



Intern evalueringsrapport

Min sidste tid





Svendborg
Kommune



Min sidste tid

En dag skal vi dø.
Men alle de andre dage skal vi leve.

Projektleder: Mejse Holstein

Januar 2019

Indholdsfortegnelse

Forord.....	1
Indledning.....	2
Læser vejledning.....	3
Evaluering i relation til de fire indsatsområder.....	3
I. Indsatsområde: Tidlig afklaring af borgerens ønsker og behov.....	3
II. Indsatsområde: Samarbejde og koordination på tværs af fag og sektorer.....	8
III. Indsatsområde: De pårørende.....	14
IV. Indsatsområde: Kompetenceudvikling.....	16
Visuelt overblik over den palliative indsats.....	18
Anbefalinger.....	20
Bilag	
Bilag 1 – Oversigt over interviewede personer samt udsendte spørgeskemaer.....	23
Bilag 2 – Interviewguide og spørgeskema.....	24
Bilag 3: – Data fra Rehpa.....	27
Bilag 4: – Folder til medarbejderne	



Forord

Til den afsluttende konference præsenterede Jacob Birkler, Etiker og tidligere formand for Etisk Råd, os for det han kalder 'Etiske lakmusprøver'. En af lakmusprøverne for vores praksis er, om borgeren er ET UD GANGSPUNKT eller ET TIL GANGSPUNKT!

Hvis borgeren er et TIL GANGSPUNKT, så møder vi borgeren med noget vi tilbyder. Det kan være ydelser og tilbud, altså et udtryk for at vi kommer til borgeren med noget der på forhånd er defineret af 'systemet'. Hvis borgeren er et UD GANGSPUNKT, så møder vi borgeren nysgerrigt og undersøgende på borgerens livssituation og oplevelse af behov og udfordringer – og så går vi fra borgeren med noget og dette noget danner udgangspunkt for iværksættelse af de ydelser og tilbud som er relevante for netop denne borger. Ganske uden at vide det, er det denne etiske lakmusprøve der har været den gennemgående røde tråd i alt hvad vi har arbejdet med i projekt Min sidste tid. Tråden i hvordan vi har ønsket at udvikle redskaber og metoder der flytter perspektivet fra systemet til borgeren, hvordan vi har ønsket at se muligheder fremfor begrænsninger, og ønsket at borgere og deres familier har oplevet forløb så tæt som muligt på det der netop er deres ønsker og behov.

Med fare for at prale, så er vi langt hen ad vejen lykkedes med at betragte borgeren som UD GANGSPUNKT i stedet for som TIL GANGSPUNKT! Rigtig mange mennesker har aktier i at det er lyk-

kedes. En stor tak skal lyde til de eksterne samarbejdspartnere: Hospice Sydfyn, UCL Sygeplejeuddannelsen Svendborg, Palliativ Team Fyn, Afdeling G OUH Svendborg Sygehus, Palliativt Frivilligt Netværk, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse Odense og almen praksis – der i projektudviklingsgrupperne visionært og risikovilligt var med til at udvikle de redskaber og metoder der skulle afprøves. Tak også for at holde tråd i og hånd om projektets udvikling i styregruppen.

Et stort tak til ledere, sosu-hjælpere, sosu-assistentter og sygeplejersker i hele ældreområdet fordi I har stillet op, og spillet med, og ikke mindst fordi I har overkommet at manøvrere i det til tider uforudsigelige felt. Tak for gå-på-mod og tagen medansvar, for at prøve, kassere, justere og genopfinde, og for aldrig svigtende at holde på hvad det er der er vigtigt for borgeren og dennes pårørende.

En stor tak til studentermedhjælp Jeanette Espensen for arbejdet med at indsamle og bearbejde data til denne interne evaluering, for det at stille de gode og udfordrende spørgsmål der gør at vi kan blive klogere både på det der virker og det der ikke virker.

Januar 2019

Tine Ammitsbøl Jørgensen, styregruppeformand og
Mejse Holstein, projektleder

Indledning

"Min sidste tid" er et modelkommuneprojekt støttet af Sundhedsstyrelsen via satspuljen "Den værdige død". Projektperioden har forløbet fra oktober 2015 til og med september 2018. Formålet med Satspuljen "Den værdige død" er at udvikle og afprøve redskaber og metoder der:

- 1) Kan fremme den tidlige afklaring og forventningsafstemning med den enkelte borgere om forløbet af den sidste tid i livet, og ønsker for dødssted
- 2) Kan skabe bedre tværfaglige og tværsektorielle forløb
- 3) Kan udvikle kompetencerne for de involverede aktører i kommunen, regionen samt almen praksis.

Svendborg Kommune fik tildelt 2.039.272 kr. fra Sundhedsstyrelsen og har en egenfinansiering på 406.296 kr.

I Svendborg Kommune har vi haft fokus på fire indsatsområder der tilsammen dækker satspuljens formål:

1. Tidlig afklaring af borgerens ønsker og behov
2. Samarbejde og koordination på tværs af fag og sektorer
3. De pårørende
4. Kompetenceudvikling

Projektet er et samarbejdsprojekt med Hospice Syd-fyn, Palliativt Team Fyn, Palliativt Frivilligt Netværk, University College Lillebælt, sygeplejeuddannelsen i

Svendborg, Afd. G OUH Svendborg Sygehus, Kræftens Bekæmpelse Odense, Hjerteforeningen Svendborg samt almen praksis i Svendborg Kommune.

Alle samarbejdspartnere har indgået i projektets styregruppe, og i de projektarbejdsgrupper der i projektets første faser var med til at udvikle de redskaber og metoder der skulle afprøves indenfor de 4 indsatsområder.

Medarbejdere fra Hospice Sydfyn, Palliativt Team Fyn, Palliativt Frivilligt Netværk og sygeplejerskeuddannelsen, University College Lillebælt har endvidere været en del af underviserteamet på kompetenceudviklingsforløbene.

Den primære målgruppe i projekt har været borgere med palliative behov, både på plejehjem og i hjemmeplejen, og tilbuddet har omfattet borgere med en livstruende sygdom, og borgere der er døende.

I perioden fra 1. marts 2016 til 1. april 2018 har 157 borgere været omfattet af Min sidste tid, heraf er 81 borgere døde og data fra disse 81 forløb er indrapporteret til REHPA der står for den eksterne evaluering.

De data der ligger til grund for den interne evaluering er indsamlet dels via de stop-op evalueringer der er foretaget efter hver pilotafprøvningsperiode, dels via kvalitative semistrukturerede interviews og spørgeskemaundersøgelser der er gennemført ved afslutning af projektet og disse suppleres med de data der er indrapporteret til REHPA. (Se bilag 1,2 & 3)



Læser vejledning

Denne interne evalueringsrapport falder i 2 dele.

Første del har fokus på de 4 indsatsområder, de redskaber og metoder der er udviklet og afprøvet, og ikke mindst de erfaringer vi har draget i relation til at styrke værdighed for den enkelte i den sidste tid i livet. Afsnittet afrundes med anbefalinger til det videre arbejde på det palliations faglige felt i Svendborg Kommune.

Den anden del af evalueringsrapporten udgøres af en folder med QR koder og links til otte små introduktionsfilm der beskriver arbejdet med palliation og brugen af de redskaber vi har udviklet i projektet. Folderen findes som bilag 4 til rapporten, og vil blive udleveret til alle medarbejdere på ældreområdet.

Evaluering i relation til de fire indsatsområder

I. INDSATSOMRÅDE:

TIDLIG AFKLARING AF BORGERENS ØNSKER OG BEHOV

Der er opstillet følgende målsætninger for dette indsatsområde:

1. 80% af borgerne dør i rammer der er i overensstemmelse med deres ønsker.
2. Flere borgere oplever at deres ønsker til rammerne for døden og den sidste tid kan og vil blive imødekommet.
3. Der foretages en tidlig, kontinuerlig og dokumenteret afklaring ift. borgernes ønsker til døden og den sidste tid.

Præmisserne for arbejdet med dette indsatsområde blev tydeligt defineret af den tværfagligt sammensatte projektudviklingsgruppe:

- Borgere med palliative behov skal identificeres så tidligt i forløbet som muligt, allerhelst så snart diagnosen på en livstruende sygdom er diagnosticeret.
- Så tidligt som muligt skal der afholdes en snak/et møde med den syge og familien så behov og ønsker kan afdækkes og indsatser aftales. Og det er de professionelle ansvar at invitere til en sådan samtale.
- Palliative forløb er uforudsigelige, derfor skal aftaler og planer kontinuerligt justeres.
- Og sidst med ikke mindst: Hvert palliativt forløb er unikt, derfor skal vi sikre en individuel tilrettelæggelse af det enkelte forløb.

Ud af de mange redskaber og metoder afprøvet i de to pilotperioder, er nedenstående dem medarbejderne har peget på som de mest relevante og anvendelige i de palliative forløb.

SVAP skema/EORTC skema	Til afdækning af borgerens oplevelse af de palliative behov
CNPI	Til observation af borgerens adfærd som kan skyldes smerter
CAM	Til screening for delirium
Samtaleguides	<ul style="list-style-type: none">• Guide til forventningsafstemning• Guide 'Når kroppen lukker ned'• Guide til kondolencebesøg
Instruks	<ul style="list-style-type: none">• Instruks for dokumentation i Nexus• Oprettelse af særligt skema 'Palliativ koordinering' til overblik over det enkelte forløb

Tabel 1 Redskaber til palliative forløb



I de første to pilotperioder afprøvede vi et skema (SVAP – skema til vurdering af palliative behov) som var EORTC skemaet suppleret med nogle spørgsmål der gik mere på de psykologiske behov, da projektudviklingsgruppen skønnede det kvalificerede skemaet. Når det endelige valg er faldet på det 'rene' EORTC skema skyldes det flere forhold. Dels indgår EORTC skemaet som en del af det nye omsorgssystem NEXUS der er blevet indført i den sidste del af projektperioden. Dels anvendes skemaet af Palliativ Team Fyn, der er en af vores tværsektorielle samarbejdspartnere.

Det unikke ved både SVAP og EORTC er, at det er borgernes egne subjektive oplevelser af de palliative behov der bliver afdækket, og dermed et centralt udgangspunkt for tilrettelæggelse af individuelle forløb.

I praksis har sygeplejerskerne afprøvet og anvendt skemaet i kombination med guide til forventningsafstemning ved starten af et forløb i Min sidste tid. (Se mere om guide til forventningsafstemning nedenfor).

Vi erfarede hurtigt, en begrænsning i anvendelse af SVAP/EORTC skemaerne i forhold til de borgere der er kognitivt svækkede, fx borgere med demens, da disse borgere ofte ikke selv kan give udtryk for behov. I samarbejde med kommunens demenskonsulenter besluttede vi derfor at afprøve CNPI skemaet til disse borgere.

CNPI skemaet er udviklet i Norge¹ og giver mulighed for, via medarbejdernes observationer af specifikke adfærdsmønstre i henholdsvis hvile og aktivitet hen over døgnet, at få indikationer på om borgeren er smertepåvirket.

CAM skemaet er anvendt til at screene borgeren for delir. Ganske mange borgere i palliative forløb udvikler delir tilstande, og ud over at disse tilstande giver mange udfordringer for personalet i praksis, så viser undersøgelser også at disse alvorlige tilstande ofte er underbehandledede. Skemaet er derfor afprøvet i forhold til at frembringe data forud for en eventuel behandling.

