



Norsk forening for palliativ medisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

Medlemsbrev Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) 3/2020

Kjære medlemmer

Vi har gått inn i en annerledeshøst for de fleste av oss. Coronaen herjer fortsatt, og har medført at også NFPM har måttet drive annerledes. Landskonferansen i palliasjon 2020 som skulle vært arrangert nå i september må utsettes til 3.-5. mars 2021, og styret har gått over til kun digitale styremøter. Vi har tilpasset oss, men flere savner å kunne treffes fysisk. Derfor vil vi prøve å arrangere et årsmøte den 19. november på Gardermoen hvor det blir mulig å treffes fysisk (i tillegg til digital deltagelse, se under). Dessverre vil årsmøtet bli uten faglig program, men vi får komme sterkere tilbake og feire 20-års jubileet en annen gang.

I skrivende stund er styret i NFPM mest opptatt av den kommende stortingshøringen den 30. september om stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg. NFPM får ikke delta på høringen som et selvstendig organ, men må samkjøre oss med Legeforeningen fordi vi er en del av Legeforeningens organisasjon. Legeforeningen har i sin høringsinnstilling i stor grad valgt å fremheve barnepalliasjon, og det er bra, for det trengs. Legeforeningen sin delegasjon til høringen vil bestå av DNLF sin president Marit Hermansen og leder av faggruppen for palliasjon i norsk barnelegeforening Anja Lee. NFPM fikk ikke være med på selve høringen denne gang, men er invitert med på et formøte med Legeforeningen.

Dette blir den siste ledere jeg skriver som leder av NFPM. På neste årsmøte går jeg av, etter å ha vært leder i tre år og styremedlem i seks år. Det har vært en lærerik periode, og veldig, veldig hyggelig å bli kjent med så mange flotte kolleger i fra hele landet som står på for å gi pasienter tilgang til gode palliative tjenester. Spesielt hyggelig har det vært å innlede et samarbeid med de som nå er i gang med å bygge opp barnepalliasjon. Jeg tror barnepalliasjon og voksenpalliasjon kommer til å ha gjensidig mye nytte av hverandre framover, og jeg er sikker på at fokuset som nå er på barnepalliasjon også vil gagne voksenpalliasjon.

Hilsen Anne-Tove Brenne

Meld. St. 24 (2019-2020) Lindrende behandling og omsorg- Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.

Her kan du lese mer om høringen i Stortinget den 30.09. kl 09

<https://www.stortinget.no/no/Hva-skjer-pa-Stortinget/Horing/horing/?h=10004173>

Årsmøte 2020 v/ Anne-Tove Brenne

Av smittevern hensyn har styret i NFPM bestemt at vi ikke vil delta på årets Onkologisk Forum, som arrangeres 19. og 20. november i Oslo. Dette fordi vi vet at mange medlemmer ikke får tillatelse av arbeidsgiver til å dra på konferanse i Oslo slik smittesituasjonen er nå.

Årsmøtet kommer til å bli arrangert på Park Inn Oslo Airport, Gardermoen, torsdag 19. november kl 17-18. Det vil bli mulighet for fysisk oppmøte eller delta digitalt. Etter årsmøtet vil det bli middag i hotellets restaurant for de som ønsker det. **Nærmere innkalling med påmelding vil komme. Frist for å melde saker til årsmøtet er 8. oktober.**

Landskonferansen i Palliasjon 2021

Landskonferansen i Palliasjon som skulle ha vore i september 2020 er pga Corona-pandemien flytta til 03 - 05 mars 2021. Abstrakt-frist er 1. oktober.

Nettside: <http://landskonferansenipalliasjon.no/>

Røroskurs 2021

På grunn av usikkerheten som corona-pandemien har brakt med seg, vedtok styret på styremøte den 26. mai å flytte Røroskurset 2021 til høst 2021. Endelig avgjørelse om tid (og også sted) vil bli avgjort på vårparten 2021.

Nasjonalt forskningsnettverk for palliasjon i primærhelsetjenesten

v/Anne Fasting styremedlem NFPM

Stortingsmelding 24 (2019/2020) vektlegger hjemmetid, og hjemmedød for de som ønsker det. Faget vårt må bygges opp videre, også i primærhelsetjenesten, og dette arbeidet må følges av forskning i primærhelsetjenesten.

Vi vil derfor minne om Nasjonalt forskningsnettverk for palliasjon i primærhelsetjenesten.

