

Plan for den palliative indsats i Region Midtjylland

Med palliativ indsats menes lindrende behandling og pleje af svært syge og døende patienter, hvor helbredelse ikke er mulig.

Den palliative indsats varetages af både primær- og sekundær sektoren. Regionen har ansvaret for den højt specialiserede palliative indsats.

Regionens palliative indsats er dels et tilbud til den enkelte patient, hvor der kan tilbydes hjælp af både fysisk, psykisk og åndelig karakter, dels et tilbud om undervisning og supervision af primærsektorens indsats på området.

Den palliative indsats er ikke organiseret inden for rammerne af et traditionelt lægevidenskabeligt speciale, men varetages af et tværfagligt personale.

Denne plan omhandler Region Midtjyllands palliative indsats. Den beskriver den aktuelle indsats, de aktuelle udfordringer og indeholder forslag til udviklingen af denne.

Repræsentanter fra de palliative team og hospicerne i regionen har - på linje med gennemgangen af de lægelige specialer - udredt det palliative område. Udredningen indgår i grundlaget for dette forslag til palliativ plan.

Status

I de senere år er der kommet langt mere fokus på behandling og pleje af svært syge og døende patienter (palliativ indsats), et område der tidligere har været underprioriteret i det danske sundhedsvæsen. Man har i stigende grad erkendt vigtigheden af denne indsats som et led i et velfungerende og sammenhængende sundhedssystem.

Samtidig er sket en stor udvikling indenfor de medicinske behandlingsmuligheder med henblik på symptom lindring, og der er udviklet bedre psykologiske og sociale indsatser. Den palliative indsats i Danmark har således været et udviklingsområde de sidste 5 - 10 år og er fortsat et udviklingsområde.

Fra Sundhedsstyrelsen, amt og kommuner samt faglige selskaber er der i denne 10-års periode kommet flere vejledninger og retningslinier på området, f.eks.:

1996 Sundhedsstyrelsen, *"Omsorg for alvorligt syge og døende – om hospiceprogrammer og andre initiativer indenfor den palliative indsats."* Redegørelsen omfatter en beskrivelse af den palliative indsats i Danmark til brug for amternes og kommunernes sundhedsplanlægning.

1999 Sundhedsstyrelsen, *"Faglige retningslinier for den palliative indsats"* Dette er et supplement til ovenstående, hvor man har bestræbt at beskrive den aktuelle viden og erfaring inden for en række områder og derud fra angive vejledende faglige retningslinier og anbefalinger.

2001 Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet og Kommunernes Landsforening *"Hjælp til at leve til man dør"* – hvor man blandt andet understreger betydningen af, at der er valgmuligheder for den døende i den sidste tid, i forhold til hvor man ønsker at opholde sig.

2004 Dansk Selskab for Almen Medicin udgiver en klinisk vejledning for palliation i primærsektoren for praktiserende læger og hjemmesygeplejersker. Formålet er at forbedre behandling og støtte til svært syge og døende patienter i hjemmet.

2005 Sundhedsstyrelsen definerer personalesammensætningen i et palliativt team.

2005 Sundhedsstyrelsen, *"Kræftplan 2"*. Her fremlægges der forskellige problemstillinger og anbefalinger i forhold til den palliative indsats. Blandt andet tilrådes det at speciallægers, sygeplejerskes og andre sundhedsfaglige gruppers uddannelse i palliativ indsats støttes.

I disse publikationer fremhæves, at hvis indsatsen over for svært syge og døende mennesker skal fungerer efter hensigten, er der behov for:

- en beredvillighed til at løse opgaven i primær og sekundær sektor
- et højt vidensniveau i primær og sekundær sektor
- et velorganiseret samarbejde mellem de involverede instanser, det vil primært sige egen læge, hjemmeplejen, de palliative team, hospicer og de sengeafdelinger på sygehusene, der skal modtage patienterne ved behov for indlæggelse
- et velfungerende tværfagligt ekspertteam, der kan servicere såvel borgeren som de professionelle i primær og sekundær sektoren.

Den regionale palliative indsats udgår fra de palliative team ved hospitalerne og fra de fire hospicer beliggende i Region Midtjylland, men den palliative indsats gør ofte på tværs af sektorgrænserne. Den palliative patient er således ofte fælles patient mellem hospitaler/palliative team, praktiserende læger og den kommunale hjemmepleje og evt. hospice, da patienten snart er indlagt, snart hjemme for evt. at afslutte forløbet på hospice.

