Årsrapport 2003 Det Palliative Team

Indholdsfortegnelse

	Side
Forord:	2
Indledning:	3
Nøgletal:	5
Kontakt mellem patient og Det Palliative Team	10
Sekretærfunktionen	12
Sygeplejefunktionen	13
Fysioterapeutens funktion	16
Socialrådgiverfunktionen	19
Præstens funktion	24
Afslutning	26

Forord

Gennem de senere år er der sket en rivende udvikling på det palliative område, understøttet af en øget politisk bevågenhed på dette område.
Rundt i amterne er der kræfter i gang for at etablere eller udbygge eksisterende palliative teams. Ligeledes er der mange gode kræfter i gang for at skaffe flere Hospice-pladser.
På den baggrund har vi fundet det opportunt at anvende tid og ressourcer på at udfærdige en årsrapport for Det Palliative Team. Herigennem bliver det muligt på en nem måde at få adgang til faktuelle oplysninger om aktiviteten.
Med nærværende årsrapport håber vi samtidig at kunne tydeliggøre de erfaringer, vi gennem tiden har samlet – måske til nytte for andre i etableringsfasen.

Vi har valgt at lade hver fagperson/-gruppe bidrage med indlæg til årsrapporten. Hermed også en tak til teamets medarbejdere.

Niels Brunsgaard,
specialeansvarlig overlæge

Indledning

Efter en længere startfase blev Det Palliative Team en realitet i 1999. Gennem tiden er der sket udskiftninger i persongalleriet og tilpasning i timetallet til rådighed for opgaverne.
Det overordnede mål er uændret, nemlig en maksimal betingelsesløs total omsorg for den terminalt syge og døende patient samt dennes pårørende.
Indsatsen indbefatter optimal symptomlindring gennem en fysisk, psykosocial og eksistentiel/åndelig omsorg.

Opgaven for teamet har også været gennem konsulentfunktionen at øge bevågenheden for patienternes behov og samtidig gøre opmærksom på de muligheder der er for palliation. Tit er der tale om meget komplekse problemstillinger, der kun kan finde fornuftige løsninger gennem den tværfaglige indsats.
Det Palliative Team fungerer gennem både en direkte patientkontakt og en indirekte påvirkning via konkret undervisning og holdningspåvirkning.

Det Palliative Team er organisatorisk forankret i onkologisk afdeling. Har til huse i KamillianerGaardens Center for Lindrende Behandling. Har således også tæt samarbejde med KamillianerGaardens Hospice.
Intentionerne var fra starten at så mange som muligt skulle have mulighed for et palliativt tilbud. Det blev udmøntet i, at der på de perifere sygehuse blev uddannet en sygeplejerske til specialistniveau. Palliationssygeplejersker findes nu på Hobro, Farsø, Hjørring, Frederikshavn og Dronninglund Sygehuse. Der har tidligere været uddannet palliationssygeplejerske til Brovst Sygehus, men funktionen er der efterfølgende nedlagt.

Normering

Det Palliative Team er normeret med følgende:

- socialrådgiver 28 timer/uge,
- fysioterapeut 37 timer/uge,
- psykolog 28 timer/uge,
- 4 sygeplejersker á 37 timer/uge,
- præst 18,5 timer/uge
- 3 læger á 37 timer/uge
- 1,5 sekretær á 37 timer/uge.

Niels Brunsgaard

Nøgletal i Det Palliative Team.

I det følgende beskrives Det Palliative Teams arbejde suppleret med faktuelle oplysninger nøgletal i skematisk og grafisk form, suppleret med kommentarer.

Henvisningskriterierne er i grove træk de samme som tidligere:

1. Patienterne skal være færdigudredte.
2. Al kurativ behandling skal være afsluttet eller ikke eksisterende.
3. Patienterne er informerede om og indforståede med henvendelse til Det Palliative Team .
4. Sygdommen er progredierende, og der er forventet kort restlevetid.

