

# Palliationsplan II



1. Indledning og læsevejledning .....	4
2. Resume af anbefalinger .....	8
3. Palliation .....	20
3.1. Definition.....	20
3.2. Niveauer i den palliative indsats.....	21
3.3. Målgruppe .....	21
3.4. Lovgivning.....	22
3.5. Palliationens omfang.....	22
4. Den nuværende palliative indsats i Region Midtjylland.....	23
4.1. Kommunerne.....	24
4.2. Almen praksis.....	24
4.3. Hospitalernes somatiske sengeafsnit.....	25
4.4. Palliative senge.....	25
4.5. Palliative team.....	25
4.5.1. Udvikling i normeringen ved de palliative team.....	26
4.5.2. Aktivitet ved de palliative team 2006 - 2010 .....	28
4.6. Hospice .....	30
4.6.1. Aktivitet på hospice .....	31
4.6.2. Indskrevne fordelt på bopælskommune pr. hospice.....	32
4.6.3. Antal indbyggere pr. hospicepatient indlagt på de midtjyske kommuner i 2011 .....	34
4.6.4. Resultatet af indskrivning på hospice .....	36
4.6.5. Hospiceforbrug i andre regioner .....	37
5. Nationale planer, anbefalinger, retningslinjer love og bekendtgørelser m.v. for det palliative område.....	38
5.1. Lovgivning.....	38
5.2. Planer.....	38
5.3. Nye anbefalinger .....	39
5.3.1. Udvidelse af målgruppe og udvidelse af tidsrum for palliativ indsats .....	39
5.3.2. Behovsvurdering.....	39
5.3.3. Uddannelse og kompetenceudvikling.....	39
5.3.4. Organisering .....	40
5.3.5. Kvalitetsudvikling og forskning.....	41
5.4. Anbefalinger specifikt for kommunernes palliative indsats .....	41
5.4.1. Kontaktperson .....	41
5.5. Anbefalinger specifikt for regionernes palliative indsats .....	41
5.5.1. Visitationsretningslinjer.....	41
5.5.2. Tværfaglighed .....	41
5.5.3. Åben indlæggelse.....	42
5.5.4. Døgnåben rådgivning.....	42
6. Regionale planer, politiske målsætninger m.v. for det palliative område.....	43
6.1. Palliationsplan I anno 2007 .....	43
6.2. Sundhedsaftale om samarbejdet om den palliative patient .....	45
6.3. Tillægsaftale til Sundhedsaftale 2001-2014 mellem Randers Kommune og Region Midtjylland....	46

6.4. Budget 2011.....	46
6.5. Budgetaftale 2012 .....	46
7. Forslag og anbefalinger til det basale palliative niveau.....	47
7.1. Anbefalinger til den fremtidige basale palliative indsats på hospitalerne.....	47
7.2. Anbefalinger til den fremtidige kommunale indsats og indsatsen i almen praksis.....	48
8. Anbefalinger til den specialiserede regionale palliative indsats .....	49
8.1. Plan for organisering af de palliative tilbud .....	50
8.2. Fælles visitationsretningslinjer for regionens specialiserede palliative tilbud.....	51
8.2.1. Visitationsretningslinjer til hospice .....	51
8.2.2. Visitationsretningslinjer til palliative team .....	52
8.3. Øget adgang til den specialiserede palliative behandling og rådgivning .....	52
8.3.1. Etablering af døgndækkende beredskabsvagt .....	53
8.3.2. Organisering af vagtberedskab.....	54
8.3.3. Implementering af vagtberedskab .....	55
8.3.4. Økonomi .....	55
8.3.5. Evaluering .....	55
8.4. Strukturen for de palliative team .....	55
8.4.1. Seks palliative team .....	55
8.4.2. Fra seks til et, to eller tre team? .....	56
8.5. Udbygning af de palliative team.....	57
8.5.1. Principper for udbygning af de palliative team .....	57
8.5.2. Forslag til normering i de palliative team .....	59
8.5.3. Samlede normeringsmæssige og økonomiske konsekvenser af forslag til ny normering af de palliative team.....	63
8.6. Åben Indlæggelse.....	63
8.7. Etablering af flere hospicepladser.....	63
8.7.1. Rammer for etablering af nyt hospice.....	64
8.7.2. Vilkår for etablering af 9 nye hospicepladser .....	64
8.7.3. Mulige placeringer af et nyt hospice .....	65
8.8. Daghospice.....	68
8.9. Udbygning af Regionalt Udviklingscenter for Palliation.....	69
9. Yderligere initiativer, der kan forbedre den palliative indsats i Region Midtjylland .....	72
9.1. Palliative afdelinger på hospitaler .....	72
9.1.1. Status .....	72
9.1.2. Økonomi .....	74
9.1.3. Evaluering .....	74
9.2. Forslag fra hospitalerne til oprustning af den palliative indsats .....	74
9.2.1. Forslag Aarhus Universitetshospital.....	74
9.2.2. Forslag Hospitalsenhed Midt .....	75
9.2.3. Forslag Regionshospital Randers .....	75
10. De samlede forslag, udgifter og forslag til prioritering og finansiering .....	76
Bilag 1. Kommissorium for arbejdsgruppen.....	80
Bilag 2. Arbejdsgruppens medlemmer.....	82

# 1. Indledning og læsevejledning

## *Indledning*

Regionsrådet vedtog i september 2007 Region Midtjyllands første Palliationsplan omhandlende den regionale palliative indsats.

Regionsrådet besluttede samtidig at søge at indarbejde Palliationsplanens forslag om en øget årlig driftsudgift på 6,0 mio. kr. i Budget 2009.

Regionsrådet drøftede den 28. august 2008 Administrationens forslag til Udmøntning af Palliationsplan I med forslag om i Budget 2009 at indarbejde 4,0 mio. kr. til udvikling af de palliative team i form af bedre tværfaglig bemanning og etablering af et sjette team ved Regionshospitalet Horsens og til udbygning af udviklingsenheden ved Det Palliative Team på Aarhus Universitetshospital.

Udmøntningsplanen skitserede endvidere mulighed for fra 2010 at etablere en døgndækkende speciallægevagtordning til hospiceområdet til en årlig driftsudgift på 2,0 mio. kr.

Regionsrådet fandt ikke mulighed for i Budget 2009 og Budget 2010 at finde midler til at realisere Palliationsplan I. I Budget 2011 fandt Regionsrådet mulighed for at afsætte en pulje på 2,0 mio. kr. til at styrke de palliative team. Der blev hermed mulighed for fra den 1. juli 2011 at påbegynde forslaget i Palliationsplan I om at etablere et palliativt team ved Regionshospitalet Horsens.

I forbindelse med vedtagelsen af Budget 2010 besluttede Regionsrådet, at Palliationsplan I skulle revideres med henblik på forberedelse af Budget 2011. I lyset af Sundhedsstyrelsens igangsatte arbejde med udvikling af Kræftplan III besluttede Regionsrådet dog i maj 2010 at udsætte revisionen til 2011.

Til at forestå revisionen af Palliationsplan I og udarbejde forslag til Palliationsplan II nedsatte Administrationen i efteråret 2011 en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra hospitalsledelserne, de palliative team og hospicerne. I arbejdsgruppen har der også været repræsentanter fra kommunerne og almen praksis med henblik på at skaffe overensstemmelse med den Palliative Sundhedsaftale, som har været under udarbejdelse i 2011 og godkendt af Regionsrådet og kommunerne i begyndelsen af 2012.

Arbejdsgruppen har afholdt 5 møder fra november til april og har udarbejdet denne rapport med et antal anbefalinger til den regionale palliative indsats. Anbefalingerne har til formål at bringe indsatsen på højde med de landspolitiske beslutninger om palliation i forlængelse af Kræftplan III og på højde med Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger fra december 2011 til den palliative indsats. Arbejdsgruppen har endvidere taget udgangspunkt i anbefalingerne i Palliationsplan I for Region Midtjylland.

## *Læsevejledning*

### **Kapitel 2. Resume**

I dette kapitel bliver hovedindholdet i de enkelte kapitler og Arbejdsgruppens anbefalinger til den palliative indsats i Region Midtjylland opsummeret.

### **Kapitel 3. Palliation**

Kapitlet indeholder definition på palliation og dens målgruppe og en beskrivelse af de forskellige niveauer for palliativ indsats afhængig af specialiseringsgrad.

I kapitlet er der endvidere en henvisning til bilag med gennemgang af relevant lovgivning for det palliative arbejde samt en vurdering af omfanget af dette.

### **Kapitel 4. Den nuværende palliative indsats i Region Midtjylland**

Kapitel 4 indeholder en kort beskrivelse af organiseringen af den palliative indsats, således som den varetages på basalt og specialiseret niveau af kommuner, praktiserende læger, hospitaler og hospicer.

Der er en gennemgang af normeringen for palliative senge på hospitalerne, for normeringen i de palliative team på hospitalerne og udviklingen i denne siden Palliationsplan I i 2007.

Med forbehold for forskellig registreringspraksis viser kapitlet også aktiviteten i de palliative team og udviklingen i denne fra 2006 og til 2011.

Kapitlet indeholder en beskrivelse af hospicernes organisering, og der vises udtræk fra hospicernes aktivitetsrapporter fra 2008-2011. I disse rapporter indgår en opgørelse af patienter optaget på de enkelte hospicer fordelt efter patienternes bopælskommune. Her fremgår også forbruget af hospicepladser i andre regioner.

Arbejdsgruppen har suppleret aktivitetsrapporten med en opgørelse over hospiceforbruget pr. kommune i Region Midtjylland.

### **Kapitel 5. Nationale planer, anbefalinger, retningslinjer, love og bekendtgørelser for det palliative område**

Kapitel 5 beskriver de rammer for det palliative arbejdes indhold og organisering, som er fastlagt i:

- Lovgivning og bekendtgørelser
- Nationale planer, herunder Kræftplan III
- Sundhedsstyrelsens opdaterede anbefalinger for den palliative indsats.

## **Kapitel 6. Regionale planer, målsætninger m.v. for det palliative område**

I Kapitel 6 bliver de regionale rammer for det palliative arbejdes indhold og organisering gennemgået:

- Sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og 19 kommuner om samarbejdet om den palliative indsats
- Palliationsplan I for Region Midtjylland og status for dennes realisering
- Tillægsaftale til sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og Randers Kommune
- Budgetaftale 2011 for Region Midtjylland
- Budgetaftale 2012 for Region Midtjylland.

## **Kapitel 7. Forslag og anbefalinger til det basale palliative niveau**

Kapitel 7 indeholder anbefalinger til den basale palliative indsats, således at indsatsen lever op til de nationale anbefalinger. Anbefalingerne er rettet mod den basale palliative indsats på hospitaler.

Den basale palliative indsats i kommuner og i almen praksis er i al væsentlighed håndteret i Den Palliative Sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og kommunerne i Region Midtjylland.

Hvad angår anbefalinger til almen praksis henvises der derfor til Den Palliative Sundhedsaftale.

Det samme er tilfældet for anbefalinger til kommunerne, dog med nogle få anbefalinger til den forestående implementering af Sundhedsaftalen fra de kommunale repræsentanter i Arbejdsgruppen.

## **Kapitel 8. Anbefalinger til den specialiserede regionale palliative indsats**

I dette kapitel sammenholdes den aktuelle status for palliationen i Region Midtjylland med de nye nationale anbefalinger for den palliative indsats og med Palliationsplan I for Region Midtjylland.

På baggrund heraf er der udarbejdet anbefalinger vedrørende:

- Fælles visitationsretningslinjer til palliative team og til hospicer
- Øget adgang til den specialiserede palliative behandling og rådgivning
- Døgndækkende palliativ beredskabsvagt og organiseringen af denne
- Overvejelser om den mest hensigtsmæssige struktur for de palliative team
- Model for udbygning af de palliative team så disse lever op til de nationale anbefalinger vedrørende tværfaglighed og kapacitet til hjemmebesøg hos en udvidet målgruppe
- Udbygning af Regionalt Udviklingscenter for Palliation

- Åben indlæggelse for palliative patienter
- Placering af nye hospicepladser.

## **Kapitel 9. Yderligere initiativer, der kan forbedre den palliative indsats i Region Midtjylland**

Kapitel 9 indeholder forslag om etablering af en Palliativ Afdeling på Aarhus Universitetshospital for indlagte og ambulante patienter. Palliative afdelinger indgår i Sundhedsstyrelsens beskrivelser af den samlede palet af specialiserede palliative tilbud og er målrettet palliative patienter, der har behov for hospitalets kompetencer i forhold til diagnosticering og behandling. Der er palliative hospitalsafdelinger i Region Hovedstaden og i Region Nordjylland.

Det indgår ikke som en anbefaling fra Sundhedsstyrelsen til regionerne, at sådanne afdelinger eller afsnit skal etableres. Arbejdsgruppen finder, at en sådan afdeling kan bidrage til at give den palliative indsats et væsentligt kvalitativt løft og bidrage til større effektivitet og til den fortsatte udvikling af både den basale og den specialiserede palliative indsats.

Kapitlet indeholder endvidere tre konkrete forslag fra flere hospitaler til at styrke den basale palliative indsats på hospitalerne. Arbejdsgruppen støtter disse forslag og finder, at det er muligt helt eller delvist at gennemføre dem, hvis arbejdsgruppens anbefalinger i kapitel 8 realiseres.

## **Kapitel 10. De samlede forslag, udgifter og forslag til prioritering og finansiering**

I dette kapitel opsummeres anbefalingerne til den fremtidige regionale palliative indsats, og i det omfang det er muligt, er der udarbejdet vurdering af de økonomiske konsekvenser af anbefalingerne samt forslag til finansiering af evt. merudgifter.

## 2. Resume af anbefalinger

**Kapitel 7 - Anbefalinger til det basale palliative niveau** – indeholder anbefalinger til den basale palliative indsats på hospitalerne, i kommunerne og ved almen praksis, der skal sikre, at indsatsen lever op til de nationale anbefalinger.

Den basale indsats i kommuner, hos almen praksis og på hospitaler er i al væsentlighed håndteret i Den Palliative Sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og kommunerne i Region Midtjylland. De kommunale repræsentanter i arbejdsgruppen har nogle få supplerende anbefalinger til den forestående implementering af Sundhedsaftalen.

I forhold til hospitalerne anbefales det, at den ledelsesmæssige opmærksomhed skærpes på den palliative indsats over for den bredere målgruppe for palliativ indsats, som følger af Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Med Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger udvides målgruppen fra at udgøre patienter med uhelbredelig, livstruende sygdom til at omfatte patienter med livstruende sygdom, og det understreges, at palliationen omfatter alle patientgrupper med livstruende sygdom, og ikke kun kræftpatienter. Der skal således kunne ydes palliativ indsats på en række hospitalsafdelinger, herunder blandt andet medicinske, kirurgiske, onkologiske og intensive afdelinger.

Dette kan ske ved:

- At ledelserne overvejer mulighederne for at styrke kvaliteten og ressourceudnyttelsen ved at samle dele af den palliative indsats, f.eks. ved etablering af dedikerede palliative senge
- At alle afdelinger, der møder patienter med livstruende sygdomme foretager en vurdering af behovet for palliation i henhold til et nationalt udviklet vurderingsværktøj, jf. Den palliative Sundhedsaftale
- At alle afdelinger, der yder palliativ indsats, bør have mindst en sygeplejerske og en læge med udvidet palliativ kompetenceniveau (niveau B). Dette forudsætter, at der iværksættes en forstærket uddannelsesindsats, som arbejdsgruppen foreslår varetaget af det Regionale udviklingscenter for Palliation ved Det Palliative Team ved Aarhus Universitetshospital
- At der etableres et fagligt netværk for sygeplejersker og læger, der arbejder inden for det palliative område
- At alle patienter i den sene palliative fase skal tilbydes "åben indlæggelse" i stamafdeling
- At alle hospitalsafdelinger med palliativ indsats på basalt niveau skal have adgang til rådgivning fra det specialiserede niveau døgnet rundt, se nærmere kapitel



- At hospitalerne i klyngesamarbejdet med kommunerne og praktiserende læger løbende har fokus på at styrke overgangene i patientforløbene.

**Kapitel 8 – anbefalinger til den specialiserede regionale palliative indsats** – omhandler anbefalinger til den specialiserede palliative indsats udgående fra de palliative enheder på regionens hospitaler og hospicer.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats, at det er en forudsætning for at varetage den palliative indsats på specialiseret niveau, at:

- Indsatsen varetages i et tværfagligt, teambaseret samarbejde
- Et palliativt team (også palliative afdelinger og hospicer) som minimum består af fire faggrupper, herunder læge og sygeplejerske. Læge og sygeplejerske skal være fuldtidsbeskæftigede med palliativ indsats, mens de øvrige faggrupper kan være deltidbeskæftigede med palliativ indsats
- Det er et ledelsesansvar at sikre, at personalet har de nødvendige kompetencer
- Teamet har adgang til at inddrage andre relevante fagprofessionelle, f.eks. præst/repræsentant fra andre trossamfund eller diætist/ernæringsassistent
- Palliative afdelinger og hospicer har sygeplejersker til stede hele døgnet og adgang til palliativt kvalificeret lægefaglig bistand hele døgnet
- Det foretages vurdering af patienten og de pårørendes palliative behov. På baggrund af denne og eventuel uddybende udredning udarbejdes en tværfaglig plan for den palliative indsats og indsatsen iværksættes
- Der er faglige retningslinjer både vedrørende varetagelsen af palliative behov og vedrørende de områder, der omtales i Den Danske Kvalitetsmodel.

Arbejdsgruppen finder, at anbefalingerne i Palliationsplan I, som Regionsrådet vedtog i 2007, på mange måder fortsat er aktuelle, men konstaterer, at anbefalingerne ikke er realiseret bortset fra den påbegyndte opbygning af et palliativt team i Horsens.

Hertil kommer, at forslaget i Palliationsplan I om, at samarbejdet om den palliative patient indgår som et fast element i sundhedsaftalerne med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb, er politisk godkendt primo 2012 med vedtagelsen af Sundhedsaftale om samarbejde om den palliative indsats i Region Midtjylland.

Arbejdsgruppen har derfor i sine forslag til indsatsområder i Palliationsplan II fortsat taget udgangspunkt i de ikke realiserede forslag i den første Palliationsplan og kombineret disse med

nye anbefalinger baseret på den faglige udvikling på området og nye politiske målsætninger og nye nationale anbefalinger for den palliative indsats samt med nuværende erfaringer om efterspørgslen på de palliative ydelser.

Derudover har arbejdsgruppen i prioriteringen af indsatsområder taget udgangspunkt i primært at realisere initiativer, som Region Midtjylland er politisk og eller lovgivningsmæssigt forpligtet til at gennemføre. Arbejdsgruppen har endvidere prioriteret initiativer, der er afgørende for kvaliteten i de palliative ydelser og for udviklingen af den palliative indsats.

### ***Fælles visitationsretningslinjer for regionens specialiserede palliative tilbud***

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der i alle regioner udarbejdes fælles visitationsretningslinjer til det specialiserede palliative tilbud.

Arbejdsgruppen konstaterer, at der siden 2010 har været fælles visitationsretningslinjer til både de palliative team og til hospicerne i Region Midtjylland.

De gældende visitationskriterier til hospice er fortsat stort set aktuelle, men arbejdsgruppen anbefaler dog, at de sprogligt moderniseres og ajourføres i forhold til Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger vedrørende screeningsværktøj for palliative behov.

I afsnit 8.2.1 er der derfor udarbejdet forslag til reviderede visitationsretningslinjer til de midtjyske hospicer gældende fra den 1. august 2012.

Visitationsretningslinjerne for de palliative team skal revideres inden udgangen af 2012, således at alle patienter med livstruende sygdomme og komplekse palliative behov inkluderes, jf. udvidelsen af målgruppen for palliation i Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger. Forslag til nye retningslinjer vil blive udarbejdet af Det Palliative Råd og forelagt Klinikforum inden udgangen af 2012.

### ***Øget adgang til den specialiserede palliative behandling og rådgivning***

Øget adgang til den specialiserede del af den regionale palliative indsats indgår som en del af den landspolitiske aftale om Kræftplan III.

Det fremgår af aftalen, at det skal ske ved udbygning af de palliative team, der skal assistere hospitalsafdelinger og foretage hjemmebesøg og stå til rådighed for det basale niveau med rådgivning og bistand døgnet rundt.

Dette skal sammenholdes med Sundhedsstyrelsens krav om, at der også på hospice er adgang til lægebistand døgnet rundt.

### ***Etablering af døgndækkende beredskabsvagt***

Arbejdsgruppen ser principielt to muligheder for at imødekomme kravet om døgndækkende adgang til specialiseret rådgivning. Det kan ske fra de palliative team og fra regionens hospicer.

Men da den specialiserede rådgivning skal ydes til vagtlæger, hjemmesygeplejersker, hospitalsafdelinger og i sjældnere tilfælde til sygeplejerspersonalet på hospicerne, er det arbejdsgruppens vurdering, at det døgndækkende beredskab skal varetages af en læge ansat i de palliative team.

Målet med det døgndækkende beredskab er at afhjælpe akut opståede palliative problemer/symptomer og undgå unødige indlæggelse på hospital.

Med udgangspunkt i, at døgnerberedskabet varetages af læger fra de palliative team foreslås det, at en læge fra Det Palliative Team ved Aarhus Universitetshospital varetager døgnvagten for kommunerne og vagtlæger i:

- Aarhus og Samsø kommuner,
- Aarhus Universitetshospital og
- Hospice Søholm.

En læge fra de palliative team ved Hospitalsenheden Vest, Hospitalsenhed Midt og Regionshospitalet Randers og Horsens varetager døgnvagten for kommuner og vagtlæger i:

- Den resterende del af Region Midtjylland
- De resterende hospitaler og hospicer i Region Midtjylland.

Med etableringen af et regionsdækkende vagtberedskab nedlægges den særlige ordning for Anker Fjord Hospice, hvor Hospitalsenheden Vest har stillet en vagt til rådighed svarende til en udgift på 427.000 kr.

I følge aftale mellem Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Sundhedsministeriet skal det døgndækkende beredskab være implementeret medio 2012. Arbejdsgruppen foreslår, at ordningen implementeres snarest muligt efter Regionsrådets drøftelse af dette forslag til Palliationsplan II, dvs. fra den 1. oktober 2012.

### ***Strukturen for de palliative team***

Det indgår i kommissoriet for arbejdsgruppen, at gruppen skal overveje strukturen for de palliative team med hensyn til geografisk dækning, rekrutteringsmuligheder og ressourceudnyttelse.

Bortset fra Aarhus-teamet har det været en tilbagevendende udfordring for de øvrige team at få bemandede lægestillingerne i teamene. Det betyder, at teamene ofte kører med en ad hoc bemanning fra de tilknyttede hospitalsafdelinger, hvilket ikke er tilfredsstillende for kvaliteten af lægeydelser på det palliative område.

En sådan sammenstykket lægebemanning af de palliative team er ikke i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens forudsætninger for varetagelsen af den specialiserede palliative indsats.