Der har i flere af de tidligere amter været indgået aftaler om ansvars- og opgavefordelingen for den palliative indsats.

Palliative team

Sundhedsstyrelsen har defineret et palliativt team som et team af eksperter sammensat af følgende faggrupper: Læger, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter, præster og socialrådgiver.

Opgaven for de palliative team er:

- at varetage koordineringen af den palliative indsats mellem de forskellige instanser

- at rådgive såvel primærsektoren som sekundærsektoren om behandlingen af almene palliative patienter
- i samarbejde med primærsektoren og sekundærsektoren at tage sig af behandlingen af patienter med komplicerede palliative problemstillinger og forløb
- at undervise og videreformidle viden om palliativ indsats
- at medvirke til udviklingen af den fremtidige palliative indsats, blandt andet gennem en forskningsindsats.

Der er på nuværende tidspunkt gennemført en vis udbygning af det palliative område i Danmark. Denne udbygning er indtil nu sket uens over landet. Denne forskellighed præger også de tilbud, der i dag gives borgerne i forskellige dele af Region Midtjylland.

Organisering af palliative team i Region Midtjylland

Der er i dag palliative team ved Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

I forhold til personalesammensætning er alle team ikke fuldt udbyggede i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

I tabel 1 og tabel 2 vises en skematisk oversigt over de nuværende palliative enheder bestående af palliative senge og palliative team samt aktiviteterne ved disse i 2006.

Tab. 1 Palliative enheder i Region Midtjylland

	Herning	Randers	Silkeborg	Skive/Viborg	Århus
Egne senge	3	-	-	1	3
Bemanding					
- læger	2	0,5	0,6	2	2
- sygeplejersker	3	2,7	2,8		4,5
- psykolog	0	0,6	0,55		0,55
- socialrådgiver	0	0,5	*		
- fysioterapeut	0	1	0,5		1
- præst	0	*	*		0,25
-sekretær	0,9	0,5	0,55		1,5

* er tilknyttet teamet, men ansat på sygehuset

Tab. 2 Aktiviteter ved de palliative team i Region Midtjylland - 2006

	Herning	Randers	Silkeborg	Viborg	Århus	Total
Antal henviste	288	240	187	169	296	1180
- hjemmebesøg	225	76	329		980	
- tilsyn på sygehus ²	1851	1018	738		262	
- telefonkontakt	1871	1527	725		1714	
- ambulante kont ¹ .	172	254	52			
Døde	151	163	119		226	
- på sygehus	56	63	⁴		71	
- i hjemmet	62	72	⁴		83	
- andre steder	30	28	⁴		72 ³	
Opfølgende samt.		136			73	

¹ I blandt andet Randers anvendes ambulant kontakt hyppigt som erstatning for et hjemmebesøg, idet lægenormeringen ikke muliggør besøg i patientens eget hjem

² Da man ikke disponerer over egne senge, er man i Herning (til den 1. juli 2007), Randers og Silkeborg afhængig af at kunne indlægge patienterne på andre afdelinger og derefter gå tilsyn på patienterne der.

³ Deraf døde de 34 personer på Hospice Søholm og de 20 på Skovbakkehjemmet i Odder.

⁴ Der er ikke foretaget registrering af dødssted.

En stor del af de patienter, der får bistand fra de palliative team, er ramt af en kræftsygdom, men også patienter med andre uhelbredelige sygdomme kan have behov for den tværfaglige palliative bistand. I tabel 3 vises antallet af kræfttilfælde i forhold til befolkningen, antal kræftdødsfald i forhold til antal kræfttilfælde, samt hvor stor en del af de kræftdøde, der har været i kontakt med et palliativt team.

Tab. 3 Befolkningsunderlag og samlet forbrug af ydelser, Region Midtjylland

Befolkning	1.230.736
Antal kræfttilfælde*	6338
Kræfttilfælde, ex hud*	5365
Antal kræftdødsfald*	3183
i % af alle tilfælde	60 %
Henvist til palliativt team**	1180
i % af kræftdøde i regionen	37 %

* Tal fra 2001, som er de senest tilgængelige tal.

** Antallet af henvisninger til Palliative Team er opgjort som alle henvisninger modtaget i 2006, der vil være en lille gruppe, med andre diagnoser end cancer (under 5 %).

Det fremgår af tabel 3, at de palliative team i 2006 tilsammen vurderede og behandlede 1180 patienter.

