

Kortlægning af 'åbne indlæggelser' i Region Syddanmark

'Master i Afdelingsbaseret Hospitalsmanagement'

Seminar, 3. semester

Overlæge Anette Hygum, Medicinsk afdeling, Sygehus Lillebælt Vejle

Anette Hygum

16-12-2012

Sideantal : 31

Indledning

Siden slutningen af 1990'erne har kræftbehandling og ikke mindst kvaliteten af denne været genstand for megen offentlig bevågenhed i Danmark. Der har hersket tvivl om hvorvidt kvaliteten og resultaterne af kræftbehandling i Danmark levede op til standarden i de lande vi normalt sammenligner os med. Blandt andet på baggrund af dette nedsatte Sundhedsstyrelsen i 1998 en "Kræftstyregruppe". Hermed blev det fremadrettede arbejde vedrørende kræftbehandlingen i Danmark i gang sat og det har foreløbigt udmøntet sig i tre nationale handlingsplaner der alle indeholder en række anbefalinger vedrørende forebyggelse, udredning samt behandling af kræft.

Kræftplan I fra 2000 havde sigte på forebyggelse, uddannelse af personale samt generel organisering af kræftbehandling på landsplan og de enkelte sygehuse imellem.(1) I 2004 ønskede regeringen at bringe kræftbehandlingen i Danmark på højde med bedste internationale niveau. I forlængelse heraf kom i 2005 **Kræftplan II** , igen med forebyggelse som omdrejningspunkt men samtidig også indeholdende en række faglige anbefalinger og forslag til implementering af såkaldte "pakkeforløb" med henblik på optimering af kræftudredningen. (2) I 2011 forelå så seneste udspil, **Kræftplan III**. I denne nyeste handlingsplan er der fokus på den del af patientforløbet der ligger henholdsvis *før* og *efter* selve behandlingen af den diagnosticerede kræftsygdom. Man ønsker forsat en optimering af kræftudredningen. De tidligere succesfyldte "pakkeforløb", der sigtede mod velafgrænsede kræfttyper med specifikke symptomer suppleres nu med såkaldte "diagnostiske pakker" for patienter med ukarakteristiske symptomer. Desuden henstilles der til skærpet opmærksomhed i forhold til områderne rehabilitering¹ og palliation² . Man ønsker en styrkelse af den palliative indsats både på det basale og det specialiserede niveau. (3) I Finanslovsaftalen fra 2011 afsættes midler til udarbejdelse af forløbsprogrammer for kræftpatienters rehabilitering og palliation . Disse programmer skal sikre at alle kræftpatienter systematisk og med baggrund i klare faglige kriterier får vurderet deres behov for rehabilitering og palliation. Således udgiver Sundhedsstyrelsen i 2012 " Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af et samlet forløbsprogram for kræft". Sideløbende hermed udkommer "Anbefalinger for den palliative indsats", ligeledes i regi af Sundhedsstyrelsen. Anbefalingerne omhandler kræftpatienter

1 WHO's definition: rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser der har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske og sansemæssige, intellektuelle og sociale funktionsevne..

2 WHO definerer palliation som en indsats der har til formål at : fremme livskvaliteten hos mennesker og familier der , som står overfor de problemer der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig karakter

og alle der lider af livstruende kroniske sygdomme, eksempelvis hjertesvigt, grupper af lungesygdomme, kronisk nyresvigt samt visse neurologiske sygdomme.

”Anbefalinger for den palliative indsats” er en revision af tidligere retningslinjer udgivet af Sundhedsstyrelsen i 1999. De nye anbefalinger retter sig primært mod organiseringen af det palliative område. Målgruppen er patienter med livstruende sygdomme og samtidige palliative behov. Også patienternes pårørende ønskes tilgodeset. Man anbefaler ledelsesmæssigt fokus på området indenfor sundhedssektoren samt opgradering af det sundhedsfaglige personales kvalifikationer. Dels for at højne de fagprofessionelles opmærksomhed på patienten og de pårørendes eventuelle palliative behov men også for at levere kvalitet i behandlingen af disse problemstillinger. Sigtet med anbefalingerne er altså at sikre at indsatsen varetages ensartet med højeste faglige kvalitet (5).

Problemafgrænsning

Den følgende del af denne opgave vil fokusere på palliation i Region Syddanmark med speciel belysning af forholdene på Sygehus Lillebælt, Vejle.

Den palliative indsats inddeles i en *basal* og en *specialiseret* palliativ indsats. *Den basale palliative indsats* foregår i den del af sundhedsvæsenet, der *ikke* har palliation som hovedopgave. Herunder hører almen praksis, kommuner og sygehusafdelinger. *Den specialiserede palliative indsats* varetages af palliative teams, palliative afdelinger på sygehuse samt hospice – altså den del af sundhedsvæsenet der har palliation som hovedopgave.⁽⁵⁾

Figur 1

Figur 1 illustrerer sammenhængen mellem de instanser der er involveret i den palliative behandling.

Hovedparten af patienter med palliative behov ønsker at tilbringe mest mulig tid i eget hjem og et flertal ønsker også at dø i hjemmet. Da det kun er en mindre del af patienterne der modtager specialiseret palliativ indsats er det væsentligt, at kvaliteten af den basale palliative indsats er på højt og ensartet niveau. Medarbejdere på det basale niveau skal være velkvalificerede og have adgang til råd og vejledning fra fagpersoner med uddannelse indenfor specialiseret palliativ viden. For patienterne handler det, udover mødet med dygtige fagprofessionelle, også om tryghed. Det er vigtigt for patienter og pårørende at vide hvem de kan henvende sig til – også på helligdage og i ferier; ”*det er enormt vigtigt at de ved hvor de skal hen, hvis de får brug for en indlæggelse. Også at de ved de kan blive indlagt før de skal dø*” (4)

Et af elementerne i at skabe denne tryghed er de såkaldte ’åbne indlæggelser’, der indgår som et punkt i ”Anbefalinger for den palliative indsats”. Regionerne skal sikre, at relevante patienter med palliative behov får mulighed for ’åben indlæggelse’ på en stamafdeling³. En ’åben indlæggelse’ på en sygehusafdeling er indiceret, når behandling ændres fra kurativ til lindrende / palliativ og når forventet restlevetid for patienten skønnes at være mindre end seks måneder. Når en patient har ’åben indlæggelse’ til en afdeling kan den pågældende patient, de pårørende, egen læge eller hjemmeplejen kontakte afdelingen direkte og få svar på spørgsmål, eventuelt aftale ambulant besøg

³ Stamafdeling- den afdeling hvor patientens sygdom er konstateret og eventuelt også behandlet

eller indlæggelse ved behov herfor. Indlæggelsen kan anvendes når hjemmeplejen/pårørende og egen læge ikke længere kan løse patientens pleje og behandlingsproblemer i hjemmet. Der kræves ikke forudgående lægekontakt og afdelingen tager imod patienten uafhængigt af den aktuelle pladssituation. Dette giver således patienten en tryghed for altid at kunne blive vurderet og indlagt ved behov. Som hovedregel indlægges patienten direkte på den afdeling han / hun kender fra tidligere og altså ikke via FAM som de øvrige akutte patienter.

