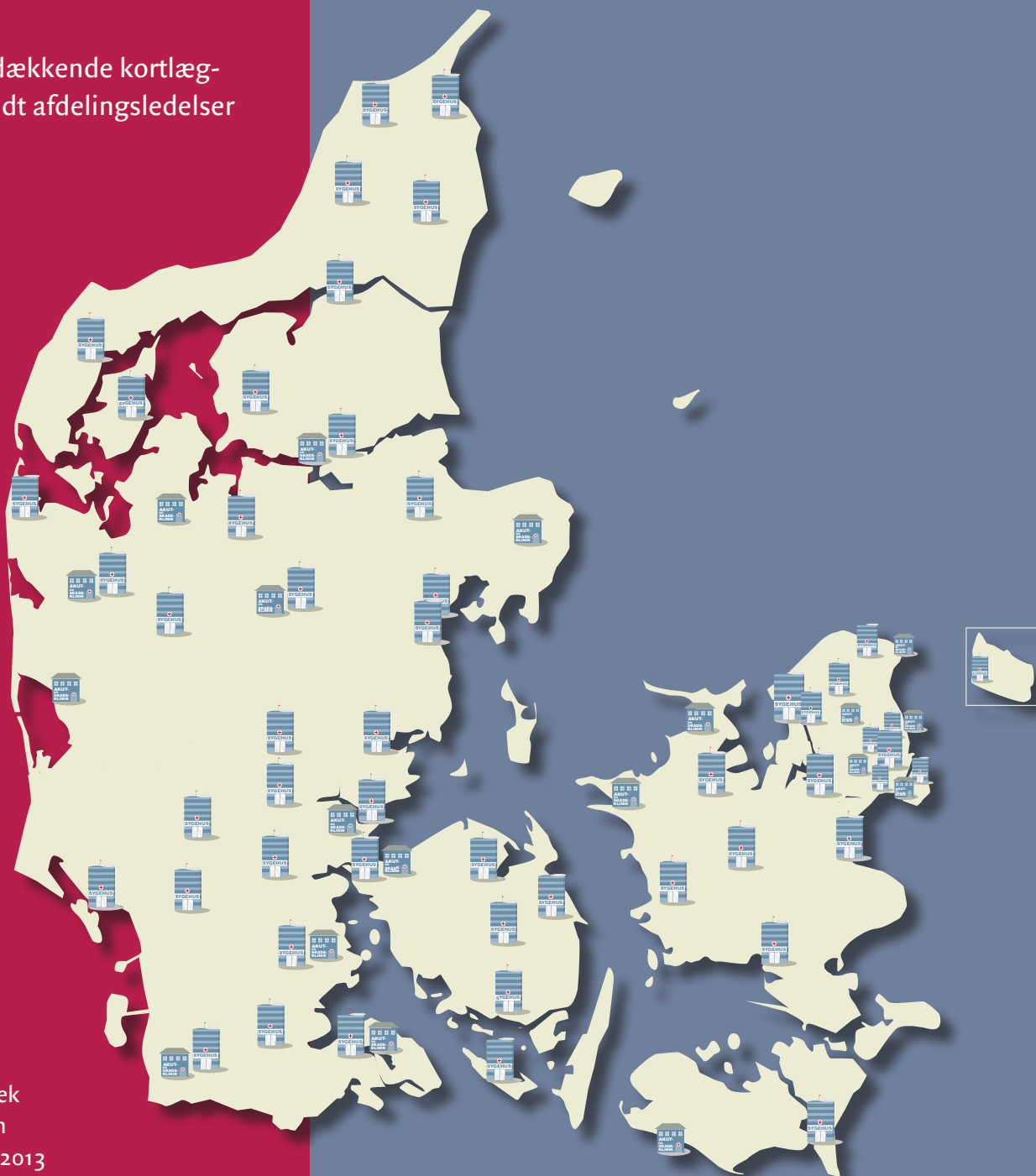


---

# HOSPITALERNES PALLIATIVE INDSATS PÅ BASALT NIVEAU

---

En landsdækkende kortlægning blandt afdelingsledelser



Lene Jarlbæk  
Helle Timm  
December 2013



# Hospitalernes palliative indsats på basalt niveau

En landsdækkende kortlægning blandt afdelingsledelser

---

Lene Jarlbæk og Helle Timm

December 2013

# INDHOLD

FORORD.....	5
DEFINITIONER OG FORKORTELSER.....	6
1. RESUMÉ.....	7
2. INDLEDNING.....	11
2.1 FORMÅL OG DESIGN.....	11
2.2 BAGGRUND.....	12
2.3 OVERSICHT OVER ADSPURGTE OG DELTAGENDE AFDELINGER I KORTLÆGNINGEN.....	14
3. RESULTATER.....	18
3.1 SAMMENFATNING AF BESVARELSERNE.....	19
3.1.1 <i>Indledende spørgsmål</i> .....	19
3.1.2 <i>Tema 1: Afdelingernes involvering i palliation</i> .....	20
3.1.3 <i>Tema 2: Afdelingens rammer for den palliative indsats</i> .....	21
3.1.4 <i>Tema 3: Afdelingens overordnede praksis omkring den palliative indsats</i> .....	22
3.1.5 <i>Tema 4: Afdelingens daglige praksis omkring den palliative patient</i> .....	22
3.1.6 <i>Tema 5: Afdelingens palliative indsats omkring patienter, hvor snarlig død kan forventes</i> .....	24
3.1.7 <i>Tema 6: Administrative/organisatoriske emner omkring afdelingens palliative indsats</i> .....	25
3.2 VURDERING AF RESULTATERNES VALIDITET OG GENERALISERBARHED.....	26
3.3 FIGURER OG TABELLER.....	27
3.3.1 <i>Indledende spørgsmål</i> .....	27
3.3.2 <i>Tema 1: Afdelingernes involvering i palliation</i> .....	30
3.3.3 <i>Tema 2: Afdelingens rammer for den palliative indsats</i> .....	39
3.3.4 <i>Tema 3: Afdelingens overordnede praksis omkring den palliative indsats</i> .....	44
3.3.5 <i>Tema 4: Afdelingens daglige praksis omkring den palliative patient</i> .....	45
3.3.6 <i>Tema 5: Afdelingens palliative indsats omkring patienter, hvor snarlig død kan forventes</i> .....	52
3.3.7 <i>Tema 6: Administrative/organisatoriske emner omkring afdelingens palliative indsats</i> .....	55
3.3.8 <i>Figurer og tabeller: Validitet og generaliserbarhed</i> .....	61
3.4 AFDELINGSLEDELSESNES BUD PÅ FORBEDRING AF DEN PALLIATIVE INDSATS.....	65
4. MATERIALER OG METODE.....	69
4.1 OM SPØRGESKEMAET.....	69
4.1.1 <i>Praktisk</i> .....	69
4.1.2 <i>Indholdsmæssigt</i> .....	70
4.1.3 <i>Bearbejdning af resultaterne</i> .....	72
4.2 DIVERSE.....	74
4.2.1 <i>Etik</i> .....	74
4.2.2 <i>Projektorganisering og samarbejdspartnere</i> .....	74
4.2.3 <i>Finansiering</i> .....	74
5. DISKUSSION OG PERSPEKTIVER.....	75
5.1 DISKUSSION.....	75
5.1.1 <i>Strukturelt og organisatorisk indhold i afdelingernes palliative indsats</i> .....	76
5.1.2 <i>Ressourcer til palliativ indsats</i> .....	78
5.1.3 <i>Afdelingsledelsernes bud på forbedring af den palliative indsats</i> .....	79
5.2 PERSPEKTIVER.....	81
6. INDEX: TABELLER OG FIGURER.....	83
TABELLER.....	83
FIGURER.....	84
REFERENCER.....	86

## FORORD

Den basale palliative (lindrende) indsats foregår på hospitaler og i eget hjem. En stor del af danskerne (ca. 48 %) dør på et hospital, og både de og en stor del af de, der ikke dør på hospitalet, har forudgående levet med sygdomsforløb, der har krævet indlæggelse eller ambulante forløb på hospitalet. Hospitalerne har derfor en vigtig og udbredt rolle i de palliative forløb.

Indtil nu har vi ikke haft en systematisk, dokumenteret viden om rammerne for og varetagelsen af den palliative opgave på hospitalsniveau. I denne rapport præsenteres resultaterne af den første kortlægning af danske hospitalers basale palliative indsats.

Palliativt Videncenter (PAVI) har siden 2009 blandt andet haft til opgave at kortlægge den palliative indsats i Danmark. Kortlægningerne har haft fokus på henholdsvis den specialiserede indsats, kommunernes indsats og hospitalernes indsats. Resultaterne er præsenteret i rapporter, i oplæg og foredrag, på nationale konferencer, på [www.pavi.dk](http://www.pavi.dk) m.v. (se referencer bagest). Den 6. november 2012 afholdt PAVI en national konference i Vejle om basal palliativ indsats på danske hospitaler og i september 2013 en national konference i Aalborg med fokus på udvikling af indsatsen på afdelingsniveau. Men det er først med denne rapport, at resultaterne af den systematiske kortlægning på afdelingsniveau gøres tilgængelige.

Kortlægningen af hospitalernes basale palliative indsats omfatter tre dele; en beskrivelse af de fem regioners planer for palliativ indsats, en spørgeskemaundersøgelse blandt de 32 sygehusledelser ved de 43 danske hospitaler og endelig en spørgeskemaundersøgelse blandt 410 afdelingsledelser. Denne rapport omhandler sidstnævnte, og de to første dele af kortlægningen omtales kun kort her, men resultaterne er tilgængelige på [www.pavi.dk](http://www.pavi.dk).

Kortlægningen omfatter alle de sygehusafdelinger i Danmark, som har patientkontakt. I alt besvarede 318 afdelingsledelser (78 %) spørgeskemaet, 269 (85 %) af dem angav, at deres patientklientel kunne rumme patienter med palliative behov, og 232 (73 %) angav at de ydede en palliativ indsats til disse patienter. Det er rammer og indhold for denne indsats, som resultaterne drejer sig om. Spørgsmålene omfatter seks temaer med 37 tilhørende spørgsmål; Afdelingens involvering i -, rammer for - og praksis for palliativ og terminal indsats samt administrative og organisatoriske spørgsmål vedrørende samme.

Resultaterne anses for gyldige i forhold til formålet med undersøgelsen: at undersøge de strukturelle rammer for basal palliativ indsats på danske sygehusafdelinger.

Vi vil gerne hermed sige en stor tak til alle, der har bidraget til kortlægningen. Særligt til de afdelingsledelser, der har taget sig tid til at udfylde spørgeskemaet, og til den referencegruppe der har fulgt projektet på vej. Ansvar for rapporten er dog alene PAVIs.

Vi håber at afdelingsledelser, hospitalsledelser, regioner, fagfolk, forskere m.fl. kan finde inspiration i rapporten til videre udvikling af indsatsen for mennesker ramt af livstruende sygdom.

November 2013

**Lene Jarlbæk**

Projektleder, overlæge

Palliativt Videncenter

**Helle Timm**

Centerchef, professor

Palliativt Videncenter

## DEFINITIONER OG FORKORTELSER

**Palliativ indsats** WHO's definition fra 2002, som også anvendes af Sundhedsstyrelsen:

Palliativ indsats er "at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for 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 art".

**Palliative patienter** Patienter med en livstruende sygdom, som ikke er forbigående (inkluderer også kroniske tilstande, hvor gradvis forværring kan medføre død), og som har behov for en palliativ indsats.  
Se "Metode"-afsnittet side 70 for nærmere omtale af begrebet: "palliative patienter".

### I Danmark er den palliative indsats organiseret i:

- en **specialiseret** indsats som omfatter palliative teams, enheder, afdelinger og hospices, hvor personalet er specialuddannet i palliation og kun beskæftiger sig med palliation.
- en **basal** indsats som foregår på sygehusafdelinger, blandt praktiserende læger og på kommunalt niveau, hvor personalet ikke er specialuddannet, og hvor palliation kun er en delmængde af de opgaver, stedet skal løse.
- PAVI Palliativt Videncenter ([www.pavi.dk](http://www.pavi.dk))
- DDKM (IKAS) Den danske kvalitetsmodel (<http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig.aspx>)
- Politik (IKAS) fra IKAS' begrebsliste:  
Beskrivelse af hvilke intentioner sygehuset har i forhold til et specifikt emne/område; afspejler organisationens standpunkter og værdier.  
[http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse-\(2013-2016\)/Bilag-1-6/Bilag-5.-Begrebsliste.aspx](http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse-(2013-2016)/Bilag-1-6/Bilag-5.-Begrebsliste.aspx)
- DRG-takster Diagnose Relaterede Grupper (<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsoekonomi.aspx>)  
DRG-takster beregnes ved at knytte omkostninger ved patientbehandling til de enkelte DRG-grupper. Ved omkostningsstudier på sygehusene fastsættes udgifterne ved patientrelaterede behandlingsydelser, således at den enkelte patients ressourcetræk på et sygehus kan forklares. DRG-taksterne er gennemsnitstakster for ressourcetrækket ved behandling af patienterne i de enkelte DRG-grupper.

## 1. RESUMÉ

Denne nationale kortlægning af hospitalernes palliative indsats på basalt niveau afdækker organisatoriske og strukturelle rammer for den palliative indsats, som foregår på sygehusafdelingerne. Kortlægningen baserer sig på en spørgeskemaundersøgelse sendt til samtlige 410 afdelingsledelser på sygehusafdelinger med patientkontakt, som kunne identificeres ud fra en gennemgang af alle offentlige danske hospitalers hjemmesider. I alt responderede 318 afdelinger, og deres fordeling er repræsentativ for alle 410 afdelinger. Spørgeskemaet var målrettet afdelingsledelserne, og mindst 87 % af respondenterne tilhørte målgruppen. Afdelingsledelsernes svar vedrørende afdelingernes palliative indsats anses derfor at være repræsentative for alle afdelinger med patientkontakt i Danmark.

**Palliative patienter** var at finde blandt patientklientellet på 85 % af landets sygehusafdelinger med patientkontakt, varierende fra 100 % til 52 % afhængigt af afdelingstype.

**En palliativ indsats** blev anført som en del af afdelingens ydelser blandt 73 % af landets sygehusafdelinger med patientkontakt, og 64 % angav at have fokus på indsatsen. Det var sædvane blandt 59 % af afdelingerne at forholde sig til, om en patient var palliativ, og 54 % iværksatte rutinemæssigt en palliativ indsats, når en patient blev skønnet at være palliativ. Hovedparten af disse afdelinger beskrev deres indsats som rettet både mod fysiske symptomer og ”andre problemer af psykisk, psykosocial og åndelig art”.

Cirka 55 % af afdelingerne angav, at de henviste palliative patienter til **det specialiserede palliative niveau** i et eller andet omfang (32 % ”altid” eller ”ofte”). Kun 6 % af de afdelinger, som angav at yde en palliativ indsats, havde mulighed for at kontakte det specialiserede niveau på alle tidspunkter i døgnet, mens 64 % kunne kontakte det specialiserede niveau på hverdage i dagtiden. Kun 11 % af afdelingerne angav, at de anvendte det specialiserede niveaus ekspertviden til at løfte personalets kompetencer indenfor den palliative indsats.

Tres procent af afdelingsledelserne mente, at deres hospital havde en overordnet **politik for den palliative indsats**, mens 33 % angav at deres egen afdeling havde en politik for indsatsen. På de somatiske afdelinger mente 67 %, at deres hospital havde en overordnet politik, mens det kun var tilfældet blandt 18 % af de psykiatriske afdelingsledelser.

(”Politik ” er defineret i Den Danske Kvalitetsmodel ,DDKM(n.d.) for sygehuse som: ”En beskrivelse af, hvilke intentioner sygehuset har i forhold til et specifikt emne/område; afspejler organisationens standpunkter og værdier”).

**Blandt de forskellige afdelingstyper** kunne stort set alle medicinske afdelinger (93 %) tilbyde en palliativ indsats, mens 77 % af de kirurgiske afdelinger og 43 % af de psykiatriske afdelinger kunne tilbyde en palliativ indsats. Fokus på afdelingernes palliative indsats skyldtes overvejende plejepersonalet, afdelingsledelsen selv og afdelingens læger. Det specialiserede palliative niveau blev anført som medvirkende til at sætte fokus på den palliative indsats blandt 31 % af de responderende afdelinger, og kun 19 % anførte sygehusledelsen som medvirkende.

Kun 17 % af landets afdelinger med patientkontakt havde **allokeret ressourcer specielt til afdelingens palliative indsats**, varierende fra 32 % i Region Nordjylland til 10 % i Region Hovedstaden. Kun 14 % havde allokeret ressourcer til kompetenceløft for personalet specielt med henblik på den palliative indsats, 10 % havde ansat personale, og 7 % havde udvidet de fysiske rammer. Afdelinger, som ikke havde allokeret ressourcer specielt til den palliative indsats, til trods for at de angav at yde en sådan, udgjorde 53 % af alle landets afdelinger med patientkontakt. Der var indsatsen hovedsagligt etableret ved omorganisering og ved "at løbe hurtigere".

Kun 27 % af afdelingsledelserne anførte at sygehusledelsen havde udstukket **rammer for afdelingens palliative indsats**. Det var ikke specificeret, om det drejede sig om økonomiske og/eller kvalitetsmæssige rammer. Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM(n.d.) anfører for eksempel 3 standarder med relevans for den palliative indsats – de kunne måske have været opfattet som rammer for afdelingens indsats. Det drejer sig om Standard 2.7.5, Standard 2.19.1 og 2.19.2, som henholdsvis omhandler smertevurdering og smertebehandling, palliativ behandling af den uhelbredelige patient og omsorg for pårørende samt omsorg for den afdøde patient.

**Målgruppen for den palliative indsats** var for 59 % af afdelingerne rettet mod både kræft- og "ikke-kræft"-patienter, mens indsatsen var rettet mod kræftpatienter blandt 31 % af afdelingerne. Kun 9 % angav, at den palliative indsats udelukkende blev ydet til "ikke-kræft"-patienter.

**Skift imellem afdelinger** angives af palliative patienter og pårørende, som noget der kan opleves meget belastende. Besvarelsene her i undersøgelsen kunne tyde på, at det er et overset problem, da kun 18 % af de afdelinger, som ydede en palliativ indsats, lod til at have specielle rutiner, når en palliativ patient skulle overflyttes til en anden sygehusafdeling, mens 48 % havde specielle rutiner ved udskrivelse til hjemmet.

**Åbne indlæggelser** kunne tilbydes af 46 % af samtlige responderende afdelinger, men så man på somatiske afdelingstyper som medicin, kirurgi, onkologi/hæmatologi og børneafdelinger var der i meget høj grad mulighed for åbne indlæggelser. Ikke uventet, havde afdelinger som akutte modtageafdelinger, skadestuer, anæstesiaafdelinger og diverse ikke tilbud om åbne indlæggelser. Blandt de psykiatriske afdelinger kunne åbne indlæggelser tilbydes af 2 ud af 40 afdelinger.



**Enestue til døende palliative patienter** kunne tilbydes blandt 62 % af de responderende afdelinger, men hos 86 %, hvis man udelukkende så på besvarelserne blandt de afdelinger, som anførte at yde en palliativ indsats. **De pårørende** til døende palliative patienter kunne altid (24 %) eller ofte (25 %) tilbydes en palliativ indsats, mens tilbuddet om en indsats til **de efterladte** var mindre udbredt (10 % altid og 14 % ofte).

**Registrering af den palliative indsats** var ikke udbredt. Kun på 23 % af de afdelinger, som angav at yde en palliativ indsats, blev indsatsen registreret, og kun 18 % havde administrative procedurer til registrering. Afdelingsledelserne så dog heller ikke det store behov for at registrere indsatsen; kun 15 %, af de afdelinger, der ikke registrerede indsatsen, fandt at der var behov for registrering. Afdelingsledelserne fandt at den palliative indsats fyldte passende i forhold til afdelingens speciale-specifikke ydelser.

Der findes ikke DRG-koder specifikt beregnet på at registrere den palliative indsats på sygehusafdelinger, der ikke tilhører det specialiserede palliative niveau. Blandt afdelinger, som angav at registrere indsatsen, var det kun nogle få, som angav at de brugte koderne beregnet for det specialiserede niveau, mens de øvrige anvendte forskellige symptom-specifikke koder, når de havde palliative patienter indlagt.

I forhold til, om afdelingsledelserne var i dialog med sygehusledelsen om afdelingens palliative indsats, var det kun 22 %, som manglede dialog eller fandt dialogen utilstrækkelig, mens 36 % ikke havde behov for en dialog, og 22 % angav at dialogen var tilfredsstillende.

## **Konklusion og perspektivering**

Patienter med palliative behov er til stede i vid udstrækning i det danske hospitalssystem. Patienterne findes i større eller mindre omfang på alle typer afdelinger, både somatiske og psykiatriske. Der foregår ingen nævneværdig registrering af den basale palliative indsats, og der er kun sat ressourcer af til indsatsen i meget begrænset omfang, herunder kompetenceløft, personale og fysiske rammer. På den baggrund anfører hovedparten af afdelingsledelserne – noget overraskende – at de finder indsatsen passende for deres afdeling, og at de ikke mangler administrative redskaber til at holde styr på indsatsen.

Sammenholder man resultaterne af kortlægningen med de nye nationale anbefalinger for den basale palliative indsats på hospitalerne (Sundhedsstyrelsen, 2011), er der en række områder, som afdelingerne kan gribe fat i:

- Udvikling af organiseringen af den palliative indsats (afdækning af palliative behov, udarbejdelse af en plan for indsatsen, anvendelse af kliniske retningslinjer og dokumentation af den indsats der foregår, drøftelser af hvorledes monitorering på området kan etableres)

- Øget samarbejde med det specialiserede palliative niveau, både om den palliative indsats og om kompetenceudvikling.
- Forskning – evt. på tværs af sygehusafdelinger – og udvikling af indsatsen på afdelingsniveau.

Udover at fungere som en præsentation af hospitalssystemets indsats i tal, er det dermed også vores håb, at resultaterne kan være med til at styrke den basale palliative indsats på sygehusafdelingerne både i forhold til kvalitet og omfang.

## 2. INDLEDNING

### 2.1 Formål og design

Palliativt Videncenter (PAVI) blev etableret i 2009. En af PAVIs hovedopgaver var at gennemføre en "Kortlægning af den palliative indsats i Danmark".

Det overordnede formål var: "at beskrive vilkår og indhold i indsatsen på et institutionelt niveau for alle relevante institutionstyper, med henblik på at kunne udvikle den palliative indsats lokalt, regionalt og nationalt på en målrettet og evidensbaseret baggrund".

Opgaven blev delt ud på 3 kortlægninger;

1. Kortlægning I; den specialiserede palliative indsats (Timm, Vittrup & Tellervo, 2012)
2. Kortlægning II; den kommunale palliative indsats på basisniveau (Karstoft, Fisker Nielsen & Timm, 2012)
3. Kortlægning III; hospitalernes palliative indsats på basisniveau

#### *Kortlægning III*

Formålet med kortlægning III er således at beskrive vilkår og indhold i hospitalernes palliative indsats på basisniveau.

De strukturelle og organisatoriske rammer for den palliative indsats på basalt niveau er afhængige af prioriteringer og fokus på indsatsen i henholdsvis regioner, sygehusledelser og blandt hospitalernes afdelingsledelser. Kortlægning III har således til formål at beskrive;

1. sygehusafdelingernes håndtering af den palliative indsats på basisniveau, organisatorisk og strukturelt
2. de rammer, som regioner og sygehusledelser har givet sygehusafdelingerne til at yde en palliativ indsats.

Kortlægning III er designet som 3 delprojekter:

- I. Beskrivelse af regionernes udmeldinger vedrørende hospitalernes palliative indsats på basisniveau
- II. Spørgeskema til sygehusledelserne i Danmark vedr. hospitalernes overordnede rammer
- III. Spørgeskema til afdelingsledelser på alle afdelinger i Danmark, som har patientkontakt, og som ikke tilhører det specialiserede niveau.

Denne rapport omhandler resultater fra afdelingsledelsernes besvarelser af et spørgeskema, udsendt til samtlige sygehusafdelinger med patientkontakt, som ikke tilhører det specialiserede palliative niveau.

## 2.2 Baggrund

Det palliative felt er i en konstant udvikling, og det har vist sig vanskeligt at definere og afgrænse området. For nuværende tager den palliative indsats i Danmark officielt udgangspunkt i WHO's definition af "Palliative Care" fra 2002 (World Health Organization, 2002)

### **Definition af palliativ indsats (WHO 2002)**

Palliativ indsats er "at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for 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 art".

I Danmark er den palliative indsats organiseret i en specialiseret og en basal indsats, som nævnt i Sundhedsstyrelsens; "Anbefalinger for den palliative indsats."(2011):

*"Basal palliativ indsats betegner den palliative indsats, der ydes af de dele af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som deres hovedopgave. Basal palliativ indsats indgår ofte allerede som led i anden pleje og behandling. Basal palliativ indsats ydes derfor på de fleste kliniske sygehusafdelinger, i kommunerne (fx i hjemmesygeplejen, i hjemmeplejen og på plejecentre) samt i almen praksis og den øvrige praksissektor.*

*Specialiseret palliativ indsats er den indsats, der ydes af de dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som den hovedopgave. Det drejer sig om palliative teams, palliative afdelinger på sygehuse og om hospice. Det specialiserede niveau behandler patienter med komplekse problemstillinger. Med komplekse problemstillinger forstås dels sværhedsgraden af de enkelte problemer, dels flere sammenhængende problemområder."*

I forhold til den basale indsats på sygehusafdelinger nævnes det at:

*"Sygehusafdelinger yder palliativ indsats til patienter i alle faser af sygdommen (tidlige, sen og terminal). I den tidlige og sene fase vil den palliative indsats oftest blive ydet som en del af den behandling, som er målrettet sygdommen. I den terminale fase ydes palliativ indsats til patienter, som på grund af symptombyrden ikke kan være på plejecentre eller i eget hjem".*

### ***"Kortlægning III" – delprojekt 1; regionerne og 2; sygehusledelserne***

Opmærksomheden omkring patientforløb og omsorg er øget, og den palliative indsats for patienter med livstruende sygdomme er kommet i fokus. Det har udmøntet sig i forventninger og krav fra regionerne til

sygehusenes afdelingsledelser, om at den palliative indsats skal prioriteres som en del af patienternes forløb. En kortlægning af regionernes udmeldinger vil blive afrapporteret på PAVIs hjemmeside [www.pavi.dk](http://www.pavi.dk) (Delprojekt I).

Indholdet af den palliative indsats, de enkelte afdelinger kan levere, afhænger både af afdelingsledelsernes prioritering af indsatsen, men i høj grad også af de rammer som sygehusledelserne giver afdelingsledelserne. Derfor er sygehusledelsernes holdning til og indsats i forhold til hospitalernes palliative indsats også blevet kortlagt ved en spørgeskemaundersøgelse. Resultaterne vil blive afrapporteret på PAVIs hjemmeside [www.pavi.dk](http://www.pavi.dk) (Delprojekt II).

### ***"Kortlægning III" – afdelingsledelserne***

På sygehusafdelingerne anser vi afdelingsledelsernes beslutninger vedrørende struktur og organisering af den palliative indsats for at være helt centrale i de ydelser, der tilbydes patienter og pårørende.

Delprojekt III er en spørgeskemaundersøgelse sendt ud til afdelingsledelserne på alle danske sygehusafdelinger, som har patientkontakt. Skemaet er derfor også blevet sendt til afdelinger, som sædvanligvis ikke forbindes med palliation, f.eks. retspsykiatriske afdelinger, øjenafdelinger etc (se Tabel 3 for oversigt). Afdelingsledelser fra specialer som for eksempel klinisk biokemi, klinisk mikrobiologi, patologisk afdeling og lignende fik ikke tilsendt spørgeskemaer.

Spørgeskemaet blev sendt ud første gang den 28. november 2011, og de sidste rykkere blev sendt den 15. februar 2012.

Efter de indledende spørgsmål blev afdelingsledelserne præsenteret for spørgsmål omkring den palliative indsats indenfor 6 temaer:

- 1) Afdelingens involvering i palliation
- 2) Afdelingens rammer for den palliative indsats
- 3) Afdelingens overordnede praksis omkring den palliative indsats
- 4) Afdelingens daglige praksis omkring den palliative patient
- 5) Afdelingens palliative indsats omkring patienter, hvor snarlig død kan forventes
- 6) Administrative/organisatoriske emner omkring afdelingens palliative indsats

## 2.3 Oversigt over adspurgte og deltagende afdelinger i kortlægningen

Ud fra de offentlige hospitalers hjemmesider blev der i alt identificeret 410 afdelingsledelser på afdelinger med patientkontakt, fordelt på i alt 43 hospitaler (Tabel 1).

Fra delprojekt II vidste vi, at der fandtes 32 sygehusledelser i alt i Danmark på det tidspunkt, og forskellen op til de 43 hospitaler skyldes, at nogle hospitaler har fælles sygehusledelse (f.eks. Svendborg Sygehus og Odense Universitetshospital).

**Tabel 1: Antal adspurgte afdelingsledelser, fordelt på 43 sygehuse**

lbnr	sygehus	antal afdelingsledelser	lbnr	sygehus	antal afdelingsledelser
1	Aalborg	33	23	Frederikssund	3
2	Himmerland	1	24	Gentofte	8
3	Vendsyssel	9	25	Glostrup	7
4	Thy-Mors	6	26	Helsingør	2
5	Hospitalsenheden Vest	11	27	Herlev	15
6	Randers og Grenaa	10	28	Hilleroed	12
7	Hospitalsenheden Midt	12	29	Hvidovre	10
8	Aarhus	21	30	Rigshospitalet	28
9	Horsens	7	31	Holbæk	7
10	Sydvestjysk	21	32	Kalundborg	1
11	Soenderjylland	13	33	Køge	6
12	Lillebaelt - Fredericia	3	34	Nykøbing Falster	5
13	Lillebaelt - Give	1	35	Næstved	10
14	Lillebaelt - Kolding	8	36	Ringsted	2
15	Lillebaelt - Middelfart	3	37	Roskilde	15
16	Lillebaelt - Vejle	9	38	Slagelse	6
17	OUH - Odense	26	39	Psykiatri Region Nordjylland	5
18	OUH - Svendborg	9	40	Psykiatri Region Midtjylland	11
19	Amager	1	41	Psykiatri Region Syddanmark	10
20	Bispebjerg	10	42	Psykiatri Region Hovedstaden	18
21	Bornholm	3	43	Psykiatri Region Sjælland	6
22	Frederiksberg	6			
				totale antal afd.ledelser	410

Tabel 2 viser, hvorledes de 410 afdelinger fordeler sig på afdelingstyper på de 43 hospitaler.