I Region Midtjylland svarer det til at ca. 35 % af de kræftpatienter, som dør af deres sygdom, henvises til behandling eller vurdering i et palliativt team.

Fordelingen af ydelser er meget varierende. Dette afspejler det enkelte teams organisering og forskellige personaleressourcer, f.eks.:

- disponerer teamet i Århus over 3 senge på onkologisk afdeling, hvor behandlingen varetages af lægerne ved det palliative team, hvilke betyder et mindre antal tilsyn på indlagte patienter på andre afdelinger.
- er lægebemandingen i Randers af et omfang, der gør muligheden for at tilse patienten i eget hjem begrænset.
- modtog Hospice Søholm 127 patienter i 2006. Ankerfjord Hospice åbnede de første 6 pladser den 14. august 2006, og har nu 12 pladser i drift. I 2006 blev 22 patienter modtaget på Ankerfjord Hospice.

Hospice

I løbet af 2007 vil der være i alt 4 hospicer i drift i Region Midtjylland med i alt 48 pladser.

Tab. 4 Oversigt over hospicerne i Region Midtjylland

Hospice	Antal pladser	I drift fra
Hospice Søholm	9 + 2 kommunale rekreationspladser	1998
Anker Fjord Hospice	12	Medio 2006
Hospice Limfjord	12	Medio 2007
Hospice Djursland	15	Ultimo 2007

Region Midtjylland er i henhold til Bekendtgørelse nr. 846 af den 26. juli 2006 forpligtet til at indgå aftaler om driften af 40 hospicepladser på selvejende institutioner. Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjord og Hospice Djursland er alle selvejende institutioner. Region Midtjylland har dermed driftsoverenskomst med selvejende institutioner om driften af 39 pladser og råder derudover over 9 pladser på det kommunalt ejede og drevne Hospice Søholm.

Der er på foranledning af Århus Kommune drøftelser i gang om, at Region Midtjylland fra 2008 overtager driften af Hospice Søholm.

Der er forskelle på de fire hospicers økonomiske og andre betingelser, jævnfør at de er startet op af tre tidligere amter og en kommune. Region Midtjylland vil fra 2008 vurdere behov og mulighed for en vis harmonisering.

Tab. 5 Aktiviteter for hospicer Region Midtjylland – 2006

	Ankerfjord	Limfjord**	Djursland***	Søholm
Pladser	12	12	15	11
Henviste	37*	-	-	438
Indlagte	22			137
Gennemsnitlig liggetid	28,6			26,8

* Åbnede august 2006

** Åbnede juni 2007

*** Åbner november 2007

Hospicerne af omfattes af frit-valgsreglerne, hvorfor borgere fra Region Midtjylland undertiden tager ophold på hospice uden for regionen, og borgere bosat uden for regionen tager ophold på et hospice her i regionen. Borgere fra Region Midtjylland tager f.eks. ophold på Sct. Maria Hospice i Vejle og Kamillianergården i Ålborg. Det forventes, at udbygningen af hospicepladser i Region Midtjylland vil bidrage til, at flere borgere fra Regionen tager ophold på et hospice beliggende i regionen.

Personale ved den palliative indsats

Personalet ved hospicer og palliative team er tværfagligt sammensat.

Lægerne rekrutteres fra forskellige specialer. Aktuelt er der 7 fuldtidsansatte og 3 deltidstilknyttede læger. Af disse har de 6 gennemgået den Nordiske Diplomuddannelse i palliativ medicin (Nordic Specialist Course in Palliative Medicine).

For sygeplejerskerne gælder, at der er tale om personale med bred klinisk erfaring der ansættes i stillingerne, og for hovedparten gælder at de har en supplerende uddannelse og en række kurser i palliativ indsats bag sig. Der findes ikke en samlet specialistuddannelse indenfor palliativ indsats for sygeplejersker. Flere CVU'er tilbyder et 7 ugers modul i palliation som led i en diplomuddannelse.

De ansatte fysioterapeuter, socialrådgivere, præster og psykologer er typisk personer med en bred faglig uddannelse og erfaring bag sig. På landsplan arbejdes der i øjeblikket på at etablere et uddannelsesstilbud på master niveau i palliativ indsats for disse faggrupper.

Behandlingen

Kræftpatienter

Behandlingen foregår som en tværfaglig indsats med henblik på at opnå en maksimal symptomlindring og den størst mulige livskvalitet for patienten.

