

Palliativ medisin – en oppgave for pensjonerte leger?

Pensjonerte leger har lang erfaring og god tid til pasientene. I denne kommentaren beskrives erfaringer som to pensjonerte leger har fra palliativ omsorg, med hjemmebesøk og tett samarbeid med sykehusbaserte team og hjemmesykepleien. Målet var å kunne oppfylle pasientens ønske om å være hjemme lengst mulig. Ordningen er gunstig for samfunnet, men forutsetter etter vårt skjønn at man revurderer forskriften om lisens-tap ved fylte 75 år.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Tidsskriftet har nylig hatt en temaserie om palliativ medisin (1). Innsats for pasienter ved livets avslutning krever kompetanse på

mange nivåer og på mange felt. Det kreves samarbeid og klare ansvarslinjer.

Vi er to pensjonister som i flere år har hatt stort faglig og menneskelig utbytte av å delta i omsorg når livet nærmer seg slutten, og synes våre erfaringer bør komme frem. Deler av dette faget bør egne seg spesielt for eldre leger og pensjonister. Dette synet kom ikke med i temaserien, og vi vil her legge frem noen av våre erfaringer.

Utvikling

Ideen er ikke ny. Fransiskushjelpen i Oslo startet i 1956 med en frivillig stab som gikk hjem til trengende. I 1973 ble staben supplert med betalte sykepleiere, etter hvert i samarbeid med Oslo kommune. Fra 1980 fikk de sin første tilsynslege, pensjonert ortoped Bernhard Paus (f. 1910) (2). Fra 1993 overtok pensjonert gynekolog Egil Skjæraasen (f. 1923) og fra 1995 kom Helene Pande (f. 1928) i tillegg i vel tre år.

Fra juli 1998 har en spesialist i indre medisin (f. 1934) vært tilsynslege.

I den senere tid er det opprettet flere hospice i Norge. Dette er steder med et meget høyt omsorgsnivå både fysisk og psykisk. Men for mange vil nok håpet og drømmen være å få dø hjemme med sine nærmeste rundt seg. Fransiskushjelpen har ved sin innsats gjort dette mulig for tusener av pasienter i Oslo (2).

Sykehuset Asker og Bærum har siden 1996 hatt en utmerket palliativ service, kanskje først og fremst på grunn av den enestående posisjon anestesioverlege Stig Ottesen hadde opparbeidet. Han tilså pasientene på avdelingene eller poliklinisk, men i stor grad tok han seg også tid til hjemmebesøk. Sammen med avdelingens kreftsykepleiere og hjemmesykepleien var det nesten ikke grenser for hva som kunne rigges til i et hjem. Slik kunne pasienten være lenge hjemme, ofte til siste dag.



Figur 1 Gammeldoktoren. Reproduksjon av Jacob Glærsens maleri. Foto Hans Petter Schjønby

For å avhjelpe Ottesen med hjemmebesøk fikk først Helene Pande (fra januar 2001) og senere Eva Holmsen (f. 1936) (fra november 2001) være med i dette arbeidet frem til sommeren 2003.

Erfaringer

Mange pasienter klager over at leger har så dårlig tid. Som pensjonister er vår største fordel at vi har tid. Dertil har vi erfaringer fra et langt legeliv. Muligens er det også av betydning at vi i større grad enn yngre kolleger har mistet kjære venner og pårørende. Det har gitt erfaringer som har påvirket holdninger. Vi har lært at det ikke finnes forløsende ord som kan mildne en hard skjebne, men at en tilstedeværelse, der pasienten selv/pårørende får tømme ut sine tanker og spørsmål i kanskje langsom og tilkjempet ettertanke, er tid brukt på en verdifull måte.

Vi vil her peke på at den gamle huslegen holdes frem som et savnet motstykke til dagens travle leger. Han (eller hun) var nettopp en som gikk hjem til pasienten, en som hadde erfaring og god tid, og alderen ble ikke sett på som noe negativt (fig 1).

Nettbygging og opplæring

Det var nødvendig for oss med tett kontakt med pasientens behandlende leger. Vi var ikke onkologer, anestesileger osv., men kunne være deres forlengede arm. Ordningen ved Bærum sykehus var ideell. Vi var med på avdelingenes møter der opplegg for den enkelte pasient ble referert. For inneliggende pasienter ga det oss muligheten til å bli introdusert for pasienten som «den legen som vil komme hjem til deg». Dette er en liten detalj, men med tydelig gunstig effekt. I en tid med mange spørsmål og mange mennesker å forholde seg til, er det godt å være forberedt. Vår rolle som forlenget arm ble presentert og vi var ikke en ukjent som kom på besøk i hjemmet.

For å fungere som forlenget arm var det viktig å kjenne behandlerne godt og ikke minst at de kjente oss. En vesentlig del av vår opplæring var derfor hospitering på onkologiske og andre avdelinger (Radiumhospitalets smerteteam, Hospice Lovisenberg). I Bærum fulgte vi overlege Ottesen før vi gikk ut på egen hånd.

For dette arbeidet er det nødvendig å lære seg basis for smerte- og symptombehandling, og det er absolutt nødvendig å kunne manøvrere smertepumper av forskjellig slag. Apoteket blandet opp infusjonsløsninger og vi sparte transport ved at vi tok dem med ut.