**Tabel 2: Sygehusenes fordeling af afdelingstyper, for afdelinger med patientkontakt**

Sygehus	kirurgi	medicin	anæstesi intensiv	akutafdeling	onkologi hæmatologi	børn	diverse	psykiatri	Total
Ålborg	16	10	4	0	2	1	0		33
Himmerland	0	1	0	0	0	0	0		1
Vendsyssel	2	2	1	0	0	1	3		9
Thy-Mors	3	1	1	0	0	0	1		6
Hospitalsenheden Vest	5	2	1	0	1	1	1		11
Randers og Grenå	5	1	1	1	0	1	1		10
Hospitalsenheden Midt	5	3	1	1	0	1	1		12
Århus	7	7	1	1	2	0	3		21
Horsens	3	2	1	1	0	0	0		7
Sydvestjysk	5	7	4	1	2	1	1		21
Sønderjylland	6	3	0	1	0	1	2		13
Lillebælt - Fredericia	1	1	1	0	0	0	0		3
Lillebælt - Give	1	0	0	0	0	0	0		1
Lillebælt - Kolding	5	1	0	1	0	1	0		8
Lillebælt - Middelfart	1	0	1	0	0	0	1		3
Lillebælt - Vejle	4	2	1	0	1	0	1		9
OUH - Odense	8	8	2	1	2	1	4		26
OUH - Svendborg	4	1	1	1	0	0	2		9
Amager	0	1	0	0	0	0	0		1
Bispebjerg	2	5	1	1	0	0	1		10
Bornholm	1	1	1	0	0	0	0		3
Frederiksberg	3	2	0	1	0	0	0		6
Frederikssund	0	1	0	0	0	0	2		3
Gentofte	2	4	1	0	0	0	1		8
Glostrup	0	3	1	0	0	0	3		7
Helsingør	0	2	0	0	0	0	0		2
Herlev	5	5	1	1	2	1	0		15
Hillerød	4	4	1	1	1	1	0		12
Hvidovre	2	4	1	1	0	1	1		10
Rigshospitalet	10	7	4	1	3	1	2		28
Holbæk	3	1	1	1	0	1	0		7
Kalundborg	0	1	0	0	0	0	0		1
Køge	3	1	1	1	0	0	0		6
Nykøbing Falster	1	2	1	1	0	0	0		5
Næstved	2	4	1	0	1	1	1		10
Ringsted	1	0	1	0	0	0	0		2
Roskilde	3	4	1	0	2	1	4		15
Slagelse	3	2	0	1	0	0	0		6
Psykiatri Region Nord								5	5
Psykiatri Region Midt								11	11
Psykiatri Region Syddanmark								9	10
Psykiatri Region Hovedstaden								18	18
Psykiatri Region Sjælland								6	6
<b>Antal afdelingsledelser</b>	<b>126</b>	<b>106</b>	<b>38</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>36</b>	<b>50</b>	<b>410</b>

De 2 indledende spørgsmål havde følgende ordlyd:

1. *Har hospitalet en overordnet politik for den palliative indsats?*
2. *Blandt jeres afdelings patient-klientel kan I da komme ud for, at nogle af patienterne har en livstruende sygdom, som ikke er forbigående? (inkluderer også kroniske tilstande, hvor gradvis forværring kan medføre død).*

Begge spørgsmål blev besvaret af 318 af de 410 adspurgte (78 %) afdelingsledelser, og 269 svarede

”ja” til spørgsmål 2. De vil i det følgende blive refereret som afdelinger, der ”kunne komme ud for at have palliative patienter blandt sit klientel”.

Kun de 269 respondenter, som svarede ”ja” til spørgsmål 2, gik videre til spørgsmål 3 efter en forudgående præsentation af organiseringen af den palliative indsats i Danmark i en specialiseret og en basal indsats (se side 6 for ordlyden).

*Spørgsmål 3 lød: ”Kan afdelingen komme ud for, at skulle yde en palliativ indsats?”*

Af de 269 afdelingsledelser, som fik stillet spørgsmål 3, svarede 268, og 232 svarede ”ja”. De 232 gik videre i spørgeskemaet, hvor der blev spurgt ind til de 6 temaer. Undervejs udgik 5 respondenter, således gennemførte 227 afdelingsledelser hele spørgeskemaet (Figur 1).

Tabel 3 viser en fuldstændig oversigt over specialer/opgaver for alle adspurgte afdelingsledelser, kategoriseret efter afdelingstyper, og med fordelingen af ”ja”-svarere til spørgsmål 2 og 3 blandt de 318 besvarede skemaer.

Af tabellen fremgår det, at alle adspurgte specialer/opgaver er repræsenteret blandt besvarelserne, og da afdelingstyperne stort set fordeler sig ens i forhold til, om de har besvaret spørgeskemaet eller ej (Tabel 26), anses besvarelserne i spørgeskemaet for repræsentative for alle de sygehusafdelinger i Danmark, som har patientkontakt.



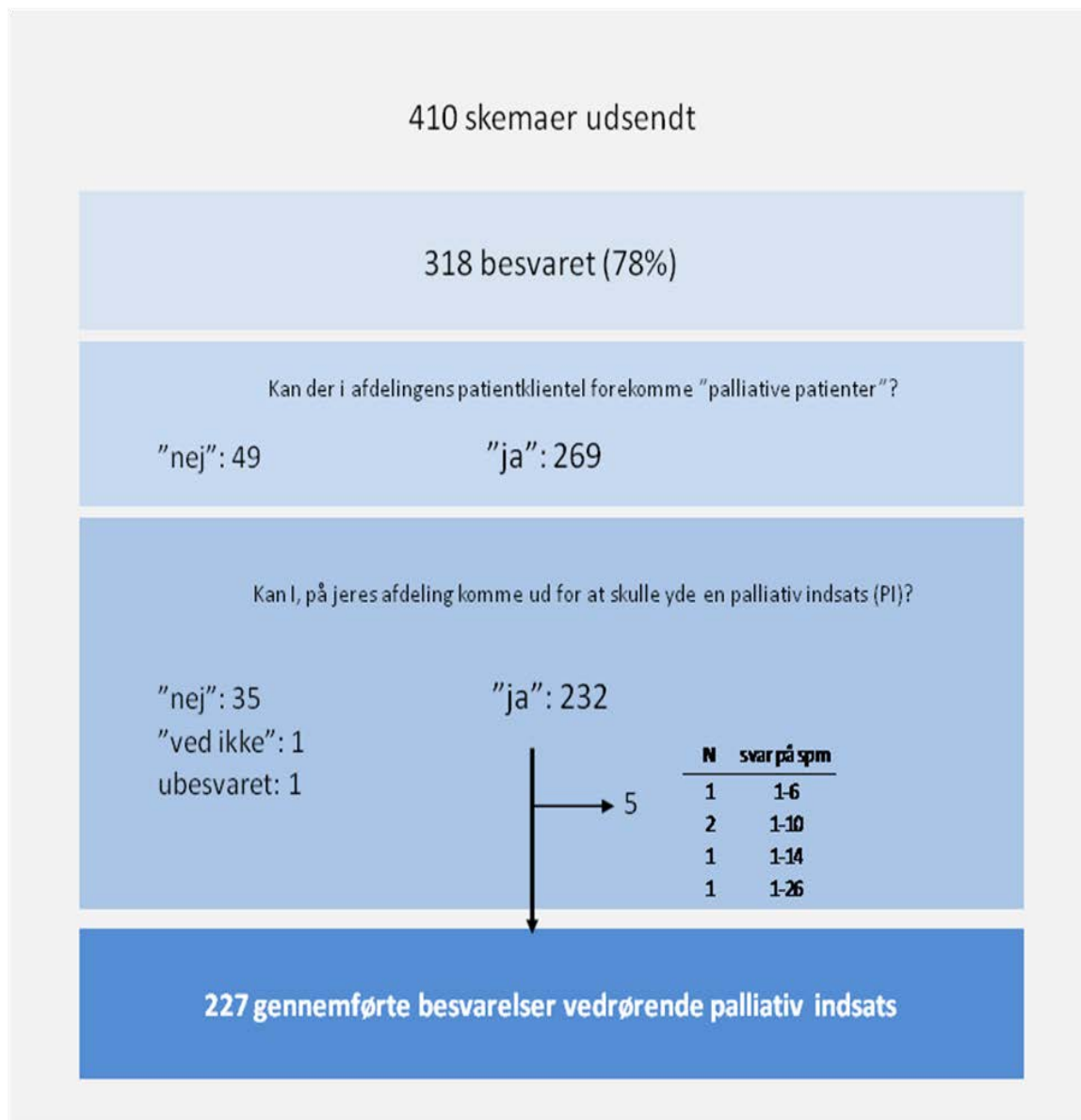
**Table 3: Fordelingen af specialer/opgaver for de forskellige afdelingstyper, og tilhørende besvarelser**

	tilsendt	besvaret	"ja" til palliative patienter	"ja" til palliativ indsats		tilsendt	besvaret	"ja" til palliative patienter	"ja" til palliativ indsats
<b>Kirurgi</b>					<b>Anæstesi</b>	38	31	28	25
gynækologi/obstetrik	19	14	14	14	<b>Diverse</b>				
kirurgi diverse	29	20	17	15	høreklivniker*	2	a	a	a
kæbekirurgi	4	3	3	1	hudafdelinger	6	5	4	4
thoraxkirurgi	7	5	5	5	klinik for rygmarvsskader*	1	a	a	a
mammakirurgi	4	3	2		hovedpinecenter*	1	a	a	a
neurokirurgi	4	3	3	3	ø-sygehus*	2	a	a	a
ortopædkirurgi	26	19	11	10	øjenaafdelinger	13	10	4	1
øre-næse-hals afd.	15	13	11	11	rehabil ergo-fysioterapi	6	5	3	3
plastikkirurgi	7	5	4	4	rehabil neurologi*	2	a	a	a
urologi	11	10	10	10	rehabil ryglidelser*	1	a	a	a
<b>sum</b>	<b>126</b>	<b>95</b>	<b>80</b>	<b>73</b>	ryglidelser kir/med*	2	a	a	a
					afdelinger*	11	7	3	2
<b>Medicin</b>					<b>sum</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>14</b>	<b>10</b>
endokrinologi	6	4	4	4	<b>Akut afdelinger</b>				
gastroenterologi	8	4	4	4	AMA*	2	a	a	a
geriatri	8	7	7	7	AMA_traume*	1	a	a	a
infektionsmedicin	2	1	1	1	FAM*	1	a	a	a
kardiologi	11	7	7	6	modtagelse*	1	a	a	a
lungemedicin	7	6	6	6	modtagelse/skadestue	9	7	5	3
medicin diverse	31	28	28	28	skadestue	5	5	5	3
nefrologi	7	3	3	3	afdelinger*	5	4	4	2
neurologi	16	13	13	11	<b>sum</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>8</b>
rheumatologi	10	7	4	4	<b>Maligne sygdomme</b>				
<b>sum</b>	<b>106</b>	<b>80</b>	<b>77</b>	<b>74</b>	hæmatologi	7	6	6	6
					onkologi	12	9	9	9
<b>Psykiatri</b>					<b>sum</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>
afdelinger, uspec	13	11	9	6	<b>Børneafdelinger</b>	16	14	11	10
børne og unge	9	8	4	1					
diverse	4	3	2	2					
regionsafdelinger	18	13	10	4					
retspsykiatri	6	5	5	4					
<b>sum</b>	<b>50</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>17</b>					

For at bevare anonymiteten (a) i kategorierne "diverse" og "akut afdelinger" er der tilføjet en ekstra række nederst i hver af disse 2 kategorier, kaldet "afdelinger\*", som er en summation af de afdelinger, som er markeret med \*.

### 3. RESULTATER

Figur 1: Flowsheet for besvarede spørgeskemaer udsendt til 410 afdelingsledelser



Som det fremgår af Figur 1, svarede 232 afdelingsledelser "ja" til at deres afdeling kunne komme ud for at skulle yde en palliativ indsats (73 % af respondenterne), og de fik efterfølgende stillet spørgsmålene fra de 6 temaer. Undervejs i skemaet faldt 5 respondenter fra efter at have svaret på henholdsvis 6, 10, 14 og 26 spørgsmål vedrørende indsatsen.

### 3.1 Sammenfatning af besvarelserne

Svarene i denne nationale kortlægning af hospitalernes palliative indsats på basalt niveau anses for at være repræsentative for alle landets sygehusafdelinger med patientkontakt (se side 26). I sammenfatningen af besvarelserne har vi derfor fundet det relevant at ekstrapolere visse af resultaterne til %-satser for alle sygehusafdelinger i Danmark med patientkontakt. I teksten under de enkelte figurer og tabeller vil ekstrapolationerne fremgå med fremhævet skrift. I de figurer og tabeller, der henvises til, vil %-satserne fremgå som direkte andele af antallet af respondenter (som er anført i parentes over hver figur og tabel).

#### 3.1.1 Indledende spørgsmål

##### Indledende spørgsmål til afdelingsledelserne

Har hospitalet en overordnet politik for den palliative indsats?

Blandt jeres afdelings patient-klientel, kan I da komme ud for, at nogle af patienterne har en livstruende sygdom, som ikke er forbigående? (inkluderer også kroniske tilstande, hvor gradvis forværring kan medføre død)

##### *Overordnet politik på hospitalet for den palliative indsats*

I alt mente 60 % af afdelingsledelserne, at deres hospitaler havde en overordnet politik for den palliative indsats (Figur 2). Spørgsmålet blev stillet for at vurdere, om afdelingsledelserne mente, at indsatsen var prioriteret fra deres sygehusledelse. Blandt de somatiske afdelinger mente 67 % af afdelingsledelserne, at deres hospital havde en overordnet politik for den palliative indsats, mens det samme kun gjaldt for 18 % blandt de psykiatriske afdelingsledelser (Tabel 4). Region Midtjylland havde den højeste andel af afdelingsledelser på 72 %, og Region Hovedstaden den laveste andel på 53 %, som mente, at deres hospital havde en overordnet politik for den palliative indsats (Tabel 28).

I sygehusledelsernes besvarelser vedrørende hospitalernes palliative indsats angav 17 (61 %) ud af 28 sygehusledelser, at deres hospital havde en overordnet politik for den palliative indsats. Blandt samtlige 32 sygehusledelser i Danmark svarede 4, at deres hospital ikke kunne komme ud for at skulle yde en palliativ indsats, alle 4 var ledere af psykiatriske hospitaler. Det kan formentlig være med til at forklare forskellen imellem somatiske og psykiatriske afdelingsledelsers svar på spørgsmål 1.

##### *Palliative patienter*

I alt svarede 85 % af afdelingsledelserne bekræftende på, at afdelingens patientklientel kunne omfatte palliative patienter, forstået som patienter med en livstruende sygdom, som ikke var forbigående, herunder kroniske tilstande hvor gradvis forværring kunne medføre død. Andelene varierede fra 100 % til 52 % afhængigt af afdelingstype (Tabel 5). Regionalt så der ikke ud til at være de store forskelle. Region Sjælland

havde den største andel af afdelinger på 92 %, hvor palliative patienter kunne være en del af afdelingens klientel (Figur 3).

### 3.1.2 Tema 1: Afdelingernes involvering i palliation

#### Tema 1 Jeres afdelings involvering i palliation

- 1.1 Kan I, på jeres afdeling, komme ud for at skulle yde en palliativ indsats?
- 1.2 Omfatter afdelingens palliative patienter? (kræft, ikke-kræft, både og)
- 1.3 Kan afdelingens involvering i palliative patientforløb omfatte? (hele forløb, delvise forløb, enkeltstående ydelser)
- 1.4 Har afdelingen fokus på den palliative indsats?
- 1.5 Hvem har sat fokus på afdelingens palliative indsats?
- 1.6 Har afdelingen en politik for den palliative indsats?
- 1.7 Er politikken for den palliative indsats indført?
- 1.8 Hvordan er politikken for den palliative indsats blevet kommunikeret i afdelingen
- 1.9 Hvilke palliative indsatser omfattes af politikken? (basale, specialiserede, begge)
- 1.10 Er politikken for den palliative indsats blevet evalueret?
- 1.11 Hvem har taget initiativ til at indføre politikken for palliation på afdelingen?
- 1.12 Hvornår er politikken for den palliative indsats blevet indført? (årstal)

#### *Palliativ indsats som en del af afdelingens ydelser*

I alt angav 73 % af afdelingsledelserne blandt landets sygehusafdelinger med patientkontakt, at deres afdeling kunne tilbyde en palliativ indsats, og 64 % angav at have fokus på indsatsen (Figur 6). Palliativ indsats kunne tilbydes blandt 93 % af de medicinske afdelinger, 77 % af de kirurgiske afdelinger og 43 % af de psykiatriske afdelinger, hvilket er de 3 hyppigst forekommende afdelingstyper.

#### *Fokus på og politik for afdelingens palliative indsat*

Selvom 64 % havde fokus på den palliative indsats, var det kun 33 %, som havde en politik for indsatsen, og kun 29 % havde indført politikken på afdelingen (Figur 6 - Figur 8).

(”Politik” var ikke defineret i spørgeskemaet, så spørgsmålet skulle besvares i forhold til afdelingsledelsens egen forståelse af begrebet.<sup>1</sup>)

Når afdelingen angav at have fokus på den palliative indsats, skyldtes det overvejende plejepersonalet, afdelingsledelsen selv og afdelingens læger. Kun i mindre omfang havde det specialiserede niveau, sygehusledelsen og ildsjæle været med til at sætte fokus på afdelingens palliative indsats (Tabel 8).

<sup>1</sup> I DDKM for sygehuse er ”politik” anført som en; ”Beskrivelse af, hvilke intentioner sygehuset har i forhold til et specifikt emne/område; afspejler organisationens standpunkter og værdier”

<http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Bilag-1-6/Bilag-5.-Begrebsliste.aspx>

### **Målgruppen for afdelingens palliative indsats**

Indsatsen var rettet mod både kræft- og "ikke-kræft"-patienter blandt 59 % af afdelingerne, mens 31 % af afdelingerne angav at den var rettet mod kræftpatienter, og kun 9 % angav, at den palliative indsats udelukkende blev ydet til "ikke-kræft"-patienter (Figur 5). Femten af de i alt 232 afdelinger, som ydede en palliativ indsats var enten onkologiske eller hæmatologiske afdelinger. Med en enkelt undtagelse var deres indsats naturligt nok kun rettet mod kræftpatienter. For de resterende 217 afdelinger var indsatsen rettet mod både kræft- og "ikke-kræft"-patienter på 63 % af afdelingerne, mens 26 % af afdelingerne angav at den var rettet mod kræftpatienter, og kun 10 % angav, at den palliative indsats udelukkende blev ydet til "ikke-kræft"-patienter. Det betyder at for ¾ af afdelingerne, var afdelingsledelsen opmærksom på, at den palliative indsats ikke kun var rettet mod kræftpatienter.

I alt var 91 % af afdelingerne involverede enten i hele patientens forløb eller i perioder af forløbet, således forstået at afdelingerne ikke kun mødte patienterne til enkeltstående ydelser (Tabel 7).

### **3.1.3 Tema 2: Afdelingens rammer for den palliative indsats**

#### **Tema 2 Afdelingens rammer for den palliative indsats**

- 2.1 Har sygehusledelsen udstukket rammer for afdelingens palliative indsats? (omfang og/eller begrænsninger i vid forstand)
- 2.2 Er der i afdelingen blevet allokeret ressourcer specielt til palliation?
- 2.3 Hvilke ressourcer er blevet allokeret specielt til palliation?
- 2.4 Hvorledes er afdelingens palliative indsats etableret, hvis der ikke er allokeret ressourcer specielt til palliation?

Kun 17 % af landets afdelinger med patientkontakt angav at der var allokeret ressourcer specielt til afdelingens palliative indsats. Andelen varierende fra 32 % i Region Nordjylland til 10 % i Region Hovedstaden (Tabel 28). Kun 14 % af afdelingsledelserne havde allokeret ressourcer til kompetenceløft for personalet specielt med henblik på den palliative indsats, 10 % havde ansat personale, og 7 % havde udvidet de fysiske rammer (f.eks. samtalerum, lokaler i ambulatorier, enestuer). I alt angav 35 afdelinger (11 %), at det specialiserede niveau var involveret i personalets kompetenceløft (Tabel 19).

Afdelinger, som ydede en palliativ indsats, men som ikke havde allokeret ressourcer specielt hertil, udgjorde 53 % af alle afdelinger med patientkontakt. I de afdelinger var indsatsen hovedsageligt etableret ved omorganisering og ved "at løbe hurtigere" (Figur 12).

Kun 27 % af afdelingsledelserne angav at sygehusledelsen havde udstukket rammer ("rammer" var ikke nærmere defineret) for afdelingens palliative indsats.

### 3.1.4 Tema 3: Afdelingens overordnede praksis omkring den palliative indsats

#### Tema 3 Afdelingens overordnede praksis omkring den palliative indsats

- 3.1 Har afdelingen instrukser/retningslinier for symptomlindring?
- 3.2 Har afdelingen instrukser/retningslinier for den palliative indsats?
- 3.3 Anvendes Sundhedsstyrelsens "Faglige retningslinier for den palliative indsats" i afdelingen?

Overordnet set, var 35 % af landets sygehusafdelinger bekendt med, at de havde instrukser/retningslinjer for den palliative indsats, og 26 % anvendte Sundhedsstyrelsens (SST) "Faglige retningslinier for den palliative indsats" (1999). Hvis andelen blev vurderet i forhold til de afdelinger, som anførte en palliativ indsats som en af afdelingens ydelser, så svarede henholdsvis 71 %, 49 % og 37 %, at deres afdeling havde instrukser/retningslinjer for henholdsvis symptomlindring, palliativ indsats (Figur 14) og anvendte Sundhedsstyrelsens "Faglige retningslinier for den palliative indsats"(1999) (som var gældende på tidspunktet for spørgeskemaets udsendelse) (Figur 15).

Besvarelserne vedrørende instrukser/retningslinjer for symptomlindring kan ikke ekstrapoleres til et landsdækkende perspektiv, fordi symptomlindring også tilbydes i "ikke-palliative" sammenhænge, og fordi de afdelinger, som svarede "nej" til at yde en palliativ indsats, efterfølgende ikke fik stillet spørgsmålet om retningslinjer for symptomlindring.

Regionalt var der ikke de store forskelle med hensyn til afdelingernes besvarelser (Tabel 28) bortset fra, at Sundhedsstyrelsens "faglige retningslinier for den palliative indsats" (1999) blev anvendt af 41 % af respondenterne i Region Nordjylland, men kun af 19 % af respondenterne i Region Hovedstaden (Figur 15).

### 3.1.5. Tema 4: Afdelingens daglige praksis omkring den palliative patient

#### Tema 4 Afdelingens daglige praksis omkring den palliative patient

- 4.1 Er det sædvane i afdelingen at forholde sig til om en patient "er palliativ"?
- 4.2 Iværksættes rutinemæssigt en palliativ indsats, når en patient skønnes at være palliativ?
- 4.3 Hvad består afdelingens palliative indsats til en patient af?
- 4.4 Hvilke andre professionelle kan afdelingen tilbyde en palliativ patient bistand fra?
- 4.5 Henviser afdelingen til en specialiseret palliativ indsats, når en patient skønnes palliativ?
- 4.6 Har afdelingen mulighed for at konsultere det specialiserede niveau vedrørende en palliativ patient?
- 4.7 Udskriver afdelingen terminalerklæring, når en patient skønnes palliativ?
- 4.8 Har afdelingen specielle rutiner, når en palliativ patient overflyttes til en anden hospitalsafdeling?
- 4.9 Har afdelingen specielle rutiner, når en palliativ patient udskrives til hjemmet? ("hjemmet" inkluderer også plejehjem/aflastningspladser o.lign)

Blandt 59 % af afdelingerne med patientkontakt var det sædvane at forholde sig til, om en patient var palliativ (i alt 82 % af de afdelinger, som angav at yde en palliativ indsats (Figur 16)), og 54 % iværksatte rutinemæssigt en palliativ indsats, når en patient blev skønnet at være palliativ (i alt 76 % af afdelinger, som ydede en palliativ indsats (Figur 17)). Regionalt lå Region Nordjylland højest (Tabel 28) med 68 % af afdelingerne, og Region Sjælland lå lavest med 55 % af afdelingerne. Hovedparten af afdelingerne beskrev

deres indsats som rettet både mod fysiske symptomer og ”andre problemer af psykisk, psykosocial og åndelig art” (Figur 18).

En del afdelinger kunne tilbyde bistand fra andre faggrupper til den palliative indsats; præst 60 %, fysioterapeut 52 %, socialrådgiver 35 %, ergoterapeut 34 % og psykolog 30 % (Figur 19). Det var ikke muligt at adskille, om disse andre faggrupper ydede bistand via det specialiserede niveau, eller om bistanden kunne betegnes som en del af den basale indsats. Af kommentarerne til svarmuligheden ”andre” ser det ud til, at mange forskellige kompetencer kunne anvendes i den palliative indsats (Tabel 20), og mange svarede ”det specialiserede niveau”. Regionerne fordelte sig nogenlunde ligeligt i forhold til tilbud fra andre faggrupper, bortset fra at muligheden for bistand fra socialrådgiver så ud til at være lavere i Region Syddanmark end i de øvrige regioner (Figur 20).

### ***Indsats fra det specialiserede niveau***

Henvisning af patienter til specialiserede niveau blev anvendt af 55 % af afdelingerne i et eller andet omfang (”altid”: 12 %, ”ofte”: 20 %) (Figur 21). Kun 6 % af afdelingsledelserne svarede, at de ikke havde mulighed for at henvise til det specialiserede niveau, og kun 4% at de aldrig henviste.

Blandt de afdelinger som kunne komme ud for at skulle yde en palliativ indsats, kunne 64 % kontakte det specialiserede palliative niveau i dagtiden på hverdage, mens kun 6 % havde mulighed for kontakt på alle tidspunkter (Figur 22), og andre 6 % ikke havde mulighed for kontakt til det specialiserede niveau.

### ***Terminalerklæring***

Med hensyn til at udskrive terminalerklæring var der meget stor forskel afdelingstyperne imellem (Figur 23). Onkologiske og hæmatologiske afdelinger lå ikke uventet ”i top”, men også medicinske og kirurgiske afdelinger så ud til at være opmærksomme på at udskrive terminalerklæringer til palliative patienter. Disse tre afdelingstyper repræsenterede 70 % af de adspurgte afdelinger. Terminalerklæring blev udskrevet ”altid” af 21 %, ”ofte” af 25 %, ”indimellem” af 9 % og ”sjældent” af 5 % blandt de afdelinger, der kunne komme ud for at skulle yde en palliativ indsats (Figur 23).

### ***Skift (afdeling/afdeling, afdeling/hjem)***

Kun 18 % af de afdelinger, som angav at yde en palliativ indsats, havde specielle rutiner ved overflytning af palliative patienter mellem sygehusafdelinger (Figur 24). Afdelingerne så ud til at være mere opmærksomme på udskrivelses-situationen til hjemmet (Figur 25), hvor 48 % af afdelingerne havde specielle rutiner, når de palliative patienter skulle udskrives. Det drejede sig især om kontakt til hjemmeplejen, samt kontakt til pårørende og egen læge (Figur 26).

Vurderet i forhold til alle responderende afdelinger i de forskellige regioner, så havde 22 % i Region Nordjylland og 10 % i Region Sjælland specielle rutiner for de palliative patienter ved overflytning, mens 39 % i Region Sjælland og 25 % i Region Hovedstaden havde specielle rutiner for de palliative patienter ved udskrivelse til hjemmet (Tabel 28).

### 3.1.6. Tema 5: Afdelingens palliative indsats omkring patienter, hvor snarlig død kan forventes

#### Tema 5 Afdelingens palliative indsats omkring patienter, hvor snarlig død kan forventes

- 5.1 Kan afdelingen tilbyde palliative patienter åbne indlæggelser?
- 5.2 Kan døende patienter tilbydes enestue
- 5.3 Yder afdelingen en palliativ indsats til de pårørende til døende patienter?
- 5.4 Yder afdelingen en palliativ indsats til de efterladte til patienter, der er døde i afdelingen?

#### *Åbne indlæggelser*

Åbne indlæggelser kunne tilbydes af 46 % af alle de responderende afdelinger og af 67 %, hvis man kun medtager somatiske afdelingstyper som kirurgi, medicin, onkologi/hæmatologi og børneafdelinger (som i alt udgør 65 % af danske sygehusafdelinger med patientkontakt). Der var således rigtig god mulighed for at tilbyde åbne indlæggelser blandt hovedparten de afdelinger, som ydede en palliativ indsats (Figur 28). Ikke uventet, havde afdelinger som akutte modtageafdelinger, skadestuer, anæstesiafdelinger og diverse ikke tilbud om åbne indlæggelser. Blandt de 40 psykiatriske afdelinger, som besvarede skemaet, kunne åbne indlæggelser tilbydes af to afdelinger. På regionalt niveau var der ikke de store forskelle. Region Hovedstaden lå lavest i forhold til at tilbyde åbne indlæggelser blandt de afdelinger, som havde anført at yde en palliativ indsats (Figur 27). Set i forhold til alle responderende afdelinger i de forskellige regioner, havde Region Sjælland flest afdelinger (55 %) og Region Hovedstaden færrest afdelinger, der kunne tilbyde åbne indlæggelser (Tabel 28).

Antallet af og tilbuddet om åbne indlæggelser var ikke fastlagt for de enkelte afdelinger, men blev tilbudt i forhold til behov.

#### *Enestue til døende, palliative patienter*

I alt svarede 151 afdelinger, at de altid kunne tilbyde enestue, mens 46 svarede, at de ofte kunne tilbyde enestue. Det svarer til 62 % af alle landets sygehusafdelinger med patientkontakt, men det svarer til 86 %, hvis man kun medtager de afdelinger, som anførte at yde en palliativ indsats.



### ***Palliativ indsats til pårørende og efterladte***

I alt svarede 49 % af landets sygehusafdelinger, at de altid eller ofte (24 %:altid og 25 %:ofte) kunne tilbyde pårørende til døende patienter en palliativ indsats (Figur 30). Tilbuddet om en indsats til de efterladte var noget mindre udbredt (10 %:altid og 14 %:ofte) (Figur 31).

