



Kompleksitet i behov for palliation

En interviewundersøgelse med professionelle fra
basalt og specialiseret palliativt niveau

Kompleksitet i behov for palliation – en interviewundersøgelse med professionelle fra basalt og specialiseret palliativt niveau

Forfattere: Karoline Yde Andersen, Maria Steenhof, Lene Jarlbæk, Heidi Bergenholtz og Mette Raunkiær

Copyright © 2026

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Uddrag, herunder figurer og tabeller, kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

REHPA, rapport

Maj 2026

ISBN: 978-87-93356-94-8 (online)

Forsidefoto: Colourbox redigeret af REHPA

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17

5800 Nyborg

21 81 10 11

rehpa@rsyd.dk

www.rehpa.dk

Rapporten har været til internt review. Udarbejdelsen af og baggrunden for rapporten fremgår af forordet.

Rapporten kan downloades fra [REHPAs hjemmeside](#).

Indhold

Forord	3
Resumé	4
Summary	5
Baggrund og formål	6
Begrebsafklaring	7
Palliation	7
Domæner af betydning for kompleksitet i behov for palliation.....	7
Metode	9
Analyse.....	9
Resultater	11
Tema 1: Sundhedsprofessionelles perspektiv på kompleksitet i behov for palliation	11
Forståelser af kompleksitet i behov for palliation	12
Sundhedsfaglige ressourcer i opfattelse af kompleksitet	13
Patientkarakteristika med betydning for kompleksitet	13
Tema 2: Henvisningsproces og praksis	14
Fagligt samarbejde om patienten.....	14
Tilgange og redskaber i henvisningsprocessen	15
Målgruppe og inddragelse i henvisningsprocessen	16
Sundhedsfaglige kompetencer i henvisningsprocessen.....	17
Tema 3: Visitationsproces og praksis.....	17
Fagligt samarbejde om patienter	17
Tilgange og redskaber i visitationsprocessen	18
Målgruppe og inddragelse i visitationsprocessen.....	18
Sundhedsfaglige kompetencer i visitationsprocessen	19
Diskussion	21
Forståelse.....	21
Kompetencer.....	22
Tværfagligt samarbejde.....	23
Begrænsninger af interviewstudiet	24
Konklusion og fremadrettede perspektiver	25
Referencer	26
Bilag 1. Interviewguide for henvisende enheder	29
Bilag 2. Interviewguide for visiterende enheder	31

Forord

Denne rapport formidler en interviewundersøgelse udført af REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.

Formålet med rapporten er at bidrage med viden om den nuværende praksis for henvisning og visitation til specialiseret palliativ indsats på baggrund af kompleksitet i behov for palliation. Den bygger på interviews med sundhedsprofessionelle fra både basal og specialiseret palliativt niveau.

Kompleksitet i behov for palliation hos den enkelte patient indgår i vurderingen af, om patienten skal tilbydes en specialiseret palliativ indsats. Det er derfor væsentligt at undersøge styrker og svagheder ved den nuværende henvisnings- og visitationspraksis.

Rapporten søger i den sammenhæng også at bidrage med baggrundsviden til det kommende arbejde med udarbejdelse af nye henvisnings- og visitationskriterier til specialiseret palliativ indsats.

Målgruppen for rapporten er sundhedsprofessionelle, forskere, planlæggere og andre, som fagligt beskæftiger sig med overgangen fra basal til specialiseret palliation.

Tak til adjunkt og forsker ved REHPA, Jahan Shabnam, for internt review af rapporten.

Ane Bonnerup Vind

Videncenterchef, cheflæge, ph.d., REHPA

Maj 2026

Resumé

Formålet med denne interviewundersøgelse er at undersøge erfaringer med henvisning til og visitation af patienter til specialiseret palliativ indsats på baggrund af kompleksitet i behov for palliation.

Baggrunden for rapporten er, at der i udmøntningsaftalen om *Kræftplan V* er afsat midler til at løfte både den basale og den specialiserede palliative indsats, herunder også at få udformet de nationale kriterier for henvisning til specialiseret palliativ indsats mere klart og håndtérbart. Forud for arbejdet med kriterierne er det derfor relevant at afsøge de sundhedsprofessionelles forståelse af kompleksitet i behov for palliation samt den nuværende praksis for henvisning og visitation.

Interviewundersøgelsen er gennemført på baggrund af interviews med 15 sundhedsprofessionelle fra både det basale (n = 9) og specialiserede palliative niveau (n = 6). Interviewdeltagerne bestod af seks læger og tre sygeplejersker fra det basale palliative niveau samt tre læger og tre sygeplejersker fra det specialiserede palliative niveau.

På baggrund af interviewundersøgelsen blev der gennemført en tematisk analyse, som tog udgangspunkt i resultaterne fra delstudie 1 *Kompleksitet i behov for palliation – en litteraturgennemgang*. Tre overordnede temaer blev dannet på baggrund af analysen:

1. **Sundhedsprofessionelles perspektiv på kompleksitet i behov for palliation** omhandlede, hvordan de sundhedsprofessionelle forstod begrebet kompleksitet i behov for palliation. De havde ikke en ensartet forståelse, i stedet var det op til den enkelte at fortolke begrebet. Deres forståelser byggede ofte på faktorer, der var forbundet med patientdomænets fysiske faktorer. Samtidig kunne kompetencer og ressourcer spille en rolle for opfattelsen og forståelsen af kompleksitet.
2. **Henvisningsproces og praksis** indfangede, hvordan de sundhedsprofessionelle på det basale palliative niveau vurderede den nuværende praksis med henvisning til det specialiserede palliative niveau. Der blev fundet en manglende systematik, hvor faktorer som viden, kompetencer og uddannelse var betydningsfulde i opfattelsen af kompleksitet. Samtidig påvirkede diagnoser og patientgrupper, opfattelsen af kompleksitet samt muligheder for tilknytning til enten basal eller specialiseret palliativ indsats.
3. **Visitationsproces og praksis** omhandlede, hvordan de sundhedsprofessionelle fra det specialiserede palliative niveau vurderede den nuværende praksis for visitation til en specialiseret palliativ indsats. Her blev tværfagligt samarbejde fremhævet, hvor både internt og eksternt samarbejde blev vurderet som vigtig for henvisnings- og visitationsprocessen. Visitationen var baseret på en klinisk vurdering især mellem læger og sygeplejersker med en begrænset inddragelse af behovsvurderingsskemaer.

Interviewundersøgelsen viste, at der ikke foreligger en fælles forståelse af begrebet kompleksitet i behov for palliation. Der var et stort engagement blandt de sundhedsprofessionelle i arbejdet med henvisning og visitation, men den nuværende praksis var præget af begrænset adgang til sparring og generel viden om palliation, diagnosegrupper og manglende systematik i henvisning og visitation til specialiseret palliativ indsats.

Summary

The purpose of this interview study is to examine experiences with referral and preadmission assessment to specialized palliative care based on the complexity needs in palliative care.

The background for the report was that, as part of the implementation agreement associated with *Cancer Plan V*, funding has been allocated to strengthen both basic and specialized palliative care. This includes clarifying and operationalizing the national criteria for referral to specialized palliative care. Therefore, it is relevant to explore current practices and understandings prior to the development of these criteria.

The interview study was based on interviews with 15 healthcare professionals from both general (n = 9) and specialized palliative care levels (n = 6). The participants consisted of six physicians and three nurses from general palliative care and three physicians and three nurses from specialized palliative care.

A thematic analysis was conducted, among other based on the domain approaches found in sub study 1, resulting in three overarching themes:

1. **Health professionals' perspective on complexity in need of palliative care** concerned how professionals conceptualized the notion of complexity. There was no shared or standardized understanding; instead, each professional interpreted the concept individually. Their interpretations were often grounded in factors related to the patient's domain and the physical factors. At the same time, competencies and available resources influenced how complexity was perceived and understood.
2. **Referral process and practice** captured how healthcare professionals at general palliative level assessed current referral practices to specialized palliative care. A lack of systematic procedures was identified, and factors such as knowledge, competencies, and training were significant in shaping perceptions of complexity. There was also a focus on diagnoses and patient groups, which influenced both the perception of complexity and the perceived possibilities for providing palliative care.
3. **Preadmission assessment practices** addressed how healthcare professionals at the specialized palliative level evaluated current preadmission assessment for specialized palliative care. Interdisciplinary collaboration was highlighted, with both internal and external collaboration considered important in the referral and triage process. Preadmission assessments were based primarily on clinical assessments made jointly by physicians and nurses, with limited use of structured needs-assessment tools.

The interview study demonstrated that no shared understanding of the concept of complexity in palliative care needs currently exists. Although there was strong professional engagement in referral and triage work, current practices were shaped by limited access to collegial sparring and general knowledge of palliative care, diagnostic categories, and a lack of systematic procedures in referral and preadmission assessment to specialized palliative care.

Baggrund og formål

Den palliative indsats i Danmark skal fremme livskvaliteten for mennesker med livstruende sygdomme samt deres pårørende (Sundhedsstyrelsen, 2017). Dette skal gøres ved at forebygge og lindre lidelse gennem behandling af både fysiske, psykiske, psykosociale og eksistentielle problemstillinger. Den palliative indsats er i Danmark opdelt i basal og specialiseret palliation. Den basale palliative indsats er målrettet mennesker med afgrænsede behov for palliation med få problemstillinger, hvorimod den specialiserede palliative indsats er rettet mod mennesker med kompleksitet i behov for palliation inden for én eller flere problemområder (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Som led i arbejdet med Lærings- og Kvalitetsteam for specialiseret palliativ indsats blev der i 2017 udarbejdet nationale henvisnings- og visitationskriterier, som skulle sikre, at mennesker med livstruende sygdomme og kompleksitet i behov for palliation får adgang til den rette lindrende behandling (DSPaM, 2017). Videre fremgår det, at mennesker med livstruende sygdomme, der henvises til specialiseret palliativ indsats, kan have behov for en tværfaglig indsats, som rækker ud over, hvad der kan leveres i primærsektoren eller på almene hospitalet (DSPaM, 2017). Imidlertid er den generelle forståelse og fortolkning af kompleksitet i behov for palliation ikke entydig (Andersen et al., 2026), hvilket kan have betydning for den specialiserede palliative indsats' opgaveløsning, som derved kan skabe ulighed i adgangen til en specialiseret palliativ indsats.

