

Palliativ omsorg på grunnplan – allmennlegens plass?

I palliativ omsorg på grunnplan mangler mange trening i å takle gruppeprosesser rundt enkeltpasienter i fellesskap. Kjennskap til medarbeideres kompetanse er ofte mangelfull. Pasientens autonomi blir en uoppfylt drøm så lenge det synkende antall sykehussenger ikke blir kompensert med økt kompetanse hos de lokale aktører i førstelinjetjenesten, og lokal kompetansebygging ikke tilrettelegges organisatorisk. Har endringer i primærhelsetjenesten skjedd på bekostning av allmennlegens rolle som koordinator og leder av tiltak rundt den enkelte pasient? Det ser ut som om allmennlegerollen som følge av regelverket for den obligatoriske resertifisering som Legeforeningen krever, ikke er bred nok for å virkeliggjøre intensjoner i nasjonale planer for palliativ omsorg (1, 2).

For å tilfredsstille samfunnets behov har staten delegert myndighet til spesialitetskomiteene for å fastsette kriterier for spesialistutdanningene; – dagens resertifisering av spesialister i allmennmedisin legger stor vekt på biomedisinsk vedlikehold. Primærhelsetjenestens bredde og spesialtjenestenes spisskompetanse burde sikres gjennom det regelverk som er ment å ivareta at standarder hos legespesialister er i overensstemmelse med prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå – LEON (3–5).

På området palliativ omsorg er det sprik ved at allmennlegen er hindret i å ta initiativ; oppgaver er organisatorisk flyttet over til sykepleiere, allmennlegens medisinsk-faglige rådgivningsfunksjon er svekket og tilflyt av oppdatert pasientinformasjon er utilfredsstillende (6). Spriket opprettholdes også av resertifiseringsreglene som hindrer utvikling av allmennlegens rolle som teamleder i palliativ omsorg lokalt. Dagens regler innebærer en ubalanse mellom behov og utnyttelse av allmennlegeressursene.

Organisering av smerte- og symptombehandling

Ingen helseprofesjoner får kunnskap om smerte- og symptombehandling automatisk i sin grunnutdanning. De (få) som er interessert, kan hente den i tverrfaglige fora viet symptomrettet behandling (Norsk palliativ forening, Nasjonalt smerteforum, Scandinavian Association for the Study of Pain o.l.), likevel risikerer spesialister i allmennmedisin at de ikke blir merittert, selv når de søker godkjenning for deltakelse på forhånd. Tverrfaglige møteplasser muliggjør kontakt

mellom aktører som til hverdags er forvaltet av atskilte økonomisk-administrative instanser. Hvor ellers skal allmennleger og hjemmesykepleiere læres kultur med tverrfaglig åpenhet?

For at førstelinjetjenesten skal kunne fungere tverrfaglig godt nok for kreftpasienter og deres nære pårørende, er kunnskap om smerte- og symptombehandling særdeles viktig (7). Tematisk etterutdanning i liten, ren allmennlegegruppe synes å være for paternalistisk fundert til formålet. Min erfaring med tematisk smågruppevirksomhet er at møtevirksomheten ikke var gjennomførbart, pga. liten og ustabil deltakelse blant kolleger.

Møteplasser åpner for kreative løsninger. Tverrfaglig smågruppevirksomhet innen lokale tverrfaglige palliative team, og kobling til den gryende spesialutdanning i palliativ sykepleie, vil kunne implementere legestudiets problembaserte læring (PBL) til horisontal kommunikasjon mellom allmennleger og sykepleiere i førstelinjetjenesten.

Klarere kommunikasjonslinjer i trekanten pasient – allmennlege – spesiallege vil tydeliggjøre aktører og pleienivåer, slik at unødige innleggelser kan unngås. Mindre tvil og bekymring vil råde om hvordan pasient og pårørende best skal nyttiggjøre seg lege- og sykepleieressursene i omsorgen.

