

Regionsrådet

## **Uddybende redegørelse om ét af fem kriterier i visitationsretningslinjerne til hospice**



Dato 21.09.10

Søren Lihn

Tel. +45 87284437

soeren.lihn@stab.rm.dk

Side 1

### **Baggrund**

Forretningsudvalget blev den 14. september 2009 orienteret om de fælles visitationsretningslinjer, som Administrationen på Regionsrådets foranledning har udarbejdet. Visitationsretningslinjerne skal sikre, at hospicerne visiterer de patienter, som i henhold til driftsoverenskomsten med regionen udgør hospicernes målgruppe.

På samme møde blev Forretningsudvalget forelagt Redegørelse af den 21. juli 2010 om visitationspraksis til hospice i 2009 og 1. halvdel af 2010.

Visitationsretningslinjerne indeholder fem visitationskriterier, der *alle* skal være opfyldt for, at den henviste patient kan optages på hospice:

- 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.

Under Forretningsudvalgets drøftelse blev der efterlyst uddybende redegørelse for betydningen af det tredje visitationskriterium, efter hvilken den henviste skal have *komplekse problemstillinger af fysisk, psykosocial eller eksistentiel karakter*.

Alle mennesker i den døende fase kan have problemstillinger af fysisk, psykosocial eller eksistentiel karakter. Det er almenmenneskeligt og en naturlig del af den sidste del af livet. Men

for nogle er dødsprocessen forbundet med større fysisk, psykisk, social eller eksistentiel kompleksitet.

Nogle sygdomsforløb udløser en lang og fysisk smertefuld dødsproces, mens andre dør med ingen, lille eller kun kortvarig fysisk smerte.

De psykosociale omstændigheder kan være meget forskellige, nogle vil uden bistand fra det offentlige dø i social isolation, og det kan være helt individuelt, i hvilket omfang eksistentielle spørgsmål bliver påtrængende i den sidste del af livet.

Patientens alder kan have indflydelse på kompleksiteten. Et gammelt menneske kan dø "mæt af dage" og uden et dramatisk sygeforløb og med de pårørendes accept af, at livet har en naturlig afslutning. Kommunen skal stille den nødvendige plejebistand til rådighed i hjemmet eller på plejehjem. En patient i denne situation vil derfor ikke kunne forvente optagelse på hospice.

Situationen er en anden for f.eks. den yngre uhelbredeligt kræftsyge og smerteplagede mor med mindreårige børn, eller for patienten, der befinder sig "midt i livet", men som pludselig må erkende, at en dødelig sygdom med et kompliceret forløb sætter en snarlig stopper for drømmene og visionerne for resten af livet.

Uhelbredeligt syge og døende kræftpatienter udgør langt den største del af hospicernes patienter. Netop denne patientgruppe kan inden opholdet på hospice have været igennem et langt sygdomsforløb og et efterfølgende terminalt forløb i eget hjem med indsats fra den kommunale hjemmepleje, egen læge og efter behov også med regional bistand fra de palliative team udgående fra fem hospitaler i regionen.

På et tidspunkt kan sygdomsbilledet blive så alvorligt og patientens tilstand være præget af så mange smerter og andre fysiske eller mentale virkninger af kræftsygdommen, at ophold i eget hjem ikke længere er hverken værdigt eller muligt. Samtidig kan de pårørendes fysiske og psykiske kræfter være opbrugte efter måske et sygdomsforløb af flere års varighed.

Disse eksempler på patientgrupper vil kunne forvente optagelse på hospice.

Det er regionernes opgave at varetage de specialiserede sundhedstilbud til borgerne, mens kommuner og praktiserende læger varetager de mere basale sundhedstilbud. Hospice udgør en del af regionernes specialiserede sundhedstilbud, hvorfor arbejdsdelingen på dette område ikke afviger fra den øvrige del af sundhedsvæsenet. Regionernes palliative team og hospicer skal derfor tage sig af de døende mennesker, der har størst behov for den brede tværfaglige lindring af svære fysiske, psykosociale eller eksistentielle problemer.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i svar af den 16. september 2009 til Region Midtjylland påpeget, at hospice er en regional opgave og er at betragte på linje med andre specialiserede afdelinger på et sygehus, og at en kommune derfor ikke kan drive et hospice.

Visitationskriteriet om, at hospice skal modtage patienter med komplekse problemstillinger af fysisk, psykosocial eller eksistentiel karakter er således væsentligt for at opretholde denne lovbestemte arbejdsdeling mellem den basale palliative indsats i kommunerne og den

specialiserede palliative indsats i regionerne. I visitationsøjeblikket er det hospicechefens og hospicelægens ansvar at tilbyde de patienter plads, som har de sværeste problemstillinger og dermed har behov for hospicernes samlede tværfaglige ekspertise og som samtidig er i en tilstand, hvor de kan drage fordel af denne.

X:\Koncern\SUN\SunPlanlaeg\\_Faelles\Hospitalsplanlægning\SL\Hospice Generelt 2010\Redegorelse om visitationsretningslinjer.dot