



KATALOG OVER  
BEDSTE PRAKSIS FOR  
PALLIATIVE INDSATSER

2012

## Katalog over bedste praksis for palliative indsatser

© Sundhedsstyrelsen, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Palliation, palliativ indsats, smertebehandling, livstruende sygdom, kræft, kræftplan III

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.1

Versionsdato: 22. november 2012

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-462-1

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2012.

# Indhold

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Uddannelse/kompetenceudvikling i palliation</b>	<b>6</b>
2.1	Kursus i omsorg og pleje af døende for social-og sundhedsassistenter, Sankt Lukas Hospice og Udgående Hospiceteam	8
2.2	Kursus i palliativ indsats for sygeplejersker på basisniveau, Sankt Lukas Hospice og Udgående Hospiceteam	9
2.3	Kursus i palliativ kommunikation for sygeplejersker på det basale og specialiserede niveau, Sankt Lukas Hospice og Udgående Hospiceteam	10
2.4	"Nøgleperson i palliation", Sankt Lukas Hospice og Udgående Hospiceteam	11
2.5	Projekt Lindrende Indsats, Gentofte Kommune	13
2.6	Kursus i palliativ pleje, Hospice Limfjord	13
2.7	AMU kursus vedr. omsorg, symptomlindring og etik m.m. i arbejdet med alvorligt syge, Nyborg kommune	15
2.8	Fælles uddannelses tilbud i palliativ medicin og terminal behandling, Norddjurs Kommune	17
2.9	Nordisk frivilligprojekt, Hospice Forum Danmark	18
<b>3</b>	<b>Organisering af den palliative indsats</b>	<b>19</b>
3.1	Sundhedsfagligt Råd (SFR) for Palliativ Behandling i Region H.	21
3.2	Integreret palliativ enhed, Bispebjerg Hospital	21
3.3	Organisering af basal palliation for kvinder med gynækologisk kræft, Hillerød Hospital	22
3.4	Etablering af Afsnit for Lindrende Behandling (ALB), Klinisk Onkologisk Afdeling, Roskilde Sygehus	24
3.5	Opbygning af den palliative indsats, Næstved Kommune	25
3.6	Organisering af den palliative funktion på basalt niveau, Tønder Kommune	26
<b>4</b>	<b>Samarbejde og koordination</b>	<b>28</b>
4.1	Fælles visitationskriterier til hospicer i Region Midtjylland, Hospice Limfjord	29
4.2	Projekt "Palliation på tværs", Silkeborg Kommune	30
4.3	Forløbskoordination, Kolding Kommune	31
4.4	Projekt lindrende indsats 2 - Palliativt Team Vejle	32
4.5	Projekt Palliation, Nyborg Kommune	33
4.6	Tværfaglig konference, Hillerød Sygehus, Palliativ Afdeling	34
4.6.1	Formål	34
4.7	Netværksmøder, Hillerød Sygehus, Palliativ Afdeling	35

<b>5</b>	<b>Faglige indsatser, herunder faglige retningslinjer, behovsvurdering, støtte til pårørende m.v.</b>	<b>36</b>
5.1	Værdighedssamtaler, Bispebjerg Hospital, Afdeling for Palliativ Medicin	36
5.2	Symptom-screening, Bispebjerg Hospital, Afdeling for Palliativ Medicin	37
5.3	Tidlig opsporing, Gentofte Kommune	38
5.4	Liverpool Care Pathway for the dying patient, Roskilde Sygehus	39
5.5	Familiesamtaler på Klinisk Onkologisk afdeling, Roskilde Sygehuse	40
5.6	Tryghedskassen, Palliativ Team Vejle	41
5.7	Indsats overfor børnefamilier, Palliativ Team Fyn	43
5.8	Projekt Måltidsstøtte, Hospice Djursland	44
5.9	Projekt lindrende indsats, Aalborg Sygehus	45
5.10	Når to bliver til én - omsorg for ældre efterladte, Palliativt Videncenter	46
<b>6</b>	<b>Referenceliste</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>Bilag</b>	<b>50</b>
	Bilag 1a Vejledning til "Hvornår er det tid at etablere palliativ indsats"	50
	Bilag 1b Skema til brug i plejeboliger	52
	Bilag 2a Vejledning til "Opsporing af ændringer i borgerens hverdagsliv"	54
	Bilag 2b Skema til brug i hjemmeplejen (afprøves 2011-2012)	56
	Bilag 2C Uddybende spørgsmål til checkliste	58

# 1 Introduktion

Med Kræftplan III blev det politisk besluttet at revidere de *Faglige retningslinjer for den palliative indsats* fra 1999 samt at der skulle *udarbejdes et katalog over bedste praksis for den basale palliative indsats i primærsektoren – herunder i almen praksis*. Sundhedsstyrelsen publicerede i 2011 *Anbefalinger for den palliative indsats* - en revision af retningslinjerne fra 1999 og nærværende katalog over bedste praksis er et supplement til disse anbefalinger, som kan tjene som inspiration til implementering af palliative indsatser.

I begyndelsen af 2012 anmodede Sundhedsstyrelsen kommuner, regioner og relevante organisationer landet over om at indsende eksempler på bedste praksis for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen modtog en lang række gode eksempler, og blandt disse er nogle af eksemplerne udvalgt til at illustrere hovedtemaerne fra *Anbefalinger for den palliative indsats*: Organisering, samarbejde/koordination, kompetenceudvikling/uddannelse samt faglige indsatser.

Der er formentlig mange gode lokale eksempler, som ikke er kommet Sundhedsstyrelsen i hænde, så katalogets udvalgte eksempler skal ses som et udpluk af de mange gode tiltag, som foregår på det lokale niveau. Kataloget er baseret på lokale praksisser, tiltag, projekter o.l. og ikke på evidensbaseret forskning. Sundhedsstyrelsen har foretaget en lettere redigerering i nogle af eksemplerne med henblik på så vidt muligt at præsentere dem i et ensartet format. Eksemplernes ordlyd er stort set uændret, også de steder, hvor der er anvendt en anden terminologi, end den Sundhedsstyrelsen sædvanligvis anvender.

## 2 Uddannelse/kompetenceudvikling i palliation

For at sikre høj faglig kvalitet i den palliative indsats, skal de respektive lokale ledelser sikre, at de nødvendige kompetencer er til stede – både på afdelingsniveau og hos de enkelte involverede fagprofessionelle. Relevante uddannelser og kompetencer er således vigtige for, at de fagprofessionelle kan levere en professionel palliativ indsats, såvel i forhold til patienter, pårørende og efterladte som i form af supervision til personalet.

Indføring i palliativ indsats bør indgå i de relevante grunduddannelser, ligesom der bør være mulighed for kompetenceudvikling på området i forbindelse med videre- og efteruddannelse af personalet.

Målet for uddannelse i palliation er en høj og ensartet kvalitet af uddannelsen af alle relevante fagprofessionelle i hele landet med henblik på at sikre kvaliteten af den palliative indsats i både regioner og kommuner.

Sundhedsstyrelsen anbefaler følgende (Sundhedsstyrelsen, 2011):

- Inden 2013 bør der undervises på relevante grunduddannelser (som minimum på de sundhedsfaglige uddannelser) i palliative begreber og kompetencer
- Kompetencerne indenfor det palliative område indarbejdes i alle relevante grunduddannelser
- Det er en lokal ledelsesmæssig opgave at sikre relevante kompetencer hos medarbejderne, hvorfor der bør være planer for kompetenceudviklingen for relevant personalet på det palliative område

Kompetencerne inden for det palliative område kan beskrives på tre niveauer: basalt, udvidet og specialiseret, og det bør for relevante uddannelser beskrives hvilke kompetencer, der kræves på de tre niveauer:

### Basalt kompetenceniveau (A)

Målgruppen for uddannelse i palliation på det basale kompetenceniveau er alle faggrupper, der skal varetage basale palliative behov hos mennesker med livstruende sygdomme uanset fag, speciale, behandlings- og omsorgsniveau. I den palliative indsats samarbejder og kommunikerer mange faggrupper med hinanden, hvorfor det er vigtigt uddannelserne medvirker til at sikre et fælles begrebsapparat samt tværfaglige kompetencer.

### Udvidet kompetenceniveau (B)

Målgruppen for uddannelse på det udvidede kompetenceniveau er fagprofessionelle, der varetager funktioner som ressourcepersoner vedrørende palliativ indsats i fx en kommune eller på en sygehusafdeling. De relevante kompetencer vil afhænge af personens uddannelse (sundhedsfaglig/ikke-sundhedsfaglig), patientsammensæt-

ningen samt af den funktion, den pågældende medarbejder varetager. Ressourcepersonerne skal dog under alle omstændigheder have basal viden om varetagelse af hyppige palliative behov. Målet er, at ressourcepersonerne kan supervisere personalet på egen afdeling.

### Specialiseret kompetenceniveau (C)

Målgruppen for uddannelse til det specialiserede kompetenceniveau er fagprofessionelle med forudgående uddannelse på niveau B, som har ledende, superviserende, undervisningsmæssige eller forskningsmæssige funktioner indenfor den specialiserede palliative indsats. Uddannelse på C-niveauet skal sikre, at de uddannede kan understøtte kollegaer med kompetencer på niveau B. På niveau C vil der være brug for kompetencer dels knyttet til den enkelte faggruppe og de patienter, der er tilknyttet denne, dels til det tværfaglige samarbejde. Der kan fx være særlige problemstillinger vedrørende palliativ indsats overfor børn eller overfor patienter med progredierende neurologiske lidelser.

Sundhedsstyrelsen er bekendt med, at der er fokus på kompetence-erhvervelse i fagkredsene.

For at styrke de faglige kompetencer i den palliativ indsats gennem videre- og efteruddannelse, er der gennem de sidste år taget en række initiativer i forhold til formel uddannelse for alle relevante faggrupper. På initiativ af de nordiske kræftforeninger blev der i 2004 udarbejdet et fælles nordisk curriculum for uddannelse i palliation (Smeding & Westerberg Larsson, 2004). Dette arbejde har blandt andet inspireret til et fællesnordisk diplomkursus i palliativ medicin for læger på specialistaniveau, så danske læger siden 2003 har haft mulighed for at gennemføre en nordisk palliativ efteruddannelse.

Fra 2004 har det i Danmark været muligt for fagpersoner med en mellemlang videregående uddannelse (sygeplejersker, fys- og ergoterapeuter og socialrådgivere) at tage en diplomuddannelse i palliation. I dag udbyder fire af Danmarks professionshøjskoler en sundhedsfaglig diplomuddannelse indenfor palliation. Diplomuddannelsen er fleksibel og modulopbygget. Hvert modul er en afgrænset faglig enhed, der kan studeres selvstændigt. Indenfor sundhedsfaglig diplomuddannelse er der fra 2011 tre moduler specifikt rettet mod det palliative funktionsområde.

Ålborg Universitet har siden 2010 udbydt en to-årig masteruddannelse i humanistisk palliation. Uddannelsen er opbygget af fire moduler med mulighed for at tage en hel masteruddannelse eller deltage i enkelt moduler. Masteruddannelsen henvender sig på tværs af fag og sektorer til faggrupper, der beskæftiger sig med omsorg og pleje i forbindelse med døden.

Udover de kompetencegivende videreuddannelser udbydes der til alle relevante faggrupper en række kurser og kortere efteruddannelsesforløb. De følgende eksempler drejer sig om disse kurser og forløb.

Undervisningsministeriet har siden 2004 i regi af arbejdsmarkedsuddannelserne (AMU) udbudt efteruddannelse for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i palliation. Uddannelsesforløbet er fleksibelt og modulopbygget og består af ugekurser der kan sammensættes til længerevarende forløb.

De fleste hospicer og palliative enheder og -teams tilrettelægger løbende efteruddannelses tilbud, enten som et konkret tilbud eller efter behov ved henvendelse.

Indhold kan være symptomlindring, åndelig omsorg, sorg og tab, omsorg for pårørende, etik, social palliation, kommunikation samt tværsektorielt samarbejde.

I 2009 kortlagde PAVI den palliative indsats i de daværende 32 specialiserede institutioner. Herunder uddannelsesmæssige kompetencer og aktiviteter. Det fremgik, at de specialiserede institutioner udfylder en væsentlig rolle i efteruddannelse af personalet på det basale niveau (Timm, Tellervo & Vittrup, 2012). I 2010-2011 kortlagde PAVI den palliative indsats i danske kommuner. Det fremgik af denne undersøgelse, at over halvdelen af alle plejeenheder har en nøgle- eller ressourceperson i palliation, flest i hjemmesygeplejen. (Karstoft, Fisker Nielsen & Timm). Kortlægningsresultaterne er beskrevet i rapporten "Kortlægning af danske nøglepersonersuddannelser i palliation".

Link til projektet: [http://www.pavi.dk/Libraries/Diverse\\_dokumenter/Rapport\\_-\\_n%C3%B8glepersonersuddannelse\\_5.sflb.ashx](http://www.pavi.dk/Libraries/Diverse_dokumenter/Rapport_-_n%C3%B8glepersonersuddannelse_5.sflb.ashx)

## 2.1 Kursus i omsorg og pleje af døende for social-og sundhedsassistenter, Sankt Lukas Hospice og Udgående Hospiceteam

### Formål

At give deltagerne ny inspiration til det daglige arbejde  
At give konkrete handlemuligheder i samarbejde med døende patienter og deres familier

### Involverede aktører

Sankt Lukas Hospice tilrettelægger og udbyder et kursus over 3 dage. To erfarne sygeplejersker er kursusledere og varetager undervisningen.

Målgruppen er social- og sundhedsassistenter fra primær- og sekundær sundhedssektor, som interesserer sig for arbejdet med alvorligt syge og døende.

### Indsatsen – kort beskrevet

Kurset afholdes 2 gange om året og der er afholdt 10 kurser med 22-24 deltagere pr. gang.

Indholdet lægger vægt på, at god palliativ indsats handler om omsorg både for patienten, pårørende og personale og omhandler:

- Liv og velvære i hverdagen
- Lindring af fysiske symptomer
- Psykosocial og åndelig omsorg
- Personaleomsorg

Der er i undervisningen fokus på kursisternes beskrivelser af egne oplevelser i hverdagen.



### **Evaluering / bedømmelse af effekten**

I evalueringerne giver kursisterne udtryk for at indholdet er særdeles anvendeligt, forståeligt og brugbart i deres hverdag.

### **Kontakt**

Sankt Lukas Hospice  
Bernstorffsvej 20  
2900 Hellerup  
Tlf. 3945 5117  
E-mail: [hospice@sanktlukas.dk](mailto:hospice@sanktlukas.dk)

Link til projektet: [http://www.sanktlukas.dk/Palliativ\\_indsats\\_for\\_so-su-assistenter-15327.htm](http://www.sanktlukas.dk/Palliativ_indsats_for_so-su-assistenter-15327.htm)

## **2.2 Kursus i palliativ indsats for sygeplejersker på basisniveau, Sankt Lukas Hospice og Udgående Hospiceteam**

### **Formål**

At deltagerne opnår kendskab til den palliative indsats, således at de kan iværksætte forebyggende lindrende behandling og støtte til den døende patient og dennes pårørende

### **Involverede aktører**

Sankt Lukas Hospice tilrettelægger og udbyder et internat -kursus over 4 dage. To erfarne sygeplejersker er kursusledere og varetager undervisningen og inddrager læge, præst og sorg-og krisekonsulent.

