

Gode erfaringer med en tværsektoriel samarbejdsmodel for palliativ behandling

Mette Raunkjær¹, Sonja V. Henriksen², Marie Lindjordet Glenstrup³, Lisbeth Bierlich⁴ & Ole Bo Hansen⁵

KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

- 1) PAVI, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- 2) Lægehuset i Højby
- 3) Center for Omsorg og Sundhed, Odsherred Kommune
- 4) Lynghuset, Odsherred Kommune
- 5) Tværfagligt Smertecenter, Holbæk Sygehus

Ugeskr Læger
2015;177:V05140304

Artiklen omhandler Projekt Palliation i Odsherred Kommune (PPO), som er en afprøvning af en samarbejdsmodel kaldet PPO-modellen mellem Lynghuset, almen praksis i Odsherred Kommune samt Tværfaglig Smertecenter og Palliativ Klinik, Holbæk Sygehus. Projektet havde især fokus på terminalfasen, og formålet var at forbedre den palliative indsats i primærsektoren til mennesker med livstruende sygdomme via udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Lynghuset blev etableret i 2007 og er et kommunalt institutionelt tilbud med genoptrænings-, aflastnings- og akutpladser – herunder mulighed for indlæggelse for borgere med behov for palliation.

Lynghusets udfordringer var bl.a., at man ikke havde tilknyttet en fast læge med palliative kompetencer. Symptomlindring, ordinationer m.m. blev forvaltet af den syges praktiserende læge. Det betød, at personalet samarbejdede med mange praktiserende læger, og kvaliteten af f.eks. den palliative indsats afhang af den praktiserende læges kompetencer, tilgængelighed og samarbejdsevne. Formålet med artiklen er at beskrive erfaringerne med PPO-modellen, og om den medvirkede til forbedring af palliative forløb samt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

INTERVENTION

PPO-modellen blev afprøvet i seks måneder (2013-2014), og grundstrukturen var, at en praktiserende læge fra lokalområdet og en læge fra det specialiserede palliative niveau på Smerteklinikken, Holbæk Sygehus, var fast tilknyttet Lynghuset med henblik på at sikre kontinuitet og lægefaglig kvalitet for patienter, der var i palliative forløb. Indlagte patienter blev tilknyttet Smerteklinikken ved indlæggelse i Lynghuset. Den praktiserende læge kom i Lynghuset hver onsdag i 2-3 timer, hvor en gennemgående sygeplejerske var til stede. Den praktiserende læge, der var tilknyttet Lynghuset, varetog behandling relateret til palliation (anden behandling gik via borgerens egen læge); rådgivning af institutionens personale; samtaler med borgere/pårørende samt evt. at konferere med patientens egen læge. En læge fra det specialiserede palliative niveau deltog i onsdagsmøderne sammen med den praktiserende læge og den gennemgående sygeplejerske en gang om måneden. Tanken

bag denne organisering var, at den praktiserende læge var i en slags mesterlære hos lægen med specialiserede palliative kompetencer. Samtidig diskuterede og tilså lægerne sammen med sygeplejersken indlagte borgere med henblik på symptomlindring, ligesom de sammen udførte samtaler med familierne. Lægen fra det specialiserede palliative niveau afholdt også undervisning og udarbejdede en klinisk vejledning om medicingivning for Lynghusets personale. Derudover var der tilknyttet en fysioterapeut, som f.eks. udførte lymfedrænage, og en psykolog, som tilbød samtaler til patienter og pårørende samt gruppesupervision til Lynghusets personale (**Tabel 1**).

LÆRINGSPUNKTER

Erfaringerne er baseret på interview med seks pårørende og 20 professionelle (seks praktiserende læger fra kommunen, to hjemmesygeplejersker, en kommunal visitator, en fysioterapeut, en ergoterapeut, en udviklingskonsulent, to hjælpere samt tre sygeplejersker fra Lynghuset, en psykolog, den fast tilknyttede praktiserende læge og en læge fra det specialiserede palliative niveau). Antallet af pårørende bestod af dem, som ønskede at deltage, og repræsenterede seks af de 32 patienter, som var indlagt under projektperioden. Baggrunden for at interviewe en del professionelle var et ønske om at inddrage erfaringerne fra de faggrupper, som indgik i/blev berørt af PPO-modellen, herunder praktiserende læger fra kommunens forskellige lægehuse. Interviewene levede op til de formelle etiske krav, varede ½-2 timer og blev udskrevet i fuld længde (et telefoninterview blev noteret). Interviewguiderne var semistrukturerede og forskellige for pårørende og professionelle (**Tabel 2**). Analysen blev gennemført som kvalitativ meningskategorisering ud fra guidetemaerne [1].

