

Fastlegers erfaring og rolleforståelse ved palliasjon

Anne Fasting, spesialist i allmenntmedisin

Stipendiat ved AFE, ISM, NTNU

Overlege ved palliativt team, Kristiansund sykehus

Bakgrunn

- Forskningsprosjekt med utgangspunkt i retningslinjen for palliasjon
- Spørreskjema sendt til alle fastleger i Møre og Romsdal
- Fokusgruppeintervjuer med fastleger

Hva sier retningslinjen?



- Grundig dokument, 190 sider
- Om organisering, se vedlegg 1
- Om kompetansekrav, se vedlegg 2

Organisering HBO

- Den hjemmebaserte omsorgen må organiseres slik at pasient og pårørende kan ha tilgang til kvalifisert hjelp døgnet rundt. Dette innebærer:
 - *Det må være tilgjengelig heldøgnstjeneste i hjemmesykepleien. Mobiltelefonnummer til hjemmesykepleien skal alltid være tilgjengelig for pasient og pårørende.*
 - *Koordinator skal påse at det er faste avtaler i hjemmet etter pasientens behov.*
 - ***Fastlegen bør foreta hjemmebesøk etter avtale med pasient/pårørende og hjemmesykepleien. Det må utarbeides en rutine for legehjelp utenom arbeidstid***
 - ***Ved planlagt fravær må fastlegen gjøre avtale med annen kollega og orientere om pasienten/familien og de mulige problemer som kan oppstå.***
 - ***Fastlegen har det koordinerende ansvaret for den medisinske behandlingen av pasienten. I spesielle tilfeller kan sykehusets palliative team overta behandlingsansvaret.***

Kompetansekrav

- **Nivå A:** Grunnleggende kompetanse. Denne skal alle helsearbeidere innenfor de aktuelle yrkesgruppene inneha, og den må formidles i grunnutdannelsen.
- **Nivå B:** Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som behandler palliative pasienter som en del av sitt kliniske arbeid, både i kommunehelsetjenesten og på sykehus.
- **Nivå C:** Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som leder eller arbeider i palliative team og på palliative enheter. Dette nivået tilsvarer spesialistnivået.

Nivå B:

Alle leger som behandler kreftpasienter, skal

- kjenne ulike smertetyper og virkningen av ulike lindrende metoder
- kunne utføre undersøkelse, kartlegging og diagnostikk av smerter og andre symptomer
- kjenne til og kunne bruke vanlige verktøy for symptomregistrering (ESAS-r og andre kartleggings skjema)
- kjenne betydningen av adekvat diagnostikk for å klargjøre årsaken til smerter og andre symptomer, og kunne utføre eller henvise til slik diagnostikk
- kunne forebygge og behandle smerte, kvalme, obstipasjon og andre plager fra kreftsykdommer
- ha innsikt i øyeblikkelig hjelp-tilstander hos kreftpasienter, spesielt truende tverrsnittslesjon, vena cava superior-syndrom og hypercalcemi, og vite hvordan disse behandles
- sørge for at pasientene blir adekvat vurdert i forhold til tumorrettet behandling, og ha henvisningsrutiner for dette

Nivå B:

- kjenne WHO's smertetrapp
- kunne starte opp behandling med subkutan smertepumpe for tilførsel av analgetika og ev. andre medikamenter, f.eks. kvalmestillende
- kjenne til komplikasjoner til og bivirkninger av behandlingene, og kunne behandle disse
- ha henvisningsrutiner til relevant palliativ behandling for pasienter med uhelbredelig kreft
- samarbeide tverrfaglig med andre spesialister og profesjoner, og kunne lage en behandlingsplan hvor man tar hensyn til både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle aspekter
- kunne gjøre relevante etiske vurderinger i samarbeid med pasienten, familien og annet helsepersonell

Nivå B:

- **Alle leger som behandler kreftpasienter, skal**
 - kjenne ulike smertetyper og virkningen av ulike lindrende metoder
 - kunne utføre undersøkelse, kartlegging og diagnostikk av smerter og andre symptomer
- **kjenne til og kunne bruke vanlige verktøy for symptomregistrering (ESAS-r og andre kartleggings skjema)**
 - kjenne betydningen av adekvat diagnostikk for å klargjøre årsaken til smerter og andre symptomer, og kunne utføre eller henvise til slik diagnostikk
 - kunne forebygge og behandle smerte, kvalme, obstipasjon og andre plager fra kreftsykdommer
- **ha innsikt i øyeblikkelig hjelp-tilstander hos kreftpasienter, spesielt truende tverrsnittslesjon, vena cava superior-syndrom og hypercalcemi, og vite hvordan disse behandles**
 - sørge for at pasientene blir adekvat vurdert i forhold til tumorrettet behandling, og ha henvisningsrutiner for dette
 - kjenne WHO's smertetrapp
- **kunne starte opp behandling med subkutan smertepumpe for tilførsel av analgetika og ev. andre medikamenter, f.eks. kvalmestillende**
 - kjenne til komplikasjoner til og bivirkninger av behandlingene, og kunne behandle disse
 - ha henvisningsrutiner til relevant palliativ behandling for pasienter med uhelbredelig kreft
- **samarbeide tverrfaglig med andre spesialister og profesjoner, og kunne lage en behandlingsplan hvor man tar hensyn til både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle aspekter**
 - kunne gjøre relevante etiske vurderinger i samarbeid med pasienten, familien og annet helsepersonell



