

Politisk sundhedsaftale om samarbejde om den palliative indsats i Region Midtjylland

1. Formål med sundhedsaftalen

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.

2. Målsætninger

Samarbejdet om den palliative indsats i Region Midtjylland er baseret på WHO's mål og Sundhedsstyrelsens principper for den palliative indsats.

WHO's mål for den palliative indsats (2002): "At fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelser gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer at både fysisk, psykisk og åndelig art".

Sundhedsstyrelsens principper for den palliative indsats (1999):

- At patientens mulighed for at vælge, hvor han/hun ønsker at tilbringe den sidste tid af sit liv, i videst muligt omfang tilgodeses
- At patienten og pårørende får den nødvendige viden om eksisterende muligheder til at kunne træffe det for dem rigtige valg og, at valget ikke begrænses af den enkeltes økonomiske muligheder
- At den palliative indsats, uanset hvor patienten ønsker at tilbringe sin sidste levetid, er af høj faglig kvalitet

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

3. Indsatsområder

Følgende indsatsområder er prioriteret i sundhedsaftalen, som temagruppen vedr. indlæggelse og udskrivning har til opgave at arbejde med indsatsområderne i aftaleperioden 2011-2014:

3.1. Målgruppen

I denne sundhedsaftale er der fokus på, at alle patienter med fremskrende livstruende sygdom – uanset diagnose – får tilbud om en palliativ indsats, hvis de har behov for dette. Dette begrundes i, at hovedparten af de patienter, som får en palliativ indsats, er kræftpatienter. Patienter med andre livstruende diagnoser har imidlertid også behov for at få tilbudt en palliativ indsats.

3.2. Tidlig opsporing af palliative symptomer og tidlig indsats

Patienter i palliative forløb kan være meget behandlings- og plejekrævende. For at sikre patienterne en så god livskvalitet som muligt, er der i denne sundhedsaftale lagt vægt på, at det sundhedsfaglige personale i kommunerne, på hospitalerne og i almen praksis sikrer tidlig opsporing af behandlingskrævende palliative symptomer, når patienterne har fået tildelt palliativ indsats. Sikring af en så god livskvalitet som muligt er som nævnt i afsnit 2 en væsentlig del af WHO's mål for den palliative indsats.

Tidlig opsporing af palliative symptomer er beskrevet i den sundhedsfaglige del af aftalen, afsnit 2.3.

3.3. Kompetenceudvikling

Selvom der i dag er etableret en bred vifte af palliative uddannelses- og kompetenceudviklingstilbud, er der fortsat behov for at sikre kompetenceudvikling indenfor bestemte faggrupper og palliative områder. Kompetenceudvikling skal være med til at sikre en ensartet høj kvalitet i de tilbud, der gives til patienter med palliative behov i kommunalt og regionalt regi.

4. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget har valgt at arbejde med nedenstående målsætninger i aftaleperioden:

Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Alle patienter med en livstruende sygdom – uanset diagnose - tilbydes en palliativ indsats, når det er relevant	Dette succeskriterium mangler at blive færdiggjort! Hvor mange andre patienter end kræftpatienter får i dag palliativ indsats på specialistniveau? Hvor mange/stor andel skal sættes som succeskriterium?	Dette måles på specialistniveau via udtræk fra Dansk Palliativ Database ved udgangen af 2013	Temagruppen vedr. indlæggelse og udskrivning*
Tidlig opsporing af palliative symptomer	Alle patienter, som har behov for en palliativ indsats, bliver screenet Alle kommuner bruger screeningsredskabet	Der gennemføres en kortlægning, hvori brugen af screeningsredskabet EORTC-QLQ-C15-PAL undersøges på basisniveau i 2013	Temagruppen vedr. indlæggelse og udskrivning*
Der skal være uddannede palliative nøglepersoner i kommunerne (sygeplejersker) og på hospitalerne (sygeplejersker og læger)	Der er ansat mindst 1 palliativ nøgleperson (sygeplejerske) i hver kommune Der er ansat mindst 1 palliativ nøgleperson (sygeplejerske) på hver sengeafdeling på hospitalerne Der er ansat mindst 1 palliativ nøgleperson (læge) på hver sengeafdeling på hospitalerne	Dette undersøges via en kortlægning i 2013	Temagruppen vedr. indlæggelse og udskrivning*

