

Notat om høring af udkast til Palliationsplan II

Indledning

Udkast til Palliationsplan II blev den 25. april 2012 sendt i høring hos lederne af hospitalerne og af hospicerne i Region Midtjylland samt hos Lægeforeningen Midt.

Dato: 01-06-2012

Margit Ulmer

Tel. +45 78 41 20 40

Margit.ulmer@stab.rm.dk

Side 1

Derudover har kommunerne haft mulighed for på administrativt niveau at kommentere planen, idet der i planen indgår forslag, der følger op på den netop indgåede sundhedsaftale om samarbejdet om den palliative indsats.

Administrationen har ved høringsfristens udløb den 14. maj 2012 modtaget høringssvar fra

- Hospitalsenhed Midt,
- Hospitalsenheden Vest (HEV),
- Aarhus Universitetshospital (AUH),
- Regionshospitalet Horsens,
- Hospice Djursland
- Det palliative Råd,
- Lægeforeningen Midtjylland,
- Silkeborg Kommune,
- Horsens Kommune,
- Ringkøbing-Skjern Kommune.

Endvidere har følgende indsendt høringssvar:

- Center for Planlagt Kirurgi, Diagnostisk Center og Det palliative Team, begge Regionshospitalet Silkeborg.

Udkast til Palliationsplan II er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter for hospitalerne og hospicerne i Region Midtjylland. Der har endvidere været deltagelse i arbejdsgruppen af repræsentanter fra kommunerne og almen praksis.

Arbejdsgruppens anbefalinger er primært rettet mod den regionale

palliative indsats, idet den fremtidige palliative indsats udgående fra kommuner og praktiserende læger er detaljeret beskrevet i sundhedsaftalen om den palliative indsats.

Gennemgang af hørings svar

De indkomne hørings svar er vedlagt dette notat.

Hørings svarene er generelt positive overfor forslagene i udkast til Palliationsplan II. Flere af de indkomne hørings svar giver således udtryk for stor tilfredshed med planudkastet og vurderer rapportens anbefalinger som et løft for den palliative indsats både på basis- og specialniveaue.

Høringen har givet anledning til både tekstnære bemærkninger til planudkastet og til mere principielle bemærkninger.

De tekstnære bemærkninger er indarbejdet i planudkastet.

De principielle bemærkninger centrerer sig om følgende hovedtemaer:

- udvidelse af målgruppen
- normering
- struktur
- sammensætning af de palliative team
- visitationskriterier
- vagtordning
- døgnberedskabsvagt
- palliative sengepladser på specialiseret niveau

Udvidelse af målgruppen

Det påpeges i flere hørings svar, at man er usikker på, om den foreslåede udbygning af kapaciteten vil kunne tilgodese, at målgruppen for den palliative indsats er udvidet fra patienter med uhelbredelig livstruende sygdom til patienter med livstruende sygdom.

Administrationens bemærkninger hertil:

Det er endnu uvist og ikke muligt at beregne konsekvenserne af, at målgruppen er udvidet. Der lægges imidlertid med Palliationsplan II op til en væsentlig kapacitetsforbedring i forhold til den nuværende normering.

Metoden, der anvendes ved normeringsberegning af de palliative team

Flere hørings svar bemærker, at det kan give en skævvridning i forhold til den vestlige del af regionen, at grundlaget for normeringen af antallet af fagpersoner i de palliative team er foretaget med udgangspunkt i antallet af borgere i optageområdet. Det påpeges, at også demografiske forhold og kørselsafstand burde indgå som grundlag for normeringen af de palliative team.

Et hørings svar stiller sig endvidere undrende over for, hvordan den generelle styrkelse af de palliative enheder i regionen hænger sammen med en reduktion på 316.800 kr. i det palliative team i Hospitalsenhed MIDT.

Administrationens bemærkninger hertil:

Der lægges generelt op til en ligelig fordeling af normeringsudbygningen af personale i de palliative team i regionen. Et enkelt palliativt team nednormeres (Hospitalsenhed Midt), hvilket hænger sammen med, at teamets optageområde reduceres, idet Odder og Skanderborg Kommune fremover foreslås betjent af Regionshospitalet Horsens. Med hensyn til at inddrage demografiske forhold og kørselsafstand i beregningsgrundlaget for normeringen af de palliative teams, er det administrationens vurdering, at der ikke findes en relevant formel, der inkluderer geografi og afstande.

Struktur

Udkast til Palliationsplan II lægger op til, at det kan overvejes om den nuværende struktur med palliative team, som ledelsesmæssigt er tilknyttet hver hospitalsenhed, på sigt skal afløses af et eller flere tværgående team i regionen med henblik på at sikre rekruttering, mindske sårbarhed og højne erfaringsudveksling. Flere høringsvar fremhæver, at en sammenlægning kan give meget lange kommandoveje, og at det kan blive vanskeligere at sikre tilstedeværelsen hos patienterne.

Administrationen bemærker hertil.

Ovenstående høringsvar vil indgå i den drøftelse, som der er lagt op til i Klinikforum vedrørende overvejelser om den fremtidige struktur for de palliative team.

Sammensætning af de palliative team

Flere bemærker, at fysioterapi og fysioterapeuter stort set ikke omtales i planudkastet og heller ikke anbefales som en fast del af de palliative team, ligesom flere nævner, at socialrådgivere bør indgå som fast faggruppe i de palliative team.

Administrationens bemærkninger hertil:

I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for den palliative indsats", 2011, lægges der op til, at der som minimum indgår fire faggrupper i de palliative team, hvoraf læger og sygeplejersker bør indgå som fuldtidsbeskæftigede med palliativ indsats, mens de øvrige faggrupper kan være deltidsbeskæftigede. Fysioterapeuter og socialrådgivere fremhæves ikke som en nødvendig fast bestanddel af alle palliative team.

Det skal dog bemærkes, at Palliationsplan II indeholder forslag om at styrke fysioterapibemandingen af de palliative team med 2,5 årsværk, og socialrådgiverbemandingen med 0,9 årsværk.

Visitationskriterier

Flere giver udtryk for, at visitationskriterierne til hospice er for snævre. Det anbefales fx at nedtone kravet om kort forventet levetid og i stedet anvende "kompleks palliativ problemstilling" som et af henvisningskriterierne.

Administrationens bemærkninger hertil:

Bemærkninger til visitationskriterierne er i et vist omfang indarbejdet i planudkastet, der lægges dog ikke op til en udvidelse af målgruppen, Indlæggelse på Hospice vil fortsat være et tilbud forbeholdt personer med forventet kort levetid, idet det døgndækkende beredskab forventes at kunne bistå i den tidligere del af forløbet.

Døgnberedskabsvagt

Udkast til Palliationsplan II anbefaler, at der etableres et døgndækkende palliativt beredskab. Det bemærkes i et høringssvar, at etablering af døgnberedskabsvagt er en unødvendig og dyr løsning. Andre høringssvar påpeger, at der med den valgte konstruktion kan være vanskeligheder ved at foretage en ensartet dækning mellem den østlige og den vestlige del af regionen.

