



**Byrådssak /18**

**Saksframstilling**

Vår referanse: 2018/05297-4

**Høringsuttalelse - NOU 2017:16 På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende**

**Hva saken gjelder:**

Et offentlig utvalg med mandat å gjennomgå og vurdere dagens palliative tilbud overleverte i desember 2017 NOU 2017:16 På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. Utvalget har foreslått tiltak for å imøtekomme brukernes/pasientenes og de pårørendes behov og ønsker for innhold i, organisering av og sted for behandling, pleie og omsorg i livets slutfase, uavhengig av diagnose, alder, bosted eller andre forhold, fra diagnosen stilles, gjennom sykdomsperioden og frem til livets avslutning. Utvalget har foreslått tiltak som skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse, samhandling, faglig omstilling og nye arbeidsformer, samt tverrfaglig samarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet inviterer høringsinstansene til å vurdere utvalgets forslag.

**Høringsfrist:** 21.mai 2018, etter søknad til departementet utsatt til 4.juni 2018.

**Byrådets vurdering og forslag til høringsuttalelse:**

NOU 2017:16 På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende er et omfattende dokument med en grundig og god beskrivelse av palliasjon som fagområde, det palliative tilbudet og organiseringen av dette. Utredningen påpeker en rekke utviklingsbehov som munner ut i 36 ulike anbefalte tiltak. Samlet blir det svært ambisiøst å følge opp alle disse tiltakene. Økonomiske og administrative konsekvenser fremstår som kraftig undervurdert, og for helsemyndigheter, kommuner og helseforetak må prioritering av disse tiltakene avstemmes mot andre viktige utviklingsbehov i helsetjenesten. Gjennomgang av tiltakene finnes i saksframstillingen.

Det bemerkes at utredningen er preget av at kommunal helse- og omsorgstjeneste har hatt beskjeden representasjon i utvalget. Bergen kommune påpeker at kommunene må være godt representert i arbeidet med utredninger som helt eller delvis omfatter kommunale tjenester. Det har ikke vært tilfredsstillende ivaretatt her.

**Begrunnelse for framleggelse til bystyret:**

Byrådets fullmakter § 7:

Byrådet avgir høringsuttalelser på vegne av Bergen kommune. Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret.

Saken anses å være prinsipiell og innebære politiske avveininger.

Forretningsutvalget har i møte 06.03.2018 i sak 39/18 fattet følgende vedtak:

Komite for helse og sosial innstiller til bystyret som avgir høringsssvar til «NOU 2017: På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende»

**Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:**

Bergen kommune avgir høringsuttalelse til «NOU 2017:16 På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende» slik den fremkommer av byrådets forslag.

Dato: 16. april 2018

Harald Schjelderup  
Byrådsleder

Rebekka Ljosland  
Byråd for helse og omsorg

*Dokumentet er godkjent elektronisk.*

**Vedlegg:**

Høringsbrev - NOU 2017: På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende.

Høringsnotat - NOU 2017: På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende

### **Saksframstilling:**

Et offentlig utvalg med mandat å gjennomgå og vurdere dagens palliative tilbud overleverte i desember 2017 NOU 2017:16 På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. Utvalget har foreslått tiltak for å imøtekomme brukernes/pasientenes og de pårørendes behov og ønsker for innhold i, organisering av og sted for behandling, pleie og omsorg i livets slutfase, uavhengig av diagnose, alder, bosted eller andre forhold, fra diagnosen stilles, gjennom sykdomsperioden og frem til livets avslutning. Utvalget har foreslått tiltak som skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse, samhandling, faglig omstilling og nye arbeidsformer, samt tverrfaglig samarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet inviterer høringsinstansene til å vurdere utvalgets forslag.

### **Generelle betraktninger**

2017:16 På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende er et omfattende dokument med en grundig og god beskrivelse av palliasjon som fagområde, det palliative tilbudet og organiseringen av dette. Utredningen påpeker en rekke utviklingsbehov som munner ut i 36 ulike anbefalte tiltak. Samlet blir det svært ambisiøst å følge opp alle disse tiltakene. Økonomiske og administrative konsekvenser fremstår som kraftig undervurdert, og for helsemyndigheter, kommuner og helseforetak må prioritering av disse tiltakene avstemmes mot andre viktige utviklingsbehov i helsetjenesten.

