
Kreftomsorg i allmennpraksis i Vestfold år 2000

AKTUELT PROBLEM

TINE VON HANNO

Email: tinevh@online.no

Legekontoret på Tjøme

3145 Tjøme

Utvikling av kompetanse innen individrettet palliativ medisin på tvers av profesjongrensene i primærhelsetjenesten lokalt er en utfordring. Samarbeid om effektiv forvaltning av ressurser til den enkelte pasient på tvers av forvaltningsnivåer er vanskelig, ikke bare av budsjettmessige grunner, men fordi intensjonene bak innsatsen er forskjellige på ulike helsetjenestenivåer. Legers deltakelse i kreftomsorgen foregår i ulike typer legearbeid, og allmennlegens innsats for kreftpasienter kan være vanskelig å få øye på for mange. Pasientsentrert palliativ omsorg krever lokalt samarbeid. I offentlige helseplaner vil man at primærlege og hjemmesykepleier skal ha hovedansvaret for kontinuiteten i kreftomsorgen, og primærlegen er ment å skulle være koordinator og tilrettelegger.

I en spørreundersøkelse kartlegges allmennlegenes syn på og vurdering av egen deltakelse i kreftomsorgen i Vestfold. Spørreskjemaet ble sendt alle 163 registrerte medlemmer av Alment praktiserende lægers forening i Vestfold.

Undersøkelsen er basert på svar fra 109 av i alt 146 yrkesaktive leger (75 %). Kontakt mellom allmennlege og kreftpasient er alminnelig. I Vestfold har et stort antall allmennleger lang yrkeserfaring. 72 svarere ønsker å ta over etterkontrollen av kreftpasienter som en delt løsning med sykehuset, og 80 er villige til å følge pasienter som ønsker å dø hjemme. Kompetansen i smertelindring vurderes i dag som god kun hos et mindretall (13 – 40 %).

Potensialet for kvalitetsutvikling av palliativ kreftomsorg i førstelinjetjenesten og av vertikal og horisontal kommunikasjon på tvers av profesjongrenser er stort.

Allmennlegen er portåpner til annenlinjetjenestene og den lege som hyppigst først møter kreftpasienten i sykdomsforløpet (1). I diagnostiseringsprosessen og i den primære tumorbekjempende behandling oppfatter leger, pårørende og pasienten selv

kreft som en akuttmedisinsk tilstand med forrang til annen- og/eller tredjelinjetjenestenes utbud av teknologiske undersøkelser, operative intervensjoner o.l., og med selvsagt rett til ventelistegaranti. Potensialet for helbredelse ved hjelp av ny teknologi understrekes stadig i medieoppslag.

Mange kreftpasienter mister kontakt med sin allmennlege i den initiale og/eller i den livsforlengende kreftbehandlingsfasen (2). De kreftpasienter som opprettholder kontakt, konsulterer sin allmennlege hyppigere enn andre (3). Til tross for korrekt behandling er mange helbredede kreftpasienter påført skader som gjør at de har behov for både fysisk og psykisk rehabilitering (4). Sett fra pasientens side er ferdigbehandlet kreft en kronisk sykdom.

Økt levetid og høyere overlevelse av kreft øker antall forebyggende, diagnostiske, behandlende, rehabiliterende, støttende, pleiende og palliative kontakter med lege og den øvrig helsetjeneste (2, 3, 5 – 7). Gjentatte (etter)kontroller i sykehus gjør pasienten beredt på nye medisinske intervensjoner. Denne beredskapen kan være et hinder for å gjenvinne et selvilde som frisk eller mer eller mindre frisk bærer av kronisk sykdom og til igjen å ta styring over eget liv (8 – 11).

Økt overlevelse gjør kreft til én av en rekke kroniske sykdommer som naturlig hører inn under allmennmedisinen – en helhetlig og pasientnær tilnærming der biomedisinsk viten, medisinsk psykologi og medisinsk sosiologi er integrert (12 – 14).

