

Palliativt Team

Palliation på sygehuset

Kvalitetsudviklingsprojekt til forbedring af indsatsen for alvorligt syge og døende på en hospitals afdeling

www.sygehuslillebaelt.dk

Lene Jørgensen, Projektsygeplejerske, Palliativt Team Vejle

Lars Oberländer, Chefkonsulent, Region Syddanmark

Tove Vejlgård, Overlæge, MSc, Palliativt Team Vejle

BAGGRUND

Den palliative indsats er defineret således:

*"Formålet med den palliative indsats er at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art"*¹

Kliniske Retningslinjer for palliativ indsats i Danmark udkom fra Sundhedsstyrelsen i 1999², men er ikke blevet fulgt på en ensartet måde efterfølgende. Kræftplan II indeholdt anbefalinger for udvikling af den palliative indsats i Danmark, men disse blev ikke prioriteret politisk efterfølgende. Den Danske Kvalitetsmodel (DKKM) indeholder en række standarder for palliation: 2.19.1. Palliativ behandling af den uhelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende, 2.19.2. Omsorg for den afdøde patient samt 2.7.5. Smertevurdering og behandling. Disse standarder følger internationale retningslinjer for palliativ indsats. Man må altså forvente, at der inden længe kommer et krav om at alle instanser, der har med palliative patienter at gøre, yder en indsats, der lever op til disse standarder.

15.000 danskere dør hvert år af kræft, og over 50 % af disse dør under indlæggelse på hospital³. Undersøgelser i Danmark har vist, at der er et stort uddannelsesbehov indenfor pleje og behandling af alvorligt syge hos såvel læger som sygeplejersker^{4,5}, og i en ph.d. afhandling af Karen Marie Dalgaard fra 2006 blev det dokumenteret, at der er stort behov for at forbedre forholdene for de døende på sygehusene⁶.

I forbindelse med etableringen af Det Palliative Team i Vejle Amt blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt læger og sygeplejersker på sygehusene med følgende hovedresultater:

- 85 % mente, at palliativ indsats burde være en integreret del af behandling i deres afdeling.
- 60 % anså de fysiske rammer på afdelingen for utilstrækkelige til palliativ indsats.
- 65 % fandt, at der var øget behov for støtte til personale, som arbejdede med palliativ indsats.
- Mere end 80 % havde fået ingen eller mindre end 5 timers undervisning i smertebehandling, anden symptombehandling og sorg og tab hos døende og deres pårørende.
- 93 % angav et generelt behov for at øge deres viden indenfor palliativ indsats, især indenfor smertebehandling, anden symptombehandling, psykologiske problemstillinger og sorg og tab.⁷

Der er således et dokumenteret behov for uddannelse i palliativ indsats, og et dokumenteret behov for at forholdene for de alvorligt syge og døende på sygehusafdelingerne forbedres.

I England, hvor man har udviklet palliativ indsats siden 1960'erne, udgav The National Institute for Clinical Excellence i 2004 evidensbaserede retningslinjer for den palliative indsats ⁸. Den evidensbaserede retningslinje for de sidste levedøgn og døden er udviklet i Liverpool, Liverpool Care Pathway for the Dying (LCP) ⁹.

På baggrund af det dokumenterede behov for uddannelse og forbedret indsats på sygehusene har vi udarbejdet projektet *'Palliation på sygehuset'* ud fra eksisterende viden om best practice indenfor området.

FORMÅL

Projektets primære formål er at skabe en generisk model for optimering af indsatsen overfor alvorligt syge og døende i en hospitalsafdeling. Medicinsk Afdeling 120, Vejle Sygehus har fungeret som projektafdeling, og projektets sekundære formål er at forbedre indsatsen overfor alvorligt syge og døende i afdeling 120.

DESIGN

Projektet er designet som et klassisk kvalitetsudviklingsprojekt, hvor der systematisk arbejdes med kvalitetscirkelns fire trin; PLAN-DO-STUDY-ACT ¹⁰. Dvs. at man allerede i sin plan for projektet planlægger, hvilke mål man ønsker at nå med projektet, implementerer midler til at nå målet, overvåger om målet er nået og eventuelt korrigerer i planen og dens elementer, hvis overvågningen viser, at man endnu ikke har nået det ønskede. Dernæst påbegynder man atter turen rundt i kvalitetscirklen.

Projektet startede med en journalaudit til at vurdere den nuværende praksis i afdelingen ift. den bedste praksis af palliativ pleje og behandling. Hermed blev der etableret en baseline af den kliniske kvalitet. Samtidig blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse (bilag 1) blandt personalet. Målet var bl.a. at få et billede af de kompetencer, som personalet mente, der var mest behov for at optimere i forhold til behandlingen og plejen af palliative patienter i afdelingen.

PLAN-fasen blev påbegyndt på baggrund af ovennævnte data. Beskrivelsen af den optimale palliative pleje og behandling blev udmøntet i to tjeklister og to kliniske retningslinjer. Den første tjekliste består af et valideret spørgeskema til symptomscreening (EORTC-QLQ-C15-PAL) ¹¹ inden for 1. døgn efter indlæggelsen samt undervejs i forløbet. Den anden tjekliste omhandler elementer ved udskrivelse, som erfaringsmæssigt kan give anledning til kvalitetsbrist. Begge tjeklister blev i løbet af projektet lagt ind som formularer i EPJ (Elektronisk Patient Journal) mhp. at understøtte deres implementering. De to kliniske retningslinjer, som indledningsvis blev udarbejdet, omfattede henholdsvis en evidensbaseret retningslinje for symptomlindring i de sidste levedøgn samt en retningslinje omhandlende medicinsk smertebehandling ved palliativ indsats.

DO-fasen blev påbegyndt gennem en lang række implementeringsunderstøttende elementer, såsom temadage, sidemandsoplæring, deltagelse i ugentlige konferencer og personalemøder, telefonrådgivning og gennem pjecer og andet informationsmateriale.

STUDY-fasen bestod dels af input fra personalet, som fremkom under projektsygeplejerskens daglige virke i afdelingen og dels fra en journalaudit, der blev gennemført midtvejs i projektet. Begge metoder skulle være med til at vise om retningslinjer og tjeklister blev anvendt, samt om de var tilstrækkelige til at indfri projektets formål.

ACT-fasen blev påbegyndt på baggrund af ovennævnte data. Det viste sig blandt andet nødvendigt at udarbejde supplerende retningslinjer om malign hypercalcæmi, medullært tværsnitssyndrom, vena cava superior-syndrom.

Projektperioden har overordnet set bestået af to "runder" af kvalitetscirkelns fire trin, hvor første runde blev afsluttet af en midtvejsaudit, og den anden rundes afslutning svarer til projektets afslutning. Anden runde er karakteriseret ved en gentagelse af første runde med implementering af de supplerende retningslinjer, fortsættelse af projektsygeplejerskens daglige gang i afdelingen til understøttelse af personalet med råd og vejledning, når der ankom en palliativ patient til afdelingen og endelig yderligere en afsluttende spørgeskemaundersøgelse (bilag 2) blandt personalet samt en afsluttende journalaudit.

PROJEKTETS INDHOLD

To vigtige redskaber indgik i projektet: Den systematiske symptomscreening med et valideret spørgeskema og implementering af evidensbaserede retningslinjer for de sidste levedøgn:

EORTC-QLQ-C15-PAL:

Valideret spørgeskema til systematisk symptomscreening udviklet af European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), som også har udviklet et lignende, 'EORTC-QLQ-C30', der består af 30 spørgsmål og er blevet et af de mest anvendte spørgeskemaer i internationale undersøgelser af kræftpatienter.

'EORTC-QLQ-C15-PAL' er en forkortet udgave af EORTC-QLQ-C30, udviklet specielt til patienter der modtager palliativ indsats. Det består af 15 spørgsmål om symptomer. Til hvert spørgsmål kan svares 'slet ikke', 'lidt', 'en del' eller 'meget'.

Modificeret Liverpool Care Pathway:

Evidensbaserede retningslinjer for de sidste levedøgn. Til vores brug modificeredes retningslinjen en smule. Det er vigtigt at konstatere, at patienten nærmer sig døden. Derefter bør man:

- Sikre at patient og pårørende er klar over situationen. En samtale herom er en forudsætning for de følgende ordinationer.
- Foretage medicinsanering så der kun fortsættes med medicin, der er nødvendig, for at lindre de symptomer patienten har.
- Omlægge til subkutan administrering, når patienten ikke længere kan indtage peroral medicin.
- Ud fra kendskab til de hyppigst forekommende problemstillinger og symptomer de sidste døgn sikre, at der foreligger fremadrettede p.n. ordinationer til subkutan administration.
- Stoppe unødige interventioner og behandlinger (væskebehandling, blodtransfusion, røntgenundersøgelser etc.).
- Vurdere om der er andre behov. (f. eks.: er der familie, der skal tilkaldes, ønsker patienten at tale med en præst, er der bestemte ritualer, patienten ønsker gennemført?).
- Sikre sig at patient (om muligt) og pårørende er informeret om de ændringer, man foretager og at de er klar over, at baggrunden herfor er at patienten er døende og at de så vidt muligt forstår - og er enige i - den behandlingsplan, der lægges for forløbet.

FORLØB

Projektet forløb tidsmæssigt i tre faser: Pilotfasen, projektfasen og afrapporteringsfasen. Fasernes indhold er skitseret i nedenstående tabel og forklaret uddybende i det efterfølgende.

1. PILOTFASEN Okt. - dec. 2008	2. PROJEKTFASEN Jan.- sept. 2009	3. AFRAPPORTERINGSFASEN Okt. - dec. 2009
1a. Organisering 1b. Information om projektet 1c. Spørgeskemaundersøgelse 1d. Baseline audit	Undervisning/Kompetence udvikling 2a. Temadage 2b. Anden undervisning 2c. Konferencer 2d. Projektsygeplejerske 2e. Telefonrådgivning Implementering/Struktur 2f. Tjeklister (EPJ) 2g. Pjecer 2h. Vejledninger	Evaluering af projektets elementer 3a. Symptomlindring 3b. Kommunikation 3c. De sidste levedøgn 3d. Tværfagligt samarbejde 3e. EORTC-QLQ-C15-PAL 3f. Udskrivelse Personalets vurdering af projektet 3g. Overordnet 3h. De enkelte elementers betydning 3i. Fastholdelse og fortsat udvikling af projektet Konklusion
4. PROJEKTETS VIDERE IMPLEMENTERING		
4a. Udkast til generisk model 4b. Økonomi og ansvarsfordeling 4c. Medicinsk Afd. A120 4d. Sygehus Lillebælt		

Tabel 1. Oversigt over projektets faser

1. PILOTFASEN

1a. Organisering

Projektet blev ledet af en styregruppe, hvis opgave var at sikre projektets fremdrift, implementering og faglige indhold. Der blev afholdt 6 styregruppemøder af en times varighed i løbet af projektperioden.