Sundhedsstyrelsen forudsætter, at læger og sygeplejersker i de palliative team er fuldtidsbeskæftiget med palliation.

Hertil kommer, at teamene med en meget lille personalenormering er sårbare i ferieperioder og under fravær på grund af sygdom og kurser.

Arbejdsgruppen har derfor overvejet mulighederne for at etablere en team-struktur, som er mere robust over for fraværsperioder, som vil være fagligt mere attraktiv, og som vil give mulighed for en mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse.

Dette kan opnås ved at gennemføre en ledelsesmæssig sammenlægning af de nuværende seks team til et, to eller tre team.

Arbejdsgruppen opfordrer Klinikforum til at drøfte, om en forbedret rekruttering forudsætter strukturelle løsninger, eller om målet kan opnås ved andre faglige eller personalemæssige initiativer.

### ***Udbygning af de palliative team***

Arbejdsgruppen har taget udgangspunkt i forslaget fra 2008 til udmøntning af Palliationsplan I og har derudover taget hensyn til den øgede patienttilgang i perioden siden da samt til kravene til de palliative team i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, herunder krav om tværfaglighed, fuldtidsbeskæftigelse for læger og sygeplejersker og kapacitet til hjemmebesøg og uddannelse af det basale niveau.

#### *Lægenormering til hospice*

Med udgangspunkt i en lægenormering til den mest gængse hospicestørrelse på 12 pladser foreslås følgende lægenormering til hospice:

- Hospice Søholm 11 pladser – 0,9 lægestilling fra Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital
- Anker Fjord Hospice 12 pladser – 1 lægestilling fra Det Palliative Team, Hospitalsenheden Vest
- Hospice Limfjorden 12 pladser – 1 lægestilling fra Det Palliative Team, Hospitalsenhed Midt
- Hospice Djursland 15 pladser – 1,3 lægestilling fra Det Palliative Team, Regionshospitalet Randers.

Der er tale om en reduktion svarende til 0,5 stilling i Det Palliative Team i Hospitalsenheden Vest og en opnormering med 0,1 stilling til Det Palliative Team i Aarhus og med 0,3 stilling til Det Palliative team i Randers.

#### *Personalenormering i de palliative team*

Med udgangspunkt i Palliationsplan I og Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats og en stigning i patienttilgangen siden første palliationsplan har arbejdsgruppen

udarbejdet forslag til normering af seks palliative team i regionen samtidig med en justering af de palliative teams optageområder.

De foreslåede nye normeringer af de palliative team medfører en udvidelse af antallet af fuldtidsstillinger med i alt **9,4 årsværk**.

Ved beslutning om etablering af en tværgående socialrådgivernormering vil der være tale om yderligere 2,0 årsværk til en samlet udvidelse på **11,4 årsværk**.

### ***Etablering af flere hospicepladser***

Ifølge den landspolitiske aftale om udmøntning af Kræftplan III fra efteråret 2010 og den fælles udmøntningsplan fra den 27. maj 2011 for Kræftplan III udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium skal der i årene 2011 – 2014 etableres 42 nye hospicepladser i Danmark, så det samlede antal pladser når op på 250.

### *Rammer for etablering af nyt hospice*

Rammerne for etableringen af de nye hospicepladser er:

1. at Region Midtjylland er forpligtet til at udbygge kapaciteten med 9 pladser inden udgangen af 2014. Uden denne forpligtelse ville flere af arbejdsgruppens medlemmer ikke anbefale en udbygning af hospicekapaciteten på nuværende tidspunkt, idet det er vurderingen, at det ville være mere hensigtsmæssigt at styrke de palliative team
2. at udbygningen skal ske på selvejende institutioner, idet Region Midtjylland er forpligtet til at indgå driftsaftale med selvejende institutioner om driften af 59 pladser og idet alene selvejende institutioner kan søge førnævnte midler afsat til etablering
3. at Budgetaftale for 2012 for Region Midtjylland indeholder en hensigtserklæring om, at "at der bør sikres en geografisk jævn fordeling af pladserne (9 pladser som følge af Kræftplan III red.), og at det bør tilsigtes, at der etableres flere pladser i Sydøstjylland, således at der sikres dækning til borgerne i området."
4. at der i tillægsaftale til Sundhedsaftale 2001 -2014) mellem Randers Kommune og Region Midtjylland fremgår, at "kommunens ønske om at omdanne tilbuddet (Det såkaldte Randers hospice red.) til et egentligt regionalt hospice vil indgå i regionens evt. fremtidige overvejelser om, hvordan en evt. udvidelse af regionens kapacitet på hospiceområdet bedst kommer flest borgere til gavn".

### *Vilkår for etablering af 9 nye hospicepladser*

#### Underfinansiering af anlæg

Der er afsat 0,5 mio. kr. til etablering pr. hospiceplads, dvs. 4,5 mio. kr. til de 9 pladser i Region Midtjylland. Med udgangspunkt i byggeriet af Hospice Djursland vurderes et ny bygget hospice

med plads til 15 pladser at koste op mod 60 mio. kr. Med samme prisniveau vil et hospice til 9 pladser koste ca. 36 mio. kr. at etablere. Dvs. en underfinansiering på over 30 mio. kr.

#### Underfinansiering af drift

Der er afsat knap 0,3 mio. kr. regionerne til drift af pr. ny hospiceplads eller knap 3,0 mio. kr. til driften af 9 pladser. Driften af 15 hospicepladser på Hospice Djursland koster ca. 26 mio. kr., dvs. ca. 1,73 mio. kr. pr. plads inkl. forrentning og afdrag på etableringsudgifter. Driften af 9 hospicepladser vil således forventeligt – inklusive ekstra lægeudgift - koste ca. 17 mio. kr. Dvs. en underfinansiering på godt 14,0 mio. kr. Den kommunale medfinansiering bidrager med ca. 0,6 mio. kr. pr. plads – i alt 5,4 mio. kr. – dvs. en underfinansiering på ca. 9,0 mio. kr. i årlige driftsudgifter af 9 hospicepladser.

#### Donationer

Der er endvidere usikkerhed forbundet med etableringsudgifterne for et nyt hospice og dermed de løbende driftsudgifter. Det er usikkert, i hvilket omfang et hospice kan indhente donationer til delvis finansiering af byggeudgifterne. I beregningseksemplet med Hospice Djursland indgik der ikke uvæsentlige donationsbeløb til finansiering af byggeriet.

#### Ledig kapacitet på Hospice Søholm

Det skal også indgå i overvejelserne, at Hospice Søholm i nyt lejemål fra sensommeren 2012 råder over bygninger med plads til 15 pladser, men kun er normeret til 11 pladser. Dvs. der er ledig bygningsmæssig kapacitet svarende til mindst 4 pladser, og Region Midtjylland vil i forvejen komme til at betale huslejen til 15 pladser via Hospice Søholms driftsudgifter.

#### *Parametre for placeringen af et nyt hospice*

Erfaringerne fra de eksisterende hospicer er, at en geografisk placering langt fra større bymæssig bebyggelse har herligheds værdi, men kan give ulemper i forhold til tilgængelighed for pårørende og besøgende til patienterne.

Placering af hospice langt fra byområde og samarbejdshospital giver også betydelig transporttid for de tilknyttede læger og dermed en dårligere ressourceudnyttelse.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at følgende parametre skal indgå i overvejelserne om placeringen af et nyt hospice:

- nye hospicepladser placeres i et byområde med gode infrastrukturforhold (veje og offentlige transportmidler) og gerne i nærhed af det hospital, hvorfra den lægelige bistand skal hentes
- nye hospicepladser placeres på en passende stor grund, således at der fra hospice er gode adgangsmuligheder til udendørs opholdsarealer til glæde for patienterne og for de pårørende, der ofte opholder sig på hospice i længere tid af gangen

- nye hospicepladser placeres på en måde, der giver mulighed for størst mulig nærhed for den størst mulige del af befolkningen i regionen, jf. at søgningen til de eksisterende hospicer viser, at patienttilgangen er størst fra hospicets beliggenhedskommune eller nabokommune
- At man ved etablering af hospice er opmærksom på, at hospice skal kunne appellere til alle befolkningsgrupper.

#### *Hensigtserklæring Budget 2012.*

Hensigtserklæringen giver mulighed for at placere de nye pladser i et område fra Silkeborg og Aarhus i Nord og Hedensted og Horsens i Syd. I dette område er der mulighed for at give en bedre hospicedækning til Aarhus-området og en bedre dækning til Silkeborg, Skanderborg, Horsens, Hedensted og dele af Ikast-Brande Kommune.

Hensigtserklæringen giver således flere muligheder for en placering af nye hospicepladser:

#### *A. Søholm/Sct. Maria*

Den uudnyttede bygningsmæssige kapacitet på Hospice Søholm kunne bringes i anvendelse. Med samme husleje vil Hospice Søholm kunne opnormeres med mindst 4 – evt. 5 pladser fra 11 til 15 eller evt. 16 pladser.

I øjeblikket anvender borgere fra Region Midtjylland ca. 5 pladser på Sct. Maria Hospice i Vejle. Sct. Maria Hospice flytter til Bredballe nord for Vejle, og det kunne derfor overvejes, at Region Midtjylland og Region Syddanmark indgår i et samarbejde om, at Region Midtjylland fortsat anvender ca. 5 pladser på Sct. Maria Hospice.

#### *B. Horsens*

For at imødekomme hensigtserklæringen kan en placering af de nye hospicepladser alternativt være Horsens. Der vil være mulighed for en bynær placering og en placering med gode infrastrukturelle forhold og i nærheden af Regionshospitalet Horsens, hvorfra den lægelige betjening af hospice vil kunne ske.

En placering af de nye pladser på en mere nordlig placering end Horsens vil vanskeliggøre hjemtrækningen fra Sct. Maria Hospice.

#### *C. Skanderborg*

Støtteforeningen for Hospice Østjylland har i januar 2011 – og igen i april 2012 - til Sundhedsministeriet fremsendt forslag om placering af et hospice med 12 pladser i Skanderborg. Forslaget er udarbejdet i samarbejde med Danske Diakonhjem.

Støtteforeningen fremhæver følgende argumenter for en placering i Skanderborg:

- Fremragende trafikal infrastruktur
- Hurtigt voksende befolkning

- Central placering i forhold til byerne Silkeborg, Horsens, Odder, Skanderborg og Aarhus
- En kvart mio. mennesker vil have max. 20-30 km til hospice
- En gratis, doneret byggegrund på 1 ha. i et attraktivt, bynært område.

Det er en styrke ved denne placering, at der er en eksisterende støtteforening, og der er allerede etableret en selvejende institution, der på baggrund af det foreliggende projekt hurtigt vil kunne indgå aftale med Region Midtjylland og udarbejde ansøgning til hospicepuljen til den 1. august 2012.

Med en placering i Skanderborg må der imidlertid stilles spørgsmål ved, om det vil lykkes at vende patientstrømmen fra Horsens og Hedensted fra Sct. Maria Hospice til et nyt hospice i Skanderborg.

#### *D. Hedensted*

Hedensted Kommune har i marts måned 2012 rettet henvendelse til Region Midtjylland og peget på Hedensted Kommune som en oplagt placering af et nyt hospice.

Hedensted Kommune peger på tre placeringsmuligheder: Glud, Lindved eller Tørring.

Hedensted Kommune fremhæver følgende argumenter for en placering i Hedensted Kommune:

- Med henvisning til den før nævnte hensigtserklæring i Budget 2012 for Region Midtjylland om at etablere flere pladser i Sydøstjylland peger kommunen på, at Hedensted Kommune strengt taget er det eneste område i Region Midtjylland, der ligger i Sydøstjylland
- Kommunen har en central trafikal beliggenhed og er let tilgængeligt for borgere fra Horsens, Odder, Skanderborg og Silkeborg
- En placering i Hedensted Kommune vil afhjælpe det tomrum, der i dag er i forhold til udbuddet af hospicepladser i denne del af regionen
- Flere attraktive og ganske forskellige muligheder for placering af et hospice med hver deres fordele og styrker.

#### *E. Randers*

Arbejdsgruppen har på grund af den førnævnte hensigtserklæring i tillægsaftalen til Sundhedsaftale mellem Randers Kommune og Region Midtjylland drøftet muligheden for at placere de nye hospicepladser i Randers.

Det er gruppens vurdering, at Randers-området med Hospice Djursland er godt dækket ind med hospicepladser. Randers Kommunes ekstraordinært lave hospiceforbrug (jf. figur 7) kan ikke tilskrives afstanden til Hospice Djursland, men må tilskrives, at Randers Kommune med sit kommunale tilbud til døende i det såkaldte Randers hospice har et usædvanligt godt tilbud til egne borgere.



Det er den faglige vurdering, at den personalemæssige sammensætning i det såkaldte Randers hospice gør, at det ikke kan betegnes som et hospice, og de bygningsmæssige rammer er heller ikke tilstrækkelige for et tidssvarende hospice.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det gode samarbejde mellem Det Palliative Team ved Regionshospitalet Randers og Randers Kommunes tilbud til døende med fordel kan fortsættes. Der er grund til at værdsætte, at Randers Kommune med initiativet har løftet niveauet for den kommunale bistand til døende.

#### *F. Andre geografiske placeringer*

På baggrund af geografien, kommunernes hospiceforbrug, jf. figur 7 – og den politiske hensigtsserklæring i Budget 2012 – finder Arbejdsgruppen det ikke relevant at foreslå udbygning af hospicerne i Hvide Sande, Skive eller Rønde.

#### **Udbygning af Regionalt Udviklingscenter for Palliation**

Der er i dag en mindre udviklingsenhed ved Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital. Enheden blev etableret i 2005 og var dimensioneret til det daværende Aarhus Universitetshospital. Siden er enheden blevet styrket en smule via Aarhus Universitetshospitals egne økonomiske rammer.

Enheden har fra 2003 varetaget nøglepersonuddannelsen for sygeplejersker i hele regionen. I enheden foregår der endvidere udviklings- og forskningsaktiviteter.

Enheden er etableret af det daværende Aarhus Amt, og der er derfor – som foreslået i Palliationsplan I fra 2007 – behov for at tage stilling til udviklingen af denne til en regional dækkende enhed.

Der er – som nævnt i kapitel 7.1 – nationale anbefalinger om at øge kompetenceniveauet i den palliative indsats. Det forudsætter en forstærket uddannelsesindsats.

En styrket uddannelses-, udviklings- og forskningsaktivitet vil bidrage til at vedligeholde, udvikle og implementere viden og dermed til at styrke kvaliteten af den palliative indsats i Region Midtjylland.

Med den øgede fokus på en forstærket uddannelses- og udviklingsindsats anbefaler Arbejdsgruppen, at forslaget i Palliationsplan I fra 2008, som indeholdt forslag om opnormering af udviklingsenheden, nu realiseres. Opnormeringen skal give enheden mulighed for at blive en regional dækkende udviklings- og kompetenceenhed på det palliative område.

Arbejdsgruppen foreslår, at der ved beslutning om styrkelse af centret sker en opnormering af sekretariatsfunktionen med

- Koordinerende AC-medarbejder - 18,5 timer/uge
- Opnormering af sekretærfunktionen med 8,5 timer til - 18,5 timer/uge

Den samlede grundnormering udgør herefter 2,3 årsværk.

### **Kapitel 9.1. Palliative afdelinger på hospitaler**

Palliative afdelinger udgør ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats en del af regionernes specialiserede palliative indsats, som derudover varetages af palliative team og af hospicer.

Palliative afdelinger er en del af et hospital og har adgang til hospitalets samlede medicinske teknologi og ekspertise. Målet med indlæggelse på en palliativ afdeling er at justere patientens pleje og behandling, så patienten om muligt kan udskrives enten til hjemmet, til andre afdelinger eller til kommunale plejecentre. Det er ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger hensigtsmæssigt, at en palliativ afdeling har et tilknyttet ambulatorium og palliativt team, således at patienten ikke behøver at være indlagt for at modtage den specialiserede palliative indsats.

Der er i Region Midtjylland ingen palliative afdelinger.

Patienterne er indlagt på medicinske, onkologiske og kirurgiske sengeafdelinger og i et vist omfang i de i alt 8 palliative senge på basisniveau, som de palliative team disponerer over.

#### *Palliative senge på basisniveau*

Der er i Region Midtjylland 8 palliative senge fordelt med:

- 3 på Aarhus Universitetshospital i Onkologisk Afdeling,
- 3 i Hospitalsenheden Vest i Onkologisk Afdeling og
- 2 i Hospitalsenhed Midt i Medicinsk Afdeling.

Disse senge er ikke specialiserede senge, men palliative senge på basisniveau. Det bør endvidere bemærkes, at sengenes placering i onkologiske afdelinger (undtagen Hospitalsenheden Midt), gør dem uegnede til andre palliative patienter end kræftpatienter, som f.eks. hjertepatienter.

#### *Specialiseret palliativ sengeafdeling*

Der findes i dag 4 palliative hospitalsafdelinger i Danmark i:

- Region Nordjylland: Sygehus Himmerland, Farsø
- Region Hovedstaden: Herlev Hospital, Hillerød Hospital og Bispebjerg Hospital.

#### *Forslag til specialiseret palliativ afdeling*

Som et ekstra initiativ anbefales det, at mulighederne for at etablere en palliativ sengeafdeling overvejes. En sådan afdeling skønnes at kunne etableres ved en omprioritering af ressourcer fra de eksisterende sengeafdelinger. En palliativ sengeafdeling vil styrke den palliative indsats over

for patienter med de mest komplekse symptomer og vil samtidig kunne bidrage til uddannelsen af personale og til udvikling af den palliative indsats på basisniveau på de øvrige afdelinger.

Afdelingen foreslås oprettet ved Aarhus Universitetshospital, hvor der er det største palliative patientunderlag på grund af hospitalets specialefordeling.

### **Kapitel 10 – De samlede forslag, udgifter og forslag til prioritering og finansiering**

I dette kapitel opsummeres anbefalingerne til den fremtidige regionale palliative indsats, og i det omfang det er muligt, er der udarbejdet vurdering af de økonomiske konsekvenser af anbefalingerne samt forslag til finansiering af evt. merudgifter.

## 3. Palliation

### 3.1. Definition

Sundhedsstyrelsen tager i sine nye anbefalinger for den palliative indsats udgangspunkt i Verdenssundhedsorganisationens (WHO) definition af palliativ indsats:

*"Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art". (WHO, 2002).*

WHO's definition præciserer yderligere, at den palliative indsats:

- Tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer
- Bekræfter livet og opfatter døden som en naturlig proces
- Tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden
- Integrerer omsorgens psykiske og åndelige aspekter
- Tilbyder en støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden
- Tilbyder en støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet
- Anvender en tværfaglig teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt
- Har til formål at fremme livskvaliteten og kan også have positiv indvirkning på sygdommens forløb
- Kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet, i sammenhæng med andre behandlinger, som udføres med henblik på livsforlængelse, som f.eks. kemo- eller stråleterapi, og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer.

Sundhedsstyrelsen konkluderer på denne baggrund, at målet med den palliative indsats er at lindre patientens og de pårørendes lidelser, uanset om lidelserne er af fysisk, psykisk, social eller eksistentiel/åndelig art. Indsatsen skal ske i overensstemmelse med patientens ønske. For at opnå dette er en tværfaglig, helhedsorienteret indsats afgørende.



Det kan i nogle sammenhænge være vanskeligt at adskille palliativ indsats fra andre typer af indsatser. Det drejer sig både om rehabilitering og understøttende behandling, men også om sygepleje og almen menneskelig omsorg.

### *3.2. Niveauer i den palliative indsats*

Den palliative indsats opdeles ifølge Sundhedsstyrelsen i:

- **Basal palliativ indsats**, der betegner den palliative indsats, der ydes af de dele af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som deres hovedopgave. Dvs. hospitalsafdelinger, plejecentre og hjemmepleje og almen praksis
- **Specialiseret palliativ indsats**, der ydes af de dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som deres hovedopgave. Dvs. palliative team, palliative afdelinger på hospital og hospice.

I forhold til specialeplanlægningen varetager hospitalerne både basal og specialiseret palliativ indsats på hovedfunktionsniveau, hvorfor den specialiserede palliative indsats ikke er et specialiseret niveau i specialeplanlægningens forstand. Sundhedsstyrelsen har derfor alene en rådgivende og ikke besluttende kompetence i forhold til varetagelsen af den palliative indsats på hospitalerne.

### *3.3. Målgruppe*

Sundhedsstyrelsen udvider – på linje med WHO – i sine nye anbefalinger for den palliative indsats målgruppen fra at være patienter med uhelbredelig sygdom til at være patienter med livstruende sygdom.

Ændringen i definitionen betyder ifølge Sundhedsstyrelsen primært, at de fagprofessionelle allerede ved diagnosetidspunktet bør være opmærksomme på, om patienten har palliative behov, således at en relevant indsats kan iværksættes.

Opmærksomheden på eventuelle palliative behov bør være til stede, indtil patienten ikke længere er livstruende syg eller – for patienter, som ikke kan helbredes – indtil indsatsen over for de efterladte er afsluttet.

### *3.4. Lovgivning*

Den palliative indsats er fastlagt:

- dels i Sundhedsloven
- dels i Serviceloven.

Der henvises til bilag 4 – bilag om lovgivning på det palliative område til Sundhedsaftale om samarbejdet om den palliative indsats (i det følgende Den palliative Sundhedsaftale).

### *3.5. Palliationens omfang*

Den basale palliative indsats er vanskelig præcist at afgrænse, idet der ydes palliativ indsats i alle faser af sygdomsforløbet på hospitalsafdelingerne som en del af den behandling, der er målrettet sygdommen. På samme måde vil megen af indsatsen på plejecentrene og i hjemmesygeplejen kunne beskrives som palliativ indsats.

Den specialiserede palliative indsats er nemmere at afgrænse, da patienterne er visiteret til disse tilbud på grund af deres komplekse palliative problemstillinger.

Dansk Palliativ Database har udgivet sin første årsrapport (2010), som viser, at ca. 8000 patienter i 2010 har fået bistand fra det specialiserede palliative niveau. Indsatsen udgående fra de palliative team og fra hospicerne i Region Midtjylland udgør ifølge årsrapporten 1812 patienter. Det svarer til 23 % og udgør dermed en andel, der svarer til befolkningens størrelse i Region Midtjylland sammenholdt med hele Danmarks befolkning.

En aktivitetsopgørelse fra de palliative team i Region Midtjylland for perioden 12. november 2010 – 12. november 2011 viser, at der har været henvist knap 1500 personer til de 6 palliative team i regionen.

En aktivitetsopgørelse for hospicerne i Region Midtjylland for 2011 viser, at der har været optaget 691 patienter på de fire hospicer.

## 4. Den nuværende palliative indsats i Region Midtjylland

Den palliative indsats gives på basalt niveau eller specialiseret niveau afhængig af patientens samlede sygdomsbillede og helbredstilstand.

Den palliative indsats på basalt niveau udøves af praktiserende læge, hjemmesygeplejersken (for patienter i eget hjem) og af hospitalspersonale (for indlagte patienter på almindelige somatiske afdelinger eller i dedikerede palliative senge).

