



Udvikling af en struktureret palliativ model på plejehjem

Et samarbejdsprojekt mellem Rosenlund Plejebolig i Gladsaxe Kommune, Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REPHA) og speciallæge i almen medicin Thomas Gørlén om at få den palliative tilgang til at leve i praksis.

Jeg (Thomas Gørlén) har været plejehjemslæge siden 2018. I alle år har jeg undervist sygeplejersker, SoSu-assistenten og SoSu-hjælpere på Rosenlund Plejebolig i palliativ tænkning og tilgang til beboerne.

En dag, hvor jeg taler med udviklingssygeplejerske Lisa Petersen, siger hun: "Personalet er meget glad for undervisningen, men når de går tilbage til afdelingen, gør de, som de plejer."

Hvordan kan vi få den palliative tilgang til at leve i praksis?

Vi satte os sammen for at identificere barrierer og undersøge, om vi i fællesskab kunne udvikle et projekt, der kunne styrke livskvaliteten for beboerne og deres pårørende, og som sam-

tidig kunne understøtte personalets kompetencer inden for fire kerneområder:

- At identificere palliative behov
- At initiere samtaler om livets afslutning
- At udarbejde palliative handlingsplaner
- At iværksætte relevante og rettidige indsatser.

Det var vigtigt for os, at projektets idéer kunne videreføres uden ekstra ressourcer – også efter projektperiodens afslutning.

For at få en relevant og kvalificeret evaluering indgik vi en aftale med REHPA, som indvilgede i at stå for evalueringen. REHPA søgte samtidig puljemidler fra Sundhedsstyrelsen, som bevilgede 2,3 millioner, der gjorde det muligt at frikøbe 2 sygeplejersker 1 dag om ugen, REHPAs personale og løn til undervisere. Det var nødvendigt, for at vi kunne udvikle materiale, flowchart etc.

En sproglig barriere

Den første og vigtigste barriere, vi identificerede, var sproget. Personalet havde en klar forståelse af den palliative indsats som opdelt i tre hovedfaser: tidlig, sen og terminal. Udfordringen opstod imidlertid i omsætnin-

gen til praksis: Hvornår begyndte en beboer at være 'palliativ'? Hvornår bevægede man sig fra den ene fase til den næste?

Denne usikkerhed betød, at den palliative indsats i høj grad blev knyttet til bestemte tidspunkter frem for at være en integreret tilgang. Derfor besluttede vi at holde op med at anvende begreber som 'tidlig' og 'sen palliativ fase' eller at opdele beboere i 'palliative' og 'ikke-palliative'. I stedet valgte vi at arbejde med en palliativ tilgang og betragte alle beboere som havende palliative behov allerede fra indflytningen. Dette perspektiv understøttes af, at den gennemsnitlige restlevetid for beboere på danske plejehjem er 2,5 år ved indflytning, og at cirka 30 % dør inden for det første år.

En struktur for et trykt forløb

Næste opgave var at se nærmere på indflytningssamtalen. Baggrunden var personalets erfaringer med, at forløb i den terminale fase ofte blev forjagede, fordi mange vigtige beslutninger og samtaler skulle håndteres på kort tid. Det gjaldt blandt andet samtaler med beboer og pårørende om ønsker for den sidste tid, som i situationen kunne være svære at rumme.



Vi blev derfor enige om, at den første indflytningssamtale skulle have fokus på, hvad der er vigtigt for beboeren for at skabe rammerne for det gode liv på plejehjemmet. Samtidig skulle beboer og pårørende forberedes på, at der cirka to måneder senere ville blive afholdt en opfølgende samtale om ønsker for fremtidig pleje og behandling (FPB), hvor også tanker om den sidste tid kunne drøftes.

Formålet var at skabe en struktur, hvor vi i højere grad var på forkant og kunne tage samtaler om fremtiden i et mere roligt og trygt forløb. Sygeplejerskerne udviklede på den baggrund en samtaleguide til personalet samt informationsmateriale til beboere og pårørende.