### **3.1.7. Tema 6: Administrative/organisatoriske emner omkring afdelingens palliative indsats**

#### **Tema 6 Administrative/organisatoriske emner omkring afdelingens palliative indsats**

- 6.1 Registreres den palliative indsats på afdelingen?
- 6.2 Har afdelingen administrative procedurer til registrering af den palliative indsats?
- 6.3 Findes der DRG-koder til registrering af afdelingens palliative indsats?
- 6.4 Er afdelingen i dialog med sygehusledelsen om afdelingens palliative indsats?
- 6.5 I forhold til de specialespecifikke, faglige ydelser, afdelingen forventes at varetage, er det så dit indtryk, at den palliative indsats fylder ...?

Den palliative indsats blev ikke registreret blandt hovedparten af de afdelinger, som angav at yde en sådan (Figur 32), og afdelingsledelserne så heller ikke det store behov herfor (Figur 34).

En lidt højere andel af afdelinger i Region Syddanmark end i de øvrige regioner angav at registrere den palliative indsats og angav at have administrative procedurer dertil.

På 67 % af de afdelinger, som ydede en palliativ indsats, mente afdelingsledelserne at indsatsen fyldte passende i forhold til afdelingens speciale-specifikke ydelser (Figur 37). Kun 3 ud af alle de adspurgte afdelinger mente, at den palliative indsats fyldte for meget, mens 34 afdelinger mente, at indsatsen fyldte for lidt (Figur 37). På afdelinger for kirurgi, medicin, akut afdelinger, anæstesi og børn fandt ca. ¾ af afdelingsledelserne, at indsatsen fyldte passende. På de onkologiske/hæmatologiske afdelinger var meningene delt i to lige store andele, hvor den ene halvdel fandt indsatsen passende, mens den anden halvdel fandt, at indsatsen fyldte for lidt. De psykiatriske afdelinger delte sig i 3 lige store andele, hvor 1/3 svarede at spørgsmålet ikke var relevant, 1/3 at indsatsen ingenting fyldte, og 1/3 at indsatsen fyldte passende (Figur 38).

I forhold til regionerne så mente 63 % af afdelingerne i Region Nordjylland og 41 % af afdelingerne i Region Hovedstaden, at den palliative indsats fyldte passende i forhold til afdelingens speciale-specifikke ydelser (Tabel 28).

Med hensyn til om afdelingsledelserne var i dialog med sygehusledelsen om afdelingens palliative indsats, var det kun 22 %, som manglede dialog eller fandt dialogen utilstrækkelig, mens 36 % ikke havde behov for en dialog, og 22 % fandt at dialogen var tilfredsstillende (Figur 36).

### ***Anvendelsen af DRG-koder til registrering af afdelingernes palliative indsats***

For det specialiserede niveau findes der DRG-koder (Diagnose Relaterede Grupper, n.d.) (se forkortelser side 6), som er beregnet på anvendelse til en "specialiseret palliativ indsats". Som det fremgår af Figur 35 var kun 39 % af afdelingsledelserne bekendte med, at der ikke findes DRG-koder til registrering af den palliative indsats på basalt niveau. Blandt afdelinger, som angav at registrere indsatsen, var det kun nogle få, som angav at de brugte koderne beregnet for det specialiserede niveau, mens de øvrige anvendte forskellige symptomspecifikke koder, når de havde palliative patienter indlagt (Tabel 23).

På regionalt niveau angav 22 % af afdelingerne i Region Nordjylland og 10 % af afdelingerne i Region Hovedstaden, at de registrerede afdelingens palliative indsats (Tabel 28). Ingen af regionerne havde en særlig stor andel af afdelinger, som havde behov for at registrere den palliative indsats i afdelingen, flest i Region Midtjylland (9 %) og færrest i Region Sjælland (2 %).

### **3.2 Vurdering af resultaternes validitet og generaliserbarhed**

Svarene i denne nationale kortlægning af hospitalernes palliative indsats på basalt niveau anses for at være repræsentative for alle landets sygehusafdelinger med patientkontakt. Svarene repræsenterer afdelingsledelsernes indsigt i og vurdering af den palliative indsats i deres egen afdeling.

Til grund for antagelserne om validitet og generaliserbarhed ligger følgende vurderinger:

1. De besvarede skemaer udgjorde 78 % af de udsendte. Besvarelsesprocenten lå højt, både i forhold til regioner og til afdelingstyper uden større afvigelser mellem de 5 regioner (højest i Region Midtjylland, lavest i Region Hovedstaden (Tabel 25)).
2. Spørgeskemaet var målrettet afdelingsledelserne, og blev for hovedpartens vedkommende også besvaret af disse (Tabel 27).
3. Der var stort set den samme fordeling af afdelingstyper blandt besvarede og ubesvarede skemaer (Tabel 26). Blandt de besvarede skemaer var andelen af kirurgiske afdelinger højest i Region Nordjylland og lavest i Region Hovedstaden, som til gengæld havde den største andel medicinske afdelinger (Figur 39).
4. Der var ikke nævneværdige afvigelser mellem de 5 regioner med hensyn til andele af afdelinger med palliative patienter og palliativ indsats. Fordelingen af besvarelser varierede stort set synkront i forhold til fordelingen af skemaer udsendt til de enkelte regioner (Tabel 24). Antallet af sygehusafdelinger er forskelligt for de forskellige regioner med flest afdelinger i Region Hovedstaden (N=123) og færrest i Region Nordjylland (N=54). Det betyder naturligvis, at den

største andel spørgeskemaer blev sendt til Region Hovedstaden (30 %), men herfra kom også den største andel besvarelser (28 %) (Tabel 24).

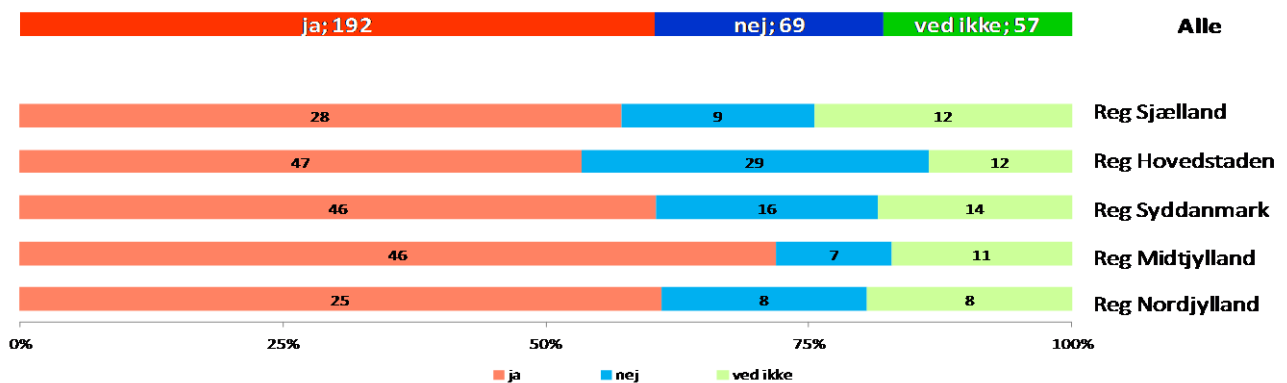
### 3.3 Figurer og tabeller

I titlen på hver figur er der i parentes anført, hvor mange besvarelser, der ligger til grund for udregningen af de andele, som ses i figuren (N = nævneren).

I fortolkningen af visse besvarelser, anvendes andele i forhold til det totale antal af responderende afdelinger (N=318), og der foretages ekstrapolation til alle afdelinger med patientkontakt i Danmark. Begge dele anføres i teksten undervejs, og sidstnævnte med fremhævet skrift.

#### 3.3.1 Indledende spørgsmål

Figur 2: Har hospitalet en overordnet politik for den palliative indsats (N=318)?



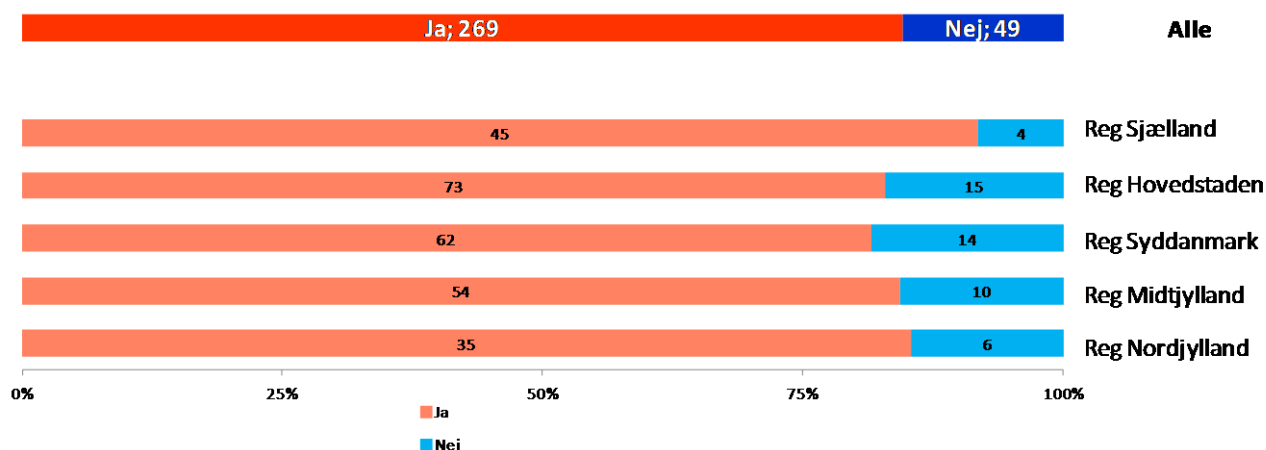
Af de 318 besvarelser fremgik det, at 60 % af afdelingsledelserne svarede bekræftende på, at deres hospital have en overordnet politik for den palliative indsats (Figur 2), mens 22 % svarede "nej" og 18 % svarede "ved ikke". Fordelt på regioner havde Region Midtjylland den største andel (72 %; 46 ud af 64), og Region Hovedstaden den laveste andel (53 %; 47 ud af 88) af afdelingsledelser, som mente at deres hospital havde en overordnet politik for den palliative indsats.

**Tabel 4: Somatiske og psykiatriske afdelingers svar vedr. en overordnet politik på hospitalet**

Afdelingsledelser, somatiske afdelinger					Afdelingsledelser, psykiatriske afdelinger				
Region	Ja	Nej	Ved ikke	Total	Region	Ja	Nej	Ved ikke	Total
Nord	24	5	7	36	Nord	1	3	1	5
%	67	14	19	100	%	20	60	20	100
Midt	42	1	10	53	Midt	4	6	1	11
%	79	2	19	100	%	36	55	9	100
Syd	45	10	13	68	Syd	1	6	1	8
%	66	15	19	100	%	13	75	13	100
Hovedstaden	47	18	12	77	Hovedstaden	0	11	0	11
%	61	23	16	100	%	0	100	0	100
Sjælland	27	6	11	44	Sjælland	1	3	1	5
%	61	14	25	100	%	20	60	20	100
Total	185	40	53	278	Total	7	29	4	40
%	67	14	19	100	%	18	73	10	100

En opdeling af besvarelserne i somatiske og psykiatriske afdelinger (Tabel 4) viste, at 67 % af de somatiske og 18 % af de psykiatriske afdelingsledelser mente, at deres hospital havde en overordnet politik for den palliative indsats.

Fordelt på regioner spredte de somatiske afdelinger sig mellem 79 % i Region Midtjylland og 61 % i både Region Hovedstaden og Region Sjælland. Blandt de psykiatriske afdelinger var spredningen fra 36 % i Region Midtjylland til 0 % i Region Hovedstaden.

**Figur 3: Kan afdelingens patientklientel indbefatte palliative patienter (N=318)?**

I alt svarede 85 % af afdelingsledelserne bekræftende på, at afdelingens patientklientel kunne omfatte palliative patienter, forstået som patienter med en livstruende sygdom, som ikke var forbigående, herunder kroniske tilstande, hvor gradvis forværring kunne medføre død.

Der var ikke de store regionale forskelle. Region Sjælland angav at have den største andel af afdelinger med palliative patienter på 92 % (Figur 3).

**Tabel 5: Kan afdelingens patientklientel indbefatte palliative patienter (N=318)?**

afdelingstype	Ja %	Nej %	Antal afd. (N)
onkologi/hæmtologi	100	0	15
medicin	96	4	80
anæstesi	90	10	31
akut afdelinger	88	12	16
kirurgi	84	16	95
børneafdelinger	79	21	14
psykiatri	75	25	40
diverse	52	48	27
alle	85	15	318

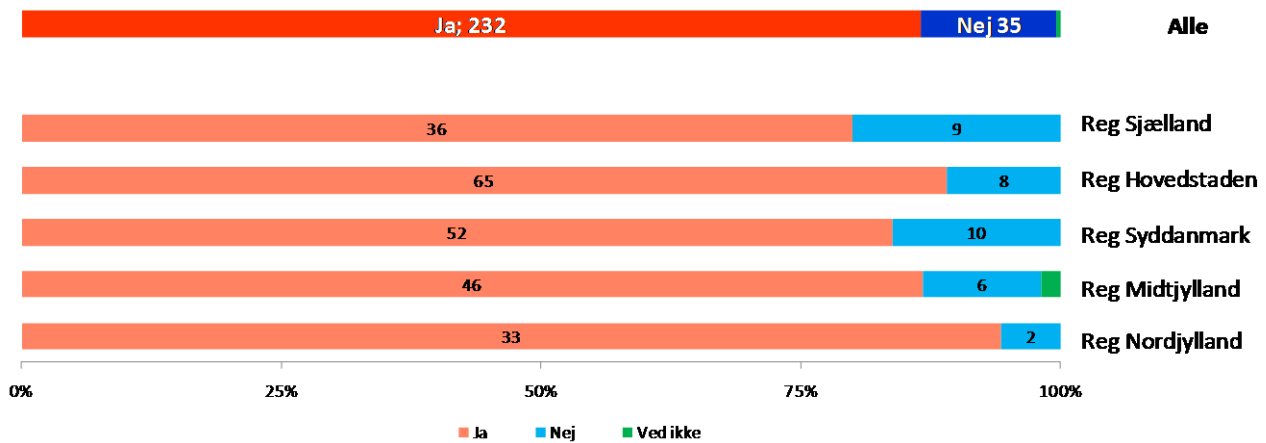
Palliative patienter kunne indgå som en del af patient-klientellet på 85 % af landets sygehusafdelinger med patientkontakt. Blandt de forskellige afdelingstyper var der, som forventet, en større spredning i forhold til, om afdelingerne kunne have palliative patienter blandt sit patientklientel (Tabel 5).

(Fordelingen af specialer/opgaver for de forskellige afdelingstyper er vist i Tabel 3)

### 3.3.2 Tema 1: Afdelingernes involvering i palliation

*Andelen af afdelinger, hvor en palliativ indsats er en del af afdelingens ydelser*

Figur 4 Kan I, på jeres afdeling, komme ud for at skulle yde en palliativ indsats (N=268)?



Af de 269 afdelingsledelser, som angav at palliative patienter kunne findes blandt afdelingens patientklientel, svarede 268 på spørgsmål 3; "Kan I, på jeres afdeling, komme ud for at skulle yde en palliativ indsats?". Hertil svarede 232 svarede "ja" (det vil sige 85 % af de adspurgte), og det var disse 232, som gik videre i spørgeskemaet med de 6 temaer. Regionerne imellem var der en spredning blandt de afdelinger, som angav at have palliative patienter, hvor 94 % af de afdelinger i Region Nordjylland og 80 % af de afdelinger i Region Sjælland også angav at kunne komme ud for, at skulle yde en palliativ indsats.

**Det betyder, at blandt 73 % af landets sygehusafdelinger med patientkontakt anføres en palliativ indsats at være en del af afdelingens ydelser. (232 "ja"/318 besvarede skemaer \* 100 = 73 %).**

**Afdelingstyper i forhold til palliative patienter og palliativ indsats.****Tabel 6: Svarprocenter for afdelingstyperne og svar vedr. palliative patienter og palliativ indsats**

afdelingstype	spørgeskemaer			"ja" til		"ja" til		palliativ indsats blandt respondere i %
	udsendte	besvarede	svar%	palliative patienter	% af besvarede	palliativ indsats	% af ja til pall. ptt	
onkologi/hæmatologi	19	15	79	15	100	15	100	100
medicin	106	80	75	77	96	74	96	93
kirurgi	126	95	75	80	84	73	91	77
børneafdelinger	16	14	88	11	79	10	91	71
anæstesi	38	31	82	28	90	25	89	81
diverse	36	27	75	14	52	10	71	37
psykiatri	50	40	80	30	75	17	59	43
akut afdelinger	19	16	84	14	88	8	57	50
alle	410	318	78	269	85	232	87	73

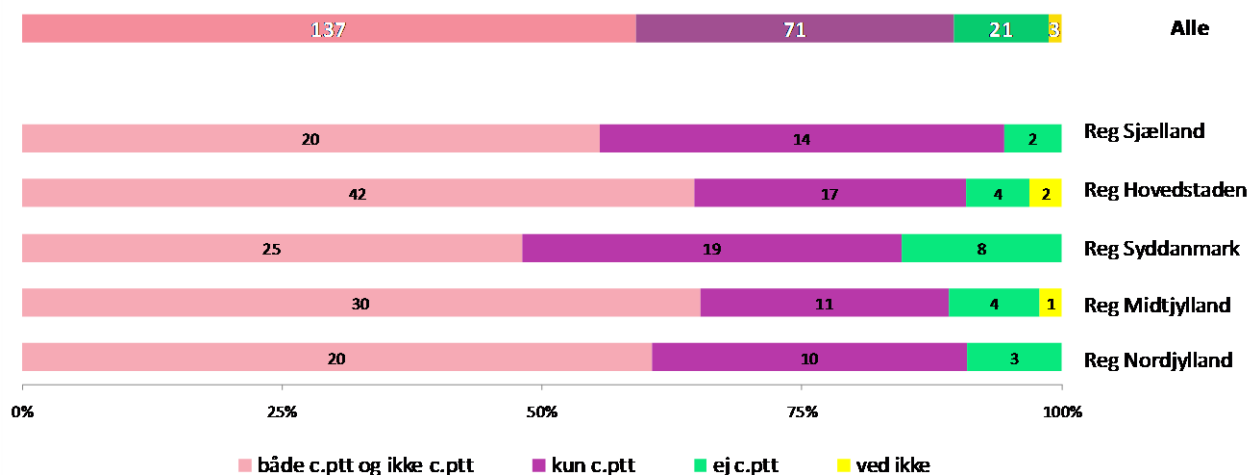
Tabel 6 viser, hvorledes de enkelte afdelingstyper fordelte sig med hensyn til svar-procenter og i forhold til andelen af palliative patienter og palliativ indsats. Afdelingerne er rangordnet efter "ja" til palliativ indsats.

Børneafdelingerne havde den højeste svarprocent (88 %), og lavest lå medicinske, kirurgiske og "diverse" afdelinger (75 %) (den første grå søjle). Som forventeligt, svarede alle de onkologiske/hæmatologiske afdelinger "ja" til både palliative patienter og palliativ indsats. Det var heller ikke overraskende, at gruppen af "diverse"-afdelinger havde den laveste andel med palliative patienter. Men, blandt "diverse"-afdelinger med palliative patienter, så ydede 71 % af afdelingerne en palliativ indsats. Samlet set betyder det, at en palliativ indsats kun var en ydelse, som 37 % af "diverse-afdelingerne" kunne tilbyde. Blandt de psykiatriske afdelinger angav 75 % at de kunne have palliative patienter, men kun 59 % af afdelingerne ydede i så fald en palliativ indsats. Samlet set betyder det, at 43 % af de psykiatriske afdelinger angav at en palliativ indsats var en ydelse, som kunne tilbydes.

Akutafdelingerne var den afdelingstype, hvor det var mindst udbredt at tilbyde en palliativ indsats (57 %) til afdelingens palliative patienter (hvilket 88 % angav, at de havde). Akutafdelingerne er typisk skadestuer og/eller akutmodtagelser, hvor patienterne sædvanligvis kun befinder sig ganske kortvarigt.

### Er de palliative patienter; kræft- eller ikke-kræft- eller "både/og"-patienter?

Figur 5: Omfatter afdelingens palliative patienter? Kræft, ikke-kræft, både/og? (N=232)



c.ptt er forkortelse for kræftpatienter

Selvom målgruppen for en palliativ indsats omfatter patienter med mange forskellige diagnoser, også en del "ikke-kræft"-diagnoser, var der fortsat 31 % af afdelingsledelserne, som kun angav patienter med kræft som målgruppe (Figur 5).

### Omfanget af afdelingernes involvering i forhold til patientforløbene

Tabel 7: Afdelingens involvering i patient-forløbene

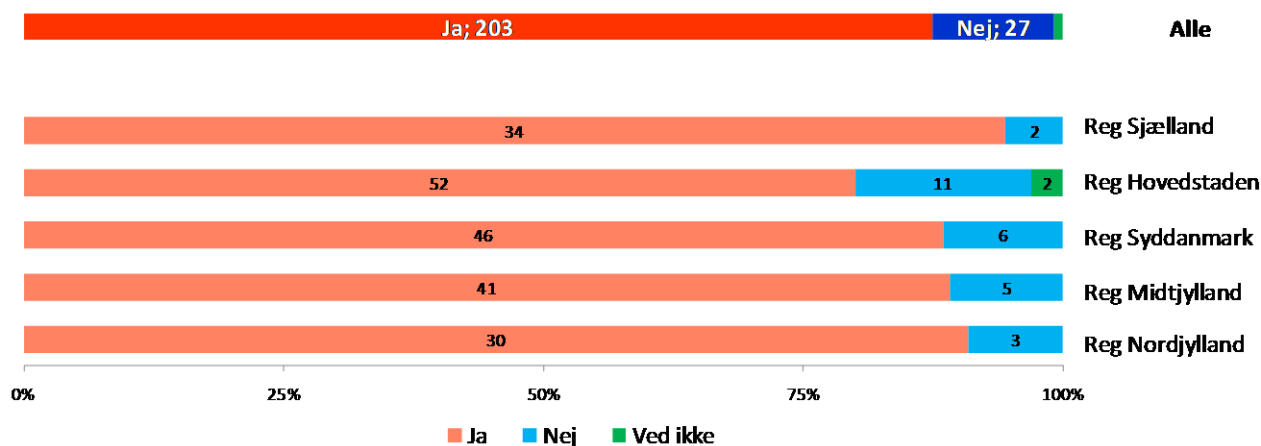
	Respondenter	Procent
Hele behandlingsforløb (fra diagnose til død)	54	24 %
Perioder af behandlingsforløb	68	30 %
Både hele og delvise forløb	85	37 %
Kun enkeltstående ydelser (f.eks. behandling af fraktur, øjenundersøgelse osv.)	20	9 %
Ved ikke	0	0 %
I alt	227	100 %

Mere end 90 % af afdelingerne var involveret i patienternes forløb både delvist og i hele forløb, kun ganske få afdelinger så kun de palliative patienter i forbindelse med enkeltstående ydelser (Tabel 7).



### Har afdelingerne fokus på den palliative indsats?

Figur 6: Har afdelingen fokus på den palliative indsats (N=232)?



Ud af de 232 sygehusafdelinger, som angav at kunne yde en palliativ indsats, svarede 88 % "ja" til at afdelingen havde fokus på den palliative indsats (Figur 6).

Det betyder, at 64 % af landets sygehusafdelinger med patientkontakt, havde fokus på den palliative indsats ( $203/318 \cdot 100 = 64\%$ ).

### Hvem har været med til at sætte fokus på den palliative indsats i afdelingerne?

Tabel 8: Hvem har sat fokus på afdelingens palliative indsats (N=198)?

	Respondenter	Procent
Afdelingsledelsen	149	75 %
Sygehusledelsen	62	31 %
Afdelingens læger	127	64 %
Afdelingens plejepersonale	159	80 %
En specialiseret funktion tilknyttet sygehuset (palliativt team eller lign.)	98	50 %
En eller nogle få ildsjæle	23	12 %
Andet (uddyb i kommentarer)	12	6 %
Ved ikke	2	1 %
I alt	198	100 %

(Til dette spørgsmål var det muligt at sætte flere x.)

Afdelingens plejepersonale blev hyppigst anført som de, der havde sat fokus på afdelingens palliative indsats (Tabel 8), dernæst kom afdelingsledelsen selv, fulgt af afdelingens læger.

Med 318 responderende afdelinger medfører det, at:

**For danske afdelinger med patientkontakt, ser det ud til, at for:**

**50 % af afdelingerne, havde plejepersonalet ..**

**47 % af afdelingerne, havde afdelingsledelsen ..**

**40 % af afdelingerne, havde lægerne ..**

**31 % af afdelingerne, havde det specialiserede niveau ..**

**19 % af afdelingerne, havde sygehusledelsen ..**

**7 % af afdelingerne, havde ildsjæle ..**

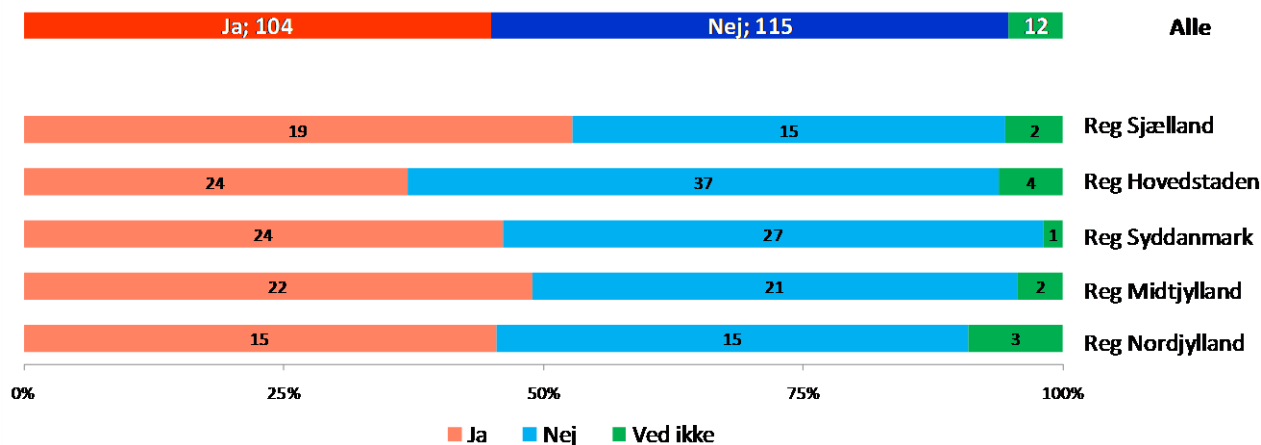
.... været involveret i at sætte fokus på afdelingens palliative indsats

## Politik på afdelingerne vedrørende den palliative indsats

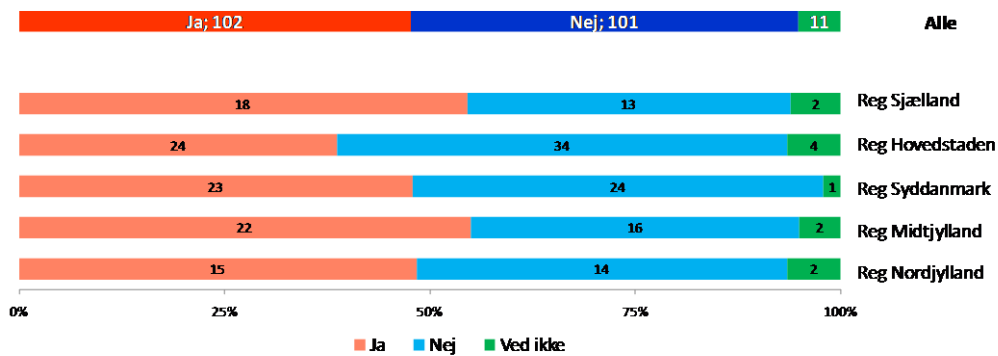
De følgende 6 spørgsmål vedrører, om afdelingerne havde etableret en politik for den palliative indsats i afdelingen, og i så fald hvorledes den blev kommunikeret ud og hvornår.

*Har afdelingerne en politik for den palliative indsats?*

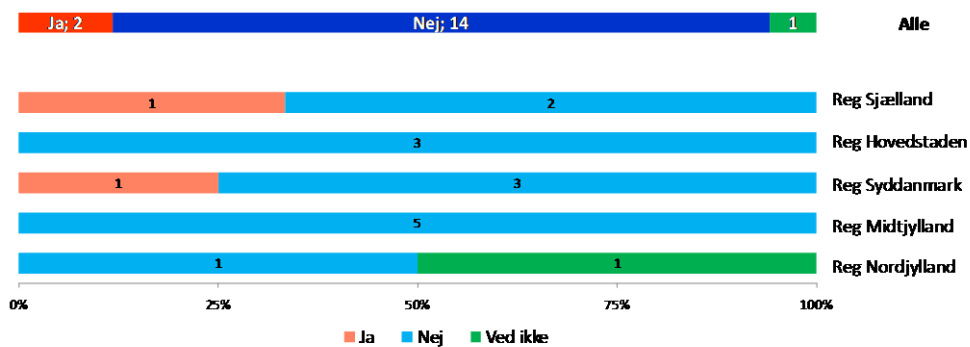
Figur 7: Har afdelingen en politik for den palliative indsats (N=231)?



Figur 7.a: Har afdelingen en politik for den palliative indsats – somatiske afdelinger (N=214)?



Figur 7.b: Har afdelingen en politik for den palliative indsats – psykiatriske afdelinger (N=17)?