Administrationens bemærkninger hertil:

Forslaget om etablering af et døgnberedskab udspringer af den landspolitiske aftale om Kræftplan III. Aftalen indebærer, at der skal være øget adgang til specialiseret palliativ behandling og rådgivning døgnet rundt for det basale niveau. Folketinget har afsat midler, som er øremærket til etablering af den døgndækkende adgang. Administrationen foreslår, at den endelige fordeling af "optageområder" for de to døgndækkende beredskaber afklares efterfølgende i samråd med hospitalerne.

Specialiseret palliativ afdeling/afsnit

Forslaget om etablering af en specialiseret palliativ sengeafdeling ved Aarhus Universitetshospital modtages positivt. Flere høringssvar anbefaler, at der også i regionens vestlige del etableres en palliativ sengeafdeling med henblik på at give en mere ensartet dækning af specialiserede sengepladser i regionen.

Et høringssvar undrer sig over, at et forslag fra Hospitalsenhed Midt ikke nævnes under afsnittet om en specialiseret palliativ afdeling.

Flere høringssvar gør også opmærksom på, at palliative patienter har behov, der kan være vanskelige at indfri på de kommende nye "supersygehuse", hvor fokus rettes mod effektive patientforløb.

Administrationens bemærkninger hertil:

Der indgår i Palliationsplan II forslag om, at afsnittet evalueres efter to år, og at det afhængig af resultatet af evalueringen kunne overvejes at etablere en palliativ afsnit i den vestlige del af regionen.

Det fremgår ikke klart af forslaget fra Hospitalsenhed Midt, om forslaget sigter mod at etablere en egentlig specialiseret palliativ afsnit, eller om der er tale om palliative senge på basalt niveau eller om en specialiseret palliativ afsnit. Forslaget omhandler palliative sengepladser, der "placeres i driftsfællesskab med det medicinske sengeafsnit for Blod- og mavetarmsygdomme".

Med hensyn til de kommende "supersygehuse" i regionen bemærker administrationen, at de fysiske rammer i de nye byggerier vil medvirke til at skabe optimale rammer for de palliative patienter.

Søren Lihn

Fra: Lene Norup Møller [l.moller@rksk.dk]

Sendt: 10. maj 2012 11:57

Til: Søren Lihn

Emne: Bemærkninger fra Ringkøbing-Skjern Kommune til Palliationsplan II

Sagsreference: 2010031264A

Kære Søren Lihn

Region Midtjylland har med brev af 25. april 2012 fremsendt forslag til Palliationsplan II i administrativ høring.

Ringkøbing-Skjern Kommune finder generelt, at Palliationsplan II giver et godt overblik over det palliative område i Region Midtjylland.

Med hensyn til de fremadrettede forslag finder Ringkøbing-Skjern Kommune det især positivt, at det er foreslået, at der skal ske en opnormering af de palliative teams, samt forslaget om at udbygge det regionale udviklingscenter.

Ringkøbing-Skjern Kommune har ikke yderligere bemærkninger.

Med venlig hilsen

Lene Norup Møller
Specialkonsulent

Sundhed og Omsorg
Ringkøbing-Skjern Kommune
Direkte nr. 9974 1554

Høringsvar vedrørende Palliationsplan II, Region Midt.

Ad.4.5. Palliative Team (PT).

Side 34: Der står, at der er et team i Hospitalsenheden Midt. Dette er ikke korrekt, hvilket også er beskrevet senere nemlig side 64. Der er planer om, at lægge de to teams sammen og der har været fælles møder vedrørende dette i det sidste halve år, men der er ikke sat dato på det endnu. Der bør stå, at der er 2 teams i henholdsvis Viborg/Skive og Silkeborg, men at der planlægges en sammenlægning. Forvirrende, at det står forskelligt.

S 36: Aktivitetstallene skal tages med forbehold i forhold til at sammenligne aktiviteten Teamene imellem, men man kan **bestemt** regne med den fremgang, der ses i aktiviteten hos de enkelte team (som det også står senere). Det er misvisende, at det står her på den måde. Bør slettes på side 36, så der kun står det forbehold på side 37.

Fejl i tabellen s. 36 under Silkeborg, idet der var 640 hjemmebesøg i 2011, ikke 440. Bør rettes.

Ad. Kap.8

S 65: Vurderingen er, at der fortsat er behov for fysisk tilstedeværelse af PT i relation til sygehus, hvor der er indlagt patienter med palliative problemstillinger. Den lokale tilstedeværelse vurderes overordentlig vigtig.

S. 68 vedr. socialrådgiverfunktionen. Tilstedeværelse af en socialrådgiver ved den ugentlige tværfaglige konference vurderes vigtig. Dette mistes ved at man samler funktionen på 2 regionale socialrådgivere.

S. 69 + s. 71:

Det er et stort problem, at man vælger at se på antal borgere i optageområdet og ud fra det vurdere behovet for antal af fagpersoner, der skal være i PT, især da man har valgt at gå ud fra normering per borger i Århus kommune som udgangs punkt for denne beregning.

Ad sygeplejerske bemanningen:

1/75000 er for lidt.

For det første er der i Silkeborg kommune store afstande til mange patienter, som er i yderområderne af kommunen, hvorfor der bruges mere tid på landevejene end i Århus.

For det andet, hvad gør man med patienterne i yderområderne? Silkeborg kommune har grænseflader til mange kommuner og PT har aktuelt en del patienter i Favrskov og Ikast/Brande kommune. Ved at reducere sygeplejerske bemanningen som det anbefales, vil det medføre at disse patienter vil få en ringere behandling end i dag, nemlig ikke noget hjemmebesøg. Det er langt for PT i Horsens at se til en pt. i Låsby!

Oversigtskort over Region Midt med kommune grænser:

<http://regionmidtjylland.neozone.com/regionmidtjylland/nzkamap.php?rm predefined>

Dertil er lægebemanningen i Århus noget bedre end i de andre Teams.

Det vurderes, at selvom man anbefaler at øge lægebemanningen i PT uden for Århus, så vil rekrutteringsproblemet gøre, at de lægestillinger ikke ville blive besat. Der har lige været opslået 2 overlægestillinger i Region Midt i maj måned i henholdsvis PT i Horsens og i PT v. Hospitalsenheden Midt: INGEN ansøgere.

Endvidere anbefaler Sundhedsstyrelsen, at målgruppen for palliativ behandling udvides til at omfatte alle patienter med livstruende sygdom, og ikke kun patienter med uhelbredelig livstruende sygdom, og at det skal fremover være alle livstruende sygdomme og ikke kun kræftsygdomme. Dette sammen med den aktivitets stigning på 26%, der allerede har været i de PT gør, at man IKKE kan anbefale en reduktion i bemanningen i PT.

Det ville være katastrofalt, hvis man reducerede sygeplejerske bemanningen i PT uden for Århus!!

Ad sekretær:

Det anbefales at sekretærbemanningen reduceres til 0,8 i den nye samlede funktion i Hospitalsenheden Midt..

Dette skønnes helt urealistisk. Sekretærerne i dag har en del registrerings arbejde til DMCP-pal og Dansk Palliativ Database og dertil meget skrivningsarbejde og telefon visitation. I dag bruger sekretæren i Skive-Viborg Teamet al sin tid på Hospice Limfjorden og PT (faktisk mere end de 20 timer hun har til det). Ligeledes med sekretæren i PT i Silkeborg.