* Temagruppen vedr. indlæggelse og udskrivning er ansvarlig for udarbejdelsen af den generelle sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning samt opfølgning på aftalen. Kommunerne, hospitalerne og praktiserende læger er repræsenteret i temagruppen. Det fremgår af den generelle sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning, at der skal udarbejdes en sundhedsaftale om den palliative indsats. Aftalegruppen vedr. den palliative sundhedsaftale refererer således til temagruppen vedr. indlæggelse og udskrivning. Temagruppen vedr. indlæggelse og udskrivning er ansvarlig for opfølgningen på målsætningerne i denne aftale, men den kan inddrage arbejdsgruppen vedr. den palliative sundhedsaftale i arbejdet med opfølgning på målsætningerne.

Administrativ sundhedsaftale om samarbejde om den palliative indsats i Region Midtjylland

Denne aftale er den administrative udmøntning af den politiske aftale om samarbejdet om den palliative indsats i Region Midtjylland.

1. Målgruppe for aftalen og for indsatsen

WHO definerer den palliative indsats på følgende måde: "Palliativ indsats fremmer livskvaliteten hos patienter og familier, der står over for de problemer, som 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, psykosocial og åndelig art".

De primære aktører i samarbejdet om den palliative indsats er relevante professionelle i kommunerne, på hospitalerne, i palliative teams, på hospice samt praktiserende læger og vagtlæger.

Sundhedsaftalen omfatter patienter i alle aldre med fremskreden livstruende sygdom, som eksempelvis kræft, hjerte- og lungesygdomme, AIDS og neurologiske sygdomme som f.eks. sclerose, ALS og demens, når de har palliative behov, uanset hvor i sygdomsforløbet, patienten befinder sig.

2. Lovgivning

Følgende lovgivninger danner rammen for sundhedsaftalen om samarbejde om den palliative indsats i Region Midtjylland:

- Sundhedsloven
- Serviceloven

Sundhedsaftalen følger den gældende lovgivning, men fraviger dog lovgivningen på to områder:

- Det fremgår af sundhedsaftalen, at der udpeges en kommunal kontaktperson – en hjemmesygeplejerske – når der etableres en palliativ indsats i hjemmet. Dette er ikke et krav i hhv. Sundhedsloven og Serviceloven
- Det fremgår af sundhedsaftalen, at Tryghedskassen anvendes, hvis lægen ordinerer den. Ifølge lovgivningen skal regionen finansiere medicinen i Tryghedskassen, mens kommunerne skal finansiere sygeplejeartiklerne. Det anbefales, at Tryghedskassen defineres som et behandlingsredskab og følgelig finansieres af Region Midtjylland. Derved undgås en del ressourceforbrugende administration

Det er beskrevet i bilag 1 hvilken lovgivning, det er relevant at anvende i forbindelse med den palliative indsats.

3. Ansvars- og opgavefordeling

Den palliative indsats kan gives på basisniveau eller specialistniveau afhængig af patientens samlede sygdomsbillede og helbredstilstand.

Den palliative indsats på basisniveau udøves af praktiserende læge, hjemmesygeplejersken (for patienter i eget hjem) og af hospitalspersonale (for indlagte patienter).

Den palliative indsats på specialistniveau udøves af et palliativt team (for patienter i eget hjem eller indlagte patienter) eller hospicepersonale (for patienter indlagt på hospice).

I afsnit 6.2 i den sundhedsfaglige del af aftalen er stratificeringsredskabet for basisniveauet og specialistniveauet beskrevet nærmere.

Der er aftalt følgende ansvars- og opgavefordeling mellem hospitalerne, kommunerne, de palliative teams, hospice og almen praksis i Region Midtjylland:

3.1. 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 bl.a.:

- At koordinere patientens pleje- og behandlingsforløb mellem primær og sekundær sektor samt holde egen læge orienteret herom
- 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. I bilag 2 er beskrevet hvilke tilbud, kommunerne giver i den forbindelse.