I den terminale fasen trenger bare e...n av ti pasienter invasiv smerte- og/eller symptombehandling. Derfor representerer allmennlegen sammen med hjemmesykepleien og/eller sykehjemmet en lokal ressurs i palliativ kreftomsorg dersom den lokale organisasjon og kompetanse blir tilstrekkelig (15).

Kvalitet er bestemt av det svakeste ledd i den samlede kjede av tjenester som kreftpasienter mottar på hjemstedet – det være seg den lege, sykepleier eller pårørende som helst vil forstå en forverring som en akutt krise som må løses ved innleggelse i sykehus eller sykehjem. Utvikling av kvalitet i den lokale palliative kreftomsorg vil redusere akutte (svingdørs)innleggelser i helseinstitusjon. Etterutdanning for leger og sykepleiere burde i større grad knyttes til arbeidsstedet i form av gruppeaktiviteter som er basert på systematisk bruk av kvalitetsutviklende verktøy. Legens behov for å være kompetent er den viktigste motivasjon for læring og endring (16, 17).

Materiale og metode

Spørreundersøkelsen hadde til hensikt å kartlegge allmennlegenes vurdering av egen deltakelse i kreftomsorgen i Vestfold. Spørreundersøkelsen var utformet med henblikk på å innhente allmennlegens syn på

- hvordan sykehus- og hjemmesykepleietjenesten formidler ajourført informasjon til allmennlegen
- forslag til bedre strukturert kommunikasjon om rutiner for etterkontroller slik at konsensus om kontrollenes hyppighet, omfang og sted kan sikres mellom spesialist, allmennlege og pasient
- egen kompetanse i palliativ smertebehandling

Spørreskjemaet samt frankert returkonvolutt ble gjennom Legeforeningens sekretariat sendt ut to ganger med halvannen måneds mellomrom vinteren 1999 – 2000 til alle medlemmer av Alment praktiserende lægers forening i fylket, 163 leger i alt. Siden ni oppgav at de enten ikke var i arbeid i Vestfold lenger eller var gått av med pensjon, innhentet forfatteren opplysninger fra helseetatene i fylkets 15 kommuner om allmennlegedekningen. Ifølge kommunenes opplysninger hadde 128 leger kommunal driftstilskuddsavtale, mens 18 ikke hadde det, slik at tallet på yrkesaktive allmennleger i fylket var 146. Materialet består av 109 svar (75 %) – fra 88 leger med og 14 uten driftstilskuddsavtale og sju som unnlot å forholde seg til skjemaets bakside, der spørsmålene 25 – 30 samt anmodning om å gi opplysning om kjønn, år i allmennpraksis, år siden embetseksamen, driftstilskuddsavtale, klasse, timer/uke og hvilket sykehus som er legens lokalsykehus var presentert.

Svaralternativene til spørsmålene 1 – 6 var nyansert til ”ja-nei-anslått antall”, spørsmålene 7 – 23 til ”ofte-noen ganger-sjelden”, spørsmålene 25 – 27 til ”litt-godt” og spørsmålene 28 – 30 til ”ja-nei”. Spørsmål 24 inviterte til å komme med kommentarer (tab 1).

Tabell 1

Kommentarer fra åtte av i alt 17 allmennleger som har formidlet sitt syn

28 år i allmennpraksis:
Bedre kontakt fra Sentralsykehus til primærlege ønskes – mer skjematisk konkretisering av den medisinske oppfølging hos allmennlege
10 år i allmennpraksis:
Som regel får pasienten altfor lite forklaring og ganske dårlig kommunikasjon på 2.- og 3.-linje, men det er heldigvis bra unntak
11 år i allmennpraksis:
Pasientene får adekvat behandling på 2.- og 3.-linjenivå, men ofte lite omsorg. Opplever ofte henvendelser fra pasienter til meg som dreier seg om frustrasjon angående info om sykdomsutvikling, prøveresultater og når de skal til kontroll. Opplever ofte at spesialisten sier til pasienten at neste kontroll er om x antall uker, mens pasienten venter forgjeves. Noen ganger glemmer sykehuset ny time, noen ganger er ventetiden for kontrolltime lengre enn spesialisten er klar over
17 år i allmennpraksis:
Engasjerer meg ikke så mye, men er opptatt av raskt å diagnostisere mulig kreft. Synes noe mer ansvar skulle legges på pasienten. Epikriser og retningslinjer mangler ofte fra sykehus når pasienten er henvist tilbake igjen!
3 år i allmennpraksis:
Jeg har telefonisk fått svært positiv dialog med onkolog VSS. Har også fått tilsyn til pasienter på sykehjem når avansert palliativ behandling gis der.
24 år i allmennpraksis:
Mitt problem er ikke så mye kunnskaper om hvordan kreftsmerte/lindrende behandling skal foregå, men manglende kontakt med kreftpasienter.

