

krævende hypokaliæmi med potentielt livstruende komplikationer. Det må derfor anbefales at kontrollere væsketal jævnlige under behandlingen.

**KORRESPONDANCE:** Peder Trappaud Bach, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Horsens, Sundvej 30, 8700 Horsens. E-mail: pedebach@rm.dk

**ANTAGET:** 3. juni 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 15. september 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk -Taksigelse: Vi takker Karkal Ravishankar Naik for tilladelse til brug af billede.

#### LITTERATUR

1. Agrawal S, Agrawal V, Taneja A. Hypokalemia causing rhabdomyolysis resulting in life-threatening hyperkalemia. *Ped Nephrol* 2006;21:289-91.
2. Antoniadis DJ, Vavouranakis EM, Tsioufis KP et al. Rhabdomyolysis due to diuretic treatment. *Hellenic J Cardiol* 2003;44:80-2.
3. Miller MI. Causes of rhabdomyolysis. I: Ramirez MP, red. UpToDate. www.uptodate.com/home/index.html (6. jul 2014).
4. Kasaoka S, Todani M, Kaneko T et al. Peak value of blood myoglobin predicts acute renal failure induced by rhabdomyolysis. *J Crit Care* 2010;25:601-4
5. Chubachi A, Wakui H, Asakura K et al. Acute renal failure following hypokalemic rhabdomyolysis due to chronic dicyclic acid administration. *Intern Med* 1992;31:708-11.

# Symptomscreening af patienter med KOL kan identificere patienter med behov for palliativ indsats

Amal Durakovic<sup>1</sup>, Dorte Lander Rasmussen<sup>2</sup> & Anne Marie Kjærsgaard-Andersen<sup>3</sup>

## KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

- 1) Medicinsk Afdeling, Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt
- 2) Palliativ Team, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt
- 3) Forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt

Ugeskr Læger  
2014;176:V02130097

Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten samt lindre fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle problemer hos patienter med livstruende sygdom [1].

Der er mest viden om palliative behov hos patienter med kræft, og denne gruppe tilbydes oftest specialiseret palliativ indsats. I Silkeborg er der i perioden fra januar 2011 til oktober 2012 gennemført et tværsektorielt projekt »Palliation på tværs« mellem Regionshospitalet Silkeborg, Silkeborg Kommune og almen praksis. Formålet med projektet var at identificere problemområder i det tværsektorielle samarbejde i forhold til palliativ indsats med henblik på at udvikle en samarbejdsmodel (Tabel 1), der tilbyder palliativ indsats til alle patienter, der har livstruende sygdom (kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), hjertesvigt og kræft) og behov for palliation. Omstrukturering af sundhedsvæsenet har betydet, at hospitalernes primære opgave er at yde helbredende behandling [1-3]. I disse rammer forekommer der kulturelle, professionelle og organisatoriske udfordringer for at tilbyde en passende palliativ indsats [4]. På det palliative område skelnes der mellem basal palliativ indsats, som foregår på hospitaler og i primærsektoren og specialiseret palliativ indsats, der i form af palliative team foregår både på hospitaler og i patientens eget hjem. Det kan derfor være en særlig udfordring at sikre samarbejde og koordination [5, 6].

Det palliative team involveres ofte, når den onkologiske behandling er afsluttet, men flere undersøgelser viser, at inddragelse af den palliative indsats tid-

ligt i forløbet fremmer patienternes livskvalitet og forlænger levetiden [4, 7].

En undersøgelse fra England med interview af patienter med KOL viser, at den palliative indsats også er vigtig for patienter, som ikke har en malign sygdom [8]. Foruden KOL er hjertesvigt også forbundet med høj morbiditet og mortalitet, men kun et mindre antal patienter med hjertesvigt tilbydes palliativ indsats. Manglende kommunikation mellem personalet og patienten samt dårlig indsigt i sygdomsprogression er nogle af årsagerne hertil [8, 9].

