

# Pro-palliation 2: En undersøgelse af samarbejdet om tidlig palliation

## Bilag til rapporten: Borgerstyrede samtaler for bedre palliative indsatser: Realiteter og potentialer - En evaluering af ”Mine Samtaler – til lindring og livskvalitet”

Udarbejdet af Iben Charlotte Aamann og Betina Dybbroe, RUC, Center for Sundhedsfremmeforskning, januar 2021

### Indhold

Introduktion til Pro-palliation 2: En undersøgelse af samarbejdet om tidlig palliation i Region Sjælland .....	2
Formål.....	2
Datagrundlag .....	3
Resultater: Barrierer og potentialer .....	3
A: Identifikation af borgere/patienter med behov for tidlig palliation .....	3
Potentialer .....	4
B. Sundhedscentre og genoptræning .....	4
Potentialer .....	5
C. Organisering og kommunikationen mellem professionelle i kommunalt regi.....	5
Potentialer .....	6
D. Palliation i almen praksis og samarbejdet set fra alment praktiserende lægers perspektiv .....	6
Potentialer .....	7
Kommunale organisationsformer med potentialer .....	8
Vordingborg kommune .....	8
Slagelse kommune.....	8
Konkluderende bemærkninger .....	9
Litteratur.....	10

## Introduktion til Pro-palliation 2: En undersøgelse af samarbejdet om tidlig palliation i Region Sjælland

Her præsenteres resultater fra en kvalitativ undersøgelse af samarbejde om tidlig palliation. Undersøgelsen har drejet sig om: Hvordan arbejder institutioner og professionelle i det nære og det specialiserede sundhedssystem i regionen sammen med borgerne om at sikre den tidlige palliative indsats; og hvordan kan den tværsektorielle kommunikation om tidlig palliation udvikles og forstærkes?

Hensigten med undersøgelsen har været at understøtte den sundhedspolitiske og professionelle indsats for at nå ud til borgere og patienter med livstruende sygdom i tide i betydningen: At de palliative indsatser kan gøre en forskel for patienternes livskvalitet i den sidste tid, de lever, og *før*, det er planlægningen af livets afslutning det drejer sig om.

Tidlig og basal palliation er i stigende grad på den sundhedspolitiske dagsorden, fordi der opleves utilstrækkeligheder i de palliative indsatser. Siden vi udarbejdede rapporten fra Pro-palliation 1-projektet, har Rigsrevisionen i en landsdækkende undersøgelse af den specialiserede palliative indsats, betitlet ”Beretning om adgangen til specialiseret palliation” (Rigsrevisionen, 2020) fundet, at der ikke i regionerne arbejdes ud fra klare kriterier for, at borgerne kan tilkendes palliative indsatser på specialiseret niveau. Det antages at dette smitter direkte af på vurderingerne af behov på det basale niveau og dermed får u hensigtsmæssige konsekvenser for tidlig palliation. På kommunalt niveau mangler der desuden en fundamental beskrivelse af forudsigelige palliative behov de nærmeste år.

I Region Sjælland har man dog allerede i nogle år haft fokus på identifikationen af behov for tidlig palliation med inspiration fra Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for den palliative indsats” (Sundhedsstyrelsen, 2017). Der er bl.a. foretaget en kortlægning af praksis (Den tværsektorielle palliationsgruppe, 2015) og der er indgået en aftale om det tværsektorielle samarbejde (Region Sjælland, 2016). Med afsæt her i er der yderligere udviklet en indsats, bestående af et nyt borgerejet samtaleværktøj og en tilhørende undersøgelse, Pro-palliation 1 (Aamann and Dybbroe, 2019).