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

3.2. Almen praksis

Den praktiserende læge er i samarbejde med hjemmesygeplejersken ansvarlig for den palliative behandling på basisniveau.

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 forudseende
- At være tilgængelig

3.3. Hospitalernes somatiske sengeafsnit

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

Hospitalet tilbyder palliativ fysioterapi og palliativ ergoterapi til de somatiske patienter, der har behov herfor. I bilag 3 er beskrevet hvilke tilbud, hospitalet giver i den forbindelse.

3.4. Palliative teams

Et palliativt team er en tværfagligt sammensat gruppe (læger, sygeplejersker og mindst to andre faggrupper) med specialviden om palliation. Teamet er tilknyttet hospitalet.

Regionens palliative teams har til opgave:

- At yde palliativ behandling på specialistniveau til patienter i eget hjem og til indlagte patienter uanset diagnose og alder
- 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 øge sundhedspersonalets kompetence og viden indenfor det palliative område

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 teams. Indsatsen kan kombineres med livsforlængende palliativ onkologisk behandling, men mulighederne for kurativ 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 teams på følgende hospitalet i Region Midtjylland:

- Hospitalsenheden Vest
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Silkeborg
- Regionshospitalet Viborg
- Århus Universitetshospital

3.5. Hospice

Hospicer er et særligt tilbud til døende. De er organiseret som selvejende institutioner med egne bestyrelser men 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.

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:

- Anker Fjord Hospice
- Hospice Djursland
- Hospice Limfjord
- Hospice Søholm/Aarhus

4. Indsatsområder

Følgende indsatsområder, som Temagruppen vedr. indlæggelse og udskrivning har til opgave at arbejde med i aftaleperioden 2011-2014, er prioriteret i sundhedsaftalen:

4.1. Tidlig opsporing af behandlingskrævende palliative symptomer

Det fremgår af den politiske del af sundhedsaftalen, at det sundhedsfaglige personale skal sikre en tidlig opsporing og indsats. For at sikre dette anbefales det i denne sundhedsaftale, at symptomscreeningsredskabet "EORTC-QLQ-C15-PAL" (valideret screeningsinstrument (European Organization for Research and Treatment of Cancer)¹) anvendes på hospitalerne, på hospice, i kommunerne og af praktiserende læge/vagtlæge.

4.2. Registrering hos praktiserende læger

De praktiserende læger registrerer ikke, når de har en patient i palliativ behandling. Dette er problematisk, fordi manglende registrering vanskeliggør monitoreringen af det palliative område. Det anbefales derfor i denne sundhedsaftale, at de praktiserende læger anvender det nuværende system til at registrere de patienter, de har i palliativ behandling.

4.3. Planlægningsmøde med deltagelse af praktiserende læge

Det fremgår i sundhedsaftalen, at den praktiserende læge deltager i planlægningsmøde sammen med, patienten, pårørende og kommunen.

Formålet med planlægningsmødet er at aftale en tværfaglig plan for den fælles palliative indsats i hjemmet og dermed sikre sammenhængende og velkoordinerede forløb. Dette kan være med til at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser og reducere brugen af åbne indlæggelser. Indsatsen er med til at give patienterne en så god livskvalitet som muligt i det palliative forløb.

4.4. Kompetenceudvikling

Arbejdsgruppen bag sundhedsaftalen har undersøgt hvilke uddannelsesstilbud, der findes til det sundhedsfaglige personale, som arbejder med patienter i palliative forløb. Undersøgelsen omfatter grunduddannelse og efteruddannelse.

Nedenfor fremgår, hvad kortlægningen af uddannelsesstilbud viser, og hvad der på baggrund af kortlægningen anbefales:

¹ Quality of Life Department, EORTC Headquarters, Brussel.

Læger – basisniveau:

Kortlægningen viser, at der mangler uddannelses tilbud i palliation på grunduddannelsen og speciallægeuddannelserne.