Målgruppen er sygeplejersker på basisniveau med ansvar for pleje af døende i eget hjem, på plejehjem eller hospital samt nystartede sygeplejersker på hospice over alt i Danmark

### **Indsatsen – kort beskrevet**

Kurset afholdes 1 gang om året med max. 22 deltagere pr. gang.

Kurset er bygget op over tre hovedtemaer. Patient, pårørende og personale  
Med vægtning på de emner, der erfaringsmæssigt er vanskelige at håndtere i hverdagen.

Arbejdsformen veksler mellem oplæg fra undervisere og deltagernes arbejde med egen praksis.

Indholdet omhandler:

- Hospice-filosofien
- Symptomlindring
- Ethiske dilemmaer
- Basal stimulation
- Pårørende/Børn er også pårørende

- Åndelig/eksistentiel omsorg
- Værdighedsterapi
- Hvordan implementeres hospicetanken i hverdagen

### **Evaluering / bedømmelse af effekten**

I evalueringerne giver kursisterne udtryk for at indholdet er særdeles anvendeligt, forståeligt og brugbart, at de får etableret et netværk på tværs af regionale og kommunale grænser. Samtidig øges forståelsen for at løse de problemstillinger, der kan opstå på tværs af sundhedssektorerne omkring den enkelte patients forløb.

### **Kontakt**

Sankt Lukas Hospice  
Bernstorffsvej 20  
2900 Hellerup  
Tlf. 3945 5117  
E-mail: [hospice@sanktlukas.dk](mailto:hospice@sanktlukas.dk)

Link til projektet: [http://www.sanktlukas.dk/Palliativ\\_indsats\\_-27414.htm](http://www.sanktlukas.dk/Palliativ_indsats_-27414.htm)

## **2.3 Kursus i palliativ kommunikation for sygeplejersker på det basale og specialiserede niveau, Sankt Lukas Hospice og Udgående Hospiceteam**

### **Formål**

at træne og formidle redskaber som kan fremme samarbejde og kommunikation mellem livstruede patienter, pårørende og professionelle.

### **Involverede aktører**

Sankt Lukas Hospice tilrettelægger og udbyder et internatkursus over 4 dage. To erfarne sygeplejersker er kursusledere og undervisere og inddrager psykolog, skuespillere, præst og sorg- og krisekonsulent i undervisningen. Målgruppen er sygeplejersker som har erfaring med pleje, kommunikation og omsorg for livstruede syge og døende patienter i primær og sekundærsektoren.

### **Indsatsen – kort beskrevet**

Kurset afholdes 1 gang om året med max. 22 deltagere pr. gang og har været gennemført tre gange.

Samtalerne bygger på teoretiske begrundelser for god samtalepraksis og den erfaringsbaserede indsigt, at døende mennesker har behov for at blive set, hørt og forstået. Der undervises i:

*Den anerkendende samtale:* Anses som en kernekompetence i palliativ kommunikation. Det handler om at udvise respekt for menneskets ret og rettigheder. Den anerkendende tilgang gør op med problemtænkningen og ser samtalen som en mulighed for at skabe positive forandringer.

*Den nødvendige samtale med voksne, der har børn som pårørende:* Hvordan støtter sygeplejersker voksne pårørende, så de oplever, at de kan støtte deres barn/børn i sorg og undervejs i processen? Fokus er på børnenes behov

*Den langsomme samtale:* Patientens livshistorie og forestående død berører os. Bevidstheden om, hvad der sker i vores møde med patientens sygdom og død, styrker os og bliver en ressource, der giver os mod til at gå ind i samtalen.

Samtale om eksistentielle og åndelige spørgsmål og byrder.

*Eksistentiel og åndelig søgen indgår i den proces et menneske går igennem fra konstateringen af en livstruende sygdom og frem til døden. Hvad kan samtalerne indeholde og hvad kan de føre til?*

Formen veksler mellem oplæg, dialog, øvelser, rollespil/gruppearbejde samt supervision.

Det forventes at alle deltagere medvirker aktivt i øvelser og supervision.

### **Evaluerings / bedømmelse af effekten**

I evalueringerne giver kursisterne udtryk for at kurset er krævende, lærerigt og personligt udviklende. De får værktøjer til at tale med patienter, pårørende og kollegaer på en ny måde. Indholdet er brugbart og forståeligt. Der etableres netværk på tværs af regionale og kommunale grænser.

### **Kontakt**

Sankt Lukas Hospice  
Bernstorffsvej 20  
2900 Hellerup  
Tlf. 3945 5117  
E-mail: [hospice@sanktlukas.dk](mailto:hospice@sanktlukas.dk)

Link til projektet: <http://www.sanktlukas.dk/Kursusprogram-3588.htm>

## **2.4 "Nøgleperson i palliation", Sankt Lukas Hospice og Udgående Hospiceteam**

### **Formål**

at uddanne sygeplejersker til at være særlige videnspersoner inden for den palliative indsats at forbedre den palliative behandling, pleje og omsorg for døende og deres pårørende at styrke samarbejdet på tværs af sektorerne således, at der er sammenhæng i den palliative indsats, uanset om denne foregår på sygehus, på plejehjem eller i borgerens eget hjem.

### **Involverede aktører**

Sankt Lukas Udgående Hospiceteam tilrettelægger og udbyder uddannelsen. Tre erfarne sygeplejersker fra teamet er kursusledere. Undervisningen varetages dels af sygeplejersker og præst fra det tværfaglige team, mens læge, psykologer, socialrådgiver o.a. engageres udefra. Stort set alle undervisere er aktivt involverede i den specialiserede palliative indsats.

Målgruppen er sygeplejersker fra primær- og sekundær sundhedssektor, som har eller skal have den palliative indsats som særligt vidensområde.

### **Indsatsen – kort beskrevet**

Uddannelsen er tilrettelagt i tre blokke af hver fem dages varighed med ca. to måneders interval mellem blokkene. Hovedtemaer i uddannelsen er:

- Symptomlindring.
- Den døende patient – lindring og pleje.
- Åndelig omsorg.
- Sorg og tab.
- Omsorg for pårørende; børn, unge og voksne.
- Etik.
- Social palliation.
- Kommunikation.
- Samarbejde mellem sektorerne.
- Nøglepersonsfunktionen.

Undervisningen er baseret på nyeste viden indenfor palliativ indsats og tager udgangspunkt i deltageres erfaringer.

Deltagerne inviteres til årlig netværksdag, hvor ny viden præsenteres og hvor nøglepersonerne får mulighed for erfaringsudveksling.

### **Evaluering / bedømmelse af effekten**

I *Det Udgående Hospiceteam* erfarer vi gennem tæt samarbejde, at nøglepersonerne bidrager til et betydeligt løft af den samlede palliative indsats hos den enkelte borger i eget hjem. Mange uhensigtsmæssige indlæggelser forebygges gennem aktiv opfølgning og forudseenhed. Nøglepersonernes vilkår for at virke som resurser for kolleger på egen arbejdsplads er meget forskellige.

Sankt Lukas Udgående Hospiceteam oprettede uddannelsen i 2007 som et forsøg, der umiddelbart efter blev evalueret af eksternt konsulent fra *Professionsinstituttet KLEO*. Yderligere information: artikel i *Sygeplejersken* (Gamborg & Riis, 2008). I vinteren 2011-2012 gennemføres det 4. forløb. Ny formel evaluering af effekten kunne ønskes.

### **Kontakt**

Sankt Lukas Hospice  
Bernstorffsvej 20  
2900 Hellerup  
Tlf. 3945 5117  
E-mail: [hospice@sanktlukas.dk](mailto:hospice@sanktlukas.dk)

Link til projektet:

[http://www.sanktlukas.dk/Nøgleperson\\_i\\_palliation\\_uddannelse\\_for\\_sygeplejersker-37430.htm](http://www.sanktlukas.dk/Nøgleperson_i_palliation_uddannelse_for_sygeplejersker-37430.htm)

## 2.5 Projekt Lindrende Indsats, Gentofte Kommune

I Gentofte Kommune har man siden 2006 arbejdet med ”Projekt Lindrende Indsats”, herefter PLI.

### Formål

Projektets overordnede formål er at tilbyde relevant palliativ indsats til alle borgere med uhelbredelig sygdom og behov for lindring (uanset diagnose og opholdssted). Konkret skal indsatsen skabe et bedre beredskab og større forudseenhed i forhold til sygdomsforløbet, så brugeren oplever færrest mulige gener og problemer samt undgår unødigt indlæggelse.

### Involverede aktører

Projektledere (sygeplejefaglige), 30 nøglepersoner (sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) samt alt plejepersonale i kommunen.

### Kort beskrivelse af selve indsatsen

Projektets overordnede metoder har været 1. uddannelse, 2. netværksdannelse og 3. udvikling af redskaber til sikring af god klinisk praksis. Ad 1 og 2: Uddannelse og netværk for ca. 30 nøglepersoner; seks dages kursus og seks mødedage herudover årligt. Gruppen suppleres løbende. Årligt ugekursus for assistenter og hjælpere, afholdt fem gange, i alt ca. 100 medarbejdere har deltaget. Temaeftermiddage ca. fem gange om året, åbent for alle medarbejdere. Ad 3: Udvikling af og brug af redskaber til god klinisk praksis; håndbog, tidlig opsporing, plejeplan, audit m.v.

### Evaluering

PLI blev evalueret i efteråret 2010 i et samarbejde mellem projektlederne, Inger Hee og Ingelise Bøggild og Palliativt Videncenter. Evalueringen viser ”at de metoder, der er valgt og udviklet i PLI – uddannelse, netværk samt udvikling af god klinisk praksis – har fungeret efter hensigten, således at de har medført det ønskede vidensgrundlag og den ønskede faglighed i ”granskernes” (nøglepersonernes) palliative indsats” (Timm H, 2011). Evalueringen viser dog også at delmålene kun delvist er indfriet, og en række dilemmaer i udviklingen af den palliative indsats i kommunen beskrives.

Projektet er beskrevet flere steder, blandt andet i en artikel i Omsorg (Timm, Hee, Bøggild Jensen, 2011).

### Kontakt

Ingelise Bøggild Jensen, e-mail: IBJ@Gentofte.dk

## 2.6 Kursus i palliativ pleje, Hospice Limfjord

### Formål

At viderebringe viden om palliativ pleje og omsorg til personale på basalt niveau  
Katalog over bedste praksis for palliative indsatser

ud fra deres behov og med god mulighed for efterfølgende implementering i deres egen praksis.

### **Involverede aktører**

I alt 22 social- og sundhedsassistenter fra en parenkymkirurgisk afdeling på et nærliggende regionshospital, deres to afdelingssygeplejersker samt tværfagligt personale fra hospice.

### **Kort beskrivelse af selve indsatsen**

Hospice blev kontaktet af oversygeplejersken for den pågældende afdeling og forespurgt, om vi kunne sammensætte et et-dages kursus for alle social- og sundhedsassistenter på den pågældende afdeling. Tre repræsentanter fra afdelingen besøgte hospice og vi fandt sammen frem til deres ønsker til indhold. Undervisningen blev efterfølgende afviklet over to hele dage med deltagelse af halvdelen af alle afdelings social- og sundhedsassistenter på hver af de to dage.

### **Evaluering af effekten**

Alle deltagere evaluerede skriftligt undervisningen efter ca. 3 uger. Alle var meget tilfredse og anvendte store dele af den nye viden i deres praksis. At hele gruppen af social- og sundhedsassistenter havde været af sted sammen blev vurderet som betydningsfuldt for, at det efterfølgende var muligt at implementere den nye viden i egen praksis.

Med afsæt i erfaringer herfra har vi udbudt nye kurser til plejepersonale i kommunerne, hvor brobygninger ud i egen praksis tænkes ind. Baggrunden for at arbejde med brobygning ud i kursisternes egen praksis er en antagelse om, at dette vil fremme transfer af den nye viden,

som kursisterne har arbejdet med på kursets første 2 dage. Vi stiller os derfor som sundhedsprofessionelle på det specialiserede niveau til rådighed for den enkelte kursist i forhold til den nye viden/de nye tiltag, hun gerne vil implementere i sin egen praksis og der laves aftaler omkring dette med den enkelte kursist på 3. kursusdag, som ligger 3-4 uger efter de to første kursusdage.

### **Kontakt**

Lotte Brøndum  
Hospice Limfjord Skive”  
E-mail: [lbk@hospicelimfjord.dk](mailto:lbk@hospicelimfjord.dk)

Link til projektet: <http://www.hospicelimfjord.dk/p238.asp>

## 2.7 AMU kursus vedr. omsorg, symptomlindring og etik m.m. i arbejdet med alvorligt syge, Nyborg kommune

Nyborg kommune har, i samarbejde med Palliativt Videncenter, igangsat et projekt PINK (palliativ indsats i Nyborg Kommune), hvor kompetenceudvikling indgår som et indsatsområde. Beskrivelse af indsatsen fra projektresumeeet:

### *Øget kompetence/viden via uddannelse af professionelle på forskellige niveauer og med forskellige pædagogiske metoder*

*På baggrund af erfaringer fra Gentofte Kommune (GK) og Københavns kommune (KK) har vi en formodning om, at en kombination af en nøglepersonsudannelse og uddannelse af alle/basis vil have størst effekt i forhold til at udvikle indsatsen på det kommunale niveau. Der skal tages stilling til hvilke faggrupper, som skal uddannes på hvilke måder. Erfaringerne fra projektet i KK viser, at størst effekt kan opnås ved at kombinere forskellige pædagogiske metoder - fx undervisning, faglig supervision/vejledning og lokale udviklingsprojekter.*

Som en del af projektet tilbydes praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og sygeplejersker på plejecentre fælles kompetenceudviklingseftermiddage. Indtil videre er der afholdt en eftermiddag med ca. 60 deltagere, hvor der blev undervist i farmakologi og samtale med den syge og familien. Eftermiddagen har affødt et ønske fra læger og sygeplejersker om at arbejde videre i workshops med temaer som sorg og samtale med familier.

Social- og sundhedsassistenter samt - hjælpere tilbydes et AMU (Arbejdsmarkedsuddannelse) kursus vedr. omsorg, symptomlindring og etik m.m. i arbejdet med alvorligt syge. Kurset er planlagt således, at medarbejdere fra samme arbejdsplads er på kursus samtidigt og sammen med de sygeplejersker de samarbejder med i praksis. Derudover er de interventioner og organisatoriske tiltag, som er udviklet i forbindelse med PINK, indarbejdet som en del af kursusforløbet.

### **AMU Mål**

- Deltageren kan medvirke i arbejdet med alvorligt syge i eget hjem.
- Deltageren har kendskab til forskellige palliative metoder, der kan tilbydes den syge, og kan medvirke i behandlingen.
- Deltageren kender de etiske dimensioner i omsorgsarbejdet og sin egen rolle i det tværfaglige samspil.
- Deltageren kan medvirke til vejledning om offentlige og private tilbud til alvorligt syge og deres pårørende.
- Deltageren kan forebygge psykisk betingede arbejdsskader, bl.a. gennem samtaler med kolleger.

