

Kronikk

Senger for pasienter i palliativ fase på en kirurgisk post

I april 2003 startet vi et prosjekt ved en gastroenterologisk kirurgisk post der det ble opprettet fire sengeplasser for pasienter i palliativ fase. Hensikten var å forbedre tilbudet til kreftpasienter med langtkommet sykdom.

Et tverrfaglig team med kirurg, leger fra Kreftavdelingen, onkologiske sykepleiere, hjelpepleier, sosionom, prest og fysioterapeut er involvert i behandlingen.

I 2004 ble det innlagt 51 pasienter, de fleste med gastrointestinal kreft. Noen av pasientene var innlagt flere ganger. 21 pasienter døde under sykehusoppholdet, og 17 pasienter reiste fra avdelingen til hjemmet.

Erfaringene med sengeplasser forbeholdt pasienter i palliativ fase i en gastrokirurgisk post er så gode at vi velger å fortsette med dette tilbudet.

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Ewa Pomianowska

ewutek@online.no

Jan Cyril Wexels

Kirurgisk avdeling

Ingrid Hauge Lundby

Kreftavdelingen

Eli Sogn Iversen

Anne Karin Lindahl

Tom Erik Ruud

Kirurgisk avdeling

Sykehuset Asker og Bærum

Postboks 83

1304 Rud

En kirurgisk sengepost har pasienter med sterkt varierende behov for behandling og omsorg. Moderne kirurgiske avdelinger trenger derfor en viss differensiering for å skreddersy tilbudet mot pasientens behov og ikke minst sikre bedre utnyttelse av faglige ressurser. En gruppe pasienter som trenger et tilpasset behandlingsopplegg er inneliggende pasienter med langtkommet gastrointestinal kreftsykdom. I vårt sykehus blir disse pasientene behandlet i en kirurgisk sengepost, da Kreftavdelingen er en poliklinisk dagavdeling. Prosjektet «Palliative senger» ble derfor innført for å forbedre tilbudet til disse pasientene. Tiltaket ble startet 1.4. 2003 som et samarbeid mellom Kirurgisk avdeling og Kreftavdelingen.

Formålene med prosjektet var å:

- Gi kreftpasienter med langtkommet sykdom best mulige lindrende behandling, pleie og omsorg ut fra egne fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov
- Gi støtte, hjelp og veiledning til pårørende
- Forske, spre kunnskap og utvikle spesialkompetanse

Organisering

Gastrokirurgisk sengepost opprettet fire sengeplasser for pasienter under palliativ behandling. Sengene er plassert i to enkeltrom og ett dobbeltrom, det er muligheter for å opprette flere enkeltrom ved behov. Rommene har TV, CD-spiller og radio. De er innredet slik at pårørende kan være til stede, og det er lagt vekt på komfort og estetikk.

Sengeplassene er finansiert i det ordinære avdelingsbudsjettet ved omplassering av eksisterende ressurser. To spesialutdannede kreftsykepleiere som er tilknyttet dette til-

budet, deltar også i det øvrige postarbeidet. Pasienter som skal flyttes til palliative senger henvises til Kreftavdelingen fra pasientansvarlig kirurg. Det dreier seg vanligvis om pasienter der behandling med kurativ intensjon er avsluttet og hovedmålet er palliasjon. Hver henviste pasient registreres med diagnose, henvisningstidspunkt og utskrivningssted. De hyppigste kriterier for å henvise pasienter er smerter, kvalme, dehydrering, obstipasjon, angst eller depresjon.

Ettersom behandling av disse pasientene krever spesiell kompetanse, ble det etablert et tverrfaglig behandlingsteam. Teamet består av kirurg, leger fra Kreftavdelingen, onkologiske sykepleiere fra Kirurgisk avdeling og Kreftavdelingen, hjelpepleier, sosionom, prest og fysioterapeut. Ansvaret for pasientene er fordelt slik at kirurgen er pasientansvarlig lege, mens leger fra Kreftavdelingen er pasientens behandlende lege og har det daglige medisinske ansvaret for palliativ behandling i samarbeid med pasientansvarlig lege. Hver uke har teamet et tverrfaglig møte om spesielle problemstillinger knyttet til pasientene. I tillegg er det daglig kontakt under previsitten mellom Kreftavdelingen og kirurgene om nyoppståtte problemer hos pasientene. Personalet fra palliativ enhet bidrar til opplæring av det øvrige personale ved avdelingen.

Oppfølging

Når pasientene skrives ut, overtar Kreftavdelingen i samarbeid med fastlege ansvar for den videre behandling. Legene ved Kreftavdelingen har samarbeidsavtale med Bærum kommune og Hospice Stabekk, som er en enhet i Stabekk bo- og behandlingssenter tilrettelagt av kommunen for palliativ kreftomsorg.

Pasienter som reiser hjem, får avtale om poliklinisk oppfølging ved Kreftavdelingen, og i noen tilfeller avtale om hjemmebesøk. Pasienter som ikke kan reise hjem, søkes til Hospice Stabekk eller andre sykehjem i kommunen. Ansatte fra Kreftavdelingen følger opp pasientene med ukentlige møter på Hospice Stabekk.

Evaluering

Vi har gjennomgått pasientjournalene for 2004, og gjennomført en anonym spørreundersøkelse til personalet med hovedfokus på organisering, arbeidssituasjon og trivsel.