Med øget patientflow vil en reduktion i henhold til ovenstående, være meget u hensigtsmæssig og medføre dårligere registrering og ventetid på skrivearbejdet.

Ad fysioterapeut:

Denne personalegruppe glimrer ved sit fravær i rapporten, hvilket er synd. Fysioterapi er en nødvendig og vigtig del, som der er stor efterspørgsel for i PT. Vi kunne sagtens bruge en fuldtids fysioterapeut i PT, især efter hun har fået lymfødeme uddannelsen.

Endvidere vurderes det vigtigt, at fysioterapi også bliver tænkt ind under Det Regionale Udviklingscenter i Århus.

Der anbefales 1/200.000 i rapporten, hvilket er en forbedring. Realistisk er behovet en normering på 1/150.000. Der henvises i øvrigt til bemærkninger fra vores lokale fysioterapeut i PT, som er vedhæftet.

Det skal nævnes til sidst, at det vurderes, at udbygningen af Horsens PT til også at varetage Skanderborg kommune, bla. på baggrund af ovennævnte rekrutterings problemer, kommer til at tage lang tid, hvorfor PT i Silkeborg, vil skulle varetage de patienter i lang tid fremover. Aktuelt er der 21 patienter fra Skanderborg kommune i Teamet.

Dorte L. Rasmussen
Overlæge
Palliativt Team
Regionshospitalet Silkeborg

Mette Kragh Svendsen
Ledende Fysioterapeut
Diagnostisk Center
Hospitalsenheden Midt, Silkeborg

Jens Jørgen Daugaard
Ledende Overlæge
Anæstesiologisk Afdeling
Center for Planlagt Kirurgi
Hospitalsenheden Midt, Silkeborg

Hørings svar vedrørende Palliationsplan II

Uddybende kommentarer til høringssvar fra Regionshospitalet Silkeborg.

Tenna Askjær, Fysioterapeut

Som fysioterapeut, der arbejder i et palliativt team samt har palliative patienter på det basale niveau, har jeg nogle overvejelser i forbindelse med Palliationsplan II.

- Fysioterapeuter er til stede i samtlige team og hospicer i regionen, og jeg mener, at vi som faggruppe også i beskrivelserne af de palliative tilbud bør have en fast plads.
 - o s. 57, afsnit 8., pkt. 2: I beskrivelsen af at palliative team består af 4 faggrupper, bør fysioterapeuten nævnes ligesom læge og sygeplejerske. Det samme gælder i resumeet s. 14, pkt. 2.
 - o s. 55, afsnit 7.1.: Det er glædeligt, at der kommer fokus på mere palliation på afdelingerne på sygehusene. En øget palliativ indsats inkluderer også fysioterapeuter, og faggruppen kunne med fordel nævnes i afsnittet.
Fx i punkt 4 kunne foreslås: ”Der etableres et fagligt netværk for sygeplejersker, **fysioterapeuter** og læger, der arbejder inden for det palliative område.”

Jeg foreslår, at fysioterapi i beskrivelserne af de palliative tilbud i afsnit 7 og 8, nævnes som øverst på s. 86 (afsnit 9.1., *Forslag til specialiseret palliativ afdeling*). ”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.”

- Der er en lille opnormering indenfor fysioterapeuterne, hvilket jeg kun kan tilslutte mig. Hvis man ser på arbejdsopgaverne, er det dog fortsat ikke en realistisk normering. Et forslag ville være en normering på 1/150.000.
 - o På nuværende tidspunkt er normeringen af fysioterapeuttimer i Det Palliative Team i Silkeborg svarende til 18 t/u. Med denne normering er det ikke muligt at varetage alle arbejdsopgaverne. Nogle af behandlingerne som lymfødembehandling, der kun kan tilbydes af særligt uddannede fysioterapeuter, er tidskrævende. Der er stor

efterspørgsel på fysioterapi, og der er patienter der ikke kan tilbydes behandling pga. normeringen. Derudover er det kun i meget begrænset omfang, muligt for fysioterapeuten at deltage i rådgivning og uddannelse af personale. Prioriteres dette, vil færre patienter kunne tilbydes fysioterapeutisk behandling.

- s. 67, afsnit 8.5., *Bistand fra palliative team...*: Det er i dette afsnit beskrevet at et team (også fysioterapeuter) skal yde bistand til patienter i eget hjem/plejecentre og under indlæggelse. Derudover varetage rådgivning af personale, der hvor patienten befinder sig, og yde formel/uformel uddannelse af personale på basalt niveau. Desuden bruges der tid på kørsel og samarbejde/kommunikation med andre behandlere mv. Det er ikke muligt med nuværende fysioterapeut normering eller den foreslåede normering i Palliationsplan II at varetage ovenstående opgaver.
- s. 68, afsnit 8.5., *Patienttilgang*: Der beskrives patienttilgang til de palliative team og en udvidelse af patientgruppen, hvilket også vil betyde øget behov for fysioterapeutisk behandling. Udvidelsen af målgruppen omfatter patienter med livstruende sygdomme. Dette vil sandsynligvis betyde en større tilgang af hjerte- og lungesyge patienter samt patienter med neurologiske sygdomme. Dette er patientgrupper, hvor fysioterapeuter ofte er en del af behandlingsforløbene, og det kan derfor formodes, at fysioterapeuten i det palliative team, skal se en meget stor del af disse patienter.

Tenna Askjær
Fysioterapeut
Palliativt Team
Regionshospitalet Silkeborg

Palliationsplan II 2012

Hørings svar fra Palliativt Team og Onkologisk afdeling, Hospitalsenheden Vest.

Mange roser til en grundig gennemarbejdet rapport. Vi tænker positivt og med fordel om, at ensrette og styrke tilbuddet til patienter med palliativt behov.

Vi har få kommentarer.

- Sammenlægning af ledelse (side 17 + 65)

Ved at samle ledelse et eller 2 steder vil der blive meget lange kommandoveje, og det bliver vanskeligere at følge opgaverne i det enkelte team og den enkelte medarbejders arbejdssituation. Det vil betyde stor ulempe i forhold til tilstedeværelse på hospitalerne, der igen medfører mindre opmærksomhed på den palliative indsats og hermed også rekruttering. Dog kan formaliseret samarbejde imellem de enkelte teams omkring lægedækning i ferier, ved sygdom osv. være en stor fordel.

- Specialiseret palliativ afdeling (side 25 + 85)

Vi undrer os over, at rapporten ikke nævner og medtænker Gødstrup og DNU.

I forbindelse med de nye sygehuse i Gødstrup og udbygning af Skejby DNU er der planlagt færre sengepladser og fokus på effektive patientforløb.

Patienter med livstruende sygdom, vil have behov, såvel basale som specialiserede, som kan være svære at indfri i afdelinger, med høj specialisering og hvor effektivitet har fokus.

Dette bør med i palliationsplan II.

Vi mener, der bliver behov for en palliativ sengeafdeling i Hospitalsenheden Vest, at patienter med tilknytning til andre sygehuse, også skal have mulighed for indlæggelse til symptomkontrol i en afdeling lokalt, som kan tilbyde relevant faglig kvalificeret pleje og behandling.

