

MR, 031110. Resumé

Udvikling af den kommunale palliative indsats for mennesker med livstruende sygdomme og deres pårørende i eget hjem og plejeboliger

Indledning og formål

Syge døende opholder sig fortrinsvis i eget hjem eller plejebolig og langt de fleste syge danskere ender med at dø dér eller på en hospitalsafdeling uden en indsats fra det palliative specialniveau. Dette modelprojekt skal bidrage til inspiration, udvikling og forbedring af indsatsen for syge døende i eget hjem og plejeboliger, dvs. det kommunale palliative basisindsatsniveau i DK. Projektets overordnede **formål** er at styrke, udvikle og skabe sammenhæng i den kommunale palliative indsats for mennesker med livstruende sygdomme og pårørende i plejeboliger og eget hjem via fire **delmål**: 1) at udvikle/afprøve metoder til udvikling af de professionelle kompetencer; 2) at udvikle/afprøve strukturelle og organisatoriske rammer; 3) med afsæt i delmål 1 og 2 at udvikle/afprøve en sammenhængende indsats på tværs af basisniveauet og i samarbejde med specialisterne og 4) at evaluere delmål 1, 2 og 3.

Design

Projektet gennemføres i 5 faser, som hver især kan anvendes i kommunernes lokale udviklingsarbejde:

Tid	Efterår 2010	Forår 2011	Efterår 2011	Forår og efterår 2012	Forår 2013
Indhold	Videns- indsamling	Planlægning	Gennemførelse af intervention og evaluering		Formidling

Fase 1 – Vidensindsamling

Efterår 2010: I denne fase beskrives internationale og nationale erfaringer med at udvikle kommunal palliativ indsats. Der tages afsæt i viden og forskning indenfor følgende områder: Døende og pårørende i plejeboliger/eget hjem og deres ønsker, behov og erfaringer i forbindelse med at leve med en uhelbredelig sygdom; uddannelse/kompetenceudvikling i palliation for professionelle (fx læger, sygeplejersker); udfordringer ved tværfagligt og tværsektorielt samarbejde; organisering af den palliative indsats; forandringsprocesser i kommunalt regi; og evaluering. Derudover etableres kontakt med den/ de kommuner, der skal medvirke i projektet.

Fase 2 – Teori og planlægning af intervention

Forår 2011: På baggrund af fase 1 udarbejdes en teoretisk referenceramme vedrørende kommunalt forandringsarbejde og udvikling af praksis. I forlængelse heraf og i samarbejde med de kommunale aktører planlægges projektets konkrete indhold. Projektet forventes udformet som et aktionsforskningsprojekt, der omfatter: 1) kompetenceudvikling, 2) organisatoriske tiltag og 3) inddragelse af de lokale aktører i udviklingsarbejdet fx via nye samarbejdsformer eller samarbejde om forløb, uddannelse og organisering. Interventionen kan dreje sig om:

1. Øget kompetence/viden via uddannelse af professionelle på forskellige niveauer og med forskellige pædagogiske metoder:

- På baggrund af erfaringer fra Gentofte Kommune (GK) og Københavns kommune (KK) har vi en formodning om at en kombination af en nøglepersonsuddannelse og uddannelse af alle/basis vil have størst effekt i forhold til at udvikle indsatsen på det kommunale niveau. Der skal tages stilling til hvilke faggrupper, som skal uddannes på hvilke måder. Erfaringerne fra projektet i KK viser, at størst effekt kan opnås ved at kombinere forskellige pædagogiske metoder - fx undervisning, faglig supervision/vejledning og lokale udviklingsprojekter.

