



Aftale for det tværsektorielle
samarbejde i den

palliative indsats

i Region Sjælland og
de 17 kommuner

KKR
SJÆLLAND

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig



UDGIVET AF Region Sjælland og KKR.

FORORD

Aftalen danner rammen om det tværsektorielle samarbejde om borgere/patienter med livstruende sygdom i Region Sjælland. Region Sjælland er sammen med kommuner og almen praksis i Sundhedsaftalen for 2015-18 blevet enige om en styrket og harmoniseret indsats af det palliative område med henblik på at øge kvaliteten af indsatsen (pleje og behandling) til gavn for borgere og patienter med livstruende sygdom. Det sker igennem en række initiativer, der har fokus på at løfte det basale niveau gennem en stærkere tværsektoriel forankring af det samlede tilbud.

Den tværsektorielle palliationsgruppe har forud for aftalen gennemført en tværsektoriel spørgeskemaundersøgelse i efteråret 2015, med det formål at afdække den palliative indsats (*Kortlægning af palliative tilbud på basal og specialiseret niveau i Region Sjælland*). Kortlægningen viser, at der er begrænset viden om tilbud internt og eksternt i egen organisation hos de enkelte sektorer i samarbejdet, der mangler et fælles sprog omkring palliation og der er uens tilbud på tværs af kommuner/sygehuse på det basale og specialiserede område. I undersøgelsen deltog en bred repræsentation fra alle sektorer og relevante faggrupper fra både medarbejder- og ledelsesniveau.

På baggrund af undersøgelsens resultater, er der udarbejdet en aftale for den palliative indsats i Region Sjælland for både det basale og specialiserede niveau. Aftalen er udarbejdet af en nedsat arbejdsgruppe under Den tværsektorielle palliationsgruppe bestående af repræsentanter fra kommune, sygehus og almen praksis samt hospice fra det specialiserede og basale niveau.

Gruppens medlemmer er:

- Lars Michael Clausen, ledende overlæge PO, Palliativ Team, Anæstesi, Næstved Sygehus
- Hanne Bredsdorff, klinisk oversygeplejerske, Palliativ Enhed, Roskilde Sygehus
- Kirstine Winther, koordinerende sygeplejerske, Palliativ Team, Næstved Sygehus
- Ninna Uhrlund, palliativ udviklingskonsulent, Kalundborg Kommune
- Mai-Britt Petersen, palliativ ressourceperson, Vordingborg Kommune
- Bettina Kotasek, hospicechef Hospicegården Filadelfia
- Leif Sehested, praktiserende læge og praksiskonsulent, næstformand i Den tværsektorielle palliationsgruppe

Aftalen henvender sig til medarbejder- og ledelsesniveau på det basale og specialiserede niveau. Formålet med aftalen er, at forbedre organisering af den palliative indsats samlet set, som første skridt hen imod en harmonisering af den palliative indsats i regionen. Aftalen gælder for alle voksne borgere/patienter der er ramt af livstruende sygdom, lungesygdom, hjertesvigt, kræft, kronisk nyresygdom og neurologisk sygdom.

Aftalen er en del af Sundhedsaftalens værktøjskasse og forankres via sundhedsaftalens samarbejdsorganisation.

Vi håber vi med aftalen, at bane vejen hen imod en mere styrket og harmoniseret indsats af det palliative område i Region Sjælland, gennem en stærkere tværsektoriel forankring af det samlede tilbud.

Med venlig hilsen

Susanne Lønborg Friis,
Vicedirektør, Sjællands
Universitetshospital
Formand for Den tværsektorielle
palliationsgruppe

Leif Sehested,
Praktiserende læge og
praksiskonsulent,
Næstformand for Den tværsektorielle
palliationsgruppe

INDHOLD

FORMÅL	5
MÅL	5
INDSATSOMRÅDER	6
Kompetenceudvikling på det specialiserede niveau	6
Formel organisering af netværksdannelse via netværksgrupper	6
Strukturering af den basale palliative indsats på sygehus	7
Strukturering af den basale palliative indsats i kommunerne	7
Palliativ socialrådgivning i kommunerne på det basale niveau	8
Udekørende funktion for palliativ team i hele regionen	8
Døgndækning af palliativ telefonvagtordning i hele regionen	8
Shared Care mellem sektorerne	9
Aftale med praktiserende læger om behovsvurdering, opfølgning, netværksdannelse samt mulighed for teambaseret besøg med hjemme/sygeplejen (efter behov også palliativ team)	9
Ensrettet vejledninger og retningslinjer	10
Inddragelse af danske patientforeninger	11
Patientinformation til borgere med palliative behov	11
DEFINITIONSLISTE	12
REFERENCER	13

FORMÅL

Aftalens indsatsområder skal bidrage til, at patienter med livstruende sygdom fra diagnosetidspunktet tilbydes lige adgang til udredning af palliative behov samt en individualiseret behandling.