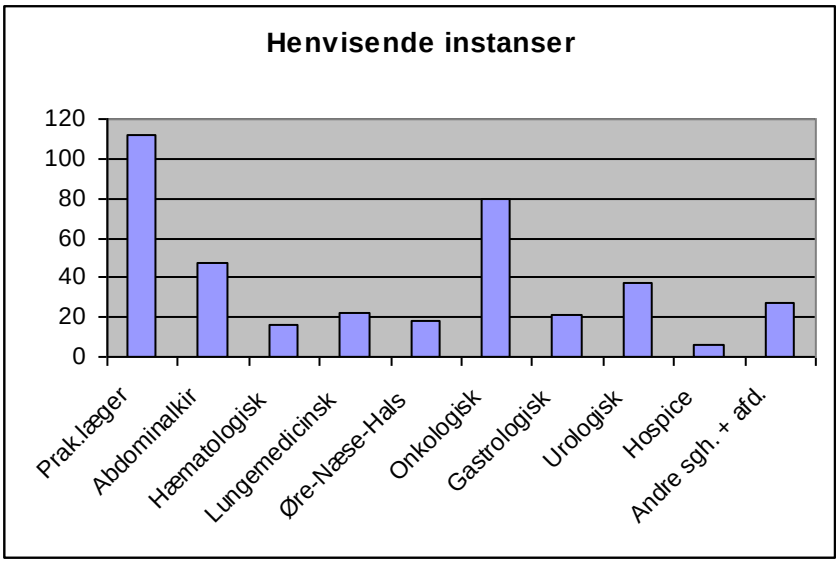
År	2000	2001	2002	2003
Januar	18	30	23	28
Februar	24	30	21	25
Marts	24	28	38	43
April	25	21	36	29
Maj	26	34	35	32
Juni	21	27	26	34
Juli	23	23	31	41
August	38	36	23	47
September	21	24	36	31
Oktober	23	40	46	34
November	33	27	39	46
December	24	31	21	27
I alt	300	351	375	417

Udviklingen i henvisningsbilledet

Skemaet viser udviklingen i antal henvisninger inden for de sidste fire år. Som det fremgår, er der over det forgangne år henvist i alt 417 patienter. Der er en spredning fra 25 (februar) til 47 (august).
Efter at henvisningerne er modtaget, etableres kontakt til patienten/afdelingen hvor patienten er indlagt med henblik på aftale om et etablerende besøg. Det første etablerende besøg afvikles almindeligvis inden for den

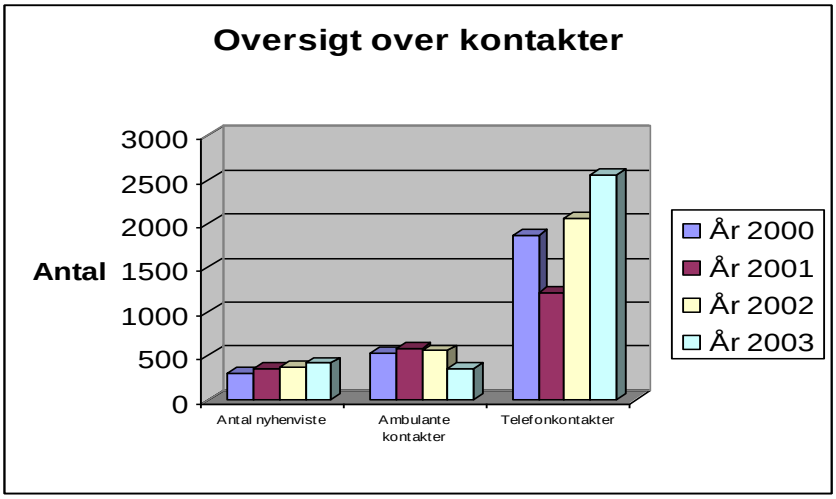
første uge, hvis der undtagelsesvis går længere tid, er det betinget af patientens ønske om et senere fremmøde.
Etableringssamtalen udvirkes oftest med læge og sygeplejerske i fællesskab. Herefter præsenteres sygehistorien for det tværfaglige team og målrettet indsats planlægges og gennemføres.
Der er tale om relativ få tilfælde, hvor patienten er afgået ved døden inden den etablerende samtale er gennemført.

