



FREDRIKSTAD KOMMUNE



Plan for palliative helse- og omsorgstjenester 2023–2030

«Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve».
Fra Stortingsmelding 24

VEDTATT i helse- og velferdsutvalget 25.1.2023

Innhold

1. Innledning	4
Formål	4
Bakgrunn	4
Arbeidet med planen	4
Avgrensninger	5
2. Hva er palliasjon og hvorfor er det viktig?	6
Hvor dør vi?	7
Hva betyr palliasjon?	7
Barnepalliasjon	8
Behov for palliasjon	8
3. Status og utviklingstrekk	10
Nasjonale føringer	11
Utviklingstrekk i Fredrikstad	13
Familiebasert og frivillig omsorg	14
4. Dagens palliative helse- og omsorgstjenester i Fredrikstad	15
Etat hjemmesykepleie	15
Etat omsorgssentre	16
Etat friskliv og mestring	17
Tildelingskontoret	18
Fastleger	18
Sykehuset Østfold HF	19
5. Utviklingsbehov	20
Utfordringer for palliative helse- og omsorgstjenester	21
Det lokale utfordringsbildet	22
Fagmiljøets anbefaling	24
6. Sammen om palliative helse- og omsorgstjenester – innsatsområder og tiltak	27
Innsatsområder	28



Innledning

I dag fører bedre behandlingsmuligheter til at flere lever lengre. Befolkningen vokser og andelen eldre blir stadig større. Det er kortere liggetid i sykehus, mer poliklinisk behandling og mer oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

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

De neste tiårene vil behovet for kommunale tjenester øke, samtidig som det vil bli mangel på helsepersonell. Det antas at antall årsverk innen helse og omsorg må øke med om lag 35 prosent inn mot 2035 for å få dekket framtidige behov. I takt med veksten i andel eldre i befolkningen, og flere som lever lengre med kroniske sykdommer, vil behovet for palliativ omsorg øke.

Plan for palliative helse- og omsorgstjenester er en temaplan for faglig tilnærming og organisering av tjenestetilbudet til alvorlige syke og døende.

Formål

Denne planen skal bidra til at innbyggerne får palliativ behandling og omsorg av god kvalitet, slik at livet kan oppleves som meningsfullt til tross for begrenset levetid og svekket funksjonsevne.

«Hva er viktig for deg» skal være førende for behandlingen som gis, og det skal legges til rette for en større valgfrihet når det kommer til livets siste fase og hvor man ønsker å dø.

Bakgrunn

Det er første gang en slik plan utarbeides i Fredrikstad kommune. Planen bygger på faglige retningslinjer og veiledere om palliativ behandling og omsorg. Den tar utgangspunkt i nasjonalt og lokalt utfordringsbilde for valg av faglig tilnærming og organisering av tjenestene.

Arbeidet med planen

Planen er utarbeidet av fagpersoner fra praksisfeltet i kommunens helse- og omsorgstjenester.

Ansatte i Seksjon for helse og velferd, tillitsvalgte for fastlegene, og kommuneoverlege har medvirket i utformingen av planen.

Eldrerådet og råd for personer med funksjonsnedsettelse ble invitert til å medvirke i en tidlig fase av planarbeidet.

Underveis i planarbeidet har det blitt igangsatt forbedring av praksis og besluttet endringer i organisering og lokalisering av tjenester.

Avgrensninger

Planen omfatter alle med ulike former for alvorlig sykdom, omfattende funksjonssvikt, alvorlig utviklingshemming og som er i behov for palliativ behandling og omsorg.

I noen anbefalinger er den palliative fasen avgrenset til å omfatte pasienter med antatt forventet levetid mindre enn 9-12 måneder.

I denne planen legges det til grunn at den palliative fasen en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør.

Hva er palliasjon og hvorfor er det viktig?



Hvor dør vi?

Tidligere var livets avslutningsfase familiens uformelle ansvar. Fram til 1950-tallet døde de fleste hjemme, med familien rundt seg. I dag har det offentlige langt på vei overtatt ansvaret for døende.

Til tross for at mange ønsker å dø hjemme så har andelen som dør hjemme endret seg lite de siste 20 årene på landsbasis.¹

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at de fleste nordmenn som dør i alderen 60 år og eldre, er enten på sykehjem eller mottar helsetjenester i hjemmet. På landsbasis dør det daglig i gjennomsnitt 45 personer på sykehjem og 36 personer som mottar helsetjenester i hjemmet.²

Hva betyr palliasjon?

Palliasjon kommer av det latinske navnet *palliatum*, som betyr «dekket over.» Hippokrates beskrev i sin tid at legens oppgave alltid er å trøste, ofte lindre og sjelden kurere. I paragraf 1 i etisk regelverk for leger står det at leger skal helbrede, lindre og trøste. Palliasjon er dermed medisinsens lindrende praksis.

I moderne medisin legges det sterk vekt på at medisinsk behandling for å oppnå helbredelse og lindrende behandling ikke har hatt samme oppmerksomhet og anerkjennelse. Gradvis har det vokst fram et tilbud om lindrende omsorg for voksne, særlig innenfor kreftomsorgen. Det er et økende fokus på lindrende behandling for barn, men det er fortsatt et relativt nytt fagområde.³

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter 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 framskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

Grunnleggende palliasjon til den døende bygger på noen enkle, anerkjente prinsipper uavhengig av diagnose. WHO angir følgende viktige presiseringer om at palliasjon:

- Lindrer smerte og andre plagsomme symptomer.
- Anerkjenner døden som en naturlig del av livet.
- Har verken til hensikt å framskynde eller utsette døden.
- Inkluderer psykologiske og åndelige/eksistensielle aspekter i pasientomsorgen.
- Tilbyr nødvendig hjelp og støtte slik at pasientene kan leve et så aktivt liv som mulig fram til døden inntreffer.

¹ Meld. St. 24 (2019–2020) - regjeringen.no

² Fire av fem eldre som dør, mottar omsorgstjenester i kommunen - SSB

³ Lid, Inger Marie; Klepp, Olbjørn: *palliativ behandling* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 28. oktober 2022 fra https://snl.no/palliativ_behandling

- Tilbyr nødvendig hjelp og støtte slik at pårørende kan håndtere både pasientens sykdom og egen sorgprosess.
- Bruker en tverrfaglig tilnærming for å ivareta pasienter og pårørendes behov, også i sorgprosessen hvis påkrevd.
- Skal forbedre livskvaliteten og kan også virke positivt på sykdomsforløpet.

WHO oppfordrer sine medlemsstater til sterk satsing på palliativ behandling i hele sykdomsforløpet, og vektlegger at palliasjon skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenestene. Palliativ behandling og omsorg bør gis tidlig i sykdomsforløpet og det skal tilrettelegges for individuelle ønsker og behov.

Barnepalliasjon

Moderne medisinsk behandling gjør at mange barn med alvorlige eller uhelbredelige sykdommer kan leve i mange år med god livskvalitet. Dette er en av årsakene til at antall barn med behov for palliativ behandling og omsorg øker.⁴

Barn og ungdom med livstruende/livsbegrensende sykdom og deres familie bør tilbys barnepalliasjon i henhold til WHO's definisjon og utdypning:

Barnepalliasjon er en aktiv og helhetlig støtte til barnets og familiens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov, som starter ved diagnosetidspunkt og varer livet ut, med etterfølgende oppfølging for familie.⁵

Helsedirektoratet har utgitt en nasjonalfaglig retningslinje for palliasjon til barn og unge fra 0-18 år med livstruende eller livsbegrensende tilstander uavhengig av diagnose.⁶

Barn med behov for palliasjon kan deles inn i fire kategorier:

1. Barn med livstruende sykdom, der det finnes medisinsk behandling, men som ikke alltid helbreder.
2. Barn med forhold hvor tidlig død er uunngåelig.
3. Barn med progressive sjeldne sykdommer.
4. Barn som har forhold hvor alvorlighetsgrad fører til risiko for komplikasjoner.

