palliativ enhet framfor palliative plasser.

Med henvisning til *Plan for palliasjon for Helse Øst* heter det i *Plan for kreftomsorg for Stange kommune 2007-2014* at en palliativ enhet bør ha plass til minst fem pasienter (senger) for å kunne bygge opp en rasjonell kompetanse.

Sammenlignet med kommuner med et tilsvarende innbyggertall synes fem – seks plasser å være et rimelig antall for Stange kommune.

Erfaringer fra de sykehjem vi har vært i kontakt med tyder på at etablering av palliativ enhet er å foretrekke framfor palliative plasser i en vanlig sengepost. Dette begrunnes med at det er vanskelig å forholde seg til ulike pasientgrupper med store behov for pleie og omsorg og at verken de palliative pasientene eller de andre får den tjenesten de har behov for ved et blandet tilbud. Det ble også påpekt at det var vanskelig å skape et terapeutisk miljø for ulike pasientgrupper.

Nå skal en ikke la det *beste* skygge for det *gode* og palliative plasser kan også representere et godt tilbud.

Det ligger til rette for et godt og fruktbart samarbeid med Sykehuset Innlandet om palliativ omsorg i Stange. Dette vil gjelde i forhold til begge alternativer.

6.4 Nødvendige og ideelle fasiliteter

Alle palliative pasienter bør ha enerom med bad og pleietekniske hjelpemidler tilgjengelig. Minimumskravene til en palliativ enhet bør være stue og kjøkkenfasiliteter, pårønderom med muligheter for overnatting, samtalerom, vaktrom, legekontor og medisinrom (jf s. 6). Videre bør det være nødvendig utstyr til pleie og symptomlindring. Det fysiske og sosiale miljøet i en palliativ enhet bør virke inspirerende, trygghetskapende, livgivende, meningskapende og adspredende. Dette kan bl.a. oppnås ved farger, kunst, behaglige møbler, mat og ernæring, og varierte sosiale aktiviteter.

Det vil i prinsippet være mulig å etablere palliativ enhet ved både Ottestad og Stange sykehjem, men for å få en funksjonell og kvalitativ god fysisk utforming vil det trolig være nødvendig med en omstrukturering av de nåværende avdelinger med tilhørende pasientkategorier og en ikke ubetydelig ombygging for å få mest mulig ideelle forhold.

6.5 Kompetanse i palliasjon i Stange kommune

Personalet som arbeider på Palliativ enhet i sykehjem bør ha kompetanse svarende til nivå B, dvs. spesialistkompetanse. Stange kommune synes å ha tilstrekkelig antall sykepleiere med relevant spesialkompetanse til å drifte en palliativ enhet med plass til fem-seks pasienter. Kommunen har også tilgang på fysioterapeut, ergoterapeut og prest. Det vil være både mulig og interessant med fleksible ordninger mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og sykehjemmene. Dette vil kunne gi den enkelte pasient et ”skreddersydd” tilbud hvor de f. eks. kan veksle på å være hjemme og innlagt i sykehjem, og muligens få omsorg av den samme sykepleieren. Å få tilsatt fast lege med spesialistkompetanse i en tilfredsstillende stillingsbrøk kan være en utfordring.

6.6 Økonomi

Kvalitet koster. De største utgiftspostene synes å være lege- og sykepleierlønninger, samt medikamenter. Det må imidlertid være lønnsomt på kort og på lang sikt å utnytte tilgjengelige ressurser på en målrettet måte.

6.7 Gode studieplasser for studenter

Behovet for helsepersonell er økende, særlig i kommunehelsetjenesten. Landet som helhet har en utfordring i å dekke dette behovet i årene framover. Det vil også være et økende behov for sykepleiere med spesialkompetanse. En konsekvens av den bebudede helsereform vil i følge statsråd Bjarne Håkon Hansen være et betydelig økt behov for sykepleiere i kommunehelsetjenesten (intervju med statsråd Bjarne Håkon Hansen i tidsskriftet *Sykepleien* nr 12/08). Gode studieplasser for praktiske studier vil derfor være viktig. Høgskolen i Hedmark har videreutdanning i kreftsykepleie og Høgskolen i Gjøvik har videreutdanning i palliasjon. En palliativ enhet vil representere et godt studietilbud for praktiske studier for disse videreutdanningene og også for bachelorstudenter, noe som trolig vil bidra til rekruttering av sykepleiere. Et godt samarbeid mellom Høgskolen i Hedmark og praksisfeltet vil kunne bidra til forskning og fagutvikling innen fagfeltet palliasjon til gjensidig nytte for begge parter, og på sikt bidra til utvikling av et kraftsenter i palliasjon. Dette kan være viktig for å beholde høyt kvalifisert personell. Både forskning og fagutvikling, og utdanning er selve bærebjelkene i Undervisningssykehjemmet.

Litteraturliste

Aftenposten 27. Mars 2007. "Regjeringen skal importere flere titallstusen stillinger i helsetjenesten fra Uland" og "Vil ha moralsk innvandring." Lokalisert 110908. <http://e24.no/makro-og-politikk/article1709675.ece>

Garåsen, H., Kaasa, S., Røsstad, T. & Broen, P. (2005). Spesialiserte korttidsplasser i sykehjem - Trondheims-modellen. Tidsskrift for Den norske legeforening. Lokalisert 04.09.08 http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1200568

Hansen, B.H.(2008). "Flere sykepleiere". Intervju med Bjarne Håkon Hansen i tidsskriftet Sykepleien nr 12/08, s 7.

Helsedirektoratet. (2007). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Lokalisert 030908. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/IS-1529_Palliasjon_21509a.pdf

Helse og omsorgsdepartementet, (1999). Stortingsmelding 26, om verdier for den norske helsetenesta. Lokalisert 04.09.08. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/Stmeld-nr-261999-2000.html?id=192850>

Hov, R. (2007). Nursing care for patients on the edge of life. Nurses' experiences related to withholding or withdrawing curative treatment in the contexts of ICU and nursing home. Doktoravhandling. Karlstads Universitet, Karlstad, Sverige. 2007:33.