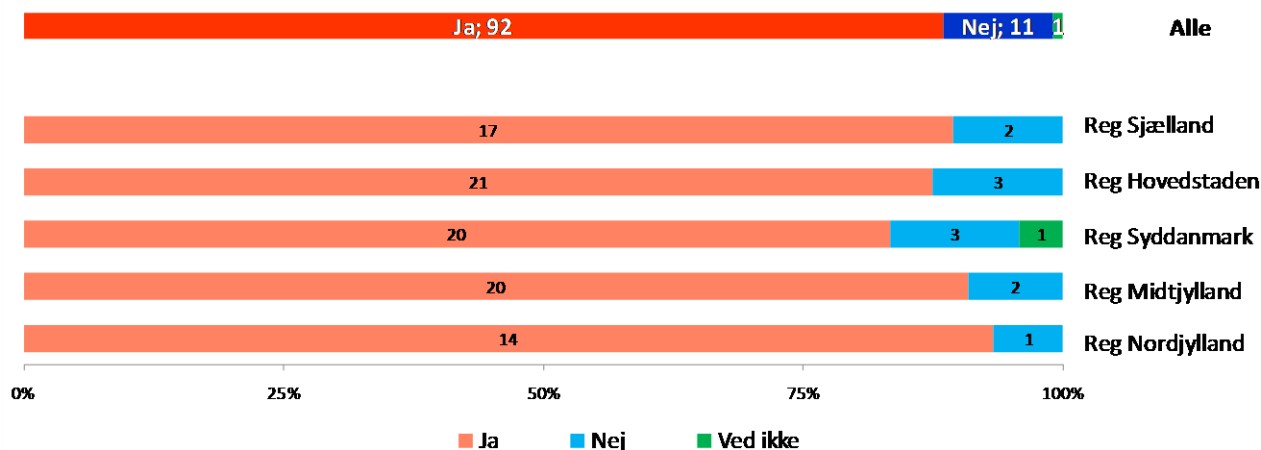


Knap halvdelen (N=104) af afdelingsledelserne, som angav at en palliativ indsats kunne være en del af afdelingens ydelser, havde også formuleret en politik for indsatsen (Figur 7). For de psykiatriske afdelinger, var det dog kun 2 ud af 17 (12 %) afdelinger (Figur 7.b).

Det betyder, at 33 % af landets sygehusafdelinger med patientkontakt, havde formuleret en politik for afdelingens palliative indsats ( $104/318 \cdot 100 = 64 \%$ ).

### Har afdelingerne indført politikken for den palliative indsats?

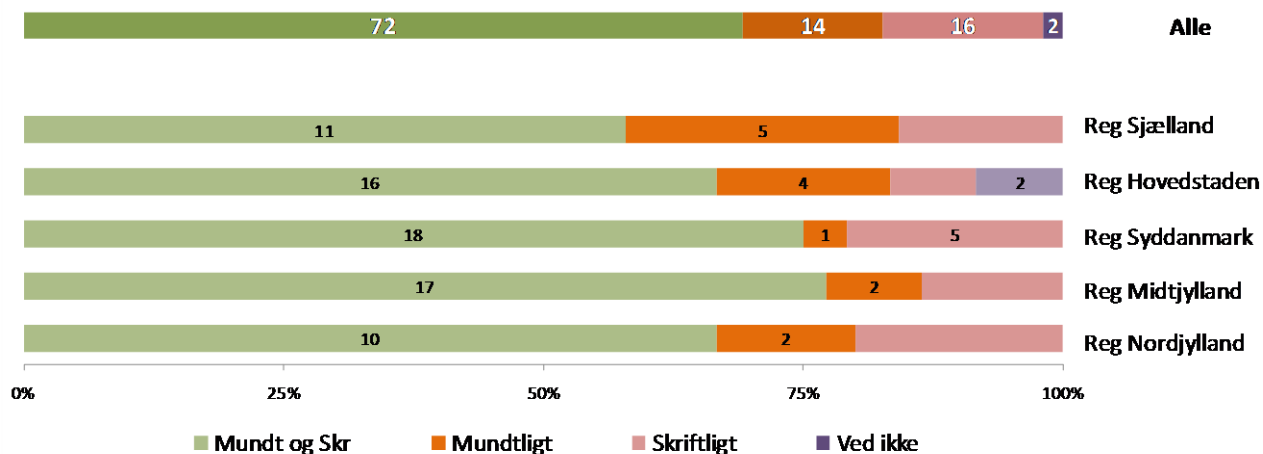
Figur 8: Er politikken for den palliative indsats indført (N=104)?



Det betyder, at 29 % af landets sygehusafdelinger med patientkontakt, havde indført en politik for afdelingens palliative indsats ( $92/318 \cdot 100 = 64\%$ ).

### Hvordan har afdelingerne kommunikeret politikken for den palliative indsats?

Figur 9: Hvordan er politikken for indsatsen kommunikeret i afdelingen (N=104)?



Næsten 70 % af de 104 afdelingsledelser angav, at politikken for den palliative indsats var kommunikeret både mundtligt og skriftligt, og 15 % at den var kommunikeret skriftligt (Figur 9). **Angiveligt skulle der således foreligge skriftlige udmeldinger om afdelingens politik for den palliative indsats på 31 % af landets afdelinger med patientkontakt** ( $((72+16)/318 = 31\%$ ).

**Hvilke niveauer (specialiseret, basalt) omfattes af politikken for den palliative indsats?****Tabel 9: Hvilke palliative indsats omfattet af politikken (N=101)?**

	Respondenter	Procent
Kun den basale indsats	37	37 %
Kun den specialiserede indsats	3	3 %
Både den basale og den specialiserede indsats	60	59 %
Ved ikke	1	1 %
I alt	101	100 %

I 86 % af de tilfælde, hvor der var indført en politik for den palliative indsats, var den basale palliative indsats omfattet af politikken (Tabel 9).

**Er politikken for den palliative indsats blevet evalueret?****Tabel 10: Er politikken for den palliative indsats blevet evalueret (N=101)?**

	Respondenter	Procent
Ja	22	22 %
Nej	53	53 %
Ikke relevant	12	12 %
Ved ikke	14	14 %
I alt	101	100 %

På 22 % af de afdelinger, som havde en politik for den palliative indsats, var den blevet evalueret (Tabel 10). Af de 56 afdelingsledelser, som anførte et årstal for politikken indførelse, angav 23, at det var sket året før (Tabel 12). Så for en del afdelingers vedkommende var det således for tidligt at evaluere en eventuel politik.

***På hvis initiativ har afdelingerne indført deres politik for den palliative indsats?*****Tabel 11: Hvem har taget initiativ til at indføre politikken på afdelingen (N=101)?**

	Respondenter	Procent
Afdelingsledelsen	68	67 %
Sygehusledelsen	28	28 %
Afdelingens læger	44	44 %
Afdelingens plejepersonale	52	52 %
En specialiseret funktion tilknyttet sygehuset (palliativt team eller lign.)	29	29 %
En eller nogle få ildsjæle	20	20 %
Andet (uddyb i kommentarer)	4	4 %
Ved ikke	3	3 %
I alt	101	100 %

(Ovenstående spørgsmål kunne besvares med flere x.)

Ganske som det fremgår af Tabel 8, var det især afdelingens personale (plejepersonale, læger og afdelingsledelsen selv), der havde taget initiativ til at indføre en politik for palliation på afdelingen – og ikke ”udefra kommende” opfordringer/krav. Her blev det anført, at i 20 % af tilfældene var det ”ildsjæle”, der indførte en politik – det er formentlig 20 af de 23, som blev nævnt i Tabel 8.

***Hvornår har afdelingerne indført en politik for den palliative indsats?*****Tabel 12: Hvornår er politikken for den palliative indsats indført (N=100)?**

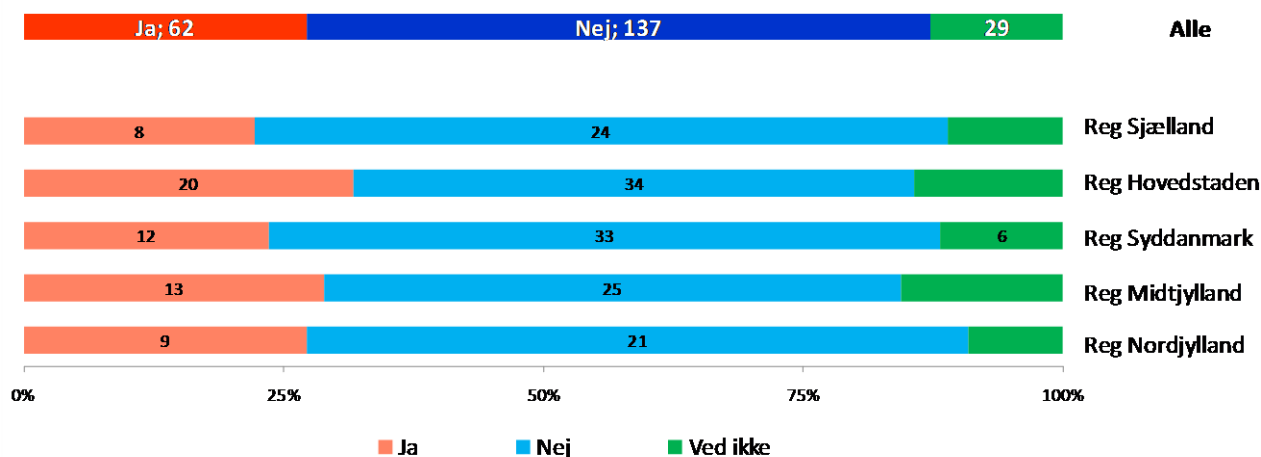
Årstal	antal
1993	1
1996	2
1998	2
1999	1
2001	1
2005	3
2006	4
2007	3
2008	5
2009	6
2010	5
2011	23
<b>Antal ”årstals-svar”</b>	<b>56</b>
<b>Antal ”ved ikke”</b>	<b>44</b>

Det totale antal var 100, da ”ved ikke”-respondenten i Tabel 9 ikke fik spørgsmålet.

### 3.3.3 Tema 2: Afdelingens rammer for den palliative indsats

#### Har sygehusledelserne udstukket rammer for afdelingernes palliative indsats?

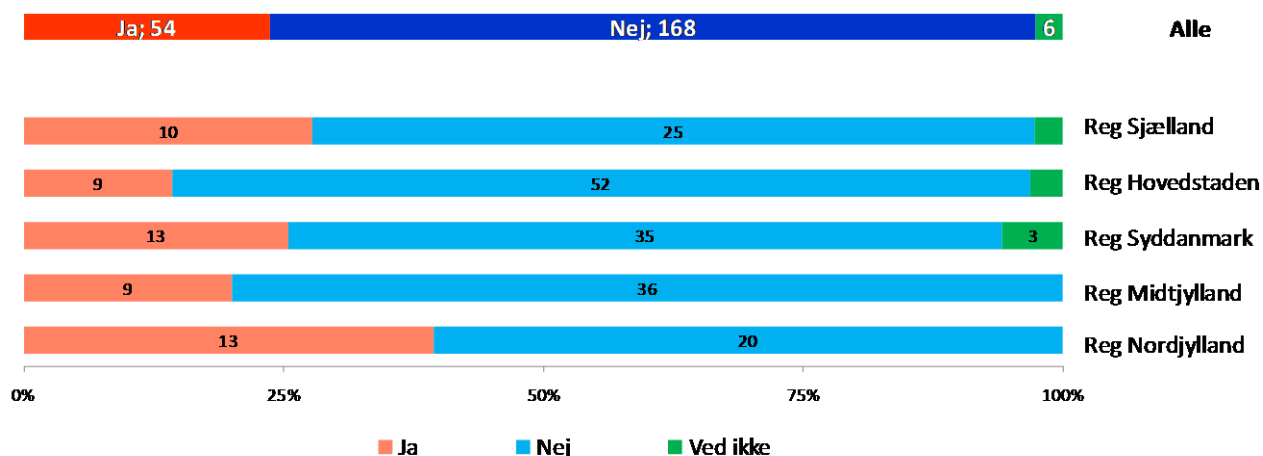
Figur 10: Har sygehusledelsen udstukket rammer for afdelingens palliative indsats (N=228)?



Kun en mindre andel af afdelingsledelserne (27 %) angav, at sygehusledelsen havde udstukket rammer for afdelingens palliative indsats (Figur 10). Der så ikke ud til at være den store variation regionerne imellem.

#### Er der allokeret ressourcer specielt til palliation på afdelingerne?

Figur 11: Er der i afdelingen blevet allokeret ressourcer specielt til palliation (N=228)?



Af Figur 11 fremgår det, at de færreste afdelingsledelser (N=54) angav, at afdelingen havde allokeret ressourcer specielt til palliation. Blandt afdelinger, som ydede en palliativ indsats, og som også havde allokeret ressourcer til indsatsen, viste besvarelsene en spredning regionerne imellem på 14 % i Region Hovedstaden til 39 % i Region Nordjylland.

Det vil sige, at 17 % af landets afdelinger med patientkontakt havde allokeret ressourcer specielt til den palliative indsats på afdelingen ( $54/318 = 17\%$ ), med en spredning på 32 % af afdelingerne i Region Nordjylland og 10 % af afdelingerne i Region Hovedstaden.

Hovedparten af afdelingerne (168) havde ikke allokeret ressourcer specielt til afdelingens palliative indsats.

**Tabel 13: Er der i afdelingen blevet allokeret ressourcer specielt til palliation (N=228)?**

	Respondenter	Procent
Ja (udddybes i Tabel 14 til Tabel 19 )	54	24 %
Nej (udddybes i Figur 12)	168	74 %
Ved ikke	6	3 %
I alt	228	100 %

Hvilke typer af ressourcer afdelingerne havde investeret i fremgår af Tabel 14 til Tabel 19 inklusive.

Hvorledes den palliative indsats var etableret blandt de afdelinger, der ikke havde allokeret ressourcer, fremgår af Figur 12.

***Hvilke ressourcer er allokeret specielt til palliation på afdelingerne?***

**Tabel 14: Hvilke ressourcer er blevet allokeret specielt til palliation (N=54)?**

	Respondenter	Procent
Mere personale	32	59 %
Udvidede fysiske rammer	23	43 %
Kompetenceløft for personale, der beskæftiger sig med palliation	44	82 %
Andet (uddyb i kommentarer)	11	20 %
Ved ikke	0	0 %
I alt	54	100 %



**Mere personale. Hvilket?**

Kun de 32, som svarede ”mere personale” i Tabel 14, fik spørgsmålet.

**Tabel 15: Hvilket personale er omfattet af ressourcer tildelt afdelingens palliative indsats (N=32)?**

	Respondenter	Procent
Læger	19	59 %
Sygeplejersker	28	88 %
Social- og sundhedsassistenter	4	13 %
Nøglepersoner med specifikt ansvar for afdelingens palliative indsats	17	53 %
Palliativ ambulatoriefunktion kun bemandet af læger	0	0 %
Palliativ ambulatoriefunktion kun bemandet af sygeplejersker	1	3 %
Palliativ ambulatoriefunktion bemandet af både læger og sygeplejersker	9	28 %
Eksterne konsulenter	3	9 %
Andre (uddyb i kommentarer)	4	13 %
Ved ikke	0	0 %
I alt	32	100 %

Af de 232 afdelingsledelser, som angav en palliativ indsats som en mulig ydelse i afdelingen, angav 32 at der var tildelt ressourcer til indsatsen i form af personale; 19 (8 %) oplyste, at der var tildelt læger, 28 (12 %), at der var tildelt sygeplejersker, og 17 (7 %), at der var tildelt nøglepersoner.

**Udvidede fysiske rammer. Hvilke?**

Kun de 23, som svarede ”ja” til ”udvidede fysiske rammer” i Tabel 14, fik spørgsmålet.

**Tabel 16: Hvilke fysiske rammer er omfattet af ressourcer tildelt afd.s palliative indsats (N=23)?**

	Respondenter	Procent
Samtalerum	9	39 %
Mulighed for enestuer	9	39 %
Specielle sengeafsnit	5	22 %
Specielle stuer til ambulante palliative funktioner	8	35 %
Andet (uddyb i kommentarer)	6	26 %
Ved ikke	0	0 %
I alt	23	100 %

Af de 232 afdelingsledelser, som angav en palliativ indsats som en mulig ydelse i afdelingen, angav 23 (10 %), at der var tildelt ressourcer til indsatsen i form af udvidede fysiske rammer; 9 (4 %) oplyste, at der var

etableret samtalerum, 9 (4 %), at der var etableret mulighed for enestuer, 5 (2 %) at der var etableret specielle sengeafsnit, og 8 (3 %), at der var etableret specielle stuer til ambulante palliative funktioner.

### ***Kompetenceløft. Hvilke?***

Kun de 44, som svarede "kompetenceløft" i Tabel 14, fik spørgsmål 20, 21, 22.

**Tabel 17: Kompetenceløft til personalet**

	Respondenter	Procent
Fast, skemalagt undervisning	4	9 %
Temadage	29	66 %
Eksterne kurser	37	84 %
Lejlighedsvis undervisningssessioner	20	46 %
Praktikperioder i specialiseret palliativ funktion	5	11 %
Deltagelse i palliative konferencer	31	71 %
Andet (uddyb i kommentarer)	6	14 %
Ved ikke	0	0 %
I alt	44	100 %

### ***Hvilke personalegrupper vedrører kompetenceløftet?***

Kun de 44, som svarede "kompetenceløft" i Tabel 14, fik de følgende spørgsmål.

**Tabel 18: Hvilke personalegrupper vedrører kompetenceløftet (N=44)?**

	Respondenter	Procent
Læger	30	68 %
Sygeplejersker	43	98 %
Social- og sundhedsassistenter	10	23 %
Sekretærer	6	14 %
Andre (uddyb i kommentarer)	4	9 %
Ved ikke	0	0 %
I alt	44	100 %

Af de 232 afdelingsledelser, som angav at deres afdeling ydede en palliativ indsats, angav 44 (19 %) at der var tildelt ressourcer til indsatsen i form af kompetenceløft; 37 (16 %) tildelte eksterne kurser, 31 (13 %) gav personale lov til deltagelse i palliative konferencer, 29 (13 %) havde temadage. Kun 5 (2 %) angav praktikperioder i specialiseret palliativt team, og kun 4 (2 %) angav fast skemalagt undervisning. Afdelingsledelserne angav at kompetenceløftet vedrørte følgende personalegrupper; 43 (19 %) sygeplejersker, 30 (13 %) læger, 10 (4 %) SOSU-assistenter og 4 (2 %).

**Er det specialiserede niveau involveret i personalets kompetenceløft?**

Kun de 44, som svarede "kompetenceløft" i Tabel 14, fik disse spørgsmål, og kun 42 besvarede spørgsmålet vist i Tabel 19.

**Tabel 19: Er det specialiserede niveau involveret i personalets kompetenceløft (N=42)?**

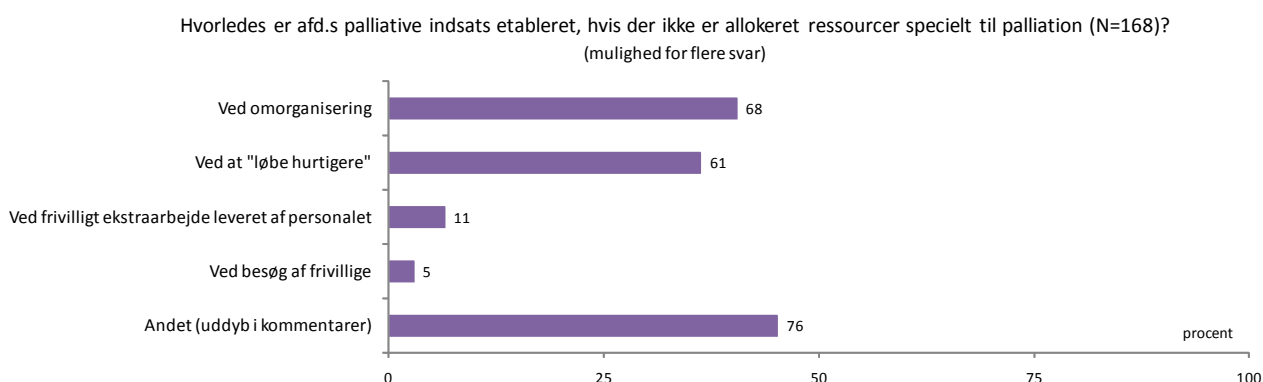
	Respondenter	Procent
Ja	35	83 %
Nej	5	12 %
Ved ikke	1	2 %
Ikke relevant	1	2 %
I alt	42	100 %

Af de 54 afdelinger, som havde allokeret ressourcer specielt til palliation, fremgik det af Tabel 14 at 44 (82 %) havde afsat ressourcer til kompetenceløft (se Tabel 17). **Det betyder, at 14 % af afdelingerne i Danmark angiver at have sat ressourcer af til kompetenceløft for personalet med hensyn til palliation.** Når det vedrører mere personale (Tabel 15) og udvidede fysiske rammer (Tabel 16) er tallene endnu mindre.

I fald afdelingen havde valgt at bruge ressourcer på at løfte personalets kompetencer (N=44), så var det specialiserede niveau i høj grad involveret (N=35, svarende til 83 % i Tabel 19). **Overordnet betyder det, at det specialiserede niveau kun er involveret i afdelingernes kompetenceløft for 11 % af alle afdelinger i Danmark med patientkontakt.**

**Hvorledes er indsatsen etableret, hvis der ikke afsat ressourcer specielt til palliation?**

**Figur 12: Hvorledes er den palliative indsats så etableret (N=168)?**



De 168 afdelingsledelser, som svarede at afdelingen ikke havde allokeret ressourcer specielt til palliation (Tabel 13), gik videre til spørgsmål 4 i Tema 2. Som det fremgår af Figur 12, blev indsatsen så implementeret på anden vis, overvejende ved omorganisering og ved at løbe hurtigere.

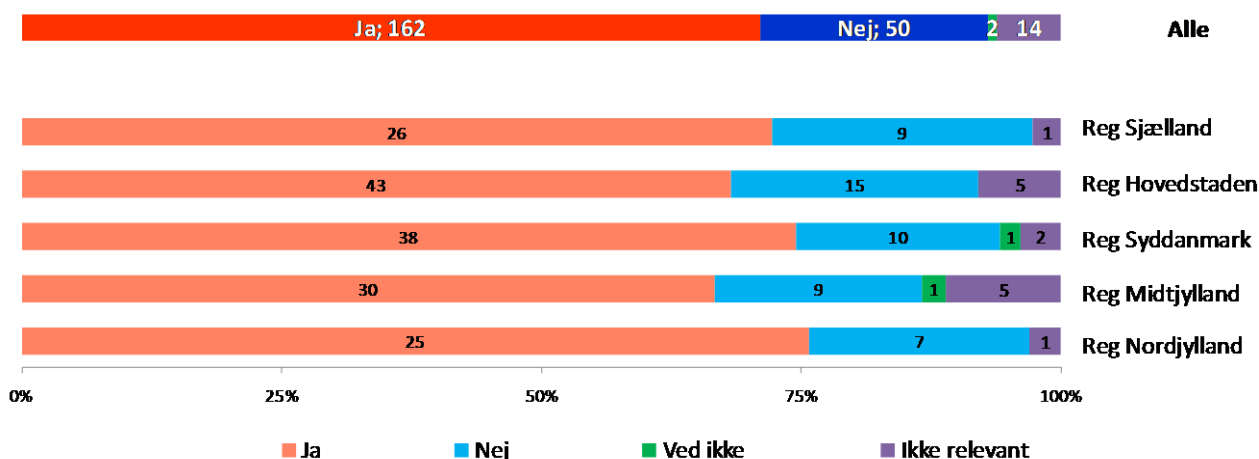
### 3.3.4 Tema 3: Afdelingens overordnede praksis omkring den palliative indsats

Under ovenstående overskrift, var der i spørgeskemaet, med fed skrift, tilføjet:

**I Danmark er den palliative indsats organiseret i:**  
 en **specialiseret** indsats, som omfatter palliative teams, enheder, afdelinger og hospices, hvor personalet er specialuddannet i palliation og kun beskæftiger sig med palliation  
 og  
 en **basal** indsats, som foregår på sygehusafdelinger, blandt praktiserende læger og på kommunalt niveau, hvor personalet ikke er specialuddannet, og hvor palliation kun er en delmængde af de opgaver, stedet skal løse.

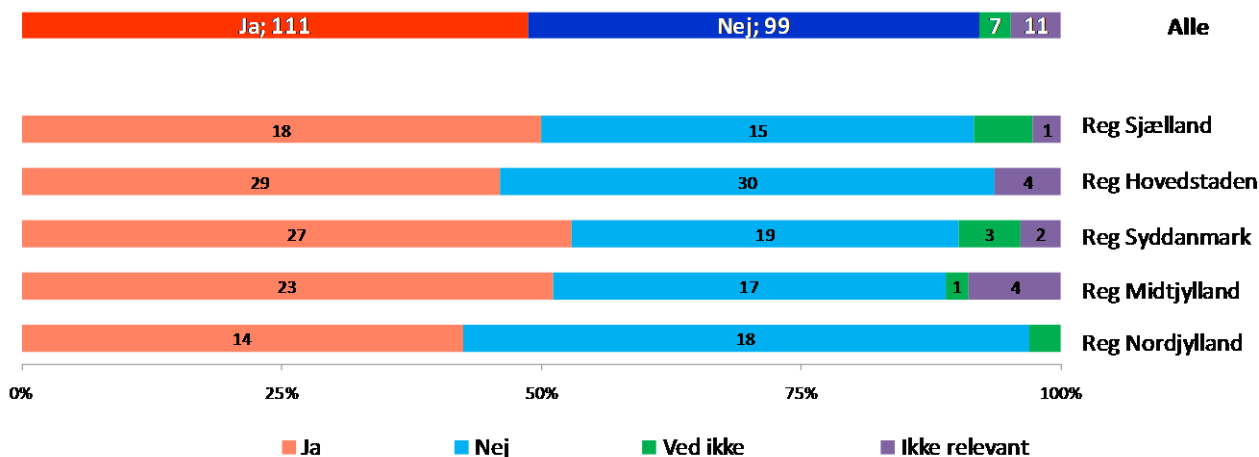
#### Har afdelingerne instrukser/retningslinjer for symptomlindring?

Figur 13: Har afdelingen instrukser/retningslinjer for symptomlindring (N=228)?



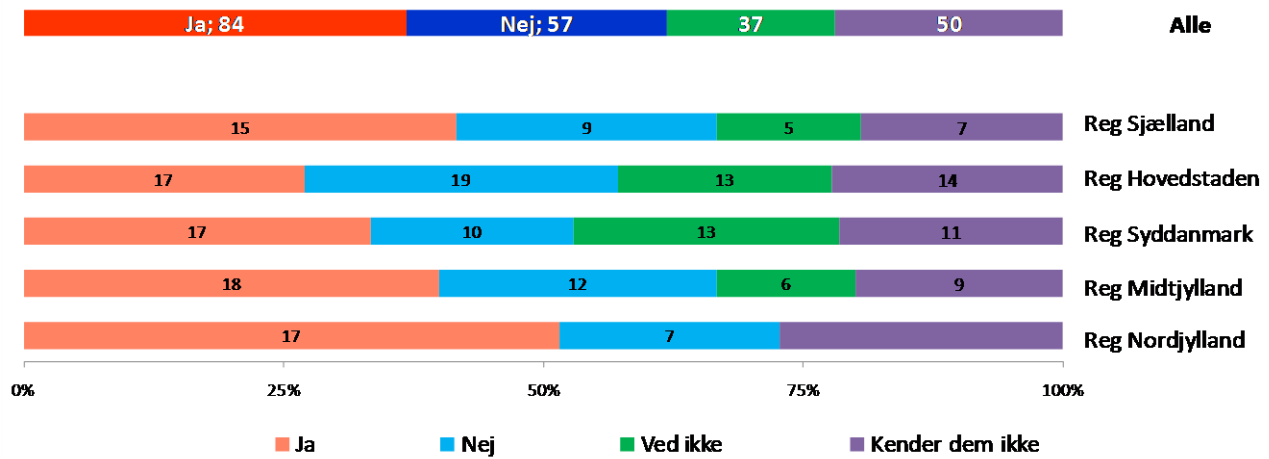
#### Har afdelingerne instrukser/retningslinjer for den palliative indsats?

Figur 14: Har afdelingen instrukser/retningslinjer for den palliative indsats (N=228)?



*Anvender afdelingerne Sundhedsstyrelsens (SST) "Faglige retningslinier for den palliative indsats"?*

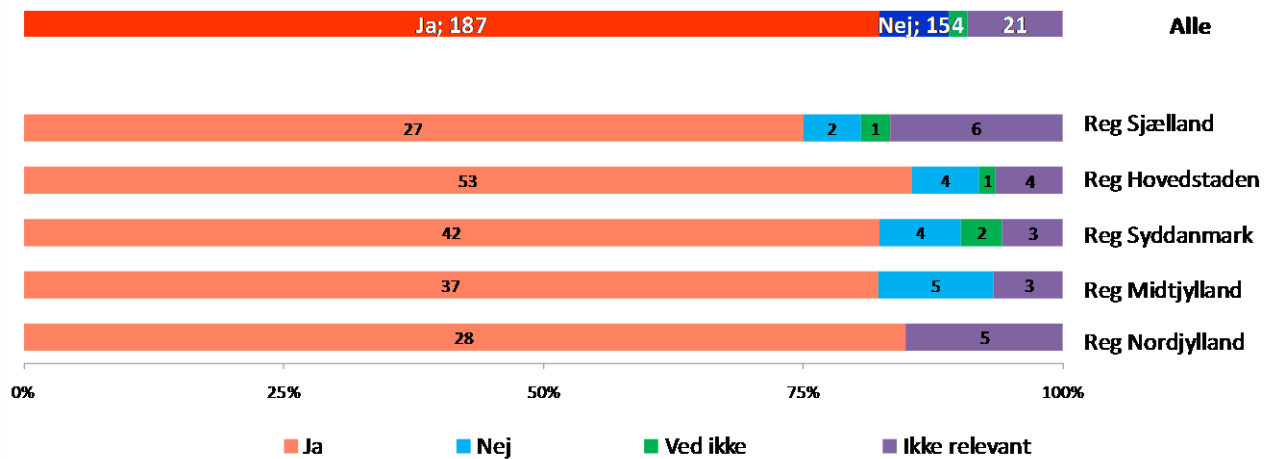
Figur 15: Anvendes SSTs "Faglige retningslinjer for den palliative indsats" (N=228)?