### Formål

På baggrund af resultaterne fra Pro-palliation 1 projektet besluttede Den tværsektorielle palliationsgruppe i Region Sjælland at fortsætte og udvikle projektet, med henblik på:

- a) at styrke den tidlige palliative indsats i regionen bl.a. via implementering af samtaleværktøjet ”Mine samtaler – til lindring og livskvalitet,”
- b) at få indsigt i nødvendige tværsektorielle snitflader og på sigt
- c) at udvikle et kompetenceløft, så professionelle bliver rustet til at yde palliativ behandling ud fra total pain-konceptet

Med dette udgangspunkt satte vi i Propal 2-undersøgelsen fokus på at opnå viden om:

1. Snitflader mellem sygehuse og kommuner, herunder hvilke forhold, der kan forsinke eller forhindre udførelsen af tidlig palliation på trods af indikation af behovet herfor.

2. Hvad der i organiseringen og kommunikationen mellem professionelle og mellem patient/borger og professionelle skaber informationsløb mellem parterne med for sen eller mangelfuld palliativ indsats som konsekvens.
3. Udviklingspotentialer, herunder hvilke potentielle forretningsgange og organiseringsformer, der kan stimulere en systematisk personcentreret og integreret palliativ indsats i overgange mellem sektorerne.
4. Hvordan man kan videreudvikle og implementere det regionale samtaleværktøj for patientinddragelse i egne palliative forløb: ”Mine Samtaler – til lindring og livskvalitet” med fokus på forskellige faggrupperes opgaver, forskellige faser i forløb med livstruende sygdom, en hensigtsmæssig udformning af samtaleværktøjet, samt de andre fund fra evalueringsfasen.

## Datagrundlag

Der er udført interview med en række nøglepersoner: Palliationssygeplejesker fra to kommuner, en social- og omsorgs koordinator, en kræftkoordinator, en visitator og to alment praktiserende læger. Datagrundlaget er løbende blevet drøftet med medlemmer af Den tværsektorielle palliationsgruppe. Desuden har Aamann deltaget i og udført observationer på en række møder og workshops: ’Datadrevet palliativ indsats i kommunerne’ organiseret af Kræftens Bekæmpelse, REHPA og Dansk multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats (DMCG-PAL), et tværsektorielt samarbejds møde mellem to kommuner og et sygehus organiseret af palliationssygeplejerske på sygehuset og endelig fire møder i Kommunalt Samarbejdsforum for Somatik (KSS) på fire sygehuse, hvor resultater fra Pro-palliation 1 blev fremlagt og diskuteret i et tværsektorielt lys.

## Resultater: Barrierer og potentialer

Vi har valgt at fremstille undersøgelsens resultater som en opridsning af barriererne for at kunne arbejde med tidlig palliation, igennem en skitsering af de organisatoriske processer og dynamikker som de professionelle skal agere i og med, snarere end at demonstrere svigt og svagheder i praksis. Dernæst har vi ønsket at vise de potentialer og muligheder, der allerede ligger i organisationerne og i den måde, professionelle i forskellige dele af regionen har udviklet lokale strukturer, der kan understøtte tidlig palliation.

### A: Identifikation af borgere/patienter med behov for tidlig palliation

En væsentlig udfordring for identifikation af borgere/patienter med behov er, at kommunernes borgere med palliative behov er en anden gruppe, end de patienter, der fra sygehusets side vurderes at have hjælpebehov eller som indgår i forløb hos de specialiserede teams. En forhindring for at sætte ind med tidlig og basal lindring er således, at kommunernes hjemmesygepleje som oftest først stifter bekendtskab med borgerne, når de har så alvorligt et funktionstab, at de har brug for hjemmehjælp. I tilfælde, hvor sygdommen medfører funktionstab, følger der med udskrivning fra sygehus en plejeforløbsplan, som sendes til kommunens visitator, der allokerer ydelser til pågældende borger. Men dette sker som regel så sent i et sygdomsforløb, at der reelt ikke kan være tale om en tidlig indsats. Som en visitator udbød under et interview: ”Men vi møder slet ikke alle de unge!”