Kaasa, S. & Haugen, D. (2006) Fagfeltet palliativ medisin. Tidsskrift for Den norske legeforening. Lokalisert 27.3.2008

http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1332724#fotnote2

Kreftregisteret, (2008), Cancer in Norway 2005. Lokalisert 030908.

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-inNorway-2005/>

Norsk medisinsk ordbok. (2008). Intermediær. Oslo; Samlaget:

NOU 1997: 20, (1997). Omsorg og kunnskap. Lokalisert 04.09.08.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-199720.html?id=141003>

NOU 1999:2 (1999). Livshjelp, behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Lokalisert 12.12.07.

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19991999/002/PDFA/NOU199919990002000DDDPD FA.pdf>

NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt. Lokalisert 12.12.07.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/NOU-200503.html?id=152579>

Rogdaberg G. & Stølen, N.M.(1999). Tilbud og etterspørsel for ulike typer helsepersonell.

Helsedirektoratet. Økonomiske analyser2/99.

Stange kommune. (2007). Helse og sosialplan. Lokalisert 11.12.07.

<http://www.stange.kommune.no/getfile.php/Filer/Stange/PDF/helse-%20og%20sosialplan%202007%20-%202014,%20rettet%20plan.pdf>

Stange kommune. (2007). Plan for kreftomsorg for Stange kommune 2007-2014.

Strømskag, K.E.(2008). Fra frivillighet til fag- om palliativ behandling og omsorgs utvikling i Norge. Lokalisert 04.09.08.

http://209.85.135.104/search?q=cache:WyOAPjtcRHEJ:www.ro.no/Tid_som_gave_Str omskag.ppt+Str%C3%B8mskag+2008+saunders&hl=no&ct=clnk&cd=1

Sønsterud, S. Gitt opplysninger om lønninger til sykepleiere, hjelpepleiere og leger over telefon 110908.

Sæteren, Berit. (2007). Kampen for livet i vemodets slør: å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet. Finland; Åbo Akademis förlag

Öhlén, J, (2001). Lindrat lidande : att vara i en fristad : berättelser från palliativ vård, Sverige; Nora Nya Doxa

Vedlegg

Vedlegg 1: Kompetanse

En grunnleggende forutsetning for optimal palliasjon er at hele personalet har den nødvendige faglige kompetanse. Med faglig kompetanse menes både kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

I dette vedlegget beskrives krav til kompetanse for aktuelle yrkesgrupper innenfor palliasjon og hvordan denne kompetansen kan oppnås per i dag. Arbeidsgruppen fremmer også en rekke forslag til tiltak for å heve kompetansen innenfor palliasjon.

Kompetansenivåer

Siden lindrende behandling utføres på alle nivåer i helsevesenet, differensierer internasjonale læreplaner mellom tre ulike kompetansenivåer (1-6). Dette er gjort mest systematisk for leger og sykepleiere, men arbeidsgruppen har ønsket å bruke denne malen for alle yrkesgrupper som gir behandling, pleie og omsorg til palliative pasienter.

- Nivå A:** Grunnleggende kompetanse. Denne skal alle helsearbeidere innenfor de aktuelle yrkesgruppene inneha, og den må formidles i grunnutdannelsen.
- Nivå B:** Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som behandler palliative pasienter som en del av sitt kliniske arbeid, både i kommunehelsetjenesten og på sykehus.
- Nivå C:** Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som leder eller arbeider i palliative team og på palliative enheter. Dette nivået tilsvarer spesialistnivået.

Alle faggruppene på palliativt senter trenger spisskompetanse innen sitt eget fagfelt for å kunne bidra best mulig i teamets tverrfaglige tilbud til pasienten og de pårørende. Det er også viktig at alle faggrupper deltar i forskning og fagutvikling.

Nettverk av ressursykepleiere i palliasjon er beskrevet i vedlegg 1. Tilsvarende regionale nettverk bør dannes av andre faggrupper.

På nasjonalt plan fins spesialforeninger eller interessegrupper innenfor onkologi og palliasjon i flere av yrkesforeningene.

Sykepleiere

Kompetansekrav

Nivå B

Sykepleiere som gir behandling og pleie til kreftpasienter og andre pasienter i palliativ fase, skal forstå, ha erfaringskunnskap og handlingskompetanse i forhold til

- kreftsykdommer og ulike behandlingsformer for kreft
- palliasjon som fagfelt

- konsekvenser av sykdom og behandling for pasient og pårørende
- rådgivning og veiledning til pasienter og pårørende
- systematisk symptomkartlegging (for eksempel ESAS og andre kartleggingsskjema), observasjon og evaluering
- smertebehandling og annen symptomlindrende behandling
- ivaretagelse av døende, inkludert diagnostisering av når pasienten er døende
- sykepleierens rolle i tverrfaglig samarbeid
- kommunikasjon med alvorlig syke pasienter og deres pårørende
- reaksjoner på alvorlig sykdom
- etiske vurderinger i forbindelse med alvorlig sykdom og livets avslutning
- systemkunnskap – lover, rettigheter og plikter i forhold til palliative pasienter
- betydningen av identitets-, etnisitets- og kulturforståelse i møte med lidelse
- ivaretagelse av og støtte til pasienter/pårørende i forhold til livskvalitet, mestring og bearbeiding av sorg og kriser
- nettverksarbeid og tverretattlig samarbeid
- organisering av det palliative tilbudet
- sykepleierens ansvar for koordinering av tjenestene rundt pasienten
- helsepersonells individuelle ansvar for faglig forsvarlighet

Nivå C

Kompetansekravene på dette nivået bygger på EAPCs anbefalinger for videreutdanning i palliativ sykepleie (6).