Styregruppen:

Sygeplejerske Lene Jørgensen (LJ), Palliativt Team Vejle, har været projektleder og ansvarlig for projektets praktiske gennemførelse.

Overlæge Tove Vejlgård (TV), Palliativt Team Vejle, har været projektansvarlig og har haft det overordnede ansvar for projektets gennemførelse, økonomi og afrapportering.

Overlæge Steffen Kristensen (SK) og sygeplejerske Anette Stokholm (AS) fra Medicinsk Afdeling 120 (A120), Vejle Sygehus, har været netværkspersoner for projektet i afdelingen. De har indgået i styregruppen og har derudover i samarbejde med Palliativt Team været ansvarlige for implementering af projektet i afdelingen.

Oversygeplejerske Anne Sahl (AS), Medicinsk Afdeling, indgik i styregruppen med overordnet ansvar for projektets gennemførelse i A120.

Chefkonsulent Lars Oberländer (LO) fra HR-afdelingen i Region Syddanmark har indgået i projektgruppen dedikeret udviklingsdelen og har derudover været sparringspartner for projektlederen i udvikling og udfærdigelse af projektbeskrivelsen samt auditerings- og evalueringsdelen.

1b. Information om projektet

TV informerede før projektets opstart hele personalegruppen i afdelingen på et morgenmøde.

LJ informerede sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (SSA'er) på et personalemøde.

Der blev udarbejdet skriftlig information omhandlende projektets elementer, som blev omdelt til alle ansatte.

1c. Spørgeskemaundersøgelse

Der blev gennemført en spørgeskemaundersøgelse hos personalet i A120 før projektperioden med henblik på at afdække:

- Informationsniveau og forventninger i forhold til projektet.
- Barrierer i det daglige arbejde med alvorligt syge og døende i afdelingen.
- Behovet for kompetenceudvikling.

1d. Baseline audit

Kvalitativ auditering blev gennemført ultimo 2008 som baseline audit. Den omfattede alle de seneste 28 uhelbredeligt syge kræftpatienter, der havde været indlagt i A120. 15 af disse patienter blev genudskrevet og 13 patienter døde under indlæggelsen.

Auditeringsfokus:

- Modtagelse og indlæggelse
- Symptommelindring under indlæggelsen
- Udskrivelse - for patienter der blev genudskrevet
- De sidste levedøgn - for patienter der døde under indlæggelsen

Der blev auditeret med vægt på lindring af:

- Smerter
- Obstipation
- Åndenød
- Andre væsentlige og hyppigt forekommende symptomer hos uhelbredeligt syge og døende

For patienter der døde i afdelingen:

- Stillingtagen til at patienten var døende
- Information til patient og pårørende om at patienten var døende
- Ophør med unødvendige interventioner (blodprøver, væske, røntgenundersøgelser etc.)
- Fremordinering af relevant subkutan medicin

2. PROJEKTFASEN

UNDERVISNING/KOMPETENCEUDVIKLING

2a. Temadage

Alle ansatte i afdelingen deltog i én temadag fra 8:00-15:30, som blev afholdt uden for sygehuset (der blev afholdt 3 identiske temadage). Deltagerholdene var sammensat tværfagligt. Undervisere var TV og LJ.

Indholdet tog udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelsens resultater og projektets elementer i øvrigt.

Emner for undervisningen:

- Smerte
- Åndenød
- Obstipation
- EORTC-QLQ-C15-PAL screening
- Den svære samtale
- De sidste levedøgn
- "Den gode udskrivelse"
- Reaktioner hos patient og pårørende
- Tværfagligt samarbejde

2b. Anden undervisning

- For læger på morgenmøde i kliniske retningslinjer på intranettet (TV)
- Symptomlindring med cases for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på personalemøder (LJ)
- Undervisning i brug af tjeklister i EPJ på middagsmøder (LJ+AS)
- Introduktionsmapper til alle nyansatte, specifikke for hver faggruppe (TV/LJ/ST/AS)
- Nyansatte blev undervist i projektets elementer (SK/AS)

2c. Konferencer

Hver anden torsdag 9:00-9:30 blev der afholdt tværfaglige konferencer i afdelingen med deltagelse af TV og LJ. Undervejs viste det sig nødvendigt at afholde konferencerne hver torsdag på grund af fravær ved sygdom og ferier.

Temaer for konferencerne:

- Evaluering af patientforløb
- Aktuelle problemstillinger
- Reaktioner hos patient og pårørende
- Den vanskelige samtale
- Vurdering af at en patient er døende indenfor de nærmeste døgn
- Symptombehandling

2d. Projektsygeplejerske

Projektsygeplejersken havde planlagt tilstedeværelse i afdelingen to dage om ugen fra 8:00-11:00 og en dag fra 13:30-15:00. Det viste sig hurtigt, at det mest hensigtsmæssige tidspunkt var fra 8:30-12:00 og derudover blev tiden tilpasset i forhold patientantal og problemstillingernes kompleksitet.

Projektsygeplejerskens opgaver i afdelingen har været rettet mod alle faggrupper:

- Deltage i afdelingens morgenkonference med patientgennemgang
- vejlede/rådgive i forbindelse med symptomlindring
- Implementering og fastholdelse af projektets elementer
- Deltage i samtaler, stuegang og udskrivesamtaler
- Stå til rådighed for personalet ved behov for samtale om vanskelige problemstillinger
- Opsøgende indsats i forhold til problemstillinger i afdelingen

2e. Telefonrådgivning

Et tilbud om telefonrådgivning for afdelingens læger ved teamets læger stod åbent i hele projektperioden.

Projektsygeplejersken opfordrede specielt yngre læger til at tage kontakt ved kompleks symptomatologi.

IMPLEMENTERING/STRUKTUR

2f. Tjekklister

På Sygehus Lillebælt anvendes elektronisk patientjournal (EPJ). Det blev derfor hurtigt klart, at tjekklister i papirform ikke var optimale og i samarbejde med IT-afdelingen blev tjekklister og EORTC-skema (se nedenfor) lagt ind i den elektroniske patientjournal.

Symptomscreening

EORTC-QLQ-C15-PAL blev implementeret fra start. Patienterne blev screenet i det første døgn efter indlæggelsen og undervejs i forløbet.¹¹

Screeningsresultaterne indgik i vurdering af patienten og var retningsgivende for pleje- og behandlingsplan. Det var intentionen, at en opfølgende screening skulle bruges til vurdering af behandlingens effekt. SSA'ere eller sygeplejersker udfyldte skemaet sammen med patienten og førte efterfølgende resultaterne ind i EPJ, da det blev muligt. Fund fra spørgeskemaerne blev verificeret og uddybet via traditionel klinisk udspørgen og undersøgelse.

Tabel 2 viser EORTC-QLQ-C15-PAL som det så ud i EPJ.

EORTC For hvert spørgsmål er der 4 svarmuligheder:
1=slet ikke, 2=lidt, 3=en del, 4=meget)

1. Vanskeligheder ved at gå en kort tur udendørs
2. Sengeliggende eller sidder i stol det meste af dagen
3. Brug for hjælp til at spise, tage tøj på mm.

I den forløbne uge:

4. Havde du åndenød?
5. Har du haft smerter?
6. Har du haft besvær med at sove?
7. Har du oplevet dig svag?
8. Har du savnet appetit?
9. Har du haft kvalme?
10. Har du haft forstoppelse?
11. Var du træt?
12. Smerter påvirker gøremål?
13. Følte du dig anspændt?
14. Følte du dig deprimeret?
15. Samlede livskvalitet i den forløbne uge? (1-7)
16. Andre væsentlige symptomer/problemer?
A:
B:
C:

Besvaret med hjælp?
Uden hjælp fra personalet?

Tabel 2

Udskrivelse

Afdelingen havde i forvejen en tjekliste til brug ved udskrivelse, og der var kun behov for at tilføje enkelte relevante punkter. Der var i afdelingen en velopbygget kultur i forhold til at sikre gode udskrivelser. Tjekliste for udskrivelse af palliative patienter er således en overbygning på den generelle tjekliste for udskrivelse i afdelingen.

Tabel 3 viser tjekliste for udskrivelse som den så ud i EPJ.

Tjekliste udskrivelse (eksklusiv generelle del):

Besked til Palliativt Team hvis pt. er tilknyttet:

Terminalregistrering:

Aftaler om stamafdeling:

Kopi af epikrise udleveret:

Tryghedskasse:

Ordinationsskema faxet/sendt til hjemmesygeplejen:

Fremadrettet subkutan medicinering:

Medicin bestilt til udbringning (gratis ved terminalregistrering):

Henvi sning til Palliativt Team (konf. med overlæge):

Aftale om første hjemmebesøg:

Psykosocial støtte til familie/patient (kræftens bekæmpelse, psykolog, præst, frivillig m.fl.):

Plejeorlov:

Pjece " Støttemuligheder til uhelbredeligt syge og deres pårørende" udleveret:

Palliativ fysioterapi (§ 122-henvi sning via egen læge):

Tabel 3

De Sidste levedøgn

Som beskrevet tidligere indgik LCP i en modificeret udgave i projektet. I løbet af projektet blev en tjekliste for de sidste døgn lagt ind i EPJ - dels en lægedel, dels en sygeplejedel.

Tabel 4 viser lægedelen af tjekliste for de sidste levedøgn, som den så ud i EPJ.

De sidste levedøgn (elektronisk version) <i>Lægenotat</i> Patienten vurderes uafvendeligt døende indenfor de nærmeste døgn. Ingen indikation for genoplivning eller intensiv ophold. Lindrende behandling Smerter: Angst: Åndenød: Agitation: Trachealsekret/rallen: Medicinsanering: Stillingtagen til I.v.-væske: Bestilte undersøgelser: Blodprøver: Værdier: Ilt: Patienten informeret: Pårørende informeret:

Tabel 4

Tabel 5 viser sygeplejedelen af tjekliste for de sidste levedøgn som den så ud i EPJ.

De sidste levedøgn <i>Sygeplejenotat</i> Patienten er vurderet "uafvendeligt døende indenfor få levedøgn" i statusnotatet: Patient og families opfattelse af situationen: Særlige fokusområder (smerter, angst, mundpleje mm.): Pjece "Når døden nærmer sig" er gennemgået og udleveret: Aftaler for den sidste tid: Ritualer (tøj, udsyngning mm.):
--

Tabel 5

2g. Pjecer

I WHO`s mål for den palliative indsats fra 2002 fremgår det, at den palliative indsats tilbyder: "støtte til familien under patientens sygdomsforløb og i sorgen over tabet" ¹, men afdelingsledelsen meldte fra start ud, at rutinemæssige opfølgningssamtaler med pårørende ikke var en mulighed med afdelingens ressourcer. Der blev derfor udarbejdet en pjece "*Når døden bliver virkelighed*", som uddeltes til støtte for pårørende efter dødsfald. I pjecen er der plads til at notere kontaktsygeplejerskes/social- og sundhedsassistents arbejdstelefonnummer, og de efterladte blev tilbudt mulighed for telefonisk henvendelse til afdelingen. Derudover fik de efterladte informationer om mulige reaktioner på dødsfaldet og hvor de i øvrigt kunne hente støtte og vejledning.