Det har dog vist sig at det er teknisk muligt for sygehusene at oprette plejeforløbsplaner for borgere, alene ud fra behovet for tidlig og basal palliation på trods af, at der ikke findes en kode for tidlig palliation i visitationens ydelseskatalog. Der viste sig også lokale kreative løsninger; fx en kommune i en anden region, der har en aftale med sygehuset om at oprette ”blanke” plejeforløbsplaner med det formål at gøre kommunen opmærksom på, når en udskrivning kræver en ikke-defineret opfølgning og

der muligvis er et palliativt behov. Det forudsætter dog, at udskrivningspersonalet abonnerer på en forståelse af palliation, som en tilgang og ikke en slutfase, knyttet op på en terminalerklæring.

Hvis plejeforløbsplaner skal være hovedkommunikationsvejen mellem sekundær og primær sektor kræver det således en ændring i udskrivningsarbejdsgange, hvor man i større omfang opretter plejeforløbsplaner, alene på baggrund af identificerede behov for tidlig lindring.

Der er i Region Sjælland lanceret et SPICT-screeningsskema, som søges udbredt i regionen, men her sker identifikationen helt overvejende med afsæt i forringet somatisk tilstand, hvorfor man kan risikere at overse psykosocial forværring. Det kan således diskuteres, om SPICT imødekommer fordringen om at tage afsæt i totalsmerte-begrebet ved identifikation af patienter.

Samtidig har analyserne af enkelt cases i dette projekt vist, at standardiseringen i sekundær sektor ser ud til at reducere mulighedsrummet hvad angår faglige skøn. – Et mulighedsrum, som bl.a. hjemmesygeplejen og egen læge stadig har. Derfor er det vores vurdering, at også andre aktører bør have en strategi, der giver mulighed for at identificere borgere med behov for en tidlig palliativ indsats.

Imidlertid handler identifikationen af borgere med behov også om, *hvem* det er, der skal identificere dem. Dette er dog ganske svært at systematisere grundet en række forhold:

Ofte er det hovedsageligt SOSU-assistenten og -hjælperen, der er i kontakt med borgerne det første lange tidsstykke. Her forudsættes et stærkt tværfagligt samarbejde mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje, som ikke i alle kommuner er muligt grundet forskellige organiseringsformer. Desuden er mange steder ramt af hyppig personaleudskiftning og rekrutteringsproblemer, hvilket forstærker vanskelighederne ved identifikationen, da der dels er for få hænder og dels ikke bliver opbygget de nødvendige relationer mellem sundhedspersonale og borgerne.

## Potentialer

På den baggrund identificerer vi følgende potentialer for kommunerne og regionen:

- At styrke samarbejdet og erfaringsudvekslingen omkring metoder til øget systematik, da et centralt overblik vil være en stor styrke.
- At etablere decentrale palliative teams, der består af flere professioner som har med borgerne at gøre, og give dem ansvar for et koordineret samarbejde omkring identifikationen.
- Opkvalificering: Flere kommuner i landet anvender et ”EORTC”-screeningsredskab som siden 2010 også anvendes på alle specialiserede enheder. I Århus peger de på, at det forudsætter et kompetenceløft, så alle faggrupper har mulighed for at gennemføre screeningssamtalerne. Samtidig er der dog også en udfordring i forhold til at identificere borgernes behov for juridisk eller social rådgivning, som vi pegede på i Pro-palliation 1-rapporten og som flere andre forskningsprojekter også peger på. Her opfordrer vi til, at de professionelle, der er tæt på borgerne, får disse kompetencer.

## B. Sundhedscentre og genoptræning

De yngre borgere med livstruende sygdomsforløb er kommunerne i kontakt med via Serviceloven, når de er på sygedagpenge og i ressourceforløb osv., samt i forbindelse med rehabilitering i sundhedshuset. Det er dog ikke kommunernes visitation, der henviser til rehabiliteringstilbud i sundhedshuset. Som den interviewede visitator slår fast: ”Der er stadig lang vej til vores sygeplejersker.”

