Indholdsfortegnelse

	Side:
Forord:	2
Nøgletal:	3
Kontakt mellem patient og Det Palliative Team	8
Lægens funktion:	10
Sygeplejerskens funktion:	13
Fysioterapeutens funktion:	16
Præstens funktion:	19
Psykologens funktion:	21
Sekretærens funktion:	23
Socialrådgiverens funktion:	25
Visioner:	28
Afslutning:	30

Forord

Med nærværende redegørelse fastholdes sidste års intention om årligt at udfærdige årsrapporten. Herigennem er der mulighed for at synliggøre aktivitetsudvidelser og ændringer, eksempelvis i henvisningsmønstre.
I lighed med tidligere år har vi bedt hver fagperson/-gruppe redegøre for deres arbejdsfelt.

Helt centralt for teamets funktion har det dog været, at der til stadighed er stor opmærksomhed på at fastholde tværfagligheden og danne bolværk mod flerfagligheden.

Rapporten er behæftet med en lille svaghed. Talmæssigt kan aktivitetsudvidelsen klart dokumenteres, men vi har ikke noget validt redskab til at afsløre, at tyngden i sagerne og problemstillingernes kompleksitet er øget betragteligt. At det forholder sig således håber vi er et udtryk for, at vores samarbejdspartnere er blevet væsentlig bedre til at håndtere de mere "almindelige" tilfælde.

Jeg vil gerne benytte lejligheden til at viderebringe en stor tak til teamets medarbejdere for et stort og engageret arbejde.

Niels Brunsgaard,
specialeansvarl. overlæge

Nøgletal

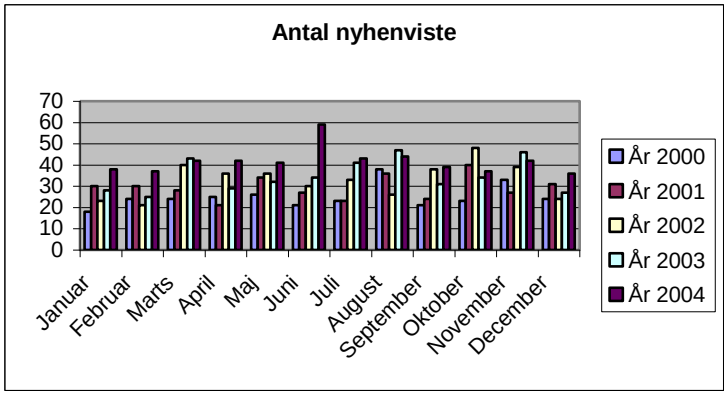
I det følgende præsenteres afdelingens nøgletal fremlagt i grafisk og skematisk form med dertil hørende enkelte kommentarer.

Henvisningskriterierne er stort set uændrede, hvilket betyder at:

1. Patienterne skal være færdigudredte.
2. Alle kurative behandlingsmuligheder er udtømte.
3. Patienter er informeret om og indforstået med henvisning til Det Palliative Team.
4. Sygdommen er progredierende og der er forventet kort restlevetid.

Udvikling i henvisningsbilledet

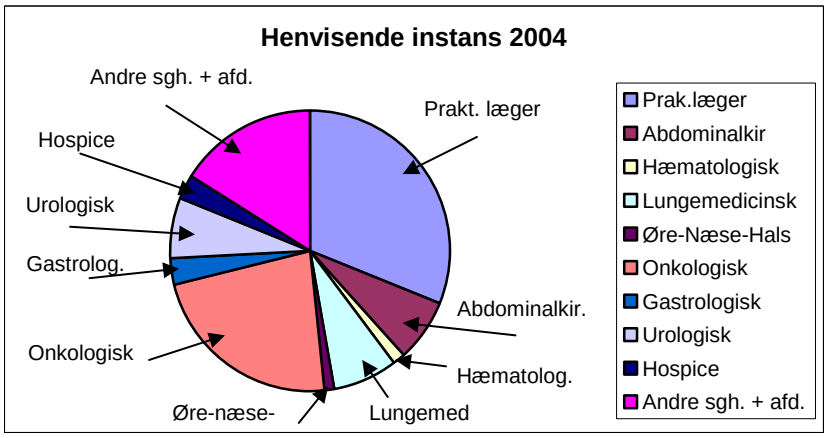
År	2000	2001	2002	2003	2004
I alt	300	351	394	417	500



Skemaet viser en markant stigning i antallet af nyhenviste patienter.
500 patienter er henvist, der er spredning fra 36 (december) til 59 (juni). Fraset juni måned er fordelingen nogenlunde jævn hen over året. At tallet ligger markant højere i juni kan bero på

tilfældigheder, men kan måske også være et resultat af tilstundende ferie.
Når henvisningen er modtaget, foretages en prioritering, og derefter etableres kontakt til patienten eller henvisende sygehusafdeling mhp. at aftale etablerende kontaktbesøg.
Det første besøg afvikles i løbet af få dage. Etableringssamtalen afvikles oftest med læge og sygeplejerske i fællesskab. Sygehistorien og problemstillingerne præsenteres efterfølgende for det tværfaglige team, hvorefter en målrettet indsats kan planlægges og gennemføres.
I relativt få tilfælde når vi ikke at afvikle den første kontakt før patienten er afgået ved døden.