Ifølge data fra Kræftens Bekæmpelse døde 15.363 danskere i 2010 af kræft. (6) I Region Syddanmark var det tilsvarende tal cirka 3500 personer. Antallet af patienter, der lever med avanceret kræftsygdom⁴ i Danmark, estimeres til at være mindst 19.000. (7) Undersøgelser tyder på at cirka 20 – 30 pct. af patienter med avanceret cancer har brug for specialiseret palliativ indsats – mange af disse patienter må forventes også at have en 'åben indlæggelse' til nærliggende sygehuse. Der er vurderet at være cirka 2000 patienter med avanceret kræftsygdom i Sygehus Lillebælt's optageområde (7) Hvor mange der har 'åben indlæggelse' findes der ikke eksakte tal for. Diagnosekodningen har i en årrække været mangelfuld indenfor dette felt og først de seneste år er der kommet mere fokus på denne problemstilling. På Sygehus Lillebælt, der aktuelt består af matrikler i Fredericia, Kolding, Middelfart samt Vejle, er det politisk besluttet at Vejle Sygehus skal være specialsygehus med særlig fokus på kræftbehandling. Det er tanken, at 'åbne indlæggelsesforløb' for kræftpatienter i Sygehus Lillebælt's optageområde samles i Vejle med henblik på at udvikle et ensartet tilbud til patienterne på højt fagligt niveau. Man har allerede over de seneste år oplevet et øget antal indlæggelser på henholdsvis Medicinsk og Organkirurgisk afdeling qua denne fokus på kræftudredning og behandling (8)

Som beskrevet indledningsvist er regionerne, via Kræftplan III og de efterfølgende afsatte midler på finansloven i 2011, forpligtiget til at sørge for at uhelbredeligt syge patienter har mulighed for 'åben indlæggelse' på stamafdeling eller anden relevant afdeling. I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats er et af områderne kompetenceløft hos de involverede fagprofessionelle. En dansk undersøgelse af 977 patienter med avanceret kræftsygdom dokumenter at denne patientgruppe har mange symptomer og problemstillinger. Mest udtalt er **træthed, smerter, søvnproblemer, begrænsninger i fysisk aktivitet, begrænsninger i arbejds- og fritidsliv samt 'bekymringer'**. Undersøgelsen viser også, at det kun er en begrænset del af de angivne problemer som patienterne føler sig tilstrækkeligt hjulpet for. (9) Med øget viden om området blandt sundhedspersonalet må man kunne forvente en stigning i antal åbne indlæggelser i erkendelse at disse patientgruppers udækkede behov. Erfaringer fra England viser at man ved at skabe fokus på den terminale patient, skaber fokus på hele den palliative indsats.

⁴ Uhelbredelig kræftsygdom

Egentlig empiriske studier der beskriver værdien af 'åbne indlæggelser' findes ikke. Ser man på den danske undersøgelse og de ikke opfyldte behov hos patientgruppen, må man formode en positiv holdning til tilbuddet om 'åben indlæggelse' skulle der opstå behov herfor.

Problemformulering

Fra politisk side er der ønske om at højne kvalitet og ensartethed i den palliative behandling der tilbydes uhelbredeligt syge patienter. Regionalt indebærer dette blandt andet, at sygehusene som led i den basale palliative indsats skal tilbyde denne patientgruppe 'åben indlæggelse'.

Det følgende vil indeholde en kortlægning af omfang, organisering og konsekvenser af tilbuddet om 'åbne indlæggelser' i forbindelse med basal palliativ behandling på sygehuse. Herunder

- *Organisering i Region Syddanmark,*
- *Beskrivelse af patientforløb herunder ressourcetræk på sengeafdeling og tværsektorielt*

Strukturering og data indsamling

Palliativt Videnscenter

"Palliativt Videnscenter" (PAVI) blev etableret i 2009. PAVI er et nationalt center hvis formål er at sikre udvikling, høj faglig kvalitet og vidensdeling omkring den palliative indsats i Danmark. Centret er blevet til i samarbejde med TrygFonden, Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Foreningen for Palliativ Indsats – omsorg ved livets afslutning, Gruppen af ledere ved Hospice, Palliative Teams og Palliative Enheder, Hospice Forum Danmark samt Kræftens Bekæmpelse. PAVI har siden etableringen modtaget økonomisk støtte fra blandt andet TrygFonden og Kræftens Bekæmpelse. Fra 2012 har PAVI været "på finansloven". PAVI har rent fysisk adresse i København, men fra 2013 bliver Palliativ Videnscenter en del af Syddansk Universitet og får til huse i Odense. Siden etableringen i 2009 har PAVI blandt andet været beskæftiget med kortlægning af den palliative indsats i Danmark. I 2009 kom den første rapport - "Kortlægning I – det specialiserede niveau". I 2009-2010 "Kortlægning II – det kommunale niveau" og senest i november måned, indeværende år blev der afholdt en national conference hvor data fra "Kortlægning III – den basale

palliative indsats på sygehusene ” blev præsenteret (12). Man har stillet spørgsmål til 318 afdelingsledelser på danske sygehuse indenfor temaerne: politik, organisering, rammer, registrering af den basale palliative indsats samt instrukser / retningslinjer. Resultaterne afslører store forskelle på landsplan, indenfor stort set alle de udvalgte områder.

Dansk Palliativ Database (DMCG-PAL)

Den første årsrapport fra ” Dansk Palliativ Database ” udkom i 2010. Databasen omfatter alle patienter henvist til specialiseret palliativ enhed / team / hospice fra og med 1. januar 2010. Det er lykkedes at opnå meget stor dækning for indrapportering, således en dækningsgrad på 36 ud af 36 enheder (100 pct.). Man har valgt at måle på følgende fem indikatorer:

1. Adgang til specialiseret palliativ indsats
2. Ventetid på kontakt til specialiseret palliativ indsats
3. Andel patienter i kontakt med specialister
4. Patientudfyldelse af screeningsskema
5. Afholdelse af tværfaglig konference.

Resultatet viser store forskelle på landsplan, men baggrunden for disse forskelle er databasen ikke detaljeret nok til at afsløre (13) Den endnu ikke offentliggjorte årsrapport fra 2011 genfinder de regionale forskellene i palliative tilbud. I rapporten konkluderes at mange patienter forsat henvises meget sent i forløbet og at såfremt Sundhedsstyrelsens anbefalinger om tidligere palliativ indsats skal følges, må man forvente, at der bliver behov for større kapacitet. (14)

Fokus på den palliative behandling er intensiveret indenfor de senere år, men evidens baseret viden om palliation er i Danmark forsat sparsom. Det er først for alvor indenfor de sidste år at der er begyndt at komme strukturerede observationer fra området. De data der foreligger indikerer markante forskelle i håndtering og organisering af den palliative indsats på såvel basal som specialiseret niveau.