Kompetanse på nivå C skal sette sykepleieren i stand til å fylle sin rolle i det palliative teamet og innebærer at sykepleieren skal

- ha gode kommunikasjonsferdigheter
- kunne intervensere i eksistensielle problemstillinger og hjelpe pasienten til å mestre situasjonen
- kunne vurdere konsekvenser av alvorlig sykdom for både pasienten og familien/pårørende
- ha kunnskap om barn som pårørende og relevante systemer for å ivareta sårbare grupper/personer
- ha inngående og oppdaterte kunnskaper og ferdigheter i kartlegging: Systematisk observasjon, dokumentasjon og evaluering av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/ eksistensielle symptomer og behov
- ha kunnskaper og ferdigheter i smerte- og symptomlindring
- ha kunnskap om sykdomsutvikling og kunne bidra til et sykdomsforløp der god symptomkontroll ivaretas ved strategiske og forebyggende tiltak
- ha en tydelig faglig identitet og kunne bidra aktivt i kliniske beslutninger
- kunne delta i målrettet tverrfaglig samarbeid og faglige diskusjoner
- kunne koordinere tjenester i samarbeid med andre aktører i nettverket slik at pasienter og pårørende opplever trygghet og kontinuitet
- kunne gi råd og veiledning om kliniske problemstillinger til kolleger i og utenfor sykehus
- kunne identifisere, reflektere over og diskutere etiske dilemmaer i palliasjon
- ha kjennskap til organiseringen av palliative tilbud på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå
- kunne undervise, veilede og informere om palliasjon til helsepersonell, studenter, politikere og publikum

videreutdanning i palliativ sykepleie. Utdanningsprogrammet må inneholde en del som er felles med andre sykepleiefaglige videreutdanninger (sykepleieteori, etikk, systemkunnskap, samfunnsvitenskapelige fag og forskning) og en fagspesifikk del. Kreftsykepleie må være en sentral del av utdanningen da over 90 % av pasientene på palliative enheter er kreftpasienter. Innholdet i fagplanen bør ellers defineres ut fra EAPCs anbefaling.

Videreutdanningen må inneholde obligatorisk praksis på palliativt senter i sykehus og palliativ enhet i sykehjem for at studentene skal kunne utvikle de nødvendige kliniske ferdigheter. I henhold til rammepåplanen skal kliniske videreutdanninger inneholde like mye teoretisk undervisning og praksis / praksisrelatert undervisning. Dette vil også gjelde for videreutdanningen i palliativ sykepleie.

Autoriserte kreftsykepleiere bør kunne tilegne seg kompetanse på nivå C ved å gjennomføre en modulbasert faglig påbygning med praksiskrav som beskrevet over.

Leger

Kompetansekrav

I Storbritannia har palliativ medisin vært en egen spesialitet siden 1987 (1-2). Det britiske curriculum for palliativ medisin har også vært basis for EAPCs anbefalinger (3) og Svensk läroplan i palliativ medicin (4).

Curriculum omfatter følgende emner:

- Fysiske aspekter: Sykdomsprosessen, smerte- og symptomkontroll, farmakologi, komorbiditet
- Den døende pasient
- Psykososiale aspekter: Ivaretagelse av familien, kommunikasjon, psykologiske reaksjoner, sorg
- Religiøse og kulturelle aspekter
- Etske aspekter
- Tverrfaglig samarbeid. Tilnærming til palliative pasienter, beslutningslære
- Organisatoriske aspekter
- FOU. Kvalitetsforbedring og forskningsmetodikk i populasjoner med avansert sykdom

Flere av disse emnene er ikke inkludert i noen godkjent spesialistutdannelse i Norge i dag.

Nivå B

Alle leger som behandler kreftpasienter, skal

- kjenne ulike smertetyper og virkningen av ulike lindrende metoder
- kunne utføre undersøkelse, kartlegging og diagnostikk av smerter og andre symptomer
- kjenne til og kunne bruke vanlige verktøy for symptomregistrering (ESAS og andre kartleggings skjema)

- ha kjennskap til etiske og metodiske prinsipper for forskning innenfor palliasjon
- kunne finne fram til og anvende ny relevant forskningskunnskap
- kunne initiere eller delta i forskning og fagutvikling
- ha tverretattlig forståelse og kunnskap
- kunne anvende kunnskap om identitets-, etnisitets- og kulturforståelse i møte med lidelse
- ha forståelse for eksistensielle problemstillinger med relevans for palliasjon, f.eks. i forhold til verdighet, integritet, anerkjennelse, makt – avmakt, avhengighet, krenkelse og sosialisering/tilpasning
- kunne ivareta og støtte pasienter/pårørende i forhold til livskvalitet, mestring og bearbeiding av sorg og kriser

Utdanning

Nivå A: I henhold til rammeplanen for sykepleierutdanning skal bachelorutdanningen sikre at alle sykepleiere har grunnleggende kunnskap om lindrende behandling. Systematisk bruk av verktøy for symptomkartlegging (ESAS) skal beherskes.

Nivå B: Det er ønskelig med godkjent videreutdanning på nivå B, men kompetansen kan oppnås ved relevant praksis og godkjente kurs. Denne kompetansehevingen kan ev. bygges videre til fullført klinisk spesialitet (klinisk stige) innen eget fagområde (kriterier fastsatt av Norsk Sykepleierforbund, NSF). Slik kompetanse vil være knyttet til det aktuelle fagområdet.
Ressurssykepleiere i nettverk kan følge et slikt kompetansehevingsprogram innen palliativ sykepleie.

Godkjent videreutdanning er å foretrekke for fagutviklingssykepleiere, ressurssykepleiere og sykepleiere på palliativt senter. Eksempler på aktuelle videreutdanninger er kreftsykepleie, intensivsykepleie, videreutdanning i aldring og eldreomsorg og tverrfaglig videreutdanning i palliasjon.

Nivå C: Fagspesifikk klinisk videreutdanning i palliativ sykepleie er ikke etablert i Norge. Per i dag er den mest relevante utdanning videreutdanning som nevnt under nivå B, supplert med relevante kurs og praksis fra palliativt senter i sykehus og ev. palliativ enhet i sykehjem.

Forslag til tiltak

Nivå A: Høgskolene bør samarbeide med klinisk fagfelt og benytte personell fra palliative sentre i undervisningen i grunnleggende palliativ sykepleie. Alle studentene bør undervises i bruk av ESAS som standard redskap for symptomkartlegging.

Nivå B: Palliativ sykepleie bør inn som en obligatorisk del i rammeplanen for videreutdanningene i kreftsykepleie, intensivsykepleie og aldring og eldreomsorg, samt i tverrfaglig videreutdanning i palliasjon. Omfanget av faget må tilpasses videreutdanningens målsetting.

