

BESKRIVELSE (OG AFGRÆSNING) AF SPECIALISERET PALLIATIV INDSATS (SPI)

29.01.2019

Situationsbeskrivelse

Specialiseret palliativ indsats (SPI) er et fagområde i hastig udvikling med et aktuelt meget lille behandlingsvolumen i forhold til et meget stort behov. SPI omfatter både hospice og palliative enheder/teams/afsnit på sygehuse.

Området er ganske nyt, og der er på få år etableret mere end 40 specialiserede enheder i landet, inklusive hospice. Det betyder, at mange enheder er nyetablerede og under såvel faglig som organisatorisk udvikling. Således er mange små enheder i proces for at udvikle deres tværfaglighed, og stort set alle enheder har udviklingsplaner for de enkelte medlemmer af de tværfaglige teams med henblik på at opnå tilstrækkelig faglighed gennem videreuddannelse.

Derudover fremgår det af Sundhedsstyrelsens (SST) omkostningsdatabase, at omkostningerne for SPI er særdeles inhomogene, hvilket er et udtryk for, at det dels er meget komplekst at omkostningsbestemme denne indsats, dels at indsatsen, der ydes er inhomogen/under udvikling.

I Danmark har man i SPI næsten udelukkende behandlet cancerpatienter til trods for, at SST allerede i deres retningslinje fra 2011 præciserede, at SPI skal omfatte alle livstruende syge patienter med behov. Denne målsætning blev yderligere understreget i den opdaterede retningslinje i 2017. Hvis man skal tilbyde bedre palliation til non-maligne patienter kan man enten forbedre kvaliteten af den basale palliation, eller give patientpopulationen adgang til SPI. Kun sidstnævnte giver adgang til diagnosekoden DZ515S.

På den baggrund står vi nu i en situation, hvor SPI skal samarbejde med nye specialer (lungemedicin, nefrologi, neurologi etc.), hvor specialiseret palliativ indsats endnu ikke er konsolideret, og hvor økonomiske og organisatoriske rammer endnu ikke er valideret. Organisatorisk er situationen bekymrende, da SPI er underlagt andre specialer med henblik på at løse disse enheders overbelægning og foretage besparelser ved overlappende personalefunktioner. Under disse omstændigheder kan fagligheden let udvandes, og anvendelsen af de palliative DRG-takster for dette område anvendes yderst tvivlsomt i forhold til hensigten, hvilket er afdækket på møder mellem SST, Sundhedsdatastyrelsen og Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM) mellem 2008 og 2015. En sammenlægning gør også definering af den opgaveløsnede afdeling vanskelig, hvorfor det er et krav med selvstændig fysik for SPI-afdelingen, suveræn visitationsret og en tydelig velafgrænset enhed med personale, der udelukkende er i enheden i overensstemmelse med deres ansættelsesbrøk, og således ikke har opgaver i dette tidsrum udenfor SPI. DSPaM arbejder for, at specialiseret palliation bliver et lægeligt speciale, hvilket vil lette og tydeliggøre afgrænsningen.

Denne problematik forværres potentielt af, at tidligere indsats også er ønskværdig, hvilket er vanskeligt at imødekomme, da kapaciteten allerede nu er utilstrækkelig (Dansk Palliativ Database).

DSPaM og Sundhedsdatastyrelsen er enige om, at der fortsat skal foregå et særligt udviklingsarbejde på dette felt, og at man derfor må have stor opmærksomhed på anvendelsen af taksterne, der gives til SPI.

Baggrunden for ændringen i registrering er, at en del af de faktorer, der betingende den forrige registreringsmodel er forandret. Alle palliative enheder har indført EORTC, så det behøver ikke være et procedurekrav, og listen af relevante bi-diagnoser var utilstrækkelig med vores udvidede kontakt til patienter med andre diagnoser end cancer. Den komplekse kobling mellem aktions- og bidiagnose - som vanskeliggjorde korrekt registrering for udefrakommende, hvilket var et administrativt ønske som begrænsende faktor for u hensigtsmæssig anvendelse af disse takster - er ikke længere nødvendig, da Sundhedsdatastyrelsen nu går i direkte dialog med afdelinger, der anvender koder ukorrekt.

Endelig ville man også i den nye registrering have en sammenhæng mellem takternes størrelse og reel værdi for patienterne. På den baggrund giver det mening at registrere faggruppekontakter således at, når en patient har kontakt med flere faggrupper - enten på en gang eller konsekutivt på samme dag - giver det højere værdi og dermed grundlag for højere takst. Det er afdækket, at man under den gamle registreringsform optimerede honorering ved at byde patienter, der skulle have flere kontakter, at de blev spredt over flere dage for dermed at øge honorering.

På sigt er DSPAM også interesseret i at se på disse kontaktmønstre for at finde ud af, om der er forskelle og hvad der i så fald betinger dem fagligt med henblik på gradvis optimering.

Fagligt indhold og organisatoriske rammer for Specialiseret Palliativ Indsats (SPI)

Specialiseret palliativ indsats er en specialiseret, tværfaglig teambaseret indsats til patienter med en livstruende sygdom, som er ledsaget af komplekse palliative problemstillinger af fysisk, psykisk, social og/eller eksistentiel karakter, der ikke kan lindres tilstrækkeligt af basis-niveauet, hvilket vil sige den del af sundhedsvæsenet, hvor palliation er en delopgave i modsætning til SPI, hvor palliation er hovedopgaven.