Udgangspunktet er god faglig standard i hele patientens forløb på både specialiseret og basalt niveau og muligheder med henblik på størst mulig livskvalitet for voksne patienter og pårørende.

MÅL

- At alle sygehusafdelinger, kommuner og hospices i regionen beskriver egen indsats, tværsektoriel samarbejde samt organisering for palliation. Den tværsektorielle palliationsgruppe udarbejder en skabelon til organisering af egen palliativ indsats i 2016 til formålet.
- At der er ensartet og løbende kompetenceudvikling og -sikring på basalt og specialiseret niveau på tværs af sektorer og faggrupper.
- At sikre systematisk behovsvurdering.
- At sikre fokus på specielt sårbare patienter dvs. borgere med komplekse forløb, der har behov for styrket koordinering og styring af forløb i palliative forløb.
- At udbrede kendskab til palliative tilbud på tværs af faggrupper, afdelinger, plejecentre og sektorer.
- At sikre inddragelse af patienter og pårørende i et individuelt tilrettelagt forløb.
- At undgå uønskede indlæggelser.
- At sikre koordineret palliativ behandling uanset hvor patienten befinder sig.

Målene udmøntes i følgende indsatsområder, der går på tværs af sektorer og fagområder på det basale og specialiserede område.

INDSATSOMRÅDER

Nedenstående indsatsområder, er initiativer til en styrket og harmoniseret indsats af det palliative område, med fokus på at løfte det basale niveau. Dette gennem en stærkere tværsektoriel forankring, med fokus på at løfte det basale og specialiserede niveau af det samlede tilbud til voksne borgere/patienter med livstruende sygdom i regionen.

Tværsektoriel kompetenceudvikling og uddannelse af ressourcepersoner på det basale niveau

Succesen for den palliative indsats beror i høj grad på et velfungerende tværfagligt samarbejde.

For at sikre høj faglig kvalitet i den palliative indsats, skal de respektive lokale ledelser sikre, at de nødvendige kompetencer er til stede – både på afdelingsniveau og hos den enkelte medarbejder. Relevante uddannelser og kompetencer, herunder koordinering, er således vigtig for, at den fagprofessionelle kan levere en professionel palliativ indsats.

- Arrangementer der bygger på fælles skolebænk's principper om fælles forståelse og læring prioriteres, eksempelvis i form af fælles temadage til udveksling af erfaringer og viden i samspil med faglige oplæg.
- Hvor kompetenceprogrammer fra DMCGPAL¹ er udarbejdet, tages der udgangspunkt i disse i forbindelse med uddannelse/kompetencer hos respektive faggrupper. Der arbejdes målrettet mod kompetenceniveau B1 og B2 i henhold til DMCG-PAL's kompetenceprogrammer. For faggrupper, hvor der endnu ikke forefindes struktureret kompetencebeskrivelser, udarbejdes der lokale kompetenceprogrammer, hvor der kan tages udgangspunkt i DMCG-PAL.
- Området palliation indgår i den systematiske efteruddannelse for praktiserende læger.
- Tilbud om Palliativ ressourcepersonsudannelse udvides til en tværsektoriel uddannelse, der omfatter både primær og sekundær sektor.

- Kompetenceudvikling på klinisk patientrelateret niveau kan understøttes af bedside supervision fra palliative ressourcepersoner fra eget sengeafsnit og for primær sektor fra distriktets eller kommunens palliative ressourceperson.
- På sygehusene bør aftaler om deltagelse, fra det specialiserede palliative niveau, i palliative gennemgange/stuegange og palliative konferencer på relevante sengeafsnit/ambulatorier, tilbydes og beskrives.
- Supervision fra det specialiserede niveau tilbydes løbende til primær og sekundær sektor i specifikke patientforløb.
- Det specialiserede niveau tilbyder behovsbaseret undervisning i palliativ indsats til basalt niveau.
- Det specialiserede niveau tilbyder 1-2 gange årligt formaliserede temadage/undervisning i palliativ indsats for primær og sekundær sektor, fx via lokale netværk for palliation.
- Det anbefales at materiale fra Helbredsprofilen.dk anvendes til kompetenceudvikling i både sekundær og primær sektor.

