21.03.12

Den Norske Legeforening

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

## Intern høring – Legeforeningens statusrapport om helse- og omsorgstilbudet til eldre

Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) takker for muligheten til å komme med innspill.

Folketallet i Norge passerer i disse dager 5 millioner, og med en økende andel eldre vil vi også få langt flere pasienter med kreftsykdom eller annen alvorlig sykdom med behov for lindrende behandling.

Økende behandlingstilbud til palliative pasienter i de eldste aldersgruppene gjør også at den palliative fasen forlenges. Pasientbehandling gjøres i økende grad poliklinisk, og inneliggende pasienter overflyttes i tråd med Samhandlingsreformen raskere til kommunen.

Kommunene må derfor i økende grad ta i mot pasienter med store pleie- og behandlingsbehov. Løsere familiestrukturer og en økende andel aleneboende vil også medføre et økt press på institusjonsplasser.

På bakgrunn av disse fakta har vi enkelte kommentarer til høringen:

Punkt 4.3 Omsorgsbolig eller sykehjem.

Vi er betenkt i forhold til en økning i omsorgsboliger fremfor sykehjemsplasser:

Eldre, enslige palliative pasienter kan i svært liten grad ivaretas i omsorgsboliger slik de defineres nå uten heldøgns tilsyn eller annen organisert legetjeneste enn fastlege/legevakt.

Det økende antallet palliative pasienter vil fordre flere sykehjemsplasser, men også flere plasser på lindrende enhet med styrket bemanning i forhold til en vanlig sykehjemsavdeling (jfr. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/Vedlegg+1.+Organisering/Palliativ+enhet+i+sykehjem#Personale> ).

Punkt 4.3.2

Vi er svært positive til etablering av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin.

Vi viser her til Høringsuttalelse fra NFPM 18.03.11 vedrørende opprettelse av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin.

Vi ser det som særlig viktig at samme kompetansenivå legges til grunn for alle nye kompetanseområder. Entydige krav om klinisk tjeneste, teoretisk kunnskapsnivå og praktiske ferdigheter er sentralt. I dette ligger også spesifisering av krav til godkjent utdanningssted og veiledning.

Punkt 4.3.4 Nasjonal norm for legebemanning i sykehjem.

Vi er positive til innføring av nasjonal norm for legebemanning i sykehjem. Vårt inntrykk er at bemanningen ikke minst i forhold til de palliative pasientene på lindrende enheter/palliative plasser er svært varierende, tilfeldig og langt under den foreslåtte normen. Dette er svært uheldig og begrenser kommunens mulighet til å tilby god palliativ behandling og oppfølging.

Punkt 6.1 Helsetjenestens rolle i livets sluttfase – god lindrende behandling.

Vi er enige i at palliativ medisin fortsatt må styrkes som eget fagfelt. Det er viktig med kompetanse innen palliasjon for behandling av geriatriske pasienter. I mange tilfeller vil god palliasjon best bli formidlet ved at man styrker kompetansen i palliasjon innenfor de involverte fagområdene som geriatri, sykehjemsmedisin og indremedisin.

Vi foreslår derfor i denne sammenheng en ”omvendt” formulering med fokus på å styrke palliasjon innenfor disse fagfeltene.

Punkt 6.3 Hvor er det best å dø.

I flere studier er det vist at terminale kreftpasienter ønsker å være mest mulig hjemme, og også dø hjemme dersom man kan tilby den nødvendige behandling, omsorg og støtte. I Norge er andelen lav, og lavere enn i mange andre europeiske land til tross for godt utbygd hjemmetjeneste. Det er flere årsaker til dette. Det er tydelige geografiske variasjoner (mer sannsynlig å dø hjemme i grisgrendte strøk). Man har også sett at hjemmedød er vanligere der det er nære pårørende, involverte allmennleger, god hjemmetjeneste og tilgang på palliative team/tjenester.

Det er ikke nødvendigvis viktig hvor pasienten dør, men pasientenes egne ønsker må frem. I . Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen er det et overordet mål at pasienten skal få dø der han/hun ønsker det og at forholdene blir lagt til rette for en verdig død. Dette er en god formulering som gjerne kan få være med under ”Legeforeningen mener”.

WHOs definisjon og krav til terminal pleie er også en god referanse:

“*Pasienten skal*

* *være informert om sin tilstand*
* *ha enerom*
* *slippe å være alene*
* *få lindring av smerter og andre symptomer*
* *gis anledning til å snakke om eksistensielle og åndelige spørsmål*”

Punkt 3.1.1 Eldre som ressurs i arbeidslivet.

NFPM er av den oppfatning at diskusjonen om legers rett til autorisasjon etter fylte 75 år bedre fremmes i andre sammenhenger enn denne.

Vennlig hilsen

Jan Henrik Rosland Eva Gravdahl Siri Brelin   
leder styremedlem styremedlem