Endelig har vi udviklet og afprøvet tre typer af samtaleguides:

- 'Guide til forventningsafstemning' der er en samling

af spørgsmål til inspiration for medarbejderne når de skal tage initiativ til samtalen med den syge og familien om den sidste tid.

- 'Når kroppen lukker ned' er en guide både til medarbejderen men også til samtalen med de pårørende om hvad er det der sker med kroppen når døden nærmer sig.
- Endelig har vi afprøvet en guide til kondolencebesøget efter dødsfald, der systematiserer de temaer der er vigtige, og suppleres med en folder.

De udviklede redskaber er ved projektets afslutning blevet digitaliserede og integreret i den elektroniske App "Tidlig opsporing", som alle medarbejdere på Ældreområdet anvender til systematisk tidlig opsporing af begyndende sygdom.

Palliative forløb er ofte uforudsigelige, komplekse og borgerens behov og ønsker ændrer sig ofte, hvorfor der kan være behov for at danne sig et hurtigt overblik over aktuelle aftaler og planer. Til det har vi udviklet skemaet 'Palliativ koordinering' som en del af dokumentationen i Nexus.

Resultater og erfaringer

Særligt medarbejderne men også sektionslederne roser de redskaber, som de er blevet introduceret til undervejs i projektet. Der gives udtryk for, at de anser dette projekt og formålet med det, som noget de altid har gjort og praktiseret, men at medarbejderne nu har fået nogle redskaber, de kan anvende og fået skabt noget mere struktur omkring de palliative forløb.

"Det her projekt har lært mig rigtig meget, jeg tør spørge og jeg tør være i de svar man får. Det er ikke noget der er farligt og hvis de berør de emner som jeg tidligere fandt svære, så har jeg samtaleguiden i frisk erindring, derved går jeg ikke kold og kan få den lukket ordentligt igen, for det skal man jo gerne inden man forlader borgeren."

(Citat fra sygeplejerske)

¹ Feldt, K.S.(2000) The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). Pain Management Nursing (1)13-21

At dette projekt anvendes ude i sektionerne afspejles også i de data som REHPA har indsamlet. Således har REHPA gennem den treårige projektperiode indsamlet data på 81 afdøde borgere. Af de 81 afdøde borgere har der været afholdt dokumenterede samtaler omkring deres ønsker til opholdssted hos 88 % af borgerne. Dette vidner om, at på trods af at medarbejderne tilkendegiver at projektet ikke er implementeret helt som ønsket endnu, så afholdes der de dokumenterede samtaler med borgeren som projektet efterstræber.

Diagram 1 afspejler hvordan dødsstedet fordeles blandt de 81 borgere. Det er således tydeligt, at størstedelen dør i plejebolig eller egen bolig. Et af vores mål med dette projekt var, at 80% af borgerne døde det ønskede sted. Vores data viser, at i 73% af tilfældene dør borgerne det ønskede sted. Således har vi ikke opnået vores mål fuldstændig, men vi synes at det indikerer, at personalet i Svendborg Kommune tilstræber at prioritere borgerens egne ønsker.

Smerteskema (CNPI) opleves af medarbejderne som et rigtig godt og velfungerende redskab. De synes, at det er dejligt med noget visuelt, og selvom det primært har været anvendt til borgere med demens, har det også været brugt hos borgere der ikke har demens, da smerteproblemer på mange områder kan være svære at beskrive.

For medarbejderne har afprøvningen af CNPI skemaet på mange måder været en øjenåbner, både i forhold til at styrke det at kunne aflæse kropslig kommunikation hos borgere med svær demens, men især i forhold til bevidstheden om den tidligere manglende opmærksomhed på smertelindring, og den betydning det har for borgerens oplevelse af livskvalitet.

Medarbejderne giver udtryk for, at EORTC-skemaet har bidraget til en hurtigere igangsættende indsats omkring borgernes palliative behov.

"Palliative forløb er bedre italesat, bedre beskrevet og der føres samtaler i hjemmet mere målrettet end tidligere"

(Citat sektionsleder)

Således oplever både sektionslederne og medarbejderne, at der er skabt en større tryghed, og man kan ved

Borgerens dødssted

- Egen bolig
- Plejebolig
- Kommunal aflastningsplads
- Hospitals afdeling (ikke hospice)
- Hospice
- Beskyttet bolig

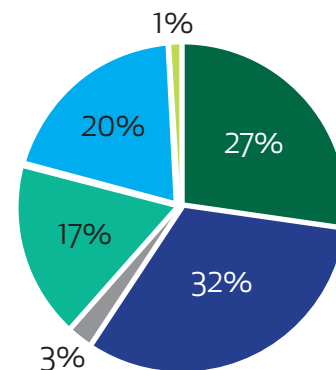


Diagram 1 – Borgernes dødssted

hjælp af behovsvurderingsskemaet få talt med borgeren om dennes ønsker for den sidste tid.

Guide til forventningsafstemning opleves ligeledes som anvendelig. Guiden har bevirket, at samtalen hurtigt fokuseres på borgerens ønsker og behov for det palliative forløb. Der er mange medarbejdere der beskriver, at de ikke anvender guiden systematisk, men som supplement og hjælp undervejs. Ligeledes beskriver medarbejderne at denne guide har hjulpet dem til at følge spor undervejs i samtalen med borgeren, som de ellers aldrig ville have bevæget sig ud i.

Medarbejderne beskriver også den læringsproces der er igangsat, da de skal lære at håndtere at være udenfor deres normale komfortzone. De er som sygeplejersker vant til at have en fast struktur og klarhed over hvordan et besøg skal forløbe og hvad der skal ordnes. Men nu er rollerne byttet om, og det er borgeren der sætter dagsordenen under disse samtaler, og derved kan sygeplejerskerne ikke forbedrede sig på den snak de skal til at have.

REHPA har indsamlet data på hvilke redskaber medarbejderne anvender under samtalerne med borgeren omkring deres ønske for dødssted. Dette datamateriale viser, at der i 37 % af samtalerne anvendes et af de nye redskaber fra værktøjskassen, hvoraf det mest anvendte redskab er EORTC skemaet, som bliver inddraget i 58% af samtalerne.

Selvom værktøjerne beskrives som gode, giver medarbejderne udtryk for, at der er nogle barrierer forbundet med, at de nu er integreret i den elektroniske app til

En fortælling om brugen af CNPI skemaet

NN er diagnosticeret med Alzheimer i middelsvær grad. Borgeren har været vred og irriteret på os, og har ikke kunnet samarbejde omkring alle de daglige gøremål. Han ville heller ikke spise selv, og var fuldstændig passiv i de fleste situationer.

I forbindelse med opstart af projekt "Vurdering af smerter hos borgere med demens", har vi anvendt skemaer til vurdering af smerter. Der fremgik det at der var ansigtsgrimassen ved tandbørstning, ubehag i forbindelse med berøring af fødder, og klager verbalt både i aktivitet og i hvile. Når man ville motivere ham til selvhjælp, sagde han ofte "av, hjælp mig, det gør ondt". Borgeren havde faktisk tbl panodil p.n., men i praksis fik han det ikke.

Vi prøvede at sætte tbl panodil på til kl 7 og kl 14 fast. Vi kunne hurtigt mærke en forskel om dagen, og også aflæse det direkte af skemaerne, at observationerne havde ændret sig til det positive.

Borgeren blev mere vågen og glad, spiser alm igen og gulvcykler om formiddagen. Nogle dage giver

han udtryk for sult, hvilket han ikke har gjort før.

Han accepter mere når vi beder ham om at hjælpe til selv. Nu kører han selv fra fællestuen til sin lejlighed. Kommenterer og deltager mere socialt ved måltiderne.

Indenfor de sidste par dage er han begyndt at gå få skridt, dette er en meget stor fremgang. Borgeren har tidligere villet i seng så snart han havde spist morgenmad, nu sidder han hele formiddagen.

Ved evaluering igen af smertedækning, viste det sig at han blev vækket i sin middagshvile til kl 14 for at få sine tbl, og så blev han vred. Vi har nu skubbet tbl overmiddag til kl 13, så han får dem inden han bliver lagt. Derved får han en god lang middagshvile, og det er nemmere for ham være oppe igen om eftermiddagen.

(Berit Niebuhr, sygeplejerske)



Tidlig Opsporing. Det er ikke alle sektioner hvor "Tidlig opsporings" appen endnu er en fast del af deres daglige rutiner, og derved er det ikke i samme grad så naturligt at åbne denne app og gå videre ind i de palliative redskaber. Derudover er det meget forskelligt fra medarbejder til medarbejder, hvorvidt de foretrækker at have disse guides på deres telefon, iPads eller i en printet version. Nogle medarbejdere synes, at der kan opstå en akavet stemning hvis man hele tiden sidder og skal kigge samt notere på sin telefon, hvorimod hvis det er på papir eller til dels en iPad, som er større end en telefon, kan borgeren følge med i hvad der bliver skrevet ned.

"Altså jeg kommer til at printe det ud, for jeg kan godt lide at sidde med det overfor borgeren, for jeg har det dårligt med at sidde med en telefon overfor borgeren."

(Citat, medarbejder)

Medarbejderne udtrykker behov for en tydeligere ledelsesmæssig opbakning til at bruge tid både på at forberede sig til disse afklarende samtaler og til at gennemføre disse, idet de oplever at være pressede af den struktur som kørelisterne udgør. Men det er ikke alene

tiden og den ledelsesmæssige opbakning der opleves som en barriere - det er også egen bevidsthed om den betydning det har for kvaliteten af samtalen, at der er mulighed for forberede sig.

Medarbejderne giver i flere interviews udtryk for, at projektet på nuværende tidspunkt ikke er implementeret i den ønskede forstand. Medarbejderne anvender dog de kompetencer og redskaber de har fået ubevidst, men søger mod et mere bevidst og struktureret brug. Oplevelsen af manglende implementering hænger sammen med, at projektet i sin essens er et udviklings- og afprøvningsprojekt og ikke et implementeringsprojekt. Der vil derfor være medarbejdere der oplever, at indsatsens elementer stadig er nye, mens de medarbejdere der har været med fra begyndelsen af forløbet er mere fortrolige med brugen af dem.

II. INDSATSOMRÅDE:

SAMARBEJDE OG KOORDINATION PÅ TVÆRS AF FAG OG SEKTORER

Et af målene med projektet er, at udvikle og afprøve redskaber og metoder til at understøtte et koordineret og systematisk samarbejde, så borgerne og deres familier oplever sammenhængende forløb. Målsætningen for indsatsområdet var således:

- At flere borgere og pårørende oplever, at der sker en koordinering tværfagligt og tværsektorielt.

I projektperioden har der været afprøvet konkrete samarbejdsredskaber og -metoder med tre af projektets eksterne samarbejdspartnere: Hospice Sydfyn, Almen praksis og Afd. G, OUH Svendborg Sygehus.

Præmissen for projektudviklingsgruppens forslag til konkrete redskaber der skulle afprøves var, at vi skulle stræbe efter at 'stå på skuldrene af hinandens viden' i sektorovergange. Altså at den viden der blev indhentet det ene sted gives videre til de der skulle tage over, så borgerne ville opleve, at de involverede parter 'taler sammen'. Erfaringen var nemlig, at rigtig mange borgere oplevede at skulle fortælle det samme igen og igen, og ofte sagde: "Sig mig taler I slet ikke sammen?"