Hvem henviser



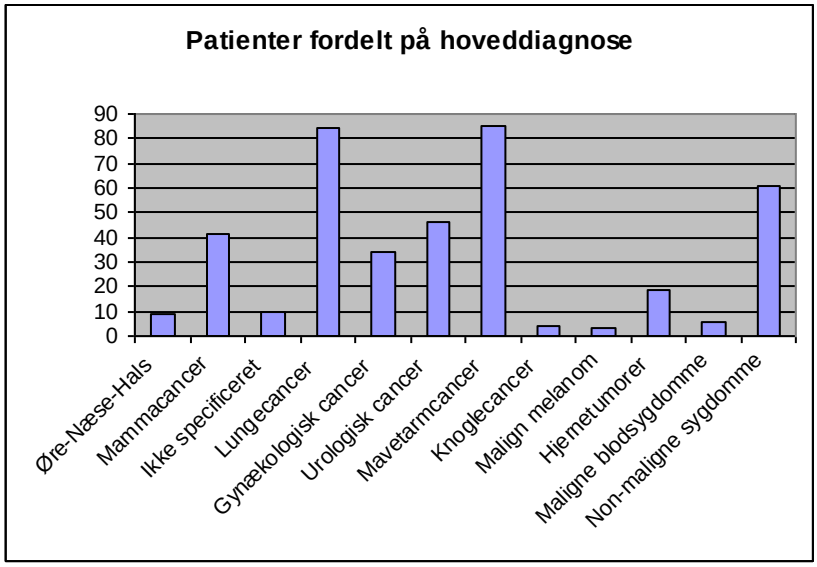
Der er i 2003 sket en lille forskydning. Tidligere var henvisningerne fordelt med 52 % henvist fra sygehusafdelinger og 48% henvist fra egen læge. I løbet af 2003 ses en forskydning, således at næsten 2/3 er henvist fra sygehusafdelinger. Der er ikke nogen dokumenteret sikker forklaring på denne ændring, men kan afspejle både lavere henvisningsrate fra primærsundhedstjenesten (måske er de blevet bedre til selv at håndtere denne patientkategori), og en øget henvisningsrate fra sygehusafdelinger, der meget vel kan have oplevet, at udskrivelse af patienterne faciliteres med en kontakt til Det Palliative Team.

Udvikling i patient kontakter



I år 2003 er der sket fald i ambulante kontakter. Det skyldes, at de kontakter fysioterapeuten og socialrådgiveren har haft, er blevet registreret i henholdsvis fysioterapiafdelingen og socialrådgiver-sektionen.

Diagnoser



Diagrammet afspejler, at de fleste henviste patienter har malign diagnose. Der er en gruppe med ikke specificeret cancer, hvor der blot er påvist

metastastisk proces, men hvor primærtumor ikke er fastlagt. Gruppen af andre sygdomme afspejler patienter med neurologiske lidelser som amyotrop lateral sklerose og Creutzfeldt-Jakob's syndrom. Der er endvidere få patienter henvist med ikke malign terminal lungeinsufficiens.

Statistisk oversigt

I årets løb har vi modtaget 417 nye henvisninger, fordelt med ca. 1/3 fra praktiserende læger og 2/3 fra sygehusafdelinger, 203 på kvinder, 214 på mænd – lidt mere end halvdelen i alderen 60-79 år.
De to største grupper (88+100 patienter) er henvist pga. lunge- eller mavetarmcancer. I årets løb har der været 332 hjemmebesøg, 21 ambulante kontakter i øvrigt samt 2557 telefonkontakter. (Det skal bemærkes at der kun er registreret for læger og sygeplejersker. Vi har derfor ikke eksakte tal for kontakter for de øvrige faggrupper).

Teamet mellem de to sektorer.

Intentionerne har hele tiden været, at Det Palliative Team skulle have konsulent-funktion i forhold til både primær og sekundær sundhedstjeneste. I grænselandet mellem de to sektorer ligger der konstant en udfordring i - med fuld respekt for det arbejde der bliver udført - på nogenlunde diplomatisk måde at få introduceret nye behandlingsprincipper og –strategier når det drejer sig om den palliative indsats. Både i primær- og sekundærsektoren møder vi jævnligt den opfattelse, at de terminale patienter har man hidtil håndteret på ganske udmærket måde. Konservatisme og vanetænkning må dog som regel vige for det gode eksempels pædagogik. På samme måde betyder det, at videre udvikling inden for området kun kan opnås med undervisning, undervisning og undervisning. Det er samtidig vores opfattelse, at man i et højteknologisk sundhedsvæsen, som hele tiden udvikler sig, kun med vedholdenhed kan fastholde fokus på den totale

lindrende omsorg hos de terminalt syge og døende patienter.

Niels Brunsgaard

Kontakt mellem patient og Det Palliative Team

Der henvises til Det Palliative Team, når der er behov for specialistindsats i forhold til den alvorligt syge og døende.

Det sker via en lægehenvisning fra praktiserende læge eller fra en sengeafdeling på sygehuset og det er langt overvejende kræftpatienter der henvises. Når vi modtager en henvisning, visiteres patienten ved den næste dags tværfaglige konference.