En aktiv kreftpoliklinikk/åpen retur-ordning på sykehuset gir pasienten en trygghet og adekvat smertebehandling. Dette minsker imidlertid allmennpraktikerens kontakt med kreftpasienter, og det er synd. Synd av minst to grunner:
1. Undersøkelser viser at et flertall av kreftpasienter/alvorlig syke pasienter ønsker å dø hjemme, men ved åpen retur til sykehuset blir vel sykehusinnleggelse ofte valgt som den enkleste (beste) løsning der og da, og det er i høyeste grad forståelig
2. Allmennpraktikeren som kjenner pasient og familie fra tidligere, blir forbigått ved en aktiv kreftpoliklinikk/åpen retur-ordning. Jeg sutrer ikke av den grunn, men jeg mener vi kan bidra med mye positivt i kreftomsorgen som ikke institusjonene kan, nemlig hjemmebehandling med alt det positive det medfører
16 år i allmennpraksis:
Har stor tro på samarbeid 1.- og 2.-linje, pasient, pårørende og hjemmesykepleie. Primærlegen bør være mer sentral
29 år i allmennpraksis:
Ønsker "pasienten tilbake". Den del av behandlingen som er legevitenskap, kan sykehuset ta seg av, den som gjelder legeskunst, kan jeg best!

Resultater

Vestfold har et stort antall erfarne allmennleger med lang yrkesansiennitet (tab 2). Kontakt mellom allmennlege og kreftpasient er alminnelig (tab 3).

Kommunikasjon og tilgjengelighet

61 % oppgir at sykehuslege sjelden tar muntlig kontakt om kreftpasienter, tilsvarende oppgis av 75 % for sykehussykepleier. 67 % oppgir at hjemmesykepleien sjelden informerer om kontakter de tar med sykehuset. 23 % angir at de ofte tar initiativ til samarbeidsmøter med hjemmesykepleien. 96 % oppgir at kreftpasienter kan komme i kontakt med dem på hverdager, samme dag. 73 % mener seg kompetente og villige til å følge opp pasienter som ønsker å dø i sitt hjem (tab 4).

Kontrollerende oppfølging av ferdigbehandlede kreftpasienter

86 % mener at et skjema vedlagt epikrisen der kontrollrutiner for den aktuelle kreftdiagnose angis, vil være til hjelp i arbeidet, og at skjemaet bør gi detaljert angivelse av kontrollhyppighet og omfang og kriterier for henvisning tilbake. 66 % er villige til å overta etterkontroller dersom disse organiseres som delt ordning med hovedkontroller ved sykehus og mellomkontroller hos allmennlegen. På spørsmål om pasienten selv kunne bruke skjemaet til å styre over sine etterkontroller (bestilling av time), deler svarene seg i tre tilnærmet like grupper: ja – noen ganger – nei (tab 5).

Allmennlegens syn på egen smertekompetanse (102 svarere)

82 % er uvant eller ukjent med å bruke visuell analog skala – VAS – for å kommunisere om smerter og for å evaluere igangsatt smerte- og symptombehandling. 41 % har erfaring med å gi basismedisiner systematisk til faste klokkeslett og tilleggsmedisiner

ved gjennombruddssmerter. 23 % angir å kjenne godt til WHO's stige for trinnvis behandling av kreftrelaterte smerter. Av 102 ønsker 45 å delta i fasilitatorledet smågruppe, mens 53 foretrekker tradisjonelle kurs (tab 6).