I et notat fra Rigsrevisionen fra 2021 blev det påpeget, at ikke alle patienter med behov for specialiseret palliativ indsats blev henvist, samt at der blev fundet regionale forskelle i hvor mange patienter, der blev henvist. Ydermere blev det bemærket, at det var uklart for de henvisende læger, hvilke kriterier der skulle være opfyldt i visitationen til en specialiseret palliativ indsats (Rigsrevisionen, 2021). International litteratur viser også, at henvisning og visitation til specialiseret palliativ indsats afhænger af mere end blot kompleksitet, men også faktorer som diagnose, alder, fysiske symptomer, etnicitet, socioøkonomiske faktorer og geografi har betydning for processen (Carduff et al., 2018; Hodiament et al., 2019; Pask et al., 2018).

I den nye *Kræftplan V* er der afsat midler til at løfte den specialiserede palliative indsats for mennesker, som har komplekse behov for palliation (Sundhedsstyrelsen, 2025). I den forbindelse skal de nationale henvisnings- og visitationskriterier gøres mere ensartede, så der sikres en mere lige adgang på tværs af landet (Sundhedsstyrelsen, 2025). Forud for dette har REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation afdækket, hvordan kompleksitet i behov for palliation forstås internationalt i en litteraturgennemgang, delstudie 1 *Kompleksitet i behov for palliation – Et litteraturstudie* (Andersen et al., 2026). Her blev det illustreret, at der ikke findes én universel definition af kompleksitet i behov for palliation. Bl.a. peger et internationalt scoping review (Cerullo et al., 2023) på en overordnet konsensus om, at kompleksitet i behov for palliation skal ses som et flerdimensionelt og dynamisk fænomen, der ændrer sig over tid og kræver løbende justering i takt med sygdommens udvikling og situationen. Desuden skelner litteraturen mellem forskellige faktorer, som påvirker kompleksiteten, og disse faktorer kan inddeles i tre til seks domæner (Busquet-Duran et al., 2020; Carduff et al., 2018; Hodiament et al., 2019; Pask et al., 2018). I delstudie 1 blev der lavet en opdeling i fire domæner; patientdomænet, det sociale domæne, det sundhedsprofessionelle domæne og det sociokulturelle domæne, som skal indfange et helhedsorienteret perspektiv på forståelsen af kompleksitet i behov for palliation (Andersen et al., 2026). Delstudie 2 vil bygge videre på denne opdeling. Domænebegrebet udfoldes i rapportens begrebsafklaringsafsnit.

I forlængelse af den viden, som blev indsamlet i delstudie 1, har delstudie 2 til formål at undersøge erfaringer med henvisning til og visitation af patienter til specialiseret palliativ indsats på baggrund af kompleksitet i behov for palliation. Der undersøges følgende forskningsspørgsmål:

1. Hvordan forstår sundhedsprofessionelle inden for henholdsvis basal og specialiseret palliation begrebet kompleksitet i behov for palliation?
2. Hvordan foregår deres henvisnings- eller visitationsproces i praksis?

Begrebsafklaring

Palliation

Palliation består af indsatser på to niveauer: Det basale palliative niveau og det specialiserede palliative niveau. Patientens behov og kompleksiteten af indsatsen er bestemmende for, hvorvidt indsatsen er basal eller specialiseret (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Basal palliation ydes i de dele af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som hovedopgave. De basale palliative enheder omfatter almindelige sygehusafdelinger, kommuner, almen praksis og den øvrige praksissektor (Sundhedsstyrelsen, 2017). Henvisende enheder inden for basal palliation er enheder, som har tilknyttet en læge, der kan lave en henvisning, såsom sygehusafdelinger og almen praksis.

Specialiseret palliation ydes i de dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som hovedopgave. Indsatsen kan foregå under indlæggelse på en specialiseret palliativ enhed (på palliative afdelinger og hospice), ambulantly, i patientens hjem/plejebolig eller på en sygehusafdeling (via et palliativt team) (Sundhedsstyrelsen, 2017). De visiterende enheder inden for specialiseret palliation omfatter hospice, palliative afdelinger og palliative teams.

Domæner af betydning for kompleksitet i behov for palliation

En gennemgang af international litteratur peger på væsentlige faktorer, som kan have indflydelse på kompleksitet i behov for palliation. Litteraturen skelner mellem en opdeling af faktorerne i tre til seks domæner (Andersen et al., 2026), hvor der bruges forskellige terminologier for begrebet, bl.a. *domæner* (Busquet-Duran et al., 2020), *systemer* (Hodiamont et al., 2019) eller *dimensioner* (Carduff et al., 2018). I det følgende har vi valgt at anvende betegnelsen 'domæne' som det samlede begreb, idet et review af Cerullo et al. (2023) netop anvender domænebegrebet. I delstudie 1 (Andersen et al., 2026) er der lavet en afgrænsning på en opdeling i følgende fire domæner:

Patientdomænet

Faktorerne, der indgår i dette domæne, er patientrelaterede faktorer af betydning for behov for palliation. I litteraturen er det især de fysiske faktorer, som dominerer (Mocha Campillo et al., 2025; Ohinata et al., 2022; Tuca et al., 2018). Inden for det palliative felt er der bred enighed om betydningen af en helhedsorienteret tilgang til patienten, der ofte tager udgangspunkt i *Total Pain*-modellen¹. Modellen fokuserer på samspillet mellem fire faktorer i patientdomænet: de fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle faktorer i vurderingen af patientens behov (Hodiamont et al.,

¹ *Total Pain* begrebet bygger på en helhedsorienteret forståelse af patientens lidelse: fysiske smerter, psykisk belastning, sociale forhold og eksistentielle bekymringer (Saunders, 1978, 1997).

2019). Patientdomænet ses som det dominerende domæne i forståelsen af kompleksitet i behov for palliation (Grant et al., 2021).

Det sociale domæne

Interaktioner mellem patienter og deres netværk ses som faktorer af betydning for kompleksiteten i behov for palliation. Det kan fx være relationer til familie, omsorgspersoner og socialt netværk, men også faktorer som økonomi, boligsituation og arbejdsmæssige forhold (Cerullo et al., 2023; Hodiament et al., 2019; Pask et al., 2018). Disse forhold kan agere enten beskyttende eller øge kompleksiteten i behov for palliation ved at bidrage til konflikt og ændring af eksisterende roller (Carduff et al., 2018; Mocha Campillo et al., 2025).

Det sundhedsprofessionelle domæne

Forståelse, faglighed, erfaringer og selvtillid i forhold til palliation blandt de sundhedsprofessionelle er faktorer, der alle spiller ind på opfattelsen af kompleksitet i et palliativt forløb. Her kan muligheder for tværfaglige teammøder, tilstrækkelig tid og behandling samt målrettet kompetenceudvikling påvirke, om en patient henvises til en specialiseret palliativ indsats (Pask et al., 2018).

Det sociokulturelle domæne

Dette domæne omhandler et mere overordnet samfundsmæssigt niveau vedrørende rammer, værdier og opfattelsen af palliation både sociokulturelt og politisk (Carduff et al., 2018; Cerullo et al., 2023; Hodiament et al., 2019; Pask et al., 2018). Domænets faktorer kan være vanskelige at inddrage i vurderingen af den enkelte patients behov for en palliativ indsats, da det kan omhandle politisk involvering i fx retningslinjer og rammer inden for palliation (Hodiament et al., 2019; Pask et al., 2018). Domænet skal dermed ses som en bagvedliggende forståelse og ramme i forhold til at yde palliation.

Domænerne har overlappende indhold, hvormed grænserne mellem dem kan fremstå flydende, men hvor de alle er af betydning for opfattelsen af kompleksitet i behov for palliation.

Metode

Delstudie 2 har til formål at undersøge erfaringer med henvisning til og visitation af patienter til specialiseret palliativ indsats på baggrund af kompleksitet i behov for palliation. Studiet blev gennemført som et eksplorativt interviewstudie. Fundene i delstudie 1 om kompleksitet i behov for palliation (Andersen et al., 2026) dannede baggrund for to semistrukturerede interviewguides, én til henvisende enheder og én til visiterende enheder (Bilag 1 og 2).

Der blev afholdt 13 individuelle, virtuelle interviews samt ét interview med en gruppe bestående af to personer (n = 15). Deltagerne blev valgt via strategisk sampling ud fra projektgruppens kendskab til feltet, samt at deltagerne skulle have en læge- eller sygeplejefaglig baggrund med erfaringer og viden om enten henvisning eller visitation.

Deltagerne bestod af sundhedsprofessionelle fra både det basale (n = 9) og det specialiserede (n = 6) palliative niveau. Der blev inkluderet både sundhedsprofessionelle fra det basale og det specialiserede palliative niveau for at belyse, hvordan forskelle i praksis, forståelse af kompleksitet og samarbejdsflader mellem niveauerne påvirker henvisnings- og visitationspraksis. Dette valg blev truffet for at opnå indsigt i de faglige vurderinger, organisatoriske rammer og praksisnære overvejelser, der former beslutningerne i den nuværende henvisnings- og visitationspraksis. Da studiet ikke inkluderer interviews med patienter eller pårørende, belyses disse perspektiver alene indirekte gennem de sundhedsprofessionelles erfaringer med inddragelse.

Alle interviews blev lydoptaget med samtykke fra den sundhedsprofessionelle efter både skriftlig og mundtlig information. Ved hvert interview deltog, ud over informanterne, én interviewer og én referent. Interviewene havde en varighed på mellem 21 og 42 minutter. Efterfølgende blev alle interviews transskriberet med AI-værktøjet *Transcriber*, og derefter gennemlæst og tilrettet.

Analyse

Analysen for interviewstudiet tog udgangspunkt i Braun og Clarkes (2006) tematisk analyse. Tematisk analyse er en kvalitativ metode til at identificere og analysere mønstre i data. Processen for deres analyse opdeles i seks faser: familiarisering, kodning, søgen efter temaer, gennemgang af temaer, definering og navngivning af temaer og rapportering (Braun & Clarke, 2006).