De pårørende havde oplevet trykke og sammenhængende palliative forløb ved overgange og under indlæggelser i Lynghuset. De følte, at der var ro, plads og høj faglig kvalitet. Tre havde erfaringer med den fast tilknyttede praktiserende læge og en læge fra det specialiserede palliative niveau og var tilfredse. Alle syntes, at det var betryggende at vide, at der var faste læger tilknyttet.

Lynghusets personale, den faste praktiserende

læge og lægen fra det specialiserede palliative niveau vurderede, at PPO-modellen havde højnet den faglige kvalitet via specialiseret palliativ viden og beslutningskompetencer, medført smidigere forløb, forbedret det tværfaglige samarbejde samt øget den faglige tryghed og sikkerhed.

Områdets praktiserende læger oplevede, at modellen var et opgør med en kulturel forestilling om »familielægen« og formulerede fordele og ulemper. Fordelene var, at de syge blev behandlet med »specialistkompetencer«, og lægerne fik aflastning af egen praksis og kørsel. Ulemperne var, at deres egne palliative kompetencer »falmede«, de ikke fulgte patienterne »fra vugge til grav« og savnede feedback om egne patienter.

PPO-modellen havde betydning for strukturelle forhold som kommunikation, arbejdsdeling og autoritetsstrukturer. De kommunikative udfordringer var, at Lynghuset, almen praksis og Smerteklinikken havde forskellige it-systemer, og at Lynghusets sygeplejersker ikke udarbejdede oplæg om palliative problemstillinger til møderne. Den praktiserende læge,

der var tilknyttet Lynghuset, lægen fra det specialiserede palliative niveau og kommunens praktiserende læger så en arbejdsdeling, hvor Lynghusets læger havde behandlingsansvar vedr. palliation, mens områdets praktiserende læger tog sig af »det almene«. Alligevel oplevede Lynghusets læger stress i forhold at kunne nå arbejdet ved siden af deres »almindelige« arbejde. Ansættelsesvilkårene var udfordrende, idet lægen fra det specialiserede palliative niveau var behandlingsansvarlig for den palliative del og godkendte den faste praktiserende læges faglige vurderinger uden at kunne tilse patienterne hver gang. For Lynghusets personale ændrede modellen mødestrukturerne således, at de gemte flere palliative problemstillinger til onsdage. Bl.a. fordi møderne med den faste praktiserende læge og lægen fra det specialiserede palliative niveau lå sent om eftermiddagen, var der etableret en funktion med en gennemgående sygeplejerske. Fordelen var, at det gav faglig kontinuitet. Ulemperne var, at modellen blev personafhængig, og der kunne opstå misforståelser pga. mangelfuld videregivelse af information/dokumentation vedr. borgeren, da det ikke var den medarbejder, der havde passet borgeren, som deltog.

De professionelle havde forslag til kvalificering af modellen: flere faggrupper, mere lægetilknytning samt at funktionen med gennemgående sygeplejerske blev spredt ud, og områdets praktiserende læger efterspurgt undervisning i palliation. Lynghusets læger ønskede tydeliggørelse af kompetencer og ansvar for dem selv og plejepersonalet, forbedring af beslutningsprocesserne, således at den praktiserende læge, der var tilknyttet Lynghuset, og lægen fra det specialiserede palliative niveau fik skriftligt oplæg fra Lynghuset til møderne, at der blev skrevet et fælles notat direkte ind i Lynghusets kommunikationssystem samt at den faste praktiserende læge blev ansat som »lægen i Lynghuset« og lægen fra det specialiserede palliative niveau som »konsulent«.

KONKLUSION

Formålet med projektet var at forbedre den palliative indsats i primærsektoren til mennesker med livstruende sygdomme via udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Interviewene med pårørende indikerede ikke, om der skete en egentlig forbedring af den palliative indsats, men viste, at de oplevede trykke og sammenhængende forløb i Lynghuset. Interviewene med de professionelle peger på, at PPO-modellen ifølge deres vurderinger medførte højere kvalitet i den palliative indsats, smidigere palliative forløb, forbedret tværfagligt samarbejde og øget faglig tryghed og sikkerhed hos Lynghusets personale. Imidlertid indebar modellen også faglige,



TABEL 1

Indhold i PPO-modellen.