Diskusjon

Primærhelsetjenesten og sykehusene i Vestfold har i liten grad arbeidet med en felles målsetting for bruk av ressurser på den enkelte pasient. I de nye regionale helseplaner er det foreslått en rekke endringer i sykehusstrukturen, og disse vil særlig påvirke samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten. Intensjonen er bl.a. å la primærlege og hjemmesykepleier få hovedansvar for å ivareta kontinuiteten i alle faser av sykdommen, og å la primærlegen være den naturlige koordinator og tilrettelegger (2, 5).

Kreft som kronisk sykdom – organisering av ansvar og oppgaver

Spørsmålene om kommunikasjon og holdning til etterkontroller hadde til hensikt å avdekke allmennlegenes forhold til kronisk fase av kreftsykdom. Undersøkelsen viser at den horisontale og den vertikale kommunikasjon til allmennlegen er mangelfull – 73 angir at hjemmesykepleien sjelden informerer om kontakter de tar med sykehuset om legens pasienter, at muntlig henvendelse fra sykehuslege og/eller sykehussykepleier er sjeldent, at mer enn halvdel av legene angir at epikrise etter innleggelse ikke foreligger i rimelig tid og at hver fjerde lege ikke mottar epikrise etter ”åpen retur”-innleggelse (18).

Klare protokoller utviklet av relevante sykehusspesialister kan sikre at sykehusets standarder spres til allmennmedisinere (19). Et kontrollrutineskjema for den aktuelle kreftdiagnose (med angivelse av kontrollhyppighet, enkeltkontrollenes omfang, sted for undersøkelse o.l.) som systematisk vedlegg til epikrisen angis av 95 som et potensielt hjelpemiddel. Et slikt skjema vil kunne sikre konsensus og kvalitet i trekant pasient, første- og annenlinjetjeneste. Det vil kunne være et medisinsk-pedagogisk hjelpemiddel nyttig i bemyndiggjørelsen (empowerment) av pasienten og vil kunne redusere urealistiske forventninger. Til enhver tid er jeg i kontakt med pasienter som avstår fra systematiske etterkontroller i sykehus, det gjelder uansett hvilket sykdomsstadium de befinner seg i. En tredel av dem som svarer er av den oppfatning at pasienten kan benytte et slikt skjema til selv å styre over bestilling av time til nødvendige etterkontroller. 72 bekrefter at de vil overta etterkontroller som en delt løsning, med hovedkontroller ved sykehus og mellomkontroller hos allmennlege, mens fire ikke ønsker slikt ansvar.

Kvalitetsutvikling forutsetter bedre kompetanse på alle nivåer

Symptomkontroll er en læringsprosess både for pasient, pårørende og profesjonelle hjelpere som man gjennom medisinsk-pedagogisk holdning har forutsetninger for å påvirke. Når det gjelder omsorg ved livets slutt, er de pårørendes og/eller pleiepersonalets frykt for ikke å kunne mestre eksisterende og/eller nye symptomer styrende for hvor den kreftsyke pleies. Til tross for spinkelt uformelt nettverk forblir noen pasienter hjemmeboende til sin død, mens andre med godt nettverk ikke makter det.

Lindrende behandling og pleie ved livets slutt er et felt preget av lav status og lite administrativ støtte, men undersøkelsen viser at Vestfolds allmennleger ønsker å bygge opp kompetanse. Pasienter som kunne vært adekvat smerte- og symptomlindret gjennom oral og/eller rektal administrasjon, behandles ofte ved hjelp av akuttmedisinske invasive teknikker fordi allmennlegens kjennskap til prinsipper og teknikker for kronisk systematisk ikke-invasiv smertebehandling er utilstrekkelig (15) – bare 40 % angir å ha erfaring med systematisk bruk av basis- og tilleggsmedisinering. 84 av dem som svarte er uvant eller ikke kjent med bruk av visuell analog skala – VAS – i kommunikasjon om smerter og ved evaluering av igangsatt smerte- og symptombehandling (15). Generell heving av helsepersonellens kompetanse i palliativ medisin er nødvendig på alle nivåer (2, 5). Økende spesialisering blant helsepersonell bør føre til at de får ansvar for å danne/bidra til flerfaglige team som samarbeider reelt pasientsentrert.