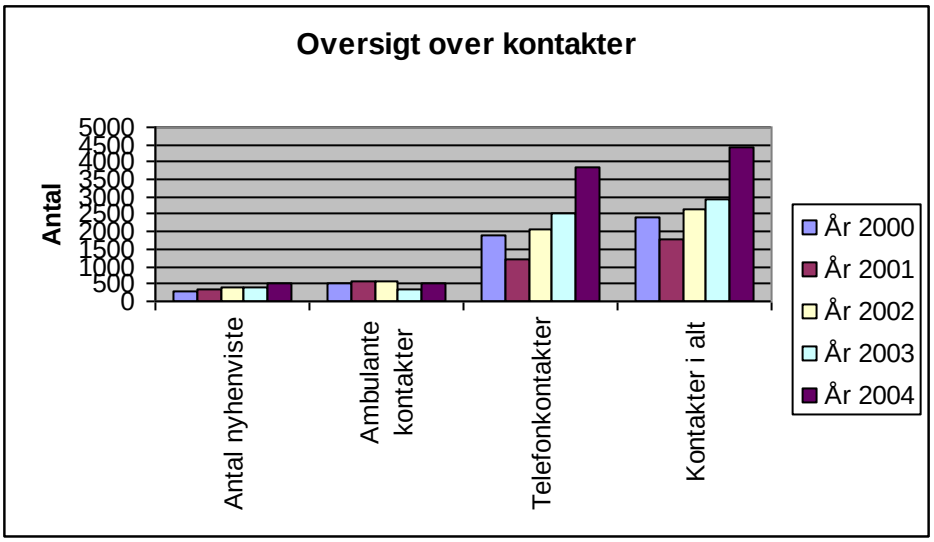
Hvem henviser



Henvisninger fra de praktiserende læger er talmæssigt steget lidt (fra 145 til 156), men procentuelt er de faldet.
De største stigninger i henvisninger ses fra lungemedicinsk afdeling (fra 25 til 37), onkologisk afdeling (fra 89 til 115) og "andre" (fra 56 til 81).
Stigningen i antal henviste patienter fra onkologisk afd. kan hænge sammen med omstrukturering i denne afdeling med etablering af 5 døgns afsnit, men givetvis også afspejle en større patienttilgang pga. flere behandlingstilbud til cancerpatienterne.

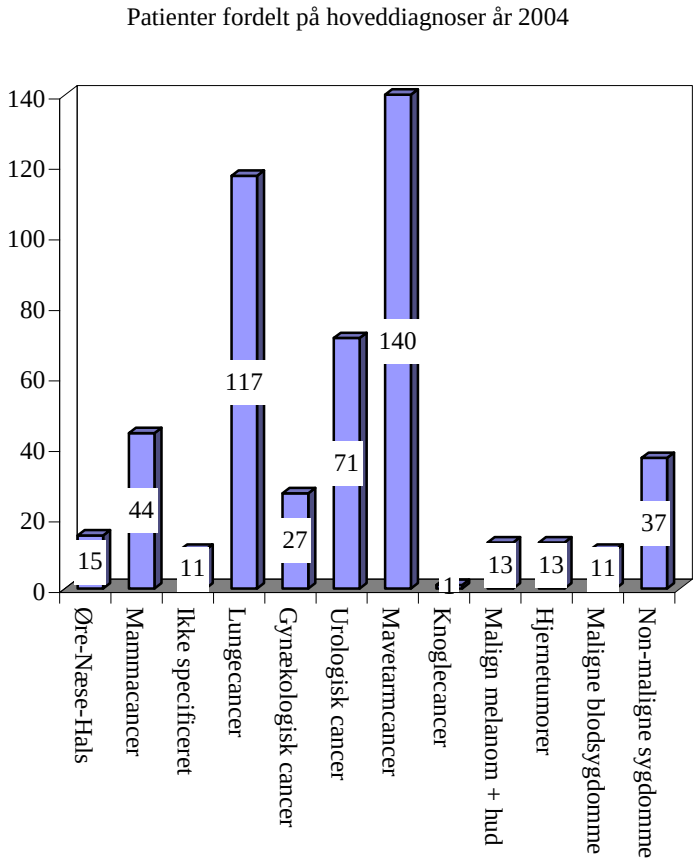
Det er overmåde sandsynligt, at udskrivelse fra afdelingerne lettes for alle parter (afdelingen, patienten og pårørende) gennem en henvisning til Det Palliative Team.

Patientkontakter



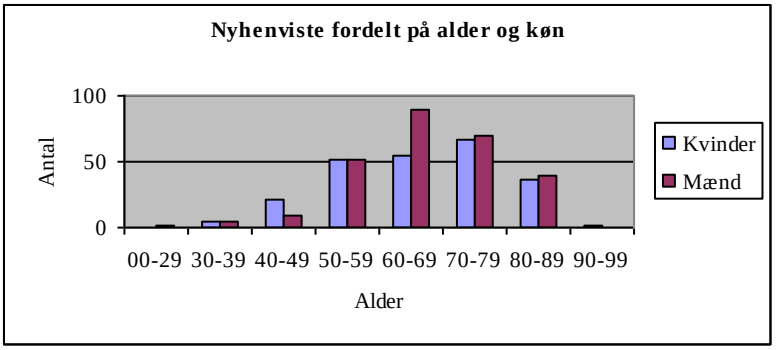
Også i 2004 er ovenstående tal kun gældende for læger og sygeplejersker, idet socialrådgiverens, fysioterapeutens og præstens kontakter er registreret andre steder.
Både telefonkontakter og ambulante kontakter er steget betydeligt. Af de 535 ambulante kontakter er de 416 supplerende tilsyn i hjemmet, resten er ambulante tilsyn i Centret for Lindrende Behandling.
Den betydelige stigning i kontakter skyldes ikke blot stigning i antal af nyhenviste og er ej heller udtryk for at vi har kontakt til patienterne over en længere tidsperiode, men kan alene tilskrives øgning i problemernes antal og kompleksitet.