Medlemmer i nettverket arbeider for tiden med ulike prosjekter knyttet til palliasjon i primærhelsetjenesten. Det er flere tilknyttede PhD-prosjekter, og eksempler på temaer for disse er: pårørendes erfaringer med det palliative forløpet, fastlegens rolle i palliasjon, verdighets-bevarende omsorg, palliativ plan og forhåndssamtaler, hjemmedød, og hjemmesykehus. De forskjellige problemstillingene i primærhelsetjenesten gjør at både kvantitative og kvalitative tilnærminger er hensiktsmessig, eller en kombinasjon av tilnærmingene. Nettverket ønsker velkommen stipendiater og mer erfarne forskere, med prosjekter relatert til palliasjon i primærhelsetjenesten, men også prosjekter i idéfasen. Ved å støtte hverandres forskningsprosjekter og bygge videre på hverandres forskning, ønsker vi å få til synergieffekter. Nettverket har sin forankring ved Allmenntilleggsmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU, men har medlemmer fra ulike deler av landet og med ulik fagkompetanse. Personer som kan ha interesse av å delta i nettverket kan ta kontakt med leder av nettverket. https://www.ntnu.no/ism/palliasjon_primaerhelse

Spinal- (intratekal) og epidural- blokkade til smertebehandling av palliative pasienter v/ Arve Nordbø, Nestleder NFPM

Bakgrunn: Spinal og epidural blokkade brukes til smertebehandling hos noen utvalgte palliative pasienter. Observasjoner og håndtering av pasienter med spinal eller epidural smertelindring er i stor grad lik. Felles indikasjon er at en ikke oppnår tilfredsstillende smertelindring med systemiske analgetika eller kombinasjoner av disse, eller at disse ikke kan trappes tilstrekkelig opp grunnet bivirkninger. Felles for disse metodene er også at det tilføres morfin eller annet opioid oftest kombinert med et lokalanestetikum via et kateter beliggende nært inn mot ryggmargen. Kateteret tunneleres under huden og sutureres eller en implanterer en subcutan port (Port-a-cath).

Evidens: Kurita og medarbeidere skrev i 2015 en oversiktsartikkel i Acta Anesthesiologica Scandinavica der de beskriver at det som foreligger er stort sett små og heterogene studier slik at evidens for disse metodene blir lav og at spinal/ epidural derfor kun kan gis en svak anbefaling. Samme forfattere har også tidligere gått gjennom litteraturen som del av et EPCRC Guidelines Prosjekt i 2011 med samme konklusjoner. Likevel vet vi som klinikere at for noen pasienter med refraktær kreftsmerte kan disse metodene gjøre en stor forskjell med betydelig bedre kontroll på smertene uten vesentlig sedasjon som bivirkning.

Seleksjon av de riktige pasientene: Spinal/epidural analgesi er mest aktuelt for pasienter med avansert sykdom og sterke (intraktable) smerter. En regner at mellom 2-5 % av kreftpasienter med smerter og avansert sykdom vil være aktuelle for en slik blokkade. Selve prosedyren med innleggelse og oppfølging av pasientene videre krever kompetanse, ressurser og har sine komplikasjoner slik at det er viktig å selektere de riktige pasientene.

Pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig effekt av systemiske analgetika og der de sterkeste smertene er innenfor et begrenset område, vil være beste egnet. I tillegg bør pasienter som får bivirkninger av analgetika (sedasjon, forvirring mm) som gjør videre opptrapping til adekvat dose vanskelig, vurderes for spinal eller epidural blokkade.

Viktig å informere pasientene nøye på forhånd slik at de har realistiske forventninger. Målet er bedre smertelindring, men like viktig redusert behov for høye doser opioider og andre analgetika.

Det er også viktig å diskutere pasienten og indikasjonen tverrfaglig og multidisiplinært før en tar beslutning om å starte med spinal eller epidural analgesi. Vurder sykdomsutbredelse og lokalisering, konf radiolog og onkolog, husk alltid å ta med anestesilege som skal legge inn kateteret og følge opp

senere ved indikasjonstillingen. Diskuter med sykepleiere i pall team mulighet for å følge opp senere på sykehjem eller hjemme, særlig mht behov for opplæring av annet personell.

Hvilken metode, spinal eller epidural: Epidural er den metoden som enklest kan etableres segmentelt på alle nivåer og beherskes av alle anestesileger, herav også tilgjengelig i helger og på vakttid. Spinal med tunnelert kateter eller som implantert port må ofte planlegges og beherskes av langt færre anestesileger. Viktig å etablere samarbeid mellom palliativ enhet og anesthesiavdeling/smerteklinikk for best mulig tilgjengelighet og samarbeid om disse metodene.