Behov for palliasjon

Palliasjon er mest integrert innen kreftområdet, men enkelte kreftområder har hatt lite palliativ oppmerksomhet. I utredningen *På liv og død* påpekes det at det må også igangsettes et betydelig løft innen andre sykdomsgrupper. Dette gjelder særlig for:

- Pasienter med KOLS og hjertesvikt med hyppige innleggelser i sykehus og korttidsopphold.
- Pasienter med kroniske hjerte-, lunge- og nyresykdommer.
- Pasienter med progredierende nevrologiske sykdommer.

⁴ [Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

⁵ [9789241514453-eng.pdf \(who.int\)](#)

⁶ [Palliasjon til barn og unge - Helsedirektoratet](#)

- Personer med demenstilstander i avansert stadium⁷.
- Barn og unge med livstruende eller livsbegrensende tilstander.

I tillegg mener utvalget at pasienter med rusmiddelutfordringer, psykiske helseproblemer og psykiske utviklingsproblemer bør få særskilt oppmerksomhet. Dette er pasientgrupper som vil kunne ha særegne behov og behandlingsutfordringer som vil kreve en annen kompetanse innen palliasjon enn hva som er vanlig i dag.⁸

⁷ [Palliativomsorg_AstridRønsen.pdf](#)

⁸ [NOU 2017: 16 \(regjeringen.no\)](#)

Status og utviklingstrekk



Nasjonale føringer

Denne planen bygger på faglige retningslinjer og veiledere som gir føringer for palliativ behandling og omsorg:

Nasjonale råd for lindrende behandling i livets slutfase, utarbeidet av Helsedirektoratet. Rådene omhandler lindring i livets slutfase som defineres som de siste uker, dager og timer. De faglige rådene inkluderer også ivaretagelsen av de pårørende.⁹

Nasjonal veileder «Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling». Hensikten med veilederen er å kvalitetssikre beslutningsprosesser knyttet til å igangsette eller avslutte livsforlengende behandling av alvorlig syke pasienter med kort forventet levetid.¹⁰

Nasjonal faglig retningslinje «Palliasjon til barn og unge», utarbeidet av Helsedirektoratet som omhandler hvordan barnepalliasjonstilbudet skal være i spesialisthelsetjeneste og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.¹¹

En oppsummering av kunnskap: Palliativ omsorg i kommunene som presenterer en systematisk oversikt over feltet palliativ omsorg i kommunene.¹²

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Denne beskriver hva som anses som god praksis, og er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten.¹³ Det er utviklet retningslinjer for organisering av palliativ enhet i sykehjem, sykestue eller distriktmedisinsk senter:

- Enheten skal ha eget pleiepersonell (sykepleiere og hjelpepleiere), med økt bemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger og god bemanning av sykepleiere. Det bør tilstrebes pleiefaktor 1:2 på dagtid. Ved små enheter kan det være hensiktsmessig å ha helt eller delvis felles bemanning med annen avdeling/post om kvelden og natten og i deler av helgen, men det må være sykepleier til stede på alle vakter.
- Pleiepersonalet bør ikke ansettes i mindre enn 50 prosent stilling.
- Egen lege må være tilknyttet enheten. Legen skal ha kompetanse i palliasjon tilsvarende nivå B.
- Enheten skal fortrinnsvis ha sykepleiere med relevant videreutdanning.
- Hjelpepleiere (i dag kalt helsefagarbeidere) bør ha relevant videreutdanning.
- Enheten skal ha økt legebemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger. Behovet for legetjenester vil i noen grad avhenge av enhetens inntakskriterier, men legen skal ha minst 2-3 timer tjeneste på enheten per pasient per uke. Det er en fordel om legen i arbeidstiden kan være tilgjengelig på telefon utover dette. Ved planlagt fravær skal det være vikar. Vikaren skal være informert om pasientene og aktuelle problemstillinger.
- Enheten skal ha et strukturert samarbeid med fastlegene og hjemmetjenestene.

NOU (Norges offentlige utredninger) 2017: 16 På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende er en offentlig utredning av utfordringsbildet innen palliasjon og presenterer mulige

⁹ [Lindrende behandling i livets slutfase - Helsedirektoratet](#)

¹⁰ [Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

¹¹ [Grunnleggende barnepalliasjon, etikk og jus - Helsedirektoratet](#)

¹² [Palliativ omsorg.pdf \(unit.no\)](#)

¹³ [Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram - Helsedirektoratet](#)

handlingsvalg, utviklingsbehov og legger føringer for hvordan spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør organisere det palliative tilbudet.¹⁴

I utredningen presenteres det en modell for framtidens organisering av palliasjon til voksne der tjenestene skal tilpasses pasientens behov (se figur Modell 1 på neste side).

Modellen beskriver de sentrale aktørene mot pasientens hjem. Det anbefales at i større kommuner med anslagsvis nedslagsfelt på over 50 000 innbyggere, skal det opprettes kommunale palliative sentre. De ansatte på senteret bør ha spesialkompetanse innen palliasjon. Kompetansen på senteret bør være tilgjengelig for de andre tjenestene i kommunen og skal bistå med råd og faglig veiledning. Det palliative senteret skal ha et nært samarbeid med palliativt senter på sykehus. Antall plasser vil variere ut fra lokale behov.

Det anbefales at det tilknyttes et tverrfaglig kommunalt palliativt team til senteret. Det palliative teamet bør ha en konsultativ funksjon internt i kommunen i form av telefonrådgivning, samt deltagelse i hjemmebesøk og tilsyn. Det palliative teamet skal ha en fast organisering og avklarte rollefordelinger. Det bør være noen faste ansatte i teamet med palliativ kompetanse som en lege og en sykepleier, mens enkelte kan være knyttet til teamet ved behov for eksempel prest, imam, psykolog, fysioterapeut og ergoterapeut.