Indsatsen omfatter både behandling og omsorg under indlæggelse og i eget hjem, og et af målene er at sikre patienten mulighed for at opholde sig mest muligt i eget hjem, hvor hovedparten af patienterne helst vil være.

Det kræver en indsats overfor patienten, men også støtte og omsorg til de pårørende, som dels vil være påvirkede af situationen, dels ofte varetager en betydelig plejemæssig indsats for at muliggøre at patienten kan være i eget hjem.

Endelig er der en indsats af rehabiliteringskarakter overfor de efterlevende med henblik på at hjælpe dem videre efter dødsfaldet.

Den lindrende medicinske behandling består primært i lindring af symptomer som smerter, kvalme og åndenød. Ofte med behandlinger der kan administreres i hjemmet. Dertil kommer behandlinger med stråleterapi, bisfosfonater (behandling af komplikationer til knoglemetastaser) og lignende der kan kræver kortvarig indlæggelse på sygehus.

Andre patienter

Det er ikke kun kræftpatienter der i den sidste fase af livet kan være belastet af mange og svære symptomer, tilsvarende kan ses ved patienter med kronisk obstruktiv lungeinsufficiens (KOL), hjertheinsufficiens, dissemineret sclerose og andre neurologiske sygdomme.

Udfordringer

Demografi

Antallet af kræftpatienter forventes at stige yderligere i de kommende år, blandt andet som en følge af den stigende gruppe ældre.

Selv om der løbende sker betydelige forbedringer af kræftbehandlingen, har det samlede antal kræftrelaterede dødsfald ikke ændret sig væsentligt de senere år som følge af den stadigt stigende kræfthyppighed. Et lignende forhold vil givet gøre sig gældende de kommende år.

Forventet medicinsk og faglig udvikling inden for 3-5 år

I takt med at de onkologiske behandlingsmuligheder øges vil stadig flere kræftpatienter modtage aktiv behandling af deres sygdom i længere tid. Der vil derfor komme en større og større gruppe patienter, der vil have behov for et parallelt forløb på en onkologisk og en palliativ enhed.

Ligeledes vil man i takt med den længere overlevelse med metastaserende kræftsygdom se mere komplekse problemstillinger, for eksempel flere patienter med hjernemetastaser. En patientgruppe der stiller store krav til den palliative indsats.

Da behandlingen af selve kræftsygdommen vil få denne sygdom til at antage et mere kronisk forløb, vil der komme stadig større fokus på området i de kommende år i takt med, at mulighederne for symptomlindring forbedres. Samtidig vil der være et behov for kvalificering af den generelle støtte og omsorg for den døende patient og dennes familie.

I de kommende år forventes en stigende indsats overfor terminale patienter med andre sygdomme end kræft. En indsats, der skal finde sted i samarbejde med de relevante medicinske afdelinger og egen læge og den kommunale hjemmepleje.

Der forventes at komme nye lægemidler, der kan bruges i den symptomlindrende behandling.

Forskning og udvikling

Der er i dag mangel på evidensbaserede (vidensbaserede) behandlinger, og en del af de behandlinger, der i dag gives, hviler på et spinkelt videnskabeligt grundlag. Der er derfor behov for at få etableret evidensbaserede nationale retningslinier for den palliative indsats. Det vil kræve en øget klinisk forskning og udvikling.

Dertil kommer forskning og udviklingsprojekter til vurdering af, hvordan den palliative indsats optimeres på det organisatoriske niveau med henblik på opgavefordeling, samarbejdsstrukturer og intern kommunikation i sundhedsvæsenet.

På nationalt plan er der iværksat planer om etablering af en fælles klinisk database, og i forbindelse med udmøntningen af RIKK-midlerne (pulje til styrkelse af infrastrukturen i kræftforskningen) blev der afsat penge til etablering af en sådan database, men der blev ikke bevilliget midler til de øvrige enheders arbejde med dataindsamling m.m.

Personale

Med den generelle mangel på personale i sundhedsvæsenet vil den største udfordring på området blive at tiltrække nye medarbejdere og at fastholde de allerede ansatte. Arbejdet med svært syge og døende er

psykisk krævende, hvorfor det er væsentligt at skabe gode rammer om arbejdet for at fastholde medarbejderne. Det drejer sig blandt andet om supervision og gode muligheder for faglig udvikling.

