

2024

Den palliative indsats i Kræftplan V

UDFORDRINGER OG LØSNINGER
FAGLIGT SELSKAB FOR PALLIATIONSSYGEPEJERSKER





Fagligt Selskab for Palliationssygeplejerskers anbefalinger til Kræftplan V

Da Sundhedsstyrelsen (SST) i 2011 og 2017 udgav deres anbefalinger for Den Palliative Indsats, var det med temaerne patientforløb/kapacitet, uddannelse og kompetenceudvikling, organisering/ansvar og kvalitetsudvikling og forskning. Dette er vigtige områder for en velfungerende palliativ indsats, og stort set de samme centrale områder, som Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker (FSP) vil pege på i forbindelse med Kræftplan V. Vi ser kompetenceudvikling som den vigtigste nøgle til at forbedre den Palliative Indsats. Efter Rigsrevisionens kritik i 2020, er meget energi lagt i at implementere behovsvurderinger. FSP mener, at det er vigtigt med værktøjer, der kan sikre, at alle patienter med behov tilbydes en palliativ indsats. Det kan dog efter vores bedste vurdering ikke stå alene. Med dette oplæg vil vi argumentere for, hvorfor der i endnu højere grad bør sættes på en plan for kvalitet, organisering og kapacitet – men vigtigst af alt uddannelse og kompetenceudvikling.

Kvalitet i den palliative indsats

Rigsrevisionens kritik af, at der mangler systematisk afdækning af palliative behov, betyder i værste fald, at ikke alle med behov får hjælp til at få lindret svære symptomer som fx smerter, åndenød, depression, angst m.v. Det er også dokumenteret, at der er ulige adgang til Palliativ Indsats. Der er udviklet validerede redskaber til at identificere palliative behov (SPICT og PRO-palliation). Desværre er disse værktøjer i dag en KAN-opgave, dvs. de sikrer ikke en systematisk afdækning af patienters palliative behov, sådan som de ellers har potentiale til. Det medfører, at der i dag er patienter med palliative behov, som ikke tilbydes den rette hjælp. FSP anbefaler, at værktøjerne bliver en SKAL-opgave, som anvendes systematisk til alle patienter med livstruende sygdom.

Alt for mange patienter får først meget sent i deres behandlingsforløb talt om deres ønsker til pleje og behandling med deres behandlere. Forskning peger på, at ACP-samtaler kan være faciliterende for vigtige samtaler om behandlingsmål og forventninger mellem patienten, de pårørende og de sundhedsprofessionelle. Et studie har vist, at det kan være med til at forbedre patienttilfredsheden og livskvaliteten for mennesker med uhelbredelig sygdom, samtidig med at det reducerer stress, angst og depression hos pårørende. Et afklaret behandlingsniveau kan tilmed forebygge overbehandling. FSP mener derfor, at alle palliative patienter bør tilbydes en ACP-samtale af personale, der er klædt på til opgaven.

Der findes i dag meget sparsomme muligheder for at vide noget om kvaliteten i den Basale Palliative Indsats. Det skyldes bl.a. at Dansk Palliativ Database i dag kun omfatter data for den Specialiserede Palliative Indsats. FSP anbefaler at indføre kvalitetsstandarder/kvalitetsmål med dertilhørende indikatorer på det basale niveau med to formål for øje. Dels at sikre at der holdes fokus på den Palliative Indsats i alle relevante enheder på sygehuse og i primær sektor, men dels også for at kunne måle på, hvordan iværksatte tiltag virker over de næste år.



Derudover er der et stort forskningspotentiale i den Palliative Indsats, som ikke bliver løftet. Mange af de forskningsprojekter, som Specialiseret Palliativ Indsats indgår i, er udefrakommende projekter, typisk udført af andre faggrupper som fx antropologer og psykologer. Det skal sikres, at de specialiserede enheder selv er i stand til at forske og udvikle i fx palliativ sygepleje og medicin. I dag er meget viden erfaringsbaseret, der mangler evidensbaserede studier, som skal være med til at sikre kvalitet i fremtidens Palliative Indsats. Der bør oprettes puljer med mulighed for økonomiske midler til dette område, ligesom der også bør sættes på at sikre akademiske palliative kompetencer.

FSP anbefaler

Redskaberne SPICT og PRO-palliation, ACP-samtale bør være kendt af alle, der arbejder med mennesker med livstruende sygdom. Redskaberne bør være en SKAL-opgave

Der skal udvikles kvalitetsstandarder for den Palliative Indsats, så det bliver muligt at følge udviklingen de kommende år.