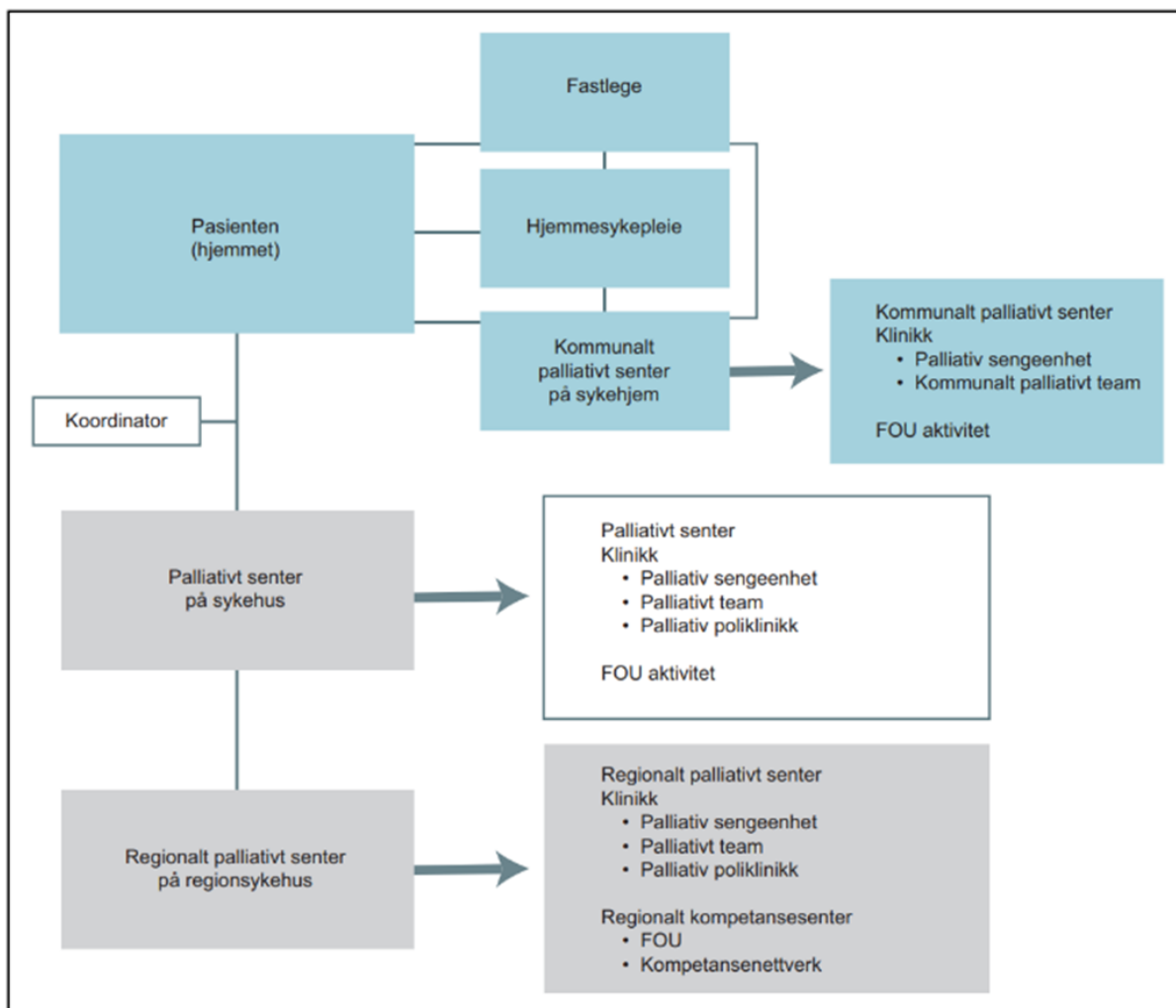
For å legge til rette for hjemmetid og hjemmedød skal det komme tydelig fram hvem som har primæransvaret for pasienten. Pasientens behov skal være utslagsgivende for hvem som har behandlingsansvaret.

De sentrale aktørene mot pasientens hjem er fastlege, hjemmesykepleien, palliativ koordinator/kreftkoordinator og et palliativt team. Spesialisthelsetjenesten bistår ved behov.

Organisasjonsstrukturen må være fleksibel for endringer, da pasientens behov kan endre seg raskt.

Pårørende er en viktig ressurs for at pasientene skal kunne være hjemme. Det vil i perioder være behov for mye hjelp og støtte i hjemmet i form av avlastning og pårørendestøtte. Her kan frivillige være til hjelp. Dette bør være kjente og forutsigbare tilbud og en del av det kommunale palliative tilbudet.

¹⁴ [NOU 2017: 16 \(regjeringen.no\)](#)



Utviklingstrekk i Fredrikstad

Fredrikstad er en by i vekst. Framskrivninger viser at innbyggertallet vil øke fra 84 206 personer i 2022 til 87 970 personer i 2030. En stor andel av veksten vil være blant de eldre. Det er estimert en vekst i antall eldre over 80 år på 34,5 prosent i denne planperioden.

Helsetilstanden i befolkningen i Fredrikstad er dårligere sammenlignet med resten av landet. Det er blant annet en høyere forekomst av kreft.¹⁵ Nasjonalt vil hvert tredje person få en kreftdiagnose innen fylte 75 år, og antall krefttilfeller fortsetter å øke. Om lag 40 prosent flere vil få kreft i 2035 sammenlignet med i dag¹⁶¹⁷

Fredrikstad ligger over gjennomsnitt på sykdommer som hjerte-/karsykdommer, KOLS, diabetes type 2, muskel-/skjelettplager og psykiske sykdommer og plager.¹⁸

Personer med demens forventes å øke kraftig fram mot 2040, fra 1282 personer i 2020 til 2275 personer i 2040.

¹⁵ [kommunedelplan-helse-og-velferd-2016-2027.pdf \(fredrikstad.kommune.no\)](#)

¹⁶ [Kreft i Norge \(kreftregisteret.no\)](#)

¹⁷ [Kreft - FHI](#)

¹⁸ [kommunedelplan-helse-og-velferd-2016-2027.pdf \(fredrikstad.kommune.no\)](#)

I Norge er det omtrent 8000 barn og unge som lever med livstruende og livsbegrensende diagnoser i behov for palliasjon.¹⁹ Disse barna trenger tett og langvarig oppfølging i kommunal helsetjeneste og er ofte i behov for avansert medisinsk behandling.

Om lag halvparten av barn som fødes med en tilstand som vil kreve lindrende behandling og omsorg, dør i løpet av første leveår, ofte etter langvarige sykehusopphold. Dette omfatter om lag 40–50 barn årlig på landsbasis. I 2021 (SSB) døde 104 barn under 1 år i Norge.²⁰

Det estimeres en vekst i andelen brukere i behov av hjemmetjenester og brukere på institusjon på 9,5 prosent hvis vi ser mot 2040. Med bakgrunn i framskrivningene om at vi blir flere eldre og at vi lever lengre med sykdommer, vil en anta at en større andel av de som er i behov for helsehjelp i framtiden, vil være i behov for palliativ behandling og omsorg. Det vil medføre et økt press- og større krav til tjenestene. I takt med økende andel palliative pasienter, vil det bli en økende mangel på helsepersonell.

Familiebasert og frivillig omsorg

Omsorgen gjennom innsats fra pårørende og frivillige, er av stor betydning både for pasienters og pårørendes livskvalitet og for velferdsstatens bærekraft. Dette gjelder også innen lindrende behandling og omsorg. Om vi skal lykkes med å opprettholde den uformelle omsorgen på dagens nivå, må pårørende anerkjennes, støttes og avlastes.²¹

Livstruende sykdom rammer ikke bare den som er syk, men får også konsekvenser for pasientens familie og pårørende. Det er følelsesmessig krevende å oppleve at din nærmeste er alvorlig syk, samt at det kan få praktiske, økonomiske og sosiale utfordringer for familien.

Mange pårørende får omfattende omsorgsoppgaver slik at de selv kan trenge støtte og avlastning for å kunne klare å opprettholde hverdagslivet som tilknytning til arbeid, utdanning, et sosialt liv og fritid.²² Samfunnet må i større grad ivareta hele familien når et familiemedlem er alvorlig syk og gi sorgstøtte etter dødsfall.

Frivillig sektor er stor i Norge, men kun 10 prosent av denne innsatsen er knyttet til helse- og omsorgssektoren.²³ I en kartlegging av palliative tilbud i 2012 viste at kun 14 av 30 kommunale lindrende enheter hadde frivillige tilknyttet sitt tilbud. Internasjonalt er det større aksept for bruk av frivillige innen det palliative fagfeltet.²⁴

Den frivillige kan fylle en annen rolle enn helsepersonell. De kan gi av sin tid og bidra til gode opplevelser som kan være positivt for livskvaliteten, og de kan være en direkte støtte i en-til-en sammenheng ved sykesengen, følge til sykehus, våketjeneste og være en avlastning for pårørende.²⁵

¹⁹ [Norge trenger helhetlig barnepalliasjon - Debatt og kronikk - Dagens Medisin](#)

²⁰ [Døde \(ssb.no\)](#)

²¹ [Meld. St. 24 \(2019–2020\) \(regjeringen.no\)](#)

²² Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg

²⁴ [Palliativ omsorg.pdf \(unit.no\)](#)

²⁵ [TfO-2018-1.book \(unit.no\)](#)

Dagens palliative helse- og omsorgstjenester i Fredrikstad

Helsepersonell i Fredrikstad kommune ivaretar i dag pasienter i behov for palliativ omsorg og behandling i alle deler av helse- og velferdstjenesten. Det gis i etat hjemmesykepleie, i etat omsorgssentre, i etat friskliv og mestring og i allmennlegepraksis. Fra januar 2023 er etat friskliv og mestring og etat tjenester til funksjonshemmede organisert som én etat.