Å utvikle kompetanse i palliativ medisin (individuelt tilrettelagt i det enkelte tilfellet) hos leger og sykepleiere i primærhelsetjenesten er en utfordring, og skjer best som en vedvarende kvalitetsforbedrende prosess i flerfaglige grupper som har stabil personstruktur (15). Ved en slik tilnærming vil det i tillegg til diskusjon om smerte- og symptomlindring være naturlig å problematisere hvordan pasient og pårørende best skal kunne støttes psykososialt, økonomisk, emosjonelt og eksistensielt, slik at kreftpasienten får leve et så normalt liv som mulig så lenge som mulig. I palliativ pasientsentrert omsorg er forsøk på å utvikle kompetanse i atskilte lokale personellgrupper uheldig, idet kommunikasjonen mellom gruppene forvanskes og blir et hinder for utvikling av kvalitet. I strid med intensjonene i overordnede planer for helsetjenesten (2, 5) svekker regelverket for allmennlegers videre- og etterutdanning allmennlegens rolle som tjenestekoordinator og bidragsyter til utvikling av kvalitet i de lokale tjenester.

Som ledd i kvalitetsutvikling av lokal palliativ kreftomsorg i England tok Cancer Relief Macmillan Fund sammen med Royal College of General Practitioners i 1992 initiativ til en ordning med lokale tverrfaglige helsetjenestetteam som ledes av en erfaren og kompetent allmennlege – en ”facilitator” – sertifisert etter gjennomgått utdanningsprogram (20). Denne ordningen har som mål å mobilisere eksisterende faglige ferdigheter i primærhelsetjenesten og fremme kontinuitet og kvalitet i omsorgen for personer med langtkommet sykdom og deres familier (21, 22). De nye spesialistreglene i allmennmedisin godkjenner såkalt smågruppevirksomhet, der de deltakende legers egen praksis er det sentrale emne. Den engelske modellen er overførbar til Norge, under forutsetning av at spesialitetskomiteen åpner for flerfaglighet i smågrupper. Uten parallell kvalitetsutvikling av tjenester vil budsjettbegrunnede krav om effektivisering snarere føre til reduksjon av tjenester enn til bedret klinisk ytelse til den enkelte pasient (23).

I kollegabasert smågruppe med palliativ omsorg som tema er det nyttig å ta utgangspunkt i konkrete pasienter som presenteres og følges over tid, for naturlig å kunne rette oppmerksomheten mot prinsipper i og alternativer til aktuell smerte- og symptombehandling (20). Prosessen i gruppen vil kunne gi innsikt i at både pårørende og formelle hjelpere trenger støtte – og at dette gjelder legen og (24).

Tabell 2

Opplysninger om karriere, driftsavtale og lokalsykehus for allmennleger i Vestfold (n = 109)

År i allmennpraksis	Menn	Kvinner	Alle
> 30 år	9	0	9
20 – 29 år	34	5	39
10 – 19 år	31	8	39
< 10 år	10	4	14
År siden embetseksamen			
> 30 år	18	2	20
20 – 29 år	34	5	39
10 – 19 år	23	9	32
< 10 år	6	2	8
Driftstilskuddsavtale			
Ja	73	15	88
Nei	11	3	14
Driftstilskuddsklasse			
Klasse I	2	0	2
Klasse II	7	2	9
Klasse III	64	12	76
Lokalsykehus			
Horten	5	0	5
Horten + Vestfold sentralsykehus	11	1	12
Vestfold sentral- sykehus	31	10	41
Sandefjord	15	2	17
Larvik	17	5	22

Tabell

Tabell 3 Allmennlegenes opplysninger om kreftpasientens kontakt med sykehus og allmennlege			
Spørsmål	Ja	Nei	Anslått antall pasienter per lege
Går noen av dine nåværende pasienter til kontroll på sykehus pga. kreft?	106	3	608 på 76 leger_8/lege
Får noen av dem aktiv tumorbekjempende behandling for tiden?	93	13	194 på 53 leger_4/lege