Diagnoser



Sammenlignet med 2003 ser diagrammet lidt anderledes ud. Det skyldes at gruppen non-maligne sygdomme var for stor i 2003 (61), i år er registreringen mere nøjagtig, men tendensen er helt den samme med de store grupper inden for c. mammae, c. pulm., c. coli/recti/pancreatis.
Gruppen af non-maligne sygdomme afspejler patienter med neurologiske lidelser, terminal lungeinsufficiens og terminal nyreinsufficiens.

Alder og køn



Fordelingen mellem mænd og kvinder har ikke ændret sig (236 kvinder og 264 mænd). Aldersfordelingen har ændret sig således at flere i aldersgruppen 50-59 år er henvist. En stigning fra 75 til 102. Det betyder et større kontingent af patienter, der utidigt har måttet afbryde kontaktet til erhvervslivet, og deraf afledte sociale problemer.

Det Palliative Team har i 2004 som tidligere tilbudt en palliativ indsats gennem undervisning, konsulentfunktion og direkte patientkontakt. Behovet for den palliative indsats synes stigende på trods af, at indsatsen i primærsektor er blevet væsentligt bedre. I en tid hvor et højteknologisk sundhedsvæsen "buldrer" af sted, og hvor flere afdelinger får status af specialafdeling, er det vigtigt at fastholde fokus på den totale omsorg for den terminalt syge og døende patient og dennes pårørende.
Der forestår et stort arbejde med at videreudvikle, implementere og kvalitetssikre den palliative indsats.

Niels Brunsgaard,
specialeansvarlig overlæge

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.

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 samarbejds-aftaler. 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.

Planlægning til sidst

Når afslutningen på livet nærmer sig, er der oftest en tættere kontakt både til familien og de professionelle der er inde i billedet.
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.

Lægen i Det Palliative Team

Det palliative team er normeret med 3 fuldtids lægestillinger, men hidtil har vi desværre kun været 2. Den ene overlæge er specialeansvarlig og har derfor, foruden det almindelige lægearbejde, en del administrative opgaver.

Arbejdet i hverdagen

Lægearbejdet i teamet er spændende og udfordrende. Alle vores patienter har gennemgået en udredning og fået en diagnose inden de kommer til os, men da sundhed og sygdom ikke er stationære faktorer, har vi stadig traditionelt lægearbejde med klinisk vurdering og undersøgelse og igangsættelse af behandlinger. Vi skriver eller indtelefonerer recepter, skriver lægehenvisninger og lægeattester. Desuden udfører vi lægetilsyn på de patienter der er indlagt på hospice.

Ud over dette traditionelle lægearbejde deltager vi sammen med en af teamets sygeplejersker i det første besøg hos patienterne, det være sig på sygehuset eller allerhelst i patientens hjem. Her forsøger vi at danne os et overblik over patientens sygehistorie, og de symptomer patienten har netop nu. For at finde baggrunden for symptomerne, der ofte kan have flere forskellige årsager, interesserer vi os for hele familien og dens fysiske, psykiske og sociale situation. Ud fra summen af alle disse oplysninger, igangsætter vi en behandling. Senere i forløbet justerer vi behandlingen i samråd med patienten, hjemmesygeplejersken, teamsygeplejersken og til en vis grad den praktiserende læge. Denne justering foregår oftest telefonisk, men hvis der skønnes at være behov for det aflægger vi yderligere besøg i hjemmet.

Vi deltager i tværfaglige konferencer både på hospice og i teamet.

Undervisning

En meget vigtig del af vores arbejde er undervisning. Vi underviser fast alle de medicinstuderende der får en del af deres uddannelse på onkologisk afdeling. Derudover har vi undervist på A-kursus i onkologisk gynækologi, på vores eget kursus i palliativ behandling, i 12-mandsforeninger, på aftenmøder arrangeret for læger og sygeplejersker, og på temakurser om palliation for sygeplejersker.

Konsulentfunktionen

I årets løb har vi haft den glæde at konstatere at flere og flere læger, især praktiserende læger er begyndt at benytte os som konsulenter. Da vi skal dække specialfunktionen for hele Nordjyllands Amt, er det alene pga. geografien nødvendigt at arbejde på at en større del af vores arbejdstid bruges til telefonisk konsulentvirksomhed. Det tager tid at få indarbejdet i bevidstheden hos lægerne, at muligheden for at hente telefonisk råd og vejledning hos os er til stede, men vi er på rette vej og vi vil i 2005 arbejde på at få udvidet denne del af vores arbejde.

Forskning

Forskning og udvikling af palliativ medicin er endnu et område af vores arbejde. Patientpresset er dog så stort at det har måttet nedprioriteres. Sammen med en teamsygeplejerske og 3 sygeplejersker på hospice har vi startet et lille projekt, hvor vi vil studere akupunkturs effekt mod kvalme hos terminale patienter. I løbet af 2005 forventer vi at få inkluderet de første patienter.