Tematiseringen af interviewene tog udgangspunkt i de semistrukturerede interviewguides (Bilag 1 og 2) og omhandlede: de sundhedsprofessionelles forståelse af kompleksitet i behov for palliation, henvisning- og visitationsproces, inddragelse af patienter og pårørende, samt faglige kompetencer og betydning for henvisnings- og visitationspraksis.

I analysen anvendtes desuden domænebegreberne, som blev illustreret i delstudie 1 (Andersen et al., 2026). Dette var med til at præge fortolkningen af resultaterne samt diskussionen heraf. Der blev foretaget en indledende tematisering af koderne, hvorefter den blev drøftet og tilrettet af flere omgange, forud for den endelige udgave.

Informanterne i interviewet bestod af ni læger og seks sygeplejersker fordelt på både basalt og specialiseret palliativt niveau. Informanterne kom fra forskellige enheder: almen praksis, hjemmesygepleje, sygehusafdeling, palliativ afdeling eller team og hospice. Karakteristika om informanterne kan ses i Tabel 1 (næste side).

Tabel 1. Informantkarakteristika (n = 15)

	I alt	Basalt niveau	Specialiseret niveau
Palliativt niveau			
Basal	9	-	-
Specialiseret	6	-	-
Profession			
Læge	9	6	3
Sygeplejerske	6	3	3
Region			
Midtjylland	2	-	2
Syddanmark	5	3	2
Sjælland	4	4	-
Hovedstaden	4	2	2

Resultater

Rapporten præsenterer temaer baseret på interviews med sundhedsprofessionelle fra både basal og specialiseret palliation. I forlængelse af hvert citat benævnes informantens faglige baggrund (læge eller sygeplejerske), samt om de var ansat på basalt eller specialiseret palliativt niveau. For at bevare anonymiteten bliver den specifikke enhed ikke angivet. Temaerne bygger på en sammenfatning af informanternes perspektiver, hvorfor ikke alle udsagn eller synspunkter gengives fuldt ud.

Den tematiske analyse identificerede tre overordnede temaer med tre til fire undertemaer:

Tema 1: Sundhedsprofessionelles perspektiv på kompleksitet i behov for palliation

- Forståelser af kompleksitet i behov for palliation
- Sundhedsfaglige ressourcer i opfattelsen af kompleksitet
- Patientkarakteristika med betydning for kompleksitet

Tema 2: Henvissningsproces og praksis

- Fagligt samarbejde om patienten
- Tilgange og redskaber i henvissningsprocessen
- Målgruppe og inddragelse i henvissningsprocessen
- Sundhedsfaglige kompetencer i henvissningsprocessen

Tema 3: Visitationsproces og praksis

- Fagligt samarbejde om patienten
- Tilgange og redskaber i visitationsprocessen
- Målgruppe og inddragelse i visitationsprocessen
- Sundhedsfaglige kompetencer i visitationsprocessen

Hvert tema indledes med en kort opsummering af fundene, hvorefter informanternes perspektiver præsenteres for hvert undertema.

Tema 1: Sundhedsprofessionelles perspektiv på kompleksitet i behov for palliation

Temaet *Sundhedsprofessionelle perspektiv på kompleksitet i behov for palliation* indfanger, hvordan sundhedsprofessionelle på tværs af basalt og specialiseret palliativt niveau forstod kompleksitet i behov for palliation. Resultaterne viser, at der på tværs af de sundhedsprofessionelle ikke var én entydig definition af begrebet. Samtidig beskrev informanterne, hvordan kompetencer og ressourcer kunne spille ind på opfattelsen og forståelsen af kompleksitet. Afslutningsvis omhandler temaet, hvordan patientkarakteristika kunne påvirke kompleksitet, hvor alder og diagnose blev fremhævet som væsentlige faktorer.

Forståelser af kompleksitet i behov for palliation

Generelt var det patientdomænet og sammenhængen mellem dette domænes fire faktorer, der havde afgørende betydning for forståelsen af kompleksitet i behov for palliation hos informanterne. Både informanter fra basalt og specialiseret palliativt niveau havde vanskeligt ved at forklare, hvad de forstod ved kompleksitet i behov for palliation. Som en helhed italesatte informanterne, at hvis en patient havde sammensatte behov, som bestod af en kombination af fysiske, psykiske, psykosociale eller eksistentielle problemstillinger inden for patientdomænet, så talte det ind i en kompleks palliativ problemstilling.

Så forstår jeg patienter, som har sammensatte palliative problemstillinger. Det kunne være flere af følgende, altså åndenød, angst, massiv træthed, mental forpintthed, svær obstipation, smerter selvfølgelig, vanskelige psykosociale forhold, hvor det eksistentielle eller det sociale er voldsomt eller truet, søvnbesvær. Altså de der ting, som ikke nødvendigvis er organrelaterede, men som fylder meget for mange af de patienter, som har livstruende sygdom (Informant 11, læge, basal palliation).

Flere informanter fra det specialiserede palliative niveau tog eksplicit udgangspunkt i patientdomænet og begrebet *Total Pain*: "[...] når man arbejder i det palliative felt, så er det jo *Total Pain*-begrebet, som er afsættet for forståelsen af palliativbehov" (Informant 5, læge, specialiseret palliation). De vurderede bl.a. kompleksiteten ud fra omfanget af den enkelte faktor relateret til patienten eller mængden af flere faktorer samtidigt inden for patientdomænet.

På tværs af henvisende og visiterende enheder beskrev informanterne, at man kunne skelne mellem fysiske, psykiske, psykosociale og eksistentielle faktorer i patientdomænet. For informanterne var der ikke nogen af faktorerne, der var vigtigere end andre, men de fysiske faktorer blev beskrevet som lettere at afdække: "Ja, det er altid det fysiske, der boner ud primært, altså, smerte og åndenød" (Informant 5, læge, specialiseret palliation). Dette blev af informanterne udtrykt som mere fagligt håndgribeligt, men det var også de problemstillinger, som de oplevede, at patienter og pårørende ofte selv fortalte om. Især informanter med en lægefaglig baggrund fortalte, at de ofte først identificerede de fysiske problemstillinger, mens de psykiske, psykosociale og eksistentielle faktorer trådte mere i baggrunden: "Ja, jeg synes generelt, det er nemmere at afdække de fysiske, og det er nok qua det fag, jeg er oplært i" (Informant 1, læge, basal palliation).

Flere informanter var dog opmærksomme på vigtigheden af de psykiske, sociale og eksistentielle faktorer i patientdomænet, når de identificerede kompleksitet i behov for palliation. Angst og depression var to tilstande, som informanterne fremhævede i forhold til de psykiske faktorer, mens familiedynamikken var en vigtig faktor i forhold til at forstå de psykosociale faktorer samt faktorer i det sociale domæne: "Jeg synes, det spiller meget ind. Jeg synes hurtigt, det bliver komplekst, hvis man ikke har nogen pårørende, hvis ikke man har nogen, der kan hjælpe én" (Informant 1, læge, basal palliation).

Informanterne vurderede, at de eksistentielle faktorer inden for patientdomænet var vanskelige at afdække, både i forhold til at gå ind i en dialog, men også af et hensyn til patienten og de pårørendes ønske om at åbne for en dialog om det eksistentielle: "Jeg synes jo et eller andet sted, og det er jo sådan lidt paradoksalt, fordi et eller andet sted, så synes jeg måske, at det eksistentielle faktisk er det mest spændende, men det er det, der er sværest" (Informant 7, sygeplejerske, basal palliation).

Opsummerende er der ikke italesat nogen klar definition af kompleksitet i behov for palliation, men patientdomænet blev fremhævet som væsentligt i denne forståelse, hvor specielt de fysiske faktorer havde størst betydning.

Sundhedsfaglige ressourcer i opfattelse af kompleksitet

Informanterne fra det basale palliative niveau udtrykte, at kompleksiteten kunne opstå i forbindelse med faktorer inden for det sundhedsprofessionelle og sociokulturelle domæne. Kompleksitet i behov for palliation opstod fx i forbindelse med mangel på kompetencer.

Jamen, når jeg synes, det bliver kompleks, så er det jo nok der, hvor jeg føler, jeg kommer til kort. Hvor jeg synes, at de ting, jeg plejer at gøre, eller som jeg selv kan læse mig frem til, eller som jeg tidligere har haft erfaring med at gøre, når de kommer til kort, og jeg synes, at det ikke giver patienten en tilfredsstillende behandling eller lindring... (Informant 8, læge, basal palliation).

Som det fremgår af citatet, fortalte informanterne fra det basale palliative niveau, at når de ikke længere følte, at de havde kompetencerne eller ressourcerne, så talte det ind i en kompleks palliativ problemstilling.

Kompleksitet refererede også til en kobling mellem sundhedsprofessionelle og sociokulturelle faktorer, som manglende tid til at varetage de palliative problemstillinger, hvor en blanding af den faglige sparring eller tilknytning til en specialiseret palliativ enhed bidrog til at lette opfattelsen af kompleksitet. Ved tvivl beskrev flere informanter fra det basale palliative niveau, at faktorer inden for det sociokulturelle og sundhedsprofessionelle domæne, nemlig tilgængelighed og kommunikation med de specialiserede palliative enheder, havde stor betydning for, at de fik den nødvendige rådgivning til at vurdere kompleksiteten af en patients behov.

Altså, vi har en vanvittig god dialog med palliationssygeplejerskerne i kommunen. Så tit og ofte, så er det jo sådan et samspil med dem, der afgør, at vi kan løse problemstillingen i det nærmiljø, kan man sige. Og så er der nogle gange, hvor vi inddrager det palliative team, men det er jo også... Altså, jeg synes egentlig mere og mere, at hvis ikke vi kan løse det, så snakker vi hospice (Informant 9, læge, basal palliation).

Opsummerende har faktorer inden for det sundhedsprofessionelle og sociokulturelle domæne betydning for opfattelsen af kompleksitet i behov for palliation. Det handlede om, at der blev etableret en struktur og kultur, som muliggjorde rådgivning og faglig sparring på tværs af det basale og specialiserede palliative niveau.

