



Prosjekt hjemmetid og hjemmedød Kongsberg

Stian Kristoffersen avdelingsoverlege Kongsberg sykehus

Karin Aaker rådgiver Kongsberg kommune



Pasientsikkerhetskonferansen 21. november 2024



KONGSBERG
KOMMUNE

— Samarbeidet har gitt resultater

Systematisert pasientløpet for palliative pasienter

Toveiskommunikasjon

Fastlegen kobles tidlig inn

Sikrer pasient og pårørendeinvolvering

Etterlattes erfaringer -trygghet

Ansattes tilbakemeldinger - samarbeidsmøte

Økt hjemmetid og doblet antall hjemmedød

Fag- og kvalitetsrigg - Fagutvalg palliasjon

Systematisk kompetansearbeid



Bakgrunn: Et vanlig lokalsykehus i en ganske typisk norsk kommune



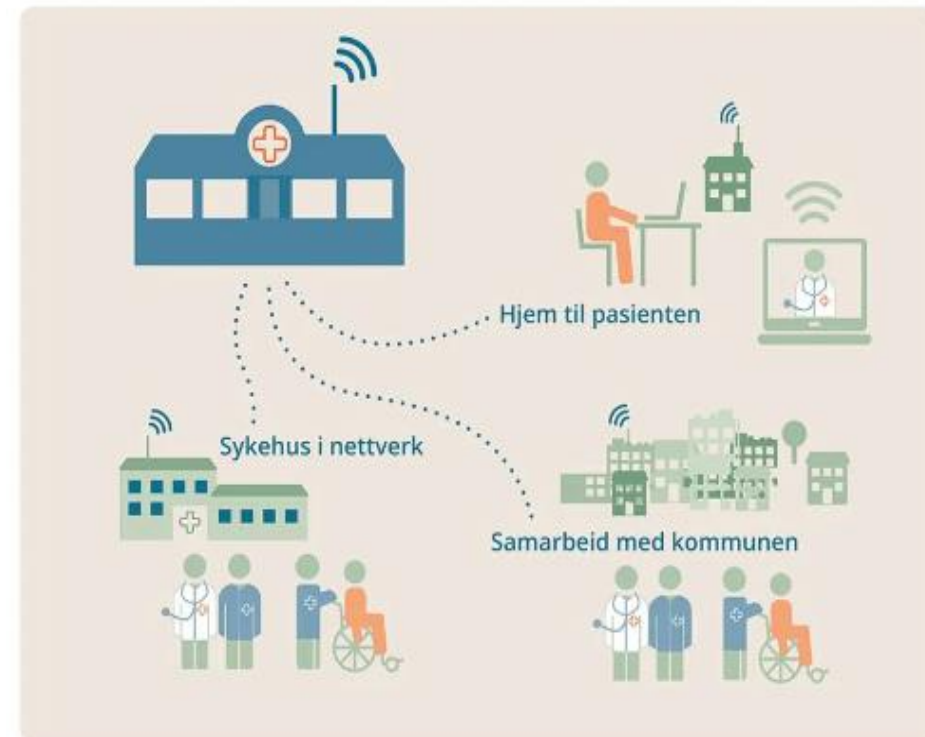
Kongsberg sykehus har fått eget lindrende team



Kreftkoordinator Silje Løver Aukrust og Klinikkdirektør Stein-Are Agledal klipper snoren Foto: Vestre Viken

Bakgrunn:
Kreft og palliasjon Kongsberg sykehus

- **Palliativ enhet med palliativt team fra 2005**
- Satsingsområde over mange år
 - Palliativ pasient er en typisk lokalsykehuspasient!
- Samhandling viktig
 - Palliativt nettverk fra 2003
 - Fra 2004 ukentlig tverrfaglig palliativt møte med kommunene



Palliasjon i Kongsberg kommune

- 1999 Ressurssykepleiere i palliasjon
- 2001 Fagkoordinator i palliasjon og kreftomsorg
- 2001 Veiledning for ansatte
- 2004 Lindrende enhet 6 plasser
- 2005 Ukentlig tverrfaglig palliativt møte
- 2006 Etterlatte grupper
- 2007 Møteplass og bassengtrening – for deg som har eller har hatt kreft
- 2011 Håndbok i palliasjon
- 2013 Treffpunkt – møtested for barn og unge
- 2019 -2021 Prosjekt palliasjon
- 2022 Palliasjonsutvalget
- 2022 Barnepalliasjon
- 2022 Systematisk kompetansearbeid – Røykenmodellen KNIPS



