

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres Ref.: Rikke Strøm	Vår Ref.: 18/00207-3	Saksbehandler: Lasse Andreassen	Dato: 15.5.2018
-----------------------------------	--------------------------------	---	---------------------------

NOU 2017:16 På liv og død

Generelt oppfatter Diakonhjemmet Sykehus at det er mye bra som trekkes frem i NOU 2017. Sykehuset har kun noen få innspill beskrevet under:

Tverrfaglighet

Diakonhjemmet Sykehus mener det er viktig at NOU fremhever tverrfaglighet som et sentralt prinsipp innenfor palliasjon, og savner derfor en tydelig definisjon av tverrfaglighet. Det må fremgå hva tverrfaglighet innebærer i praksis, og at tverrfaglighet ikke er det samme som flerfaglighet. Dessuten bør det fremgå at tverrfaglighet må inn på alle nivåer. Reell tverrfaglighet er avgjørende for kvaliteten på tjenestene til pasienter i palliativ fase. Nedenfor gir vi innspill til definisjon av tverrfaglighet som sikrer at den blir teambasert, og at arbeidet gis en «infrastruktur» som sikrer samtidighet i samarbeidet mellom de ulike faggruppene.

Tverrfaglig samarbeid er noe annet enn flerfaglig samarbeid. Flerfaglig samarbeid betyr at ulike profesjoner gir fagspesifikke bidrag, ofte ut i fra en bestillermodell der helsepersonell vurderer behovet for andre faggrupper. Tverrfaglighet innebærer også fagspesifikke bidrag, men i *tillegg fordrer det en interaktiv prosess der ulike profesjoner jobber sammen mot samme mål der problem og ressurser identifiseres, mål settes og aktiviteter samordnes* (Lauvås & Lauvås, 2004; Nancarrow et al, 2013). Tverrfaglighet krever med andre ord *samtidighet*, en organisering som sikrer at teammedlemmene sitter sammen og drøfter pasienten. Tverrfaglig samarbeid fremmes av en god "infrastruktur" med regelmessige teammøter og tid til å utvikle seg som et team og bli kjent med hverandres kompetanse (Nancarrow et al, 2013). Innsikt i kollegers profesjonskunnskap er viktig for et godt tverrfaglig samarbeid

(Holst og Severinsson 2003; Hall 2005). Det er viktig både å tydeliggjøre sine egne perspektiver, og å sette seg inn i de andre teammedlemmenes kompetanse.

Tverrfaglighet forutsetter yrkesspesifikk kompetanse, samarbeidskompetanse, gjensidig verdsetting, respekt, tillit og felles forståelse av hensikten og meningen med tverrfaglighet (Carpenter og Dickinson 2014, Hean 2014). Samarbeidskompetanse er erfaringskunnskap som bygges opp i konkrete møter mellom de ulike profesjonene; kunnskap som er mellom de menneskene som er i fellesskapet og de arbeidsmåtene de bruker (Klages 2000).

Teamet bør ha en overordnet visjon og retning, og dele felles grunnleggende verdier og prinsipper. Det må være en teamkultur der man gjør hverandre gode og systematisk evaluerer for å kvalitetssikre egen praksis.

NOUen gir en bred gjennomgang av utfordringer og mange gode forslag til tiltak som vil innebære en vesentlig større satsing og bevisst arbeid med palliativ tilnærming for et betydelig større antall pasienter enn som i dag får slikt tilbud, og må følges opp med tilstrekkelige kapasitet og kompetanse.

Vi støtter utvalgets forslag til ønsket kompetanse (tiltak i kap. 7), men finner at det for å oppnå den palliative innsatsen framover, samtidig også må sikres tilgang til kortere kurs (enkelstående moduler i masterforløp). Samtidig vil det være viktig å sikre kompetanseutvikling blant ansatte gjennom en reell tverrfaglig arbeidsmodell i de palliative enhetene og de palliative teamene.

KLA støtter forslag om pasienttilpassede forløp og den tydelige styrking og ivaretagelse av pasientens medvirkning og fokus på ivaretagelse og respekt og pårørende rolle og behov.

Store/mindre store sykehus

Diakonhjemmet Sykehus har ikke lyktes å finne en klar definisjon på hva som offisielt betraktes som et stort eller lite lokalsykehus i Norge, men synes at utvalgets definisjon – 30 000 – 50 000 innbyggere – er lavt. Det kan synes i overkant ambisiøst at et sykehus på denne størrelsen skal ha et palliativt senter etter utvalgets beskrivelse av senter. Det bør imidlertid være et tverrfaglig team med adekvat kompetanse til å følge opp pasienter i sykehuset, på poliklinikk, samt kunne tilby ambulante tjenester.

Aktuelle pasientgrupper

Utvalget argumenterer og underbygger en utvidelse av tilbudet fra hovedsakelig å være en tjeneste til kreftpasienter, til også å omfatte flere grupper. En opplisting vil sjelden være uttømmende. De gruppene som omtales bør heller være eksempler på utvidelse, og ikke være begrensende. Behovet for palliasjon bør ikke defineres fra spesifikke diagnoser, men knyttes til «alvorlig syke og døende».

Med vennlig hilsen



Lasse Andreassen
Avdelingssjef
Avdeling for fag, kvalitet og IKT

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Liste over mottakere:
Helse- og omsorgsdepartementet
Rikke Strøm, Arkivar P360, Diakonhjemmet Sykehus