Kompetenceudvikling på det specialiserede niveau

Relevante uddannelser og kompetencer sikres på det specialiserede niveau.

- Det tilstræbes at læger på det specialiserede niveau enten har eller får Nordic Specialist Course in Palliative Medicine eller tilsvarende.
- Sygeplejersker og terapeuter arbejder målrettet med kompetenceudvikling med udgangspunkt i DMCG-PAL's kompetenceprogrammer (på niveau C på udvalgte områder).

Formel organisering af netværksdannelse via netværksgrupper

Etablering og udbygning af tværsektorielle og tværfaglige lokale netværk bestående af palliative ressourcepersoner giver mulighed for at udveksle erfaringer og viden. Netværket er forankret centralt i forhold til de lokale sygehuse og omkring liggende kommuner og koordine-

1) Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats

res af det palliative team. De palliative ressourcerpersoner har til opgave, at formidle tilegnet viden videre blandt kolleger og sikre kvaliteten af den palliative indsats i egen organisation. Netværkenes mål og formål beskrives ud fra Sundhedsaftale Region Sjælland (2015-2018) forskrift om styrket kompetenceudvikling via principper indenfor fælles skolebænk.

- Netværkets sammensætning består af repræsentanter fra sygeplejen, en eller flere repræsentanter fra terapeuterne/rehabiliteringen, konsultationssygeplejersker samt evt. visitationen i kommunen. Repræsentant fra almen praksis (kommunale praksiskon-sulenter) forventes at deltage. Fra sygehuse, en sygeplejerske og læge fra relevante sengeafdelinger/ ambulatorier og repræsentanter fra terapeuter, samt relevant personale fra hospice og ved relevans inddrages det præhospitale område.
- Til at sikre kontinuitet og repræsentation i netværket fra de respektive organisationer, er ledelsesmæssig opbakning på direktion-niveau i kommune og sygehus nødvendig og skal tilstræbes.

Strukturering af den basale palliative indsats på sygehus

Et godt palliativt forløb for patienter og pårørende afhænger af om de palliative behov identificeres så tidligt som muligt i sygdomsforløbet. Ændringen i definitionen (fra uheldelig til livstruende sygdom) fra Sundhedsstyrelsen betyder, at de fagprofessionelle allerede ved diagnostidspunktet bør være opmærksomme på, om patienten har palliative behov, således at en relevant indsats kan iværksættes.

- I relevante ambulatorier anvendes Region Sjællands Behovsvurderingsskema systematisk ved diagnostidspunkt, ved forværring af sygdommen, ved sektorovergange og ved andre væsentlige begivenheder.
- På sengeafdelinger behovsvurderes patienterne ligeledes systematisk. For symptomkontrol anvendes relevante validerede skemaer til vurdering af symptombyrde og intensitet, fx ESAS, VAS eller

EORTC-PAL-15. ESAS og VAS score er gode redskaber til vurdering af symptombyrde og kompleksitet.

- Sengeafdelinger beskriver hvordan åbne indlæggelser tildeles palliative patienter. Der udarbejdes en handleplan for Shared Care når åben indlæggelse overvejes samt evt. telefonisk kontakt til praktiserende læge såfremt der er behov for akut opfølgning.
- For alle patienter hvor behandlingen afsluttes skal det forinden sikres, at patienten får adgang til åben indlæggelse på en stamafdeling.
- Hvis der er behov for specialiseret palliativ indsats dvs. at der er komplekse palliative symptomer, henvises patienten til relevant specialiseret enhed. Henvisningen bør omfatte en kortfattet sygehistorie og objektive fund, samt beskrivelse af palliative behov og hvilke tiltag der har haft effekt.
- Alle relevante sengeafsnit og ambulatorier har en speciallæge og en sygeplejerske med ansvar for den palliative indsats.