Mister du ferdigbehandlede kreftpasienter som blir gående til kontroller på sykehus?	45	56	39 på 11 leger_ 4/lege
Bruker kreftpasienter deg som lege for å få lindrende behandling og/eller støtte?	99	7	223 på 33 leger_ 8/lege
Er du i dag lege for kreftpasienter som har langtkommet kreft med spredning?	91	18	107 på 36 leger_ 3/lege
Er pasientens bruk av alternativmedisinsk tilleggsbehandling OK for deg?	97	5	15 på 4 leger_ 3/lege

Tabell

Tabell 4 Allmennlegenes opplysninger om kommunikasjon til allmennlegen og dennes tilgjengelighet for kreftpasienten			
Spørsmål	Ofte	Noen ganger	Sjelden
Får du tilsendt epikrise i rimelig tid etter at kreftpasienten har vært til behandling i sykehus?	46	53	10
Får du tilsendt epikrise når pasienten har vært innlagt på såkalt åpen retur?	38	41	25
Har sykehuslege samarbeidet med deg om kreftpasienten – muntlig kontakt?	9	32	67
Har sykehussykepleier samarbeidet med deg om kreftpasienten – muntlig kontakt?	5	21	82
Informerer hjemmesykepleien deg om kontakter de tar med sykehuset om dine pasienter?	11	24	73
Tar du initiativ til samarbeidsmøter med hjemmesykepleien i pleietrengende krefttilfeller?	25	41	41
Trekker du nære pårørende aktivt inn som samarbeidspartnere ved kreftsykdom?	40	55	12
Kan kreftpasienter komme i kontakt med deg samme dag (hverdag) hvis akutt behov oppstår?	105	3	1
Er du villig til/føler du deg kompetent til å følge opp pasienter som ønsker å dø i sitt hjem?	80	18	8

Tabell

Tabell 5 Ilmennlegenes syn på oppfølging av ferdigbehandlede kreftpasienter			
Spørsmål	Ja	Noen ganger	Nei
Ønsker du å overta etterkontrollene i kronisk fase av pasientens kreftsykdom?	56	47	5
Ønsker du et opplegg med hovedkontroller på sykehus og mellomkontroller hos deg?	72	32	4
Vil et skjema med kontrollrutiner for aktuell kreftform vedlagt epikrisen være deg til hjelp?	95	8	4
Vil du at et slikt skjema skal anbefale hvor hyppig kontrollene hos deg skal være?	90	11	6
Hva kontrollene skal omfatte hver gang?	79	19	5
Hva kontrollene skal omfatte regelmessig, men sjeldnere enn hver gang?	80	13	5
Kriterier for avvik som indikerer selvfølgelig tilbakehenvvisning, o.l.?	90	9	4
Burde pasienten selv styre over skjematisk gitte anbefalinger for etterkontroller (bestille timer selv)?	34	41	32

Tabell

Tabell 6 Ilmennlegenes syn på egen smertekompetanse og ønsket læringsforum ved bygging av kompetanse i palliativ medisin		
Spørsmål	Litt	Godt
Kjenner du WHO's stige for behandling av kreftrelaterte smerter?	60	23
Har du erfaring med å gi basismedisiner systematisk, til faste klokkeslett?	48	41

– og å bruke fast dose tilleggsmedisin dersom gjennombruddssmerte oppstår?	45	40
	Ja	Nei
Bruker du visuell analog skala – VAS – for å evaluere smerte- og symptombehandling?	13	84
Dersom du ønsker å lære mer om palliativ medisin, vil du da helst gå på kurs?	53	31
. . . eller vil du heller delta i en fasilitatorledet smågruppe i lindrende kreftbehandling? (I gruppen kan du diskutere kasus, dele erfaringer og lære mer om palliativ medisin.)	45	31

