![Link til forsiden [logo]]()

**Langvarige og sammensatte smertetilstander - helhetlige pasientforløp**

Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) er en forening som samler leger med interesse for palliasjon / lindrende behandling. Vi rekrutterer fra flere legespesialiteter. De fleste av våre medlemmer er onkologer, anestesileger, allmennleger eller lungeleger med palliativ tilleggskompetanse. Vi arbeider både i spesialisthelsetjenesten (palliative sentre med sengeposter og mobile palliative team) og primærhelsetjenesten (sykehjem / lindrende enheter / kommunale palliative team.)

Vi ønsker velkommen et slikt pakkeforløp i den grad det vil styrke tilbudet til disse pasientene, som dessverre står langt nede på lista over prioriterte grupper. Alle menneskers like rett til helsehjelp og respekt tilsier at noe må gjøres for denne gruppa som ofte er stigmatisert og «uønsket» i helsevesenet, både fordi de er vanskelige å hjelpe effektivt, men også fordi fagfolkene må kjenne på egen hjelpeløshet hele tiden i møte med lidelsen disse pasientene lever med, noe som er tungt å stå i over tid.

**AD Inklusjon:**

Angitte kriterier for inklusjon støttes.

Kommentarer:

I teksten framkommer at «før henvisning bør pasienten være tilstrekkelig utredet og annen tilgjengelig og hensiktsmessigbehandling være forsøkt». Det vil oftest ta lang tid og mange konsultasjoner hos fastlegen før det er gjort. For å unngå svært lang tid før tverrfaglig vurdering i smerteklinikk (8-9 år er angitt i teksten) bør det spesifiseres tydeligere når i et forløp henvisning er ønskelig. Her kommer også ventetid inn som en tidsfaktor. F.eks er ventetiden for vurdering ved tverrfaglig smerteklinikk i Stavanger mange måneder, kanskje opp mot ett år. Dersom pakkeforløpet skal få på plass raskere behandling må smerteklinikkene tilføres ressurser som kan møte dette. Slik er det ikke i dag.

I vår kliniske hverdag møter vi ofte pasienter som er såkalte langtidsoverlevere etter kreft, med betydelige smerter og helseutfordringer etter kreftbehandling. Disse opplever vi at faller mellom (minst) to stoler. De avsluttes fra onkologisk side fordi de er friske av kreften, men har ofte store smerteutfordringer, spesielt pga nevropatiske bivirkninger etter har d kreftbehandling. Det har vært snakk om å bygge opp egne tjenester til denne gruppa, men det har vi ikke sett noe til foreløpig. Dersom denne pasientgruppa er tenkt inkludert i dette pakkeforløpet bør det presiseres, og det må legges inn ekstra ressurser siden denne gruppa stadig vokser med mer effektiv kreftbehandling.

**AD Henvisning**:

Oversikten over henvisningsinnhold er solid og dekkende.

Kommentarer:

Fastlegen er medisinsk ansvarlig for pasientene utenfor sykehus, og må inkluderes i henvisningsprosessen. «Henvisning *bør* derfor skje i samarbeid mede fastlegen» er etter vår mening ikke sterkt nok. Vi tar til etterretning at *skal* bare brukes ved lovhjemmel, men vi er bekymret for at *bør* signaliserer at det ikke er avgjørende viktig, noe vi mener det er.

Det bør lages EPJ henvisningsmaler tilpasset og inkludert alle programvarer til allmennpraksis og DIPS / andre sykehusprogrammer. For å få dette på plass i tide må leverandørene inkluderes tidlig i prosessen.

**AD innhold:**

Generelt beskriver notatet godt hva en vurdering i tverrfaglig smerteklinikk bør inneholde. Der det finnes ressurser til det i dag tror vi svært mye av dette gjennomføres allerede, ut fra fortløpende faglige vurderinger. Flaskehalsen er ressurstilgangen og prioriteringen av fagfolk i foretakene.

Ad kompetanse anføres at smerteklinikken «bør bestå av lege, psykolog, fysioterapeut, sykepleier og sosionom». Hvor sterk plikt har foretakene til å oppfylle dette «bør»? Det må vurderes hvordan foretaket kan forpliktes i forhold til dette, ellers frykter vi at det blir en salderingspost.

**AD tidsfrister:**

«…utføres ….*innen to måneder* etter start pasientforløp».

«…bør starte *senest 3 måneder* etter mottatt henvisning»

«…gjennomføres *innenfor 3 måneder ….»*

«…evalueres … *innen 6 måneder etter* …».

Vi er helt enige i at det må foreligge tidsfrister. Slik det er i dag er det helt uholdbart for pasientene å vente i måneds- og årevis. Vi spør oss imidlertid hvordan det skal sikres og følges opp at tidsfristene holdes? Hvilke konsekvenser får det for foretaket om dette ikke blir mulig pga manglende prioritering av fagfolk / kompetanse?

Det er veldig bra at kodeverk er på plass fra starten av. Vi regner med at det da også følger penger med. Våre erfaringer fra helseforetak vi jobber i / samarbeider med er at smerteklinikker kommer langt ned på prioriteringslista for ressurser og finansiering. Hvis det ikke gjøres noe med dette blir pakkeforløpet dessverre bare en «flopp».

Stavanger, 08.08.22

Målfrid Bjørgaas, styremedlem NFPM

Anne Fasting, leder NFPM