Andre pjecer, der indgik som informationsmateriale i projektet:

"Når døden nærmer sig" giver information om de forandringer, man hyppigst ser de sidste døgn i et menneskes liv. Pjecen er et supplement til samtaler mellem den syge, familien og de professionelle.

"Støttemuligheder til uhelbredeligt syge" giver oplysninger om muligheder og rettigheder ved alvorlig, livstruende sygdom, her iblandt plejeorlov.

"Børn og Sorg" med information om hvor pårørende kan søge støtte og vejledning, når børn er pårørende.

2h. Vejledninger

Der er før og undervejs i projektet udarbejdet vejledninger, som kan findes på Sygehus Lillebælts Intra- og Internet. For kun at skulle opdatere vejledningerne ét sted, er de placeret under Palliativt Team og der linkes til dem fra Medicinsk Afdeling. Retningslinjerne for udvikling af evidensbaserede kliniske retningslinjer blev ikke fulgt stringent, men der blev taget afsæt i eksisterende nationale og internationale retningslinjer, sammenfattende artikler, Cochrane review mm.

Det har været meget omfattende at udarbejde vejledninger og de sidste vejledninger var først klar i april 2009.

Kliniske vejledninger tilgængelige på intranettet:

- Medicinsk smertebehandling i palliativ indsats
- Symptomlindring i terminale patienters sidste døgn
- Åndenød
- Obstipation
- Malign hyperkalcæmi
- Medullært tværsnitssyndrom
- Vena cava superior-syndrom

De tre sidste vejledninger er udarbejdet i samarbejde med onkologisk afdeling.

3. AFRAPPORTERINGSFASEN

EVALUERING AF PROJEKTETS ELEMENTER

I det følgende beskrives de samlede evalueringer og resultater for projektet. Vi har valgt at bruge % -angivelser i tabeller og diagrammer for at skabe sammenligningsgrundlag. Imidlertid er vi vel vidende, at vores materiale er meget lille og at dette skal tages i betragtning ved den samlede vurdering.

Patienter

55 patienter, der på indlæggelsestidspunktet havde uhelbredelig kræftsygdom, blev indlagt i A120 i perioden 01.02.09-01.11.09 og blev inkluderet i projektet. Patienter, som først under indlæggelsen fik stillet en cancerdiagnose, blev ikke inkluderet.

Patientkarakteristika ses i tabellen nedenfor

- 30 kvinder, 25 mænd
- 18 patienter døde under indlæggelse
- 37 patienter blev udskrevet
- Gennemsnitsalder 71,7 år
- 82,5 % med diagnosen lungecancer
- Gennemsnitlig liggetid 7 dage

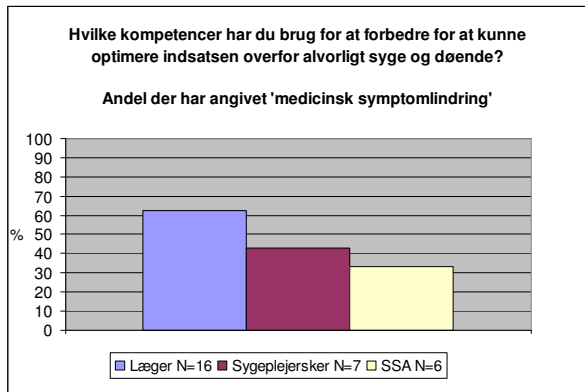
Tabel 6. Karakteristika for patienter der indgik i projektet

Projektets fokusområder

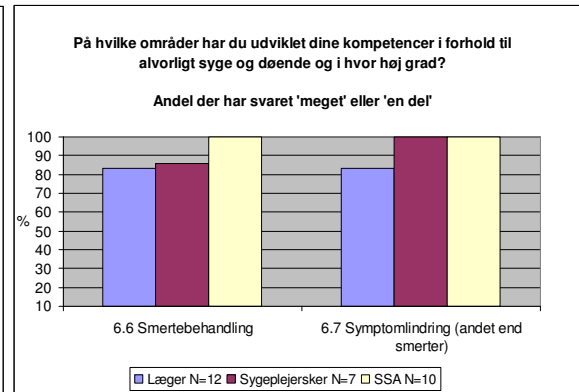
I det følgende beskrives og sammenlignes for de enkelte fokusområder personalets besvarelser på spørgeskemaet før og efter projektets gennemførelse, resultaterne af baseline- og slutaudit og de relevante elementer i projektet.

3a. Symptomlindring

Ved første spørgeskemaundersøgelse blev personalet bedt om at angive, hvilke kompetencer de havde behov for at forbedre for at kunne optimere indsatsen overfor alvorligt syge og døende. I den sidste undersøgelse blev de spurgt om deres selvoplevede kompetenceforbedringer.



Tabel 7



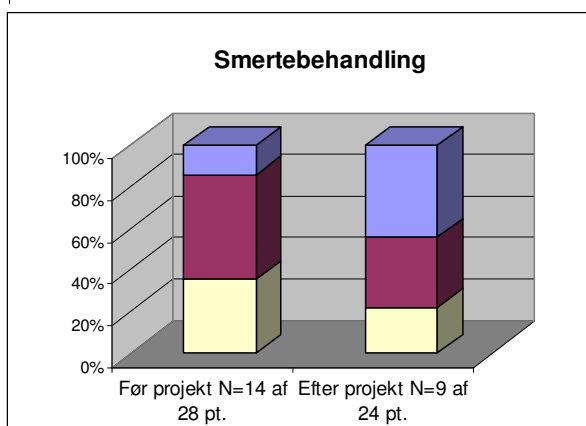
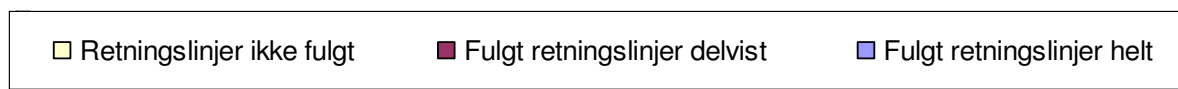
Tabel 8

I første spørgeskemaundersøgelse angav ca. 60 % af lægerne, ca. 40 % af sygeplejerskerne og ca. 30 % af SSA'erne behov for at forbedre deres kompetencer i forbindelse med medicinsk symptomlindring (tabel 7). I den afsluttende spørgeskemaundersøgelse angiver mellem 85 % og 100 % af alle personalegrupper, at de har udviklet deres kompetencer 'en del' eller 'meget' i forhold til såvel 'smertebehandling' som 'anden symptomlindring' til alvorligt syge og døende (tabel 8).

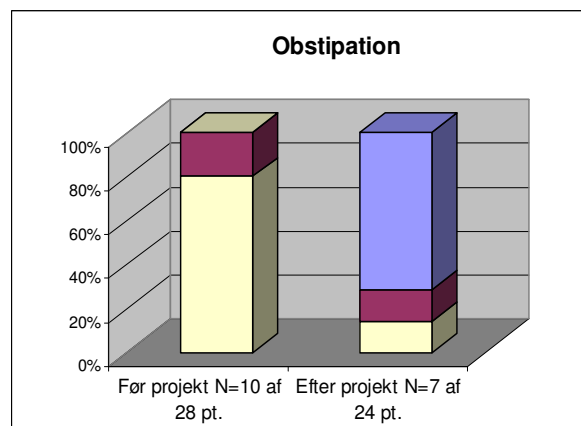
Der er således stor divergens mellem det oplevede behov før og den oplevede kompetenceforbedring efterfølgende, hvilket formentlig skyldes, at pleje og behandling af døende er et område, de fleste i afdelingen beskæftiger sig med, og oplever at de basalt set er uddannede til at varetage. P. Benner har påpeget, at basal viden gør, at man oplever sig kompetent, mens stor kompetence giver en øget indsigt i egne begrænsninger ¹².

Audit

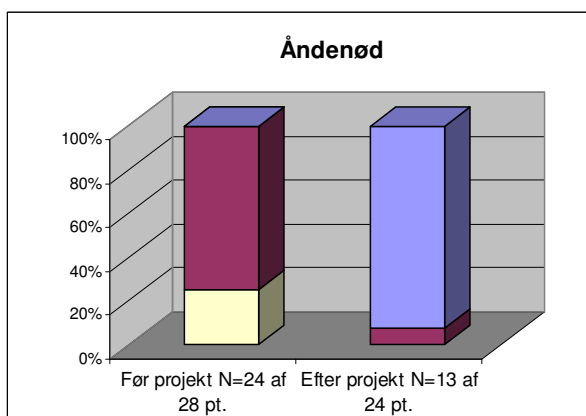
Resultater for baseline- og slutaudit vedrørende symptomlindring af smerter, obstipation, åndenød og andre væsentlige symptomer.



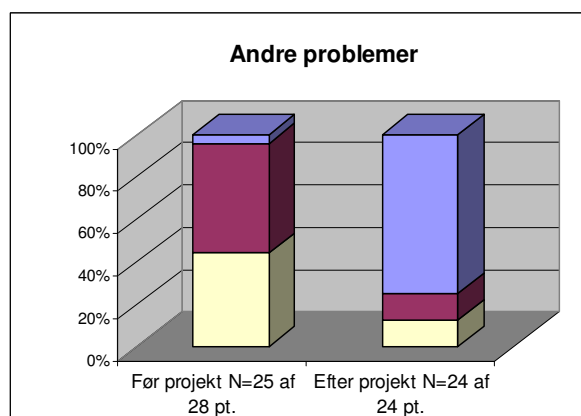
Tabel 9



Tabel 10



Tabel 11



Tabel 12

Smertes (tabel 9)

Smertebehandlingen er ikke så markant forbedret, men udgangspunktet var også på et højere niveau end de øvrige symptomer. En dansk undersøgelse har for nylig påvist, at smerter er det symptom, som flest patienter (51 %) med fremskreden kræftsygdom føler sig bedst hjulpet for i det danske sundhedsvæsen¹³. Mange af patienterne var allerede ved indlæggelse i behandling med relevante analgetika.

Obstipation (tabel 10)

Behandlingen af obstipation var mangelfuld ved baseline audit og forbedret markant ved slut audit. Der er dog et forsat behov for fokusering på området, da slut audit viser, at der ikke foretages løbende monitorering af symptomet. Der har på personale møde for plejepersonalet været særligt fokus på dette problem.