Det bemerkes at utredningen er preget av at kommunal helse- og omsorgstjeneste har hatt beskjeden representasjon i utvalget. Bergen kommune påpeker at kommunene må være godt representert i arbeidet med utredninger som helt eller delvis omfatter kommunale tjenester. Det har ikke vært tilfredsstillende ivaretatt her.

Rollen kreftkoordinatorer i kommunene er ikke tilstrekkelig presist omtalt. Kreftkoordinatorenes rolle må ikke misforstås dithen at de utøver aktiv pleie i hjemmene. Deres rolle er å tilrettelegge for at pasienter og pårørende blir godt ivaretatt av aktuelle hjelpeapparat som driver med oppfølging over tid, for eksempel hjemmebaserte tjenester. Kreftkoordinatorene har en viktig rolle som kompetansebygger og fagutvikler på kreftomsorg i kommunen. Dette kommer ikke godt nok frem i utredningen.

Hjemmebasert omsorg for pasienter med behov for palliasjon utføres av hjemmesykepleien i samarbeid med fastlegen og annet helsepersonell i kommunen. For å kunne gi et godt tilbud trenger de hjemmebaserte tjenestene gode samarbeidsordninger og kommunikasjonslinjer med andre aktører i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, både de som har spisskompetanse og de som gir tjenester til pasienten. Dette er utførlig omtalt i utredningen. Hjemmebasert omsorg med høy kompetanse er en nøkkelfaktor for at flere skal få oppfylt ønske om å få ha mest mulig hjemmetid i livets siste fase og eventuelt få dø hjemme. I Bergen kommune har dette vært et satsningsområde i de hjemmebaserte tjenestene blant annet med deltagelse i kompetansenettverk og gjennomføring av prosjekter. For god hjemmepalliasjon er det imidlertid ikke tilstrekkelig med god kompetanse, det må også være tilstrekkelig kapasitet i de hjemmebaserte tjenestene. Dette er i liten grad omtalt i utredningen. Bergen kommune vil derfor påpeke at økt kapasitet i hjemmebaserte tjenester medfører økte kostnader.

Fastlegens rolle er rikelig omtalt i utredningen. Dette er naturlig da fastlegen tilbyr en unik kontinuitet gjennom mange år og derfor har god kjennskap til pasientene fra før når de går inn i et palliativt forløp. Bergen kommune påpeker at fastlegene er en viktig del av kommunehelsetjenesten, og mener det er viktig å unngå å beskrive fastlegen som en ekstern aktør som samarbeider med kommunal helse- og omsorgstjeneste, for eksempel slik det gjenfinnes flere steder i utredningen hvor det fremstilles som det er et trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegen og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Registreringer i Bergen viser at fastlegene i stor grad stiller opp for de palliative pasientene, noe som må tolkes som fastlegene prioriterer sine palliative pasienter svært høyt. Når det i utredningen stilles ytterligere forventninger til fastlegene i det palliative tilbudet, vil Bergen kommune påpeke at dette umulig kan imøtekommes uten at kapasiteten i fastlegeordningen økes. Med fastlegeordningens spesielle organisering hvor fastlegeordningens finansiering i sin helhet er fastsatt sentralt, vil det være behov for nasjonale tiltak for å få dette til. Uansett vil det at fastlegeordningen er en personlig ordning med en en-til-en tilknytning mellom lege og pasient, bety at fastlegen ikke kan være kontinuerlig tilgjengelig for pasientene. Tilbudet til hjemmeboende pasienter kveld, natt og helg vil i prinsippet være legevakt, selv om mange fastleger tilbyr tilgjengelighet også ut over normal arbeidstid for sine hjemmeboende palliative pasienter. På bakgrunn av dette er legevakt forbausende lite omtalt i utredningen. Bergen kommune påpeker at kapasitet og kompetanse i legevakt er en nøkkelfaktor for gode tjenester til hjemmeboende palliative pasienter døgnet rundt.