Bedre psykososial støtte til leger ved forventet død

Undersøkelsen viser at palliativ omsorg utgjør en liten, men viktig del av allmennlegens arbeid. Innen medisinsk etikk legges det stadig mer vekt på utvikling av kvalitet innen omsorg ved livets slutt (25). Det er et kulturelt gap mellom god allmennmedisinsk praksis og den biomedisinske ingeniørmodell for sykehusspesialister med smalt virkefelt, og dette gjør at skoleringen inn i legerollen i løpet av studiet og i tiden etterpå i sykehus blir utilstrekkelig som forberedelse til et allmennmedisinsk virke (26). Det medisinske studium legger hovedvekten på biomedisinsk modelltenkning og på ”det å gjøre det riktige”, med den følge at mange allmennleger føler seg utilstrekkelige. Dette forhold kan være forklaring på den beviselige opplevelse av stort stress, med høy risiko for å komme i mental stressrelatert ubalanse (27).

Leger som gruppe er mer redd for døden enn både friske personer og døende pasienter (28). Hvis leger – i motsetning til sykepleiere – aldri ser fredelige og forventede dødsfall, kan det være vanskelig å gjenkjenne pasienter som er i ferd med å dø eller er rede til det. De fleste leger blir vitne til mange traumatiske dødstilfeller og deltar i mange resusciteringsforsøk, noe som gjør at døden lett fremtrer som en farefull hendelse som alltid ”skal” bekjempes. Mangel på ”god død”-erfaring med pasienter i sykehus eller hospice kan få alvorlige følger for tenkning om dødshjelp, egen død og dødelighet, og kan gi unødige emosjonelle spenninger hos unge leger (29 – 31). At frykt enten fører til kamp- eller fluktreaksjoner, lærte vi i fysiologien. Leger som er tilbøyelige til kampreaksjon vil kjempe, især dersom noen intervensjoner ennå er uprøvd, slik at han/hun vil kunne komme til å benekte realiteten av sin pasients begynnende død. Leger som er tilbøyelige til fluktreaksjon, derimot, vil – når forløpet ikke raskt fører til døden – tendere til å tvile på om det er hensiktsmessig å intervenere. Kan det være slik at kampreagerende legers tilbøyelighet til intens behandling eller fluktreagerende legers tilbøyelighet til ikke-behandling er et hinder for å gi øre til/rådføre seg med andre spesialister når pasientens død nærmer seg (32)?

I mangel av hensiktsmessig undervisning om taps- og sorgreaksjoner er mange henvist til å stole på det de har lært gjennom opplevelser i eget liv. Allmennlegen arbeider pasientnært og lærer mye gjennom erfaring, og slik erfaringslæring forblir et personlig eie dersom en organisasjon for å dele den med andre mangler. I semistrukturerte intervjuer med 25 allmennleger i London peker Saunderson & Risdale i sine konklusjoner på at nesten alle legene følte seg skyldige i noe i relasjon til pasienters død. Skyldfølelsene hadde sin bakgrunn i legens forventning om diagnostisk presisjon og det ikke å begå feil. Mange allmennleger trenger støtte og kan trenge å lære metoder for å håndtere egne sorgreaksjoner over tap av pasienter. Nye modeller og metoder trengs for å forklare og håndtere kroniske sykdomsforløp i den kommunale helsetjeneste (26).

Knut Erik Tranøy skriver: ”I vår tids helsepolitiske oppfatning har det kurative aspekt vært så dominerende at lindring noen ganger ikke regnes som behandling i det hele tatt. ”Symptombehandling” er egentlig et nedsettende uttrykk . . . Nettopp i forbindelse med alvorlig syke snakkes det i dag om å ”innstille aktiv behandling”. Det er et faktum at pasienter med dødelig og uhelbredelig sykdom av sin lege har fått beskjed om at vi har ikke lenger noe vi kan gjøre for deg. Du kan reise hjem. Det ”vi” som sier den slags, er et kurativt og ikke palliativt ”vi”. En slik holdning synes å innebære at det bare er kurativ behandling som er behandling i egentlig forstand” (33).

Konklusjon

Allmennlegenes respons på undersøkelsen i Vestfold viser at aspektet lindring av kronisk kreftsykdom er av interesse. Svarene gir grunn for tenkning omkring kompetanseheving innen lindrende kreftomsorg og utvikling av kvalitet i kreftomsorgen gjennom lokal smågruppevirksomhet.

