



Palliation til borgere med KOL – på tværs af sektorer

Sundhedsfaglig projektleder, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Marie Lavesen

Leder for kvalitet, læring og administration, Hjemmesygeplejen Indre by/Østerbro – Københavns
kommune

Anne Bonde Jørgensen



Agenda

- Præsentation – hvem er vi?
- Sundhedsklynger
- Formålet med projektet og vores opgave
- Hvad har vi arbejdet fælles om? Hvilken metode er anvendt?
- 2 ændringsideer – afprøvning og resultat
- 5 anbefalinger til et samarbejde på tværs af sektorer
- Spørgsmål

Præsentation – hvem er vi?

Anne Bonde Jørgensen

Sygeplejerske + 15 år

- Erfaring fra kirurgisk afdeling på Rigshospitalet – kvinder, cancer og kirurgi
- Hjemmesygeplejerske i 3 år

Leder + 5 år

- Assisterende gruppeleder for hjemmeplejen
- Gruppeleder for sygeplejen
- Faglig leder for hjemmeplejen
- I dag – Leder for kvalitet, læring og administration.

= ikke lungesygeplejerske, men stor viden om borgers hverdagsliv samt fra kommunal praksis og arbejdsgange

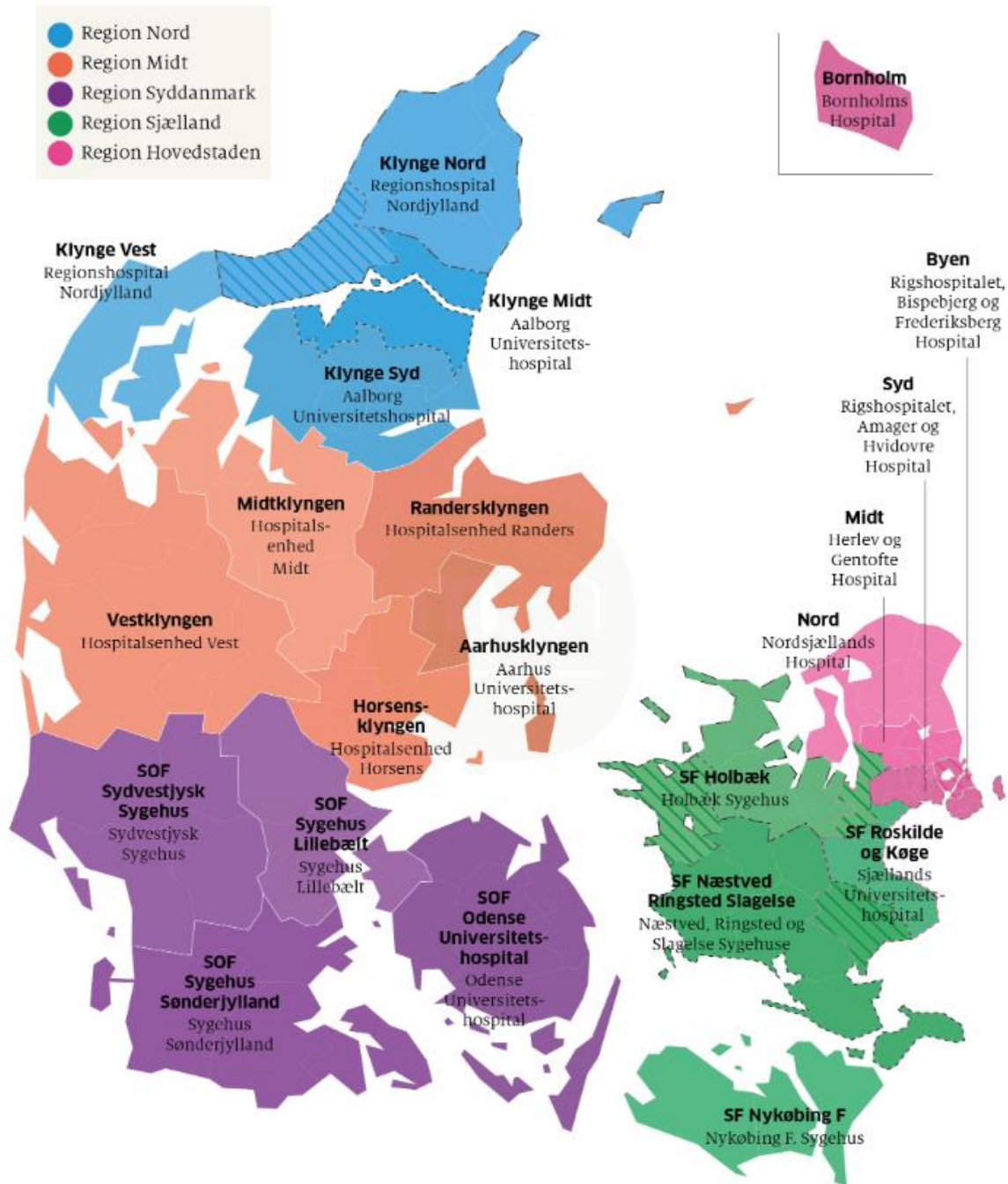
Optaget af: Hvordan mødes vi på tværs af sektorerne – forstår hinandens perspektiver til gavn for borgernes forløb