Strukturering af den basale palliative indsats i kommunen

Et godt forløb for patienter og pårørende indbefatter, at der udføres strukturerede samtaler i kommunens hjemme-/sygepleje ved første besøg af en sygeplejerske eller sundhedsperson med tilsvarende uddannelsesniveau. Samtalen bør indeholde behovsvurdering, forventningsafstemning og koordinering med inddragelse af borger og pårørende. Kommunen har ansvaret for hovedparten af rehabiliteringsindsatsen.

- For at sikre den fornødne hjælp og støtte herunder behov for hjælpemidler og boligændringer efter udskrivelse fra sygehus, koordinering samt forebyggelse af uønskede indlæggelser, anbefales der, at en sygeplejerske afgiver besøg efter udskrivelse fra sygehus samme dag eller senest formiddagen dagen efter².
- Kommunen bør have et tilbud om palliativt besøg til borger og pårørende i både tidlig, senpalliativ og terminal fase. For at skabe en tidlig kontakt bør sygehusafdelingen og ambulatoriet tilbyde borger at henvise til

2) Inspiration kan hentes fra Vordingborg Kommune »Tage imod besøg«.

palliativ indsats i kommunen i både tidlig, senpalliativ og terminal fase - også ved borgere uden behov for fysisk pleje.

- Døgnbemanding af sygeplejersker og den enkelte sygeplejerske skal kunne visitere akutte sundheds- og servicelovsydelser til at sikre den optimale hjælp, samt forebygge uønskede indlæggelser.
- Løbende behovsvurdering og justering af den nødvendige hjælp ved sygeplejerske eller sundhedsperson med tilsvarende uddannelsesniveau.
- Prioritering af systematisk behovsvurdering prioriteres på ældre- og plejecentre, i psykiatriske bofællesskaber og i socialpsykiatrien af en sygeplejerske eller på tilsvarende niveau.
- Der er et målrettet tilbud om rehabilitering og palliation i både tidlig-, senpalliativ og terminal fase. Hvis borger er tilknyttet hjemmesygeplejen, vil der især være et behov for målrettet indsats via sundhedscentre og jobcentre. Hvorfor der skal tilknyttes sygeplejerske, fysioterapeut eller tilsvarende sundhedsperson, som kan udføre systematisk behovsvurdering.
- I en koordineret palliativ behandling skal de sundhedsprofessionelle i kommunen indgå i tæt dialog og samarbejde med borgerens egen læge, samt øvrige tværfaglige og tværsektorielle samarbejdspartnere, herunder de specialiserede palliative tilbud, fysioterapeut, ergoterapeut, diætist, præst, psykolog m.fl.
- Deltagelse af en sygeplejerske i hjemme-, sygeplejen og plejecentre i tværfaglige og tværsektorielle møder, om patienter med tilknytning til hjemmesygeplejen/plejecentre.
- Hver kommune har som minimum en koordinerende ressourceperson³.
- Tilbud om lindring i den sidste tid samt tilbud om støtte til efterladte beskrives.
- Kontaktoplysninger til hjemmesygeplejen, plejecentre, sundhedscenter, jobcentre uden for kommunens normale åbningstid samt tilbud til palliative patienter er let tilgængelige for samarbejdspartnere på kommunens hjemmeside.

3) En sygeplejerske eller sundhedsperson på bachelorniveau med udvidede kompetencer inden for palliation.

4) Eksempelvis en koordinerende ressourceperson.

Palliativ socialrådgivning i kommunerne på det basale niveau

Tværfaglighed er en grundlæggende del af den palliative indsats og sker i koordinering og samspil mellem fagpersoner på flere niveauer og i forskellige sektorer. Det særlige ved denne indsats er, at den går på tværs af al lovgivning, der har relevans for patienter/borgere med livstruende sygdom og dennes pårørende.

- Det anbefales at kommunerne opretter en koordinerende og rådgivende funktion, gerne med socialfaglige kompetencer⁴, der koordinerer og rådgiver i komplekse forløb fra sygehuset og praktiserende læge, og videre ind i kommunens afdelinger.
- Der oprettes ét fagligt netværk for socialrådgivere fra det basale niveau (regionale og kommunale socialrådgivere) i hele regionen, der forankres hos det specialiserede niveau der således er tovholdere af netværket.