Fremtiden

Vores håb for 2005 er at den 3. lægestilling bliver besat så vi får mulighed for at opprioritere forskning og udvikling. Derudover vil vi fortsætte arbejdet med, via undervisning, at få indarbejdet en palliativ tankegang hos det sundhedspersonale

der arbejder med gruppen af palliative patienter, hvad enten det drejer sig om cancerpatienter eller andre patientgrupper med uhelbredeligt livstruende sygdomme.

Mona Kelm-Hansen,
Niels Brunsgaard

Sygeplejerskerne i Det Palliative Team

Arbejdet i hverdagen

Arbejdet som sygeplejefaglig specialist adskiller sig væsentlig fra det arbejde en sygeplejerske normalt udfører. Som palliationssygeplejerske er grundstenen den palliative omsorg, hvilket vil sige den omsorg der dækker de behov, problem-stillinger og byrder, man har som patient med en livstruende sygdom. Udgangspunktet er patientens og de pårørendes livskvalitet, hvorfor samtaler er en stor del af arbejdet. Problemstillingerne der arbejdes med kan være alt fra smerter, angst og bekymringer til spørgsmål af mere eksistentiel karakter.

Visitationssamtalen

Patienterne visiteres af en læge og en palliationssygeplejerske, og opgaven bliver i samarbejde at identificere emner for palliativ indsats. Den palliative omsorg iværksættes og koordineres sammen med læge og hjemmesygeplejen.

Konsulentfunktion

Som palliationssygeplejerske udfører du ikke sygeplejen fysisk, men arbejder med samtalen og konsulentrollen i udførelsen af sygeplejen. At få talt om fremtiden og evt. få planlagt et hospiceophold kan være en vigtig ting. Omsorgen dækker som sagt også de pårørende både under sygdomsforløbet og efter dødsfald.

I teamet er ansat 3 palliationssygeplejersker og 1 ledende sygeplejerske.

Sygeplejerskerne deltog i år 2004 i 416 etable-ringsbesøg enten i hjemmet, på en sengeafdeling eller på plejehjem, og de havde i løbet af året flere tusinde telefonkontakter til patient eller hjemmesygeplejersken.

Desuden er der en del ikke registrerede opkald.

Opfølgningssamtale

Bl.a tilbydes pårørende 2 opfølgningssamtaler efter dødsfald, et tilbud de fleste pårørende tager imod. Der er også mulighed for hjemme-sygeplejerske eller praktiserende læger at ringe om "ekspertråd".

Forskning/undervisning

Udover forløb knyttet til den enkelte patient arbejder palliationssygeplejerskerne med udvikling, forskning og undervisning knyttet til feltet.
Den interne struktur i Det Palliative Team er tværfaglighed, idet problemstillingernes karakter ikke kan dækkes af én faggruppe. Perspektivet i arbejdet med døende patienter udvides via den tværfaglige tilgang, og de enkelte faggruppers samarbejde bevirker en synergieffekt.

Undervisning/kursus

Til teamets funktion hører også opgaven at udbrede kendskabet til palliation. Af tiltag sygeplejerskerne har deltaget i kan nævnes:

- Tilrettelæggelse af og undervisning på teamets årlige palliationskursus, et kursus af 5 dages varighed
- For 5. år i træk arrangeret Temadag sammen med eksterne palliationssygeplejersker. Temaet var "Relationer". 80 sygeplejersker deltog i dagen på hotel Scandic.
- Deltaget i Nordisk kongres
- Udarbejdet funktionsbeskrivelse til nøglepersonsuddannelsen
- Deltaget i udarbejdelse af pjece til faglige samarbejdspartnere
- Møde med hjemmesygeplejersker fra alle områder af kommunen omkring formalisering af samarbejdet
- En sygeplejerske har afsluttet forskningsprojekt omkring alternativ behandling og livskvalitet
- Arrangeret og forestået undervisning af hjemmesygeplejersker, sygeplejersker ansat i sekundær sektor, social – og sundhedsassistenter.

Internt medvirket til:

- Planlægning af og deltaget i temadage

- Deltaget i supervision
- Fået implementeret VIPS som sygeplejedokumentation
- Vejledning til sygeplejerske i en etårig udvekslingsstilling fra Hospice
- Modtaget besøg fra andre palliative teams, spl med interesse for palliation, sygeplejestuderende.
- Deltaget i kvartalsmøder med eksterne palliationssygeplejersker

År 2005

Fremtiden byder også på store opgaver:

- I 2005 starter uddannelsen af nøglepersoner i Aalborg kommune. I første omgang uddannes 5 hjemmesygeplejersker. Alle skal følge en sygeplejerske i teamet 1 mdr.
  Der skal tilrettelægges netværk til nøglepersonen og planlægges videre opfølgning
- Fra sygeplejerske side lægges mange resurser i at få etableret en hjemmeside for dels borgere, fagfolk og personale.
- Vores pjece til faglige samarbejdspartnere er færdig. Planen er i første omgang at følge op på pjecen i sekundærsektoren i form at et besøg på relevante afdelinger på Aalborg Sygehus
- En sygeplejerske starter på Master uddannelse i januar
- Der er planer om at en sygeplejerske deltager i palliationsdannelsen med rehabilitering
- En fremtidig opgave er at få forenklet og færdiggjort procedurebeskrivelser til hjemmesygeplejerskerne.