Marie Lavesen

Sygeplejerske +25 år

- Erfaringer fra lungespecialet+ 20 år
 - Patientuddannelse
 - Rehabilitering
 - Palliation
- Erfaring fra Akutafdeling med fokus på tværsektorielt samarbejde i 4 år med kommunale akutfunktion

Optaget af: Styrke patienter/borgers mestring af egen sygdom – og hvordan vi kan samtænke hinanden kompetencer og rammer for arbejde til bedre forløb



Sundhedsklynger

Formål: Samarbejde, hvor hospital, kommune og almen praksis er fælles om:

- Ældre medicinske borgere
- Borgere med kronisk sygdom
- Borgere med psykiske lidelser

Opgaver der skal løses:

- Tage ansvar for fælles population
- Styrke sammenhæng og bedre forløb for borgere, der har forløb på tværs af sektorer
- Være drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til nære sundhedsvæsen
- Prioriterer fælles midler i klyngen

Sundhedssamarbejdsudvalget

Tværasektoriel Strategisk Styregruppe

Klynge Byen

Politisk sundheds-klynge

Faglig sundheds-klynge

Samordnings-udvalg psykiatri

Bruger- og pårørende repræsentanter

- Drøfte **lokale udfordringer og prioritere/igangsætte indsatser** - med afsæt i data om klyngens (populationens) behov
- Sætte **fælles retning** for og understøtte lokal **implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer**

- Faglig indsigt og driftsnært samarbejde
- Beslutningskraft
- Sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed
- Være en drivende kraft for styrket kvalitet og omstilling i det primære sundhedsvæsen
- Være operationelt og handlekraftigt
- Være et handlerum til at iværksætte indsatser hurtigt

Fokusområder for klyngesamarbejdet



Indsatser for indlæggelser fra plejehjem



Den sidste tid og palliative indsatser



Dosisdispensering



Fødende



Træning før/i stedet for operation



Børn og unge i mistrivsel



Socialt udsatte borgers somatiske sygdom

Projektet "Den sidste tid og palliative behov hos borgere med KOL"

Et misforhold mellem borgere med svær/meget svær KOL's palliative behov og den pleje samt behandling, de modtager tværasektorielt.

Formål:

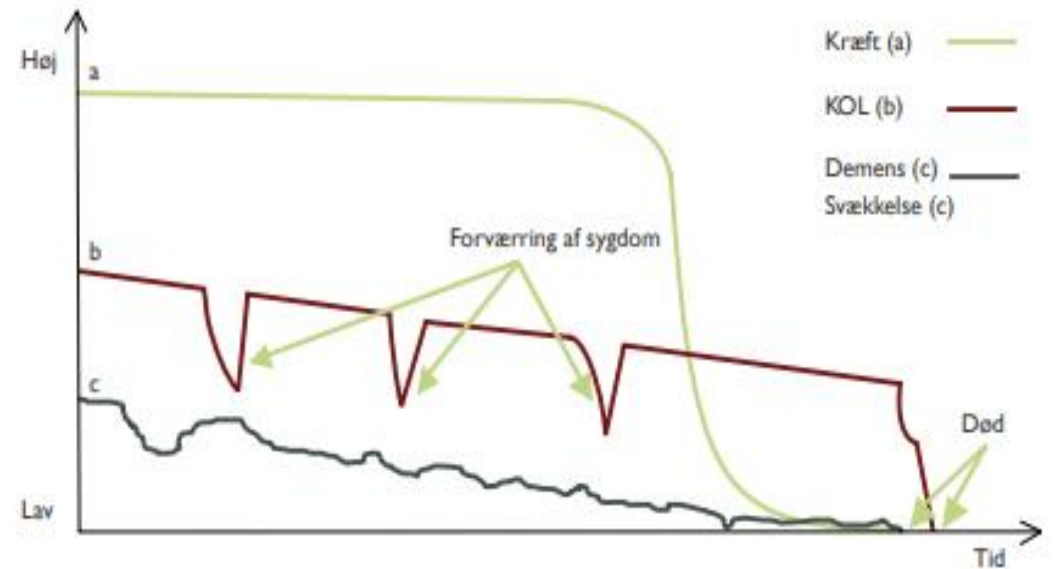
1) at beskrive en tværasektoriel **palliativ tilgang** til denne gruppe af borgere med henblik på at sikre en høj grad af livskvalitet i den sidste del af livet.