Det anbefales, at der etableres en palliativ nøgleuddannelse for læger, der ikke er ansat i et palliativt team, da dette vil være med til at sikre en bedre palliativ behandling på basisniveauet. Uddannelsen bør udbydes på alle hospitaler i regionen i samarbejde med de palliative teams.

Samtidig anbefales det, at der udbydes efteruddannelses tilbud til de praktiserende læger.

Læger – specialistniveau:

Kortlægningen viser, at der er etableret uddannelses tilbud i palliation til læger på specialistniveau.

Sygeplejersker – basisniveau:

Kortlægningen viser, at der er etableret uddannelsesforløb i palliation på grunduddannelsen og i efteruddannelser.

Det anbefales, at kommunerne og hospitalernes sengeafsnit har ansat uddannede palliative nøglepersoner (sygeplejersker) i et antal, der er rimeligt i forhold til kommunens/sengeafsnittets størrelse. Nøglepersonerne kan eksempelvis uddannes via nøglepersonuddannelsen, som udbydes af Aarhus Universitetshospital, eller via diplomuddannelser. Nøglepersonerne er med til at sikre, at den palliative indsats forbedres og, at der kan gives faglig sparring mellem sektorerne. Dette vil kunne medføre en reduceret anvendelse af åbne indlæggelser og en (senere) inddragelse af det palliative team.

Sygeplejersker – specialistniveau:

Kortlægningen viser, at der er etableret uddannelses tilbud i palliation til sygeplejersker på specialistniveau.

Fysioterapeuter:

Kortlægningen viser, at der er etableret uddannelsesforløb i palliation på grunduddannelsen og i efteruddannelser.

Det anbefales, at de fysioterapeuter i kommunerne og på hospitalerne, som behandler patienter i palliative forløb, har taget grundkursus i palliativ fysioterapi, som udbydes af Region Midtjylland.

Desuden anbefales, at fysioterapeuter i de palliative teams uddannes til at kunne varetage lymfødembehandling af patienter i eget hjem, der får palliativ indsats.

Ergoterapeuter:

Kortlægningen viser, at der er etableret uddannelses tilbud i palliation på grunduddannelsen.

Socialrådgivere:

Kortlægningen viser, at der er etableret efteruddannelsesforløb for socialrådgivere.

SOSU-assistent og SOSU-hjælper:

Kortlægningen viser, at der er etableret uddannelsesforløb i palliation på grunduddannelsen og i efteruddannelser.

Det anbefales, at der i regi af AMU/KUA udvikles et kursusforløb for SOSU-assistent og SOSU-hjælper om identificering af palliative symptomer. Dette vil være med til at sikre, at der sker en tidlig opsporing og indsats i forhold til patienter i eget hjem.

I bilag 4 fremgår det, hvilke uddannelsesstilbud, der findes til læger, sygeplejersker, SOSU-hjælpere, SOSU-assistenten, fysioterapeuter, ergoterapeuter og socialrådgivere.

4.5. Kommunal kontaktperson

Det fremgår af sundhedsaftalen, at en hjemmesygeplejerske skal udpeges som kommunal kontaktperson for patienter, der behandles i eget hjem. Dette er ikke et lovkrav, men indsatsen vil være med til at sikre velkoordinerede og sammenhængende forløb i eget hjem

4.6. Tryghedskassen

Anvendelsen af Tryghedskassen skal gøres nem tilgængelig, hvis den ordineres af lægen. Dette sker ved, at Region Midtjylland som nævnt i afsnit 2 finansierer Tryghedskassen og, at den fortsat fremstilles på Skanderborg Apotek².

5. Inddragelse af frivillige foreninger

Arbejdsgruppen bag sundhedsaftalen har undersøgt, hvordan udvalgte frivillige foreninger³ og hospitalerne, kommunerne og hospicerne i Region Midtjylland samarbejder. Undersøgelsen er gennemført ved at sende spørgeskemaer til de pågældende aktører.