Visitation

Der foreligger ikke en decideret prioriteringsliste for patienter, men det vurderes ud fra den enkelte patients situation, hvordan vi tolker behovet. Det første besøg effektueres hurtigst muligt – helst inden for få dage – da tiden for mange patienter er begrænset. Tiden for tilknytning til teamet er gennemsnitligt 2½-3 måneder, og kan i nogle tilfælde være døgn.

1. Samtale

Det etablerende besøg sker i hjemmet, på en sygehusafdeling eller for nogle få her i teamet. Det er kun få patienter der er i stand til at komme her.

Etableringssamtalen er af en varighed på ca. 1-1½ time. Her skabes kontakten, vi får et billede af helhedssituationen som vi kan handle på. Patient og pårørende får viden om, hvad vi kan tilbyde og samtalen afsluttes med der laves aftaler for det fremtidige samarbejde og hvordan det forventes at forløbe.

Samarbejde

Der sendes altid kopi af lægejournal til praktiserende læge, og til sygehusafdelingen hvis den er henvisende instans. Er der kontakt til hjemmesygeplejersken, laves der samarbejdsaftaler, er der ikke, forsøger vi at få den etableret.

Tværfaglighed

Ved teamets tværfaglige konference fremlægges patientens/pårørendes forløb og nuværende situation. Der sker en tværfaglig vurdering, og der diskuteres og opstilles nogle mulige handleplaner. Forløbene er meget individuelle i lighed med vores indsats. Hos nogle

familier er der meget direkte kontakt, - og hos andre arbejder vi meget som konsulent for samarbejdspartnere. Denne fordeling kan skifte undervejs i forløbet. I perioder er det tilstrækkeligt med enkelte telefonkontakter. Undervejs bliver forløbet ofte vendt og diskuteret på den tværfaglige konference, hvorved der kommer forskellige aspekter frem, og der laves aftale om hvem i teamet der bedst takler problemet. Når afslutningen på livet nærmer sig, er der oftest en tættere kontakt både til familien og de professionelle der er inde i billedet.

Planlægning til sidst

Her kan det for nogen føles som en mangel, at teamet kun har åbent på hverdage i dagarbejdstiden. Vi gør meget ud af at klargøre, at vilkårene er således lige fra opstart, og vi informerer om hvor hjælpen kan findes på de tidspunkter, vi ikke kan kontaktes. Med vore samarbejdspartnere forsøger vi at lave aftaler og ordinationer der kan træde i kraft, hvis plan A ikke længere kan anvendes – og det bliver nødvendigt at anvende plan B. Ved at arbejde fremadrettet og være forudseende, kan dette fungere i de fleste forløb.

Opfølgning

Når der er sket et dødsfald, tilbyder vi opfølgningssamtale med de efterladte. De fleste tager imod tilbudet og har efterfølgende tilkendegivet, at det har været med til at komme videre i livet.

Gitte Fischer,
specialeansvarlig ledende sygeplejerske.

Sekretærfunktionen i Det Palliative Team

Der er normeret 1½ sekretærstilling.
Sekretærerne har en nøglefunktion i teamet, idet de varetager samtlige funktioner der vedrører det løbende arbejde med at oprette alle patienthenvisninger, laver alt skrivearbejde vedrørende de lægelige journaler og de skriftlige kommunikationer i patientarbejdet. Dette gælder samtlige patienter som teamet er involveret i, uanset om patienten er hjemme, indlagt på sygehus eller på Hospice. Derfor har sekretærerne altid hånd om hele patientforløbet og er derfor også en central person i sortering af telefonsamtaler fra patienter, familie og samarbejdspartnere i den primære/sekundære sundhedssektor til de rette teammedlemmer.

Ligeledes er det sekretærerne der registrerer i patientregistreringssystemet (AS400) vedrørende hjemmebesøg, tilsyn, telefonsamtaler m.m. Dette er efterhånden blevet en stor arbejdsbyrde.
Desuden hjælper sekretærerne med at udfærdige undervisningsmateriale, renskrive retningslinjer omkring forskellig medicin samt måder at give medicin på.
Sekretærerne bestiller ligeledes depotvarer, fører arbejdstidsskemaer til online lønkørsel, fremhenter diverse statistisk materiale ud fra patientregistreringssystemet.
Sekretærerne er også kontaktpersoner til sygehusets IT-afdeling samt sørger for at oprette nye teammedlemmer i registreringssystemerne.
Ligeledes deltager sekretærerne i morgenkonference, den faste teamsupervision samt i fælles sekretærmøder på onkologisk afdeling.