Jeg takker Den Norske Kreftforening, som har støttet spørreundersøkelsen.

LITTERATUR

1. Nylenna M. Diagnosing cancer in general practice: from suspicion to certainty. BMJ 1986; 293: 88 – 91.
2. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap – norsk kreftplan. NOU 1997: 20. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997: 139 – 44.
3. Nylenna M. A survey of cancer patients in general practice. Fam Pract 1986; 3: 168 – 73.
4. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap – norsk kreftplan. NOU 1997: 20. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997: 45.
5. Norges offentlige utredninger. Livshjelp – behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. NOU 1999: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste,

Seksjon statens trykning, 1999: 77 – 80.

6. Dickinson HO. Cancer trends in England and Wales. BMJ 2000; 320: 884 – 5.
7. Richards MA, Stockton D, Babb P, Coleman MP. How many deaths have been avoided through improvements in cancer survival? BMJ 2000, 320: 895 – 8.
8. Holman H, Loring K. Patients as partners in managing chronic disease – partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. BMJ 2000; 320: 526 – 7.
9. Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? BMJ 2000; 320: 572 – 5.
10. Waddell G, Main CJ. A new clinical model of low back pain and disability. Waddell G. The back pain revolution. London: Churchill Livingstone, 1998.
11. Oliver M. Theories of disability in health practice and research. BMJ 1998: 317: 1446 – 9.
12. Olsen F, Dickinson J, Hjortdal P. General practice – time for a new definition. BMJ 2000; 320: 354 – 7.
13. Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, Jones A, Mossman J, Boudioni M et al. Cancer patient's information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. BMJ 2000; 320: 909 – 13.
14. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making discisions about treatment? BMJ 1999; 319: 780 – 2.
15. Hanno von T, Spiechowicz J. Bedre hjemmebasert smertekontroll mot år 2000. Temanummer: Undervisning i palliativ medisin. Nord Tidsskr Palliat Med OMSORG 1998: nr. 1: 13 – 7.
16. Pedersen OB, Prestegaard K, Hjortdahl P, Holm HA. Livslang læring – hvordan lærer leger? Nord Med 1997; 112: 14 – 6.
17. Holm HA. Quality issues in continuing medical education. BMJ 1998; 316: 621 – 4.
18. Hanno von T. Åpen retur – sett fra primærlegens posisjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 986.
19. Turnberg L. Survival of the general physician. BMJ 2000; 320: 438 – 40.
20. Butler D. Palliative care in general practice – a new initiative. Eur J Palliat Care 1994; 1: 8 – 10.
21. Smith R. A good death – an important aim for health services and for all of us. BMJ 2000; 320: 129 – 30.
22. Cox IG. Cancer care is team care, and the GP must be included. BMJ 2000; 320: 644.
23. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 2000; 320: 569 – 72.

24. Hanno von T, Hilberg E, Furuholmen D, Cramer G. Kollegial støtte for bedret forskrivning av A- og B-preparater. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2520 – 5.
 25. Singer P. Recent advances – medical ethics. BMJ 2000; 321: 282 – 5.
 26. Saunderson EM, Risdale L. General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement – qualitative study. BMJ 1999; 319: 293 – 6.
 27. Rout U. Stress among general practitioners and their spouses: a qualitative study. Br J Gen Pract 1996; 46: 57 – 60.
 28. Goodall J. Doctors fighting, fleeing, or facing up to death. Personal view. BMJ 1998; 317: 355 – 6.
 29. Haas F. Doctors don't see enough peaceful deaths. BMJ 1999; 318: 264.
 30. Mirando S. Doctors can benefit from spending time with their dying patients. BMJ 1999; 318: 1763 – 4.
 31. Schioldborg P. Studenters holdninger til aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2515 – 9.
 32. Christakis NA, Mamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognosis in terminally ill patients: prospective cohort study. BMJ 2000; 320: 469 – 72.
 33. Tranøy KE. Generell etikk – etiske holdepunkter. I: Stein Kaasa, red. Palliativ behandling og pleie. Oslo: ad Notam Gyldendal, 1998.
-

Publisert: 30. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.