En mulig forklaring er, at den terminale fase hos patienter med cancersygdom er nemmere at identificere end terminal KOL og hjertesvigt [8, 9]. I de nævnte artikler stilles spørgsmålet: »Vil jeg blive overrasket, hvis denne patient lever om et år?« [2] som vejledende i forhold til at medtænke palliativ indsats. I herværende artikel præsenteres resultater af en journalaudit, der er foretaget på Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Silkeborg. Journalaudit-ten blev gennemført med det formål at evaluere de initiativer i samarbejdsmodellen, der er udviklet i forbindelse med projektet.

## MATERIALE OG METODER

I forbindelse med journalaudit udviklede projektgruppen et spørgeskema med udgangspunkt i samarbejdsmodellens initiativer. Læger og sygeplejersker inkluderede 79 patienter i projektet i afprøvningsperioden fra den 1. marts til den 31. august 2012.

Målgruppen var patienter, der havde KOL og var



TABEL 1

Samarbejdsmodel udviklet i projekt »Palliation på tværs«.

#### Initiativer i samarbejdsmodel

Identificering af patienter med behov for palliation  
Anvendelse af screeningsredskab til identificering af palliative behov hos patienter med livstruende sygdom  
Struktureret samtale med patienter om planlægning af fremtidig palliativ indsats  
Elektronisk korrespondance via Edifact mellem sygeplejersker på hospitalet og hjemmesygeplejersker via den kommunale visitation  
Standardiseret dokumentation på midlertidige pladser på et plejecenter



TABEL 2

Resultater fra journalaudit med oplysninger om terminalbevilling, åben indlæggelse og tovholder noteret i journalen. De anførte værdier er n (%).

|                    | Sygdomskategori |                   |                        | Total |
|--------------------|-----------------|-------------------|------------------------|-------|
|                    | KOL<br>(N = 23) | kræft<br>(N = 50) | hjertesvigt<br>(N = 6) |       |
| Terminal bevilling | 7 (30)          | 45 (90)           | 2 (33)                 | 54    |
| Åben indlæggelse   | 8 (35)          | 48 (96)           | 2 (33)                 | 58    |
| Tovholder          | 7 (30)          | 39 (78)           | 6 (100)                | 52    |

KOL = kronisk obstruktiv lungesygdom.

funktionsklassificeret til 3-5 på Medical Research Councils åndenødskala, patienter, der havde hjertesvigt og funktionsniveau 3-4 på New York Heart Associations klassifikation, og patienter, der havde uheldelig kræft. Patienterne blev ved inklusionen screenet med European Organisation for Research and Treatment of Cancers, Quality of Life Questionnaires (EORTC-QLQ-C15-PAL) (Figur 1), som er et valideret screeninginstrument til identificering af palliative problemstillinger hos kræftpatienter [10]. Screeningsskemaet anvendes i det daglige af de specialiserede palliative tilbud, men er ikke tidligere blevet anvendt til projektets målgruppe.

Ved gennemgang af journaler blev der stillet spørgsmål om de symptomer, der blev identificeret ved EORTC-QLQ-C15-PAL, om der var afholdt struktureret samtale, indhold i epikriser/sygeplejepikriser, og om informationer var sendt til samarbejdspartner.

## RESULTATER

Der blev udført journalaudit på 79 patienter med livstruende sygdomme fordelt på 41 kvinder og 38 mænd. I alt 50 patienter (63%) havde cancer, 23 (29%) havde KOL og seks (8%) havde hjertesvigt. Nogle patienter havde mere end en sygdom. Symptomscreening med EORTC-QLQ-C15-PAL blev udført på 65 patienter med KOL (18), hjertesvigt (6) og kræft (41), og resultatet viste, at 95% af patienterne havde fysiske symptomer, 54% havde psykiske symptomer, mens 52% havde både fysiske og psykiske symptomer. Screeningen i forhold til sygdomskategorier viste, at der ingen forskel var på symptomer, og alle patienter uanset sygdomsgruppe havde de samme palliative symptomer med en ens fordeling mellem fysiske og psykiske symptomer.

De fleste patienter, i alt 71 ud af 79, var blevet orienteret om deres sygdomssituation, og den fremadrettede behandling var drøftet med 69 patienter.