Helle Lobert & Elsebeth Holm

Sygeplejefunktionen i Det Palliative Team

Der er nu ansat 3 palliationssygeplejersker og 1 ledende sygeplejerske i Det Palliative Team. Funktionen har indtil 2003 været præget af en del udskiftning, idet stillingerne indtil 2003 har været brugt som uddannelsesstillinger for Palliationssygeplejersker ansat på de decentrale sygehuse i Nordjylland.

Den øgede stabilitet har været brugt til at sætte fokus på flere af vores funktioner.
Sygeplejerskernes funktion i Teamet er central på den måde, at patienterne efter endt visitation tilknyttes en kontaktsygeplejerske. Dette betyder at sygeplejersken har kontakten til patient, pårørende og hjemmesygeplejerske og at man som sådan er ansvarlig for at inddrage andre ressourcer. Sygeplejerskerne har i det tværfaglige samarbejde både en generalistfunktion og en specialistfunktion. Som Palliationssygeplejersker har vi til opgave at tilvejebringe den fornødne ekspertviden og handling, således at patienten tilbydes en palliativ indsats der forbedrer livskvaliteten den sidste tid. Samtidigt skal man som konsulent ikke overtage andres arbejde, men man skal initiere og vejlede således at opgaver og byrder varetages så tæt på patienten som muligt.
Vi har arbejdet meget med at definere konsulentrollen og vi er kommet frem til at konsulentarbejdet i forhold til samarbejdspartnere udføres på 3 niveauer; dels ekspertrådgivning, dels dialogbaseret vejledning og dels udført som egentlig rollemodel. Vores arbejde med at definere konsulentfunktionen har medført øget bevidsthed om valg af metoder i vores arbejde.
I år 2003 deltog palliationssygeplejerskerne i 353 ambulante besøg heraf 332 i eget hjem og sygeplejerskerne havde et godt stykke over 2000 telefoniske kontakter i løbet af året.

Vi har arbejdet med at færdiggøre vores procedurebeskrivelser, som en vigtig del af konsulentfunktionen. Det er et skriftligt hjælpemiddel for hjemmesygeplejersken i forbindelse med specielle opgaver og medicinske behandlinger.

Som afdeling med ekspertfunktion, har vi arbejdet meget med at udvikle feltet, af tiltag kan nævnes:
-Arrangeret Temadag på Hotel Scandic med 110 deltagere, med emnet angst, sorg og depression.
-Taget initiativ til udarbejdelse af en pjece til vores samarbejdspartnere.
-Formalisering af samarbejdet med Hjemmesygeplejen via afholdelse af 1 årligt dialogmøde.
-1 sygeplejerske er med i forskningsprojekt vedr. livskvalitet og alternativ behandling.
-Deltagelse i Kongresser og kurser, bl.a. Kongres i Haag, FS13 Årsmøde mm.

Internt har vi medvirket til:
-planlægning af temadage og begivenheder.
-deltaget i supervision.
-deltaget i implementeringen af et fælles kommunikationssystem på sygehuset.(VIPS)
-etableret udvekslingsstilling med Hospice.
-kvartalsmøder med "de eksterne" palliationssygeplejersker.
-Modtaget studiebesøg fra andre palliative Teams.
-deltaget i arbejdet med interessegrupper i samarbejde med Hospice.

Der er øget interesse i undervisning fra Teamet og undervisning er et godt redskab i udbredelsen af specialviden, og alene i 2003 deltog vi i 26 undervisningsseancer. Undervisningen har været for forskellige målgrupper i hele sundhedssektoren og af forskellig varighed. Den absolut største opgave var et ugekursus i palliation med tværfaglig målgruppe. Bilagsliste bagest i rapporten.

Vi ser i år 2004 frem til at arbejde med udvikling af vores konsulentfunktion specielt i forhold til sekundær sektor, hvor vi ikke bruges i samme grad som i den primære. Dette skal bla.a. ske via vores nye pjece, samt via direkte kontakt til samarbejdspartnere. 2004 er også året hvor vi skal forberede uddannelsen af nøglepersoner som bla.a. skal 4 uger i praktik i Det Palliative Team. Uddannelsen starter januar 2005. Desuden skal vi som en del af Aalborg Sygehus arbejde med indførelsen af den elektroniske patientjournal.

