



Samarbejdsaftale om palliative indsatser

Præsentation af aftalen – til brug ved undervisning af personalet i kommuner, på hospitaler og hospicer

Hvorfor har vi udarbejdet en ny samarbejdsaftale om palliation?

- Vi vil løfte den palliative indsats på tværs af sektorerne og dermed understøtte, at de patienter, der har behov for en palliativ indsats, får den rette indsats på det rette tidspunkt
- Vi vil understøtte, at patienterne og de pårørende inddrages i tilrettelæggelsen af forløbene og, at deres ønsker og behov tilgodeses i det omfang, det er muligt

Konkret vil vi med aftalen (1):

- Sikre en sammenhængende palliativ indsats på tværs af sektorerne for patienterne og de pårørende
- Skabe lighed i adgangen til de palliative indsatser for målgruppen uanset diagnose og social baggrund
- Understøtte at de patienter, der har behov for en palliativ indsats, løbende og systematisk får vurderet deres behov og får en palliativ indsats svarende til deres ønsker og behov, på det rette specialiseringsniveau

Konkret vil vi med aftalen (2):

- Understøtte at patienterne og de pårørende bliver inddraget i forløbet og tilrettelæggelsen heraf
- Skabe en fælles faglig ramme og indhold for området
- Understøtte synergien og sammenhængen mellem tilbuddene
- Understøtte den fremadrettede kvalitet og udvikling, herunder it til dokumentation og tværsektoriel kommunikation

Målgruppe:

- Alle patienter uanset alder, diagnose og social baggrund, som har en livstruende eller livsbegrænsende (for børn og unge) sygdom
- Patienterne er i den tidlige og sene palliative fase samt den terminale fase
- Den palliative indsats starter, når patienten får diagnosticeret en livstruende sygdom

Hvilke dokumenter har vi taget udgangspunkt i?

 SUNDHEDSSTYRELSEN

Anbefalinger for den palliative indsats



Hovedpunkter i aftalen (1)

- Øget fokus på tidlig opsporing – Overraskelsesspørgsmålet og SPICT
- Identifikation af patientens palliative behov – EORTC-QLQ-C15-PAL
- Samtaler med patienten – Samtaleguide
- Afdækning af patientens ønsker for fremtidig pleje, behandling og forløb – Advanced Care Planning/ACP

Hovedpunkter i aftalen (2)

- Planlægningsmøder
- Palliativ beredskabsvagt udvides
- Opfølgning efter dødsfald
- Kompetenceudvikling

Niveauer for palliativ indsats (1)

Den palliative indsats på **basalt** niveau varetages:

- På hospitalet af sundhedsfagligt personale, som ikke er ansat i Enhed for lindrende behandling
- I eget hjem, på plejehjem eller på en kommunal korttidsplads af sundhedsfagligt uddannet personale i kommunerne og praktiserende læge

Niveauer for palliativ indsats (2)

Den palliative indsats på **specialiseret** niveau varetages:

- På hospitalet af personale fra Enhed for lindrende behandling
- Under indlæggelse på hospice af personalet på hospice og læger, som er tilknyttet hospice
- I eget hjem, på plejehjem eller på en kommunal korttidsplads af Enhed for lindrende behandling i samarbejde med hjemmesygeplejen og praktiserende læge

Hospitalernes ansvar

- At sikre tidlig og rettidig identifikation af patienter med palliative behov
- At opspore behandlingskrævende palliative symptomer så tidligt som muligt
- At yde lindrende behandling til patienten
- At afdække patientens ønsker til pleje, behandling og dødssted
- At henvise patienten til Enhed for lindrende behandling, hvis patienten har behov for en specialiseret indsats
- At henvise patienten til hospice, hvis patienten opfylder betingelserne herfor
- At tildele patienten en åben indlæggelse/åben kontakt

Enhed for Lindrende Behandlingsansvar

- At yde lindrende behandling til patienten og støtte til de pårørende
- At opspore behandlingskrævende palliative symptomer så tidligt som muligt
- At planlægge og koordinere den palliative indsats sektorerne imellem i den enkelte patients forløb
- At samarbejde med praktiserende læge og hjemmesygeplejen om den pågældende patient
- At yde omsorg og støtte til de pårørende både under og efter det palliative forløb
- At tilbyde uddannelse og vidensformidling til basispersonale i region og kommune
- At yde rådgivning til sundhedsprofessionelle og øvrig fagprofessionelle, der varetager basale palliative indsatser vedrørende konkrete patienter

Hospicernes ansvar

- At opspore behandlingskrævende palliative symptomer så tidligt som muligt
- At yde en lindrende indsats til patienterne
- At yde omsorg og støtte til de pårørende både under og efter det palliative forløb
- At tilbyde uddannelse og vidensformidling til basispersonale i region og kommune

Praktiserende lægers ansvar

- At sikre tidlig og rettidig identifikation af patienter med palliative behov
- At opspore palliative behandlingskrævende symptomer
- At være ansvarlig for den basale palliative behandling
- At være tovholder
- At være tilgængelig for patient og pårørende
- At samarbejde med Enhed for lindrende behandling og hjemmesygeplejen om den pågældende patient
- At deltage i planlægningsmøder
- At afdække patientens ønsker til pleje, behandling og dødssted
- At yde omsorg og støtte til de pårørende både under og efter det palliative forløb
- At henvise patienten til Enhed for lindrende behandling eller hospice