Ud af 79 patienter havde 54 fået terminal bevilling (to med hjertesvigt, syv med KOL og 45 med kræft). I alt havde 58 ud af 79 patienter fået åben indlæggelse (to med hjertesvigt, otte med KOL og 48 med kræft). Hos 52 ud af 79 patienter var det noteret, hvem der var tovholder i forløbet (seks med hjertesvigt, syv med KOL og 39 med kræft) (Tabel 2). I 64 ud af 79 (81%) sygeplejersjournaler var der noteret informationer om screening, behandlingsplan og psykosociale forhold. I 38 ud af 71 forløb var sygeplejersjepikriser sendt via elektronisk korrespondancebrev til hjemmesygeplejersken.

Der er fokus på, at patienternes ønske til den sidste tid dokumenteres for at undgå unødvendige indlæggelser. Hos 40 ud af 79 patienter, hvilket svarer til 51%, var ønsket om den sidste tid og opholdssted noteret i journalen. I alt 29 patienter døde i afprøvningsperioden, og af dem fik 21 (72%) deres ønske om opholdssted imødekommet.

## DISKUSSION

Resultaterne fra denne journalaudit viser, at symptomscreening med EORTC-QLQ-C15-PAL kan være god til at identificere palliative problemstillinger hos patienter med livstruende sygdom. Det bemærkes, at fordelingen af fysiske og psykiske problemer var ens hos de inkluderede patientkategorier. Auditten bygger dog på et begrænset antal inkluderede patienter og andelen af patienter med hjertesvigt og KOL er lille i forhold til andelen af patienter med kræft.

Vi fandt, at sygeplejersjepikrisen indeholdt flere oplysninger om screening, behandlingsplan og psykosociale forhold, og disse oplysninger blev formidlet til hjemmesygeplejerskerne med henblik på at skabe kontinuitet i de palliative forløb på tværs af sektorer. Dog blev sygeplejersjepikrisen kun i 38 forløb sendt elektronisk til hjemmesygeplejersken, hvilket understreger udfordringerne ved at indføre nye arbejdsgange.

FIGUR 1

European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C15-PAL) er et valideret screeningsinstrument til identificering af palliative problemstillinger hos kræftpatienter.



#### EORTC QLQ-C15-PAL

Vi er interesserede i at vide noget om dig og dit helbred. Vær venlig at besvare alle spørgsmålene selv ved at sætte en ring omkring det svar (tal), som passer bedst på dig. Der er ingen "rigtige" eller "forkerte" svar. De oplysninger, som du giver os, vil forblive strengt fortrolige.

Patientnummer

1-1-1-1-1-1-1

Dato for udfyldelse af dette skema (dag, måned, år):

1-1-1-1-1-1-1

|   | Slet ikke | Lidt | En del | Meget |
|---|-----------|------|--------|-------|
| 1. Har du nogen vanskeligheder ved at gå en kort tur udenfor?                       | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 2. Er du nødt til at ligge i sengen eller at sidde i en stol om dagen?              | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 3. Har du brug for hjælp til at spise, tage tøj på, vaske dig eller gå på toiletet? | 1         | 2    | 3      | 4     |
| <b>I den forløbne uge:</b>  |           |      |        |       |
| 4. Havde du åndenød?  | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 5. Har du haft smerter?   | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 6. Har du haft besvær med at sove?  | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 7. Har du følt dig svag?  | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 8. Har du savnet appetit?   | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 9. Har du haft kvalme?  | 1         | 2    | 3      | 4     |

| I den forløbne uge:                               | Slet ikke | Lidt | En del | Meget |
|---|-----------|------|--------|-------|
| 10. Har du haft forstoppelse?                     | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 11. Var du træt?                                  | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 12. Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål? | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 13. Følte du dig anspændt?                        | 1         | 2    | 3      | 4     |
| 14. Følte du dig deprimeret?                      | 1         | 2    | 3      | 4     |

Ved det næste spørgsmål bedes du sætte en ring omkring det tal mellem 1 og 7, som passer bedst på dig

15. Hvordan vil du vurdere din samlede livskvalitet i den forløbne uge?

1 2 3 4 5 6 7

Meget dårlig

Sædeles god

16. Har du haft andre væsentlige symptomer eller problemer, som ikke er nævnt i spørgsmålene ovenfor?

Nej

Ja. Skriv venligst de vigtigste (op til tre), og angiv, i hvor høj grad, du har haft symptomerne eller problemerne i den sidste uge:

| I hvor høj grad har du i den forløbne uge haft: | Slet ikke | Lidt | En del | Meget |
|---|-----------|------|--------|-------|
| Symptom/problem A: _____                        | 1         | 2    | 3      | 4     |
| Symptom/problem B: _____                        | 1         | 2    | 3      | 4     |
| Symptom/problem C: _____                        | 1         | 2    | 3      | 4     |

Besvarede du spørgeskemaet:

Uden hjælp fra personale eller

Med hjælp fra personale?