Palliasjon i sykehjem er rikelig omtalt, særlig i sammenheng med behovet for palliative enheter i sykehjem. Bergen kommune finner grunn til å påpeke at alle pasienter med langtidsplass etter hvert vil få behov for palliativ omsorg. Antallet dødsfall per år i en langtidsavdeling på sykehjem vil være om lag 50 % av antall senger. Bare noen få av pasientene bør flyttes til en palliativ enhet, og bare dersom et forbedret tilbud på en palliativ enhet klart forsvarer ulempene ved flyttingen. Bergen kommune erfarer at det er en klart undervurdert ulempe ved differensierte tilbud i sykehjemmene at det medfører flere flyttinger. Mange av disse pasientene reagerer på flytting med økt uro og forvirring.

I det følgende gjennomgås tiltakene med Bergen kommunes vurderinger:

### **Verdier og valg**

– *Alle sykehus skal ha en plan for å forebygge overbehandling mot livets slutt. Planen bør være en del av de pasienttilpassede forløpene.*

Bergen kommune vil fremheve at det å beskytte pasienten mot overbehandling må være et felles ansvar for alle involverte. Overbehandling er skadelig, men ofte etterspurt og verdsatt fordi pasient og pårørende ofte opplever overbehandling som å bli prioritert/satset på med et urealistisk håp om effekt. Å bli beskyttet mot overbehandling kan motsatt gi en følelse av å være gitt opp og «dødsdømt». Håpet kan være en viktig verdi, selv når det er urealistisk. Det er derfor avgjørende med god kommunikasjon både til pasient og pårørende når pasienten skal beskyttes mot skadelig overbehandling.

– *Det etableres nasjonale indikatorer for å fange opp overbehandling mot livets slutt.*

Bergen kommune er usikker på dette tiltaket. Det er ikke nærmere forklart i teksten hvordan slike indikatorer skal utarbeides. Overbehandling skal unngås der det kan identifiseres når beslutninger skal tas. Der overbehandling identifiseres statistisk og retrospektivt, kan det vanskelig brukes i beslutninger om enkeltpasienter.

– *Det utvikles en nasjonal metodikk for forhåndssamtaler. Forhåndssamtalene skal være en obligatorisk del av de pasienttilpassede forløpene.*

Bergen kommune støtter dette, og påpeker at det er avgjørende at forhåndssamtaler gjennomføres i tide før pasienter får nedsatt bevissthet eller orienteringsevne.

### **Pasienttilpassede forløp**

– *Det skal være samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus om felles utvikling og bruk av pasienttilpassede forløp innen palliasjon.*

Bergen kommune påpeker at det allerede er et omfattende lovpålagt system av samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Effekten av å supplere med ytterligere samarbeidsavtaler om spesielle fagområder, vil gjøre avtalestrukturen enda mer uoversiktlig. Bergen kommune tror ikke at det er hensiktsmessig. Dersom eksisterende avtaler blir oppfylt av begge parter, vil dette gi en god regulering også av samarbeidet innen palliasjon.

– For å få utløst palliativ refusjon i spesialisthelsetjenesten stilles det krav om at palliativ team skal veilede den kommunale helse- og omsorgstjenesten om felles pasienter. Bergen kommune vil påpeke at gjensidig veiledningsplikt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste allerede er lovpålagt. Bergen kommune synes det er spesielt at man ønsker å innføre en særskilt sanksjon mot brudd på disse lovbestemmelsene for en bestemt pasientgruppe.

– Det utarbeides en nasjonal mal for palliativt pasientforløp som omfatter både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Bergen kommune støtter dette forslaget. En slik mal må være et utgangspunkt for individuell tilpasning for hver enkelt pasient og ikke bli en standardisering som går på bekostning av pasientens individuelle behov. Dersom en slik mal medfører en generell oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, må ressurser i form av kompetanse og økonomi følge med.

– For å tydeliggjøre kommunens «sørge for» ansvar for palliativ behandling bør denne forpliktelsen framgå av helse- og omsorgstjenesteloven (hol) paragraf 3–2 første ledd nr. 5 ved at begrepet palliasjon inntas i lovteksten.