Spinal med tunnelert kateter eller implantert port er den foretrukne metoden for smertelindring av palliative pasienter. Dette skyldes både minst risiko for alvorlige komplikasjoner som infeksjoner og pasientene klarer seg med ca 1/10 av en tilsvarende epidural dose. Dette medfører sjeldnere behov for å skifte kassetter til pumpen og mindre volum for pasientene å bære med seg.

Hvilke medikamenter og hvordan observere pasientene: Intraktable smerter ved avansert kreftsykdom er ofte svært sammensatt, også hvis en bare ser på den somatiske siden av smertene. Ofte komponenter både med nociceptive, nevropatiske og inflammatoriske mekanismer. Derfor anbefalt å starte med en kombinasjon av opioid (oftest morfin) og lokalanestetikum (oftest bupivacain) i spinal eller epidural smertepumpe. I tillegg kan en legge til en μ -2 agonist som klonidin eller adrenalin eller kombinere to opioider, for eksempel morfin og fentanyl hvis ikke tilstrekkelig effekt av morfin og bupivacain alene.

Etter innleggelse av spinal/epidural kateter og start av smertepumpe bør pasienten overvåkes på egne enheter som postoperativ eller tilsvarende de første timene, spesielt med tanke på hypotensjon, respirasjonsdepresjon og bevissthetsendringer.

Videre forløp og oppfølging: Allerede før innleggelse av spinal/epidural smertepumpe bør en ha tenkt gjennom hvordan pasienten skal følges opp videre hjemme eller på annen institusjon. Det er fortsatt viktig med nært samarbeid mellom palliativ enhet og anestesilege/smerteklinikk, særlig mht dosering og håndtering av evt komplikasjoner. Opplæring av annet helsepersonell i hjemmetjeneste og på sykehjem må planlegges samt sørge for stabil levering av kassetter til pumpe fra apoteket der pasienten oppholder seg. Informasjon om hvor pasienten kan henvende seg 24/7 ved problemer eller komplikasjoner bør integreres i individuell plan. Pasient og pårørende må vite hvor de skal henvende seg ved problemer og ha mulighet for åpen innleggelse ved tekniske problemer eller komplikasjoner. Helsepersonell i førstelinjetjenesten må ha mulighet til å kontakte palliativt team og ambulant palliativt team reise ut ved behov for å spare pasienten for unødige innleggelser.

Ref: <https://www.helsebiblioteket.no/199437/tunnelerte-spinal-og-epiduralkateter>

<https://nettkurs.legeforeningen.no/course/view.php?id=86>

Dansk Riksrevisjon retter kritikk mot Sundhetsvesenet på bakgrunn av at pasienter ikke har tilstrekkelig adgang til spesialisert palliasjon.

v/ Arve Nordbø

Riksrevisjonen i Danmark konkluderer i en rapport til Folketinget at pasienter i Danmark ikke har den nødvendige adgang til spesialisert palliativ innsats. Riksrevisjonen retter kritikk mot regionene for ikke å sikre at pasienter med livstruende sykdommer i tilstrekkelig grad utredes for behov for palliasjon, og at pasientene ikke i tilstrekkelig grad henvises til spesialisert palliasjon uansett sykdom.

Det var stor forskjell i prosentvis henvisning til spesialisert palliasjon avhengig av diagnose. I 2018 ble 650/1000 pasienter som døde av kreft henvist til spesialiserte palliative enheter, men bare 34/1000 pasienter som døde av andre sykdommer enn kreft ble henvist.

Det kommer frem at de i Danmark har en Dansk Palliativ Database og det synes som at Riksrevisjonens gjennomgang av denne har fått de til å reagere. I Danmark er jo også

spesialiserte palliative enheter noe annerledes organisert enn i Norge, med flere hospice der vi har lindrende enheter på sykehjem.

Essensen er likevel at en påviser et udekket behov hos mange pasienter for henvisning til spesialisert palliasjon, særlig gjelder dette pasienter med andre diagnoser enn kreft. Dette var vel også noe som ble påpekt i Sintef rapporten 2016 «Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg».

Slik jeg leser denne rapporten støtter den opp om at vi må fortsette å kjempe for at palliativ medisin blir egen medisinsk spesialitet i Norge og at vi får på plass en egen norsk spesialistutdanning i tillegg til det Nordiske kurset. Det er altså ikke tilstrekkelig å bredde ut kompetanse i palliasjon i kommunene og i andre medisinske spesialiteter, hvis ikke det finnes spesialiserte team og enheter å henvise til, ledet av leger med spesialitet i palliativ medisin.