Nivå C: Det anbefales å etablere en rammegodkjent, fagspesifikk

videreutdanning i palliativ sykepleie. Utdanningsprogrammet må inneholde en del som er felles med andre sykepleiefaglige videreutdanninger (sykepleieteori, etikk, systemkunnskap, samfunnsvitenskapelige fag og forskning) og en fagspesifikk del. Kreftsykepleie må være en sentral del av utdanningen da over 90 % av pasientene på palliative enheter er kreftpasienter. Innholdet i fagplanen bør ellers defineres ut fra EAPCs anbefaling.

Videreutdanningen må inneholde obligatorisk praksis på palliativt senter i sykehus og palliativ enhet i sykehjem for at studentene skal kunne utvikle de nødvendige kliniske ferdigheter. I henhold til rammepåplanen skal kliniske videreutdanninger inneholde like mye teoretisk undervisning og praksis / praksisrelatert undervisning. Dette vil også gjelde for videreutdanningen i palliativ sykepleie.

Autoriserte kreftsykepleiere bør kunne tilegne seg kompetanse på nivå C ved å gjennomføre en modulbasert faglig påbygning med praksiskrav som beskrevet over.

Leger

Kompetansekrav

I Storbritannia har palliativ medisin vært en egen spesialitet siden 1987 (1-2). Det britiske curriculum for palliativ medisin har også vært basis for EAPCs anbefalinger (3) og Svensk läroplan i palliativ medicin (4).

Curriculum omfatter følgende emner:

- Fysiske aspekter: Sykdomsprosessen, smerte- og symptomkontroll, farmakologi, komorbiditet
- Den døende pasient
- Psykososiale aspekter: Ivaretagelse av familien, kommunikasjon, psykologiske reaksjoner, sorg
- Religiøse og kulturelle aspekter
- Etske aspekter
- Tverrfaglig samarbeid. Tilnærming til palliative pasienter, beslutningslære
- Organisatoriske aspekter
- FOU. Kvalitetsforbedring og forskningsmetodikk i populasjoner med avansert sykdom

Flere av disse emnene er ikke inkludert i noen godkjent spesialistutdannelse i Norge i dag.

Nivå B

Alle leger som behandler kreftpasienter, skal

- kjenne ulike smertetyper og virkningen av ulike lindrende metoder
- kunne utføre undersøkelse, kartlegging og diagnostikk av smerter og andre symptomer
- kjenne til og kunne bruke vanlige verktøy for symptomregistrering (ESAS og andre kartleggings skjema)

- kjenne betydningen av adekvat diagnostikk for å klargjøre årsaken til smerter og andre symptomer, og kunne utføre eller henvise til slik diagnostikk
- kunne forebygge og behandle smerte, kvalme, obstipasjon og andre plager fra kreftsykdommer
- ha innsikt i øyeblikkelig hjelp-tilstander hos kreftpasienter, spesielt truende tverrsnittslasjon, vena cava superior-syndrom og hypercalcemi, og vite hvordan disse behandles
- sørge for at pasientene blir adekvat vurdert i forhold til tumorrettet behandling, og ha henvisningsrutiner for dette
- kjenne WHO's smertetrapp
- kunne starte opp behandling med subkutan smertepumpe for tilførsel av analgetika og ev. andre medikamenter, f.eks. kvalmestillende
- kjenne til komplikasjoner til og bivirkninger av behandlingene, og kunne behandle disse
- ha henvisningsrutiner til relevant palliativ behandling for pasienter med uhelbredelig kreft
- samarbeide tverrfaglig med andre spesialister og profesjoner, og kunne lage en behandlingsplan hvor man tar hensyn til både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle aspekter
- kunne gjøre relevante etiske vurderinger i samarbeid med pasienten, familien og annet helsepersonell

Nivå C

Kompetanse tilsvarende nivå C skal sette legen i stand til fulltids virksomhet som overlege i spesialisert palliativ virksomhet (palliativt team / palliativ enhet), med ansvar for et betydelig antall pasienter med avansert, livstruende sykdom og komplekse problemstillinger. Dette ansvaret innebærer

- å forstå sykdommens biologi og naturlige forløp, inkludert grunnleggende forståelse av patofysiologiske mekanismer
- å diagnostisere, forebygge og behandle smerter og andre plagsomme symptomer hos pasienter med avansert, livstruende sykdom, med en helhetlig tilnærming som inkluderer både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle aspekter
- å kartlegge og vurdere daglig i hvor stor grad smerte- og symptomkontroll er oppnådd
- å tilkalle leger fra andre medisinske spesialiteter når det er nødvendig for diagnostikk og behandling
- å bidra aktivt til teambygging og samarbeid mellom yrkesgruppene i det palliative teamet
- å undervise og informere om palliasjon til kolleger, andre helsearbeidere og publikum
- å koordinere tjenester i samarbeid med pasientens fastlege slik at pasienten og de pårørende opplever tilbudene som en sammenhengende behandlingsskjede
- å samarbeide med andre yrkesgrupper for å forebygge patologiske sorgreaksjoner i familier
- å gi råd og veiledning om kliniske problemstillinger til kolleger i og utenfor sykehus
- å delta i forskning og fagutvikling innenfor palliativ medisin

Utdanning

- Nivå A:** Ved alle de medisinske fakultetene skal studentene gis en grunnutdanning i palliasjon. En særoppgave fra Det medisinske fakultet, NTNU, våren 2006 viser at de fire medisinske fakultetene i Norge har et svært ulikt undervisningstilbud innenfor palliativ medisin (7). I 2005 varierte timetallet fra 12 (Univ. i Bergen) til 35 timer (NTNU) totalt i løpet av studiet. Undervisningen omfatter omsorg ved livets slutt, kommunikasjon i palliativ sammenheng og smerte- og symptomlindring. NTNU er eneste lærested som har praktisk tjeneste i palliasjon (3 timer). NTNU er også eneste universitetet med professor 1 i palliativ medisin.
Ut fra studien er det grunn til konkludere med at grunnutdannelsen i palliativ medisin er mangelfull på de fleste norske lærestedene.
- Nivå B:** Ved gjennomgang av dagens spesialistregler for allmenntilleggsmedisin, generell indremedisin, generell kirurgi, gastrokirurgi, urologi, anesthesiologi og geriatri kommer det frem at disse spesialistutdannelsene kan fullføres uten at man har sikret at spesialisten har kompetanse i palliativ medisin tilsvarende nivå B.