1. dag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velkomst og intro</li> <li>• Præsentation</li> <li>• Mål for kurset</li> <li>• Forventninger</li> <li>• Gruppearbejde: hvorfor er det så svært at passe alvorligt syge og døende?</li> <li>• Palliation WHO Sundhedsstyrelsen</li> <li>• Omsorg Tidlig opsporingsskema</li> <li>• Etik Sygeplejeetiske retningslinjer Eksempler på etiske dilemmaer fra hverdagen Casearbejde med fokus på etik</li> <li>• Film: Farvel til livet</li> </ul>
2. dag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomlindring og smertelindring, fokus på bl.a. smerte, kvalme og opkastning, obstipation, dyspnoe og træthed</li> <li>• De sidste dage</li> <li>• Der veksles mellem gruppearbejde og klasseundervisning inkl. case</li> <li>• Introduktion til hjemmeopgave</li> </ul>
3. dag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation med den alvorligt syge borger og pårørende</li> <li>• Sorg og kriseteori</li> <li>• Planlægning i forbindelse med hjemmeopgave</li> </ul>
4. dag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliation og demens</li> <li>• Aktiv og passiv dødshjælp (den kvarte time, avisartikel)</li> <li>• Livstestamente</li> <li>• Bogen til mine kære</li> <li>• Min sidste vilje</li> </ul>
5. dag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forberedelse af fremlæggelse af hjemmeopgave</li> <li>• Fremlæggelse af hjemmeopgave</li> <li>• Evaluering af det palliative forløb – se på guiden</li> <li>• Hvordan kommer vi videre – handleplan for det fremtidige arbejde</li> <li>• Afslutning og evaluering</li> </ul>



## **Evaluering**

Kort beskrevet viser evalueringerne, at ca. 35 % af deltagerne er meget tilfredse og ca. 55 % tilfredse med kursets indhold og pædagogiske metoder. Ligesom de oplever, at kurset medvirker til at kvalificere deres vidensniveau, handlekompetence, samarbejdsrelationer til og sparring med (hjemme)sygeplejerskerne (Raunkiær & Kronborg, 2011).

## **Kontakt**

Lene Henriksen, Nyborg Kommune, e-mail: [ehen@nyborg.dk](mailto:ehen@nyborg.dk)

Links til projektet:

<http://www.dak-e.dk/flx/forsiden/kvalitetsprojekter/?mode=showproject&id=298>

[http://www.apo-danmark.dk/projekter/aktuelle\\_projekter.aspx](http://www.apo-danmark.dk/projekter/aktuelle_projekter.aspx)

<http://www.pavi.dk/forskingogudvikling/Projekter/pink.aspx>

## **2.8 Fælles uddannelsestilbud i palliativ medicin og terminal behandling, Norddjurs Kommune**

### **Involverede aktører**

I Norddjurs Kommune Øst har 2 hjemmesygeplejersker taget efteruddannelse som palliative nøglepersoner ved Det Palliative Team i Århus. I dag er de ansvarlige for ”Palliation” i hjemmeplejen.

De har sammen med en praktiserende læge, som er uddannet specialist i palliativ medicin, været medarrangører af fælles uddannelsestilbud i palliativ medicin og terminal behandling til de praktiserende læger og hjemmeplejen i den østlige del af Norddjurs Kommune.

### **Formål**

Målet har været at styrke fagligheden og samarbejdet omkring den palliative patient i eget hjem og udbrede multidisciplinær undervisning i basal palliativ medicin i primærsektoren.

### **Indsatsen**

Der er gennemført 6 kurser siden juni 2007, og planen er at der hvert år i januar afholdes kursus i den palliative indsats i primærsektoren.

Til kurserne har foruden praktiserende læger og hjemmepleje også været deltagelse fra det lokale Palliative Team i Randers, sygeplejersker/psykolog fra Hospice Djursland, praksispersonalet fra almen praksis og pårørende til afdøde, afhængig af hvad temaet har været.

Kurserne afholdes som 'fyraftens-møder' med efterfølgende fælles spisning. Kurserne har været af 4 timers varighed.

Undervisere ved kurserne har været lægefaglige specialister i palliativ medicin.

Undervisningen er hovedsagelig baseret på dialog, cases og gruppebaseret erfaringsudveksling forudgået af fagligt input i plenum.

Praktisk har kurserne medført kendskab/indførelse af:

- Systematisk symptomscreening i form af ESAS, som efter aftale kan iværksættes af den praktiserende læge eller hjemmesygeplejersken.
- Kendskab til og implementering af tryghedskassen til terminale patienter.
- Bedre dialog og fælles sprog.

De 3 første kurser har været sponsoreret af lægemiddelindustrien, mens de 3 sidste helt er finansieret af Norddjurs Kommune Øst. Kommunen har støttet alle kurserne ved at aflønne deltagere fra hjemmeplejen med afspadsring time for time. Derudover er de 2 sygeplejersker som er specialeansvarlige blevet honoreret for den tid de har brugt til planlægning og deltagelse.

Kommunen har også honoreret den planlæggende praktiserende læge og de lægefaglige specialister som har været brugt til undervisning.

Deltagelsen af både praktiserende læger og hjemmeplejens personale har været stor med ca. 60 kursister til hvert møde.

Der har ved hvert kursus været evaluering og det har vist stor tilfredshed med det faglige udbytte og med det tværfaglige samarbejde som styrkes ved fælles kurser.

Alle sygeplejersker har opnået større faglig viden og mere konstruktivt samarbejde med lægerne.

Vi har hele tiden fokus på at vores kurser og tværfaglige samarbejde tager udgangspunkt i de oplevelser/erfaringer vi møder i hjemmet hos den palliative borger og dennes pårørende.

## **Kontakt**

Line Svane, Mette Klose (hjemmesygeplejersker) eller Anna Weibull (praktiserende læge).

## **2.9 Nordisk frivilligprojekt, Hospice Forum Danmark**

Der er ressourcemæssige udfordringer i forlængelse af omsorgen for mennesker ramt af livstruende sygdom. Udfordringerne vil vokse dels pga. demografien og dels pga mangel på ressourcer i det offentlige sundhedsvæsen. En måde at bevare serviceniveauet på er at engagere flere mennesker i frivilligarbejdet. Der er stort behov for frivillige til at udføre ikke-faglige opgaver. Frivillige, som kvalificeres af frivilligkoordinatorer på hospicer vil efterhånden også kunne hjælpe til ude i

hjemmene hos patienter, som bl.a. hospicer har forbindelse med.

### **Formål**

Projektets formål er at indsamle viden i form af eksisterende skriftligt materiale og ”tavs viden” vedrørende rekruttering, træning, rådgivning/coaching/supervision af frivillige samt at formulere fælles anbefalinger for god praksis og kvalificering af frivilligkoordinatorernes rolle i og udvikling af frivilligarbejdet.

Målet er at øge kvaliteten i træningen af de frivillige i omsorgen for uhelbredeligt syge, døende og deres pårørende.

### **Involverede aktører**

Hospice Forum Danmark; Røde Kors Vågetjeneste; Aflastningstjenesten KFUM og KFUK, Umeå Hospice; Communicare, Fjellhammer; Hospicestiftelsen Angelique, Røyse og Palliativt Videncenter.

### **Indsatsen**

Indsamling af eksisterende skriftligt materiale blandt frivilligkoordinatorerne under Hospice Forum Danmark og de nordiske partnere i projektet. Afholdelse af projektmøder med deltagelse af styregruppe, nordiske partnere og frivilligkoordinatorer. Hensigten med projektmøderne er, at få det indsamlede skriftlige materiale og ”den tavse viden” bragt i spil og udviklet med henblik på skabelse af fælles anbefalinger for god praksis vedrørende rekruttering, træning, rådgivning, coaching/vejledning/supervision af frivillige.

### **Evaluering**

Projektet er i gang og afsluttes sommeren 2012. Anbefalingerne for god praksis vil blive samlet i en håndbog til inspiration for relevante aktører i det palliative felt. Inspirationshåndbogen publiceres juni 2012.

### **Kontakt**

Hospice Forum Danmark  
E-mail: [formand@hospice.dk](mailto:formand@hospice.dk)

Link til projektet:

<http://www.pavi.dk/forskningogudvikling/projekter/12-04-18/106056248.aspx>

## **3 Organisering af den palliative indsats**

Det overordnede mål med organiseringen af den palliative indsats er at kunne tilbyde patienter med palliative behov – og deres pårørende – palliativ indsats af høj kvalitet uafhængigt af, hvilken diagnose patienten har, hvor patienten er i sit sygdomsforløb, og hvor patienten fysisk befinder sig.

Palliativ indsats på basalt niveau ydes af de dele af sundhedsvæsenet, der ikke har palliation som hovedopgave, men hvor palliation er en del af det samlede opgave-

felt som led i behandlingen og arbejdet med at lindre sygdomssymptomer og bivirkninger til behandlingen. Den basale palliative indsats foregår således i almen praksis og den øvrige praksissektor (fx fysioterapeuter og psykologer), i kommunalt regi (fx den kommunale hjemmesygepleje, plejecentre og den kommunale socialrådgivning) samt på sygehusafdelinger, herunder blandt andet medicinske, kirurgiske, onkologiske og intensive afdelinger.

På nuværende tidspunkt (marts 2012) er der ikke overblik over organiseringen af og tilbuddene på det basale niveau. Palliativt Videncenter (PAVI) har kortlagt den palliative pleje i kommunerne Karstoft, Fisker Nielsen & Timm, 2012). Der er stor variation i, hvorvidt og hvordan kommunerne og de enkelte enheder (hjemmesygepleje og plejecentre) har fokus på den palliative indsats. I 2011-2012 kortlægger PAVI sygehusenes palliative indsats blandt andet via spørgeskemaer til sygehussledelser, afdelingsledelser og afdelingspersonale i hele landet.

Forudsætninger for organisering af palliativ indsats på basalt niveau (Sundhedsstyrelsen, 2011 s.43-44):

- Ledelsen har fokus på kvaliteten af den palliative indsats, herunder tilstedeværelse af de nødvendige ressourcer
- Alle fagprofessionelle (både på sygehuse, i kommunen og i praksissektoren) har palliative kompetencer som minimum på kompetenceniveau A, og sygehusafdelinger og kommuner har mindst en sundhedsprofessionel person med palliative kompetencer på kompetenceniveau B
- Det basale niveau har adgang til bistand fra det specialiserede niveau døgnet rundt

Nedenstående eksempler på bedste praksis for organiseringen af den palliative indsats afspejler variationen

af organisationsmodeller og indsatser, der er implementeret lokalt på det basale niveau.

Det specialiserede palliative niveaus opgaver er (Sundhedsstyrelsen, 2011 s.46):

- Palliativ indsats overfor patienter med komplekse, palliative behov, hvor indsatsen på det basale niveau ikke er tilstrækkelig
- Rådgivning af fagprofessionelle fra det basale niveau vedrørende den palliative indsats til konkrete patienter (i form af telefonisk rådgivning eller tilsyn) – denne rådgivning skal være tilgængelig hele døgnet
- Undervisning af fagprofessionelle (hovedsagelig fra det basale niveau) samt efter- og videreuddannelse af eget personale til relevant niveau
- Forskning og udvikling

Den specialiserede palliative indsats kan foregå under indlæggelse (på palliative

afdelinger og hospice), ambulatant eller i patientens hjem/plejebolig eller en sygehusafdeling (via et palliativt team).

### 3.1 Sundhedsfagligt Råd (SFR) for Palliativ Behandling i Region Hovedstaden.

#### **Formål**

SFR for palliativ behandling i Region hovedstaden blev etableret i 2006 i det daværende H:S på opfordring fra Bispebjerg hospital i forbindelse med udarbejdelse af Hospitalsplanen 2007 for H:S. Rådets kommissorium er (i lighed med andre SFR) i korthed at være rådgivende overfor Region Hovedstadens direktion og ledelsessystemet i øvrigt, og rådet indgår i øvrigt i regionens kvalitetsorganisation.

#### **Indsatsen**

SFR varetager opgaver tildelt af regionens direktion, men kan også tage emner op på eget initiativ.

#### **Involverede aktører**

SFR for palliativ behandling er et tværgående sundhedsfagligt råd, og medlemmerne er bredt sammensat af læger og sygeplejersker repræsenterende relevante afdelinger fra alle hospitaler i Region Hovedstaden og alle hospicer i regionen. Derudover er der repræsentanter fra primær sektor og kommuner samt repræsentanter fra andre relevante tværfaglige fagområder (psykolog, præst, fysioterapeut).

De sundhedsfaglige råd ledes af et formandskab bestående af formand og næstformand. Formanden udpeges af Region Hovedstadens direktion blandt direktører, vicedirektører og centerdirektører (p.t. sygeplejedirektør, cand. cur. Helen Bernt Andersen, RH). Næstformanden udpeges blandt medlemmer af rådet med ledelseskompetence (p.t. ledende overlæge, dr. med. Lise Pedersen). Endvidere har rådet nedsat et forretningsudvalg, der deltager i væsentlige beslutningsprocesser.

#### **Evaluering/bedømmelse af effekten**

SFR for palliativ behandling har blandt andet haft stor indflydelse på udformningen af de palliative aspekter i hospitalsplanerne for 2007 og 2012 samt for udformningen af Region Hovedstadens første Kræftplan, der blev vedtaget i marts 2011.

### 3.2 Integreret palliativ enhed, Bispebjerg Hospital

Palliativ Medicinsk Afdeling på Bispebjerg hospital er en selvstændig i enhed med et ambulatorium, en udgående funktion og en sengeafdeling med 12 senge. Enheden er placeret på et hospital i Region Hovedstaden med direkte adgang til samarbejdende afdelinger.

Patienterne følges i hele det palliative forløb fra tidlig, til sen og terminal fase.

Integration af alle funktioner giver stor fleksibilitet og kontinuitet ud fra patientens aktuelle behov. Således kan patienterne indlægges fra hjemmet, når der er behov for dette, enten akut eller planlagt. Kontaktlægen er den gennemgående person både i sengeafdeling, ambulatorium og i den udgående funktion, hvilket åbner op for en mulig fleksibilitet. Således kan indlæggelser evt. udskydes 1-2 døgn, da der er tryk for opfølgningen, og udskrivinger kan fremskyndes ved behov herfor.

Fra den døgndækkende sengeafdeling er der adgang til rådgivning og vejledning for patienter, pårørende, hjemmesygeplejerske og praktiserende læge. En betingelse for dette er ajourførte journalnotater som må prioriteres højt.

Udviklingen af den integrerede enhed sker ved kontinuerlige arbejdsgangsanalyser mhp optimering af patientforløbet med det formål at skabe tryk og størst mulig livskvalitet for patienter og pårørende. Afdelingens præstationsbudget er steget igennem årene, i perioden fra 2006 til 2011 er det årlige antal udskrivinger steget fra 209 til 313 og antallet af udgående besøg fra ca. 1000 til ca. 2400. Kapaciteten tilpasses det øgede antal henvisninger til afdelingen.