I stedet er det egen læge eller sygehuset, der henviser. Det kan ske via genoptræningsplanen, der udfærdiges af sygehuset ved udskrivning og sendes til kommunens sundhedshus med kopi til egen læge. Vi ser samtidig en generel tendens til, at kommunerne lægger den tidlige indsats over på rehabiliteringsområdet, hvilket betyder, at vejen fra sygehus til palliation i stigende grad går via træning.

Som kræftkoordinatoren fra et sundhedshus siger: ”Den psykiske støtte dér [er vigtig]. Så findes der alt det andet rundt omkring, som kunne være [...] noget med medicinens senfølger. Pårørende. Den mentale trivsel. Det kan være det mere praktiske som rygestop, mad og måltider – altså noget kostvejledning. Psykosocialt. Og så har vi det med den palliative indsats. Fordi alt det her, på en eller anden måde, jo er lidt tidlig palliation... Som ikke er...”

## Potentialer

- Vi ser således et potentiale i at sundhedshuse på strategisk niveau indtænkes som arenaer både for identifikation af borgere med tidligt og basalt behov og for den lindrende behandling. Dog er det vigtigt at understrege, at det kan kræve et kompetenceløft af de forskellige faggrupper; som vi viste i Pro- palliation 1 følte en deltagende fysioterapeut sig ikke klædt på til at tage samtalen med sine borgere.

## C. Organisering og kommunikationen mellem professionelle i kommunalt regi

De professionelle i kommunalt regi arbejder under tre lovgivninger, der ofte udgør adskilte spor. En intra-kommunal barriere er således, at kommunernes opbygning afspejler de tre lovgivninger, arbejdet er underlagt: Sundhedslov, Servicelov og Beskæftigelseslov. Det gælder uanset, hvordan den enkelte kommune har valgt at organisere sig, at tendensen er, at de tre lovgivninger opererer i tre separate spor, som gør det vanskeligt for medarbejderne at samtænke og koordinere indsatser.

På et spørgsmål om, hvorvidt alle sundhedscentre har kræftkoordinatører, svarer kræftkoordinatoren: ”Ja og nej. Større kommuner har måske nogen, som er en kræftkoordinator, hjertekoordinator, diabetes, KOL, hvad det nu kunne være. I nogle kommuner så findes der det, de kalder ”forløbskoordinatører”. Dvs. at alle de rehabiliteringshenvisninger der kommer, så møder de nogen, som er koordinator, og som lægger et forløb... I nogle kommuner er det sådan, at der findes én person, som har alle diagnoser, for der findes ikke så mange borgere i kommunen. Og i nogle kommuner er det nogle sundhedskonsulenter, som har opgaven. Så det er lidt forskelligt, hvad navnene hedder. Funktionen findes under forskellige navne og organisatoriske betegnelser.”

Problemet er ikke kun de professionelles, men bliver også borgernes, fordi lovgivningens bureaukrati er ekstremt rammesættende for tilgangen til borgerne – en systemlogik som de professionelle må underordne sig. Kræftkoordinatoren siger således:

”I kommunen har vi på kræftområdet gjort, at vi har fælles træning. Dvs. at vi har placeret borgere med kræft, som vil have træning, sammen, uanset hvilken §. Det er ikke alle kommuner, der gør det. På det hold, som jeg henviser til, hvis jeg henviser til træning, der kan de komme med §312, §119, §140 og så §86...Altså fra Serviceloven.”

Kommunernes kompleksitet og tendensen til ”silotænkning” jf. de tre lovgivninger, gør, at man som professionel ikke nødvendigvis har overblik over egen kommunes tilbud til borgere med behov for tidlig palliation. Samstemmigt fortæller de kommunale palliationssygeplejersker og social- og omsorgskoordinatoren da også, at arbejdet for synlighed står centralt: De må ofte rundt i egen kommune og informere om deres tilbud. Også kræftkoordinatoren siger:

”Jeg ved, at jeg har hul igennem til nogle sagsbehandlere i jobcentret, som ved hvem jeg er, og hvad jeg laver...Men jeg tror, at de fleste ikke aner, at jeg sidder her.”