Hospice Sydfyn

Med Hospice Sydfyn har vi konkret afprøvet en såkaldt Hospice – hotline. Med etableringen af denne hotline har vi ønsket at skabe mulighed for vidensdeling og sparring mellem Hospice Sydfyns sygeplejersker og Svendborg Kommunes sygeplejersker. Hospice hotline har tilbudt kommunens sygeplejersker en mulighed for, at ringe til en sygeplejerske på Hospice og få sparring,

råd og vejledning i forhold til konkrete palliative problemstillinger.

Endvidere har Hospice Sydfyn afholdt info-cafeer i forbindelse med de enkelte kompetenceudviklingsforløb og stillet kvalificeret underviserkapacitet til rådighed i kompetenceudviklingsforløbene. Tilbud om studiebesøg har også været en mulighed, der desværre kun er blevet benyttet i få tilfælde. Disse tilbud skulle bidrage til øget kendskab til de tilbud der er på Hospice, og til at styrke samarbejdet i forbindelse med borgernes indlæggelse på og udskrivelse fra Hospice.

Resultater og erfaringer

Samlet set er der over to år foretaget 27 opkald til Hospice hotlinen. Den sparring sygeplejerskerne får, beskrives som anvendelig og udbytterig, og af de registreringer som hospice sygeplejerskerne har foretaget for de enkelte opkald fremgår det, at de palliative problemstillinger alle har været relevante, og at det har været muligt at give relevant sparring. Det er særligt spørgsmål om medicinering og smerteudredning der ønskes sparring på.

Umiddelbart havde vi forestillet os, at hotline ville blive brugt mere. Men flere faktorer har haft betydning for brugen. Sygeplejerskerne som har anvendt hotlinen, har fortalt at de inden var meget i tvivl om det var nødvendigt at ringe med den slags spørgsmål, uden det ville virke for forstyrrende. Det kan tyde på, at sygeplejerskerne føler sig usikre på hvornår det er acceptabelt at ringe. Der er også flere sygeplejersker der i forløbet har givet udtryk for, at de helt havde glemt at der var denne mulighed. Det kan både handle om at der er mange nye ting de har skulle forholde sig til, og det kan opleves

uvant at skulle kontakte nogen uden for egne rækker hvis man oplever tvivlsspørgsmål.

De kommunale sygeplejersker har givet udtryk for, at de med den øgede viden de har fået om de tilbud der er på Hospice, samt måden sygeplejerskerne arbejder med det specialiserede palliative niveau, har styrket deres muligheder for at vejlede og støtte borgerne, særligt i forhold til de optimerende forløb på Hospice.

Hospice Sydfyn udtrykker, at de har brugt mange ressourcer i forhold til det udbytte de umiddelbart oplever der har været for dem, men at de gerne vil fortsætte med at muliggøre disse ting, da de ser det som en langvarig investering

"Men jeg har hele tiden tænkt, at det forhåbentlig var en investering i fremtiden og at det skulle være med til, at udvikle og optimere vores samarbejde mellem hospice og kommunen. Så på den måde synes jeg vi får noget ud af det, men vi har givet mere end forventet og fået mindre ud af det undervejs i processen"

(Citat, samarbejdspartner)

Almen praksis

I projektperioden har der været forsøgt afprøvet flere metoder til at videregive viden om borgere/patienter i palliative forløb i samarbejdet med almen praksis.

Initialt ønskede vi, at afprøve SVAP skemaet som et fælles videndelingsredskab, så når den praktiserende læge henviste en borger med palliative behov til den kommunale sygepleje, skulle SVAP skemaet udfyldes og sendes med den elektroniske korrespondance. På den måde ville sygeplejersken have et bedre udgangspunkt at starte samarbejdet med borgeren på.

Dette lykkedes dog ikke, primært fordi SVAP skemaet ikke indeholder lægefaglige oplysninger, hvorfor det ikke ansås for relevant.

Vi aftalte derfor en fælles overskrift 'Palliation/Min sidste tid' i den elektroniske kommunikation, både når almen praksis henviser nye borgere til sygeplejen, og

når den kommunale sygepleje anmoder om koordinerende besøg eller anden konsultation/koordinering i forbindelse med palliative forløb.

Via praksiskonsulenter, informationer på den Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU) og oplæg i det lokale lægelaug er disse aftaler formidlet.

Resultater og erfaringer

Erfaringerne er, at samarbejde med almen praksis om ovenstående har været udfordrende. Vi har identificeret flere faktorer der har betydning for dette.

Der er helt grundlæggende forskelle på den offentlige sektor som de kommunale sygeplejersker repræsenterer, og den private sektor som de praktiserende læger repræsenterer som selvstændige erhvervsdrivende. Det betyder forskelle i incitament strukturer og vilkår som kan være vanskelige at manøvrere i. Blot to eksempler: Sygeplejersken kontakter den praktiserende læge med henblik på at aftale et fælles forventningsafstemningsmøde i borgerens hjem, så den fremtidige palliative indsats kan forberedes, hvortil lægen spørger: Hvem skal betale for det? - Borgerens egen læge vil rigtig gerne mødes med familien og sygeplejersken, så de sammen kan lave aftaler for de indsatser der skal iværksættes, men lægen har patienter til kl. 16, så derfor kan mødet først foregå kl. 16.30, hvortil sygeplejersken spørger: hvad gør vi lige her, min vagt slutter 15.30, får jeg så overtidsbetaling?

Så struktur og organisering spiller en stor rolle for fleksibiliteten.

En anden faktor synes at handle om, hvorvidt man oplever at det kan være en gevinst for borgerens forløb, også selvom det er viden der egentlig ikke er så betydningsfuld for eget virke. Et eksempel: En af de praktiserende læger kommenterede på ønsket om, at de udfyldte SVAP skemaet, når de havde en borger med palliative behov i praksis, som de henviste til den kommunale sygepleje, således: Hvorfor skulle vi gøre det, det er jo ikke lægefaglige oplysninger?

Og helt korrekt det er ikke lægefaglige oplysninger, til gengæld er det værdifulde oplysninger for den kommunale sygepleje at tage udgangspunkt i, når han/

hun møder borgeren første gang efter at henvisning er modtaget.

Endelig har det været hæmmende, at projektets aktiviteter successivt har været rullet ud i kommunen, først med fire sektioner, derefter i hele område øst og endelig er område vest blevet inkluderet. Som en af praksiskonsulenter udtaler: "Det ville have været meget bedre, hvis det havde været en færdig pakke der blev indført i hele kommunen på én gang".

Erfaringen fra kommunens sygeplejersker er imidlertid at eksemplets magt er meget virkningsfuldt. Når den enkelte praktiserende læge helt konkret oplever den betydning det kan have for kvalitet og sammenhæng i det konkrete forløb, så oplever sygeplejerskerne at samarbejdet om de kommende forløb bliver langt bedre.

Afdeling G. OUH Svendborg Sygehus

Med afdeling G, Svendborg Sygehus har vi afprøvet SVAP/EORTC behovsvurderingsskemaet, hos patienter med palliative behov. Skemaet sender afdelingen sammen med de elektroniske udskrivelsesmeddelelser til sygeplejersker/visitatorer i kommunen. Således bliver modtageren hurtigt adviseret om, at det er en borger der er eller skal i et palliativt forløb, og de sygeplejersker der skal besøge borgeren, har viden om hvilke palliative behov borgeren selv giver udtryk for at have.

Resultater og erfaringer

I projektperioden har sygeplejerskerne/visitationen modtaget i alt 4 plejeforløbsplaner hvor SVAP skemaet indgår i den elektroniske kommunikation.

Flere forhold har betydning for at antallet ikke er højere. For det første har det været en administrativ vanskelig manøvre for afdelingen at projektets aktiviteter har været iværksat successivt. De modtager borgere fra flere fynske kommuner, så ud over at de har skulle være bevidste om at det er borgere fra Svendborg Kommune, har de også skulle forholde sig til, om den enkelte borger er bosiddende i lige præcis det område som nu er en del af projektet. Og selvom afdelingen har markeret dette på deres tavle, har det været en udfordring.

For det andet, så har der i projektperioden været andre udviklings- og projekttiltag på afdelingen, som også har

krævet personalets opmærksomhed, og når omfanget af patienter der indgår i Min sidste tid er ganske få, så forsvinder det fra opmærksomhedsvinklen.

Generelt er det en erfaring, at når der skal samarbejdes om nye metoder på tværs af sektorer, her almen praksis og sygehusafdelinger, så er det en fordel for et positivt resultat, at der er en vis borger/patient volumen, for ellers går det i glemmebogen.

Medarbejderne i kommunen giver udtryk for, at det ville have været hensigtsmæssigt, at de medicinske afdelinger havde været involveret i projektet, da mange borgere udskrives herfra. Endvidere oplever de, at det ville være godt hvis afdelingens personale havde bedre kendskab til de tilbud der er i kommunen, så de kunne formidle dette videre blandt andet til de pårørende.

Det Palliative Team

Medarbejdere fra det palliative team har, ud over at være en tæt samarbejdspartner i de enkelte forløb, indgået som en del af det team af undervisere der har været taget kompetenceudviklingen.

Resultater og erfaringer

Medarbejderne i kommunen giver udtryk for, at de har en langt større viden om hvad det er, det palliative team kan tilbyde, og når de inddrages i de komplicerede palliative forløb, opstår der et godt og givende samarbejde.

Data fra REHPA viser, at det palliative team har været tilknyttet 37 % af forløbene hos de afdøde borgere.

Hvornår blev Det Palliative Team tilknyttet?

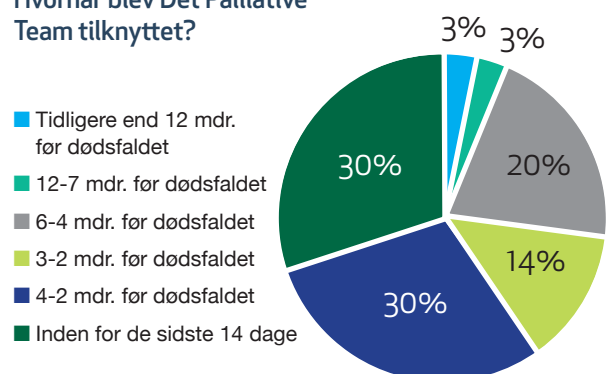


Diagram 2 - Hvornår blev Det Palliative Team tilknyttet borgerens forløb

Hvorvidt dette er en stigning er svært at vurdere, da vi ikke har data inden projektets opstart. Det Palliative Team oplever, at efter medarbejderne har fået et bedre kendskab til de kompetencer teamet har, er det mere relevante henvendelser der indsendes. Ligeledes viser data, at det palliative team ofte tilknyttes borgeren indenfor den sidste måned før dødsfaldet (Diagram 2)

I projektperioden har flere sygeplejersker oplevet, at det kan være vanskeligt at få den specialiserede palliative indsats knyttet til borgere med andre livstruende sygdomme end kræft, også selvom egen læge har henvist til dette. Det er oplevelsen, at disse borgere ville kunne profitere af det specialiserede palliative indsats som Palliativt Team Fyn tilbyder, men at dette behov ikke kan tilgodeses indenfor de nuværende rammer.

Generel erfaring i forhold til tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

I stort set alle projektsammenhænge spiller det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, sektorovergange og vidensformidling i forbindelse med dette en stor rolle, og i 'Min sidste tid' har dette område også fået sin helt egen position og sit eget indsatsområde. På baggrund af ovenstående beskrivelse af projektets

erfaringer, kunne man forfalde til den hurtige konklusion: at heller ikke denne gang lykkedes det at få til at fungere.