Den palliative indsats på specialiseret niveau udøves af et palliativt team (for patienter i eget hjem eller indlagte patienter) og på hospice.

Der er i Sundhedsaftalen om samarbejde om den palliative indsats i Region Midtjylland aftalt følgende ansvars- og opgavefordeling mellem hospitalerne, kommunerne, de palliative team, hospice og almen praksis i Region Midtjylland.

Alle fagprofessionelle på hospitalerne, i kommunen og i almen praksis har palliative kompetencer på basalt niveau (niveau A), og Sundhedsstyrelsen definerer, at det er en forudsætning, at hospitalsafdelinger og kommuner har mindst en sundhedsprofessionel med palliative kompetencer på udvidet niveau (niveau B).

I Region Midtjylland varetages den basale palliative indsats af medicinske og kirurgiske afdelinger, som ikke har palliativ indsats som deres hovedopgave.

Opgørelserne fra Dansk Palliativ Database fra 2010 viser, at 27,6 % af kræftpatienter, og kun ganske få patienter med andre sygdomme end kræft, fik kontakt med specialiseret palliativ indsats i 2010. Det betyder formentligt, at langt hovedparten af al palliativ indsats ydes på det basale niveau.

Nogle hospitalsafdelinger har personale, der har særlige kompetencer i forhold til palliation, for eksempel sygeplejersker, som har gennemgået Region Midtjyllands nøglepersonsuddannelse og dermed har kompetenceniveau B.

En del afdelinger tilbyder patienter i den sene palliative fase af sygdommen en "åben indlæggelse" i afdelingen.

De palliative team i ved Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest kan hver disponere over tre palliative senge i onkologisk afdeling, og de palliative team ved Hospitalsenheden Midt over to palliative senge i medicinsk afdeling på Regionshospitalet Viborg. Der er således tale om i alt 8 senge på basisniveau, som de palliative team kan disponere over.

#### 4.1. Kommunerne

Hjemmesygeplejersken/den palliative hjemmesygeplejerske er i samarbejde med den praktiserende læge ansvarlig for den palliative pleje af og omsorg for patienten på basisniveauet i samarbejde med de øvrige hjemmeplejeansvarlige. I forløb på basisniveau foregår en stor del af den palliative indsats i patientens eget hjem, ved midlertidigt ophold på plejehjem eller aflastning.

Hjemmesygeplejerskens opgave er at koordinere den palliative indsats i eget hjem. Dette indbefatter blandt andet:

- At koordinere patientens pleje- og behandlingsforløb mellem primær og sekundær sektor samt holde egen læge orienteret herom
- At opspore behandlingskrævende palliative symptomer så tidligt som muligt ved hjælp af symptomscreeningsskemaet "EORTC-QLQ-C15-PAL" (valideret screeningsinstrument (European Organization for Research and Treatment of Cancer)
- At vurdere ændringer i plejebehovet hos patienten
- At planlægge justeringer af den palliative behandling i samråd med egen læge og eventuelt i samarbejde med det palliative team
- At ajourføre sygeplejerapport ved indlæggelser og udskrivelser
- At være tilgængelig for telefonisk kontakt med egen læge vedr. de fælles patienter
- At have kontakt til hospitalet ved indlæggelser på stamafdeling
- At deltage i udskrivningskonference
- At forestå koordinationen omkring bevilgede hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Kommunerne tilbyder palliativ fysioterapi og palliativ ergoterapi til de patienter, der har behov herfor.

Kommunerne er endvidere ansvarlige for at yde socialrådgiverbistand til de patienter, der har behov for dette.

Kommunerne er i gang med at implementere Sundhedsaftalen vedrørende samarbejdet om den palliative patient, der trådte i kræft den 1. marts 2012, hvorfor der på tidspunktet for udarbejdelsen af denne rapport kan være variationer i kommunernes varetagelse af den palliative indsats.

#### 4.2. Almen praksis

Den praktiserende læge er i samarbejde med hjemmesygeplejersken ansvarlig for den palliative behandling på basisniveau, når patienten befinder sig i eget hjem eller på plejecenter.

Den praktiserende læges opgaver i palliative forløb er:

- At have kendskab til patienten og sygdommen
- At sikre og reetablere kontakt til patienten
- At være ansvarlig for den basale palliative behandling



- At være tovholder
- At deltage i planlægningsmøde
- At screene patienterne for palliative behandlingskrævende symptomer
- At være proaktiv
- At være tilgængelig.

#### 4.3. Hospitalernes somatiske sengeafsnit

Hospitalernes somatiske sengeafsnit varetager den palliative indsats på basisniveau, når der under indlæggelse vurderes, at en patient har palliative behov i den sene og terminale palliative fase og, når en patient med åben indlæggelse ved palliativ indsats indlægges på stamafdeling.

Hospitalerne tilbyder palliativ fysioterapi og i et mindre omfang palliativ ergoterapi til de somatiske patienter, der har behov herfor.

#### 4.4. Palliative senge

Som en del af hospitalernes basale palliative indsats er der etableret palliative senge til patienter med palliative behov, som i en periode bedst kan varetages på hospital. Det er de palliative team, der disponerer over de palliative senge.

Der er i Region Midtjylland i alt 8 palliative senge fordelt således:

- |                               |          |
|-------------------------------|----------|
| • Aarhus Universitetshospital | 3 senge  |
| • Hospitalsenheden Vest       | 3 senge  |
| • Hospitalsenhed Midt         | 2 senge. |

#### 4.5. Palliative team

Et palliativt team er en tværfagligt sammensat gruppe med specialviden om palliation. Teamet er tilknyttet hospitalerne og tilbyder palliativ bistand på specialiseret niveau.

Regionens palliative team har til opgave:

- At yde palliativ behandling på specialistniveau til patienter i eget hjem og til indlagte patienter uanset diagnose og alder, når patienterne befinder sig i den sene og terminale palliative fase
- At yde rådgivning til det basale palliative niveau i kommuner, almen praksis og hospitalsafdelinger
- At medvirke til at sikre en kvalificeret symptombehandling og pleje, uanset om den palliative indsats foregår på hospital, i eget hjem eller i plejebolig
- At koordinere den palliative indsats sektorerne imellem i den enkelte patients forløb
- At medvirke til at øge sundhedspersonalets kompetence og viden indenfor det palliative område via undervisnings-, uddannelses- og udviklingsfunktioner.

Egen læge eller hospitalslæger kan henvise patienter med fremskreden livstruende sygdom med særligt komplicerede problemstillinger af fysisk, psykologisk, socialt og/eller åndelig/eksistentiel

karakter til de palliative team. Indsatsen kan kombineres med livsforlængende palliativ onkologisk behandling, men mulighederne for kurativ (helbredende) behandling af sygdommen skal være udtømte. Patienten skal være informeret om sygdommens karakter og skal vide, at indsatsen vil være lindrende pleje og behandling. Patienten skal endvidere selv ønske tilknytning til det palliative team.

Der er etableret palliative team på følgende hospitaler i Region Midtjylland:

- Aarhus Universitetshospital
- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Horsens
- Hospitalsenhed Midt/Viborg
- Hospitalsenhed Midt/Silkeborg
- Hospitalsenheden Vest.

#### 4.5.1. Udvikling i normeringen ved de palliative team

I tabel 1 vises normeringen i de palliative team i 2007, jf. Palliationsplan I.

**Tabel 1. Palliative team – grundnormering 2007**

	<b>Herning</b>	<b>Randers</b>	<b>Silkeborg</b>	<b>Skive/Viborg</b>	<b>Aarhus</b>
<b>Egne senge</b>	3	-	-	2	3
<b>Bemanding</b>					
- læger	3,0	2,0	0,7	2,0	3,0
- sygeplejersker	3,0	3,0	2,8	2,0	3,6
- psykolog	0,0	0,7	0,6	0,0	0,5
- socialrådgiver	0,0	0,5	*)	0,2	0,1
- fysioterapeut	1,0	1,0	0,5	0,2	1,0
- præst	0,0	*	*	0,0	0,3
-sekretær	1,0	0,5	0,6	0,5	1,5
<b>Personale i alt</b>	<b>8,0</b>	<b>7,7</b>	<b>5,2</b>	<b>4,9</b>	<b>9,7</b>

\* er tilknyttet teamet, men ansat på hospitalet

#### *Udmøntningsplan for Palliationsplan I*

Administrationen udarbejdede i 2008 forslag til Regionsrådet om udmøntning af Palliationsplan I.

Udmøntningsplanen indeholdt forslag om en opnormering, således at alle team kom til at bestå af:

- 1-3 læger afhængig af patientunderlag
- 2-4 sygeplejersker afhængig af patientunderlag
- 0,5-1,0 psykolog afhængig af patientunderlag
- 0,5-1,0 fysioterapeut afhængig af patientunderlag
- 0,5-1,0 sekretær afhængig af patientunderlag.

I tabel 2 vises, hvordan de palliative team ville have været normeret ved gennemførelse af udmøntningsplanen for Palliationsplan I.

**Tabel 2. Palliative team – Forslag fra 2008 til udmøntning af Palliationsplan I fra 2007**

	Herning	Randers	Silkeborg	Skive/Viborg	Aarhus	Horsens
<b>Egne senge</b>	3	-	-	2	3	
<b>Bemanding</b>						
- læger	3,0	2,0	0,7	2,0	3,0	2,0
- sygeplejersker	3,0	3,0	2,0	2,0	4,0	3,0
- psykolog	1,0	0,7	0,6	0,5	1,0	0,5
- socialrådgiver		0,5	*)	0,2	0,1	
- fysioterapeut	1,0	1,0	0,5	0,5	1,0	0,5
- præst		*	*		0,3**)	
-sekretær	1,0	0,5	0,6	0,5	1,5	0,5
<b>Personale i alt</b>	<b>9,0</b>	<b>7,7</b>	<b>4,4</b>	<b>5,7</b>	<b>10,9</b>	<b>6,5</b>

\*) er tilknyttet teamet, men ansat på hospitalet

\*\*\*) Præsten aflønnes af Folkekirken.

I Tabel 3 vises den aktuelle normering af de palliative team, herunder den delvise realisering af Palliationsplan I med den halve implementering af et palliativt team i Horsens. Derudover er der inden for hospitalernes egne rammer sket mindre ændringer af normeringerne.

**Tabel 3. Palliative team - normering marts 2012**

	<i>Herning</i>	<i>Randers</i>	<i>Silkeborg</i>	<i>Skive/Viborg</i>	<i>Århus</i>	<i>Horsens***)</i>
<b>Egne senge</b>	3	-	-	2	3	-
<b>Bemanding</b>						
Læger*)	2,0 heraf 1,0 til Anker Fjord Hospice	2,0 heraf 1,0 til Hospice Djursland	0,8	2,0 heraf 1,0 til HospiceLimfjord	3,6 heraf 0,7 til Hospice Søholm	1,0
sygeplejersker	3,0	2,8	2,8	2,0	3,6	2,0
Psykolog	-	0,6	0,6	0,0	0,6	0,3
socialrådgiver	-	0,5	0,3**)	0,2	0,1	-
Fysioterapeut	0,8	1,0	0,5	0,2	1,0	0,3
Præst	-	-	-	-	0,3	-
Sekretær	0,9	0,5	0,5	0,5	1,1	0,2
<b>Personale i alt</b>	6,7	7,4	5,5	4,9	10,3	3,8

\*) De palliative team i Herning, Randers, Viborg og Århus leverer lægebistand til Hospice i henhold til tilførte midler ved hospicernes oprettelse. Det palliative team i Herning yder ud over 1 lægestilling også en døgnvagt til en værdi af 427.000 kr., der også er tilført hospitalets rammer.

\*\*\*) Ansat på hospitalet med tilknytning til teamet, som trækker 0,3 socialrådgiverstilling.

\*\*\*\*) Horsens betjener alene Horsens og Hedensted og ikke Skanderborg og Odder, der også hører til hospitalets optageområde.

Det fremgår, at Hospitalsenheden Vest i forhold til intentionerne i Palliationsplan I har reduceret bemandingen i det palliative team i forhold til niveauet i 2007. Dette er begrundet i generelle besparelser på hospitalet i 2011.

Aarhus Universitetshospital har på grund af patienttilgang øget normeringen fra 9,7 fuldtidsstillinger i 2007 til 10,3 fuldtidsstillinger i 2012. Der er udover den viste normering ansat 1,6 årsværk i Udviklingsenheden ved Det Palliative Team i Aarhus bestående af 0,4 læge, 0,6 sygeplejerske, 0,3 psykolog, 0,3 sekretær.

Øvrige hospitaler har fastholdt normeringen uændret i forhold til 2007.

#### **4.5.2. Aktivitet ved de palliative team 2006 - 2010**

I tabel 4 vises aktiviteten ved de palliative team i henholdsvis 2006 og 2010. Aktivitetstallene fra 2006 indgik i grundlag for Region Midtjyllands første palliationsplan.

I forbindelse med udarbejdelse af Palliationsplan II er det blevet klarlagt, at der er en noget forskellig registreringspraksis i de seks palliative team, hvorfor aktivitetsoversigten primært viser udviklingen i aktiviteten indenfor de enkelte team. De seks team samarbejder med administrationen om et få indført en ensartet registrering.

**Tabel 4. Aktiviteter ved de palliative team i Region Midtjylland – 2006 og 2011 (november 2010-november). 2011)**

	Herning		Randers		Silkeborg		Viborg		Århus		Horsens (2011*)
	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011	
<b>Antal henviste</b>	288	Ca. 300	240	271	187	255	169	200	296	393	60
<b>Hjemmebesøg</b>	225	Ca. 850	76	208	329	640		440	980	1150	29
<b>Tilsyn på hospital</b>	1851	543 inkl. Amb. besøg	1018	455	738	674		55	262	227	44
<b>Telefonkontakt</b>	1871	2235	1527	3050	725	2431		1272	1714	4338	220
<b>Ambulant konsultation</b>	172	-	254	347	52	181		30	-	80	-
<b>Døde</b>	151	144	163	177	119	175		162	226	-	18
- på hospital	56	41	63	48	-	45		34	71	-	-
- i hjemmet	62	56	72	59	-	73		86	83	-	-
- hospice	-	-	-	53	-	35		42	-	-	-
- andre steder	30	11	28	17	-	16		-	72	-	-
- uoplyst		36	-	-	-	6		-		-	-
<b>Opfølgende samt.</b>	-	-	136	-		-		-	73	-	-

\*) Horsens-teamet blev etableret juli 2011

Tabel 4 viser, at der har været en stigning i antallet af henviste på 26 % fra 2006 til 2011.

Der er – enten på grund af mere intensiv registrering – eller reelt - sket en udvikling i sammensætningen af de palliative teams ydelser. Der ses således mere end en fordobling i antallet af hjemmebesøg og i antallet af telefoniske kontakter, og næsten en halvering i antallet tilsyn på hospitalsafdeling.

#### *Forbehold*

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en forskellig registreringspraksis medfører, at aktivitetsoversigten i de palliative team må tages med et forbehold, når man sammenligner aktiviteten mellem de enkelte team. Aktivitetsoversigten viser derfor primært noget om udviklingen i aktiviteten inden for det enkelte team, medens der er grund til tilbageholdenhed i forhold til at sammenligne på tværs af teamene.

De seks team arbejder sammen med Administrationen på at indføre en ensartet registrering.

#### 4.6. Hospice

Hospicer er et tilbud til uhelbredeligt syge i deres sidste levetid. De er organiseret som selvejende institutioner med driftsoverenskomst med regionerne.

Hospicerne har til opgave at yde en specialiseret tværfaglig palliativ indsats, der ikke kan varetages på basisniveau af egen læge, kommunal hjemmepleje eller på hospitalsafdeling. Den lindrende indsats omfatter behandling, pleje og omsorg til det uhelbredeligt syge og døende menneske i den sidste levetid. Det er endvidere formålet at yde støtte, vejledning og omsorg til den døendes pårørende og senere efterlevende.



Som en del af den regionale, specialiserede palliative indsats er hospicerne involverede i udvikling, undervisning og uddannelse inden for det palliative område.

Egen læge eller hospitalslæger kan henvise patienter ud fra følgende kriterier, som alle skal være opfyldt:

- Forventet kort levetid (udarbejdet terminalerklæring) for den henviste
- Helbredende behandling er ophørt for den henviste
- Komplekse problemstillinger af fysisk, psykosocial eller eksistentiel karakter hos den henviste
- Behandlingsniveauet skal være afklaret således, at den henviste ikke har symptomer af en karakter, der fordrer indlæggelse på hospital
- Den henviste har et ønske om at leve den sidste tid på hospice og er velinformeret om andre muligheder for ophold og støtte.

I Region Midtjylland er der fire hospicer med i alt 50 pladser:

- |                       |             |
|-----------------------|-------------|
| • Hospice Søholm      | 11 pladser  |
| • Anker Fjord Hospice | 12 pladser  |
| • Hospice Limfjord    | 12 pladser  |
| • Hospice Djursland   | 15 pladser. |

#### 4.6.1. Aktivitet på hospice

Der er i årene 2008 til 2011 udarbejdet aktivitetsrapporter for de fire hospicer. Af aktivitetsrapporten for 2011 fremgår bl.a. følgende tabel over antallet af henviste og indskrevne patienter på hospice.

**Tabel 5. Henviste/afviste/indskrevne/belægningsprocent i 2011 for alle midtjyske hospicer sammenholdt med tidligere år**

År	Antal henviste	Antal afviste	Antal indskrevne	Belægningsprocent
2011	1164	47	691	85,5 – 90,0
2010	1145	71	694	82,5 – 90,4
2009	1200	121	655	82,3 – 89,3
2008	1290	195	687	82,6-114,3

Det fremgår af aktivitetsopgørelserne fra hospicerne, at i alt 691 borgere i 2011 blev indskrevet på de i alt 50 pladser mod 694 i 2010.

Kun 47 patienter svarende til 4 % af de henviste blev afvist i visitationen i 2011. Afvisningerne skyldes, at patienterne blev vurderet til ikke at have så komplekse problemstillinger, at de tilhører målgruppen for hospice.

426 – svarende til 37 % - af de henviste når imidlertid ikke frem til at blive indlagt på hospice. Dette har flere årsager.

Differencen skyldes primært, at en del borgere (182) døde, inden der blev plads på hospice. Af disse døde mange ganske få dage efter, at hospice havde modtaget henvisningen. 36 henviste var i en for dårlig helbredstilstand til at kunne overflyttes til hospice, da der blev plads.

109 henviste fik plads på andet hospice, primært i Region Midtjylland. Endelig er der nogle (33), der alligevel ikke ønskede ophold på hospice, da dette blev tilbudt.

For 52 patienters vedkommende blev der fundet en anden løsning i form af plejebolig, hospital, plejeorlov eller andet.

#### Diagnose

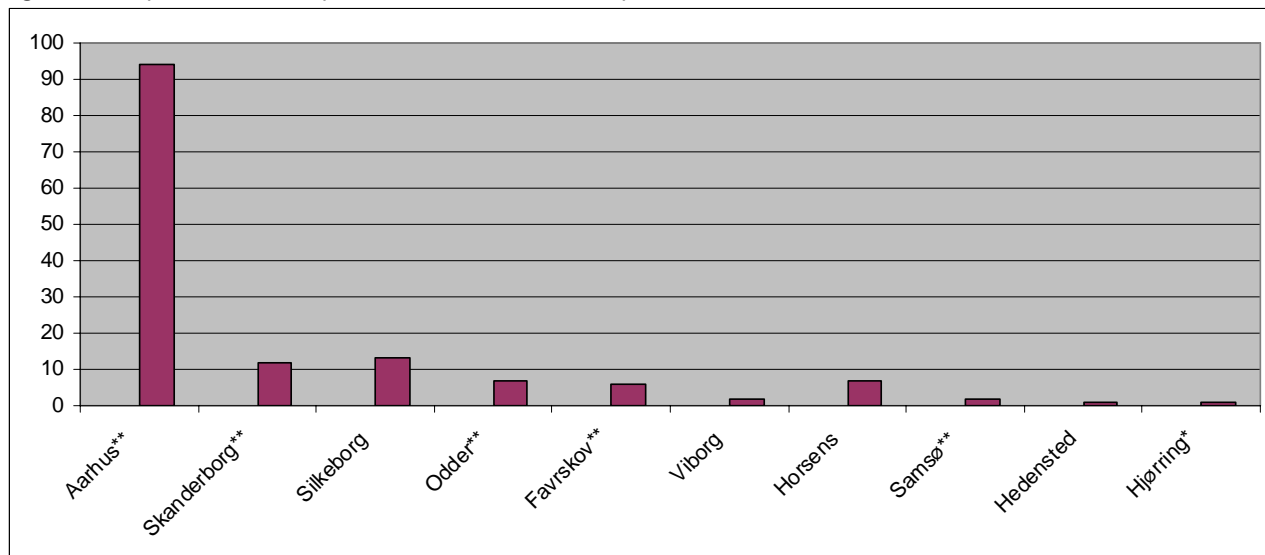
Kræft er fortsat den helt dominerende hoveddiagnose for patienter på hospice. 651 af i alt 691 indskrevne havde en kræftsygdom. I 2010 var der tale om 671 ud af 694 indskrevne.

Hoveddiagnosen for de øvrige indskrevne er fordelt ud over en række sygdomme, herunder kredsløbssygdomme og KOL (kronisk nedsat lungefunktion).

#### 4.6.2. Indskrevne fordelt på bopælskommune pr. hospice

I de følgende figurer gengives den kommunalt fordelte population på hvert af de midtjyske hospicer, jf. Aktivitetsoversigt 2011 for de midtjyske hospicer.

Figur 1. Hospice Søholm - patienter fordelt efter bopælskommune 2011



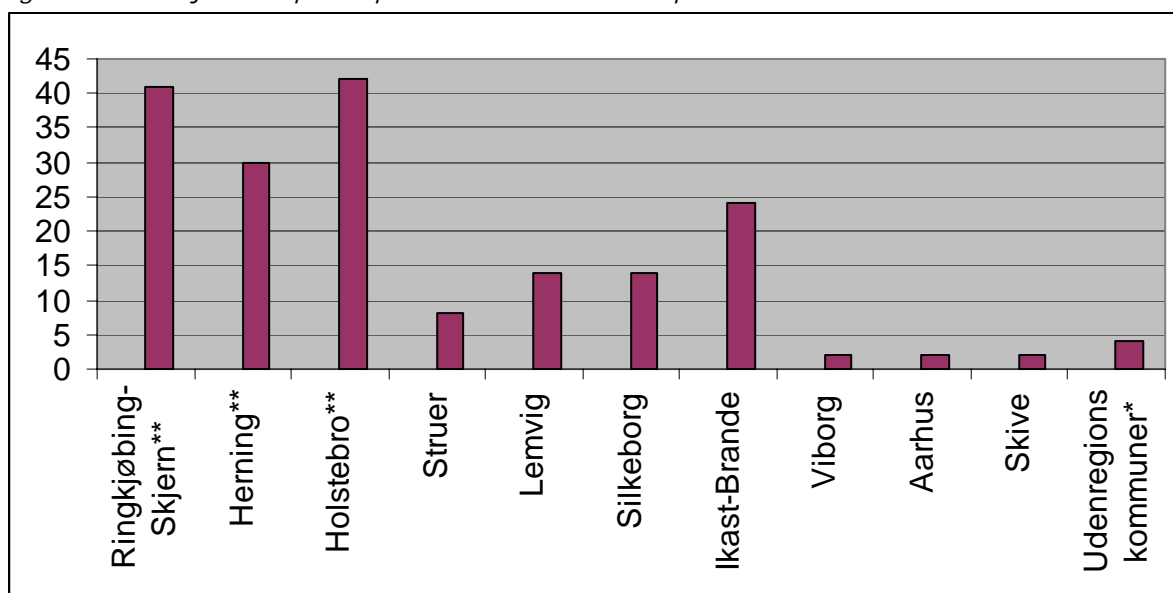
\*) udenregionskommune

\*\*\*) Hospicets beliggenhedskommune eller nabokommune

I 2011 kom 83,5 % af patienterne fra beliggenhedskommunen eller nabokommune. I 2010 var det 91 %, i 2009 85,4 % og i 2008 93,5 %.