2. Organisatoriske tiltag til udvikling af praksis via af ny(e) rutiner /organisering/strukturer:

- Faglige retningslinjer: Faglige retningslinjer kan være et faglig og organisatorisk tiltag, som kan medvirke til at løfte praksis. Eks. på danske retningslinjer er Den Danske Kvalitetsmodel, DMCG's retningslinjer for særlige kliniske områder. Eks. på udenlandske systemer er Liverpool Care Pathway, The Gold Standards Framework. Tanken er, at de involverede hjemmeplejen/plejeboliger - fx via lokale udviklingsprojekter og på baggrund af overordnede retningslinjer tilpasser disse til egen praksis og udvikler lokale retningslinjer. Arbejdet kan indebære udvikling af nye eller eksisterende dokumentationsformer.
- Nye strukturer vedr. samarbejdet mellem egen læge og hjemmeplejen/plejehjem: Samarbejdet mellem egen læge, hjemmeplejen/plejehjemmet og familien er væsentligt for gode og sammenhængende forløb. Vi har ønske om at inddrage egen læge i interventionen mhp. at udvikle nye strukturer og fora for dette samarbejde - fx udvikling af en ramme for hjemmebesøg med egen læge og hjemmesygeplejen/personalet på plejehjemmet.
- Samarbejdsstrukturer mellem det palliative specialist- og basisniveau: Familiens forløb kan forbedres, hvis professionelle fra basisniveauet samarbejder med professionelle fra specialistniveauet. Afhængig den/de involverede kommune/kommuner specialiserede palliative tilbud og allerede etableret samarbejde mellem de niveauerne kan det være frugtbart at videreudvikle dette samarbejde – fx gennem undervisning, vejledning/refleksionsgrupper, i konkret familieforløb m.m.
- Samarbejdsstruktur mellem kommunen og hospitaler: Familier oplever ofte utryghed og manglende sammenhæng i deres forløb, når de bevæger sig mellem primær- og sekundærsektoren. Udenlandske erfaringer viser, at et 72-timers palliativ teaminterventions tilbud ved udskrivelse fra hospital kan afhjælpe problemstillingen.
- Frivillige: Rapport "The Quality of death. Ranking end-of-life care across the world" har eksempler på, hvordan frivillige kan spille en væsentlig rolle i lokalsamfundets indsats for syge, døende. Denne form for inspiration kan inddrages i samarbejdet med den/de involverede kommuner med henblik på, hvorvidt og hvordan dette kan/skal udvikles som et reelt kommunalt tilbud.

3. Involvering af de lokale aktører. Projektet har karakter af et aktionsforskningsprojekt, hvorfor interventionen skal beslattes og tilrettelægges i samarbejde med de forskellige aktørgrupper i kommunen. Derfor skal afholdes refleksions-/informationsmøder med ledere og ansatte i deltagende kommune(r) med mhp. at udvælge forskellige tiltag, som interventionen skal bestå af og løbende korrigerer og evaluere disse.

Fase 3 – Gennemførelse

Efterår 2011 – efterår 2012: På baggrund af de foregående faser gennemføres interventionsprojektet. Projektet vil omfatte hjemmeplejen, plejeboliger og praktiserende

læger (enten udvalgte i flere kommuner eller alle i en) samt involvere/informere hospitalsafdelinger og det specialiserede niveau.

Fase 4 - Evaluering

Efterår 2011 – forår 2013: Evaluering og forslag/plan for implementering af en eller flere dele af projektet i andre kommuner. Evalueringen planlægges og gennemføres parallelt med interventionen og kan dreje sig om:

- Effektmåling fx i form af opgørelse af indlæggelser. Det kan fx udføres som samples før og efter interventionen på udvalgte plejehjem og/eller hjemmeplejedistrikter.
- Beskrivelse af organisering af den palliative indsats (fx forløb og indholdet i udvalgte forløb) før og efter interventionen (forløbsbeskrivelser for fx fem typiske forløbstyper).
- Vurdering af den faktiske indsats før og efter interventionen (fx beskrivelse af styringsredskaber som dokumentation, plejeplaner, retningslinjer m.v. og observation af udvalgte dele, fx visitationssamtale, plejesituationer eller andet i konkrete forløb).
- Vurdering af den palliative indsats før og efter interventionen ved de involverede professionelle (ved fokusgruppeinterviews).
- Vurdering af den palliative indsats efter gennemførelse af interventionen ved borgere og pårørende (interviews med syge borgere og/eller deres familier)

Fase 5 – Formidling

Forår 2013: Projektet og resultaterne vil blive formidlet i en arbejdsrapport, der kan anvendes som inspirationsguide for andre kommuner samt i videnskabelige og faglige artikler. Projektet vil blive synliggjort i dialog med og via Kommunernes Landsforening (KL), via mundtlig og skriftlig formidling i PAVI (hjemmeside, konferencer m.v.).

Projektorganisering og samarbejdspartnere

Projektet organiseres ved en projektgruppe og en styregruppe. Mette Raunkiær (MR), PAVI er projektleder og projektgruppen består udover MR af en eller flere kommunale projektkoordinatorer fra den/de involverede kommuner, der kan frikøbes i et antal timer pr. uge/måned til løsning af denne opgave samt studenter/praktikanter til dataindsamling, bearbejdning m.v. Styregruppen tænkes at bestå af minimum Helle Timm, PAVI, overordnet ledelsesrepræsentant fra den/de kommuner, som projektet udføres, en relevant person fra Kommunernes Landsforening og en forskningskyndig fagperson fra det palliative miljø. Derud tager PAVI initiativ til dannelse af en egentlig netværksgruppe med det formål at vidensdele og skabe indblik i tiltag vedr. udvikling af den palliative indsats på kommunalt niveau. Allerede nu er der etableret et samarbejde med Silkeborg Kommune og Gentofte Kommune.