

Palliativ behandling bør i størst mulig grad foregå i lokalmiljøet, men denne målsettingen må ikke gå utover kvaliteten på tilbudet

Samhandling om palliasjon

Mange pasienter lever med kreft eller annen langtkommen sykdom i palliativ fase som en kronisk sykdom gjennom lang tid og har vekselvis behov for tilbud fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Spesielt i de siste levemånedene vil mange trenge tjenester fra begge nivåene samtidig og gjerne fra flere instanser på hvert nivå (1). Det samme gjelder pasienter med et kortere sykdomsforløp. Kvaliteten på samhandlingen vil være avgjørende for kvaliteten på tjenestetilbudet. To artikler i dette nummer av Tidsskriftet illustrerer dette: Gernot Ernst og medarbeidere presenterer erfaringer fra samhandling for pasienter i palliativ fase i Kongsberg og omegn (2), mens Hartwig Kørner og medarbeidere diskuterer kirurgisk intervensjon som ledd i palliativ behandling (3).

I Kongsberg har man fått til en god informasjonsflyt og hensiktsmessige møteplasser for fagpersoner involvert i palliativ behandling i første- og annenlinjetjenesten (2). Dette gjør at pasientene «fanges opp» på et tidlig tidspunkt og til enhver tid kan få et godt tilbud i forhold til sine behov – enten det er i hjemmet, på sykehuspoliklinikk, på vanlig sykehus- eller sykehjemsavdeling eller på spesialenhet for palliativ behandling i sykehus eller sykehjem. Den enkelte pasient bør ha kontakt med så få enheter som mulig. Konsultasjoner fra det palliative teamet kan tilføre kompetanse både innenfor og utenfor sykehuset slik at pasienten ikke behøver å flyttes.

En kommunalt ansatt sykepleier med koordinerende funksjon står sentralt i samarbeidet i Kongsberg (2). I *Standard for palliasjon*, utgitt av Norsk forening for palliativ medisin, fremheves rollen til slike ressursykepleiere i behandlingsnettverket (4). Alle kommuner og sykehusavdelinger med slike pasienter bør ha minst én sykepleier med spesialkompetanse og særskilte oppgaver i forhold til palliativ behandling. Kompetansenettverk av ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling er nå bygd ut i store deler av landet; Helseregion Vest alene har over 300 slike ressursykepleiere. Disse oppgavene bør utføres av en kreftsykepleier eller eventuelt av en sykepleier med videreutdanning i palliativ behandling. En ordning med soneovergripende, fristilt funksjon i hele eller deler av stillingen er prøvd ut med hell i flere andre kommuner (5).

Både ressursykepleier i kommunen og palliativ team med ambulant funksjon fra sykehuset kan være fastlegenes støttespillere for å gi god palliativ behandling i hjemmet. Fastlegen har likevel en nøkkelrolle som ansvarlig for den medisinske behandlingen. De fleste pasienter som trenger palliasjon, ønsker å tilbringe så mye tid som mulig hjemme, men må ha tett oppfølging. Oppfølging på heldøgnsbasis er ofte nødvendig, ikke minst den siste levetiden. Dette betyr at fastlegen må være tilgjengelig for hjemmebesøk og for henvendelser fra hjemmesykepleien. Palliativ team skal ha en konsulentfunksjon og bør bare i spesielle tilfeller (midlertidig) overta behandlingsansvaret. Ifølge rapporten fra Kongsberg kan det være vanskelig å integrere fastlegene i behandlingsnettverket (2), noe som samsvarer med erfaringer andre steder i landet (6). Samtidig finnes det en rekke eksempler på vellykket hjemmeomsorg for døende og alvorlig syke der fastlegen tar en ledende rolle, og samarbeidet fungerer godt.

Svært mange helseforetak har nå etablert palliative team, og mange av helseforetakene får etter hvert også egne palliative enheter. Tilgjengeligheten til spesialkompetanse i palliativ behandling vil

likevel variere. Mulighet for telefonkontakt er vesentlig, og i Nord-Norge brukes telemedisin til konsultasjoner omkring palliative problemstillinger. Palliative enheter i sykehjem bidrar også til at pasienten kan forbli i nærmiljøet. Dette illustreres godt i eksemplet fra Kongsberg (2). Svakheten ved modellen i Kongsberg er at personalet ved sykehuset ikke bare opptrer som konsulenter for sykehjemmet, men selv er de ansvarlige behandlerne begge steder. Dette er uheldig i forhold til å skape et fagmiljø med muligheter for veiledning og erfaringsutveksling og er ikke i samsvar med nasjonale kvalitetskrav (4). Individuell plan kan også være et velegnet hjelpemiddel i samhandlingen (1, 4). I en slik plan skal mål og ønsker for behandling og oppfølging nedfelles og ansvar plasseres. Utformingen og omfanget av planen må tilpasses den palliative pasientens spesielle situasjon med stadig endring i sykdomstilstand og varierende behov for oppfølging og tiltak.

Samhandling foregår ikke bare mellom nivåene i helsetjenesten, men også mellom ulike faggrupper og spesialiteter i sykehus. Mange pasienter i palliativ fase har en tilhørighet til en kirurgisk avdeling, og palliativ kirurgi, inkludert ortopedisk kirurgi, kan gi vesentlige bidrag til forebygging og lindring av plagsomme symptomer. En interessert og engasjert kirurg med erfaring fra palliativ kirurgi er en uvurderlig samarbeidspartner for et palliativ team og kan med fordel også inngå i teamet. Samtidig bør kirurgiske problemstillinger drøftes på tvers av fag og spesialiteter for å gi et best mulig beslutningsgrunnlag (3).

Kørner og medarbeidere argumenterer for at palliasjon må få en større plass i spesialistutdanningen i kirurgi (3). Det er et tankekor at det ikke finnes egne kurs i smerte- og symptomlindring eller i kommunikasjon som ledd i spesialistutdanningen, verken i indremedisin eller i kirurgi. Høy kompetanse i grunnleggende palliasjon vil kunne sikre en bedre behandling av døende og alvorlig syke pasienter, og at pasienter med komplekse symptomer blir «fanget opp» og eventuelt henvist videre. Kompetanse sikrer dessuten en forståelse for fagområdet, noe som kan føre til enda bedre samarbeid og samhandling.

Dagny Faksvåg Haugen
dagny.haugen@ntnu.no

Dagny Faksvåg Haugen (f. 1957) er leder og overlege ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest ved Haukeland Universitetssjukehus. Hun er seniorrådgiver i et EU-prosjekt koordinert fra Institutt for kreftforskning og molekylær medisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005: 3.
2. Ernst G, Aaker K, Kirkhorn B et al. Palliativ behandling – samarbeid må til. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2268–70.
3. Kørner H, Søreide JA, Glomsaker T et al. Palliativ kirurgi innen kreftomsorg. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2271–3.
4. Standard for palliasjon. Oslo: Norsk forening for palliativ medisin, Den norske lægeforening, 2004. [www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404_2.pdf [2.7.2007].]
5. Pettersen B, Johnsen R. Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 656–8.
6. von Hofacker S. Allmennlegers ansvar for alvorlig syke og døende. Paraplyen 2007; nr. 2: 11.