Kommunernes ansvar

- At sikre tidlig og rettidig identifikation af patienter med palliative behov
- At opspore behandlingskrævende palliative symptomer så tidligt som muligt
- At tildele patienten en kontaktperson/et kontaktteam
- At koordinere patientens pleje- og behandlingsforløb i den primære sektor og mellem primær og sekundær sektor
- At planlægge justeringer af den palliative pleje og behandling i samråd med den praktiserende læge og eventuelt i samarbejde med Enhed for lindrende behandling
- At koordinere og deltage i planlægningsmøde
- At bistå patienten i kontakt med andre aktører
- At samarbejde med Enhed for lindrende behandling og praktiserende læge om den pågældende patient
- At yde omsorg og støtte til de pårørende både under og efter det palliative forløb
- At afdække patientens ønsker til pleje, behandling og dødssted

Samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer

- Information om patientens behov og ønsker udveksles mellem sektorerne
- Hospitalet adviserer i god tid kommunen og praktiserende læge om udskrivelsen og patientens behandlingsniveau
- Afholdelse af planlægningsmøder
- Patientens ønske om fravalg af genoplivning udveksles mellem sektorerne

Børn og unge – basalt niveau

- Børneafdelingen foretager tidligst muligt i sygdomsforløbet en tværfaglig vurdering af behov for palliative indsatser
- I vurderingen af behov bør der være fokus på familiens behov og ønsker
- Fagpersoner i kommunerne varetager ikke selvstændigt basal palliativ indsats til børn, da patientgrundlaget er for lavt til erhvervelse af kompetencer og erfaring, og da barnet oftest har et vedvarende behov for højt specialiseret pædiatrisk behandling

Børn og unge – specialiseret niveau: Børn og unge team for lindrende behandling

- Varetager den specialiserede indsats til børn og unge
- Læge og sygeplejerske deltager i det første besøg enten under indlæggelse eller i barnets hjem. Hjemmebesøg planlægges evt. med deltagelse af det lokale formelle netværk (f.eks. praktiserende læge og hjemmesygeplejerske)
- Samarbejder med og rådgiver hospitalslæge, hospitalssygeplejerske, praktiserende læge, hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske
- Bagvagter på hospitalet, vagtlæger og hjemmesygeplejersker kan kontakte den børnepalliative beredskabsvagt

Børn og unge – specialiseret niveau: Strandbakkehuset

- Strandbakkehuset er det første nybyggede børne-ungehospice med plads til fire familier i Vestdanmark
- Alle børn og unge med livsbegrænsende eller livstruende sygdomme og deres familier kan tilbydes hospiceophold med lindring, aflastning og omsorg
- Fokus er også på støtte til de syge børns søskende, som ofte bliver glemt og klemte, når en bror eller søster er alvorligt syg
- Derudover vil der være et tilbud til familier, som har mistet et barn, på Strandbakkehuset

Pårørende

- Det er vigtigt at inddrage de pårørende i forløbet
- De sundhedsfaglige er ansvarlige for at vurdere, om de pårørende har behov for en indsats, og de sundhedsfaglige er forpligtede til at handle og iværksætte den nødvendige hjælp

Monitorering og kvalitetsudvikling

- Dansk Palliativ Database
- Audit
 - Gennemføres i klyngerne i 3. kvartal
 - Resultaterne tilgår Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget i 4. kvartal

Organisering af det lokale samarbejde

- Etablere netværksgrupper i klyngerne:
Repræsentanter fra kommunerne,
hospitalerne (Enhed for Lindrende
Behandling og andre afdelinger) og hospicer
samt praksiskonsulenter
- Formål:
 - Udvikle den palliative indsats i klyngen
 - Gennemføre audit

Nuværende udfordringer med udviklingspotentiale

- Elektronisk udveksling af tidstro informationer på tværs af sektorerne, eksempelvis EORTC-QLQ-C15-PAL, ACP-skema og behandlingstestamente
- Dokumentation i EPJ af SPICT, EORTC-QLQ-C15-PAL og ACP-skema
- Videreudvikling af undervisningsmateriale til opsporing af palliative behov for på det basale niveau
- Udbygge muligheden for virtuelle kontakter med patienterne

Hvor findes aftalen?

- Aftalen, flowdiagram med handlinger samt beskrivelsen af de enkelte handlinger findes på www.sundhedsaftalen.rm.dk

Hvem har udarbejdet aftalen?

- Aftalen er udarbejdet af:
 - En kommunal repræsentant fra hver klynge (sygeplejersker og områdechef)
 - En regional repræsentant fra hver hospitalsenhed (overlæger og oversygeplejersker)
 - 3 hospicechefer
 - 1 praksiskoordinator
 - 1 repræsentant fra Patientinddragelsesudvalget
- Formandskabet:
 - Sygeplejefaglig direktør Ida Gøtke, HEV
 - Sundheds- og Ældrechef Charlotte Gjørup, Horsens Kommune