Farmakologisk behandling af åndenød (tabel 11)

Symptomet åndenød er flerdimensionelt og kræver tværfaglig indsats med såvel farmakologisk som non-farmakologisk intervention. Udover medicinsk behandling er specielt målrettet fysioterapi indiceret ¹⁴.

Af baseline-audit fremgik det, at mange patienter fik Berodual på System 22 (inhalationssystem til forstøvning af medicin) mod åndenød flere gange i døgnet og uden effekt. Denne behandling er uhensigtsmæssig, med mindre patienten har underliggende KOL og er desuden tidskrævende, omkostningstung og oftest ikke et tilbud i eget hjem.

De medicinske korrekte behandlingsmuligheder ved åndenød er morfin ('røde dråber' eller tablet) og, hvis der er ledsagende angst, kan anxiolytisk behandling med benzodiazepin være indiceret. I de sidste døgn, og hos patienter som har svært ved at synke tabletter, er subkutan medicinering indiceret ¹⁴.

Den medicinske del af behandlingsvejledningen for åndenød følges ved slutaudit hos mere end 90 % af patienterne, i modsætning til baseline-audit hvor den slet ikke eller kun delvist blev fulgt. Ved slutaudit behandles ingen patienter med Berodual på System 22, den **medicinske** behandling er i overensstemmelse med retningslinjerne.

Non-farmakologisk behandling af åndenød

En vigtig intervention til afhjælpning af åndenød er fysioterapi:

- God lejring/hvilestillinger
- Afspænding
- Pursed lip breathing teknik (udånding med spids mund)
- Vurdering af behov for hjælpemidler ¹⁴

Audit resultater for fysioterapi før og efter

Af journalerne fremgår det, at fysioterapeuten ofte vurderer de uhelbredeligt syge og døende patienter uegnede til at modtage fysioterapi. Hvis der ydes fysioterapi er det oftest:

- Instruktion i brug af PEP-fløjte (positive expiratory pressure)
- Instruktion i mobilisering med rollator

Imidlertid kan patienter, der er alvorligt syge af f.eks. lungekræft, have behov for mange former for palliativ fysioterapi ^{14;15}. Terminalregistrerede patienter, som opholder sig i eget hjem, er iflg. § 122 i Serviceloven berettiget til refusion af egenudgift til palliativ fysioterapi i hjemmet. De er dermed bedre stillet, end patienter der er indlagt på sygehus, som ikke har tilbud om palliativ fysioterapi. Privatpraktiserende fysioterapeuter og Det Palliative Team har sammen udviklet et netværk af mobile fysioterapeuter i Sygehus Lillebælts optageområde. Disse er specielt interesserede i palliativ fysioterapi og har modtaget uddannelse via teamets fysioterapeut.

Andre problemer og symptomer (tabel 12)

"Andre problemer": Hypercalcæmi, medullært tværsnit, angst og kvalme. I baseline audit fulgte behandlingen af hypercalcæmi ikke "god klinisk praksis". På den baggrund blev en behandlingsvejledning for malign hypercalcæmi udarbejdet og lagt på intranettet.

Ved slut audit var denne retningslinje fulgt hos de 3 patienter, hvor der var diagnosticeret hypercalcæmi. Samtidig var flere patienter blevet screenet herfor som udtryk for mere opmærksomhed på symptomer på hypercalcæmi.

Konklusion, symptomlindring

Der er god overensstemmelse mellem personalets oplevede kompetenceforbedring og resultaterne af journalaudit.

Der er fremadrettet behov for fokus og opfølgning på obstipation, der er et hyppigt problem hos alvorligt syge patienter.

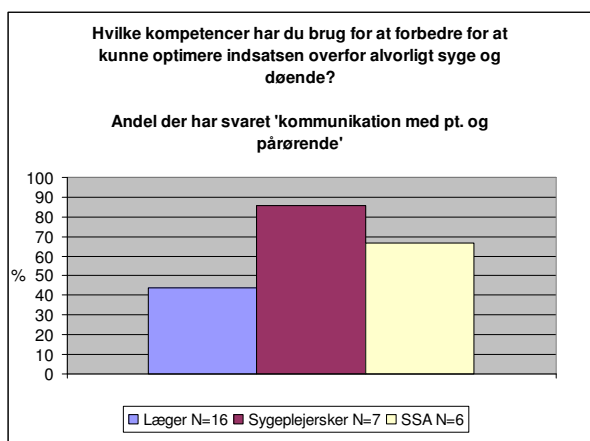
En vigtig forbedring af indsatsen overfor bl.a. åndenød ville være, at fysioterapeuterne i fremtiden får mulighed for at også yde palliativ fysioterapi.

Projektindhold som har understøttet kompetenceudvikling i forhold til symptomlindring

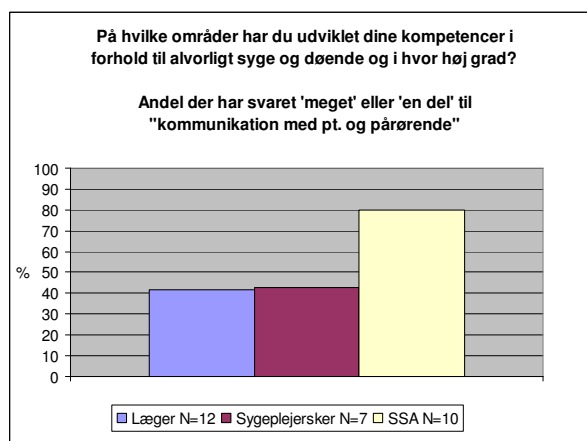
- Undervisning på temadage
- Behandlingsvejledninger på intranettet
- Tværfaglige konferencer
- Symptomscreening (EORTC-QLQ-C15-PAL)
- Tilstedeværelse af projektsygeplejerske
- Undervisning på personalemøder
- Telefonrådgivning

3b. Kommunikation

I den indledende spørgeskemaundersøgelse undersøgte vi personalets behov for kompetenceudvikling, og i den afsluttende deres oplevelse af at have udviklet deres kompetencer i forhold til kommunikation.



Tabel 13



Tabel 14

Som det fremgår af tabel 13, var der især blandt plejepersonalet et stort oplevet behov for at udvikle kompetencer i kommunikation. Kun ca. 40 % af læger og sygeplejersker angiver, at de har forbedret deres kompetencer i kommunikation 'meget' eller 'en del' (tabel 14), mens det tilsvarende gælder for 80 % af SSA'erne. En forklaring på denne forskel kan være, at SSA'erne har modtaget mindre undervisning/træning under uddannelse og efteruddannelse i kommunikation end sygeplejersker og læger. SSA'erne på afdelingen havde generelt meget kontakt med de alvorligt syge patienter og deres pårørende. Kommunikation med patienter og pårørende er et vigtigt værktøj for personalet i den kliniske afdeling. Kommunikative kompetencer opnås bedst ved træning og dette har ikke været en del af projektet, hvilket kan være en forklaring på, at kompetenceudviklingen for læger og sygeplejersker er så beskedent^{16;17}.

Projektelementer der har understøttet kommunikation

- Temadage
- Tværfaglige konferencer
- Projektsygeplejerske i afdelingen

Eksempler fra projektet

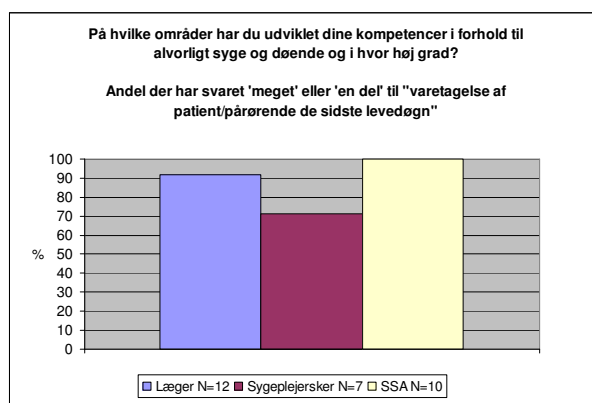
En social- og sundhedsassistent gav overfor projektsygeplejersken udtryk for usikkerhed i forhold til pårørende, som græder og er kede af det. "Jeg ved ikke, hvad jeg skal sige og jeg bliver selv berørt af situationen", sagde hun. Dette affødte en snak om, at det i en sådan kommunikation med ulykkelige pårørende kan være hjælpsomt, at sige hvad man tænker og oplever i situationen, f.eks. "Jeg er meget berørt af situationen og jeg véd faktisk ikke, hvad jeg skal sige lige nu".

På en tværfaglig konference blev det drøftet, hvor svært det var for personalet, at en hustru ikke ønskede at ægtefællens smerter blev behandlet med morfin. Hustruen ønskede ikke, at patienten skulle blive for sløv. Personalet følte, at de skulle forsvare patienten mod ægtefællen. Ved at tale om baggrunden for hustruens reaktion, skabte vi større forståelse for den samlede situation. Patienten havde haft et meget kort sygdomsforløb, havde været sederet i flere dage på grund af overdosering under en anden indlæggelse, havde meget kort tid tilbage at leve i, og hustruen ønskede at få afklaret fremtiden for hende og deres fælles børn.

Der blev skabt forståelse for, at det var vigtigt at møde hustruen i hendes frustration og at medinddrage hende i planlægningen af patientens dag, så han kunne blive maksimalt smertelindret med minimal sedering, men samtidig være mest muligt vågen, når hun var til stede.

3c. De sidste levedøgn

I første spørgeskemaundersøgelse spurgte vi ikke specifikt til kompetencer i forhold til de sidste levedøgn og døden, men i sidste undersøgelse spurgte vi personalet om, i hvor høj grad de oplevede at have udviklet deres kompetencer i forbindelse med varetagelse af patient og pårørende de sidste levedøgn.

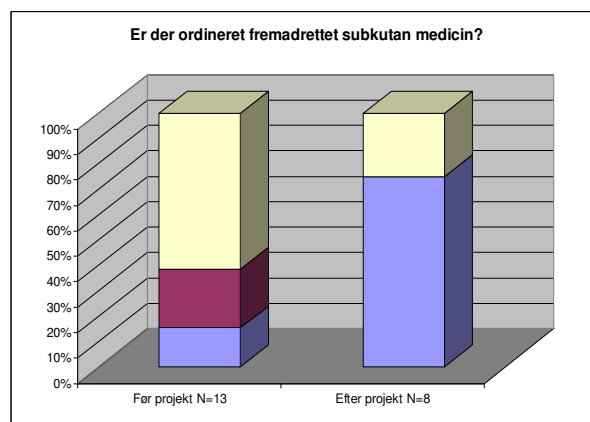


Tabel 15

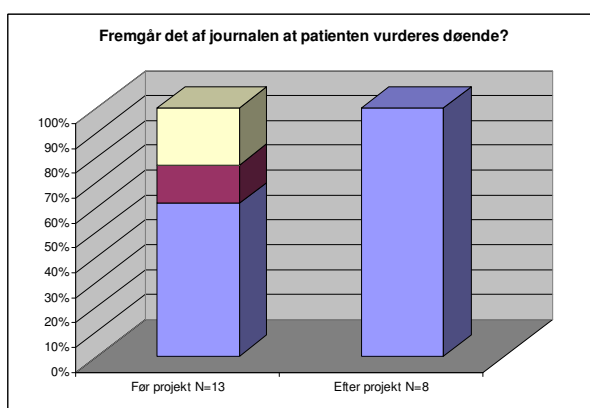
70 % af sygeplejersker, 90 % af læger og 100 % af SSA'er angav at deres kompetencer var forbedret 'en del' eller 'meget' i forhold til varetagelse af patient og pårørende de sidste levedøgn.