Lars Møller,
Inger Buus,
Grethe L. Andersen,
Gitte Fischer

Fysioterapeutens funktion i Det Palliative Team

Der er én fuldtidsstilling som fysioterapeut i Det Palliative Team. Tiden bliver fordelt mellem Hospice patienter og teamets patienter. Teamets patienter kan komme på KamillianerGaarden til ambulant behandling eller jeg kan tage på hjemmebesøg. I år 2003 fik 93 af teamets patienter fys. behandling.

Mange tænker stadig på fysioterapeuter, som nogle der behandler dårlig ryg, knæ og nakke, som forestår genoptræningen efter en skade eller operation, eller som pæser folk under træningen. Sådan er det sjældent i dette felt.
Det er klart, at patientens frustration, angst, sorg eller familiemæssige problemer også fylder vældig meget i billedet, og at alt det svære svært kan skilles ad. Betydningen af begrebet smerte bliver således også for fysioterapeuten mere i retning af: "det patienten lider under". Hvis patienten er sengeliggende det meste af dagen, kan det skyldes smerter, men måske kan det også handle om at være bange for at være alene hjemme, og at der er et ønske om at ægtefællen vil gå på plejeorlov, - eller det kan skyldes, at det er for konfronterende at komme op i en kørestol.

Mange af vores patienter har glæde af at få massage, blive bevæget igennem, lave nogle øvelser, få hjælp til at ligge bedre, øve at kunne komme ud af sengen selv eller få et hjælpemiddel, som gør livet lidt lettere. - Ofte er det et ret fysisk problem der gør jeg møder patienten, men målet med behandlingen er ligeså vel følelsen af velvære og kontrol.

Jeg har i dette år i flere forskellige sammenhænge stødt på det ***at give patienter følelsen af kontrol***. Måske kan følelsen af afmagt "behandles" ved at give oplevelsen af at få kontrol. Jeg oplever, at det også her

er de små ting der tæller. Ex. at lade patienten styre indstillingen af sengen, at vente med at støtte en patient, indtil vi kan se, at det er nødvendigt, - ikke at tælle "1-2-3" når en patient skal længere op i sengen, men at lade patienten gøre, hvad han kan, og så kun hjælpe det der er nødvendig, - at skaffe et hjælpemiddel, fx. en tyk pude,så patienten bedre kan klare at rejse sig fra stolen.
Når vi - i vores godhed - hjælper en patient op at stå, fratager vi samtidig patienten muligheden for at få den gode oplevelse af at kunne klare sig selv. Når vi ruller en patient rundt i sengen, gætter jeg på, at vi giver patienten en oplevelse af at være tungere og trættere end, hvis han havde fået chancen til at gribe efter sengehesten og vi blot havde støttet på knæet. – Og når vi tæller 1-2-3, tænker jeg fluks på en sæk kartofler, - så hvad mon patienten tænker på….

Undervisning:

Jeg har i det forløbne år været involveret i :

- af sygeplejersker i lokalområde Vest/Hasseris
- af fysioterapeuter på Aalborg Sygehus Syd
- af fysioterapeuter på Farsø Sygehus
- på kurset: "Palliation i Nordjyllands Amt"
- af hospicepersonalet i "Forflytning" og "Hjælpemidler".

Samt:

- Projektarbejde: Lymfødembehandling til brystopererede kvinder. - fortsætter hele år 2004 og ind i det næste år.
- Indkøb af hjælpemidler til hospice.
- Interessegruppe omkring kognition

Projekter, som vil fylde i fremtiden:

- Projektarbejdet "Lymfødembehandling til brystoperede kvinder" fortsætter.
- At bygge netværk op mellem de fysioterapeuter det arbejder med palliation i NordjyllandsAmt

Ulla Kjærgaard

Socialrådgiver-funktionen i Det Palliative Team

Stillingen som socialrådgiver i Det Palliative Team er normeret til 28 timer ugentlig fordelt på ugens 5 hverdage.

I Det Palliative Team og på Kamillinanergaardens Hospice er jeg ene-socialrådgiver. Jeg deler kontor med teamets psykolog og skriver selv alle mine journaler, ansøgninger, social informationer, pjecer og lign.

Jeg tilrettelægger selv mit arbejde – og har derved selv ansvaret for arbejdsmetode og opgaveprioritering. Mit arbejde foregår i Det Palliative Team, på Hospice eller ved hjemmebesøg. Ind imellem deltager jeg i koordinerende møder i eller udenfor huset. Jeg har ansvaret for, at sikre, en socialfaglig vinkel på den helhedsorienterede indsats, der tilbydes patienten og dennes familie.