Norsk forening for palliativ medisin og de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling arrangerer i samarbeid kurs i palliasjon tilsvarende nivå B for både allmennleger og sykehusleger.
- Nivå C:** Foreningene for palliativ medisin i de nordiske land har i fellesskap utviklet en toårig kursutdanning som skal gi spesialister i relevante kliniske fagområder kompetanse i palliativ medisin tilsvarende nivå C (8). I tillegg til denne teoretiske utdannelsen må kandidatene ha relevant klinisk praksis. Det er et mål at alle overleger på palliativ senter og ved større palliative enheter i sykehjem skaffer seg denne formelle utdannelsen og nødvendig klinisk praksis.

Forslag til tiltak

- Nivå A:** For å sikre en basiskompetanse hos alle leger bør universitetene anmodes om å innføre studieplaner med læringsmål tilsvarende nivå A.
- Nivå B:** Spesialitetskomiteene for alle spesialiteter som gir behandling til kreftpasienter i palliativ fase, anmodes om å vurdere innføring av obligatorisk kurs i palliasjon i utdannelsen.
Alle onkologiske avdelinger bør innføre obligatorisk rotasjon til palliativ enhet i minimum 3-6 måneder for leger i utdanningsstilling.

De regionale kompetansesentrene for lindrende behandling bør samarbeide for å sikre et kurstilbud på nivå B for spesialistkandidater innen flest mulig spesialiteter.
- Nivå C:** Kompetanse på nivå C bør formaliseres som påbyggingsspesialitet til relevante kliniske spesialiteter.

Fysioterapeuter

Kompetansekrav

Nivå B

Fysioterapeuter som behandler kreftpasienter og andre pasienter i palliativ fase, skal ha

- kunnskap om palliasjon som fagfelt, kjennetegn ved den palliative kultur og organisering av det palliative tilbudet
- grunnleggende kjennskap til palliativ medisin (symptomer og symptomlindring)
- kunnskap om kreftsykdommer og kreftbehandling og deres innvirkning på fysisk funksjon
- kunnskap og ferdigheter i fysioterapi til palliative pasienter:
 - generelle prinsipper, undersøkelse/vurdering, aktuelle tiltak og mål
 - palliativ rehabilitering
 - smertelindrende tiltak
 - lymfødembehandling
 - fysioterapi ved spesielle symptomer og tilstander hos palliative pasienter
 - forsiktighetsregler og kontraindikasjoner
- kjennskap til etiske problemstillinger og kommunikasjonsmessige utfordringer i møte med palliative pasienter

Nivå C

Kompetanse tilsvarende nivå C skal sette fysioterapeuten i stand til å fylle sin rolle i det palliative teamet. Fysioterapeuten skal

- ha kunnskap som beskrevet på nivå B
- kunne foreta fysioterapeutisk undersøkelse og vurdering av palliative pasienter og planlegge mål og tiltak sammen med pasient og pårørende
- kunne iverksette relevante fysioterapeutiske tiltak til palliative pasienter
- ha kunnskap om spesielle problemstillinger i palliativ fase, spesielt i relasjon til fysioterapi
- ha kompetanse i lymfødembehandling
- ha kunnskap om og ferdigheter i kommunikasjon med alvorlig syke pasienter
- ha kjennskap til psykososiale og åndelige/eksistensielle aspekter ved palliasjon
- kunne samhandle aktivt med resten av behandlingsteamet
- kunne informere, undervise og veilede pasienter, pårørende og helsepersonell, inkludert egen faggruppe, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten
- kunne delta i forskning og fagutvikling innen sitt fagområde

Utdanning

Nivå A: Undervisningen om kreft og palliasjon i grunnutdanningen varierer fra lærested til lærested. Norsk Fysioterapeutforbunds faggruppe for onkologisk fysioterapi arbeider med et forslag til en felles rammeplan innenfor fagområdet (se nedenfor).

Nivå B: Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) arrangerer kurs innen onkologisk fysioterapi. Etter revisjon i 2005 inneholder kursrekken 5 kurs på totalt 160 t: Grunnkurs i onkologisk fysioterapi (5 dager), kurs i lymfødembehandling (5 dager), samt tre diagnoserettede kurs. Palliativ

fysioterapi er inkludert i et av de diagnoserettede kursene. NFF arrangerer i tillegg et eget, 3 dagers kurs i palliativ fysioterapi. Relevante kurs på nivå B for fysioterapeuter som arbeider med kreftpasienter i palliativ fase: Grunnkurset, kurset i lymfødembehandling og kurset Kreft og fysioterapi 3. Det siste kurset kan erstattes av et eget kurs om palliativ fysioterapi av minst en dags varighet.

Fysioterapeuter som arbeider med palliative pasienter med andre diagnoser enn kreft, vil ha nytte av kurs fra andre fagområder, f.eks. innen nevrologi, geriatri, lungesykdommer og rehabilitering.

Nivå C: Det fins ingen egen spesialitet i palliativ fysioterapi, men spesialiteten onkologisk fysioterapi er relevant. Denne spesialiteten krever to og et halvt års etter- og videreutdanning samt tre årsverk praksis innen spesialistområdet. De fleste sykehus har imidlertid innført stillinger for spesialfysioterapeuter, med avtalefestede krav til kompetanse. Disse kravene varierer noe, men inneholder en kombinasjon av praksis innenfor et gitt fagfelt og fagspesifikke kurs og/eller videreutdanning tilsvarende omtrent 1 års etter- og videreutdanning. Skandinavisk Forum for Lymfologi arrangerer etterutdanning i komplett fysikalsk lymfødembehandling, 160 t.

Fysioterapeuter på nivå C bør være spesialist i onkologisk fysioterapi eller ha kompetanse tilsvarende krav til spesialfysioterapeut med vekt på palliasjon og onkologi. Tverrfaglig videreutdanning i palliativ omsorg kan inngå i en slik kompetanseoppbygging. Man bør også ha noe kompetanse innen kommunikasjon og veiledning. Det er ønskelig med kurset i komplett fysikalsk lymfødembehandling fra Skandinavisk Forum for Lymfologi eller tilsvarende utdanning.