Metode

Informationer til indsamling af kvalitative data vedrørende organisering af de 'åbne indlæggelser' ved de fem sygehuse i Region Syddanmark; Sygehus Sønderjylland, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Svendborg Sygehus, Odense Universitets Hospital samt Sygehus Lillebælt, Vejle, er indhentet ved samtale med repræsentanter fra de respektive palliative teams. Der er ikke foretaget struktureret interview.

Kvantitative data vedrørende antal 'åbne indlæggelser', ankomsttidspunkter samt gennemsnitlige antal liggedage på Medicinsk og Organkirurgisk afdeling, Sygehuse Lillebælt, Vejle er indhentet via patientadministrative system (Grønne System). Tidsperiode for data er fra 2008 og frem til oktober 2012. Der er foretaget søgning på DRG koden DZ74.9 – "Afhængighed af plejepersonale", en bidiagnose som ved udskrivelse skal tildeles de patienter der har været indlagt på 'åben indlæggelse'. Der foreligger retningslinjer på det lokale "Infonet" vedrørende korrekt kodning af disse indlæggelser. Udover koden DZ74.9, der viser, at der er tale om 'åben indlæggelse', skal udskrivningsbrev – kaldet "epikrise" - også kodes med den aktionsdiagnose⁵ der er mest dækkende for den aktuelle indlæggelse. Dette for at sikre korrekt kodning og ensartet DRG afregning, men også så der efterfølgende skabes mulighed for at "trække" denne patientkategori ud til statistik over *antal patienter, sengedagsforbrug samt fordeling på aktionsdiagnoser*. Organkirurgisk afdeling har haft stor systematik i deres kodning mens området har været mangelfuldt på Medicinsk afdeling, hvilket afspejles i de indsamlede data. Der er derfor på Medicinsk afdeling suppleret med lokalt register over de patienter der er tildelt 'åben indlæggelse' på afdelingen.

⁵ Årsag til indlæggelsen

Organisering af 'åbne indlæggelser' i Region Syddanmark

En nylig publiceret dansk undersøgelse viste, at knap 70 pct. af de adspurgte patienter med uhelbredelig sygdom ønskede at dø i hjemmet (10, 11). Af de cirka 16.000 patienter der årligt mister livet på grund af kræft i Danmark, dør omkring 25 pct. i eget hjem og cirka 50 pct. dør på sygehuset. Således eksisterer der et misforhold mellem patienternes ønsker og de faktiske forhold. Dette stiller store krav til organisering og kvalitet i de forhold patienterne og de pårørende tilbydes på sygehusene.

Sengeafsnit – eller direkte på afdeling?

Organisering af de 'åbne indlæggelser' varierer både på landsplan og i de enkelte regioner. På de fleste sygehuse indlægges patienterne på en tildelt stamafdeling og dermed fordeles de 'åbne indlæggelser' på mere end en af sygehusets afdelinger. Enkelte steder har man oprettet egentlige sengeafsnit allokeret til patienter med uhelbredelig sygdom. Der er forskel på om disse sengeafdelinger tilbyder *basal* eller *specialiseret palliative ydelser*.

I Region Syddanmark har Sydvestjysk Sygehus Esbjerg et sengeafsnit med plads til 8 patienter i regi af kirurgisk afdeling. Her ydes basal pallierende indsats. Medicinske patienter med 'åben indlæggelse' går direkte på stamafdeling, de indlægges *ikke* på det palliative sengeafsnit. I Region Midtjylland er der et palliativt sengeafsnit på Sygehus Himmerland, mens man i Region Hovedstaden har palliative sengeafsnit på henholdsvis Herlev hospital, Bispebjerg samt Hillerød hospital. Således er der ikke mange steder man har sengeafdelinger dedikeret til denne patientgruppe. Som oftest indlægges patienterne i forhold til grunddiagnose og den dertil hørende stamafdeling.

I det følgende vil forholdene på de enkelte sygehuse i Region Syddanmark blive beskrevet nærmere. Der er fokuseret på organiseringen af den basale palliative indsats hvortil den 'åbne indlæggelse' er en af de ydelser der kan tilbydes. Kompetencer hos de enkelte faggrupper samt organisering af den specialiserede palliative indsats er for vidtgående at beskrive i denne opgave. Dette tænkes belyst i senere Master afhandling. Det samme gør sig gældende med forholdene i de øvrige regioner, der heller ikke er nærmere belyst i denne opgave.

Sygehus Lillebælt, Vejle

Patienter med 'åben indlæggelse' møder direkte på den tildelte stamafdeling. Det kan være den afdeling der tidligere har påvist den uhelbredelige sygdom, men det kan også være patienter der er blevet undersøgt og behandlet på kræftafdelingen på henholdsvis Vejle Sygehuse og på Odense Universitetshospital. Principielt kan alle afdelinger på sygehuset have patienter med 'åben indlæggelse', men det er hovedsagligt Medicinsk og Organkirurgisk afdeling som denne patientgruppe får tildelt som stamafdeling. Der er altså ikke noget egentlig sengeafsnit der varetager den basale palliative indsats på sygehuset. For at sikre behandlingsniveau og ensartethed iværksatte det palliative team i Vejle i 2008 projekt "Palliation på sygehuset" med implementering af retningslinjer for indlæggelsesforløb for alvorligt syge og døende på sygehuset. Projektet startede på Medicinsk afdeling i Vejle, flere af Sygehus Lillebælts afdelinger har på nuværende tidspunkt været en del af projektet og flere er planlagt at skulle deltage. Udover implementering af retningslinjer har formålet med projektet også været, at få dedikerede "nøglepersoner" på de enkelte afdelinger. Det palliative team i Vejle har endvidere udviklet en såkaldt "Tryghedskasse". Denne består af en kasse med medicin og utensilier til varetagelse af de mest typiske symptomer i de sidste levedøgn. "Tryghedskassen" kan bruges på sygehuse og i hjemmet, hvor behandlingen typisk varetages af hjemmesygeplejerske. "Tryghedskassen" var oprindeligt tiltænkt lokalt brug, men konceptet er senere blevet udbredt over hele landet og kan ordineres af alle læger.

Alle matrikler i Sygehus Lillebælt, fraset Middelfart, modtager aktuelt patienter med 'åben indlæggelse'. Fredericia Sygehus forventes at lukke i 2014 og det er tanken at de åbne indlæggelser på sigt skal samles på Vejle matriklen.

Patienter med hjertesvigt og 'åben indlæggelse' indlægges direkte på Kardiologisk afdeling. Neurologisk afdeling modtager ligeledes deres patienter med 'åben indlæggelse' direkte på sengeafdeling. De øvrige patientgrupper indlægges diagnoserelateret på de respektive afdelinger.