Herefter arbejdede vi med at udvikle en systematisk og ensartet arbejdstilgang, som kunne hjælpe personalet med tidligt at identificere beboerens palliative behov og omsætte dem til konkret handling.

Vil det overraske?

Vi valgte her at arbejde med surprise questions 1 og 2. Det første spørgsmål lyder: Vil det overraske mig, hvis denne patient dør inden for de næste 12 måneder? Hvis svaret er 'Nej', det vil ikke overraske mig', tyder det på skrø-

belighed/tab af funktionsniveau. Udfordringen er, at for de fleste plejehjemsbeboere med en gennemsnitlig restlevetid på 30 måneder, vil svaret være nej i de fleste tilfælde. Derfor suppleres med spørgsmål 2: Vil det overraske mig, hvis denne patient lever om 12 måneder?

Herefter screenede den ansvarlige sygeplejerske sammen med kontaktpersonen beboerne med surprise questions hver 6. måned. Hvis vurderingen ændrede sig i spørgsmål 2 – fra 'nej' til 'ja' – udløste dette et øget palliativt fokus med klare handlingsanvisninger, og beboerens læge blev informeret.

Den anden indgang til flowchart var, hvis en af SPICet-indikatorerne opstod (se Denmark | Supportive and Palliative Care Tool). Det udløste ligeledes anvendelsen af de 2 spørgsmål.

Vurderingen er i høj grad baseret på beboerens funktionsniveau. Erfaringen er, at surprise spørgsmål 2 skifter ret sent i forløbet.

Hvad var så resultatet?

De udviklede tilgange og redskaber skal opleves som meningsfulde og anvendelige, og de kan implementeres på andre plejehjem, hvis de tilpasses lokale forhold og beboersammensætning.

Personalet oplever, at indsatsen har bidraget til et fælles sprog og en øget forståelse af palliation. Det betyder, at alle beboere fra start mødes af en palliativ tilgang.

Ifølge personalet giver den tidlige identifikation bedre mulighed for at arbejde forebyggende med lindring og livskvalitet.

Flowchart og systematisk dokumentation understøtter systematik, kontinuitet og samarbejde på tværs af faggrupper.

Samtaler om Ønsker for Fremtidig Pleje og Behandling (FPB) opleves som et meningsfuldt initiativ, der øger afklaring og tryghed, når de afholdes

tidligt i forløbet. Det gør det muligt for personalet at tilrettelægge plejen efter beboerens ønsker, da sygdom og kognitiv svækkelse kan udgøre en barriere over tid.

Implementeringen vurderes som ressourcekrævende i starten, men ses som relevant og meningsfuld, når procedurerne er indarbejdet i praksis.

Erfaringerne peger på, at indsatsen fungerer bedst for ny indflyttede beboere, hvor samtaler og screening kan indgå som en integreret del af indflytningsforløbet.

Kvantitativt faldt antallet af sygehusindlæggelser med 46 % i projektperioden sammenlignet med tiden op til projektet, dog med den usikkerhed, at projektperioden var under et år og dermed bygger på et begrænset datagrundlag, som kan være påvirket af sæsonudsving og andre samtidige forhold. Dog var indlæggelsesfrekvensen lavere måned for måned sammenlignet med året før.

Seks nøglepunkter for palliativ tilgang

Der blev defineret seks nøglepunkter for implementering af en palliativ tilgang:

1. Tydelig ledelsesopbakning
2. Ensartet dokumentation
3. FPB-samtale tidligt i forløbet
4. Skriftlig information til beboere og deres pårørende
5. Fortløbende justeringer af foranstaltninger
6. Opfølgende undervisning af plejepersonale. ●

LÆS MERE OM...

projektet på REHPAs hjemmeside, hvor de anvendte ressourcer kan hentes gratis

