
PALLIATIV INDSATS I DEN KOMMUNALE PLEJE

RAPPORT

Kortlægning af den palliative indsats
i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen
og på plejehjem i Danmark 2010-2011

Karen-Inge Karstoft, Anne Fisker Nielsen
og Helle Timm, maj 2012



PALLIATIVT VIDENCENTER (PAVI) ER ET
NATIONALT CENTER, DER HAR TIL FORMÅL
AT SIKRE UDVIKLING, HØJ FAGLIG KVALITET
OG SPREDNING AF VIDEN I DET PALLIATIVE
FELT I DANMARK.

PALLIATIV INDSATS I DEN KOMMUNALE PLEJE

RAPPORT

Kortlægning af den palliative indsats
i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen
og på plejehjem i Danmark 2010-2011

Karen-Inge Karstoft, Anne Fisker Nielsen
og Helle Timm, maj 2012

INDHOLD

Forord	5	7. Pårørende og efterladte	42
Resumé	7	Information om plejeorlov	42
1. Indledning, formål og metode	12	Information om medicintilskud	42
Undersøgelsens temaer og udvikling af spørgsmål	14	Tilbud til pårørende og efterladte	43
Undersøgelsens respondenter	15	8. Brug af kliniske retningslinjer for den palliative indsats	46
Kontakt til respondentgruppen	16	Grundlag for retningslinjerne	46
Svarprocent, repræsentativitet og det endelige udvalg	16	Igangsættelse af retningslinjer	47
Bearbejdning og analyse	19	Retningslinjernes målgruppe	48
2. Faglighed og kompetencer i plejen	20	Retningslinjernes fokus	48
Medarbejdere med palliativ efteruddannelse	21	9. Evaluering af indsatsen	49
Nøglepersoner	22	10. Konklusion og diskussion	52
Ufaglærte i den palliative indsats	23	Kompetencer	52
3. Forløb og målgrupper	25	Definition af palliative forløb og målgrupper	54
Hvornår den palliative indsats iværksættes	25	Retningslinjer for den palliative plejeindsats	54
Diagnoser omfattet af den palliative indsats	26	Kontinuitet og samarbejde i den basale indsats	55
4. Kontinuitet og koordinering	28	Samarbejde med det specialiserede palliative niveau	56
En fast gruppe af plejepersonale	28	Indsatsen for pårørende og efterladte	57
Kontaktpersonernes faglige baggrund	30	Evaluering af de palliative forløb	58
Tovholder-rollen	30	Om undersøgelsen	58
5. Tværfagligt samarbejde i kommunerne	32	Litteratur	60
Samarbejde med den praktiserende læge	32	Bilag 1. Spørgeskema	62
Samarbejde med sygeplejersker	33	Bilag 2. Følgebrev	68
Tværfaglige møder ved udskrivelse	33	Bilag 3. Brev udsendt vedrørende opgørelse af svarprocenter	69
Videregivelse af oplysninger til hospital	36	Bilag 4. Opgørelse af svarprocenter	70
6. Samarbejdet med specialiserede palliative enheder	37	Bilag 5. Kriterier for udelukkelse af respondenter fra det endelige udvalg	77
Samarbejde med specialiserede enheder	37		
Adgang til akut rådgivning	39		
Palliative teams tilsyn af borgere med en livstruende sygdom	40		

FORORD

Den basale palliative indsats foregår i eget hjem eller på hospital. Det meste af tiden vil afsættet være eget hjem, hvad enten dette er en privat bolig eller et plejehjem. Den basale palliative indsats i eget hjem forstås først og fremmest af alment praktiserende læger og af kommunernes hjemmesyge- og hjemmeplejepersonale, herunder personalet på plejehjem. I kommunernes palliative indsats kan også indgå andre fagpersoner som fx fysioterapeuter, psykologer, socialrådgivere, diætister m.v.

Med den kommunale strukturreform og udviklingen af sundhedsvæsenet i det hele taget er de sundheds-, omsorgs- og støtteopgaver, som kommunerne skal varetage, i vækst. Der er øget fokus på den lindrende indsats for borgere ramt af livstruende sygdomme, men i kommunerne er det blot én af mange opgaver. Der er begrænset viden om, hvordan og under hvilke betingelser, den palliative pleje p.t. ydes i de 98 danske kommuner.

Palliativt Videncenter (PAVI) har som en central opgave at kortlægge den palliative indsats i Danmark. I 2009 gennemførtes en kortlægning af den specialiserede

indsats (hospice, palliative teams, palliative afdelinger). I 2010-2011 har vi kortlagt den kommunale palliative plejeindsats. I 2011-2012 kortlægges hospitalernes basale palliative indsats.

I denne rapport er samlet væsentlige resultater af kortlægningen af den kommunale palliative plejeindsats. Resultaterne bygger på besvarelser af elektroniske spørgeskemaer fra 467 ledere af plejehjem, hjemmesygepleje og hjemmepleje i 91 af landets 98 kommuner.

I alt har 519 ledere fra 97 kommuner besvaret skemaet, men af metodiske grunde, som der redegøres nærmere for, er nogle af besvarelserne udgået.

Vi vil gerne sige en stor tak til alle respondenter, der har taget sig tid til og vist interesse for undersøgelsen!

Tak til den referencegruppe, der har bistået PAVI med blandt andet kortlægningen, samt til repræsentanter fra Kommunernes Landsforening og Københavns Kommune for møder om og særlig interesse for undersøgelsen.

REFERENCEGRUPPEN BESTOD AF:

Ole Andersen, forstander på Absalonhus Plejehjem; Ingelise Bøggild Jensen, palliativ udviklingssygeplejerske i Gentofte Kommune; Connie Engelund og Ulla Helsted, henholdsvis direktør og souschef på Holmegårdsparkens plejecenter i Gentofte; Birgitte Holst, personaleleder på Dorthe Marie Hjemmet i Rødovre; Kirsten Søndergaard, sekretariatschef i Landsforeningen Liv & Død og Gorm Tuscgaard, praktiserende læge i Gentofte Kommune.

Herudover har vi haft samarbejde med Tina Jørgensen og Tilde Lydiksen, henholdsvis chefkonsulent og konsulent i Kommunernes Landsforening samt Margrethe Kusk Pedersen, ældrechef i Københavns Kommune – i forbindelse med den kommunale kortlægning.

Undersøgelsen er gennemført af en projektgruppe i PAVI. Akademisk medarbejder Rikke Vittrup har bidraget til planlægningen, afløst af akademisk medarbejder Karen-Inge Karstoft, der har fungeret som daglig projektleder. Studentermedhjælp Anne Fisker Nielsen har forestået dataindsamling og databearbejdning og undertegnede har bidraget til den samlede undersøgelse samt færdiggørelsen af rapporten. PAVI ved rapportens forfattere alene har ansvaret for resultaterne.

Vi håber, kortlægningen vil medvirke til at øge fokus på og til en fortsat udvikling af den palliative pleje i kommunerne.

I PAVI tager vi afsæt i materialet som udgangspunkt for yderligere udforskning af den basale palliative indsats i danske kommuner. Har du spørgsmål til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte undertegnede.

Helle Timm, Centerchef

RESUMÉ

FORMÅL

Formålet med kortlægningen har været at skabe mere viden om de generelle rammer for kommunernes palliative indsats på plejeområdet. Med generelle rammer menes her kompetencer, tilrettelæggelse og samarbejde, indsats for pårørende og efterladte, retningslinjer for den konkrete pleje, samt evalueringen af de palliative forløb.

Målet har været at skabe overblik over den kommunale palliative plejeindsats i Danmark, herunder variationer i indsatsen – for at bidrage til grundlaget for perspektiver, prioriteringer og udvikling på området.

OM UNDERSØGELSEN

Undersøgelsen bygger på besvarelser af et spørgeskema fra 467 ledere i 91 af de 98 danske kommuner.

Undersøgelsen er gennemført som en elektronisk spørgeskemaundersøgelse i 2010 – 2011 blandt ledere af hjemmesygepleje- og hjemmeplejeenheder samt ledere af offentlige plejehjem.

Respondenterne er ledere af plejeenheder på tværs af de fleste kommuner og på tværs af landet, så besvarelserne formodes at give et gyldigt billede af nogle overordnede betingelser for, hvordan den palliative pleje i kommunerne p.t. foregår.

Undersøgelsen er ikke repræsentativ i statistisk forstand. Da kommunerne organiserer deres indsats forskelligt og da der ikke findes et overblik over organiseringen, er repræsentativiteten vanskelig at efterprøve. Vi har foretaget den validering af repræsentativiteten, der har været mulig under de givne omstændigheder, jf. metodeovervejelser i rapporten.

Fra 60 (65,9 %) af de 91 kommuner deltager ledere fra alle tre enhedstyper; plejehjem, hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Af de 467 respondenter er 75,2 % (351) leder af en "funktionsbærende enhed" og 24,8 % (116) er leder af en "integreret enhed", hvilket svarer til fordelingen af enhedstyper på landsplan. Funktionsbærende enhed betyder enten et plejehjem, eller en hjemmeplejeenhed eller en hjemmesygeplejeenhed, mens en integreret enhed betyder både-og (to eller tre enheder).

Af de 467 respondenter leder 56,8 % (265) et plejehjem, 37,1 % (200) leder en hjemmepleje-enhed og 30,9 % (144) leder en hjemmesygepleje-enhed (tallet bliver mere end 100 %, fordi flere (116) er leder af mere end én enhedstype). Ca. 65 % af respondenterne har en faglig baggrund som sygeplejerske og de fleste leder et antal ansatte svarende til 30 fuldtidsstillinger.



RESULTATER

Resultaterne omhandler palliative kompetencer hos plejepersonalet, forløb og målgrupper, samarbejde i kommunen med hospital og med de specialiserede palliative tilbud, indsatsen for pårørende og efterladte samt brug af kliniske retningslinjer for den palliative indsats og evaluering af de palliative forløb i kommunerne.

Resultaterne er opgjort på tværs af det samlede materiale, men hvor der er væsentlige forskelle fx mellem plejehjem og hjemmepleje, er det nævnt.

Det er ikke på baggrund af dette datamateriale umiddelbart relevant at sammenligne kommunerne indbyrdes.

Generelle og særlige palliative kompetencer hos plejepersonalet i kommunerne

- Det meste plejepersonale i kommunerne har en kort uddannelse
- I de palliative forløb indgår først og fremmest sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i plejen. I en mindre del af plejeenhederne (7,1 %) indgår angiveligt ikke en sygeplejerske
- I størstedelen (knap 2/3) af alle plejeenheder er der ingen medarbejdere med efteruddannelse i palliation
- Over halvdelen af alle plejeenheder har en nøgle- eller ressourceperson i palliation; flest i hjemmesygeplejen
- Nogle steder indgår ufaglærte medarbejdere også i den palliative indsats; i de fleste tilfælde på plejehjem

De enkelte kommuner organiserer plejen forskelligt. Det er således også forskelligt, hvorvidt og i hvilken grad de palliative plejeforløb varetages af personale, der via uddannelse har særlig viden om palliation.

Tidsperspektiv og målgrupper for den palliative pleje i kommunerne

- "Det palliative forløb" defineres/afgrænses forskelligt på det kommunale niveau; i de fleste enheder forstås forløbet bredere end den terminale fase
- Målgrupperne defineres forskelligt; i de fleste tilfælde/enheder defineres målgruppen bredere end mennesker ramt af kræftsygdom

Mens de palliative forløb defineres forskelligt på tværs af plejeenhedstyper, så er der en tendens til at lederne af hjemmeplejeenheder i højere grad end ledere af plejehjem definerer målgruppen som mennesker ramt af kræftsygdomme.

Kontinuitet og samarbejde i den palliative indsats i kommunerne samt med hospitaler

- I de fleste palliative forløb ydes plejen af en fast gruppe af plejepersonale
- I langt de fleste palliative forløb har borgeren/familien en kontaktperson (for plejen)
- I langt de fleste palliative forløb er der en "tovholder" (for den samlede indsats)

- Tilfredsheden med samarbejdet med praktiserende læge (og hjemmesygeplejersker, hvor det er relevant) er generelt høj
- I over halvdelen af de palliative forløb inddrages andre faggrupper end plejepersonale og praktiserende læge; generelt mest udbredt fysioterapeuter, præster og ergoterapeuter
- Over en fjerdedel af plejeenhederne angiver, at de benytter sig af frivillige i de palliative forløb
- I næsten alle kommuner er der mulighed for aflastningsplads på et plejehjem, men få af plejeenhederne (35) angiver at have adgang til kommunale sengepladser specielt til borgere med palliative behov
- Plejeenhederne videregiver næsten altid relevante oplysninger til hospitalet ved indlæggelse af en borger med livstruende sygdom
- Godt 1/3 af lederne angiver, at det er almindeligt at holde et tværfagligt møde på tværs af kommune og hospital ved udskrivelse af en borger med livstruende sygdom fra hospital
- 2/3 af lederne angiver, at der holdes tværfaglige møder om den enkelte borger med livstruende sygdom, særligt når borgerens situation ændres



Kommunernes samarbejde med specialiserede palliative enheder

- I de fleste plejeenheder har man samarbejde med specialiserede palliative enheder
- Det er mest udbredt at samarbejde med et palliativt team, men lidt under halvdelen har også samarbejde med hospice
- I over ¼ af enhederne tilses borgere som angiveligt har behov herfor ikke af personale fra et palliativt team
- I kun godt 1/5 af enhederne angives adgang til akut specialiseret palliativ rådgivning

Mens samarbejdet med palliativt team er nogenlunde fordelt på plejeenhedstyper, så er det særligt hjemmesygeplejeenhederne, der har samarbejde med hospice. Plejehjemmene har den laveste grad af samarbejde med det specialiserede palliative enhedsniveau og oplever i mindst grad, at tilsynet med borgere med behov er tilstrækkeligt.

Kommunernes palliative indsats for pårørende og efterladte

- Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen informerer i ret høj grad om muligheden for plejeorlov
- Plejeenhederne informerer i ret høj grad om mulighederne for medicintilskud
- Plejeenhedernes tilbud til pårørende er begrænset i omfang og indhold (består først og fremmest i en samtale med plejepersonalet)
- Plejeenhedernes tilbud til efterladte er begrænset i omfang og indhold (består først og fremmest i samtaler med plejepersonale)

Brug af retningslinjer for – samt evaluering af – palliativ pleje i kommunerne

- Under halvdelen af enhederne har kliniske retningslinjer for den palliative pleje
- Størstedelen af de anvendte kliniske retningslinjer er udarbejdet lokalt
- Retningslinjerne omhandler mest: daglig pleje og omsorg, symptomlindring og samarbejde
- Godt 1/5 af lederne angiver, at man evaluerer de palliative forløb.



INDLEDNING

Hvert år dør ca. 55.000 danskere, heraf langt den største del efter længerevarende forløb med livstruende sygdomme eller svækkelser, der kræver hjælp og støtte i hverdagen (Dødsårsagsregisteret 2009). En meget stor del af hjælpen og støtten gives i det private netværk, mens den basale hjælp og støtte fra "det offentlige" først og fremmest gives af den kommunale hjemmepleje, hjemmesygepleje, herunder på plejehjem, af praktiserende læge – og på hospital.

Lindring af lidelserne (palliativ indsats) for borgere med livstruende sygdomme og deres pårørende – er én af de basale opgaver i sundhedsvæsenet, både i det kommunale og i det regionale sundhedsvæsen. I kommunerne varetages opgaven først og fremmest af praktiserende læger og af hjemmesygeplejersker og det øvrige plejepersonale. Der er begrænset viden om, hvordan indsatsen i praksis organiseres og kvalitetssikres.

Af forskellige rapporter fremgår det, at konsekvenser af udviklingen i det regionale sundhedsvæsen, demografi og sygdomme er et øget pres på den kommunale indsats, hvoraf der særligt er fokuseret på hjemmesygeplejen (Vinge og Kilsmark 2009; Kommunernes Landsforening og Sundhedskartellet 2011). Med strukturreformens ændrede vilkår for den kommunale finansiering og opgavevaretagelse er fokus

på at skabe sammenhæng i patient-borgerforløb og at undgå unødige indlæggelser også øget.

Af en rapport fra Sundhedsstyrelsen fremgår det, at sammensætningen af centrale grupper i den kommunale indsats overordnet ser således ud: 86 % er social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, 11 % er sygeplejersker og 3% er terapeuter (Sundhedsstyrelsen 2011, s.28). Parallelt med nye og bredere opgaver er der sket en ændring i den forholdsmæssige sammensætning af plejepersonalet, så der fx over en 10-årig periode fra 2001 er sket en forøgelse af antal social- og sundhedsassistenter i den kommunale sektor med 10.000, mens antallet af basissygeplejersker ikke er steget. I 2010 angives, at 24 % af de danske kommuner slet ikke har sygeplejersker ansat på plejecentrene (Kommunernes Landsforening og Sundhedskartellet 2011).

I 1990'erne reorganiserede mange kommuner ældreområdet, så hjemmesygepleje, hjemmepleje og evt. plejecentre/plejehjem blev integrerede netop med henblik på øget samarbejde og sammenhæng i den enkelte borgers forløb. I de sidste år er dette ændret, så flere og flere kommuner igen opretter såkaldte "funktionsbærende enheder" (hvor sygeplejen blandt andet organisatorisk er adskilt fra hjemmepleje og plejehjem) frem for "integrerede ordninger". I 2007

var hjemmesygeplejen organiseret som selvstændig enhed i 40 % af kommunerne og som en del af en integreret enhed i 60 % af kommunerne. I 2010 var tallene henholdsvis 76 % og 24 % (Kommunernes Landsforening & Sundhedskartellet 2011).

