

Tidlig og koordineret palliativ indsats – med udgangspunkt i non-malign lungesygdom



Et afprøvningsprojekt i Slagelseklyngen med deltagelse af:

Slagelse Sygehus **Lungemedicinsk Afdeling**
Akutfdelingen

Næstved Kommune **Team Vest**
Team Øst

Almen Praksis **Leif Sehested**
Sille Capion

Juni 2023

Indhold

Rapport:.....	2
1. Baggrund og projektstart.....	3
2.Faglig Følgegruppe.....	3
3.Projektets elementer – herunder input på workshops	4
4. Resultater af workshops	5
4.1 Grafisk opsamling på forløbet og arbejde med output	6
4.1.1 Lunge medicinsk afdeling:	7
4.1.2 Akutafdelingen:.....	7
4.1.3 Team Vest:.....	7
4.1.4 Team Øst:.....	7
4.1.5 Almen Praksis:.....	7
4.1.6 Tværgående:	8
5. Anbefalinger: Identifikation – Planlægning - Kommunikation.....	8
5.1 Sygehuset, kommunen og almen praksis	9
5.1.1 Sygehuset.....	9
5.1.2 Kommunen	9
5.1.3. Almen praksis.....	9
5.1.4 Det hele i én model	10
6. Overvejelser om videre proces	11
6.1 Én hel kommune – non-malign lungesygdom eller flere sygdomme.....	11
6.2 Overordnet Sundhedsklynge tilgang?.....	11

Rapport:

Chefkonsulent Pia Stauner, Kvalitetsafdelingen, NSR Sygehuse
Chefkonsulent Bodil Elgaard Andersen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Overlæge Ove Gaardboe, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

1. Baggrund og projektstart

Temagruppen for sårbare ældre og borgere med kronisk eller langvarig sygdom, valgte i efteråret 2022, at iværksætte et afprøvningsprojekt med en indsats på det palliative område, som retter sig mod en tidlig og koordineret palliativ indsats.

Temagruppen ønskede at brede det traditionelle palliationsfokus, som mest retter sig mod kræftområdet, ud til andre patientgrupper og valgte at fokusere på patienter med non-malign lungesygdom, som har oplagte palliative behov, men som ikke får samme opmærksomhed som kræftpatienterne.

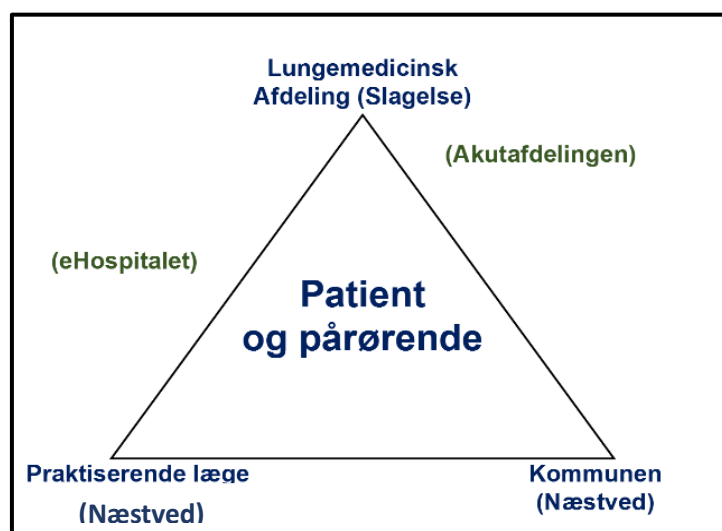
Temagruppen indgik en aftale med Dansk Selskab for Patientsikkerhed om samarbejde om et projekt, og der blev nedsat en projektgruppe, hvor den faglige følgegruppes sekretariat var repræsenteret af chefkonsulent, sygeplejerske Pia Stauner fra NSR Sygehuse og chefkonsulent Charlotte Falk Andersen fra Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat, og Dansk Selskab for Patientsikkerhed ved chefkonsulent Bodil Elgaard Andersen og overlæge Ove Gaardboe.

Projektgruppen udarbejdede, og temagruppen godkendte, en projektbeskrivelse (**bilag 1**), formuleret som et afprøvningsprojekt, hvor en tidlig og koordineret palliativ indsats til patienten med non-malign lungesygdom, skulle udvikles gennem et workshopforløb med repræsentation af de væsentligste interessenter.