Den specialiserede palliative afdeling kommer patienter i den østlige del af regionen til gode, man bør indtænke de lange afstande for patienter med alvorlig lidelse, som bor andre steder i regionen.

Der skal desuden altid være mulighed for, at patienter kan være i stamafdelinger, hvis deres symptomer kræver f.eks specialiseret cardiologisk behandling.

- Sammensætning af palliative teams (side 67 + 69)

Fysioterapeuter bør ansættes i de Palliative teams og være tilstede dagligt. Dette for at sikre og stabilisere tværfagligheden, sparring og ikke mindst kontinuitet i patient forløb.

Samtidig er det også vigtigt, at fast gennemgående sekretær bistand er knyttet til teamet. Et vigtigt bindeled i teamsamarbejdet.

Ang. socialrådgiver tilknyttet de enkelte teams, så har vi også i Vest erfaret, at denne kompetence er meget svært at undvære. Vi anbefaler, at der tilknyttes socialrådgiverfunktion til alle teams.

- Normering baseret på indbyggertal (side 69)

I stedet for kun at bygge normeringer på indbyggertal, bør man vurdere andre demografiske forhold så som afstande.

I vores vestlige del af regionen kan der være op til 95 km til et hjemmebesøg, det kan eksempelvis betyde at en fysioterapeut højst kan nå 1 – 2 hjemmebesøg dagligt.

Ved hjemmebesøg af læge og sygeplejerske, f. eks ved første kontakt til patienten, må der ofte beregnes 3 timer til et besøg pga. de lange afstande

- Korrektion af normeringsoplysninger

Punkt 4.5.1.

Side 34 tabel 1

Herning: Fysioterapeut 0,8

Sekretær 0,9

Side 35 tabel 2

Herning: Fysioterapeut 0,8

Sekretær 0,9

Side 35 tabel 3

Herning: Læger 2,0 heraf 10 timer om ugen til Anker Fjord Hospice.
Onkologisk afdeling dækker læge 12 time om ugen
Til Anker Fjord Hospice.

Vores lægedækning er som ovenstående, og derfor skal der ses på tallene igen i tabel 13, på s.72, ang. fremtidig bemanning.

Flere steder i rapporten er nævnt, at døgnvagt Anker Fjord koster 427.000 kr.

Det er sådan, at vagtberedskabet udmøntes weekenden og andrager i budgettet 301.162 kr.

Venlig hilsen

Teamleder Spl.Kirsten Olesen, Pall.team.

Afd.ledelsen led. overlæge Hanne Linnet og overspl. Margrethe Povlsgaard.

Onkologisk afd. Herning

Høringssvar til Palliationsplan II

Planen er læst af rådets medlemmer og der er ved et møde i rådet den 7.maj givet følgende kommentarer til enkelte punkter i planen. Mange af rådets medlemmer har indgået i arbejdsgruppen.

- Det foreslås, at formuleringen af visitationskriterier til hospice (side 60) ændres til nedenstående.

Visitationskriterier

- Patienten har en livstruende og fremskreden sygdom, hvor al helbredende behandling er afsluttet.
- Patienten og /eller familien har komplekse problemstillinger af fysisk, psykosocial eller eksistentiel art, som kræver en specialiseret, tværfaglig lindrende indsats.
- Patienten har en kort forventet levetid og har et ønske om ophold på hospice.
- Patienten og familien er bekendt med, at patienten kan udskrives fra hospice, såfremt tilstanden bedres og behovet for den specialiserede indsats bortfalder.

Begrundelse: Nuværende kriterier kan forstås meget stramt og signalerer, at hospice nærmest udelukkende er til den sidste levetid. Der er i nogle situationer brug for en døgndækkende indsats tidligere i det terminale forløb. I dag henvises mange patienter så sent i forløbet at hospiceophold ikke er meningsfyldt.

- Specialiseret palliativ afdeling (side 25 og 85)

I forbindelse med bygning af nye supersygehuse er der lagt op til færre sengepladser og større fokus på produktion. Patienter med livstruende sygdom, vil have behov for såvel basale som specialiserede senge på sygehuset.

Begrundelse: Dette behov vil være aktuelt i både øst og vest, og det bør i høj grad medtænkes, at netop den patientgruppe ikke bør have lang transportafstand. Der skønnes fortsat at være behov for at patienten kan være i stamafdelinger, ved fx specialiseret cardiologisk behandling.

- Det palliative team (side 68)

Det anbefales, at alle faggrupper, der arbejder i det palliative team, har en ansættelse i teamet og ikke i en anden organisatorisk enhed.

Begrundelse: Entydig ledelsesreference. Anbefalet i henhold til nationale anbefalinger.

Det bør bemærkes i planen, at normering i de palliative team er fastsat ud fra befolkningsunderlag og ikke ud fra demografiske forhold og kørselsafstand.

- Opnormering af lægestillinger i de palliative team.

Det er væsentligt, at vanskelighederne ved at rekruttere læger inden for det palliative område fremhæves.

Begrundelse: Der bør rettes opmærksomhed på, hvordan denne udfordring kan løses. Og der bør ikke ske ændringer i sygeplejenormeringen, hvis det ikke er muligt at besætte lægestillingerne.

Med venlig hilsen

Birte Markoged
Formand for Det Palliative råd, Region midt.

Hørings svar ang. palliations plan II i Region Midtjylland

Overordnet ses anbefalingerne i Palliations plan II som et godt løft for den palliative indsats både for basis og specialist niveauet.

Der knyttes følgende kommentarer:

Organisering af de palliative teams.

Afsnit 8.4.2

Med en sammenlægning af enheder kan opnås fagligt og organisatorisk stærke miljøer, samt bedre muligheder for rekruttering af læger.

Det vurderes, at Det Palliative Team i Århus grundet enhedens volumen mv. ikke har behov for sammenlægning med andre team.

Ser man på regionen som helhed vurderes det, at en organisering i to-tre palliative enheder vil kunne styrke feltets robusthed fagligt såvel som personalemæssigt.

Regionalt palliativt udviklingscenter

Afsnit 8.9

For at imødekomme Sundhedsstyrelsens anbefalinger om uddannelse af personale på basisniveau, vurderes en udbygning af den eksisterende udviklingsenhed til et regionalt udviklingscenter at være helt afgørende.

Den skitserede økonomi medtager ikke anbefalingen om at der decentralt ansættes medarbejdere til varetagelse af uddannelsesopgaven. (10 – 15 timer/uge).

Palliativ sengeafdeling

Afsnit 9.1

Etablering af en palliativ sengeafdeling hilses velkommen. En palliativ sengeafdeling vil kunne kvalificere indsatsen overfor patienter med de mest komplekse problemer, vil fremme læring og udvikling af indsatsen på hele hospitalet og vurderes at være en ressourcemæssig gevinst. Det skal her nævnes, at en palliativ patient indlagt i en af de palliative senge i onkologisk afdeling har en kortere gennemsnitlig indlæggelses tid, end palliative patienter indlagt i onkologisk afdeling i øvrigt.

Visiterede patienter til det palliative senge afdeling vil være patienter med komplekse palliative problemer og som allerede indlægges på AUH, hvorfor en sengeafdeling på tværs af organisationen vil kunne afhjælpe presset på sengepladserne på hele hospitalet.