Hovedargumentet herfor er angiveligt det øgede ansvar, der hviler på hjemmesygeplejen i løsningerne af den kommunale indsats. Af en PAVI kortlægning fra 2010 fremgår det, at 59 % af de undersøgte kommuner i 2009 havde "funktionsbærende enheder", 30% "integrerede enheder" og 11 % havde både- og (Palliativt Videncenter 2010). Der findes en række anbefalinger og retningslinjer for, hvad den basale palliative indsats skal indeholde, hvordan den skal organiseres, hvordan samarbejdet med den specialiserede palliative indsats skal tilrettelægges etc. The European Association for Palliative Care (EAPC) har udgivet to white papers for palliativ indsats, der indeholder en række anbefalinger, også om den palliative indsats på basisniveau (Radbruch and Payne 2009; Radbruch and Payne 2010).

I Danmark udgav Sundhedsstyrelsen i 1999 faglige retningslinjer for den palliative indsats (Sundhedsstyrelsen 1999). De faglige retningslinjer er blevet revideret og udkom i december 2011 som anbefalinger til den palliative indsats (Sundhedsstyrelsen 2011). Dansk Selskab for Almen Medicin udgav i

2004 retningslinjer for den palliative indsats i primærsektoren (Buchwald et al., 2004). Disse planlægges ligeledes revideret. Vedrørende både internationale og nationale retningslinjer og anbefalinger samt kliniske retningslinjer se i øvrigt www.pavi.dk.

Palliativt Videncenter (PAVI) har til opgave at kortlægge den palliative indsats i Danmark. I 2009 kortlagdes indsatsen på samtlige specialiserede palliative enheder i Danmark. I efteråret 2009 påbegyndtes en kortlægning af den palliative indsats på basisniveau med en spørgeskemaundersøgelse blandt alle kommuners øverste ledere af ældreplejen. (Palliativt Videncenter 2010).

Formålet med ældrechefundersøgelsen var at få et overblik over, hvor meget de enkelte kommunale forvaltninger har fokus på udviklingen af den palliative indsats. Der blev spurgt til ni temaer: Organisering af ældreplejen, brug af retningslinjer og vejledninger vedr. palliation, faggrupper, samarbejde med det specialiserede niveau, samarbejde med andre kommuner, uddannelse, udviklingsprojekter, politisk prioritering, styrker og svagheder i den nuværende indsats – temaer som for en stor del også er belyst i herværende undersøgelse. De danske kommuner er organiseret forskelligt, hvilket også afspejles i lederstillinger og -titler. Dette er der ikke i tilstrækkelig grad taget højde for i nævnte



undersøgelses design, og konklusioner på baggrund af undersøgelsen må derfor drages med varsomhed.

Idet der ønskes en kortlægning af den kommunale palliative indsats på alle niveauer, gennemførte PAVI i efteråret 2010 en spørgeskemaundersøgelse blandt alle daglige ledere af hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejehjem (/plejeboliger) i samtlige danske kommuner. På grund af en række metodiske og praktiske udfordringer har det først været muligt at afrapportere resultaterne nu.

FORMÅL

Formålet med kortlægningen har været at skabe mere viden om de generelle rammer for kommunernes palliative indsats på plejeområdet. Med generelle rammer menes her kompetencer, tilrettelæggelse og samarbejde, indsats for pårørende og efterladte, retningslinjer for den konkrete pleje, samt evalueringen af de palliative forløb.

Målet har været at skabe overblik over den kommunale palliative plejeindsats i Danmark, herunder variationer i indsatsen – for at bidrage til grundlaget for perspektiver, prioriteringer og udvikling på området.

METODE

Undersøgelsen er udformet som en elektronisk spørgeskemaundersøgelse. Undervejs i undersøgelsen opstod en række metodiske udfordringer; væsentligst det faktum at kommunerne er forskelligt organiseret, at organiseringen er en pågående proces og at der også findes flere organisationsformer indenfor den enkelte kommune, jf. tidligere omtalte PAVI undersøgelse fra 2010 (Palliativt Videncenter 2010). Ydermere findes der ingen samlet oversigt over, hvem der på et givet tidspunkt er ledere for de enkelte enheder i de enkelte kommuner, heller ikke i Kommunernes Landsforening eller i forskningsinstitutioner, der har kommunerne som fokus. Det har derfor været vanskeligt at danne sig et overblik over undersøgelsespopulationen. Denne og andre udfordringer og deres løsning præsenteres i korte træk i det følgende. Detaljeret gennemgang af enkelte underafsnit og opgørelser findes i bilag 1-5.

Undersøgelsens temaer og udvikling af spørgsmål

Temaer og spørgsmål i spørgeskemaet er udformet specielt til denne undersøgelse med udgangspunkt i ovennævnte retningslinjer og anbefalinger. Skemaet er udviklet i tæt samarbejde med PAVIs kommunale referencegruppe, jf. forordet.

Udover referencegruppens aktive rolle i udformningen af spørgeskemaet, blev det også pilottestet af flere omgange. I første omgang blandt medarbejdere i PAVI med kendskab til det kommunale niveau og i anden omgang blandt ledere i den kommunale hjemmepleje i Gentofte Kommune.

Det endelige spørgeskema findes i bilag 1. Det består af i alt 75 spørgsmål, hvoraf en større delmængde kun aktiveredes ved bestemte svar på tidligere spørgsmål.



Spørgeskemaet omfatter følgende temaer:

1. Faglighed og kompetencer i plejen
2. Forløb og målgrupper
3. Kontinuitet og koordinering
4. Tværfagligt samarbejde i kommunerne
5. Samarbejdet med det specialiserede palliative niveau
6. Tilbud til pårørende og efterladte
7. Brug af retningslinjer for den palliative indsats
8. Evaluering af den palliative indsats

Vi har i analyser og resultatopgørelser behandlet alle data samlet efter den indledningsvise beskrivelse af respondenternes fordeling på kommuner, ledertyper og ledelsesniveau. Hvor det er relevant gøres opmærksom på forskelle i resultater fordelt på plejeenhedstyper. Alle data er bearbejdet i SPSS og alle analyser er foretaget på deskriptivt niveau.

Undersøgelsens respondenter

Respondenterne er daglige ledere af hjemmeplejeenheder, hjemmesygepleje-enheder og plejehjem/plejeboliger i samtlige danske kommuner. Begrebet "daglig leder" har vi yderligere defineret som "den person, der har



kendskab til den samlede personalegruppe og dennes kompetencer. F.eks. forstanderen eller souschefen på et plejehjem og lederen af en hjemmepleje- eller sygeplejeenhed. Definitionen er konstrueret relativt åbent for at imødekomme de forskellige kommunale organiseringer af plejen, jf. tidligere.

Kontakt til respondentgruppen

Der findes, som nævnt, ingen samlet opgørelse over lederne på dette niveau. For at identificere de relevante ledere blev der foretaget opkald til samtlige kommuner. Ved opkaldet bad vi om at tale med personer med overblik over de daglige ledere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejehjemmene i kommunen. De personer, vi talte med, kunne vælge mellem at sende os e-mailadresserne på de relevante ledere eller selv distribuere spørgeskemaet.

Sidstnævnte mulighed blev oftest valgt. Følgebrevet, der blev udsendt pr. mail til kontaktpersonerne, kan ses i bilag 2.

Svarprocent, repræsentativitet og det endelige udvalg

519 personer besvarede det elektroniske spørgeskema. På grund af den manglende samlede opgørelse over ledere på det ønskede niveau var det ikke muligt at opgøre hverken svarprocent eller repræsentativitet. For alligevel at kunne estimere gyldigheden af vores indsamlede data, foretog vi endnu en rundringning og e-mailudsendelse til alle deltagende kommuner. Et eksempel på e-mailen udsendt i denne forbindelse kan ses i bilag 3. Formålet var at opgøre det samlede antal mulige deltagere for at kunne opgøre en svarprocent. Idet variationen i såvel organisation som svarprocent i de enkelte kommuner varierer så meget, har vi ikke fundet det meningsfuldt at opgøre en samlet svarprocent. I stedet har vi valgt at gøre svarprocenten op for hver kommune fordelt på enhedstyperne plejehjem, hjemmepleje og hjemmesygepleje (se bilag 4). Ud fra disse svarprocenter er det herefter muligt at give en vurdering af, hvor godt undersøgelsens endelige udvalg af respondenter repræsenterer den ønskede population.

I enkelte kommuner lykkedes det ikke at få oplysninger om det samlede antal mulige deltagere. For at kunne give en realistisk bedømmelse af undersøgelsens svarprocent

måtte disse få kommuners respondenter derfor udelukkes fra det endelige udvalg af ledere. Andre respondenter måtte udelukkes af hensyn til datas anvendelighed (for en beskrivelse af udelukkelses-kriterierne, se bilag 5). På baggrund af ovenstående består det endelige udvalg af 467 offentlige ledere af plejehjem, hjemmepleje og/eller hjemmesygeplejeenheder. De befinder sig typisk på et ledelsesniveau, hvor de enten leder en enkelt plejeenhed eller en personalegruppe indenfor en plejeenhed.

Jf. ovennævnte har vi heller ikke kunnet måle repræsentativiteten af de 467 ledere på almindelige parametre som køn og alder. Et andet parameter er geografisk spredning. Her ved vi, at kun 7 ud af 98 kommuner ikke har repræsentanter i vores undersøgelse. De 7 kommuner er geografisk spredt¹, hvorfor de ikke hermed skævvrider det endelige udvalg. Deler man udvalget efter fire kommunistørrelser², er der færrest respondenter fra små kommuner, flere fra mellemstore kommuner, endnu flere fra større kommuner og flest fra de største kommuner. Det tyder altså heller ikke på hverken over- eller underrepræsentation af ledere i forhold til kommunistørrelse.

¹ 2 af kommunerne er fra region Nordjylland, 1 er fra region Midtjylland, 2 er fra region Sjælland og 2 er fra region Hovedstaden.

² For at skelne mellem kommunernes størrelser, har vi valgt at inddele dem i grupper. Princippet er at sætte kommunerne i rækkefølge efter antal indbyggere i 2010 og herefter dele i fire lige store grupper (2 grupper à 25 kommuner, 2 grupper à 24 kommuner = 98 kommuner), jf. Kommunernes Landsforening & Sundhedskartellet 2010, side 17.

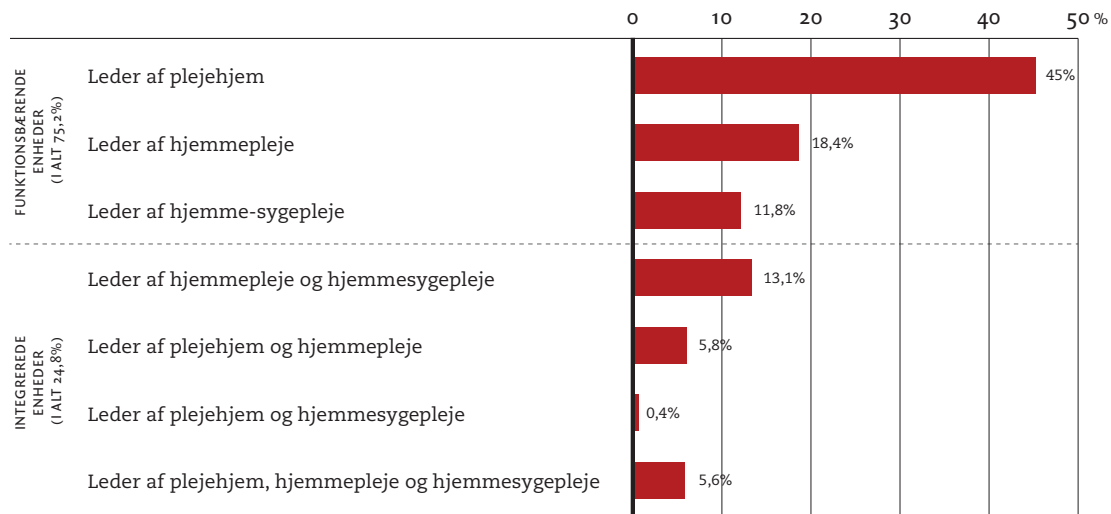
I bilag 4 findes en fuldstændig opgørelse over alle kommuners svarprocenter for ledere af hhv. plejehjem, hjemmepleje og hjemmesygepleje og en forklaring af opgørelses-metoden. Læseren kan således her danne sig et overblik over, hvor godt de forskellige kommuner er repræsenteret inden for de forskellige typer af enheder. I nedenstående oversigt har vi lavet en grovere, men også mere overskuelig, opgørelse. Her er kommunerne inddelt efter den gennemsnitlige svarprocent fra ledere af plejehjem, hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje. Det ses af oversigten, at flest kommuner er repræsenteret ved en gennemsnitlig svarprocent mellem 25 % og 49 %.

Tablet 1. Antal kommuner fordelt efter gennemsnitlig svarprocent

	ANTAL KOMMUNER
< 25 %	22
25 % - 49 %	40
50 % - 74 %	20
75 % - 100 %	9
I alt	91

Blandt kommunerne med den højeste svarprocent er Københavns og Frederiksberg Kommuner, hvor 100% af lederne af både hjemmepleje- og sygeplejeenhederne har besvaret undersøgelsen. Den høje svarprocent i Københavns Kommune skyldes en

Figur 1. Fordeling af lederne efter ansvarsområde



Besvarelser fra forskellige ledertyper. For en fuldstændig opgørelse over svarprocenten fordelt på ledertyper i de enkelte kommuner se Bilag 4.

ekstraordinær indsats fra både ældrechef og ledere, da kommunen havde særlig interesse i undersøgelsens resultater.

I figuren på modsatte side ses fordelingen af de 467 ledere på type af enhed, de har ansvar for. Størstedelen har ansvar for et plejehjemsområde.

I 65,9 % af de deltagende kommuner er både plejehjem, hjemmepleje og hjemmesygepleje repræsenteret. Det vil sige, at de tre enhedstyper er geografisk bredt fordelt. Langt de fleste af lederne er kvinder (94,9 %) og middelværdien for deres alder er 50 år. De har i gennemsnit været ansat i deres stilling i 5 år, mens tre fjerdele har været ansat i mindst 2 år. Det mest typiske er, at de leder omkring 30 fuldtidsstillinger. Flest er uddannet sygeplejerske (64,7 %) og derefter er flest uddannet social- og sundhedsassistent (18,4 %).

Bearbejdning og analyse

Datamaterialet er behandlet i SPSS version 17. Data er fremstillet via procentsatser af enten det samlede udvalg, den del af udvalget, der har besvaret det pågældende spørgsmål, eller som en procentdel af den enhedstype, respondenterne tilhører. Når der er tale om opgørelser for de enkelte enhedstyper, vil dette fremgå, så når andet ikke er nævnt, gælder opgørelsen altså hele samplet eller den del af det, der har besvaret spørgsmålet. Data er fremstillet deskriptivt i frekvenstabeller og krydstabeller, hvor dette har været relevant. Som oftest har vi beregnet gennemsnit for de enkelte variable.

1. FAGLIGHED OG KOMPETENCER I PLEJEN

Det første tema drejer sig om, hvilke faggrupper, der overhovedet er til rådighed i den kommunale pleje, samt om hvilke kompetencer i forhold til en palliativ indsats disse faggrupper har.

Af tabel 2 fremgår, hvor stor en gennemsnitlig andel af den enkelte leders ansatte, hver faggruppe udgør. Tabellen bekræfter først og fremmest, at langt den største del af plejepersonalet i hjemmeplejen og på plejehjem har den korteste uddannelse, nemlig som

social- og sundhedshjælper. En mindre del er helt uden uddannelse. I enheder uden hjemmesygepleje angives gennemsnitligt at sygeplejerskerne udgør mellem 0,8-2,8% af den samlede personalegruppe. Der kan dog være enheder helt uden sygeplejersker.

Personalegruppernes sammensætning siger ikke noget om konkret opgaveansvar eller -løsning. Af tema 3 (Kontinuitet og koordinering) samt tema 4 (Tværfagligt samarbejde i kommunen) fremgår mere om, hvem der konkret er involveret i den palliative del af de kommunale plejeforløb.

Tabel 2. De enkelte plejegrupperes gennemsnitlige (procentvise) andel af den samlede personalegruppe, fordelt på enhedstyper

	SYGEPLEJERSKER	SOSU-ASSISTENTER	SOSU-, SYGE- OG HJEMMEHJÆLPERE	UFAGLÆRTE
Hjemmepleje	0,8	14,5	73,9	5,9
Hjemmesygepleje	89,7	6	40,1	0,1
Plejehjem	2,8	22,9	55,6	7,5
Hjemmepleje og hjemmesygepleje	21,8	12,9	55,9	3,6
Hjemmepleje og plejehjem	2,8	21,4	59,2	6,5
Hjemmesygepleje og plejehjem	40,9	22,7	22,7	0
Hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejehjem	11,6	16,6	51,5	8,5

I ovenstående tabel er fysio- og ergoterapeuter samt studerende og elever taget ud, idet vi ønsker at fokusere på plejepersonalet her

Medarbejdere med palliativ efteruddannelse

Mens fordelingen på faggrupper siger noget om det generelle uddannelses- og kvalifikationsniveau i personalegruppen og hermed om kompetencer i forhold til komplekse problemstillinger, siger det ikke noget om specifikke kvalifikationer i forhold til at yde fx en målrettet palliativ indsats. Respondenterne er derfor blevet bedt om at svare på, om der findes medarbejdere i deres enhed, der har en efter- eller videreuddannelse inden for palliation.