I tillegg til leger og sykepleiere bidrar andre grupper helsepersonell, som helsefagarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og vernepleiere.

Etat hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er sykepleie i eget hjem ved kort eller langvarig sykdom eller funksjonssvikt. Hjemmesykepleien er en døgn tjeneste og ytes 24 timer i døgnet. Tjenesten kan omfatte personlig stell, ernæring, legemiddelhåndtering og palliativ omsorg ved livets slutt.

Etaten opplever stor økning i antallet som dør hjemme. I 2018 døde det 38 personer i hjemmet med palliative tjenester. I 2022 var tilsvarende tall 72 personer.

Etaten har et eget dementeam som jobber ambulant til hjemmeboende med demens. Demenssykdom er en kronisk, progredierende og dødelig tilstand og en palliativ tilnærming er derfor viktig. I 2019 fikk Fredrikstad kommune en egen Demensplan, som skal sikre en helhetlig oppfølging av demente.²⁶

Siden 2016 har etaten mottatt prosjektmidler fra statsforvalteren til «*Prosjekt palliasjon – mer hjemmetid*» hvor målet er kompetanseheving til fastleger og hjemmesykepleien, og bedre forutsetningene for at pasienten og deres pårørende skal få oppfylt sine ønsker om økt hjemmetid og eventuelt hjemmedød.».

I prosjektet er det opprettet et team som består av kreftsykepleiere fra hjemmesykepleien og en fastlege som er ansatt i et 15 prosent engasjement.

I prosjektet har teamet flere sentrale funksjoner:

- følger opp hjemmeboende palliative pasienter
- bidrar med råd og veiledning til fastleger og kolleger
- involverer fastlegen og deltar på hjemmebesøk
- bistår hjemmesykepleien
- er et bindeledd mellom fastlege, den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det søkes årlig midler til dette prosjektet.

I prosjekt «*Forbedrende samtale i hjemmet – mer hjemmetid*» implementeres bruk av Forhåndssamtaler. Forhåndssamtaler er en strukturert samtale med mål om å ivareta pasient

²⁶ [demensplan for fredrikstad 2019-2026.pdf](#)

og pårørendes ønske for den siste tiden av livet. «Hva er viktig for deg i tiden som kommer?» er førende for samtalen. Aktuelle pasienter vil få en invitasjon til en forhåndssamtale og utdelt en folder med mer informasjon.

Etaten har også startet opp et *prosjekt med å innføre verktøyet palliativ plan*. Dette er en plan som utvikles i fellesskap med pasienten, pårørende og helsepersonell. Målet med planen er å være i forkant og forberedt slik at den som er i behov for palliasjon og deres pårørende skal oppleve trygghet og bedre livskvalitet ved å sikre samhandling og planlegge tiltak for det som kommer. Planen følger pasienten og sikrer dermed bedre overganger når pasienten bytter behandlingsnivå.

Planverktøy tatt i bruk i Helse og velferd

I kommunen har etat hjemmesykepleie og etat omsorgssentre tatt i bruk en tiltakspakke til døende. «Livets siste dager» – en plan for lindring i livets slutfase. Planen tas i bruk når det er faglig enighet om at pasienten er døende og skal sikre at pasienten og dens pårørende blir ivaretatt i sine siste dager og timer. Etat hjemmesykepleie registrerer når «livets siste dager» blir tatt i bruk, og det utarbeides årlig statistikk på hvor mange som får hjelp i livets siste fase.

«Livets siste dager» brukes uavhengig av diagnose og bidrar til å kvalitetssikre oppfølgingen til pasient og deres pårørende som lever med en livsbegrensende diagnose helt til livets slutt.

I etaten er det ansatt en kreftsykepleier og det er utpekt seks ressurspsykepleiere spredt på de ulike virksomhetene. Kreftsykepleier har et overordnet ansvar for det palliative arbeidet i etaten og møter ressurspersonene hver 4 uke.

Etat omsorgssentre

Etat omsorgssentre består av kommunens sykehjem, omsorgsboliger og Fredrikstad korttidssenter.

I 2021 døde 357 personer på sykehjem i Fredrikstad. Verktøyet «Livets siste dager» er godt implementert og de fleste er fortrolige med verktøyet. Det er utpekt ressurspersoner som har ansvaret for den palliative oppfølgingen og de har nettverksmøter med kreftsykepleier på lindrende enhet.

Lindrende enhet med 5 plasser er lokalisert på Fredrikstad korttidssenter. Disse plassene flyttes til akuttavdelingen ved Helsehuset når korttidssenteret midlertidig flytter over til Helseparken Onsøyheimen i 2023. På Helsehuset er det høyere legedekning og legevakten er etablert i samme hus. Det vil sikre at pasienter i behov for palliativ behandling har tilgang til lege døgntilgjengelig. Enheten som er tiltenkt for palliative pasienter er skjermet fra KAD-plassene og nåværende korttidsplasser, med egen inngang.

Pasienter på lindrende avdeling har sammensatte hjelpebehov. De er i behov for avansert medisinsk lindring, samtidig som de er i behov for emosjonell støtte. De ansatte bruker tid på relasjonsbygging og trygghetsskapende tiltak. Rundt den palliative pasienten er det ofte en familie i sorg som må ivaretas og følges opp. Ekstra hensyn må tas når barn er pårørende.

De ansatte har bred kompetanse inne palliasjon og det er tre kreftsykepleiere i 100 prosent stilling. De øvrige ansatte har relevante videreutdanninger innen fagfeltet. I 2021 døde 48 pasienter på avdelingen.

Kompetansenettverk

To kompetansenettverk innen kreft og palliasjon er etablert i kommunen:

- I etat omsorgssentre
- I etat hjemmesykepleie

Kompetansenettverkene ledes av en kreftsykepleier som har ansvaret for formidling av ny kunnskap, intern opplæring og veiledning til deltagerne. De som deltar i nettverkene, er definert som ressurspersoner. Ressurspersonene er ansatte med kompetanse og interesse for fagfeltet og som skal ivareta hjelpebehovet til alvorlig syke og døende i deres virksomhet. De skal også bidra med økt kunnskap på arbeidsplassen i form av internopplæring og kollegaveiledning.

I tillegg til å lede de interne kommunale nettverkene, deltar kreftsykepleierne i et faglig nettverk for alle kreftsykepleiere i Viken som arrangeres av Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Viken.

Kompetansenettverkene skal være en lokal ressurs innen palliativ behandling og omsorg, skal spre kompetanse, et sted hvor man knytter kontakter på tvers av arbeidssted og som skal bidra til bedre samhandling.

Etat friskliv og mestring

Frisklivssentralen tilbyr helsetjeneste for personer over 16 år og en integrert del av den helhetlige helse- og omsorgstjenesten.

Kreftpasienter kan henvende seg til Frisklivssentralen for å få individuell veiledning og tilpasset trening under og etter kreftbehandling. Tilbudet består av ulike gruppebaserte tilbud, med mål om økt livskvalitet og egenmestring. Etaten har flere tilbud og aktiviteter palliative pasienter kan benytte seg av, men ikke noe eget tilbud kun for palliative pasienter.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter kan eksempelvis bidra med tiltak for å bedre mestringsnivå, som øker velvære og kan være smertelindrende, i tillegg til tilrettelegging i hjemmet.

Fysisk aktivitet og trening under og etter kreftsykdom kan øke fysisk kapasitet, bedre psykososiale forhold, redusere bivirkninger under kreftbehandling og føre til bedre tilslutning til behandlingsregimer. Mye tyder på at trening kan utsette/forebygge tilbakefall og forbedre overlevelse, og ha potensial til å bedre effektiviteten av behandlingen.