Udekørende funktion for palliativ team i hele regionen

Et palliativ team på en palliativ enhed tilbyder udekørende specialiseret palliativ behandling og pleje til patienter med livstruende sygdom i eget hjem i tæt samarbejde med relevante specialer og hjemmesygeplejen.

- Der tilbydes udekørende tværfaglig specialiseret palliativ behandling til alle patienter i hele regionen, hvor der er behov for specialiseret hjælp.

Døgndækning af palliativ telefonvagtordning i hele regionen

Der etableres en telefonvagtordning, hvor det specialiserede niveau yder telefonisk rådgivning ved patienter med specialiserede forløb. For patienter som ikke har et forløb i et palliativt team kan egen læge og lægevagten kontakte telefonvagtordning for rådgivning.

- Telefonvagtordningen udvides til en regionsdækkende funktion med døgndækning alle ugens syv dage.

Shared Care mellem sektorerne

Shared Care⁵ er en af mulighederne for at sikre et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb der hvor sektorerne er afhængige af hinanden. Sektorer er i denne sammenhæng praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, det specialiserede niveau samt sygehusafdelinger og ambulatorier. Det vil sige, at der på tværs af sektorer kan indgås en individuel aftale vedrørende patienten i forhold til opgaver og ansvar.

- Indlagte patienter med basale palliative behov symptombehandles på det afsnit patienten er indlagt. Ved behov for opfølgning efter udskrivelse kontaktes patientens egen læge direkte og etableres aftale om hvordan fremtidigt samarbejde og ansvarsfordeling skal foregå omkring den basale palliative behandling. Der skal foretages tilsvarende for samarbejdet med hjemmesygeplejersker, plejecentre og sundhedscentre.
- Efter første konsultation af henviste patienter på det specialiserede niveau, etableres kontakt til patientens egen læge med henblik på etablering af et samarbejde og ansvarsfordeling omkring patienten. Der skal foretages tilsvarende for samarbejdet med hjemmesygeplejersker, plejecentre og sundhedscentre.
- I Shared Care indgår også kontinuerlig behovsorienteret elektronisk kontakt mellem sektorerne.

Al kommunikation forudsætter inddragelse af og samtykke fra patienter.

Aftale med praktiserende læger om opfølgning samt mulighed for teambaseret besøg med hjemme/sygeplejen (efter behov også palliativ team)

Almen praksis har tovholderfunktion i palliationsindsatsen i primær sektor. Generelt er egen læge en nøgleperson grundet et ofte langvarigt kendskab til patienten og oftest også til dennes pårørende, samt har et kendskab til patientens øvrige sygdomsbillede og komorbiditet.

For at tovholderrollen kan fastholdes og lykkes, kræver det en vedvarende kommunikation til de øvrige implicerede i patientens behandling, rehabilitering⁶ og pleje, hvad enten det foregår på sygehus eller i kommunen. Det nødvendigt med en fast kontakt til patienten under sygdomsforløbet parallelt med den ambulante behandling, der foregår på sygehuset. Det er hensigtsmæssigt, at denne kontakt etableres så vidt muligt tidligt i forløbet, hvor patienten har pådraget sig en livstruende sygdom, og hvor der skal være opmærksomhed på inddragelse af de pårørende i forløbet.

- Ved komplekse forløb er elektronisk kommunikation alene er ikke hensigtsmæssig ved opgaveoverdragelse i sektorovergange. Det anbefales, at elektronisk kommunikation følges op med direkte kommunikation eksempelvis via mail- eller telefonopkald.
- Der tilbydes koordinerende hjemmebesøg i samarbejde med specialiseret palliativ enhed

5) Se definitionsliste bagerst.

6) Rehabilitering defineres ud fra Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft (2012) samt andre forløbsprogrammer for andre diagnose.

og/ eller med hjemmesygeplejen, således at der kan etableres de nødvendige aftaler om tryghed for patienten. I den forbindelse etableres der en aftale mellem regionen og de praktiserende læger om mulighed for koordinerende hjemmebesøg hos patienter med palliative behov.

- Der udarbejdes en Fælles besøgsguide til brug ved koordinerende hjemmebesøg til formålet i Den tværsektorielle palliationsgruppe i 2016. Den Fælles besøgsguide anvendes til de koordinerende hjemmebesøg, og det aftalte sendes efterfølgende sendes i elektronisk notatform til hjemmesygeplejen.