Sygehus Sønderjylland

Sygehus Sønderjylland består af tre matrikler med sygehuse i henholdsvis Haderslev, Åbenrå og Sønderborg. Akutsygehuset i Åbenrå modtager ikke patienter med 'åbne indlæggelser'. Frem til 2014, hvor Haderslev Sygehus forventes lukket, kan patienter med uhelbredelig sygdom få stamafdeling på Medicinsk afdeling i Haderslev samt på Sønderborg Sygehus. Hvilken afdeling der tildeles som stamafdeling i Sønderborg er diagnose relateret. Ved behov for indlæggelse møder patienten direkte på afdelingen. Fra juni 2013 åbner et nyt afsnit med 14 enestuer under Medicinsk Center/M42 i Sønderborg. Man vælger således at samle de 'åbne indlæggelser' på et sengeafsnit. Det er meningen, at alle patienter herefter skal visiteres til dette afsnit. En undtagelse er de neurologiske patienter, der forbliver i Neurologisk afdeling og de kroniske lidelser, som hjertesygdomme, nyresygdomme og KOL⁶ vil også fortsat have 'åben indlæggelse', hvor de diagnosemæssigt hører til.

I 1989 lavede man i Sønderjylland, som det første sted i Danmark, en formel aftale mellem primær og sekundær sundhedstjeneste omhandlende terminalt syge kræftpatienter samt patienter med Aids. Ordningen blev kaldt "Samordnet Pleje til alvorligt syge og døende" (SAM-BO). Denne ordning fungerer forsat, nu i regionalt regi. I 2004 blev også ALS⁷ patienter tilknyttet ordningen og fra januar 2012 omfatter aftalen ligeledes alle alvorligt syge og døende patienter uanset diagnose. Ordningen er på kræftområdet velfungerende med fuldt udbygget SAM-BO aftale. Der er etableret et netværk af nøglepersoner, med repræsentanter i hjemmeplejen samt på alle sengeafsnit, hvor disse patienter kan blive indlagt. Nøglepersonerne har et særligt ansvar for det gode patientforløb og mødes to gange årligt. Tovholder ved disse netværksmøder er Palliativt Team, Sygehus Sønderjylland.

Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg (SVS)

Udover Akut Sygehuset i Esbjerg består Sydvestjysk Sygehus også af Grinsted Sygehus – her modtages ikke patienter med 'åben indlæggelse'

⁶ Kronisk obstruktiv lungelidelse, også kaldet "rygerlunger"

⁷ Amyotrofisk lateral sclerose. En neurologisk sygdom hvor nervebaner langsomt nedbrydes og patienten mister sin førlighed og slutteligt evnen til selv at trække vejret.

I 2011 etablerede man på SVS et basalt palliativt sengeafsnit hørende under kirurgisk regi. Der er otte sengepladser til rådighed og kun kirurgiske patienter med 'åben indlæggelse' indlægges her. De medicinske patienter med 'åben indlæggelse' kommer direkte på tildelte stamafdeling. En stor del af disse patienter har Lungemedicinsk sengeafsnit som stamafdeling med baggrund i diagnoserne lungekræft og "rygerlunger". Patienterne indlægges også på de øvrige medicinske sengeafsnit. Alle patienter går direkte på tildelte stamafdelinger, der er ikke indlæggelser via AMMA⁸.

Neurologisk afdeling varetager deres egne patienter med 'åbne indlæggelser'. Hvorvidt disse patienter indlægges direkte på afdelingen eller de kommer via AMMA er ikke entydigt. De øvrige patientgrupper med kroniske, uhelbredelige lidelser indlægges diagnose relateret på de respektive sengeafdelinger, enten via AMMA eller direkte på afdelingen.

Odense Universitetshospital (OUH)

Organisering af de 'åbne indlæggelser' på OUH er kompleks og præget af, at der er tale om et stort sygehus med mange specialafdelinger. Man har aktuelt ikke dedikerede sengeafsnit til palliativ behandling, men modtager som hovedregel patienterne på de respektive afdelinger. Man vil gerne i nærmeste fremtid have en palliativ sengeafdeling med 10- 12 senge med mulighed for at indlægge patienter med behov for *specialiseret palliativ indsats*. Det er i den sammenhæng forsat tanken at patienter med 'åben indlæggelse' skal indlægges direkte på de diagnoserelaterede sengeafdelinger. Efter etableringen af FAM er de enkelte afdelingers sengepladser blevet reduceret og man oplever at dette giver store kapacitets problemer i relation til de 'åbne indlæggelser'. Udfordringen på Lungemedicinsk afdeling er specielt stor, men også de øvrige medicinske specialer kan have problemer med at håndtere disse patienter. Forholdene i kirurgisk regi er også for nogle af specialerne problematiske. På neurologisk afdeling kan det forekomme, at de 'åbne indlæggelser' håndteres via FAM og at patienterne ikke nødvendigvis kommer på stamafdeling som ellers tiltænkt. Også andre sengeafdelinger må i perioder lade de 'åbne indlæggelser' gå via FAM.

Onkologisk afdeling, der har et stort patientvolumen, kan kun ekstraordinært tilbyde 'åben indlæggelse' til de patienter hvor den kurativt intenderede behandling stoppes. Patienter tilknyttes i stedet andre afdelinger, herunder også afdelinger på andre sygehuse. Det er dog typisk kun hvis patienten er henvist fra andet sygehus til behandling på OUH.

⁸ Fælles akut modtagelse

Patienter med kroniske terminale lidelser indlægges på de diagnose relaterede specialafdelinger.

Svendborg Sygehus

På Svendborg Sygehus modtager man dels ”egne” patienter med ’åben indlæggelse’, men også patienter fra OUH kan få ’åben indlæggelse’ i Svendborg på grund af de tidligere omtalte kapacitetsproblemer. Før åbningen af FAM i Svendborg blev patienter med ’åben indlæggelse’ indlagt via modtagelsen under den daværende skadestue. Efter etableringen af FAM forsøgte man at modtage patienter med ’åben indlæggelse’ direkte på stamafdelingerne, men man oplevede problemer med rettidig journaloptagelse og patienterne modtages nu via FAM. Der oprettes journal, eventuelt rekvireres blodprøver og patienterne kommer typisk på stamafdeling 1 til 2 timer efter indlæggelsestidspunktet.

Aktuelt arbejder man på Medicinsk afdeling på igen at kunne modtage patienterne direkte og man har en ”palliations-gruppe” med 6 sengepladser tilknyttet, hvoraf 4 er enestuer. Kirurgisk afdeling råder ikke over mange sengepladser og kirurgiske patienter med ’åben indlæggelse’ får som oftest tildelt Medicinsk afdeling som stamafdeling. Neurologisk afdeling varetager egne patienter med terminale forløb og det samme er tilfældet for kardiologisk afdeling.