Undersøgelsen viser overordnet set følgende:

- Hovedparten af kommunerne samarbejder med mindst en frivillig forening. De frivillige foreninger, kommunerne oftest samarbejder med, er Kræftens Bekæmpelse, Dansk Røde Kors og Ældre Sagen. Samarbejdet vedrører primært aflastning i hjemmet af pårørende og støtte- og netværksgrupper
- Alle hospitaler i Region Midtjylland samarbejder med mindst en frivillig forening. Det Palliative Team på hvert hospital har etableret et konkret samarbejde med de frivillige foreninger. Derudover samarbejder enkelte medicinske, kirurgiske, hjertemedicinske, neurologiske, onkologiske og urinvejskirurgiske afdelinger med en eller flere frivillige foreninger. De frivillige foreninger, hospitalerne oftest samarbejder med, er Kræftens Bekæmpelse og Dansk Røde Kors. Samarbejdet vedrører primært aflastning i hjemmet af pårørende, støtte- og netværksgrupper samt henvisning til gratis psykologbistand i foreningen.
- Hospice Limfjorden og Hospice Søholm/Aarhus samarbejder med to frivillige foreninger. Hospice Limfjorden samarbejder med Kræftens Bekæmpelse og Dansk Røde Kors. Hospice Søholm samarbejder med Kræftens Bekæmpelse og Ældre Sagen. Samarbejdet vedrører primært aflastning af pårørende i hjemmet og støtte- og netværksgrupper. Derudover har de fire hospicer i regionen tilknyttet frivillige i eget regi.

I bilag 5 vises opsummering af besvarelserne fra hhv. foreningerne, hospitalerne, kommunerne og hospicerne.

6. Vurdering af ressourceforbrug ved de foreslåede indsatser

Sundhedsaftalen medfører på enkelte områder et behov for en omlægning af ressourceforbruget eller et øget ressourceforbrug for kommunerne og regionen:

² Skanderborg Apotek er det eneste apotek i landet, som fremstiller Tryghedskasserne.

³ De udvalgte foreninger er Alzheimerforeningen, Folkekirkens Samvirke, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Dansk Røde Kors, Scleroseforeningen og Ældre Sagen.

6.1. Uddannelse af palliative nøglepersoner i kommunerne og på hospitalerne

Pris for deltagelse i kurset:

Kr. 6.191 for ansatte i Region Midtjylland (resten af beløbet dækkes af en central pulje i Region Midtjylland).

Kr. 13.404 for andre (ansatte i kommuner, privathospitaler mm.).

I bilag 6 fremgår, hvor mange uddannede nøglepersoner, der ultimo 2011 er ansat i kommunerne og på hospitalerne.

6.2. Tryghedskasse

Tryghedskassen koster kr. 537,15 pr. stk. I første halvdel af 2011 er der ordineret ca. 250 Tryghedskasser i regionen. Dette svarer årligt til ca. kr. 270.000.

7. Organisering af samarbejdet

Samarbejdet mellem sektorerne om den palliative indsats organiseres via nøglepersoner og netværksmøder.

7.1. Palliative nøglepersoner på basisniveauet

Der er og skal fortsat uddannes palliative nøglepersoner (sygeplejersker) på hospitalerne (sengeafsnittene) og i kommunerne med det formål at styrke den palliative indsats internt i sektorerne og tværsektorielt.

Nøglepersonerne skal

- Være i stand til at sikre bedst mulig livskvalitet for den uhelbredeligt syge og dennes familie i sygdomsforløbet og i sorgarbejdet
- Kunne påtage sig og fungere som rollemodel og ressourceperson i forhold til undervisning og vejledning af andre kollegaer
- Kunne vurdere behov for inddragelse af ekspertviden fra Det Palliative Team og hospice
- Kunne indgå i et tværfagligt samarbejde med praktiserende læger, psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere og præster i lokalområdet
- Kunne analysere og vurdere etiske dilemmaer i den palliative indsats og de sorgreaktioner, der forekommer hos patient og pårørende
- Erhverve forudsætninger for at holde deres viden ajour, blandt andet ved at deltage i netværksgrupper, temadage, relevante kurser, kongresser samt efter- og videreuddannelser

Det fremgår af bilag 6, hvor mange nøglepersoner, der er ansat på hospitalerne og i kommunerne ultimo 2011.