Lokal palliativ omsorg organisert som: tverrfaglig lokalt team med leger og sykepleiere (dokumentert deltakelse), fast møtevirksomhet (dokumentert aktiv bruk av et kvalitetsutviklende verktøy/Nolans modell (8)), lege som fasilitator (medisinsk-faglig veileder) for teamet, vil bidra til kvalitetsutvikling innen en klart strukturert ramme for gruppen. For legene bør teamdeltakelse og virke som fasilitator være meritterende i relasjon til Spesialistregler for videre- og etterutdanning i allmennmedisin.

Palliativ omsorg ser ut til å tiltrekke seg allmennleger som har lengre yrkeserfaring (6). Det er viktig at allmennlegenes resertifisering ivaretar disse erfarne kollegers potensial for palliative medisinske tjenester.

Fordi relasjon til døden ikke er et medisinsk, men et filosofisk anliggende, er det synd at så få fagfilosofier engasjerer seg praktisk i ingenmannslandet mellom eksistensielle spørsmål og praktisk medisin. Nærstående død avtvinger samfunnets respekt, men byråkratisering av praktisk medisin er blitt «det» spesifikke middel som omdanner alminnelig samhandling til rasjonale, dvs. til regulerte sosiale relasjoner (9).

Er Legeforeningens godkjenning av tverrfaglige kurs uhensiktsmessig?

Lokal tverrfaglig palliativ omsorg trenger klar struktur og medisinsk ledelse. Deltakelse i tverrfaglige grupper er kilde til personlig fornyelse. Tore Sørli og medarbeidere i Tidsskriftet har påpekt at «Av alle faggrupper har legene vært vanskelige å engasjere i kurs som tilbyr tverrfaglig og praksisnær kompetanseutvikling, med stor vekt på aktorene i den primære helse- og sosialtjeneste.» «Tverrfaglig samarbeid kan vanskelig læres bare med leger til stede» (10).

Som legeforeninger i land det er rimelig å sammenlikne seg med (11, 12), kunne Den norske lægeforening og Alment praktiserende lægers forening bidra aktivt til holdnings- og kompetansearbeid slik at kompetanse i palliativ omsorg blir tilgjengelig lokalt og i overensstemmelse med faktiske behov – der pasientene bor.

Tine von Hanno
tinevh@online.no
Legekontoret på Tjøme
3145 Tjøme

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap – norsk kreftplan. NOU 1997: 20. Oslo: Statens forvaltningsstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997: 139–44.
2. Norges offentlige utredninger. Livshjelp – behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. NOU 1999: 2. Oslo: Statens forvaltningsstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999: 77–80.
3. St.meld. nr. 9 (1974–75) Sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.
4. St.meld. nr. 23 (1996–97) Trygghet og ansvarlighet.
5. Den norske lægeforenings prinsipp og arbeidsprogram for perioden 2000–2001. Punkt 1. Oslo: Den norske lægeforening, 2000.
6. von Hanno T. Kreftomsorg i allmennpraksis i Vestfold år 2000. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3557–61.
7. von Hanno T, Spiechowicz J. Bedre hjemmebasert smertekontroll mot år 2000. Temanummer: Undervisning i palliativ medisin. Nord Tidsskr Palliat Med OMSORG 1998; nr. 1: 13–7.
8. Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. BMJ 1996; 312: 619–23.
9. Weber M. Makt og byråkrati. Oslo: Gyldendal, 1994: 141.
10. Sørli T, Borg M, Jessen P, Tuseth K. Er Legeforeningens godkjenning av tverrfaglige kurs uhensiktsmessig? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 221–2.
11. Butler D. Palliative care in general practice – a new initiative. Eur J Palliat Care 1994; 1: 8–10.
12. American Medical Association. The EPEC Project – education for physicians on end-of-life care. www.epec.net/content/edu00003.html (1.3.2001).

○