Af tabel 3 fremgår det, at 36,6 % af de adspurgte ledere har en eller flere medarbejdere i deres enhed, der har en palliativ efter- eller videreuddannelse, mens 60 % ikke har. I spørgsmålet er der ikke skelnet mellem længere og kortere uddannelser og mellem uddannelser på forskellige niveauer, hvorfor svarene kan dække over en bred vifte af uddannelser på mere eller mindre kvalifikationsgivende niveau.

Tabel 3. Antal og andel (procent) af respondenterne, som har medarbejdere med efteruddannelse i palliation

	ANTAL	PROCENT
Har medarbejdere med palliativ efteruddannelse	171	36,6
Har ikke medarbejdere med palliativ efteruddannelse	280	60,0
Ved ikke	16	3,4
I alt	467	100

”Ved ikke” kan her – som ved alle svar – også omfatte manglende eksakt viden, usikkerhed omkring svaret m.v.

Disse svar kan yderligere opdeles efter, hvor mange af de enkelte ledere inden for hver enhedstype, der angiver at have en eller flere medarbejdere med palliativ efteruddannelse. Det ses af tabel 4, at mens over 2/3 af sygeplejeenhederne har mindst én medarbejder med palliativ efteruddannelse, er det samme gældende for under 1/5 af hjemmeplejeenhederne.

Tabel 4. Antal og andel (procent) respondenter, som har medarbejdere med efter- og videreuddannelse i palliation, fordelt på enhedstype

	ANTAL	PROCENT
Hjemmepleje	15	17,4
Hjemmesygepleje	39	70,9
Plejhjem	56	26,7
Hjemmepleje og hjemmesygepleje	34	55,7
Hjemmepleje og plejhjem	6	22,2
Hjemmesygepleje og plejhjem	1	50,0
Hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejhjem	20	76,9
I alt	171	

Opgøres dette på personniveau, ses det i tabel 5, at andelen af palliativt uddannede sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er på nogenlunde samme niveau (= 5 %), mens andelen er lavere for syge/hjemmehjælpere (3,9 %) og social- og sundhedshjælpere (1,9 %).

Tabel 5. Andel (i procent) af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og hjælpergrupper, der har en palliativ efteruddannelse. Andelen er ud af det samlede antal for alle respondenter i hver faggruppe

	PROCENT
Sygeplejersker	5,2
Social- og sundhedsassistenter	5,1
Social- og sundhedshjælpere	1,9
Syge-/hjemmehjælpere	3,9

Nøglepersoner

Respondenterne blev også bedt om at svare på, om der i deres enhed findes nøgle-/ressourcepersoner for den palliative indsats. Nøgleperson er i denne undersøgelse defineret som et medlem af personalegruppen, der har særlige kvalifikationer inden for den palliative indsats. 268 af respondenterne (57,4 %) angav, at de har personale, der fungerer som nøgle- eller ressourcepersoner for palliativ indsats. Af en netop gennemført kortlægning af nøglepersonuddannelser i palliativ indsats i Danmark (Pedersen 2011) fremgår det, at der p.t. er minimum 337 ansatte, der har en nøglepersonuddannelse og anvender den som sådan i primærsektoren. Nøgleperson er i herværende kortlægning af kommunernes indsats altså bredere defineret, så en nøglepersons kvalifikationer kan også være fx erfaring og interesse.

I lidt over halvdelen af de adspurgte enheder findes således en eller flere nøgle/ressourcepersoner for palliativ indsats. De 268 ledere blev ligeledes spurgt om, hvilken eller hvilke faggrupper nøglepersonen som oftest tilhører. 255 (95,1 %) af lederne med en nøgleperson i enheden svarede, at nøglepersonen som oftest er en sygeplejerske, mens 95 (35,4 %) angav, at nøglepersonen oftest er en social- og sundhedsassistent. Meget få (1,5 %-4,9 %) har angivet, at nøglepersonen oftest er social- og sundhedshjælper, sygehjælper, fysioterapeut, ergoterapeut eller en anden faggruppe.

Udover antal medarbejdere med palliativ efteruddannelse og antal af nøglepersoner er det også relevant at vide noget om, i hvor høj grad det er muligt for medarbejderne at tage en palliativ efteruddannelse i deres nuværende ansættelse. 55,5 % af lederne har svaret, at det har deres medarbejdere mulighed for og 18,4 % har svaret, at det har medarbejderne ikke mulighed for. 26,1 % har svaret, at de ikke ved, hvorvidt deres medarbejdere har denne mulighed. De ledere, hvis ansatte havde mulighed for efteruddannelse (n = 259), blev desuden spurgt om, hvor mange af deres ansatte, der faktisk tog imod dette tilbud i 2009. I alt 26,9 % angav, at en eller flere af deres medarbejdere var på efteruddannelse i 2009.

Tabel 6. Antal respondenter og angivelse af andele (procent) af medarbejderantal, der i 2009 tog imod tilbud om efter- og videreuddannelse i palliation

	ANTAL RESPONDENTER	PROCENT
Ingen tog imod tilbuddet	95	36,7
1-2 tog imod tilbuddet	48	18,5
3-9 tog imod tilbuddet	14	5,4
10-50 tog imod tilbuddet	8	3,0
Ved ikke/ikke relevant	94	36,3
I alt	259	100

Ufaglærte i den palliative indsats

Som det kunne ses i tabel 2, var ufaglærte medarbejdere repræsenteret i flere enhedstyper; især plejehjem og hjemmepleje. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at ufaglært personale er involveret i plejen af borgere med livstruende sygdom. Lederne med ufaglærte medarbejdere blev derfor spurgt, om deres ufaglærte personale indgår i den palliative indsats. 14,1 % af lederne svarede ja til dette spørgsmål. Lederne, hvis ufaglærte indgår i den palliative indsats (n = 66), blev desuden spurgt om, hvorvidt ufaglærte i deres enhed kvalificeres specielt til at deltage i denne indsats. Der er en næsten lige fordeling mellem de, der angiver, at de ufaglærte ansatte kvalificeres og de, der angiver, at de ufaglærte ansatte ikke kvalificeres (se tabel 7).

Tabel 7. Antal og andel (procent) respondenter, som angiver at ufaglærte kvalificeres/ikke kvalificeres til specielt at deltage i den palliative indsats

	ANTAL	PROCENT
Ja, ufaglærte kvalificeres	31	47,0
Nej, ufaglærte kvalificeres ikke	30	45,5
Ved ikke	5	7,6
I alt	66	100

De ledere (n=31), der angiver at de ufaglærte ansatte kvalificeres, har ligeledes svaret på, hvordan de kvalificeres. Flest har angivet, at både vejledning fra kollegaer og supervision fra specialiserede palliative enheder, eller nøgleperson anvendes i opkvalificeringen af ufaglærte til at deltage i den palliative indsats (25,8 %).



2. FORLØB OG MÅLGRUPPER

Forståelsen af, hvilke dele af et sygdomsforløb der omfattes af den palliative indsats, er afgørende for, hvornår den palliative indsats iværksættes og dermed også, hvad den reelt kommer til at omfatte. WHO's definition af palliativ indsats retter sig mod alle patienter og pårørende, der er ramt af livstruende sygdom, i princippet fra diagnose til – for de efterladte – efter død (WHO 2002). Vi ved dog ikke, om denne brede forståelse af forløbet afspejles i den kommunale plejepraksis.

Definitivt er palliation ikke diagnoseafhængigt, men bør omfatte alle personer, der rammes af livstruende sygdom (Sundhedsstyrelsen 1999, 2011; WHO 2002; Radbruch and Payne 2009; Radbruch and Payne 2010).

Hidtil har der i sundhedsvæsenet dog været mest fokus på indsatsen for mennesker ramt af kræft. Således ved vi, at over 95 % af de syge, der modtager specialiseret palliativ indsats, har kræft (Dansk Palliativ Database).

Hvornår den palliative indsats iværksættes

I et dansk udviklingsstudie vedr. den basale palliative indsats på hospital (Dalgaard et al, 2010) er defineret tre faser i et sygdomsforløb med heraf følgende behov for lindring. I skemaet forneden ses de forskellige definitioner på de enkelte faser. Begrebet ”uhelbredeligt syg” anvendes, men er dog, jf. WHO's definition, forældet. Begrebet ”ramt af livstruende sygdom” indikerer netop, at der kan være tale om en fase, hvor der ikke er fokus på døden.

Figur 2. Faser i det palliative forløb

FASE 1	FASE 2	FASE 3
<p>Patienten er uhelbredeligt syg</p> <p>Livsforlængende og sygdomskontrollerende behandling er relevant</p> <p>Rehabiliteringsbaserede interventioner</p>	<p>Patienten er uhelbredeligt syg</p> <p>Sygdomskontrollerende behandling er ikke mulig eller relevant</p> <p>Livsforlængende medicin kan være relevant</p>	<p>Patienten er terminalt syg og døende</p> <p>Livsforlængende behandling er ikke relevant</p>

Lederne i denne undersøgelse er, inspireret af ovenstående opdeling, blevet spurgt, hvilke faser de mener, palliativ indsats i deres kommunale praksis først og fremmest omfatter.

18 % af lederne angiver, at de palliative forløb kun forbindes med den terminale fase. 78 % angiver, at den palliative indsats ydes i tidligere faser af sygdomsforløbet:

Tabel 8. Angivelse af, hvilke faser den palliative indsats omfatter, fordelt på antal og andel (procent) af respondenterne

	ANTAL	PROCENT
Fase 1, 2 og 3	188	40,3
Fase 2 og 3	176	37,7
Fase 3	86	18,4
Ved ikke	17	3,6
I alt	467	100

Diagnoser omfattet af den palliative indsats

10,9 % af lederne angiver, at den palliative indsats i deres plejeenhed udelukkende omfatter kræftpatienter (se tabel 9). Dette er mest udbredt i hjemmeplejeenheder. Omkring halvdelen af respondenterne har svaret, at palliativ indsats gives uafhængigt af den stillede diagnose.

Tabel 9. Diagnosegrupper der er omfattet af den palliative indsats, fordelt på antal og andel (procent) af respondenterne

	ANTAL	PROCENT
Kræft	51	10,9
Kræft og andet	149	31,9
Andet end kræft	20	4,3
Uafhængigt af diagnose	247	52,9
I alt	467	100



3. KONTINUITET OG KOORDINERING

Kvaliteten af den palliative indsats i primærsektoren afhænger også af, hvorvidt indsatsen koordineres, således at borgeren får et sammenhængende forløb på tværs af faggrupper og løbende gennem sygdomsforløbet (Radbruch & Payne 2009, 2010). Kontinuitet og koordinering er centralt for patientens opfattelse af en vellykket palliativ indsats (Sundhedsstyrelsen 1999, 2011), ligesom der i Dansk Selskab for Almen Medicins retningslinjer lægges op til, at der skal være en tovholder (den praktiserende læge) i det enkelte palliative forløb (Buchwald et al, 2004).

En fast gruppe af plejepersonale

Bidragende til en kontinuerlig indsats er, om borgeren i den sidste del af sygdomsforløbet så vidt muligt modtager palliativ indsats af en fast personalegruppe. Som det ses i tabel 10 angiver 83,8 %, at borgeren altid eller ofte modtager palliativ indsats af en fast gruppe af plejepersonale. Blandt 13 % af lederne sker dette kun indimellem, sjældent eller aldrig.

Tabel 10. Hvor ofte borgeren i den sidste del af sygdomsforløbet modtager palliativ indsats fra en fast gruppe af plejepersonale, fordelt på antal og andel (procent) af respondenter

	ANTAL	PROCENT
Altid	196	42,0
Ofte	195	41,8
Indimellem	36	7,7
Sjældent	17	3,6
Aldrig	8	1,7
Ved ikke	15	3,2
I alt	467	100

I tråd hermed angiver 93,5 % af alle de adspurgte ledere, at borgeren med livstruende sygdom altid eller ofte tildeles en kontaktperson (se tabel 11). En lille del beretter at dette kun sker indimellem, sjældent eller aldrig (5,4 %). I langt de fleste plejeenheder sørges der altså så vidt muligt for, at borgeren har én fast person, der står for den primære kontakt med borgeren.



Tabel 11. Hvor ofte borgeren med livstruende sygdom tildeles en kontaktperson, fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Altid	336	71,9
Ofte	101	21,6
Indimellem	9	1,9
Sjældent	11	2,4
Aldrig	5	1,1
Ved ikke	5	1,1
I alt	467	100

Kontaktpersonernes faglige baggrund

Lederne der tildeler kontaktpersoner (n = 457) blev spurgt, hvilken eller hvilke faggrupper kontaktpersonen oftest tilhører. Det mest almindelige er, at kontaktpersonen er en social- og sundhedsassistent eller en sygeplejerske.

Tabel 12. Kontaktpersoners faglige baggrund, fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Social- og sundhedsassistent	350	76,6
Sygeplejerske	294	64,3
Social- og sundhedshjælper	213	46,6
Syge-/hjemmehjælper	100	21,9
Ergoterapeut	7	1,5
Fysioterapeut	6	1,3
Anden faggruppe	6	1,3
Ufaglært	2	0,4
Ingen bestemt faggruppe	1	0,2
Ved ikke	0	0,0

Tovholder-rollen

I Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om palliation i primærsektoren fremhæves det, at der bør være en tovholder i det enkelte palliative forløb (Buchwald et al, 2004). Tovholderen har til opgave at

- sikre koordinering af den sundhedsfaglige indsats,
- vurdere borgerens helbred løbende,
- følge systematisk op og herunder sikre proaktiv indsats og
- bidrage til fastholdelse af behandlingsmålene.



Det ses af tabel 13, at knap halvdelen af lederne (48,2 %) svarer, at det er en sygeplejerske, der oftest fungerer som tovholder. 131 ledere (28,1 %) svarer, at tovholderrollen ikke udfyldes af en enkelt faggruppe, men fungerer som et samarbejde mellem flere. Af disse 131 angiver 110 (84,0 %) lægen som en af de faggrupper, der samarbejder om tovholderrollen. Kun 3,6 % af alle 467 ledere angiver, at lægen alene har tovholderrollen.

Tabel 13. Hvem der oftest er tovholder i et palliativt forløb, fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
En sygeplejerske	225	48,2
Et samarbejde mellem flere	131	28,1
En kontaktperson	45	9,6
En anden/andre	35	7,5
En praktiserende læge	17	3,6
Ingen	5	1,1
Ved ikke	9	1,9
I alt	467	100

4. TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE I KOMMUNERNE

Det tværfaglige samarbejde i kommunen er ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger af afgørende betydning for det vellykkede palliative forløb: "Det er afgørende, at der er tæt samarbejde mellem de forskellige aktører på det basale niveau, ligesom muligheden for at rådføre sig med det



specialiserede palliative niveau er central" (Sundhedsstyrelsen 2011, s.43). Mens lægen ofte har et mangeårigt kendskab til patienten og dennes familie samt kendskab til symptomer, er det plejepersonalet, der har den daglige kontakt med borgeren og dermed opnår et tæt forhold til denne.

Samarbejde med den praktiserende læge

De i undersøgelsen deltagende ledere blev bedt om at vurdere kvaliteten af samarbejdet med den praktiserende læge. Langt de fleste ledere (82,8 %) svarede, at der altid eller ofte er et tilfredsstillende samarbejde med den praktiserende læge i det palliative forløb (se tabel 14). 11,8 % svarede at samarbejdet kun indimellem er tilfredsstillende. Meget få (1,1 %) mener, at samarbejdet sjældent er tilfredsstillende.

Tabel 14. Hvor ofte i det palliative forløb respondenterne (antal samt andel i procent) oplever tilfredsstillende samarbejde med den praktiserende læge

	ANTAL	PROCENT
Altid	51	10,9
Ofte	336	71,9
Indimellem	55	11,8
Sjældent	5	1,1
Ved ikke	20	4,3
I alt	467	100

De ledere der angav, at samarbejdet med lægen kun er tilfredsstillende indimellem eller sjældent (n = 60), blev ligeledes bedt om at svare på, hvorfor samarbejdet ikke er tilfredsstillende. Flest respondenter (36,7 %) svarede, at lægen generelt ikke er tilgængelig. En mindre del angav, at lægen generelt ikke er kvalificeret (21,7 %) eller, at lægen generelt hverken er tilgængelig eller fagligt kvalificeret (21,7 %). 8,4 % angav, at der er andre grunde til at samarbejdet kun indimellem eller sjældent er tilfredsstillende.

Overordnet set er der således, blandt lederne af plejeenheder, stor tilfredshed med samarbejdet med den praktiserende læge.

Samarbejde med sygeplejersker

Lederne blev også bedt om at vurdere kvaliteten af samarbejdet med hjemmesygeplejersken (de 55 respondenter der kun leder en hjemmesygeplejeenhed er dog ikke blevet spurgt). Også her er der overordnet stor tilfredshed med samarbejdet: 92,9 % af lederne af hjemmepleje og plejehjem svarer, at der altid eller ofte er et tilfredsstillende samarbejde mellem egne medarbejdere og sygeplejerskerne (se tabel 15).