Ifølge palliationsplanen vil en palliativ sengeafdeling betyde, at den behandlende afdelings forpligtelse til at stille en åben indlæggelse til rådighed overtages af den palliative sengeafdeling. Sengeafdelingerne vil dog fortsat være forpligtede til at tilbyde åben indlæggelse til patienter med fremskreden sygdom og som har brug for den basale palliative indsats. En sengeafdeling med 12 pladser vurderes at kunne dække indlæggelses behovet på det specialiserede niveau, dvs. for de ca. 120 patienter teamet kontinuerligt har kontakt med.

Socialrådgiverfunktionen

Afsnit 8.5.1

Det er centralt at bibeholde og udvide socialrådgiverfunktionen i de palliative teams. Med det nuværende patientklientel er der stort behov for den specialiserede socialfaglige viden og med de nye anbefalinger om tidlig indsats vil behovet øges. Socialrådgivning beskrives i planen som et kommunalt anliggende, men det gælder ikke på det specialiserede palliative felt – i givet fald vil man også kunne sige det om de andre faggrupper, som de palliative teams består af.

Visitationskriterier til hospice:

Afsnit 4.6.4

Den faldende udskrivningsprocent fra hospice ses som en succes, "indikerer at opmærksomheden på visitationen har haft en effekt....." Ud fra et patientperspektiv og teamets praksis er det derimod meget værdifuldt at have mulighed for indlæggelse på hospice, i en periode, enten til lindring af fysiske symptomer eller til støtte til at håndtere livet i hjemmet trods livstruende sygdom.

Afsnit 8.2.1

Der anbefales på denne baggrund at nedtone kravet om den korte forventede levetid og i stedet opprioritere, at den henviste skal have komplekse palliative problemstillinger. Desuden anbefales at slette kravet om, at alle kriterier skal være opfyldt.

Palliationsplan II omhandler ikke tanker om den palliative indsats på Det nye Universitetshospital. Fra teamets side er vi bekymrede for at den palliative patient "glemmes" i et højt specialiseret sygehus og vil anbefale at den palliative indsats på de nye supersygehuse indtænkes i palliationsplan II og indgår gerne i dialog om organisering af den palliative indsats på fremtidens sygehus.

Venlig hilsen

Overlæge Bodil Jespersen og sygeplejerske Ane Bonderup
Afsnitsledelsen
Det Palliative Team
Aarhus Universitetshospital

Til Søren Lihn
Sundhedsplanlægning, Viborg.

Høringssvar vedrørende palliationsplan 2.

**Høringssvar vedrørende udkast til Palliationsplan II for Region
Midtjylland.**



Hospitalsenheden Horsens høringssvar fremgår af dette notat.

10.maj 2012

Lene T. Svenstrup

Tel. +45 7842 5106

lenesven@rm.dk

Overordnede kommentarer.

Samlet set støtter Hospitalsenheden Horsens Palliationsplan 2. Flere initiativer bidrager hertil, blandt andet den nye sundhedsaftale om palliation, hvorfor der er behov for en revideret palliationsplan.

Side 1

Derudover er Palliationsplan 2 med til, at sikre en bæredygtig palliationsenhed på Hospitalsenheden Horsens, når den udbygges med Odder og Skanderborg Kommuner.

Såfremt der etableres en vagtordning, anbefaler HE Horsens at vagtfællesskabet etableres mellem hospitalerne på østkysten.

Tekstnære kommentarer.

- Side 13 nederst. Der står at alle patienter i den sene fase bør have åben indlæggelse. Der efterlyses en bedre præcisering af hvornår patienten er i den sene palliative fase.
- Kompetenceniveau B. Det anbefales, at der i sengeafdelinger er sygeplejerske/læge der har nøglepersonuddannelse indenfor palliation. Det vurderes at være en god ide, men vil kræve meget stor indsats mhp at få dækket alle afdelinger ind, - specielt de afdelinger der har mange afsnit under sig.
- Døgnberedskabsvagt indenfor palliation er en meget dyr løsning. Der savnes en beskrivelse af, at pallierende behandling udføres som et samarbejde mellem de palliative teams og per-

sonalet i afdelingen. Patienterne har varierende grader af sygdom og comorbiditet, som det palliative team kan have svært ved at være opdateret på. Mange kommer fint igennem døgnet ved at have konferencer/samtaler teams imellem i dagtiden. Døgnberedskabsvagten ses ikke som absolut nødvendig.

- Ved kronisk syge, som får terminal erklæring og åben indlæggelse på baggrund af deres kroniske lidelse og ikke på baggrund af cancer fordrer, at den palliative indsats udføres SAMMEN med grenspecialisterne på området. Netop for at sikre maximal kvalitet, og at det er et fælles anliggende som skal hjælpe patienten og dennes familie i den sene fase.

På vegne af hospitalsledelsen

Med venlig hilsen

Venlig hilsen

Lene T. Svenstrup

Sundhedsfaglig konsulent

Til Region Midtjylland,
Att. Søren Lihn,
Sundhedsplanlægning.



Høringsvar fra HE Midt vedr. Palliationsplan II.

Den 15. maj 2012

Sundhedsplanlægning i Region Midtjylland har d. 1. maj 2012 fremsendt Palliationsplan II i høring i kommunerne og regionens hospitaler. Hospitalsenhed Midt vil gerne knytte følgende bemærkninger til udkastet til Palliationsplan II.

J.nr. -

Hanne Dølgaard

Dir. tlf. 7844 1404

hanne.dolgaard@

Viborg.RM.dk

a) de palliative teams.

Hospitalsenhed Midt bifalder, at der i Palliationsplan II sker en styrkelse af de palliative teams, bl.a. med henblik på at kunne styrke indsatsen på det palliative område indenfor alle sektorer og med særligt fokus på det basale niveau.

Side 1

HE Midt stiller sig dog undrende overfor den beregning, der ligger til grund for styrkelsen af de palliative teams generelt i Region Midtjylland. En styrkelse, som bevirker en reduktion af bemanningen i de palliative teams i HE Midt på i alt 316.000 kr.

Der er i beregningen lagt til grund, at der skal være 1,0 sygeplejerske pr. 75.000 indbyggere. En sådan generel norm tager dog ikke højde for, at der i nogle hospitalsenheder er store geografiske afstande med deraf følgende stort tidsforbrug til kørsel til patienter i eget hjem. Det anses derfor for meget problematisk, at samme norm anvendes for såvel Århus som for resten af regionen.

Der arbejdes i HE Midt med en sammenlægning af de to eksisterende palliative teams i henholdsvis RH Silkeborg og RH Viborg, Skive. Dette på en sådan måde, at man fagligt og ansættelsesmæssigt er forankret i samme afdeling, men med fortsat hensyntagen til lokal tilstedeværelse for at sikre nærhed til indlagte patienter og patienter i eget hjem og sikre at personalets tid så vidt muligt anvendes til direkte patientkontakt.