Det er imidlertid vores vurdering, at vi via projektets samarbejdsaktiviteter har fået identificeret og konkretiseret en vigtig faktor der kan hæmme eller fremme samarbejdet. Nemlig det forhold, at den enkelte samarbejdspartner kan være tilbøjelig til, at anskue egne opgaver som isolerede indsatser der iværksættes og afsluttes, i modsætning til at anskue dem som delelementer af borgerens/patientens samlede forløb, i sammenhæng med og forbundet til de øvrige faggruppers/sektors indsatser.

Så en bevidsthed om hvad andre mon kunne have brug for af den viden jeg nu lige har fået fra borgeren/patienten, og det at spørge sig selv: "Gad vide hvad sygeplejerskerne i kommunen kunne have glæde af at vide for at de kan tage over herfra...," eller "Gad vide hvad sygeplejersken på sygehuset kunne have glæde af at vide, for at kunne tage over..." er en forandring i perspektiver på samarbejdskulturen som der fremadrettet bør sættes fokus på.





III. INDSATSOMRÅDE:

DE PÅRØRENDE

Dette indsatsområde har haft til formål, at sikre at flere pårørende oplever at blive inddraget – tidligt og løbende i forhold til deres pårørendes ønsker til døden. Målsætningerne har derfor været følgende:

1. Mindske utryghed hos pårørende
2. Bedre kommunikation og relations dannelse med pårørende

Indenfor dette indsatsområde har der været flere fokusområder.

- Sammen med en gruppe tidligere pårørende har vi udviklet og afprøvet to tiltag. En Info-Bazar for pårørende, samt etableringen af et pårørendenetværk.
- Der været fokus på, at få inkluderet de pårørende i borgerens palliative forløb, hvis borgeren selv ønsker det.
- Og vi har arbejdet med at systematisere de kondolencebesøg, som vi tilbyder de efterladte efter dødsfald.

Info-Bazar

Info-Bazar er et arrangement, hvor pårørende uforpligtende har kunne komme og høre om, hvad det er der er på spil og i spil når man er pårørende til en borger der er livstruende syg eller døende. Deltagerne har kunne stille spørgsmål til forskellige faggrupper der traditionelt er involveret i forløbene, herunder en socialrådgiver, præst, Palliativt Frivilligt Netværk, sygeplejersker og rehabiliteringsmedarbejder. Der har været afholdt i alt 3 Info-bazar arrangementer.

Pårørende netværk

De pårørende i arbejdsgruppen oplevede, at have manglet et netværk af ligesindede, tidligere pårørende som selv havde været i en lignende situation, og som blot behøvede at høre de første tre ord i sætningen, så ville de kunne genkende det. Deres ønske var, at et sådan netværk skulle forankres i det frivillige felt – det måtte ikke lugte af kommunalt!

Kondolencebesøg

Før projekt Min sidste tid var det en indarbejdet arbejdsgang at tilbyde efterladte en samtale efter dødsfald, men i praksis var det ofte meget personafhængigt hvad det var der blev snakket om.

Vi har derfor systematiseret kondolencebesøget, med en guide til medarbejderne der husker dem på at de kommer ind omkring de vigtige temaer, og besøget/samtalen suppleres med en nyudviklet pjece der dels beskriver de normale sorgreaktioner, samt giver oplysninger om hvor man som efterladt kan søge yderligere hjælp og information.

Resultater og erfaringer

Der har været afholdt tre Info-Bazaer i Sundhedshuset. Ved disse tre arrangementer har der været svingende deltagerantal. Til den første var der 11 deltagere, anden gang kun én, og sidste gang 13. Deltagerantallet var lavere end håbet, på trods af, at vi afprøvede afholdelse på forskellige årstider og på varierede tidspunktet på dagen.

Ikke desto mindre er tilbagemeldingen fra de der har deltaget, at det har været rigtig godt. De fik mulighed for, at snakke med dem de havde brug for på det pågældende tidspunkt. Nogen gik fx specifikt efter at tale med socialrådgiveren, og da de havde fået svar på det de ønskede, så tog de en kop kaffe og gik derefter. En af de yngre deltagere sagde: "Hvor er det bare dejligt, at kunne komme hen et sted hvor det er ok at sige ordet død". Så selvom der ikke deltog så mange på de tre arrangementer, så var de betydningsfulde for de der deltog – og nogen gange handler det ikke om kvantitet men om kvalitet!

Pårørendenetværket er i skrivende stund under etablering i frivilligt regi og forankret i Frivillighuset. Netværket skal fungere som et sted, hvor man som pårørende får mulighed for at snakke med ligesindede, og få støtte fra andre der har været i en lignende situation. Da dette drives i frivilligt regi, har vi kun været med i opstartsfasen. Status er, at der er rekrutteret en række frivillige, som på nuværende tidspunkt er ved at finde ud af hvor og hvordan netværket skal fungere. Det tyder på, at dette er vejen frem for at skabe mere



kontakt til de pårørende og vi har derfor fuld tiltro til, at dette netværk vil få en betydning for de pårørende i Svendborg Kommune.

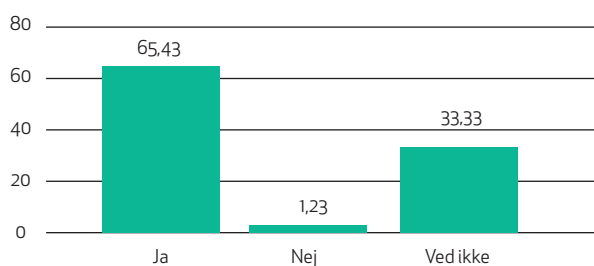
Inddragelse af de pårørende under og efter palliative forløb

I forbindelse med forventningsafstemningssamtalerne og justeringer af plan og aftaler har det været væsentligt, at de pårørende også er blevet inddraget. Det er således de professionelle ansvar at inddrage disse i forløbene.

Resultater og erfaringer

Data fra REHPA viser, at de pårørende deltager i 73 % af de afholdte samtaler omkring borgerens ønsker. Ligeledes viser datamaterialet, at i 75 % af tilfældene forsøger medarbejderne at afdække de pårørendes behov undervejs i forløbet, dette sker enten via samtaler alene mellem den pårørende og personalet, eller undervejs i samtalerne mellem borgeren, pårørende og personale.

Er de pårørende blevet tilbudt opfølgning efter dødsfaldet?



Tabel 2. Er de pårørende blevet tilbudt opfølgning efter dødsfaldet

Af tabel 2 fremgår det at 65% af de afdøde borgers pårørende er blevet tilbudt opfølgning efter dødsfaldet. Denne opfølgning sker i forskellig grad, og der berettes om at den opfølgende samtale ofte sker mere naturligt på plejehjem i forbindelse med, at de pårørende henter borgerens ejendele, hvorimod det ude i hjemmeplejen skal planlægges i højere grad, da man ikke længere har visiteret besøg i hjemmet. Særligt de eksterne samarbejdspartnerne i dette pro-

jekt savner, at de pårørende i højere grad havde været inddraget. Det er blandt andet blevet foreslået, at man kunne have etableret en referencegruppe bestående af borgere på plejecentre eller i hjemmeplejen samt pårørende. Denne gruppe skulle have været med til at udvikle og teste de redskaber, som der er blevet udviklet undervejs i projekt. Dette kunne have sikret, at de redskaber der blevet lavet var endnu tydeligere målrettet selve målgruppen. Det ville have kvalificeret indsatserne i dette indsatsområde.

III. INDSATSOMRÅDE: KOMPETENCEUDVIKLING

Det er en grundtanke i dette projekt, at det er sygeplejerskerne på Ældreområdet der har ansvaret for, at der bliver taget initiativ til den indledende snak om behov og ønsker, samt sørger for at de enkelte forløb bliver tilrettelagt og justeret. Dette indsatsområdes formål har været, at sikre at flere medarbejdere oplever sig kompetente til at indgå i og tage hånd om borgernes palliative forløb. Dermed har vi opstillet følgende målsætninger:

1. Der foretages en tidlig, løbende og dokumenteret afklaring i forhold til borgernes ønsker til døden
2. Flere medarbejdere oplever sig kompetente til at håndtere borgernes sidste timer.

Vi har afholdt i alt 3 kompetenceforløb for sygeplejersker, og 2 temadags forløb for sosu-assistenten. Det var oprindeligt meningen, at det kun var sygeplejerskerne der skulle deltage i kompetenceforløb, men vi erfarede efter det første kompetenceforløb, at der ligeledes var behov for at øge kompetencerne hos sosu-assistenten. Derfor udviklede vi nogle temaeftersmiddage, der blev afholdt af to omgange parallelt med de sidste to kompetenceforløb for sygeplejerskerne. Tabel 3 nedenfor er en oversigt over de udviklede forløb.

Resultater og erfaringer

Samlet set er evalueringen efter kompetenceforløbet for både sygeplejerskerne og sosu-assistenten gode. De har været tilfredse med både indholdet og sværhedsgraden, og anser dette kompetenceløft for

udbytterigt. Medarbejderne beskriver blandt andet, at det har udviklet dem til at yde en bedre pleje, de har opnået en større og bredere faglig viden indenfor palliation, de er blevet mere bevidste om at inddrage borger og pårørende, fået mere mod til at tage de svære samtaler og helt generelt fået en anden måde at reflektere over tingene på.

En del af medarbejderne tilkendegiver, at tidspunktet for undervisningen efter frokost ikke altid er lige hensigtsmæssig, dels fordi deres arbejdsdag allerede har været lang, og dels fordi det er svært at slippe arbejdet, særligt hvis man ikke er blevet helt færdig. Det kan resultere i, at medarbejderne ikke får nok ud af selve undervisningen, da de er et andet sted mentalt. En del af medarbejderne mener, at dette kompetenceforløb var godt og udbytterigt, men at "den svære samtale" ikke er noget man kan lære, men noget man skal øve sig i og få erfaringer med. Ligeledes anser de også deres kompetencer indenfor det palliative felt som værende et udtryk for, hvordan man er som menneske, for ligesom der er nogle borgere der ikke ønsker at

snakke om den sidste tid, så er der også medarbejdere, som finder det grænseoverskridende at skulle tage disse samtaler. Medarbejderne mener derfor, at det både kræver erfaring, en masse tid samt selvindsigt, for at man kan og vil varetage disse snakke.

"Der er mange ting der er svært i sådan en samtale og det kan man ikke bare lære ved at høre noget, men man skal ud og prøve det, få lov til at være med på sidelinjen, lidt ligesom når man er elev. Også fordi det er noget meget personligt noget med sådanne samtaler, så hvis man syntes at det er ubehageligt at tagge disse snakke med borgerne, så lære man det altså ikke på sådan et kort forløb."

(Citat, medarbejder)

Ligeledes mener medarbejderne, at de altid har udført dele af denne palliative indsats, men at der nu er kommet mere struktur over forløbene samt nye redskaber de kan anvende undervejs.