Fysisk aktivitet og trening er blant de livsstilstiltak som anbefales etter kreftbehandling.

Etaten organiserer også pårørendesenteret. De tilbyr:

- Samtale med veileder for å få innspill til å mestre livssituasjonen
- Få kunnskap om rettighetene og mulighetene som pårørende
- På pårørendesenteret kan man komme i kontakt med andre, delta i gruppetilbud eller mestringskurs. Ulike organisasjoner samarbeider med pårørendesenteret om dette

- Få informasjon og undervisning

Etaten organiserer fra januar 2023 tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Helse- og omsorgstjenester gis til brukere som bor i bofellesskap, omsorgsboliger i tilknytning til bofellesskap og ellers som bor i leiligheter/omsorgsboliger som får tjenester fra mobile team.

Forventet levetid for en person med utviklingshemming økte fra 19 år i 1930 til opp mot 66 år på 90-tallet. Flere vil nå samme levealder som befolkningen ellers.

Utviklingshemmede vil få flere aldersrelaterte sykdommer i løpet av livet, som blant annet demens og kreft. Jo eldre brukerne blir, jo mer komplekst blir sykdomsbildet. Dette vil medføre et økende behov for palliativ omsorg og kompetanse for denne målgruppen.

Virksomhet avlastning gir tjenester til barn og unge innenfor barnepalliasjon. Tjenestene gis både inne på institusjon og hjemme hos familier. Det samarbeides tett med pårørende, og pårørendestøtte kan gis i form av avlastende tiltak og helsehjelp i hjemmet.

Begby avlastning har lang erfaring med barn i behov for palliativ behandling og omsorg. De har opparbeidet seg bred kompetanse og kan håndtere avanserte medisinske tilstander i lengre og kortere perioder. De har et nært pårørendesamarbeid gjennom den siste fasen i livet, og legger detaljerte planer med pårørende om hva som skal skje når døden inntreffer. Foreldre og søsken følges opp både under og etter dødsfall.

Begby avlastning samarbeider med Seksjon for utdanning og oppvekst, barnepalliasjonsteamet på Sykehuset Østfold Kalnes, og med andre instanser i spesialisthelsetjenesten.

Tildelingskontoret

Tildelingskontoret er «veien inn» til kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunen. De kartlegger behov, følger opp utskrivningsklare pasienter fra sykehuset og koordinerer saker på tvers av nivå, fag og seksjoner. Som kommunens koordinerende enhet skal de legge til rette for god samhandling, både på system- og individnivå.

Det er tildelingskontoret som skal motta henvendelser på vegne av personer i behov for palliativ omsorg. Behovet kan variere fra å ønske en samtale med en kreftsykepleier, til pleie og omsorg ved livets slutt.

Henvendelsene kommer fra spesialisthelsetjenesten, fastleger, pasientens selv og deres pårørende. Tildelingen skal skje i tett samarbeid med den enkelte, pårørende og utøvende tjeneste.

Fastleger

Fastlegene har medisinsk ansvar for alle hjemmeboende pasienter på sin fastlegeliste. Det innebærer at fastlegene har ansvar for pasienter i alle livets faser, inkludert de som har behov for palliativ behandling og omsorg.²⁷

²⁷ [Palliativ omsorg.pdf \(unit.no\)](#)

Ofte er det mange aktører inn i bildet og fastlegen vil ha en koordinerende rolle med tanke på ivareta pasientens medisinske behov. I tillegg vil fastlegene kunne bidra med effektiv behandling av de mindre alvorlige lidelsene, samt sikre god informasjons- og behandlingsflyt med spesialisthelsetjenesten og internt i kommunen.²⁸

Det er igangsatt flere tiltak nasjonalt for å integrere fastlegene tettere i den palliative behandlingen, for eksempel gjennom prosjekter der palliative team foretar hjemmebesøk hos pasienter sammen med fastlegen.

I vårt lokale «prosjekt – palliativt team» er tilbakemeldingen fra fastlegen at dette er svært nyttig. Ved at det palliative teamet har kartlagt behovene i forkant, bidrar det til at fastlegene kan gjøre gode medisinske vurderinger der og da. I tillegg er det mindre tidkrevende gjennomføre hjemmebesøk når det er gjort gode kartlegginger i forkant av besøket.

Sykehuset Østfold HF

Sykehuset Østfold HF har et Senter for lindrende behandling som skal ivareta pasienter med behov for avansert lindring. Det innebærer pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig lindring ved vanlig enhet eller i hjemmet, ved for eksempel smerte eller kvalme.

I 2021 ble det inngått en samarbeidsavtale om mellom Senter for lindrende behandling på sykehuset og kommunenes palliative enheter. Avtalen gjelder for pasienter som har kreftsykdom og som er i behov av avansert lindrende behandling. Formålet med avtalen er å bidra til en god samhandling mellom sykehus og kommuner, og sikre god oppfølging av pasientene. Beskrivelse av tverrfaglig visitt, kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt konferering mellom kommuner og sykehus, er nedfelt i avtalen.²⁹

I avtalen presiseres det at avtalen kun gjelder for kreftsykdom. Det er et mål at alle som trenger palliativ oppmerksomhet skal få det, uavhengig av diagnose og derfor oppleves denne formuleringen begrensende. Tross denne begrensningen, opplever ansatte i kommunen at de også får råd og veiledning når det gjelder andre pasientgrupper.

Ved evaluering og reforhandling av samarbeidsavtalen bør denne begrensningen og muligheten for å inkludere flere diagnosegrupper, diskuteres.

²⁸ NOU 2017: 16 [På liv og død](#)

²⁹ <https://sykehuset-ostfold.no/helsefaglig/samhandling/andre-samarbeidsavtaler#senter-for-lindrende-behandling-og-kommunale-palliative-enheter>

Utviklingsbehov



Utfordringer for palliative helse- og omsorgstjenester

Det nasjonale utfordringsbildet

Stortingsmelding 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*³⁰ legger viktige føringer for hvordan den palliative behandlingen og omsorgen bør være framover.

Alle døende skal ivaretas på en helhetlig måte for å få best mulig livskvalitet, og økt grad av valgfrihet ved livets slutt. Mange ønsker å dø i eget hjem og det må tilrettelegges for mer hjemmetid og hjemmedød.

Meldingen viser til seks hovedutfordringer innen palliativ helse og omsorg;

Lite åpenhet om døden. Det påpekes at det er lite åpenhet om døden i dagens samfunn. En av innsatsområdene er derfor at det skal være en større grad av åpenhet, og det skal skapes en forståelse for at døden er en del av livet.

Lindrende behandling og omsorg integreres for lite og for sent i forløpet. Det er en utfordring at ikke alle som har behov for det, får tilbud om lindrende behandling og omsorg i dag.

Behovet for palliasjon er diagnoseuavhengig. Tradisjonelt sett har pasienter med kreft fått størst oppmerksomhet innen palliasjon, men flere pasientgrupper må inkluderes. Det pekes på at tjenestene som tilbys ikke alltid er sammenhengende og tilpasset den enkelte. Det mangler samhandling mellom enheter og nivåer noe som kan hindre gode pasientforløp og overganger mellom tjenester.

Ikke tilstrekkelig grad av medvirkning og valgfrihet. «Ingen avgjørelser om meg uten meg» og «hva er viktig for deg?» bør være føringen i all pasientbehandling. Det er behov for å styrke alvorlig syke pasienters rett til selvbestemmelse. Forhåndssamtaler og palliativ plan er et verktøy som kan bidra til å avklare hva som er viktig for den enkelte i tiden framover og i livets slutfase. Det er et behov for at flere får en reell påvirkning på hvor de skal være i livets slutfase. Mange får ikke imøtekommet sine ønsker om mer hjemmetid eller hjemmedød.