Forslag til tiltak

Nivå A: Minimum 10 t i onkologisk fysioterapi og palliasjon bør inn i grunnutdanningen på alle lærestedene. Dette skal inkludere lymfødembehandling og annen fysioterapi til kreftpasienter og minimum 3 t spesifikt om palliasjon.

Nivå B: Krav om kompetanse i palliasjon tilsvarende nivå B bør legges inn i alle spesialistutdanningene som omfatter palliative pasienter (allmenn fysioterapi, onkologisk fysioterapi, rehabilitering med fordypning i geriatrisk og gerontologisk fysioterapi, rehabilitering med fordypning i hjerte- og lungefysioterapi og rehabilitering med fordypning i nevrologisk fysioterapi).

Sosionomer

Kompetansekrav

Nivå B

Sosionomer som arbeider med kreftpasienter, må ha grunnleggende kunnskaper om årsaker til, hyppighet og forløp av de vanligste kreftsykdommene. De trenger grundig

kjennskap til folketrygdens regelverk og erfaring fra samarbeid med NAV- trygd.

Nivå C

Kompetanse tilsvarende nivå C skal sette sosionomen i stand til å fylle sin rolle i det palliative teamet. Sosionomen skal

- ha kunnskap om sosiale aspekter ved alvorlig sykdom, inklusive økonomiske konsekvenser, aktuelle støtteordninger og det offentlige og private hjelpeapparatet
- ha kunnskap om psykologiske aspekter ved alvorlig sykdom
- ha kunnskap om kreftsykdommer og kreftbehandling, med særlig fokus på palliasjon
- ha kunnskap om palliasjon ved ikke-maligne sykdommer
- kunne arbeide med pasienter og familier: Kartlegge behov, vurdere aktuelle tiltak og bistå med nødvendig tilrettelegging
- kunne samhandle aktivt med resten av behandlingsteamet
- kunne informere og veilede pasienter, pårørende og helsepersonell, inkludert egen faggruppe, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten
- kunne delta i forskning og fagutvikling innen sitt fagområde

Utdanning

Nivå A: Grunnutdanningen for sosionomer (3-årig bachelorstudium i sosialt arbeid) varierer noe fra lærested til lærested. Utdanningen har begrenset fokus på somatisk sykdom, men inneholder ellers fag med relevans for palliasjon.

Nivå B/C: Tverrfaglig videreutdanning i palliativ omsorg er aktuell for sosionomer. Videreutdanning i familierapi og etterutdanning i velferdslag kan også være relevant.

Kliniske ernæringsfysiologer

Kompetansekrav

Kompetansekravene bygger på pensum i masterstudium i klinisk ernæring ved Universitet i Oslo (9) og Veileder for kliniske ernæringsfysiologer: Ernæring ved langtkommen kreftsykdom, utgitt av Klinisk ernæringsfysiologers forening (KEFF) i 2007 (10).

Nivå B

Alle kliniske ernæringsfysiologer som behandler kreftpasienter, skal

- ha kunnskap om de vanligste kreftsykdommene
- kunne redegjøre for begrepet cancer anoreksi-kakeksi
- ha kjennskap til de ulike behandlingsformene (strålebehandling, kirurgi og cellegiftbehandling) og de vanligste ernæringsrelaterte symptomer som følge av kreftbehandling
- kunne foreslå praktiske kostholdsråd til kreftpasienter i forhold til ulike faser i sykdomsutviklingen (forebyggende, kurativ, palliativ) og i forhold til behandlingsopplegg
- kjenne til ernæringsprodukter som kan være aktuelle ved kreft

Nivå C

Kompetanse tilsvarende nivå C skal sette den kliniske ernæringsfysiologen i stand til å fylle sin rolle i det palliative teamet. Den kliniske ernæringsfysiologen skal kunne

- kartlegge og vurdere ernæringsstatus og ernæringsbehov ut fra sykehistorie, høyde og vekt, relevante blodprøver, kostholdsanamnese og -registrering, der også pasientens sosiale situasjon, behandling og prognose tas med i vurderingen
- delta i beslutningsprosesser omkring aktiv (sonde eller parenteral) ernæringsbehandling
- samhandle aktivt med resten av behandlingsteamet
- gi evidensbaserte kostholdsråd
- utarbeide og følge opp en plan for aktiv ernæringsbehandling
- gi informasjon og støtte til pasienter, pårørende og helsepersonell i spørsmål som angår ernæring, både på sykehus, andre institusjoner og i hjemmet
- undervise og informere om ernæring til studenter, kolleger, andre helsearbeidere og publikum
- delta i forskning og fagutvikling innen sitt fagområde

Dette innebærer at den kliniske ernæringsfysiologen også må ha nødvendig kompetanse innen

- psykososiale tema
- smerte- og symptomlindring
- kommunikasjon og veiledning

Utdanning

Nivå A: Grunnutdanningen inneholder aspekter innen onkologi og ernæring, inkludert palliative problemstillinger. Studentene har obligatorisk sykehuspraksis.

Nivå B: Det finnes ingen formell videreutdanning i palliasjon for kliniske ernæringsfysiologer. St Olavs Hospital arrangerer årlig en fagdag i ernæring ved avansert kreft. Kliniske ernæringsfysiologers forening og tilsvarende foreninger i Norden (nordisk tverrfaglig videreutdanning) arrangerer også med jevne mellomrom relevante kurs. På internasjonale kongresser, f.eks. i regi av ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) arrangeres årlige ernæringskurs (for medlemmer).

Nivå C: Kliniske ernæringsfysiologer som skal ha kompetanse på nivå C, bør skaffe seg spesialiteten i onkologi, som etableres i løpet av 2007. Det finnes eller planlegges ingen egen spesialitet i palliasjon.