2) **Opnå tidligere kendskab** til borgernes behov for lindring i deres sygdomsforløb



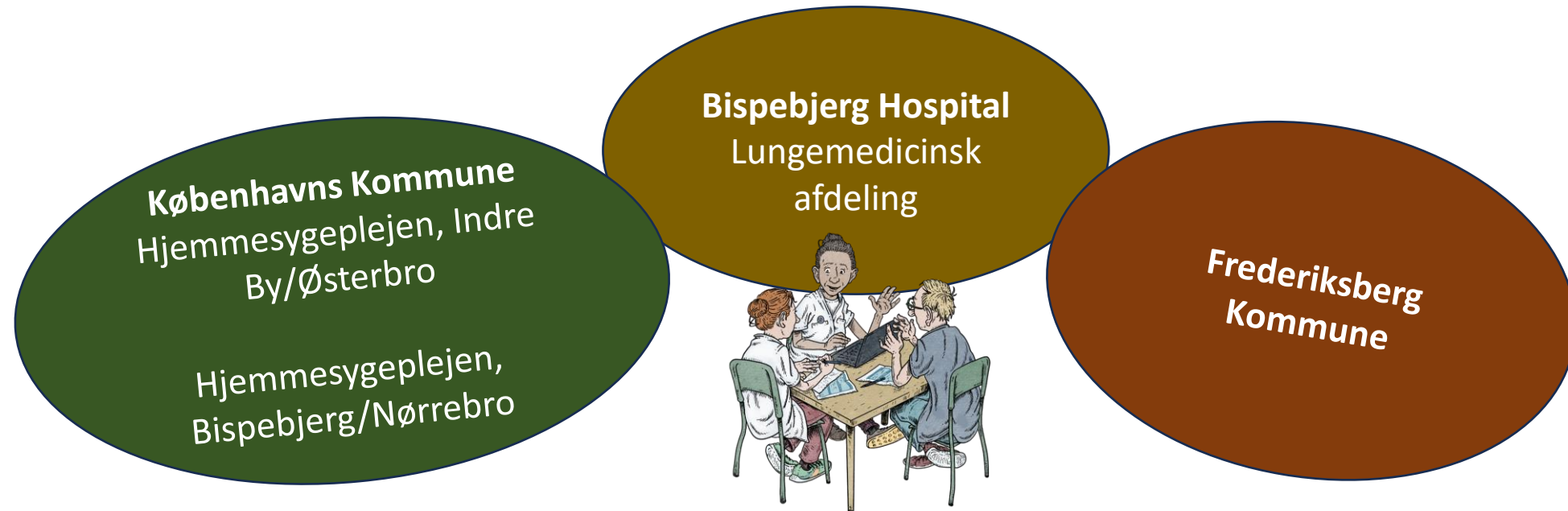
Funktionsevne

Udarbejdet på baggrund af Murray S et al. illness trajectories and palliative care. BMJ 2005; 330.



Hvad er vores opgave?