Bergen kommune har ingen sterke motforestillinger til dette, men anser det egentlig som unødvendig. Kommunen har utvilsomt ansvar for sin del av palliativ behandling allerede. Dersom alle fagområder som er viktige, skal inn i lovtekst, vil det lett bli uoversiktlig.

– Pasienter skal delta i utarbeidelse av pasienttilpassede forløp, blant annet gjennom bruk av forhåndssamtaler.

Bergen kommune støtter dette, og påpeker at det er avgjørende at forhåndssamtaler gjennomføres i tide før pasienter får nedsatt bevissthet eller orienteringsevne.

– Det skal igangsettes en nasjonal evaluering av pasientforløpet Livets siste dager.

Bergen kommune støtter dette. Alle planer bør være gjenstand for evaluering.

### **Palliasjon i utdanningene**

– Palliativ medisin etableres som en egen påbyggingsspesialitet.

Bergen kommune vurderer som en bedre løsning at forsøksordningen med palliativ medisin som kompetanseområde videreføres som en permanent og formalisert ordning. Det norske systemet per i dag åpner ikke for «påbyggingsspesialitet», og dette er heller ikke foreslått i ny spesialitetsstruktur. Forsøksordningen med palliativ medisin som kompetanseområde har vist at ordningen har latt seg realisere i praksis uten vesentlige problemer.

– Det opprettes kliniske utdanningsstillinger for påbyggingsspesialiteten palliativ medisin.

Bergen kommune viser til forrige kommentar. Det er allerede godkjente utdanningssteder for palliativ medisin som kompetanseområde. Dette bør videreføres og utvides, da behovet er vesentlig større enn nåværende kapasitet.

– Det opprettes LIS stillinger for utdanning innen palliativ medisin for relevante spesialiteter.

Bergen kommune er uenig i dette. LIS-stillinger for utdanning innen palliativ medisin for relevante spesialiteter vil forlenge tiden som behøves for å oppfylle læringsmål for spesialiteten. Faget palliativ medisin er et modningsfag, der klinisk erfaring er viktig. Tjeneste i palliativ medisin bør derfor legges etter oppnådd spesialitet.

– Videreutdanning i palliasjon på masternivå for relevante helsefagprofesjoner utvides og formaliseres.

• Bør tilsvare 60 studiepoeng, ha minimum 6 ukers veiledet praksis og harmoniseres i innhold

• Innholdet bør følge internasjonale anbefalinger (f.eks. EAPCs White Paper, 2013)

• Utdanningene kan være monofaglige og/eller tverrfaglige

• Videreutdanningene bør være på masternivå

• Det anbefales masterprogram som kvalifiserer for videre PhD-program

Bergen kommune støtter dette. Med relevante helsefagprofesjoner antar vi at det her menes helsefagprofesjoner med utdanning på bachelornivå (sykepleier, vernepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom). Bergen kommune støtter behovet for styrking av akademisk kompetanse også i kommunene, både på masternivå og på PhD-nivå. Slik forslaget til tiltak er formulert, kan det imidlertid se ut som det bare er videreutdanning på masternivå som er

aktuelt. Bergen kommune påpeker at all videreutdanning er verdifull, ikke bare den som er på masternivå. Bergen kommune savner tiltak for andre viktige helsefagprofesjoner innen palliasjon, som psykologer og helsefagarbeidere. Bergen kommune vil særlig trekke fram helsefagarbeidere som en viktig ansattgruppe både i helseforetak og kommunal helse- og omsorgstjeneste, som det burde vært satset mer på kompetanseutvikling hos.