**3.3.5 Tema 4: Afdelingens daglige praksis omkring den palliative patient**

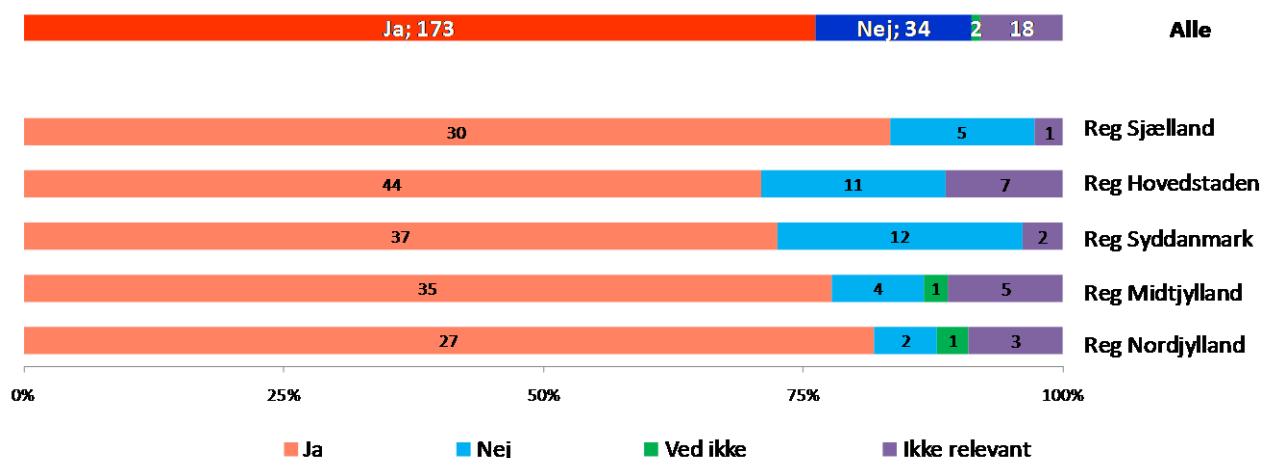
*Forholder man sig i afdelingerne sig til, om en patient "er palliativ"?*

Figur 16: Er det sædvanen at forholde sig til om en patient "er palliativ" (N=227)?



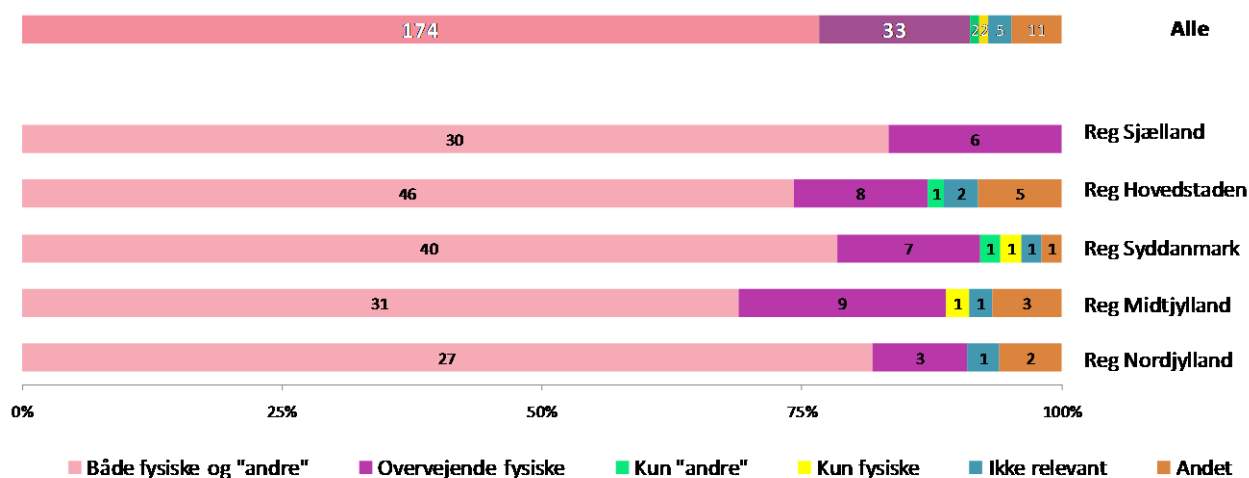
**Iværksætter afdelingerne rutinemæssigt en palliativ indsats?**

Figur 17: Iværksættes rutinemæssigt en palliativ indsats, når en patient skønnes palliativ (N=227)?



**Hvori består afdelingernes palliative indsats?**

Figur 18: Hvad består afdelingens palliative indsats til en patient af (N=227)?



**Svar-muligheder:**

Både lindring af fysiske symptomer og "andre problemer af psykisk, psykosocial og åndelig art"

Overvejende lindring af fysiske symptomer

Kun lindring af "andre problemer" end fysiske symptomer (uddyb i kommentarer)

Kun lindring af fysiske symptomer

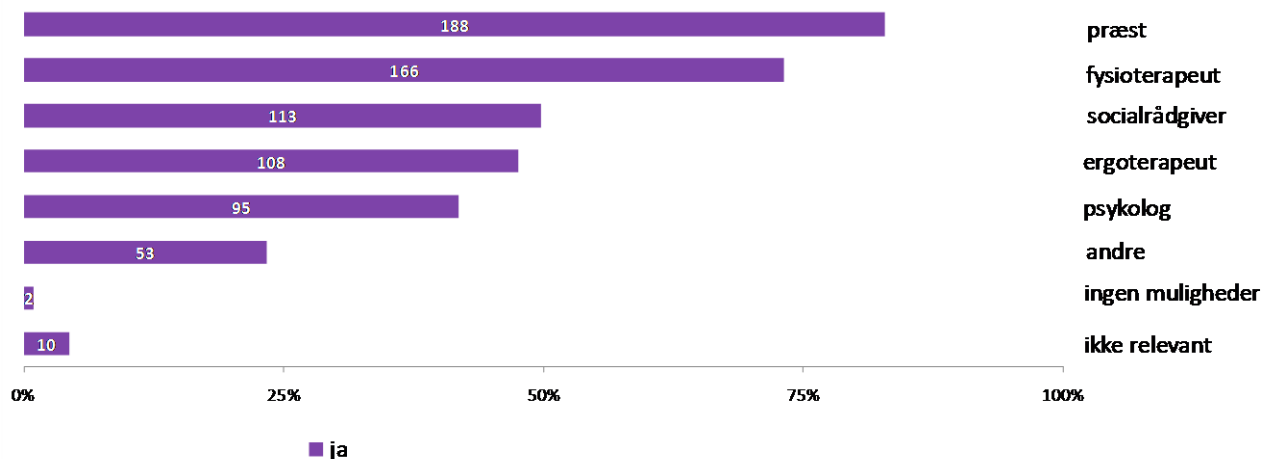
Ikke relevant

Andet (uddyb i kommentarer)

Ved ikke

### Hvilke andre professionelle har afdelingerne mulighed for "at trække på"?

Figur 19: Hvilke andre professionelle kan afd. tilbyde palliativ bistand fra (N=227)?



Præst og fysioterapeut var de "andre" professionelle", som afdelingerne hyppigst kunne tilbyde hjælp fra (hhv. 83 % og 73 %), givet afdelingerne ydede en palliativ indsats.

De 2 afdelinger, som angav at yde en palliativ indsats, men som ikke havde mulighed for bistand fra andre professionelle, var 2 anæstesiafdelinger fra Region Midtjylland.

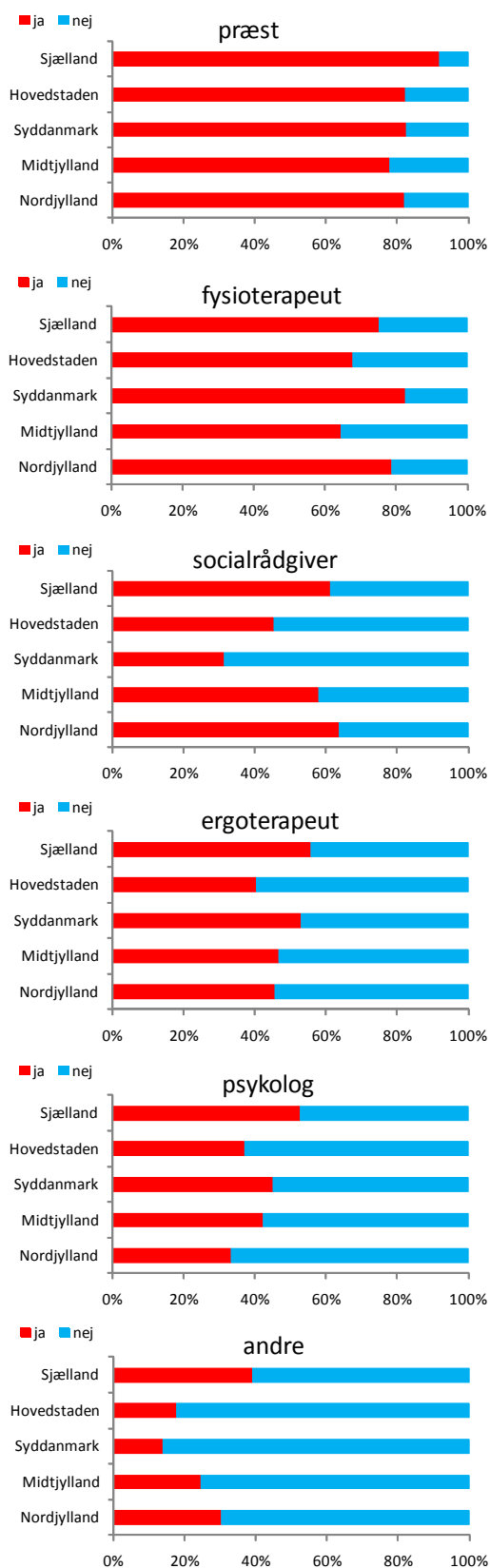
Af de 53 afdelinger, som satte x i "andre", var der kommentarer fra 49:

Tabel 20: Palliativ bistand fra "andre" professionelle

Kommentarer vedrørende "andre" professionelle, til palliativ bistand:	kommenteret antal gange
Specialiseret palliativt niveau	31
Læger	6
Sygeplejersker	4
Smerteenheder	3
Diætist	2
Sexolog	1
Nyreforeningens psykolog/socialrådgiver	1
Kræftens Bekæmpelses psykolog	1
Psykiater (som også er præst)	1
Ansøgt midler til en specialist	1
Neurologpædagog	1
Pædagog	1

I Figur 20 vises, hvorledes tilbuddet om "andre" professionelle er fordelt for de enkelte regioner.

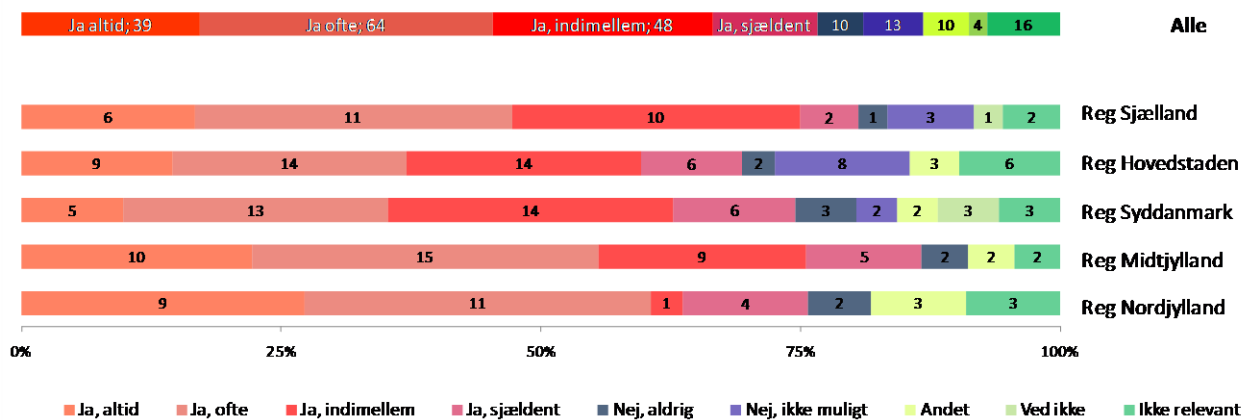
Figur 20: Regionsvis fordeling af "andre professionelle", som afdelingen kan tilbyde bistand fra





**Henviser afdelingerne palliative patienter til en specialiseret palliativ indsats?**

**Figur 21: Henviser afdelingen palliative patienter til en specialiseret palliativ indsats (N=227)?**

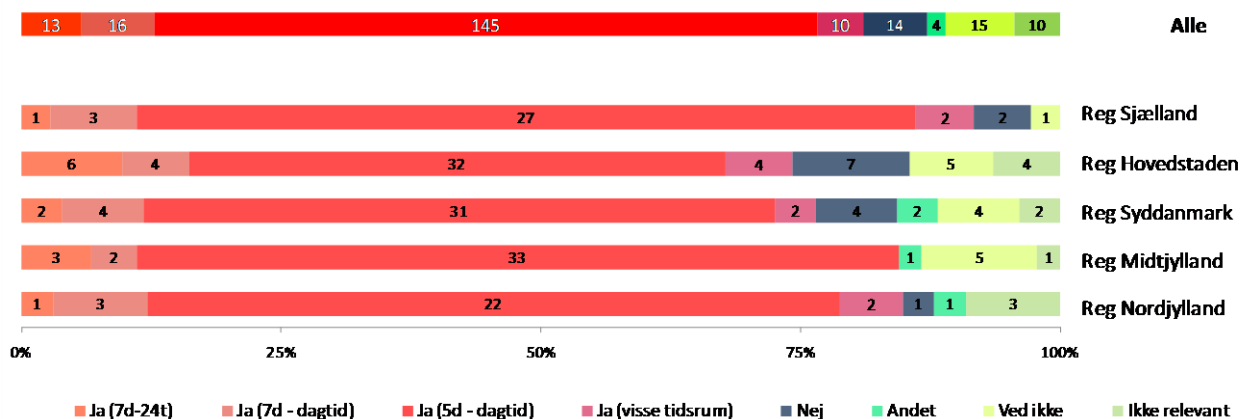


I alt angav 55 % af danske afdelinger med patientkontakt, at de anvendte det specialiserede niveau i et eller andet omfang  $(23+48+64+39)/318$ :

- ”Ja altid”: 12 % af alle sygehusafdelinger (39/318).
- ”Ja ofte”: 20 % af alle sygehusafdelinger (64/318).
- ”Ja indimellem”: 15 % af alle sygehusafdelinger (48/318).
- ”Ja sjældent”: 7 % af alle sygehusafdelinger (23/318).

**Afdelingernes mulighed for at konsultere det specialiserede niveau ved behov?**

**Figur 22: Har afdelingen mulighed for at konsultere det specialiserede niveau (N=227)?**



Blandt de afdelinger, som ydede en palliativ indsats, kunne:

6 % kontaktede det specialiserede niveau på alle tidspunkter, alle dage (13/227)

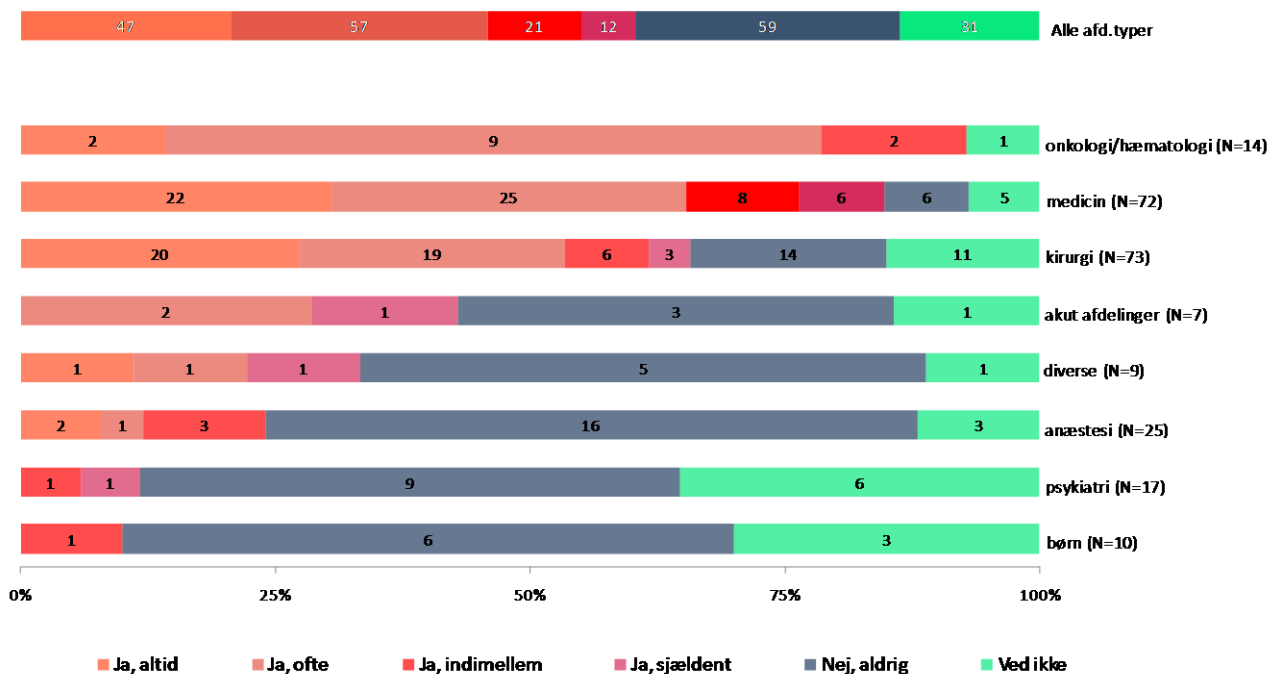
7 % kontaktede det specialiserede niveau i dagtiden på alle ugens dage (16/227)

64 % kontaktede det specialiserede niveau i dagtiden på hverdage (145/227)

4 % kontaktede det specialiserede niveau i visse tidsrum (10/227)

**Udskriver afdelingerne terminal-erklæringer til palliative patienter?**

Figur 23: Udskriver afdelingen terminalerklæring, når en patient skønnes palliativ (N=227)?



Blandt de afdelinger, som ydede en palliativ indsats, blev terminalerklæring udskrevet:

Altid: 21 % (47/227)

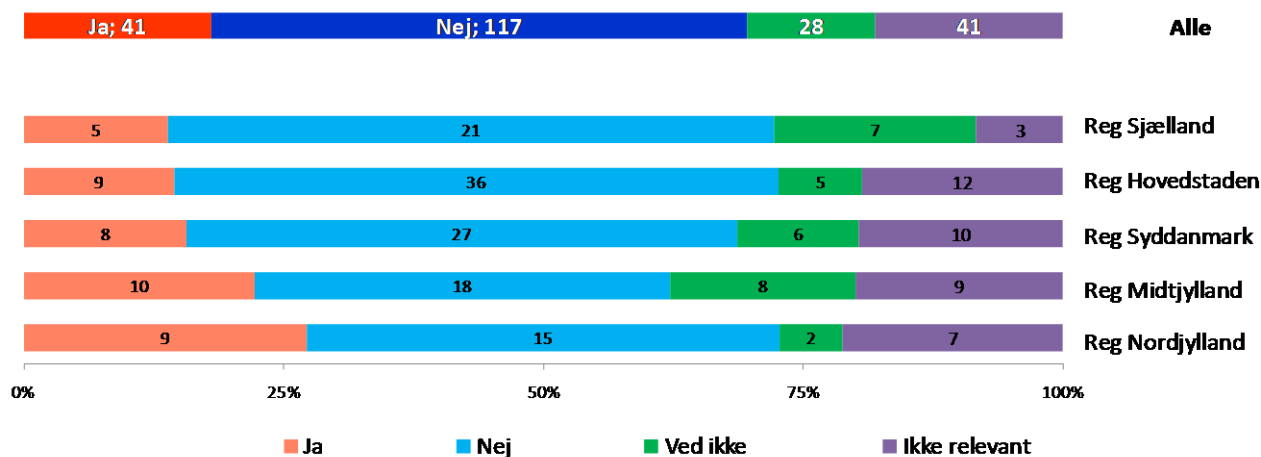
Ofte: 25 % (57/227)

Indimellem: 9 % (21/227)

Sjældent: 5 % (12/227)

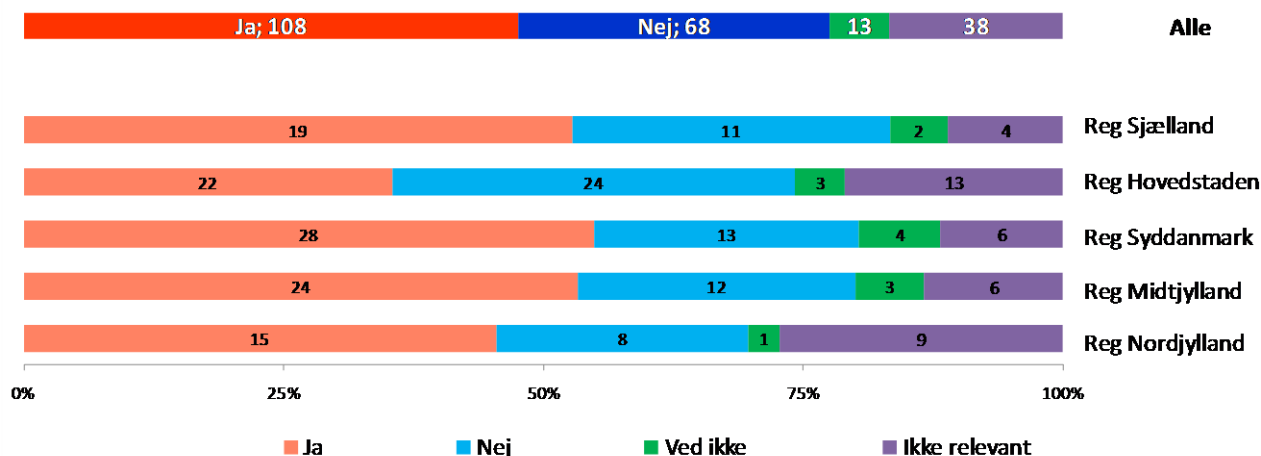
*Har afdelingerne specielle rutiner for palliative patienter ved overflytning?*

Figur 24: Har afdelingen specielle rutiner ved overflytning af en palliativ patient til en anden afdeling (N=227)?



*Har afdelingerne specielle rutiner for palliative patienter ved udskrivelse?*

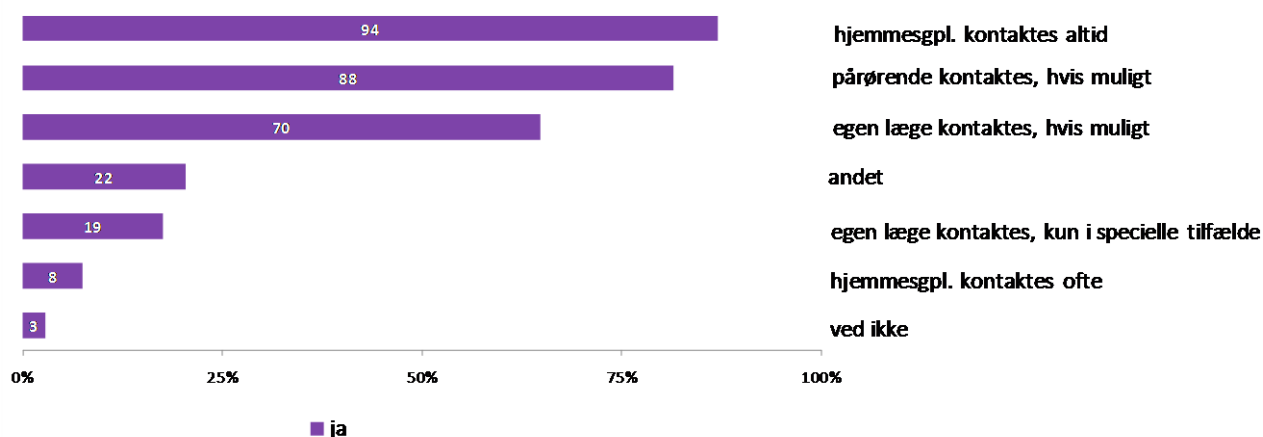
Figur 25: Har afdelingen specielle rutiner, når en palliativ patient udskrives til hjemmet (N=227).



I spørgsmålets tekst var det anført i parentes, at "hjemmet" også inkluderede plejehjem, aflastningspladser og lignende.

**Hvilke specielle rutiner?**

Figur 26: Hvilke specielle rutiner har afdelingen, ved udskrivning til hjemmet (N=108)?

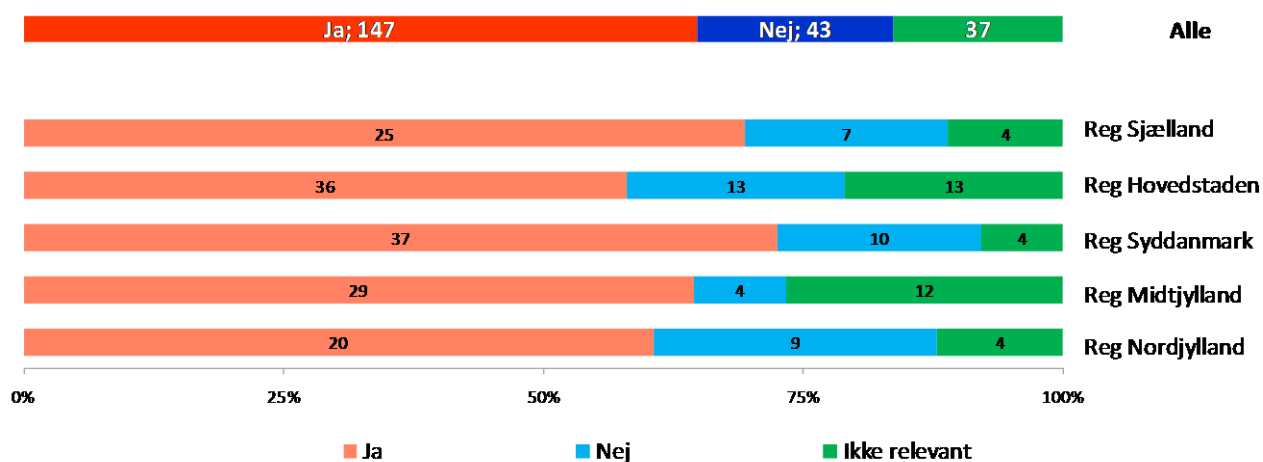


Spørgsmålet blev stillet til de 108, som svarede ja til foregående spørgsmål. Der var mulighed for at sætte flere x.

**3.3.6 Tema 5: Afdelingens palliative indsats omkring patienter, hvor snarlig død kan forventes**

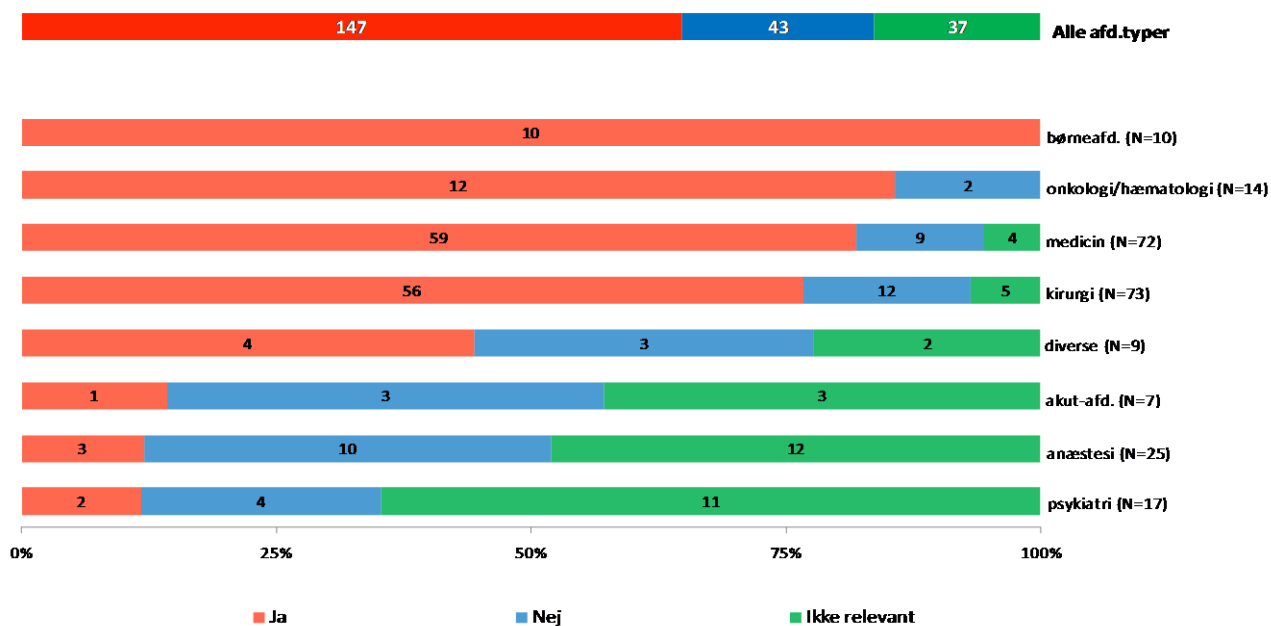
*Tilbyder afdelingerne de palliative patienter "åben indlæggelse"?*

Figur 27: Kan afdelingen tilbyde palliative patienter åbne indlæggelser (N=227)?



Åbne indlæggelser kunne tilbydes af 65 % af de afdelinger, som angav at yde en palliativ indsats, med mindre variationer mellem regionerne (Figur 27). Ikke uventet var der stor variation i forhold til hvilke afdelingstyper, der kunne tilbyde åbne indlæggelser. De mest oplagte, somatiske afdelingstyper; kirurgi, medicin, onkologi/hæmatologi og børneafdelingerne, gav i meget høj grad mulighed for åbne indlæggelser (Figur 28).

Figur 28: Tilbud om åbne indlæggelser, fordelt på afdelingstyper (N=227)?



Lidt overraskende var det, at kun 3/4 af de kirurgiske afdelinger kunne tilbyde åbne indlæggelser. I betragtning af, at det kun var afdelinger, som kunne komme ud for at yde en palliativ indsats, som besvarede dette spørgsmål, så var det også overraskende, at de psykiatriske afdelinger heller ikke kunne tilbyde åbne indlæggelser til deres palliative patienter.

Derimod var det forventeligt, at tilbuddet om åbne indlæggelser ikke blev givet i særligt omfang blandt anæstesi/intensiv afdelinger eller akut modtageafdelinger.