Palliative teams / enheder & Hospice

De palliative teams i Region Syddanmark fungerer som kompetenceorganer for de sygehusafdelinger der modtager patienter med ’åben indlæggelse’. Det både i form af rådgivning, tilsynsvirksomhed samt undervisning af personale. Der er **fire** palliative teams i regionen –

- Sygehus Sønderjylland med fysisk placering i Sønderborg. Hører organisatorisk under Anæstesiologisk afdeling. Betjener alle matrikler.
- Sygehus Lillebælt Vejle. Er en selvstændig enhed under Onkologisk afdeling. Betjener alle matrikler i Sygehus Lillebælt
- Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg med forankring i Anæstesiologisk afdeling
- Odense Universitetshospital, der har to palliative funktioner placeret i henholdsvis Odense og Svendborg. Organisatorisk hørende til Onkologisk afdeling.

De palliative teams yder specialiseret palliativ indsats. Organiseringen samt de ydelser der kan tilbydes er forskellig i de enkelte teams. Det ligger udenfor rammerne af denne opgave at beskrive dette, men området tænkes belyst i senere Master afhandling.

I Region Syddanmark er der på nuværende tidspunkt hospice i Vejle, Esbjerg, Haderslev, Odense samt Svendborg.

Beskrivelse af patientforløb ved 'åben indlæggelse' på Medicinsk afdeling i Vejle. Herunder kortlægning af ressourcetræk på sengeafdelingen og tværsektorielt

Når en patient efter et behandlings - eller sygdomsforløb vurderes at være uhelbredelig syg og skønnes at have en forventet restlevetid på under seks måneder, foretages der ved behov en såkaldt "Socialmedicinsk sagsbehandling" (LÆ 165). Dette kan ske via den involverede sygehus afdeling, det kan være på anmodning fra patientens praktiserende læge eller en læge fra det Palliative Team. Hermed igangsættes en proces der indbefatter ansøgning om medicintilskud ved Sundhedsstyrelsen, hvorved al nødvendig medicin gives uden økonomiske omkostninger for patienten. Ligeledes tildeles en stamafdeling vurderet ud fra diagnose eller tidligere indlæggelses – og udredningsforløb. Såfremt den "socialmedicinske sagsbehandling" iværksættes via sygehuset tilgår der besked herom til praktiserende læge samt hjemmeplejen. (Bilag 1.)

Retningslinjer for udfærdigelse af "socialmedicinsk sagsbehandling" findes som tværgående dokument på sygehusets "Infonet". Denne retningslinje refererer til Standard 2.19.1 i DDKM⁹ - "Ved livets afslutning – palliativ behandling af den uhelbredelige patient" samt Standard 2.19.2 – "Omsorg for den afdøde patient samt patientens pårørende".

Når en patient, pårørende eller sundhedspersonale vurderer, at der er behov for indlæggelse, kontaktes stamafdelingen telefonisk. Dette kræver stor grad af fleksibilitet i afdelingen, der også i situationer med overbelægning skal tilvejebringe en seng til patienten – om overhovedet muligt på en enestue. Således skal der ikke blot findes "en seng", men også "den rigtige", en problemstilling der ofte udløser et større koordinerings arbejde. Det kan være nødvendigt at flytte allerede indlagte patienter til andre afdelinger og det er generelt en meget ressource krævende proces at skulle håndtere den variabilitet der er forbundet med de 'åbne indlæggelser'. Processen tager tid, men beskrives også af personalet som "belastende", idet man kan være nødsaget til at prioritere behovene blandt meget syge patienter og lave en vurdering af "hvem der er mest syg?" – og disponere i henhold til dette. I langt de fleste tilfælde lykkes det på denne måde at finde en enestue til patienten og dennes pårørende.

Når patienten ankommer til afdelingen er det som oftest vagthavende, der foretager indledende vurdering. Ordinerer den nødvendige medicin samt eventuelle prøver. I forbindelse med den

⁹ Den Danske Kvalitetsmodel

primære kontakt foretages EORCT screening ved sygeplejerske. (Bilag 2). Ud fra dette skema vurderes patientens problemstilling(er) og der laves en fremadrettet plan så man hurtigst muligt får adresseret disse. Skemaet bruges løbende under indlæggelsen for at vurdere tilstanden. Diagnoser som *anæmi* (blodmangel), *dyspnø* (åndenød), *smarter*, *obstipation* (forstoppelse) og *konfusion* er hyppige ved disse indlæggelser. Dette er symptomer der kan optræde i relation til alle former for kræftsygdomme og kroniske sygdomme i den terminale fase. Det er ikke udelukkende medicinske tilstande der udløser den 'åbne indlæggelse', patientens alder, eventuelle konkurrerende sygdomme samt de hjemlige forhold spiller også en rolle for indlæggelserne.

Kommunikationen med patienten og de pårørende i relation til de 'åbne indlæggelser' er et af fokus områderne for alle involverede personalegrupper. Det er noget man som fagperson oplever som en meget væsentlig opgave. Det er også en af de funktioner der kan opleves som personligt ressourcekrævende for de ansatte, specielt i en periode med mange 'åbne indlæggelser' eller hvor særlige forhold gør sig gældende. Sygehuspræsten kan inddrages ved behov af mere sjælelig karakter, egentlig psykologbistand er der for nyligt åbnet mulighed for at tilbyde, omend i begrænset udstrækning. Fysioterapi og ergoterapi er der ikke afsat faste ressourcer til, men tilbuddet kan gives til patienterne ved særlige behov. En af de problemstillinger der ofte afdækkes, er et behov for yderligere hjælp i hjemmet. Kontakt til hjemmeplejen er en vigtig opgave som oftest igangsættes ganske kort tid efter indlæggelsen. Det tværsektorielle samarbejde opleves generelt som velfungerende. Afdelingen har dog erfaret at de mange strukturændringer der er foretaget i den kommunale sektor kan give udfordringer. Man har i den kommunale sektor gjort en stor indsats for at bedre det basale palliative niveau, men det opleves i perioder at der ikke altid er den nødvendige sygeplejefaglige kompetence tilstede. Et andet muligt problem er det geografisk store område som hjemmeplejen dækker i aften- nattetiden. Det kan skabe utryghed hos patienter og pårørende, der godt kan opleve at der går lang tid før hjemmeplejen har mulighed for at komme. Den sidste problemstilling kan i perioder gøre tyngden af de 'åbne indlæggelser' større. Det tværsektorielle samarbejde omkring disse patienter tager udgangspunkt i det arbejde der startede i Sønderjylland for mere end 20 år siden.⁽¹⁵⁾ SAM-BO¹⁰ dækker over en samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner i regionen.