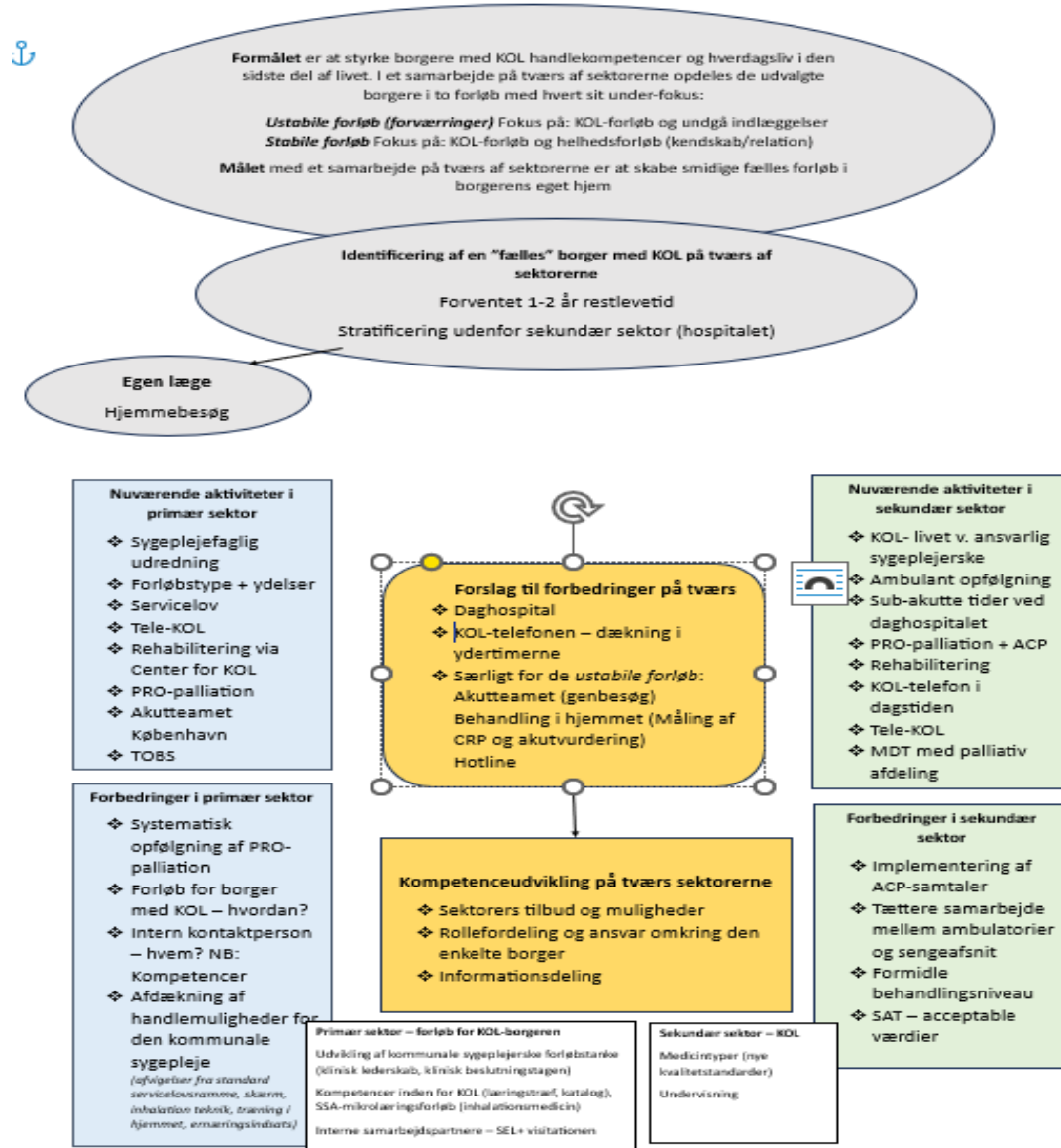
Styrke den sidste tid og den palliative pleje samt behandling på tværs af sektorer hos borgere med svær og/eller meget svær KOL



Etablere et "vi" og et "fælles" på tværs af sektorer

Finde nye arbejdsgange, som gavner borgerne

Fra snitflade til samarbejdsrum



Hvem har kontakt med borgeren hvornår?

Hvordan finder vi fælles borgere?

+Pårørende



Borgerens plan
Rette tid
Mestring - selvhjælp

Hvem kender borger?

Hvornår?