Patienterne er ofte i aktive forløb på andre afdelinger i deres palliative forløb, f.eks. onkologisk afdeling med antineoplastisk behandling. Derudover kan der være forløb på kirurgisk afdeling, oftest som følge af mulighed for ”åben indlæggelse”. Kontaktlægen fra palliativ enhed går tilsyn efter behov og overflytning til enheden prioriteres højt. Samarbejdet med disse afdelinger er effektivt pga. den samme IT-brugergrænseflade, hvor patientens journaldata er tilgængelige for alle i det tværfaglige team. Dette sikrer kontinuerlig opfølgning på patientens forløb og mindsker risikoen for fejl betydeligt.

En selvstændig palliativ enhed med integreret ambulatorium, udgående funktion og sengeafdeling, beliggende i samme organisation som de øvrige involverede behandlingsafdelinger, sikrer således, at patienterne fleksibelt kan skifte mellem funktionerne ud fra deres aktuelle behov og ud fra ønsket om laveste effektive omkostningsniveau (LEON).

## **Kontakt**

Palliativ Medicinsk Afdeling P, Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, Indgang 2, 2. tværvæg, 2400 København NV, Tlf.: 35 31 62 25, E-mail: palliative@bbh.regionh.dk

Link til afdelingen:

<http://www.bispebjerghospital.dk/menu/Afdelinger/Kliniske+afdelinger/Palliativ+Medicinsk+Afdeling/>

## **3.3 Organisering af basal palliation for kvinder med gynækologisk kræft, Hillerød Hospital**

### **Formål**

At øge den faglige kvalitet af supportive care og basal palliation hos kvinder med gynækologisk kræft.

At organisere indsatsen med sammenhængende patientforløb, og hermed øge den

patientoplevede kvalitet af behandlingen.

### **Involverede aktører**

Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Hillerød Hospital

Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Herlev Hospital

Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Rigshospitalet

Onkologisk afdeling , Herlev Hospital

Onkologisk afdeling, Rigshospitalet

#### Øvrige samarbejdspartnere:

Specialiseret Palliativ Enhed, Frederiksund Sygehus

Mave-tarmkirurgisk afdeling, Hillerød Hospital

Onkologisk afdeling, Hillerød Hospital

Arresødal Hospice

Skt.Lukas Hospice

### **Indsatsen**

#### *Lokalt*

Patienter, med palliative behov kan tilknyttes gynækologisk afdeling, Hillerød Hospital med henblik på en åben henvendelse.

Der er på gynækologisk afdeling ansat en overlæge med særligt ansvar for gynækologisk palliation og etableret specifik gynækologisk–onkologiske stuegangsdage således at der kontinuerligt forefindes en opdateret behandlingsplan for den enkelte patient.

Der er ansat en klinisk sygeplejespecialist med særligt fokus på de palliative patienters forløb

Der er etableret behovsvurdering ved indførelse af ESAS-symptom scoringsskema

Der er udfærdiget vejledninger vedrørende håndtering af basal medicinsk palliation, administrativ palliation, uafvendeligt døende og pårørende samtaler efter dødsfald.

#### *Tværasektorielt*

Der er etableret klare samarbejds- og visitationsregler mellem de involverede afdelinger, således at det på alle tidspunkter er klart for de involverede afdelinger og patienten, hvor behandling og pleje skal foregå.

MultiDisciplinæreTeam - MDT konference mellem specialiseret palliativ enhed, Frederikssund Sygehus og gynækologisk afdeling Hillerød er etableret.

Døgnservice til specialiseret enhed etableret.

#### *Uddannelse*

Overlæge under 2 årig masteruddannelse i palliativ medicin- Nordic Specialist Course in Palliative Medicine (NSCPM).

Flere sygeplejersker har taget eller er i gang med uddannelse indenfor palliation.

Der er kontinuerligt bedsideundervisning, hvor den enkelte sygeplejerske og den kliniske sygeplejespecialist følges ad i plejen af de palliative patienter.

#### **Kontakt**

Gynækologien  
Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling  
Hillerød Hospital  
Dyrehavevej 29  
3400 Hillerød

Link til afdelingen:

[http://www.hillerodhospital.dk/menu/Afdelinger/Gynaekologisk\\_ObstetriskAfdeling/Gynaekologi/](http://www.hillerodhospital.dk/menu/Afdelinger/Gynaekologisk_ObstetriskAfdeling/Gynaekologi/)

### **3.4 Etablering af Afsnit for Lindrende Behandling (ALB), Klinisk Onkologisk Afdeling, Roskilde Sygehus**

#### **Formål**

At fastholde og forbedre den palliative indsats til indlagte patienter og deres familier på Onkologisk afdeling, Roskilde Sygehus.

#### **Involverede aktører**

Tværfagligt personale ansat på afdelingen.

#### **Indsatsen**

Den palliative indsats har gennem en årrække været et højt prioriteret indsatsområde på afdelingen. Indlagte patienter vil på et givet tidspunkt repræsentere forskellige faser i den palliative indsats, og kan dermed give anledning til store faglige udfordringer for såvel læger og sygeplejersker, monofagligt som tværfagligt. Flere patienter præsenterer komplekse palliative problemstillinger hvor optimal tilgang kræver høj faglig viden, erfaring, samt ikke mindst rolige og trygge rammer. Derfor etablerede afdelingen pr. 1/9 2004, indenfor de eksisterende geografiske rammer og de normerede 29. senge, et integreret palliativt sengeafsnit (ALB) afskærmet fra den øvrige sengeafdeling med glasdøre. ALB består af seks senge, heraf en enestue, en familiestue med en seng, samt to 2-sengsstuer. Der er til afsnittet fast tilknyttet syv sygeplejersker (heraf en sygeplejerske med kompetencer på udvidet B-niveau), en SOSU assistent, samt en overlæge. Deuden er der egen sekretær og nem adgang til fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver, psykolog og præst. I



dagarbejdstid på hverdage er der fire medlemmer af plejegruppen på vagt. Den tilknyttede overlæge er onkolog med kompetencer på specialiseret niveau i palliativ medicin og har stuegangsfunktion i ALB 4 x ugentligt. Kun patienter med komplekse palliative problemstillinger og et aktivt forløb på Klinisk Onkologisk afdeling kan modtages til indlæggelse i ALB. Derudover fungerer ALB som stamafsnit for patienter som er tildelt åben indlæggelse i forbindelse med behandlingsophør og overgang til den terminale fase, Der er typisk 160 – 180 indlæggelser pr. år hvoraf ca. 40-50 afsluttes med død.

Indlagte patienter bliver rutinemæssigt screenet med ESAS, og der afholdes ugentlige tværfaglige konferencer med deltagelse af minimum fire faggrupper. Derudover tilbydes patienterne familiesamtaler.

ALB er etableret og videreført indenfor Klinisk Onkologisk Afdelings eksisterende rammer og ressourcer. De samlede etableringsomkostninger beløb sig til kr. 25.000 (udgifter til indretning af familiestue).

### **Evaluering**

ALB har gennem snart otte år og flere end 1.000 indlæggelsesforløb vist sin eksistensberettigelse, og har synligt forbedret og udviklet den palliative indsats på Klinisk Onkologisk afdeling. Siden 2009 har der i uddannelsesøjemed hyppigt været tilknyttet både læger og sygeplejersker.

### **Kontakt**

Afsnit for Lindrende Behandling (ALB)  
Onkologisk Afdeling, Roskilde Sygehus  
Køgevej 7-13, 4000 Roskilde  
Telefonnummer: 47 32 48 87

Link til afdelingen:

<http://www.regionsjælland.dk/sundhed/geo/roskildesygehus/afdelinger/onkologisk-afdeling/Sider/default.aspx>

## **3.5 Opbygning af den palliative indsats, Næstved Kommune**

I foråret 2010 blev der i Næstved Kommune oprettet 4 konsulentstillinger á 20t/uge indenfor palliation. De blev besat af 2 sygeplejersker, 1 ergoterapeut og 1 fysioterapeut ud fra et ønske om tværfaglighed. Konsulentfunktionen blev oprettet, idet der kom et stigende behov for en mere homogen og højere faglighed indenfor fagområdet palliation proportionelt med borgere med palliative behov i primærsektoren. Stillingerne er under evaluering, da vi undervejs i forløbet har gjort os erfaringer med hvad der er virksomt og hvad der skal ændres. Nedenstående er eksempler på hvad der har vist sig virksomt og er beskrevet som best practice i vores kommunale elektroniske håndbog.

Vi modtager som samlet gruppe besked fra Myndighedsafdelingen/visitation eller får en opringning fra ”ALISA – afdeling for palliativ indsats på Næstved Sygehus, når en patient udskrives fra sygehuset. Patienten bliver fra Myndighedsafdelingen

altid spurgt om de ønsker at blive kontaktet af os. Ligeledes får alle pårørende, der søger plejeorlov, tilbud om et besøg af os, for at få information om de psykiske, fysiske og psykosociale aspekter af at være på plejeorlov.

Det vurderes i visitationen og af konsulenterne, hvad der er patientens primære behov, og en af konsulentterne tager derefter ud på første besøg. Hvis det vurderes at være hjælpemidler, der er mest presserende tager konsulenten med ergoterapeutisk fagbaggrund ud, hvis det er farmakologisk smertelindring, sygeplejersken og komplekse smertelindringer, lejringer og lymfødem – fysioterapeuten. Nogle gange tager vi to af sted på første besøg. Palliativ omsorg i form af samtaler og pårørende omsorg er vi alle kompetente til at dække. Efterfølgende vurderes i forløbet om der er behov for at koble en anden konsulent på eller om det kan varetages af basis plejen, basis sygeplejen eller basis terapeuterne.

### **Varetagelse af palliative behov hos patienter med andre sygdomme end kræft**

Hovedparten af vores besøg aflægges hos borgere med cancerdiagnoser men vi tilbyder vores palliative konsulentfunktion til borgere med ALS og KOL, og de tilbydes samme service. Vi oplever, at især ALS borgere og deres pårørende i høj grad har behov for den koordinerende støtte, opfølgning og samtaler.

#### **Kontakt**

Birkebjergcentret  
Birkebjerg Allé 9,  
4700 Næstved  
Tlf. nr.: 5588 2000.

Link til plejecentret:

<http://www.naestved.dk/AeldrePensionister/AeldredistrikterCentre/Birkebjergcentret.aspx>

## **3.6 Organisering af den palliative funktion på basalt niveau, Tønder Kommune**

Tønder Kommune har 6 nøglepersoner i palliation, fordelt med tre nøglepersoner i hvert af de to sygeplejedistrikter i kommunen.

Nøglepersonerne er udover tilknytningen til hjemmesygeplejen også tilknyttet hjemmeplejen, fordi det er vigtigt at have forankring i samarbejdet omkring de palliative patienter og den hjælp, der i øvrigt er visiteret til borgerne i hjemmeplejen.

Nøglepersonerne er også tilknyttet kommunens midlertidige opholdspladser, som er etableret på nogle af kommunens plejecentre, og hvor den døende patient kan få tilbud om at være, hvis det er et ønske/behov som alternativ til at være hjemme eller være på en stamafdeling pga fx: utryghed eller anden problematik.

De 6 nøglepersoner mødes - udover i det store nøglepersonsnetværk i Region Syddanmark - 2 x årligt til 3 timers møder med henblik på vidensdeling, erfarings- og samarbejdsdrøftelser.

De 6 nøglepersoner har desuden arrangeret temadage for alle sygeplejersker i Tønder Kommune i 2011; senest under temaet "Den nye Samarbejdsaftale".

De 6 nøglepersoner har desuden lavet nogle skriftlige foldere på nogle fokus områder til vidensdeling og anvendelse i praksis blandt kolleger i sygeplejen.

### **Kontakt**

Charlotte Frost Larsen: [CFL1@toender.dk](mailto:CFL1@toender.dk).

Tine Gerts: [TG@toender.dk](mailto:TG@toender.dk)

## 4 Samarbejde og koordination

Et velfungerende samarbejde mellem de forskellige aktører er afgørende for kvaliteten af den palliative indsats. Dette kræver, at de enkelte aktører kender hinandens kompetencer og tilbud og ved, hvordan de kan kontakte hinanden. Der er behov for koordination og samarbejde på flere niveauer:

1. Overordnet tværsektorielt samarbejde (samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis)
2. Kommunikationsredskaber
3. Samarbejde og koordination vedrørende den enkelte patient og pårørende

Sundhedsaftalerne er det overordnede redskab til det tværsektorielle samarbejde. Herudover har praksiskoordinatorer og -konsulenter en opgave med henblik på at sikre et godt tværsektorielt samarbejde.

Udskrivningsbrevet er et væsentligt kommunikationsredskab mellem sygehuse og almen praksis, mens genoptræningsplanen er en del af samarbejdet mellem sygehus og kommune. Herudover arbejdes der på det fælles medicinkort, således at alle relevante fagprofessionelle har adgang til patientens aktuelle medicin.

Der findes ikke sikker viden om, hvordan forløbskoordination bedst tilrettelægges i forhold til det enkelte patientforløb. I 'Anbefalinger for den palliative indsats' (Sundhedsstyrelsen, 2011 s.54-55) beskrives følgende eksempler på patientforløb, og i hvert tilfælde beskrives, hvem der er ansvarlige for koordinationen:

- Patienter, som udelukkende modtager basal palliativ indsats, og som befinder sig i hjemmet
- Hjemmeboende patienter, der tilknyttes et palliativt team
- Patienter, der indlægges på sygehus/hospice
- Patienter, der udskrives fra sygehus/hospice til fortsat palliativ indsats i eget hjem
- Patienter, der afsluttes fra specialiseret palliativ indsats til fortsat palliativ indsats på basalt niveau

Det er i alle patientforløb afgørende, at de involverede parter har klare aftaler for, hvordan de samarbejder, og hvordan gensidig information sikres, herunder hvordan kontaktoplysninger udveksles.

## 4.1 Fælles visitationskriterier til hospicer i Region Midtjylland, Hospice Limfjord

### Formål

Der er i Region Midtjylland udarbejdet fælles visitationsretningslinjer for hospicer i regionen. Retningslinjerne skal sikre en målrettet og præcis anvendelse af ressourcerne og tydeliggøre arbejdsdelingen mellem hospice og de palliative senge på hospitalerne og mellem hospice og den primære sektor.

### Involverede aktører

Repræsentanter for hospiceledere, ledere af palliative teams, sygehusledelse, praksis og sundhedsplanlægning i den regionale administration.

### Indsatsen

Arbejdsgruppen har udfærdiget et fælles sæt kriterier, samt en forløbsbeskrivelse for henvisning til hospice, som er ens for alle fire hospice. Hvilket betyder, at samarbejdspartnere vil kunne forvente en ensartet vurdering for hospiceophold uanset hvilket hospice i regionen patienten vælger:

### Henvisningskriterier

Forventet kort levetid (udarbejdet terminalerklæring) for den henviste,

Helbredende behandling er ophørt for den henviste,

Komplekse problemstillinger af fysisk, psykosocial eller eksistentiel karakter hos den henviste,

Behandlingsniveauet skal være afklaret, således at den henviste ikke har symptomer af en karakter, der fordrer indlæggelse på hospital,

Den henviste har et ønske om at leve den sidste tid på hospice og er velinformeret om andre muligheder for ophold og støtte.