Patient/pårørende

Jeg har i år 2003 givet 223 ydelser til patienter og pårørende – heraf 156 ydelser i Det Palliative team og 67 ydelser på hospice. Det skal bemærkes at en patientydelse kun registreres 1 gang pr. måned uanset antallet af kontakter i løbet af måneden.

Jeg har 24 gange ydet konsulentbistand til interne og eksterne samarbejdspartnere. Jeg været ude og givet undervisning 8 gange. Har udfærdiget diverse informationsmateriale og andet i alt 5 gange i løbet af 2003.

Patient og pårørende kontakt vedrører:

- rådgivning og vejledning om sociallovgivningen – rettigheder, pligter og muligheder

- rådgive om, hvor man henvender sig, hvordan og hvad man kan forvente
- vurdere og rådgive om samspillet mellem private rettigheder og den sociale lovgivning og hvilke konsekvenser samspillet får
- hjælpe patient og pårørende med at få overblik, så de kan træffe egne valg
- formidle ansøgninger og behov til patientens hjemkommune
- civilretslige spørgsmål
- følelsesmæssige bekymringsspørgsmål
- psyko-social støtte

De palliative patienter er gennemsnitlig i vores team i 3 måneder. Der er kun kort tid til at få orden på tingene. Det er tit en tid, hvor patienterne også er meget belastet af smerter og den fremadskridende sygdom. De kan have svært ved at overskue, hvad der skal ordnes og hvilke beslutninger, som skal træffes.

Patienterne og de pårørende er fortvivlede og ofte i sorg og krise, hvorfor det kan være svært, at holde sammen på og huske alle de informationer der gives. Jeg forsøger derfor altid, at have god tid til den første samtale. Jeg tilbyder alle, at udfærdige et skriftligt resume af samtalen og det jeg senere finder ud af for dem.

Jeg udfærdiger mange skriftlige ansøgninger for patienterne. Kommunernes sagsbehandlere har brug for beskrivelse, begrundelse, argumenter og dokumentation for at kunne udføre en hurtig sagsbehandling.

Den psykosociale støtte – at være med patienterne, at give dem tid til at fortælle om deres fortvivlelse, hvad de har været igennem og lige nu går igennem, hvad der bekymrer dem, hvad de er angst og bange for, samt informere om og give indblik i, hvilke forskellige følelsesmæssige reaktioner patienten og de pårørende kan få, er også meget vigtigt.

Konsulentydelser

Jeg har givet 24 konsulentydelser i år 2003. Konsulentydelserne er givet til øvrige faggrupper internt og til eksterne samarbejdspartnere. Mange konsulentydelser registreres ikke, da de tit gives i forbindelse med et møde, en konference eller en mere uformel samtale.

Øvrige ydelser

Der er registreret 13 øvrige ydelser i år 2003. Jeg har udarbejdet informationsskrivelser om socialfaglige og civilretslige emner. Jeg har i år 2003 været ude og undervise 8 gange. Jeg har bl.a. undervist på det årlige 5 dages kursus, som det palliative Team tilbydes samarbejdspartnere i Nordjylland. Jeg har undervist på sygeplejeskernes palliative efteruddannelse. Endelig har jeg haft undervisningsseancer i teamet og på hospice.

Jeg har udfærdiget et 35 sider stort kompendium om social palliation til brug for kursister. Og udfærdiget socialinformation til brug i teamet og på hospice m.m..

Fast deltagelse

Jeg deltager fast i:

- 2 ugentlige konferencer i Det Palliative team
- 1 ugentlig konference på Kamillianergårdens hospice
- 3 ugentlige morgenmøder i teamet
- 1 månedlig konference med palliationssygeplejeskerne fra de nordjyske sygehuse
- 1 månedlig personale møde
- supervision 1 gang månedlig i teamet
- 1 månedlige fællesmøde for socialrådgivere ansat på Aalborg sygehus
- 1 månedlig temamøde for socialrådgivere
- 1 månedlig supervision og faglig respons i en mindre gruppe af sygehussocialrådgivere

- fælles temadage, kurser og lignende for teamet og hospice
- 1 årligt møde for socialrådgiver ansat på hæmatologisk og onkologisk afdeling på landets sygehuse
- 1 årligt møde for socialrådgivere ansat i Palliative teams
- klinisk interessegruppe med overskriften: Døendes afsked med livet og selve livsafslutningen

I år 2003 har jeg ligeledes deltaget i 1 temadage for teamets medlemmer samt ½ temadag for teamets og hospice personale.