	Deltagere	Undervisningsgange	Fokusområder:
Sygeplejersker			
Kompetenceforløb 1	19	5	<ul style="list-style-type: none"> - At tale om døden - Symptomlindring i den palliative pleje og omsorg - Øvelser og opgaver i forbindelse med den praktiske palliative pleje og omsorg - Undervisning i de redskaber og metoder der skal afprøves - Social palliation og det frivillige arbejde på det palliative område - Det professionelle samarbejde med borgere og pårørende
Kompetenceforløb 2	29	7	
Kompetenceforløb 3	56	7	
Sosu-assistent			
Forløb 1	85	3	<ul style="list-style-type: none"> - Palliation og de palliative faser - Udfordringer og problemstillinger i den palliative omsorg
Forløb 2	160	2	

Tabel 3 - Oversigt over kompetenceforløb

Efter første pilotperiode blev det tydeligt, at sosu-assistenterne også burde have dette kompetenceløft, og det blev derfor iværksat forud for den anden pilotperiode. Det har siden vist sig som en rigtig fornuftig beslutning og alle, herunder sektionsledere, samarbejdspartnere, sygeplejersker samt sosu-assistenterne, er enige om, at det har været med til at løfte projektet og den videre implementering. Der har dog efterfølgende været stillet spørgsmålstejn ved, hvorfor sosu-hjælperne ikke fik det samme kursus, da det dels ville give et fælles fagligt afsæt for alle tre medarbejdergrupper, dels kunne undgå at lave større skel mellem "dine og mine" opgaver ude i sektionerne, da det i ligeså høj grad er sosu-hjælperen som er kontaktperson for borgeren og dermed den person hvor der er opnået den største tryghed.

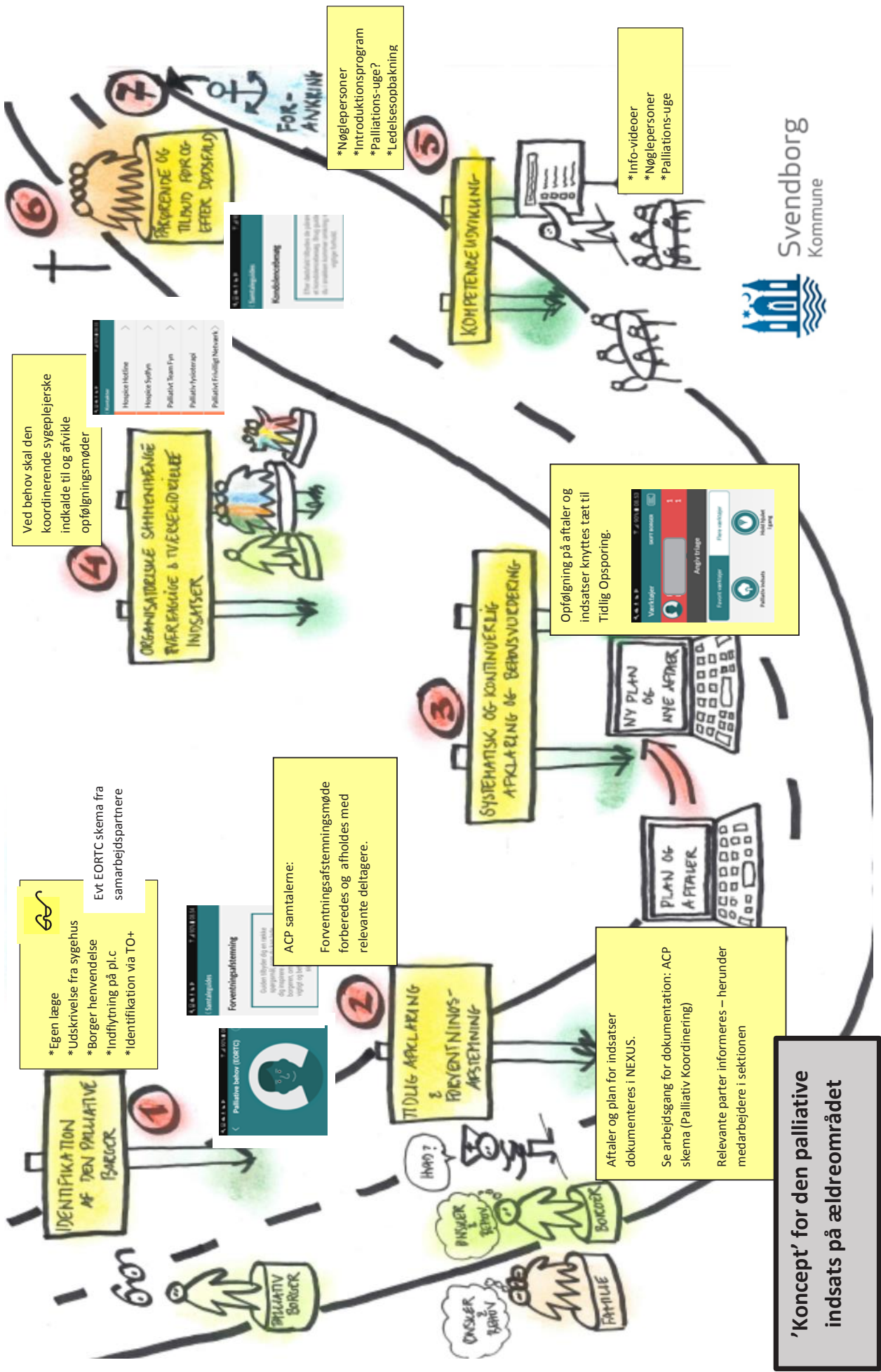
"Hvis vi skal være flere til at formidle budskabet og der er fokus på at trække det ind i hverdagen, så tænker jeg at hjælperne kunne have været inddraget også."

(Citat, medarbejder)

Erfaringerne fra projektet viser, at ledernes deltagelse i undervisningen kan have betydning for den måde der arbejdes med redskaber og nye arbejdsgange. Det giver en forståelse for indsaterne og giver bedre forudsætninger for ledelsesmæssig opbakning.

Visuelt overblik over den palliative indsats

Nedenstående er et visuelt overblik over den palliative indsats der er udviklet i projektet. Overblikket danner udgangspunkt for anbefalingerne.



'Koncept' for den palliative indsats på ældreområdet

Anbefalinger

Implementering

Det har været intentionen fra begyndelsen af projektet, at de indsatser vi udviklede skulle knyttes til allerede eksisterende indsatser og arbejdsgange, fordi målet var, at den kvalitetsudvikling af det palliative felt som projektet repræsenterer, fremadrettet skal være den måde vi arbejder med palliation på i ældreområdet.

En konsekvens af at projektet er et udviklings- og afprøvningsprojekt og ikke et implementeringsprojekt er imidlertid, at redskaber og metoder endnu ikke er fuldt integreret i daglig praksis i hele kommunen.

→ Vi anbefaler derfor, at der udarbejdes en implementerings- og opfølgingsstrategi knyttet blandt andet til opfølgning på implementering af Tidlig Opsporing, da redskaberne er indarbejdet i Tidlig Opsporings app'en. Ligesom arbejdsgange og instrukser skal tilrettes i forhold til Nexus, og den integration der er igangsat mellem Tidlig Opsporings app'en og Nexus.

Efter projektperiodens afslutning har REHPA udgivet en dansk valideret version af SPICT skemaet. SPICT er en guide til at afdække, hvorvidt mennesker er i risiko for at deres tilstand forværres eller for at dø, og dermed kan have palliative behov. SPICT er nævnt som et fremtidigt redskab i de reviderede anbefalinger for palliation fra Sundhedsstyrelsen, og det er udviklet til brug på det basale palliative niveau, dvs. i almen praksis, i hjemmesygeplejen og på hospitalsafdelinger uden specialiseret palliativ indsats.

→ Vi anbefaler, at SPICT skemaet afprøves i en periode, med henblik på at fastslå i hvor høj grad det kan øge identifikation af borgere med palliative behov tidligere i det palliative forløb. Hvis der er positive erfaringer med brugen, anbefaler vi, at skemaet indarbejdes som en del af værktøjerne i app'en.

En speciale funktion

Generelt for projekter, finder medarbejderne det betydningsfuldt for implementeringen, at der er udvalgte medarbejdere, der kan arbejde videre med indsatserne når et projekt afsluttes.

→ Vi anbefaler en styrkelse og videreudvikling af en specialistfunktion på det palliative område indenfor sygeplejen.

Funktionen skal bla. omfatte at være opsøgende inden for nyeste viden på området, kunne vejlede og guide kolleger med de problematikker og spørgsmål der opstår i de palliative forløb. Samt medvirke til udvikling, afprøvning og implementering af tiltag der udvikler det palliative område.

Kontinuerligt fokus på det palliative område

→ Vi anbefaler at der sikres et kontinuerligt fokus på det palliative område, og medarbejderne har i forbindelse med evalueringen give nogle konkrete forslag til hvordan.

→ Afholdelse af halvårlige erfaringsmøder med fokus på de arbejdsgange der er aftalt, og mulighed for at få italesat de problematikker og erfaringer hver især gør sig ude i de forskellige sektioner.

"Der skal fortsat være fokus på det enten på temadage, undervisning, eller andet så man huskes på det. Ellers dør det ud, ligesom alle andre projekter. Eller ligesom det her [fokus-gruppe interview], hvor man samles og deler erfaringer, og de guldkorn man alle sidder med."

(Citat, medarbejder)

→ At man laver en palliations-uge a la det der er med 'hygiejne ugen', hvor der sættes fokus på de redskaber og metoder der arbejdes med, og på de områder der fortsat skal udvikles.

→ Fokus på den ledelsesmæssige opbakning til at arbejde med de redskaber der skal anvendes i de palliative forløb

Introduktion til nye medarbejder

→ Vi anbefaler, at redskaber, metoder, arbejdsgange og ikke mindst den tilgang til arbejdet med de palli-





ative forløb som projektet har udviklet, indgår som en fast del af introduktionsprogrammet til alle nye medarbejdere på ældreområdet.

Til brug for dette er der udviklet 8 små informationsvideoer der kort beskriver den måde vi arbejder med palliation, de enkelte værktøjer der er integreret i Tidlig Opsporings App'en og hvordan der skal dokumenteres i Nexus. Videoerne kan ses på nedenstående link:

I forbindelse med projektets afslutning vil alle medarbejdere få udleveret en folder med QR-koder og links til de enkelte videoer.

→ Vi anbefaler, at introduktionsvideoerne bliver lagt ind som en del af Tidlig Opsporings app'en så medarbejderne har dem lige ved hånden.

Samarbejde med eksterne partnere

→ Vi anbefaler, at samarbejdet med sygehussektoren videreudvikles, i særlig grad bør man overveje, at involvere de medicinske afdelinger i vidensdeling i sektorovergange, i forhold til borgere med palliative behov.

Det er aftalt, at afdeling G fortsat videregiver borgernes oplevelse af palliative behov, i den udskrivningsfrase vi har afprøvet i projektet. Samtidig arbejder de med muligheden for at få EORTC skemaet integreret i deres elektroniske omsorgsjournal.

I skrivende stund er der i regi af projekt 'Demens venligt sygehus' iværksat et samarbejde mellem ældreområdet og OUH, Svendborg Sygehus om udvikling af en fælles 'vidensdelings-skabelon' til brug ved sektorovergange for borgere med demens. Dette udviklingsarbejde kan måske på sigt forbedre muligheden for, at videregive relevant viden ad elektronisk vej også for borgere med palliative behov.

Initiativer i forhold til videreudvikling af samarbejdet med almen praksis bør fortsætte. Både på informationsniveau og på konkrete samarbejdsinitiativer.

→ Vi anbefaler, at man i nye samarbejdsinitiativer, sætter fokus på et skifte fra systemperspektiv til borgerperspektiv, blandt andet ved at stille spørgsmålet: 'Gad vide hvad xx medarbejder har brug for at vide for at kunne tage over i borgerens forløb...!'