Inger Buus,
Lars Møller,
Annette Petersen,
Gitte Fischer

Fysioterapeut i Det Palliative Team

Hvad giver behandlingen

Jeg har i dette år ved flere lejligheder fortalt om, hvordan jeg arbejder i min funktion som fysioterapeut. Det er blevet vigtigt for mig at få fortalt, hvad jeg oplever patienterne får ud af min behandling, *ud over det* jeg tror, folk allerede ved om fysioterapi. For eksempel:

- At lungefysioterapi også handler om at få kontrol over vejrtrækningen og dermed styr over angsten.
- At øvelsesprogrammer også handler om at give følelsen af at noget dog stadig er normalt, og at man uanset sygdom og funktionsniveau altid vil få en god følelse af at bruge, mærke og opleve kroppen.
- At ødembehandling også handler om en behagelig og blid berøring, om omsorg og afspænding eller om at give den pårørende noget godt at gøre for den syge.
- At god forflytningsteknik eller et glidestykke i sengen også handler om at give den syge den gode oplevelse af at kunne noget selv.
- At et ganghjælpemiddel, som gør at en patient selv kan gå til toilettet også handler om at bevare værdigheden.

Jeg hører for eksempel patienterne sige:

- "Det er som om, jeg kan mærke mine ben meget mere".
- "Det er dagens højdepunkt, når jeg giver min mand lymfedrænage – vi låser døren, og så handler det kun om det.",
- "Jeg er jo vant til at lave morgengymnastik, så det er godt at vide, at jeg kan fortsætte uden at gøre noget galt."

Tværfagligheden

Det tværfaglige samarbejde er vel noget af det der kendetegner Center for Lindrende Behandling.

Tværfagligt samarbejde kan ikke blot foregå på kontoret eller rundt om bordet i et konferencelokale. Vi vil i diskussionen være afhængig og begrænset af den oplevelse, tolkning og fremlæggelse, de der har set patienterne nødvendigvis laver, ligesom vi er begrænset af vores indbyrdes viden om hinandens faglige og personlige kompetencer. Så jeg tænker, at tværfaglig *samarbejde* kan højnes når der rent faktisk arbejdes sammen. Der hvor jeg har oplevet det tværfaglige samarbejde på denne måde, er når vi som repræsentanter for forskellige faggrupper står rundt om sengen eller vi tager ud på hjemmebesøg. Vi kan så samtidig lære af hinanden og give patienten det bedste fra begge fagområder, - i stedet for blot at give opgaver til hinanden. Jeg har i år været involveret i patientforløb, hvor vi ikke rigtig har følt os sikre på, hvad der skulle til, og vi har så besluttet, at jeg med en mere fysisk/kropslig tilgang skulle tage med ud og se patienten og situationen. Jeg synes, vi på den måde har kunnet tilgodese patienten og de pårørende, fordi vi er to der tager på hjemmebesøg sammen, men også fordi vi er flere forskellige personer og repræsentanter for forskellige fag, som efterfølgende kan diskutere sagen og sammen spore os ind på problemerne og dermed behovet.

Undervisning/kursus

Jeg har i 2004 været involveret i:

- "Ødembehandling" på "Kursus i den palliative indsats i Nordjyllands Amt."
- "Palliativ fysioterapi" for fysioterapeuter på Sygehus Nord
- "Palliativ fysioterapi" for sygeplejersker, læger og præster i Løkken/Vrå kommune
- "Hjælpemidler" 4 x workshops for hospice-personale
- "Forflytning" 3 x workshops for hospice-personale

Disse workshops kom på plads på grund af forskellige ønsker/spørgsmål/behov fra personalets side. Planen var, at de skulle følges op af endnu en række workshop om "massage/berøring" som tema.

- Projektarbejde: "Lymfødembehandling til brystopererede kvinder."
- Deltaget i udarbejdelse af folderen "Det Palliative Team – til samarbejdspartnere"
- Deltaget i planlægning af temadag for DPT
- Deltagelse i 2 halve temadage for DPT
- Deltagelse i supervisionsforløb med Tove Imer og Lisbet Hede.
- Deltaget i interview af 3 forskellige grupper fys- og ergostuderende til deres bachelor opgave.
- Deltaget i planlægningen af kurset: "Den palliative indsats i Nordjyllands Amt 2005".

Modtaget undervisning i:

- Brugen af powerpoint

År 2005

I år 2005 vil jeg være involveret i:

- Projektarbejdet.
- At være kontaktperson for en afspændingspædagogstuderende, som i uge 15 - 22 skal have et praktikforløb i Det Palliative Team. Afspændingspædagogens arbejds-område ligger tæt op ad dele af fysioterapeutens område i dette felt. Jeg ser meget frem til denne nye inspiration.

Samt deltage i følgende kurser:

- "Undervisning i gruppesammenhænge" kursus er arrangeret af fysioterapien syd.
- "Rosenmetoden" Er en lindrende/forløsende massageform, hvor teorien går på, at kroppen husker, og at man via denne type massage kan blive klar over, hvad det er vi bærer på eller oplagrer.