#### *Er antallet af åbne indlæggelser fastlagt?*

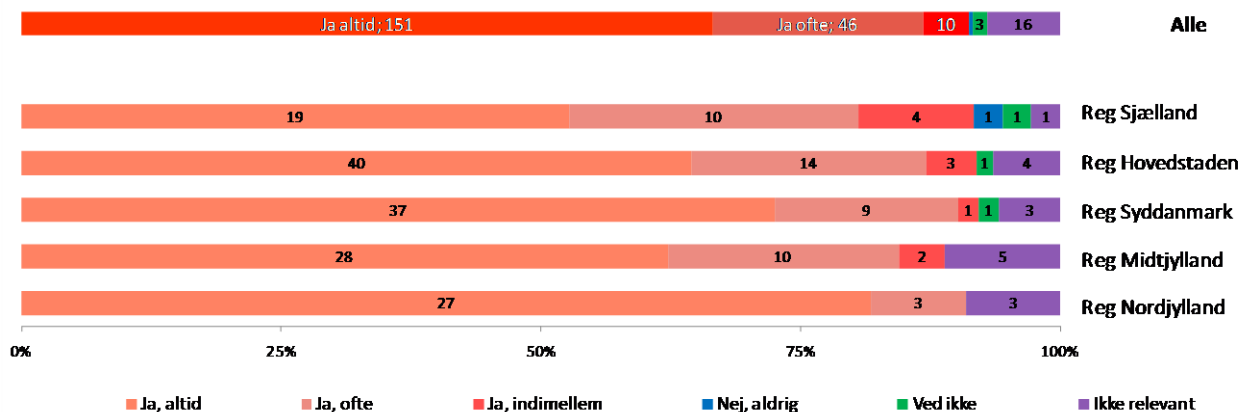
Tabel 21: Er antallet af åbne indlæggelser fastlagt (N=147)?

	Respondenter	Procent
Ja, som et max antal pr. givent tidspunkt	0	0 %
Ja, som et max antal hen over 1 mdr.	0	0 %
Ja, som et max antal hen over 1 år	0	0 %
Nej, antallet er ikke fastlagt	146	99 %
Andet (uddyb i kommentarer)	1	1 %
Ved ikke	0	0 %
I alt	147	100 %

Kun de 147, som svarede ”ja” i foregående spørgsmål, fik stillet dette. Antallet og tilbuddet om åbne indlæggelser så ud til at være bestemt af afdelingernes løbende behov (Tabel 21), uden sygehusledelsens involvering (tabel ikke vist).

**Kan døende patienter tilbydes enestue?**

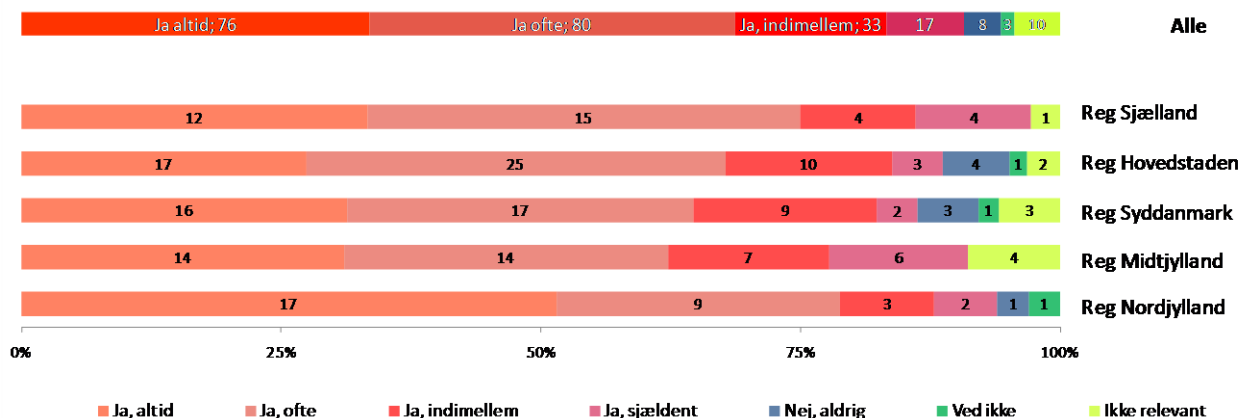
Figur 29: Kan døende tilbydes enestue (N=227)?



Næsten alle afdelinger (87 %), som angav at yde en palliativ indsats, havde mulighed for - altid eller ofte - at tilbyde enestue til døende patienter (Figur 29).

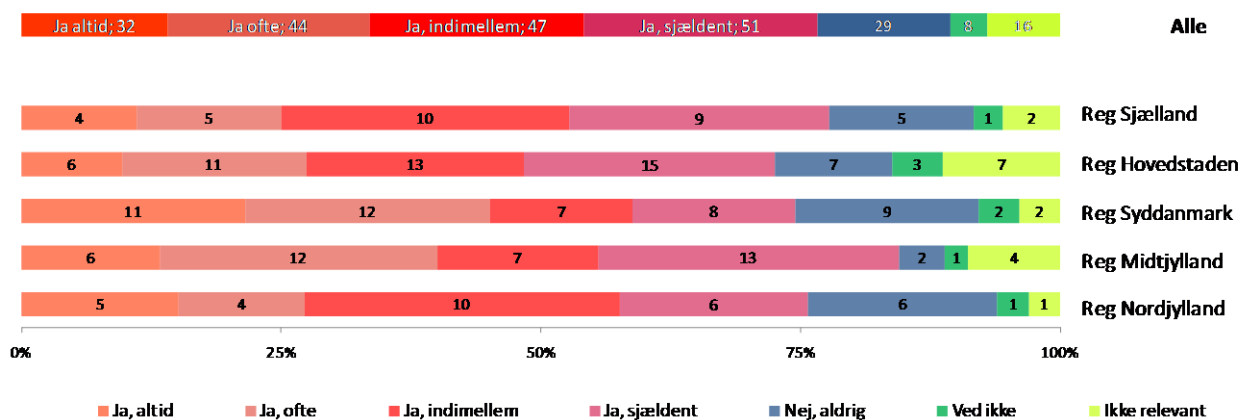
**Har afdelingerne tilbud om en palliativ indsats til pårørende til døende patienter?**

Figur 30: Yder afdelingen en palliativ indsats til de pårørende til døende patienter (N=227)?



### Har afdelingerne tilbud om en palliativ indsats til de efterladte?

Figur 31: Yder afdelingen en palliativ indsats til de efterladte (N=227)?

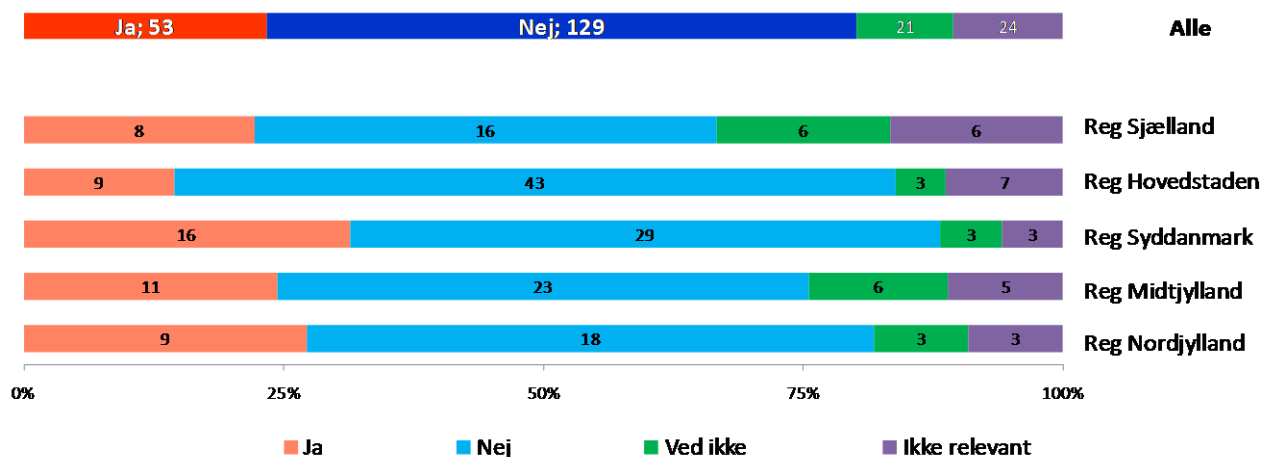


Blandt de afdelinger, som ydede en palliativ indsats, var der også fokus på de pårørende til døende patienter. Her angav 69 % af afdelingerne, at de enten altid (33 %) eller ofte (36 %) ydede en palliativ indsats til de pårørende. For de efterladte var disse andele noget lavere på henholdsvis 14 % "altid" og 19 % "ofte".

### 3.3.7 Tema 6: Administrative/organisatoriske emner omkring afdelingens palliative indsats

#### Registrering af den palliative indsats på afdelingerne

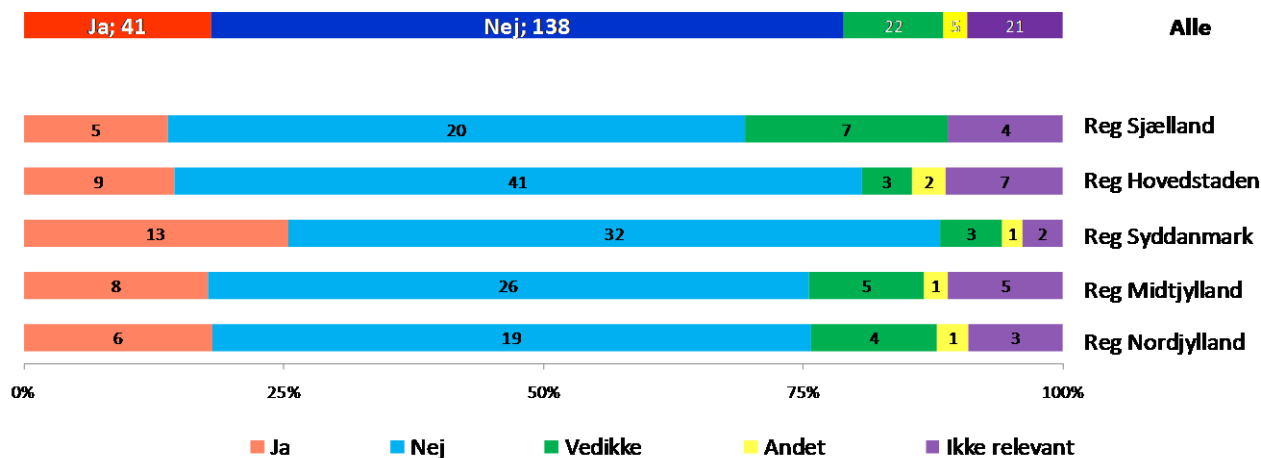
Figur 32: Registreres den palliative indsats på afdelingen (N=227)?



Kun 23 % af afdelingsledelserne mente, at den palliative indsats på afdelingen blev registreret, færrest i Region Hovedstaden (15 %) og flest i Region Syddanmark (31 %) (Figur 32).

**Har afdelingerne etableret administrative procedurer til registrering af indsatsen**

Figur 33: Har afdelingen administrative procedurer til registrering af den palliative indsats (N=227)?



Kun 18 % svarede "ja" på spørgsmålet (Figur 33).

**Er disse procedurer tilstrækkelige?**

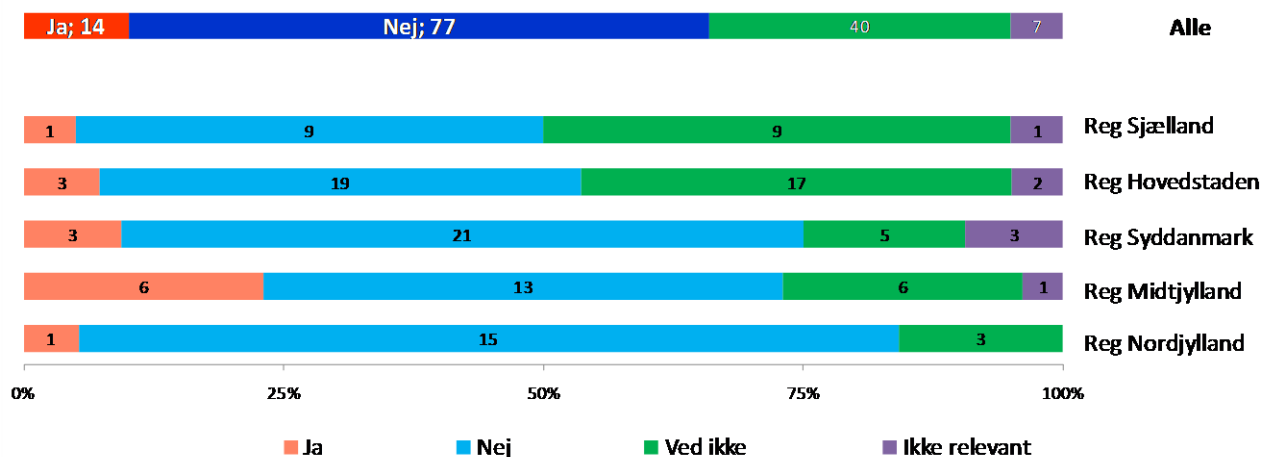
Tabel 22: Er procedurerne til registrering af den palliative indsats tilstrækkelige (N=41)?

	Respondenter	Procent
Ja	27	66 %
Nej (uddyb i kommentarer)	6	15 %
Ved ikke	8	20 %
I alt	41	100 %

Af de 41 afdelingsledelser, der svarede "ja", mente 66 % at procedurerne var tilstrækkelige (Tabel 22).

**Er der behov for administrative procedurer til registrering af palliativ indsats?**

Figur 34: Er der behov for administrative procedurer til registrering af den palliative indsats (N=138)?



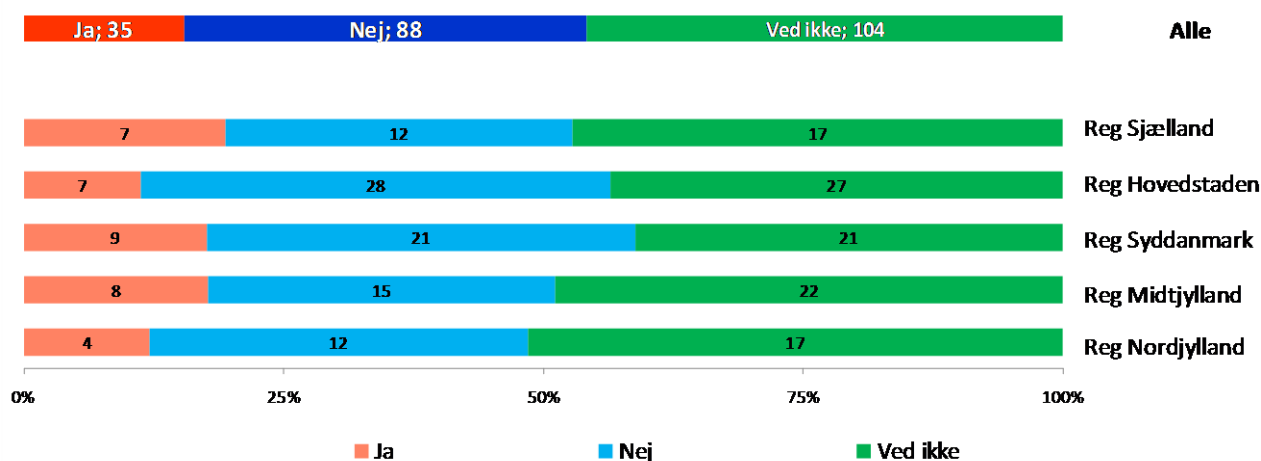


Af de 138 afdelingsledelser, der svarede "nej" til administrative procedurer til registrering (Figur 32), var det kun 10 %, som mente, at der var behov for at registrere indsatsen (Figur 34).

Kun 23 % af afdelingsledelserne, på de afdelinger som angav at yde en palliativ indsats, mente at indsatsen blev registreret (Figur 32), og kun 18 % mente, at afdelingen havde administrative procedurer til at registrere indsatsen (Figur 33). Blandt de afdelingsledelser, som mente, at afdelingen ikke havde administrative procedurer til registrering af den palliative indsats, var der kun 10 %, som fandt, at der var behov herfor (Figur 34).

### **Findes der DRG-koder til registrering af afdelingernes palliative indsats**

Figur 35: Findes der DRG-koder til registrering af afdelingens palliative indsats (N=227)?



Størstedelen af afdelingsledelserne (46 %) var ikke bekendt med, om der fandtes DRG-koder til registrering af den palliative indsats, og 39 % svarede "nej".

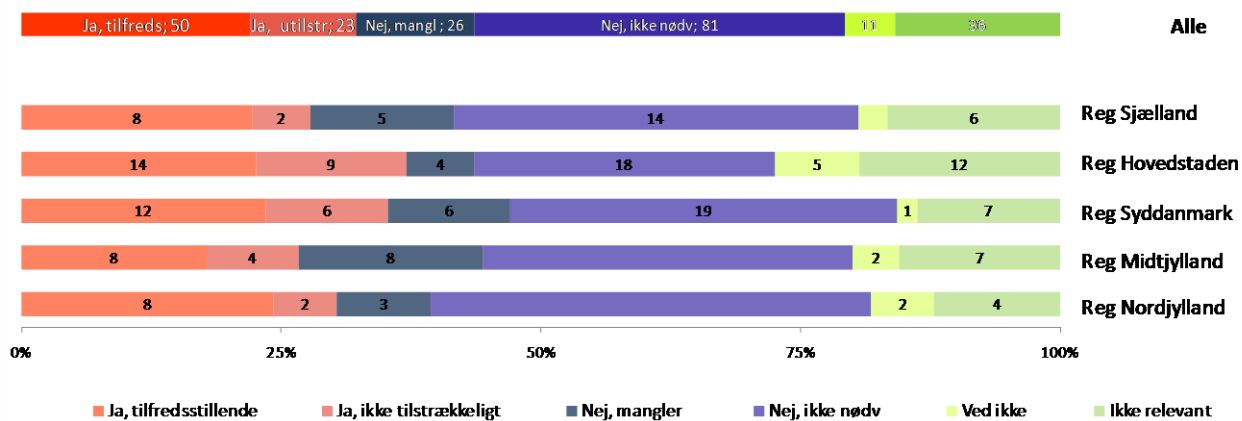
Kommentarerne fra afdelingsledelserne vedrørende anvendelse af DRG-koder til registrering af afdelingens palliative indsats, er vist i Tabel 23.

Tabel 23: Afdelingsledelsernes kommentarer vedrørende anvendelse af DRG-koder.

Hvilke DRG-koder findes der? Kommentarer fra AL		
Afdtype	Findes DRG-k	Kommentarer til hvilke DRG-koder, der findes
akutafd	Nej	Det er en modtagerafdeling, hvor behandlingsansvaret ligger i stamafdelingen
anaest	Ja	Alle relevante beh.tilbud fra det palliative team
anaest	Ja	Specialiseret palliativ indsats
anaest	Ja	ingen specifikke i intensivt regi kun via oalliativt afsnit
anaest	Ja	zz1550b + 5 symptomregistreringer brxy8 dz515s dr521b
anaest	Nej	Indgaar i behandlings drg for intensiv grupper
anaest	Ved ikke	Jeg er ikke bekendt med dette.
anaest	Ved ikke	Principielt alle.
anaest	Ved ikke	Der findes DRG koder for alt intensiv behandling: F.eks respirator, vaeske, smertebehandling
boern	Ja	DG30J, DG30K
kir	Ja	DZ551 Palliativ behandling DR119 Kvalme og opkastning D139 Synkebesvaer DR521 Maligne smerte
kir	Ja	de findes, men bruges ikke
kir	Ja	Z51.5 (+ tillægskodning)
kir	Ja	BXB, ZPZA05, DZ515, DZ515S
kir	Ja	Det vides ikke
kir	Ja	DZ756
kir	Ja	DZ 74.9
kir	Ja	SKS koder i forb. med palliative indgreb
kir	Ja	se foregaaende spoergsmaal
kir	Ja	Ej kan ikke. Huske. Dem skriv gerne saa finder jeg dem frem
kir	Nej	det spoerger I ikke om. Se i DRG kodebogen. Vi anvender de DRG koder der findes der
kir	Nej	hvad menes med DRG koder ? vi anvender ICD
kir	Nej	Vi kobler fra ventekassen.
malign	Ja	alle med relevans for palliation
malign	Ja	ESAS koder for speciel palliativ indsats Z515 med bidiagnoser
med	Ja	Jeg har ikke koderne liggende, hvor jeg besvarer disse spoergsmaal - men jeg vil undersøge hos..
med	Ja	Specialiseret palliativ behandling: DZ515S + DR649 + DR679 + DG479A + DF059 + DZ658A + ZZ1550A..
med	Ja	Ikke paratviden
med	Ja	Det kan jeg ikke huske og jeg har ikke tid til at slaa det op, men det har jeg gode folk til!
med	Ja	Z51.5 Saa er der koden for specialiseret palliativ indsats, men den saetter vi ikke paa, ide..
med	Ja	Anvender selv drg
med	Ja	Z515
med	Ja	DZ 51.5
med	Nej	Jeg mener ikke at der er nogen
med	Ved ikke	ved det ikke, udover de symptomatiske behandlinger man udfoerer
med	Ved ikke	Diverse Cancer-diagnoser. Desuden fx smerte, kvalme, dyspnoe mm.
med	Ved ikke	for smertebehandling
psykiatri	Nej	Ingen.
psykiatri	Nej	Ingen i psykiatrien
psykiatri	Nej	ingen

*Er afdelingerne og sygehusledelserne i dialog omkring den palliative indsats*

Figur 36: Er afdelingsledelsen i dialog med sygehusledelsen om afd.s palliative indsats (N=227)?



**Svar-muligheder (Figur 36):**

Ja, i tilfredsstillende omfang

Ja, men ikke tilstrækkeligt

Nej, der mangler dialog

Nej, det er ikke nødvendigt

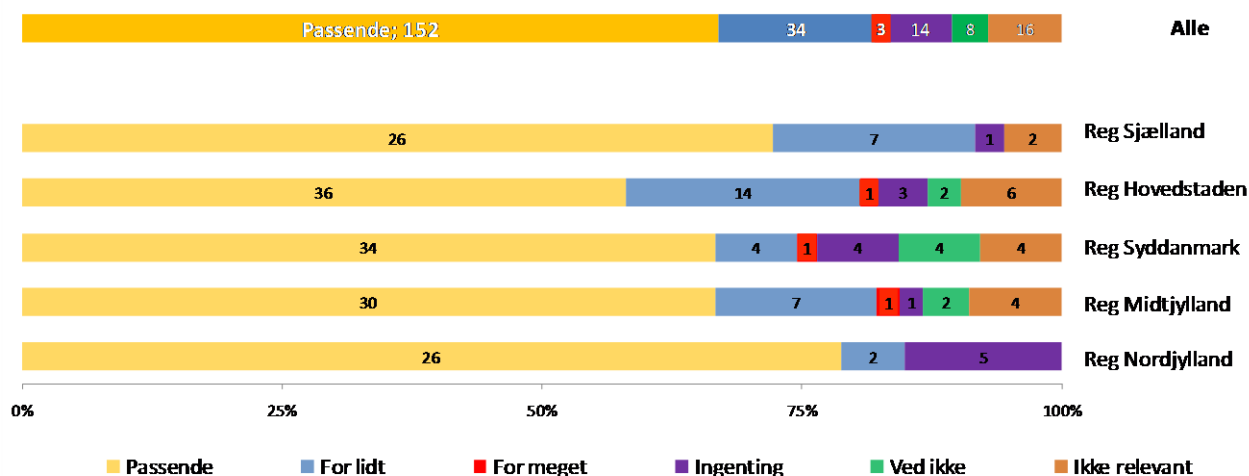
Ved ikke

Ikke relevant for vores afdeling

Blandt 22 % af afdelingsledelserne var der tilfredshed med dialogen med sygehusledelserne omkring afdelingens palliative indsats, og kun 11 % manglede dialog.

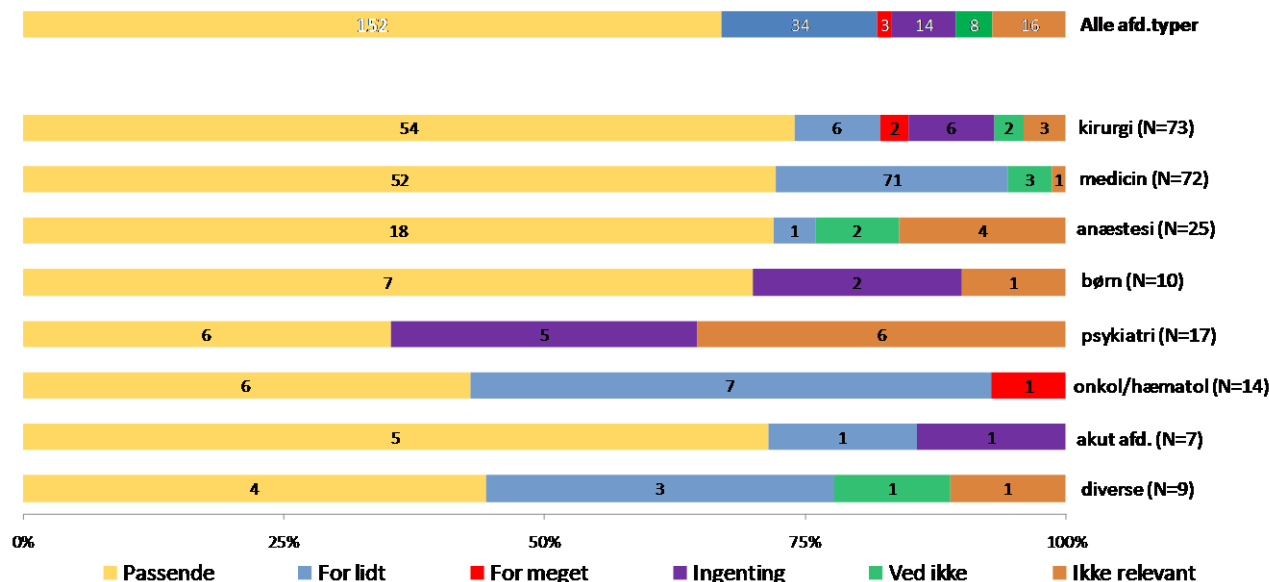
**Afdelingsledelsernes indtryk af, hvor meget den palliative indsats fylder**

Figur 37: I forhold til afdelingens specialespecifikke ydelser, er det dit indtryk, at den palliative indsats fylder... (N=227)?



Hovedparten (67 %) af afdelingsledelserne fandt at den palliative indsats fyldte passende i forhold til afdelingens speciale-specifikke ydelser, dog med nogen variation regionerne imellem (Region Hovedstaden; 58 % og Region Nordjylland; 78 %). Kun 15 % fandt, at indsatsen fyldte for lidt, og ganske få, at den fyldte for meget.

Figur 38: I forhold til afdelingens ydelser, synes du så, at den palliative indsats fylder...? Fordelt på afd.typer (N=227).



I forhold til afdelingstyper, viste det sig, at 1/3 af de psykiatriske afdelinger mente at indsatsen var passende, 1/3 at der ikke var nogen indsats, og 1/3 at det ikke var relevant for deres afdeling.

For de onkologiske/hæmatologiske afdelinger angav 7 af 14, at indsatsen fyldte for lidt, mens 6 af 14 fandt den passende.

### 3.3.8 Figurer og tabeller: Validitet og generaliserbarhed

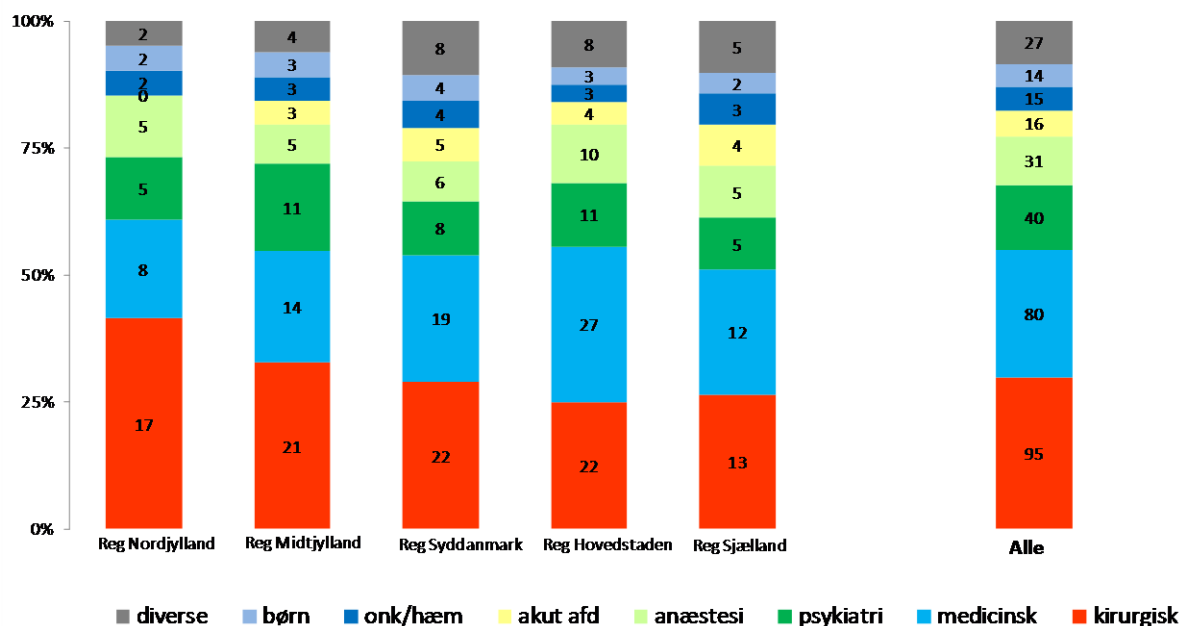
#### *Regionsvis fordeling af spørgeskemaer, palliative patienter, palliativ indsats og afdelingstyper*

Tabel 24: Regionernes fordeling i forhold til besvarelsenerne

Region	spørgeskemaer udsendt		spørgeskemaer besvaret		"ja" til palliative patienter		"ja" til palliativ indsats	
	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal
Nord	13	54	13	41	13	35	14	33
Midt	18	72	20	64	20	54	20	46
Syddanmark	25	103	24	76	23	62	22	52
Hovedstaden	30	123	28	88	27	73	28	65
Sjælland	14	58	15	49	17	45	16	36
	100	410	100	318	100	269	100	232

Region Hovedstaden fik tilsendt 30 % (N=123) af de 410 udsendte skemaer, og Region Nordjylland fik tilsendt 13 % (N=54) (Tabel 24). Den regionsvise fordeling af returnerede besvarelser var tilnærmelsesvis lig fordelingen af udsendte skemaer, og ligeså var den regionsvise fordeling af afdelinger med palliative patienter og med palliativ indsats. Det ser således ud til, at de 5 regioner forholdsmæssigt set har det samme omfang af opgaver og udfordringer at løse omkring den palliative indsats på basalt niveau på sygehusafdelingerne.