Resultater af audit

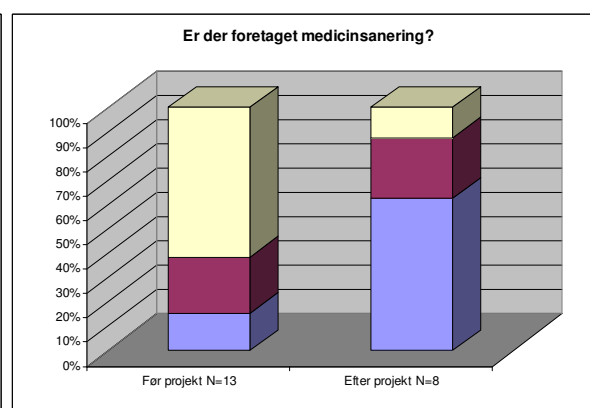
■ Delvist
■ Nej
■ Ja



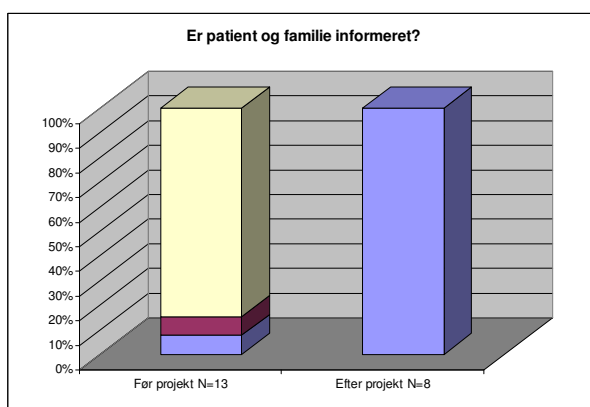
Tabel 16



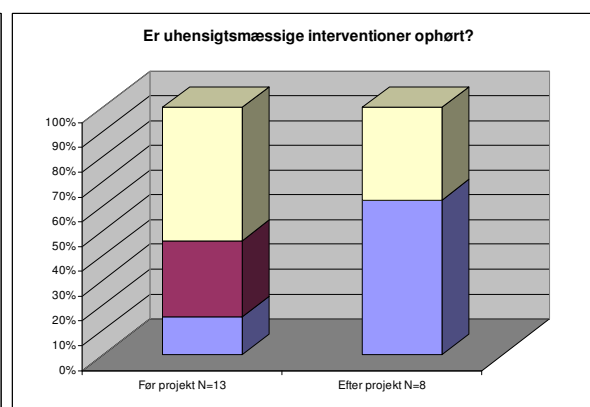
Tabel 17



Tabel 18



Tabel 19



Tabel 20

Tabel 16-20 viser, at LCP i modificeret udgave er implementeret i betydelig grad. 13 patienter indgik i baseline audit, 8 i slut audit. Af tabel 19 fremgår det, at før projektstart blev pårørende informeret om, at døden nærmede sig, men ikke patienten. Sluttaudit viser, at både pårørende og patient nu informeres. Hvis patienten ikke er i stand til at modtage information, fremgår det af journalen.

Ved baseline audit var døden ikke altid forudset, og når den var det, ordinerede lægerne flere gange "god og kærlig pleje", uden yderligere angivelse af hvad ordinationen bestod af. Ordinationen "god og kærlig pleje" i relation til døende patienter er jo et signal om, at der 'ikke skal gøres mere' og må betragtes som helt obsolet. Alle patienter har i øvrigt behov for god og kærlig pleje. I slutaudit er denne pseudo-ordination helt afskaffet.

Ved baseline audit fandtes også divergens mellem sygeplejenotater og lægenotater i forhold til, hvor tæt patienten var på at dø. I sygeplejenotater i EPJ var der tilfælde, hvor der i flere dage var noteret at patienten 'sløjer af', 'spiser og drikker sparsomt' mm., mens der samtidig i lægenotaterne ikke blev taget stilling til dette, men ordineret blodprøver, væske mm.

Ved slut audit er der eksempler på ordinationen "palliativ indsats" efterfulgt af medicinordinationer, og læge- og sygeplejenotat stemmer overens i forhold til vurdering af, hvor tæt patienten er på døden.

Tjekliste for de sidste døgn i sygeplejenotatet er først oprettet undervejs i projektet og er kun udfyldt 3 gange. Tjeklisten er oprettet som tjekliste i EPJ og rent teknisk viser det sig måske ikke at være hensigtsmæssigt, og at den i stedet skal føres ind i EPJ som en frase i sygeplejenotater.

Tiden efter dødsfald er ikke noget der i projektet er fokuseret på ud over pjece til efterladte "*Når døden bliver virkelighed*", da det også før projektstart var noget der var stort fokus på i afdelingen. Patienterne får en enestue, når der er behov for det og der gøres meget for at pårørende skal opleve, at de er velkomne. Efter et dødsfald dækkes sengebordet med en håndbroderet dug, og mens de pårørende er på stuen tændes to lys. Dette gjorde personalet i afdelingen også meget ud at drage omsorg for, før projektet gik i gang.

"Jeg har aldrig været i en afdeling, hvor alvorligt syge og døende var noget man var sig særligt optaget af. Det vil jeg helt klart tage med mig fremover." Yngre læges udtalelse i artikel i Kristeligt Dagblad om projektet ¹⁸.

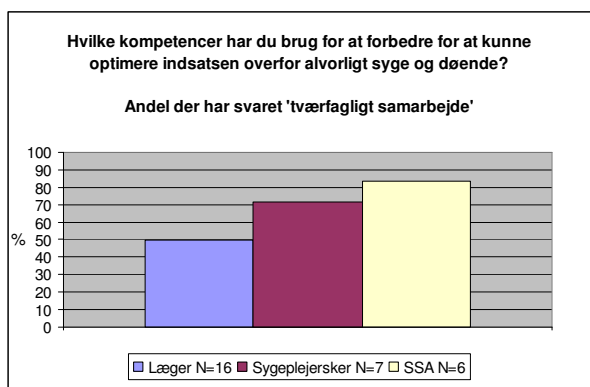
Projektelementer der understøtter kompetenceudvikling i forhold til "De sidste levedøgn"

- Temadage
- Behandlingsvejledninger på intranettet
- Projektsygeplejerske i afdelingen
- Telefonrådgivning
- Undervisning ved personalemøder/morgenmøder
- Tværfaglige konferencer

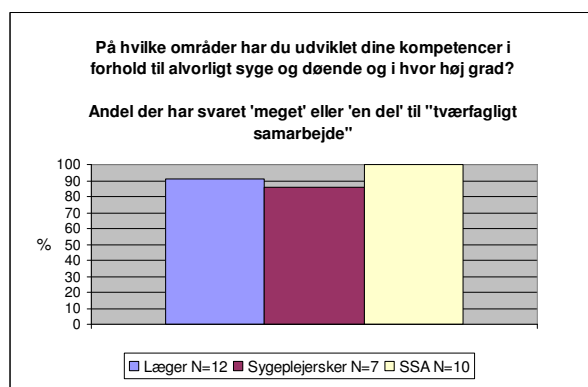
Eksempel:

På tværfaglig konference drøftedes den svære beslutning om, hvorvidt en patient var døende indenfor få levedøgn. Personalet havde forskellige opfattelser og overvejelser og disse blev drøftet i åbenhed. Afslutningsvist var der enighed om at tale med patient og familie om situationens alvor, inddrage dem i afdelingens overvejelser og informere om, hvad der kunne tilbydes den sidste tid.

3d. Tværfagligt samarbejde



Tabel 21



Tabel 22

I den første spørgeskemaundersøgelse angav ca. 85 % af SSA'erne, ca. 70 % af sygeplejerskerne og 50 % af lægerne at have behov for at forbedre deres kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde (tabel 21). I afsluttende spørgeskemaundersøgelse angav 75-100 % af alle, at de oplevede at have udviklet deres kompetencer 'meget' eller 'en del'. Kun 50 % af lægerne angav behov for at forbedre kompetencer i forhold til tværfagligt arbejde, mens 90 % efterfølgende oplevede at have forbedret deres kompetencer 'en del' eller 'meget' (tabel 22).

Vi vurderer, at afdelingsledelsens udtalte ønske om forandring og den måde specielt afsnittets overlæge, SK, sikrede, at plejepersonalets vurderinger kom til at indgå i den samlede vurdering af patienternes tilstand, har haft stor betydning.

Andre faggrupper

Fysioterapeuten deltog i en temadag, men ledelsen i fysioterapien meldte herefter ud, at der ikke var ressourcer til at deltage i projektet.

Sekretæren er ikke fysisk tilstede i afdelingen og tager ikke aktiv del i plejen, hvorfor hun ikke er inkluderet i spørgeskemaundersøgelser.

Ergoterapeuten deltog i en temadag og spørgeskemaundersøgelsen, men deltog ikke i palliative konferencer. Ergoterapeuten har været fraværende en stor del af projektperioden og er derfor ikke registreret i opgørelser fra spørgeskemaundersøgelser. Ergoterapeuten angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at det tværfaglige samarbejde er som før

projektet. Der var desuden ikke nogen notater fra ergoterapeut i journaler til afsluttende audit.

Vi vurderer, at temadagene hvor samarbejdets svagheder/styrker kunne drøftes og de tværfaglige konferencer, hvor der er sket fælles drøftelser af patientforløb, havde en positiv effekt på det tværfaglige samarbejde. Det er beklageligt, at dette reelt kun kom til at omfatte læger, sygeplejersker og SSA'ere. Den palliative indsats, også på basisniveau, forudsætter tværfaglighed.

3e. EORTC-QLQ-C15-PAL

I alt 27 patienter blev screenet med EORTC-QLQ-C15-PAL ved indlæggelse på A120. Kun 8 patienter fik foretaget en opfølgende screening. Palliativt Team Vejle anvender EORTC-QLQ-C15-PAL screening, og resultaterne fra screeninger ved teamets første hjemmebesøg hos henviste patienter er meget lig resultaterne for projekt-patienterne. Fra marts 2008 til april 2009 afsluttede teamet 204 patienter. 11 af disse blev set på sygehus og 3 blev afsluttet til egen læge og indgik derfor ikke i opgørelsen. 150 patienter (78 %) udfyldte spørgeskemaet (grunde til ikke at udfylde: kognitive problemer (14), for svag (12), andre grunde (14) ¹⁹.

Nedenstående tabel 23 viser andelen af patienter i de to undersøgelser, der svarede 'en del' eller 'meget' til spørgsmålene.

Symptom / problemstilling	Projektpatienter N=27	Palliativt Team N=150
Vanskeligheder ved at gå en kort tur udendørs	48 %	73 %
Nødt til at ligge i sengen eller sidde i stol om dagen	60 %	75 %
Behov for hjælp til at spise, tage tøj på, vaske dig eller gå på toilettet	20 %	38 %
Åndenød	58 %	36 %
Smerter	40 %	62 %
Søvnproblemer	32 %	28 %
Følt sig svag	80 %	81 %
Manglende appetit	62 %	56 %
Kvalme /opkast	11 %	27 %
Forstoppelse	34 %	39 %
Træthed	90 %	83 %
Smerter vanskeliggjorde daglige gøremål	39 %	54 %
Følt mig anspændt	40 %	42 %
Følt mig deprimeret	12 %	30 %

Tabel 23

22 af de 27 patienter angav deres livskvalitet på en skala fra 1-7 (1=meget dårlig, 7=særdels god). Den gennemsnitlige score var 3,3. Blandt patienterne henvist til Palliativt Team svarede 125 af de 150 patienter på spørgsmålet om livskvalitet og den gennemsnitlige score var 3.3, altså identisk med projektpatienternes.

Som det fremgår af tabellen, havde flere patienter tilknyttet palliativt team nedsat fysisk funktion og problemer med smerter, kvalme/opkastning og følelse af depression, mens patienterne på lungemedicinsk afdeling havde markant mere åndenød. Begge grupper af patienter havde, sammenlignet med andre lignende undersøgelser og sammenlignet med undersøgelser af kræftpatienter generelt, en tung symptombyrde ^{13;20}.

I en undersøgelse fra 2008 af patienter med fremskreden kræftsygdom fandt man, at patienter, som netop var udskrevet fra medicinske afdelinger, havde dårligere fysisk funktion, mindre livskvalitet og dårligere kognitiv funktion og øget træthed end gruppen generelt, og at patienter med lungecancer havde mere reduceret fysisk formåen, var mere trætte og generet af åndenød end patienter med andre diagnoser ¹³.

I den sidste spørgeskemaundersøgelse angiver 80-90 % af plejepersonalet og 75 % af lægerne, at EORTC-screenings instrument er et 'vigtigt' eller 'meget vigtigt' projektelement.

Ca. 50 % af patienterne i projektet er blevet screenet, hvilket er på niveau med andre afdelinger, som anvender EORTC. Ud fra 2. screening hos kun 8 patienter, er det ikke muligt at lave en vurdering af effekten af behandlingen ud fra de afgivne svar.

Ved slutaudit blev der kun lagt behandlingsplan, der refererede til EORTC, i 3 journaler.

Resultaterne fra EORTC-skemaerne blev gennemgået på morgenkonference, og på den måde blev patienternes symptombyrde fremlagt på en overskuelig måde, hvilket måske har medvirket til personalets positive vurdering af skemaernes betydning.

3f. Udskrivelse

Baseline audit viste, at Medicinsk Afdeling A120 havde afholdt udskrivningskonferencer i forbindelse med udskrivelse hos 6/12 patienter. Der var udarbejdet sygeplejerapport før udskrivelse hos 10/12 patienter.

Der var også før projektet stor bevågenhed på, at terminalregistrerede patienter havde stamafdeling inden udskrivelse, og dette fremgik tydeligt af journalerne.

Tjeklisten for udskrivelse af palliative patienter er en udvidelse af den allerede bestående tjekliste for alle patienter. Den blev implementeret i EPJ i juni måned, lige før sommerferieafvikling, og det er ikke muligt at vurdere, hvilken betydning den har - eller kan få.

I projekt-perioden er der, uafhængigt af projektet, lavet en aftale mellem primær sektor og sygehuset som indebærer, at der sendes forløbsplaner direkte fra EPJ til hjemmeplejen. Primær sektoren underrettes løbende om planen for indlæggelsen, hvilket muliggør hurtig udskrivelse af patienter, som f. eks gerne vil hjem for at dø.

Resultatet af afsluttende audit er, at Medicinsk Afdeling forsat har stort fokus på at forberede og afslutte udskrivelser. Holdningen i afdelingen er, at man ikke presser denne patientgruppe til udskrivelse, men sikrer at patient og familie er klar til det.

Det er ikke en del af projektet at evaluere, hvordan patienter, pårørende, hjemmesygeplejen og praktiserende læger vurderer forholdene omkring udskrivelse fra A120.

PERSONALETS VURDERING AF PROJEKTET

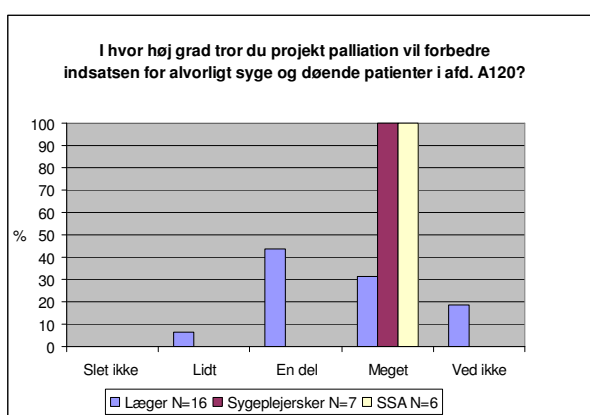
3g. Overordnet

I den indledende spørgeskemaundersøgelse blandt personalet i Medicinsk Afdeling spurgte vi:

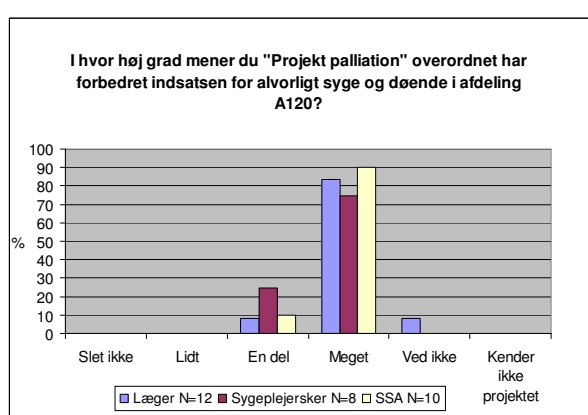
- *I hvor høj grad tror du, at "Projekt palliation" vil forbedre indsatsen for alvorligt syge og døende i afd. A120 (tabel 24).*

I den afsluttende spørgeskemaundersøgelse spurgte vi:

- *I hvor høj grad mener du, at "Projekt palliation" overordnet har forbedret indsatsen for alvorligt syge og døende i afd. A120 (tabel 25).*



Tabel 24



Tabel 25

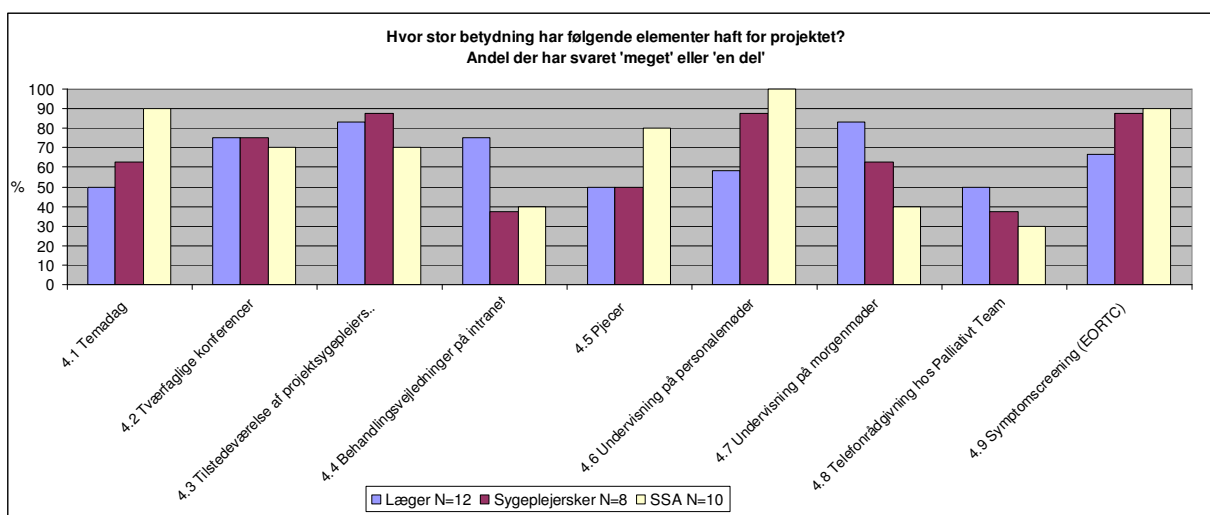
Samtlige sygeplejersker og SSA'ere mente forud for projektet, at det ville forbedre indsatsen for alvorligt syge og døende i afdelingen 'meget', mens det kun var ca. 30 % af lægerne, der troede at projektet ville forbedre indsatsen 'meget' og ca. 40 % 'en del'.

I den afsluttende spørgeskemaundersøgelse mener 85 % af lægerne, at projektet overordnet har forbedret indsatsen for alvorligt syge og døende i A120 'meget'. 90 % af SSA'erne og 75 % af sygeplejerskerne mener projektet har forbedret indsatsen 'meget', mens 25 % af sygeplejerskerne svarede 'en del'.

Trods naturligt lægeskifte blandt yngre læger to gange undervejs i projektperioden vurderer mere end 80 % af lægerne, at projektet har haft meget stor betydning trods mindre forventninger til projektet før start.

3h. De enkelte elementers betydning

I den afsluttende spørgeskemaundersøgelse bad vi personalet vurdere betydningen af de enkelte projektelementers betydning for projektet og graden af denne (tabel 26).



Tabel 26

Temadage

90 % af social- og sundhedsassistenterne, ca. 60 % af sygeplejerskerne og 50 % af lægerne fandt temadagene 'vigtige' eller 'meget vigtige'. På grund af udskiftning blandt læger og sygeplejersker var der en del, der ikke havde haft mulighed for at deltage i temadagene. SSA'erne var de samme i hele projektperioden.

Tværfaglige konferencer

Omkring 70 % af den samlede personalegruppe anså palliationskonferencerne for at være en 'vigtig' eller 'meget vigtig' del af projektet. Konferencerne blev afholdt indenfor en tidsramme på 30 min.

Projektsygeplejerske

70 % af social- og sundhedsassistenterne, 90 % af sygeplejerskerne og 85 % af lægerne vurderede, at tilstedeværelse af projektsygeplejerske i afdelingen var 'vigtigt' eller 'meget vigtigt'. En del af rådgivningen/vejledningen har særligt fundet sted omkring stuegang med tilstedeværelse af læger og

sygeplejersker. Kun to af afdelingens social- og sundhedsassistenter deltager stuegang.

Behandlingsvejledninger på intranettet

Ca. 40 % af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og 75 % af lægerne anser vejledninger på intranettet som et 'vigtigt' eller 'meget vigtigt' element. Lægerne er naturligt nok dem, der anvender behandlingsvejledningerne hyppigst, og de angav størst behov for at øge deres kompetencer i forhold til symptomlindring (tabel 26). Projektsygeplejersken har ofte henvist lægerne til intranettet for at understøtte råd og vejledning.

Pjecer

Pjecerne vurderes til at have haft mindre betydning for læger og sygeplejersker. 80 % af social- og sundhedsassistenterne finder pjecerne 'vigtige' eller 'meget vigtige'. Pjecerne er rettet mod patient og i særdeleshed pårørende og i mindre grad som læring for personalet. Indholdet i pjecerne understøtter kommunikationen og udleveres af plejepersonalet.

Undervisning på personalemøder

LJ underviste regelmæssigt på plejepersonalets personalemøder. 90-100 % af disse vurderer, at undervisningen på personalemøder er 'vigtigt' eller 'meget vigtigt'. Indholdet var meget konkret og der blev arbejdet med cases indenfor bl.a. smertebehandling og obstipation.

Undervisning på morgenmøder for læger

TV underviste lægerne på to morgenmøder om behandlingsvejledningerne på intranettet, baggrunden for projektet og symptombehandling. 85 % af lægerne vurderede det som et 'vigtigt' eller 'meget vigtigt' element.

Telefonrådgivning

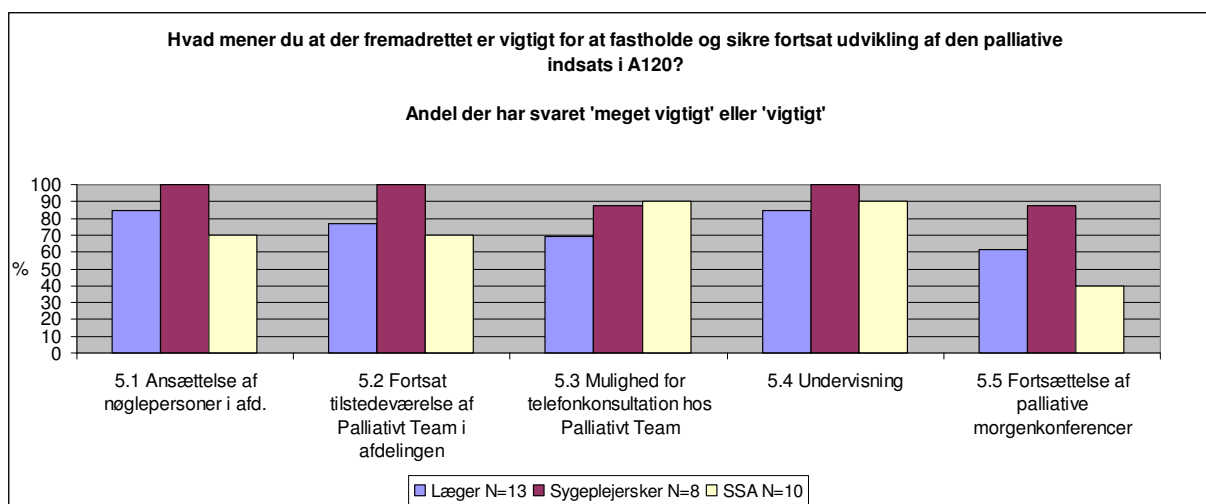
Der er ikke lavet en opgørelse over, hvor ofte muligheden for telefonrådgivning fra Palliativt Team har været benyttet, men en rundspørge blandt teamets læger viser, at det har været i meget begrænset omfang. Dette skyldes formentlig tilstedeværelse af projektsygeplejerske i afdelingen og tværfaglige konferencer med tilstedeværelse af TV. De få gange rådgivning har fundet sted, drejede det sig om kompleks symptomatologi, blandt andet smertebehandling.

EORTC-symptomscreening

80-90 % af plejepersonalet og 75 % af lægerne vurderede, at EORTC-screenings instrumentet er et 'vigtigt' eller 'meget vigtigt' projektelement.

3i. Fastholdelse og fortsat udvikling af projektet

Ved den sidste spørgeskemaundersøgelse bad vi personalet angive, i hvor høj grad de anså de enkelte projektelementer for vigtige for fastholdelse og fortsat udvikling af projektet.



Tabel 27

Ansættelse af nøglepersoner

Mellem 70 % og 100 % finder ansættelse af nøglepersoner i afdelingen 'vigtig' eller 'meget vigtig'. Vores vurdering er, at projektets gennemførelse i høj grad har været afhængig af projektsygeplejerskens tætte samarbejde med AS som nøgleperson i afdelingen.

Fortsat tilstedeværelse af Palliativ Team i afdelingen

Mellem 70 % og 100 % mener at teamets fortsatte tilstedeværelse er 'vigtig' eller 'meget vigtig'.

Mulighed for telefonkonsultation hos Palliativ Team

Mellem 70 % og 90 % fandt det 'vigtig' eller 'meget vigtig' at have mulighed for telefonkonsultation, selv om dette tilbud under projektet ikke var blevet benyttet i ret udtalt grad.

Undervisning

Mellem 85 % og 100 % finder undervisning 'vigtig' eller 'meget vigtig' fremadrettet.

Fortsættelse af palliative morgenkonferencer

Mellem 40 % og 85 % fandt den palliative morgenkonference 'vigtig' eller 'meget vigtig' fremadrettet. Vi vurderer, at konferencens tidsmæssige placering i afdelingen ikke var optimal.

KONKLUSION

Antallet af professionelle og patienter i projektet er relativt lille, men tillader dog nogle overordnede konklusioner.

På baggrund af auditresultater og spørgeskemaundersøgelser er det vores konklusion, at projektet har øget personalets kompetencer i forhold til behandling og pleje af alvorligt syge og døende patienter samt forbedret kommunikationen med såvel patienter som pårørende. Der vil dog være brug for kontinuerlig implementering af projektet, for at fastholde og videreudvikle de opnåede kompetencer og det ændrede handlemønster i forhold til de alvorligt syge patienter og deres pårørende.

Følgende elementer i projektet har ved evalueringen givet anledning til specielle overvejelser:

Tværfagligt/flerfagligt samarbejde

Det flerfaglige samarbejde blandt læger og plejepersonale har udviklet sig gennem projektet.

For at det tværfaglige samarbejde og indsatsen overfor alvorligt syge og døende kan optimeres yderligere, forudsætter det inddragelse og prioritering af specielt den fysioterapeutiske intervention.

Kommunikation

Personalet havde et stort ønske om at forbedre de kommunikative kompetencer.

Kommunikationstræning er ikke en del af projektet, men der er et stort behov for træning og dette bør indgå i afdelingsledelsens overvejelser i forbindelse med videreuddannelse.

Temadage

Temadagene er meget omkostningstunge og ressourcekrævende. Grundet naturligt personale-flow vurderer vi, at udbyttet af undervisning i 3-4 timer hvert ½ år, vil være mere optimalt end hele temadage.

Nøglepersoner i afdelingen

Personalet vurderer, ligesom vi også gør det, at det er vigtigt for implementering af projektets elementer i afdelingen, at der er en sygeplejerske dedikeret til at være palliativ ressourceperson, og at der er en ansvarlig og dedikeret overlæge.

Ligeledes vil det være en forudsætning for fastholdelse og videre udvikling af projektets indhold, at der ansættes en sygeplejerske som nøgleperson for afdelingens palliative indsats.

Medicinsk Afdeling har, på baggrund af projektforsløbet, besluttet at ansætte en palliations-ansvarlig sygeplejerske i afdelingen til fortsat implementering og udvikling af projektets indhold.

Mulig betydning for patienter uden for projektet

Det er vores vurdering, at personalets ændrede adfærd også har fået positiv betydning for patienter med andre sygdomme end kræft, specielt for patienter med terminal lungesygdom, i forbindelse med indlæggelse og evt. død i afdelingen.

På grund af den relativt store udskiftning af personale, specielt de yngre læger, kan man forvente en spredningseffekt til andre afdelinger gennem de yngre lægers øgede kompetencer.

Generisk model

Vi konkluderer, at man på baggrund af projektet *'Palliation på sygehuset'* under hensyntagen til ovenstående overvejelser, kan udarbejde en generisk model for et kvalitetsudviklingsprojekt til optimering af indsatsen overfor alvorligt syge og døende i en sygehusafdeling.

4. PROJEKTETS VIDERE IMPLEMENTERING

4a. Udkast til generisk model

Kvalitetsudviklingsprojektet 'Palliation på sygehuset' varer 10 måneder på den involverede afdeling (incl. baseline- og slutaudit).

Før opstart nedsættes en styregruppe:

- Projektsygeplejerske fra Palliativt Team
- Ansvarlig læge fra Palliativt Team
- Ressourcesygeplejerske i afdelingen
- Ansvarlig læge i afdelingen
- Medlem fra afdelingsledelsen

Projektets elementer

- Projektsygeplejerske fra Palliativt Team 20 timer om ugen
- Ressourcesygeplejerske i afdelingen
- Undervisning
 - temaeftermiddage hver 2. måned
 - undervisning for læger på morgenmøder
 - undervisning for plejepersonale på personalemøder
 - undervisning af fysioterapeuter ved Palliativt Teams fysioterapeut
- Tværfaglige konferencer. Frekvens og tidspunkt planlægges individuelt for hver afdeling
- Tjeklister i EPJ. Tilpasses afdelingens brug af EPJ
- Undervisningsmateriale
 - links til behandlingsvejledninger på intranettet
 - informationsmappe til nyansatte
- Pjecer

Kvalitetsmåling

- Journalaudit
 - før projektopstart (baseline audit)
 - efter 4 måneder
 - efter 8 måneder (slutaudit)

Fastholdelse og fortsat kvalitetssikring

- Ansættelse af palliativ ressourceplejerske
- Årlig journalaudit
- Fortsat formaliseret samarbejde med Palliativt Team

4b. Økonomi og ansvarsfordeling

Den enkelte afdeling afholder udgifter til:

- Personalefravær ved møder og undervisning
- Forplejning i forbindelse med undervisning
- IT-support
- Nøglepersoner i afdelingen

Palliativt Team sikrer

- Læge fra teamet dedikeret til projekt i den enkelte afdeling
- Vedvarende opgradering af vejledninger og retningslinjer
- Undervisning i det nødvendige omfang

Nødvendig opnormering der skal sikres finansieret:

- Aflønning af projektsygeplejerske 20 timer pr. uge i 10 måneder pr. afdeling gennem opnormering af Palliativt Team i perioden

4c. Medicinsk Afdeling A120

I forlængelse af projektets gennemførelse i en afdeling, vil det være naturligt at der indgås en mere formaliseret samarbejdsaftale med Palliativt Team.

Sammen med Medicinsk Afdeling har vi indgået følgende aftale, som vil blive evalueret som en model for vedvarende samarbejde omkring de alvorligt syge patienter.

- Sygeplejerske fra Palliativt Team (LJ) deltager i morgenkonferencer en dag om ugen indtil videre
- Tværfaglige konferencer kan fortsættes, f.eks. én gang månedligt
- Palliations-ansvarlig sygeplejerske på Medicinsk Afd. (AS) deltager i teamets netværksmøder
- Løbende undervisning af læger og plejepersonale, SK, AS
- Fortsat mulighed for telefonrådgivning fra palliativt team
- LJ og AS arbejder videre med placering af tjeklister i EPJ
- Audit om et år (DDKM), AS

4d. Sygehus Lillebælt

Plan for forsat implementering på andre relevante afdelinger er afhængig af sygehusledelsens opbakning, de enkelte afdelingers interesse for projektet og forudsætter økonomiske bevillinger.

Reference List

- (1) WHO. Cancer Pain relief and Palliative Care. technical report no. 804. 1990. Geneva, WHO.
Ref Type: Report
- (2) Sundhedsstyrelsen. Faglige retningslinier for den palliative indsats. 1999. København, Sundhedsstyrelsen.
Ref Type: Report
- (3) Sundhedsstyrelsen. Dødssted for kræftpatienter i Danmark. 2005.
Ref Type: Internet Communication
- (4) Vejlgaard T, Addington-Hall JM. Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliat Med* 2005; 19(2):119-127.
- (5) Vejlgaard TB. Uddannelsesbehov hos læger og sygeplejersker inden for palliativ pleje og behandling. *Ugeskr Laeger* 2003; 165(36):3413-3417.
- (6) Dalgaard KM. At leve med alvorlig sygdom. Aalborg Universitet; 2007.
- (7) Damkier A, Vejlgaard T, Grunnet J. Hospital doctors' and nurses' educational needs in palliative care. A questionnaire survey before starting a palliative care service. *Palliat.Med.* 20[3]. 2006.
Ref Type: Abstract
- (8) National Institute for Clinical Excellence. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. 2004.
Ref Type: Report
- (9) Ellershaw J, Smith C, Overill S, Walker SE, Aldridge J. Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21(1):12-17.
- (10) Deming EW. The New Economics for Industry, Government, Education. 2nd ed. MIT Press; 2000.
- (11) Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer* 2006; 42(1):55-64.
- (12) Benner P. From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. *The American Journal of Nursing* 1984; 84(12):1480.
- (13) Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Palliat Med* 2009; 23(6):491-501.
- (14) Jespersen BA, Salomonsen A, Rasmussen TR. Symptomlindring ved åndenød. *Ugeskr Laeger* 2007; 169(44):3756-3759.

- (15) Mark et al. Patienter behandlet for lungekræft har også brug for rehabilitering. Fysioterapeuten , 9-14. 14-9-2009.
Ref Type: Magazine Article**
- (16) Hjelt K, Jorgensen I, Skaffe-Holm P. Uddannelse af personalet i patientkommunikation på en klinisk afdeling. Ugeskr Laeger 2004; 166(21):2035-2037.**
- (17) Poulsen J. Kommunikationskurserne virker. Ugeskr Laeger 2000; 162:5323.**
- (18) Henriksen L. Helbrede, lindre, trøste. Kristeligt Dagblad 2009 Aug 28.**
- (19) Vejlgård, et al. First home visit to patients referred to a specialist palliative care team. 11th congress of EAPC, Vienna . 2009.
Ref Type: Abstract**
- (20) Stromgren AS, Groenvold M, Pedersen L, Olsen AK, Sjogren P. Symptomatology of cancer patients in palliative care: content validation of self-assessment questionnaires against medical records. Eur J Cancer 2002; 38(6):788-794.**

Spørgeskema undersøgelse

PALLIATIONSPROJEKT

☐ sygeplejerske

☐ læge

☐ SSA

☐ fysioterapeut

☐ andet

Jeg er velinformeret om "Projekt palliation på sygehuset"

Ja
☐

nej
☐

delvist
☐

ved ikke
☐

1. I hvor høj grad tror du "Projekt palliation på sygehuset" vil forbedre indsatsen for alvorligt syge og døende i afdeling A120?

Slet ikke
☐

lidt
☐

en del
☐

meget
☐

ved ikke
☐

2. Hvordan vil du vurdere kvaliteten af indsatsen i forhold til alvorligt syge og døende patienter i afdeling A120?

Meget dårlig
☐

dårlig
☐

god
☐

særdeles god
☐

ved ikke
☐

3. Hvordan vurderer du din egen indsats i forhold til alvorligt syge og døende patienter?

Meget dårlig dårlig god særdeles god ved ikke
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Hvilke kompetencer har du brug at forbedre for at kunne optimere indsatsen overfor alvorligt syge og døende? (sæt gerne flere krydser)

- ☐ Medicinsk symptomlindring
- ☐ Kommunikation med patienter og pårørende
- ☐ Viden om sorg og tab
- ☐ Tværfagligt samarbejde
- ☐ Andet: _____

5. Hvilke barrierer oplever du generelt i afdeling A120 i forhold til indsatsen overfor alvorligt syge og døende? (sæt gerne flere krydser)

- ☐ Manglende tid
- ☐ Utilstrækkeligt samarbejde med andre faggrupper
Hvilke: _____
- ☐ Manglende kliniske retningslinjer
- ☐ Usikkerhed pga. _____
- ☐ Dårlige fysiske rammer
- ☐ Andet _____

Spørgeskemaet bedes udfyldt og afleveret senest mandag 01.12.08 i kasse mærket "palliationsprojekt" i lægernes konferencerum eller på Lone Oehlenschläegers kontor.

På forhånd tak

Steffen Kristensen, Anette Stoklund, Tove Vejlgård og Lene Jørgensen

Evaluering af Projekt Palliation på sygehuset

Spørgeskemaundersøgelse

1. Hvilken stilling har du?

- ☐ sygeplejerske
- ☐ læge
- ☐ SSA
- ☐ fysioterapeut
- ☐ andet

2. Hvor længe har du været ansat i A120 ?

- ☐ 0-3 mdr.
- ☐ 3-6 mdr.
- ☐ 6-9 mdr.
- ☐ > 9 mdr.

3. I hvor høj grad mener du "Projekt palliation på sygehuset" overordnet har forbedret indsatsen for alvorligt syge og døende i afdeling A120?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Slet ikke | lidt | en del | meget | ved ikke | kender ikke projektet |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

4. Hvor stor betydning har følgende elementer haft for projektet

4.1 Temadage:

Ingen betydning ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐ kender ikke projektet ☐

Kommentar:.....
.....

4.2 Tværfaglige konferencer (torsdage)

Ingen betydning ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐ kender ikke projektet ☐

Kommentar:.....
.....

4.3 Tilstedeværelse af projektsygeplejersken i afdelingen

Ingen betydning ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐ kender ikke projektet ☐

Kommentar:.....
.....

4.4 Behandlingsvejledninger på intranettet

Ingen betydning ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐ kender ikke projektet ☐

Kommentar:.....
.....

4.5 Pjecer

Ingen betydning ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐ kender ikke projektet ☐

Kommentar:.....
.....

4.6 Undervisning på personalemøder

Ingen betydning ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐ kender ikke projektet ☐

Kommentar:.....
.....

4.7 Undervisning på morgenmøder (læger)

Ingen betydning ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐ kender ikke projektet ☐

Kommentar:.....
.....

4.8 Telefonrådgivning hos palliativt team

Ingen betydning ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐ kender ikke projektet ☐

Kommentar:.....
.....

4.8 Symptomsscreening (EORTC)

Ingen betydning ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐ kender ikke projektet ☐

Kommentar:.....
.....

5. Hvad mener du der fremadrettet er vigtigt for at fastholde og sikre fortsat udvikling af den palliative indsats i A120?

5.1 Ansættelse af nøgleperson i afd.

Meget vigtigt ☐ vigtigt ☐ mindre vigtigt ☐ slet ikke vigtigt ☐ ved ikke ☐

5.2 Fortsat tilstedeværelse af palliativt team i afdelingen

Meget vigtigt ☐ vigtigt ☐ mindre vigtigt ☐ slet ikke vigtigt ☐ ved ikke ☐

5.3 Mulighed for Telefonkonsultation hos palliativt team

Meget vigtigt ☐ vigtigt ☐ mindre vigtigt ☐ slet ikke vigtigt ☐ ved ikke ☐

5.4 Undervisning

Meget vigtigt ☐ vigtigt ☐ mindre vigtigt ☐ slet ikke vigtigt ☐ ved ikke ☐

5.5 Fortsættelse af Palliative morgenkonferencer (torsdag)

Meget vigtigt ☐ vigtigt ☐ mindre vigtigt ☐ slet ikke vigtigt ☐ ved ikke ☐

5.6 Andet (hvilket) ☐

.....
.....

6. På hvilke områder har du udviklet dine kompetencer i forhold til alvorligt syge og døende og i hvor høj grad?

6.1 Helhedsorienteret syn på patienten

Slet ikke ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐

Kommentarer.....
.....

6.2 Kommunikation med patient og pårørende

Slet ikke ☐ lidt ☐ en del ☐ meget ☐ ved ikke ☐

Kommentarer.....
.....

6.3 Forståelse for patient og pårørendes reaktioner

Slet ikke lidt en del meget ved ikke
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentarer.....
.....

6.4 Tværfagligt samarbejde

Slet ikke lidt en del meget ved ikke
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentarer.....
.....

6.5 Varetagelse af patient/pårørende de sidste levedøgn

Slet ikke lidt en del meget ved ikke
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentarer.....
.....

6.6 Smertebehandling

Slet ikke lidt en del meget ved ikke
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentarer.....
.....

6.7 Symptomlindring(andet end smerter)

Slet ikke lidt en del meget ved ikke
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentarer.....
.....

Kommentarer til projektet i øvrigt:

.....
.....
.....
.....

Med venlig hilsen og tak for hjælpen

Steffen Kristensen, Anette Stoklund, Tove Vejlgaard og
Lene Jørgensen, Projektsygeplejerske