Særlige tiltag

I år 2003 fik jeg færdiggjort mit kompendium indenfor social palliation. Jeg har afholdt møde med den samlede fagbevægelse i Aalborg. Der er lavet aftale om, at vi fremover afholder 1 årligt samarbejdsmøde. Endelig har jeg fået etableret kontakt til Aalborg kommunes ældre og handicapforvaltning for sammen at udfærdige strategier for, hvorledes de bedst kan hjælpe og støtte de ansatte, som bliver ramt af alvorlig uhelbredelig sygdom.

Fremtid

I år 2004 udbyder teamet og hospice igen kursus i palliation til personale på sygehusene, i kommunerne og til privatpraktiserende læger. Jeg skal på dette kursus undervise i social palliation.

Mit kompendium skal i år 2004 udbygges til en håndbog i social palliation som muligvis kan lægges ud på nettet. Dette skal evt. foregå sammen med kollegaer fra andre sygehuse i landet. Har møde omkring det i marts 04.

Evt. øget samarbejde med løn og personalekontorer samt tillidsfolk på de større arbejdspladser i

Nordjylland vedr. støtteforanstaltninger til alvorligt og uhelbredeligt syge ansatte.

Kontakten til socialrådgivere ansat indenfor palliation i Sverige kan udbygges.

Yderligere tiltag kan vise sig nødvendige, som året skrider frem. Herom mere i næste års årsrapport.

Birgitte Dalgaard Jensen

Præstens funktion i Det Palliative Team

Alvorlig sygdom og død rejser altid eksistentielle og åndelige spørgsmål: Hvad er meningen med livet? Hvordan kan jeg leve med lidelse og død? Hvis der er en gud, hvordan kan så lade det ske? Hvorfor netop mig?

I situationer, hvor vi presses ud på kanten af livet, trænger disse spørgsmål sig særligt på, og vi leder efter en livstolkning, som giver mening midt i alt det svære. At føle sig mødt i sin søgen efter svar er ikke en biting for det lidende menneske men noget meget centralt og betydningsfuldt, som hvis det overses eller overhøres opleves som omsorgssvigt. Næst efter fysisk smerte er mangelfuld kommunikation og ensomhed det, der giver mennesker med langt fremskreden kræft mest smerte!
Det er det vigtigste argument for, at der skal være en præst i Det palliative Team. Ikke fordi det alene er præsten, der skal skabe rum og plads for samtalen og refleksionen med patienter og pårørende omkring disse spørgsmål; det kan man nemlig ikke reservere til en enkelt faggruppe, men fordi præstens opgave direkte (som sjælesørger) eller indirekte (som konsulent/supervisor) er at være med til at sikre, at denne vigtige dimension ikke glemmes eller tilsidesættes. I denne sammenhæng handler det naturligvis ikke om at have svar på de store spørgsmål, men om at give rum og plads til dem og til de tanker og følelser, der naturligt følger med, når man rammes af alvorlig sygdom og død.

I praksis har jeg ikke direkte kontakt med så mange af de patienter og pårørende, der er knyttet til Det palliative Team. De er for de flestes vedkommende i eget hjem, hvorfor det også er naturligt at knytte til ved den lokale præst. Men i særlige tilfælde bliver jeg inddraget, og der har over årene været en stigende

tendens til, at jeg har samtaler med pårørende enten i hjemmet eller ambulant i teamet. Det er byrdefuldt at være pårørende til en alvorlig syg patient. Det er svært at få plads til sig selv, og man føler ofte, at man er ved at blive revet i stykker af modsatrettede følelser. Især arbejdet med børn og unge, der er på vej til eller har mistet forældre eller andre nære pårørende har fyldt meget i det forløbne år. Denne gruppe har brug for en særlig omsorg og indsats, så forældretabet ikke forårsager alvorlige skadevirkninger på såvel kort som langt sigt.

Foruden det direkte patient- og pårørendearbejde har jeg i det forløbne år undervist et bredt spektrum af de professionelle, der såvel i den primære som sekundære sektor har med palliative patienter at gøre. Det være sig læger, præster, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og hjælpere.

Ole Raakjær

Afslutning

Vores adresse er:
Aalborg Sygehus
Det Palliative Team
KamillianerGaarden
Kastetvej 3
9000 Aalborg

Telefon/fax/mail
Tlf.: 96 31 11 30
Fax: 96 31 11 49
E-mail: detpalliativeteam@aas.nja.dk