### **Forskning**

- *Det opprettes et eget forskningsprogram i Forskningsrådet for palliativ forskning for å støtte store, gode kliniske studier innen palliasjon.*
- *De regionale helseforetakene skal styrke den regionale palliative forskningen ved å bygge opp og støtte lokale og regionale palliative forskningsgrupper som skal ha nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere.*
- *Det etableres en nasjonal finansiering for palliative sentre for fremragende forskning.*
- *De regionale palliative sentrene får likelydende oppdrag om forskningsoppgaver fra Helse- og omsorgsdepartementet via de regionale helseforetakene, og det rapporteres årlig*
- *Det opprettes egne diagnosespesifikke kliniske kvalitetsregistre innen palliasjon, herunder et eget register for barn.*

Bergen kommune støtter tiltak for økt forskningsinnsats på dette feltet. Forskning av høy kvalitet og kliniske kvalitetsregistre er viktige tiltak for å sikre kunnskapsgrunnlaget og kvaliteten i tjenestene. Bergen kommune påpeker imidlertid at et eget program for palliativ forskning er for smalt. Det er flere program i NFR der en kan søke på forskning på palliasjon. Når det gjelder forslaget om en nasjonal finansiering for palliative sentre for fremragende forskning, vil Bergen kommune påpeke at sentre for fremragende forskning ikke er tematisk innrettet, det er kvalitet som avgjør. Dette er toppforskningen i Norge, og kan ikke lyses ut tematisk.

Det er avgjørende at forskning skjer der hvor pasientene faktisk får sine tjenester. Det krever en betydelig satsing på forskning i kommunal helse- og omsorgstjeneste, da sykehusforskning har begrenset relevans for tilbudet i kommunene. Forskning i kommunal helse- og omsorgstjeneste har generelt vært et underprioritert område med svært svak finansiering. Dette er et stort samfunnsproblem. For å sikre kunnskapsgrunnlaget for kommunens tjenester, behøves et krafttak for forskning med robust finansiering. Bergen kommune er overrasket over at dette ikke er tydeligere beskrevet i utredningen.

### **Organisering, struktur og kompetanse**

- *Det etableres kommunale palliative sentre i de største kommunene og som interkommunale sentre i mindre kommuner.*

Bergen kommune savner en mer forpliktende anbefaling av finansiering og omfordeling av ressurser for kommunens mulighet til å ta en mer aktiv rolle som utredningen legger opp til, både hva angår tidsbruk, prioritering, kompetanse, planlegging og gjennomføring. Satsing på at flere skal dø i hjemmet og å få til en mer robust palliativ omsorg i kommunen krever ressurser. Omtalen av dette under økonomiske og administrative konsekvenser er misvisende når utvalget legger til grunn at etablering av kommunale palliative team vil kreve en omstrukturering av dagens ressurser, i tillegg noe ressursøkning. Bergen kommune påpeker at dette tiltaket vil bli meget ressurskrevende. Det gjelder selv om vi legger til grunn uendret ansvars- og oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. All erfaring tilsier imidlertid at utvikling av nye og forbedrede tilbud i kommunehelsetjenesten følges av en betydelig oppgaveoverføring fra sykehusene. Dersom etablering av kommunale palliative sentre medfører en generell oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, må ressurser i form av kompetanse og økonomi følge med.

- *Alle større lokalsykehus skal ha et fullverdig palliativt senter. Mindre lokalsykehus skal som et minimum ha palliativt team.*
- *Regionale palliative sentre skal, i tillegg til et kompetansesenter, ha tre kliniske hovedaktiviteter: Palliativ sengeenhet, palliativt team og palliativ poliklinikk.*

– Regionale palliative sentre med en klinisk del og et kompetansesenter, skal organiseres som en enhet under en ledelse.

Bergen kommune har ikke noen kommentarer til disse tiltakene som gjelder utvikling av tilbudet i spesialisthelsetjenesten.

– Kompetansesenterdelen i de regionale palliative sentrene skal være atskilt fra den kliniske virksomheten og dekke de fire hovedoppgavene: Undervisning, utarbeidelse og implementering av de pasienttilpassede forløpene, drift av nettverk og forskning – for hele regionen.

Bergen kommune påpeker at dersom oppgavene undervisning, utarbeidelse og implementering av de pasienttilpassede forløpene, drift av nettverk og forskning for hele regionen legges til en instans i spesialisthelsetjenesten, vil dette måtte være avgrenset til løsning av disse oppgavene internt i spesialisthelsetjenesten. Det vil også være behov for undervisning, utarbeidelse og implementering av de pasienttilpassede forløpene, drift av nettverk og forskning i kommunen. Ansvar og myndighet for dette må ligge i kommunen.