7.2. Netværksmøder

Der afholdes 2 netværksmøder årligt i hver klynge med følgende deltagerkreds: Nøglepersoner/koordinatorer fra kommunerne, hospitalerne og hospicerne samt praksiskonsulenterne.

Målet med netværksmøderne er, at nøglepersonerne kan medvirke til fortsat udvikling af den palliative indsats i Region Midtjylland for at forbedre terminal og palliativ pleje, behandling og omsorg for det alvorligt syge og døende menneske og de pårørende.

Konkret skal det via netværksmøderne sikres, at

- Samarbejdet inden for det terminale og palliative område øges
- Samarbejdet mellem hospitalerne og kommunerne – specielt i forhold til rådgivning og ekspertbistand vedr. patienter i eget hjem – øges

- Viden og vidensdeling indenfor området opgraderes
- Der er et forum og et netværk, som kan støtte og vejlede indenfor fagområdet

Indhold i netværksmøderne: Om formiddagen mødes nøglepersoner fra hospitalet, kommunerne og hospice for at give hinanden faglig sparring. Om eftermiddagen drøftes et fagligt emne – praksiskonsulenten inviteres til at deltage i denne del af netværksmødet.

Ansvarlige for planlægning af netværksmøderne: Hver klynge nedsætter en styregruppe, der arrangerer netværksmøderne.

Mødested: Det lokale hospital

Finansiering: Hospitalet finansierer forplejning

Klyngerne består af følgende samarbejdsparter:

- Aarhus Universitetshospital, Aarhus Kommune, Samsø Kommune og praksis
- Hospitalsenheden Vest, Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune, Struer Kommune og praksis
- Regionshospitalet Horsens, Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune, Skanderborg Kommune og praksis
- Regionshospitalet Randers, Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune, Randers Kommune, Syddjurs Kommune og praksis
- Regionshospitalet Viborg-Silkeborg, Silkeborg Kommune, Skive Kommune, Viborg Kommune og praksis

8. Plan for implementering

Sundhedsaftalen implementeres på forskellig vis:

Sundhedsaftalen lægges i e-doc, hvorved den bliver tilgængelig for medarbejderne på hospitalerne.

Der udarbejdes en "paperback-lignende" lommehåndbog for den sundhedsfaglige del af aftalen. Det skal aftales, hvordan den kommunale version af lommehåndbogen skal se ud.

Sundhedsaftalen lægges på www.praksis.dk således, at den bliver tilgængelig for de praktiserende læger.

Medlemmerne af arbejdsgruppen bag sundhedsaftalen præsenterer sundhedsaftalen på klyngestyregruppemøder i regionen.

Derudover afholdes en temaeftermiddag i december med præsentation af sundhedsaftalen om palliativ indsats.

Deltagerkreds:

- Kommunale palliative nøglepersoner/hjemmesygeplejersker og deres ledere på området
- Palliativ nøgleperson/hospitalssygeplejerske og leder fra de medicinske og kirurgiske sengeafsnit samt andre relevante sengeafsnit
- Praksiskonsulenter på det onkologiske område samt andre relevante praksiskonsulenter

9. Plan for evaluering

Ifølge Den Danske Kvalitetsmodel skal forløbsprogrammer revideres hvert tredje år. Sundhedsaftalen evalueres og revideres primo 2015 i forbindelse med, at der skal udarbejdes nye sundhedsaftaler. Temagruppen vedr. indlæggelse og udskrivning er ansvarlig for revideringen.

Sundhedsstyrelsen er ved at udarbejde kliniske retningslinjer for den palliative indsats. Hvis de kliniske retningslinjer giver anledning til, at sundhedsaftalen skal revideres før 2015, vil sundhedsaftalen blive revideret, når de kliniske retningslinjer offentliggøres.