Ulla Kjærgaard

Præsten i Det Palliative Team

Tidens religiøsitet

Hvor mange forestillede sig for 30 år siden, at det kun var et spørgsmål om tid før religion og religiøsitet ville være en saga blot, så taler man i dag om "religionens genkomst". Religiøsitet, spiritualitet, new age m.m., spiller en ikke uvigtig rolle for det moderne menneske. Og den blufærdighed eller måske snarere berøringsangst, der tidligere har præget de ansatte i sundhedsvæsenets måde at forholde sig til eksistentielle og åndelige spørgsmål, er nu afløst af en voksende interesse og nysgerrighed og en erkendelse af, at disse aspekter må med, hvis patienter og pårørende skal føle sig set og hørt. I mange henseender er det altså blevet lettere at være præst. Det er ikke religionskritikken, der er på tapetet i disse år. At være religiøs anses ikke længere for at være barnligt eller naivt. Præsten behøver ikke at være religionens forsvarer. Han er snarere et bud på en kompetent samtalepartner, en vejviser i det religiøse "supermarked", hvor det af og til kan være svært at skelne mellem skæg og snot, mellem religiøsitet og plattenslageri. På afstand ser billedet vældig broget ud. Reinkarnationstanker blandes ukritisk med traditionel kristendom tilsat et stænk "åndernes magt" og et drys stjernetegn. Men kommer man tættere på, er vi måske egentlig mere konservative end som så.

Religion bag forhænget

Da Det palliative Team forleden afholdt kursus for 35 sygeplejersker og læger foregik det i Psykiatrisk sygehus gamle kirkesal. At det var en kirkesal, var nu ikke lige til at se. På den ene endevæg var der et stort gråt gardin, og noget der lignede en sceneforkant stak ud under det. Ved nærmere eftersyn viste det sig, at det faktisk var et alterbord og at der bag det grå gardin skjulte sig et stort trækors. Man har vel meget fornuftigt

tænkt, at rummet også skulle kunne bruges til andet end at holde gudstjeneste og derfor udstyret det med omtalte gardin. På en måde er dette "arrangement" et godt billede på danskernes religiøsitet. Til daglig, når alt går, som det skal; når livet former sig, som vi gerne vil have det, så spiller det religiøse ikke nogen særlig rolle. Så kan vi "lege" med det. Så kan vi ta´ lidt i øst og lidt i vest.

På kanten af livet

Men skubbes vi ud på kanten livet, og forestillingen om, at det er os, der har magten og kontrollen afsløres som en illusion, så bliver det "grå" forhæng revet til side, og korset kommer til syne. Så viser det sig på godt og ondt, hvor meget vores eksistentielle og åndelige spørgsmål er præget af kristen tankegods.

Har lidelsen mening?

På afstand, som en abstrakt tanke, kan det måske give mening at se lidelsen som noget, der skal opdrage en, gøre en klogere, forberede en til det næste liv eller måske endda straffe en for en bestemt måde at leve på. Men når man selv eller ens nærmeste bliver syge og måske skal dø, så er det ikke let at få den måde at tænke på til at give trøst og mening. Så anfægtes man og råber sin vrede og fortvivlelse mod Himlen, for hvor skulle man ellers råbe hen? Og man spørger: Hvorfor skulle det ramme mig? Det er ikke retfærdigt!

Hvor er Gud?

Hvordan kan der være nogen Gud til, når han lader sådan nogle ting ske? Hvad er meningen med lidelsen, ja med livet overhovedet? Hvordan kan jeg leve et liv på de betingelser? Osv. Osv. Og netop med disse spørgsmål er man pludselig igen midt i centrale teologiske problemstillinger, der har optaget kristne tænkere gennem alle tider. Præsten er i denne sammenhæng hverken den, der har en bestemt dagsorden, eller som sidder inde med svarere på alle spørgsmålene, men han kan måske bruges som en kompetent samtalepartner.

Ole Raakjær

Psykologen i Det Palliative Team

Psykologstillingen er normeret med 28 timer ugentlig.

fra 01.01.05 er psykologstillingen besat af cand. psych. aut. Britta Munkholm

Psykologens arbejde omfatter følgende:

Patientsamtaler

Psykologen tilbyder samtaler til patienter som er tilknyttet Det Palliative Team. Samtalen/samtalerne aftales på forhånd og foregår på KamillianerGården, på sygehuset eller i hjemmet.
Psykologen tilbyder samtaler til patienter indlagt på Hospice. Samtalen/samtalerne aftales på forhånd)

Pårørendesamtaler

Psykologen tilbyder samtaler til pårørende til patienter som er tilknyttet Det Palliative Team. Samtalen/samtalerne aftales på forhånd og de foregår på KamillianerGården, på sygehuset eller i hjemmet, afhængig af givne omstændigheder.
Psykologen tilbyder samtaler til pårørende til patienter indlagt på Hospice. Samtalen/samtalerne aftales på forhånd.
Der kan yderligere arrangeres gruppesamtaler/ sorggruppeforløb.
Der tilbydes også samtaler til efterladte.

Visitation

Efter behov deltager psykologen sammen med læge og sygeplejerske fra Det Palliative Team i visitationsbesøg (1. gangs besøg) hos patienter i eget hjem, på plejehjem eller på sygehus.

Supervision

Psykologen tilbyder supervisionsforløb til plejepersonale på Hospice.

Frivillige på Hospice

Psykologen tilbyder individuel samtale med den frivillige når behovet forinden er vurderet sammen med De Frivilliges koordinator: præst Inge Thomsen
Psykologen afholder Temadag forår og efterår.

Undervisning

Psykologen deltager løbende som underviser i den undervisning som Det Palliative Team med jævne mellemrum udbyder.