Planlægningsmæssige udfordringer

Strukturreform

Strukturreformen med regionsdannelse, dannelse af nye kommuner og en forestående hospitalsplan stiller krav til udvikling af nye samarbejdsrelationer mellem de palliative team og primærsektoren bestående af bl.a. praktiserende læge, kommunal hjemmepleje, plejehjem og mellem de palliative team og hospitalsafdelinger. Der er behov for at opmærksomhed på området i forbindelse med revision af sundhedsaftalerne mellem kommuner og region, og på baggrund af erfaringer fra det tidligere Vejle Amt kan der evt. være grund til at vurdere potentialet i at inddrage de privatpraktiserende fysioterapeuter i den palliative indsats over for patienter i eget hjem.

Varetagelsen af den palliative indsats i den sydlige del af Region Midtjylland (den nordlige del af det tidligere Vejle Amt) forestås ind til videre af Det Palliative Team ved Vejle Sygehus (Region Syddanmark). Der forventes ligeledes at være et betydeligt forbrug af pladser på Sct. Maria Hospice i Vejle, især af borgere i denne sydlige del af regionen.

Samarbejdet internt i det regionale sundhedsvæsen

I udredningen af området peges der på, at der er behov for

- at patienter, som befinder sig i et palliativt forløb, har en stamafdeling og aftaler om "åbne indlæggelser"
- udvikling af en hurtigere intern kommunikation mellem de palliative team, hospicerne og de ofte flere parallelle behandlende afdelinger
- udvikling af samarbejdet mellem de palliative team og de fire hospicer med henblik på en optimal udnyttelse af hospicepladserne
- en analyse af behov og efterspørgsel i forhold til de palliative tilbud i de forskellige geografiske områder i regionen, jævnfør den store variation i befolkningstætheden, med henblik på et opdateret plangrundlag for fremtidige beslutninger om f.eks. udbygning af hospicekapaciteten
- implementering af forventede nationale kliniske retningslinjer for den palliative indsats.

Historisk betingede forskelle i serviceniveau

Det palliative område er under opbygning. Styrkelsen af det palliative område i det nuværende Region Midtjylland blev tidligst påbegyndt primært i Århus-området og i den sydlige del af regionen (den nordlige del af det tidligere Vejle Amt).

Udbygningen af de palliative team i Randers, Silkeborg, Viborg og Herning har derfor endnu ikke bragt disse op på samme niveau som Det palliative Team ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Alene teamet ved AUH-Århus Sygehus lever op til Sundhedsstyrelsens krav om tværfaglighed.

Forskning, udvikling og uddannelse

Opbygningen af en regional udviklings- og kompetenceenhed er påbegyndt i forbindelse med Det Palliative Team ved AUH-Århus Sygehus.

Enheden har udover forskning og udvikling også ansvar for at udbyde kurser i palliation for de øvrige grupper i primær- og sekundærsektoren, der er involveret i arbejdet med uhelbredeligt syge og døende patienter, f.eks. fysioterapeuter, psykologer, hospitalspræster, socialrådgivere og sekretærer. Enheden er etableret af det daværende Århus Amt, og der er således behov for at tage stilling til udviklingen af denne til en regional dækkende enhed.

Lægedækning på hospice uden for almindelig arbejdstid.

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med ydelse af driftstilskud til etablering og drift af Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjord og Hospice Djursland stillet krav om, at der efter en etableringsfase etableres døgndækkende palliativ lægebetjening.

Det forventes, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den igangværende speciale gennemgang præciserer kravene til lægebetjeningen af hospicerne.

Forslag til handleplan

I. Udbygning af de palliative team

Forberedelsesudvalget for Region Midtjylland tog i efteråret 2006 til efterretning, at Sundhedsstaben indsendte ansøgning til Indenrigs- og Sundhedsministeriets såkaldte Hospicepulje 2006.

Ansøgningen havde til formål at skaffe midler til en udbygning af de palliative team, så der ved seks enheder (Århus, Randers, Viborg, Herning, Silkeborg og Horsens) mod nu fem kan etableres team i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav til tværfaglig sammensætning.

Ansøgningen havde endvidere til formål at skaffe midler til en styrkelse af et regional udviklingscenter på det palliative område med udgangspunkt i udviklingsenheden ved Det Palliative Team ved AUH-Århus Sygehus.

Ansøgningen på i alt 11,8 mio. kr. for årene 2007 og 2008 blev desværre ikke imødekommet.

Administrationen foreslår, at der sker en udbygning af de palliative team, således at team ved seks enheder kan bemandes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav til faglig sammensætning. Det vil medføre årlige driftsudgifter på ca. 5 mio. kr.