© Copyright 1995 and 2003 EORTC Study Group on Quality of Life. All rights reserved.

Auditten viste, at det hovedsageligt var kræftpatienter, der blev tilbudt åben indlæggelse og fik terminal bevilling. Hos patienter med KOL og hjertesvigt var der fokus på behandling af sygdommen [2, 8, 9]. Det bemærkes dog, at en tredjedel af de inkluderede patienter med KOL og hjertesvigt havde fået terminal bevilling og åben indlæggelse. Baggrunden herfor kan være, at projektet har rettet opmærksomheden på, at alle patienter med livstruende sygdom kan have behov for palliativ indsats. Det kunne være hensigtsmæssigt at rette mere fokus på den palliative indsats, når sygdommen indikerer, at patienten har behov for palliation [2, 3, 8, 9]. Der vil være behov for en fortløbende drøftelse blandt læger og plejepersonale for at integrere den palliative indsats i samtaler med patienter med livstruende sygdom [8, 9]. Derudover kunne det være relevant, at oplysninger om psykosociale forhold, som dokumenteres i sygeplejepikrisen integreres i lægens epikrise.

Styrken ved projektet har været samarbejdet på tværs af sektorerne, den ledelsesmæssige opbakning og de sundhedsfaglige deltagers store engagement for at skabe sammenhæng i de palliative forløb. Projektet bidrager med eksempler på nogle konkrete initiativer, der kan være med til at sikre samarbejde og kontinuitet i de palliative forløb for at imødekomme patienternes ønsker om at være hjemme i den sidste tid [5, 6]. Projektet har sin begrænsning i forhold til,

at det er sygeplejersker med specialfunktion, der har deltaget i projektet, og udfordringen er i en hektisk klinisk praksis at få involveret alle relevante kollegaer.

Projektet og resultaterne fra journalauditten bidrager, på trods af det begrænsede antal patienter, med viden om, at patienter med KOL og hjertesvigt har behov for og kan profitere af den palliative indsats.

**KORRESPONDANCE:** Anne Marie Kjærsgaard-Andersen, Forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt, Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg. E-mail: annemarie.kjaersgaard@midt.rm.dk

**ANTAGET:** 27. februar 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 2. juni 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**TAKSIGELSE:** Medarbejdere på Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Silkeborg takkes for at have inkluderet patienter og deltaget i journalaudit. Medarbejdere fra Hjemmesygeplejen i Silkeborg Kommune, Område Øst, takkes for at have inkluderet patienter og deltaget i journalaudit. Erhvervsstyrelsen takkes for økonomisk støtte til projektet.

#### LITTERATUR

1. Anbefalinger for den palliative indsats. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. von Plessen C, Nielsen TL, Steffensen IE et al. Palliativ behandling af patienter med terminal kronisk obstruktiv lungesygdom. Ugeskr Læger 2011;173:2641-4.
3. Dalgaard KM, Thorsell G, Delmar C. Identifying transitions in terminal illness trajectories: a critical factor in hospital-based palliative care. Int J Palliat Nurs 2010;16:87-92.
4. Grønvold M, Neergaard MA, Sjøgren P. Sammenhængende palliativ indsats i sundhedsvæsenet. Ugeskr Læger 2011;173:1728-31.
5. Neergaard MA, Jensen AB, Sondergaard J et al. Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark. Scand J Caring Sci 2011;25:627-36.
6. Brogaard T, Neergaard MA, Sokolowski I et al. Congruence between preferred

- and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliat Med* 2013;27:155-64.
7. Jennifer S, Greer AM, Muzikansky A et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.
  8. Pinnock H, Kendall M, Murray SA et al. Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMJ* 2011;342:d142.
  9. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Failure* 2009;11:433-43.
  10. Grønvald M, Petersen MA, Aaronson NK et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Euro J Cancer* 2006;42:55-64.