Figur 39: Fordelingen af afdelingstyper i de 5 regioner for de 318 besvarede skemaer



I Figur 39 er vist, hvorledes afdelingstyperne blandt de 318 besvarede skemaer fordelte sig.

Andelen af kirurgiske afdelinger var størst i Region Nordjylland og mindst i Region Hovedstaden, som til gengæld havde den største andel af medicinske afdelinger.

**Svarprocenter for regionerne og afdelingstyperne**

Tabel 25: Afdelingsledelsernes svarprocenter (de grå søjler) i de enkelte regioner

Region	spørgeskemaer			"ja" til palliative patienter		"ja" til palliativ indsats	
	udsendt antal	besvaret antal	% svar	antal	% af besvaret	antal	% af ja til pal. ptt
Nordjylland	54	41	76	35	85	33	94
Midtjylland	72	64	89	54	84	46	85
Syddanmark	103	76	74	62	82	52	84
Hovedstaden	123	88	72	73	83	65	89
Sjælland	58	49	84	45	92	36	80
Total	410	318	78	269	85	232	86

Afdelingsledelserne i alle 5 regioner besvarede skemaerne i nogenlunde samme omfang. Den højeste svarprocent på 89 % var fra Region Midtjylland, og den laveste på 72 % var fra Region Hovedstaden.

Region Sjælland havde den største andel af afdelinger med mulige palliative patienter blandt sit klientel (92 %), men dette til trods havde regionen den laveste andel af afdelinger, som havde en palliativ indsats blandt sine ydelser (80 %). I Region Nordjylland så det ud til, at næsten alle afdelinger med palliative patienter også ydede en palliativ indsats. Om det skyldes fordelingen af afdelingstyper eller et andet fokus på den palliative indsats, kan ikke vurderes ud fra besvarelsene. Region Nordjylland har lidt flere kirurgiske og anæstesi/intensiv afdelinger og lidt færre psykiatriske afdelinger end de øvrige regioner (Figur 39).

**Tabel 26: Fordelingen af afdelingstyper for besvarede og ikke-besvarede spørgeskemaer**

afdelingstype	spørgeskemaer			
	besvarede		ikke besvarede	
	%	antal	%	antal
kirurgi	30	95	34	31
medicin	25	80	28	26
psykiatri	13	40	11	10
anæstesi	10	31	8	7
diverse	8	27	10	9
akut afdelinger	5	16	3	3
onkologi/hæmatologi	5	15	4	4
børneafdelinger	4	14	2	2
alle	100	318	100	92

Af de grå søjler i Tabel 26 fremgår det, at de 92 afdelinger, som ikke besvarede skemaet, stort set fordelte sig på afdelingstype på samme måde som de 318, der svarede. Derfor antages besvarelsene også at være repræsentative for alle de afdelinger, som ikke svarede på spørgeskemaet.

**Tabel 27: Respondenternes stillingsbetegnelser og køn**

	alle	mand	kvinde	ej kendt
overlæge, ledende	194	121	55	18
sygeplejerske, over	62	6	53	3
overlæge, uspecificeret	24	14	5	5
afdelingsledelse	10	2	7	1
centerchef	8	4	3	1
sygeplejerske, afd	6	0	6	0
diverse	14	1	9	4
<b>Sum</b>	<b>318</b>	<b>148</b>	<b>138</b>	<b>32</b>

Spørgeskemaet var målrettet afdelingsledelserne, og af besvarelsene fremgår det, at respondenterne for hovedpartens vedkommende også tilhørte afdelingsledelsen (mindst 87 %). Respondenterne fordelte sig nogenlunde ligeligt med hensyn til køn.

Tabel 28 giver en oversigt over hvilke regioner, som havde de højeste og laveste andele (med 95 %'s konfidens-intervaller) af afdelinger i forhold til flere af de emner, der blev spurgt om.

**Tabel 28: De regioner med de højeste og laveste andele af afdelinger i forhold til et givet spørgsmål**

Spørgsmål	Region (størst andel)	andel %	** 95%-CI nedre	95%-CI øvre	Region (mindst andel)	andel %	95%-CI nedre	95%-CI øvre	* %-differens
Den pall indsats fylder passende i afd.	Nordjylland	63	47	78	Hovedstaden	41	31	52	23
Ja, afd. anvender SSTs retningslinier for pall indsats	Nordjylland	41	26	58	Hovedstaden	19	12	29	22
Ja, afd. har allokeret ressourcer specielt til pall indsats	Nordjylland	32	18	48	Hovedstaden	10	5	19	21
Har hospitalet en overordnet politik for pall indsats	Midtjylland	72	59	82	Hovedstaden	53	42	64	18
Ja, der iværksættes rutinemæssigt en pall indsats	Nordjylland	66	49	80	Syddanmark	49	37	60	17
Har afd. fokus på pall indsats	Nordjylland	73	57	86	Hovedstaden	59	48	69	14
Ja, enestue til døende kan tilbydes; altid + ofte	Nordjylland	73	57	86	Sjælland	59	44	73	14
Ja, afd. har specielle rutiner ved udskrivelse	Sjælland	39	25	54	Hovedstaden	25	16	35	14
Ja, det er sædvane i afd. at forholde sig til om en pt er palliativ	Nordjylland	68	52	82	Sjælland	55	40	69	13
Yder afd. en pall indsats	Nordjylland	80	65	91	Syddanmark	68	57	79	12
Ja, afd. har specielle rutiner ved overflytning til anden afd.	Nordjylland	22	10	38	Sjælland	10	3	22	12
Ja, afd.s pall indsats registreres	Nordjylland	22	11	38	Hovedstaden	10	5	19	12
Har afd. en politik for den pall indsats	Sjælland	39	25	54	Hovedstaden	27	18	38	12
Er politikke for pall indsats indført	Sjælland	35	22	50	Hovedstaden	24	15	34	11
Har afd. palliative ptt	Sjælland	92	80	98	Syddanmark	82	71	90	10
Ja, afd. har mulighed for at tilbyde åbne indlæggelser	Sjælland	51	36	66	Hovedstaden	41	31	52	10
Ja, afd. har behov for administrative procedurer til registr.	Midtjylland	9	4	19	Sjælland	2	0	11	7
Ja, sygehusled. har udstukket rammer for afd.s pall indsats	Hovedstaden	23	14	33	Syddanmark	16	8	26	7
Ja, afd. har etableret admin. procedurer til registrering	Syddanmark	17	9	27	Sjælland	10	3	22	7
Ja, afd. har instruks for den pall indsats	Sjælland	37	23	52	Hovedstaden	33	23	44	4

\* rækkefølgen er rangordnet i forhold til differensen mellem største og mindste andel.

\*\* 95%CI: 95% confidence interval for proportionerne



I tabellen er alle 318 responderende afdelinger inddraget i nævneren, fordelt på region. Derfor svarer tabellens %-sats ikke til de %-sats, som ses i tabeller og figurer for de enkelte spørgsmål, hvor nævneren er en anden. Spørgsmålene er listet op i forhold til differencen mellem højeste og mindste andel – f.eks. er differencen på 23 %-point (63 % - 41 %) mellem Region Nordjylland og Region Hovedstaden i forhold til andel afdelinger, som mener, at den palliative indsats fylder passende i forhold til afdelingens kerneydelser. Konfidens-intervallerne overlapper hinanden (47 %-78 %; 31 %-52 %), så det er ikke muligt at afgøre, om forskellen mellem regionerne er reel. Kun for emnerne i tabellens anden og tredje række ser det ud til, at forskellene er tilnærmelsesvis signifikante. Region Nordjylland har den højeste andel og Region Hovedstaden den laveste i forhold til, om afdelingerne anvendte Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer for palliativ indsats, og i forhold til at allokere ressourcer til indsatsen. Ud af tabellens 20 emner ses det, at Region Nordjylland udkom med den højeste andel 11 gange, mens Region Hovedstaden udkom med den laveste andel 11 gange – da der ikke er regnet statistik på den observation, er det uvist, om det drejer sig om en tilfældighed.

### 3.4 Afdelingsledelsernes bud på forbedring af den palliative indsats

Sidst i spørgeskemaet kunne afdelingsledelserne komme med 3 ikke prioriterede bud på, hvorledes de mente, at afdelingens palliative indsats kunne forbedres.

Kommentarerne blev grupperet efter indhold, derved syntes 5 kategorier at opstå:

#### 1. **Kapacitet/ressourcer**

Kommentarerne deler sig efter et behov for at øge kapaciteten i form af flere ansatte (læger og mindre faggrupper f.eks. psykologer og fysioterapeut), forbedring af de fysiske rammer, styrke det specialiserede niveau og nogle mere uspecifikke forslag om tilførsel af ressourcer.

#### 2. **Kompetenceløft**

Kompetenceløft til relevante faggrupper i bred forstand. En enkelt påpeger en forbedret uddannelse på plejehjemmene, så indlæggelser muligvis kan undgås.

#### 3. **Samarbejde**

Der er relativt stort fokus på samarbejde, som deler sig i to overordnede grupper, samarbejde internt på hospitalet, og samarbejdet med primærsektoren.

#### 4. **Administrativt**

Belønne palliation i form af DRG og honorering af indsatsen for at forbedre den basale indsats i hjemlige omgivelser.

#### 5. **Andet**

Blandet indhold

Kommentarerne vises nedenfor i uredigeret (dog anonymiseret) form:

## 1. Kapacitet/ressourcer

### **Personale**

- Øge den lægelige kapacitet. Har fortiden en fuldtidsansat læge (har en godkendt palliativ uddannelse)
- Styrkelse af bemanning af lægestillinger med palliation som fagområde. Aktuelt rekrutteringsproblemer.
- Styrkelse af mindre faggrupper i de palliative teams, f.eks. psykologer
- Vi er for nylig opgraderet med fysioterapeut og ekstra læge, lægestillingen er dog vacant. Besættelse af denne vil forbedre indsatsen

### **Palliation på specialiseret niveau**

- Etablering af palliativt sengeafsnit i sygehuset Der ligger terminale patienter i mange af sygehusets sengeafsnit. Ved at samle disse i et afsnit kan indsatsen nemmere målrettes og forbedres
- Etablering af palliativ enhed, hvor teams og palliative sengepladser knyttes sammen i en organisatorisk enhed
- udgående teams
- Øge sengekapaciteten i den palliative afdeling.
- Indsatsen i ft palliative patienter kan givet udbygges ved dels at etablere flere sengepladser i palliativ enhed, hvilket også indgår i overvejelserne, dels at tilsyn i andre afdelinger udbygges.
- At det palliative team tilføres flere ressourcer
- Forbedres ved åbning af palliativ enhed 1/1 2012

### **Fysiske rammer**

- bedre fysiske rammer
- X har meget fysiske begrænsninger i de kommende år indtil hospitalets nybyggeri står færdigt og derfor skal vi fastholde et særligt fokus på at etablere så gode forhold som muligt for denne gruppe af patienter.
- De fysiske rammer skal bliver bedre
- Fysiske rammer for enestuer og ophold for pårørende,
- Bedre fysiske faciliteter

### **Ressourcer diverse**

- Ressourcer dedikeret til opgaven.
- ressourcer til kompetenceudvikling og specialuddannelser
- flere ressourcer til at tage sig af de pårørende
- Etablering af dagklinik som supplement til/erstatning for åbne indlæggelser.

## 2. Kompetenceløft

- Oplysning
- Uddannelsestilbud til personale tværfagligt
- Sikring af undervisningstilbud mht. basal palliativ behandling
- viden

- At kompetencerne øges indenfor de relevante faggrupper
- Forbedret uddannelse på plejehjemmene, således palliative indsats sikres her, så borgerne ikke behøver en hospitalsindlæggelse
- bedre uddannelse

### 3. Samarbejde

#### *"Internt"*

- Vi forventer at samarbejdet med Palliativ enhed på X forbedres efter fusionen. Det vil også kompetenceløfte personalet.
- samarbejdet med X kan styrkes og vi kan oprette ekstra pladser
- Vores palliative team skal være tættere knyttet til onkologisk afdeling
- mere koordination mellem basale og specialiserede indsats
- Ved at udarbejde fælles retningslinjer for palliativ omsorg til patienter og pårørende og for symptomlindring
- Netværksdannelse for medarbejdere beskæftiget med palliation - basal og specialiseret

#### *"Mellem sektorer"*

- Forbedret samarbejde med den praktiserende læge således patienterne ikke oplever sektorskift
- Et lidt tættere samarbejde med en palliativ læge om konsulentbistand På regionsniveau afventer en arbejdsgruppe forløbsprogram for den palliative indsats og vil herefter meget hurtigt være klar med en rapport, som netop vil forbedre den palliative indsats i regionen. Rapporten vil indeholde forslag til den fremtidige organisering og indsats i regionen
- Mere sammenhængende palliativ indsats på tværs af sektorer, især regioners palliative enheder, kommuner og praksis.
- X Kommune har pleje for den døende patient som tema, og samarbejdet med dem vil også påvirke vores indsats.
- Øget samarbejde med paksissektoren og hjemmeplejen og forventningsafklaring sektorer imellem
- Sikre et yderligere styrket samarbejde med kommuner, hospices, og Palliativ enhed på X

### 4. Administrativt

- Følg pengene, hvis man belønner palliation med DRG får man mere af det
- Den basale indsats kan udbygges yderligere for at understøtte at der ydes en bedre indsats for patienter der ønsker lindring i hjemlige omgivelser. dette søges prioriteret, men indsatsen honoreres ikke tilstrækkelig i takstsystemet, hvilket giver finansieringsmæssige udfordringer

### 5. Andet

- At alle patienter med basale palliative behov samledes på ent sengeafsnit
- Vi opretter 1. januar 2012 et specielt afsnit for patienter der er terminalt registreret, med palliativ tilbud (og onkologisk tilbud)
- sengeafsnit
- Øge patient kategorien til at omfatte alle patienter med et palliativt behov.
- Forbedret indsats med dokumentation af indledende sygeplejevurdering herunder smertevurdering (er igangsat)
- systematisk brug af EORTCs sceningsværktøj

- beskrivelse af forløbsprogram for den palliative/døende patient.
- Det er et meget, meget vigtigt område, der gerne må få mere fokus og status
- Sikre yderligere forskningsindsats i særlig grad indenfor de sygdomsgrupper der ikke er relateret til kræftområdet.
- Vidensdeling og oplysning, storytelling
- Reetablering af komité for palliation
- Vi arbejder målrettet med en strategi X. Vi forventer at blive mere klare på indsatserne i de kommende måneder.
- prioritering
- Gør det muligt for patienten og de pårørende at overtage dele af forløbet, empowerment. Det kan hjælpes på ved at give dem adgang til alle de data der findes i praksis, kommune og sygehus systemer og så lade nogen udvikle værktøjer der kan skabe overblik og mulighed for kommunikation, telemedicinske løsninger f.eks
- brugerinddragelse - patientcentreret behandling og pleje

## 4. MATERIALER OG METODE

Kortlægningen blev foretaget ved en spørgeskemaundersøgelse

(<http://pavi.dk/ForskningOgUdvikling/ProjekterPAVI/Basalpalliativindsatspaahospital/KortlaegningIII.aspx>).

Spørgsmålene var udviklet af PAVI og blev pilottestet af 5 personer, alle placeret i afdelingsledelser fra henholdsvis lungemedicinsk, parenkymkirurgisk, urologisk, gynækologisk og onkologisk afdeling.

Skemaet blev sendt til afdelingsledelserne på samtlige afdelinger i Danmark, som kunne antages at have patientkontakt – bortset fra de afdelinger hvis kerneområde er at varetage en specialiseret palliativ indsats. Skemaet blev således også sendt til afdelinger, som sædvanligvis ikke forbindes med palliation, f.eks. psykiatriske afdelinger, øjenafdelinger etc.

Afdelingsledelser for specialer som for eksempel klinisk biokemi, klinisk mikrobiologi, patologisk afdeling og lignende fik ikke tilsendt spørgeskemaer.

Afdelingerne blev identificeret ved at gå ind på hjemmesiderne for de hospitaler, som drives af de 5 regioner, undersøgelsen omfatter således ikke privathospitaler. Identifikationen af afdelinger og afdelingsledelser foregik medio 2011.

Forud for udsendelsen af spørgeskemaet til afdelingsledelserne havde alle sygehusledelser i Danmark fået tilsendt et spørgeskema, som omhandlede sygehusledelsernes tiltag i forbindelse med den palliative indsats på hospitalsniveau. I spørgeskemaet til sygehusledelserne blev der gjort opmærksom på, at afdelingsledelserne også ville få tilsendt et spørgeskema omkring indsatsen.

Spørgeskemaet til afdelingsledelserne blev sendt ud første gang 28. november 2011. Efter nogle uger blev der udsendt rykkere til de afdelingsledelser, som endnu ikke havde svaret. Denne procedure blev gentaget nogle gange, og sidste rykker blev udsendt 15. februar 2012.

### 4.1 Om spørgeskemaet

#### 4.1.1 Praktisk

Spørgeskemaet blev udviklet til projektet af PAVI og lavet i SurveyXact (<http://www.surveymxact.dk/>), som er et gratis, elektronisk online-program, der administreres fra Rambøll.

Besvarelsen af spørgeskemaet var beregnet til at tage 15-20 minutter, hvis der blev svaret "ja" til at afdelingen havde ydelser, der kunne betegnes som en "palliativ indsats". Ved et "nej" fik respondenterne mulighed for at komme med kommentarer, og herefter blev skemaet afsluttet umiddelbart.

### 4.1.2 Indholdsmæssigt

Efter de indledende spørgsmål om respondentens tilhørsforhold i forhold til sygehus, afdelingens navn og respondentens stilling, blev WHO's definition af palliativ indsats vist indrammet efter ordlyden: "Den indsats, vi vil spørge til i det følgende, er WHO's definition af palliativ indsats:"

#### **Definition af palliativ indsats (WHO 2002)**

Palliativ indsats er "at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for 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 art".

(World Health Organization, 2002)

Umiddelbart herefter blev der stillet 2 indledende spørgsmål.

1. Har hospitalet en overordnet politik for den palliative indsats?
2. Blandt jeres afdelings patient-klientel, kan I da komme ud for, at nogle af patienterne har en livstruende sygdom, som ikke er forbigående? (inkluderer også kroniske tilstande, hvor gradvis forværring kan medføre død)

Spørgeskemaet indeholdt ingen definition eller bud på, hvad der blev ment med "hospitalets politik", ud fra overvejelser om at det var den enkelte afdelingsledelses egen forståelse af "hospitalets politik" som var interessant.

Ved "nej" eller "ved ikke" til spørgsmål 2, blev skemaet afsluttet.

Ved "ja" blev respondenteren præsenteret for følgende tekst:

"I Danmark er den palliative indsats organiseret i:  
 en **specialiseret** indsats, som omfatter palliative teams, enheder, afdelinger og hospices, hvor personalet er specialuddannet i palliation og kun beskæftiger sig med palliation  
 og  
 en **basal** indsats, som foregår på sygehusafdelinger, blandt praktiserende læger og på kommunalt niveau, hvor personalet ikke er specialuddannet, og hvor palliation kun er en delmængde af de opgaver, stedet skal løse."

#### ***Palliative patienter***

Der foreligger hverken en national eller international vedtaget definition af begrebet "palliative patienter", og rent sprogligt giver udtrykket ingen mening. Imidlertid er det et almindeligt anvendt udtryk blandt

personalet i den kliniske dagligdag på sygehusafdelingerne, også blandt professionelle i det specialiserede niveau. Blandt sundhedsvæsenets ansatte møder man ofte den opfattelse, at palliative patienter er lig med terminale (især kræft-) patienter, eller kræftpatienter som har brug for smertebehandling. Andre er dog bevidste om, at målgruppen for den palliative indsats rummer patienter med forskellige diagnoser og en bred variation af symptomer og behov på forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet. I spørgeskemaet blev "palliative patienter" ikke defineret, men spørgsmål 2 refererede til: "patienter, der har en livstruende sygdom, som ikke er forbigående? (inkluderer også kroniske tilstande, hvor gradvis forværring kan medføre død)". I de efterfølgende spørgsmål blev udtrykket "palliative patienter" anvendt uden yderligere kommentarer.

Den fremgangsmåde blev valgt ud fra følgende overvejelser:

1. Svarene skulle afspejle afdelingsledelsernes egne opfattelser af de patienter, som var målgruppe for afdelingernes palliative indsats,
2. samtidig ville vi gerne understrege, at vi ikke kun spurgte ind til palliative indsatser til "døende kræftpatienter med smerter", og
3. vi ville gerne have, at svarene kunne anvendes i forhold til den målgruppe, som er omtalt i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for den palliative indsats". (2011), som blev introduceret næsten samtidig med spørgeskemaet udsendelse.

Respondenter, som svarede "ja" til spørgsmål 2 og efterfølgende svarede "ja" til at afdelingen kunne komme ud for at skulle yde en palliativ indsats, blev dernæst spurgt ud om 6 forskellige temaer vedrørende afdelingens indsats:

Spørgsmål til 6 forskellige temaer (er vist samlet i Figur 40):

- 1) Afdelingens involvering i palliation
- 2) Afdelingens rammer for den palliative indsats
- 3) Afdelingens overordnede praksis omkring den palliative indsats
- 4) Afdelingens daglige praksis omkring den palliative patient
- 5) Afdelingens palliative indsats omkring patienter, hvor snarlig død kan forventes
- 6) Administrative/organisatoriske emner omkring afdelingens palliative indsats

Resultaterne for de enkelte temaer er vist i afsnittet: "Sammenfatning af besvarelsenerne" (side 19), og forud for hvert afsnit er spørgsmålene vist. For visse spørgsmål blev respondenterne ført videre til andre, uddybende spørgsmål, afhængigt af hvilket svar der blev givet. Svarene på de uddybende spørgsmål fremgår af rapportens figurer og tabeller.

Spørgeskemaets fulde ordlyd kan findes på PAVIs hjemmeside:

<http://pavi.dk/ForskningOgUdvikling/ProjekterPAVI/Basalpalliativindsatspaahospital/KortlaegningIII.aspx>.

#### **4.1.3 Bearbejdning af resultaterne**

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen samt den statistiske bearbejdelse heraf er udført i Surveyact, Excel og Stata. Resultaterne præsenteres med deskriptiv statistik. Tabellerne er udført i SurveyXact og Excel.

Flere spørgsmål kunne kun besvares med ét svar, f.eks. "ja", "nej" eller "ved ikke". Andre spørgsmål havde flere svarmuligheder, hvilket dermed får betydning for de procentsatser, der angives ved de forskellige svar.

Nogle spørgsmål var uddybende, og blev kun stillet til respondenter, som havde afgivet bestemte svar. Det betyder, at nævneren i udregningen af procentsatser varierer. Det er forsøgt tydeliggjort ved at sætte nævnerens størrelse i parentes i titlen på figurer og tabeller.

Til hvert spørgsmål havde respondenterne mulighed for at anføre kommentarer.



Figur 40: Spørgsmålene til afdelingsledelserne opdelt i 6 temaer

<b>Tema 1 Jeres afdelings involvering i palliation</b>	
1.1	Kan I, på jeres afdeling, komme ud for at skulle yde en palliativ indsats?
1.2	Omfatter afdelingens palliative patienter? (kræft, ikke-kræft, både og)
1.3	Kan afdelingens involvering i palliative patientforløb omfatte? (hele forløb, delvise forløb, enkeltstående ydelser)
1.4	Har afdelingen fokus på den palliative indsats?
1.5	Hvem har sat fokus på afdelingens palliative indsats?
1.6	Har afdelingen en politik for den palliative indsats?
1.7	Er politikken for den palliative indsats indført?
1.8	Hvordan er politikken for den palliative indsats blevet kommunikeret i afdelingen?
1.9	Hvilke palliative indsatser omfattes af politikken? (basale, specialiserede, begge)
1.10	Er politikken for den palliative indsats blevet evalueret?
1.11	Hvem har taget initiativ til at indføre politikken for palliation på afdelingen?
1.12	Hvornår er politikken for den palliative indsats blevet indført? (årstal)
<b>Tema 2 Afdelingens rammer for den palliative indsats</b>	
2.1	Har sygehusledelsen udstukket rammer for afdelingens palliative indsats? (omfang og/eller begrænsninger i vid forstand)
2.2	Er der i afdelingen blevet allokeret ressourcer specielt til palliation?
2.3	Hvilke ressourcer er blevet allokeret specielt til palliation?
2.4	Hvorledes er afdelingens palliative indsats etableret, hvis der ikke er allokeret ressourcer specielt til palliation?
<b>Tema 3 Afdelingens overordnede praksis omkring den palliative indsats</b>	
3.1	Har afdelingen instrukser/retningslinier for symptomlindring?
3.2	Har afdelingen instrukser/retningslinier for den palliative indsats?
3.3	Anvendes Sundhedsstyrelsens "Faglige retningslinier for den palliative indsats" i afdelingen?
<b>Tema 4 Afdelingens daglige praksis omkring den palliative patient</b>	
4.1	Er det sædvanen i afdelingen at forholde sig til om en patient "er palliativ"?
4.2	Iværksættes rutinemæssigt en palliativ indsats, når en patient skønnes at være palliativ?
4.3	Hvad består afdelingens palliative indsats til en patient af?
4.4	Hvilke andre professionelle kan afdelingen tilbyde en palliativ patient bistand fra?
4.5	Henviser afdelingen til en specialiseret palliativ indsats, når en patient skønnes palliativ?
4.6	Har afdelingen mulighed for at konsultere det specialiserede niveau vedrørende en palliativ patient?
4.7	Udskriver afdelingen terminalerklæring, når en patient skønnes palliativ?
4.8	Har afdelingen specielle rutiner, når en palliativ patient overflyttes til en anden hospitalsafdeling?
4.9	Har afdelingen specielle rutiner, når en palliativ patient udskrives til hjemmet? ("hjemmet" inkluderer også plejehjem/aflastningspladser o.lign)
<b>Tema 5 Afdelingens palliative indsats omkring patienter, hvor snarlig død kan forventes</b>	
5.1	Kan afdelingen tilbyde palliative patienter åbne indlæggelser?
5.2	Kan døende patienter tilbydes enestue
5.3	Yder afdelingen en palliativ indsats til de pårørende til døende patienter?
5.4	Yder afdelingen en palliativ indsats til de efterladte til patienter, der er døde i afdelingen?
<b>Tema 6 Administrative/organisatoriske emner omkring afdelingens palliative indsats</b>	
6.1	Registreres den palliative indsats på afdelingen?
6.2	Har afdelingen administrative procedurer til registrering af den palliative indsats?
6.3	Findes der DRG-koder til registrering af afdelingens palliative indsats?
6.4	Er afdelingen i dialog med sygehusledelsen om afdelingens palliative indsats?
6.5	I forhold til de specialespecifikke, faglige ydelser, afdelingen forventes at varetage, er det så dit indtryk, at den palliative indsats fylder ...?

## 4.2 Diverse

### 4.2.1 Etik

De enkelte respondenter og deres besvarelser er blevet behandlet fortroligt, og resultaterne præsenteres i anonymiseret form.

Projektet ikke er af biomedicinsk karakter, og er derfor ikke anmeldt til det regionale etiske komitéssystem.

### 4.2.2 Projektorganisering og samarbejdspartnere

Projektet er iværksat af Palliativt Videncenter, som også er overordnet ansvarlig for dets udførelse.

Projektet er organiseret og ledet af seniorforsker Lene Jarlbæk, ph.d, overlæge. Studentervedhjælper Nikoline Nygård Knudsen har stået for den praktiske håndtering omkring spørgeskemaundersøgelsen.

Til projektet har været knyttet en referencegruppe med deltagelse af:

Helen Bernt Andersen, sygeplejedirektør, cand.cur., Rigshospitalet

Mikkel Grimmeshave, chefkonsulent, Sundhed – Plan og Kvalitet, Region Nordjylland

Asbjørn Høegholm, overlæge, speciallæge i lungemedicin, Næstved Sygehus

Helle Timm, centerchef, professor, Palliativt Videncenter.

### 4.2.3 Finansiering

Palliativt Videncenter har finansieret projektet. Palliativt Videncenter er delvist støttet af TrygFonden og Kræftens Bekæmpelse samt finanslovsmidler.

## 5. DISKUSSION OG PERSPEKTIVER

### 5.1 Diskussion

Den palliative indsats på basalt niveau forventes at foregå på alle de sygehusafdelinger, som kommer i kontakt med patienter, som kan have behov for en palliativ indsats.

Af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2011 fremgår det, at *”Sygehusafdelinger yder palliativ indsats til patienter i alle faser af sygdommen (tidlig, sen og terminal). I den tidlige og sene fase vil den palliative indsats ofte blive ydet som en del af den behandling, som er målrettet sygdommen. I den terminale fase ydes palliativ indsats til patienter, som på grund af symptombyrden ikke kan være på plejecentre eller i eget hjem.”* (Sundhedsstyrelsen, 2011, s.15)

Kortlægningen her dokumenterer, at afdelingsledelserne på 85 % af landets afdelinger er bekendt med, at deres afdeling rummer patienter med potentielle behov for en palliativ indsats, og 73 % svarer, at deres afdeling kan komme ud for at skulle yde en palliativ indsats. En meget væsentlig pointe i Sundhedsstyrelsens anbefalinger er, at de ”palliative behov” vurderes ud fra en systematik. Blandt de 73 % afdelinger, som ydede en palliativ indsats, var 9 ud af 10 involverede i hele eller dele af patientforløbene, mens det var få afdelinger, som kun mødte patienterne til enkeltstående ydelser. Det antyder, at afdelingerne har et grundlag for at vurdere patienterne, deres palliative behov og eventuelt ændringer i behovene hen over tid. I undersøgelsen her blev afdelingsledelserne ikke spurgt direkte, om deres afdeling havde en systematisk tilgang til at afdække palliative behov, men 64 % angav at afdelingen havde fokus på indsatsen.

