

# UTFORDRENDE SMERTETILSTANDER I PALLIASJON

---

## Organisering og samarbeid

v/ Jørgen S Hansen

Anestesilege / klinikkssjef



# Palliasjon - Det startet med entusiaster –

Hospicefilosofi - «tverrfaglighet»

- fra uorganiserte til Rådgivningsgrupper.....

...til at det i dag etableres **palliative team**

**Entusiaster** trenger vi fortsatt –

i alle fall på de små sykehusene / lokalsykehusene og i kommunene.

De som ser den faglige utfordringen og prestisjen i å være god på smertelindring og annen lindrende behandling til den alvorlig syke og døende pasienten – helhetlig omsorg - drive palliasjon.



# Faglige – Fagpolitiske - Helsepolitiske føringer

Først flere **NOU** er så **Handlingsplaner**.

Konkretiserer seg i foretakenes **oppdragsdokumenter**

Idealer opp mot realiteter (les: stramme økonomiske rammer)

Samhandlingsreformen utfordrer nivåene til å innfri både på idealer og på realiteter.



# Når vi organiserer disse tjenestene må vi:

Sette pasientenes behov først

Trygghet for alle:

- pasienter / pårørende

- primærhelsetjenesten (har kunnskap og kompetanse)

- leger og sykepleiere i sengepostene (har kunnskap og kompetanse)

- samfunnet

Tverrfaglighet – faglig godt funderte miljøer.

Bygge kompetansen utover – unngå å spisse og samle på få.

”Fornuftig ressursbruk”



# Organiseringen i dag er forskjellig

Pasienter med utfordrende smertetilstander finnes i de fleste medisinske disipliner:

Kirurgi / Anestesi

Onkologi

Nevrologi/ Fysikalsk medisin

”Indremedisin”/ Geriatri

Pediatri

-----  
Å organisere dette på de små sykehusene er ekstra utfordrende (Begrenset fagressurser, få personer i hvert fag).

Hvem får kontinuitet og blir dyktig?



# Smerteklinikkene og de palliative teamene

- er i hovedsak tverrfaglige konsulentteam som skal bidra på de utfordrende tilstandene, skal sikre kompetansebygging i sykehusene og ut i kommunene man samhandler med. De har:
- samme tverrfaglighet
- teamarbeid
- fokus på mestring og lindring
- forståelse og kunnskap om palliasjon som "fag/ ideal"
- har pasienter poliklinisk / inneliggende/ primærhelsetjenesten
- tradisjonelt hatt stort fokus på opplæring og kompetansebygging ut der pasientene er.



# Rekruttering - tverrfaglig

leger

sykepleiere

fysioterapeuter

psykologer

ernæringsfysiologer

sosionomer

sykehusprester

osv.



## Hva er realistisk av ressurser i framtida?

- Økonomi – øremerkede midler må til
- Må bestille tverrfaglighet
- Undervisningsplaner i grunnutdanningene
- Må bli en realitet at smerte/ palliasjon skal være obligatorisk del av de kliniske spesialistkursene for leger/ sykepleiere/ psykologer/ fysioterapeuter osv
- Dedikerte lokaliteter
- Samarbeidsarenaer

**-Hvem skal hjelpe kl 03.45 natt til søndag?**





# Smerteklinikker – Palliative team

## Samarbeid - utfordringer

Hvordan få til en helhetlig organisering når landskapet er så ulikt?

Kravet til den onkologiske kompetansen er og skal være på diagnostikk og behandling av krefttilstanden. **Kapasitetsutfordring**

Mange onkologer og kreftsykepleiere lærer seg smertebehandling og palliasjon for å kunne hjelpe sine pasienter helhetlig. Samme gjelder nevrologer, lungeleger osv. **Kapasitetsutfordring**

Noen leger / spesialister **vil ikke** forholde seg til de vanskelige behandlebare smertetilstandene og de palliative pasientene.

Anestesiologenes kompetanse, interesse og mulighet for å delta i dette arbeidet varierer.

### Hvem skal hjelpe kl 03.45 natt til søndag?

Vi må organisere slik at vi unngår små sårbare miljøer  
– SKAPE FORPLIKTENDE NETTVERK

Kriterier for å utløse tverrfaglige takster er utfordrende å innfri for de små fagmiljøene.



# Viktig for godt samarbeid og samhandling:

## «ILDSJELER» SOM KAN «ORGANISERE OG UTFØRE»

Felles vurderings og inntaksmøter

Skape tydelighet i prosedyrene på:

hvem henvises hvor?

hvem vurderer henvisningene?

hvem følger opp?

hvem har medisinske ansvar for enkeltpasienten?

hvem går visitt / følger opp i det daglige?

----- hvem ringes til kl 03.45 natt til søndag???

hvem skriver epikriser?

hvem skriver "A – reseptene"?

Fellesundervisning

«neverending» kompetansebygging.

**Ideelt sett felles ledelse og samlokalisert.**

UTEN DEDIKERTE FAGFOLK ER DET IKKE MULIG Å BYGGE OPP GODE PALLIATIVE TILBUD OG SKAPE GOD SAMHANDLING OM DISSE PASIENTENE.