### Henvisningsberettiget

Optagelse på hospice forudsætter lægelig henvisning, f.eks. fra den pågældendes praktiserende læge, behandlende læge på hospital eller i det palliative team.

### Evaluering af effekten

Kriterierne kan have den betydning, at stort set alle henvisninger er relevante, samt at der er sket et fald i henvisning til hospice fra 2008 -2010. Desværre er det generelt, at mange (20 % )af patienterne henvises ”for” sent.

### Kontakt

Birte Markfoged

Email: [bma@hospicelimfjord.dk](mailto:bma@hospicelimfjord.dk)

Link til hospice: <http://www.hospicelimfjord.dk>

## 4.2 Projekt "Palliation på tværs", Silkeborg Kommune

I Silkeborg er der udarbejdet nye initiativer for at sikre, at alle med behov for palliation får stillet et tilbud til rådighed.

### Formål

Formålet med projektet er at højne kvaliteten af den palliative indsats til de grupper af borgere/patienter med livstruende kronisk sygdom, der har behov for palliation.

### Involverede aktører

Projektet er et innovativt samarbejdsprojekt mellem Regionshospitalet Silkeborg (RSI), Silkeborg Kommune (SK) og almen praksis. Projektet fokuserer på, hvordan der kan skabes sammenhængende tilbud mellem kommunen, hospitalet og almen praksis. Medarbejdere i hjemmeplejen, SK og Medicinsk Afdeling, RSI har været med i udviklingen af en samarbejdsmodel, som med succes er afprøvet hos enkelte patienter.

### Indsatsen

Samarbejdsmodellen består af følgende:

1. Målgruppe: Patienter med livstruende kronisk sygdom (KOL, hjertesvigt og kræft) identificeres af sygeplejersker (Ilt/KOL, hjertesvigt, kræft) med kompetencer på specialiseret niveau på RSI og hjemmesygeplejersker og sundhedsfagligt personale på de midlertidige pladser, SK.

2. Samtale med patient og pårørende for at afklare behov for palliativ indsats, hvilket tager afsæt i EORTC-QLQ-15-PAL screeningsredskab, suppleret med spørgsmål som belyser psykosocial status. Samtale med patient og pårørende varetages af personale med kompetencer på specialiseret niveau. Afslutningsvis resumeres indholdet af samtalen og der afsluttes med at afstemme planer og aftaler med patient/pårørende. Resume, screening, status, behandlingsplan, ønsker til den sidste tid og aftaler noteres i patientjournal (EPJ) og Care-system (EOJ).

3. Dokumentation: Der er ud over den sædvanlige lægefaglige kommunikation, etableret elektroniske arbejdsgange/kommunikation mellem Ilt-/KOL sygeplejerske, kræftsygeplejersker og sygeplejerske i hjertesvigt-klinikken og hjemmesygeplejersker for at skabe kontinuitet i patienternes forløb og for at begge parter kan følge op på observationer, screening m.m.

### Evaluerings/bedømmelse af effekten

Samarbejdsmodellen opstarter 1. marts 2012 og evalueres efter 6 måneder med henblik på at få viden om indsatsens effekt.

### Kontakt

Projektleder, Anne Marie Kjærsgaard-Andersen, Regionshospitalet Silkeborg, Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg. Mail: annkjaer@rm.dk

## 4.3 Forløbskoordination, Kolding Kommune

### Formål

Afdelingen for Sundhedsfremme og forebyggelse, Sundhedsområdet har siden 1. august 2009 tilbudt forløbskoordination og rådgivning til borgere med kræft og deres familier, med det formål, at borgerne hurtigere får den rette hjælp og rehabilitering.

### Involverede aktører

Forløbskoordinationen varetages af en sygeplejerske fra Afdelingen for Sundhedsfremme og forebyggelse og rådgivningen varetages af 2 faste rådgivere fra Kræft-rådgivningen i Vejle, som har fast mødedag i Kolding.

Målgruppen er borgere og pårørende, som ikke selv kan håndtere dagligdagen, behandlingen og senfølgerne i forbindelse med kræftsygdom. Der har været henvendelser strækkende sig fra borgere med nydiagnosticeret kræft til borgere i den sene palliative fase. De kontakter afdelingen telefonisk enten på eget initiativ eller på opfordring fra sygehus, læge, socialrådgivere eller andre. Der kræves ingen henvisning, men sygehuse og læge kan henvise elektronisk. Sygeplejersken vejleder og visiterer videre til anden hjælp i Kolding Kommune.

Forløbskoordinationen har krævet koordinering og samarbejde på tværs af kommunen mellem Jobcenteret, Familierådgivningen, PPR, Handicapområdet, Myn-dighedsområdet, Hjemmesygeplejen samt børne- og unge området. Borgerne i tidlig og sen palliativ fase har efterspurgt hjælp og støtte i form af psykisk støtte, kostvejledning, genoptræning, motionsvejledning, rygestopopfølgning samt grupper med ligestillede. Borgerne tilbydes endvidere en bred vifte af tilbud fra Kræft-rådgivningen i Vejle bl.a. grupper for børn, unge og voksne med kræft. Det er overvejende borgere med andre kroniske og psykiske sygdomme, andre sociale problemer samt ældre, der har efterspurgt hjælp.

### Indsats

Første henvendelse er telefonisk. Sygeplejersken foretager behovsvurderingen med udgangspunkt i på forhånd fastlagte spørgsmål. Afhængig af borgerens tilstand aftales evt. hjemmebesøg ved en kræft-rådgiver ligesom kostvejledningen kan foregå pr. mail og telefon, hvis borgeren ikke magter en samtale. Tilbuddet er rettet mod borgere og familier med kræft, men f. eks i Familierådgivningen er der efterspurgt grupper for børn og unge, hvor forældrene lider af andre alvorlige sygdomme. Privat sorggruppe har børn og unge, som har mistet en nær slægtning uanset årsag.

De borgere, der er henvist til genoptræning i forbindelse med kræft informeres om og drøfter ovenstående under genoptræningen med sygeplejerske, diætist og terapeuter enten i grupper eller individuelt efter behov.

I KOL rehabiliteringen har der tidligere deltaget hjemmesygeplejersker, hvilket gav et smidigt og hurtigt samarbejde. I hjerterehabiliteringen, som foregår i samarbejde med Kolding Sygehus har især borgere med hjertesvigt gavn af at få hjælp til erkendelse af deres sygdom og formåen f. eks risici ved overbelastning og energiforvaltning. Her sparreres også med Hjertesvigt-klinikken på sygehuset. Kolding Kom-

mune har borgerne i den sene fase, hvor sygehuset har dem i den tidlige palliative fase.

Der er tilknyttet en diætist og sygeplejerske og rygestoprådgiver til begge rehabiliteringsforløb.

### **Dokumentation**

Alt dokumenteres elektronisk i Sundhedsmodul, træningsmodul, samt sygepleje-modul i KMD, CARE.

### **Forbedring af indsatsen**

Et bedre kendskab til tilbuddene på sygehuse, hos praktiserende læger og internt i kommunen vil kunne forbedre en tidlig indsats, så borgerne bliver tilbudt hjælp og støtte mere målrettet og systematisk. Her vil forløbsprogrammet være en hjælp.

## **4.4 Projekt lindrende indsats 2 - Palliativt Team Vejle**

På baggrund af et dokumenterede behov for uddannelse og forbedret indsats på sygehusene er projektet 'Palliation på sygehuset' udarbejdet 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.

### **Involverede aktører**

Det Palliative Team i Vejle, Medicinsk Afdeling 120 (A120), Vejle Sygehus og Region Syddanmark

### **Indsatsen**

Projektet er designet som et klassisk kvalitetsudviklingsprojekt, hvor der systematisk arbejdes med kvalitetscirkelns fire trin: PLAN-DO-STUDY-ACT (Deming, 2000).

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

*STUDY-fasen:* input fra personalet og journalaudit.

*ACT-fasen:* på baggrund af ovennævnte data.

### **Evaluering**

På baggrund af auditresultater og spørgeskemaundersøgelser er det konklusionen, 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 Katalog over bedste praksis for palliative indsatser



projektet, for at fastholde og videreudvikle de opnåede kompetencer og det ændrede handlemønster i forhold til de alvorligt syge patienter og deres pårørende (Jørgensen, Oberländer & Vejlgård, 2010).

### **Kontakt**

Lene Jørgensen & Tove Vejlgård  
Palliativt Team Vejle  
Telefon: 76 40 16 00  
E-mail: Det.palliative.team@slb.regionsyddanmark.dk

Link til projektet: <http://www.forskningsinitiativet.dk/wm308344>

## **4.5 Projekt Palliation, Nyborg Kommune**

### **Formål**

At styrke og skabe sammenhæng i den kommunale palliative indsats for mennesker med livstruende sygdomme og pårørende i eget hjem og plejeboliger via fire delmål: 1) at udvikle/afprøve metoder til udvikling af de professionelles kompetencer; 2) at udvikle/afprøve strukturelle og organisatoriske rammer; 3) med afsæt i delmål 1 og 2 at udvikle/afprøve en sammenhængende indsats på tværs af basisniveauet evt. i samarbejde med specialisterne med udgangspunkt i nationale samt regionale anbefalinger og aftaler; 4) at evaluere delmål 1, 2 og 3.

### **Involverede aktører**

Almen praksis, to plejecentre samt et hjemmepleje- og hjemmesygepleje distrikt i Nyborg Kommune og Palliativt Videncenter. Der er nedsat en projektgruppe, som arbejder med udvikling af interventioner og en styregruppe.

### **Indsatsen**

Projektet er inspireret af aktionsforskningstraditionen og projektgruppen har udviklet interventioner med afsæt i Gold Standards Framework, som er en systematisk tilgang til formalisering af 'best practice'. Interventionerne er målrettet borgere med kræft- og ikke-kræft sygdomme i den sene palliative fase og terminal fase. Interventionerne omfatter: Screening af palliative patienter; en forløbsbeskrivelse; et opsporingskema; strukturerede tværfaglige hjemmebesøg; strukturerede evalueringer; anvendelse af EORTC QLQ-C15-PAL; kompetenceudvikling.

### **Evaluering**

Indtil videre er dele af kompetenceudviklingen evalueret (se afsnit "Uddannelse/kompetenceudvikling"). Projektevalueringen vil være tilgængelig forår 2013, men erfaringerne indtil videre indikerer øget faglighed og mere bevidst koordineret tværfaglig palliativ indsats. (Raunkiær, Kronborg & Tind Nielsen, 2011) (Raunkiær & Kronborg, 2011)

## Kontakt

Christel Nøhr Kronborg, praktiserende læge, [chha@dadlnet.dk](mailto:chha@dadlnet.dk);

Birgitte Toft, hjemmeplejeleder, [bto@nyborg.dk](mailto:bto@nyborg.dk);

Line Mortensen, hjemmesygeplejerske, [lmo@nyborg.dk](mailto:lmo@nyborg.dk);

Mette Raunkiær PAVI, [mr@pavi.dk](mailto:mr@pavi.dk)

## 4.6 Tværfaglig konference, Hillerød Sygehus, Palliativ Afdeling

### 4.6.1 Formål

At styrke og udvikle den tværfaglige teambaserede indsats på specialiseret niveau med vurdering af patientens fysiske, psykiske, sociale, eksistentielle og psykologiske behov.

### Involverede aktører

Tværfagligt behandlerteam bestående af relevante autoriserede faggrupper, inkluderende overlæge på specialistniveau med palliation som hovedaktivitet, palliativ sygeplejerske, fysioterapeut, psykolog, socialrådgiver og præst.

### Indsatsen

Tværfaglig konference afholdes én gang ugentlig á 1½ time, med deltagelse af ovennævnte aktører. Det tilstræbes at alle patienter der er tilknyttet Palliativ Afdeling, drøftes minimum én gang på tværfaglig konference. Fokus er primært rettet mod nye patienter i afdelingen og patienter med specielt komplekse problemer. Behandlerteamet har mulighed for at bringe nyt perspektiv ind i vurdering af behandlingsplanen, før der afslutningsvis konkluderes. Screeningsinstrumentet EORTC-QLQ-C15-PAL, indgår rutinemæssigt som en del af det tværfaglige behandlerteams vurdering.

### Evaluering

Den tværfaglige konference bidrager til at afdække patientens totale behov og niveauet for den palliative indsats. Vi oplever at der herved kommer flere vinkler på, som giver bedre mulighed for at lægge en behandlingsplan med fokus på livskvalitet.

## Kontakt

Onkologisk & Palliativ Afdeling, Hillerød Hospital, Dyrehavevej 29, 3400 Hillerød

Palliativ Enhed, Sengeafsnit A8 Frederikssund

Telefon: 48 29 53 55

Link til afdelingen:

<http://www.hillerodhospital.dk/menu/Afdelinger/OnkologiskPalliativAfdeling/>

## 4.7 Netværksmøder, Hillerød Sygehus, Palliativ Afdeling

### Formål

Koordinering af det individuelle patientforløb mhp. bedre integreret og sammenhængende indsats og klar ansvarsfordeling mellem relevante sundhedsprofessionelle.

### Involverede aktører

Patienter som opholder sig i eget hjem og evt. pårørende. Netværksmødet er som minimum repræsenteret med følgende fagprofessionelle: palliativ sygeplejerske og hjemmesygeplejerske. Derudover kan det være relevant at inddrage praktiserende læge, evt læge fra Palliativ Enhed, fysioterapeut og præst.

### Indsats

Mødet foregår i patientens eget hjem. Den palliative sygeplejerske fungerer som tovholder og med afsæt i patientens behov og ønsker, tager initiativ til at invitere til netværksmøde. I samarbejde med patienten besluttes hvilke aktører der er relevante at inddrage.

Aktuelle og potentielle problemstillinger drøftes, og aktørerne byder ind med relevante tiltag. Indholdet kan f.eks. være: afklaring af aktørernes rolle og indsats, afklaring af behov og symptomer, medicingennemgang og justering, planlægning og koordinering af ambulante tider fx blodprøvetagning etc., forventninger til den palliative indsats, ønsker for den sidste tid, afklaring af behov for evt. nyt netværksmøde og skabe let tilgængelige kommunikationslinjer.

Netværksmøder finder oftest sted når der er behov for hjælp til koordinering og hvor der er mange kontakter til forskellige hospitaler. Det kan være et behov, når der er sproglige og kulturelle udfordringer, ringe eller manglende socialt netværk eller manglende ressourcer. I familier med hjemmeboende børn er der et helt specielt behov og hensyn.

### Evaluering

Der er et overordnet hensyn til hvor mange aktører, der er tilstede ved netværksmøderne i forhold til patient og pårørende. For nogle patienter kan det være svært at agere og være i centrum, når mange aktører er på banen. Her kan det være mest hensigtsmæssigt ikke at afholde flere møder.