Patientkarakteristika med betydning for kompleksitet

Der var en variation i bredden af den patientgruppe, informanterne mødte i deres hverdag. Nogle arbejdede diagnosespecifikt, mens andre arbejdede med flere typer af patientgrupper. På tværs af basale og specialiserede palliative enheder beskrev informanter faktorer, som relaterede sig til det sociale domæne og de psykosociale faktorer i patientdomænet.

Informanterne fremhævede, at yngre patienter med hjemmeboende børn bidrog til, at de sundhedsprofessionelle vurderede, at forløbet var komplekst, da hele familien blev ramt på en anden måde sammenlignet med ældre patienter: "Jeg synes generelt, at yngre patienter er sværere, fordi der vil være nogen, der har nogle små børn derhjemme, og der vil være nogen, der ikke er færdige

med livet” (Informant 1, læge, basal palliation). Derfor var der overordnet enighed om, at disse patienter skulle henvises og visiteres til en specialiseret palliativ indsats.

Patientdomænets fysiske faktorer blev tydeligt i forbindelse med de diagnoser, som informanterne fremhævede som komplekse. Det drejede sig om neurologiske sygdomme, som demens, sklerose og Parkinson. Disse diagnoser blev fremhævet på grund af deres langvarige sygdomsforløb, der efterhånden udvikler sig til at blive komplekse.

Altså jeg synes jo, at patienter med ALS er, altså de er ikke sådan nødvendigvis fra start meget komplekse, men det bliver tit nogle komplekse forløb, og hvor der er brug for, at man lærer patienterne at kende tidligt i forløbet for at kunne hjælpe dem til slut (Informant 15, læge, specialiseret palliation).

I modsætning til dette beskrev informanterne, hvordan diagnosen kræft kunne være ”lettere” at forholde sig til. Der var generelt en stor faglig opmærksomhed på problemstillinger relateret til denne patientgruppe i modsætning til nogle af de langvarige sygdomsforløb, hvor det kunne være sværere at vurdere, hvornår der var brug for en palliativ indsats.

Opsummerende beskriver dette undertema, hvordan især patientdomænet og relaterede faktorer kunne have betydning for de sundhedsprofessionelles tilgang til identificeringen af kompleksitet. Yngre patienter blev beskrevet som mere komplekse grundet tilstedeværelsen af mindreårige børn som pårørende i sygdomsforløbet. Samtidig blev andre diagnoser end kræft fremhævet som komplekse, da de ofte har et længerevarende sygdomsforløb samt palliative problemstillinger, som kunne være sværere at identificere.

Tema 2: Henvisningsproces og praksis

Temaet *Henvisningsproces og praksis* omhandler, hvordan de sundhedsprofessionelle på det basale palliative niveau vurderede den nuværende praksis for henvisning til en specialiseret palliativ indsats. Resultaterne illustrerer, at der var en manglede systematisk tilgang i arbejdsgangen, hvor bl.a. faktorer som viden, kompetencer og uddannelse blev beskrevet som betydningsfulde i opfattelsen af kompleksitet. Afslutningsvis viser resultaterne, at diagnoser kunne være af betydning for opfattelsen af kompleksitet samt mulighederne fra en palliativ indsats.

Fagligt samarbejde om patienten

Overordnet omhandler dette undertema det sundhedsprofessionelle og sociokulturelle domæne. Et eksempel var, at informanterne ofte havde brug for dialog med hospice og/eller det palliative team forud for en eventuel henvisning: “[...] min henvisningsproces starter med, at jeg ringer eller skriver til dem [en specialiseret palliativ enhed], sådan er den i hvert fald blevet” (Informant 8, læge, basal palliation).

En henvisning trak bl.a. på faktorer relateret til det sociale og sundhedsprofessionelle domæne, forstået som patientens forhold til egen læge i samspil med tilstrækkelige faglige kompetencer. Informanterne beskrev, at hvis forholdet mellem egen læge og patienten var godt, og egen læge kunne håndtere de palliative opgaver, samt at samarbejdet med hjemmesygeplejen var

velfungerende, ville det for mange patienter være fordelagtigt at komme hjem efter en indlæggelse: "Og så er jeg begyndt altid at spørge til, hvordan deres samarbejde med egen læger er" (Informant 1, læge, basal palliation). Inden for det sociokulturelle domæne blev det fremhævet, at adgang til dialog med de specialiserede palliative enheder i henvisningsprocessen bidrog til at løse aktuelle palliative problemstillinger, som kunne følges, når patienten var visiteret.

Jamen, vi laver henvisning til hospice. Og tit og ofte, hvis der er en problemstilling, som kræver hjælp fra palliativt team, så ringer vi til dem. Altså, det synes jeg er nemmere, også at få snakket med dem, og så kan de også nogle gange hjælpe med at løse nogle udfordringer, man har, så man kan få lavet en løsning sammen, og andre gange så laver man en løsning lige nu og her, og så følger de op på et hjemmebesøg efterfølgende (Informant 9, læge, basal palliation).

Opsummerende peger undertemaet på, at faktorer som adgang til og dialog om patienten mellem henvisende og visiterende enheder understøttede arbejdsgangen i henvisningsprocessen.

Tilgange og redskaber i henvisningsprocessen

Blandt informanterne var der enighed om, at flere faktorer, som kunne klassificeres inden for det sociokulturelle domæne, ikke understøttede henvisningsprocessen. Det drejede sig om uklare strukturer for den nuværende henvisningsproces, manglende transparens om, hvordan de specialiserede enheder visiterede samt uklarhed om, hvilke diagnoser eller patientgrupper der kunne henvises til en specialiseret palliativ indsats. Nogle informanter oplevede også, at der ikke blev visiteret ofte nok, samtidig med at det basale palliative niveau også sendte henvisningerne sent i patientens sygdomsforløb.

Nej, nogle gange visiterer de kun én gang om ugen. Og vi får også henvist alt for sent, det medgiver jeg, men det er jo fordi, at patienter kommer ind og er så syge, og man tænker, du godeste, hvorfor er de ikke henvist noget før? (Informant 11, læge, basal palliation).

Generelt fremgår det, at informanterne ikke anvendte en systematisk tilgang i henvisningsprocessen. Enkelte informanter fra det basale palliative niveau brugte redskaberne *EORTC QLQ-C15-PAL* og *Spørgeskema om lindring og livskvalitet (PRO til basal palliation)* af og til i forbindelse med identifikation af behov for en palliativ indsats. Imidlertid, og som nedenstående citat viser, havde enkeltstående faktorer inden for det sundhedsprofessionelle domæne, nemlig den enkelte fagpersoners faglige kompetencer og kliniske blik, afgørende betydning frem for faglige redskaber i henvisningsprocessen.

Jamen, vi laver en behovsvurdering. Det kan både være ud fra samtaler og vores kliniske blik. Jeg bruger også nogle gange PRO palliationskemaer, hvor man kan bone ud på mange områder, hvor det bliver meget tydeligt, at man kan bone ud på mange områder. Men generelt, så er det den sædvanlige måde, vi identificerer det på, ved at vurdere situationen i hjemmet, med klinisk blik og samtale (Informant 4, sygeplejerske, basal palliation).

Opsummerende fremgår det, at der ikke var en systematisk og ensartet tilgang til, hvordan der blev henvist til specialiseret palliativ indsats, og at det var vanskeligt for det basale palliative niveau at gennemskue, hvordan de specialiserede enheder visiterede.

Målgruppe og inddragelse i henvisningsprocessen

Flere informanter fra det basale palliative niveau med en lægefaglig baggrund fortalte, at de tog en indledende samtale med patienten og de pårørende under indlæggelsen. Det var især faktorer i patientdomænet, som trådte frem i samtalen, fx hvor patienten var nået til i behandling, det videre behandlingsforløb og ønsker om den sidste tid.

Jamen, det foregår typisk ved, at man afholder en samtale med patienten og pårørende omkring, at man har nået hertil i forløbet. Og nu går man ind i den sidste tid formentligt. Og så snakker man om, hvordan det skal foregå, hvad man selv ønsker og har gjort sig at tanke omkring det (Informant 13, læge, basal palliation).

Nogle informanter beskrev, at det var en del af indlæggelsen eller forløbet at involvere patienten, men også at invitere de pårørende med ind i henvisningsprocessen. Som minimum skulle patienten have godkendt henvisningen til en specialiseret palliativ indsats. Desuden beskrev nogle informanter, hvordan dialog med patienten blev brugt til at vurdere en betydningsfuld faktor inden for det sociale domæne, nemlig forholdet til deres praktiserende læge, og om patienten havde ønske om at fortsætte et forløb her.

Stort set altid. Jeg kan slet ikke huske, at jeg har henvist uden [at involvere patienten og pårørende]. Med at vi taler om det, de [pårørende] er med til stuegang, eller vi ringer til dem og siger, at kan du ikke komme ind, vi skal have talt om det her (Informant 11, læge, basal palliation).

De sundhedsprofessionelle oplevede, at adgang til hospicepladser havde betydning, idet patienter og pårørende ofte ønskede at modtage en specialiseret palliativ indsats på et hospice – dvs. en faktor inden for det sociokulturelle domæne. Nogle informanter beskrev ydermere, hvordan det sociale domæne havde betydning i processen, idet pårørende ofte kunne presse på i forhold til, at hospice var den eneste mulighed: "Jeg ved ikke, om jeg så meget var i tvivl, men de pårørende havde helt klare forventninger om, at deres far, som det var, at han skulle på hospice" (Informant 8, læge, basal palliation).

De fleste informanter fortalte, at diagnosen, som faktor inden for patientdomænet, ikke spillede en rolle i forhold til at blive henvist og visiteret til en specialiseret palliativ indsats. Flere informanter var dog opmærksomme på, at det især var kræftpatienter, som blev henvist og visiteret. Andre diagnosegrupper, som blev henvist, var mennesker med ALS, KOL, lungefibrose, hvorimod patienter med sygdomme, som rammer det kognitive område, fx demens, ofte ikke blev henvist: "Det er også nogle grupper (sklerose, Parkinson og demens), som kan være svære at få tilknyttet det specialiserede niveau" (Informant 4, sygeplejerske, basal palliation). Der var altså et forbehold for patienter med neurologiske sygdomme, hvor det basale palliative niveau kunne være tilbageholdende med at henvise patienter med bl.a. demens, både fordi de oplevede, at disse patienter blev afvist, men også fordi de vurderede, at patienterne ofte havde det bedst i vante rammer.