– Det nasjonale nettverket av de regionale palliative kompetansesentrene skal fordele regionale spisskompetanseområder seg imellom. Kompetansesentrene rapporterer i linjen til RHF-ene og samlet rapportering vurderes årlig av de regionale fagdirektørene.

– Det etableres barnepalliative sentre ved alle regionsykehus i Norge med samme struktur som ved palliativt senter i sykehus.

– Det etableres barnepalliative sentre på sykehus.

– Erfaringer med palliative hjemmesykehus for barn ved Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Stavanger universitetssjukehus skal evalueres.

Bergen kommune har ikke noen kommentarer til disse tiltakene som gjelder utvikling av tilbudet i spesialisthelsetjenesten.

– Den nasjonale faglige retningslinjen for palliasjon til barn og unge uavhengig av diagnose revideres for å gi tydeligere føringer for integrasjon av palliasjon i pediatrien og for organisering av palliative tjenester til barn og unge i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Bergen kommune påpeker at ved utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer må det være representasjon fra de som faktisk skal yte tjenestene som retningslinjen omfatter. Det betyr at kommunene må være godt representert i arbeidet med retningslinjer som helt eller delvis omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester. Bergen kommune erfarer at så ikke alltid er tilfelle.

– De regionale kompetansesentrene får i oppgave å etablere et interregionalt samarbeid for den døende pasient med hovedansvar hos et av sentrene. Det etableres også tilsvarende hovedansvar i minst ett palliativt senter på sykehus i hver helseregion.

Bergen kommune har ikke noen kommentarer til dette tiltaket som gjelder utvikling av tilbudet i spesialisthelsetjenesten

– Det utarbeides kvalitetsindikatorer innen palliasjon.

– Palliative pasienttilpassede forløp inkluderes i alle relevante nasjonale faglige retningslinjer, også for andre sykdomsgrupper enn kreft.

Bergen kommune støtter disse tiltakene. Det forutsettes at kommunene må være godt representert i arbeidet med kvalitetsindikatorer og retningslinjer som helt eller delvis omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester.

### **Pårørende**

– The Carer Support Needs Assessment Tool, CSNAT, skal implementeres i de pasienttilpassede forløpene.

– Pleiepengeordningen utvides slik at voksne kan beholde dem under innleggelse av pasient i sykehus.

Bergen kommune støtter disse tiltakene, samtidig som vi savner flere tiltak for å ivareta pårørendes behov. Kartleggingen av pårørendes behov (CSNAT) må nødvendigvis følges av tiltak for å dekke disse behovene. Ikke minst er det viktig å understøtte pårørendes rolle som ressurs for pasienten.

### **Frivillige**

– Det utvikles retningslinjer for å fremme frivillig innsats og samarbeid mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og frivillige på palliasjonsfeltet.

Bergen kommune mener at dette burde vært et sterkere satsningsområde enn denne formuleringen indikerer. Frivillig innsats er en viktig ressurs som det bør legges godt til rette for. For pasienter som trenger helse- og omsorgstjenester, er det stort behov for frivillige som besøksvenn, spisevenn, handlevenn, turvenn eller aktivitetsvenn. Dette gjelder også på palliasjonsfeltet. Tilrettelegging for bruk av frivillige i tjenestene er et satsningsområde i Bergen kommune.

### **Balansen mellom helsepersonells inngrepsplikt og pasientenes selvbestemmelsesrett**

– For å tydeliggjøre helsepersonells og helse- og omsorgstjenestens plikt til å legge vekt på «barnets beste» som et grunnleggende hensyn ved alle avgjørelser som angår barn, bør denne forpliktelsen fremgå både av formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven og av helsepersonelloven § 4.

Bergen kommune har ingen sterke motforestillinger til dette, men anser det egentlig som nødvendig da det er ivaretatt i eksisterende lover.

– For å sikre kompetanse blant behandlende leger om alvorlig syke pasienters selvbestemmelsesrett, bør undervisning i grunnutdanningen og i videre og etterutdanningen innlemme dette temaet.

Bergen kommune støtter dette tiltaket.