Fra Slagelse Sygehus deltog Lungeafdelingen og Akutafdelingen. Næstved Kommune deltog med Team Øst (hjemmeplejen) og Team Vest (akutpladser), og fra almen praksis deltog praktiserende læge Leif Sehested og praktiserende læge og praksiskoordinator Sille Capion.

I den tidlige fase brugte projektgruppen den nedenfor skitserede model, til at understrege det afgørende tværsektorielle fokus i projektet med samarbejdet mellem sygehuset, kommunen og lægepraksis som helt afgørende, hvis tidlig og koordineret palliation skal lykkes.

Gennem projektet har principperne i modellen vist sig at være holdbare.



2. Faglig Følgegruppe

Med henblik på sparring til projektgruppen, nedsatte temagruppen en faglig følgegruppe. Dennes kommissorium, der også indeholder en overordnet beskrivelse af projektet, fremgår af (**bilag 2**). Der blev afholdt et møde i starten og et i slutningen af projektets gennemførelse.

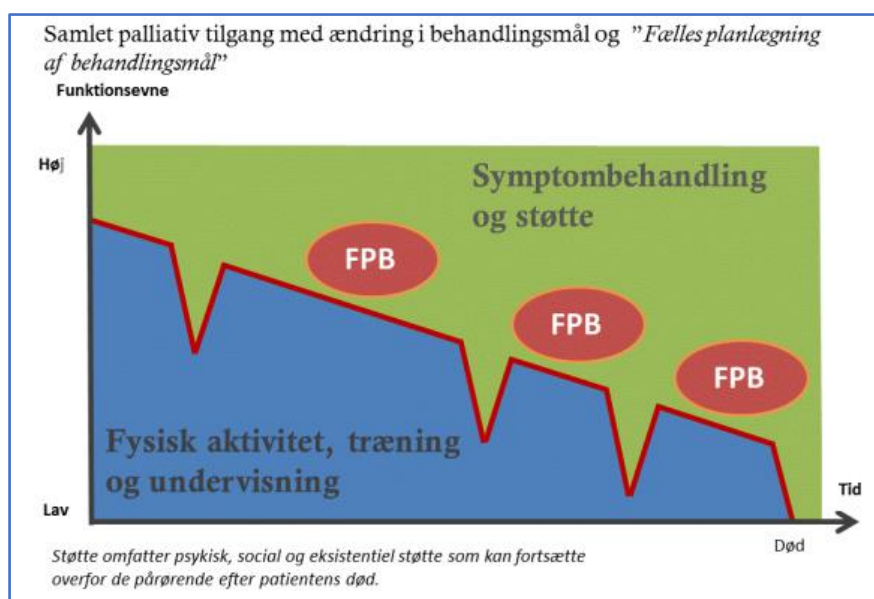
3. Projektets elementer – herunder input på workshops

Overordnet beskrevet bestod projektet i:

1. Grundig arbejdsgangsanalyse af arbejdsgangene hos og i samarbejde med personalet i:
 - Akutafdelingen
 - Lungeafdelingen
 - Team Øst
 - Team Vest
 - Almen praksis (Leif Sehested)

Et overblik over arbejdsgangsanalyserne ses i **(bilag 3)**.

2. Arbejde i hver enhed forud for første workshop og mellem workshops med egne fokusområder, der udsprang af arbejdsgangsbeskrivelserne.
3. Videre arbejde i egen enhed og på tværs af enhederne på de 3 workshops, i forhold til 4 overordnede temaer for arbejdet, der er defineret af projektledelsen på baggrund af arbejdsgangsbeskrivelserne:
 1. Fælles forståelse af hvem der er den non-maligne, palliative lungepatient
 2. Fælles forståelse af hvordan behandlingsniveauet lægges for patienten
 3. Fælles forståelse af hvem der kan identificere patienten – og hvordan det kan ske
 4. Fælles forståelse af hvordan vi sikrer, at patienten får det rette forløb
4. Inspirations-input på hver workshop omfattende blandt andet **(bilag 4)**:
 - Input om palliation hos patienter med non-malign lungesygdom med udgangspunkt i bl.a. denne illustration fra dansk lungemedicinsk selskab¹ om forløbet ved terminal non-malign lungesygdom:



¹ Dansk Lungemedicinsk Selskab, 2015; Samtalen om Fælles Planlægning af Behandlingsmål
<https://lungemedicin.dk/wp-content/uploads/2021/06/DLS-Faelles-planlaegning-af-behandlingsmaal-2015.pdf>