Vedr. forslaget om reduktion på 316.000 kr. vedr. HE Midt henviser man i afsnit 9.2.2. til, at der vil være en fusionsgevinst som led i en sammenlægning af de to eksisterende teams i HE Midt. Da der fortsat

vil være behov for lokal tilstedeværelse i Skive og Silkeborg, vil denne gevinst primært være af faglig karakter. Et større palliativt team vil bevirke bedre faglig sparring, kvalitetsudvikling og sikre robustheden ved feriedækning m.v., men kan ikke i sig selv legitimere en reduktion af personaleressourcerne.

Endvidere finder HE Midt det problematisk, at der i beregningerne ikke er taget højde for det ekstra ressourcetræk, der vil være som følge af, at de palliative teams fremover skal varetage en større patientgruppe, der også omfatter patienter med livstruende sygdom indenfor hjerteområdet og KOL.

Endelig foreslås, at der side 33-34 præciseres, at de palliative teams ved HE Midt er placeret ved henholdsvis RH Silkeborg og ved RH Viborg, Skive. En sammenlægning af de to teams er under planlægning med fortsat hensyn til lokal tilstedeværelse i Skive og Silkeborg.

b) Aktivitetstal.

Der er side 36 en fejl i de oplyste aktivitetstal. Således er der ved RH Silkeborg 640 hjemmebesøg og ikke 440. Det bør præciseres, at der hospitalerne imellem er forskellig registreringspraksis, men udviklingen viser klart, at der i de enkelte teams er sket en vækst fra 2006 til 2011. Bemærkningen til tabel 4, side 37, foreslås derfor flyttet til afsnittet om registrering, side 36.

c) palliative sengepladser på specialiseret niveau.

HE Midt stiller sig uforstående overfor, at hospitalsenge på specialiseret niveau udelukkende skal tilbydes patienter i den østlige del af regionen og anbefaler, at der tillige etableres 3 sengepladser på specialiseret niveau på i medicinsk afdeling, RH Viborg, som placeres sammen med de øvrige palliative sengepladser på basisniveau. Denne mulighed vil kunne give mulighed for et ensartet fagligt miljø i hele Region Midtjylland.

HE Midt har netop i december 2011 fremsendt ansøgning til Region Midtjylland, hvor man ansøger om midler til at etablere specialiserede palliative sengepladser, organisatorisk placeret sammen med de palliative teams og et palliativt ambulatorium. HE Midt finder det utilfredsstillende, at dette forslag ikke er nævnt i forbindelse med afsnit 9.1 om det specialiserede niveau, ligesom man i afsnit 9.2.2 får det indtryk, at ansøgningen vedrører det basale palliative niveau.

Med venlig hilsen

Lars Dahl Pedersen
Hospitalsdirektør
Hospitalsenhed Midt.



HOSPICE
DJURSLAND

Specialkonsulent
Søren Lihn
Sundhedsplanlægningen
Region Midtjylland

Rønde 14.maj 2012

Hørings svar til Palliationsplan II

Den ny palliationsplan er læst med stor interesse af bestyrelsen og ledelsen for Hospice Djursland. Vi er overordnet meget tilfredse med planen og syntes det er et flot stykke arbejde gruppen har afleveret.

Vi er tilfredse med at der anbefales en skærpet opmærksomhed på, at den palliative indsats er målrettet alle patientgrupper med livstruende sygdom og ikke kun kræftpatienter og at det anbefales at indsatsen på det basale niveau forstærkes gennem uddannelse og faglige netværk.

Derudover er vi tilfredse med at der endelig etableres et døgndækkende vagtberedskab og at det anbefales at læger og sygeplejersker ansat i den specialiserede palliative indsats har palliation som fuldtids beskæftiget. Og ikke mindst er vi meget tilfredse med at der sker en opprioritering af personaleressourcerne i de palliative team, herunder tilpasningen af de lægelige ressourcer til antal hospicepladser.

Vi har derudover følgende kommentarer til planen:

Vi har bemærket at der er indført et nyt begreb – "Palliative enheder", uden at dette begreb er nærmere defineret. Vi mener at vi skal være varsomme med at indføre nye begreber uden nærmere at redegøre hvad begrebet dækker over .

Vedrørende det døgndækkende beredskab, så mener vi der er en stor skævvridning i den forslåede model, hvor 1 læge fra teamet i Århus dækker, et universitetshospital – fordelt på tre matrikler, et hospice med 11 pladser samt et befolkningsunderlag på 319.000 og en læge fra et af regionens øvrige team dækker fire regionshospitalet- fordelt på 7 matrikler, 3 hospice med i alt 37 pladser samt et befolkningsgrundlag på ca. 950.000.

Det er meget svært at forestille sig, at der her er mulighed for et ensartet tilbud til den palliative patient, uanset hvor han måtte befinde sig.

Vi opfordrer gruppen til at se nærmere på denne anbefaling. Måske kunne den i stedet opdeles i en øst/vest model.

Med henblik på strukturen og ledelsen af de palliative team, så opfordrer vi til, at der arbejdes videre med den ledelsesmæssige og organisatoriske struktur af hensyn til, at vi kan sikre det samme kvalitative niveau, rekrutteringsmulighederne og ressourceudnyttelsen. Vi opfordrer til at der tænkes i nye organisationsstrukturer og nye ledelsesformer, hvor man frigør sig fra vanetænkning og med det formål at fokusere på den opgave der skal løftes og de metoder der skal udvikles for at gøre dette.

Vedrørende det såkaldte Hospice Randers, så mener vi, at det for patienterne, de pårørende og de sundhedsfaglige personer er forvirrende og ugennemskueligt at det betegnes som et hospice. Det opfattes selvfølgelig af udenforstående som det, det benævnes som – et hospice. Vi er enige med arbejdsgruppen i, at det er et godt initiativ og til stor glæde for de patienter der ikke har behov for den specialiserede palliative indsats. Men hospice betegnelsen dækker over den specialiserede palliative indsats. Derfor bør Hospice Randers ændre sit navn.

På side 40 og 41 i planen anvendes der et søjlediagram for at vise patienter fordelt efter bopælskommune i 2011. Det ville være ønskeligt hvis man havde anvendt ens akseinddeling.

Vi mener det er ærgerligt, uforståeligt og kontrainnovativt at arbejdsgruppen ikke vælger at bakke op om Hospice Djurslands pilotprojekt til undersøgelse af et eventuelt behov for et palliativt dagtilbud til patienter med livstruende sygdom. Det drejer sig ikke, som skrevet i palliationsplanen om etablering af et "daghospice". Derudover er pilotprojektet det eneste forslag i den ny palliationsplan som er udgået fra et hospice i region Midt med det formål at udvikle og opruste den nuværende palliative indsats.

Begrundelsen for ikke at bakke op om pilotprojektet er :

- at man sætter spørgsmålstegn ved målgruppen – patienter med livstruende og fremskreden sygdom
- at man mener, der bliver en sammenblanding af funktioner som udgår fra palliative team og hospice – En sådan palliative dagfunktion findes ikke i region Midt i dag - derfor pilotprojektet
- og at man mener, at de knappe økonomiske midler der findes på det palliative område ikke skal bruges på at fremme et sådant "forsøgsprojekt".