Tilbudet til barn og unge er ikke godt nok tilrettelagt. Det er store variasjoner i kvalitet og tilgjengelighet i tilbudet om lindrende behandling og omsorg til barn og unge. Flere opplever at tjenestene ikke er godt nok tilrettelagt. Utvalget viser til at barn og unge som lever med kroniske og livstruende tilstander er økende, noe som vil kreve ekstra oppmerksomhet i kommunene. Barna bør ha mest mulig tid i eget hjem og tjenestene skal ta utgangspunkt i deres behov.

Manglende ivaretagelse av pårørende og behov for frivillig innsats. Å leve nær en som skal dø er krevende. Mange opplever å ikke strekke til, de har krevende omsorgsoppgaver og kan selv trenge støtte og avlastning. Helsetjenesten må samarbeide med de pårørende i større grad og anerkjenne deres betydning innen lindrende behandling og omsorg. Pårørende trenger også støtte etter at døden har inntruffet. Å være belastet med store omsorgsoppgaver over lengre tid er i seg selv en belastende faktor for å utvikle kompliserte

³⁰Meld. St. 24 (2019–2020) - [regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

sorgforløp. Det skal arbeides med å øke samarbeidet med frivillige innen lindrende behandling.

Mangelfull kompetanse og kunnskap. Alle mennesker i livets siste fase skal oppleve å bli møtt av kompetent personell som bidrar til god behandling, og en verdig og trygg avslutning på livet. Kompetansebehovet, særlig i kommunene, er økende, ikke minst på grunn av samhandlingsreformen, men også fordi antall pasienter øker og kompleksiteten med tanke på sykdoms- og behandlingsutfordringer. Det er behov for å øke kompetansen i alle ledd, og palliasjon er fortsatt et forskningssvakt område.

På bakgrunn av disse utfordringene løftes seks innsatsområder fram:

- åpenhet om døden
- en helhetlig tilnærming
- medvirkning og valgfrihet
- barn og unge
- familien, pårørende og frivillige
- kompetanse og kunnskap

Det lokale utfordringsbildet

Gjennom planarbeidet er det identifisert utviklingsbehov som både supplerer og utdyper det nasjonale utfordringsbildet:

I planleggingen av det framtidige palliative tjenestetilbudet må **tilgjengelige ressursene** benyttes bedre og det vil være et **større krav til samhandling**.

Å legge til rette for hjemmetid og hjemmedød krever koordinering og samarbeide med interne og eksterne. Overføring av kunnskap, informasjon og skifte av behandlingsnivå må gjøres på en slik måte at kvaliteten opprettholdes og helheten ivaretas.³¹

Det er avgjørende for god palliativ omsorg i hjemmet å skape gode relasjoner mellom helsepersonell og pasienten og deres pårørende.³²

God palliativ omsorg i hjemmet legger et sterkt press på personellressurser og de økonomiske rammebetingelsene. Dette henger sammen med at det er vanskelig å planlegge, og at den palliative omsorgen krever tilstedeværelse når pasienten trenger det. Når livet nærmer seg slutten vil det i gjennomsnitt behøves døgnkontinuerlig én-til én kontakt hos pasienten de siste fem dagene av livet.

Hjemmesykepleien har fått et større ansvar for alvorlig syke pasienter med betydelige og sammensatte hjelpebehov etter samhandlingsformen. Flere ønsker å tilbringe mer tid hjemme, tross alvorlige diagnoser, og flere ønsker å dø hjemme.

Frisklivssentralen opplever økende antall henvendelser fra personer som venter på en diagnose eller akkurat har fått bekreftet en kreftdiagnose etter at de etablerte tilbudet trening under og etter kreftbehandling.

Ansvarsfordelingen og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjeneste, kommunale helsetjenester og fastleger må bli tydeligere i oppfølging av palliative pasienter.

³¹ Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram - Helsedirektoratet

³² Slik kan pasienten få en verdig siste tid i hjemmet (sykepleien.no)

Hovedansvaret for den palliative hjemmeboende pasienten ligger til fastlegen, likevel oppleves det at spesialisthelsetjenesten skriver ut pasienter til hjemmet uten tilstrekkelig samhandling med fastlege og kommunehelsetjeneste i forkant.

Uavklart organisering og tjenesteflyt for pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal implementeres fra 1. januar 2023. Pakkeforløpet skal bidra til å sikre god struktur og logistikk i helsetjenesten, samt sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som lever med kreft eller etter endt kreftbehandling. Dette pakkeforløpet omfatter alle pasienter, inkludert barn, som får en kreftdiagnose, uavhengig av om de allerede er i et diagnosespesifikt pakkeforløp for kreft eller ikke, og uavhengig av om behandlingsforløpet har kurativ eller palliativ intensjon.

Kommunen har ikke en egen kreftkoordinator, men funksjonen ivaretas til en viss grad av Frisklivssentralen. Det er behov for en koordinator som kan ha en kartleggingsfunksjon for å tilpasse tjenestebehovet hos den enkelte, sikre flyt i og mellom tjenestene og som har ansvaret for en overordnet koordinering.

Ansatte opplever at pasienter ikke henvender seg til tildelingskontoret med spørsmål om kreft og palliative spørsmål.

Kreftforeningen mener det bør være en kreftkoordinator i alle kommuner.

Pasientene på kommunens sykehjem er ofte svært syke, har sammensatte diagnoser og har et stort hjelpebehov. Mange har en demensdiagnose eller kognitiv svikt. Behovet for palliativ behandling og omsorg er derfor stort. Det er viktig at palliativ behandling og omsorg iverksettes tidlig og må være et kontinuerlig fokusområde.

Usikkerhet tilknyttet bruk av tiltaksplanen «livets siste dager». Det føres ikke statistikk over bruken av «livets siste dager» på sykehjemmene. Det er heller ikke alltid tilgjengelig lege ved sykehjemmene som kan iverksette kartleggingen.

Det kan være et uklart skille om en pasient er kurativ eller i et palliativt forløp. Det mangler en samlet organisering hvor helse- og omsorgstjenestene sikrer et helhetlig tilbud til disse pasientene.

Ledige plasser på lindrende ved Fredrikstad kortidssenter blir benyttet til ordinære korttidsplasser med andre behov enn palliativ behandling. Dette på grunn av stort press på utskrivningsklare pasienter fra sykehuset og behov for sengeplasser. En slik praksis kan medføre begrenset tilgang og mindre fleksible løsninger når det er behov for palliativ omsorg. Det føres ikke egen statistikk på hvor mange pasienter som får tildelt plass på lindrende enhet med behov for palliativ behandling, da disse plassene regnes som korttidsopphold.

Manglende samarbeid og bruk av kompetanse ved lindrende enhet. Ansatte ved lindrende enhet beskriver at det er lite samarbeide med andre helse- og omsorgstjenester. De blir i liten grad blir kontaktet for råd og veiledning fra andre avdelinger og virksomheter.

Lindrende enhet er ikke markedsført som et tilbud til innbyggerne. Det finnes ingen informasjon om enheten på kommunens nettsider. Flere pasienter ønsker seg til Akuttavdelingen på Helsehuset framfor Lindrende enhet, til tross for at den faglige kompetansen på lindrende enhet i dag er høy.

Det er ikke etablerte prosedyrer for hvordan og når ansatte skal kontakte pårørendesenteret hvis en pårørende er i behov for ekstra oppfølging. Det er særskilt sårbart for barn som pårørende, og behov for å øke den generelle kompetansen på oppfølging av barn.

Barnepalliasjon er et område som er i behov for mer fokus og styrking framover, særlig innen samhandling, ressurser og kompetanseheving. Tiltak på dette området må utvikles i takt med behovet.

Behov for å styrke palliativ kompetanse. Det er et behov for at alle ansatte som arbeider med pasienter med livstruende sykdom, i alle faser av et sykdomsforløp, har en grunnleggende kompetanse innen palliasjon.