- Samtaler med patient og pårørende om palliation og livets afslutning (Fælles Planlægning af Behandlingsmål – FPB)
- Juraen om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg ved hjertestop

Ove Gaardboe gennemgik reglerne, som de fremgår af de to vejledninger fra Styrelsen for Patientsikkerhed, om fravalg af livsforlængende behandling og om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

- Forbedringmodellen

Bodil Elgaard Andersen gennemgik overordnet forbedringsmodellen, som er den gennemgående metode, der er arbejdet med i projektet. Særligt princippet om at afprøve nye tiltag i en mindre del af sin organisation og på få patienter eller medarbejdere i et begrænset tidsrum med henblik på at vurdere, om tiltaget egner sig til større afprøvning og herefter udbredelse med henblik på fuld implementering

- eHospitalet v. Hanne Schjøning Nielsen

Hanne Schjøning Nielsen gennemgik eHospitalets funktioner, herunder bl.a. om Precare KOL, der primært er et tilbud til KOL-patienter med ikke terminal sygdom. Til gengæld rummer eHospital-modellen muligheder for at understøtte en proces med hjemmedød ved at kunne hjælpe med hjemmebehandling i forbindelse med akut opståede behov

- Oplæg om OSCAR-projektet v. Dina Melanie Sørensen

Dina Melanie Sørensen fortalte om OSCAR-projektet, hvis formål det er at 'optimere den tværsektorielle palliation til socialt sårbare patienter med kræft'. Selv om fokus for de to projekter er forskelligt, viste det sig, at mange af de opsamlede erfaringer var ensartede. Derfor lægger projektgruppen også op til en fælles drøftelse af de to projekter på et senere tidspunkt.

4. Resultater af workshops

På den indledende workshop 1, blev følgende ønsker til indsatser på tværs af sektorerne, formuleret af deltagerne fra de 5 enheder og disse temaer blev derefter gennemgående:

1. Kommunikationsflow i sektorovergange:
 - Henvisninger og epikriser
 - Plejeforløbsplaner/udskrivningsrapporter
 - Indlæggelsesrapporter
 - Planer og aftaler

2. Opfølgende hjemmebesøg
3. Fastlæggelse af behandlingsniveau/behandlingsplan
4. Opdatere viden om palliation

På den afsluttende workshop 3, blev der samlet op på indholdet fra hele processen og især arbejdet med de forbedringsmål, som hver enkelt enhed havde sat som udgangspunkt.

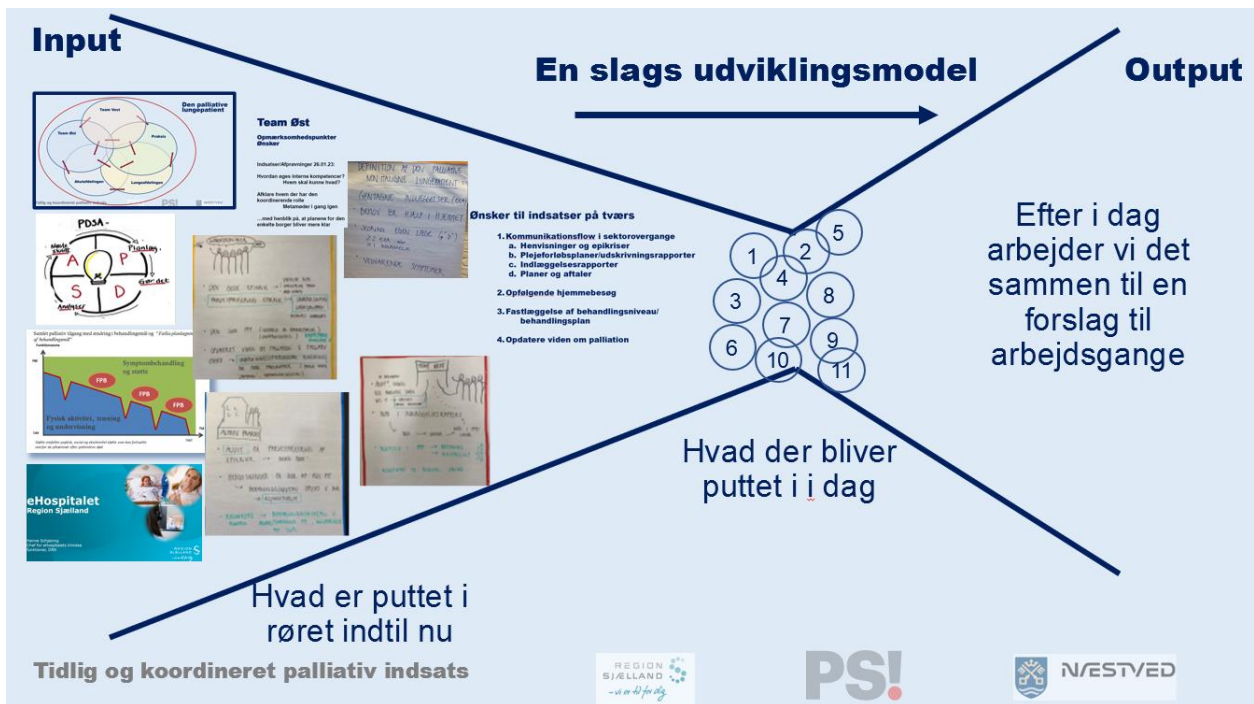
I resten af dette dokument fokuseres på opsamlingen af processen i den afsluttende workshop, og på de anbefalinger, som opsamlingen giver grundlag for.