II. Udvikling af en regional udviklings- og kompetenceenhed

Administrationen foreslår, at der gives mulighed for at udvikle en regional dækkende udviklings- og kompetenceenhed på det palliative område med udgangspunkt i udviklingsenheden ved Det Palliative Team på AUH-Århus Sygehus. Enheden skal opsamle viden og erfaring og udvikle og gennemføre en regional uddannelsesplan indenfor det palliative område.

Enheden skal udvikle og løbende gennemføre kurser rettet mod personalet i primær sektoren, bl.a. på baggrund af erfaringerne med afviklede kurser i de tidligere Århus og Vejle amter. Enheden skal også gennemføre kurser for ansatte på hospitalerne.

Endelig bør der løbende afholdes kurser for de øvrige faggrupper, som er involveret i arbejdet med svært syge og døende patienter. Det drejer sig om fysioterapeuter, psykologer, hospitalspræster og sekretærer.

Enheden skal også sikre, at de forskellige uddannelsesaktiviteter løbende evalueres, så det sikres, at de får den ønskede indflydelse på den daglige praksis.

Et fælles regionalt uddannelsesprogram vil bidrage til ensartet høj kvalitet i den palliative indsats i hele regionen.

Lokale specialister fra de seks team vil indgå i undervisningen på kurserne, hvorved kurserne vil bidrage til den lokale netværksdannelse og dermed styrke samarbejdet til gavn for patienter, som opholder sig i eget hjem.

Enheden vil også kunne varetage den erfaringsopsamling, der er beskrevet ovenfor i forhold til afdækning af det fremtidige behov for udbygning af hospicekapaciteten og deltage i tilrettelæggelse af samarbejdsprojekter mellem palliative team, hospicer og primær sektoren i kommunalt regi.

Enheden bør fuldudbygget bestå af en fuldtids akademisk medarbejder, en sygeplejerske og en sekretær. Enheden arbejder vil blive gennemført i samarbejde med Region Midtjyllands Uddannelsesafdeling.

I forhold til den nuværende udviklingsenhed er der således behov for at tilføre et årligt budgetbeløb på ca. 1 mio. kr.

III. Hospiceområdet

Den udbygning af hospiceområdet, som er planlagt af de tidligere amter, der indgår i Region Midtjylland, er endnu ikke tilendebragt. Først ved udgangen af 2007 vil der være tre selvejende institutioner med 39 pladser og et kommunalt drevet hospice med 9 hospicepladser i almindelig drift.

Region Midtjylland er som tidligere nævnt forpligtet til at indgå aftale om driften af 40 pladser på selvejende institutioner.

Det fremgår af udredningen foretaget af Repræsentanter fra de palliative team og hospicerne, at der baseret på udenlandske erfaringer må forventes at være behov for 60 hospicepladser i Region Midtjylland. Region Midtjylland råder ved udgangen af 2007 over 48 hospicepladser.

Forberedelsesudvalget for Region Midtjylland vedtog i efteråret 2006 et plangrundlag for det regionale hospicetilbud, som indebærer, at der bør indhøstes erfaringer med efterspørgslen efter hospicepladserne på Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjord og Hospice Djursland, før end der eventuelt tages initiativ til oprettelse af flere hospicepladser.

Det er fortsat Administrationens vurdering, at det foreløbigt i 2008 er grund til at afvente udviklingen på de fire hospicer i regionen, hvoraf de to først er taget/bliver taget i brug i 2007, inden der tages stilling til et evt. behov for yderligere udbygning af hospicekapaciteten.

På baggrund af Sundhedsstyrelsens krav om døgnbetjent palliativ lægebetjening på hospicerne anbefaler Administrationen, at der – når Sundhedsstyrelsen har afsluttet den igangværende speciale gennemgang – iværksættes en udredning af, hvordan der i Region Midtjylland kan udvikles en døgndækkende lægebetjening på de fire hospicer. En lægebetjening skal dels leve op til kravene om en højt specialiseret indsats på hospicerne, men skal også tilrettelægges under hensyn til en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse og med respekt for mangelen på læger med palliativ ekspertise.

IV. Regionalt sundhedssamarbejde om det palliative område

Det foreslås, at samarbejdet om den palliative patient bliver et fast element i sundhedsaftalerne til sikring af sammenhængende patientforløb for denne målgruppe.

R:\Hospitalsplanlægning\SL\Hospice generelt\Plan for den palliative indsats i Region Midtjylland-3.dot