Almen praksis

Multisygdom

Kommune

Servicelov, SFU, Pro-basal, "passive-forløb – opfølgning? Hvordan bliver sygeplejehov synlige, når nej til servicelov?

Kommunikation – skal flyde, men hvordan minimeres risiko for "støj"

Hospital

Årskontrol, behandling, indlæggelse, Pro-basal, ACP, KOL-telefon/daghospital, hjemmebesøg

Egen læge

Palliativ enhed/hospice?

Center for Lungesygdomme/Frederiksberg Sundhedscenter – hvad er deres rolle?

Hvad er det, vi skal mødes fælles om?

*Hvornår mødes vi? *Hvorfor? *Om hvad?

*Hvem indkalder?

*Skal forløb slutes på noget tidspunkt?

Hvordan har vi arbejdet?

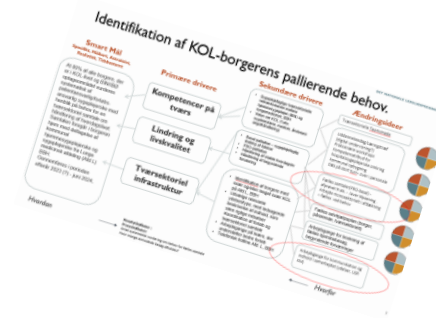
- **Opbygning af driverdiagram**

Formulere projektets indhold og mål

Udpege ændringsideer, der skal afprøves med forbedringsmetoden

- Driverdiagrammet er et dynamisk værktøj, som hele tiden tilpasser sig efter afprøvningerne

En tur ind i vores maskinrum..



Identifikation af KOL-borgerens pallierende behov.

Smart Mål

Specifikt, Målbart, Attraktivt, Realistisk, Tidsbestemt

At 80% af alle borgere, der har svær eller meget svær KOL som er bosiddende i områderne Bispebjerg, Nørrebro, Indre by og/eller Østerbro (BIN & IBØ) vurderes systematisk af patientansvarlig/forløbsansvarlig sygeplejerske med henblik på behov for en tværsektoriel samtale om håndtering af hverdagslivet.

Samtalen foregår i borgerens hjem med deltagelse af kommunal hjemmesygeplejerske og sygeplejerske fra Lunge medicinsk afdeling (Afd L) BBH. Gennemføres i perioden efterår 2023 (?) - juni 2024.

Primære drivere

Kompetencer på tværs

Lindring og livskvalitet

Tværsektoriel infrastruktur

Sekundære drivere

- Sygeplejefaglige tværsektorielle netværksmøder mellem hjemmesygeplejen (BIN) og lungemedicinsk, BBH
- Viden om KOL (f.eks. sygdomslære, medicin, åndenød-angsthåndtering)

- Viden om basal palliation – sygeplejefaglig lindring af lidelser
- Viden om skemaet PRO-palliation
- Håndtering af det *stabile* hverdagsliv
- Håndtering af begyndende *forværring*

- Identificere borgere med svær og/eller meget svær KOL på Afd L, BBH
- Udvalgte relevante ydelsestype, med ledsagende beskrivelse af indhold, som sikre rigtige indsatser Koordination af forløb og tværsektoriel samtale
- Arbejdsgange på tværs, der understøtter bedre forløb
- Telefonisk hotline Afd. L, BBH

Ændringsideer

Tværsektorielle Teamsmøde

- Uddannelsesdag/Læringstræf
- (digital undervisning?)
- Praksisnære workshops
- Kompetencetilbud for hospitalssygeplejerske omkring kommunal opbygning
- NB: et stort turn-over i personale

- Fælles samtaler (PRO-basal) – løbende tilpasning
- Arbejde monosektorielt i afdækning – fælles ved behov

Fælles selvhjælpsplan (borger, pårørende, tværsektorielt)

Arbejdsgange for bookning af fælles hjemmebesøg, begyndende forværringer

Arbejdsgange for kommunikation og indhold i samarbejdet (ydelse, USR KM)



Hvordan



Resultatindikator :
Procesindikator:

Antal systematisk vurdering om behov for fælles samtale
Hvor mange anmodede besøg afholdes?