4.1 Grafisk opsamling på forløbet og arbejde med output

Som en ramme for drøftelsen i den afsluttende workshop, anvendte projektgruppen nedenstående figur, der visualiserer de omfattende input fra deltagerne, projektledelsen og de udefrakommende oplægsholdere, der er kommet undervejs i projektet.

Under afprøvningsprocessen bidrog projektdeltagerne på workshoppen med de indsatser, de mente sig i stand til at gennemføre og vedligeholde i egen organisation, og dem, der kræver en indsats på tværs af sektorer eller af andre samarbejdspartnere.

Nedenfor illustrerer figuren, processen for, hvordan alle input bliver til de output, som deltagerne finder, det er væsentligt at gå videre med.



Den proces resulterede i et omfattende bidrag til output, som opsummeres i de grafiske præsentationer i (**bilag 5**) og herunder i en koncentreret opstilling:

4.1.1 Lungemedicinsk afdeling:

1. Samtale med patient og pårørende tidligere i forløbet
2. "Samtalekort" skal indgå i plejeforløbsplan → Audit på brugen heraf
3. Farvemarkering af epikriser
4. Kontinuerlige møder med tværfaglige samarbejdspartnere (terapeuter og diætist)
5. Implementering af pjece, der er udarbejdet til personalet omkring 'livets sidste tid'
6. Udarbejdelse af patientpjece omkring 'den vigtige samtale' (i test hos 6 patienter)
7. Dokumentation af samtale (smartphrase) → Audit på brugen heraf
8. Implementering af EORTC-skema i afdelingen samt til brug ved udskrivelse

4.1.2 Akutafdelingen:

1. Fælles beslutning om indhold i plejeforløbsplan og udskrivningsrapporter → tværsektoriel arbejdsgruppe mhp. afprøvning
2. Fagligt Forum: Undervisning i den 'gode udskrivelse'
3. Optimering af kommunikation om behandlingsniveau i sektorovergange
4. PreCare KOL mhp. tidlig indsats
5. Farvemarkering af epikriser

4.1.3 Team Vest:

1. Fokus på tydelig behandlingsplan – efterspørge ved modtagelse af borger
2. Dialog med borger og pårørende om deres forståelse af behandlingsniveau
3. Dokumentation af behandlingsniveau i omsorgssystem – tydeliggørelse og arbejdsgang
4. Undervisning i basal palliation, behandlingsniveau og samtaler med borger og pårørende

4.1.4 Team Øst:

1. Meta-møder ved komplekse borgere: Tværfaglige koordinationsmøder med samarbejdspartnere
2. Anvende 'handlingsanvisninger' med relevante observationspunkter (hjælp til SSH tæt på borger)
 - Afprøve fortrykt handlingsanvisning på aktuel borger med KOL
 - Systemteknisk afprøvning
3. Fokus på behandlingsniveau og behandlingsplan
 - Kontakt til egen læge ved mangler