Figur 2. Anker Fjord Hospice – patienter fordelt efter bopælskommune 2011

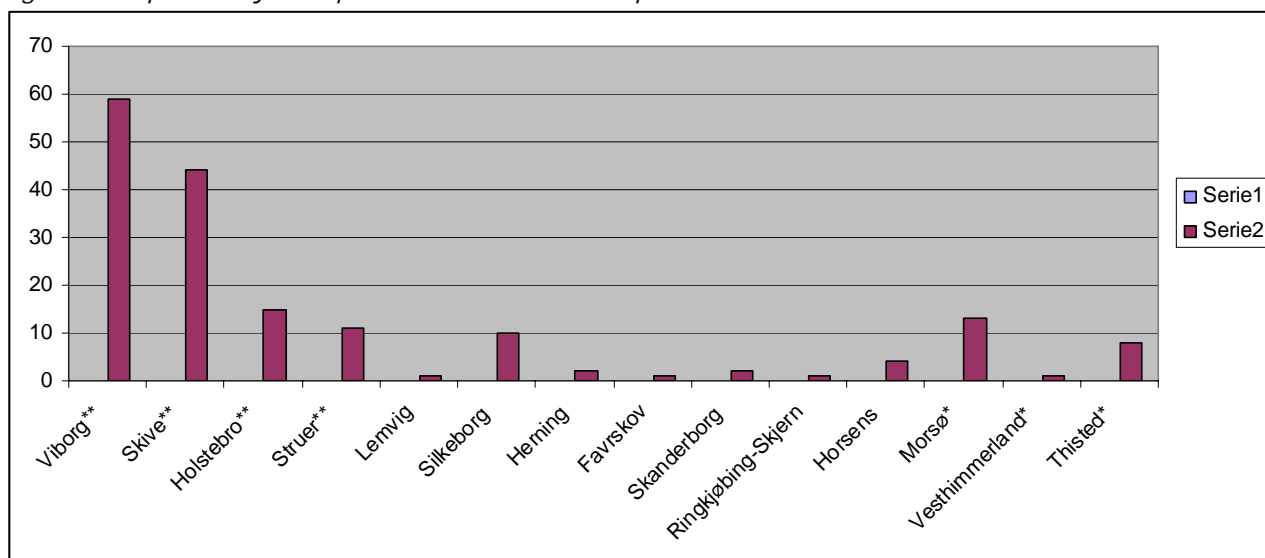


\*) udenregionskommune

\*\*\*) hospicets beliggenhedskommune eller nabokommune

I 2011 kom 61,7 % af patienterne fra beliggenhedskommunen eller nabokommunen. I 2010 var det 75,8 %, i 2009 69,6 % og i 2008 74,9 %.

Figur 3. Hospice Limfjord – patienter fordelt efter bopælskommune for 2011

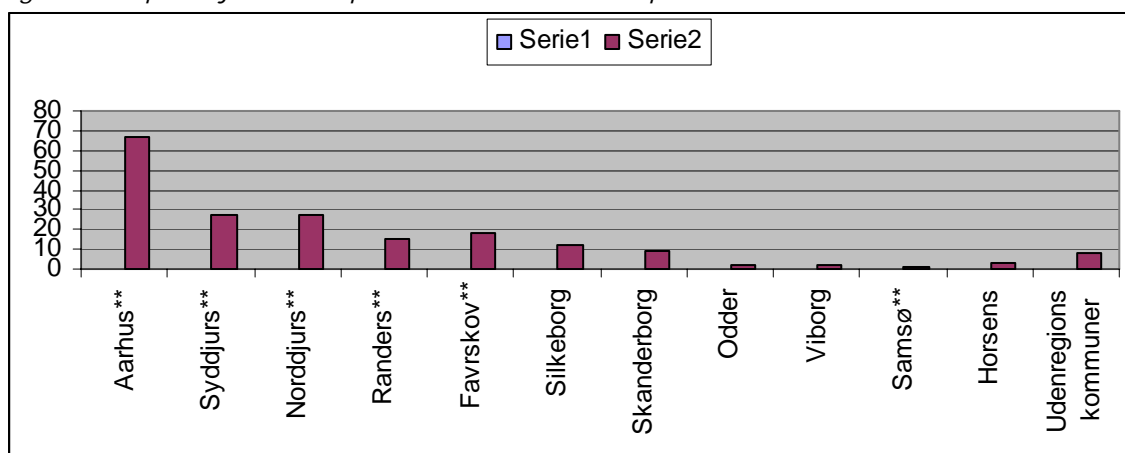


\*) udenregionskommune

\*\*\*) hospicets beliggenhedskommune eller nabokommune

I 2011 kom 75 % af patienterne fra beliggenhedskommunen eller nabokommunen. Det er den samme andel som i 2010. I 2009 var det 76 % og i 2008 79,6 %.

Figur 4. Hospice Djursland – patienter fordelt efter bopælskommune for 2011



\*) udenregionskommune

\*\*\*) hospicets beliggenhedskommune eller nabokommune

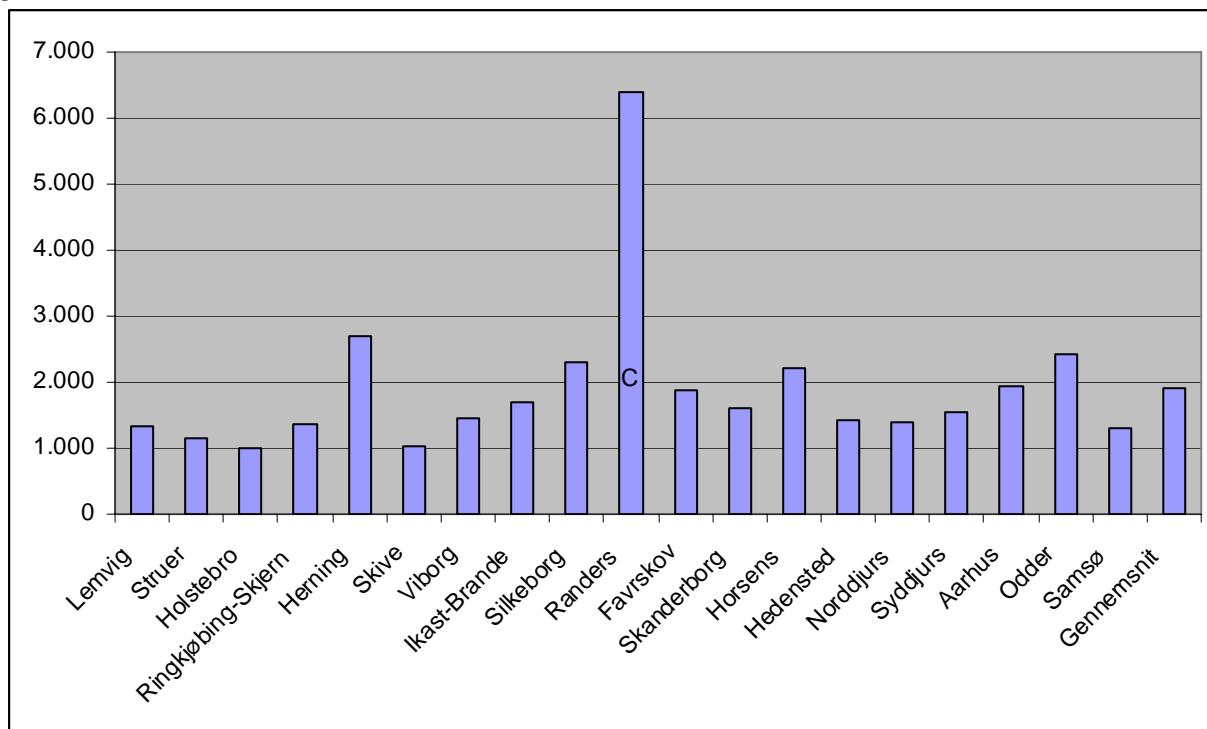
I 2011 kom 81,2 % af patienterne fra beliggenhedskommunen eller nabokommunen. I 2010 var det 75 %, i 2009 88,5 % og i 2008 86,9 %.

Det fremgår af tabeller og grafer ovenfor, at hospicerne er relativt lokalt forankret, idet mellem 75 % og 91 % af patienterne kommer fra den kommune, som hospice er beliggende i, eller fra nabokommunerne til denne.

#### 4.6.3. Antal indbyggere pr. hospicepatient indlagt på de midtjyske kommuner i 2011

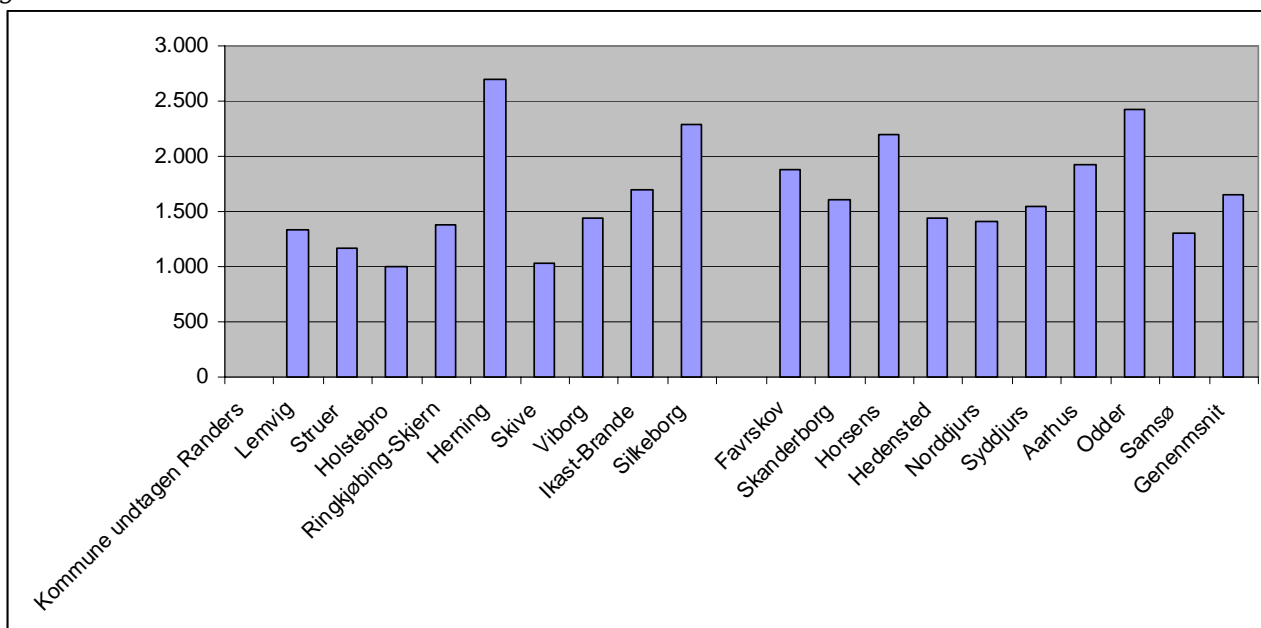
I de næste to figurer vises antal indbyggere pr. indlagt hospicepatient på de midtjyske hospicer under ét. Et stort antal indbyggere pr. indlagt er således udtryk for et relativt lavt hospiceforbrug, og et lavt antal indbyggere pr. indlagt hospicepatient udtryk for et relativt stort hospiceforbrug.

Figur 5. Antal indbyggere pr. patient indlagt på et midtjysk hospice i 2011 – sammenlignet med gennemsnittet



Det fremgår af figur 6, at Randers Kommune skiller sig ud ved et meget lavt forbrug af hospicepladser med 6.500 borgere for hver indlagt hospicepatient mod gennemsnittet på knap 2.000 borgere pr. indlagt hospicepatient.

Figur 6. Antal indbyggere pr. patient indlagt på et midtjysk hospice i 2011 – sammenlignet med gennemsnittet og med undtagelse af Randers Kommune, der har den største afvigelse fra gennemsnittet.



Det fremgår af figur 6, at når Randers Kommune trækkes ud af sammenligningen, er der tale om et mere ensartet forbrug af hospice blandt de midtjyske kommuner. I denne figur er det Herning, Odder, Silkeborg og Horsens kommuner, der skiller sig ud med et lavt hospiceforbrug.

For Horsens kommune er det reelle hospiceforbrug dog noget højere, da Sct. Maria Hospice i Region Syddanmark optager knap 25 patienter årligt fra Horsens Kommune, jf. Figur 7. Med disse 25 patienter tillagt, er der 1300 borgere pr. patient på hospice i Horsens kommune.

En tilsvarende beregning for Hedensted med ca. 28 patienter på Sct. Maria Hospice viser, at der i Hedensted Kommune er knap 800 borgere pr. patient på hospice.

Regionsgrænsen synes således ikke at påvirke hospiceforbruget.

#### **4.6.4. Resultatet af indskrivning på hospice**

Der kan konstateres nogen, men aftagende variation i udskrivningsprocenten mellem de midtjyske hospicer.

Der kan konstateres et fald i udskrivningsprocenten fra 2008 til 2011. Administrationen fandt på baggrund af 2008-tallene, at der var grund til at se nærmere på disse forhold, og Regionsrådet besluttede den 2. august 2008, at der skulle udarbejdes fælles visitationsretningslinjer for hospice.

En arbejdsgruppe med repræsentanter for hospicerne og hospitalerne udarbejdede i 2009 ensartede visitationsretningslinjer for de fire hospicer, som er godkendt af Regionsrådet. Visitationsretningslinjerne præciserer, at hospice er et regionalt, specialiseret, tværfagligt tilbud til det uheldeligt syge og døende menneske i dennes sidste levetid. De nye visitationsretningslinjer trådte i kraft i januar måned 2010. Tallene for 2009-2011 indikerer, at opmærksomheden på visitationen til hospice har haft en effekt, således at anvendelsen af hospice er blevet præciseret.

**Tabel 6. De indskrevnes status ved udskrivning fra hospice**

År	Død	Eget hjem	Plejehjem	Hospital	Andet	I alt	Udskrivningsprocent *)
2011	627	49	12	0		688	9 %
2010	616	54	9	5	1	685	10 %
2009	546	83	13	10	1	653	16 %
2008	529	133	19	4	0	685	23 %

\*) Udskrivningsprocenten omhandler den del af patienterne, der udskrives fra hospice til eget hjem, plejehjem, hospital eller andet.

Udskrivningsprocenten varierer mellem hospicerne som det fremgår af tabel 7.

**Tabel 7. Udskrivningsprocent pr. hospice pr. år**

Hospice/udskrivning	2011	2010	2009	2008
Hospice Søholm	7 %	9 %	8 %	12 %
Anker Fjord Hospice	13 %	12 %	22 %	34 %
HospiceLimfjord	9 %	13 %	21 %	27 %
Hospice Djursland	6 %	8 %	13 %	16 %

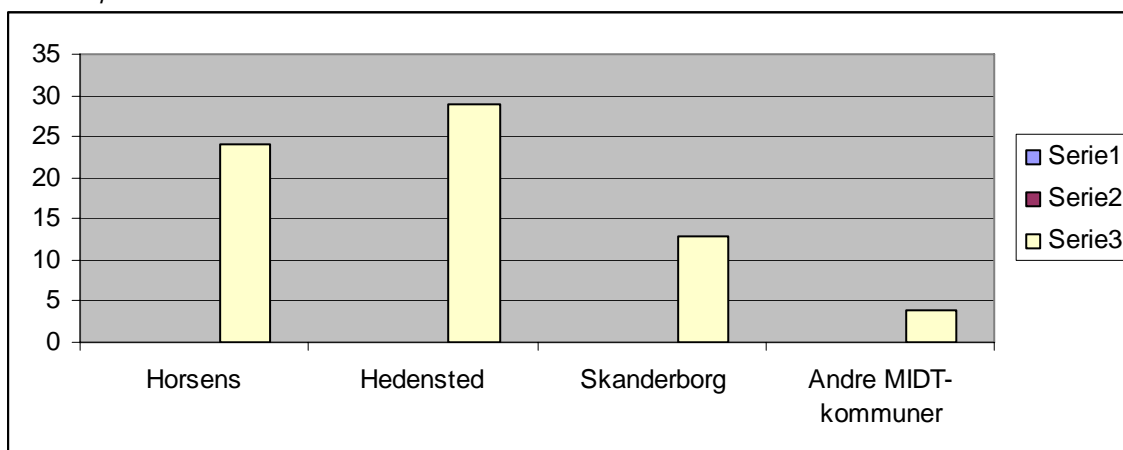
#### 4.6.5. Hospiceforbrug i andre regioner

Borgere fra Region Midtjylland havde i 2011 et forbrug 1588 sengedøgn i andre regioner mod 1701 sengedøgn i 2010. Det svarer til ca. 5 hospicepladser ved en belægningsprocent på 85.

Af de 1588 sengedøgn udgjorde forbruget på Sct. Maria i Region Syddanmark 1472 døgn, svarende til 93 %. Forbruget på Sct. Maria udgør – omregnet til hospicepladser – ca. 4,7 døgnpladser. Et tilsvarende billede har tegnet sig i de senere år og må tilskrives de traditionelle patientbevægelser i Region Midtjyllands sydøstlige hjørne.

I den følgende tabel og graf vises hjemkommunen for borgerne med ophold på Sct. Maria i 2011. Antallet af patienter er beregnet ud fra forbruget af sengedøgn og på grundlag af en forventet gennemsnitlig opholdstid på 21 døgn.

*Figur 7. Patienter på Sct. Maria Hospice i Region Syddanmark fra Region Midtjylland fordelt efter bopælskommune for 2011.*



## 5. Nationale planer, anbefalinger, retningslinjer love og bekendtgørelser m.v. for det palliative område

### 5.1. Lovgivning

Palliativ indsats er kun i begrænset omfang lovgivningsmæssigt reguleret. Hospicetilbud er som den eneste palliative indsats beskrevet direkte i Sundhedsloven.

På hospiceområdet findes endvidere en ministerbekendtgørelse om regionernes forpligtelse til at indgå aftaler med selvejende institutioner om drift af et bestemt antal hospicepladser.

Ifølge Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for den palliative indsats af december 2011 aftales indsatsen i øvrigt inden for rammerne af Sundhedsloven og Servicelovens bestemmelse om samarbejde mellem regioner og kommuner, herunder i regi af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

I henhold til Serviceloven kan der bevilges en række ydelser i forbindelse med pasning af døende, herunder f.eks. plejevederlag, hjælp til sygeplejeartikler, aflastning i plejecentre, ophold i plejebolig eller lignende.

Der henvises i øvrigt til bilag 8, som er udarbejdet til Den palliative sundhedsaftale, december 2011.

### 5.2. Planer

Den landspolitiske aftale af november 2010 om udmøntning af *Kræftplan III* indeholder en række initiativer på det palliative område:

- Øget adgang til den specialiserede palliative behandling og rådgivning fra medio 2012. Det skal ske ved udbygning af de palliative team, der skal assistere hospitalsafdelinger og foretage hjemmebesøg og stå til rådighed for det basale niveau med rådgivning og bistand døgnet rundt
- Indførelse af et forløbsprogram for rehabilitering og palliation af kræftpatienter fra 2012
- Etablering af 42 nye hospicepladser i Danmark med henblik på fra 2011 og frem til 2014 at nå op på 250 hospicepladser. Ministeren har efterfølgende fastlagt, at de 42 pladser fordeles mellem regionerne, således at Region Midtjylland er forpligtet til at etablere 9 nye pladser. Samtidig hæves forpligtelsen for Region Midtjylland fra 40 pladser til 59 pladser. Region Midtjylland er således forpligtet til at indgå aftale om driften af 9 pladser oveni de eksisterende 50 pladser
- Sundhedsstyrelsen skal opdatere de palliative retningslinjer fra 1999. Dette er sket med Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for den palliative indsats fra december 2011. Disse

anbefalinger udgør dermed rammen for tilrettelæggelsen af både den basale og den specialiserede palliative indsats.

### *5.3. Nye anbefalinger*

Sundhedsstyrelsen har december 2011 udsendt "Anbefalinger for den palliative indsats" til erstatning for "Faglige retningslinjer for den palliative indsats" fra 1999.

Hovedfokus i de nye anbefalinger er den organisatoriske og strukturelle del af det palliative område.

I Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige oplæg til Kræftplan III anbefalede Styrelsen, at der skete en styrkelse af den palliative indsats på det basale niveau og en udbygning af den palliative indsats på det specialiserede niveau. Anbefalingen begrundes med, at flere og flere patienter lever længere med livstruende sygdomme, også patienter med kræftsygdomme.

Det overordnede formål med Sundhedsstyrelsens anbefalinger er at løfte kvaliteten af den palliative indsats i Danmark over for mennesker med livstruende sygdomme (uanset diagnose) og for deres pårørende.

#### **5.3.1. Udvidelse af målgruppe og udvidelse af tidsrum for palliativ indsats**

Målgruppen udvides fra at omfatte uhelbredeligt syge til at omfatte alle patienter med en livstruende sygdom, som har et palliativt behov.

Det understreges, at patienter og pårørende kan have palliative behov tidligt i et livstruende sygdomsforløb.

#### **5.3.2. Behovsvurdering**

Regioner og kommuner bør sikre, at der hos patienter med livstruende sygdom foretages en vurdering af behovet for palliation. Behovsvurderingen foretages:

- Når diagnosen stilles
- Ved forværring af sygdommen
- Ved sektorovergang
- Og andre væsentlige begivenheder, f.eks. ændringer i den sociale situation.

Sundhedsstyrelsen har iværksat et arbejde, der skal munde ud i et redskab til denne behovsvurdering.

#### **5.3.3. Uddannelse og kompetenceudvikling**

Sundhedsstyrelsen beskriver i de nye faglige anbefalinger kompetencerne inden for det palliative område på tre niveauer.