<https://www.youtube.com/watch?v=LIPERPGINJo&list=PLE9XRGGW6jAV17dlbLJs7vGmll7swU0UX>

Bilag

Bilag 1 – Oversigt over interviewe personer samt udsendte spørgeskemaer

Interview 1 – Plejecenter Øst d. 22 maj 2018 Sosu-assistenten	4 medarbejdere
Interview 2 – Hjemmepleje Øst 23 maj 2018 Sosu-assistenten	3 medarbejdere
Interview 3 – Område vest 29 maj 2018 Sygeplejersker	2 medarbejdere
Interview 4 – Hjemmepleje vest 30 maj 2018 Sosu-assistenten	6 medarbejdere
Interview 5 – Plejecenter vest 7 juni 2018 Sosu-assistenten	4 medarbejdere
Interview 6 – Område øst 15 juni 2018 Sygeplejersker	4 medarbejdere
Interview 7 – Samarbejdspartnere 20 juni 2018 Pia Runge Mahler Lene Munk Mette Hallas Marianne Horstmann	4 samarbejdspartnere
Interview 8 – Samarbejdspartnere 21 juni 2018 Vivi Brandt Rasmussen Inge Hansen Kirsten Kittner	3 samarbejdspartnere
Spørgeskema – samarbejdspartner Cees Stavenuiter	Samarbejdspartner
Spørgeskema – Sektionsledere Udsendt til alle sektioner i Svendborg Kommune; Hjemmeplejen og plejecentre	31 sektionsledere

Bilag 2 – Interviewguide og spørgeskema

Interviewguide til sosu-assistenter

Hvordan syntes I overordnet at dette projekt har fungeret?
Hvordan oplever I, at borgerne tager imod denne indsats?
Hvordan har I oplevet det at indgå i et udviklingsprojekt?
Hvilke faktorer oplever I fungerer godt ved denne indsats?
Hvilke faktorer oplever I hæmmer indsatsen?
Hvordan oplevede I Temadagene – var forløbet skruet sammen på en god måde?
Føler I, at I ud fra Temadagene opnåede de kompetencer det kræver for at kunne håndtere disse samtaler med borger og pårørende?
Føler I jer rustet til, at vurdere hvornår det er det rigtige tidspunkt at afholde disse snakke på?
Hvilken effekt oplever I, at samtalerne har for borgerne og de pårørende?
Når I afholder samtaler er de så planlagte eller opstår de spontant?
Hvordan sikrer I en kontinuerlig justering af borgerens behov og ønsker?
Er der noget I har manglet undervejs i projektet?
Hvordan oplever I at samarbejdet fungerer med sygeplejerskerne?
Hvordan oplever I, at samarbejdet fungerer med projekts samarbejdspartnere
Afholder I kondolancebesøg/snakke med de pårørende?
Hvilke erfaringer og oplevelser har I med appen som er integreret i "Tidlig opsporing" appen?
Hvad mener I, er fundamentalt for at projektet fortsætter fremadrettet?
Er der noget I har brug for, fra jeres leder, andre kolleger eller Mejse i fremtiden?
Nævn tre faktorer som I synes er vigtige i forhold til projektet

Interviewguide til Samarbejdspartnere

Hvordan oplever I, at det har været og fungeret at være samarbejdspartner
Hvordan har I oplevet det, at være medudvikler af projektet?
De forventninger I havde, da I indvillige i at være samarbejdspartner, er de blevet indfriet?
Føler I, at I har kunne bidrage med noget til møderne og projektet som helhed?
Hvilke værdier ser I ved et tværsektorielt sammenarbejde?
Hvad føler I, at den tværsektorielle sammensætning i styregruppen/samarbejdspartnerne har gjort for projektet?
Hvilke ulemper er der forbundet med det tværsektorielle?
Overordnet hvordan syntes I så, at sammenarbejdet har fungeret?
Dette projekt – hvilke faktorer ser I og forudser I, vil hæmme og fremme projektet?
Kan I nævne 3 faktorer som er afgørende for fremtiden?
Har I undervejs manglet noget i dette projekt?
Målrettet spørgsmål omkring hver samarbejdspartners oplevelser (har de bidraget med det de kunne, var der andet det ville have bidraget noget, hvordan føler de samarbejdet har været)

Interviewguide til Sygeplejersker

Hvordan syntes I overordnet at dette projekt har fungeret?
Hvordan oplever i, at borgerne tager imod denne indsats?
Hvordan har I oplevet det at indgå i et udviklingsprojekt
Hvilke faktorer oplever i fungere godt ved denne indsats?
Hvilke faktorer oplever i Hæmmer indsatsen?
Hvordan oplevede i undervisningsforløbet – var forløbet skruet sammen på en god måde?
Føler I, at i ud fra undervisningen opnåede de kompetencer det kræver for at kunne håndtere disse samtaler med borger og pårørende?
Føler i jer rustet til, at vurdere hvornår det er det rigtige tidspunkt at afholde disse snakke på?
Hvilken effekt oplever I, at samtalerne har for borgerne og de pårørende?
Når i afholder samtaler er de så planlagte eller opstår de spontant?
Hvordan sikre i en kontinuerlig justering af borgerens behov og ønsker?
Er der noget i har manglet undervejs i projektet?
Hvordan oplever i at samarbejdet fungere med sygeplejerskerne?
Hvordan oplever I, at samarbejdet fungere med projekts samarbejdspartnere
Har I anvendt "Hospice hotline"?
Afholder i kondolancebesøg/snakke med de pårørende?
Hvilke erfaringer og oplevelser har i med appen som er integreret i "Tidlig opsporing" appen?
Hvad mener I, er fundamentalt for at projektet fortsætter fremadrettet?
Er der noget I har brug for, fra jeres leder, andre kolleger eller Mejse i fremtiden?
Nævn tre faktorer som I synes er vigtige i forhold til projektet

Spørgeskema til sektionsledere

Hvad synes du der fungerer og virker godt? Hvad er med til at fremme indsatsen omkring palliation?
Hvilke forhold er med til at hæmme denne indsats og dermed den forebyggende del af palliation?
Er der noget du som sektionsleder har manglet i dette forløb, eller føler at du kommer til at mangle i fremtiden?
Hvilken betydning oplever du, at projektet har for medarbejderne og for borgerne?
Hvordan føler du, at dine medarbejdere har taget imod dette projekt (både sygeplejersker og assistenter)?
Har dine ansatte givet udtryk for noget de mangler eller problematikker som opstår i dagligdagen?
Hvad har dine ansatte givet udtryk for fungere godt i dagligdagen?
Hvad mener du er vigtigt for at projektet lykkes?
Hvilke problematikker har du oplevet i forbindelse med projektet (undervisning, prøveperiode, udførelse)?
Hvad har du gjort, og hvad vil du gøre, for at forankre dette blandt dine medarbejdere så projektet fortsætter i fremtiden?
Hvad ville du have brug for, for at understøtte denne forankring:
-fra din leder, -fra medarbejderne, -fra dine lederkolleger, -fra Mejse
Nævn 3 ting som er vigtige for at det kan blive et godt forløb fremadrettet?

Spørgeskema til samarbejdspartner (praktiserende læge)

Hvordan oplever du, at det har været og fungerer at være samarbejdspartner? (Fordele og ulemper)

Hvordan har du oplevet det at være medudvikler af projektet?

De forventninger du havde, da du indvillige i at være samarbejdspartner, er de blevet indfriet?

(Hvorfor/hvorfor ikke – hvad er gået galt/har manglet? Eksempler)

Føler du, at du har kunne bidrage med noget til møderne og projektet som helhed? (Eksempler)

Hvilke værdier ser du ved et tværsektorielt sammenarbejde?

Hvad føler du, at den tværsektorielle sammensætning i styregruppen har gjort for projektet?

Hvilke ulemper er der forbundet med det tværsektorielle?

Overordnet hvordan syntes du så, at sammenarbejdet har fungeret?

Dette projekt – hvilke faktorer ser du og forudser du, vil hæmme og fremme projektet? (Gerne eksempler)

Kan du nævne tre faktorer som er afgørende for fremtiden?

Har du undervejs manglet noget i dette projekt?

Fra Mejse?

Fra andre samarbejdspartner?

Fra lægernes perspektiv

Hvordan føler du, at de praktiserende læger har indvilliget i dette projekt?

Har i haft et godt samarbejde, så lægerne er blevet hørt omkring deres mening til kommunikationen?

Føler lægerne at de er blevet hørt omkring deres oplevelser, erfaringer og meninger i forhold til kommunikation af palliative behov.

Føler du at der er stor motivation blandt lægerne til "palliation" og projektet?

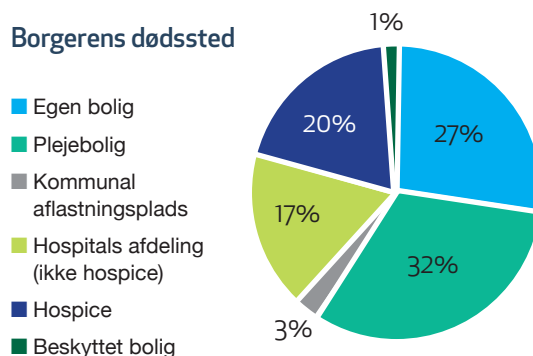
Har lægerne givet udtryk for nogle negative aspekter ved dette projekt?

Føler du, at det er godt, eller kan blive godt implementeret og forankret blandt lægerne?

Bilag 3: Data fra Rehpa

Dødssted	Hypighed	Procent
Egen bolig	22	27,16
Plejebolig	26	32,1
Kommunal aflastningsplads	2	2,47
Hospitals afdeling (ikke hospice)	14	17,28
Hospice	16	19,75
Beskyttet bolig	1	1,23

Borgerens dødssted



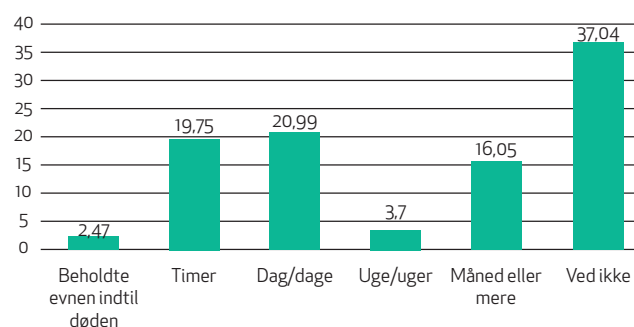
Årsag til død	Hypighed	Procent
Almen svækkelse	3	3,16
Apopleksi	6	6,32
Anden neurologisk sygdom	3	3,16
Cancer	48	50,53
Demens	16	16,84
Diabetes	3	3,16
Hjertekar sygdom	9	52,94
Lungesygdom	5	5,26
Øvrige	2	2,11

Årsager til død



Tabte evnen til at udtrykke sin vilje og deltage i beslutningen	Hypighed	Procent
Beholdte evnen indtil døden	2	2,47
Timer	16	19,75
Dag/Dage	17	20,99
Uge/uger	3	3,7
Måned eller mere	13	16,05
Ved ikke	30	37,04

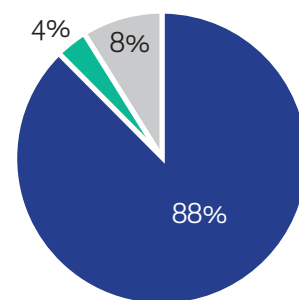
Tabte evnen til at udtrykke sin vilje og deltage i beslutningen (%)



Dokumenterede samtaler om ønsker for opholdssted?	Hyppighed	Procent
Ja	71	87,65
Nej	3	3,7
Ved ikke	7	8,64

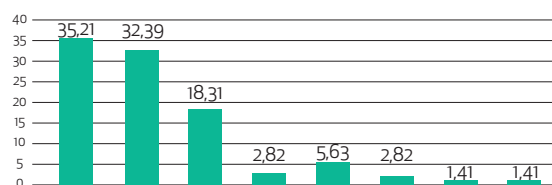
Er der afholdt dokumenteret samtaler om ønsker for opholdssted?