Alle fire dimensioner - fysisk, psykisk, social og eksistentiel – skal vurderes af højeste faglige niveau, der derefter kan uddelegere eller dele opgaven med fagpersoner med anden ekspertise i

teamet. Støtte til pårørende/efterladte er ligeledes en konkret opgave i SPI for blandt andet at lette caregiver-byrden samt forebygge og evt. behandle langvarig sorglidelse.

I den første, indledende kontakt med patienten og evt. pårørende skal en læge indgå i det tværfaglige team, så der med det samme kan tages stilling til eventuelle behandlingsinitiativer. Diagnosekoden DZ515S kan således alene bruges, hvis en læge indgår i den første patient-kontakt. Endvidere skal der ved længere forløb være repetitiv lægekontakt. Erfaringen viser, at læger og sygeplejersker ikke screener/henviser optimalt for alle fire dimensioner, hvorfor det er meningsfyldt, at andre fag såsom psykolog, socialrådgiver, præst og fysioterapeut har direkte adgang til patient-populationen for denne vurdering.

En anden forudsætning for brug af DZ515S er, at den pågældende patient indberettes til den kliniske database Dansk Palliativ Database, som med udgangspunkt i det enkelte patientforløb overvåger, evaluerer og kvalitetsudvikler den kliniske kvalitet af den specialiserede palliative indsats i Danmark.

Med afsæt i ovenstående indledende betragtninger, listes definitioner, krav og opgaver nedenfor.

Definitioner

- SPI ydes af specialiseret tværfaglig enhed, afsnit eller team.
- En enhed består af sengeafdeling, et udkørende team og en ambulant funktion, der alle opfylder kriterier for specialiseret palliativt niveau.
- Et hospitalsbaseret team eller afsnit består af udkørende funktion og ambulatorium uden et sengeafsnit, der alle opfylder kriterier for specialiseret palliativt niveau.

Minimumskrav til SPI (palliative enheder/teams/afsnit)

- a. Veldefineret fysisk afgrænsning fra andre patienter/afdelinger.
- b. Fire forskellige faggrupper ansat på samme adresse som minimum med funktion i det palliative team/enhed/afsnit.
- c. To af faggrupperne skal være læger og sygeplejersker, og hovedparten heraf skal være ansat fuldtid i afsnittet/teamet/enheden.
- d. Af øvrige fagprofessionelle skal mindst to professioner være i 50% ansættelse i enheden/teamet, og have patientrettede opgaver i det tidsrum.
- e. Ved nyetablering bør der laves en udviklingsplan, såvel for enheden som for de ansatte individuelt, som sikrer opbygning af relevant ekspertise under supervision/mentorordning af anerkendte specialister, i særdeleshed når indsatsområdet ønskes udviklet fra kun at omhandle kræftpatienter og 'end of life care'.

- f. Det specialiserede palliative team/enhed/afsnit indberetter alle patienter til Dansk Palliativ Database
- g. Suveræn visitationsret
- h. Alle patienter skal have adgang til alle faggrupper efter behov. Hvis patienten kun har behov for at se en faggruppe over længere tid, bør patienten afsluttes.

Uddannelseskrav:

- a. Mindst én læge i enheden har opnået fagområdegodkendelse i palliativ medicin.
- b. Det tilstræbes, at mindst én sygeplejerske er specialist i palliativ indsats svarende til niveau C i DMCG-PAL/DSR*
- c. Øvrige fagprofessionelle har kompetenceniveau C eller tilsvarende eller kan dokumentere en løbende dygtiggørelse med C-niveau som mål.
- d. Den faglige bedømmelse af overlæger, forud for ansættelse til disse enheder bør bestå af fagområdespecialister, således at der kan laves en uddannelsesplan for overlæger, der ikke har fagområdespecialist-kompetence, så at de hurtigst muligt opnår den (Se fagområdebeskrivelse LVS)

*Da den autoriserede C-godkendelse af sygeplejersker først kom i 2018, er der aktuelt ikke tilstrækkelige sygeplejersker på C-niveau til, at det meningsfyldt kan opstilles som et krav.

Arbejds måde:

- a. Enheden arbejder tværfagligt og teambaseret, således at alle faggrupper er tilgængelige for alle patienter og deres pårørende og aktive efter behovene og der afholdes mindst én tværfaglig konference ugentligt som del af det planlagte arbejde, hvor alle deltager.
- b. Systematisk symptomscreening af patienter er indarbejdet som rutine
- c. Enheden indberetter til Dansk Palliativ Database.
- d. Patienten har fast kontaktlæge/sygeplejerske og kontinuitet med disse.
- e. Overlæger med fagområdeanerkendelse er visiterende

Opgaver:

- a. Enheden vil have klinisk rettede opgaver mod patienter i ambulatorium, udefunktion i hjemmet og evt. eget sengeafsnit
- b. Tilsynsvirksomhed/rådgivning/konsulentbistand til fagpersoner og afsnit som udøver basal palliation
- c. Udviklings/undervisningsopgaver i forhold til eget hospital, samt i forhold til primærsektor i samme område etc.
- d. Forskningsopgaver om muligt