10 Samarbejde om borgerforløb

Der beskrives seks generelle forløb for palliative patienter:

1. Iværksættelse af palliativ indsats, egen læge og kommune
2. Iværksættelse af palliativt forløb, udskrivelse fra sygehus
3. Palliativ indsats i eget hjem, basis forløb
4. Palliativ indsats på sygehuset
5. Det palliative team, specialiseret indsats
6. Hospice, specialiseret indsats

Overgangen fra sygehus til kommunal pleje er således velbeskrevet. Men også i kommunalt regi mærker man større pres. Patienterne udskrives hurtigere fra sygehusene end tidligere. Der er forventninger fra både patienter og pårørende til den palliative indsats der skal pågå i eget hjem. De berørte personalegrupper føler stort ansvar for kvaliteten i den service der tilbydes den uhelbredelige syge patient. PAVI foretog i 2009 en kortlægning af den palliative indsats i danske kommuner (16) De adspurgte ”ældrechefer” blev blandt andet spurgt om hvorvidt palliation havde været et politisk prioriteret fokusområde i deres kommune. 34,4 pct. mente at det var tilfældet mens 55,8 pct. mente at det ”*slet ikke*” eller kun ”*i ringe grad*” havde været tilfældet. Adspurgte til medarbejderes kompetenceniveau mente 70 pct. af lederne at det var ”*godt*”. I Kræftplan II blev der anbefalet implementering af kliniske retningslinjer for den palliative indsats i primærsektoren, understøttet gennem fælles kurser for hjemmesygeplejersker og praktiserende læger. PAVI’s undersøgelse på det kommunale område giver ikke oplysninger om patienter eller pårørendes vurdering af den ydede behandling og pleje. Heller ikke hvor langt man er kommet med implementering af retningslinjer. Det ligger udenfor rammerne af denne opgave at gå i detaljer med de uddannelsesmæssige kompetencer blandt personalegrupperne i hjemmeplejen. Dette tænkes nærmere beskrevet i Master afhandling.

Strukturændringer og omorganiseringer har også påvirket Medicinsk afdeling i Vejle. I løbet af de sidste 2 år er sengemassen reduceret med 10 senge i alt, således at afdelingen nu råder over 36 senge. Der er desuden sket et fald i antal enestuer fra tidligere fem til nu fire. Man har fået færre kvadratmeter at råde over og det betyder udfordringer i relation til samtalerum samt opholdsområde for pårørende. Ser man på udviklingen i antal ’åbne indlæggelser’ over de sidste 2-3 år har den været stabil i konteksten af *antal* patienter der har en ’åben indlæggelse’ til afdelingen, nemlig cirka 40 CPR numre. Ikke alle patienter benytter sig af den ’åbne indlæggelse’ – mens andre indlægges gentagne gange. Ser man på udviklingen i antal indlæggelser med diagnose koden DZ74.9 over de

sidste år ser der ud til at have været en markant stigning. Tallene dækker dog over mangelfuld diagnosekodning.

Figur2

Udvikling i antal åbne indlæggelser på Medicinsk afdeling					
År	2008	2009	2010	2011	2012
Udskriv	4	1	20	142	70

Figur 2 viser udvikling i antal udskrivelser på Medicinsk Afdeling i årene 2008-2012. Data er fra GS og der er tale om udskrevne patienter med B-diagnosen DZ74.9. Tallene dækker dels over mangelfuld diagnosekodning. Data fra 2012 er frem til oktober måned, indeværende år.

På afdelingsniveau har disse patientgrupper ”fyldt” forholdsvis mere end de faktiske tal indikerer. Dette skal ses i sammenhæng med den reducerede sengekapacitet og de fysiske rammer som et hele. I takt med dette, samt den generelle omstrukturering på sygehusene hvor så meget aktivitet som muligt omlægges til ambulant virksomhed, oplever man på afdelingen en stigende plejetyngde. Det er svært syge og plejekrævende patienter der er indlagt i alle senge og det stiller stigende krav til personalets ressourcer. Afdelingens plejeindeks, antal personale per sengeplads, er ikke justeret siden 2006. Casemix på afdelingen var dengang meget anderledes end nu, hvor de indlagte patienter generelt alle er mere komplekse og plejetunge end tidligere. Specielt er de terminale patienter og deres pårørende en gruppe der kræver særlig opmærksomhed. Plejeindekset på de afdelinger der har mange svært syge patienter, som eksempelvis kræftafdelinger, er også sat højere end tilsvarende indeks på Medicinsk afdeling. En direkte sammenligning af plejeindeks kan dog ikke foretages da mange yderligere faktorer er involveret.

Data fra det patientadministrative system (GS) viser at liggetider for de ’åbne indlæggelser’ adskiller sig fra afdelingens gennemsnitlige liggetider. Den gennemsnitlige liggetid for en ”almindelig” medicinsk patient var i juni 2012 på 3.25 dage mod 4.47 for en patient indlagt med ’åben indlæggelse’(Data fra SydLis). De ’åbne indlæggelser’ optager således flere sengedage end de ikke uhelbredeligt syge patienter.

Figur 3

Liggetid er på Medicinsk afdeling, registreret på diagnose koden DZ74.9							
			2008	2009	2010	2011	2012
Gennem snitlige liggetide r	6.5	1.00	4,71	5,98			4,47
Total sengedage			26	1	97	904	318

Figur 3 viser udviklingen i den gennemsnitlige liggetid samt samlede antal liggedage for patienter med 'åben indlæggelse' i årene fra 2008 til oktober 2012. Tallene bærer præg af mangelfuld registrering med diagnosekoden DZ74.9.

Der er ikke et entydigt mønster i indlæggelsestidspunkt hvad angår *ugedag* eller *tidspunkt* på dagen for indlæggelse. Data fra GS viser dog en tendens til, at der indlægges flest patienter mandag og fredag samt at patienterne typisk kommer i tidsrummet fra klokken 10 til klokken 14.

Figur 4

Antal CRP numre registreret på diagnose n DZ74.9. Medicin sk Afdeling. Dækker perioden fra 2008- 2012								
indtime	mandag	tirsdag	onsdag	torsdag	fredag	lørdag	søndag	i alt
0				1				1
1		1	1		1			3
2	1			2				3
3	2	1						3
4				1			1	2
5	1		1		1	1	1	5
6		1	1	2		1	2	7
7	1		1					2
8	2	2		1	4		2	11
9	5	3	3	1	3	1	1	17

10	3	2	2	6	7	1	3	24
11	3	3	1	3	3	2	1	16
12	3	3	1	6	4	3	2	22
13	4	5	4	3	4	4	1	25
14	4	4	3	4	10	3	1	29
15	1	2		1	1	2		7
16	3	1	2			1	1	8
17	3	1	2	1	1	1	1	10
18	2		2	1			3	8
19	1	1	2	2	19		1	8
20	1	2	2	3			1	9
21	0	1	2	2		2		1
22	2	1	1		1			5
23			1		1	2	1	5
i alt	42	34	32	40	42	24	23	237

Figur 4 viser fordeling af 'åbne indlæggelser' på henholdsvis ugedag og tidspunkt på døgnet.