Opsummerende indgår faktorer fra patientdomænet, det sociale og det sociokulturelle domæne i forhold til samarbejdet med patienten og pårørende i henvisningsprocessen. Patienter og pårørende blev set som vigtige at inddrage i en henvisningsproces, og at det var væsentligt at afklare forholdet til deres praktiserende læge. Diagnoser blev både set som en fremmede og hæmmende faktor i forhold til, at kunne lave en henvisning til en specialiseret palliativ enhed.

Sundhedsfaglige kompetencer i henvisningsprocessen

Dette undertema fokuserer på det, der blev vurderet vigtigt i forhold til sundhedsfaglige kompetencer for informanterne fra det basale palliative niveau. Her blev kliniske faglige kompetencer inden for palliation fremhævet. Faktorer i det sundhedsprofessionelle domæne er tydelige i dette undertema. Både informanter med en læge- og sygeplejefaglig baggrund på basalt palliativt niveau vurderede, at viden om eller erfaring med palliation inden for især patientdomænet var vigtige kompetencer i henvisningsprocessen og vurderingen af kompleksitet i behov for palliation.

Jamen, det handler jo både om, at man har forstand på den medicinske del af det, men også har forstand på den psykosociale del af det, og kan se ind i det, og finde ud af, hvad for nogle opgaver, der ligger i det i pleje- og omsorgsdel, men også i den psykologiske tilgang til patienten (Informant 9, læge, basal palliation).

I forlængelse af dette beskrev enkelte informanter, at uddannelsesniveau havde betydning for vurdering af kompleksitet i behov for palliation, og dermed hvornår patienten skulle henvises til specialiseret palliativ indsats. Nogle informanter oplevede, at sundhedsprofessionelle med de korteste uddannelser, som fx social- og sundhedshjælpere/-assistenter, hurtigere vurderede, at patienten havde komplekse behov for palliation.

Så synes jeg, at jeg oplever, at fx social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere, de nogle gange... Ja, det skal jeg lige formulere rigtigt... nemmere eller hurtigere bliver meget bekymrede over noget, hvor sygeplejerskerne så... Altså, de har en lavere tærskel for at kontakte os (Informant 8, læge, basal palliation).

Opsummerende er det sundhedsprofessionelle domæne dominerende for dette undertema, hvor viden om palliation blev fremhævet som væsentlig i forhold til at kunne identificere behov for specialiseret palliation.

Tema 3: Visitationsproces og praksis

Temaet *Visitationsproces og praksis* indfanger det specialiserede palliative niveaus sundhedsprofessionelles vurdering af den nuværende praksis af at visitere patienter til en specialiseret palliativ enhed. Temaet viser, hvordan tværfagligt samarbejde var vigtigt både internt og eksternt for de specialiserede palliative enheder, samtidigt med at samarbejdet kunne bidrage med rådgivning og sparring om palliation til sundhedsprofessionelle på det basale palliative niveau. Resultaterne viser, hvordan visitation var baseret på en klinisk vurdering mellem læger og sygeplejersker, da der kun i begrænset omfang blev lavet henvisninger med et behovsvurderingsskema.

Fagligt samarbejde om patienter

Forud for en eventuel visitering kunne der ligge et opsøgende arbejde inden for patientdomænet med henblik på en vurdering af henvisninger, enten fordi henvisningen havde en mangelfuld beskrivelse af patienten, eller fordi der var brug for yderligere information om patienten: "Jeg synes ofte, vi får henvisninger, som ikke er ret fyldestgørende, hvor vi er nødt til at ringe tilbage og sige: Jeg

har brug for noget mere” (Informant 2, sygeplejerske, specialiseret palliation). Flere visiterende informanter var opmærksomme på, at denne kontakt også bidrog til at understøtte faktorer inden for det sundhedsprofessionelle domæne, nemlig rådgivning og udvikling af kompetencer, i forhold til identifikation af patienter med kompleksitet i behov for palliation.

Ja, altså jeg synes jo, jeg synes, det der med at få, at hjælpe hinanden med, eller dem, der ikke er i det specialiserede felt, at få dem til at øve sig i at få øje på de patienter, som har brug for specialiseret palliation, også at få øje på patienter, som i det hele taget har brug for palliation, som ikke nødvendigvis skal ind i det specialiseret felt. Sådan at skelnen mellem de ting, men måske mest at få øje på de rigtige patienter (Informant 10, læge, specialiseret palliation).

Opsummerende blev dialog i henvisnings- og visitationsprocessen mellem enhederne vurderet som væsentlige i samarbejdet om patienten. Samarbejdet blev vurderet vigtigt for at kunne bidrage til udvikling af kompetencer på basalt palliativt niveau.

Tilgange og redskaber i visitationsprocessen

På det specialiserede palliative niveau beskrev informanterne forskellige tilgange til at vurdere patienternes behov for specialiseret palliation. Hvis den henvisende læge havde medsendt et EORTC-skema på patienten, brugte informanterne redskabet til at skabe overblik over patientens behov. Desuden fortalte de fleste informanter, at deres vurdering ofte tog afsæt i enkeltstående faktorer inden for det sociokulturelle domæne, de nationale visitationskriterier og antal pladser, sammen med faktorer inden for det sundhedsprofessionelle domæne, en klinisk vurdering mellem læger og sygeplejersker og en vurdering af symptombyrden hos patienten, dvs. faktorer inden for patientdomænet.

Vi anvender de nationale visitationskriterier. Det, at man skal have en livstruende sygdom, og at der skal være komplekse palliative behov, det er ligesom de to kriterier, vi arbejder efter. Og så kigger vi på... Det sker hyppigere og hyppigere, at der følger et livskvalitetsspørgeskema med. At det faktisk er besvaret, i forbindelse med at man har lavet henvisningen. Og der skeler vi også til det, hvordan patienten angiver sin symptombyrde og livskvalitet, hvis de scorer højt på de forskellige spørgsmål, så vejer det jo rigtig tungt (Informant 15, læge, specialiseret palliation).

Dermed blev der, som på basalt palliativt niveau, heller ikke på specialiseret palliativt niveau fundet en systematisk tilgang til visitation.

Målgruppe og inddragelse i visitationsprocessen

Informanterne fra det specialiserede palliative niveau fortalte, at de ofte ringede til patienten efter visitering for at informere dem om, hvilken enhed de var, og hvordan forløbet ville blive – dvs. faktorer inden for det sociokulturelle domæne havde betydning. Ydermere fortalte enkelte informanter, at de i de henvisninger, som de modtog, ofte kunne se et pres fra de pårørendes side med et ønske om en specialiseret palliativ indsats – dvs. ønske om adgang – som er en enkeltstående faktor inden for det sociokulturelle domæne. Enkelte informanter fortalte også om, hvordan faktorer inden for patientdomænet og det sociale domæne kunne vanskeliggøre visitationen og det videre palliative forløb. Det drejede sig om, at patienten og de pårørende ikke var samme sted i processen.

Altså, jeg kan sagtens mærke, at man er mere pressede i hjemmeplejen. Jeg synes, egen læge - egentlig ikke kun egen læge, det kan også være sygehuslæger - af og til henviser på baggrund af et pres fra nogle pårørende eller fra patienten selv, og det kan være ønsket om under ingen omstændighed at komme på plejehjem, kan der stå i en henvisning (Informant 6, sygeplejerske, specialiseret palliation).

Dette pres kunne, ifølge informanterne, handle om, at pårørende vidste, hvad et hospice kunne tilbyde, men ikke hvad den praktiserende læge og hjemmesygeplejen kunne gøre i et palliativt forløb.

Flere informanter var opmærksomme på særligt én faktor inden for patientdomænet, nemlig hvilke diagnosegrupper de fik henvist, og gav ønske om en mere heterogengruppe, hvor kræftpatienter fyldte mindre: "Altså, det står der jo allerede, at det skal være uafhængigt af diagnoser, men det er det jo bare ikke" (Informant 15, læge, specialiseret palliation). Diagnosen kunne desuden bidrage til oplysning om problemstillinger hos patienten: "Den fortæller os jo noget om, hvad vi formoder, der gør det udfordrende. Lad os nu sige, at det var en patient med en hjernetumor, så vidste vi jo måske, at der var noget på spil her" (Informant 3, sygeplejerske, specialiseret palliation). Patienter med ALS og KOL kunne også være udfordrende, da det var patientgrupper, som enhederne ikke mødte så ofte. Informanterne udtrykte, at ansvaret for og kompetencerne hos sundhedsprofessionelle på begge niveauer havde betydning i forhold til at identificere diagnosegrupper – dvs. faktorer inden for det sundhedsprofessionelle domæne.

For de specialiserede palliative enheder beskrives inddragelse af patienter og pårørende primært i forlængelse af visiteringen, og skal derfor ses som en del af den palliative indsats og ikke visitationsproceduren. Diagnoser var et opmærksomhedspunkt for de specialiserede palliative enheder, da kræftpatienter var den diagnose som fyldte mest, og der var et ønske om at inkludere en mere heterogen gruppe.

Sundhedsfaglige kompetencer i visitationsprocessen

Dette undertema omhandler informanterne fra det specialiserede palliative niveau vurdering af betydningsfulde sundhedsfaglige kompetencer. Her var tværfaglighed en kompetence, som blev fremhævet. Tværfaglighed som enkeltstående faktor inden for det sundhedsprofessionelle domæne var væsentlig i visitationsprocessen: "Jeg synes jo, at netop tværfagligheden er vigtig" (Informant 10, læge, specialiseret palliation). Tværfaglighed i visitationsprocessen bidrager til at give nuancer i vurderingen af henvisningerne.