Ovennævnte anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen afløste de ”Faglige retningslinier for den palliative indsats” (Sundhedsstyrelsen, 1999), hvori den systematiske tilgang til behovsafdækning ikke var vægtet som i 2011-udgivelsen, men hvor konkrete, mulige behov blev eksemplificeret. I kap 17.1 blev den ”palliative indsats på basisniveau” på sygehuse uddybet (s.101). Heraf fremgik at: ”Den enkelte afdeling eller enhed må derfor have en formuleret målsætning for sin palliative indsats, baseret på WHO’s definition. Dette vil særligt indebære

- at der afsættes den fornødne tid og opmærksomhed på de uhelbredelige og døende patienter
- at symptomkontrol, herunder smertebehandling er effektiv og baseret på god klinisk praksis og ajourført viden
- at kommunikationen med patient og pårørende er åben, direkte og præget af professionelt engagement. Det kan anbefales, at personalet har mulighed for deltagelse i kommunikationskurser
- at palliation indgår i afdelingens løbende undervisning

- at de fysiske rammer er passende (enestuer, mulighed for ophold og overnatning af pårørende etc.)
- at der kan trækkes på særlig viden og erfaring fra ekspertniveauet (hospice, palliativt team, smerteklinik)
- at kvaliteten af afdelingens palliative indsats løbende vurderes
- at der er etableret det nødvendige samarbejde med den primære sundhedstjeneste, herunder aftale om åben indlæggelse, såfremt patienten i perioder ønsker at være hjemme”.

Kortlægningen har blandt andet adresseret de strukturelle og organisatoriske aspekter med afsæt i de ovenstående punkter. Kortlægningen viser at der overordnet set fortsat er ”et stykke vej at gå” for mange afdelinger, inden ovenstående målsætninger er opfyldt.

Man kan argumentere for, at det er afdelingsledelsernes ansvar, at deres afdeling lever op til de faglige krav, der stilles til den basale palliative indsats, men samtidig er afdelingsledelsernes råderum bestemt af (begrænset af) de økonomiske rammer og administrative krav, som sygehusledelse, regioner og samfund har opstillet. For alle sygehusafdelinger stilles der krav om høj faglig international standard for afdelingernes kerneydelser, og den basale palliative indsats er kun en delmængde af de opgaver de enkelte afdelinger skal løse. Da begreberne ”palliative patienter” og ”palliativ indsats” (Bausewein & Higginsson, 2012) fortsat er dårligt definerede og afgrænsede, er det forståeligt, hvis det kan synes vanskeligt for afdelingerne at løfte og dokumentere den palliative indsats på basalt niveau, baseret på de eksisterende anbefalinger.

Der mangler overordnede drøftelser af, hvilke områder inden for den basale palliative indsats, som sygehusafdelingerne især kan forventes at håndtere. Når en ”palliativ patient” bliver indlagt på en sygehusafdeling, må det være fordi patienten har problemer/symptomer/tilstande, som kræver vurdering og eventuelt behandling på et hospital. Det må således primært være de indlæggelses-krævende årsager, som håndteres på et fagligt niveau, som svarer til niveauet for de øvrige af hospitalets ydelser. Som led i den øvrige basale palliative indsats bør patienterne og deres pårørende også kunne forvente, at personalet på sygehusafdelingerne er opmærksomme på andre behov for palliativ indsats, så de kan vejlede og henvise til relevante instanser/fagpersoner for lindring, som ikke kræver indlæggelse eller ambulat tilknytning til en sygehusafdeling.

### **5.1.1 Strukturelt og organisatorisk indhold i afdelingernes palliative indsats**

Når 85 % af landets sygehusafdelinger anfører, at deres patientklientel rummer den potentielle målgruppe for en palliativ indsats, må det diskuteres, om det er tilfredsstillende, at 59 % af afdelingerne har for sædvane at forholde sig til om en patient er ”palliativ”, og 54 % af afdelingerne rutinemæssigt iværksætter

en palliativ indsats. Kortlægningen giver også basis for at diskutere afdelingernes tilbud om åbne indlæggelser til palliative patienter. Det synes vel rimeligt, at visse afdelingstyper ikke skal tilbyde åbne indlæggelser f.eks. skadestuer og akutte modtageafdelinger. Ser man på de afdelingstyper, som de "palliative patienter" hyppigst kan forventes at være i kontakt med igennem deres forløb, så viser kortlægningen at 67 % af afdelingerne kan tilbyde åbne indlæggelser ved behov. De afdelingstyper, der her refereres til, er de 4 somatiske afdelingstyper, som udgør 65 % af landets sygehusafdelinger; kirurgi, medicin, onkologi/hæmatologi og børneafdelinger. De psykiatriske afdelinger anførte for 75 %'s vedkommende at have patienter med potentielle palliative behov. Ofte har netop de afdelinger kontakt med deres patienter over længere tid, så det er tankevækkende, at kun 2 blandt de 40 psykiatriske afdelinger, som besvarede skemaet, kunne tilbyde åbne indlæggelser.

Mange af afdelingerne kunne tilbyde bistand fra andre faggrupper til den palliative indsats eksempelvis præst og fysioterapeut, mens færre kunne tilbyde hjælp fra socialrådgiver, ergoterapeut og psykolog. Det var ikke muligt at adskille, om disse andre faggrupper ydede bistand via det specialiserede niveau, eller om bistanden kunne betegnes som en del af den basale indsats.

Det specialiserede palliative niveau blev anvendt af 55 % af sygehusafdelingerne i et eller andet omfang i forbindelse med indlagte palliative patienter. Igen kan man spørge, om det omfang er tilstrækkeligt. I forhold til anbefalingerne om at alle sygehusafdelinger skal have mulighed for at komme i kontakt med det specialiserede niveau vedrørende indlagte patienter, så viste kortlægningen, at kun 6 % af afdelingerne havde mulighed for rådgivning fra det specialiserede niveau døgnet rundt.

Kun 18 % af landets sygehusafdelinger angav at have specielle rutiner, når en palliativ patient skulle overflyttes fra en afdeling til en anden, mens 48 % havde specielle rutiner, når en palliativ patient skulle udskrives til hjemmet. Studier af palliative patienters forløb har vist, at *skift imellem afdelinger og ved udskrivelse* opleves som belastende af mange patienter og deres pårørende. Det er nærliggende at tro, at introduktion af specielle rutiner ved disse skift kan mindske belastningen for de palliative patienter, og måske kan det også lette arbejdsgangene for de instanser, som patienterne "skifter" til. Tallene fra kortlægningen antyder, at disse skift nok er et problem, som er overset, og hvor det må være muligt at forbedre den palliative indsats betragteligt.

*Enestue til døende patienter* kunne tilbydes af en stor andel af de afdelinger, der anførte at yde en palliativ indsats (i alt 86 %, hvilket svarer til 62 % af alle responderende afdelinger). Det er muligt, at andelen reelt er højere. Kun de afdelingsledelser, som svarede ja til at yde en palliativ indsats, fik stillet spørgsmålet, men det er formentligt almindeligt for alle afdelinger, at man tilstræber at døende patienter får enestue, uanset om de er "palliative" eller ej.

Som det fremgår af WHO's definition (World Health Organization, 2002), omfatter den palliative indsats også de pårørende og efterladte. Kortlægningen viste, at 49 % af afdelingerne kunne tilbyde de pårørende en palliativ indsats, mens 24 % kunne tilbyde de efterladte en indsats. Igen er der brug for at drøfte forventninger i forhold til sygehusafdelingernes direkte indsats, det vil her ofte betyde "tid afsat til samtale og nærvær", og/eller personalets viden om og mulighed for at henvise til andre instanser, der kan adressere de pårørende og efterladedes palliative behov.

### ***Afdelingernes palliative indsats i forhold til "Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)"***

Kvaliteten af den palliative indsats kan være vanskelig at måle, og kortlægningen her dokumenterer ikke kvalitet. Med introduktionen af DDKM på sygehusene blev der indført 3 standarder, som relaterer sig til den palliative indsats;

- Standard 2.7.5: Smertevurdering og –behandling
- Standard 2.19.1: Palliativ behandling af den uhelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende
- Standard 2.19.2: Omsorg for den afdøde patient.

Ifølge "Indikator 1" for DDKM's standard 2.19.1 skal der foreligge retningslinjer for institutionens tilbud om palliativ behandling, der som minimum skal omfatte f.eks. adgang til enestue og adgang til institutionen (det kunne være åbne indlæggelser), når patienten opholder sig i eget hjem, støtte og rådgivning til pårørende og samarbejde med primærsektoren. Som omtalt i ovenstående er både enestue og åbne indlæggelser berørt i kortlægningen. Med hensyn til retningslinjer så viste kortlægningen, at 35 % af de responderende afdelingsledelser angav, at afdelingen havde instrukser/retningslinjer for den palliative indsats, og 26 % at de anvendte Sundhedsstyrelsens "Faglige retningslinjer for den palliative indsats" (Sundhedsstyrelsen, 1999). "Indikator 2" for standarderne angiver, at ledere og medarbejdere kender og anvender retningslinjerne. Vurderet ud fra DDKM's indikatorer, så viser kortlægningen, at en del af afdelingerne mangler at opfylde disse mål. Hvorvidt en opfyldelse af målene for disse indikatorer reelt også medfører en god kvalitet i den palliative indsats, mangler fortsat at blive dokumenteret.

### **5.1.2 Ressourcer til palliativ indsats**

I og med at kun 17 % af landets afdelingsledelser angav at have allokere ressourcer til afdelingens palliative indsats, og kun 23 % angav, at de registrerede indsatsen, synes hospitalernes basale palliative indsats for nuværende ikke at udgøre nogen stor, erkendt ressourcemæssig belastning for afdelingerne, og dermed heller ikke for sygehusene. Det understreges yderligere af, at 53 % af landets afdelinger anførte,

at der ikke var allokeret ressourcer specielt til indsatsen, og at indsatsen hovedsagligt var etableret ved omorganisering og ved ”at løbe hurtigere”.

Blandt de afdelinger, som ydede en palliativ indsats, fandt 67 % af afdelingsledelserne, at indsatsen fyldte passende i forhold til afdelingens specialespecifikke ydelser. Det var ikke specificeret, om spørgsmålet hentydede til økonomi og/eller personalets tidsmæssige indsats.

Om det at indsatsen fyldte passende, også betød at afdelingsledelserne fandt, at indsatsen blev ydet på et tilfredsstillende fagligt niveau, eller om det betød at afdelingsledelserne ikke fandt at indsatsen kunne intensiveres/forbedres ud fra de givne ressourcer til alle afdelingens ydelser, er uvist. Det økonomiske ressourceforbrug i forbindelse med afdelingernes palliative indsats på patientniveau, kan kun vurderes, hvis der findes redskaber til at måle dette ressourceforbrug. På hospitalerne vil det betyde at indsatsen kan omsættes til DRG-takster (Diagnose Relaterede Grupper, n.d.) (forkortelser, se side 6). Der findes ikke DRG-koder specifikt beregnet på at registrere den basale palliative indsats. Der findes kun DRG-koder for ”en specialiseret palliativ indsats”, og de må kun anvendes af det specialiserede palliative niveau. Det betyder at ressourceforbruget for indlagte/ambulante palliative patienter må relatere sig til DRG-takster for enkeltstående behandlingsydelser, som ikke kan knyttes direkte til palliation. Så for nuværende er det ikke muligt at vurdere det ressourcetræk, som basale palliative ydelser på afdelingerne medfører.

Kun få afdelinger havde allokeret ressourcer til kompetenceløft for personalet (14 %), ansættelse af personale specielt med henblik på afdelingens palliative indsats (10 %) og udvidelse af de fysiske rammer (7 %) til f.eks. samtalerum, enestuer og ambulatorielokaler. Det specialiserede palliative niveau var kun i mindre omfang involveret i personalets kompetenceløft.

Samlet set lod det til, at afdelingsledelserne generelt fandt, at den palliative indsats på basalt niveau ret problemfrit lod sig indpasse i den kliniske dagligdag uden behov for tildeling af yderligere ressourcer og/eller øget registrering.

### **5.1.3 Afdelingsledelsernes bud på forbedring af den palliative indsats**

Sidst i spørgeskemaet blev afdelingsledelserne bedt om at give tre ikke prioriterede bud på, hvorledes deres afdelings palliative indsats kunne forbedres (se resultatafsnittet, side 65). De kommentarer som blev givet kunne grupperes i fem overordnede emner; kapacitet/ressourcer, kompetenceløft, samarbejde, administrative tiltag og andet. Hovedparten af kommentarerne vedrører ressourcetilførsel/opnormering inden for emnerne, mere end omorganisering. Det strider således mod det overordnede indtryk afdelingsledelsernes svar i spørgeskemaundersøgelsen giver; at den palliative indsats på afdelingerne tilsyneladende lod sig indpasse uden større problemer. Det var ikke obligatorisk i spørgeskemaet at afgive bud på forbedringer, hvilket måske kan forklare divergensen.

### ***Dialog mellem afdelingsledelser og sygehusledelser***

Kortlægningen gav indtryk af, at sygehusledelserne overordnet set ikke blandede sig i, hvorledes afdelingerne havde valgt at løse opgaverne omkring den palliative indsats på basalt niveau. Det gjaldt både afdelingernes politik for indsatsen, om der blev sat fokus på indsatsen, om indsatsen blev evalueret, og hvorledes afdelingsledelserne fordelte ressourcer til indsatsen. Kun 22 % af afdelingsledelserne angav, at de var i dialog med sygehusledelsen om afdelingens palliative indsats i tilfredsstillende omfang, mens 22 % manglede dialog eller fandt den utilstrækkelig, og 36 % havde ikke behov for en dialog.

### ***Forskelle imellem regionerne***

Omfanget af de opgaver og udfordringer, regionerne har i forhold til hospitalernes basale palliative indsats, ser i store træk ud til at fordele sig nogenlunde ligeligt. Besvarelsene på afdelingsledelses-niveau har ikke afsløret de store forskelle imellem regionerne.

Ser man på resultatet af kortlægningen af regionernes udmeldinger ([www.pavi.dk](http://www.pavi.dk)) vurderet ved søgning på regionernes hjemmesider og på internettet i det hele taget, var der på tidspunktet for spørgeskemaundersøgelsen til afdelingsledelserne ingen overordnede udmeldinger at finde. Siden Sundhedsstyrelsens udgivelse af "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft" i januar 2012 har alle 5 regioner nedsat udvalg, der skal give bud på, hvorledes programmet kan implementeres. Selvom programmet nævner, at palliativ indsats også skal målrettes andre end kræftpatienter og deres pårørende, er programmet præget af at være bygget op om kræftforløb. Vurderet "udefra" ser der for nuværende ikke ud til at være nogle klare krav og forventninger fra regionerne til sygehusledelserne og afdelingsledelserne, som vedrører hospitalernes basale palliative indsats, ej heller om indsatsen forventes ydet indenfor de eksisterende ressourcer og rammer.

### ***Slut-bemærkning***

Kortlægningen vedrører ikke brugernes, patienters og pårørendes, oplevelser og tilfredshed med den basale palliative indsats på sygehusafdelingerne. Den vedrører afdelingsledelsernes angivelse af de overordnede rammer for den palliative indsats, deres afdeling yder, og svarene antages at være repræsentative for landets sygehusafdelinger med patientkontakt, idet svarprocenten var høj (78 %), og de afdelingsledelser, som ikke svarede, kom fra afdelinger med samme fordeling både geografisk og med hensyn til afdelingstyper, som de responderende afdelinger.



## 5.2 Perspektiver

Denne nationale kortlægning dokumenterer nogle strukturelle og organisatoriske aspekter af den basale palliative indsats på landets sygehusafdelinger. Kortlægningen bidrager hermed med ny, mere konkret, viden om de vilkår og rammer, som sygehusafdelingerne har for at yde en basal palliativ indsats.

Vi håber, at denne viden kan bruges i en konkretisering af, hvordan sygehusene fremover bedst bidrager til udvikling af den basale palliative indsats.

Det væsentligste perspektiv i kortlægningen er den relativt høje andel af afdelingsledere, der angiver, at deres afdeling har "palliative patienter" og yder en palliativ indsats. Det tager vi som udtryk for, at der er ledelsesmæssig opmærksomhed på, at der ydes en basal palliativ indsats på de danske sygehuse. Fokus og indsats tager angiveligt først og fremmest afsæt i afdelingens eget personale; ledelse, læger og plejepersonalet; interessen kommer så at sige "nedefra". Begge dele er forudsætninger for, at der kan og vil blive arbejdet videre med udviklingen af den basale palliative indsats i praksis.

Herefter kommer så de konkrete perspektiver i forhold til indhold, kompetencer, organisering m.v. Vi ikke har meget viden om kvaliteten af den basale palliative indsats på sygehusene, og både kortlægningen og andre undersøgelser tyder på, at der er en række udfordringer og mulige mangler forbundet med den nuværende indsats.

Sundhedsstyrelsen anbefalinger fra (2011) sætter fokus på udviklingen af organiseringen og kompetencerne på det basale niveau, herunder på sygehusafdelingerne. Med afsæt i det billede kortlægningen tegner, synes særligt følgende indsatsområder væsentlige:

- Udvikling af organiseringen af den palliative indsats, både i afdelingerne og i samarbejdet med det øvrige basale niveau (andre afdelinger og hospitaler m.v. samt det primær kommunale niveau) og det specialiserede niveau (palliative afdelinger, teams og hospicer samt andre specialister). I afdelingerne er en væsentlig opgave jf. de nationale anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2011) ved diagnosticering af en livstruende sygdom – og videre i forløbet - at bidrage til afdækning af evt. palliative behov og til udarbejdelse af en plan for det videre forløb (evt. behandling, rehabilitering og palliation). Kortlægningen viser at afdelingerne har vedvarende kontakt med patienterne og derfor nødvendigvis må tage medansvar for denne opgave, herunder formidle kontakt til evt. andre parter, der skal bidrage i forløbet. I forhold til den kliniske indsats arbejdes der p.t. med udarbejdelse af nationale evidensbaserede retningslinjer ([www.dmcgpal.dk](http://www.dmcgpal.dk)), og der er indsamles løbende erfaringsbaserede retningslinjer (<http://pavi.dk/Kvalitetssikring.aspx>) udarbejdet på de specialiserede enheder.

Endelig tydeliggør kortlægningen at den basale palliative indsats kun dokumenteres i ringe grad; hvis den kliniske indsats skal kvalitetsudvikles, vil den også skulle dokumenteres.

- Udvikling af samarbejdet mellem basalt og specialiseret palliativt niveau i forhold til de enkelte patientforløb og klinisk praksis, herunder regional sikring af mulighed for rådgivning 24/7. Samarbejdet bør sikres formelt via sundhedsaftaler og beskrivelse af konkrete samarbejdsmodeller i hver region.
- Udvikling af de palliative kompetencer på basalt hospitalsniveau. Der udarbejdes p.t. kompetencebeskrivelser for de forskellige faggrupper involveret i palliativ indsats i DMCG-PAL regi ([www.dmcgpal.dk](http://www.dmcgpal.dk)), ligesom det af Palliativt Videncenters hjemmeside (<http://www.pavi.dk/Uddannelse.aspx>) fremgår, hvilke muligheder for efteruddannelse, der aktuelt findes for de respektive faggrupper. Det bør på afdelingsniveau sikres, at der er de nødvendige palliative kompetencer tilstede, enten som viden generelt eller hos særlige nøglepersoner. De specialiserede palliative enheder er forpligtet til at bidrage til kompetenceudvikling af det basale niveau.
- Forskning og udvikling. Der foregår relativt begrænset forskning og udvikling med afsæt i den basale palliative hospitalsindsats, om end mere inden for de seneste år. Der er behov for en større grad af dokumentation, udvikling og evaluering af indsatsen. Af en netop afsluttet evaluering fremgår det, at lokalt forankrede kliniske udviklingsprojekter kan bidrage til at løfte den basale palliative indsats på de pågældende afdelinger (Dalgaard, 2013).

## 6. INDEX: TABELLER OG FIGURER

### Tabeller

Tabel 1: Antal adspurgte afdelingsledelser, fordelt på 43 sygehuse.....	14
Tabel 2: Sygehusenes fordeling af afdelingstyper, for afdelinger med patientkontakt.....	15
Tabel 3: Fordelingen af specialer/opgaver for de forskellige afdelingstyper, og tilhørende besvarelser.....	17
Tabel 4: Somatiske og psykiatriske afdelingers svar vedr. en overordnet politik på hospitalet.....	28
Tabel 5: Kan afdelingens patientklientel indbefatte palliative patienter (N=318)?.....	29
Tabel 6: Svarprocenter for afdelingstyperne og svar vedr. palliative patienter og palliativ indsats.....	31
Tabel 7: Afdelingens involvering i patient-forløbene.....	32
Tabel 8: Hvem har sat fokus på afdelingens palliative indsats (N=198)?.....	33
Tabel 9: Hvilke palliative indsatser omfattes af politikken (N=101)?.....	37
Tabel 10: Er politikken for den palliative indsats blevet evalueret (N=101)?.....	37
Tabel 11: Hvem har taget initiativ til at indføre politikken på afdelingen (N=101)?.....	38
Tabel 12: Hvornår er politikken for den palliative indsats indført (N=100)?.....	38
Tabel 13: Er der i afdelingen blevet allokeret ressourcer specielt til palliation (N=228)?.....	40
Tabel 14: Hvilke ressourcer er blevet allokeret specielt til palliation (N=54)?.....	40
Tabel 15: Hvilket personale er omfattet af ressourcer tildelt afdelingens palliative indsats (N=32)?.....	41
Tabel 16: Hvilke fysiske rammer er omfattet af ressourcer tildelt afd.s palliative indsats (N=23)?.....	41
Tabel 17: Kompetenceløft til personalet.....	42
Tabel 18: Hvilke personalegrupper vedrører kompetenceløftet (N=44)?.....	42
Tabel 19: Er det specialiserede niveau involveret i personalets kompetenceløft (N=42)?.....	43
Tabel 20: Palliativ bistand fra "andre" professionelle.....	47
Tabel 21: Er antallet af åbne indlæggelser fastlagt (N=147)?.....	53
Tabel 22: Er procedurerne til registrering af den palliative indsats tilstrækkelige (N=41)?.....	56
Tabel 23: Afdelingsledelsernes kommentarer vedrørende anvendelse af DRG-koder.....	58
Tabel 24: Regionernes fordeling i forhold til besvarelserne.....	61
Tabel 25: Afdelingsledelsernes svarprocenter (de grå søjler) i de enkelte regioner.....	62

Tabel 26: Fordelingen af afdelingstyper for besvarede og ikke-besvarede spørgeskemaer.....	63
Tabel 27: Respondenternes stillingsbetegnelser og køn.....	64
Tabel 28: De regioner med de højeste og laveste andele af afdelinger i forhold til et givet spørgsmål .....	64

## Figurer

Figur 1: Flowsheet for besvarede spørgeskemaer udsendt til 410 afdelingsledelser .....	18
Figur 2: Har hospitalet en overordnet politik for den palliative indsats (N=318)?.....	27
Figur 3: Kan afdelingens patientklientel indbefatte palliative patienter (N=318)?.....	28
Figur 4 Kan I, på jeres afdeling, komme ud for at skulle yde en palliativ indsats (N=268)? .....	30
Figur 5: Omfatter afdelingens palliative patienter? Kræft, ikke-kræft, både/og? (N=232) .....	32
Figur 6: Har afdelingen fokus på den palliative indsats (N=232)?.....	33
Figur 7: Har afdelingen en politik for den palliative indsats (N=231)?.....	34
Figur 8: Er politikken for den palliative indsats indført (N=104)? .....	36
Figur 9: Hvordan er politikken for indsatsen kommunikeret i afdelingen (N=104)?.....	36
Figur 10: Har sygehusledelsen udstukket rammer for afdelingens palliative indsats (N=228)? .....	39
Figur 11: Er der i afdelingen blevet allokeret ressourcer specielt til palliation (N=228)? .....	39
Figur 12: Hvorledes er den palliative indsats så etableret (N=168)? .....	43
Figur 13: Har afdelingen instrukser/retningslinjer for symptomlindring (N=228)? .....	44
Figur 14: Har afdelingen instrukser/retningslinjer for den palliative indsats (N=228)?.....	44
Figur 15: Anvendes SSTs "Faglige retningslinjer for den palliative indsats" (N=228)?.....	45
Figur 16: Er det sædvane at forholde sig til om en patient "er palliativ" (N=227)? .....	45
Figur 17: Iværksættes rutinemæssigt en palliativ indsats, når en patient skønnes palliativ (N=227)?.....	46
Figur 18: Hvad består afdelingens palliative indsats til en patient af (N=227)?.....	46
Figur 19: Hvilke andre professionelle kan afd. tilbyde palliativ bistand fra (N=227)? .....	47
Figur 20: Regionsvis fordeling af "andre professionelle", som afdelingen kan tilbyde bistand fra .....	48
Figur 21: Henviser afdelingen palliative patienter til en specialiseret palliativ indsats (N=227)? .....	49
Figur 22: Har afdelingen mulighed for at konsultere det specialiserede niveau (N=227)?.....	49
Figur 23: Udskriver afdelingen terminalerklæring, når en patient skønnes palliativ (N=227)? .....	50

Figur 24: Har afdelingen specielle rutiner ved overflytning af en palliativ patient til en anden afdeling (N=227)? .....	51
Figur 25: Har afdelingen specielle rutiner, når en palliativ patient udskrives til hjemmet (N=227). .....	51
Figur 26: Hvilke specielle rutiner har afdelingen, ved udskrivning til hjemmet (N=108)? .....	52
Figur 27: Kan afdelingen tilbyde palliative patienter åbne indlæggelser (N=227)? .....	52
Figur 28: Tilbud om åbne indlæggelser, fordelt på afdelingstyper (N=227)? .....	53
Figur 29: Kan døende tilbydes enestue (N=227)? .....	54
Figur 30: Yder afdelingen en palliativ indsats til de pårørende til døende patienter (N=227)? .....	54
Figur 31: Yder afdelingen en palliativ indsats til de efterladte (N=227)? .....	55
Figur 32: Registreres den palliative indsats på afdelingen (N=227)? .....	55
Figur 33: Har afdelingen administrative procedurer til registrering af den palliative indsats (N=227)? .....	56
Figur 34: Er der behov for administrative procedurer til registrering af den palliative indsats (N=138)? .....	56
Figur 35: Findes der DRG-koder til registrering af afdelingens palliative indsats (N=227)? .....	57
Figur 36: Er afdelingsledelsen i dialog med sygehusledelsen om afd.s palliative indsats (N=227)? .....	59
Figur 37: I forhold til afdelingens specialespecifikke ydelser, er det dit indtryk, at den palliative indsats fylder... (N=227)? .....	60
Figur 38: I forhold til afdelingens ydelser, synes du så, at den palliative indsats fylder...? Fordelt på afd.typer (N=227). .....	60
Figur 39: Fordelingen af afdelingstyper i de 5 regioner for de 318 besvarede skemaer .....	62
Figur 40: Spørgsmålene til afdelingsledelserne opdelt i 6 temaer .....	73

## Referencer

Bausewein, C., & Higginsson, I. J. (2012). Challenges in defining 'palliative care' for the purpose of clinical trials. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 6(4), 471-482

Dalgaard, K.M. (2013). *Hospitalsmodelprojekt: udvikling af den palliative indsats på danske hospitaler via lokale udviklingsprojekter: evalueringsrapport*. København: PAVI.

[http://www.pavi.dk/Files/Udgivelser%20PAVI/PA\\_0353\\_Hospitalskonference\\_eva.rapport\\_\(www\\_low\).pdf](http://www.pavi.dk/Files/Udgivelser%20PAVI/PA_0353_Hospitalskonference_eva.rapport_(www_low).pdf)

(Den) Danske Kvalitetsmodel, DDKM. (n.d.). <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig.aspx>

Diagnose Relaterede Grupper, DRG. (n.d.). <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsoekonomi.aspx>

Karstoft, K.-I., Fisker Nielsen, A., & Timm, H. (2012). *Palliativ indsats i den kommunale pleje: rapport: kortlægning af den palliative indsats i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejehjem i Danmark 2010-2011*. København: PAVI.

[http://www.pavi.dk/Libraries/Kortlaegning/palliativindsats\\_kommunalepleje.sflb.ashx](http://www.pavi.dk/Libraries/Kortlaegning/palliativindsats_kommunalepleje.sflb.ashx)

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS. (n.d.)

<http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse.aspx>

Sundhedsstyrelsen. (1999). *Faglige retningslinjer for den palliative indsats*. København: Sundhedsstyrelsen.

[http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ1999/palliativ\\_indsats/palliativ.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ1999/palliativ_indsats/palliativ.pdf)

Sundhedsstyrelsen. (2011). *Anbefalinger for den palliative indsats*. København: Sundhedsstyrelsen.

[http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SYB/Palliation/PalliativeIndsats\\_anbef.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SYB/Palliation/PalliativeIndsats_anbef.pdf)

Sundhedsstyrelsen. (2012). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft: del af samlet forløbsprogram for kræft*. København: Sundhedsstyrelsen.

<http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/SYB/Kraeft/RehabPalliationForloebprog.pdf>

Timm, H., Vittrup, R., Tellervo, J. (2012). *Kortlægninger af den specialiserede palliative indsats i Danmark: 2009-2012*. København: PAVI.

[http://pavi.dk/Libraries/Diverse\\_dokumenter/PA\\_0313\\_Kortl%c3%aegning\\_I\\_okt\\_2012\\_www.sflb.ashx](http://pavi.dk/Libraries/Diverse_dokumenter/PA_0313_Kortl%c3%aegning_I_okt_2012_www.sflb.ashx)

World Health Organization. (2002). WHO definition of palliative care.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> opslag januar 2011

**KOLOFON**

---

Hospitalernes palliative indsats på basalt niveau  
– En landsdækkende kortlægning blandt afdelingsledelser

ISBN: 978-87-995933-0-9

FORFATTERE: Lene Jarlbæk og Helle Timm

FORSIDEDESIGN: BEYER DESIGN

Udgivet af PAVI – [www.pavi.dk](http://www.pavi.dk)

GRAFISK BILLEDE, forsiden: Danske Regioner

December 2013

## Kort om PAVI

PAVI er et nationalt center etableret i 2009 med det formål at sikre udvikling, høj faglig kvalitet og spredning af viden i det palliative felt i Danmark. PAVI er siden 2013 del af Videncenter for Rehabilitering og Palliation, hvor PAVI udgør formidlings- og dokumentationsenheden. PAVI er organisatorisk forankret ved Statens Institut for Folkesundhed på Syddansk Universitet.

Palliativt Videncenter  
Strandboulevarden 47B, 1.sal  
2100 København Ø

Tel: +45 21 74 73 72  
Mail: [pavi@sdu.dk](mailto:pavi@sdu.dk)  
[www.pavi.dk](http://www.pavi.dk)