Medicinsk afdeling råder samlet over 36 senge, heraf 4 enestuer. Man har således i alt 13.104 sengedage til rådighed på årsbasis. Fra figur 3 ses at de 'åbne indlæggelser' i 2011 beslaglagde 904 sengedage. Der er altså tale om cirka 7 pct. af den samlede sengemasse svarende til at man på afdelingen dagligt skal have 2,5 seng (enestue om muligt) stående parat til at modtage disse patienter.

Den typiske stuegang på en medicinsk afdeling afvikles i løbet af formiddagen. Eventuelle udskrivninger vil ofte være mellem klokken 11 og 13. I det tidsrum modtager afdelingen ligeledes patienter der "udskrives" fra den akutte modtagelse. Ud fra figur 4 ses at mange patienter med 'åben indlæggelse' ankommer i tidsrummet fra klokken 10 til 14. Således sammenfaldende med andre indlæggelser/overflytninger og patienter der er/forventes udskrevet men endnu ikke har "forladt" deres seng. Dette stiller store udfordringer til koordinationen på afdelingen.

Håndteringen af de 'åbne indlæggelser' på afdelingsniveau må sammenfattende siges at være en kompleks opgave. Mange personalegrupper er involveret – plejepersonale, læger, præst, psykolog, i vist omfang ergo- og fysioterapeuter samt endelig den kommunale sektor. Det stiller store krav til kommunikation, organisering og samarbejde at få skabt de bedst mulige rammer for denne sårbare patientgruppe.

Diskussion

Organisering

Organiseringen af den basale palliative indsats og herunder også de 'åbne indlæggelser' på de fem sygehuse i Region Syddanmark er væsentligt forskellig sygehusene imellem. Patienterne indlægges på nogle sygehuse direkte på stamafdeling, andre steder foregår indlæggelse på palliative sengeafsnit. Enten direkte på afdelingen eller via FAM. Sidstnævnte må overvejende ses som en konsekvens af de ændringer der er sket i de enkeltes afdelingers sengemasse – reduktion - og det lægelige vagtberedskab som følge af akutreformen og etableringen af FAM. Det vurderes, efter indsamling af informationer fra de enkelte sygehuse, at der også kan være forskelle i hvad den enkelte afdeling lægger i begrebet 'åben indlæggelse'. Rent organisatorisk har nogle afdelinger ganske enkelt ikke mulighed for at modtage disse patientgrupper. Afdelingen kan have fået fjernet sit akutte lægelige beredskab efter etablering af fælles FAM vagt og dermed være ud af stand til at modtage patienten direkte på afdelingen.

For patienten er nærhedsprincippet meget væsentligt, men nok mest af alt det, at man kender personalet – ” *Det kan være vigtigt at stamafdelingen forsætter med at følge op og støtte patienten, så der også bliver kontinuitet i forløbet ved recidiv. Det kan være en barsk oplevelse at blive afsluttet fra en afdeling man har haft nær kontakt til ved uhelbredeligt recidiv og i stedet blive henvist til den praktiserende læge eller til et lokalt sygehus - for så føler man virkelig at man bliver sendt ud på dødsrejsen* ” (4)

Flere steder i regionen planlægger man palliative sengeafsnit i de kommende år. Det er således tanken, at patienterne så vidt muligt indlægges her. Man ønsker fælles afsnit for både medicinske og kirurgiske patienter. På Odense Universitetshospital ønsker man som noget særskilt også at kunne tilbyde specialiseret palliativ behandling på et sådant sengeafsnit. Dette er på nuværende tidspunkt ikke hensigten på henholdsvis Sydvestjysk Sygehus eller Sygehus Sønderjylland, Sønderborg. I Region Midt anbefaler man, at der laves såkaldte ” dedikerede palliative senge ” med henblik på at styrke kvaliteten og ressourceudnyttelsen. (17) Sådanne overordnede rekommandationer har man ikke i Region Syddanmark. Her er det er således forsat op til de enkelte sygehuse og afdelinger hvordan man ønsker at organisere de 'åbne indlæggelser'. Balancen synes at være mellem trygheden hos den enkelte patient der ønsker ”det kendte” og nødvendigheden af at tilbyde ensartet kvalitet og udnytte kapacitet bedst muligt. Som det er nu skal mange hospitalsafdelinger være i stand til at yde en basal palliativ indsats. Det kræver ressourcer og fokus på uddannelsesniveau. Det kræver ligeledes en stor grad af fleksibilitet på afdelingsniveau når man med kort varsel skal tilvejebringe ledig sengekapacitet, ofte på tidspunkter der i forvejen er præget af travlhed. Plejetungden hos denne gruppe af patienter varierer, men overordnet set må forventes at patienten og de pårørende har behov for en større grad af opmærksomhed for hver gang patienten indlægges –

med baggrund i sygdoms progression. Der kunne rent organisatorisk og kvalitetsmæssigt være fordele forbundet med at samle de 'åbne indlæggelser' i mindre enheder. I forbindelse med et projekt der lige nu afvikles på Medicinsk afdeling i Vejle, inviteres patienterne, der har fået åben indlæggelse til afdelingen, men endnu ikke været indlagt, til en samtale for at afklare eventuelle symptomer der skal tages vare om. Dette i håb om at give patienten mere kvalitetstid i hjemme – ved blandt andet at minimere antal indlæggelser. I forbindelse med samtalen introduceres patienten og de pårørende til personale og afdelingen. Forhåbentlig vil projektet kunne vise at man ved en sådan samtale vil kunne dæmpe den utryghed som nogle patienter giver udtryk for (18)

Økonomiske aspekter

At varetage behandlingen af de uhelbredeligt syge og yde den fornødne omsorg til patienten og de pårørende er en af flere kerneopgaver hos de involverede afdelingerne. Som beskrevet tidligere er det en kompleks og ressourcetung opgave der dels involverer mange faggrupper, dels lægger beslag på en stor del af en afdelings sengekapacitet. Den gennemsnitlige indlæggelsestid for patienten med 'åben indlæggelse' er som tidligere nævnt længere end for en almindelig medicinsk indlæggelse. En 'åben indlæggelse' er stort set altid akut og da akutte indlæggelser ikke honoreres i Region Syddanmarks takststyringsmodel belastes en afdeling ekstra såfremt der er mange af de "omkostningstunge" patienter. Afregningen til medicinsk afdeling er baseret på en fast "grundtakst" og eventuel "meraktivitet" som eksempelvis flere 'åbne indlæggelser' eksisterer ikke. Den meget vigtige indsats der gøres for denne sårbare patientgruppe afspejler sig således ikke i afdelingens honorering. Som tidligere nævnt giver disse komplekse patienter også en øget plejetynge – fysisk såvel som psykisk - et faktum der ikke er taget højde for ved ændringer i plejeindeks.

Hvem skal ringe? Og hvornår må patienten komme?