Deltagende aktører er klar over den enkeltes rolle i forhold til patient og pårørende. Det fremmer samarbejdet og minimerer barrierer for det gode patientforløb.

### Kontakt

Onkologisk & Palliativ Afdeling, Hillerød Hospital, Dyrehavevej 29, 3400 Hillerød  
Palliativ Enhed, Sengeafsnit A8 Frederikssund, Telefon: 48 29 53 55

Link til afdelingen:

<http://www.hillerodhospital.dk/menu/Afdelinger/OnkologiskPalliativAfdeling/>

## 5 Faglige indsatser, herunder faglige retningslinjer, behovsvurdering, støtte til pårørende m.v.

Beskrivelsen af den palliative indsats tager afsæt i WHO's definition af palliativ indsats (World Health Organization, 2002) og Total Pain begrebet (Saunders, 1964). Overordnet bør der foretages en systematisk behovsvurdering og – på baggrund heraf samt eventuel uddybende udredning – udarbejdes en plan for indsatsen. I forbindelse hermed foretages også en prognostisk vurdering, som er med til at danne grundlag for indsatsen. Den konkrete palliative indsats bør, så vidt det er muligt, følge faglige retningslinjer for at sikre kvaliteten i indsatsen.

I 'Anbefalinger for den palliative indsats' findes en nærmere beskrivelse af behovsvurderingen (Sundhedsstyrelsen, 2011).

I Danmark har mange palliative teams, palliative afdelinger og hospicer udarbejdet kliniske retningslinjer, men de fleste af disse er ikke evidensbaserede. De erfaringsbaserede retningslinjer er indsamlet og opdateres på:

<http://www.pavi.dk/Kvalitetssikring/bedstepraksis.aspx>

Herudover er der i regi af DMCG-PAL (Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats) ved at blive udarbejdet nationale evidensbaserede kliniske retningslinjer for den palliative indsats.

I forlængelse af kortlægning af hospitalernes palliative indsats gennemfører Palliativt Videncenter et hospitalsmodelprojekt. Projektet gennemføres i fire faser:

FASE 1: Vidensindsamling (januar 2012).

FASE 2: Planlægning af lokale projekter (februar-juni 2012).

FASE 3: Gennemførelse af lokale projekter (august-december 2012).

FASE 4: Evaluering (primus 2013).

Se projektbeskrivelsen på Palliativt Videncenters hjemmeside:

<http://www.pavi.dk/ForskningOgUdvikling/kortlaegning/hospitalsmodelprojekt.aspx>

Idekatalog kan downloades:

<http://www.pavi.dk/ForskningOgUdvikling/paviprojekter.aspx>

### 5.1 Værdighedssamtaler, Bispebjerg Hospital, Afdeling for Palliativ Medicin

Værdighedssamtaler er et tilbud til patienter i palliativ indsats med henblik på at lave et dokument, som indeholder dét, patienten ønsker nedskrevet og fastholdt. Formålet med værdighedssamtalen er at fremme patientens livskvalitet og oplevelse af mening, formål og værdighed. I samtalen gives der mulighed for at gennemgå livet, og sætte ord på dét, som har haft særlig værdi og betydning. Samtidig er det Katalog over bedste praksis for palliative indsatser

en hjælp til at få nedskrevet det, som er vigtigt at få sagt, og talt om håb og drømme for de nærmeste. Tilbuddet er kortvarigt, fleksibelt og kan tilbydes til både indlagte og patienter i eget hjem. Dokumentet kan være en kilde til stor trøst for de efterladte.

Interventionen er i 2005-2007 afprøvet blandt uhelbredeligt syge kræftpatienter på Palliativ Medicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital og Sankt Lukas Hospice. De første resultater viste at interventionen var både egnet og relevant til patientgruppen i palliativ indsats. Resultaterne viste at 45pct. (N=389) af alle konsekutive patienterne blev vurderet egnet til deltagelse. Heraf fuldførte 21pct. VT (N=80).

I perioden 2009-11 har der eksisteret en uddannelse i værdighedssamtaler henvendt til fagpersoner i det palliative felt. Denne uddannelse har skullet sikre udbredelsen af værdighedssamtaler til flest mulig patienter i palliativ indsats i landet med en dertil hørende sikring af at kvaliteten. Uddannelsen består i to dages undervisning i metoden og to dages undervisning i redigering efterfulgt af løbende gruppesupervision. Kvalitetssikring af tilbuddet er foregået med brug af evaluering samt før-efter spørgeskemaer. Evaluering af uddannelsen og supervision har været positiv. Værdighedssamtaler vil ved udgangen af 2011 være implementeret minimum otte steder i landet.

## **Kontakt**

Lise Jul Houmann eller Mogens Grønvold  
Afdeling for Palliativ Medicin, Bispebjerg Hospital, 2400 Copenhagen NV  
Tlf. 3531 22 08  
E-mail: [lhou0001@bbh.regionh.dk](mailto:lhou0001@bbh.regionh.dk) og [mold@sund.ku.dk](mailto:mold@sund.ku.dk)

## **5.2 Symptom-screening, Bispebjerg Hospital, Afdeling for Palliativ Medicin**

### **Formål**

At definere patienter med behov for specialiseret palliativ indsats, ved brug af et valideret systematisk screenings instrument EORTC-QLQ-C15-PAL, som giver god indsigt i patientens aktuelle situation og behov.

### **Involverede aktører**

Det tværfaglige palliative behandlerteam, bestående af mindst overlæge på specialniveau med palliation som hovedaktivitet og sygeplejerske.

### **Indsatsen**

Patienter henvist til udefunktionen bliver kontaktet af den palliative sygeplejerske pr. tlf. inden for 1 uge. Efter aftale fremsendes EORTC-skemaet sammen med velkomstpjece til patienten. Således foreligger den subjektive vurdering af patientens problemer og behov ved første personlige kontakt. Denne metode giver mulighed for hurtig og effektiv dialog vedrørende behovet for indsatsen, allerede ved starten af besøget. EORTC skema udleveres til udfyldelse ved hvert efterfølgende besøg i eget hjem. Patienter henvist til ambulansfunktion får udleveret EORTC skema ved første og alle efterfølgende besøg i ambulatoriet. Lægen gennemgår svarene sammen med patient og pårørende, og med udgangspunkt i besvarelsen lægges plan for

den videre behandling. Indlagte patienter får udleveret EORTC skema på indlæggelsesdagen og herefter hver uge på fast ugedag. EORTC skemaer på indlagte patienter indsamles på fast ugedag, så de er tilgængelige før og under tværfaglig konference tirsdag, hvor de indgår som et redskab til vurdering af status for patientens aktuelle problemer og behov.

### **Evaluering**

EORTC-QLQ-C15-PAL skemaet giver et godt overblik over alle patientens fysiske, psykiske, sociale, eksistentielle og psykologiske problemer. Skemaet kan ikke stå alene, men er udgangspunkt for dialog med patient, pårørende og tværfagligt behandlerteam og udgør en del af basis for behandlingen.

### **Kontakt**

Palliativ Medicinsk Afdeling P  
Bispebjerg Hospital  
Bispebjerg Bakke 23  
Indgang 2, 2. tværvej  
2400 København NV  
Tlf.: 35 31 62 25  
E-mail: palliative@bbh.regionh.dk

Link til projektet:

<http://www.bispebjerghospital.dk/menu/Afdelinger/Kliniske+afdelinger/Palliativ+Medicinsk+Afdeling/Forskning/Spoergeskemaet.htm>

## **5.3 Tidlig opsporing, Gentofte Kommune**

### **Formål**

At opdage – og reagere relevant på små, snigende, langsomt udviklende ændringer i borgeres hverdagsliv

### **Involverede aktører**

Opsporingsskemaerne er udviklet af nøglepersongruppen. Målet er, at skemaet kan bruges af SSH og SSA i det daglige arbejde hos borgere, som ikke modtager sygeplejeydelser.

### **Beskrivelse**

Skemaet er baseret på arbejdsgrundlaget for den palliative indsats ”3 x 5” (se bilag).

### **Evaluering**

Skemaet kan hjælpe til at opfange de små ændringer i borgerens hverdagsliv og tilstand. Skemaet fungerer godt som dokumentation, f.eks. i samtaler med pårørende eller borgerens læge. Skemaet kan ikke stå alene.

## **Bilag**

Bilag 1a: Vejledning til ”Hvornår er det tid at etablere palliativ indsats”

Bilag 1b: Skema til brug i plejeboliger

Bilag 2a: Vejledning til ”Opsporing af ændringer i borgerens hverdagsliv”

Bilag 2b: Skema til brug i hjemmeplejen

Bilag 2c: Uddybende spørgsmål til checkliste

## **5.4 Liverpool Care Pathway for the dying patient, Roskilde Sygehus**

Implementering af en modificeret udgave af Liverpool Care Pathway for the dying patient i Klinisk Onkologisk afdeling, Roskilde Sygehus.

### **Formål**

At forbedre behandling, pleje og omsorgen for den døende patient og dennes familie.

### **Involverede aktører**

Tværfagligt personale i Afsnit for Lindrende Behandling (ALB), Klinisk Onkologisk afdeling, Roskilde Sygehus.

### **Indsatsen**

På afdelingen dør der årligt ca. 70-80 patienter, heraf 40-50 i Afsnit for Lindrende Behandling. For at optimere behandlingen af den døendes symptomer (smerter, angst, uro, dyspnø mm), samt sikre at den døende og dennes pårørende får mulighed for og rammer til at tage en værdig afsked, implementerede det tværfaglige ALB personale i 2008 en til dansk af afdelingens personale oversat og derefter let modificeret udgave af den internationalt anerkendte standardiserede og evidensbaserede Liverpool Care Pathway for the dying patient.

LCP-Roskilde dokumentet består af tre dele og indeholder en række mål for behandling, pleje og omsorg:

Første del er en indledende status hvor man bl.a. sikrer sig at unødvendig medicin seponeres, og den nødvendige medicin til lindring af smerter, angst/uro, kvalme/opkastning, dyspnø og sekretraslen er ordineret og til subcutan administration. Derudover seponeres evt. parenteral væsketerapi. Endvidere sikres at patienten (hvis muligt) og dennes nærmeste pårørende er informeret om at døden er nært forestående, samt at der er givet informeret samtykke til den lagte pleje- og behandlingsplan.

Den anden del er bl.a. en løbende evaluering af om patienten er sufficient lindret gennem opfyldelsen af definerede mål som f.eks. smertefrihed. Hvis de enkelte mål ikke opfyldes skal det angives hvorfor, og hvilke tiltag der er iværksat for at det pågældende mål kan opfyldes. Således er der indbygget både audit og læring i dokumentet.

Den tredje del fokuserer på timerne efter dødsfaldet som f.eks. hvilke specielle øn-

sker familien måtte have i forbindelse med istandgørelsen af afdøde, information til de pårørende om afdødes vej ud af afdelingen og at relevant skriftligt informationsmateriale er udleveret til de efterladte.

Udviklingen af og implementeringen af LCP-Roskilde er sket indenfor Klinisk Onkologisk afdelings eksisterende økonomiske rammer.

### **Evaluering**

Efter en pilotperiode hvor tyve døende patienter blev inkluderet, blev det vurderet at LCP-Roskilde dokumentet var et værdifuldt og brugbart klinisk redskab og har derfor siden 2009 været et standard dokument i ALB. Dokumentet er siden sin første udgave løbende blevet revurderet tværfagligt og på baggrund af indhentede kliniske erfaringer ændret og tilpasset. Således vil version 6.0 blive introduceret pr. 1/3 2012, og som noget nyt vil LCP-Roskilde fra samme dato være standard dokument i hele den Kliniske Onkologiske afdelings sengeafdeling. Pr. 1/12 2011 har dokumentet været anvendt på 104. døende patienter.

### **Kontakt**

Svend Ottesen  
Afsnit for Lindrende Behandling (ALB)  
Onkologisk Afdeling, Roskilde Sygehus  
Køgevej 7-13, 4000 Roskilde  
Telefonnr.: 47 32 48 87

## **5.5 Familiesamtaler på Klinisk Onkologisk afdeling, Roskilde Sygehuse**

### **Formål**

At give den kræftramte familie mulighed for i et fælles forum at få den nødvendige information, råd og vejledning.

### **Involverede aktører**

Tværfagligt personale i Afsnit for Lindrende Behandling (ALB), Klinisk Onkologisk afdeling, Roskilde Sygehus.

### **Indsatsen**

Familien og det sociale netværk er patientens vigtigste aktiver i forbindelse med en kræftsygdom. I erkendelse af at videregivelse af information og åben kommunikation kan være en udfordring, ikke kun for sundhedsfagligt personale, men også for patienten og de enkelte familiemedlemmer, introduceredes i forbindelse med etableringen af ALB i 2004, begrebet familiesamtaler. Familiesamtalen tilbydes til indlagte patienter i ALB og især hvis der er sket afgørende udviklinger i kræftsygdommen eller ved f.eks. behandlingssophør. Derudover benyttes familiesamtalen i situationer hvor den familiære situation kan være kompleks eller hvor familierne åbenlyst har det svært med den aktuelle situation. Det betyder også at familiesamtalen kan være berettiget ved diagnose og behandlingsstart, men typisk er behovet størst længere henne i sygdomsforløbet.



Familiesamtalen foregår på patientens præmisser, og derfor skal der forud for afholdelsen være en indledende kort samtale mellem læge, sygeplejerske og patient om f.eks. indholdet i samtalen, om der er emner som patienten især ønsker taget op (eller ikke), om der er ønsker som patienten skal have hjælp til at videreformidle, om der er ord som ikke må bruges (f.eks. ordet død), og hvem skal deltage. Patienten inviterer herefter dem som han/hun ønsker, skal deltage og typisk drejer det sig om 3-5 personer foruden patient, men op til 15 personer er set. Selve samtalen hvor der foruden de inviterede også deltager læge + sygeplejerske, indledes med en kort gennemgang af sygdomsstatus og de eksisterende behandlingsmuligheder (eller mangel på samme). Derefter videreformidles en tværfaglig vurdering af patientens aktuelle situation og sluttelig en fælles dialog om den videre plan hvor der gives information, råd og vejledning. Samtalen afsluttes med et handlingsresumé. Der er under hele samtalen mulighed for at stille spørgsmål. Samtalens varighed er typisk 30. minutter. Familiesamtalen er ikke en terapeutisk samtale, og ved behov kan patient og/eller familiemedlemmer henvises til f.eks. psykolog.

### **Evaluering**

Et stort flertal af patienter og deres familiemedlemmer har gennem årene givet udtryk for at familiesamtalen væsentligt har bidraget til bedre fælles forståelse og sygdomsindsigt. Den har tillige gjort det lettere at tale om svære emner og i fællesskab at planlægge f.eks. hvordan familien skal indrette sig og hjælpe hinanden når fokus har ligget på den sidste tid og hjemmedød.

Der er siden 2004 afholdt mere end 350. familiesamtaler i ALB.