Utfordring 1: Når pasienten blir sykere

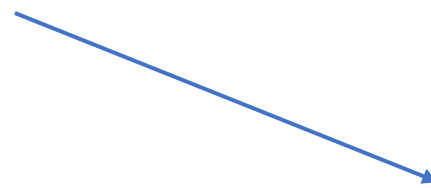
- Palliativt tilbud er ikke alltid etablert
 - Pasienten har ikke ønsket eller har ikke fått tilbud
- Sykehuset(særlig legen?) mangler informasjon/kunnskap:
 - Om etablert oppfølging og ytterligere tilbud i kommunen inkl i hjemmet
 - Om pasient og pårørendes ønsker mot slutten av livet
 - Vi sender noe info ut, men får mindre inn



Utfordring 2:

Hvor henviser jeg når?

For tilfeldig hvem som får et palliativt tilbud, når og fra hvem



**KONGSBERG
KOMMUNE**



VESTRE VIKEN



**KONGSBERG
KOMMUNE**

Hva gjør man når man er usikker eller mangler informasjon?



- Ofte tryggest og lettest der og da:
 - Å legge pasienten inn
 - Starte antibiotika/cellegift
 - Ta en CT
 - Anbefale sykehjem i stedet for hjemmetid
 - ...
- Men ikke alltid det beste for pasient og pårørende
- Vi vil det beste, men det kan bli belastende overbehandling

Vårt felles mål -Og utfordring



Helhetlige og sammenhengende tjenester

Prosjektstruktur midler fra Helsedirektoratet 2021-2024

Prosjektstyre

Prosjekteier	Kommunalsjef Tone Merete Svenkerud
Hovedtillitsvalgt	NSF Eirin Tandberg
Kongsberg sykehus	Avdelingssjef Janne Berit Mandelid
Pasientorganisasjon	Kreftforeningen Trine Hveem
Helse og omsorg	Virksomhetsleder Samordnede tjenester Nils Martin Løwehr
Sekretær	Prosjektleder Karin Aaker

Prosjektgruppe

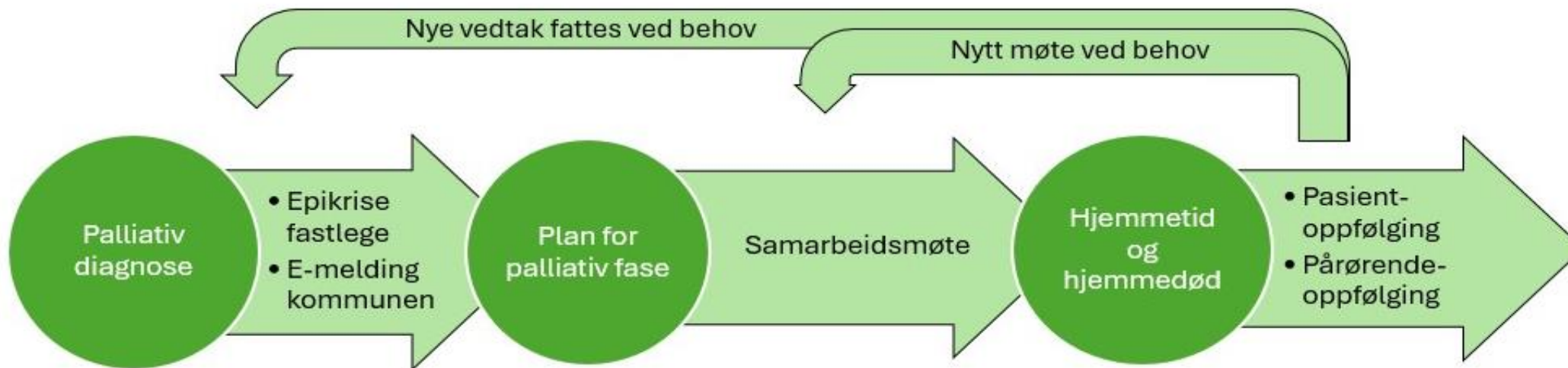
Funksjon	Navn
Prosjektleder	Karin Aaker
Leder for koordinerende enhet	Jon Håvard Hurum
Kommuneoverlege	Beate Smetbak
Samhandlingsleder Kongsberg sykehus	Rannveig Aaker
Fagkoordinator i palliasjon og kreftomsorg	Kristine Louise Lein/Kristine Waal Schärer
Leder Palliativt team Kongsberg sykehus	Silje Løver Aukrust
Frivillig/brukerrep Venner av Lindrende enhet	Anne Høva Glenna
Fagkoordinator Velferdsteknologi	Hanne Berntsen
Avdelingsoverlege medisinsk avdeling	Stian Kristoffersen