Jeg tænker, at det er vigtigt, at det [visitationsprocessen] er tværfagligt, fordi vi ser kompleksiteten på forskellig vis. Hvis man får nogle gode henvisninger, så tænker jeg, at det godt kan være centreret på få, men hvis det er mere komplekse problemstillinger, hvor man skal finde ud af, hvor er den her patient faktisk bedst hjulpet, der kan det godt kræve flere (Informant 5, læge, specialiseret palliation).

Få informanter italesatte også, at de ofte involverede et større tværfagligt team i visitationsprocessen bestående af bl.a. psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere.

Jamen det [visitationen] foregår alle hverdage, når der er nye henvisninger, altså vi har et tværfagligt morgenmøde hver dag, hvor vi, som har en generisk dagsorden, også kigger på, er der kommet nye henvisninger, og hvis der er, så gennemgår vi dem, og der afhænger det jo af, hvem der møder på arbejdet på dagen, men

generelt så sidder vi, der er altid læger og sygeplejersker, og der er næsten altid psykologer, fysioterapeuter, sekretær og tre dage om ugen en socialrådgiver (Informant 15 læge, specialiseret palliation).

Ved tvivl i forbindelse med henvisning blev disse patienter ofte drøftet blandt flere faggrupper: "Altså, nogle gange hvis det er, at vi får en henvisning, hvor vi er i tvivl, så tager vi den op for det helt store tværfaglige morgenmøde, hvor vi sidder 15-17 mennesker af forskellige faglige baggrunde" (Informant 10, læge, specialiseret palliation). Efter visitationen af en patient spillede tværfagligheden en væsentlig rolle videre i det palliative forløb. Flere informanter beskrev, at ved indlæggelse blev flere faggrupper ofte inddraget, og flere perspektiver kunne komme i spil ved imødekommen af de komplekse behov, "det kan jo være, at musikterapeuten eller fysioterapeuten spotter noget kompleksitet, som måske lægen faktisk ikke lige har fået øje på eller... Men det er jo de drøftelser, vi har, når patienterne kommer herind" (Informant 2, sygeplejerske, specialiseret palliation).

Som det fremgår, bidrog det tværfaglige og de forskellige faglige kompetencer inden for det sundhedsprofessionelle domæne til en nuanceret forståelse for og vurdering af kompleksitet i forbindelse med visitationsprocessen.

Diskussion

Opsummerende viser interviewstudiet, at sundhedsprofessionelle forstod kompleksitet i behov for palliation forskelligt, og at opfattelsen primært tog udgangspunkt i de fysiske faktorer fra patientdomænet. Særligt patientkarakteristika og behovet for struktureret tværfaglig støtte påvirkede, hvordan kompleksitet blev identificeret og forstået.

Henvisnings- og visitationsprocessen var præget af adgangen til sparring, generel viden om palliation, kendskab til patienten, diagnoser og en manglende systematik. Samtidig var sociokulturelle faktorer, som tid, adgang og kapacitet, med til at gøre henvisnings- og visitationsprocessen enten klar eller uklar. Den nuværende henvisnings- og visitationsproces bygger på uensartet praksis, tilfældigheder og manglende systematik for tilgangen til identifikation af kompleksitet i behov for palliation.

Diskussionen fokuserer på tre fremtrædende temaer, der omhandler forståelse, kompetencer og tværfagligt samarbejde inden for kompleksitet i behov for palliation.

Forståelse

Temaet *Forståelse* indfanger de sundhedsprofessionelles opfattelse af kompleksitet i behov for palliation. Her blev patientdomænet fremhævet som betydningsfuldt for den nuværende praksis.

Den manglende entydige forståelse af kompleksitet i behov for palliation i denne interviewundersøgelse resulterer i en manglende systematik for praksis i forbindelse med henvisnings- og visitationsprocessen. Den uensartede forståelse bidrager til at skabe forskelligheder og tilfældigheder i praksis, hvilket understøttes af Carduff et al. (2018), der finder, at sundhedsprofessionelle bruger begrebet forskelligt på tværs af settings. Det kan derved påvirke adgangen til specialiseret palliativ indsats og skabe ulighed blandt patienter, hvilket også var tydeligt i denne undersøgelse i forhold til hvilke patienter, de sundhedsprofessionelle indledningsvis italesatte, at de vurderede som værende komplekse.

I denne undersøgelse blev patientdomænets fysiske faktorer fremhævet som centrale for forståelsen af kompleksitet. I internationale studier ses kompleksitet som et multidimensionelt og relationelt begreb, hvor kompleksitet er baseret på interaktionen mellem patienten og systemet, hvilket understøtter, at kompleksitet bør forstås systemisk og helhedsorienteret og mere end blot patientens symptomer (Cerullo et al., 2023; Finucane et al., 2021; Pask et al., 2018). I forhold til den enkelte patient og familie er der derfor behov for, at professionelle i forbindelse med henvisnings- og visitationspraksis er opmærksomme på, at flere faktorer fra andre domæner også har betydning for behovenes kompleksitet.

I denne undersøgelse blev *Total Pain*-modellen (Saunders, 1978, 1997) set som bagvedliggende forståelsesramme i de sundhedsprofessionelles vurderinger af patienternes behov for palliation. En undersøgelse af Gomes-Ferraz et al. (2022) viser, at vurderingen af *Total Pain* i praksis ofte reduceres til symptombyrde, selvom modellen rummer et langt bredere perspektiv. Dette afspejles også af dette studie, hvor de fysiske symptomer var centrale for både henvisnings- og visitationspraksis. Et studie af Corman et al. (2025) problematiserer netop, at de sundhedsprofessionelle ofte vurderer smerte ud fra de fysiske symptomer, selv om de ved, at smerte kan referere til alle fire faktorer i *Total Pain*-modellen. Den manglende helhedsorienterede tilgang kan indebære en utilstrækkelig faglig henvisnings- og visitationspraksis, som fx overser diagnoser eller andre patientkarakteristika. Forståelsen af kompleksitet i behov for palliation har derfor brug for at bevæge sig ud over

patientdomænet alene og i højere grad medtænke palliationens samlede, systemiske og relationelle karakter. Det kan ske gennem brug af fælles vedtagne palliative redskaber, der også vil kunne bidrage til at skabe en systematik for praksis.

Kompetencer

Temaet *Kompetencer* fokuserer på betydningen af faglige kompetencer i henvisnings- og visitationspraksis.

De sundhedsprofessionelle udtrykte, at kompetencer var af stor betydning for kvaliteten i henvisnings- og visitationspraksis, hvilket taler ind i faktorer relateret til det sundhedsprofessionelle domæne. Et studie af Finucane et al. (2021) sætter fokus på, hvordan henvisninger er påvirkede af den henvisende sundhedsprofessionelles erfaringer og selvtillid samt de ressourcer, som er til rådighed.

Dette understøttes i internationale studier, der viser, at variation i kompetencer og vurdering af behov påvirker, hvem der modtager en palliativ indsats (Hodge et al., 2025; Sítima et al., 2024). Dette gjorde sig også gældende i denne interviewundersøgelse, hvor der var en homogenitet i, hvilke patienter der modtog en palliativ indsats, eftersom kræftpatienter var den mest fremtrædende patientgruppe.

Litteraturen fremhæver samtidig, at træning og uddannelse i palliation er centrale elementer for at styrke kompetencerne blandt de sundhedsprofessionelle (Danielsen et al., 2018; Smith & Porock, 2009), som fx præ- og postgraduate uddannelsesmuligheder, hvilket kan styrke en mere ensartet tilgang og mindske ulighed. Ifølge en EAPC-kortlægning fremgår det, at palliation ikke indgår systematisk i undervisningen af medicin- og sygeplejestuderende i Danmark (Garralda et al., 2025). Dette kan bidrage til usikkerhed og manglende viden, som både studerende og færdiguddannede sundhedsprofessionelle oplever i arbejdet med palliation. Et studie af Melgaard og Neergaard (2020) finder, at medicinstuderende har lav selvtillid i håndteringen af palliative problemstillinger. I forlængelse af dette undersøger et studie af Tanzi et al. (2022) betydningen af postgraduat undervisning for sundhedsprofessionelle i basal palliation. Studiet viser, at dette medførte en større opmærksomhed blandt de sundhedsprofessionelle på behovet for en palliativ indsats (Tanzi et al., 2022). Det vil sige, at de sundhedsprofessionelles kompetencer, erfaringer og selvtillid i forbindelse med palliation har stor betydning for henvisnings- og visitationspraksis, hvilket bl.a. også kan bidrage til at skabe en ulighed i adgang til palliation.

De praktiserende lægers rolle i den basale palliative indsats blev fremhævet af de sundhedsprofessionelle i dette interviewstudie. Afhængigheden af den enkelte praktiserendes læges kompetencer og engagement inden for palliation kan bidrage til ulighed i adgang til palliation generelt set. Et studie af Herrmann et al. (2019) finder, at der er behov for at udbrede viden om den praktiserende læges rolle i et palliativt forløb, da det står uklart for store dele af befolkningen. For at styrke den palliative indsats er det derfor vigtigt at øge kompetencerne blandt de sundhedsprofessionelle, hvilket også taler ind i en mere ensartet praksis og kendskab til forskelligartede palliative problemstillinger, som så også vil få betydning for henvisning til specialiseret palliativ indsats. Det sundhedsprofessionelle og sociokulturelle domæne er derved med til at sætte rammerne for den palliative indsats, da faktorer som klinisk viden, organisatorisk støtte, tid, adgang til rådgivning og/eller en kombination af disse er afgørende for, hvilken palliativ indsats der kan ydes.

Tværfagligt samarbejde

Temaet *Tværfagligt samarbejde* omhandler, hvordan samarbejde på tværs af de basale og specialiserede palliative enheder har stor betydning for henvisnings- og visitationspraksis.

Denne undersøgelse viser, at sparring og rådgivning mellem det basale og det specialiserede palliative niveau spillede en central rolle i vurdering af, hvilke patienter der kunne henvises til en specialiseret palliativ indsats. Samtidig var der en tilfældighed i, hvordan dette samarbejde foregik i praksis, hvor større klarhed og/eller systematik mellem det basale og specialiserede palliative niveau vil bidrage til mere ensartethed og tilgængelighed.