■ Ja
■ Nej



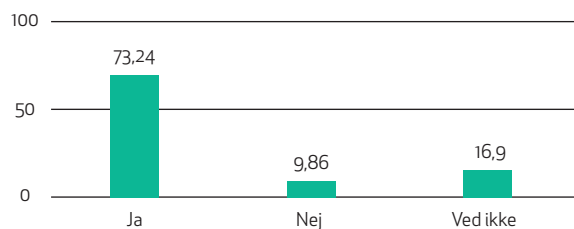
Antal Dokumenterede samtaler om opholdssted	Hyppighed	Procent
1	25	35,21
2	23	32,39
3	13	18,31
4	2	2,82
5	4	5,63
6	2	2,82
9	1	1,41
10	1	1,41

Antal dokumenterede samtaler om dødssted



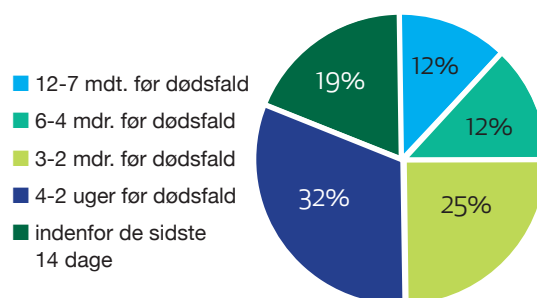
Var de pårørende med til de dokumenterede samtaler om opholdssted	Hyppighed	Procent
Ja	52	73,24
Nej	7	9,86
Ved ikke	12	16,9

Var de pårørende til samler om opholdssted?



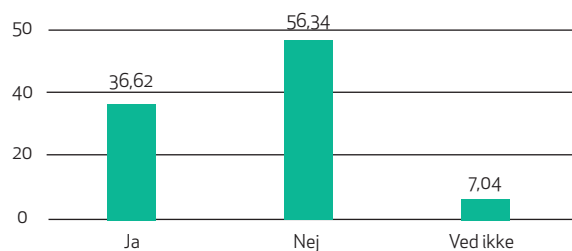
Hvor lang tid før dødsfaldet blev disse dokumenterede samtaler afholdt?	Hyppighed	Procent
12-7 mdr før dødsfald	15	12,40
6-4 mdr. før dødsfald	15	12,40
3-2 mdr. før dødsfald	30	24,80
4-2 uger før dødsfald	38	31,40
Indenfor de sidste 14 dage	23	19,00

Hvor lang tid før dødsfaldet blev samtalerne omkring borgernes ønsker afholdt?



Blev der anvendt et fagligt redskab til samtalerne om opholdssted	Hyppighed	Procent
Ja	26	36,62
Nej	40	56,34
Ved ikke	5	7,04

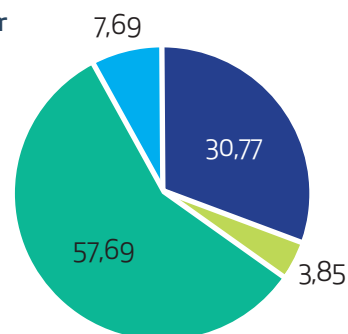
Blev der anvendt et fagligt redskab til samtalerne om opholdssted?



Hvilket fagligt redskab der anvendt til samtalerne	Hyppighed	Procent
Forventningsafstemningsguide	8	30,77
Lokal retningslinje	1	3,85
SVAP	15	57,69
SVAP og forventningsafstemningsguide	2	7,69

Hvilket fagligt redskab der anvendt til samtalerne

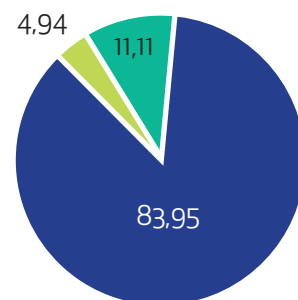
- Forventningsafstemningsguide
- Lokal retningslinje
- SVAP
- SVAP og forventningsafstemningsguide



Dokumenterede samtaler om ønsker for dødssted	Hyppighed	Procent
Ja	68	83,95
Nej	4	4,94
Ved ikke	9	11,11

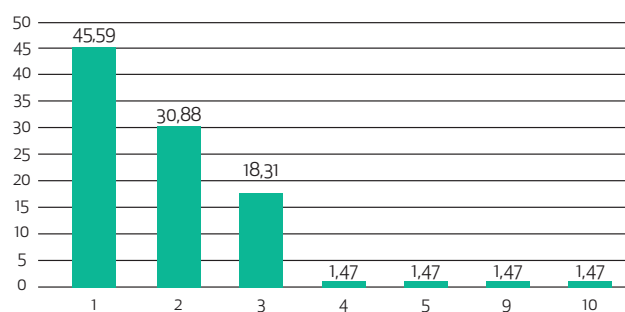
Dokumenterede samtaler om ønsker for dødssted

- Ja
- Nej
- Ved ikke



Antal dokumenterede samtaler om dødssted	Hyppighed	Procent
1	31	45,59
2	21	30,88
3	12	17,65
4	1	1,47
5	1	1,47
9	1	1,47
10	1	1,47

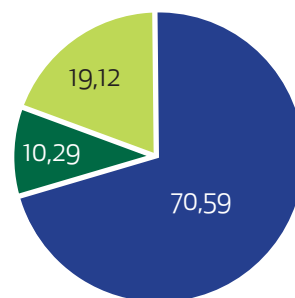
Antal dokumenterede samtaler om dødssted



Var de pårørende med til de dokumenterede samtaler om dødssted?	Hypighed	Procent
Ja	48	70,59
Nej	7	10,29
Ved ikke	13	19,12

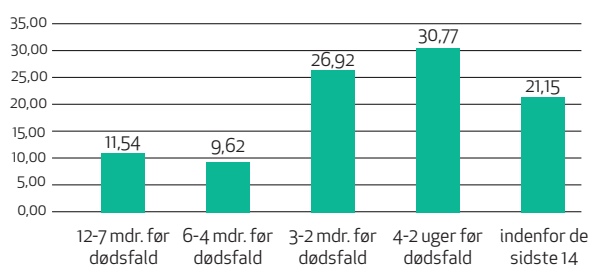
Var de pårørende med til de dokumenterede samtaler?

■ Ja
■ Nej
■ Ved ikke



Hvor lang tid før dødsfaldet blev disse samtaler om dødssted afholdt?	Hypighed	Procent
12-7 mdr. før dødsfald	12	11,54
6-4 mdr. før dødsfald	10	9,62
3-2 mdr. før dødsfald	28	26,92
4-2 uger før dødsfald	32	30,77
Indenfor de sidste 14 dage	22	21,15

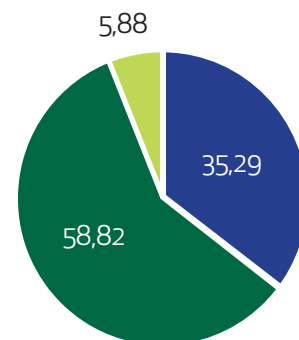
Hvor lang tid før dødsfaldet blev disse samtaler om dødssted afholdt?



Anvendt fagligt redskab til samtaler om dødssted?	Hypighed	Procent
Ja	24	35,29
Nej	40	58,82
Ved ikke	4	5,88

Blev der anvendt et fagligt redskab til samtalerne om dødssted?

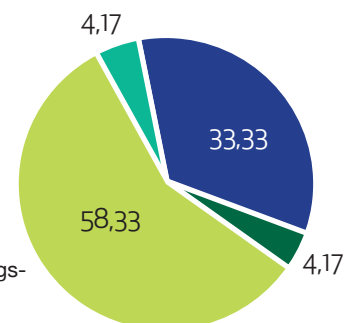
■ Ja
■ Nej
■ Ved ikke



Hvilket redskab	Hypighed	Procent
Forventningsafstemningsguide	8	33,33
Lokal retningslinje	1	4,17
SVAP	14	58,33
SVAP og forventningsafstemningsguide	1	4,17

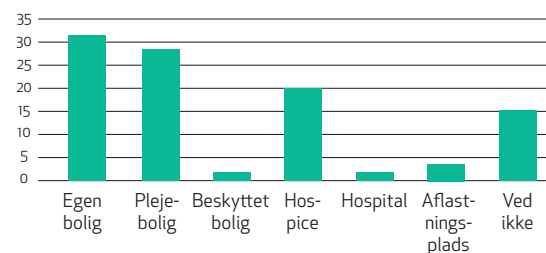
Hvilket redskab blev anvendt?

■ Forventningsafstemningsguide
■ Lokal retningslinje
■ SVAP
■ SVAP og forventningsafstemningsguide



Ønsket dødssted	Hyppighed	Procent
Egen bolig	26	32,1
Plejebolig	23	28,4
Beskyttet bolig	1	1,23
Hospice	15	18,52
Hospital	1	1,23
Aflastningsplads	3	3,69
Ved ikke	12	14,81

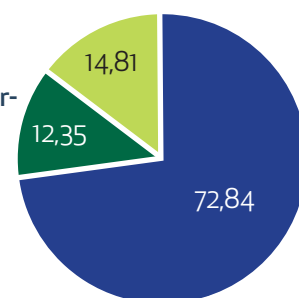
Ønsket dødssted



Stemte dødssted overens med borgers ønske?	Hyppighed	Procent
Ja	59	72,84
Nej	10	12,35
Ved ikke	12	14,81

Stemte dødssted overens med borgers ønske?

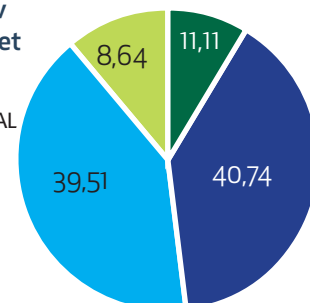
- Ja
- Nej
- Ved ikke



Afklaret behov - Redskab	Hyppighed	Procent
EORTC-QLQ-C15-PAL	33	40,74
Ingen	32	39,51
Ved ikke	7	8,64
Sygeplejefagligvurdering + samtale	9	11,11

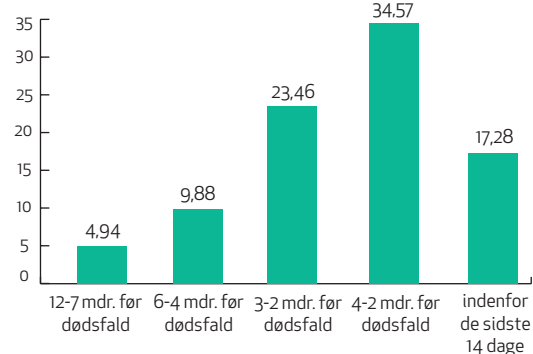
Hvilket redskab blev anvendt til at afklaret behov - Redskab

- EORTC-QLQ-C15-PAL
- Ingen
- Ved ikke
- Sygeplejefagligvurdering + samtale



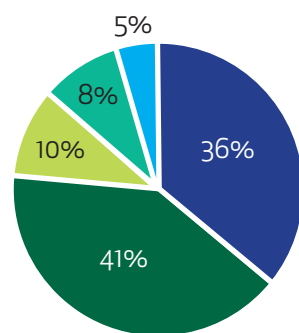
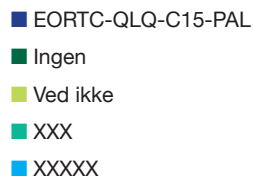
Hvor lang tid før dødsfaldet blev der afklaret behov?	Hyppighed	Procent
12-7 mdr. før dødsfald	4	4,94
6-4 mdr. før dødsfald	8	9,88
3-2 mdr. før dødsfald	19	23,46
4-2 uger før dødsfald	28	34,57
Indenfor de sidste 14 dage	14	17,28

Hvor lang tid før dødsfaldet blev der afklaret behov?