Forskning

Psykologen deltager løbende i aktuelle forskningsopgaver.

Efteruddannelse

Psykologen deltager løbende i relevant efteruddannelse og egen supervision.

Britta Munkholm

Sekretærerne i Det Palliative Team

Normering

Der er normeret 1½ sekretærstilling.

Arbejdet i hverdagen

Sekretærerne varetager samtlige funktioner der vedrører det løbende arbejde med at oprette alle patienthenvisninger, lave 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.
Sekretærerne er også en central person i sortering af telefonsamtaler fra patienter, familie og samarbejdspartnere i den primære/sekundære sundhedssektor til de rette teammedlemmer.
Sekretærerne er også behjælpelige med at redigere/renskrive forskelligt materiale omkring diverse retningslinjer vedr. f.eks. medicin samt måder at give det på samt undervisningsmateriale.
Sekretærerne bestiller ligeledes depotvarer, fører arbejdstidsskemaer til online lønkørsel. Sekretærerne er også kontaktpersoner til sygehusets IT-afdeling samt sørger for at oprette nye teammedlemmer i registreringssystemerne.

Registreringsarbejde

Ligeledes er det sekretærerne der registrerer i patientregistreringssystemet (AS400) vedrørende hjemmebesøg, tilsyn, telefonsamtaler m.m.
Der er i år 2004 indført registrering omkring forskellige spørgsmål vedr. de patienter, der er afgået ved døden.
Dette er efterhånden blevet en stor arbejdsbyrde.

Denne registrering danner baggrund for det statistiske materiale, som bl.a. fremgår af denne årsrapport.

Deltager også i

I arbejdsgruppen vedr. årsrapport deltager også en sekretær, som bærer en del af arbejdet vedr. koordinering af det skrevne materiale.

Ligeledes deltager sekretærerne i de faste morgenmøder, den faste teamsupervision, personalemøder i teamet samt i fælles sekretærmøder på onkologisk afdeling.

I år 2005 skal vi have vores hjemmeside i gang. Der er nedsat en arbejdsgruppe hertil, hvori en sekretær deltager.

Bodil Winther
Elsebeth Holm

Socialrådgiveren i Det Palliative Team

Eksakte tal

Som socialrådgiver i Det Palliative Team og på Kamillianer Gaardens Hospice har jeg i år 2004 haft kontakt med 125 patienter og/eller pårørende i Det Palliative Team og 82 patienter og/eller pårørende på hospice i årets løb. Jeg har således kontakt med ca. 1/4 af patienterne i teamet og ca. 1/3 af patienterne på hospice.
Endvidere har jeg i 2004 givet 28 ydelser i form af intern og ekstern rådgivning og vejledning. Jeg har undervist 5 gange og ydet anden mundtlig og skriftlig formidling mv. 14 gange i årets løb.

Arbejdet i hverdagen

Mange af de patienter og pårørende jeg snakker med har mange tanker og spekulationer om økonomi og andre sociale forhold – både nu og på længere sigt - når de pårørende bliver alene. De har ofte ikke kræfter og overskud til at få den orden og det overblik der skal til for at give dem ro i sindet.

Mange patienter er bekymrede for, hvordan deres nærmeste skal klare sig, når de ikke er her mere. Jeg har i år 2004 haft en del patienter med børn, som enten ikke var ordentlig på vej eller som af den ene eller den anden grund ikke kunne klare sig selv. Det var både mindreårige børn og voksne børn. For disse patienter har tankerne og bekymringerne for børnene tynget.

Børn

At være forælder og skulle forlade et mindreårigt barn er svært. At opdage i den allersidste tid, at man tillige ikke har en eneste i sit netværk, som kan hjælpe og støtte i en svær tid gør enhver ked af det. Når man så også skal finde et nyt hjem til sit barn, så er bekymringerne næsten ubærlige.

At være forælder og skulle dø fra halvvoksne børn, som altid på mange måder har haft svært ved at klare sig, er bestemt heller ikke uden

bekymringer. Børn som ikke er kommet i gang med uddannelse og som aldrig har haft et arbejde. Tankerne og bekymringerne er mange: hvem kan og skal fremover hjælpe og støtte disse børn? Ved patientens død er børnene hjemløse. De skal i gang med at etablere sig og klare sig. De har kun sig selv. Selv om man på papiret er voksen og stemmeberettiget, så har de fleste unge stadig brug for at have forældre at støtte sig til.
At give lindrende behandling til patienter, der er forældre til børn, som ikke er ordentlig på vej eller som på den ene eller anden måde ikke kan klare sig selv, vil for mig ofte handle om, at skabe netværk for disse børn – offentligt som privat. Netværk som kan hjælpe og støtte børnene.

Ægtefællen

Nogen patienter har haft mange bekymringer i forhold til hvordan ægtefællen økonomisk og praktisk skal klare sig. Det handler oftest om boligsituation og økonomi – herunder betaling af begravelse, gæld mv. Jeg har haft kontakt med patienter, hvis ægtefæller har været meget afhængige af dem. Ægtefæller som af helbredsmæssige grunde ikke har været fuldtidsbeskæftiget og som ikke vil kunne klare et fuldtidsjob. Enkelte af dem vil have svært ved at klare de daglige praktiske opgaver i hjemmet. Parret har klaret sig fint såvel økonomisk som på anden vis i og med de var to. Bekymringerne for bl.a. hvad ægtefællen skal leve af er mange. Ægtefællen har typisk ikke været inddraget i parrets økonomiske forhold. Jeg kan her hjælpe med råd og vejledning samt hjælpe med udfærdigelse af ansøgning til kommunen. Det kan være kommunen skal vurdere, om den efterladte ægtefælle af helbredsmæssige årsager er berettiget til fleksjob eller førtidspension. Kan ægtefællen ikke blive i boligen, så er nogle kommuner behjælpelige med at finde egnet bolig til den efterladte.