At vi finder denne begrundelse uforståelig og kontrainnovativ, skal ses i lyset af at der i planen arbejdes på - som et forsøgsprojekt - at etablere en specialiseret palliativ afdeling med 12 sengepladser i Århus – med mulighed for udvidelse af endnu en palliativ afdeling ved Hospitalsenheden Vest. Også her vil man vel kunne forvente en vis sammenblanding af funktioner mellem de fire hospice og den palliative sengeafdeling. Og heller ikke her er det på forhånd muligt at forudse om en sådan enhed giver yderligere kvalitet, effekt og aflastning af øvrige afdelinger.

Vores holdning er, at jo mere vi løfter sammen på det specialiserede niveau, og jo flere tilbud vi udvikler sammen og hver for sig, jo bedre tilbud bliver der til patienterne, de

pårørende og de efterlevende. Og med den vedtagne udvidelse af målgruppen for den palliative indsats kan vi forudse et stort og bredt behov for forskellige tilbud. Vi stiller os derfor fortsat til rådighed, såfremt der i region Midt er interesse for at undersøge om et palliativt dagtilbud kunne være en fremtidig udviklingsmulighed indenfor den specialiserede palliative indsats.

Med venlig hilsen

Bestyrelsen og Hospiceledelsen
Hospice Djursland.

Søren Lihn

Fra: Lisbeth Trøllund Andersen - Lægeforeningen Midtjylland [lta.midt@DADL.DK]
Sendt: 15. maj 2012 11:39
Til: Søren Lihn
Cc: 'Bruno A.Melgaard Jensen'; Lisbeth Trøllund Andersen - Lægeforeningen Midtjylland
Emne: SV: Høring af udkast til Palliationsplan II for Region Midtjylland
Vedhæftede filer: logo.gif

Kære Søren,
 med en dags forsinkelse (beklager :-)) får du hermed meddelelse om, at PLO-Midtjylland ikke har bemærkninger til Palliationsplan II.

Vi afventer, at der fra Nære Sundhedstilbud tages initiativ til en §2-aftale vedr. palliation, men det er jo udenfor Sundhedsplanlægnings regi.

Håber ellers du har det godt - jeg kan forstå, at du har valgt ex-SØP'erne fra, så vi ses ikke 1/6. Det har jeg fuld forståelse for, da der er grænser for, hvor mange gamle kolleger, der er plads til i ens liv. Men jeg tjekkede lige med Helle, at du ikke bare var glemte! Jeg har lige været sammen med "en af de helt gamle" fra Voksen-kontoret - Karen Ellerbæk - hun har det godt med sin egen lille psykolog-bix i hhv Århus/Karup.

Mange hilsener
 Lisbeth



Lisbeth Trøllund Andersen
 Seniorskulent
 Lægeforeningen Midtjylland
 Fredens Torv 3 B
 8000 Århus C
 Tlf.: 87 30 90 30
 Tlf.: 87 30 90 36 (Direkte)
 E-mail: lta@dadl.dk
 ♻️ Tænk på miljøet, for du printer.

Fra: Søren Bisgaard-Frantzen Petersen [mailto:SorenBisgaard-Frantzen.Petersen@stab.rm.dk]
Sendt: 1. maj 2012 14:19
Til: Bruno Meldgaard Jensen; Lisbeth Trøllund Andersen - Lægeforeningen Midtjylland
Cc: Søren Lihn; Christian Boel; Lone Düring; Jan Nielsen
Emne: Høring af udkast til Palliationsplan II for Region Midtjylland

Til PLO i Region Midtjylland

Sundhedsplanlægning fremsender hermed udkast til Palliationsplan II i høring. Øvrige høringsparter er kommunerne i Region Midtjylland og hospitals- og hospiceledelserne.

Bemærkninger til udkastet bedes sendt til soeren.lihnl@stab.rm.dk senest den 14. maj 2012 kl. 12.00.

Med venlig hilsen

Søren Bisgaard-Frantzen Petersen
 Fuldmægtig

Tel. +45 7841 2037

Hospitalsplanlægning • Region Midtjylland

Skottenborg 26 • DK-8800 Viborg

midt
 regionmidtjylland

Region Midtjylland

09. maj 2012

Administrativt høringsvar fra Silkeborg Kommune vedrørende Regionens palliationsplan II

Silkeborg Kommune har med interesse læst udkastet og har følgende kommentarer:

- **Processen**
Silkeborg Kommune anerkender, at der er inddraget kommunale repræsentanter i udarbejdelsen, selvom planen er regional. Det er vigtigt, både for at sikre sammenhæng og kvalifikation, men i høj grad også fordi tilrettelæggelsen af den regionale indsats har betydning for den kommunale (med)finansiering.
- **Antal hospicepladser og placering (s. 74f, punkt 8.7)**
Udvidelsen udspringer af politisk krav i forbindelse i Kræftplan 3, og der er en risiko for at efterspørgsel ikke svarer til det kommende antal hospicepladser. Vi må forvente, at de faste kriterier for henvisning til hospice-pladser ikke påvirkes af det øgede udbud. Der må påregnes en øget kommunal udgift til (med)finansiering i det omfang udvidelsen afspejler en efterspørgsel. Dette til trods, er der i Silkeborg-området en interesse for at opnå en øget nærhed til hospicepladser, hvorfor Silkeborg Kommune anbefaler, at pladserne placeres i nærheden af Silkeborg. Det må forventes, at et hospice i nærheden af Silkeborg vil medføre stigende (med)finansieringsudgifter for Silkeborg Kommune.
- **Palliative team (s. 66f, punkt 8.5)**
Silkeborg Kommune har haft et meget godt samarbejde med det palliative team på regionshospitalet i Silkeborg og ønsker at fortsætte dette gode samarbejde med det sammenlagte team i Midt-klyngen, og at samarbejdet videreudvikles i takt med den fortsatte udvidelse af målgruppen for palliation.
- **Udvidelse af det palliative teams tilgængelighed (s. 61, punkt 8.3)**
Det er yderst relevant og nødvendigt for at kunne give et sammenhængende og optimalt tilbud i kommunalt regi. Silkeborg Kommune har samtidig en forventning om, at det ikke har direkte betydning for de kommunale (med)finansieringsudgifter.
- **Kommentarer til de kommunale repræsentanternes anbefalinger (s. 56, punkt 7.2)**
Undersøgelser viser, at mange palliative patienter foretrækker at blive i eget hjem, såfremt der er optimal indsats. Arbejdsgruppens kommunale repræsentanternes anbefalinger til den kommunale indsats vurderes følgelig meget relevante.

Med venlig hilsen

Jens Peter Hegelund, Direktør

Inge Bank, Sundheds- og Omsorgschef

Søren Lihn

Fra: ullahjorthjespersen@horsens.dk

Sendt: 15. maj 2012 13:28

Til: Søren Lihn

Emne: Palliationsplan.

Kære Søren Lihn.

Horsens Kommune har ingen kommentarer til palliationsplan II. Horsens Kommune tilslutter sig den, som den foreligger.

Med venlig hilsen

Ulla Hjorth Jespersen
Projektkoordinator

Telefon direkte: 76293546

Mobil: 30167186

Mail: ullahjorthjespersen@horsens.dk



HORSENS KOMMUNE

**Sundhed og Socialservice
Sundhedsfremme og Forebyggelse**

Rådhusvej 4
8700 Horsens

Søren Lihn

Fra: Hanne Ingemann Sørensen
Sendt: 21. maj 2012 13:41
Til: Søren Lihn
Cc: Lone Düring; Margit Ulmer
Emne: SV: Høring af udkast til Palliationsplan II for Region Midtjylland / bemærkninger fra HEV

Hej Søren

Tak for email + vedhæftede.