**Tabel 8. Kompetenceniveau, uddannelsesniveau og uddannelsesindhold**

<b>Kompetenceniveau</b>	<b>Uddannelsesniveau</b>	<b>Anvendelse på palliativt niveau</b>
<b>A. Basalt</b>	<i>Prægraduat</i>	<i>Basalt niveau, der formidles via formel uddannelse på de relevante korte, mellemlange og lange grunduddannelser. Kompetencerne anvendes på basalt niveau og som udgangspunkt på specialiseret niveau.</i>
<b>B. Udvidet</b>	<i>Postgraduat, basalt</i>	<i>Udvidet niveau, der formidles både via formel og ikke-formel uddannelse til fagprofessionelle med korte, mellemlange og lange uddannelser. Kompetencerne anvendes på basalt niveau og på det specialiserede niveau.</i>
<b>C. Specialiseret</b>	<i>Postgraduat, specialiseret</i>	<i>Specialiseret, der formidles via formel efter- og videreuddannelse til fagprofessionelle med relevant erfaring på det udvidede niveau, særligt målrettet ledere, undervisere og forskere på det specialiserede palliative niveau.</i>

Det beskrives som en lokal ledelsesmæssig opgave at sikre relevante kompetencer hos medarbejderne, hvorfor der bør være planer for kompetenceudviklingen for relevant personale på det palliative område.

Det beskrives som en forudsætning, at alle fagprofessionelle har palliative kompetencer på basalt niveau, og hospitalsafdelinger og kommuner har mindst en sundhedsprofessionel med palliative kompetencer på udvidet niveau (niveau B).

#### **5.3.4. Organisering**

Hver region og kommune bør inden udgangen af 2013 udarbejde planer for organiseringen af de palliative tilbud i henholdsvis regionen og kommunen.



Regioner og kommuner bør udarbejde samarbejdsaftaler for det tværsektorielle samarbejde om patienter med palliative behov som supplement til sundhedsaftalerne.

### **5.3.5. Kvalitetsudvikling og forskning**

Sundhedsstyrelsen opfordrer til en styrket monitorering, forbedret registrering og dataindsamling og til forskning inden for det palliative område gennem samarbejde mellem regioner, kommuner, almen praksis, Sundhedsstyrelsen, Palliativt Videnscenter og relevante videnskabelige og faglige selskaber.

## **5.4. Anbefalinger specifikt for kommunernes palliative indsats**

### **5.4.1. Kontaktperson**

Kommunerne bør sikre, at der hos alle patienter i sen og terminal fase, er udpeget en kommunal kontaktperson blandt det personale, der er involveret i patientens forløb.

## **5.5. Anbefalinger specifikt for regionernes palliative indsats**

### **5.5.1. Visitationsretningslinjer**

Den enkelte region bør have fælles visitationsretningslinjer for regionens specialiserede palliative tilbud.

### **5.5.2. Tværfaglighed**

Et palliativt team (også på palliative afdelinger og hospice) består som minimum af fire faggrupper, herunder læge og sygeplejerske. Læge og sygeplejerske skal være fuldtidsbeskæftigede med palliativ indsats, mens de øvrige faggrupper kan være deltidsbeskæftigede med palliativ indsats.



Teamet har adgang til at inddrage andre relevante fagprofessionelle som f.eks. præst eller diætist.

Palliative afdelinger og hospice har sygeplejersker til stede hele døgnet og adgang til kvalificeret lægefaglig bistand hele døgnet.

Regionerne bør sikre, at der for relevante patienter i sen og terminal fase er aftale for, hvilken læge der koordinerer den lægefaglige indsats.

#### ***5.5.3. Åben indlæggelse***

Regionerne bør sikre, at der for relevante patienter med palliative behov er mulighed for åben indlæggelse i en stamafdeling.

#### ***5.5.4. Døgnåben rådgivning***

Regionerne skal sikre, at det basale palliative niveau har adgang til rådgivning fra det specialiserede palliative niveau hele døgnet.

## **6. Regionale planer, politiske målsætninger m.v. for det palliative område**

### *6.1. Palliationsplan I anno 2007*

Regionsrådet godkendte den 26. september 2007 Region Midtjyllands første Palliationsplan omhandlende den regionale, specialiserede palliative indsats. Udgifterne til planforslagene beløb sig til ca. 6 mio. kr.

Samtidig besluttede Regionsrådet at søge at indarbejde Palliationsplanens forslag om en øget årlig driftsudgift på 6,0 mio. kr. i Budget 2009.

Regionsrådet drøftede den 28. august 2008 Administrationens forslag til Udmøntning af Palliationsplanen med forslag om i Budget 2009 at indarbejde 4,0 mio. kr. til udvikling af de palliative team (bedre tværfaglig bemanding og etablering af et sjette team ved Regionshospitalet Horsens) og til udvikling af udviklingsenheden ved Det Palliative Team på Aarhus Universitetshospital til en regional dækkende Udviklings- og Kompetenceenhed. Udmøntningsplanen skitserede endvidere muligheden for fra 2010 at etablere en døgndækkende speciallægevagtordning i forhold til de fire hospicer til en årlig driftsudgift på 2,0 mio. kr.

Regionsrådet fandt ikke mulighed for i Budget 2009 og Budget 2010 at finde midler til at realisere Palliationsplanen. I forbindelse med vedtagelsen af Budget 2010 besluttede Regionsrådet, at Palliationsplan I skal revideres med henblik på forberedelse af Budget 2011. I lyset af det iværksatte arbejde med udvikling af Kræftplan III besluttede Regionsrådet dog i maj 2010 at udsætte revisionen til 2011.

I Budget 2011 fandt Regionsrådet mulighed for at afsætte 2,0 mio. kr. til at styrke de palliative team. Der blev dermed mulighed for fra den 1. juli 2011 at realisere Palliationsplanens forslag om at etablere et palliativt team ved Regionshospitalet Horsens og derved hjemtrække de ydelser, som Det Palliative Team ved Vejle Sygehus hidtil har leveret i Horsens og Hedensted kommuner.

De øvrige elementer i Palliationsplanen har det indtil nu ikke været muligt at realisere. Den eksisterende Palliationsplan fra den 26. september 2007 udgør indtil videre plangrundlaget for det palliative arbejde i Region Midtjylland. I Tabel 9 er en skematisk oversigt over de seks målsætninger i Palliationsplan I og status i forhold til målsætningernes realisering.

**Tabel 9. Status for realisering af Palliationsplan I**

<b>Målsætning Palliationsplan I</b>	<b>Status</b>
<p><i>Udvikle de palliative team med større bredde i den tværfaglige bemanning og med en højere normering.</i></p> <p><i>Beregnet udgift 2,8 mio. kr. inklusive modregning af besparelse på 1,1 mio. kr. ved hjemtrækning fra ydelser fra Region Syddanmark</i></p>	<p><i>Ikke realiseret.</i></p>
<p><i>Etablere et sjette palliativt team i Horsens.</i></p> <p><i>Beregnet udgift er inkluderet i ovennævnte 2,8 mio. kr., idet etableringen af teamet muligvis hjemtrækning af ydelser fra Region Syd svarende til 1,1 mio. kr.</i></p>	<p><i>Delvist realiseret med etableringen af et palliativt team fra den 1. juli 2011, der retter sig mod Horsens og Hedensted kommuner, men som endnu ikke er udbygget til også at rette sig mod Skanderborg og Odder Kommuner. Bevilget 0,97 mio. kr. i 2011 og 1,95 mio. kr. fra 2012.</i></p> <p><i>1,1 mio. kr. af udgiften finansieres ved hjemtrækning af ydelser fra Region Syddanmark.</i></p>
<p><i>Udvide udviklingsenheden ved Det Palliative team på Aarhus Universitetshospital til en regional dækkende Udviklings- og Kompetenceenhed. Beregnet udgift 1,2 mio. kr.</i></p>	<p><i>Ikke realiseret.</i></p>
<p><i>Etablere døgndækkende lægebetjening på hospice.</i></p> <p><i>Beregnet merudgift 2,0 mio. kr.</i></p>	<p><i>Har været realiseret alene på Anker Fjord Hospice fra opstarten af dette hospice, men ikke realiseret i resten af regionen. Døgnvagten på Anker Fjord Hospice koster årligt 427.000 kr. Beløbet er tilført Hospitalsenheden Vest.</i></p>
<p><i>Afvente udviklingen på de fire hospicer i regionen, inden der tages stilling til evt. behov for yderligere udbygning af hospicekapaciteten</i></p>	<p><i>Realiseret.</i></p>
<p><i>Samarbejdet om den palliative patient bliver et fast element i sundhedsaftalerne.</i></p>	<p><i>Er realiseret i 1. kvartal 2012 ved kommunal og regional vedtagelse af Sundhedsaftale om samarbejdet om den palliative patient (Den palliative Sundhedsaftale).</i></p>

## 6.2. Sundhedsaftale om samarbejdet om den palliative patient

Det overordnede formål med sundhedsaftalen om samarbejdet om den palliative indsats i Region Midtjylland er at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænserne. Samtidig er det et vigtigt formål med Sundhedsaftalen, at den skal være med til at sikre en høj og ensartet kvalitet i de tilbud, der gives til patienter i palliative forløb i kommunalt og regionalt regi.

Sundhedsaftalen er en tillægsaftale til den generelle sundhedsaftale gældende for perioden 2011 – 2014. Den udfolder det særlige tværsektorielle samarbejde for den palliative indsats i Region Midtjylland.

Sundhedskoordinationsudvalget har for perioden 2011 – 2014 udpeget følgende målsætninger for sundhedsaftalen vedrørende den palliative indsats:

Den overordnede målsætning er at sikre høj og ensartet kvalitet og skabe sammenhæng i den tværsektorielle indsats på det palliative område og i det konkrete patientforløb.

Følgende målsætninger retter sig mod de særlige behov, som den palliative patient har på grund af den specielle situation, som vedkommende og dennes pårørende befinder sig i:

- Den palliative patient og eventuelt dennes pårørende
  - Får – ved påbegyndelse af palliativ indsats og løbende – information om sygdomsforløbet og den palliative pleje og behandling samt hjælpe- og støttemuligheder
  - Tilbydes tidlig opsporing af behandlingskrævende palliative symptomer samt indsats over for disse
  - Får mulighed for at træffe egne valg med hensyn til, hvor og hvordan den sidste tid skal forløbe og, at disse ønsker skal – i sammenhæng med det faglige skøn – imødekommes, hvis det er muligt
  - Får hjælp til at mestre situationen og støtte til at få det bedst mulige ud af den tid, der er tilbage, og at denne er så aktiv som mulig
  - Får tildelt en sundhedsfaglig kontaktperson ved kontakt med hjemmeplejen, hospitalerne, praktiserende læge (tovholder) og det palliative team – én fra hvert sted, og når det er relevant
- Pårørende tilbydes opfølgning efter dødsfaldet med henblik på hjælp og støtte fra sundhedspersonalet
- Der sker tidlig indsats ved behov, og den kan starte i det øjeblik, patienten får stillet diagnosen
- Der findes specielle uddannelses- og kompetenceudviklingstilbud til de forskellige sundhedsfaglige personalegrupper inden for det palliative indsatsområde.

### *6.3. Tillægsaftale til Sundhedsaftale 2010-2014 mellem Randers Kommune og Region Midtjylland*

Det fremgår af tillægsaftale til Sundhedsaftale 2010 -2014) mellem Randers Kommune og Region Midtjylland, at "kommunens ønske om at omdanne tilbuddet (Det såkaldte Randers hospice red.) til et egentligt regionalt hospice vil indgå i regionens evt. fremtidige overvejelser om, hvordan en evt. udvidelse af regionens kapacitet på hospiceområdet bedst kommer flest borgere til gavn".

### *6.4. Budget 2011*

I Budget 2011 for Region Midtjylland er der afsat 2 mio. kr. for 2011 og årene frem til "Styrkelse af palliative teams – omsorg for døende".

### *6.5. Budgetaftale 2012*

Budgetaftale for 2012 for Region Midtjylland indeholder en hensigtserklæring om, at "at der bør sikres en geografisk jævn fordeling af pladserne (9 pladser som følge af Kræftplan III red.), og at det bør tilsigtes, at der etableres flere pladser i Sydøstjylland, således at der sikres dækning til borgerne i området".

## 7. Forslag og anbefalinger til det basale palliative niveau

I dette kapitel præsenteres forslag og anbefalinger, der skal sikre, at palliationen i regionen lever op til de nationale anbefalinger for det basale palliative niveau.

### *7.1. Anbefalinger til den fremtidige basale palliative indsats på hospitalerne*

Med Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger er målgruppen for palliation udvidet fra at omfatte uhelbredeligt syge patienter til at omfatte alle patienter med livstruende sygdom. Det er usikkert, i hvilket omfang dette udvider det palliative arbejde på hospitalerne, idet palliation indgår som en del af den almindelige kurative behandling.

Med baggrund i Sundhedsstyrelsens anbefalinger er det Arbejdsgruppens anbefaling, at den ledelsesmæssige opmærksomhed på den palliative indsats over for denne bredere målgruppe skærpes. Der skal således kunne ydes palliativ indsats på en række hospitalsafdelinger, herunder blandt andet medicinske, kirurgiske, onkologiske og intensive afdelinger.

Dette kan ske ved:

- At ledelserne overvejer mulighederne for at styrke kvaliteten og ressourceudnyttelsen ved at samle dele af den palliative indsats, f.eks. ved etablering af dedikerede palliative senge
- At alle afdelinger, der møder patienter med livstruende sygdomme foretager en vurdering af behovet for palliation i henhold til et nationalt udviklet vurderingsværktøj
- At alle afdelinger, der yder palliativ indsats, bør have mindst en sygeplejerske og en læge med udvidet palliativ kompetenceniveau (niveau B). Dette forudsætter, at der iværksættes en forstærket uddannelsesindsats, som arbejdsgruppen foreslår varetaget af det Regionale udviklingscenter for Palliation ved Det Palliative Team ved Aarhus Universitetshospital
- At der etableres et fagligt netværk for sygeplejersker og læger, der arbejder inden for det palliative område
- At alle patienter i den sene palliative fase skal tilbydes "åben indlæggelse" i stamafdeling
- At alle hospitalsafdelinger med palliativ indsats på basalt niveau skal have adgang til rådgivning fra det specialiserede niveau døgnet rundt, se nærmere kapitel 8
- At hospitalerne i klyngesamarbejdet med kommunerne og praktiserende læger løbende har fokus på at styrke overgangene i patientforløbene.

## *7.2. anbefalinger til den fremtidige kommunale indsats og indsatsen i almen praksis*

Medens denne gruppe har arbejdet, har Sundhedsaftalen for personer med behov for palliativ indsats (Den Palliative Sundhedsaftale) været under politisk behandling i byrådene i de 19 kommuner i Region Midtjylland samt i Regionsrådet for Region Midtjylland. Den politiske godkendelsesproces forventes at være afsluttet i foråret 2012.

Den Palliative Sundhedsaftale beskriver detaljeret samarbejdet om den palliative patient mellem kommune, praktiserende læge og region og de enkelte sektors opgaver og kompetencer.

Arbejdsgruppen vil derfor i forhold til den fremtidige palliative indsats udgående fra kommuner og praktiserende læger hovedsageligt henholde sig til foreliggende forslag til politisk og til administrativ sundhedsaftale om samarbejde om den palliative patient i Region Midtjylland.

De kommunale repræsentanter i Arbejdsgruppen ønsker i forhold til den kommunale palliative indsats at bidrage med disse anbefalinger i forbindelse med kommunernes implementering af Sundhedsaftalen:

- At der i alle kommuner etableres en døgndækkende palliativ indsats varetaget af kvalificeret sygeplejepersonale
- At der i alle kommuner er et antal hjemmesygeplejersker med udvidet kompetenceniveau i palliation (niveau B)
- At der i kommunerne sikres en ensartet registrering af palliative ydelser, jævnfør forventede initiativer fra Kommunernes Landsforening.



## 8. anbefalinger til den specialiserede regionale palliative indsats

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats, at det er en forudsætning for at varetage den palliative indsats på specialiseret niveau, at:

- Indsatsen varetages i et tværfagligt, teambaseret samarbejde
- Et palliativt team (også på palliative afdelinger og hospicer) som minimum består af fire faggrupper, herunder læge og sygeplejerske. Læge og sygeplejerske skal være fuldtidsbeskæftigede med palliativ indsats, mens de øvrige faggrupper kan være deltidsbeskæftigede med palliativ indsats
- Det er et ledelsesansvar at sikre, at personalet har de nødvendige kompetencer
- Teamet har adgang til at inddrage andre relevante fagprofessionelle, f.eks. præst/repræsentant fra andre trossamfund eller diætist/ernæringsassistent
- Palliative afdelinger og hospicer har sygeplejersker til stede hele døgnet og adgang til palliativt kvalificeret lægefaglig bistand hele døgnet
- Det foretages vurdering af patienten og de pårørendes palliative behov. På baggrund af denne og eventuel uddybende udredning udarbejdes en tværfaglig plan for den palliative indsats og indsatsen iværksættes
- Der er faglige retningslinjer både vedrørende varetagelsen af palliative behov og vedrørende de områder, der omtales i Den Danske Kvalitetsmodel.

Anbefalingerne i Palliationsplan I, som Regionsrådet vedtog i 2007, er på mange måder fortsat aktuelle.

Samtidig kan det konstateres, at det ikke har været muligt at realisere alle anbefalingerne i den første palliationsplan.

Anbefalingen om at etablere et sjette palliativt team ved Regionshospitalet Horsens er påbegyndt realiseret fra den 1. juli 2011, hvor der er etableret et team dækkende Horsens og Hedensted kommuner, men endnu ikke Odder og Skanderborg kommuner.

Hertil kommer, at forslaget i Palliationsplan I om, at samarbejdet om den palliative patient indgår som et fast element i sundhedsaftalerne med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb, er politisk godkendt primo 2012 med vedtagelsen af Sundhedsaftale om samarbejde om den palliative indsats i Region Midtjylland.

Anbefalingerne i Palliationsplan I vedrørende:

- en udbygning af de palliative teams tværfaglige bemanding og højere normering,
- døgnadgang til palliativ lægebistand på hospice og
- en udbygning af udviklingsenheden ved Det Palliative Team ved Aarhus Universitetshospital

er derimod endnu ikke realiseret.

Arbejdsgruppen har derfor i sine forslag til indsatsområder i Palliationsplan II fortsat taget udgangspunkt i de ikke realiserede forslag i den første Palliationsplan og kombineret disse med nye anbefalinger baseret på den faglige udvikling på området og nye politiske målsætninger og nye nationale anbefalinger for den palliative indsats samt med nuværende erfaringer om efterspørgslen på de palliative ydelser.

Derudover har arbejdsgruppen i prioriteringen af indsatsområder taget udgangspunkt i primært at realisere initiativer, som Region Midtjylland er politisk og eller lovgivningsmæssigt forpligtet til at gennemføre. Arbejdsgruppen har endvidere prioriteret initiativer, der er afgørende for kvaliteten i de palliative ydelser og for udviklingen af den palliative indsats.

Arbejdsgruppens forslag til indsats vil derfor tage udgangspunkt i:

- Ikke realiserede forslag i Palliationsplan I (2007)
- Politisk aftale om Kræftplan III (november 2010)
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats (december 2012)
- Budget 2011 for Region Midtjylland, i hvilken der er afsat 2 mio. kr. til at styrke de palliative team
- Budget 2012 for Region Midtjylland, i hvilken der er en hensigtserklæring om placeringen af 9 nye hospicepladser i Region Midtjylland, jævnfør national politiske vedtagelse om at udvide antallet af hospicepladser.

### *8.1. Plan for organisering af de palliative tilbud*

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at region og kommune inden udgangen af 2013 udarbejder planer for organiseringen af de palliative tilbud.

Region Midtjylland har siden 2007 – med vedtagelsen af Palliationsplan I – haft et plangrundlag for varetagelsen af den palliative indsats i regionen.

Det forventes, at kommunerne inden udgangen af 2013 vil udarbejde planer for organiseringen af de palliative tilbud.

## 8.2. Fælles visitationsretningslinjer for regionens specialiserede palliative tilbud

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der i alle regioner udarbejdes fælles visitationsretningslinjer til det specialiserede palliative tilbud.

Arbejdsgruppen konstaterer, at der siden 2010 har været fælles visitationsretningslinjer til både de palliative team og til hospicerne i Region Midtjylland.

### 8.2.1. Visitationsretningslinjer til hospice

De gældende visitationskriterier til hospice er fortsat stort set aktuelle, men arbejdsgruppen anbefaler dog, at de sprogligt moderniseres og ajourføres Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger vedrørende screeningsværktøj for palliative behov.

Forslag til reviderede visitationsretningslinjer til de midtjyske hospicer gældende fra den 1. august 2012:

#### Formål med optagelse på hospice

Hospice yder en specialiseret, tværfaglig palliativ indsats, der ikke kan varetages på basisniveau af egen læge, kommunal døgnpleje eller på almindelig hospitalsafdeling. Den lindrende behandling omfatter pleje og omsorg til det uheldeligt syge menneske med kort forventet levetid. Hospice yder endvidere støtte, vejledning og omsorg til den døendes pårørende og senere efterlevende.



Den specialiserede palliative indsats på hospice kan medføre, at patientens tilstand stabiliseres i en sådan grad, at patienten kan udskrives til eget hjem, enten for en periode for derefter at blive genhenvist til hospice, eller indtil livets afslutning.

### **Henvisningsberettiget**

Optagelse på hospice forudsætter lægelig henvisning, f.eks. fra den pågældendes praktiserende læge, behandlende læge på hospital eller i det palliative team.

Inden læge foretager henvisning screener denne patienten for palliative behov i henhold til det validerede screeningsinstrument udviklet af European Organization for Research and Treatment of Cancer, **EORTC-QLQ-C15-Pal**.

### **Visitationskriterier (alle kriterier skal være opfyldte):**

- Den henviste har en forventet kort levetid (svarende til kriterier for terminalerklæring) og har ønske om ophold på hospice.
- Helbredende behandling er ophørt for den henviste.
- Den henviste og/eller dennes familie har komplekse problemstillinger af fysisk, psykosocial eller eksistentiel karakter, som kræver en specialiseret, tværfaglig lindrende indsats.
- Behandlingsniveauet er afklaret, således at den henviste ikke har symptomer af en karakter, der fordrer hospitalsindlæggelse.
- Den henviste har et ønske om ophold på hospice og er informeret om andre muligheder for støtte og ophold.

### **Visitationsansvar**

Hospicechefen er sammen med læge fra Region Midtjyllands hospitalsvæsen, der er tilknyttet hospice, ansvarlige for visitationen til hospice i overensstemmelse med ovenstående kriterier.

### ***8.2.2. Visitationsretningslinjer til palliative team***

Visitationsretningslinjerne til de palliative team skal revideres inden udgangen af 2012, således at alle patienter med livstruende sygdomme og komplekse palliative behov inkluderes, jf. udvidelsen af målgruppen for palliation i Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger. Forslag til nye retningslinjer vil blive udarbejdet af Det Palliativ Råd og forelagt Klinikforum inden udgangen af 2012.