Et internationalt studie af den Herder-van der Eerden et al. (2018) finder, at henvisning og visitation fungerer bedst ved stærke relationer og tværfaglig koordinering mellem basale og specialiserede palliative aktører. Generelt ses tværfagligt samarbejde som væsentligt også efter henvisnings- og visitationsprocessen, hvilket også kan bidrage til, at kriterierne for henvisning og visitation bliver komplekse.

Et studie af Hodiamont et al. (2019) viser, at palliation kan beskrives som et komplekst adaptivt system, hvor samarbejde opstår gennem interaktioner mellem mange faggrupper og derfor i sig selv kan være kilde til kompleksitet. Tværfagligt samarbejde kan have betydning for beslutningsprocesserne i praksis. Hvis flere fagligheder end læger og sygeplejersker fx indgår i visitationsprocessen kan det medvirke til, at flere nuancer af patientens palliative problemstillinger bliver synliggjort.

Tværfagligt samarbejde kan ses som en ressource, der både kan øge og reducere kompleksitet i henvisnings- og visitationsprocessen. *På den ene side* kan inddragelse af flere faggrupper sikre en mere helhedsorienteret vurdering af patientens behov og dermed understøtte en mere præcis identifikation af behov i og efter henvisning og visitation til en specialiseret palliativ indsats. For denne undersøgelse beskrev størstedelen af de visiterende enheder, at tværfagligt samarbejde i visitation bestod af en læge- og sygeplejefaglig vurdering og dermed en begrænset tværfaglighed. Det er væsentligt at være opmærksom på inddragelsen af flere faggrupper, da de forskellige professioner kommer med forskellige perspektiver på palliative problemstillinger. *På den anden side* kan tværfagligt samarbejde i henvisnings- og visitationsprocessen udfordres af organisatoriske rammer, sektorovergange og forskelle i faglige perspektiver, hvilket kan føre til variation eller uensartet praksis for henvisningen og visitationen, der kan påvirke kompleksiteten. For denne undersøgelse var tværfagligt samarbejde bl.a. udfordret af forskelle i praksis, ressourcer og organisatoriske rammer for enhederne. Der blev italesat forskellige muligheder for rådgivning fra det specialiserede palliative niveau. International litteratur fremhæver, at tværfaglighed er en forudsætning for palliation, men samtidig kræver klare strukturer, fælles sprog og koordination for at fungere (Johnson et al., 2024; Pask et al., 2025).

Den internationale litteratur samt fundene fra dette interviewstudie er med til at understrege behovet for en systematik i det tværfaglige samarbejde om henvisning og visitation. Samarbejdet vil kunne underbygges af en systematisk anvendelse af redskaber til identifikation af komplekse behov for palliation.

Diskussionen sammenfatter hovedpointerne fra resultaterne, hvor forståelse af kompleksitet i behov for palliation, de sundhedsprofessionelles kompetencer og tværfagligt samarbejde er illustreret som betydningsfulde og forbundne faktorer til at forstå, hvad der påvirker kompleksitet i behov for

palliation i den nuværende henvisnings- og visitationspraksis i Danmark. Forståelsesrammen for begrebet danner grundlaget for vurderingen af relevante kompetencer, herunder viden og uddannelse i palliation, mens tværfaglighed taler ind i de rammer, der er nødvendige for henvisnings- og visitationsprocessen, såsom sparring og rådgivning til det basale palliative niveau.

Tilsammen peger temaerne på, at kompleksitet i behov for palliation er et komplekst begreb, som skal forstås ud fra et helhedsorienteret perspektiv for at sikre ensartethed i henvisnings- og visitationspraksissen. Det kan ske ved at tage afsæt i både patientdomænet, det sociale, det sundheds-professionelle og det sociokulturelle domæne.

Begrænsninger af interviewstudiet

Interviewundersøgelsen baserer sig på data fra 14 interviews med i alt 15 informanter fra både det basale og specialiserede palliative niveau, hvoraf ni informanter var fra det basale palliative niveau og seks informanter fra det specialiserede palliative niveau. Denne fordeling kan bidrage til et større fokus på det basale palliative niveau kontra det specialiserede palliative niveau.

Sammensætningen af faggrupper bestod af ni læger og seks sygeplejersker og repræsenterede dermed kun to faggrupper inden for det palliative felt. Informanterne beskrev, at vurderingen af henvisningerne ofte skete som en tværfaglig vurdering mellem læger, sygeplejersker og mere tilfældig inddragelse af andre faggrupper.

Konklusion og fremadrettede perspektiver

Konkluderende viser interviewundersøgelsen, at der er stort engagement blandt de sundhedsprofessionelle i arbejdet med henvisning og visitation til specialiseret palliativ indsats, men også at arbejdet er præget af uensartede tilgange, tilfældigheder og en manglende fælles forståelse af begrebet kompleksitet i behov for palliation.

De sundhedsprofessionelle baserer i høj grad deres vurderinger på individuelle fortolkninger, hvilket skaber uklarhed og variation i praksis. Det betyder også, at praksis fremstår tilfældig og usystematisk uden brug af fælles redskaber eller faste procedurer, hvilket bliver forstærket af forskelle i kompetencer og tilgængelige ressourcer på tværs af enheder.

Samtidig viser studiet en tendens til homogenitet i de visiterede patienter ved, at kræftpatienter er den mest fremtrædende patientgruppe, hvilket ikke afspejler den variation i behov, som de sundhedsprofessionelle forventer at møde i praksis.

For at understøtte de sundhedsprofessionelles arbejde og udvikling på dette felt fremadrettet vil det – på baggrund af resultaterne af interviewstudiet – være relevant at forholde sig til følgende:

- Udvikling af en fælles forståelse for kompleksitet i behov for palliation baseret på en helhedsorienteret tilgang, som understøttes af domænetankegangen, dvs. hvor vurdering af kompleksitet tager afsæt i både patientens situation, sociale forhold, faktorer knyttet til de sundhedsprofessionelle og bredere sociokulturelle rammer.
- Styrkelse af sundhedsprofessionelles kompetencer og uddannelse, så der sikres et fælles vidensgrundlag om palliation på tværs af faggrupper og enheder.
- Øget systematik i identifikation af kompleksitet i behov for palliation, fx gennem brug af relevante vurderingsredskaber, for at sikre større ensartethed i henvisning og visitation.
- Lige adgang til rådgivning fra det specialiserede palliative niveau for at sikre samme støtte blandt sundhedsprofessionelle på det basale palliative niveau og sikre udvikling af viden og kompetencer.

Referencer

- Andersen, K. Y., Echstrøm, A., Jarlbæk, L., Bergenholtz, H., Steenhof, M., & Raunkiær, M. (2026). *Kompleksitet i behov for palliation – Et litteraturstudie.*
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Busquet-Duran, X., Jiménez-Zafra, E. M., Manresa-Domínguez, J.-M., Tura-Poma, M., Bosch-delaRosa, O., Moragas-Roca, A., Galera Padilla, M. C., Martín Moreno, S., Martínez-Losada, E., Crespo-Ramírez, S., López-García, A. I., & Torán-Monserrat, P. (2020). Describing Complexity in Palliative Home Care Through HexCom: A Cross-Sectional, Multicenter Study. *J Multidiscip Healthc, 13*, 297-308. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S240835>
- Carduff, E., Johnston, S., Winstanley, C., Morrish, J., Murray, S. A., Spiller, J., & Finucane, A. (2018). What does 'complex' mean in palliative care? Triangulating qualitative findings from 3 settings. *BMC Palliat Care, 17*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0259-z>
- Cerullo, G., Videira-Silva, A., Carrancha, M., Rego, F., & Nunes, R. (2023). Complexity of patient care needs in palliative care: a scoping review. *Ann Palliat Med, 12*(4), 791-802. <https://doi.org/10.21037/apm-22-894>
- Corman, M., Dambrun, M., Ginzac, A., & Ménard, K. (2025). Exploring the concept of Total Pain in contemporary oncology palliative care: a qualitative study on patients' resources. *BMC Palliat Care, 24*(1), 85-17. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01719-0>
- Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førlund, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC palliative care, 17*(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- den Herder-van der Eerden, M., van Wijngaarden, J., Payne, S., Preston, N., Linge-Dahl, L., Radbruch, L., Van Beek, K., Menten, J., Busa, C., Csikos, A., Vissers, K., van Gorp, J., & Hasselaar, J. (2018). Integrated palliative care is about professional networking rather than standardisation of care: A qualitative study with healthcare professionals in 19 integrated palliative care initiatives in five European countries. *Palliat Med, 32*(6), 1091-1102. <https://doi.org/10.1177/0269216318758194>
- DSPaM. (2017). *Nationale visitationskriterier til specialiserede palliative enheder.*
- Finucane, A. M., Swenson, C., MacArtney, J. I., Perry, R., Lamberton, H., Hetherington, L., Graham-Wisener, L., Murray, S. A., & Carduff, E. (2021). What makes palliative care needs “complex”? A multisite sequential explanatory mixed methods study of patients referred for specialist palliative care. *BMC palliative care, 20*(1), 18.
- Garralda, E., Tripodoro, V. A., Ling, J., Brennan, J., Montero, Á., Bastos, F., Monzón, L., Suárez, D., Pons, J. J., & Centeno, C. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025.*
- Gomes-Ferraz, C. A., Rezende, G., Fagundes, A. A., & De Carlo, M. M. R. d. P. (2022). Assessment of total pain in people in oncologic palliative care: integrative literature review. *Palliat Care Soc Pract, 16*, 26323524221125244. <https://doi.org/10.1177/26323524221125244>