Behovsvurdering

Brug af Region Sjællands behovsvurderingsskema, Støtte i hverdagen med kræft (Sundhedsaftalens værktøjskasse) giver mulighed for problemløsende samtaler og opfølgning af disse for patient og pårørende. Behovsvurderingsskemaet anvendes systematisk ved diagnosetidspunkt, forværring af sygdommen, ved sektorovergange og ved andre væsentlige begivenheder (Sundhedsstyrelsen, 2011). Behovsvurderingsskemaet er en samtaleguide og ikke tænkt som et dokumentationsværktøj.

- Det anbefales at skemaet tilrettes til alle patienter med livstruende sygdom og titlen ændres til samtaleguide i forbindelse med behovsvurdering.

Behovsvurdering er ikke en del af aftalen med almen praksis, men patienter og pårørende kan bruge skemaet til at forberede sig til samtaler hos egen læge.

Ensrettet vejledninger og retningslinjer

Patienter i palliative forløb har forskellige behov, og det fordrer, at alle kommuner og sygehusafdelinger beskriver deres palliative indsats. Skabelon til organisering af egen palliativ indsats udvikles i aftaleperiode og vil være tilgængelig under Sundhedsaftalens værktøjskasse.

- Den palliative indsats beskrives med udgangspunkt i »Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats« (2011) og »Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft« (2012).
- På det basale niveau anbefales det, at der anvendes retningslinjer, eksempelvis vejledninger fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) for palliation.
- På det specialiserede niveau behandles konkrete symptomer ud fra de kliniske retningslinjer, der er tilgængelige på Sundhedsplatformen suppleret af de kliniske retningslinjer, der er udgivet af DMCG-PAL.

Inddragelse af danske patientforeninger

Patientforeninger inddrages i høringer i kommuner og region, hvor patientforeningerne kan indgive høringssvar skriftligt samt ved eventuel afholdelse af møde med patientforeningen forud for strategier, programmer eller aftaler, der vedtages.

- Hvor det er relevant, inddrages patientforeninger i udvikling af det palliative område.

Patientinformation til borgere med palliative behov

Patientvejledere i den regionale Patientvejledning tilbyder patienter og pårørende information, rådgivning og vejledning om rettigheder som patient i sundhedsvæsenet.

- Helbredsprofilen.dk anvendes systematisk i patientuddannelser og kommunale livsstilstilbud i primær og sekundær sektor, hvor patienter og pårørende kan finde oplysninger vedrørende hverdagslivet med livstruende sygdom på Helbredsprofilen.dk.
- Sundhed.dk/soft samler alle kommunale og regionale sundhedstilbud. Både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle kan hente informationer om sundhedstilbud i egen region/kommune. Kommune og sygehusets palliative tilbud er opdateret på sundhed.dk/soft.

DEFINITIONSLISTE

Basal niveau: Den basale indsats er de indsatser hvor palliation ikke indgår som hovedopgave/-speciale. Indsatsen varetages på sygehuse, i praksissektoren og i kommunerne.

Palliativ indsats: Omhandler den professionelle indsats der skal forebygge og lindre lidelse for mennesker ramt af livstruende sygdom (for eksempel lungesygdom, hjertesvigt, kræft, kronisk nyresygdom og neurologisk sygdom). Formålet med den palliative indsats lægger sig op ad verdenssundhedsorganisationens (WHO's) definition (2002): *»... at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art«.* (Sundhedsstyrelsen 2011). Det betyder, at der tages afsæt i et helhedsperspektiv på patienten og pårørendes problemer og behov.

Palliativ patient: Patienter der er ramt af livstruende sygdom eksempelvis lungesygdom, hjertesvigt, kræft, kronisk nyresygdom og neurologisk sygdom, hvor der er behov for lindrende behandling.

Palliativ team: Et tværfagligt specialistteam hvor behandlingen består af individuel baseret udredning og behandling af symptomer fra en livstruende sygdom. Et palliativt team arbejder som en ambulant funktion bestående af hjemmebesøg, ambulatorium og ambulante tilsyn.

Shared Care: Shared Care defineres er et samarbejde mellem den praktiserende læge og specialiseret palliativt niveau om en klar opgave og ansvarsfordeling mellem praktiserende læge og specialiseret behandlingsniveau i forbindelse med behandling af patienter henvist til specialiseret ambulant palliativ behandling (Sundhedsstyrelsen, 2006).