### ***8.3. Øget adgang til den specialiserede palliative behandling og rådgivning***

Øget adgang til den specialiserede del af den regionale palliative indsats indgår som en del af den politiske aftale om Kræftplan III.

Det fremgår af aftalen, at det skal ske ved udbygning af de palliative team, der skal assistere hospitalsafdelinger og foretage hjemmebesøg og stå til rådighed for det basale niveau med rådgivning og bistand døgnet rundt.

Dette skal sammenholdes med Sundhedsstyrelsens krav om, at der også på hospice er adgang til lægebistand døgnet rundt.

I den landspolitiske aftale er der afsat 8 mio. kr. på landsplan til at imødekomme regionernes udgifter forbundet med indførelse af den døgndækkende adgang til det specialiserede niveau. Det vil sige, at Region Midtjylland forventes at få tilført ca. 1,8 mio. kr.

Arbejdsgruppen foreslår at opdele denne del af aftalen i to dele:

- Et døgndækkende beredskab
- En udbygning af de palliative team.

### **8.3.1. Etablering af døgndækkende beredskabsvagt**

Arbejdsgruppen ser principielt to muligheder for at imødekomme kravet om døgndækkende adgang til specialiseret rådgivning. Det kan ske fra de palliative team og fra regionens hospicer.

Men da den specialiserede rådgivning skal ydes til vagtlæger, hjemmesygeplejersker, hospitalsafdelinger og i sjældnere tilfælde til sygeplejepersonalet på hospicerne, er det arbejdsgruppens vurdering, at det døgndækkende beredskab skal varetages af en læge ansat i de palliative team.

Målet med det døgndækkende beredskab er at afhjælpe akut opståede palliative problemer/symptomer og undgå unødigt indlæggelse på hospital.

Det foreslås, at rådgivning til primærsektor og hospitalsafdelinger kan rekvireres af sundhedspersonale, det vil sige hjemmesygeplejerske, praktiserende læge og hospitalslæge. Det vil fungere således:

- Hospice kan kontakte læge i den palliative beredskabsvagt
- Hjemmesygeplejersker kan kontakte læge i den palliative beredskabsvagt vedrørende patienter, der i forvejen er visiteret til de palliative team
- Hospitalslæger på bagvagts-niveau kan kontakte læge i den palliative beredskabsvagt
- Vagtlæger kan kontakte læge i den palliative beredskabsvagt.

Det er vurderingen, at der såvel på det basale som på det specialiserede niveau ikke vil være behov for, at den vagthavende palliative beredskabsvagt giver fysisk fremmøde. Vagten forventes at kunne varetages telefonisk.

Patienter på hospice er patienter med komplekse palliative problemstillinger, som får bistand fra sygeplejersker på specialistniveau bistået af palliative læger i dagtid. Det er vurderingen – og erfaringen fra den eksisterende døgnvagtordning ved Anker Fjord Hospice - at hospicerne kun i mindre omfang har behov for at trække på det døgndækkende beredskab, idet de som

hovedregel vil være i stand til at behandle forudsete tilstande inden for givne rammeordinationer.

For hospicernes vedkommende vil der udover et beredskab på specialistniveau fortsat være behov for at benytte den almindelige vagtlægeordning til udstedelse af dødsattester uden for den tid, hvor lægen fra de palliative team er til stede på hospice.

### **8.3.2. Organisering af vagtberedskab**

Med udgangspunkt i, at døgnberedskabet varetages af læger fra de palliative team foreslås det, at en læge fra Det Palliative Team ved Aarhus Universitetshospital varetager døgnvagten for kommunerne og vagtlæger i:

- Aarhus og Samsø kommuner,
- Aarhus Universitetshospital og
- Hospice Søholm.

En læge fra de palliative team ved Hospitalsenheden Vest, Hospitalsenhed Midt og Regionshospitalet Randers og Horsens varetager døgnvagten for kommuner og vagtlæger i:

- Den resterende del af Region Midtjylland
- De resterende hospitaler og hospicer i Region Midtjylland.

Hospitalsledelserne fra Hospitalsenheden Vest, Hospitalsenhed Midt og Regionshospitalet Randers og Horsens fastlægger den endelige organisering af vagtberedskabet ud fra modellen i afsnit 8.3.1.

Der vil således fra kl. 15.00 – 8.00 på hverdage og i døgnet rundt i week-ends og helligdage være to læger i beredskabsvagt fra eget hjem.

Modellen indebærer mulighed for større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen i de palliative team, således at disse i højere grad end i dag kan være rådighed på hverdage fra kl. 8.00 til kl. 18.00 mod i dag fra kl. 8.00 til kl. 15.30. Flexibiliteten opstår ved, at sygeplejersker og andet sundhedspersonale fra de palliative team nu har mulighed for at tilse patienter med mulighed for lægeligt back up efter kl. 15.30.

Det er vurderingen, at vagtbelastningen vil være relativt stor i Aarhus-området på grund af Aarhus Universitetshospital, som i kraft af specialefordelingen har mange palliative patienter fra hele regionen.

Med etableringen af et regionsdækkende vagtberedskab nedlægges den særlige ordning for Anker Fjord Hospice, hvor Hospitalsenheden Vest har stillet en vagt til rådighed svarende til en udgift på 427.000 kr.

### **8.3.3. Implementering af vagtberedskab**

I følge aftale mellem Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Sundhedsministeriet skal det døgndækkende beredskab være implementeret medio 2012. Arbejdsgruppen foreslår, at ordningen implementeres snarest muligt efter Regionsrådets drøftelse af dette forslag til Palliationsplan II, dvs. fra den 1. oktober 2012.

### **8.3.4. Økonomi**

Det er vurderingen fra Regionens HR-afdeling, at det foreslåede vagtberedskab kan etableres inden for rammerne af de 1,8 mio. kr., som Region Midtjylland forventes at få tilført i den kommende DUT-regulering, jf. den politiske aftale om udmøntning af Kræftplan III.

Etableringen af et regionsdækkende vagtberedskab gør det muligt at nedlægge den særlige døgnvagt ved Anker Fjord Hospice, hvorved der kan frigøres 427.000 kr. Dette beløb foreslås overført fra Hospitalsenheden Vest til Region Midtjyllands centrale rammer med henblik på finansiering af Palliationsplan II.

### **8.3.5. Evaluering**

Da der ikke er erfaring med døgnvagtberedskab på det palliative område, foreslås det, at den foreslåede ordning evalueres efter et år.

Med henblik på denne evaluering registreres alle aktiviteter i beredskabet.

## **8.4. Strukturen for de palliative team**

Det indgår i kommissoriet for arbejdsgruppen, at gruppen skal overveje strukturen for de palliative team med hensyn til geografisk dækning, rekrutteringsmuligheder og ressourceudnyttelse.

### **8.4.1. Seks palliative team**

Der er i øjeblikket seks palliative team udgående fra:

- Aarhus Universitetshospital
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Randers
- Hospitalsenhed Midt/Viborg
- Hospitalsenhed Midt/Silkeborg
- Hospitalsenhed Vest.

Teamene på Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest er knyttet op på onkologiske afdelinger, med hvilke der er et stort patientsammenfald og et fagligt fællesskab.

Der planlægges en sammenlægning af teamene ved Hospitalsenhed Midt/Viborg og Hospitalsenhed Midt/Silkeborg.

Teamene ved Regionshospitalet Randers og Horsens er knyttet op på en anæstesiologisk afdeling, teamene i Hospitalsenheden Midt på henholdsvis en medicinsk og en anæstesiologisk afdeling.

Bortset fra Aarhus-teamet har det været en tilbagevendende udfordring at få bemandede lægestillinger i teamene. Det betyder, at teamene ofte kører med en ad hoc bemanning fra de tilknyttede hospitalsafdelinger, hvilket ikke er tilfredsstillende for kvaliteten af lægeydelser på det palliative område.

En sådan sammenstykket lægebemanning af de palliative team er ikke i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens forudsætninger for varetagelsen af den specialiserede palliative indsats. Sundhedsstyrelsen forudsætter, at læger og sygeplejersker i de palliative team er fuldtidsbeskæftiget med palliation.

Hertil kommer, at teamene med en meget lille personalenormering er sårbare i ferieperioder og under fravær på grund af sygdom og kurser.

#### ***8.4.2. Fra seks til et, to eller tre team?***

Arbejdsgruppen har derfor overvejet mulighederne for at etablere en team-struktur, som er mere robust over for fraværsperioder, som vil være fagligt mere attraktiv, og som vil give mulighed for en mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse.

Dette kan opnås ved at gennemføre en ledelsesmæssig sammenlægning af de nuværende seks team til et, to eller tre team.

En sådan organisatorisk sammenlægning betyder ikke, at der kun er tjenestesteder et, to eller tre steder i regionen. Det kan være hensigtsmæssigt at opretholde en geografisk spredning af personalet af hensyn til transporttid til patienterne i eget hjem, på hospitalsafdelingerne eller på hospice.

En sammenlægning har imidlertid også ulemper, idet det alt andet lige vil give en mindre tilstedeværelse på hospitalerne og dermed mindre opmærksomhed på og oplæring i den palliative indsats, men arbejdsgruppen understreger, at det af hensyn til kvaliteten i arbejdet er nødvendigt at forbedre rekrutteringen til de palliative team uden for Aarhus.

Der kunne således også overvejes en model, hvor lægerne, som er den svært rekrutterbare faggruppe, udgik fra færre steder i regionen, og hvor der blev indarbejdet større brug af telemedicinske løsninger, herunder videokonferencer.



Arbejdsgruppen vil opfordre Klinikforum til at drøfte, om en forbedret rekruttering forudsætter strukturelle løsninger, eller om målet kan opnås ved andre faglige eller personalemæssige initiativer.

Arbejdsgruppen påpeger, at der kan være en vis rationaliseringsgevinst ved samling af teamene i større enheder, f.eks. i forhold til sekretærbetjening.

## *8.5. Udbygning af de palliative team*

### **8.5.1. Principper for udbygning af de palliative team**

Arbejdsgruppen har taget udgangspunkt i forslaget fra 2008 til udmøntning af Palliationsplan I og har derudover taget hensyn til den øgede patienttilgang i perioden siden da samt til kravene til de palliative team i sundhedsstyrelsens anbefalinger.

#### *Lægenormering til hospice*

Lægenormering til hospice fra de palliative team Aarhus Universitetshospital, Regionshospitalet Randers og hospitalsenhederne Midt og Vest foreslås tilpasset hospicernes størrelse. Der er i øjeblikket tilknyttet:

- 1 lægestilling til Hospice Limfjorden
- 1 lægestilling til Hospice Djursland,
- 0,7 lægestilling til Hospice Søholm samt
- 1,5 lægestilling til Anker Fjord Hospice bestående af 1 lægestilling samt en døgnvagt til Anker Fjord Hospice til en værdi af 427.000 kr.

Med udgangspunkt i en lægenormering til den mest gængse hospicestørrelse på 12 pladser foreslås følgende lægenormering til hospice:

- Hospice Søholm 11 pladser – 0,9 lægestilling fra Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital
- Anker Fjord Hospice 12 pladser – 1 lægestilling fra Det Palliative Team, Hospitalsenheden Vest
- Hospice Limfjorden 12 pladser – 1 lægestilling fra Det Palliative Team, Hospitalsenhed Midt
- Hospice Djursland 15 pladser – 1,3 lægestilling fra Det Palliative Team, Regionshospitalet Randers.

Der er således tale om en reduktion svarende til 0,5 stilling i Det Palliative Team i Hospitalsenheden Vest og en opnormering med 0,1 stilling til Det Palliative Team i Aarhus og med 0,3 stilling til Det Palliative team i Randers.

De Palliative team er forpligtet til at levere lægebistand inden for disse normer, dvs. at 1 lægestilling ikke indebærer 37 timers fremmøde på hospice, men fremmøde efter fravær grundet kurser, møder og andet.

Den praktiske tilrettelæggelse af lægens fremmøde på hospice og lægens dialog med hospice via telefon eller telemedicinske løsninger aftales mellem lederen for det relevante palliative team og den relevante hospicechef.

Evt. lægesekretærbistand til lægestillingerne, der servicerer hospice, påhviler Det Palliative Team, hvorfra lægen udgår, idet hospice ikke råder over lægesekretærer.

*Bistand fra palliative team til patienter i eget hjem og hospitalsafdelinger – samt uddannelse af personale på det basale palliative niveau*

Ud over Palliationsplan I har arbejdsgruppen taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats. Ifølge disse er det en forudsætning for et palliativt team, "at det yder bistand til patienter indlagt på hospitalsafdelinger eller befinder sig i eget hjem (inklusive plejecentre) samt rådgiver personalet på det sted, hvor patienten befinder sig. Palliative teams yder herudover formel og uformel uddannelse af personale på det basale niveau".

Det vil sige, at der skal være ressourcer til at foretage hjemmebesøg og til at indgå i uddannelsesaktiviteter.

*Fire faggrupper, herunder læger og sygeplejersker på heltid*

Det fremgår endvidere af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, at et palliativt team som minimum består af fire faggrupper, herunder læge og sygeplejerske. Læge og sygeplejerske skal være fuldtidsbeskæftigede med palliativ indsats, mens de øvrige faggrupper kan være deltidsbeskæftigede med palliativ indsats.

*Lægenormering ved Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital*

Aarhus Universitetshospital modtager i kraft af specialefordelingen mange patienter fra hele regionen, der giver et øget pres på den palliative funktion. Mange palliative forløb starter således op på Aarhus Universitetshospital for senere at blive videreført ved de øvrige palliative team og hospicer.

Til at imødegå dette pres foreslår arbejdsgruppen, at Det Palliative Team normeres med en halv lægestilling ud over den generelle model for fastlæggelse af normeringen på basis af de palliative teams optageområde, se afsnit 8.5.2.

*Socialrådgivning*

Socialrådgivning er et kommunalt anliggende, jævnfør sundhedsaftalen.

Det er imidlertid erfaringen fra de palliative team og fra hospicerne, at de kommunale socialrådgivere ofte er generalister, der ikke nødvendigvis kan rådgive om de specielle forhold i vedrørende arbejdstilknytning og orlovsmuligheder med videre i forhold til livstruende sygdom og død.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at den palliative indsats yderligere kan forbedres ved, at der på tværs af de palliative team tilknyttes to socialrådgiver ansat på fuld tid, der kan specialisere sig i rådgivning af uhelbredeligt syge og døende og deres pårørende. Alle palliative team og hospicer kan hente bistand fra de to socialrådgivere, der ligesom resten af teamet også kan yde rådgivning til det basale palliative niveau i kommuner, almen praksis og hospitalsafdelinger. Den nærmere organisering af de foreslåede socialrådgiverressourcer fastlægges i fællesskab af hospitalsledelserne.

#### *Patienttilgang*

De palliative team har oplevet en patienttilgang på ca. 26 % fra 2006 til 2011, jf. afsnit 4.5.

Med Sundhedsstyrelsens udvidelse af målgruppen til at omfatte alle patienter med livstruende sygdomme og ikke kun uhelbredeligt syge patienter forventes yderligere tilgang af patienter.

Tilgangen af nye patienter som følge af den ændrede målgruppe vil ramme de palliative team direkte med øget patienttilgang, men også indirekte i form af øget efterspørgsel efter rådgivning fra det basale palliative niveau på grund af en endnu større forventet patienttilgang dér.

#### *Uddannelsesstillinger*

Med henblik på konstant at udvide kendskabet til palliation opfordrer arbejdsgruppen hospitalsledelserne til at overveje at oprette uddannelsesstillinger for sygeplejersker i de palliative team på linje med erfaringerne fra Det Palliative Team ved Aarhus Universitetshospital.

#### **8.5.2. Forslag til normering i de palliative team**

I det følgende gennemgås forslag til normering af fem palliative team. Skulle udmøntningen af Palliationsplan II resultere i en struktur med færre palliative team, vil normeringen skulle tilpasses valget af ny struktur.

Med baggrund i forslaget fra 2008 om udmøntning af Palliationsplan I, den øgede patienttilgang i perioden siden da, Sundhedsstyrelsens nye målgruppedefinition i forhold til palliation, og Sundhedsstyrelsens anbefalinger til tværfaglighed og kapacitet til hjemmebesøg vurderer arbejdsgruppen, at de palliative teams normering bør reguleres til en normering, som følger af tabel 11.

**Tabel 10. Forslag til normering af palliative team**

<b><i>Faggruppe</i></b>	<b><i>Indbyggere i optageområdet</i></b>
<i>1 læge</i>	<i>100.000</i>
<i>1 sygeplejerske</i>	<i>75.000</i>
<i>1 psykolog</i>	<i>300.000</i>
<i>1 fysioterapeut</i>	<i>200.000</i>
<i>1 sekretær</i>	<i>300.000</i>

De økonomiske konsekvenser er beregnet ud fra gennemsnitslønudgiften til de berørte faggrupper ansat ved de palliative team:

- Læger 821.000 kr.
- Sygeplejersker 431.000 kr.
- Fysioterapeuter 404.000 kr.
- Psykologer 553.000 kr.
- Socialrådgivere 462.000 kr.
- Sekretærer 381.000 kr.

I de følgende forslag til normering af de palliative team, er teamenes optageområder blevet justeret, så disse følger kommunegrænserne og således, at teamet i Horsens er fuldt udbygget og overtager Skanderborg Kommune fra Hospitalsenhed Midt og Odder Kommune fra Aarhus Universitetshospital.

**Tablet 11. Palliativt team Aarhus Universitetshospital med justeret optageområde: Aarhus, Samsø kommuner + betjening af Hospice Søholm**

Personale	Normering	Indbyggere	Ny normering	Difference	Søholm nu	Søholm ny	Difference	Økonomi
		318.434						
Læge	2,9		3,2	0,3	0,7	0,9	0,2	410.500
Læge AUH			0,5	0,5				410.500
Sygeplejerske*)	3,6		4,2	0,6				258.600
Psykolog	0,6		1,1	0,5				276.500
Fysioterapeut	1,0		1,6	0,6				242.400
Socialrådgiver	0,1		0,0	-0,1				-46.200
Sekretær	1,1		1,1	0				0
I alt	9,3		11,7	2,4	0,7	0,9	0,2	1.552.300

\*) En uddannelsesstilling på 30 timer er i denne opgørelse sat til at tælle 15 timer.

Det bemærkes, at Aarhus-teamets optageområde er reduceret med Odder Kommune, der foreslås overført til teamet ved Regionshospitalet Horsens.

**Økonomiske konsekvenser af ny normering af Aarhus-teamet: + 1.552.300 kr.**

**Tabel 12. Palliativt team Regionshospitalet Randers med optageområde: Randers, Favrskov, Norddjurs, Syddjurs + betjening af Hospice Djursland**

Personale	Normering	Indbyggere	Ny normering	Difference	Djursland nu	Djursland ny	Difference	Økonomi
		222.664						
Læge	1,0		2,2	1,2	1,0	1,3	0,3	1.231.500
Sygeplejerske	2,8		3,0	0,2				86.200
Psykolog	0,6		0,7	0,1				55.300
Fysioterapeut	1,0		1,1	0,1				40.400
Socialrådgiver	0,5		0,0	-0,5				-231.000
Sekretær	0,5		0,7	0,2				76.200
I alt	6,4		7,7	1,3	1,0	1,3	0,3	1.258.600

**Økonomiske konsekvenser af ny normering af Randers-teamet: + 1.258.600 kr.**

**Tabel 13. Palliativt team Hospitalsenhed Midt med justeret optageområde: Silkeborg, Viborg Skive + betjening af Hospice Limfjord**

Personale	Normering	Indbyggere	Ny normering	Difference	Limfjord nu	Limfjord ny	Difference	Økonomi
		230.767						
Læge	1,8		2,3	0,5	1,0	1,0	0,0	410.500
Sygeplejerske	4,8		3,1	-1,7				-732.700
Psykolog	0,6		0,8	0,2				110.600
Fysioterapeut	0,7		1,2	0,5				202.000
Socialrådgiver	0,5		0,0	-0,5				-231.000
Sekretær	1,0		0,8	-0,2				-76.200
I alt	9,4		8,2	-1,2	1,0	1,0	0,0	-316.800

Det bemærkes, at der i dag er palliative team i Silkeborg og i Skive. I forbindelse med dannelsen af Hospitalsenhed Midt arbejder hospitalsledelsen med en plan for sammenlægning af de to team.

Teamets optageområde er reduceret med Skanderborg Kommune, der foreslås overført til teamet ved Regionshospitalet Horsens.

Arbejdsgruppens repræsentant fra Hospitalsenhed Midt gør opmærksom på, at hun finder den nuværende sygeplejerskenormering velbegrundet på grund af de geografiske afstande i hospitalsenhedens optageområde.

**Økonomiske konsekvenser af ny normering af teamet ved Hospitalsenhed Midt: - 316.800 kr.**

**Tabel 14. Palliativt team ved Hospitalsenheden VEST med optageområdet: Lemvig, Struer, Holstebro, Herning, Ringkjøbing-Skjern, Ikast-Brande + hospicebetjening Anker Fjord Hospice**

Personale	Normering	Indbyggere	Ny normering	Difference	Anker Fjord nu	Anker Fjord ny	Difference	Økonomi
		285.533						
Læge	2,0		2,9	0,9	1,5	1	-0,5	328.400
Sygeplejerske	3,0		3,8	0,8				344.800
Psykolog	0,0		1,0	1,0				553.000
Fysioterapeut	0,8		1,4	0,6				242.400
Socialrådgiver	0,0		0,0	0,0				0
Sekretær	0,9		1,0	0,1				38.100
I alt	6,7		10,1	3,4	1,5	1	-0,5	1.506.700

Det bemærkes, at den eksisterende døgnvagtordning ved Anker Fjord Hospice foreslås overtaget af den regionsdækkende døgnvagtordning. Herved frigives 427.000 kr. ved Det Palliative Team i Herning.

Som det fremgår af status (kapitel 4) har Hospitalsenheden Vest foretaget besparelser på det palliative område, som ikke er i overensstemmelse med Palliationsplan I. Hospitalet har således reduceret lægenormeringen med 1 fuldtidsstilling.

**Økonomiske konsekvenser af ny normering af teamet ved Hospitalsenheden Vest:  
+ 1.506.700 kr.**

**Tabel 15. Palliativt team ved Regionshospitalet Horsens med optageområdet: Horsens, Hedensted, Odder, Skanderborg**

Personale	Normering	Indbyggere	Ny normering	Difference	Økonomi
		209.384			
Læge	1,0		2,1	1,1	903.100
Sygeplejerske	2,0		2,8	0,8	344.800
Psykolog	0,3		0,7	0,4	221.200
Fysioterapeut	0,3		1,0	0,7	282.800
Socialrådgiver	0,0		0,0	0	0
Sekretær	0,2		0,7	0,5	190.500
I alt	3,8		7,3	3,5	1.942.400

Det bemærkes, at Regionshospitalet fra juli 2011 påbegyndte 1. fase i opbygningen af et palliativt team med optageområde svarende til Horsens og Hedensted kommuner. I dette forslag er teamet fuldt udbygget med Horsens, Hedensted, Odder og Skanderborg kommuner.