Vi gikk på besøk to dager i uken hver og la vekt på kontinuitet. Bare ved fravær tok vi over den andres pasienter. Noen få ganger var det behov for å rykke ut utenom dette.

Besøkene var om formiddagene og varte vanligvis en time eller mer. Det var fint om pårørende kunne være til stede.

Alle palliative sentre har kreftsykepleiere som også drar hjem til pasientene. Disse har spesialutdanning og er dyktige. Men som leger har vi klare fordeler. Pasienten hadde ofte fått kopi av sykehusets epikriser, og vi kunne lettere forklare ord og begreper. En samtale med sykepleier ender ofte med at «dette må du snakke med legen om». Med våre etablerte kollegiale bånd var svar på medisinske problemer oftest bare en kort telefonsamtale unna. Og vår generelle kompetanse som leger var nyttig for å kunne seponere unødvendige medisiner, problemer omkring diabetes, blodtrykk og alt det vanlige. En positiv uttalelse vi ofte fikk høre var at «aldri har jeg opplevd at en lege tar seg så god tid».

Forhold til førstelinjetjenesten

Hjemmesykepleier var praktisk talt alltid til stede og ga oss verdifull informasjon som vi kunne gå videre med. For dem var det en fordel å bli kjent med samme lege for flere pasienter, og vi fikk svært positive tilbakemeldinger på dette. Vi førte våre notater inn i deres hjemmejournaler.

Vår erfaring med fastlegene var at de var fornøyd med å få skriftlig rapport om at vi hadde vært der og hvilke tiltak eller forordringer som var gjort. Dette kunne dikteres i sykehuset og ble sendt umiddelbart. I noen tilfeller var det et så spesielt forhold mellom fastlege og pasient at legen tok seg tid til hjemmebesøk. Ved behov for hjemmebesøk ellers blir pasienter vanligvis tilsett av ukjente og travle legevaktleger. Fastlegene var ofte i telefonkontakt med pasientene og fortsatte sin behandling av de medisinske problemene de kjente fra tidligere.

Motivasjon

I Fransiskushjelpen fikk man kjøreutgiftene dekt. Mellomlegg ble ikke tatt, men man fikk tryggedelen av besøkstakst. Fra Bærum sykehus fikk vi dekt kjøreutgifter og kr 169 for hver time brukt hos pasient. Av dette forstås at motiveringen for dette arbeidet ikke ligger i økonomisk vinning. Vi har våre pensjoner.

Arbeidet krever absolutt spesiell interesse og et ønske om fortsatt å få bruke sine medisinske kunnskaper og personlige erfaringer. Vår motivasjon steg og steg jo mer vi fikk være med. Ytterst få leger får i sin travle hverdag tid til å lytte til pasienter og pårørende som får snakke ubegrenset. De snakker om sin sykdom, sin familie og ikke minst også om sitt liv og sitt yrke. De siste temaene er med på å gi likestilling mellom pasient og lege. Rollen som den hjelpeløse reduseres og mennesket trer frem. Vi har lært utrolig mye i slike samtaler. Et men-

neske som har møtt budskapet om at livet nå er begrenset, viser ofte en utrolig klok holdning: bagateller blir bagateller, det viktige i livet blir viktigere. Kunne det bare smitte over på behandlerne!

Den ordningen vi tok del i, er først og fremst et behov i bysamfunn. I mer rurale områder vil det kunne være et annet forhold mellom lege og pasient. Kommunelege Sten Erik Hessling i Øvre Eiker har gitt et prisverdig eksempel på at palliativ omsorg på høyt nivå lar seg organisere lokalt (3).

Avslutning

Dette arbeidet som vi tok del i og som både pasienter, pårørende, hjemmesykepleien og vi selv var svært fornøyd med, ble med kort varsel avsluttet sommeren 2003. Et moment var at denne funksjonen egentlig er fastlegens ansvar. Dette er riktig og bygger på retningslinjer som i vårt gjennomregulerte samfunn virker vanskelig å endre. Men hvilken fastlege kan ta seg tid til å sitte hos en pasient i vel en time om formiddagen, kanskje to dager i uken? Vi synes helsevesenet bør tenke nærmere over dette.

En annen hindring for pensjonister er at de nærmest har «yrkesforbud» etter fylte 75 år, selv om de fortsatt er kvalifisert og selv ønsker å fortsette i medisinsk virksomhet. I Europa er det bare Luxemburg og Norge som har slike restriksjoner. Eldre legers forning har i mange år kjempet for å få dette endret, men hittil forgjeves. Man kan søke fortsatt lisens, men dette er i praksis en tungvint og for mange en ydmykende prosess. Vanligvis gis ikke tillatelse til å skrive ut A-preparater, noe som åpenbart er et hinder for full palliativ omsorg.

Helene Pande

helene.pande@chello.no
Vålveien 10
0852 Oslo

Eva Holmsen

Tømtebakken 12
Billingstad

Litteratur

1. Kaasa S, Haugen DF. Palliativ medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 294.
2. Paus B. Hjemmeomsorg av terminalt syke og døende kreftpasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2955–7.
3. Høie IM. Å dø krever ingen særomsorg. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1090–1.

Manuskriptet ble mottatt 18.9. 2006 og godkjent 5.10. 2006. Medisinsk redaktør Erlend Hem.