Tabel 15. Hvor ofte i det palliative forløb respondenter (antal samt andel i procent) oplever tilfredsstillende samarbejde med sygeplejerskerne (n = 412)

	ANTAL	PROCENT
Altid	197	47,8
Ofte	186	45,1
Indimellem	8	1,9
Sjældent	4	1,0
Aldrig	1	0,2
Ved ikke	16	3,9
I alt	412	100

Tværfaglige møder ved udskrivelse

Sundhedsstyrelsen skriver i anbefalinger for den palliative indsats, at der "For patienter, der *udskrives fra sygehus/hospice til fortsat palliativ indsats i eget hjem*, er det sygehusets/hospices ansvar at sikre, at al relevant information videregives til almen praksis og hjemmesygeplejen (under forudsætning af, at patienten har givet samtykke hertil). Nogle kommuner har kommunale udskrivningskoordinatorer på sygehusene med henblik på at koordinere konkrete udskrivningsforløb" (Sundhedsstyrelsen 2011, s.55). Respondenterne i undersøgelsen blev således spurgt, om et sådant tværfagligt møde finder sted i deres enhed – og i bekræftende fald med deltagelse af hvem.

Over en tredjedel af lederne (35,8 %) svarer, at der altid eller ved de fleste forløb bliver afholdt et tværfagligt møde. Halvdelen (52,9 %) angiver, at dette kun sker enkelte eller få gange, eller at det aldrig sker (se tabel 16).

Tabel 16. Hvor ofte respondenter (antal samt andel i procent) angiver, der afholdes tværfagligt møde, når borgere med livstruende sygdom udskrives fra hospitalet

	ANTAL	PROCENT
Altid	30	6,4
De fleste gange	135	28,9
Enkelte gange	92	19,7
Få gange	72	15,4
Aldrig	83	17,8
Ved ikke	55	11,8
I alt	467	100

De ledere, der afholder tværfaglige møder (n = 329) blev spurgt, hvilke personer der indgår i disse møder. Flest respondenter nævner, at sygeplejersker indgår. 70,5 % svarer, at "egen" sygeplejerske indgår og 57,4 % svarer, at hospitalssygeplejersken indgår

(se tabel 17). Over halvdelen (53,5 %) angiver at pårørende deltager, mens knap halvdelen (48,3 %) angiver, at borgeren selv deltager. 14,1 % svarer, at den praktiserende læge også tager del i konferencen.

Tabel 17. Personer, som deltager i den tværfaglige udskrivningskonference, fordelt på antal og andel (procent) respondenter (n = 329)

	ANTAL	PROCENT
Sygeplejerske fra egen enhed/tilknyttet enheden	232	70,5
Hospitalssygeplejerske	189	57,4
Pårørende	176	53,5
Borgeren med en livstruende sygdom	159	48,3
Andre	105	31,9
Social- og sundhedsassistent	103	31,3
Hospitalslæge	96	29,1
Praktiserende læge	46	14,1
Social- og sundhedshjælper	29	8,8
Sygehjælper/hjemmehjælper	10	3,0
Studerende/elever	6	1,8
Ved ikke	31	9,4

I forbindelse med udviklingen i det palliative forløb og kommunikation blandt kommunens medarbejdere kan tværfaglige møder



på andre tidspunkter være nødvendige. Respondenterne blev således spurgt, om der i deres enhed afholdes tværfaglige møder på andre tidspunkter i det palliative forløb. Over to tredjedele af lederne (67,9 %) svarer, at der afholdes sådanne tværfaglige møder i forbindelse med andre situationer.

Af de ledere der afholder tværfaglige møder på andre tidspunkter end ved udskrivning (n = 317), tilkendegiver langt de fleste (77,4 %), at der afholdes et tværfagligt møde, når situationen for borgeren ændres. Godt en femtedel (21,5 %) angiver, at de tværfaglige møder holdes/også holdes i andre situationer.

Tabel 18. Situationer hvor det angives, at der i øvrigt afholdes tværfaglige møder vedr. borgeren med livstruende sygdom, fordelt på antal samt andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Når situationen for borgeren ændres	247	77,9
Når et palliativt forløb starter	140	44,1
Ved borgerens nært foreståede død	107	33,8
Når borgeren indlægges	31	9,8
I anden situation	68	21,5

Dansk Selskab for Almen Medicin beskriver, at det basale palliative team udgøres af patient, familie, pårørende, praktiserende læge og hjemmepleje (Buchwald et al, 2004). Dog kan det i flere tilfælde være hensigtsmæssigt at inddrage andre faggrupper som for eksempel psykologer, præster, fysioterapeuter etc. i den palliative indsats. Lederne blev derfor spurgt om, hvorvidt de inddrager nogle af disse andre faggrupper i palliative forløb.

Over halvdelen af lederne angiver, at der inddrages fysioterapeuter (55,2 %) og præster (53,5 %) i et palliativt forløb (se tabel 19). Over en fjerdedel (28,1) angiver, at der inddrages frivillige.

Tabel 19. Andre faggrupper som angives at blive inddraget i palliative forløb, fordelt på antal samt andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Fysioterapeuter	258	55,2
Præster	250	53,5
Ergoterapeuter	195	41,8
Diætister	147	31,5
Frivillige	131	28,1
Socialrådgivere	103	22,1
Psykologer	82	17,6
Andre	67	14,3
Vi har ikke inddraget andre faggrupper	36	7,7
Ved ikke	46	9,9

Videregivelse af oplysninger til hospitalet

I et palliativt forløb vil der ofte blive tale om, at patienten skal indlægges. En måde at sikre kontinuiteten på i forbindelse med indlæggelse er at videregive oplysninger til hospitalet. Respondenterne i undersøgelsen blev spurgt om, hvorvidt de videregiver oplysninger om patienten til hospitalet ved indlæggelse. Langt de fleste ledere (94,8 %) svarer, at de altid eller ofte videregiver oplysninger til hospitalet når borgeren indlægges. Kun 1,7 % svarer, at dette aldrig eller sjældent sker.

5. SAMARBEJDET MED SPECIALISEREDE ENHEDER I PALLIATION

På det basale niveau er palliation langt fra den eneste opgave, og personalet er generalister også i forhold til palliativ indsats. Det er derfor vigtigt, at der er mulighed for at hente støtte hos det specialiserede palliative niveau, og der bør være let adgang til specialiseret hjælp for læger, sygeplejersker og øvrigt plejepersonale i den basale palliative indsats (Buchwald et al, 2004. s 5).

Samarbejde med specialiserede enheder

Respondenterne i undersøgelsen blev spurgt om, hvorvidt de samarbejder med en eller flere specialiserede palliative enheder.

81,3 % angiver, at de altid, ofte eller indimellem samarbejder med specialiserede palliative enheder, mens 5,4 % svarer, at de aldrig samarbejder med specialiserede enheder om den palliative indsats (se tabel 20).

Tabel 20. Hvor ofte respondenterne (antal samt andel i procent) angiver, at der samarbejdes med en eller flere specialiserede palliative enheder

	ANTAL	PROCENT
Altid	58	12,4
Ofte	213	45,6
Indimellem	109	23,3
Sjældent	47	10,1
Aldrig	25	5,4
Ved ikke	15	3,2
I alt	467	100

Langt de fleste angiver således, at de finder et samarbejde sted med det specialiserede palliative niveau. Af de plejeeenheder, der har et samarbejde med det specialiserede niveau (n = 427), angiver 70,3 %, at de samarbejder med et palliativt team, mens knap halvdelen (45,4 %) samarbejder med et hospice. Herunder angiver 39,1% at de samarbejder med kommunale medarbejdere med palliativ ekspertise (fx nøglepersoner) (se tabel 21).

Tabel 21. Typer af specialiserede enheder/ medarbejdere med palliativ ekspertise, som respondenterne (antal samt andel i procent) angiver, at plejeenhederne samarbejder med

	ANTAL	PROCENT
Palliativt team	300	70,3
Hospice	194	45,4
Palliativ afdeling	100	23,4
Kommunale medarbejdere med palliativ ekspertise	167	39,1
Andre	25	5,9
Ved ikke	12	2,8

Selvom de fleste plejeenheder altså har et samarbejde med den ene eller den anden form for specialiseret enhed, er der dog også mange mulige former for samarbejde, der ikke er etableret. For at afklare, om der er tale om et udækket behov, blev respondenterne spurgt om, hvorvidt der er specialiserede palliative enheder, som de ikke har, men ønsker, et samarbejde med. De fleste respondenter (67,6 %) svarer "ved ikke" til dette spørgsmål – eller at de ikke savner et samarbejde. En nogenlunde lige stor andel (ca. 14 %) ønsker samarbejde med henholdsvis et palliativt team, hospice eller kommunale medarbejdere med palliativ ekspertise.

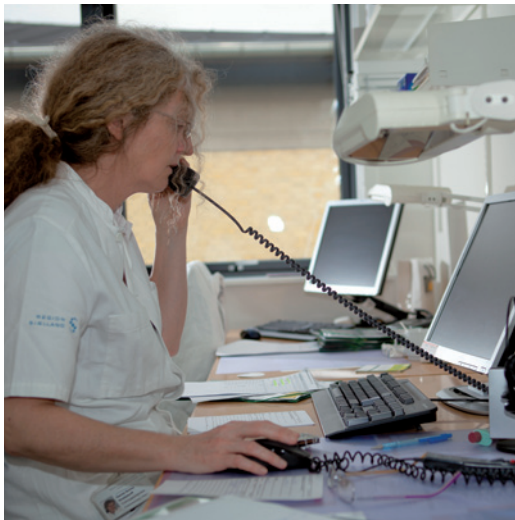
Tabel 22. Specialiserede palliative enheder og kommunale medarbejdere med palliativ ekspertise, som plejeenhederne if. respondenterne (antal og andel i procent) kunne tænke sig samarbejde med

	ANTAL	PROCENT
Palliativt team	71	13,7
Hospice	70	14,5
Palliativ afdeling	46	8,7
Kommunale medarbejdere med palliativ ekspertise	71	14,3
Andre	8	1,9
Savner ikke samarbejde	135	29,1
Ved ikke	177	38,5

De ledere, der har et samarbejde med en eller flere specialiserede palliative enheder (n = 427), er blevet spurgt, hvorvidt samarbejdet er formaliseret, f. eks. ved en fast aftale om løbende rådgivning, faste kontakttidspunkter eller lignende. 72,1 % af lederne svarer, at det samarbejde, de har med de specialiserede palliative enheder, ikke er formaliseret. 16,9 % af respondenterne angiver, at samarbejdet er formaliseret.

Adgang til akut rådgivning

Det kan indimellem være relevant for det basale palliative niveau at modtage akut rådgivning fra det specialiserede palliative niveau (Radbruch & Payne 2009, 2010). Samtlige respondenter blev derfor spurgt, om de har adgang til akut rådgivning fra de specialiserede palliative enheder. Til dette har omkring en femtedel svaret, at de har adgang til akut rådgivning døgnet rundt (se tabel 23). Over halvdelen af respondenterne (55,2 %) svarer dog, at de ikke har en sådan adgang, mens 23,1 % svarer ved ikke.



Tabel 23. Antal og andel (procent) respondenter, der angiver at plejeenheden har adgang til akut døgnbaseret rådgivning fra de specialiserede palliative enheder

	ANTAL	PROCENT
Ja	101	21,6
Nej	258	55,2
Ved ikke	108	23,1
I alt	467	100

Respondenterne er ydermere blevet bedt om at vurdere tilstrækkeligheden af den støtte, de får fra det specialiserede palliative niveau. 43,9 % svarer, at de i meget høj grad eller i høj grad har tilstrækkelig adgang, mens lidt under en tredjedel svarer, at de i nogen grad har tilstrækkelig adgang (se tabel 24). 17,8 % svarer, at de i mindre grad eller slet ikke har tilstrækkelig adgang til støtte fra et specialiseret palliativt niveau. Her er andelen blandt plejehjem forholdsmeæssigt størst.

Tabel 24. I hvor høj grad opleves, at plejeenheden har tilstrækkelig hjælp, støtte og rådgivning fra specialiseret palliativt niveau/kommunale medarbejdere med palliativ ekspertise, fordelt på antal samt andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
I meget høj grad	39	8,4
I høj grad	166	35,5
I nogen grad	150	32,1
I mindre grad	63	13,5
Slet ikke	20	4,3
Ved ikke/ikke relevant	29	6,2
I alt	467	100

På spørgsmålet om, hvorvidt medarbejderne modtager supervision fra de specialiserede palliative enheder eller fra medarbejdere med palliativ ekspertise, svarer op imod halvdelen af lederne (49,0 %) nej. Af de resterende respondenter, hvis ansatte altså modtager supervision, angiver flest (21,6 %), at supervisionen foretages af kommunale medarbejdere med palliativ ekspertise, mens 70 % angiver, at supervisionen foretages af medarbejdere fra det palliative team. De resterende angiver, at supervisionen foretages af medarbejdere fra hospice, fra palliativ afdeling, fra andet sted, eller "ved ikke".

Palliative teams tilsyn af borgere med en livstruende sygdom

Et andet spørgsmål omkring samarbejdet med det specialiserede palliative niveau, der kan være med til at vise, om der opleves udækkede behov i kontakten til specialiseret niveau, er, hvorvidt det er muligt at få enhedens borgere tilset af et palliativt team, når det skønnes nødvendigt. Hertil svarer 43,3 %, at alle eller de fleste af de borgere, der har behov for det eller ønske om det, bliver tilset af et palliativt team (se tabel 25). Godt en fjerdedel (26,3 %) angiver, at få eller ingen af de borgere, der har behov for det eller ønske om det, bliver tilset af et palliativt team. Her er andelen blandt plejehjem forholdsmæssigt størst.

Tabel 25. Hvor mange borgere med livstruende sygdom, der angives at blive tilset af et specialiseret palliativt team (fra hospital eller hospice), fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Alle borgere	92	19,7
De fleste borgere	110	23,6
Nogle borgere	81	17,3
Få borgere	78	16,7
Ingen borgere	45	9,6
Ved ikke	61	13,1
I alt	467	100



Respondenterne er blevet spurgt om, hvorvidt borgere med livstruende sygdom, der har behov for det, har mulighed for at blive henvist til en kommunal palliativ sengeplads, en aflastningsplads på et plejehjem, en sengeplads ved en palliativ afdeling eller til en sengeplads ved hospice.

Som det ses i tabel 26 angiver godt og vel halvdelen (54,2 %), at borgere med behov herfor har mulighed for at blive henvist til en sengeplads ved hospice. En mindre andel angiver, at borgerne har mulighed for at blive henvist til andre typer sengepladser. 16,5 % svarer, at borgerne ikke har mulighed for at blive henvist til palliative sengepladser, ligesom 11,3 % ikke ved, hvorvidt borgerne har disse henvisningsmuligheder. Det vil sige at i hvert fald 73,3 % har mulighed for at henvise borgere med en livstruende sygdom til en sengeplads.

Tabel 26. Hvilke muligheder respondenterne angiver (antal og andel i procent), at deres plejeenhed har for at henvise til sengepladser til borgere med palliative behov

	ANTAL	PROCENT
Plads ved hospice	253	54,2
Plads ved palliativ afdeling	52	11,1
Aflastningsplads på plejehjem ¹	238	92,6
Kommunal palliativ sengeplads	35	7,5
Anden mulighed	17	3,6
Nej	77	16,5
Ved ikke	53	11,3

¹ Respondenter der udelukkende leder plejehjem (210 respondenter) blev bedt om at se bort fra denne svarmulighed. Derfor, ved denne svarmulighed, er n = 257.

6. PÅRØRENDE OG EFTERLADTE

I WHO's definition af palliativ indsats indgår ikke kun patienten, men også pårørende og efterladte, som en del af målgruppen for palliativ indsats (WHO, 2002). Således skal den palliative indsats tilbyde "... en støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet" (WHO, 2002). En sådan støtte til familien kan udmønte sig på flere måder: gennem information til pårørende omkring bl.a. muligheder for plejeorlov, via fortløbende kontakt med de pårørende gennem sygdomsforløbet samt gennem mere direkte støtteforløb for pårørende og efterladte.

Information om plejeorlov

Pårørende til borgeren med en livstruende sygdom står overfor en omsorgsopgave, som kan være svær at løfte ved siden af et arbejde. De pårørende har da mulighed for at ansøge om plejeorlov. Det kan forventes, at mange borgere ikke kender betingelserne for at tage plejeorlov, hvorfor der ligger en informationsopgave hos plejepersonalet.

Ledere af plejehjem er ikke blevet spurgt om information om plejeorlov, da denne mulighed ikke er tilstede for pårørende til borgere, der bor på plejehjem. Tre fjerdedele af lederne svarer, at de altid eller ofte informerer borgeren med en livstruende sygdom og dennes pårørende om

muligheden for plejeorlov. 9,7 % svarer, at dette sker indimellem, mens 7 % svarer, at dette sjældent eller aldrig sker (n= 257) (se tabel 27). Det ser altså ud til, at information om muligheden for plejeorlov udbredes til mange, men dog ikke til alle.

Tabel 27. Hvor ofte borgeren med livstruende sygdom og dennes pårørende informeres om muligheden for orlov, fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Altid	120	46,7
Ofte	79	30,7
Indimellem	25	9,7
Sjældent	13	5,1
Aldrig	5	1,9
Ved ikke	15	5,8
I alt	257	100

Information om medicintilskud

Borgeren med en livstruende sygdom og dennes pårørende har mulighed for at få økonomisk hjælp til den medicin, de køber. Ligesom plejeorloven er det et offentligt tilbud. Drejer det sig om en borger med forventet kort levetid, er der ikke kun mulighed for at få et tilskud, men for at få al medicin betalt (Kilde: Lægemedelstyrelsen.dk).