Kreftsykepleierne Solveig Erdal Lindås og Lars Wennestrøm på jobb ved den palliative enheten. Foto IT-avdelingen, Sykehuset Asker og Bærum

Ved gastroenterologisk kirurgisk post var det i registreringsperioden gjennomsnittlig innlagt 153 pasienter per måned, 44 (30%) av disse hadde kreftdiagnoser. I 2004 ble det innlagt 51 pasienter i senger forbeholdt pasienter under palliativ behandling. Dette er 10% av det totale antall pasienter med kreftdiagnoser. De fleste (47 pasienter) hadde gastrointestinal kreft (20 med bukspyttkjertelkreft). Gjennomsnittlig liggetid var 9,8 dager (1–60 dager). Noen av pasientene var innlagt flere (opptil fem) ganger. 21 pasienter døde ved sykehusoppholdet, og 17 pasienter reiste fra avdelingen til hjemmet.

Personalet gav uttrykk for at de fikk utnyttet sine kvalifikasjoner bedre, trivdes med den nye arbeidsfordelingen og trodde at behandlingen og tryggheten for disse pasientene var blitt bedre etter innføringen av de nye rutine. Det er fremdeles forbedringspotensial når det gjelder dokumentasjon av behandlingstiltak og av sykdomsprogrediering i pasientjournalen.

Vi har inntrykk av at pasienter og pårørende er fornøyd med denne måten å organisere behandling og pleie på.

Avslutning

Ved blant annet Ullevål universitetssykehus (1) har man erfaringer fra en egen palliativ enhet for kreftpasienter, men ikke som en del av en kirurgisk avdeling, slik som hos oss. Ved å lokalisere sengene til Kirurgisk avdeling kan behandlende kirurg fortsatt ha god kontakt med pasienten som pasientansvarlig lege, samtidig som kompetanse fra Kreftavdelingen bringes inn.

Sengeplassene for pasienter i palliativ fase ble opprettet som et samarbeid mellom to separate avdelinger, Kirurgisk avdeling og Kreftavdelingen. Vi er fornøyd med dette samarbeidet og ordningen er positivt vurdert av personalet, men ansvarsfordelingen mellom pasientansvarlig lege (kirurg) og behandlende lege fra Kreftavdelingen er fremdeles ikke fullgodt avklart.

Kapasiteten ved enheten har ikke vært fullt utnyttet. Kun 10% av innlagte pasienter med kreftdiagnoser ved gastroenterologisk post ble henvist til de reserverte sengeplassene for pasienter under palliativ behandling. Kreftavdelingen mener at dette utgjør ca. halvparten av de pasientene som kunne ha behov for og glede av dette tilbudet. Dette kan skyldes at ordningen er i en startfase, men det kan også representere en noe restriktiv holdning blant kirurger til å henvise pasientene.

Med den gode kontinuitet i pasientbehandlingen, mer tid til pasientene og færre personer som er involvert gir vi våre pasienter en sikrere oppfølging når det gjelder symptomlindring og livskvalitet. Dette tror vi også resulterer i kortere opphold i avdelingen.

Det er viktig med kontinuitet i oppfølgingen fra Kreftavdelingen etter at pasientene skrives ut. Mange undersøkelser viser at primærhelsetjenesten ofte ikke er nok rustet for å takle utfordringene med denne pasientgruppen og at det er for dårlig kontakt mellom sykehus og den hjemmebaserte omsorgen (1). I vår modell føler pasientene seg tryggere etter hjemreise når de vet at de

i den videre oppfølging treffer det samme teamet fra Kreftavdelingen som de var i kontakt med under oppholdet.

Det er anbefalt at sykehjem i større grad bør inkluderes i tilbudet til pasienter i palliativ fase (2). Det er etablert slike tilbud i Oslo ved Rødvedt sykehjem (3) og i Trondheim ved Havstein sykehjem (4). I vårt prosjekt valgte vi å etablere fast kontakt med Hospice Stabekk hvor sykehuset hadde en aktiv del i planleggingen og utformingen. Det ble etablert en formell samarbeidsavtale forankret i lov om spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet baseres på et ukentlig møte på hospiceet mellom lege, sykepleier og sosialkonsulenter fra Kreftavdelingen og lege og annet helsepersonell fra Hospice Stabekk. Det er etter hvert utarbeidet gode rutiner for henvisning og overføring av pasienter.

Etter etablering av slike tilbud på sykehjem kan flere pasienter utskrives fra sykehuset. Det ligger en åpenbar økonomisk gevinst i dette, siden en sykehjemsplass til en pasient som trenger palliativ behandling koster omkring en tredel av en sykehusplass (4). Man vil altså kunne spare ressurser samtidig som tilbudet blir bedre (5).

Vi får gode tilbakemeldinger både fra pasienter og pårørende vedrørende behandling og omsorg. Leger og helsepersonalet for øvrig opplever å få brukt sin kompetanse på en mer tilfredsstillende måte. Erfaringene med særlige sengeplasser forbeholdt pasienter i palliativ fase i en gastrokirurgisk post er så gode at vi velger å fortsette med dette tilbudet til våre kreftpasienter.

Manuskriptet ble godkjent 7.11. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: Anne Karin Lindahl har mottatt honorar for foredrag fra Sanofi-Aventis, Bristol-Meyers Squibb og Pfizer. De øvrige forfatterne har ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Melsom H, Wist E. Terminalomsorg til kreftpasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2590–2.
2. Norges offentlige utredninger. Livshjelp: behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. NOU 1999: 2. http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/nou/030005-020025/dok-bn.html (26.9.2005).
3. Ottesen S, Fossli I, Aamotsmo T et al. Fra teori til virkelighet i det palliative landskap? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 760–2.
4. Garåsen H, Kaasa S, Røsstad T et al. Spesialiserte korttidsplasser i sykehjem: Trondheims-modellen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1503–5.
5. Bruera E, Suarez-Almazor M. Cost effectiveness in palliative care. Palliat Med 1998; 12: 315–6.