Nullpunktskartlegging: Mye var bra –men

- tilfeldig variasjon
- identifisering av pasienter i palliativ fase som ikke hadde kreft
- samarbeidsmøte
- om fastlegen ble involvert
- forhåndssamtale
- 2 - veis kommunikasjon mellom kommune og sykehus
- Oppgavedeling
- Mangler i basiskompetanse i palliasjon
- Manglet kunnskap om andre tjenestesteder internt og eksternt

Kongsbergmodellen hjemmetid og hjemmedød



Innhold i samarbeidsmøte

- Avklare hva som er viktig for pasienten og familien.
- Avklare hvem som gjør hva
- Kontaktinformasjon deles
- Lage en plan for tiden som kommer (palliativ plan)
- Notatet fra møte deles med alle involverte parter

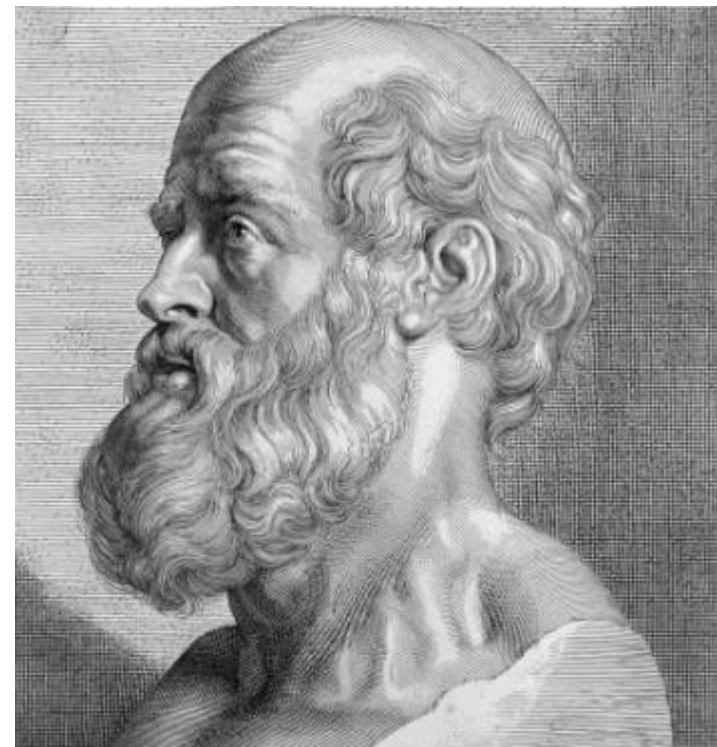
Sjekkliste samarbeidsmøte

Hensikt: sørge for at det lages en plan for tiden som kommer, og at alle involverte parter vet det samme.

- Tjeneste- og utviklingsavdelingen (TUA) ved saksbehandler, fagkoordinator i palliasjon og kreftomsorg, ressursykepleier, fastlege eller palliativt team kaller inn til samarbeidsmøte med aktuelle aktører.
- «Hva er viktig for deg?» i tiden fremover
- I hvilken grad ønsker pasienten informasjon om egen sykdom, mye eller lite?
- Legens vurdering og beskrivelse av pasientens aktuelle situasjon, samt avklare HLR-status
- Plan for veien videre:
 - behandlingsplan, palliativ plan
 - definere hvem som utgjør pasientens lindrende team
 - ved ønske om IP må det søkes/iverksettes IP og IP-koordinator
- Avklare behov for forhåndssamtale og hvem som følger opp
- Avklare nærmeste pårørende og hvilken informasjon som kan gis
- Barn som pårørende?
- Når ønsker pårørende og bli kontaktet?
- Gi pasient og pårørende info om tilbud som finnes i kommunen (se egen brosjyre)
- Pårørende: gi tilbud om kartlegging med CSNAT
- Avklare behov for hjelpemidler og velferdsteknologi
- Lage en oversikt over hvem og når pasient og pårørende kan ta kontakt ved behov
- Informere om rammer for hjemmedød
- Innhente samtykke til at referatet fra møtet deles med involverte parter og at det sendes til legevakt
- Informere om ukentlig tverrfaglig møte (innhente samtykke til å bli tatt opp)
- Be om samtykke til at møtereferat sendes til alle møtedeltakerne
- Ressursykepleier skriver møtereferat og sender referatet til aktuelle samarbeidsparter via PLO-melding til fastlege og til sykehus.
- Viktige punkter fra forhåndssamtalene skal legges inn i kjernejournal av fastlegen, under «sammenfatning» av kommunalt helsepersonell og i «kritisk informasjon» i DIPS av sykehuset.