Den 'åbne indlæggelse' har fokus på trygheden for den enkelte patient og dennes pårørende. Heri ligger også tilgængeligheden, altså det at man kan komme på alle tidspunkter af døgnet samt det faktum at der ikke er restriktioner i forhold til hvem der kan "indlægge". Det kan tænkes, at blot bevidstheden om dette gør at patienten i nogle tilfælde bliver lidt længere tid i hjemmet og at

indlæggelse måske ind imellem undgås fordi der er givet telefonisk råd og vejledning fra stamafdelingen. Således må det samlet set vurderes som værende et godt tilbud.

Variabiliteten i *antal* og *ankomsttid* af/for patienter synes det svært at undgå uden at skulle gå på kompromis med kvaliteten i den 'åbne indlæggelse'. Måske man på et samlet palliativt sengeafsnit ville have en anderledes personalefordeling der bedre vil kunne tilgodese modtagelsen af patienten med 'åben indlæggelse' og dermed måske give bedre disponerings mulighed for personalet. Samtidig vil flowet at patienter være mindre end på en vanlig medicinsk eller kirurgisk afdeling hvilket også belastningsmæssigt vil have betydning. Man ville i nogen udstrækning kunne undgå den i perioder meget hektiske aktivitet omkring middagstid i forhold til også at skulle håndtere øvrige indlæggelser og udskrivelser.

At organisere de 'åbne indlæggelser' med samlede senge bryder med det hidtil gængse princip omkring indlæggelse på en stamafdeling der ofte vil være kendt af patienten fra tidligere indlæggelse. Bliver egentlige sengeafsnit det foretrukne på sygehusene, kan modellen fra projektet i Vejle – ”Hvad kan stamafdelinger tilbyde terminale patienter? – eventuel give inspiration til at gøre den nye / kommende patient bekendt med ”det palliative sengeafsnit”, ved at invitere patient og de pårørende til en samtale og rundvisning på afdelingen.

Perspektivering

Organisering af den palliative indsats, den basale såvel som den specialiserede, er et område med stor bevågenhed. Samtidig er der tale om et felt som igennem mange år har været båret af en pionerånd og stor vilje til at implementering af palliation lokalt. Det afspejler sig også i de forskelle der er på tilbud og organisering blot indenfor Region Syddanmark. Det er nødvendigt med politisk opbakning og ikke mindst ledelsesmæssig opbakning på afdelingsniveau hvis behandlingstilbuddet skal ensartes. Ligeledes er det vigtigt at man anerkender palliation som en ”ydelse” på lige fod med andre ydelser i sundhedsvæsenet – og at der derved bliver sat fokus på tilførsel af flere ressourcer til området.

I Region Syddanmark har man ikke lavet en overordnet plan for palliation som det eksempelvis er tilfældet med Region Midt. Der er ikke som sådan sat rammer for organiseringen af de ’åbne indlæggelser’. På de enkelte sygehuse i Region Syddanmark er der flere lokale tiltag på vej.

- Sydvestjysk Sygehuse Esbjerg. Her tænkes uændret sengeafsnit, men palliativt team skal nu organisatorisk høre til Onkologisk afdeling i stedet for Anæstesiologisk afdeling.
- Sygehus Sønderjylland. Etablering af samlet sengeafsnit hvor patienter der er tilmeldt terminalordningen kan indlægges.
- Odense Universitetshospital – ønsker at etablere palliativt sengeafsnit – 10 senge. Der skal både ydes specialiseret palliativ indsats til komplekse patienter og palliativ lindring/stabilisering af patienter med det formål at flere patienter kan udskrives for at dø i eget hjem
- Svendborg sygehuse. Vil etablere dedikerede palliationssenge (4-5) på Medicinsk afdeling
- Sygehuse Lillebælt, Vejle– kvalitetsudviklingsprojekt – ’palliation på sygehuse’ – skal styrke kvalitet, kortlægning af hvilken kompetenceudvikling og undervisning personalet har brug for.

Der vil givet være lokale forhold der taler for forskellige former for tilrettelæggelse af de ’åbne indlæggelser’. Det vil dog være hensigtsmæssigt om man i regionalt regi havde fokus på fælles uddannelse, retningslinjer og grundlæggende personalenormering til patienter med uhelbredelig sygdom. Hensigten med dette skal være at levere ensartet kvalitet og behandling til alle regionens borgere. Området tænkes yderligere belyst I Master afhandling.

Litteratur

- (1) National Kræftplan – status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen. Sundhedsstyrelsen, februar 2000
- (2) Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. Juni 2005
- (3) Kræftplan III, 2011. Sundhedsstyrelsen.
- (4) Kræftpatientens verden – en undersøgelse af, hvilke problemer danske kræftpatienter oplever. Anna Thit Johannesen et al. Forskningsenheden, Palliativ Medicinsk afdeling, H:S/Bispebjerg Hospital
- (5) Anbefalinger for den palliative indsats. 2011. Sundhedsstyrelsen.
- (6) Cancer.dk, tal fra Kræftens Bekæmpelse
- (7) ”Et specialiseret dagtilbud for patienter med avanceret kræftsygdom.” Overlæge MSc, Tove Bahn Vejlgård, Palliativt Team Vejle
- (8) ”Profil for specialsygehuset i Vejle”. Notat udarbejdet af planlægningsafdelingen, Sygehus Lillebælt Vejle. Vedtaget i Regionsrådet juni 2012.
- (9) Johnsen AT. Palliative needs in Danish patients with advanced cancer [Copenhagen, Denmark: Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen; 2008.

- (10) T Brogaard, M Neergaard, I Sokolowski, F Olesen, A B Jensen. “ Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients”. Palliative Medicine 2012.
- (11) M Neergaard, A B Jensen, J sondergaard, I Sokolowski, F Olesen, P Vedsted. “ Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark”. SJ of Caring Sciences.1471-6712.2011
- (12) “Kortlægning III. Den basale palliative indsats på sygehusene”. Lene Jarlbæk, Palliativt Videnscenter.
- (13) Dansk Palliativ Database, Årsrapport 2010. Sekretariatet for DMCG-PAL /Dansk Palliativ Database. Forskningsenheden, Palliativ medicinske afdeling, Bispebjerg Hospital
- (14) Dansk Palliativ Database, Årsrapport 2011. Sekretariatet for DMCG-PAL /Dansk Palliativ Database. Forskningsenheden, Palliativ medicinske afdeling, Bispebjerg Hospital .
(Version i høring 22.november 2012)
- (15) SAM-BO. Samarbejde om borger / patientforløb. Tværsektorielt samarbejde om alvorlige syge og døende patienter i Region Syddanmark
- (16) PAVI's kortlægning af den palliative indsats i danske kommuner. Ældrechefer m.v. 2009. Palliativt Videnscenter
- (17) Palliationsplan II. Regionshuset Viborg, april 2012
- (18) ” Hvad kan stamafdelinger tilbyde terminale patienter ?”- en undersøgelse af betydningen af en indledende systematisk behovssamtale.