Specialiseret niveau: Specialiseret palliativ indsats varetages steder, hvor palliativ indsats er hovedopgaven, det vil sige enten af palliative teams, palliative afdelinger på sygehuse eller hospices.

Specialiseret tilbud/indsats: Specialiseret palliation udføres, når man på det basale niveau vurderer, at den indsats, der kræves for, at patienten kan opnå størst mulig livskvalitet, er kompleks og ikke kan varetages på det basale niveau alene.

Tidlig opsporing: Ændringen i definitionen fra uhelbredelig til livstruende fra Sundhedsstyrelsen betyder, at de fagprofessionelle allerede ved diagnosetidspunktet bør være opmærksomme på, om patienten har palliative behov, således at en relevant indsats kan iværksættes.

Tværasektoriel kompetenceudvikling: Et systematisk arbejde med tværasektoriel kompetenceudvikling involverer almen praksis, kommuner og sygehus samt i nogle tilfælde hospice. En forudsætning for at dette kan lade sig gøre, er en fælles tilgang blandt palliative kontaktpersoner og ressourcepersoner kan sikres igennem fælles skolebænk. I Sundhedsaftalen (2015-2018) står der beskrevet på side 18. at: *»Fælles skolebænk giver mulighed for udveksling af erfaringer og viden. Når vi »får sat ansigt på hinanden« både i form af formaliserede fora og i mere uformelle sammenhænge på tværs af sektorerne, etableres rammer for uformel dialog og sparring.«* (Sundhedsaftale 2015-2018 Region Sjælland).

REFERENCER

Dansk Selskab for Almen Medicin, 2014. Klinisk Vejledning for Almen Medicin. Palliation
http://www.dsam.dk/files/222/palliation_indhold_2_.pdf (url set februar 2016)

DMCG-PAL - Kompetenceprogrammer
<http://www.dmcgpal.dk/list/509/kompetenceprogrammer> (url set marts 2016)

DSAM vejledninger for palliation
<http://vejledninger.dsam.dk/palliation/> (url set marts 2016)

Fælles om bedre sundhed – Sundhedsaftale 2015-2018 Region Sjælland
<http://publikationer.regionsjaelland.dk/KvalitetogUdvikling/Sundhedsaftale201518/> (url set maj 2016)

Palliativ ressourcepersonsuddannelse – CUK Region Sjælland
<http://kurser.regionsjaelland.dk/CUK-kursuskatalog2/tabid/766/ctl/beskriv/mid/1630/b/o/be/1136/arkiv/N/Default.aspx> (url set maj 2016)

Regionsjaelland.dk - Rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft
http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Genoptraening_og_rehabilitering/Sider/2.1.2.-Rehabilitering-og-palliation-ifm-kræft.aspx
 (url set maj 2016)

Sundhedsstyrelsen, 2011. Anbefalinger for den palliative indsats
<http://www.sst.dk/~media/3B57BB8B65014D73B47A7023546B4A62.ashx> (url set maj 2016)

Sundhedsstyrelsen, 2005. Hospice uden Mure. Medicinsk teknologivurdering af et palliativt netværk i samspil mellem sektorer.
<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/75014F50022F48259B96895376E82683.ashx> (url set maj 2016)

Sundhedsstyrelsen, 2006. Tværsektorielt samarbejde mellem almenpraksis og hospital-shared care ved antikoagulationsbehandling som eksempel.
<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/7C0EE1B99E284AA49520BB5FB4643648.ashx> (url set maj 2016)

Vordingborg Kommune, Kvalitetsstandard 2014-2015, »Tage imod besøg« [http://polweb.vordingborg.dk/open/Socialudvalget%20\(%C3%85ben\)/2014/04-11-2014/Referat%20\(%C3%85ben\)/BYR-04-11-2014%20-%20Bilag%2004.09%20Kvalitetsstandard%202014%20-%202015%20Tag%E2%80%A6.pdf](http://polweb.vordingborg.dk/open/Socialudvalget%20(%C3%85ben)/2014/04-11-2014/Referat%20(%C3%85ben)/BYR-04-11-2014%20-%20Bilag%2004.09%20Kvalitetsstandard%202014%20-%202015%20Tag%E2%80%A6.pdf) (url set maj 2016)