I en af de deltagende kommuner viser det sig, at visitationen ikke er bekendt med de tilbud, sundhedshuset har. I en mail-korrespondance slås det fast, at: ”Det er korrekt forstået der ikke eksisterer et tilbud om tidlig og basal palliation.” Denne kommune har et monofagligt palliativt sygeplejeteam, som forudsætter enten en henvisning fra en specialiseret enhed eller en terminalerklæring. Dette tilbud er der således ikke adgang til for borgere med behov for en tidlig indsats.

Til gengæld har kommunens sundhedshus en række tilbud, der kan sidestilles med tidlig palliation. Kræftkoordinatoren forklarer:

”Den psykiske støtte dér. Så findes der alt det andet rundt omkring[...] Det kan være noget med medicinens senfølger. Pårørende. Den mentale trivsel. [...] Psykosocialt[...] Fordi alt det her, på en eller anden måde, jo er lidt tidlig palliation.”

## Potentialer

- Vi ser et stort potentiale i at udvikle forretningsgange, organiseringsformer og tværfagligt samarbejde, der beforder en systematisk personcentreret og integreret palliativ indsats i overgange mellem kommunale forvaltninger.

## D. Palliation i almen praksis og samarbejdet set fra alment praktiserende lægers perspektiv

De to interviewede læger peger på, at mange praktiserende læger har været på kursus i palliation: ”og kan nogle af de der kneb. Og det gør jo, at det mange gange går meget godt.”

Samtidig oplever begge, at samarbejdet med primær sektor ”kører på skinner”. De oplever dog mangler ved samarbejdet med sekundær sektor; en af lægerne forklarer: ”De palliative teams, de kører ligesom deres eget løb. Det er sådan lidt spøjst nogle gange: Når man kommer på sygebesøg – så får man at vide, at dem fra det palliative team, de var der i går, og de lavede lidt om på medicinen og sådan og sådan. Og så får man først efter et par dage besked om, at de har været der. Det fungerer desværre ikke optimalt, vil jeg sige.”

I forhold til patientens sektorovergange, er det en udfordring, at egen læge ikke nødvendigvis modtager epikrisen, hvis patienten ved udskrivelse fra sygehus fortsætter i ambulans behandling – her kan patienter med behov gå under radaren. Som en af de praktiserende læger forklarer det:

”Hvis det er en indlæggelse, så er der jo regler for hvor hurtigt, jeg skal have epikrisen. Den skal jeg jo sådan set have inden for to døgn ...fra udskrivelsen. Men de fleste kontakter er jo ambulante, altså ambulante forløb. Og der er det lidt anderledes... I en smuk verden så burde jeg jo have en kopi af dagens ambulante notat tilsendt. Men det er langt fra sådan, det er. Det er meget ofte, at jeg først får et resumé, når det ambulante forløb er afsluttet...Jeg kan sagtens have patienter gående til substantielle behandlinger eller udredning, uden at jeg nødvendigvis ved noget om det.”

Lægen mener, det kan handle om kvalitetsmål i sekundær sektor:

”Man kan sige, at der er sanktioner forbundet med de indlagte patienter. Der er der nogle kvalitetsmål der skal overholdes, og det er noget med at 90% af epikriserne skal være afsendt inden for de der to døgn, ikke? Så... Det mener jeg ikke, at der er omkring de ambulante forløb.”