- Grant, M., de Graaf, E., & Teunissen, S. (2021). A systematic review of classifications systems to determine complexity of patient care needs in palliative care. *Palliat Med*, 35(4), 636-650. <https://doi.org/10.1177/0269216321996983>
- Herrmann, A., Carey, M., Zucca, A., Boyd, L., & Roberts, B. (2019). General practitioners' perceptions of best practice care at the end of life: a qualitative study. *BJGP Open*, 3(3), bjgpopen19X101660. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen19X101660>
- Hodge, G., Kallis, G., Oh, T. M., Wheat, H., & Pearce, S. (2025). Exploring perceived barriers to palliative and end of life care provision in South-West England: bringing together the perspectives of professionals, patients, and families [Original Research]. *Frontiers in Sociology*, Volume 9 - 2024. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1488688>
- Hodiamont, F., Jünger, S., Leidl, R., Maier, B. O., Schildmann, E., & Bausewein, C. (2019). Understanding complexity - the palliative care situation as a complex adaptive system. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3961-0>
- Johnson, M. J., Rutterford, L., Sunny, A., Pask, S., de Wolf-Linder, S., Murtagh, F. E. M., & Ramsenthaler, C. (2024). Benefits of specialist palliative care by identifying active ingredients of service composition, structure, and delivery model: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *PLoS Med*, 21(8), e1004436. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004436>
- Melgaard, S. K., & Neergaard, M. A. (2020). Medical students do not feel confident in managing palliative care as future doctors. *Progress in Palliative Care*, 28(3), 201-206. <https://doi.org/10.1080/09699260.2019.1696007>
- Mocha Campillo, F., Comín Orce, A. M., Monreal Cepero, M. L., Trincado Cobos, P., Gómez Mugarza, P., Barriendos Sanz, S., Pascual de la Fuente, N., Ruffini Egea, S., & Martínez Trufero, J. (2025). Analysis of the Complexity of Palliative Care for Cancer Patients. *Am J Hosp Palliat Care*, 42(2), 178-185. <https://doi.org/10.1177/10499091241247169>
- Ohinata, H., Aoyama, M., & Miyashita, M. (2022). Complexity in the context of palliative care: a systematic review. *Ann Palliat Med*, 11(10), 3231-3246. <https://doi.org/10.21037/apm-22-623>
- Pask, S., Murtagh, F. E. M., & Boland, J. W. (2025). Palliative care: what's the evidence? *Clinical Medicine*, 25(4), 100320. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.clinme.2025.100320>
- Pask, S., Pinto, C., Bristowe, K., van Vliet, L., Nicholson, C., Evans, C. J., George, R., Bailey, K., Davies, J. M., Guo, P., Daveson, B. A., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. M. (2018). A framework for complexity in palliative care: A qualitative study with patients, family carers and professionals. *Palliat Med*, 32(6), 1078-1090. <https://doi.org/10.1177/0269216318757622>
- Rigsrevisionen. (2021). *Rigsrevisionens notat om beretning om adgang til specialiseret palliation*.
- Saunders, C. (1978). *The Management of Terminal Disease*.
- Saunders, C. (1997). Pain and its management. *Oxford: Oxford University Press*.

- Sítima, G., Galhardo-Branco, C., & Reis-Pina, P. (2024). Equity of access to palliative care: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 248.
<https://doi.org/10.1186/s12939-024-02321-1>
- Smith, R., & Porock, D. (2009). Caring for people dying at home: a research study into the needs of community nurses. *Int J Palliat Nurs*, 15(12), 601-608.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2009.15.12.45864>
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Anbefaling for den palliative indsats*.
- Sundhedsstyrelsen. (2025). *Et bedre liv med og efter kræft – Kræftplan V Maj 2025*.
- Tanzi, S., Martucci, G., Autelitano, C., Alquati, S., Peruselli, C., & Artioli, G. (2022). Consultations' demand for a hospital palliative care unit: how to increase appropriateness? Implementing and evaluating a multicomponent educational intervention aimed at increase palliative care complexity perception skill. *BMC palliative care*, 21(1), 90.
- Tuca, A., Gómez-Martínez, M., & Prat, A. (2018). Predictive model of complexity in early palliative care: a cohort of advanced cancer patients (PALCOM study). *Supportive Care in Cancer*, 26(1), 241-249.

Bilag 1. Interviewguide for henvisende enheder

Interviewguide- henvisning

Formål: at undersøge nationale erfaringer med henvisning til og visitation af patienter i SPI på baggrund af komplekse palliative behov.

Indledning

Kan du sætte et par ord på, hvem du er, og hvad dit job er?

Hvad er din rolle i forhold til at henvise patienter til specialiseret palliativ indsats?

Kompleksitet

Hvordan forstår du komplekse palliative behov?

- Kom gerne med et eksempel på en kompleks patient

- Kan du være i tvivl om, hvordan komplekse palliative behov skal forstås?

Hvordan identificerer du, patienter med komplekse palliative behov?

- Kom gerne med eksempler

Hvilke områder, synes du, har indflydelse på kompleksiteten? (fysiske, psykiske, psykosociale, eksistentielle, omgivende/strukturelle faktorer)

- Kom gerne med eksempler

- Er der nogle områder, der er vigtigere end andre, hvorfor?

Er der nogle områder der er nemmere/svære at afdække end andre?

- Kom gerne med eksempler

Oplever du, at der er nogle patientgrupper, som er mere komplekse end andre, begrund?

(kommunikationsvanskeligheder, diagnosegrupper, omverden, organisering osv.)

Oplever du udfordringer på din arbejdsplads, når I skal yde palliation til patienter med komplekse palliative behov?

- Hvis ja, hvilke?

Henvisningsprocessen

Hvordan foregår henvisning af en patient til specialiseret palliativ indsats på din arbejdsplads?

Anvender I kriterier, redskaber eller procedurer for henvisningsprocessen på din arbejdsplads?

- Hvis ja, hvilke og hvordan?

Hvad er afgørende for om du henviser en patient til specialiseret palliativ indsats?

Spiller patientens diagnose en rolle for henvisningen, begrund?

Kan der være grunde til, at du ikke henviser en patient med komplekse behov?

- Hvis ja, hvilke grunde?

Kan du komme med et eksempel på en patient, som du har henvist til specialiseret palliativ indsats?

Kan du komme med et eksempel på en patient, hvor du har været i tvivl om skulle henvises til specialiseret palliativ indsats?

Patienten og pårørende

Inddrages patienten og pårørende i henvisningsprocessen, hvordan?

Er der nogle områder i forhold til afklaring af kompleksiteten, der er nemmere at tale med patient/pårørende om end andre?

Kan pårørende og sociale relationer spille en rolle i forhold til kompleksiteten?

- Hvis ja, hvordan?

Sundhedsprofessionelle

Hvilke faglige kompetencer er nødvendige for at vurdere kompleksiteten af en patient?

Er der forskel på faggruppers vurdering af kompleksiteten hos en patient?

- Kom gerne med eksempler

Indgår der et tværfagligt samarbejde i vurderingen af komplekse palliative behov?

- Hvis ja, hvordan og hvilke faggrupper indgår?

Er der mulighed for sparring med kollegaer om henvisning?

- Hvis ja, hvilke parameter involvere det?

Sundhedssystemet/ydre faktorer

I din opfattelse, passer den nuværende henvisningsproces med, hvad der er bedst i praksis/i systemet?

Ser du måder, hvorpå henvisningsprocessen kan forbedres?

Afslutning

Er der noget, du mener, er vigtigt at tilføje, som vi ikke har været inde på?

Bilag 2. Interviewguide for visiterende enheder

Interviewguide- visitation

Formål: at undersøge nationale erfaringer med henvisning til og visitation af patienter i SPI på baggrund af komplekse palliative behov.

Indledning

Kan du sætte et par ord på, hvem du er, og hvad dit job er?

Hvad er din rolle i forhold til at visitere patienter til specialiseret palliativ indsats?

Kompleksitet

Hvordan forstår du komplekse palliative behov?

- *Kom gerne med et eksempel på en kompleks patient*

- Kan du være i tvivl om, hvordan du skal fortolke 'komplekse palliative behov', når du visiterer?

Hvilke områder (fysiske, psykiske, psykosociale, eksistentielle, omgivende/strukturelle faktorer), synes du, har indflydelse på kompleksiteten?

- *Kom gerne med eksempler*

- Er der nogle områder, der er vigtigere end andre, hvorfor?

Oplever du, at der er nogle patientgrupper, som er mere komplekse end andre, begrund?

(kommunikationsvanskeligheder, diagnosegrupper, omverden, organisering osv.)

Oplever du udfordringer på din arbejdsplads, når I yde palliation til patienter med komplekse palliative behov?

- *Hvis ja, hvilke?*

Visitationsprocessen

Hvordan foregår visitationen rent praktisk på din arbejdsplads?

Anvender I kriterier, redskaber eller procedurer i visitationsprocessen på din arbejdsplads?

- *Hvis ja, hvilke og hvordan?*

Hvad er afgørende for, om du visiterer en patient til specialiseret palliativ indsats?

Spiller patientens diagnose en rolle for visitationen, begrund?

Kan der være grunde til, at du ikke visiterer en patient med komplekse behov?

- *Hvis ja, hvilke grunde?*

Kan du komme med et eksempel på en patient, hvor du har været i tvivl om skulle visiteres til specialiseret palliativ indsats?

Patienten og pårørende

Inddrages patienten og pårørende i visitationsprocessen, hvordan?

Sundhedsprofessionelle

Hvilke faglige kompetencer er nødvendige for at vurdere kompleksiteten af en patient?

Er der forskel på faggrupperes vurdering af kompleksiteten hos en patient?

- *Kom gerne med eksempler*

Indgår der et tværfagligt samarbejde i vurderingen af komplekse palliative behov?

- *Hvis ja, hvordan og hvilke faggrupper indgår?*

Er der mulighed for sparring med kollegaer om visitationen?

- *Hvis ja, hvilke parameter involvere det?*

Sundhedssystemet/ydre faktorer

Oplever du udfordringer på din arbejdsplads, når I skal visitere patienter til specialiseret palliativ indsats?

- *Hvis ja, hvilke?*

I din opfattelse, passer den nuværende visitationsproces med, hvad der er bedst i praksis/i systemet?

Ser du måder, hvorpå visitationsprocessen kan forbedres?


Afslutning

Er der noget, du mener, er vigtigt at tilføje, som vi ikke har været inde på?

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

Tilmeld dig REHPAs nyhedsbrev

 facebook.com/rehpa.dk

 linkedin.com/company/rehpa