Der skal afsættes puljer med midler til udvikling og forskning i palliativ sygepleje

Behov for uddannelse og kompetenceløft

At implementere behovsvurderinger kan aldrig stå alene. Man risikerer at screene for behov, som personalet ikke har kompetencer til at følge op på. I vores praksis oplever vi, at det især kan være de psyko-soziale og eksistentielle palliative behov, der er størst faglig usikkerhed omkring. Det er frustrerende for alle parter, dvs. patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle at afdække behov, som der ikke følges op på. Der er behov for mere grundviden hos alle sundhedsprofessionelle omkring, hvad palliative indsatser indbefatter. Igangværende undersøgelser viser, at det i dag er meget varieret, hvad elever og studerende på SOSU-skoler og sygeplejerskeuddannelser bliver undervist i. Studierne tyder på, at det afhænger af, om der blandt underviserne findes "palliative ildsjæle". Palliation er tværfagligt, og der bør sikres et fælles fagligt fundament for alle sundhedsuddannelser, som gør det muligt at anvende de samme begreber og forståelser i praksis, sådan som Sundhedsstyrelsen (SST) tidligere har anbefalet det (2011,2017) Der er i dag fortsat behov for at præcisere indholdet og omfanget på uddannelsesinstitutionerne, så det sikres, at patienter med palliative behov ikke blot får afdækket deres behov, men at der rent faktisk også er kompetencer til at følge op på disse. Kompetencerne må ikke være begrænset til lokale ildsjæle, men skal bero sig på veluddannet personale, så der sikres ensartet behandling.

Sundhedsstyrelsen har tidligere anbefalet, at man skulle kunne videreuddanne sig til kompetenceniveau B og C, dvs. gennem postgraduat uddannelse. I dag er det uklart, hvordan man som sygeplejerske opnår disse kompetencer. Der er behov for, at sygeplejersker har adgang til mere viden, end hvad to diplommoduler kan rumme. FSP peger på behovet for en specialuddannelse, som vi mener er relevant for både basalt og specialiseret niveau

Specialiseret niveau har i dag ansvaret for at undervise og løfte den Basale Palliative Indsats, en opgave, som kan være svær at varetage, hvis man ikke har formel uddannelse på et højere niveau end kolleger på basalt niveau. Forskning har afdækket, hvilke kompetencer der er nødvendige på henholdsvis basalt og specialiseret niveau. Dette bør omsættes til praksis, så Basal og Specialiseret



Palliation ikke blot defineres af organisatoriske forhold, men også med faglige niveauforskelle. Kun på den måde, kan det specialiserede niveau for alvor løfte det basale, som beskrevet i SST's anbefalinger.

Basalt niveau har allerede nu og endnu mere i fremtiden ansvaret for at kvaliteten af den palliative indsats i primær sektor og på sygehusafdelinger. De sygeplejersker, der i dag har et særligt ansvar for at løfte den Palliative Indsats i en kommune har vist sig at have stor betydning for bl.a. implementering af nationale anbefalinger, og der bør sættes mere på at alle kommuner og afdelinger har sådanne kompetencer til rådighed, hvilket allerede blev nævnt i Kræftplan IV.

FSP anbefaler

Der bør være mere ensrettede krav til grunduddannelserne, hvor palliation bør være en integreret del af alle sundhedsuddannelser med mere vægt end i dag.

Der bør oprettes en specialuddannelse i palliativ sygepleje, vil dække behov på både basalt og specialiseret niveau.

Organisering og kapacitet

WHO anser den Palliative Indsats for at være en menneskerettighed, hvilket betyder, at Palliativ Indsats bør være et essentielt tilbud i Sundhedsvæsenet og ikke en luksus. I dag er palliation for mange forbundet med smertelindring og omsorg de sidste levedøgn, hvilket er en snæver måde at anskue Palliativ Indsats på. Palliation bør, som SST har anbefalet det, tænkes ind tidligt i forløbet i tæt samarbejde med rehabiliterende indsatse. Skal der være lige adgang for andre diagnosegrupper, som beskrevet i SST's anbefalinger, så kræver det, at man laver beregninger på, hvilken kapacitet det kræver. Er der fx sengepladser nok på de specialiserede enheder? Er der ressourcer nok i de palliative teams? Hvilke opgaver skal varetages på det basale niveau?

WHO anslår at behovet for palliation er fordoblet i 2060, hvordan skal den palliative kapacitet se ud til den tid? I dag er den Palliative Indsats organiseret som et kludetæppe. Godt nok med en opdeling i basalt og specialiseret niveau. Men herudover bliver palliation ofte organiseret under en onkologisk, anæstesiologisk eller geriatrisk afdeling. Udfordringen ved at lægge det ind under andre specialer er, at det aldrig får den opmærksomhed og de ressourcer, som det har brug for set i relation til patientgrundlaget, men vedbliver at være et appendix. Hvert år dør 60.000 danskere, og måske skal man indføre en "palliationsgaranti" med nogle dertilhørende patientrettigheder, så alle patientgrupper behandles lige. Der er brug for en klar organisatorisk struktur og ansvarsfordeling, der understøtter det tilbud, som man ønsker at tilbyde patienterne. Det er vigtigt, at man får tænkt over grænsefladerne til senfølgeklinikkerne og rehabiliteringsområdet, da der her er en stor faglig fællesnævner. Samarbejde og fælles videns udveksling skal sikres, så man ikke følger hvert sit spor og patienterne lander mellem flere stole.

FSP anbefaler

At man overvejer, hvad den rette organisering og kapacitet er for området i fremtiden

At man overvejer, om Palliativ Indsats på sigt skal være en patientrettighed i form af en "palliationsgaranti"