Centrale professionelle

GSPL

PL

LSP

Psykolog

Fysioterapeut

Plejepersonale i Lynghuset

Opgaver

Palliative forløb (terminalfasen)

Symptomlindring

Samtaler med patienter og pårørende

Faglig rådgivning og undervisning

Udarbejdelse af faglige vejledninger

Anvendelse af selvvruderingsskemaet EORTC-QLQ-C15-PAL

Praktik for PL på Holbæk Smerteklinik

Grupp supervision af personale i Lynghuset

Strukturer

PL fast × 1/uge med GSPL i Lynghuset

LSP fast × 1/måned med PL og GSPL i Lynghuset

Ad hoc-besøg af PL og LSP

Fax, mail og telefonkontakt mellem de forskellige aktører

Indlagte patienter tilknyttet det specialiserede palliative niveau

Fast grupp supervision med plejepersonale × 1/måned

EORTC-QLQ-C15-PAL = European Organisation for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire – 15 spørgsmåls-core – palliative patienter; GSPL = gennemgående sygeplejerske; LSP = fast tilknyttet læge fra det specialiserede palliative niveau; PL = fast tilknyttet praktiserende læge; PPO = Projekt Palliation i Odsherred Kommune.



TABEL 2

Interviewguide for pårørende og professionelle.

Informanter	Temaer
Pårørende	Tilknytning til Lynghuset Vurdering af plejen og den lægelige behandling Klarhed over, hvad som skulle ske, og tilbud Erfaringer med informationsniveau og samarbejdet mellem de professionelle Tilfredshed med symptomlindring Hjælp til udfordringer i indbyrdes relationer og sociale forhold Egen tilpashed i forløbet Erfaringer med selvvrderingsskema EORTC-QLQ-C15-PAL
Professionelle	Beskrivelse af modellen Erfaringer med modellen Mulighederne og udfordringerne ved modellen Betydning for patienter og pårørende Betydning for egen arbejdssituation Betydning for kommunikation og samarbejdet Yderligere kvalificering af modellen

EORTC-QLQ-C15-PAL = European Organisation for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire – 15 spørgsmåls-core – palliative patienter.

strukturelle og kulturelle udfordringer. F.eks. udfordrede PPO-modellen de praktiserende lægers historiske og kulturelle forestillinger om »familielægen«. I en artikel diskuteres begrebet »familielægen« [2], herunder hvordan mange praktiserende læger identificerer sig med begrebet og ser denne funktion som en kerneværdi. Yderligere påpeges det i artiklen, at det, at de praktiserende læger gennem mange år har været selvstændige og har haft kontrakt med det offentlige sundhedssystem, medvirker til at understøtte en identitet som autonome familielæger. Denne forestilling kan trues af organiseringer, hvor praktiserende læger ansættes i større lægehuse, plejecentre og andre kommunale institutioner. Imidlertid er der noget, der tyder på, at der er ved at ske en forandring i den retning. I et dansk forsøg har man siden 2012 prøvet at implementere fast tilknyttede læger på seks plejecentre. Ordningen ligner på flere områder PPO-modellen, men omfatter al lægelig behandling. En midtvejsevaluering viser, at flere borgere valgte at skifte til den fast tilknyttede læge, og selvom personalet og lægerne var tilfredse med samarbejdet, var der udfordringer. F.eks. var implementeringen tidskrævende; det tog tid at udarbejde en rammeaftale, rekruttere kvalificerede læger og etablere tillidsrelationer alle parter imellem [3]. Uanset disse og andre udfordringer lægges der fra sundhedspolitisk hold

flere opgaver ud til almen praksis, hvilket kan være vanskeligt at indfri fagligt og tidsmæssigt. Det kræver overvejelser om nye måder til opgaveløsning i og organisering af almen praksis.

SUMMARY

Mette Raunkjær, Sonja V. Henriksen, Marie Lindjordet Glenstrup, Lisbeth Bierlich & Ole Bo Hansen:

Cross-sectorial cooperation has improved palliative care
Ugeskr Læger 2014;176:VO5140304

Project Palliation in the Odsherred Municipality is concerned with testing of a cooperation model between Lynghuset, general practice and Pain Centre, Holbæk Hospital. The purpose was to improve the palliative care to people suffering from life-threatening diseases through development of interdisciplinary and cross-sectorial cooperation. The model has shown to contribute to improvements but it also leaves room for further qualification.

KORRESPONDANCE: Mette Raunkjær, PAVI, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, Øster Farimagsgade 5 A, 2., 1353 København K. E-mail: raunkjaer@sdu.dk

ANTAGET: 20. november 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 19. januar 2015

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

LITTERATUR

1. Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzel, 2009.
2. Villesen K. Lægen er jo ikke et medlem af familien. Information 11.-12. maj 2013:2-3.
3. Weatherall CD, Lauritzen HH, Termansen T. Implementering af »fast tilknyttede læger på plejecentre«. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2013.