Behovet for frivillige innen palliativ behandling og omsorg i framtiden vil være stort. Det ligger et ubenyttet potensial i å bruke frivilligheten innen palliativ omsorg.

Den familiebaserte og frivillige omsorgen er nesten på lik størrelse med den kommunale helsetjenesten. Det er økte bekymringer for om det vil fortsette slik. Vi blir flere eldre, endringer i bosammensetning og flere enslige kan føre til at familiens evne til å yte omsorg reduseres.

Fagmiljøets anbefaling

I behandling og oppfølging av den palliative pasienten vil mange aktører være involvert og pasienten er i behov for tjenester fra ulike nivåer. Ofte er sykdomsforløpet komplekst og pasienten vil veksle mellom å ha behov for tjenester fra fastlegen, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det krever en tverrfaglig tilnærming for ivaretagelse av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov.

Det er pasientens behov som skal være retningsgivende for hvordan organiseringen settes sammen. Det må være en fleksibel organisasjonsstruktur og en god samhandlingskultur mellom tjenestene for å sikre gode pasientforløp og et helhetlig tjenestetilbud.

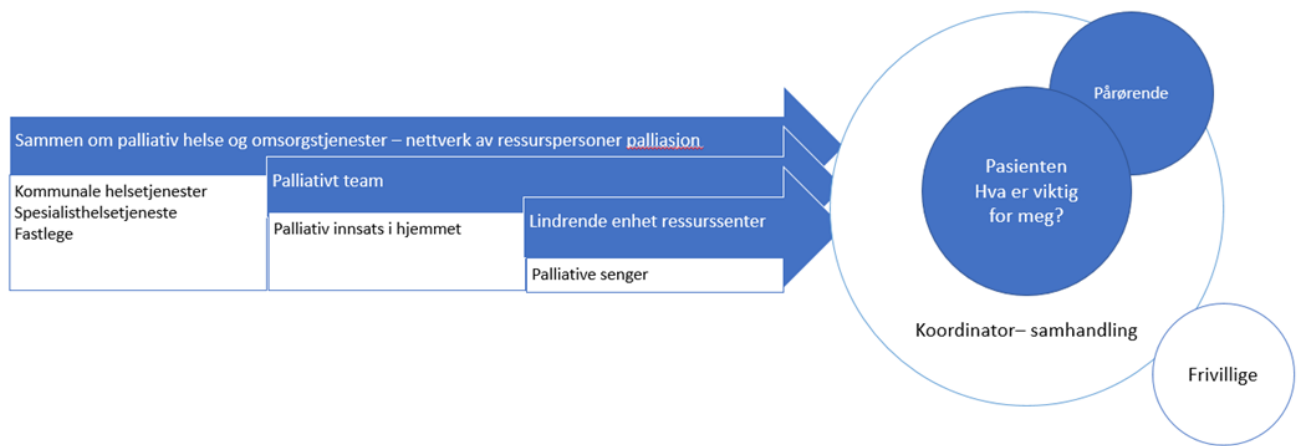
Fredrikstad kommune tilstreber god kvalitet på tjenestene som gis innen palliativ omsorg og har ansatte med videreutdanning og erfaring innen palliasjon. Kommunen har en egen lindrende enhet og har via prosjektmidler startet «prosjekt – kommunalt palliativt team» i etat hjemmesykepleie. Dette er tilbud som er i tråd med sentrale føringer.

Utfordringsbildet viser at det er flere områder som må forbedres. Skal kommunen imøtekomme kravet om å være fleksibel og tilby helhetlige palliative tjenester, må det gjøre endringer i måten vi jobber på. Siloene må tas ned, det må jobbes med kompetanseutvikling, samhandling og felles tilnærming til palliativ omsorg.

Det palliative fagmiljøet anbefaler å samle fagmiljøet, jobbe mer tverrfaglig og opprette møteplasser som fremmer samhandling. Det vil gi en bedre utnyttelse av ressursene, og kommunen vil være bedre rustet til å møte det økende behovet for palliasjon.

Sammen om palliative helse- og omsorgstjenester

Illustrasjon over aktørene



Figurforklaring

Plangruppa anbefaler at kommunen oppretter en koordinator som skal ha et overordnet ansvar for samhandlingen og at vi jobber sammen om de palliative helse- og omsorgstjenestene som gis.

Fredrikstad kommune bør ha følgende tiltak under hvert hovedområde.

1. Nettverk av ressurspersoner palliasjon

- Medvirkning og valgfrihet – hva er viktig for pasienten?
- Tjenestetildeling
- Spesialisthelsetjenesten – senter for lindrende behandling
- Fastlege
- Pårørendesenteret
- Demensteam
- Frisklivssentralen – trening under og etter kreftbehandling.
- Planverktøyet «Livets siste dager»
- Verktøyene «forhåndssamtaler» og «palliativ plan»
- Ansatte som jobber med palliativ omsorg er ressurspersoner inn i palliativt team
- Kompetanseplaner og Sim Fredrikstad – sikre nødvendig kompetanse

2. Palliativt team

- Prosjekt palliasjon med kreftsykepleier og fastlege. Prosjektet styrkes i takt med tilskudd/finansiering
- Et bindeledd mellom fastlege, den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Konsultativ funksjon internt i kommunen i form av telefonrådgivning, samt deltagelse i hjemmebesøk og tilsyn

3. Lindrende enhet ressurscenter

- 5 plasser + 1 plass til disposisjon for palliativt team
- Veiledning og opplæring øvrige ansatte
- Konsultativ funksjon internt i kommunen i form av telefonrådgivning, samt deltagelse i hjemmebesøk og tilsyn

Sammen om palliative helse- og omsorgstjenester – innsatsområder og tiltak



Innsatsområder

For å utvikle tjenestene i tråd med nasjonale føringer, utfordringsbildet og faglige anbefalinger er pasientmedvirkning, samhandling og koordinerte tjenester grunnleggende.

Plan for palliativ helse og omsorgstjenester bygger på dette, med følgende innsatsområder:

- Hva er viktig for deg?
- Videreutvikle lindrende enhet som ressurscenter for palliasjon i Fredrikstad
- Styrke Prosjekt palliasjon – mer hjemmetid som kommunens palliative team
- Koordinatorfunksjon for palliasjon og kreft
- Kompetanseheving

Hva er viktig for deg?

Mennesker i behov for palliativ behandling og omsorg skal gis muligheten til å være delaktig i beslutninger knyttet til eget liv og egen død. For mange er det viktig å kunne være mest mulig hjemme i kjente omgivelser og slippe unødvendige innleggelser den siste tiden. Det må gis reelle valgmuligheter når det kommer til livets siste fase og hvor man ønsker å dø.

Spørsmålet «hva er viktig for deg?», bruk av forhåndssamtaler og palliativ plan er verktøy som muliggjør å planlegge for det som kommer, tar hensyn til pasient og pårørendes ønsker, skaper forutsigbarhet og trygghet og setter livskvalitet i fokus.

Videreutvikle lindrende enhet

Det skal satses på Lindrende enhet, ved å utvikle dette til et ressurscenter slik sentrale føringer anbefaler.

Lindrende enhet skal flyttes til Helsehuset våren 2023, og vil da få en sentral beliggenhet og samlokaliseres med akuttavdelingen og legevakten. Det skal være et tydelig signal om at det ønskes økt innsats innen palliasjon for å kunne løfte den palliative omsorgen til pasienter og deres pårørende.

Flyttingen ønskes velkommen av det palliative fagmiljøet som nå får jobbet nær hverandre, og får et sterkere fagmiljø å lene seg på i det daglige. Å jobbe sammen, samt ha en felles virkelighetsforståelse, er en viktig forutsetning som må ligge til grunn for videre utviklingsarbeid.