Respondenterne blev spurgt, om de informerer borgerne og deres pårørende om muligheden for at søge om medicintilskud i det palliative forløb. 82,4 % af lederne angiver, at de altid eller ofte informerer om mulighed for medicintilskud, mens 5,8 % svarer, at de sjældent eller aldrig informerer om dette (se tabel 28).

Som med plejeorloven peger det på, at langt de fleste modtager information om muligheden for at søge om medicintilskud i det palliative forløb.

Tabel 28. Hvor ofte borgeren med livstruende sygdom og dennes pårørende informeres om muligheden for medicintilskud, fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Altid	305	65,3
Ofte	80	17,1
Indimellem	27	5,8
Sjældent	18	3,9
Aldrig	9	1,9
Ved ikke	28	6,0
I alt	467	100



Tilbud til pårørende og efterladte

Som nævnt indledningsvist er pårørende og efterladte en del af målgruppen for palliativ indsats. Undersøgelsen indeholdt derfor en række spørgsmål angående om og i hvilken form, enheden har tilbud til pårørende og efterladte. På det indledende spørgsmål om, hvorvidt enheden har tilbud til pårørende, angiver 49,9 %, at det ikke er tilfældet. 29,8 % har sådanne tilbud, mens 20,3 % har svaret ved ikke.

Tabel 29. Antal og andel (procent) respondenter, der angiver at deres plejeenhed har tilbud til pårørende

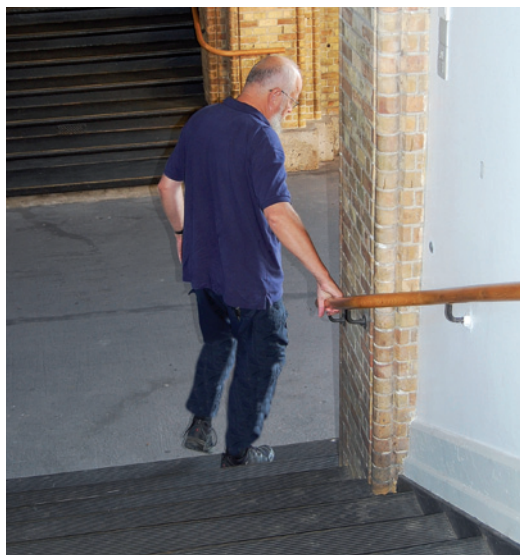
	ANTAL	PROCENT
Ja	139	29,8
Nej	233	49,9
Ved ikke	95	20,3
I alt	467	100

De ledere, der har angivet at plejeenheden har tilbud til pårørende (n = 139) er ligeledes blevet spurgt om karakteren af disse tilbud. Flest ledere har svaret, at man kan tilbyde telefonisk samtale med den pårørende (69,1 %) eller samtale i hjemmet med den pårørende (68,3 %, se tabel 30). Færre svarer, at de har mulighed for at tilbyde medindlæggelse (28,8 %) eller sorggruppe (20,1 %).

Tabel 30. Typer af tilbud til pårørende, fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Telefonisk samtale	96	69,1
Samtale i hjemmet (uden den syge)	95	68,3
Orientering om aflastningsmuligheder	68	48,9
Samtale udenfor hjemmet (uden den syge)	59	42,4
Mulighed for medindlæggelse	40	28,8
Sorggruppe	28	20,1
Andre tilbud	29	20,9

Alle respondenter er ligeledes blevet spurgt om, hvorvidt de har tilbud til efterladte. Som det ses i tabel 31 svarer 31,5 % af lederne, at de har tilbud til efterladte, hvilket altså udgør en marginalt større gruppe end de ledere, der svarer, at de har tilbud til pårørende. Som det var tilfældet med tilbud til pårørende svarer næsten halvdelen (49,0 %), at de ikke har tilbud til efterladte.



Tabel 31. Antal og andel (procent) respondenter, der angiver at deres plejeenhed har tilbud til efterladte

	ANTAL	PROCENT
Ja	147	31,5
Nej	229	49,0
Ved ikke	91	19,5
I alt	467	100

Tilbuddene til efterladte fordeler sig således ($n = 147$), at de fleste tilbyder en samtale i hjemmet (85,7 %) eller en telefonisk samtale (55,8 %, se tabel 32). Færre svarer, at de kan tilbyde efterladte en sorggruppe (16,3 %).

Tabel 32. Typer af tilbud til efterladte, fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Samtale i hjemmet	126	85,7
Telefonisk samtale	82	55,8
Samtale udenfor hjemmet	39	26,5
Sorggruppe	24	16,3
Andre tilbud	16	10,9

Samlet set må det altså siges, at til trods for at pårørende og efterladte definatorisk er en del af målgruppen for palliativ indsats, er det kun i op mod en tredjedel af alle enheder, at der findes tilbud til pårørende. Samme billede gør sig gældende for efterladte: også i denne sammenhæng er det kun op mod en tredjedel af enhederne, der har tilbud.

7. BRUG AF KLINISKE RETNINGSLINJER FOR DEN PALLIATIVE INDSATS

I Danmark findes der anbefalinger for den palliative indsats udformet af Sundhedsstyrelsen (2011) samt retningslinjer for den palliative indsats i primærsektoren udformet af Dansk Selskab for Palliativ Medicin (Buchwald et al 2004 samt nye på vej i 2012). Herudover findes der overordnede kvalitetsstandarder i Den danske Kvalitetsmodel, og der er udarbejdet en lang række kliniske retningslinjer (ikke evidensbaseret) i de specialiserede palliative enheder: <http://www.pavi.dk/Kvalitetssikring/bedstepraksis.aspx>.

Aktuelt pågår et nationalt arbejde med at udarbejde evidensbaserede retningslinjer – i første omgang for den palliative indsats for kræftpatienter (www.dmcgpal.dk).

Adspurgt om, hvorvidt der i deres enhed findes kliniske retningslinjer, svarer 41,1 % af lederne, at de i deres enhed har kliniske retningslinjer for den palliative indsats (se tabel 33). En næsten lige så stor andel svarer (40,7 %), at de ikke har kliniske retningslinjer, mens de tilbageværende 18,2 % svarer "ved ikke".

Tabel 33. Antal og andel (procent) respondenter, der angiver hvorvidt deres plejeenhed arbejder med kliniske retningslinjer for den palliative indsats

	ANTAL	PROCENT
Ja	192	41,1
Nej	190	40,7
Ved ikke	85	18,2
I alt	467	100

I nogle sammenhænge kan det forventes, at enheder, der ikke har besludte kliniske retningslinjer for indsatsen, har udviklet særlige rutiner for palliative forløb. Adspurgt herom svarer 40,4 % af de, der ikke har retningslinjer eller ikke ved om de har det, at der findes sådanne rutiner i deres enhed (n = 275).

Grundlag for retningslinjerne

De ledere, der angav at have kliniske retningslinjer (n = 192), havde mulighed for yderligere at angive, hvordan deres retningslinjer er udformet, hvem der afgør, hvornår de skal anvendes og hvilke personer og hvilke områder retningslinjerne omfatter. Som det ses i tabel 34 er der tale om, at tre næsten lige store grupper hhv. har udarbejdet retningslinjerne selv,

har udarbejdet dem sammen med andre i kommunen eller, at de er blevet udarbejdet af andre i kommunen. Derudover anvender en mindre gruppe retningslinjer udformet andetsteds som fx i Sundhedsstyrelsen eller i et palliativt team. En endnu mindre gruppe anvender retningslinjer udformet på anden vis, fx i samarbejde med et palliativt team.

Tabel 34. Hvor de kliniske retningslinjer er udarbejdet, fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Udarbejdet selv i enheden	48	25,4
Udarbejdet sammen med andre i kommunen	51	27,0
Udarbejdet af andre i kommunen	44	23,3
Udformet andetsteds	23	12,2
Udformet på anden vis	13	6,9
Ved ikke	10	5,3
I alt	189	100

Igangsættelse af retningslinjer

Idet en stor del af enhederne angiver at have og anvende retningslinjer for den palliative indsats bliver det relevant at vide, hvem der afgør, om retningslinjerne skal

træde i kraft. Flest (80,4 %) angiver, at det typisk er sygeplejersken, der bestemmer, hvornår de kliniske retningslinjer skal træde i kraft. 42,9 % angiver, at det typisk er den praktiserende læge og 37,6 % angiver, at det er den plejegruppe, der kommer hos borgeren (n = 189).

Tabel 35. Hvem der typisk afgør, hvornår de kliniske retningslinjer skal anvendes, fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Sygeplejerske fra egen enhed/tilknyttet enheden	152	80,4
Praktiserende læge	81	42,9
Plejepersonale der kommer hos borgeren	71	37,6
Plejeenheden i fællesskab	38	20,1
Lederen af plejeenheden	29	15,3
Andre	6	3,2
Ved ikke	5	2,6

Retningslinjernes målgruppe

Som nævnt tidligere er pårørende og efterladte også en del af målgruppen for palliativ indsats, og respondenterne er derfor blevet spurgt om, hvem deres retningslinjer omfatter.

Lidt over halvdelen af lederne (55,3 %) svarer, at deres kliniske retningslinjer omfatter såvel borgeren med livstruende sygdom som dennes pårørende. 37,8 % svarer, at retningslinjerne kun omfatter borgeren med en livstruende sygdom, mens en mindre del (6,9 %) svarer, at deres retningslinjer omfatter andre end de nævnte (n = 188).

Retningslinjernes fokus

Respondenterne er blevet spurgt, hvilke områder deres retningslinjer omfatter. Som det ses i tabel 36 omhandler de fleste retningslinjer pleje og omsorg, tværfagligt samarbejde, lindring af plagsomme symptomer samt omsorg for pårørende og efterladte. En betydelig del har ligeledes angivet, at sammenhæng i patientforløb og samarbejde med specialiserede palliative enheder er omhandlet af deres retningslinjer (n = 188).

Tabel 36. Områder omfattet af de kliniske retningslinjer, fordelt på antal og andel (procent) respondenter

	ANTAL	PROCENT
Daglig pleje og omsorg	153	81,4
Tværfagligt samarbejde	131	69,7
Lindring af plagsomme symptomer	129	68,6
Omsorg for pårørende/ efterladte	115	61,2
Sammenhæng i patientforløb	99	52,7
Samarbejde med specialiserede palliative enheder	77	41,0
Evaluerings af palliative forløb	56	29,8
Frekvens af sygeplejersketilsyn	52	27,7
Psykosocial støtte	51	27,1
Uddannelse af personale i palliation	44	23,4
Eksistentiel støtte	42	22,3
Monofagligt samarbejde	25	13,3
Ved ikke	14	7,4
Andet	1	0,5

8. EVALUERING AF INDSATSEN

Evalueringer i de enkelte plejeenheder vil formodentlig kunne være med til at optimere den palliative indsats og de enkelte palliative forløb. Det er dog usikkert, i hvor høj grad evalueringer finder sted.

Respondenterne er blevet spurgt, i hvor høj grad der gennemføres systematiske evalueringer i deres enhed. Knap en fjerdedel (21,8 %, = 101) har angivet, at de evalueres systematisk på palliative forløb i deres enhed, mens 69 % har angivet, at de ikke laver systematiske evalueringer.

I det følgende tages der udgangspunkt i de ledere, der har angivet, at de gennemfører systematiske evalueringer (n = 101).

Forskellige faggrupper deltager typisk i evalueringerne, men de fleste angiver, at social- og sundhedsassistenter (88,1 %) og sygeplejersker (86,1 %) er en del af evalueringsgruppen. Under halvdelen (46,5 %) af respondenterne svarer, at

pårørende tager del i evalueringen, mens godt en fjerdedel angiver, at hhv. borgeren med livstruende sygdom (28,7 %) eller lægen (26,7 %) deltager i evalueringen.

Tabel 37. Hvilke grupper, der, ifølge antal og andel (procent) respondenter, som regel deltager i evaluering af de palliative forløb

	ANTAL	PROCENT
Social- og sundhedsassistent	89	88,1
En sygeplejerske fra egen enhed/tilknyttet enheden	87	86,1
Social- og sundhedshjælper	63	62,4
Pårørende	47	46,5
Sygehjælper/hjemmehjælper	38	37,6
Borger med livstruende sygdom	29	28,7
Læge	27	26,7
Studerende/elever	23	22,8
Andre	11	10,9
Ved ikke	0	0,0

Evalueringerne gennemføres på forskellig måde i de forskellige enheder, men det typiske er, at det enten er hvert enkelte palliative forløb, der evalueres (67,3 %), eller at der foretages en opsamlende, generel vurdering af de palliative forløb i enheden (37,6 % , n = 101).

43,6 % af lederne svarer, at evalueringerne i deres enhed har ført til justeringer eller

ændringer. Op imod en tredjedel (34,6 %) svarer, at dette ikke er sket, mens cirka en femtedel (21,8 %) ikke ved, hvorvidt det er sket (n = 101). I samme åndedrag skal det nævnes, at 80,0 % af de ledere, der angiver, at der ikke er sket ændringer (n = 35), begrundet dette med, at det ikke er vurderet nødvendigt. Ingen af respondenterne angiver ressourceknaphed som grund til, at ændringer ikke er blevet foretaget.



KONKLUSION OG DISKUSSION

Kompetencer

Størstedelen af det personale, der er ansat i den kommunale plejepraksis, har en kortere uddannelse i form af en social- og sundhedsassistent uddannelse eller en social og sundheds-, sygehjælper- eller hjemmehjælper uddannelse. Herudover anvendes der i mindre omfang ufaglært arbejdskraft i plejen. Der er forholdsmæssigt størst andel af kort uddannet personale i hjemmeplejen.

Af tal fra Sundhedsstyrelsen fremgår det, at kun 11 % af personalet i den kommunale ældrepleje er sygeplejersker, 86 % er kortuddannet plejepersonale og 3 % er terapeuter. (Sundhedsstyrelsen 2011).

Disse tal vidner altså også om, at den største andel af ansatte i plejen er kortuddannet. Men ufaglært personale er ikke talt med i Sundhedsstyrelsens tal og man kan derfor fejlagtigt antage, at denne type af personale ikke findes i plejen. Kortlægningen viser at der i nogle institutioner er ansat op imod eller over 8 % ufaglærte medarbejdere af den samlede personalegruppe.

Kortlægningen viser også at ca. ¾ af plejeenhederne er "funktionsbærende", mens den sidste ¼ er "integrerede ordninger". I de

plejeenheder, der ikke omfatter hjemmesygepleje er der ikke altid ansat sygeplejersker og i givet fald kun få. Sygeplejebehov dækkes i meget høj grad af "ud-kørende" hjemmesygeplejersker – uanset om borgeren bor i eget private hjem eller på plejehjem. Denne udvikling i organiseringen af plejen er sket parallelt med, at sygeplejerskegruppen udgør en relativt mindre del af det samlede plejepersonale. Af statusrapport for hjemmesygeplejen (Kommunernes Landsforening og Sundhedskartellet 2011) fremgår at stigningen i antal ansatte i den kommunale pleje i perioden 2000-2010 er sket i gruppen af kortuddannede, mens antallet af hjemmesygeplejersker (ca. 8000 (basis) sygeplejersker) har været næsten konstant.

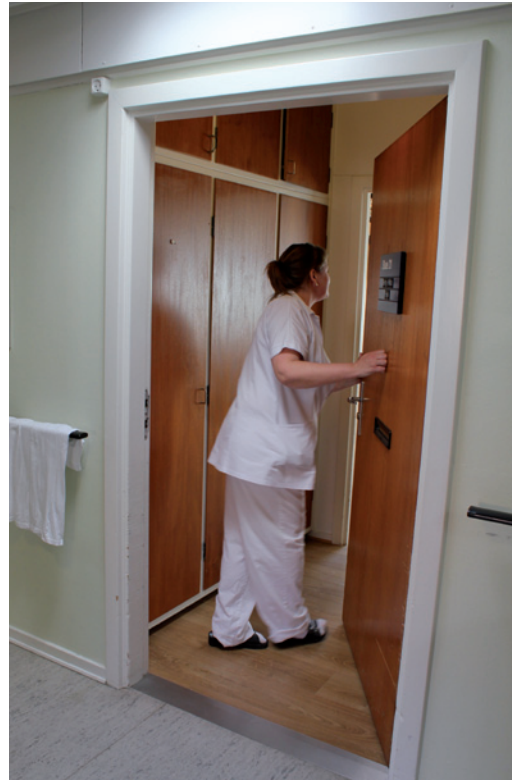
Det relativt lave uddannelsesniveau hos størstedelen af plejepersonalet samt organiseringen af plejen, så sygeplejen er adskilt fra den daglige pleje, gør det relevant at spørge, om der i kommunerne generelt er tilstrækkelige kompetencer til at identificere borgernes palliative behov og til at yde basal palliativ pleje?

I størstedelen af alle plejeenheder er der ingen ansatte med efteruddannelse i palliation. I den 1/3 af plejeenhederne, hvor mindst én medarbejder har efteruddannelse, dækker dette over alle former fra et kort kursus til eksempelvis et diplommodul.

I de enkelte faggrupper – på tværs af enhedstyper – er andelen af den samlede gruppe, der har en palliativ efteruddannelse, lav. Således findes de højeste andele blandt sygeplejersker (5,2 %) og social- og sundhedsassistenter (5,1 %).