**Økonomiske konsekvenser af ny normering af teamet ved Regionshospitalet Horsens:  
+ 1.942.400 kr.**

**Tabel 16. Socialrådgivernormering på tværs af de palliative team**

Personale	Normering	Økonomi
Socialrådgiver	2,0	924.000

Som anført i afsnit 8.5.1 vurderer arbejdsgruppen, at ansættelse af to fuldtidssocialrådgivere på tværs af de palliative team vil bidrage til yderligere at forbedre den samlede kvalitet i den specialiserede palliative indsats.

Der kan være fordele og ulemper ved henholdsvis at ansætte socialrådgivere i alle team eller at ansætte socialrådgiverne ét eller to steder i regionen. Arbejdsgruppen anbefaler, at hospitalsledelserne i fællesskab træffer beslutning om organisering efter indstilling fra Det Palliative Råd, såfremt der bevilges midler til denne udbygning.

### ***8.5.3. Samlede normeringsmæssige og økonomiske konsekvenser af forslag til ny normering af de palliative team***

De foreslåede nye normeringer af de palliative team medfører en udvidelse af antallet af fuldtidsstillinger med i alt **9,4 årsværk**.

Den økonomiske merudgift udgør i **alt 5.943.200 kr.**

Ved beslutning om etablering af tværgående socialrådgivning vil der være tale om yderligere 2,0 årsværk til en samlet udvidelse på **11,4 årsværk**.

Den samlede økonomiske merudgift vil stige med 924.000 kr. til i alt **6.867.200 kr.**

## ***8.6. Åben Indlæggelse***

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger, at "regionerne skal sikre, at der for relevante patienter med palliative behov er mulighed for åben indlæggelse i en stamafdeling".

Realiseringen af denne anbefaling er håndteret i Sundhedsaftale mellem kommunerne og Region Midtjylland for personer med behov for palliativ indsats, der træder i kraft den 1. marts 2012.

I denne aftale er åben indlæggelse og målgruppen defineret, og der er fastlagt visitationskriterier og procedurer ved tildeling af åben indlæggelse.

## ***8.7. Etablering af flere hospicepladser***

Ifølge den landspolitiske aftale om udmøntning af Kræftplan III fra efteråret 2010 og den fælles udmøntningsplan fra den 27. maj 2011 for Kræftplan III udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og det daværende Indenrigs- og

Sundhedsministerium skal der i årene 2011 – 2014 etableres 42 nye hospicepladser i Danmark, så det samlede antal pladser når op på 250.

12 pladser skal etableres i 2011 og 10 pladser årligt i årene 2012-2014.

Region Midtjylland er forpligtet til at etablere 9 pladser oveni de nuværende 50 pladser. Kravet til Region Midtjylland er dermed hævet fra 40 pladser til 59 pladser.

Det indgår i kommissoriet, at der skal udarbejdes forslag til, hvordan Region Midtjylland kan honorere kravene i Kræftplan III, herunder kravet om 9 nye hospicepladser.

#### **8.7.1. Rammer for etablering af nyt hospice**

Rammerne for etableringen af de nye hospicepladser er:

1. at Region Midtjylland er forpligtet til at udbygge kapaciteten med 9 pladser inden udgangen af 2014. Uden denne forpligtelse ville flere af arbejdsgruppens medlemmer ikke anbefale en udbygning af hospicekapaciteten på nuværende tidspunkt, idet det er vurderingen, at det ville være mere hensigtsmæssigt at styrke de palliative team.
2. at udbygningen skal ske på selvejende institutioner, idet Region Midtjylland er forpligtet til at indgå driftsaftale med selvejende institutioner om driften af 59 pladser og idet alene selvejende institutioner kan søge fornævnte midler afsat til etablering.
3. at Budgetaftale for 2012 for Region Midtjylland indeholder en hensigtserklæring om, at "at der bør sikres en geografisk jævn fordeling af pladserne (9 pladser som følge af Kræftplan III red.), og at det bør tilsigtes, at der etableres flere pladser i Sydøstjylland, således at der sikres dækning til borgerne i området."
4. at der i tillægsaftale til Sundhedsaftale 2001 -2014) mellem Randers Kommune og Region Midtjylland fremgår, at "kommunens ønske om at omdanne tilbuddet (Det såkaldte Randers hospice red.) til et egentligt regionalt hospice vil indgå i regionens evt. fremtidige overvejelser om, hvordan en evt. udvidelse af regionens kapacitet på hospiceområdet bedst kommer flest borgere til gavn".

#### **8.7.2. Vilkår for etablering af 9 nye hospicepladser**

##### *Underfinansiering af anlæg*

Der er afsat 0,5 mio. kr. til etablering pr. hospiceplads, dvs. 4,5 mio. kr. til de 9 pladser i Region Midtjylland. Med udgangspunkt i byggeriet af Hospice Djursland vurderes et ny bygget hospice med plads til 15 pladser at koste op mod 60 mio. kr. Med samme prisniveau vil et hospice til 9 pladser koste ca. 36 mio. kr. at etablere. Dvs. en underfinansiering på over 30 mio. kr.

##### *Underfinansiering af drift*

Der er afsat knap 0,3 mio. kr. til regionerne til drift pr. ny hospiceplads eller knap 3,0 mio. kr. til driften af 9 pladser. Driften af 15 hospicepladser på Hospice Djursland koster ca. 26 mio. kr., dvs. ca. 1,73 mio. kr. pr. plads inkl. forrentning og afdrag på etableringsudgifter. Driften af 9 hospicepladser vil således forventeligt – inklusive ekstra lægeudgift - koste ca. 17 mio. kr. Dvs. en underfinansiering på godt 14,0 mio. kr. Den kommunale medfinansiering bidrager med ca.



0,6 mio. kr. pr. plads – i alt godt 5,0 mio. kr. – dvs. en underfinansiering på ca. 9,0 mio. kr. i årlige driftsudgifter af 9 hospicepladser.

#### *Rational driftsstørrelse*

I denne beregning er ikke indregnet, at driften af et hospice med 9 pladser skønnes at være mindre rationel end et hospice med 12 eller 15 pladser. Den mindre rationelle driftsøkonomi ved 9 pladser kunne tale for, at der ved beslutning om nybyggeri tilstræbes en kapacitet på mindst 12 pladser. Herved vil underfinansieringen være endnu mere udtalt. En anden mulighed vil være at udbygge eksisterende hospicer frem for at etablere et hospice med en dårlig driftsøkonomi.

#### *Donationer*

Der er endvidere usikkerhed forbundet med etableringsudgifterne for et nyt hospice og dermed de løbende driftsudgifter. Det er usikkert, i hvilket omfang et hospice kan indhente donationer til delvis finansiering af byggeudgifterne. I beregningseksemplet med Hospice Djursland indgik der ikke uvæsentlige donationsbeløb til finansiering af byggeriet.

#### *Ledig kapacitet på Hospice Søholm*

Det skal også indgå i overvejelserne, at Hospice Søholm i nyt lejemål fra august 2012 råder over bygninger med plads til 15 pladser, men kun er normeret til 11 pladser. Dvs. der er ledig bygningsmæssig kapacitet svarende til mindst 4 pladser, og Region Midtjylland vil i forvejen komme til at betale huslejen til 15 pladser via Hospice Søholms driftsudgifter.

#### *Øgede lægeudgifter*

I forbindelse med etablering af nyt hospice skal der påregnes udgifter til lægebetjening på 800.000 – 900.000 kr. årligt.

### **8.7.3. Mulige placeringer af et nyt hospice**

Erfaringerne fra de eksisterende hospicer er, at en geografisk placering langt fra større bymæssig bebyggelse har herligheds værdi, men kan give ulemper i forhold til tilgængelighed for pårørende og besøgende til patienterne.

Placering af hospice langt fra byområde og samarbejdshospital giver også betydelig transporttid for de tilknyttede læger og dermed en dårligere ressourceudnyttelse.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at følgende parametre indgår i overvejelserne om placeringen af et nyt hospice:

- at nye hospicepladser placeres i et byområde med gode infrastrukturforhold (veje og offentlige transportmidler) og gerne i nærhed af det hospital, hvorfra den lægelige bistand skal hentes
- at nye hospicepladser placeres på en passende stor grund, således at der fra hospice er gode adgangsmuligheder til udendørs opholdsarealer til glæde for patienterne og for de pårørende, der ofte opholder sig på hospice i længere tid af gangen

- at nye hospicepladser placeres på en måde, der giver mulighed for størst mulig nærhed for den størst mulige del af befolkningen i regionen, jf. at søgningen til de eksisterende hospicer viser, at patienttilgangen er størst fra hospicets beliggenhedskommune eller nabokommune
- at et nyt hospice ikke placeres i nærheden af eksisterende hospicer
- at man ved etablering af hospice er opmærksom på, at hospice skal kunne appellere til alle befolkningsgrupper.

#### *Hensigtserklæring Budget 2012.*

Hensigtserklæringen giver mulighed for at placere de nye pladser i et område fra Silkeborg og Aarhus i Nord og Hedensted og Horsens i Syd. I dette område er der mulighed for at give en bedre hospicedækning til Aarhus-området og en bedre dækning til Silkeborg, Skanderborg Horsens, Hedensted og dele af Ikast-Brande kommune.

Hensigtserklæringen giver således flere muligheder for en placering af nye hospicepladser:

#### *A. Søholm/Sct. Maria*

Den uudnyttede bygningsmæssige kapacitet på Hospice Søholm kunne bringes i anvendelse. Med samme husleje vil Hospice Søholm kunne opnormeres med mindst 4 – evt. 5 pladser fra 11 til 15 eller evt. 16 pladser.

I øjeblikket anvender borgere fra Region Midtjylland ca. 5 pladser på Sct. Maria Hospice i Vejle. Sct. Maria Hospice flytter til Bredballe nord for Vejle, og det kunne derfor overvejes, at Region Midtjylland og Region Syddanmark indgår i et samarbejde om, at Region Midtjylland fortsat anvender ca. 5 pladser på Sct. Maria Hospice.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at denne løsning er den økonomisk mest rationelle, og løsningen vil øge hospiceadgangen for Aarhus-området (Favrskov, Aarhus, Odder og Skanderborg) og for borgerne længere mod syd (Horsens, Hedensted, Ikast-Brande).

#### *B. Horsens*

For at imødekomme hensigtserklæringen kan en placering af de nye hospicepladser alternativt være Horsens. Der vil være mulighed for en bynær placering og en placering med gode infrastrukturelle forhold og i nærheden af Regionshospitalet Horsens, hvorfra den lægelige betjening af hospice vil kunne ske.

Hvis det besluttes at bygge et nyt hospice, bør det indgå i overvejelserne at udforme byggeriet, så der af hensyn til driftsøkonomien er mulighed for drift af 12 pladser.

En placering af de nye pladser på en mere nordlig placering end Horsens vil vanskeliggøre hjemtrækningen fra Sct. Maria Hospice.

### *C. Skanderborg*

Støtteforeningen for Hospice Østjylland har i januar 2011 til Sundhedsministeriet fremsendt forslag om placering af et hospice med 12 pladser i Skanderborg. Forslaget er udarbejdet i samarbejde med Danske Diakonhjem.

Støtteforeningen fremhæver følgende argumenter for en placering i Skanderborg:

- Fremragende trafikale infrastruktur
- Hurtigt voksende befolkning
- Central placering i forhold til byerne Silkeborg, Horsens, Odder, Skanderborg og Aarhus
- En kvart mio. mennesker vil have max. 20-30 km til hospice
- En gratis, doneret byggegrund på 1 ha. I et attraktivt, bynært område.

Det er en styrke ved denne placering, at der er en eksisterende støtteforening, og der er allerede etableret en selvejende institution, der på baggrund af det foreliggende projekt hurtigt vil kunne indgå aftale med Region Midtjylland og udarbejde ansøgning til hospicepuljen til den 1. august 2012.

Med en placering i Skanderborg må der imidlertid stilles spørgsmål ved, om det vil lykkes at vende patientstrømmen fra Horsens og Hedensted fra Sct. Maria Hospice. Figur 8 viser, at de to kommuner årligt sender godt 50 patienter til Sct. Maria Hospice – svarende til 3-4 hospicepladser. Det skal samtidig erindres om, at Sct. Maria Hospice planlægger en flytning til Bredballe nord for Vejle.

Det er endvidere vurderingen, at Skanderborg-området er godt dækket ind ved Hospice Søholm.

Hospice Østjylland planlægger at samarbejde med Danske Diakonhjem om etablering, drift og administration af hospice.

### *D. Hedensted*

Hedensted Kommune har i marts måned 2012 rettet henvendelse til Region Midtjylland og peget på Hedensted Kommune som en oplagt placering af et nyt hospice.

Hedensted Kommune peger på tre placeringsmuligheder: Glud, Lindved eller Tørring.

Hedensted Kommune fremhæver følgende argumenter for en placering i Hedensted Kommune:

- Med henvisning til den før nævnte hensigtserklæring i Budget 2012 for Region Midtjylland om at etablere flere pladser i Sydøstjylland peger kommunen på, at Hedensted Kommune strengt taget er det eneste område i Region Midtjylland, der ligger i Sydøstjylland

- Kommunen har en central trafik beliggenhed og er let tilgængeligt for borgere fra Horsens, Odder, Skanderborg og Silkeborg
- En placering i Hedensted Kommune vil afhjælpe det tomrum, der i dag er i forhold til udbuddet af hospicepladser i denne del af regionen
- Flere attraktive og ganske forskellige muligheder for placering af et hospice med hver deres fordele og styrker.

Hedensted Kommune planlægger at inddrage Danske Diakonhjem eller anden organisation i samarbejde om etablering, drift og administration af hospice.

#### *E. Randers*

Arbejdsgruppen har på grund af den førnævnte hensigtserklæring i tillægsaftalen til sundhedsaftale mellem Randers Kommune og Region Midtjylland drøftet muligheden for at placere de nye hospicepladser i Randers.

Det er gruppens vurdering, at Randers-området med Hospice Djursland er godt dækket ind med hospicepladser. Randers Kommunes ekstraordinært lave hospiceforbrug (jf. figur 7) kan ikke tilskrives afstanden til Hospice Djursland, men må tilskrives, at Randers Kommune med sit kommunale tilbud til døende i det såkaldte Randers hospice har et usædvanligt godt tilbud til egne borgere.

Det er den faglige vurdering, at den personalemæssige sammensætning i det såkaldte Randers hospice gør, at det ikke kan betegnes som et hospice, og de bygningsmæssige rammer er heller ikke tilstrækkelige for et tidssvarende hospice.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at det gode samarbejde mellem Det Palliative Team ved Regionshospitalet Randers og Randers Kommunes tilbud til døende med fordel kan fortsættes. Der er grund til at værdsætte, at Randers Kommune med initiativet har løftet niveauet for den kommunale bistand til døende.

Det er i henhold til Sundhedsloven et regionalt anliggende at drive hospice, hvorfor arbejdsgruppen vil opfordre Randers Kommune til at undlade at lade betegnelsen "hospice" indgå i navnet for tilbuddet.

#### *F. Andre geografiske placeringer*

På baggrund af geografien, kommunernes hospiceforbrug, jf. figur 7 – og den politiske hensigtserklæring i Budget 2012 – finder Arbejdsgruppen det ikke relevant at foreslå udbygning af hospicerne i Hvide Sande, Skive eller Rønde eller at etablere hospice i Kjellerup, som foreslået af støtteforeningen bag Hospice Midt.

### *8.8. Daghospice*

Hospice Djursland har igennem nogen tid arbejdet med et Forsøgsprojekt Daghospice med omlægning af stationære hospicesenge til et ambulante tilbud – eller evt. ved at etablere et ambulante tilbud ved siden af de eksisterende hospicepladser.

Det Palliative Råd har ikke kunnet anbefale den model for ambulante ydelser, som er beskrevet i Hospice Djurslands forsøgsprojekt, idet Rådet sætter spørgsmålstegn ved målgruppen for forsøgsprojektet og ved en sammenblanding af funktioner, der udgår fra henholdsvis de palliative team og fra hospice. Endelig anbefaler Det Palliative Råd en anden prioritering af de knappe økonomiske midler på det palliative område end til at fremme forsøgsprojektet.

Arbejdsgruppen har taget til efterretning, at Administrationen vil indstille til Regionsrådet ikke at afsætte midler til at gennemføre forsøgsprojektet Dagospice på nuværende tidspunkt, men finder, at man fortsat bør være åbne over for nye initiativer, der kan udvikle hospicetilbuddene.

### *8.9. Udbygning af Regionalt Udviklingscenter for Palliation*

Der er i dag en mindre udviklingsenhed ved Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital. Enheden blev etableret i 2005 og var dimensioneret til det daværende Aarhus Universitetshospital. Siden er enheden blevet styrket en smule via Aarhus Universitetshospitals egne økonomiske rammer.

Enheden har fra 2003 varetaget nøglepersonuddannelsen for sygeplejersker i hele regionen. Fra efteråret 2012 varetages uddannelsen i samarbejde med en udviklingssygeplejerske på Hospice Limfjorden.

I enheden foregår der endvidere udviklings- og forskningsaktiviteter – se bilag 7. Det fremgår af bilaget, at der også foregår udviklings- og forskningsaktiviteter ved Det Palliative Team ved Hospitalsenheden Vest.

Enheden er etableret af det daværende Aarhus Amt, og der er derfor – som foreslået i Palliationsplan I fra 2007 – behov for at tage stilling til udviklingen af denne til en regional dækkende enhed.

Der er – som nævnt i kapitel 7.1 – nationale anbefalinger om at øge kompetenceniveauet i den palliative indsats. Det forudsætter en forstærket uddannelsesindsats.

En styrket uddannelses-, udviklings- og forskningsaktivitet vil bidrage til at vedligeholde, udvikle og implementere viden og dermed til at styrke kvaliteten af den palliative indsats i Region Midtjylland.

Med den øgede fokus på en forstærket uddannelses- og udviklingsindsats anbefaler Arbejdsgruppen, at forslaget i Palliationsplan I fra 2008, som indeholdt forslag om opnormering af udviklingsenheden, nu realiseres. Opnormeringen skal give enheden mulighed for at blive en regional dækkende udviklings- og kompetenceenhed på det palliative område.

#### *Formål*

- At sikre den fortløbende uddannelse i palliativ indsats af sundhedsprofessionelle i alle sektorer i hele regionen
- At tage initiativ til og koordinere en løbende udvikling af og forskning i den palliative indsats i et samarbejde mellem de palliative enheder.

#### *Opgaver i forhold til uddannelse*

- Evaluere og udvikle uddannelses tilbud i palliation til sundhedsprofessionelle i alle sektorer i regionen, der skal kvalificeres til udvidet kompetenceniveau – Niveau B, jf. tabel 8 afsnit 5.3.3.
- Planlægge uddannelses tilbud og varetage kursusledelse
- Initiere og samarbejde med de palliative enheder om implementering af ny viden blandt sundhedsprofessionelle.

#### *Opgaver i forhold til udvikling og forskning*

- Tage initiativ til og koordinere udviklings- og forskningsprojekter i samarbejde med de palliative enheder
- Understøtte forskningsprojekter i regionens palliative enheder og andre institutioner
- Afdække behov i forhold til den fremtidige planlægning af den palliative indsats i regionen.

#### *Organisering*

Det foreslås, at centret forankres i den nuværende udviklingsenhed, der har et godt samarbejde med Det Regionale Uddannelsescenter, HR Efter- og Videreuddannelse og med kliniske og universitetsforankrede forskningsmiljøer (Onkologisk Afdeling, Forskningsenheden for Almen Praksis, Psykoonkologisk Forskningsenhed og Forskningsenheden for sygepleje).

Til centret tilknyttes medarbejdere, der har deres hovedarbejdsplads i de lokale palliative enheder i regionen. Det forudsætter, at disse afsætter ressourcer til uddannelsesdelen blandt andet finansieret af egenbetalingen på uddannelserne.

Der oprettes en sekretariatsfunktion bestående af en sekretær og en akademisk medarbejder, der fungerer som daglig koordinator af centrets arbejde.

Der oprettes en styregruppe bestående af ledere fra de regionale palliative enheder (hospicer og palliative team) og en repræsentant fra hospitalsledelsen på Aarhus Universitetshospital, som har budgetansvaret for centret.

Styregruppen udpeger en daglig ledelse, optimalt én fra uddannelsessøjlen og én fra udviklings- og forskningssøjlen.

Styregruppen udarbejder fra starten vedtægter og visionsgrundlag for centret.

### *Bemanding*

Den nuværende udviklingsenhed er bemandet med:

- Fagligt ansvarlig læge - 14 timer/uge
- Klinisk sygeplejespecialist - 24 timer/uge
- Psykolog - 10 timer/uge
- Sekretær - 10 timer/uge
- I alt - 58 timer/uge – svarende til 1,6 årsværk.

Arbejdsgruppen foreslår, at der ved beslutning om styrkelse af centret sker en opnormering af sekretariatsfunktionen med:

- Koordinerende AC-medarbejder - 18,5 timer/uge
- Opnormering af sekretærfunktionen med 8,5 timer til - 18,5 timer/uge.

Den samlede grundnormering udgør herefter 85 timer – svarende til 2,3 årsværk.

I øvrigt foreslås centret inden for grundnormeringen bemandet med en række deltidsmedarbejdere, heraf nogle med fast tilknytning og fysisk arbejdsplads i centret, andre med korterevarende tilknytning.

Derudover vil der yderligere kunne være korttidsansættelser baseret på bevilling til konkrete projekter.

### *Finansiering*

Forslaget til opnormering vil betyde en forhøjelse af driftsudgifterne med ca. 300.000 kr. årligt, som vil fordrer regional finansiering.

Derudover kan centret finansieres af deltagerbetaling på de afholdte kurser og fondsbevillinger til gennemførelse af konkrete forskningsprojekter.

## 9. Yderligere initiativer, der kan forbedre den palliative indsats i Region Midtjylland

Anbefalingerne til den regionale palliative indsats i kapitel 8 er nødvendige for at kunne leve op til Sundhedsstyrelsens forudsætninger for at varetage en specialiseret indsats på området.

Anbefalingerne i dette kapitel er ikke nødvendige forudsætninger, men er anbefalinger, der vil kunne bidrage til at give den palliative indsats i Region Midtjylland et væsentligt kvalitativt løft og som vil bidrage til den fortsatte udvikling af både den basale og den specialiserede palliative indsats.

### 9.1. Palliative afdelinger på hospitaler

Palliative afdelinger udgør ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats en del af regionernes specialiserede palliative indsats, som derudover varetages af palliative team og af hospicer.

Palliative afdelinger er en del af et hospital og har adgang til hospitalets samlede medicinske teknologi og ekspertise. Målet med indlæggelse på en palliativ afdeling er at justere patientens pleje og behandling, så patienten om muligt kan udskrives enten til hjemmet, til andre afdelinger eller til kommunale plejecentre. Det er ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger hensigtsmæssigt, at en palliativ afdeling har et tilknyttet ambulatorium og palliativt team, således at patienten ikke behøver at være indlagt for at modtage den specialiserede palliative indsats.