Ambulatoriet kan dog foretage en behovsvurdering – det, som i kommunen kaldes for en ”§ 119” og som er en bred paragraf om sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Den interviewede kræftkoordinator forklarer: ”Med den kan du fx altid starte med en individuel samtale, hvor man så tilrettelægger et forløb, som er individuelt ift. borgeren.” En anden mulighed er den mere specifikke § 140, der retter sig mod genoptræning. Der er, ifølge kræftkoordinatoren, imidlertid den klausul, at egen læge kun kan udskrive en §140, hvis borgeren har haft et funktionstab i forbindelse med indlæggelse. Vel at mærke et fysisk eller ergoterapeutisk funktionstab; psykosociale problemstillinger medregnes ikke. Desuden har kræftkoordinatoren gjort sig den iagttagelse, at: ”Lige på kræftområdet så er egen læge lidt langt væk fra det aktive forløb.... Men egen læge er jo tættere på andre diagnoser, men lige på kræft, så er det måske meget lang tid efter.”

Det er desuden en udfordring at få synliggjort den tidlige og basale palliation, mener lægerne: ”Ja. Jamen, der er det jo lidt sådan, at der hænger vi os jo ikke så meget i tabeller og skemaer. Det er det menneskelige, der kører der, ikke? Altså, der er jo en grund til, at man er blevet sygeplejerske og læge... og de der skemaer: Det er jo fint, at der er sådan noget, for at kunne sikre organisationen af det, men meget kører jo netop på, at man har en fornemmelse af: Hvad skal der ske nu? Og så prøver man at gøre noget ved det. Og nogle gange kan vi få nogle ting igennem, og andre gange er det lidt vanskeligere. Vi snakker jo også om det derhjemme i klinikken, når sygeplejersken har været ude på besøg... Eller vi har været ude, og vi taler med vores kollegaer: ”Hvad kan vi gøre i sådan en situation her? Har I nogle gode idéer?””

Sammenholder vi med viden om patientforløb, undersøgt i Pro-Palliation 1 undersøgelsen, vil vi i Pro-palliation 2 undersøgelsen pege på, at i almen praksis arbejder man på en ret eksperimenterende og situationsbestemt måde. Der er dels en lidt bredere forståelse i faggruppen af hvad opgaverne i palliation består i, end i sekundær sektor, og dels arbejdes der under anderledes vilkår. Det åbner for patientforløb, der er mindre standardiserede og mere individuelle. Det er først og fremmest fordi almen praksis er tættere på patienternes sociale omstændigheder og vilkår. Men dernæst er det også fordi både informationer fra sekundær sektor og andre faggrupper er mangelfuldt tilstede, og fordi der ofte mangler nødvendig information og dokumentationsredskaber. Der savnes samarbejde med andre læger og andre professionelle om at udvikle ideer og praksisredskaber, der giver mulighed for at arbejde individ og situationstilpasset. Og der savnes et mere tæt vidensflow imellem sekundær og primærsektor om de palliative behov hos patienterne.

## Potentialer

- Vi ser således et potentiale i at udvikle metoder til at øge synligheden af de kvalitative og menneskelige – ikke-somatiske – dimensioner af palliation.
- Der bør etableres kommunikationsveje mellem de specialiserede teams og praktiserende læger, der kan sikre et koordineret samarbejde.
- Der bør etableres muligheder for at egen læge kan være tættere på kræftpatienters behandlings- og lindringsforløb.



## Kommunale organisationsformer med potentialer

I det følgende vil vi skitsere, hvordan to forskellige kommuner har valgt at organisere sig på måder, der viser potentialer til at overkomme de barrierer, vi netop har skitseret i forhold til flere lovgivninger og adskilte spor for de professionelles arbejde, som gør samarbejdet om patienterne og deres behov vanskelige.

### Vordingborg kommune

Vordingborg er interessant af tre årsager: For det første har de et ”tag imod besøg”, som er et tilbud om at få besøg af hjemmesygeplejen til alle, der udskrives. For det andet er hjemmesygeplejerskerne selvvisiterende, og for det tredje har de et tæt samarbejde med hjemmeplejen.