4.1.5 Almen Praksis:

1. Bedre kommunikation på tværs af sektorer – gælder alle "søjler"
2. Opmærksomhed på behandlingsniveau hos kronikere, når de indlægges og ses ved årskontrol
3. Egen læge involveres i udskrivelse via video
4. Stillingtagen til behandlingsniveau
5. Bedre ACP-planlægning med hjemmepleje – brug af opfølgende hjemmebesøg
6. Virtuelle møder med hjemmesygeplejen ved palliative borgere

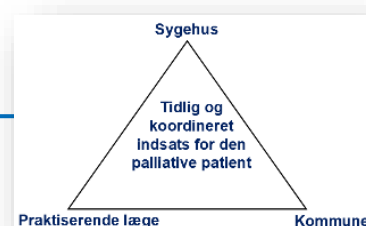
4.1.6 Tværgående:

Endelig prioriterede deltagerne en række vigtige tværgående initiativer og indsatser, som det fremgår af to særskilte plancher (**bilag 6 og 7**) – og her i et koncentrat:

- Samtaler om livets afslutning tidligere i forløbene
- Bedre kommunikation – på tværs af sektorer
 - Særligt vurderingen af patienten/borgeren i forhold til palliation og herunder sikre, at overvejelser og beslutninger om begrænset behandlingsniveau formidles klart
- Overveje andre kommunikationsformer, hvor overleveringen er særligt vigtig
 - Fx video møder mellem sygehus og egen læge og/eller hjemmesygeplejen
- Mere undervisning af flere
- Udvikle (fælles) skriftligt materiale til patienter og pårørende
- Optimering af – og undervisning i – den gode epikrise/plejeforløbsplan/udskrivningsrapport
- Øget anvendelse af EORTC-skema – undersøge om det kan anvendes tværsektorielt, så vurderingen følger patienten

5. anbefalinger: Identifikation – Planlægning- Kommunikation

Den overordnede og gennemgående anbefaling i forhold til at sikre en god palliation for patienten med non-malign lungesygdom er:



Hvis vi skal sikre en god palliativ indsats, skal den planlægges i god tid.

Kun ved tidlig planlægning, kan det lade sig gøre at koordinere indsatsen internt mellem sygehusafdelinger, internt i kommunerne og på tværs af sektorgrænserne mellem sygehus, kommune og lægepraksis.

Det forudsætter igen, at den palliative patient identificeres tidligt gennem et fagligt fokus på nødvendigheden af palliation, og gennem tidlige samtaler med patienten om sygdommens sværhedsgrad, behandlingsmulighederne og ønsker til livets afslutning.

Der er behov for et særligt fokus på at forbedre indhold i indlæggelses- og udskrivningsrapporter, plejeforløbsplaner og epikriser. Det gælder især ved overgangen mellem sygehus og kommune/lægepraksis, når en palliativ patient skal gribes hurtigt efter udskrivelsen og et fagligt godt og menneskeligt trygt forløb skal planlægges.

**Identifikation
Planlægning
Kommunikation**

5.1 Sygehuset, kommunen og almen praksis

Nedenfor gennemgår vi kort de oplagte indsatser, der skal til i de overordnede enheder, der har deltaget i projektet. Indsatser som for en stor dels vedkommende allerede er sæt i værk i de enheder fra sygehuset, kommunen og almen praksis, der har deltaget i projektet, men som naturligvis kræver langt større udbredelse, hvis projektet skal have et kvantitativt gennemslag.

5.1.1 Sygehuset

På sygehuset skal man kvalificere:

- Tidlig identificering af den palliative patient
- Afklaring af palliativt behov (EORTC)
- Lægelig afklaring af eventuel begrænsning i behandlingsniveau
- Samtaler med patienten om ovenstående og om ønsker til den sidste levetid: Sygehus-/hjemmebehandling, dødssted mm.
- Dokumentation af behandlingsniveau
- Den gode epikrise inklusiv farvemarkering mhp. rettidig involvering af praksislæge
- Plejeforløbsplan og udskrivningsrapport ift. palliative behov
- Eventuelt udveksle EORTC-vurderinger med kommunen

5.1.2 Kommunen

I kommunen skal man på plejehjem, akutpladser og i de udekørende funktioner kvalificere:

- Tidlig identificering af borgeren med palliativt behov (anvende værktøjer) og samarbejde med egen læge om dette
- Samtaler med borgerne om deres egne ønsker til livets afslutning
- Dokumentation af samtaler og aftaler om behandlingsniveau i omsorgssystemet
- Tværfaglig koordination internt i kommunen
- Viden om konkret basal palliation
- Indlæggelsesrapporter
- Arbejdsgange ved udskrivelser fra sygehus - sikre at der modtages plejeforløbsplan, udskrivningsrapport og evt. efterspørger stillingtagen til behandlingsniveau

5.1.3. Almen praksis

Hos de praktiserende læger skal man kvalificere:

- Tidlig identificering af den palliative patient
 - på baggrund af den gode epikrise
 - på baggrund af egne kronikerkontroller, hvor det skal indgå i rutinen, at lægen involveres, når sygeplejersken får mistanke om et palliativt behov
- Arbejdsgange omkring opsøgende hjemmebesøg efter udskrivelse – og ved anden mistanke om palliativt behov
 - Planlægning af palliative forløb med hjemmesygeplejen, evt. ved i højere grad at anvende fælles videokonsultationer ved hjemmeplejebesøg

Tidlig og koordineret palliativ indsats - med udgangspunkt i non-malign lungesygdom

5.1.4 Det hele i én model

I projektgruppen er vi naturligvis vidende om, at det medfører en betydelig forsimpning at gøre opsamlingen og især konklusionerne så kortfattede, som vi har gjort det ovenfor.

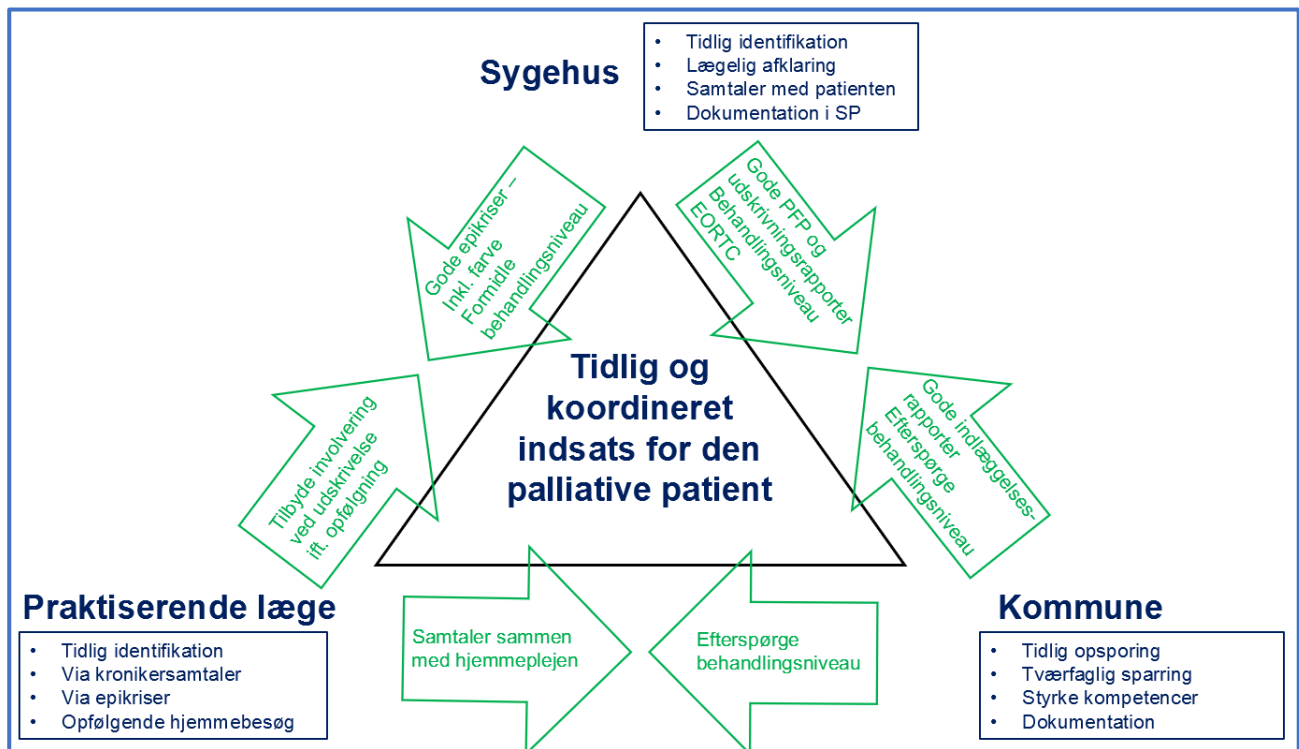
Vi har imidlertid prioriteret overskueligheden, og som supplement videreført ovenstående opmærksomhedspunkter i den udvidede model (se nedenfor).