Ergoterapeuter

Kompetansekrav

Nivå C

Kompetanse tilsvarende nivå C skal sette ergoterapeuten i stand til å fylle sin rolle i det palliative teamet. Ergoterapeuten skal kunne

- gjøre en funksjonsvurdering av palliative pasienter og planlegge mål og tiltak sammen med pasient og pårørende
- definere aktivitetsmuligheter, der også pasientens sosiale situasjon, behandling og prognose tas med i vurderingen
- tilpasse hjelpemidler og gjøre nødvendig tilrettelegging i pasientens hjem
- samhandle aktivt med resten av behandlingsteamet
- gi informasjon og støtte til pasienter, pårørende og helsepersonell i spørsmål som angår ergoterapi, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten
- undervise og informere om ergoterapi til studenter, kolleger, andre helsearbeidere og publikum
- delta i forskning og fagutvikling innen sitt fagområde

Dette innebærer at ergoterapeuten også må ha nødvendig kompetanse innen

- psykososiale tema
- smerte og symptomlindring
- kommunikasjon og veiledning

Utdanning

Nivå A: De fem ergoteraphøyskolene utdanner autoriserte ergoterapeuter gjennom bachelor-studium. Skolene har felles fagplan. Onkologi inngår som emne i sykdomslære.

Nivå B/C: Per i dag finnes ikke egne videreutdanninger for ergoterapeuter i Norge. Det er mulig å ta masterstudium i helsefagvitenskap. De tverrfaglige videreutdanningene innenfor helhetlig rehabilitering/habilitering, folkehelsearbeid og palliasjon er aktuelle. Ergoterapeut ved palliativt senter bør ha videreutdanning i palliasjon. Ergoterapeuter som arbeider i palliasjon, bør delta i ergoterapeutenes nettverk for somatisk helse.

Forslag til tiltak

Nivå A: Et begrenset antall timer om palliasjon bør tas inn i grunnutdanningen for ergoterapeuter.

Hjelpepleiere

Kompetansekrav

Hjelpepleiere arbeider med palliasjon i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Hjelpepleiere kan arbeide ved palliative enheter i sykehjem.

NivåB/C

Hjelpepleiere som skal arbeide ved palliative enheter i sykehjem (11), skal

- ha grunnleggende forståelse for hva det innebærer å få en kreftdiagnose
- vite hvordan en kreftsykdom kan virke inn på pasienten, familien og det sosiale nettverket, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt
- ha kunnskap og forståelse for sorg og krisereaksjoner
- ha mot til og erfaring i å samtale med alvorlig syke og deres pårørende

- ha kunnskap om de vanligste kreftsykdommene, symptomer, lindrende pleie og behandlingsformer
- ha kjennskap til komplementære og alternative behandlingsformer og en kritisk tilnærming når det gjelder disse
- ha et bevisst forhold til egne verdier knyttet til sykdom, lidelse og død og til eget faglig og personlig engasjement og begrensninger
- kunne ta initiativ til, organisere og iverksette tiltak i samarbeid med den syke, de pårørende og andre samarbeidspartnere
- kjenne til de ulike faginstansene, hjelpeapparatet og andre yrkesgrupper innen kreftomsorg og lindrende behandling
- kunne arbeide tverrfaglig og på tvers av helsetjenestenivåer
- kjenne til sosiale rettigheter og trygdelovgivning som berører den kreftsyke, familien og arbeidsplassen

Utdanning

Nivå A: Videregående opplæring i helse- og sosialfag skal sikre at hjelpepleieren har grunnleggende kompetanse i palliasjon. Hjelpepleiere skal beherske symptomkartlegging ved hjelp av ESAS.

NivåB/C: Videreutdanning i kreftomsorg og lindrende pleie gir nødvendig kompetanse.

Prester

Kompetansekrav

Nivå C

Kompetanse tilsvarende nivå C skal sette presten i stand til å fylle sin rolle i det palliative teamet. Presten skal kunne

- vurdere pasienter med komplekse symptombilder i forhold til åndelige og eksistensielle problemstillinger
- gi kvalifisert åndelig omsorg, som inkluderer
 - å være til stede på pasientens premisser og samtidig være tydelig i rollen som prest
 - å samtale med pasienter og pårørende om deres åndelige/eksistensielle behov og problemstillinger
 - å tilrettelegge og bistå med utforming av ritualer for pasienter, pårørende og personalet
 - å gi råd og veiledning om åndelige og eksistensielle spørsmål knyttet til andre religioner og kulturer og ev. formidle kontakt med relevante representanter/fagpersoner
- forstå og håndtere kriser og krisereaksjoner
- forstå og håndtere sorgreaksjoner
- arbeide med kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/pårørende
- arbeide i forhold til familier og ev. andre nettverk
- samhandle aktivt med resten av behandlingsteamet og kjenne sykehuset som system
- gi informasjon og veiledning til helsepersonell i spørsmål som angår åndelig omsorg

- undervise og informere studenter, kolleger, andre helsearbeidere og publikum om åndelige og eksistensielle utfordringer ved alvorlig sykdom og håndtering av disse
- delta i forskning og fagutvikling

Utdanning

- Nivå A:** Profesjonsutdanning med praktisk-teologisk seminar gir en basisutdanning i sjelesorg og åndelig omsorg.
- Nivå B:** Pastoral-klinisk utdanning (PKU) eller tilsvarende videreutdanning gir nødvendig kompetanse.
- Nivå C:** Det finnes ingen egen videreutdanning for prester innenfor palliasjon. Spesialkompetanse innenfor palliasjon som tillegg til PKU eller tilsvarende videreutdanning må skaffes via kurs og relevant praksis.

Psykologer

Kompetansekrav

Nivå C

Kompetanse tilsvarende nivå C skal sette psykologspesialisten i stand til å fylle sin rolle i det palliative teamet. Psykologspesialisten skal kunne

- gjøre en psykososial vurdering av pasient og pårørende, inkludert vurdering av angst og depresjon
- håndtere kriser og krisereaksjoner
- vurdere og håndtere sorgreaksjoner
- arbeide med kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/pårørende
- arbeide i forhold til familier
- samhandle aktivt med resten av behandlingsteamet og kjenne sykehuset som system
- anvende avspenning og/eller lignende teknikker i behandlingen (hypnose, autogen trening mv.)
- gi informasjon og støtte til pasienter, pårørende og helsepersonell i spørsmål som angår psykologiske reaksjoner ved alvorlig sykdom
- undervise og informere studenter, kolleger, andre helsearbeidere og publikum om psykologiske reaksjoner ved alvorlig sykdom og håndtering av disse
- delta i forskning og fagutvikling.