Lenke til [Rigsrevisionens beretning – Kort fortalt: Adgangen til spesialisert palliation](#)

Bornepalliasjon v/ Anja Lee

Frå Anja Lee har me fått fylgjande dokument angåande bornepalliasjon:

[Statusrapport PALBU juni 2020](#) Palliativt team for barn og ungdom Helse Sør-Øst.

[Palliasjon for barn og unge - fremtidens behov i hovedstadsområdet.](#)

Doktorgradar:

Camilla Kjellstadli disputerte torsdag 18. juni 2020 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlinga: “Dying at home in Norway: health care utilization in the final months of life”. Prosjektet utgår fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin i Bergen. Bedømmelseskomité: Mette Brekke, Universitetet i Oslo, Linda Huibers, Forskningsenheden for Almen Praksis, Danmark, og Jan Henrik Rosland, Universitetet i Bergen. Veiledere var Steinar Hunskaar, Bettina S. Husebø og Elisabeth Flo.

Sammendrag: “Med utgangspunkt i registerdata frå heile befolkninga har Kjellstadli og medarbeidarar undersøkt forhold rundt heimedød i Noreg, inkludert helsetenestebruk i slutten av livet. Studien viser at sjølv om få dør heime, ser det ut til at berre eit mindretal av desse dødsfalla var planlagt å skje heime. Hjarte- og karsjukdom og kreft var hyppigaste dødsårsaker ved heimedød, mens sannsynet for heimedød auka når dødsårsaka var uklar eller som følge av ytre årsaker. Fleire menn enn kvinner døyde heime. Yngre personar hadde høgare sannsyn for heimedød enn eldre. Om lag halvparten av heimebuande personar fekk heimesjukepleie i sluttfasen av livet, men berre eit stabilt høgt veketimetall med hjelp var assosiert med å dø heime. Nesten 70 % hadde lågt sannsyn for å ha korttidsopphald på sjukeheim. Korttidsopphald var assosiert med mindre heimedød. Under 1 av 10 døde fekk både heimebesøk frå fastlegen og hadde ein fastlege som samarbeidde med anna helsepersonell dei siste fire vekene av livet. Både heimebesøk og samarbeid auka sannsynet for heimedød. Helsetenester der personar måtte forlate heimen, inkludert fastlegekonsultasjonar, legevaktkonsultasjonar og sjukehusinnleggingar reduserte sannsynet for heimedød. Oppfølging frå fastlege og heimesjukepleie kan legge til rette for meir heimedød, men effekten av kvart enkelt tiltak var lite. Resultata tyder på at dei fleste døyande i Noreg ikkje mottar oppfølging som gjer heimedød til eit realistisk alternativ. Potensialet for å tilby lindrande behandling i heimen i sluttfasen av livet er ikkje utnytta.”

Informasjon om palliativ video-undervisning med kontaktpersonar v/ Endre

Røyndstrand

Videoundervisning innan palliativ medisin:

Hovudsakleg Helse Vest: (og Agder)

Kristian Jansen

Overlege , Sunniva Avdeling for lindrende behandling

jansen.kristian@gmail.com

Undervisning måndagar kl 12.15 - 13.00

“Opplegget i Vest er ikkje ulikt det i Trondheim. Vi har også ukentlig en times videoundervisning, rettet mot å dekke sentrale temaområder innan kompetanseområdet palliativ medisin. Mye av undervisningen er aktuell for hele det tverrfaglige teamet. Tilbudet er i utgangspunktet regionalt. Interesserte kan ta kontakt med meg ved ønske om deltagelse.”

Kristian Jansen

Hovudsakleg Helse Midt:

Undervisning tysdagar

Kompetansesenter i lindrende behandling Midt-Norge tilbyr ukentlig videobasert undervisning.

Tilbudet er i utgangspunktet regionalt, men nasjonal deltaking er mulig om kapasitet.

Undervisningen er ment å dekke bredt, både tverrfaglig og som teoretisk undervisning innan kompetanseområdet i palliativ medisin. Nyere artikler innan sentrale temaer dekkes i løpet av en toårsperiode. Undervisningen inkluderer også pasientkasuistikker. Kontaktperson:

Laila.Skjelvan@stolav.no

Med vennlig hilsen

Laila Skjelvan

Kompetansesenter i lindrende behandling, Midt-Norge

Tlf 728 25 838

Mob: 99 70 92 34

Dersom du/de ikkje har vore med på undervisningane før, ta kontakt med aktuell kontaktperson med tanke på eventuelt deltaking og for å få oppklaringsinformasjon.



Med ønske om en fortsatt fin høst

På vegne av styret i NFPM

Endre Røyndstrand, medlemsansvarleg og Anne-Tove Brenne, leiar