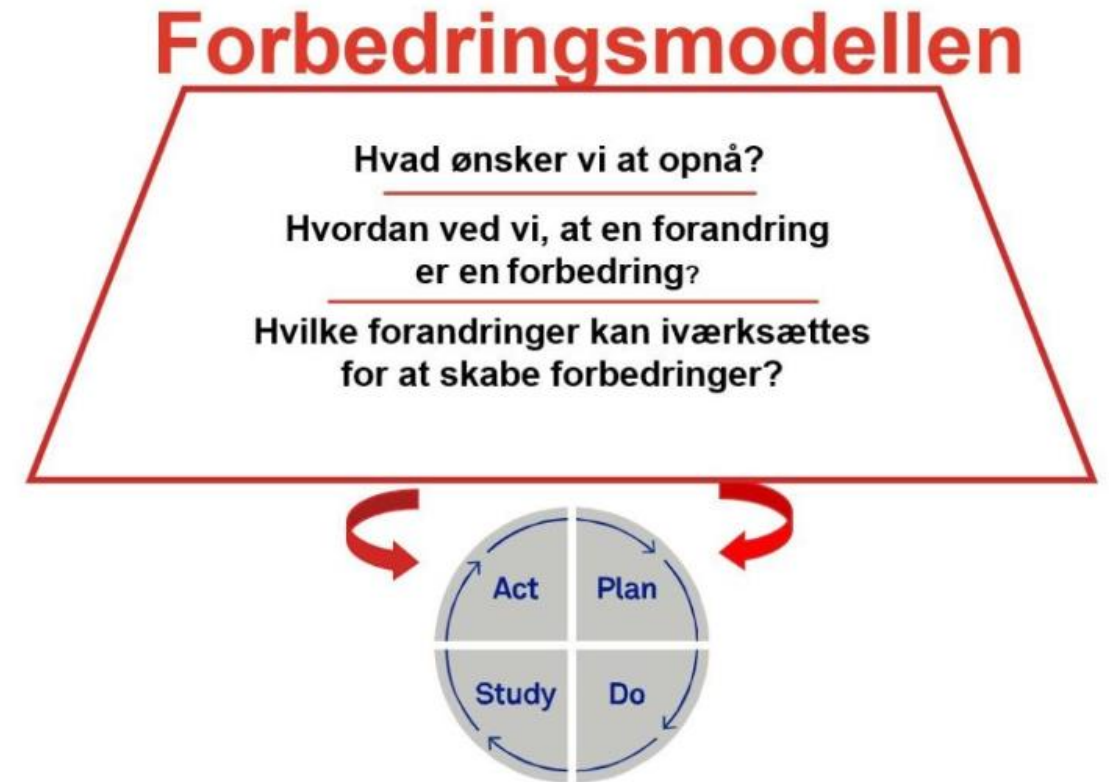


Hvorfor

Forbedringsmodellen

Fokus er:

- Små afgrænsede afprøvninger af hypoteser
- Enkel og systematisk samt tilpasse forandringer i plejen



Langley et al. (2009): Improvement Guide

NB! Forbedringsmodellen er ikke en forskningsmetode – men anvender viden fra forskning og praksis til afprøvninger med henblik på at skabe forbedringer i praksis til gavn for borgere og personale

Kilde: [Forbedringsmodellen – en fælles ramme for arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed](#)