Nogen gange er der tilskud som patient og pårørende ikke har været opmærksom på. Andre gange undersøger vi muligheden for gældssanering og andet. Endelig har jeg også en række legater, som kan søges.

Pension

Mange spørgsmål har handlet om pensions- og forsikringsordninger. Alle ordninger gennemgås med patienten og/eller en nær pårørende – ofte en ægtefælle. Ind imellem må vi i hast søge engangssummer udbetalt. Det kan være summer helt op til kr. 300.000,-, som skal udbetales inden patienten dør.

Testamente

Der har også været samtaler om arv og testamente. Det er ikke noget vi drøfter meget i hverdagen. Når sygdommen rammer bliver det aktuelt. Mange har i dag et eller flere forhold bag sig. Er der børn fra tidligere forhold, så er det ofte nødvendigt at kontakte en advokat.

Tiden efter

I Det Palliative Team og på Hospice har vi heldigvis mulighed for at hjælpe og støtte de pårørende – også i den første svære tid efter, de har mistet deres kære.

År 2005

I år 2005 vil jeg gerne udvikle min rolle i Det Palliative Team og på Hospice såvel fagligt som personligt. Jeg håber i eller udenfor teamet at finde en sparringspartner. Måske vil øget undervisning af samarbejdspartnere i år 2005 kunne være medvirkende til, at nogle patienter og pårørende fik orden og overblik i forhold til økonomi og andre sociale forhold tidligere – og dermed tidligere fik ro i sindet.
Jeg skal, som de øvrige socialrådgivere ansat på Aalborg sygehus, i gang med at føre elektronisk statistik.

Birgitte Dalgaard Jensen

Visioner

I 2004 har arbejdspresset i perioder været spændt til det yderste (se figur vedr. nyhenviste). I sådanne situationer kan det være svært at tænke visionært. Vi er meget bevidste om at tilvalg af opgaver uden tilførsel af ressourcer vil medføre kvalitetsforringelse, hvis der ikke tilsvarende sker et fravalg/uddelegering af opgaver.
Gennem nogen tid har vi arbejdet for at lokalområderne Brovst og Dronninglund får et udbygget lokalt tilbud om palliation på specialistniveau, svarende til de øvrige områder i Nordjyllands Amt. Dette arbejde vil fortsætte i 2005, ligesom vi som fagligt ansvarlige for palliationen i Amtet på specialistniveau vil arbejde for at være forudseende med hensyn til organisationens sårbarhed.

Nøgleperson

I 2005 starter uddannelsen af nøglepersoner inden for palliation i Aalborg kommune. I alt skal der uddannes 5, en fra hvert lokalområde. Uddannelsen sker i tæt samarbejde med KamillianerGaardens Hospice. Praktikfordelingen er 8 uger på Hospice og 4 uger i Det Palliative Team. Den første sygeplejerske fra lokalområde Vest er uddannet 01.04.05. Vi har lavet mål og struktur for det fremtidige samarbejde med nøglepersonerne i kommunen. Modellen bliver afprøvet i den nærmeste tid.

Hvornår kommer vi ind i billedet

I vort daglige arbejde mærker vi der sker en konstant udvikling i behovet for palliation. I WHO's nye definition fra 2002 er der taget højde for denne udvikling. Her er et af punkterne "Den palliative indsats kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet, i sammenhæng med andre behandlinger, som udføres med henblik på

livsforlængelse, som for eksempel kemo- eller stråleterapi, og inkluderer de undersøgelser som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer".

Dette bevirker at vi hos brugere med specielt komplekse palliative problemstillinger må ind i billedet før, hvilket vi også erfarer både efterspørges og sker. Tidligere var vi afventende indtil kemoterapi var afsluttet/ophørt, men det er tydeligt - med de udvidede tilbud i cancer-behandlingen også til denne del af patienterne – at der er behov for et specialistteam tidligere i forløbet.

Kræftpatienter og deres pårørende har siden starten i 99 udgjort langt den største del af patientklientellet (se figur vedr. hoveddiagnoser). Det vil det også være i fremtiden, men i fremtidens palliation må der tænkes mere bredt, så den palliative indsats også henvender sig til andre uhelbredeligt syge og deres familier – hvor der er behov for en specialindsats.

Med disse krav og forventninger til Det Palliative Team er det en forudsætning, at vi fortsat fremmer og udbygger samarbejdet til vore samarbejdspartnere, både i primær- og sekundærsektor, samt øger viden om palliation på basisniveau.

Gitte Fischer,
specialeansvarlig ledende sygepl.

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

Telefon/fax/mail/hjemmeside:
Tlf: 96 31 11 30
Fax: 96 31 11 49
E-mail: aas.palliativeteam@nja.dk
Hjemmeside: www.aalborg-sygehus.dk
(dernæst: afdelinger, medicinske,
onkologisk, afdelinger, Det Palliative Team)