Brukerinvolvering essensielt for å kunne gi riktig behandling og omsorg!


Forhåndssamtaler er hovedverktøyet!



-Jeg skal avstå fra å skade eller gjøre urett

Fra Helsedirektoratet desember 2023:

Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid

 Nasjonale faglige råd

[Hva er nasjonale faglige råd? →](#)

- 1 Bakgrunn, metode og prosess
- 2 Forhåndssamtaler
- 3 Kompetanse

Søk i nasjonale faglige råd

1. Bakgrunn, metode og prosess

2. Forhåndssamtaler

Pasienter med begrenset forventet levetid bør få tilbud om forhåndssamtaler og planlegging

3. Kompetanse

Kompetanseheving innen forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid bør inkludere praktisk øvelse og etisk refleksjon

Hva er en forhåndssamtale?

- Forhåndssamtaler er **frivillige og planlagte samtaler om pasientens ønsker** for den nære framtid, framtidige helsehjelp og livets siste fase
- Bør forstås og håndteres som en **kommunikasjonsprosess** med oppfølgende samtaler

Stor målgruppe og felles ansvar -Ikke frivillig å tilby forhåndssamtaler!

Råd

Forhåndssamtaler og planlegging bør tilbys pasienter med alvorlig, uhelbredelig sykdom eller høy risiko for alvorlige sykdomsepisoder på grunn av høy alder og betydelig fysisk svekkelse. Pasienten bør etter eget ønske få ha med seg pårørende.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegen, og spesialisthelsetjenesten bør ha et system for gjennomføring av forhåndssamtaler.

Nordmenn ønsker involvering og forhåndssamtaler!

- Spørreskjema til representativt utvalg nordmenn
 - 1035 svar (responsrate 41%):
 - 9 av 10 ville delta i Advance Care Planning(ACP)
 - 9 av 10 ville ha med seg pårørende ved ACP
 - 69 % ville at helsepersonell skulle ta initiativ til ACP og ønsket at det skulle skje i tilknytning til alvorlig sykdom med begrenset levetid (68%)

- Svarer vi til disse ønsker og forventninger?

Forhåndssamtaler i prosjektet

- Modellen inkludert samarbeidsmøte sikrer at samtale tilbys alle
- Felles retningslinje forhåndssamtale sykehus og kommune
 - Hvem?
 - "Alle" kan. Ikke bare leger
 - Hvordan?
 - Invitasjon og informasjon pasient og pårørende
 - Maler for innhold
 - Ikke for omfattende
 - Deling
 - Journal sykehus og kommune
 - Kjernejournal
 - Bruk av PLO/dialogmeldinger
- Opplæring og bevisstgjøring i kommune og sykehus
 - Mange er usikre fortsatt
 - Naturlig og "riktig" -Vår jobb er å lage rutiner, gi trygghet og opplæring

Hva har vi fått til i prosjektet?

- Bedre rutiner, systematikk og mer fokus:
 - I kommunen
 - I sykehus
 - Mellom sykehus og kommune
 - Kommer også andre pasienter og forløp til gode
- Mer hjemmetid og flere hjemmedød
- Mer brukermedvirkning



Hvorfor vi har fått det til

- Forankring
- Samarbeid, involvering og felles interesse
- Midler og tid
- Systematisk kompetansesarbeid
- Arbeidet bygger på, og er inkludert i eksisterende strukturer



Organisering av fag og kvalitetsarbeidet