Hva sier fastlegene?

Kjennskap og bruk av elementer i retningslinjen:

- 10% brukte verktøy for symptomkartlegging regelmessig
- 50% er ikke/lite kjent med slike verktøy
- 50% brukte sjeldent/visste ikke om bruk av palliative planer eller hjemmejournaler

Sitater

- «Synes det tar lang tid å bruke skjema med pasientene»
- «Bruk av skjemaer gir: 1) sykdomsfokus hos pasient, 2) stjeler tid fra den gode samtalen, 3) krever (u)nødvendig administrativt etterarbeid»
- «Skal - helbrede - lindre - trøste - suppleres med "alltid kartlegge etter skjema»
- «Palliative pasienter har begrensede resurser. Det er etisk tvilsomt å bruke disse til skjemaavkrysning»
- «Kunne godt tenke meg å ha mulighet for hjemmejournal, men har ikke bruk for enda mer dokumentasjon og sekretærjobb, drukner uansett i papirarbeid/dataarbeid»

Erfaringer med palliasjon, deltakelse i terminal pleie

- 32% hadde ikke pasienter med behov for palliativ omsorg
- 60% hadde 1-5 slike pasienter
- 34% hadde ikke vært behandler ved hjemmedød siste 3 år
- Få pasienter opplevd som et problem når det gjaldt å opprettholde kompetanse (50%)

- «*Palliativt team tar seg som regel av palliative pasienter*»
- «*Når det er sjelden man er borti palliasjon er det viktigst at palliativt team på sykehuset er lett å nå for konferanse og gode råd*»

Egenvurdering av rolle i det palliative forløpet

- 50% enig i at fastlegen er en sentral aktør i palliativ omsorg
- 50% gjør seg tilgjengelig utenom kontortiden
- 70% mente at det oppnås god symptomlindring

- «*Jeg prioriterer disse pasientene og drar på hjemmebesøk etter kontortid*»
- «*bruk av fritid er lite interessant*»
- «*latterleg å forvente at en fastlege skal være på jobb 24 timer i døgnet*»
- «*vi har en aktiv kreftsjukepleier som ofte har kontakt direkte med palliativt team på sjukehuset*»



Inntrykk fra kvalitativ del

- Fastlegerollen ikke entydig definert
- By – land?
- Variasjon fra sykehus til sykehus?
- Opplever dette som givende arbeid
- Utfordrende at det er få pasienter
 - men ville heller ikke taklet å ha mange samtidig
- Utfordringer i forhold til tid
- Pårørendearbeid
- Alene i de etiske problemstillingene

Noen sitater

- *«Jeg oppfatter nok at sykehus tar over ganske tidlig, i hvert fall er min erfaring med, ganske nylig, at en ...»*
- *«Det er klart at det er krevende emosjonelt, men det er jo samtidig givende. Jeg tenker egentlig på den her ressursmessige biten som krevende, og det er klart at mye går på det faglige, men det går an å lære seg..»*
- *«Jeg vil jo si nesten at jeg savner litt pasientene jeg, egentlig»*

- *«Jeg syns fastlegen helt klart er hovedaktør. Det vil være vanskelig å få til en god hjemmedød uten en fastlege som er påkobla»*
- *«man kan bruke palliativt team som en ressurs»*
- *«Det er egentlig en selvfølge at fastlegen skal koble seg på. Det er ikke vanlig at det palliative teamet tar nøkkelrollen i et langvarig palliativt løp»*

Oppsummert

- Fastlegene har variabel erfaring med palliatsjon
- Fastlegene har få pasienter med behov for palliativ omsorg
- Planlagt hjemmedød er sjelden for den enkelte fastlege
- Opplevs som givende arbeid
- Nøkkelrolle i forhold til pårørende
- Tid
- Jobber «annerledes»

- «to verdener»
 - Fastlegens rolle blir til i et samspill med spesialisthelsetjenesten!
 - Noen føler seg «sjalta ut» fra forløpet, at sykehuset håndterer dette
 - By vs land
 - «Palliativ kultur»

Alle trenger
FASTLEGEN