Over halvdelen af alle plejeenheder har dog en nøgle- eller ressourceperson i palliation, men dette dækker over både personer med særlig interesse og evt. erfaring i palliation og personer med relevant efteruddannelse. Af PAVIs kortlægning af nøglepersonuddannelser i Danmark (Pedersen 2011) fremgår det, at der p.t. er ca. 337 fagpersoner med en nøglepersonuddannelse i palliation i kommunerne. Af en statusrapport vedrørende hjemmesygeplejen i Danmark fremgår det at over 65 % af kommunerne har en sygeplejefaglig nøgleperson i palliation (Kommunernes Landsforening og Sundhedskartellet 2011). Det faktiske antal af nøglepersoner siger dog ikke noget om, hvilken funktion de samme nøglepersoner har lokalt og i hvilken grad deres særlige interesse og evt. viden har betydning for den palliative pleje mere generelt i kommunen/plejeenhederne.

Der er flere veje at gå i forhold til en udvikling af de palliative kompetencer hos plejepersonalet. Den første er at hæve kompetenceniveauet hos alle nuværende og kommende fagpersoner via henholdsvis



efteruddannelse og grunduddannelse. Den anden er at hæve kompetenceniveauet hos udvalgte fagpersoner mhp. at løfte hele gruppens kompetenceniveau; fx via nøgle- og ressourcepersoner. Den tredje er at løfte det generelle uddannelsesniveau, så der ansættes forholdsmæssigt flere med længere grunduddannelse (her altså bl.a. flere sygeplejersker m.fl.).

Vi har efterhånden nogle erfaringer med forskellige bestræbelser på at løfte det palliative kompetenceniveau i kommunerne; udover viden om palliation er pædagogiske metoder og rammer samt ledelsesmæssig opbakning afgørende for resultatet af en uddannelsesindsats (Mathiesen 2009, Raunkiær & Timm 2010, Pedersen 2011, Timm, Hee, Bøggild Jensen 2011).

Definition af palliative forløb og målgrupper

I de fleste plejeenheder forstås "det palliative forløb" som videre end den sidste og terminale fase. De fleste angiver, at palliativ indsats også omfatter borgere med behov for rehabiliterende interventioner og livsforlængende behandling, dvs. også perioden længere eller kortere tid før den sidste, terminale fase.

I de fleste plejeenheder forstås målgruppen ligeledes bredere end borgere ramt af kræftsygdomme. I over halvdelen af plejeenhederne er den palliative indsats ikke afhængig af bestemte diagnoser.

Denne bredere forståelse af forløb og målgrupper stemmer overens med kommunernes ansvar for basal palliativ indsats for alle borgere i eget hjem, som det er defineret af blandt andet WHO, Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (WHO 2002, Sundhedsstyrelsen 2011, Buchwald et al 2004). Der er dog også plejeenheder, der definerer det palliative forløb og målgrupper

mere traditionelt – og forældet – som udelukkende terminale forløb for uhelbredeligt syge kræftramte, heraf flere hjemmeplejeenheder end plejehjem. Forskellen angiver, at der ikke er samme tilbud til alle borgere i alle kommuner, og at det muligvis også har betydning, hvor i en kommune man opholder sig.

Retningslinjer for den palliative plejeindsats

Under halvdelen af alle enheder har formelle/beskrevne retningslinjer for den palliative indsats. Retningslinjerne omfatter først og fremmest daglig pleje og omsorg, symptomlindring og samarbejde.

Langt de fleste af de retningslinjer, der findes, er udarbejdet lokalt.

Skriftlige retningslinjer er ikke i sig selv "bevis for", at der ydes en indsats af høj kvalitet. Men de må formodes at afspejle en grad af opmærksomhed på og interesse for (her) den palliative indsats i organisationen. Manglende retningslinjer gør det vanskeligt at gennemskue, hvilke faglige kriterier, der danner udgangspunkt for praksis.

Det er påfaldende, at ret få plejeenheder angiver at arbejde med kliniske retningslinjer, der er centralt udarbejdet. Dette er en udfordring i forbindelse med en række bestræbelser på via Sundhedsstyrelsen, Dansk Selskab for Almen Medicin og

Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliation (www.dmcgpal.dk) at sætte nogle nationale standarder for retningslinjearbejdet. Der ligger en væsentlig formidlingsopgave i at få eksisterende viden om bedste praksis og vidensbaserede retningslinjer gjort tilgængeligt for det kommunale plejepersonale.

Kontinuitet og samarbejde i den basale indsats

Kommunerne forsøger angiveligt i høj grad at sikre sammenhæng (også) i de palliative plejeforløb vha. en fast gruppe af plejepersonale, kontaktperson blandt plejepersonalet for borger og pårørende, samt én eller flere, der fungerer som "tovholder" i forhold til den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats.

Kun i ret få tilfælde angives praktiserende læge alene at være tovholder, hvilket understøttes af andre undersøgelser (Timm 2011, Brogaard 2011). Grundstenen på det basale palliative niveau udgøres af det tværfaglige samarbejde mellem især læge, sygeplejerske og den øvrige plejegruppe. I vores undersøgelse udtrykkes der generelt stor tilfredshed med dette tværfaglige samarbejde. I modsætning til det, der skitseres i Dansk Selskab for Almen Medicins retningslinjer for palliation i primærsektoren (Buchwald et al 2004), angiver vores respondenter dog i altovervejende grad, at det ikke er lægen, der primært har en tovholderrolle i

de palliative forløb. Dette behøver dog ikke nødvendigvis at være problematisk: vores undersøgelse tyder på, at det meget ofte er sygeplejersken, der fungerer som tovholder i de enkelte palliative forløb. Sygeplejersken må alt andet lige formodes at have tættere kontakt med borgeren end den praktiserende læge, hvorfor der kan ses adskillige fordele i, at det også er sygeplejersken, der har tovholderrollen. Muligvis er der derfor tale om, at det er på det definatoriske niveau, at ændringen skal gennemføres; i praksis synes der at være enighed om, hvem der varetager tovholderfunktionen.

I over halvdelen af plejeenhederne har en eller flere andre faggrupper end egen læge og plejepersonale været inddraget i palliative forløb. De øvrige faggrupper, der inddrages er først og fremmest fysio- og ergoterapeuter samt præster. Herefter kommer diætister, socialrådgivere og psykologer. Det fremgår ikke af materialet, hvor ofte disse øvrige faggrupper inddrages, og det kan formodes, at der også her er variation i tilbuddet til borgere i palliative forløb.

I 2/3 af plejeenhederne angives det, at der afholdes tværfaglige møder om den enkelte borger med livstruende sygdom. De tværfaglige møder mellem personale og evt. den syge borger og de pårørende må formodes at sikre kommunikationen og muligvis en bedre planlægning af det palliative forløb. Vi ved dog ikke, hvor hyppige/udbredte

de tværfaglige møder er i forhold til antal faktiske palliative forløb.

Relativt få plejeenheder har adgang til en kommunal sengeplads specielt til borgere med palliative behov. De fleste (sygeplejerskeenheder og hjemmeplejeenheder) har adgang til at benytte aflastningspladser på plejehjem.

Ved indlæggelse på hospital af borgere med palliative behov formidles meget ofte relevante oplysninger til hospitalet. Ved udskrivelse fra hospital afholdes nogle gange et tværfagligt møde mellem hospitalspersonale, kommunalt personale og evt. patient og pårørende i ca. 1/3 af plejeenhederne (altid eller de fleste gange). Heller ikke her kan vi sige noget om hyppighed/udbredelse af møder i forhold til antal faktiske forløb. Men i 2/3 af plejeenhederne deltager man altså kun sjældent eller aldrig i den slags møder.

Samarbejde med det specialiserede palliative niveau

I de fleste plejeenheder har man samarbejde med enheder for specialiseret palliativ indsats, først og fremmest med palliative teams. I kun godt 1/5 af plejeenhederne angiver man dog at have adgang til akut rådgivning fra det specialiserede niveau. I over ¼ af plejeenhederne tilses borgere med angiveligt behov herfor ikke af fagpersoner fra det specialiserede niveau.

Fra kortlægning af den specialiserede indsats og PAVIs vedvarende opfølgning på samme (jf. pavi.dk) ved vi, at den specialiserede indsats ikke er lige udbygget og tilgængelig overalt i landet og for alle plejeenheder. Det er en stor udfordring for regionerne at sikre denne tilgængelighed, men det er også en udfordring at formidle kendskabet til de specialiserede tilbud til alle kommunale samarbejdspartnere.

Kortlægningen viser, at især plejehjem, men også hjemmeplejeenheder har begrænset adgang til specialiseret palliativ støtte og rådgivning. Det er især (og forventeligt) hjemmesygeplejen, der har samarbejde med hospice; hjemmesygeplejerskerne har formodentlig særlig adgang til samarbejdet med det specialiserede palliative niveau, hvilket gør deres tilstedeværelse og kompetencer i den basale pleje så meget desto mere betydningsfuld.

Indsatsen for pårørende og efterladte

Hjemmepleje- og hjemmesygeplejeenhederne informerer i høj grad om muligheden for plejeorlov og alle tre plejeenhedstyper informerer i høj grad om mulighed for medicintilskud.

Konkrete tilbud til både pårørende og efterladte er begrænsede i både omfang og indhold. Indholdet består først og fremmest i mulighed for samtale med plejepersonalet. Kortlægningen tyder således på, at



pårørende og efterladte som målgruppe for den palliative indsats ikke får særlig opmærksomhed.

Blandt de enheder, der har kliniske retningslinjer for den palliative indsats, har over 60 % dog retningslinjer for indsatsen for pårørende og efterladte. Det kan muligvis tolkes således, at dér, hvor den palliative indsats eksplicit er "på dagsordenen" omfatter dette også indsatsen for pårørende og efterladte.

Flere andre undersøgelser bekræfter, at der i begrænset omfang er tilbud til både pårørende og efterladte i landets kommuner (Neergaard 2009, O'Connor 2010, Tellervo et al 2004).

Evaluering af de palliative forløb

Godt 1/5 af plejeenhederne evaluerer de palliative forløb. I 4/5 af plejeenhederne samles der altså ikke op på og tages ved lære af de palliative forløb, som borgere og personale gennemlever.

Om undersøgelsen

Med kortlægningen har vi ”kradset lidt i overfladen” og påvist nogle tendenser i den kommunale palliative pleje, som tyder på

1. en vis opmærksomhed og interesse for den palliative indsats,
2. stor variation i, hvorvidt og hvor meget fokus der er på den palliative indsats og
3. at der generelt ikke bare er basis for – men brug for forbedringer – fx i form af kompetencer, retningslinjer for indsatsen, indsatsen for pårørende og efterladte samt evaluering af de palliative forløb!

Der har været en lang række udfordringer forbundet med at kortlægge den palliative pleje i kommunerne på et generelt og

beskrivende niveau. En væsentlig udfordring er kommunernes forskellige organisering og manglen på en fælles adgang til kommunale ledere på forskellige niveauer. En anden væsentlig udfordring er, at finde variable på et generelt og beskrivende niveau, der kan formodes i et eller andet omfang at afspejle kvaliteten af den palliative pleje på et konkret niveau.

Kortlægningen siger ikke noget om kvaliteten af konkrete palliative plejeforløb i konkrete kommunale plejeenheder i Danmark, ligesom den ikke siger noget om det kvalitative indhold i de variationer, der findes på tværs af de mange plejeenheder i landets kommuner. Til det kræves andre undersøgelser – og brug af andre metoder.



LITTERATUR

Brogaard, T. (2011). *Home is where the heart is: coordinating care and meeting needs in palliative home care: Ph.d. thesis*. Aarhus: Aarhus University. Faculty of Health Sciences. Research Unit and Department for General Practice

Buchwald, D. et al. (2004). *Palliation i primærsektoren*. København: Dansk Selskab for Almen Medicin. (Klinisk vejledning)

Dalgaard, K. M., Thorsell, G. & Delmar, C. (2010) Identifying transitions in terminal illness trajectories: a critical factor in hospital-based palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 16(2), 87-92

Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats <http://www.dmcgpal.dk/>

Dansk Palliativ Database
<http://www.dmcgpal.dk/>

Kommunernes Landsforening, Sundhedskartellet (2011). *Fremtidens hjemmesygepleje: statusrapport*. [København] : KL ; Sundhedskartellet

Mathiesen, H. (2009). *Hvilken effekt har palliativ uddannelse for sygeplejersker, der arbejder på en sygehusafdeling, et plejehjem eller som hjemmesygeplejerske?* [Århus]: Det Palliative Team, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus

Neergaard, M.A. (2009) *Palliative home care for cancer patients in Denmark: with a particular focus on the primary care sector, GPs and community nurses*. Ph.D. thesis. Aarhus: Aarhus University

O'Connor, M. (2010) A longitudinal study of PTSD in the elderly bereaved: prevalence and predictors. *Aging and Mental Health*, Apr 14(3): 310-8

Palliativt Videncenter (2011). *Af rapportering: PAVIs kortlægning af den palliative indsats i danske kommuner: ældrechefer m.v. 2009*. København: PAVI. http://www.pavi.dk/Libraries/Kortlaegning/Af rapportering_aeldrechefer.sflb.ashx

Pedersen, M. (2011). *Kortlægning af danske nøglepersonuddannelser i palliation: rapport*. København: Palliativt Videncenter

Radbruch, L., Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1: recommendations from the European Association for Palliative Care. *European journal of palliative care* 16(6), 278-289

Radbruch, L., Payne, S. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2: recommendations from the European Association for Palliative Care. *European journal of palliative care* 17(1), 22-33

- Raunkiær, M. & Timm, H. (2010). Development of palliative care in nursing homes: evaluation of a Danish project. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(2), 613-620
- Sundhedsstyrelsen (1999). *Faglige retningslinjer for den palliative indsats: omsorg for alvorligt syge og døende*. København: Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen (2004) *Den danske kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet: model beskrivelse 20. december 2004*. København: Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen (2010). *Dødsårsagsregisteret 2009*. København: Sundhedsstyrelsen. (Tal og analyse)
- Sundhedsstyrelsen (2011). *Styrket indsats for den ældre medicinske patient: fagligt oplæg til en national handlingsplan*. København: Sundhedsstyrelsen
<http://www.sst.dk/publ/Publ2011/BOS/DenAeldreMedicinskePatient/DAEMP.pdf>
- Sundhedsstyrelsen (2011). *Anbefalinger for den palliative indsats*. København: Sundhedsstyrelsen http://www.sst.dk/publ/Publ2011/SYB/Palliation/PalliativeIndsats_anbef.pdf
- Timm, Hee, Bøggild Jensen (2011). Hvor langt kan man nå med uddannelse?: erfaringer fra et projekt i en dansk kommune. *Omsorg* 28 (3), 42-7
- Timm (2011). *Evaluering af projekt lindrende indsats i Gentofte kommune*. København: Palliativt Videncenter. Upubliceret notat
- Tellervo, J. (red.) (2004) *Selvmod blandt gamle mennesker: myter, viden og forebyggelse*. Nyt Nordisk Forlag.
- Tellervo, J. (2011) *Når to bliver til en – omsorg i sorgen*. PAVI <http://www.pavi.dk/efterladte.aspx>
- World Health Organization (2002) *WHO Definition of Palliative Care* <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

BILAG

Bilag 1. Spørgeskema

Palliativ indsats i danske kommuner

Hvilken kommune tilhører enheden, som du er leder for?

Køn?

- (1) Mand
(2) Kvinde

Hvilket år er du født? Skriv venligst årstallet fuldt ud, fx 1962.

E-mailadresse?

De følgende spørgsmål handler om din stilling med videre.

Hvad er din nuværende stilling?

Hvilket år blev du ansat i din nuværende stilling? Skriv venligst det fulde årstal, fx 2003.

Hvilken faglig grunduddannelse har du?

Har du noget efter- eller videreuddannelse, som har givet dig kompetencerne til at udfylde din nuværende stilling, så skriv venligst også dette, sammen med din grunduddannelse.

Hvilken type enhed er du leder af? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Hjemmepleje
(2) Hjemmesygepleje
(3) Plejehjem/plejeboliger med fast personale
(4) Plejeboliger med visiteret personale
(5) Anden enhed. Hvilken anden type enhed

Hvor mange borgere dækker den/de enheder, som du er leder for (ca.)?

Vi tænker her på pladser på plejehjem og/eller antal borgere tilknyttet hjemmepleje/hjemmesygeplejen lige nu.

Hvor mange medarbejdere er du leder for?

Antal personer ansat _____

Hvor mange svarer det til i fuldtidsstillinger? _____

De næste spørgsmål handler om dine medarbejdere og deres kompetencer med videre.

På nuværende tidspunkt, hvor mange (ca.) i din enhed er...

(angiv et tal i den eller de relevante kategorier)

...sygeplejerske? _____

...social- og sundhedsassistent? _____

...social- og sundhedshjælper? _____

...sygehjælper/hjemmehjælper? _____

...fysioterapeut? _____

...ergoterapeut? _____

...sygeplejestuderende _____

...social- og sundhedsassistentelev _____

...social- og sundhedshjælperlev _____

...fysioterapeutstuderende _____

...ergoterapeutstuderende _____

...ufaglært? _____

Har du andre faggrupper blandt dine medarbejdere, som også deltager i plejen af borgeren?

- (1) Ja, hvilke og hvor mange i hver:
(2) Nej
(3) Ved ikke

Har du medarbejdere der har efter- eller videreuddannelse indenfor palliativ indsats?

- (1) Ja
(2) Nej
(3) Ved ikke

Hvor mange (cirka) af dine ansatte inden for hver af følgende faggrupper har efter- eller videreuddannelse indenfor palliativ indsats?

Skriv venligst et antal ud for alle kategorier. Har du ingen medarbejdere med efter- eller videreuddannelse i en given kategori, skriv da venligst et 0.