Utdanning

- Nivå A:** Profesjonsutdanning i psykologi leder fram til godkjenning som psykolog. Alle godkjente psykologer kan arbeide med kliniske problemstillinger.
- Nivå B:** En psykolog uten spesialistutdanning bør ha veiledning fra spesialist eller særskilt kompetent psykolog dersom vedkommende skal arbeide med palliative problemstillinger.
- Nivå C:** Gjennomført spesialistutdanning med varighet på minimum 5 år og

særskilte krav til praksis, veiledning og kurs samt en skriftlig oppgave kvalifiserer til psykologspesialist. Det er ingen spesialutdanning innenfor helsepsykologi, men både klinisk psykologi og samfunnspsykologi er relevante for palliasjon. Spesialkompetanse innenfor palliasjon må skaffes via kurs og relevant praksis.

Forslag til tiltak

Norsk psykologforening bør arbeide mot en spesialitet i helsepsykologi der bl.a. palliative problemstillinger inngår.

Andre faggrupper

Kravene vil gjelde andre yrkesgrupper som arbeider innenfor palliasjon, f.eks. musikk-, kunst- og litteraturterapeuter.

Kompetansekrav

Nivå C

Kompetanse tilsvarende nivå C skal sette fagpersonen i stand til å fylle sin rolle i det palliative teamet. I tillegg til sin fagspesifikke kompetanse, skal vedkommende kunne

- kommunisere med alvorlig syke og deres pårørende
- samhandle aktivt med resten av behandlingsteamet og kjenne sykehuset som system
- informere og undervise pasienter, pårørende og helsepersonell om sitt fagområde
- delta i forskning og fagutvikling innen sitt fagområde

Utdanning

Nivå B/C: Dette vil variere mellom fagområdene. F.eks. innbefatter masterstudium i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole kunnskap og ferdigheter innenfor palliativ musikkterapi i tillegg til undervisning i psykologi, pedagogikk og ulike samarbeidsformer. Studentene kan få praksis på palliativt senter og kan skrive hovedoppgave om temaer knyttet til palliativ musikkterapi. Ved Universitetet i Bergen er man i ferd med å etablere palliativ musikkterapi som ledd i masterutdanningen i musikkterapi.

Det finnes ingen spesifikk videreutdanning i palliasjon for noen faggruppe, men tverrfaglig videreutdanning i palliativ omsorg er aktuell.

Referanser

1. Palliative Medicine Curriculum for Medical Students, General Professional Training and Higher Specialist Training. Southampton: Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland; 1991
2. Curriculum for Higher Specialist Training in Palliative Medicine, including Syllabus for Higher Specialist Training in Palliative Medicine. Southampton: Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland; 2001
3. Report and Recommendations of a Workshop on Palliative Medicine Education

- and Training for Doctors in Europe. European Association for Palliative Care (EAPC); 1993
4. Svensk läroplan i palliativ medicin. Svensk Förening för Palliativ Medicin; 2001 www.sfpm.org
 5. Smeding Rm, Westerberg Larsson H. The Nordic Core Curriculum in Palliative Care. Nordic Cancer Union; 2004
 6. A guide for the development of palliative nursing education in Europe. European Association for Palliative Care (EAPC); 2004
 7. Melhuus K, Westin JA. Hva vet siste års medisinstudenter om lindrende behandling? Særøppgave i medisinstudiet. Trondheim: NTNU; våren 2006
 8. Nordic Specialist Course in Palliative Medicine. Danish Association for Palliative Medicine (DSPaM), Swedish Association for Palliative Medicine (SFPM), Norwegian Association for palliative Medicine (NFPM), Finnish Association for Palliative Medicine (SPLY), and Icelandic Association for Palliative Care; 2003 www.palliativmed.org
 9. Ernneboken til Masterstudium i Klinisk ernæring. Oslo: Universitetet i Oslo; 2007
 10. Veileder for kliniske ernæringsfysiologer: Ernæring ved langtømmen kreftsykdom. Klinisk ernæringsfysiologers forening (KEFF); 2007
 11. Videreutdanning i kreftomsorg og lindrende pleie for helse- og sosialpersonell med videregående opplæring. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; januar 2005. IS-1220

Høgskolen i Hedmark (nå Høgskolen i Innlandet), avdeling for helse- og idrettsfag, institutt for sykepleiefag har på oppdrag fra Stange kommune utarbeidet foreliggende utredning om organisering av palliasjon i kommunen.

Utredningen tar for seg hva palliasjon er, fordeler og ulemper ved henholdsvis palliative senger i ordinær sykehjemsavdeling og egen palliativ enhet og økonomi knyttet til de ulike alternativene.

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom.

Lindring av pasientens fysiske smerte og andre plagsomme symptomer, uavhengig av diagnose/sykdom, står sentralt. Målet er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon med uhelbredelig sykdom i familien. For å lykkes med palliasjon i kommunen kreves kompetanse hos personalet og tverrfaglig samarbeid – og samarbeid med spesialisthelsetjenesten i Sykehuset Innlandet HF.

Det foreligger erfaring fra andre kommuner i Norge med både palliative enheter i sykehjem og palliative senger i eksisterende sykehjemsavdelinger. Noen har gått enda "lenger" og etablert intermediær (1½-linje) avdeling i sykehjem, og noen har etablert hospice-enhet. Disse erfaringene, forutsatt at folketallet i kommunen er større enn 10 – 15 000 innbyggere, tilsier at palliativ enhet har flere fordeler enn palliative senger i eksisterende sykehjemsavdeling. Behandlingstilbudet i palliative enheter er kostbart i forhold til driften ved ordinære sykehjemsavdelinger, men billig i forhold til behandling i sykehus (Garåsen m.fl., 2003). I tråd med utspillene fra nåværende helseminister Bjarne Håkon Hansen den siste tiden, er det rimelig å anta at kommunen dermed vil få et utvidet ansvar i forhold til pasientgruppene med behov for palliasjon framover.

Utfordringen er å ta stilling til på hvilken måte Stange kommune skal løse dette: Palliativ enhet eller palliative senger i sykehjem? Hvilken kompetanse er nødvendig for å håndtere utfordringene? Hvilke økonomiske konsekvenser gir realisering og drifting av tiltaket som velges?