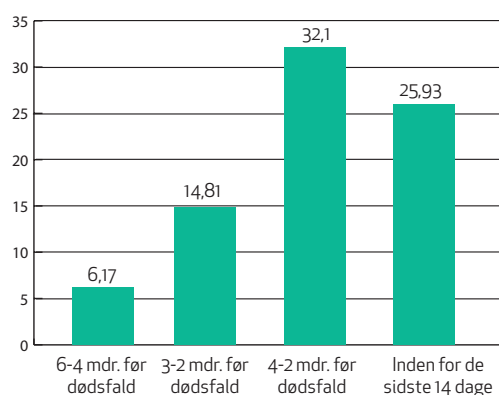
Hvilke redskaber anvendes til at justere borgerens behov for støtte og lindring	Hypighed	Procent
EORTC-QLQ-C15-PAL	29	35,80
Ingen	33	40,74
Ved ikke	8	9,88
Sygefagligvurdering + samtaler	7	8,64
Samtaler med borger og pårørende	4	4,94

Hvilke redskaber anvendes til at justere borgerens behov?



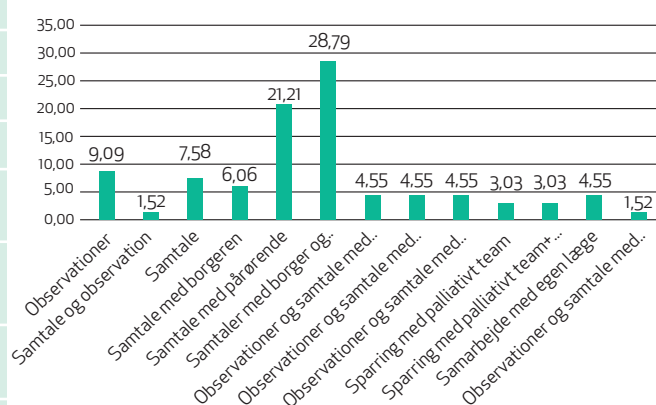
Hvor lang tid før dødsfaldet skete justeringerne	Hypighed	Procent
6-4 mdr. før dødsfaldet	5	6,17
3-2 mdr. før dødsfaldet	12	14,81
4-2 uger før dødsfaldet	26	32,1
Indenfor de sidste 14 dage	21	25,93

Hvor lang tid før dødsfaldet skete justeringerne



Måder at justere behov på	Hypighed	Procent
Observationer	6	9,09
Samtale og observation	1	1,52
Samtale	5	7,58
Samtaler med borgeren	4	6,06
Samtaler med Pårørende	14	21,21
Samtaler med borger og pårørende	19	28,79
Observationer og samtaler med borger og pårørende	3	4,55
Observation og samtale med borger	3	4,55
Observation og samtale med pårørende	3	4,55
Sparring med palliativt team	2	3,03
Sparring med palliativt team + borger+ pårørende	2	3,03
Samarbejde med egen læge	3	4,55
Observationer, samtaler med borger og pårørende samt tværfaglige samarbejdspartnere	1	1,52

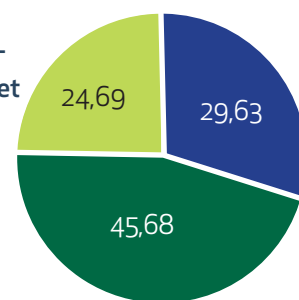
Måder at justere behov på



Er de pårørendes behov blevet afdækket gennem forløbet?	Hypighed	Procent
Samtaler med de pårørende alene	24	29,63
Samtaler med borgeren og de pårørende	37	45,68
Ved ikke	20	24,69

Hvordan er de pårørende blevet afdækket gennem forløbet

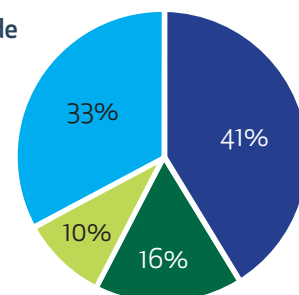
- Samtaler med de pårørende alene
- Samtaler med borgerne og de pårørende
- Ved ikke



Nogen tilstede i dødsøjeblikket?	Hypighed	Procent
Pårørende	34	41,98
Personale	13	16,05
Nej	8	9,88
Ved ikke	27	33,33

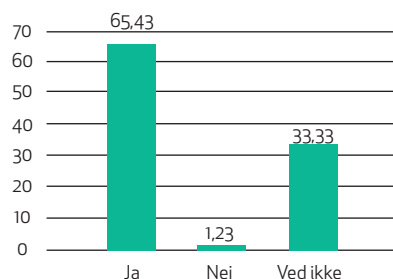
Var der nogen tilstede da borgeren døde?

- Pårørende
- Personale
- Nej
- Ved ikke



Er de efterladte blevet tilbudt opfølgning efter dødsfaldet?	Hypighed	Procent
Ja	53	65,43
Nej	1	1,23
Ved ikke	27	33,33

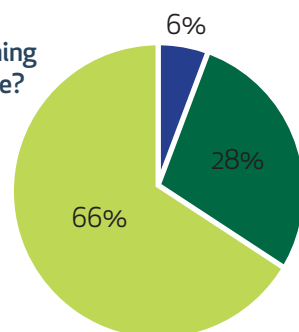
Er de pårørende blevet tilbudt opfølgning efter dødsfaldet?



Type af opfølgning de blev tilbudt	Hypighed	Procent
Besøg	3	5,66
Opringning	15	28,31
Opfølgende samtale	35	66,03

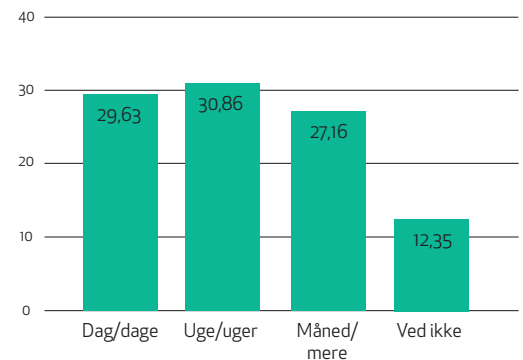
Hvilken type opfølgning gives til de pårørende?

- Besøg
- Opringning
- Opfølgende samtale



Hvornår blev borgeren sidst tilset af en praktiserende læge?	Hyppighed	Procent
Dag/dage	24	29,63
Uge/uger	25	30,86
Måned/mere	22	27,16
Ved ikke	10	12,35

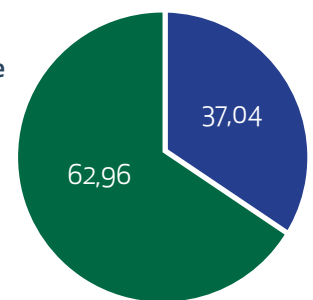
Hvornår blev borgeren sidst tilset af den praktiserende læge?



Var det specialiserede palliative niveau tilknyttet?	Hyppighed	Procent
Ja	30	37,04
Nej	51	62,96

Var det specialiserede palliative niveau tilknyttet?

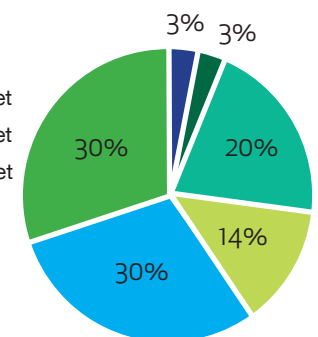
■ Ja
■ Nej



Hvor lang tid inden dødsfaldet blev personen tilknyttet det specialiserede palliative niveau?	Hyppighed	Procent
Tidligere end 12 mdr. før dødsfaldet	1	3,33
12-7 mdr. før dødsfaldet	1	3,33
6-4 mdr. før dødsfaldet	6	20
3-2 mdr. før dødsfaldet	4	13,33
4-2 uger før dødsfaldet	9	30
Indenfor de sidste 14 dage	9	30

Hvornår blev Det Palliative Team tilknyttet?

■ Tidligere end 12 mdr. før dødsfaldet
■ 6-4 mdr. før dødsfaldet
■ 3-2 mdr. før dødsfaldet
■ 4-2 uger før dødsfaldet
■ indenfor de sidste 14 dage





Palliation betyder lindring og livskvalitet, og er betegnelsen for den faglige indsats vi skal iværksætte for mennesker der er livstruende syge eller døende.

Formålet er at borgeren og de pårørende oplever at den sidste tid i livet bliver så tæt som muligt på det de ønsker.

Det er derfor vores ansvar som professionelle, at tage initiativ til at snakke med borgeren og de pårørende om deres behov og ønsker, og på den baggrund lave planer og aftaler for det palliative forløb.

Vi skal tilbyde os som samarbejdspartnere og medvandrere på den vej som for de fleste er ukendt og uforudsigelig.

Udviklingen af den palliative indsats i Svendborg Kommune er sket gennem projektet 'Min sidste tid' der er støttet af Sundhedsstyrelsen via Satspuljen 'Den værdige død'.

Hvis du har spørgsmål eller ønsker yderligere informationer kan du kontakte Mejse Holstein, projektleder på mail: mejse.holstein@svendborg.dk eller telefon: 21 59 10 70

DEN PALLIATIVE INDSATS

på ældreområdet
i Svendborg Kommune



Min sidste tid
En dag skal vi dø,
men alle de andre dage skal vi leve.

Borgere der er livstruende syge, er i den sidste tid af deres liv eller er døende har nogle særlige behov for lindring som vi som professionelle skal være opmærksomme på og så vidt muligt tilgodese.

I denne folder finder du links til 8 små videoer der introducerer til de metoder og redskaber vi har der kan understøtte dig i arbejdet med borgere/familier der er i et palliativt forløb.

DEN PALLIATIVE INDSATS



<https://www.youtube.com/watch?v=1-1jppPpGNI0&feature=youtu.be>

PALLIATION: EORTC-SKEMA



https://www.youtube.com/watch?v=avark_De0trc&feature=youtu.be

PALLIATION: GUIDE TIL FORVENTINGSAFSTEMNING



<https://www.youtube.com/watch?v=gADpJGgdUo&feature=youtu.be>

PALLIATION: NÅR KROPPEN LUKKER NED



<https://www.youtube.com/watch?v=amT1AM3E-TE3&feature=youtu.be>

PALLIATION: KONDOLENCE BESØG



<https://www.youtube.com/watch?v=-1GQ196-ft&feature=youtu.be>

PALLIATION: DOKUMENTATION I NEXUS



<https://www.youtube.com/watch?v=Rv5C3oJH&feature=youtu.be>

PALLIATION: CNPI-SKEMA



<https://www.youtube.com/watch?v=dzgm0bdJ&feature=youtu.be>

PALLIATION: CAM-SKEMA



<https://www.youtube.com/watch?v=J8KjWjr5TQ>

Du kan enten klikke på linket, hvis du har folderen i en elektronisk version. Har du den i den trykte version, kan du skrive adressen på linket i søgefeltet på din pc/tablet eller telefon – eller du kan scanne QR koden med din telefon og på den måde få adgang til videoen.

Vi håber at du får glæde af de små videoer!