Sygeplejersker _____

Social- og sundhedsassistenter _____

Social- og sundhedshjælperne _____

Sygehjælper/hjemmehjælperne _____

Fysioterapeuter _____

Ergoterapeuter _____

Er der andre faggrupper blandt dine medarbejdere, som også har efter- eller videreuddannelsen indenfor palliation?

- (1) Ja
(2) Nej
(3) Ved ikke

Hvilken eller hvilke faggrupper tilhører de og hvor mange er der i hver?

Har dine uddannede ansatte mulighed for at tage en efter- eller videreuddannelse indenfor palliativ indsats?

- (1) Ja
(2) Nej
(3) Ved ikke

Hvor mange af dine uddannede ansatte tog imod dette tilbud i 2009? Ønsker du at markere "Ved ikke", skriv da venligst et x.

Antal _____

Ved ikke _____

Kvalificeres ufaglærte medarbejdere specielt til at deltage i den palliative indsats?

- (1) Ja
(2) Nej
(3) Ved ikke

Hvordan kvalificeres de? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Ved vejledning fra kollegaer
 (2) Ved et kursus - hvilke(t): _____
 (3) Ved supervision fra specialist eller nøgleperson
 (4) På anden vis - hvordan: _____
 (5) Ved ikke

I det følgende spørger vi ind til faser i den sidste del af et sygdomsforløb.

Når du i det følgende beskriver den palliative indsats, hvilke af følgende faser kan den så siges at omfatte (først og fremmest)?

- (1) Tidlig, Sen og Terminal
 (2) Sen og Terminal
 (3) Terminal
 (4) Ved ikke

Hvilke af følgende diagnosegrupper er omfattet af den palliative indsats i jeres enhed? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Kræft
 (2) Demens
 (3) Hjertekar
 (4) KOL
 (5) Andre. Hvis andre, hvilke:
 (6) Det er uafhængigt af diagnose

TEMA 1: KONTINUITET OG KOORDINERING

De følgende spørgsmål vedrører forskellige ansvarspersoner i forhold til borgeren med en livstruende sygdom.

Hvilke faggrupper i jeres enhed indgår i den palliative indsats? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Sygeplejerske
 (2) Social- og sundhedsassistent
 (3) Social- og sundhedshjælper
 (14) Sygehjælper/hjemmehjælper
 (7) Fysioterapeut
 (8) Ergoterapeut
 (14) Studerende
 (15) Elev
 (5) Anden faggruppe
 (4) Ufaglært
 (6) Ved ikke

Hvilke andre faggrupper indgår i den palliative indsats i jeres enhed?**Er der særlige nøgle-/ressourcepersoner for palliativ indsats i jeres enhed?**

Med nøgle-/ressourceperson mener vi en person, der har særlige kvalifikationer i forhold til palliative problemstillinger.

- (1) Ja
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Hvilken faggruppe tilhører nøgle-/ressourcepersonen oftest? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Sygeplejerske
 (2) Social- og sundhedsassistent
 (3) Social- og sundhedshjælper
 (10) Sygehjælper/hjemmehjælper
 (8) Ergoterapeut
 (7) Fysioterapeut
 (9) Ingen bestemt faggruppe
 (5) Anden - hvilken: _____
 (4) Ved ikke

Hvor ofte modtager borgeren i den sidste del af sygdomsforløbet palliativ indsats fra en fast gruppe af plejepersonale?

- (1) Altid
 (2) Ofte
 (3) Indimellem
 (4) Sjældent
 (5) Aldrig
 (6) Ved ikke

Hvor ofte tildeles borgeren med en livstruende sygdom en kontaktperson fra jeres enhed?

Med kontaktperson mener vi en person, der er udpeget til at have den primære kontakt med borgeren.

- (1) Altid
 (2) Ofte
 (3) Indimellem
 (4) Sjældent
 (5) Aldrig
 (6) Ved ikke

Hvilken faggruppe tilhører kontaktpersonen oftest? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Sygeplejerske
 (2) Social- og sundhedsassistent
 (3) Social- og sundhedshjælper
 (10) Sygehjælper/hjemmehjælper
 (7) Fysioterapeut
 (8) Ergoterapeut
 (4) Ufaglært
 (9) Ingen bestemt faggruppe
 (5) Anden - hvilken: _____
 (4) Ved ikke

Hvem fungerer oftest som tovholder i forhold til det samlede palliative forløb?

Med tovholder menes personen, der er ansvarlig for

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere borgerens helbred løbende
- at følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats
- at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål.

- (1) Praktiserende læge
 (2) Sygeplejerske fra egen enhed/tilknyttet enheden
 (7) Kontaktperson til borgeren
 (3) Anden/Andre. Beskriv venligst hvem:

- (4) Det er et samarbejde mellem flere (fx mellem læge og hjemmesygeplejerske). Hvem:
 (5) Ingen har rollen som tovholder
 (6) Ved ikke

TEMA 2: TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE OM DEN PALLIATIVE INDSATS

Hvor ofte er der et tilfredsstillende samarbejde med den praktiserende læge i det palliative forløb?

- (1) Altid
 (2) Ofte
 (3) Indimellem
 (4) Sjældent
 (5) Aldrig
 (6) Ved ikke

Hvilke grunde gør, at samarbejdet med lægen generelt ikke er tilfredsstillende?

- (1) Lægerne er generelt ikke tilgængelige
 (2) Lægerne er generelt ikke fagligt kvalificeret
 (3) Andre grunde - hvilke: _____

Hvor ofte i det palliative forløb er der et tilfredsstillende samarbejde mellem sygeplejerskerne, der kommer hos "dine" borgere, og dine medarbejdere?

- (1) Altid
 (2) Ofte
 (3) Indimellem
 (4) Sjældent
 (5) Aldrig
 (6) Ved ikke

Når borgeren med en livstruende sygdom udskrives fra et hospital, bliver der da afholdt et tværfagligt møde, for eksempel en udskrivningskonference?

- (1) Ja, ved alle palliative forløb
 (2) Ja, ved de fleste palliative forløb
 (3) Ja, ved enkelte palliative forløb
 (4) Ja, ved få palliative forløb
 (5) Nej, aldrig
 (6) Ved ikke

I den tværfaglige udskrivningskonference indgår...

- (1) ...praktiserende læge
 (2) ...sygeplejerske fra egen enhed/tilknyttet enheden
 (3) ...hospitalslæge
 (4) ...hospitalsygeplejerske
 (5) ...social- og sundhedsassistent
 (6) ...social- og sundhedsbistand
 (7) ...sygehjælper/hjemmehjælper
 (8) ...studerende/elever
 (9) ...borgeren med en livstruende sygdom
 (10) ...påretnende
 (11) ...andre
 (12) Ved ikke

Bliver der afholdt tværfaglige møder i forbindelse med andre situationer?

- (1) Ja
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

I forbindelse med hvilke situationer afholdes møderne? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Når et palliativt forløb starter
 (2) Når situationen for borgeren ændres
 (3) Når borgeren indlægges
 (4) Ved borgerens nært forestående død
 (5) I anden situation. Beskriv venligst hvilken eller hvilke andre situationer: _____

Har I inddraget en eller flere af følgende faggrupper i palliative forløb? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Psykologer
 (2) Præster
 (3) Socialrådgivere
 (4) Fysioterapeuter
 (5) Ergoterapeuter
 (6) Diætist
 (7) Frivillige
 (8) Andre. Hvilken eller hvilke andre faggrupper har I inddraget? _____
 (9) Vi har ikke inddraget andre faggrupper
 (10) Ved ikke

Når en af "jeres" borgere indlægges, videregiver I da oplysninger til hospitalets personale (her tænker vi på skriftligt materiale som stamkort, medicinkort, plejeplan m.v.)?

- (1) Altid
 (2) Ofte
 (3) Indimellem
 (4) Sjældent
 (5) Aldrig
 (6) Ved ikke

TEMA 3: SAMARBEJDE MED SPECIALISTNIVEAU

Samarbejder I med en eller flere specialiserende enheder (fx palliativt team, palliativ enhed, hospice osv.) omkring den palliative indsats?

- (1) Altid
 (2) Ofte
 (3) Indimellem
 (4) Sjældent
 (5) Aldrig
 (6) Ved ikke

Hvilke typer af specialiserede enheder/eksperter samarbejder I med? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Hospice
 (2) Palliativ enhed
 (3) Palliativt team
 (4) Kommunale medarbejdere med palliativ ekspertise
 (5) Andre - hvilke: _____
 (6) Ved ikke

Er der nogle specialiserede enheder/eksperter I ikke har et samarbejde med, men som I godt kunne tænke jer at få et samarbejde med? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Hospice
 (2) Palliativ enhed
 (3) Palliativ team
 (4) Kommunale medarbejdere med palliativ ekspertise
 (5) Andre
 (7) Nej
 (8) Ved ikke

Hvilke andre enheder/eksperter kunne I tænke jer et samarbejde med?

Er jeres samarbejde med specialistaniveau formaliseret ved fx en fast aftale om løbende rådgivning, faste kontakttidspunkter eller lignende?

- (1) Ja - uddyb gerne: _____
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Har I adgang til akut rådgivning fra specialistaniveau på alle tidspunkter af døgnet?

- (1) Ja
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Synes du, at I i din enhed har tilstrækkelig adgang til hjælp, støtte og rådgivning fra palliativt specialiseret/ekspertniveau?

- (5) I meget høj grad
 (6) I høj grad
 (7) I nogen grad
 (8) I mindre grad
 (9) Slet ikke
 (8) Ved ikke / ikke relevant

Modtager dine ansatte supervision af specialister eller eksperter i palliation?

- (1) Ja, fra palliativ team
 (2) Ja, fra hospice
 (3) Ja, fra palliativ enhed
 (4) Ja, af kommunale medarbejdere med palliativ ekspertise
 (5) Ja, andet sted fra
 (6) Nej
 (7) Ved ikke

Hvor mange af de borgere med en livstruende sygdom, der har behov for det og ønsker om det, bliver tilset af specialiserede palliative teams (et team, der udgår fra hospice eller hospital)?

- (1) Alle
 (2) De fleste
 (3) Nogle
 (4) Få
 (5) Ingen
 (6) Ved ikke

Kan de af "dine" borgere med livstruende sygdom, som har behov for det, blive henvist til en af følgende sengepladser? Sæt gerne flere kryds.

Er du udelukkende leder af et plejehjem/plejeboliger med fast personale, se da venligst bort fra første svarkategori.

- (1) Ja, en afdelingsplads på plejehjem
 (2) Ja, en kommunal palliativ sengeplads
 (3) Ja, en plads ved hospice
 (4) Ja, en plads ved palliativ enhed
 (5) Andet
 (6) Ved ikke
 (7) Nej

Hvilken anden form for sengeplads kan de henvises til?

TEMA 4: DE PÅRØRENDE

Informerer I borgeren med en livstruende sygdom og dennes pårørende om muligheden for plejeorlov?

- (1) Altid
 (2) Ofte
 (3) Indimellem
 (4) Sjældent
 (5) Aldrig
 (6) Ved ikke

Informerer andre borgeren og dennes pårørende om muligheden for plejeorlov?

- (1) Ja - hvem: _____
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Informerer I borgeren med en livstruende sygdom og dennes pårørende om muligheden for medicintilskud/terminaltilskud?

- (1) Altid
 (2) Ofte
 (3) Indimellem
 (4) Sjældent
 (5) Aldrig
 (6) Ved ikke

Informerer andre borgeren og dennes pårørende om muligheden for medicintilskud/terminaltilskud?

- (1) Ja - hvem: _____
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Har I tilbud til pårørende (ikke efterladte) til borgeren med en livstruende sygdom?

- (1) Ja
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Hvilke af følgende tilbud har I? Sæt gerne flere kryds.

- (1) Mulighed for medindlæggelse
 (2) Sorggruppe
 (3) Samtale i hjemmet (uden den syge)
 (4) Samtale udenfor hjemmet (uden den syge)
 (5) Telefonisk samtale
 (6) Orientering om aflastningsmuligheder
 (7) Andre tilbud - hvilke:

Har I tilbud til efterladte til borgeren med en livstruende sygdom?

- (1) Ja
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Hvilke af følgende tilbud har I? Sæt gerne flere kryds.

- (2) Sorggruppe
 (3) Samtale i hjemmet
 (4) Samtale udenfor hjemmet
 (5) Telefonisk samtale
 (7) Andre tilbud - hvilke:

TEMA 5: KLINISKE RETNINGSLINJER

Er palliation nævnt i din kommunes sundhedsaftale?

- (1) Ja
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Har I på din arbejdsplads kliniske retningslinjer for den palliative indsats?

- (1) Ja
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Har I særlige rutiner for forløbet med en borger, der lider af en livstruende sygdom?

- (1) Ja
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Beskriv venligst hovedtrækkene i disse rutiner:

Hvor har I de kliniske retningslinjer fra?

- (1) Dem har vi selv udarbejdet
 (2) Dem har vi udarbejdet sammen med andre enheder i kommunen
 (3) De er udarbejdet af andre i kommunen
 (4) Vi anvender retningslinjer, der er udformet andetsteds (fx fra Sundhedsstyrelsen, WHO, hospice osv.)
 Angiv venligst hvor retningslinjerne er udformet:
 (5) Vi anvender retningslinjer udarbejdet på anden vis. Beskriv venligst hvordan de er udarbejdet:
 (6) Ved ikke

Hvem agter typisk, hvornår de kliniske retningslinjer for det palliative forløb skal træde i kraft? Sæt gerne flere kryds.

- (1) En sygeplejerske fra egen enhed/tilknyttet enheden
 (2) En praktiserende læge
 (3) Det plejepersonale, der kommer hos borgeren
 (4) Lederen af plejeeenheden
 (5) Plejeeenheden i fællesskab
 (6) Andre - hvem: _____
 (7) Ingen
 (8) Ved ikke

Hvem omfatter jeres kliniske retningslinjer?

- (1) Udelukkende borgeren med en livstruende sygdom
 (2) Både borgeren med en livstruende sygdom og dennes pårørende/efterladte
 (4) Andre - hvem: _____
 (3) Ved ikke

Hvilke områder omfatter jeres kliniske retningslinjer? Sæt venligst kryds ved alle relevante svarmuligheder.

- (1) Monofagligt samarbejde
 (2) Tværfagligt samarbejde
 (3) Samarbejde med specialniveaue
 (4) Sammenhæng i patientforløb
 (5) Evaluering af palliative forløb
 (6) Uddannelse af personale i palliation
 (7) Lindring af plagsomme symptomer
 (8) Psykosocial støtte
 (9) Eksistentiel støtte
 (10) Omsorg for pårørende/efterladte
 (11) Daglig pleje og omsorg
 (12) Frekvens af sygeplejersketilsyn
 (13) Andet. Skriv venligst hvad:
 (14) Ved ikke

I hvor mange af de palliative forløb anvender I de kliniske retningslinjer?

- (1) Alle
 (2) De fleste
 (3) Nogle
 (4) Få
 (5) Ingen
 (6) Ved ikke

Hvordan anvender I jeres retningslinjer?

- (1) Retningslinjerne er udtrykt i form af papirer, der skal udfyldes, for hver borger der indgår i et palliativt forløb.
 (2) Den ansatte skal orientere sig om retningslinjerne og anvende dem i det palliative arbejde.
 (3) Den ansatte har mulighed for at orientere sig om retningslinjerne og kan vælge at støtte sig til dem i det palliative arbejde.
 (4) Andet.
 (5) Ved ikke

På hvilken anden måde anvender I jeres retningslinjer?

TEMA 6: EVALUERING AF DEN PALLIATIVE INDSATS

Gennemfører I systematiske evalueringer af det palliative forløb?

- (1) Ja
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Hvilke af følgende personer deltager som regel i evaluering af et palliativt forløb?

- (1) En sygeplejerske fra egen enhed/tilknyttet enheden
 (2) Social- og sundhedsassistent
 (3) Social- og sundhedshjælper
 (10) Sygehjælper/hjemmehjælper
 (9) Studerende/elever
 (4) Læge
 (8) Borger med livstruende sygdom
 (5) Pårørende
 (7) Andre. Beskriv venligst hvem:
 (0) Ved ikke

Hvordan gennemføres evalueringen?

- (1) Som en evaluering af hvert enkelt palliativt forløb
 (2) Opsamlende, som en generel vurdering af palliative forløb
 (3) Audit/gennemgang af udvalgte forløb (fx en gang om året)
 (4) På anden vis - hvordan: _____
 (5) Ved ikke

Har evalueringerne ført til justeret indsats eller ændrede arbejdsgange i den palliative indsats?

- (1) Ja. Giv venligst eksempler på hvad der er blevet ændret eller justeret:
 (2) Nej
 (3) Ved ikke

Hvorfor ikke?

- (1) Det er ikke vurderet nødvendigt
 (2) Det har vi ikke ressourcer til
 (3) Andet. Beskriv venligst hvad:
 (4) Ved ikke

Der er nu ikke flere spørgsmål. Hvis du har kommentarer eller uddybninger til spørgeskemaet eller nogle af dine besvarelser, må du meget gerne skrive dem her

Spørgeskemaet er udfyldt - mange tak for din hjælp.

Med venlig hilsen
 Palliativt Videncenter

Bilag 2. Følgebrev

Til vores kontaktperson

Tak fordi du har sagt ja til at videresende denne mail til **samtligte din kommunes ledere af plejeboliger, hjemmepleje eller hjemmesygepleje, både private og offentlige**. Leder forstås i denne forbindelse som den person, der har kendskab til den samlede personalegruppe og dennes kompetencer. Vi forestiller os f. eks. forstanderen eller souschefen på et plejehjem og lederen af en hjemmepleje- eller hjemmesygeplejeenhed.