Vi har bevaret den centrale trekant med de principielle hovedaktører i hjørnerne og suppleret med konkrete indsatser, så modellen nu fremstår som en detaljeret og handlingsorienteret version.

Ud for hver aktør er der i de blå kasser beskrevet nødvendige indsatser 'hjemme hos' aktørerne, mens vi de grønne pile indikerer de opgaver, hver aktør har ift. de to samarbejdspartnere i opgaven med at sikre en tidlig og koordineret indsats for den palliative patient.

Modellen kan desuden anvendes som en generisk model, da opgaverne, der her er beskrevet, ikke antages at være specielle i forhold til patienten med non-malign lungesygdom.

Efter projektgruppens vurdering kan modellen anvendes på alle patientgrupper.



Modellen kunne have indeholdt en reference til eHospitalet, som med stor sandsynlighed kan spille en vigtig rolle i den fremtidige palliationsindsats i kommunen som et supplement til egen læge.

På samme måde synes der et være store muligheder i at involvere de præhospitale vurderingsenheder (PVE), der har en udekørende funktion etableret i Præhospitalt Center.

Vi har imidlertid ikke testet en sådan involvering i projektet, så det må henstå til senere afprøvninger

6. Overvejelser om videre proces

Gennem dette afprøvningsprojekt har vi vist, at det kan lade sig gøre at sikre en tidlig og koordineret indsats for den palliative patient.

Vi tillader os at generalisere, at en tidlig og koordineret indsats for den palliative patient er mulig, selv om vi kun har arbejdet i ét spor omkring patienten med non-malign lungesygdom, og kun i én kommune og med to lægepraksis.

Metoden har ganske forenklet været at opfordre de involverede aktører til at kigge ind i egen praksis på området, reflektere over arbejdsgangene og afprøve ændringer af disse.

Hvordan kan projektets resultat så anvendes i sundhedsklyngen, i en større skala kvantitativt og organisatorisk? (jf. forbedringsmodellens logik om, at vellykkede afprøvninger til en start skal testes i det små, for senere at blive testet i større og bredere sammenhænge).

Ideelt set spredes de gode erfaringer til alle afdelinger (og alle dødeligt forløbende helbredstilstande) på hele sygehuset i samarbejde med alle kommuner og med alle lægepraksis.

Inden er det dog nødvendigt at erkende, at projektresultatet er skrøbeligt og er opnået på baggrund af et særligt stort engagement hos de deltagende enheder. Derfor mener projektgruppen, det bør spredes 'forsigtigt' med løbende udvidelser.

6.1 Én hel kommune – non-malign lungesygdom eller flere sygdomme

Projektgruppen ser forskellige muligheder for en fortsættelse af dette afprøvningsprojekt, og kan foreslå flg. spredningsmodeller:

- Afprøvningsprojektet kan udvides til én hel kommune med inddragelse af alle praktiserende læger
 - Det kunne fx være Næstved kommune, hvor projektet allerede er kendt, og hvor vi ved, at der er interesse for palliation hos de praktiserende læger, der har arbejdet med emnet i lægeklyngen ad flere omgange
- Afprøvningsprojektet kan i den udvalgte kommune fortsætte i det smalle spor med patienten med non-malign lungesygdom
- Afprøvningsprojektet kan i den valgte kommune udvides til at omfatte flere patientkategorier
- Afprøvningsprojektet kan udvides til større projekt, hvor flere helbredstilstande, flere sygehusafdelinger og flere kommuner inddrages

6.2 Overordnet Sundhedsklynge tilgang?

Måske ønskes der en mere overordnet Sundhedsklynge tilgang.

Under alle omstændigheder vil der være behov for at gennemdrøfte det videre forløb i de nye organisatoriske rammer i sundhedsklyngen, og her er det oplagt at inddrage erfaringer også fra andre projekter med tilsvarende fokus – fx OSCAR-projektet (inddrager Onkologisk afdeling SUH samt Sorø og Vordingborg kommune).

På en workshop eller temaeftermiddag med dette overordnede tema kunne man i fællesskab beslutte sig for, hvor fokus skal være fremadrettet.