

# Specialistuddannelsen i terminal smertebehandling bør optimeres

## LEDER

Jesper Isaksen

Ugeskr Læger  
2017;179:V69277

Der løber mange tanker gennem hovedet på såvel patient som pårørende, når de får den svære besked om alvorlig uhelbredelig sygdom. Sorg, uvished og frygt for fremtiden medfører pludselig en altoverskyggende utryghed hos mange. Ikke mindst frygten for smerter fylder meget hos mange patienter og pårørende, og som det fremgår af statusartiklen af *Jespersen & Neergaard* i dette nummer af Ugeskrift for Læger [1], er smerter også et markant problem. Der refereres bl.a. til et dansk studie, hvor 23% af patienterne oplevede et uopfyldt behov for hjælp til smertebehandling.

Kræft er den hyppigste dødsårsag i Danmark [2], og alene i denne patientgruppe oplever to tredjedele af patienterne med metastatisk sygdom smerter. Når så mange patienter har smerter, og det er kombineret med insufficiante tilbud om smertebehandling, giver det forståeligt nok grobund for utryghed. Så er det måske mindre overraskende, at knap 50% af danskerne dør på hospital [3], selvom flertallet ønsker at dø hjemme. Hvis vi i Danmark skal meget tættere på, at dette også bliver en reel mulighed, er det værd at se på, hvordan smertebehandling er søgt optimeret over de seneste år.

Smertebehandling i den sidste fase af livet er en kerneopgave for den praktiserende læge (PL). Et studie viser en signifikant sammenhæng mellem PL's hjemmebesøg og forekomsten af hjemmedød [4]. Ligeledes ses der en sammenhæng mellem de pårørendes vurdering af gode forløb og deres kontakt til PL. Den tryghed egen læge kan give qua sit kendskab til patient og familie, ofte som medspiller i et langt og kompliceret sygdomsforløb, er unik og må ikke undervurderes. Derfor har det givet mening at styrke de redskaber, som egen læge har for at komme igennem med en vellykket terminal smertebehandling. DSAM udgav i 2014 en vejledning i palliation, og den er fulgt op af en yderst anvendelig app i 2017. I begge er der en god systematisk tilgang til smertebehandling. Endelig er der i den seneste overenskomst indført systematisk obligatorisk efteruddannelse, bl.a. i »den døende patient«.

Også de specialiserede palliative smertetilbud er værd at se på. Pga. de fortsatte fremskridt i den palliative onkologiske behandling bliver der flere langtids-overleverere. Det giver flere patienter med komplicerede smerteproblemer i den sidste tid, og det ikke kan forventes, at hverken egen læge eller sygehuslæger kan og skal stå alene med disse problemer. Det fordrer stadig flere palliative specialister med høj tilgængelighed.

På den baggrund er der etableret døgndækkende læge-læge-vagtordning i alle regioner, så behandlende læge nu kan få direkte kontakt med en speciallæge fra palliativt team.

Giver ovennævnte så chance for bedre smertedækning for fremtidige kræftpatienter? Måske, men som *Jespersen & Neergaard* bl.a. konkluderer, er vi er langt fra at kunne love patienterne en optimal behandling med hensyn til at opnå en smertefri død. En smertefri død er måske heller ikke et realistisk mål til alle, men ved optimal palliativ indsats kan alle få en smertelindring, som kan gøre en værdig død mulig.

De meget omtalte behandlingsforsøg med cannabis samt eutanasidebatten bekræfter behovet for en stadig forbedring af tilbuddene til den smerteplagede, alvorligt syge patient. Der er derfor al mulig god grund til at styrke indsatsen yderligere, og der er langt til mål. Der er bl.a. problemer på områderne rekruttering, uddannelse, alt for få specialiserede palliative sengepladser med akut indtag og børnepalliation.

En specialist i palliation er speciallæge i et relevant speciale med en flerårig efteruddannelse. Mange unge læger vil gerne videreudanne sig i palliation, også på specialiseret niveau, men vejen dertil er helt uoverskuelig, når det fordrer speciallægeuddannelse i andet speciale, inden man kan begynde at specialisere sig i palliation. Kræftplan IV rummer desværre ikke megen optimisme ift. lægelig rekruttering og uddannelse. De 80 mio. kr., der i planen er tiltænkt palliation, er reserveret til projekter, der skal støtte plejesektorens udvikling. Utvivlsomt relevant, men det giver ikke flere eller bedre uddannede læger.

Der kommer jo nok en kræftplan eller to mere. Så lad os starte nu med at tænke lægelig uddannelse og rekruttering ind. I den optimale form ved at få lavet palliation til et speciale med tilhørende speciallægeuddannelse. Mange gode kræfter vil være klar til at løfte den opgave.

## LITTERATUR

1. Jespersen BA, Neergaard MA. Smerter hos den døende patient. Ugeskr Læger 2017;179:V01170045.
2. <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/DAR01/Sider/Tabel.aspx> (24. maj 2017).
3. Jarlbæk L. Dødssted og dødsårsager i Danmark 2007-2011. PAVI, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2015.
4. Neergaard MA. Palliative home care for cancer patients in Denmark: with a particular focus on the primary care sector, GPs and community nurses [ph.d.-afhandl.]. Aarhus: Aarhus Universitet, 2009.

## KORRESPONDANCE:

Jesper Isaksen,  
Palliativt Team Fyn,  
Onkologisk Afdeling,  
Odense Universitets-  
hospital.  
E-mail: ji@rsyd.dk

## INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk