

Basispalliation i kirurgisk afdeling giver tryghed og kvalitet i plejen

Hvis palliative patienter gribes så tidligt som muligt, kan vi forbedre deres forløb og i sidste ende livskvalitet – både deres egen og deres pårørendes. Siden 2013 har Bispebjerg Hospital haft en tidlig palliativ, individualiseret og tværfaglig indsats til mave-tarmkirurgiske patienter med uhelbredelig kræftsygdom. Indsatsen er ved at blive evalueret og evidensbaseret i et forskningsprojekt.



Gitt Krebs Mikkelsen

Sygeplejerske



Stine Gerhardt

Sygeplejerske, cand.scient.san



Annette Lausten

Kommunikationsmedarbejder

Den basale palliative indsats til patienter med uhelbredelig kræftsygdom på hospitaler i Danmark er udfordret af tilfældighed og en manglende strategi for organisering (1). Identifikationen af patienternes palliative behov bliver derfor utilstrækkelig, og det kan medføre en manglende indsats til både patienter og pårørende.

I Abdominalcenter K, som er mave-tarmkirurgisk- og medicinsk afdeling på Bispebjerg Hospital, førte ét af afdelingens ph.d.-studier i 2013 et projekt med sig, hvor målet var at skabe bedre forhold for afdelingens patienter med uhelbredelig kræftsygdom, som fik en "åben indlæggelse" til afdelingen. Indsatsen havde til mål at fremme livskvaliteten hos patienterne ved lindring af fysiske, psykiske og psykosociale problemstillinger gennem en systematisk kontakt til en specialsygeplejerske, som arbejder med palliation til afdelingens uhelbredeligt syge kræftpatienter samt den åbne indlæggelse. Ligeledes skulle indsatsen støtte de pårørende. Projektets indsats har over tid udviklet sig til at beskæftige to specialsygeplejersker på fuld tid, hvoraf halvdelen af den ene stilling er øremærket til forskning. I dag er indsatsen organisatorisk og tværfagligt velintegreret i afdelingen, hvor vi følger alle afdelingens patienter med uhelbredelig kræftsygdom fra den tidlige palliative fase frem til livets afslutning.

Patienten ud af ingenmandslandet

I Abdominalcenter K har den palliative indsats givet patienten en livline med mulighed for at få hjælp af en special-

sygeplejerske, som kender deres forløb. Ligeledes giver den åbne indlæggelse afdelingens patienter med uhelbredelig kræftsygdom mulighed for at kontakte en sygeplejerske i et sengeafsnit døgnet rundt med henblik på at få råd, vejledning og eventuel direkte indlæggelse i afdelingen.

Sygeplejerske Gitt Krebs Mikkelsen blev som erfaren mave-tarmkirurgisk sygeplejerske og specialuddannet i kræftsygepleje ansat på fuld tid i projektet til at udvikle en basal palliativ indsats. Ved at gennemgå 250 journaler fra åbne indlæggelser i afdelingen viste der sig et mønster: Patienter, der var blevet henvist med symptomer som opkastninger, smerter, vægttab og lignende, blev udredt, og man fandt uhelbredelig kræftsygdom. De fik altså en diagnose, men blev ikke nødvendigvis lindret for deres symptomer. Det medførte genindlæggelser, og patienten blev ofte sendt frem og tilbage i ingenmandslandet mellem hospitalsafdeling og primær sektor uden nogen fast plan for opfølgning. Selvom patienterne havde åbne indlæggelser, kontaktede de ikke altid afdelingen, hvis de havde brug for hjælp.

Det blev hurtigt klart, at den forbedrede indsats for afdelingens patienter med uhelbredelig kræftsygdom skulle handle om symptomlindring, systematisk opfølgning over telefon og koordination af forløbet for at komme de typiske problemer i patientforløbene i forkøbet.

Sidenhen har patienterne selv været med til at definere, hvad deres behov er – for behovene er individuelle, og at

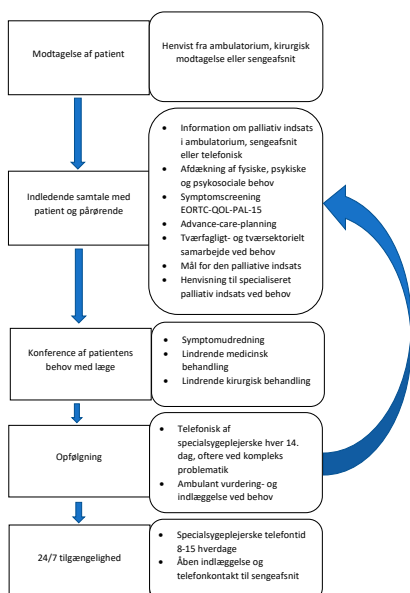


inddrage de pårørende er essentielt for indsatsens succes.

”Det at man har en livline og at den er tilgængelig. Det er ikke bare at ringe til et eller andet nummer mellem 13-16 undtaget om onsdagen. Det kan man jo ikke bruge til noget. Hvis man har et problem, man gerne vil have løst, er det godt at kunne ringe til nogen direkte.”

Mand, 64 år – fulgt i den basale palliative indsats

Som patienten siger, er tilgængeligheden af stor betydning og det faktum, at det er en velkendt fagperson med kendskab til deres sygdomsforløb og aktuelle problemstillinger, der tager imod henvendelserne, er ligeledes essentielt.



Patienterne får et anker at holde fast i
Palliativ indsats i Danmark er organiseret i et basisniveau og et specialistniveau. På basisniveau er den palliative indsats en del af daglig praksis og udføres af basiskirurgiske- og medicinske afdelinger og primær sektor. På specialistniveau er palliation kerneopgaven og udføres af palliative afdelinger og hospiceteams (2).

Mange patienter med uhelbredelig kræftsygdom oplever fysiske og psykologiske symptomer som smerter, kvalme, obstipation, depression og angst (3). En større befolkningsundersøgelse udført i Danmark viste, at patienter med kræft indlagt på basis kirurgiske- og medicinske afdelinger ikke oplevede, at deres symptomer blev lindret i tilstrækkelig grad (4). Desuden viser det sig, at pårørende, som ofte har en vigtig rolle i sygdomsforløbet, oplever både helbredsmæssige og psykosociale problemstillinger (5). Det har derfor stor betydning at inddrage de pårørende og deres behov i den basale palliative indsats.

Patienter med uhelbredelig kræftsygdom har hyppige indlæggelser den sidste del af livet, og mange dør på hospitalerne (6, 7). Studier peger på, at palliativ indsats i basisniveauet først iværksættes i den terminale del af sygdomsforløbet (8). Dette, trods de mange velkendte fordele så som forbedring af symptomer, øget livskvalitet og tilfredshed hos patienter og pårørende (9).

Grundet ressourcemangel er det kun 50 procent af patienter med uhelbredelig kræftsygdom, der får tilbudt palliativ indsats på specialistniveau, og derved

kræves det af almindelige basiskirurgiske- og medicinske afdelinger, at der rettes fokus mod en basal palliativ indsats, som ellers ikke er hovedopgaven (10), og som baseres på de elementer der har betydning for patienternes livskvalitet. Disse elementer udgør fysiske, psykiske, kognitive og sociale elementer. Ligeledes er nem adgang til sundhedsydelse i et trygt og velkoordineret forløb en betydende faktor (11).

”Jamen, det betyder en enorm tryghed. Virkelig! Jeg føler jeg har sådan et anker med i hånden, ikk. For hun har forstand på det, så hun ved hvad det betyder hvis jeg f.eks. kaster op. Det er simpelthen en mental tryghed og for hende er det DEN patient. Det kan jeg godt mærke. Jeg føler at hun er i mit ringhjørne. Jeg ved at alle sygeplejersker passer godt på patienterne, men de har ikke individualiseret opfattelse eller kontakt til patienten som hun har”

Kvinde, 72 år – fulgt i den basale palliative indsats

Vi har i Abdominalcenter K god erfaring med at forankre en basal palliativ indsats i det kirurgiske speciale. Det er helt naturligt for os, som erfarne mave-tarmkirurgiske sygeplejersker at se symptomerne fra et kirurgisk perspektiv og i lyset af patientens diagnose overveje, om det er kirurgiske tiltag, der

kan lindre patientens symptomer. Vores patienter kan have obstruerende tumorer i tarmsystem og galdeveje, som kan afhjælpes med operation. På samme måde kunne man forestille sig, at en basal palliativ indsats forankret i f.eks. det lungemedicinske speciale ville tilføje en ekstra dimension af dybdegående kendskab til behandling og lindring af lungeproblematikker.

I 2019 fik vi mulighed for at indrette lokaler i et nyetableret sygeplejeambulatorium, hvor vi har plads til samtalerum dekoreret i behagelige farver, dæmpet belysning og møbler, som indgyder ro til samtale. Derudover har vi en sengestue med mulighed for at tage patienter ind ambulant til vurdering og lindrende tiltag. Vi giver f.eks. klyx, blodtransfusioner, IV væske og assisterer til ascitesdrænage. Afdelingen har indført en dagkirurgisk lægefunktion, hvor en speciallæge er til rådighed for de palliative forløb, indlagte såvel som ambulante. Det giver specialsygeplejer-

skerne mulighed for hurtigt at kunne handle på ændringer i patientens tilstand.

Det tværfaglige samarbejde skal fungere

Ved indsatsens opstart kontaktede Gitt Krebs Mikkelsen lederne i hjemmesygeplejen, som kunne blive potentielle samarbejdspartnere. Ingen reagerede dog på henvendelserne. Som tiden gik, blev det tydeligt, at samarbejdet opstod ud af de enkelte patientforløb. Det har krævet tålmodighed, men efterhånden har vi skabt et solidt netværk på tværs af specialer i såvel primær sektor som onkologisk- og specialiseret regi og som har stor betydning for patientforløbene. Vi samarbejder blandt andet med praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og personalet i kommunale aflastningsenheder om lindring i den sidste tid. Mange problematikker kan klares over telefon, og derved undgår vi uhensigtsmæssige hospitalsindlæggelser.

At få indsatsen til at blive en del af afdelingen krævede også tålmodighed. Her var det det daglige samarbejde med lægerne, sygeplejerskerne, fysioterapeuterne og diætisterne, der fik betydning for at vise gevinsten ved den palliative indsats. Både læger og sygeplejersker har fundet støtte i at kunne overdrage patienter, som netop har modtaget budskab om livstruende sygdom, til specialsygeplejerskerne, som herefter griber patienten og den pårørende og sætter ind med tidlig palliativ indsats baseret på deres behov.

For Peter Sparre, som er afsnitsansvarlig overlæge på Kirurgisk Sengeafsnit K5 i Abdominalcenter K, er det ikke kun en ressourcebesparelse for lægerne, at specialsygeplejerskerne tager sig af og løser mange af patienternes problemstillinger, som ellers traditionelt ville være lægeligt arbejde.

”De er bedre til at håndtere patienterne, fordi de ofte har mere tid – det giver en bedre kvalitet i den behandling, som patienterne får,” siger Peter Sparre. Han er ikke i tvivl om, at specialsygeplejerskerne med den tættere kontakt til patienterne både ved mere om deres smertebehandling og bedre kan se årsag/sammenhæng i patienternes problematikker.

Ledende oversygeplejerske i Abdominalcenter K, Kirsten Amsinck er heller ikke i tvivl om, hvor den store fordel i den basale palliative indsats findes:

”Det giver kvalitet for patienten, for kollegerne og det giver effektivitet, fordi vi får bedre tilrettelagte patientforløb og kortere indlæggelsesforløb ved at koncentrere opgaven på få kompetente hænder,” siger Kirsten Amsinck og tilføjer, at undervisning og kompetenceudvikling af basissygeplejerskerne skal følge med, fordi funktionen som specialsygeplejerske ellers vil være sårbar ved f.eks. sygdom. ”Det er vigtigt, at basissygeplejerskerne får koblet specialet sammen med palliation,” siger Kirsten Amsinck.

I det daglige arbejder specialsygeplejerskerne tæt sammen med kirurgerne og sygeplejerskerne om, at fokus holdes på palliation med udgangspunkt

FAKTABOKS 1: ”OM ABDOMINALCENTER K”

Abdominalcenter K: Medicinsk og kirurgisk gastroenterologi med eget modtageafsnit, 3 sengeafsnit, dagkirurgi, endoskopi, operationsgang, forskellige ambulatorier og et forskningsafsnit.

Sygeplejerske Gitt Krebs Mikkelsen blev ansat som specialsygeplejerske i 2013, og siden 2018 har sygeplejerske, cand.scient.san Stine Gerhardt arbejdet halv tid som specialsygeplejerske og halv tid med forskning på området.

FAKTABOKS 2: ”OM BASAL PALLIATIV INDSATS”


Patienter med uhelbredelig kræftsygdom i colon, rektum, pancreas, eosophagus, galdeveje og lever er en del af den basale palliative indsats.

I 2019 var 124 patienter tilknyttet den basale palliative indsats. Af dem blev 50 % henvist til specialiseret palliativ indsats.

Specialsygeplejerskerne har telefontid på hverdage 8-15, og der er mulighed for at kontakte dem pr e-mail og sms. Hvis patienterne indlægges, følges de af specialsygeplejersken under indlæggelse i alle Abdominalcentrets afsnit samt rundt på hospitalet ved behov.

Specialsygeplejerskerne står for medicinopstart, evaluering og ændring samt recepter, som ordineres og godkendes af læge. Desuden står vi for henvisninger til det specialiserede niveau, når der er brug for deres tværfaglighed og viden om den mere komplekse medicinering.

DANISH



EORTC QLQ-C15-PAL (version 1)

Vi er interesserede i at vide noget om dig og dit helbred. Vær venlig at besvare alle spørgsmålene selv ved at sætte en ring omkring det svar (tal), som passer bedst på dig. Der er ingen "rigtige" eller "forkerte" svar. De oplysninger, som du giver os, vil forblive strengt fortrolige.

Skriv venligst dine for bogstaver her:

--	--	--	--	--

Din fødselsdato (dag, måned, år):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dato for udfyldelse af dette skema (dag, måned, år):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en <u>kort</u> tur udendørs?	1	2	3	4
2. Er du nødt til at ligge i sengen eller sidde i en stol om dagen?	1	2	3	4
3. Har du brug for hjælp til at spise, tage tøj på, vaske dig eller gå på toiletet?	1	2	3	4
I den forløbne uge:				
4. Havde du åndenød?	1	2	3	4
5. Har du haft smerter?	1	2	3	4
6. Har du haft søvnbesvær?	1	2	3	4
7. Har du følt dig svag?	1	2	3	4
8. Har du savnet appetit?	1	2	3	4
9. Har du haft kvalme?	1	2	3	4
10. Har du haft forstoppelse?	1	2	3	4

Vær venlig at fortsætte på næste side.

DANISH

I den forløbne uge:

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget			
11. Var du træt?	1	2	3	4			
12. Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål?	1	2	3	4			
13. Følte du dig anspændt?	1	2	3	4			
14. Følte du dig deprimeret?	1	2	3	4			
Ved det næste spørgsmål bedes du sætte en ring omkring det tal mellem 1 og 7, som passer bedst på dig							
30. Hvordan vil du vurdere din samlede <u>livskvalitet</u> i den forløbne uge?	1	2	3	4	5	6	7
Meget dårlig							Særdeles god

© Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. All rights reserved. Version 3.0

EORTC står for European Organisation for Research and Treatment of Cancer og er den europæiske kræftforskningsorganisation. Spørgeskemaet er udviklet specielt til patienter, der modtager palliativ indsats.

i patientens ønske. Der er både tid og ro til at tage samtalerne med patienten og de pårørende, f.eks. advance-care-planning; en samtale der handler om livets afslutning. Det betyder, at vi som specialsygeplejersker bedre kan forberede den afsked med livet, som patienten ønsker. Vi er også med på sidelinjen og vejleder i det terminale forløb for de patienter, som dør i afdelingen. Det skaber tryk for en nyuddannet sygeplejerske, at vi er med i kommunikationen med familierne. Vi kender ofte patienten og de pårørende og kan hjælpe med at lægge en plan for den lindrende medicinering og en plan for niveauet for behandlingen.

Systematisk screening til evidensbaseret

Stine Gerhardt, sygeplejerske og cand. scient.san, blev i 2018 ansat til at eva-

luere og evidensbasere den basale palliative indsats i Abdominalcenter K i et forskningsprojekt samt undersøge muligheden for udbredelse til andre kirurgiske- og medicinske afdelinger. Den overordnede strategi for organisering af basal palliativ indsats på hospitalerne er endnu ikke fundet, men med evidensbaseret af vores indsats for basal palliation i kirurgisk afdeling er der potentiale for at give inspiration og konkrete handlingstiltag til andre for denne praksis.

Den systematiske tilgang betyder, at vi kender patienterne og deres pårørende rigtig godt. Vi kan hurtigt identificere problemerne. Vi arbejder i øjeblikket med systematisk screening af symptomer og livskvalitet på det validerede spørgeskema EORTC QOL-C15-PAL hver 14. dag (12). Skemaet er udviklet til patienter med kræft i et palliativt

forløb og består af 15 spørgsmål, som afdækker oplevelse af livskvalitet samt, i hvor høj grad patienten har været generet af et givent problem i den forløbne uge. Det kan være smerter, obstipation, kvalme og træthed. Screeningen er et arbejdsredskab til at stille skarpt på de problemer og lindrende behov, patienten har og er udgangspunkt for samtalen. Derved kan vi hurtigt sætte ind med hjælp og lindrende tiltag eller henvisning til hospice eller specialiseret palliativ indsats. Skemaet har stor værdi som arbejdsredskab, men den systematiske screening af symptomer og livskvalitet sammen med registrering af andre patientdata skal også bidrage til evidensbaseret af indsatsen.

Udover vigtigheden i at følge patientdata fra starten mener oversygeplejerske Kirsten Amsinck også, at afdækningen af patienternes palliative behov i

specialet er vigtigt for at kunne målrette indsatsen.

”I Abdominalcenter K er vi meget bevidste om, hvad vores palliative funktion er – og hvad den ikke er, for vi har

ikke lavet en ny palliativ afdeling. Vi samarbejder med palliative enheder og hospice, for vi er flere spillere på banen, men med hver vores funktion og rolle,” siger hun og tilføjer:

”Jeg er enormt stolt over, at vi kan tilbyde patienter denne livline – det er stærkt, og det er vel dét, vi alle drømmer om at have – en livline,” siger ledende oversygeplejerske Kirsten Amsinck.

REFERENCER

1. Bergenholtz, H., Hølge-Hazelton, B., Jarlbaek, L. (2015). Organization and evaluation of generalist palliative care in a Danish hospital. *BMC Palliat Care* 1423.
2. Sundhedsstyrelsen (2017). Anbefalinger for den palliative indsats.
3. Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M (2009) Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Palliat Med* 23(6):491-501.
4. Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Houmann LJ, Groenvold M (2013) Do advanced cancer patients in Denmark receive the help they need? A nationally representative survey of the need related to 12 frequent symptoms/problems. *Psychooncology* 22(8):1724-1730
5. Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology*. 2010;19:1013-25.
6. Neergaard MA, Jensen AB, Sondergaard J, Sokolowski I, Olesen F et al (2011) Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark. *Scand J Caring Sci* 25(4):627-636.
7. Brogaard T, Neergaard MA, Sokolowski I, Olesen F, Jensen AB (2013) Congruence between preferred and actual place of care and death among danish cancer patients. *Palliat Med* 27(2):155-164.
8. Bergenholtz, H., Jarlbaek, L. and Hølge-Hazelton, B. (2015). The culture of general palliative nursing care in medical departments: an ethnographic study. *International journal of palliative nursing*.
9. Haun MW, Estel S, Rucker G, Friederich HC, Villalobos M et al (2017) Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 6Cd011129.
10. DMCG-PAL. Dansk Palliativ Database. Årsrapport 2018.
11. McCaffrey, N., Bradley, S., Ratcliffe, J., Currow, D.C. (2016). What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients' Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. *J Pain Symptom Manage* 52 (2): 318-28 e5.
10. Bergenholtz, H. (2016). Ph.d.-afhandling. Palliative
12. Groenvold M, Petersen MAa, Aaronson NK, Arraras JJ, Blazeby JM, Bottomley A, Fayers PM, de Graeff A, Hammerlid E, Kaasa S, Sprangers MAG, Bjorner JB for the EORTC Quality of Life Group. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *European Journal of Cancer* 2006; 42(1): 55-64.

Vidste du, at...

...der i 1987, blev udskrevet i konkurrence om at skabe ”et nyt ansigt” til FS-13’s nyhedsbrev? Og der var fine gevinster på spil for de bedste forslag:

1. præmie: 1000 kr. til deltagelse i et kursus/en kongres el lign internationalt eller nationalt
2. præmie: 1 bog
3. præmie: 1 anden bog

[Kilde: FS 13 Nyt, nr. 2. juni 1987]