Vi har talt med en praktiserende læge og en palliationssygeplejerske fra Vordingborg. På spørgsmålet om, hvorvidt kommunen er anderledes, svarer den praktiserende læge:

”Det kan du tro, at det er anderledes! På den måde, at i Vordingborg vil det ofte være hjemmeplejen, der kontakter os omkring patienter, som dukker op på deres radar. Før vi nødvendigvis ved noget som helst om det, ikke? Altså, det er jo ikke en gang givet, at vi har fået en epikrise. Så de er jo meget proaktive i plejen i Vordingborg. Punkt 1. Punkt 2, så er de sindssygt pragmatiske. Det kræver meget... Det er meget sjældent, at vi løber ind i så nogle formalistiske ting omkring visitering. Og det er noget af det... Altså, det er jo ikke kommet med morgenduggen... Det er jo noget, vi har kæmpet eller samarbejdet omkring de sidste 10-12 år måske, ikke også?”

Hjemmeplejen er i denne model proaktive og pragmatiske i forhold til visitation af ydelser til en borger med behov. Palliationssygeplejersken forklarer: ”Og her i vores kommune er det så lavet på den måde, at hjemmesygeplejen og hjemmeplejen sidder det samme sted... Og det er rigtig smart, fordi så har man et samarbejde, jo. Det er lettere, fordi sygeplejen hører hele tiden, hvad der foregår herinde i plejegruppen og kan sætte hurtigt ind med nogle tiltag, ikke?”

Sygeplejersken fremhæver betydningen af akutvisitation: ”Altså, hvis det er en, der udskrives fra sygehuset, kan en visitator godt have visiteret sygeplejeydelserne på forhånd, når de så kommer hjem. Men så lægger vi jo det, der hedder et ”Tag imod besøg”, og når vi så laver det ”Tag imod besøg”, så revurderer vi så, hvad det er for nogle ydelser borgeren udskrives med fra sygehuset; skal der sættes nogle andre ydelser på? Og så kan sygeplejerskerne selv lave om på sygeplejeydelserne og skrive til visitator om ændring af servicelovsydelser. Men sygeplejerskerne har så alligevel en visitationsret ift. servicelovsydelserne, for de har en akut visitationsret. Og det er jo dét, at det gør en forskel i vores kommune....Og det gør, at når borgere lige pludselig begynder at få det dårligere, så kan sygeplejerskerne tage ud på et vurderingsbesøg. Og så kan de sige; denne her borger er blevet dårligere. Skal borgeren til egen læge? Skal borgeren indlægges? Skal borgeren på akutstue? Skal borgeren bare ses an? Og hvis det er hun så vælger at sige, at den her borger, der er sket en forværring af tilstanden, men det er måske forventeligt, måske ift. den sygdom der er, så i stedet for at hun skulle hjem og have fat i en visitator, der så kan lave nogen visiteringer, så kan hun med det samme lave visiteringer.”

Når de fagprofessionelle er selvvisiterende i forhold til egne borgere i kommunen, og ikke underlagt standardisering, kan det faglige skøn komme i centrum, og der undgås forsinkende bureaukratisering.

### Slagelse kommune

Slagelse kommune er interessant, fordi der findes en tværgående funktion, hvor to Social- og omsorgscoordinatorer følger borgerne på tværs af lovgivninger og forvaltninger. Fordelen er, at social-



og omsorgs koordinatorfunktionen varetager en bred vifte af samlende og støttende opgaver i relation til borgere, ramt af livstruende sygdom, som måtte have særlige behov for støtte til at navigere i systemet.

En social- og omsorgs koordinator i kommunen forklarer: ”Og min primære rolle det er jo, når jeg kommer ud hos en borger, og så få aflæst; hvad er egentlig hovedproblemet og hvor er det, at vi kan trække noget hjælp ind, så hverdagen bliver mere holdbar... jeg er den her navigatør, som ligesom lytter mig ind til; ”hvad ligger i vejen her?”... Jeg holder også tværfaglige møder, hvis der er flere... Hvis den er særlig kompleks igen, og det giver mening, og jeg kalder alle i Visitationen ind eller Hjælpe midde l eller nogle ledere eller et eller andet, hvor vi ligesom kan få løftet sagen op og få vendt og drejet den. – Så det ikke er borgeren, der skal slås med systemet, men så er det mig, der ligesom guider igennem på den måde.”

