

Sjur Bjørnar Hanssen
Prosjektleder
Avdeling omsorgstjenester
Helsedirektoratet

Innspill til Fagrapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

Takk for tilsendt utkast til Fagrapport og muligheten for å komme med innspill. Fagrapporten gir et fyldig og detaljert bilde av det eksisterende tilbudet ved lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og setter fingeren på mange viktige momenter med forbedringspotensial. Det er viktig at forslagene til forbedring er konkrete og gjennomførbare, gjerne ledsaget av økonomiske insentiver eller sentral styring for å få en helhetlig praksis da gode intensjoner ikke alltid er tilstrekkelig.

NFPM vil gjerne benytte anledningen til å komme med noen konkrete innspill.

Vedrørende tiltak for at lindrende behandling skal utvikles og implementeres i ulike fagmiljøer og være tilgjengelig for ulike pasientgrupper (s 32):

Mange palliative team og sentra i sykehus jobber allerede for å etablere kontakt med andre fagmiljøer enn kreft. Z51.50 har vært et effektivt virkemiddel og må fortsette. Man kan videre stille krav til ulike avdelinger (nevrologiske, indremedisinske, pediatriske osv.) hvor man pålegger avdelingen å identifisere inneliggende palliative pasienter, setter krav om regelmessig symptomregistrering med f. eks. ESAS og regelmessige samarbeidsmøter med sykehusets palliative team for å fokusere på palliativ tenkemåte og eventuelt identifiserte palliative pasienter som bør henvises til et spesialisert tilbud.

Man må gjøre mer for å heve kunnskapen om palliasjon til ikke-kreftpasienter i de enkelte fagmiljøene, men også innad i de palliative sentra. I kommunehelsetjenesten er man gjerne nødt til å forholde seg til andre diagnoser uansett, men man får ikke nødvendig support fra det palliative sykehusteamet vedrørende ikke-kreft-pasientene.

For å utvikle og utvide fagfeltet er det på legesiden behov for fagfolk med spisskompetanse. Å rekruttere til videreutdanning i palliasjon fra ulike fagmiljøer er en tilnærming. Særlig i forhold til barnepalliasjon vil pediaterne måtte være de sentrale aktørene.

Palliasjon er egen spesialitet blant annet i Storbritannia og Irland og påbygningsspesialitet i flere europeiske land som Sverige, Tyskland, Frankrike og Polen. Leger i Norge med spesialkompetanse i palliasjon er i dag hovedsakelig ensbetydende med engasjerte onkologer, anestesileger, allmennleger og andre leger med lang erfaring innenfor kreftomsorg. Flere har etterhvert tatt videreutdanning i palliasjon og er godkjent etter prøveordningen med Kompetanseområde palliativ medisin. En anerkjennelse av faget i spesialiststrukturen ville ha betydning for en utvidelse av fagfeltet og tilbudet til ikke-kreft-pasientene.

Vedrørende palliative enheter i sykehjem (s 36 ff):

Vi er overbevist om at satsningen på palliative enheter i sykehjem har vært positiv. Vi er opptatt av at man bygger videre på dette med fokus på at retningslinjer for bemanning og drift følges. Et viktig moment er samarbeid med sykehusets palliative team. Dette kan f. eks. oppnås ved at palliativt team av og til deltar på felles visitt på lindrende enhet, gjensidig praksisbesøk og mulighet for lege/ansatte på lindrende enhet til å delta/bidra på internundervisningen til sykehusets palliative team.

En kommentar vedrørende legedekning på lindrende enhet i kommunen: Man legger i rapporten vekt på at lege på lindrende enhet skal være tilgjengelig. En lindrende enhet med 4-6 pasienter skal i tråd med Nasjonalt handlingsprogram ha lege 2-3 timer per pasient per uke. Det utgjør fra 8 til 18 timer per uke. Dersom den lindrende enheten i tillegg ønsker å ha sykehjemslegen tilgjengelig på telefon de andre arbeidsdagene, har man gjerne en ordning med bundet og ubundet tid. Det vil i praksis ofte si at en lindrende enhet har lege tilgjengelig for visitt og pasientbehandling kun 5-10 timer per uke. Det står ikke i samsvar med intensjonen om at lindrende enhet bør ha tilgang til lege i en slik grad at legevakt unngås. Man må kritisk vurdere størrelsen på legestillingene, tilstrebe større enheter og større sykehjemslegestillinger.

Leger på lindrende enhet må få reelle tilbud om kompetanseheving i palliasjon og kommunen må legge opp til at tjeneste på lindrende enhet gir tellende tjeneste til Kompetanseområdet palliativ medisin.

Vedrørende fastlegers tilgjengelighet og legevakt:

Det påpekes at mange fastleger slurver med å skaffe vikar ved fravær. Har man dokumentasjon bak denne påstanden? Svært mange fastleger er meget samvittighetsfulle i forhold til dette. Det gjøres ofte en minimal innsats for å kontakte fastlegen før kommunen tar direkte kontakt med sykehuset og avskriver fastlegen som utilgjengelig.

Det trekkes også frem fordeler ved at fastlegen er tilgjengelig på telefon hele døgnet for hjemmesykepleien i spesielle tilfeller. Det er flott, men man må være forsiktig med å basere seg på fastlegers vilje til å jobbe i fritiden. Involvering av legevakten blir her omtalt som "ikke-suksess". Legevakten er fastlegens stedfortreder på kveld og helg og bemannes de fleste steder i hovedsak av fastlegene selv. Det er store forskjeller på hvordan legevakten drives og fungerer i ulike regioner. Kanskje bør man likevel velge en noe mer positiv holdning til legevakt. En ordning hvor fastlegen sender oppdaterte journalopplysninger til legevakten om palliative pasienter i terminalfase med særskilt oppfølging ville bedre legevaktens evne til å bistå i de tilfellene hvor det kan bli nødvendig.

Vedrørende palliasjon i spesialistutdanning (s84):

Den nye foreslåtte spesialiststrukturen for leger må ha palliasjon som en av de foreslåtte "kompetansemodulene" som vil være felles for flere spesialiteter. I forslaget til ny spesialiststruktur er etikk og kommunikasjon nevnt som slike moduler, men ikke palliasjon.

Vedrørende utdanningsstillinger for leger i palliativ medisin:

Skal palliasjon være et kompetanseområde, subspecialitet eller egen spesialitet for leger? Det er et langt utdanningsløp slik det er nå hvor man først må få og opprettholde grunnspecialitet. Man kan miste mange på veien. (En spesialist i allmennmedisin med godkjent Kompetanseområde i palliativ medisin må f. eks. forlate en eventuell fulltidsjobb som palliasjonslege og jobbe 1 år i åpen uselektert allmennpraksis hvert 5. år for å beholde spesialisering.)

Det må etableres flere legestillinger på de palliative sentra. Uten utdanningsstillinger vil snart alle palliasjonsleger være pensjonister.

En anerkjennelse av fagfeltet i form av egen spesialitet eller subspecialitet vil virke positivt i forhold til rekruttering. Et anerkjent fagfelt vil i større grad kunne bidra til kunnskapsoverføring og palliativ tankegang innen ulike spesialiteter og til ulike pasientgrupper.

Eva Gravidahl

Styreleder NFPM