### **Kontakt**

Afsnit for Lindrende Behandling (ALB)  
Onkologisk Afdeling, Roskilde Sygehus  
Køgevej 7-13, 4000 Roskilde  
Telefonnummer: 47 32 48 87

Link til afdelingen:

<http://www.regionsjælland.dk/sundhed/geo/roskildesygehus/afdelinger/onkologisk-afdeling/Sider/default.aspx>

## **5.6 Tryghedskassen, Palliativt Team Vejle**

Palliativt Team Vejle **har** udviklet en medicinkasse ”Tryghedskassen”, som indeholder medicin, utensilier (infusionssæt, sprøjter, kanyler) og informationsmateriale til symptomlindring i de sidste levedøgn hos alvorligt syge patienter, der ikke længere kan indtage peroral medicin.

I Region Syddanmark er der indgået aftale om, at regionen dækker udgiften til både medicin og utensilier i kassen for borgere der har en terminalbevilling fra Lægemiddelstyrelsen. Afregning sker direkte mellem apotek og regionen.

Formålet med kassen er at sikre et optimalt afsluttende forløb for patienter, der ønsker at dø i eget hjem.

Kassen produceres på Glostrup Apotek samt Skanderborg Apotek, hvorfra den di-  
Katalog over bedste praksis for palliative indsatser

stribueres til hele landet. Mange apoteker oplyser, at de lagerfører kassen.

Kassen ordineres ved udfærdigelse af recept:

*Rp. Tryghedskassen*

*d.s.: Symptomlindring efter ordinationsskema*

Der udfærdiges ordinationsskema med individuelle ordinationer. Skemaet **skal** formidles til hjemmesygeplejen, som ellers ikke må anvende kassen.

Forudsætninger for korrekt anvendelse af Tryghedskassen:

- Lægelig vurdering af patienten
- Individuel lægeordination af hvert enkelt præparat i kassen
- Tilstedeværelse af hjemmesygeplejerske, som kan administrere lægens ordination.

#### **Kassens indhold:**

<b>Medicin:</b>	Morfin 20 mg/ml	10 ml hætteglas x 1
	Midazolam 1 mg/ml	5 ml ampul x 2
	Serenase 5 mg/ml	1 ml ampul x 2
	Furix 10 mg/ml	4 ml ampul x 2
	Buscopan 20 mg/ml	1 ml ampul x 4
	Natriumklorid 9 mg/ml	10 ml hætteglas x 1

---

<b>Utensilier:</b>	2 subkutane kanyler
	2 propper til subkutane kanyler
	Sprøjter
	Kanyler
	Swabs
	Fikseringsplaster

---

**Skriftligt:** Apotekets indlægsseddel

"Vejledning i anlæggelse af fastliggende subkutan kanyle"

"Retningslinier for symptomlindring i terminale patienters sidste døgn"

## **Kontakt**

Palliativt Team Vejle  
Blegbanken 3, 3.  
7100 Vejle  
Tlf.: 7640 1600  
Email: [Det.Palliative.Team@slb.regionsyddanmark.dk](mailto:Det.Palliative.Team@slb.regionsyddanmark.dk)

De 2 ovennævnte pjecer samt pjecerne "Medicinsk smertebehandling i palliativ indsats" og "Vejledning røde morfindråber" findes på Palliativt Teams hjemmeside: [www.sygehuslillebaelt.dk/wm258310](http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm258310) under punktet 'Undersøgelse og behandling'.

## **5.7 Indsats overfor børnefamilier, Palliativt Team Fyn**

### **Formål**

Formålet er at yde en indsats overfor forældrene med henblik på, at deres sensitivitet øges overfor barnets behov og problemstillinger vedr. sygdomssituationen og den ene forælders forestående død. Vi ønsker at støtte forældrene til at inddrage barnet i sygdomsproblematikken og forberede det på den forestående død på en pædagogisk hensigtsmæssig måde. Efter dødsfald følger vi familien og afslutter indsatsen efter 6 mdr. hvor der bl.a. foretages en vurdering af, hvorvidt forælder eller barn har behov for yderligere indsats fra det professionelle netværk.

I perioden efter dødsfald er formålet at støtte den efterlevende forælder i at tale med barnet om afdøde, anerkende barnets savn og skabe forståelse for, at forælder og barn kan være sammen om savnet.

### **Involverede aktører**

Tilbuddet rettes til patienter, som er henvist til Palliativt Team Fyn og deres familier. Den psykosociale indsats for familien er en del af den palliative indsats patienten tilbydes i teamet, og varetages af teamets psykolog og socialrådgiver i fællesskab. Samtalerne finder for det meste sted i patientens hjem.

### **Indsats**

Samtaler tilbydes patient og partner efter behov. Barnet kan deltage efter første samtale, såfremt familien er åbne herfor og det skønnes relevant. Ved behov og efter samtykke kan andre instanser kontaktes og inddrages.

I samtalerne indgår edukation omkring børns behov og reaktioner ved alvorlig sygdom, rådgivning om, hvordan forældrene kan tale med barnet om sygdom, sygdomsudvikling og den forestående død, drøftelse af, hvordan familien kan skabe størst mulig sikkerhed for barnet, og hvordan netværket kan inddrages som en ressource.

Efter dødsfald fokuseres der på, hvordan den efterlevende forælder kan hjælpe barnet med at håndtere sorgen og savnet og vigtigheden af at mindes afdøde. Det drøftes, hvordan forælderen kan støtte barnet i at genskabe en tryghed til livet og dets stabilitet. Der foretages løbende en vurdering af, hvorvidt forælder eller barn kan have brug for yderligere professionel indsats.

Gennem hele indsatsen har samtalerne et terapeutisk sigte mod at støtte op om familiens egne ressourcer og styrker.

Langt de fleste af de til teamet henviste patienter med børn under 18 år er interesserede i den psykosociale indsats, og indtrykket er, at de profiterer af samtalerne, og at indsatsen omkring barnet styrkes. En nærmere analyse og beskrivelse af styrker og svagheder ved metoden vil blive beskrevet i en rapport, som vil foreligge i slutningen af 2012.

### **Kontakt**

Projektleder,  
Cand. Psyk. Sundhedspsykolog Inge Merete Manuel  
Palliativt Team Fyn

## **5.8 Projekt Måltidsstøtte, Hospice Djursland**

### **Formål**

På Hospice Djursland gav erfaringer fra hverdagspraksis i 2009-2010 anledning til refleksioner over måltidets betydning og over, om faglige tiltag kan forlænge den tid, patienter kan opleve nydelse ved at spise. Herunder at minimere barrierer, der får patienter til at give afkald på måltidsnydelse unødigt tidligt før livet afsluttes.

### **Involverede aktører**

Personalet på Hospice Djursland, dvs. sygeplejersker, køkken- og servicepersonale, læge og terapeuter.

### **Indsatsen**

Det blev iagttaget, at små og større støttende foranstaltninger fra personalets side kunne gøre mad- og væskeindtagelse til en mere positiv oplevelse for mange af vore patienter. Rigtig mange faktorer kan indvirke på kvaliteten af vore patienters måltidsoplevelser. Bl.a. korrekt spisestilling, synkeproblemer, madkonsistens samt mund- og tandstatus. Over for patienter med dysfunktioner i hoved, mund og svælg er det vigtigt at fremme og understøtte den enkelte patients mulighed for at deltage i hvad der muligt og meningsfuldt. Der er grund til at antage, at den enkelte patient

vil kunne opnå en bedre sanseoplevelse og glæde gennem et øget fokus på betydningen af måltider samt relevante måder at støtte på. Patienter er dog ikke nødvendigvis vidende om, i hvilken udstrækning et funktionstab evt. kan afhjælpes. Derfor er fornøden viden, kompetence og opmærksomhed fra sygeplejerskernes side afgørende for, at behov for f.eks. kompenserende støtte bliver opfyldt.

## **Evaluering**

Projekt Måltidsstøtte har skullet tilvejebringe relevant ny viden og indkredse nødvendige færdigheder hos fagpersonale m.h.p. at modvirke barrierer, der får patienter til at opgive nydelsen ved et måltid unødigt tidligt før livets afslutning. Projektet er udmundet i anbefalinger for supplerende tiltag til den aktuelle praksis til højnelse af den livskvalitet, det ofte er på det personlige plan at kunne nyde et måltid, samt det sociale aspekt knyttet til samvær ved et måltid (Venborg & Mühlbach, 2011).

## **Kontakt**

Annegrete Venborg  
Hospice Djursland  
Telefon: 87773320  
E-mail: [annegrete.venborg@hospicedjursland.dk](mailto:annegrete.venborg@hospicedjursland.dk)

Link til projektet: <http://www.hospicedjursland.dk/9835/Udvikling>

## **5.9 Projekt lindrende indsats, Aalborg Sygehus**

Projekt lindrende indsats er gennemført ved Hæmatologisk Afdeling, Aalborg Sygehus i perioden 2007-2010.

### **Formål**

At udvikle kvaliteten af den lindrende indsats i afdelingen og skabe ny viden om, hvordan den lindrende indsats kan implementeres i andre hospitalsafdelinger.

### **Involverede aktører**

Projektdeltagere var sygeplejerspersonale, læger, sygehuspræst, socialrådgiver, fysioterapeut og ergoterapeut ansat ved afdelingen.

### **Indsatsen**

Projektets målgruppe var uhelbredeligt syge patienter og pårørende tilknyttet Hæmatologisk Afdeling. Projektet blev gennemført som et aktionsforskningsprojekt i fire faser: 1) Status for nuværende palliative indsats; 2) Aktionsplanlægning; 3) Implementering; 4) Evaluering.

I implementeringsfasen har der været fokus på implementering af flg.:

- Patientens bog
- Identificere og tydeliggøre overgange i uhelbredelige sygdomsforløb
- ”Palliationsmappen - de sidste døgn” (Liverpool Care Pathway for døende)
- Opfølgningssamtaler for efterladte
- Tværfaglig og flerfaglige palliationskonferencer, ½ time x 2/ugen
- Kompetenceudvikling:
  - a. I den daglige kliniske praksis
  - b. Internt basiskursus i palliation
  - c. Uddanne intern kompetencegruppe i palliation

## **Evaluering**

Evalueringen omfatter spørgeskemaundersøgelse, fokusgruppe interview og individuelle interview med alle faggrupper involveret i projektet. Hel overordnet viser evalueringen, at identificering af den palliative målgruppe og kliniske faser i palliative forløb og etablering af fælles tværfaglige mål udgør basale fundament for den palliative indsats. Kompetenceudvikling baseret udelukkende på eksterne læringskontekster skaber ikke i tilstrækkelig grad udvikling i klinisk praksis. Kompetenceudvikling bør kombineres med tiltag som retter sig mod at overkomme personlige, kollegiale og organisatoriske barrierer.

Evalueringen viser, at der er sket en række forbedringer relateret til afdelingens palliative indsats. Lægegruppen (92 %) og sygepleje personale (100 %) i sengeafsnit vurderer, at projektet i høj grad har bidraget til at forbedre den samlede palliative indsats, herunder øget fokus på uhelbredeligt syge patienters særlige behov tidligere i sygdomsforløbet og bedre lindring af patientens fysiske symptomer. Dertil kommer en faglig kvalificering af tværfaglige diskussioner, et mere åbent tværfagligt samarbejde med etablering af fælles tværfaglige mål i konkrete patientforløb og forbedringer i afdelingens flerfaglige indsats foruden et kompetenceløft i personalegruppen.

## **Kontakt**

Karen Marie Dalgaard  
 sygeplejerske, cand. scient. soc., ph.d.  
 Forsker Palliativt Videncenter  
 E-mail: [kmd@pavi.dk](mailto:kmd@pavi.dk)  
 Telefon: 30651024

Link til projektet: Der er udarbejdet tre forskningsrapporter om projektet: 2) Statusrapport 2007; 3) Implementerings- rapport 2009; 4) Evalueringsrapport 2010, se Hæmatologisk Afdeling: [www.aalborgsygehus.rn.dk](http://www.aalborgsygehus.rn.dk)

## **5.10 Når to bliver til én - omsorg for ældre efterladte, Palliativt Videncenter**

Hvert år mister godt 15.000 danskere over 65 år deres ægtefælle. Mange ældre efterladte mistrives efter ægtefællens død. I kommunerne og på landets sygehuse, findes der ikke handleplaner for omsorgen til ældre efterladte. Hjælp til ældre efter-

ladte, beror på tilfældige initiativer fra den omsorgsperson, det ældre menneske møder. Det betyder en ustabil støtte, manglende professionalisme og en psykisk belastning af personalet. Et faktum som Palliativt Videncenter har set muligheden for at ændre gennem udviklingsprojektet ”Når to bliver til én”, i perioden fra september 2010 til august 2011.

Efterladte der mister deres ægtefælle eller samlever fra en palliativ enhed i Danmark modtager rutinemæssigt tilbud om omsorg. De erfaringer, de specialiserede palliative enheder har i forhold til omsorg for efterladte, danner platform for anbefalinger i projektet.

### **Involverede aktører**

Kommunale institutioner, sygehus, forskere, journalist og Palliativt Videncenter

### **Formål**

At udvikle indsatsen for ældre mennesker, der har mistet deres ægtefælle eller samlever. Projektet har været målrettet social- og sundhedshjælpere og -assistenter, sygeplejersker samt øvrige relevante fagpersoner.

Indsats

### **Indsatsen**

- Der er kortlagt tilbud til efterladte fra de specialiserede palliative institutioner i Danmark
- Der er gennemført efteruddannelse i fem kommuner og på ét sygehus
- Der er udarbejdet lokale handleplaner på alle de deltagende institutioner
- Der er kortlagt sorgstøttetilbud for ældre efterladte i de fem udvalgte kommuner
- I bogform er der udkommet en uddannelsesbog. Uddannelsesmateriale kan frit downloades via dette link:  
<http://www.pavi.dk/Uddannelse/uddannelsesmaterialer.aspx>
- Der er ved projektafslutningen indsendt et afsnit om omsorg for ældre efterladte til ”Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats” 2011

### **Evaluering**

Der er udgivet en evalueringsrapport der er tilgængelig på PAVI hjemmeside:  
<http://www.pavi.dk/efterladte/evaluering.aspx>.

### **Kontakt**

Jorit Tellervo, projektleder  
Palliativt Videncenter  
E-mail: jt@pavi.dk  
Telefon: 30 38 23 02

## 6 Referenceliste

Dalgaard, K.M. (2012). Hospitalsmodelprojekt: idekatalog: udvikling af den palliative indsats på danske hospitaler via lokale interventions- og udviklingsprojekter. København: Palliativt Videncenter:

<http://www.pavi.dk/ForskningOgUdvikling/kortlaegning/hospitalsmodelprojekt.asp>  
[x](#)

Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliation: [www.dmcgpal.dk](http://www.dmcgpal.dk)

Deming EW. The New Economics for Industry, Government, Education. 2nd ed. MIT Press; 2000.

EORTC-QLQ-PAL (C15): <http://groups.eortc.be/qol/>

Gamborg, H. & Riis, J. (2008). Professional tilgang til palliation. Sygeplejersken, 112(7), 50.