Det er korrekt mht. hvad der ej kan ændres! - samt onk's/hev's ordning vedr. læge til AFH.

Med venlig hilsen
Hanne Ingemann Sørensen

Tel. +45 7843 8543
Mob. +45 3017 3828
Hanne.ingemann.soerensen@vest.rm.dk
www.vest.rm.dk
Staben • Strategi & Plan
Hospitalsenheden Vest

Fra: Søren Lihn
Sendt: 21. maj 2012 10:46
Til: Hanne Ingemann Sørensen
Cc: Lone Düring; Margit Ulmer
Emne: SV: Høring af udkast til Palliationsplan II for Region Midtjylland / bemærkninger fra HEV

Hej Hanne

Vedrørende jeres høringssvar:

I har nogle korrektioner til normeringen:

Side 34: I tabel 1 er gengivet status, som den fremgik af Palliationsplan I i 2007 – det kan vi dårligt ændre på i dag.

Side 35: I tabel 2 gengives hvad der var forslaget til udmøntning af Palliationsplan I i 2008 – det kan vi dårligt ændre på i dag.

Side 35: Der er bemærkninger til lægenormeringen. Du har i mail af den 24. februar bekræftet lægenormeringen på 2. HEV har en forpligtelse til at levere hvad der svarer til 1/1 lægestilling til Anker Fjord, derfor er det hvad vi skriver. At HEV så lader nogle af lægeressourcerne udgå fra Onk.afd. er for så vidt sagen uvedkommende. Der er derfor ikke belæg for at ændre i tabel 13 om den fremtidige normering.

Vedr. prisen på døgnvagt: Der henvises til vedlagte mail fra Herdis Hansen.

Håber du er enig i ovenstående.

Med venlig hilsen
Søren Lihn
Specialkonsulent

06-06-2012

Tel. +45 7841 2045

Sundhedsplanlægning • Region Midtjylland
Skottenborg 26 • DK-8800 Viborg



Fra: Hanne Ingemann Sørensen

Sendt: 14. maj 2012 12:12

Til: Søren Lihn

Cc: Kirsten Møller Pedersen

Emne: VS: Høring af udkast til Palliationsplan II for Region Midtjylland / bemærkninger fra HEV

Kære Søren

Hermed følger bemærkninger fra HEV. Fra Palliativt Team / Onkologisk Afdeling. Øvrige afdelingsledelser havde ikke bemærkninger til udkastet.

Er der spm. mv. til vedlagte er du velkommen til at kontakte mig.

På forhånd tak.

Med venlig hilsen
Hanne Ingemann Sørensen

Tel. +45 7843 8543
Mob. +45 3017 3828
Hanne.ingemann.soerensen@vest.rm.dk
www.vest.rm.dk
Staben • Strategi & Plan
Hospitalsenheden Vest

Fra: Søren Bisgaard-Frantzen Petersen

Sendt: 1. maj 2012 14:18

Til: HE Horsens Post (Funktionspostkasse); RH Randers Administrationen; HE Vest Hovedpostkasse (Funktionspostkasse); RH Viborg Post (Funktionspostkasse); AUH Hovedpostkasse (Funktionspostkasse); Anker Fjord Hospice - Info (Funktionspostkasse); info@hospicelimfjord.dk; Lene Dorit Christensen Simonsen; amm@mag3.aarhus.dk

Cc: Anne Marie Mathiesen; Birgitte Bach; Bodil Abild Jespersen; Charlotte Jensen; Conny Overgaard Elmstrøm; Dorte Lander Rasmussen; Hospice Limfjorden (bma@hospicelimfjord.dk); Jan Nielsen; Lone Düring; Marianne Jensen; Søren Lihn; Vibeke Staack; Christian Boel; Margit Ulmer

Emne: Høring af udkast til Palliationsplan II for Region Midtjylland

Til ledelserne af hospitaler og hospicer i Region Midtjylland

Sundhedsplanlægning fremsender hermed udkast til Palliationsplan II i høring. Øvrige høringsparter er kommunerne i Region Midtjylland og PLO.

Bemærkninger til udkastet bedes sendt til soeren.ihn@stab.rm.dk senest den 14. maj 2012 kl. 12.00.

Med venlig hilsen

Søren Bisgaard-Frantzen Petersen
Fuldmægtig

Tel. +45 7841 2037

Hospitalsplanlægning • Region Midtjylland
Skottenborg 26 • DK-8800 Viborg

06-06-2012



Fra Dorte Lander Rasmussen [dortrass@rm.dk]
Til Søren Lihn [Soeren.Lihn@STAB.RM.DK]
CC
BCC
Emne SV: Høringsudkast
Afsendt 10-05-2012 15:33:31
Modtaget 10-05-2012 15:33:32
image001.gif

Kære Søren.

Vi har opdaget en fejl. Side 36 i tabellen under Silkeborg. Vi har haft 640 hjemmebesøg, ikke kun 440. Håber det kan rettes til??

Med venlig hilsen

Dorte Lander Rasmussen

Overlæge

Hospitalsenheden Viborg, Silkeborg, Hammel, Skive

Palliativt Team

Regionshospitalet Silkeborg

Falkevej 1-3 • DK-8600 Silkeborg

Tlf. dir. + 45 87222144 • Telefax + 45 8724 7118

E-mail: dortrass@rm.dk

Fra: Søren Lihn

Sendt: 20. april 2012 14:04

Til: Anne Marie Mathiesen; Birgitte Bach; Bodil Abild Jespersen; Charlotte Jensen; Conny Overgaard Elmstrøm; Dorte Lander Rasmussen; Hospice Limfjorden (bma@hospicelimfjord.dk); Jan Nielsen; Lone Düring; Marianne Jensen; Søren Lihn; Vibeke Staack

Emne: Høringsudkast

Kære Arbejdsgruppe Pal-Plan II

Vedlagt fremsendes som aftalt en ny version af Pal-Plan II, som sendes i høring den 1. maj med svarfrist den 14. maj.

Indholdsfortegnelsen skal lige justeres lidt - og der er også sideskift og lign., der skal tilrettes, og der mangler en forside.

I de første par dage af næste uge kan I fortsat gøre opmærksom på evt. fejl - derefter vil den blive gjort klar til høringsprocessen.

Jeg har modtaget billeder og links til billeder, som vil vi forsøge at sætte ind i den endelige version af rapporten efter høringsprocessen samtidig med, at vi danner en forside. Tak for det.

Udrulningsplanen for udbygning af de palliative team Tabel 18 er justeret lidt efter endnu en gennemgang af mulighederne for at anvise finansiering.

Jan: Vil du give en tilbagemelding på, om der er behov for høring i dit bagland?

Med venlig hilsen

Søren Lihn

Specialkonsulent

Tel. +45 78412045

Sundhedsplanlægning • Region Midtjylland

Skottenborg 26 • DK-8800 Viborg