Prosjekt palliativt team

Prosjektet bidrar til å styrke innsatsen til palliative pasienter i hjemmet, sørger for bedre involvering av fastlegen, veileder og bistår hjemmesykepleien og samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten. Per i dag finansieres dette arbeidet med prosjektmidler. I 2023 vil det søkes om økte midler for å kunne utvide kapasiteten med en person til. Ved ekstra ressurser vil teamet gradvis kunne øke kapasiteten til å samhandle med og bistå andre etater.

Det er en tydelig anbefaling at kommuner bør ha et palliativt team. Teamet skal styrke alle tjenestene i Fredrikstad kommune og være en ressurs for fastlegene. En bedre rustet tjeneste for hjemmeboende pasienter vil kunne utsette institusjonsopphold og redusere

omsorgskostnadene, samtidig øke livskvaliteten til hjemmeboende pasienter og deres pårørende.³³

Fredrikstad kommune har per i dag ikke økonomiske rammer til dette alene, og er avhengig av statlig finansiering for å videreføre og videreutvikle pågående prosjektet. Prosjektet gir kommunen en pekepinn på hvor mye et palliativt team vil kreve av ressurser for å etablere et permanent tilbud.

Koordinatorfunksjon

For en pasient som er i behov for palliasjon vil det kunne oppleves overveldende å forholde seg til de ulike behandlingsinstansene samt navigere i de ulike tilbudene som finnes. For de ansatte er det vanskelig å ha et helhetlig blikk på pasientens behandlingsforløp, og det er mangelfull kunnskap om hva ulike tjenester har av kompetanse og tilbud. Flere kommuner har løst disse utfordringene ved å ansette en kreftkoordinator og/eller en palliasjonskoordinator.

Koordinatoren har ansvaret for tilretteleggingen av hverdagen for palliative pasienter og deres pårørende, sikrer samordning av tilbud og tjenester og sørger for god pasientflyt og kompetanseoverføring mellom tjenestene.

I tillegg kan koordinator bidra til at frivillig innsats kobles på. Frivillige kan være en samtalepartner for pasienten og pårørende, bidra til å skifte fokuset vekk fra sykdom, og ved sin tilstedeværelse gi trygghet. Frivillige kan være en avlaster for pårørende slik at de kan få mulighet til å få et pusterom.

De fleste omliggende kommuner i Østfold har en kreftkoordinator, og også Fredrikstad kommune har tidligere hatt en slik rolle, som nå er avviklet. Dette blir ofte etterspurt fra pasienter, pårørende og sykehuset ved utskrivning av alvorlig syke pasienter til Fredrikstad kommune. En koordinatorfunksjon har en estimert årlig kostnad (2022) på 750 000 kroner.

Kompetanseheving

Kommunen har fått et større ansvar for alvorlig syke pasienter med betydelige og sammensatte hjelpebehov etter samhandlingsformen, og kompleksiteten i forhold til sykdoms- og behandlingsutfordringer gjør at behovet for kompetanse innen palliativ omsorg vil være svært stort framover.

Kunnskap om det palliative forløpet og hvilke diagnoser det kan innbefatte vil i større grad bidra til et mer likeverdig palliativt tilbud.

Barn som trenger palliativ behandling og omsorg blir ivaretatt både i hjemmet og på institusjon, men det finnes ingen helhetlig oversikt over antall barn og unge som kategoriseres innenfor barnepalliasjon i kommunen. Barn og unge som er alvorlig syke og som har en livsbegrensende diagnose, har behov for særskilt oppmerksomhet. Det er behov for økt kompetanse innen barnepalliasjon.

I dag utarbeider seksjonens etater og virksomheter egne kompetanse- og opplæringsplaner for å sikre riktig kompetanse og rett kapasitet i forhold til behovet og oppgavene som skal

³³[NOU 2017: 16 \(regjeringen.no\)](#)

utføres. Palliativ opplæring vektlegges ulikt og må sikres gjennom overordnet kompetanseplan for seksjonen.

For palliative pasienter er ikke lengre målet for behandlingen at pasienten skal helbredes, men leve så godt som mulig den tiden som er igjen. Det kan oppstå vanskelige etiske dilemma i tilfelle der pasient, pårørende og helsepersonell har ulik oppfatning om behandling, pleie og omsorg.

Kunnskap om etikk og etisk refleksjon skal være en del av arbeidet med å bedre pasient- og brukersikkerhet og kvaliteten på tjenestene.

Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Hva er viktig for deg?	<i>Hva er viktig for deg</i> skal være retningsgivende for den behandlingen som gis. Videreføre innføring av forhåndssamtaler og palliativ plan til alle aktuelle tjenester. Alle aktuelle tjenester må involveres for å øke hjemmetid. Økt hjemmetid skal være en kvalitetsindikator for kommunen.
Videreutvikle lindrende enhet	Tar utgangspunkt i nasjonale føringer for kommunalt palliativt senter for drift av lindrende enhet. Etablere lindrende enhet som ressurscenter for alle våre helsetjenester. Senteret har veilederfunksjon i palliativt arbeid, og skal sørge for at alle ansatte har tilgjengelig informasjon. Lindrende enhet øker sengekapasiteten fra 5 til 6 senger. Fem av disse skal kun disponeres til palliativ behandling, og den siste skal kunne disponeres fleksibelt av prosjekt palliativt team. Gode pasientforløp utvikles sammen med tjenestedesignere. Informasjon om Lindrende enhet og kommunens ressurser innen palliasjon legges ut på kommunens nettside.
Prosjekt palliativt team	Nasjonale anbefaling for organisering av palliativt team følges ut fra lokale rammebetingelser. Det søkes om tilskuddsmidler for å øke kapasiteten. Teamets arbeidsoppgaver utvides gradvis ut fra tildelte prosjektmidler. Teamet gjennomfører faste samarbeidsmøter med aktører som yter palliative helse- og omsorgstjenester.

Koordinatorfunksjon – sikre samhandling	Fredrikstad kommune etablerer en koordinatorfunksjon innen palliasjon og kreft, under forutsetning av finansiering. Koordinatoren skal sikre samhandling og at det palliative tilbudet er helhetlig og koordinert. Koordinatorfunksjonen organiseres i nær tilknytning til lindrende enhet og prosjekt palliativt team. Det etableres et tverrfaglig kommunalt nettverk for det palliative fagmiljøet, som møtes årlig. Ressurspersoner som jobber med palliative barn skal være i nettverket for å sikre barneperspektivet. Utarbeide prosedyrer og retningslinjer for samhandling med ressurspersoner i det palliative miljøet. Prosedyrer inkluderer ivaretagelse og samhandling med frivillige og pårørende, med særskilt oppmerksomhet til barn og deres søsken. Samhandling med pårørendesenteret styrkes, og tilbudet gjøres kjent for ansatte.
--	---

Kompetanseheving palliasjon	Grunnleggende kompetanse innen palliasjon innarbeides i seksjonens overordnede kompetanseplan. Kompetanseheving til de som jobber tettest på de palliative pasientene, inkludert barn, må ivaretas i etatenes kompetanseplan. Prioritere videre- og etterutdanning i palliasjon for ansatte i lindrende enhet og ressurspersoner i de ulike etatene. Det gjennomføres kompetansehevende tiltak tilpasset målgruppen de jobber med. Simulering tas i bruk som metode i opplæring ved å ta i bruk mulighetene til Sim Fredrikstad. Utrede muligheten for å utvikle digitale opplæringspakker på tilgjengelige læringsplattformer. Kunnskap om etikk og rom for etiske refleksjoner prioriteres. Ansatte i seksjonen skal gjøres kjent med etikkrådet. Alle aktuelle tjenesteområder vurderer opprettelse av ressurspersoner i palliasjon på avdelings- eller virksomhetsnivå som vil bli en del av internt nettverk på arbeidsplassen. Kompetanseheving på ivaretagelse og samhandling med pårørende og frivillige.
------------------------------------	--