Disse patienter har behov for hospitalets muligheder for diagnostik og behandling, og kan derfor ikke optages på hospice. Der er f.eks. tale om patienter med særligt stærke smerter, åndenød eller tarmslyng.

En palliativ afdeling skal endvidere kunne yde palliativ bistand til pårørende, og der bør være mulighed for, at pårørende kan være sammen med patienten på enestuer og med mulighed for overnatning.

#### 9.1.1. Status

Der er i Region Midtjylland ingen palliative afdelinger.

Patienterne er indlagt på medicinske, onkologiske og kirurgiske sengeafdelinger, i et vist omfang i de i alt 8 palliative senge, som de palliative team disponerer over.

#### *Palliative senge på basisniveau*

Der er i Region Midtjylland 8 palliative senge fordelt med:



- 3 på Aarhus Universitetshospital i Onkologisk Afdeling,
- 3 i Hospitalsenheden Vest i Onkologisk Afdeling og
- 2 i Hospitalsenhed Midt i Medicinsk Afdeling.

Disse senge er ikke specialiserede senge, men palliative senge på basisniveau. Der er endvidere at bemærke, at sengenes placering i onkologiske afdelinger (undtagen Hospitalsenheden Midt), gør dem uegnede til andre palliative patienter ned kræftpatienter, som f.eks. hjertepatienter.

#### *Specialiseret palliativ sengeafdeling*

Der findes i dag 4 palliative hospitalsafdelinger i Danmark i:

- Region Nordjylland: Sygehus Himmerland, Farsø
- Region Hovedstaden: Herlev Hospital, Hillerød Hospital og Bispebjerg Hospital.

#### *Forslag til specialiseret palliativ afdeling/afsnit*

Som et ekstra initiativ kan det anbefales, at mulighederne for at etablere en palliativ sengeafdeling overvejes. En sådan afdeling med 12 senge skønnes at kunne etableres ved en omprioritering af ressourcer fra de eksisterende sengeafdelinger. En palliativ sengeafdeling vil styrke den palliative indsats over for patienter med de mest komplekse symptomer og vil samtidig kunne bidrage til uddannelsen af personale og til udvikling af den palliative indsats på basisniveau på de øvrige afdelinger.

Afdelingen foreslås oprettet ved Aarhus Universitetshospital, hvor der er det største palliative patientunderlag på grund af hospitalets specialefordeling.

Der kan i forbindelse med afdelingen etableres en ambulant funktion, hvor patienter kan komme og få blodtransfusion, bisfosfonatbehandling, blodprøvetagning og lignende, og hvor både patient og pårørende efter behov kan tilbydes samtaler med det tværfaglige personale.

Organisatorisk og ledelsesmæssigt kan afdelingen forankres i Det Palliative Team ved Aarhus Universitetshospital, jævnfør teamets tværgående funktioner i hospitalet og dets tværsektorielle funktioner i forhold til patienter i eget hjem.

Der tilknyttes et tværfagligt personale ligesom de ved øvrige specialiserede palliative tilbud (hospice og palliative team). Dvs. læger med specialistuddannelse i palliativ medicin, sygeplejersker, fysioterapeut og psykolog. Det faste personale skal have specialistviden om palliation (Niveau C).

Afdelingen vil i kraft af sin bemanning med personale med specialistviden kunne uddanne læger og sygeplejersker til udvidet kompetenceniveau (niveau B). Den prægraduate uddannelse til basalt niveau (Niveau A) af læger og sygeplejersker i palliation vil kunne styrkes i en palliativ afdeling.

Det er erfaringen fra anvendelsen af de nuværende 3 palliative senge på Aarhus Universitetshospital, at der her sker en hurtig identifikation af problemstillingerne og en afklaring af behovet for intervention. Herved undgås unødige blodprøver og scanninger, og der lægges allerede ved indlæggelse en plan for, hvornår patienten kan udskrives. Det bliver hurtigt afklaret, om patienten kan udskrives til eget hjem, eller om der skal ske henvisning til hospice eller kommunal aflastningsplads.

Samlet set er det vurderingen, at en palliativ sengeafdeling vil kunne reducere det samlede sengeforbrug på hospitalet. Arbejdsgruppen foreslår derfor, at afdelingen etableres ved at de øvrige relevante afdelinger afgiver et antal senge mod at blive aflastet for de tungeste palliative patienter. De behandlende afdelingers forpligtelse til at stille en åben indlæggelse til rådighed vil således kunne overtages af den palliative afdeling.

### **9.1.2. Økonomi**

Der er ikke regnet yderligere på økonomien, men det er vurderingen, at hovedparten af udgifterne til drift af en palliativ sengeafdeling kan ske ved intern ressourceomflytning på Aarhus Universitetshospital.

### **9.1.3. Evaluering**

Såfremt afdelingen etableres, foreslås det, at afdelingen evalueres efter to års drift med hensyn til afdelingens udnyttelse, effekt, kvalitet og aflastning af øvrige afdelinger.

Afhængig af resultatet af evalueringen kunne det efterfølgende overvejes at etablere en palliativ afdeling i forbindelse med Det Palliative Team ved Hospitalsenheden Vest.

## **9.2. Forslag fra hospitalerne til oprustning af den palliative indsats**

Administrationen har i vinteren 2011/2012 modtaget tre uopfordrede forslag fra hospitalerne til forbedring af den palliative indsats, hvorfor de også nævnes i denne rapport. Der er indkommet forslag fra:

- Aarhus Universitetshospital
- Hospitalsenhed Midt
- Regionshospitalet Randers.

### **9.2.1. Forslag Aarhus Universitetshospital**

Der er forslag om at udbygge samarbejdet mellem Medicinsk Endokrinologisk Afdeling (MEA) og Det Palliative Team, begge på Aarhus Universitetshospital.

Det intensiverede samarbejde har som mål at øge behandlings- og plejekvaliteten, at øge effektiviteten ved at afkorte indlæggelsesperioden og at undgå unødige indlæggelser.

Samarbejdet omfatter 2-3 ugentlige patienter indlagt på MEA i palliative forløb.

MEA har behov for at kunne trække på lægelig assistance fra Det Palliative Team 24 timer i døgnet, og foreslår derfor etablering af et døgndækkende beredskab i Det Palliative Team.

Arbejdsgruppen støtter forslaget og vurderer, at forslaget vil være imødekommet med forslaget til etablering af den palliative beredskabsvagt, jf. kapitel 8.3.

### **9.2.2. Forslag Hospitalsenhed Midt**

Der er forslag fra Hospitalsenhed Midt om at samle de palliative funktioner ved Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Viborg-Skive i en palliativ funktion, som ud over at rumme de eksisterende palliative team i henholdsvis Silkeborg og Viborg-Skive og de to eksisterende palliative senge i Viborg også skal indeholde et palliativt ambulatorium og den lægelige betjening af Hospice Limfjord.

Forslaget indebærer oprettelse af afdelingssygeplejerskestilling for den samlede funktion samt mindre justeringer af normeringen for de øvrige personalegrupper i de to palliative team.

Arbejdsgruppen støtter optimeringen af ressourceanvendelsen ved at samle de palliative funktioner i én funktion i den fusionerede hospitalsenhed, og ser hospitalets overvejelser som et eksempel på den samling af den palliative indsats, som indgår i anbefalingerne til den fremtidige basale palliative indsats på hospitalerne, jf. afsnit 7.1.

Arbejdsgruppens forslag til fremtidig normering af Det Palliative Team ved Hospitalsenhed Midt – se tabel 14 i afsnit 8.5.2 – er baseret på en ensartet normering på tværs af hospitalerne. Dette forslag giver nogle fusionsgevinster, der ligger ud over forslaget fra hospitalet, og som samtidig tager højde for, at Det Palliative Team i Silkeborg afgiver Skanderborg Kommune til Det Palliative Team ved Regionshospitalet Horsens.

### **9.2.3. Forslag Regionshospitalet Randers**

Der er forslag om, at en palliativ funktion, der ud over at rumme det nuværende palliative team og den lægelige betjening af Hospice Djursland, også rummer to palliative senge og et palliativt ambulatorium.

Hospitalet vil dermed komme til at råde over palliative senge ligesom det i dag er tilfældet på Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenheden Vest og Hospitalsenhed Midt.

Forslaget skal bidrage til at opkvalificere og at effektivisere behandlingen af palliative patienter indlagt på hospitalet.

Hospitalet finansierer selv de to palliative senge ved omprioritering inden for hospitalets rammer, men foreslår en udvidelse af lægebemandingen.

Arbejdsgruppen støtter forslaget, jf. anbefalingerne i afsnit 7.1. og vurderer, at forslaget kan imødekommes inden for den normering af Det Palliative Team i Randers, som fremgår af tabel 13 i afsnit 8.5.2

## 10. De samlede forslag, udgifter og forslag til prioritering og finansiering

I dette kapitel opsummeres anbefalingerne til den fremtidige regionale palliative indsats, og i det omfang det er muligt, er der udarbejdet vurdering af de økonomiske konsekvenser af anbefalingerne samt forslag til finansiering af evt. merudgifter.

### **Anbefaling 7.1. Den fremtidige basale palliative indsats på hospitalerne**

Anbefalingerne i afsnit 7.1. skal ses i sammenhæng med den netop godkendte Palliative Sundhedsaftale og påpeger blandt andet behovet for at alle patienter med livstruende sygdomme bliver screenet for palliative behov og opmærksomhed på behovet for på alle relevante hospitalsafdelinger at kunne yde en palliativ indsats over for en bredere målgruppe, jf. Sundhedsstyrelsens nye palliative anbefalinger.

Arbejdsgruppen anser det ikke for muligt at anslå merudgifterne forbundet med den øgede indsats på det basale palliative niveau på hospitalerne. Emnet forventes at indgå i dette års DUT-forhandlinger mellem Danske Regioner og Staten. Indtil videre er der i den politiske aftale om Kræftplan III afsat 30 mio. kr. i 2012 og 40 mio. kr. fra 2013 til implementering af rehabiliterings- og palliationsdel af forløbsprogram for kræftpatienter. Heraf bliver regionerne tilført 20 %, dvs. ca. 1,8 mio. kr. til Region Midtjylland.

### **Anbefaling 8.3.1. Døgndækkende beredskabsvagt fra oktober 2012**

Den politiske aftale om Kræftplan III fastlægger, at det basale palliative niveau skal have adgang til rådgivning fra det specialiserede, regionale niveau hele døgnet.

I dag er der i Region Midtjylland adgang til det specialiserede niveau i almindelig dagtid. Der er derfor behov for at etablere en vagtordning aften, nat, weekend og helligdage.

Arbejdsgruppen foreslår, at der etableres en døgndækkende beredskabsvagt med to læger fra de palliative team i beredskabsvagt.

I den politiske aftale er der afsat 8 mio. kr. til formålet allerede fra 2011, men regionerne har endnu ikke fået tilført disse midler. Da der ifølge implementeringsplanen for Kræftplan III sigtes mod at implementere den døgndækkende adgang fra midten af 2012, forventes de kommende DUT-forhandlinger at udløse midler med halv virkning i 2012 og fuld virkning fra 2013.

Med henvisning til, at Regionsrådet tidligst kan træffe beslutning om denne beredskabsvagt i juni måned 2012, forventer Arbejdsgruppen, at beredskabsvagten kan etableres med virkning fra oktober 2012 med følgende økonomiske konsekvenser.

**Tabel 17. Døgndækkende beredskabsvagt fra oktober 2012**

	2012	2013
<b>Udgifter</b>	385.114	1.540.456
<b>Finansiering:</b>		
DUT-tilførsel (forventet)	900.000	1.800.000
<b>Rest</b>	514.886	259.544

**Anbefaling 8.5.1. Udbygning af de palliative team**

Med henvisning til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at der i de palliative team skal være kapacitet til at foretage hjemmebesøg og til efterhånden at være i kontakt med en bredere målgruppe, jf. ligeledes Sundhedsstyrelsens anbefalinger, anbefaler Arbejdsgruppen en udbygning af kapaciteten i de palliative team.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ligeledes, at et palliativt team som minimum skal består af fire faggrupper, herunder læge og sygeplejerske. Læge og sygeplejerske skal være fuldtidsbeskæftigede med palliation.

Forslaget til udbygning muliggør samtidig den harmonisering af de palliative team, som blev foreslået i Palliationsplan I fra 2007, men som det ikke har været muligt at gennemføre.

Endelig indeholder forslaget en mindre justering af lægebetjeningen af hospice, således at denne afspejler hospicets størrelse.

Til delvis finansiering af udbygningen peger Arbejdsgruppen på puljen på 2 mio. kr. i Budget 2011 til styrkelse af de palliative team, og i øvrigt peger Arbejdsgruppen på muligheden for en gradvis udbygning over årene 2013-2015.

**Tabel 18. Udbygning af palliative team**

	2013	2014	2015
<b>Udgifter</b>	5.943.000	5.943.000	6.867.000
<b>Finansiering:</b>			
Pulje til styrkelse af palliative team 2011*)	1.580.000		
Pulje til styrkelse af palliative team 2012	1.168.000	1.168.000	1.168.000
Rest af DUT til døgnvagt 2012	514.886		
Rest af DUT til døgnvagt 2012		259.544	259.544
Nedlæggelse døgnvagt Anker Fjord	427.000	427.000	427.000
Budgettilførsel 2013		2.253.114	2.253.114
Budgettilførsel 2014			1.835.342
<b>Behov for budgettilførsel</b>	2.253.114	1.835.342	924.000

\*)Forudsætter overførsel af 1,580 mio. kr. fra Budget 2011 til Budget 2012

**Anbefaling 8.9. Udvikling af Regionalt Udviklingscenter for Palliation**

Der er i dag en mindre udviklingsenhed ved Det Palliative Team, Aarhus Universitetshospital. Ligesom i Palliationsplan I foreslår Arbejdsgruppen, at enheden udbygges, så den bliver bedre rustet til at koordinere uddannelses-, udviklings- og forskningsaktiviteter på det palliative område i hele regionen.

Arbejdsgruppen foreslår en mindre justering af centrets grundfinansiering, som gør det muligt at styrke centrets koordinerende funktioner

**Tabel 19. Udvikling af Regionalt Udviklingscenter for Palliation**

	2013
<b>Styrkelse af sekretariatsfunktionen</b>	300.000
<b>Finansiering:</b>	
<b>Behov for Budgettilførsel</b>	300.000

### **Anbefaling 8.7. Flere hospicepladser**

Ifølge den politiske aftale om Kræftplan III skal der i perioden 2011-2014 etableres 42 nye hospicepladser i Danmark.

Region Midtjylland er som følge af aftalen forpligtet til at etablere 9 nye hospicepladser, således at det samlede antal pladser i regionen når op på 59 pladser.

Arbejdsgruppen anviser flere muligheder for at etablere de nye pladser, herunder ved inddragelse af ledig bygningsmæssig kapacitet på Hospice Søholm.

Med henvisning til hensigtserklæring i Budget 2012 om at sikre flere hospicepladser i den sydøstlige del af regionen, har Arbejdsgruppen anslået de økonomiske konsekvenser i næste to tabeller ved en udbygning med henholdsvis 9 og 12 nye pladser i et nyetableret hospice, jf. at 12 pladser er den gængse størrelse for et hospice. Der er taget udgangspunkt i udgiftsniveauet for det seneste byggede hospice, Hospice Djursland.

Der regnes med et hospice i drift fra 2014.

**Tabel 20. Udbygning med 9 hospicepladser**

	2013	2014
<b>Bruttoudgift til drift af ni nye hospicepladser</b>	0	16.000.000
<b>0,9 læge</b>		738.900
<b>Finansiering:</b>		
Kommunal medfinansiering	0	5.400.000
Nettoudgift		11.339.000
DUT-regulering		2.500.000
<b>Behov for budgettilførsel</b>		8.839.000

**Bilag:**

1. Kommissorium for arbejdsgruppen
2. Arbejdsgruppens medlemmer

**Billedmateriale:**

- Billederne på side 15 og side 30 er venligst udlånt af Hospice Djursland
- Billederne på side 22 og side 39 er venligst udlånt af Anker Fjord Hospice og er taget af Ole Mortensen ved Tilsted.com

## Bilag 1. Kommissorium for arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen skal med udgangspunkt i en revision af Palliationsplan I udarbejde forslag til Palliationsplan II for Region Midtjylland.

### *Status*

Arbejdsgruppen udarbejder opdateret status over den aktuelle organisation, kapacitet og aktivitet på det specialiserede palliative område (palliative team og hospice) samt på de palliative senge på Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhederne Vest og Midt.

Dette kan blandt andet ske på baggrund af Aktivitetsrapport 2010 for hospiceområdet (foreligger), DMCG-PAL's Årsrapport 2010 (foreligger i udkast), og aktivitetsrapport for de palliative team 2010 (skal opdateres fra 2009 til 2010).

### *Forslag Palliationsplan II*

Med udgangspunkt i Palliationsplan I og en opdateret status udarbejder Arbejdsgruppen forslag til Palliationsplan II.

Planen skal afspejle den faglige udvikling på området, indeholde målsætninger for den specialiserede palliative indsats i Region Midtjylland og tage højde for nedenstående elementer i den politiske aftale om Kræftplan III fra november 2010:

- Der skal udvikles et national tværfagligt og tværsektorielt forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation. Regioner og kommuner skal forankre forløbsprogrammet i sundhedsaftalerne. Der blev afsat 1 mio. kr. til i 2011 at udvikle forløbsprogrammet og 30 mio. kr. i 2012 og 40 mio. kr. i 2013 til at understøtte forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation. Det er forventningen af Afdelingen for Nære Sundhedstilbud omkring i efteråret 2011 er klar med et forslag til patientforløbsprogram for den palliative patient. Forløbsprogrammet beskriver samarbejdet mellem kommunerne, praktiserende læger, hospitaler, palliative team og hospice.
- Der skal ske en styrkelse af det regionale, specialiserede palliative tilbud, som skal sikre døgndækkende adgang til specialiseret palliativ behandling og specialiseret rådgivning til det basale niveau (kommuner, praktiserende læger og almindelige sygeafdelinger). Der blev afsat 8 mio. kr. til dette initiativ fra 2011. Ministeriet forventes i maj måned 2011 at orientere regionerne om udmøntningen af disse midler.
- Der skal ske en udbygning af hospicekapaciteten fra 208 pladser i 2010 til 250 pladser ved udgangen af 2014. Til etablering af disse pladser afsættes der 6 mio. kr. i 2011 og 5 mio. kr. årligt i perioden 2012-2014. Til drift af de 42 nye pladser afsættes der 6 mio. kr. i 2011, 15 mio. kr. i 2012, 22 mio. kr. i 2013 og 29 mio. kr. årligt fra 2014 og frem.
- I Budgetaftale for Region Midtjylland for 2012 fremgår, at forligspartierne er enige om, "at der bør sikres en geografisk jævn fordeling af pladserne (9 pladser som følge af Kræftplan III red.), og at det bør tilsigtes, at der etableres flere pladser i Sydøstjylland, således at der sikres dækning til borgerne i området."
- Sundhedsstyrelsens opdaterer i 2011 de kliniske retningslinjer for den palliative indsats,



som dækker hele det palliative område inklusiv kræft. Opdateringen skal koordineres med det førnævnte forløbsprogram for kræftpatienters rehabilitering og palliation.

Palliationsplan II skal beskrive, hvordan og hvornår Region Midtjylland kan honorere kravene til den regionale palliative indsats, således som disse udmøntes i Kræftplan III.

Palliationsplan II skal indeholde forslag til den fremtidige organisering af den specialiserede og basale palliative indsats i Region Midtjylland, herunder skal planen komme med forslag til

- De praktiserende lægers rolle i den samlede palliative indsats
- hospitalernes basale og specialiserede rolle i den samlede palliative indsats
- hospicernes rolle i den samlede palliative indsats
- den mest hensigtsmæssige struktur for de palliative team i forhold til geografisk dækning, rekrutteringsmuligheder og ressourceudnyttelse
- model til imødekommelse af kravet om døgndækkende adgang for det basale palliative niveau til det specialiserede palliative niveau
- forslag til uddannelse, udvikling og forskning inden for det palliative område.

#### *Økonomi*

Arbejdsgruppen belyser de økonomiske konsekvenser af forslaget til Palliationsplan II.

#### **Tidsplan**

Arbejdsgruppen indleder sit arbejde i november måned 2011 og afslutter arbejdet i marts måned 2012.

Sundhedsplanlægning vil derefter sende Arbejdsgruppens forslag i høring hos hospitalerne, hospicerne, Det Palliative Råd med flere i april måned 2012.

Arbejdsgruppen vil løbende holde Det Rådgivende udvalg vedrørende hospitaler orienteret om udarbejdelsen af planen.

Det endelige forslag til revideret Palliationsplan forelægges Regionsrådet i juni måned 2012.

#### **Arbejdsgruppens sammensætning**

1-2 repræsentanter (i alt) fra de fem hospitalsledelser i Region Midtjylland.

1 hospicechef repræsenterende de fire hospicer i Region Midtjylland.

1 læge og en sygeplejerske repræsenterende de seks palliative team i Region Midtjylland.

Formanden for og 1 læge eller sygeplejerske udpeget af Det Palliative Råd, Region Midtjylland.

1 repræsentant fra Afdelingen for Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland.

Afdelingen for Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland varetager formandskab og sekretariat.

2 repræsentanter for kommunerne og 1 repræsentant for de praktiserende læger inviteres til at deltage i arbejdet, enten som faste medlemmer eller som ad hoc-medlemmer i forbindelse med drøftelse af snitflader og overgange mellem den basale palliative indsats og den specialiserede palliative indsats.

## Bilag 2. Arbejdsgruppens medlemmer

Anna Birte Sparvath, chefsygeplejerske, Regionshospitalet Horsens, udpeget af hospitalsledelserne indtil 1. januar 2012, derefter Marianne Jensen, chefsygeplejerske, Regionshospitalet Randers.

Anne Marie Mathiesen, hospicechef, Hospice Søholm, udpeget af hospicecheferne

Bodil Abild Jespersen, overlæge, Palliativt Team Århus, udpeget af hospitalsledelserne som repræsentant for de palliative team

Conny Elmstrøm, oversygeplejerske, Anæstesiologisk Afdeling, Regionshospitalet Randers udpeget af hospitalsledelserne som repræsentant for de palliative team

Birte Markfoged, hospicechef, Hospice Limfjord, udpeget som formand for Det Palliative Råd

Dorte Lander Rasmussen, overlæge, Palliativt Team Silkeborg, udpeget af Det Palliative Råd

Charlotte Jensen, fuldmægtig, Afdelingen for Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland

Lone Düring – formand for gruppen - kontorchef, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

Søren Lihn – sekretær for gruppen - specialkonsulent, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland.

Hertil 2 tilknyttede repræsentanter for kommunerne i Region Midtjylland (Birgitte Bach, Områdeleder, Horsens Kommune og Vibeke Staack, chefkonsulent, Silkeborg Kommune) og 1 tilknyttet repræsentant for de praktiserende læger, (Jan Nielsen, praktiserende læge, praksiskonsulent).