Idégenerering af PDSA'er

4 dages intens workshop

+ 5 opfølgende dage



Kommunal sygeplejerske

Proceskonsulent

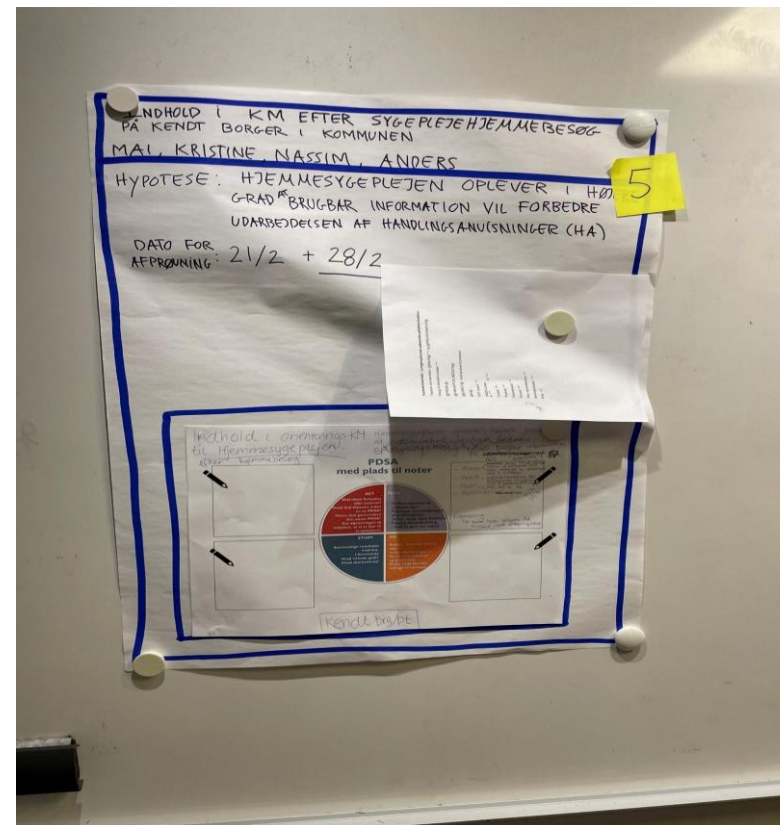
Lungesygeplejerske

Lungemedicinere

Ændringsidé – Kommunikation på tværs via korrespondancemeddelelser

Målet er, at borgerens behov ikke må drukne i overinformation, for lidt information eller mangel på viden

Timing af kommunikationen skal falde, så begge parter kan udføre deres arbejde på skuldrene af det, den anden part har gjort.



”Study” - *Kommunikation på tværs*



- Skabt et fælles faglig sprog –f.eks. i forhold til hvordan kommunale sygepleje er opbygget, hvor der arbejdes med ydelser efter Sundhedslov
- ”*Vurdering og plan for lindring*”, som betyder, at kommunen aktiverer en sygeplejerske til at vurdere og screene borgerens behov for lindring , fysisk, psykisk, åndelige/eksistentielle symptomer
- Vigtigheden i at kommunikere professionelt omkring fælles borger – at svare den anden sektor retur.
- Finde frem til hvilken borgerinformation der er vigtig at dele med hinanden for bedre at kunne tilbyde patient/borger den rette pleje og behandling.
- Udarbejdet en arbejdsgang

Ændringsidé – Fælles besøg

Deltagere:

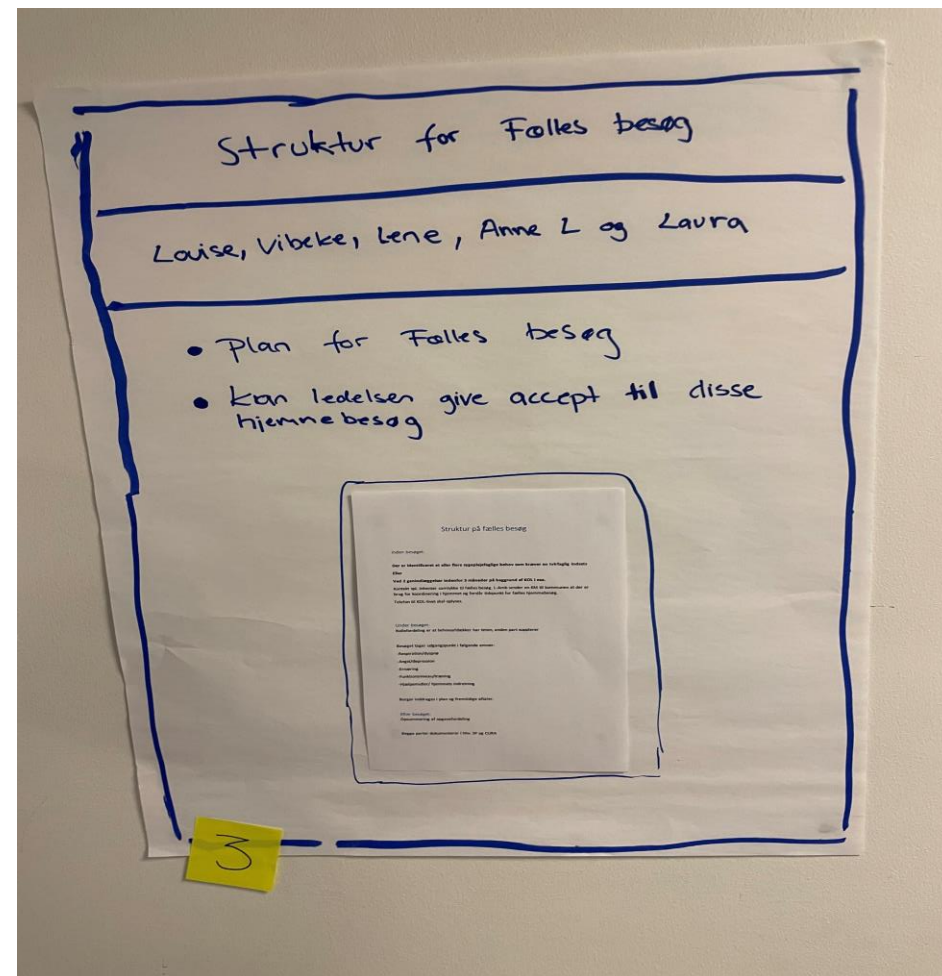
1 kommunal sygeplejerske

1 lungemedicinsk sygeplejerske

1 borger med svær el. meget svær KOL

Afprøvninger:

- Afholdt 16 fælles borgerbesøg
- Afprøvninger i perioden fra efterår 2023 – forår 2024
- Strukturen for besøget er udarbejdet af medarbejdere – formål er, at koble hverdagslivet sammen med diagnosen.



Struktur for hjemmebesøg

Før besøget:

- Et eller flere sygeplejefaglige behov identificeret, som kræver en tværfaglig indsats
- Patient/borger har haft gentagende genindlæggelser indenfor en 3 mdrs. periode grundet KOL
- Patientansvarligsygeplejerske indhenter samtykke til at foretage fælles hjemmebesøg
- Patientansvarlig sygeplejerske sender korrespondancemeddelelse til kommune, hvor der beskrives et behov for en koordinerende indsats i hjemmet og tidspunkt på dette

Struktur for hjemmebesøg

Under besøget:

Rollefordelingen er, at "behovsafdækkeren" har teten, anden part supplerer

Besøget tager udgangspunkt i følgende emner:

- **Respiration/dyspnø**
- **Medicin**
- **Angstkomponent**



Lungesygeplejersken

- **Ernæring**
- **Træning/funktionsniveau**
- **Hjælpemidler/hjemmets indretning**



Kommunale sygeplejerske

- ***Pro basal og selvhjælpsplan*** anvendes, hvis det findes relevant.

Borger inddrages i plan og fremtidige aftaler

Struktur for hjemmebesøg

Efter besøget:

- Opsummering af besøget fordeling og sygeplejersker dokumenterer relevant viden i sundhedssystemerne
- Telefonisk brugerevaluering efter besøg afprøves aktuelt

Hvad vil det betyde for de sundhedsprofessionelles muligheder for at koordinere pleje og behandling på tværs gennem det fælles besøg?

”Study” – *Fælles hjemmebesøg*

- Stor værdi for borgeren, at møde begge sektorer på én gang.
- Effektiv arbejdsgang på tværs af sektorerne, da hjemmebesøg giver mulighed for at koordinere, planlægge og beslutte i nuet med borgeren
- Nedsætter antal ”bold-berøringerne” og risiko for at borger falder mellem to stole

Afledte effekter:

Kompetenceudvikling på tværs

Situeret læring

Faglig vækst (og skaber et fælles sprog)

Stor støtte til hjemmesygeplejersken, som står alene i borger hjem

Giver hospitalssygeplejersken nye handlingsmuligheder

Vi skaber et professionelt image , hvor vi er fælles om borgeren

..... Fremtiden i det fælles arbejde med KOL-borgeren



- Et ønske om at lave en struktur, hvor vi kan blive ved med at udveksle erfaringer
- En model med principper, der kan overføres til andre sygdomme
- Database, hvor KOL-borgeren følges, for at blive klogere på den fælles population

5 anbefalinger til et tværsektorielt samarbejde

Bruge tid på at lære hinanden "rigtigt" at kende

Gør plads til uenigheder og lyt for at forstå

Få en fælles forståelse for roller og opgaver, der skal løses

Mod på at lave afprøvninger..... før alt er faldet på plads

Tillid til hinanden - og turde sætte fælles kurs



Tid til spørgsmål