Borgerne kan selv henvende sig til social- og omsorgs koordinatorerne, men en henvisning kan også foretages fra egen læge eller visitationen. Social- og omsorgs koordinatorerne udfører en bred vifte af opgaver bl.a. støttesamtaler, socialrådgivning, bisidder, hjælp til legatsøgning, udfyldelse af ansøgninger om førtidspension o.m.a. - opgaver, der hører til i den basale, tidlige palliativ indsats med afsæt i totalsmerte-begrebet.

På hver deres måde giver disse to kommuners organisering svar på udfordringer om hhv. a) tydelige veje for identifikation af palliative behov, b) visitering af borgerne, som alle fagprofessionelle kan tilgå, c) tydelig faglig ansvarsfordeling og d) et tæt tværfagligt og tværforvaltningsmæssigt samarbejde om borgerne.

## Konkluderende bemærkninger

Den manglende systematik, synlighed og strategi på området, på tværs af kommuner og regioner, betyder, at hospices og specialiserede teams oplever at blive overbebyrdede med irrelevante visitationer; de bruger mange ressourcer på at afvise patienter og henvise videre. Det fremgår også af Rigsrevisionens beskrivelse, at de 3 hospicer i Region Sjælland tilbageviser den største andel med 25 % af henvisningerne (Rigsrevisionen, 2020, p. 15). En af de involverede praktiserende læger mener desuden, at egen læge ofte godt ved, hvilke patienter, der har behov for at blive pallierede, men at de ikke altid har relevante tilbud at henvise til. Samtidig er det værd at understrege, at identifikation af borgere med behov kun udgør de indledende manøvrer. Det, der er væsentligst er naturligvis, hvilke indsatser, der iværksættes, når behovet er vurderet at være til stede. En strategi med et fast, standardiseret tilbud om en tidlig samtale om livskvalitet, som *Mine samtaler – til lindring og livskvalitet* lægger op til, kan her blive helt centralt i forhold til at sikre systematik og synlighed.

Den Tværsektorielle Palliationsgruppe har iværksat en række initiativer med henblik på at styrke den tidlige og basale palliation i regionen og sikre, at den tilbydes og udføres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer. I forlængelse af Rigsrevisionens beskrivelse af adgang til den specialiserede palliation, hvor Region Sjælland er den region, der henviser færrest patienter med andre sygdomme end kræft til specialiseret palliation (29 pr. 1.000 døde) (Rigsrevisionen, 2020, p. 13), er det vores håb, at arbejdet for at sikre alle regionens borgere og patienter, der rammes af livstruende sygdom, mulighed for lindring, vil fortsætte.

## Litteratur

Aamann, I. C. and Dybbroe, B. (2019) *Borgerstyrede samtaler for bedre palliative indsatser*: Realiteter og potentialer - En evaluering af ”Mine Samtaler – til lindring og livskvalitet. RUC og Region Sjælland

Region Sjælland (2016) *Aftale for det tværsektorielle samarbejde i den palliative i Region Sjælland og de 17 kommuner*. Sorø.

Rigsrevisionen (2020) *Adgangen til specialiseret palliation*. København

Sundhedsstyrelsen (2017) *Anbefalinger for den palliative indsats*. København.

Den tværsektorielle palliationsgruppe (2015) *Notat - Kortlægning palliative tilbud 2015*. Sorø. Available at: [https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Organisering-af-samarbejdet/Documents/Kortlægning af palliative tilbud på specialiseret og basal niveau i Region Sjælland\\_notat.pdf](https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Organisering-af-samarbejdet/Documents/Kortlægning%20af%20palliative%20tilbud%20på%20specialiseret%20og%20basal%20niveau%20i%20Region%20Sjælland_notat.pdf). (sidst besøgt d.28.januar 2021).