Til lederen

Palliativt Videncenter undersøger indsatsen for borgere med livstruende sygdom i Danmark. Vi håber, du vil dele din viden med os i et spørgeskema om indsatsen for personer med livstruende sygdom i din enhed. Spørgeskemaundersøgelsen er landsdækkende og vil blive gjort op i slutningen af 2010. Du har fået denne mail, fordi du er daglig leder af plejeboliger, hjemmepleje eller hjemmesygepleje. Fungerer du ikke som daglig leder, men som overordnet leder (for eksempel som område- eller distriktsleder) anmoder vi om, at du sender denne mail videre til den relevante kollega.

For at komme i gang med undersøgelsen skal du klikke på dette link: <http://www.survey-xact.dk/LinkCollector?key=3D46Z2P3N92>. Du bliver så stillet videre til selve undersøgelsen.

Vi vil bede dig om at svare på skemaet hurtigst muligt og senest en uge efter, at du har modtaget skemaet.

På forhånd mange tak for hjælpen!

Med venlig hilsen

Karen-Inge Karstoft
Projektmedarbejder
Palliativt Videncenter
kk@pavi.dk
Tlf. 3038 2302

Anne Fisker Nielsen
Studertermedhjælp
Palliativt Videncenter
afn@pavi.dk
Tlf. 3038 2302

Helle Timm
Centerchef
Palliativt Videncenter
ht@pavi.dk
Tlf. 3038 2300

^[1]Palliativt Videncenter (PAVI) er et nationalt center, der har til formål at sikre udvikling, høj faglig kvalitet og spredning af viden i den palliative indsats i Danmark. PAVI er etableret i samarbejde mellem seks organisationer: Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Foreningen for Palliativ Indsats - omsorg ved livets afslutning, Gruppen af Ledere ved Hospice, Palliative Teams og Palliative Enheder, Hospice Forum Danmark, Kræftens Bekæmpelse – og TrykFonden. PAVI støttes af midler fra TrykFonden og Kræftens Bekæmpelse fra 2009-2011

Bilag 3.

Brev udsendt vedrørende opgørelse af svarprocenter

Kære rette vedkommende i [navn på kommune].

I efteråret 2010 gennemførte Palliativt Videncenter⁶ en landsdækkende undersøgelse af den palliative indsats i primærsektoren. Et spørgeskema blev sendt til ledere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentre/-hjem. På trods af travlhed i sektoren har vi modtaget 519 besvarelser fra 97 kommuner og det er vi meget taknemmelige for.

Jeres kommune er repræsenteret ved besvarelser fra to ledere, der blandt andet har følgende karakteristika:

Ledertitel	Leder af	Leder for
Hjemmeplejeleder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	25 medarbejdere
Hjemmeplejeleder	Hjemmepleje og hjemmesygepleje	42 medarbejdere

For at kunne bruge besvarelserne (vide, hvor dækkende de er for jeres kommune) er det *fuldstændigt afgørende*, at vi blandt andet ved, 1) hvilket niveau disse ledere befinder sig på i jeres organisering af ældreområdet og 2) hvor mange der *ikke* har besvaret. I denne forbindelse har vi nogle enkelte spørgsmål, som vi ikke kan indhente svar på hos andre end jer:

1. *Hvilken ledelsesstruktur* har I indenfor hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og plejecentre/-hjem?
2. *Hvor mange ledere* har I af hver ledertype?

Hvis I eventuelt har et dokument med en tabel eller en figur over jeres opdeling, må I meget gerne vedhæfte dette.

3. Hvis I har *private leverandører* af hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje og/eller private plejehjem i kommunen, hvor mange og hvilke har I så?

Vi ser frem til at høre fra jer. Har I spørgsmål er I meget velkomne til at henvende jer per telefon eller mail til studentermedhjælper Anne Fisker Nielsen.

Venlige hilsener

Anne Fisker Nielsen	Helle Timm
Studentermedhjælp	Centerchef
Palliativt Videncenter	Palliativt Videncenter
afn@pavi.dk	ht@pavi.dk
Tlf. 3038 2302	Tlf. 3038 2300

⁶ Palliativt Videncenter (PAVI) er et nationalt center, der har til formål at sikre udvikling, høj faglig kvalitet og spredning af viden i den palliative indsats i Danmark. PAVI er etableret i samarbejde mellem seks organisationer: Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Foreningen for Palliativ Indsats - omsorg ved livets afslutning, Gruppen af Ledere ved Hospice, Palliative Teams og Palliative Enheder, Hospice Forum Danmark, Kræftens Bekæmpelse – og TrykFonden. PAVI støttes af midler fra TrykFonden og Kræftens Bekæmpelse fra 2009-2011. Fra 2012 er PAVI på finansloven.

Bilag 4. Opgørelse af svarprocenter

De fire følgende sider viser svarprocenterne for lederne indenfor de enkelte kommuner, fordelt på områderne plejehjem, hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Svarprocenterne er udregnet på baggrund af oplysninger fra kommunerne om, hvor mange ledere de har på forskellige leder-niveauer indenfor de tre ovennævnte områder. *Procenterne angiver derfor, hvor mange ledere der har deltaget ud af alle ledere på samme niveau indenfor samme område.* Hvis der i en kommune var 7 forstandere af plejehjem, hvoraf 4 havde deltaget, ville denne kommune have en svarprocent på 57 % for plejehjemsledere. Hvis en leder havde ansvar for to enhedstyper, f. eks. for plejehjem og hjemmepleje, så er denne talt med både som en ud af alle plejehjemsledere og som en ud af alle hjemmeplejeledere. Ledere af aften- og nat-grupper er talt på lige fod med ledere af dag-grupper. Det samme gælder ledere af grupper med fokus på demens. Ledere der kun ledte rehabiliterings- eller handicap-enheder, har dog ikke været regnet som en del af målgruppen og er derfor ikke medtaget i opgørelsen.

Man skal være opmærksom på, at de angivne svarprocenter ikke er et udtryk for, hvor stor en *del af kommunernes plejeområde,*

der er repræsenteret, da det kan være forskelligt, hvor stort et ansvarsområde de enkelte ledere har. Procenterne er kun et udtryk for, *hvor mange besvarelser vi har modtaget ud af mulige besvarelser.*

I opgørelsen er der skelnet mellem ledere på mellemniveau og på nedre niveau. Førstnævnte har ledere under sig, det har sidstnævnte ikke. I tre kommuner er der ledere fra både mellem og nedre niveau indenfor samme område. De to niveauer er kun medtaget, fordi det er sikkert, at deres ansvarsområder og dermed deres besvarelser, ikke "går ind over" hinanden.

Fire kommuner er markeret med en stjerne (*). *Helsingør og Køge* er markeret fordi deres svarprocenter ikke er bekræftet af en kontaktperson i kommunen, men er regnet ud via informationer tilgængelige på deres hjemmesider. *Lemvig* er markeret fordi de nedre ledere ikke er de nederste, men blot befinder sig på et lavere niveau end lederne, der er angivet som mellemledere. Endelig er *Esbjerg* markeret, da svarprocenten angiver andelen ud af alle ledere på samme niveau indenfor *både* plejehjem, hjemmepleje og hjemmesygepleje. Fordelingen mellem områderne er for os ukendt. Dog deltager cirka lige mange fra hvert område.

I de følgende tabeller over svarprocenterne er alle 98 kommuner skrevet op i alfabetisk rækkefølge. I vores undersøgelse er medtaget 91 kommuner. De syv kommuner, der ikke er med i undersøgelsen, er ladet blanke. For de resterende kommuner

vises svarprocenterne indenfor de enkelte pleje-områder. Hvis der i en given kommune er et eller to pleje-områder, hvor vi ikke set deltagelse fra ledere, der opfylder betingelserne for at deltage, er der ikke angivet en svar-procent ud for dette område.

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Albertslund	Hjemmepleje	66%	
	Hjemmesygepleje	66%	
	Plejhjem		
Allerød	Hjemmepleje		25%
	Hjemmesygepleje		25%
	Plejhjem	66%	
Assens	Hjemmepleje		33%
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem		88%
Ballerup			
Billund	Hjemmepleje		71%
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem		62%
Bornholm	Hjemmepleje		25%
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem	100%	
Brøndby	Hjemmepleje	33%	
	Hjemmesygepleje	33%	
	Plejhjem	33%	

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Brønderslev	Hjemmepleje	50%	
	Hjemmesygepleje	50%	
	Plejhjem	60%	
Dragør	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem		25%
Egedal	Hjemmepleje		66%
	Hjemmesygepleje		33%
	Plejhjem		33%
Esbjerg*	Hjemmepleje		13%
	Hjemmesygepleje		13%
	Plejhjem		13%
Fanø	Hjemmepleje		100%
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem		
Favrskov	Hjemmepleje		33%
	Hjemmesygepleje		66%
	Plejhjem		25%
Faxe	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem		11%

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Fredensborg	Hjemmepleje		25%
	Hjemmesygepleje		25%
	Plejhjem		20%
Fredericia	Hjemmepleje	6%	
	Hjemmesygepleje	11%	
	Plejhjem	75%	
Frederiksberg	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		
Frederikshavn	Hjemmepleje		46%
	Hjemmesygepleje		75%
	Plejhjem		22%
Frederikssund	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		50%
	Plejhjem		25%
Furesø	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		
Faaborg - Midtfyn	Hjemmepleje		15%
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem		16%
Gentofte	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		33%
	Plejhjem		22%
Gladsaxe	Hjemmepleje	40%	
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem	40%	

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Glostrup	Hjemmepleje	33%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	33%	
Greve	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		7%
Gribskov	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem	100%	
Guldborgsund	Hjemmepleje	25%	
	Hjemmesygepleje	25%	
	Plejhjem	25%	
Haderslev	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje	33%	
	Plejhjem	14%	
Halsnæs	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem		42%
Hedensted	Hjemmepleje		71%
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem		50%
Helsingør*	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem	20%	
Herlev	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		14%
Herning	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem		7%

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Hillerød	Hjemmepleje		20%
	Hjemmesygepleje		20%
	Plejhjem	20%	
Hjørring	Hjemmepleje	28%	
	Hjemmesygepleje	28%	
	Plejhjem	26%	
Holbæk	Hjemmepleje		16%
	Hjemmesygepleje		75%
	Plejhjem		20%
Holstebro	Hjemmepleje	33%	
	Hjemmesygepleje	50%	
	Plejhjem	20%	
Horsens	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem		18%
Hvidovre	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	66%	
Høje-Taastrup	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		
Hørsholm	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	50%	
Ikast-Brande	Hjemmepleje	60%	
	Hjemmesygepleje	50%	
	Plejhjem	22%	
Ishøj	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem		60%

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Jammerbugt			
Kalundborg	Hjemmepleje	66%	
	Hjemmesygepleje	11%	
	Plejhjem	12%	
Kerteminde	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem	33%	20%
Kolding	Hjemmepleje	30%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	20%	
København	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	52%	
Køge*	Hjemmepleje	36%	
	Hjemmesygepleje	36%	
	Plejhjem	75%	
Langeland	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	20%	
Lejre	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		
Lemvig*	Hjemmepleje	40%	25%
	Hjemmesygepleje	40%	25%
	Plejhjem	40%	25%
Lolland	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem		

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Lyngby-Taarbæk			
Læsø			
Mariagerfjord	Hjemmepleje	20%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	57%	
Middelfart	Hjemmepleje		12%
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		25%
Morsø	Hjemmepleje	33%	
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem	57%	
Norddjurs	Hjemmepleje	20%	
	Hjemmesygepleje	20%	
	Plejhjem	22%	
Nordfyn	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		20%
Nyborg	Hjemmepleje		16%
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem		12%
Næstved	Hjemmepleje	75%	
	Hjemmesygepleje	75%	
	Plejhjem	75%	
Odder	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem	50%	

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Odense	Hjemmepleje	57%	
	Hjemmesygepleje	40%	
	Plejhjem	40%	
Odsherred	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem	50%	
Randers	Hjemmepleje	25%	
	Hjemmesygepleje	18%	
	Plejhjem		
Rebild	Hjemmepleje	71%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	28%	
Ringkøbing-Skjern	Hjemmepleje	42%	
	Hjemmesygepleje	42%	
	Plejhjem	20%	
Ringsted	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		
Roskilde	Hjemmepleje		14%
	Hjemmesygepleje		14%
	Plejhjem	55%	
Rudersdal	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	42%	
Rødovre	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem	33%	
Samsø	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	80%	

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Silkeborg	Hjemmepleje		35%
	Hjemmesygepleje		33%
	Plejhjem		28%
Skanderborg	Hjemmepleje		16%
	Hjemmesygepleje		33%
	Plejhjem		23%
Skive	Hjemmepleje		11%
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		20%
Slagelse	Hjemmepleje	30%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	40%	
Solrød			
Sorø	Hjemmepleje		14%
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem		42%
Stevns			
Struer	Hjemmepleje	33%	
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem	12%	
Svendborg	Hjemmepleje		9%
	Hjemmesygepleje		50%
	Plejhjem		17%
Syddjurs	Hjemmepleje		25%
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem		10%

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Sønderborg	Hjemmepleje	25%	
	Hjemmesygepleje		6%
	Plejhjem	9%	
Thisted	Hjemmepleje	33%	
	Hjemmesygepleje	26%	
	Plejhjem	38%	
Tønder	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem	40%	
Tårnby	Hjemmepleje		
	Hjemmesygepleje	50%	
	Plejhjem	80%	
Vallensbæk	Hjemmepleje	100%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	100%	
Varde	Hjemmepleje	50%	
	Hjemmesygepleje	100%	
	Plejhjem	25%	23%
Vejen	Hjemmepleje	44%	
	Hjemmesygepleje	60%	
	Plejhjem	16%	
Vejle	Hjemmepleje	46%	
	Hjemmesygepleje	61%	
	Plejhjem	52%	
Vesthimmerlands	Hjemmepleje	80%	
	Hjemmesygepleje		
	Plejhjem	11%	
Viborg			

KOMMUNE	ENHED	MELLEM	NEDRE
Vordingborg	Hjemmepleje	90%	
	Hjemmesygepleje	64%	
	Plejhjem	87%	
Ærø	Hjemmepleje		66%
	Hjemmesygepleje		100%
	Plejhjem		25%
Aabenraa	Hjemmepleje	30%	
	Hjemmesygepleje	33%	
	Plejhjem	30%	
Aalborg	Hjemmepleje	43%	
	Hjemmesygepleje	20%	
	Plejhjem	41%	
Århus	Hjemmepleje	18%	
	Hjemmesygepleje	15%	
	Plejhjem		



Bilag 5. Kriterier for udelukkelse af respondenter fra det endelige udvalg

Visse respondenter måtte desværre udelukkes fra det endelige udvalg. Som anført i afsnittet *Svarprocent, repræsentativitet og det endelig udvalg* (s. 10) var der enkelte kommuner, hvor det ikke lykkedes at få oplysninger om det samlede antal mulige deltagere. På grund af dette var det ikke muligt at bedømme deres svarprocent og respondenter fra disse kommuner blev derfor udelukket. Andre respondenter måtte udelukkes fordi de var ansat som ledere af alle plejehjem og al hjemme- og hjemmesygepleje i kommunen (f. eks. "ældrechefer"). Det vurderedes, at ledere på dette niveau har så anderledes arbejdsopgaver i forhold til de øvrige ledere, at det ville være skævvridende at medtage dem i det endelige udvalg. En lille gruppe

respondenter blev sorteret fra, da deres svar kunne formodes at "overlappe" svarene fra andre ledere i samme kommune – forstået på den måde, at deres svar omhandlede den samme personalegruppe, der således ville blive repræsenteret to gange. Slutteligt har vi udelukket de respondenter, der var fra en privat udbyder (af disse var der kun 10).

Med anvendelsen af de ovenstående eksklusionskriterier består det endelige udvalg af 467 offentlige ledere af plejehjem, hjemmepleje og/eller hjemmesygeplejeenheder. De befinder sig typisk på et niveau, hvor de enten leder et enkelt område/plejehjem eller en personalegruppe indenfor dette område/plejehjem. Det er disse respondenter, som denne undersøgelse baserer sig på.

KOLOFON

Kortlægning II

ISBN: 978-87-994760-4-6

REDAKTION: Jorit Tellervo og Anne Fisker Nielsen

DESIGN: BEYER DESIGN

TRYK: Arco Grafisk

Udgivet af PAVI · www.pavi.dk

ILLUSTRATIONER OG FOTO:

Anne Fisker Nielsen:

Side: 8, 10, 11, 15, 29, 31, 32, 43, 51, 53, 59, 76, 78

Sundhedsstyrelsen:

Side: 13

Morguefile:

Side: 16

HF fotografi:

Side: 24, 35, 39, 41, 57

Jorit Tellervo:

Side: 45

Maj 2012

Fra 2009-2012 foretager Palliativt Videncenter en national kortlægning af den palliative indsats fra basis- til specialiseret palliativt niveau. I denne rapport er der fokus på indsatsen i kommunerne. Grundlaget herfor er et spørgeskema, sendt til ledere i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejehjem. 467 ledere fra 91 kommuner har svaret og tilsammen danner de et gyldigt billede af det palliative arbejde i kommunerne. Det er dette arbejde vi formidler i denne rapport. Læs om hvordan arbejdet bliver tilrettelagt, hvilke kompetencer der er til rådighed, hvordan der samarbejdes, hvilken indsats der gives til patienter, pårørende og efterladte og hvorvidt og hvordan palliative forløb evalueres.