Gold Standards Framework: <http://www.goldstandardsframework.org.uk/>

Helsedirektoratet. (2010) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo. Helsedirektoratet:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf>

Jørgensen, L., Oberländer, L. & Vejlgård, T. (2010). Palliation på sygehuset: kvalitetsudviklingsprojekt til forbedring af indsatsen for alvorligt syge og døende på en hospitalsafdeling. [s.l.]: Sygehus Lillebælt. Palliativt Team Vejle.

Karstoft, K.-I., Fisker Nielsen, A. & Timm, H. (2012). Palliativ indsats i den kommunale pleje: rapport: kortlægning af den palliative indsats i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejehjem i Danmark 2010-2011. København: Palliativt Videncenter. <http://www.pavi.dk/ForskningOgUdvikling/kortlaegning.aspx>

Liverpool Care Pathway (LPC): <http://www.mcpcil.org.uk>

Pedersen, M. (2011). Kortlægning af danske nøglepersonsuddannelser i palliation: rapport, august 2011. København: Palliativt Videncenter:

<http://www.pavi.dk/Uddannelse/uddannelsesmaterialer/noegleperson.aspx>

Raunkiær, M., & Kronborg, C. Nøhr. (2011). Projekt PINK: Projekt Palliation i Nyborg Kommune: interventioner: delrapport II. København, Palliativt Videncenter:

[http://www.pavi.dk/Libraries/Diverse\\_dokumenter/Modelprojekt\\_delrapp\\_II\\_endl\\_1.sflb.ashx](http://www.pavi.dk/Libraries/Diverse_dokumenter/Modelprojekt_delrapp_II_endl_1.sflb.ashx)

Raunkiær, M., Kronborg, C. Nøhr., & Tind Nielsen, K. (2011). Projekt PINK: Projekt Palliation i Nyborg Kommune: resultat af spørgeskemaundersøgelse og fokusgruppeinterview: delrapport I. København: Palliativt Videncenter.

[http://www.pavi.dk/Libraries/Diverse\\_dokumenter/Modelprojekt\\_delrapp\\_I\\_endl](http://www.pavi.dk/Libraries/Diverse_dokumenter/Modelprojekt_delrapp_I_endl)



[1.sflb.ashx](#)

Saunders, C. (1964). Care of patients suffering from terminal illness at St. Joesph's Hospice, Hackney, London. Nursing Mirror, 14 February.

Smeding, R. & Westerberg Larsson, H. (2004). The Nordic core curriculum in palliative care. [s.l.]: Nordic Cancer Union.

Sundhedsstyrelsen. (1999) Faglige retningslinier for den palliative indsats: omsorg for alvorligt syge og døende. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2011). Anbefalinger for den palliative indsats. København: Sundhedsstyrelsen.

[http://www.sst.dk/publ/Publ2011/SYB/Palliation/PalliativeIndsats\\_anbef.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2011/SYB/Palliation/PalliativeIndsats_anbef.pdf)

Tellervo, J. (red.).(2011). Når to bliver til én: omsorg for ældre efterladte: evaluering af et-årigt modelprojekt til udvikling af den basale indsats for ældre efterladte ved tab af ægtefælle/samlever. København, Palliativt Videncenter:

[http://www.pavi.dk/Libraries/Fra\\_to\\_til\\_%c3%a9n\\_-\\_omsorg\\_for\\_%c3%a6ldre\\_efterladte/PA\\_0303\\_Evalueringsrapport-N%c3%a5r\\_to\\_bliver\\_til\\_%c3%a9n\\_Final\\_opslag.sflb.ashx](http://www.pavi.dk/Libraries/Fra_to_til_%c3%a9n_-_omsorg_for_%c3%a6ldre_efterladte/PA_0303_Evalueringsrapport-N%c3%a5r_to_bliver_til_%c3%a9n_Final_opslag.sflb.ashx)

Tellervo, J. (2011) Når to bliver til én: omsorg for ældre efterladte: undervisningsmateriale og inspiration til at udarbejde en handleplan for ældre i sorg. København: Palliativt Videncenter. [http://www.pavi.dk/Libraries/Fra\\_to\\_til\\_%c3%a9n\\_-\\_omsorg\\_for\\_%c3%a6ldre\\_efterladte/Bog.sflb.ashx](http://www.pavi.dk/Libraries/Fra_to_til_%c3%a9n_-_omsorg_for_%c3%a6ldre_efterladte/Bog.sflb.ashx)

Timm, H. (2011). Evaluering af Projekt Lindrende Indsats i Gentofte Kommune. København: Palliativt Videncenter. Upubliceret notat.

Timm, H., Hee, I. & Bøggild Jensen, I. (2011). Hvor langt kan man nå med uddannelse: erfaringer fra et projekt i en dansk kommune. Omsorg: Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin, 28(3), 43-47

Timm, H., Tellervo, J. & Vittrup, R. (2012). Palliativt Videncenters kortlægning af den palliative indsats på det specialiserede niveau i Danmark (rev. udg.). København: Palliativt Videncenter.

Venborg, A. & Mühlbach, B. (2011). Projekt Måltidsstøtte. Rønde: Hospice Djursland.

World Health Organization (2002). WHO definition of palliative care: [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)

## 7 Bilag

### Bilag 1a Vejledning til "Hvornår er det tid at etablere palliativ indsats"

#### **Hvad er baggrunden for dette skema?**

Hos nogle kronisk syge borgere, (gamle og svækkede borgere som måske fejler mange forskellige ting på én gang), går sygdomsudviklingen meget langsomt. For de medarbejdere som kommer hos borgeren ofte – måske dagligt – kan det være næsten umuligt at få øje på de små ændringer.

Dette skema er tænkt som en hjælp til at få øje på, om der er ved at ske en forværing, og hvornår der skal reageres.

Mange symptomer og megen lidelse kan undgås ved at sætte ind i tide.

#### **Hvilke borgere skal skemaet bruges hos?**

Skemaet kan bruges hos kronisk syge med langsomt fremadskridende sygdom.

Vi anbefaler, at den daglige leder sammen med assistent / sygeplejerske og den faste medarbejder tager stilling til, hvilke borgere det vil være relevant at bruge skemaet hos.

#### **Hvem skal udfylde skemaet?**

Det ideelle er, at den medarbejder, som kender borgeren bedst, udfylder skemaet på baggrund af dialog med borgeren, de pårørende og øvrige samarbejdspartnere.

#### **Hvor tit skal skemaet udfyldes?**

Hvis man er i tvivl, kan skemaet som udgangspunkt udfyldes en gang om måneden.

I meget stabile faser kan skemaet være fornuftigt at bruge hver 2.-3. måned.

Hvis borgerens tilstand bliver ustabil, bruges skemaet hyppigere. Der er tale om skøn, og vi vil foreslå, at den enkelte daglige hjælper taler med assistent eller sygeplejerske og sin daglige leder om, hvor tit det er relevant at bruge skemaet hos den enkelte borger.

### **Hvordan skal skemaet tolkes?**

Skemaet er udformet, så krydser i yderste højre kolonne antyder ændring / forværing.

Ethvert kryds i denne kolonne bør føre til overvejelser om, hvad der sker, og hvad vi som personale kan yde af professionel støtte.

### **Hvad skal den medarbejder gøre, som har udfyldt skemaet?**

Hvis der er et eller flere krydser i yderste højre kolonne, bør medarbejderen orientere sin daglige leder, assistent, sygeplejerske og / eller granskeren indenfor palliativ indsats.

De relevante medarbejdere må derefter sammen aftale, hvad der videre skal gøres:

- samtale med pårørende (orientering om hvordan vi tolker situationen, og aftaler for den kommende tid)
- aftale med praktiserende læge om plan (der kan være tale om behandlingskrævende tilstande, som kan bedres ved passende indsats)
- evt. ny helhedsvurdering

## Hvornår er det tid at etablere palliativ indsats?

Kendetegn om "livskvalitet"	Bedret	Uændret	Færre / mindre
Energi			
Glæde			
Interesse for omverdenen			
Personlige interesser			
Kommentarer			

Kendetegn om "fysisk velvære"	Bedret	Uændret	Forværret
Træthed			
Appetit			
Almentilstand – funktionsniveau			
Symptomer (kvalme, sår, smerter, mm)			
Behov for hjælpemidler			
Kommentarer			

Kendetegn om psykosociale og åndelige aspekter	Nej	Ja
Tanker kredser om familien og den sidste levetid		
Optaget af åndelige og eksistentielle tanker		

"Rydder op i sit liv" – "får ting gjort færdigt"		
Afklaret – "mæt af dage"		
Angst, uro, depression		
Kommentarer		

<b>Kendetegn i forhold til "pårørende"</b>	Nej	Ja
Udtrykker de pårørende bekymring?		
Ser de pårørende ændringer?		
Kommentarer		

<b>Ser de tværfaglige samarbejdspartnere ændringer?</b>	Nej	Ja
Daglig hjælper		
Assistent / sygeplejerske		
Praktiserende læge		
Fysioterapeut		
Andre (f.eks.køkkenpersonale, præst)		
Kommentarer		

<b>Konklusion – plan – aftaler</b>	
Dato	Underskrift

## Bilag 2a Vejledning til "Opsporing af ændringer i borgerens hverdagsliv"

### Ideen bag skemaet / checklisten

Skemaet er udformet, så det hjælper til at få øje på små signaler, der viser, at borgerens tilstand ændrer sig

### Formål

- At ændringer i svage gamles liv opdages tidligt
- At relevant indsats etableres, så den faglige indsats er forebyggende og forudseende

### Målgruppe

Målgruppen er borgere, som ikke ses af assistenter eller sygeplejersker i det daglige – altså borgere, som modtager praktisk (og evt. personlig hjælp).

### Hvem skal udfylde skemaet / checklisten?

Det ideelle er, at den medarbejder, som kender borgeren bedst, udfylder skemaet sammen med assistent – og gerne på baggrund af dialog med borgeren, pårørende og øvrige samarbejdspartnere. Det er daglig leder og / eller assistent, som vurderer hvilke borgere skemaet er relevant hos.

### Hvor tit skal skemaet udfyldes?

Som udgangspunkt kan man gennemgå skemaet en gang om måneden.

Hvis borgerens tilstand er stabil, bruges skemaet sjældnere. Hvis borgerens tilstand bliver ustabil, bruges skemaet hyppigere.

Der er tale om skøn, og vi vil foreslå, at den enkelte daglige hjælper taler med assistent og daglig leder om, hvor tit det er relevant at bruge skemaet hos den enkelte borger.

### Hvordan skal skemaet tolkes?

Skemaet er udformet, så markering i "NEJ" antyder ændring.

Enhver markering i denne kolonne bør føre til overvejelser om, hvad der sker, og  
Katalog over bedste praksis for palliative indsatser

hvad vi som personale kan yde af professionel støtte.

### **Hvad skal man gøre efter at have gennemgået skemaet?**

- Sammenfatte den faglige vurdering
- Sammenfatte borgers og evt. pårørendes vurdering og ønsker
- Hvad er god klinisk praksis på området?
- Hvad kan lade sig gøre / det aktuelt mulige?
- Plan og aftaler for evaluering / næste gennemgang af skema / checkliste

### **Dokumentation**

Det nødvendige og relevante dokumenteres.

Bilag 2b Skema til brug i hjemmeplejen (afprøves 2011-2012)

**Checkliste for ændringer i borgerens hverdagsliv**

<b>Livskvalitet / hverdagslivet</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Er borgerens humør (sindsstemning) som det plejer at være?		
Har borgeren glæde af de samme ting i hverdagen som tidligere?		
Er borgeren beskæftiget med det, som han/hun plejer at være?		

<b>Fysisk og psykisk velvære</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Spiser og drikker borgeren, som han/hun plejer?		
Har borgeren samme vægt som for to-tre måneder siden?		
Bevæger borgeren sig som han/hun gjorde for en måned siden?		
Har borgeren samme søvn- og hvilemønster som for en måned siden?		
Ser borgeren ud, som han/hun plejer?		
Kan borgeren tage sin medicin som vanligt?		
Giver borgeren udtryk for at have det godt?		
Taler / kommunikerer borgeren som han/hun plejer?		

<b>Boligen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Ser boligen ud, som den plejer?		
Køleskabet?		
Vasketøjet?		



<b>Pårørende</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Har borger og pårørende samme kontakt som tidligere?		
Oplever pårørende, at borgeren har det godt?		
Har pårørende samme opfattelse som medarbejderne?		

<b>Medarbejdere</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Vurderer daglig hjælper, at borgerens tilstand er stabil?		
Har alle medarbejdere, som ser borgeren, samme opfattelse?		

### **Vurdering**

Samlet vurdering af borgerens situation

### **Handling**

Er der noget, der skal ændres?

I givet fald: hvad, hvordan og med hvilket formål

### **Dokumentation**

Dokumentér, at vurdering har fundet sted: dato, medarbejder(e), resultat

## Bilag 2C Uddybende spørgsmål til checkliste

Følgende er tænkt som støttespørgsmål / overvejelser for bedre at kunne besvare selve skemaet.

Livskvalitet / hverdagslivet	Årstidens indflydelse Borgerens vante aktiviteter i hverdagen Borgerens interesser og hobbies Er der ændringer i borgerens sociale liv? Glæder / sorger? Er der højtider eller mærkedage som er vanskelige for borgeren lige nu?
Fysisk og psykisk velvære	Får borgeren nok at spise og drikke? Passer protesen? Har borgeren vanskeligt ved at tygge eller synke? Ser borgeren ud til at have tabt sig? Passer tøjet – eller bliver det for stort? Hvordan er borgerens balance? Har borgeren været faldet? Er der blå mærker eller hudafskrabninger på huden? Virker borgeren træt? Hvordan er borgerens ansigtsfarve? Ser borgeren anderledes ud f.eks. valg af tøj, frisure? Kan borgeren gøre de ting, han/hun plejer? (f.eks. omkring personlig hygiejne) Forstår eller opfatter borgeren de beskeder, der bliver givet? Er der tegn på, at borgeren kan have en infektion? (feber, smerter, hoste, hyppig vandladning, træthed) Især i forhold til mennesker med demens: Er der ændringer i miljøet? (håndværkere, flytning, nye medarbejdere)
Boligen	Lugter der anderledes i boligen, end der plejer? Ser der anderledes ud end tidligere? (mere rodet, uspiset mad, urørte drikke-varer)

<b>Pårørende</b>	<p>Kommer pårørende oftere?</p> <p>Udfører pårørende flere opgaver i hjemmet end før?</p>
<b>Medarbejdere</b>	<p>Hvem kan det være relevant at spørge yderligere?</p> <p>Kommer borgeren f.eks. i Dagcenter?</p>
<b>Vurdering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig vurdering</li> <li>• Borgers og evt. pårørendes opfattelse og ønsker</li> <li>• God klinisk praksis på området</li> </ul>
<b>Handling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Hvad kan lade sig gøre? Hvem gør hvad? Er der behov for kontakt til læge og pårørende mhp. samlet vurdering og plan (herunder medicingennemgang og hensigtsmæssige administrationsformer)?</li> <li>• Evaluering Hvornår skal der evalueres? Hvem er ansvarlig?</li> </ul>
<b>Dokumentation</b>	<p>Dokumentér det nødvendige og relevante</p>