# Udvikling af patientspecifikke begreber vedrørende medicin er en udfordring for alle sundhedsprofessionelle

Lene Juel Kjeldsen, Tina Birkeskov Axelsen, Louise Smed Grønkjær, Trine Rune Høgh Nielsen, Dorthe Vilstrup Tomsen & Tanja Joest Væver

»Det er uforsvarligt at sætte ord i verden« ifølge *Benny Andersen*, men nogle gange synes det uundgåeligt.

I forbindelse med introduktion og udvikling af klinisk farmaci i Danmark har det været nødvendigt at anvende nye såvel som eksisterende begreber til at beskrive de ydelser, der arbejdes med blandt kliniske farmaceuter såvel som blandt læger. Nogle af disse begreber er oversat fra engelsk eller oprindeligt til tænkt andre faggrupper, hvilket kan give anledning til forvirring i forbindelse med anvendelse af begreberne.

For at undersøge om dette var tilfældet, blev der i efteråret 2012 foretaget en intern undersøgelse blandt kliniske farmaceuter på sygehusapotekerne i Danmark. De undersøgte begreber var de hyppigst anvendte blandt sygehusapotekernes ydelser, nemlig: medicinanamnese, medicinafstemning, medicingennemgang og ordinationsgennemgang.

Undersøgelsen viste, at der var uoverensstemmelse i anvendelsen af terminologien. Der var især forvirring om definitionen af medicinafstemning, og der var fælles forståelse for medicingennemgang, mens ordinationsgennemgang ikke var et kendt begreb. Behovet for en terminologiafklaring blev således tydelig. Der blev nedsat en arbejdsgruppe, som skulle skabe en national referenceramme for begreberne for at sikre en bedre intraprofessionel kommunikation om ydelser og opgaver blandt kliniske farmaceuter og farmakonomer på sygehusapotekerne. Endvidere skulle begrebsafklaringerne være helhedsorienteret ift. sundhedssystemet, således at de kunne bidrage til at fremme kommunikationen med andre sundhedsprofessionelle i sekundærsektoren såvel som primærsektoren.

Sideløbende er der også i andre regi blevet arbejdet med nogle af begreberne f.eks. i forbindelse med Patientsikkert Sygehus, Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og det Fælles Medicinkort (FMK), hvilket indikerer, at terminologiforståelsen ikke kun har været udfordret inden for den kliniske farmaci [1-3].

Formålet med undersøgelsen var således at udvikle nationale definitioner på fire begreber: medicinanamnese, medicinafstemning, medicingennemgang og ordinationsgennemgang til intraprofessionel kommunikation blandt kliniske farmaceuter og farmakonomer på sygehusapotekerne.

## METODE

For at sikre en national tilgang til udarbejdelsen af begrebsdefinitionerne blev der nedsat en arbejdsgruppe med en sygehusapoteksansat klinisk farmaceut fra hver af de fem regioner og en tovholder fra Sygehusapotekernes og Amgros' Forsknings- og udviklingsEnhed (SAFE). Der blev i alt afholdt tre arbejdsgruppemøder.

Et overblik over eksisterende definitioner blev etableret via søgning i den internationale og især den nationale litteratur. Følgende konkrete eksisterende definitioner blev anvendt som input til diskussionerne i arbejdsgruppen: Operation Life [1], DDKM [2, 3], FMK og fra litteraturen [4, 5].

Efter diskussion på første møde i arbejdsgruppen blev der opnået konsensus om et udkast til fire definitioner, der beskriver processerne. F.eks. er medicinanamnesen defineret ud fra selve handlingen at optage en medicinanamnese – og ikke en beskrivelse af det endelige produkt. Definitionerne blev udarbejdet med ønske om at opnå den bedst mulige præcision og samtidigt at kunne omfatte et bredt spektrum af ekssi-

## KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

Sygehusapotekerne  
i Danmark

Ugeskr Læger  
2014;176:V11130639