

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

cialer, i modsætning til i England, hvor det er et selvstændigt speciale.

I Danmark er det sådan, at Sundhedsstyrelsen udelukkende finansierer specialistedannelserne, dette bør ændres, så også et specialiseret fagområde som palliativ medicin finansieres.

I takt med at flere og flere har gennemgået det teoretiske nordiske specialistkursus, og de kliniske funktioner udbygges i Danmark, vil der være baggrund for at oprette egentlige uddannelsesstillinger. Man kunne forestille sig, at ophold i et specialiseret palliativt team eller på en enhed kunne indgå i blokuddannelsen til flere specialer, ligesom man kunne ønske sig tidsbegrænsede afdelingslægestillinger som del af specialistedannelsen.

Der er et påtrængende behov for mere systematisk forskning inden for området, der bør oprettes et videns- og udviklingscenter og et dansk professorat i palliativ medicin.

Der er altså fortsat et meget stort udviklingspotentiale inden for den palliative medicin i Danmark.

Korrespondance: Tove Bahn Vejlgård, Palliativt Team Vejle, Blegbanken 3, DK-7100 Vejle. E-mail: tove.bahn.vejlgard@vgs.regionsyddanmark.dk

Antaget: 13. september 2007  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N et al. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Pall Med* 2000;14: 93-104.
2. Association of Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Palliative Medicine Curriculum APM*. Southampton: Association of Palliative Medicine of Great Britain and Ireland, 1992.
3. Kan downloades fra: [www.jrcptb.org.uk/Specialty/Documents/Palliative%20Medicine%20Specialty%20Training%20Curriculum%20May%202007.pdf](http://www.jrcptb.org.uk/Specialty/Documents/Palliative%20Medicine%20Specialty%20Training%20Curriculum%20May%202007.pdf) /april 2007.
4. Faglige retningslinier for den palliative indsats. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.
5. Indholdet i Kræftplan II om palliativ indsats kan downloades på [www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/Kraeftplan2/bilag/Bilag\\_10\\_3\\_Palliativ\\_indsats.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/Kraeftplan2/bilag/Bilag_10_3_Palliativ_indsats.pdf) /april 2007.
6. World Health Organisation. *Cancer Pain Relief and palliative care*. Technical report series, No 804. Geneva: WHO, 1990.
7. Vejlgård T. Uddannelsesbehov hos læger og sygeplejersker inden for palliativ pleje og behandling. *Ugeskr Læger* 2003;165:3413-7.
8. Vejlgård T, Addington-Hall JM. Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Pall Med* 2005;19:119-27.
9. Koffman J, Higginson IJ. Assessing the effectiveness and acceptability of interprofessional palliative care education. *J Palliat Care* 2005;21: 262-9.
10. Rawlinson F, Finlay I. Assessing education in palliative medicine: development of a tool based on the Association for Palliative Medicine core curriculum. *Palliat Med* 2002;16:51-5.

## Palliation i primærsektoren – shared care

Speciallæge i almen medicin Mette Asbjørn Neergaard, praktiserende læge Birgit Åbom & professor Frede Olesen

Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis, og Syddansk Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis

I de senere år har fokus for den palliative indsats i Danmark i høj grad været på den specialiserede palliative indsats og oprettelse af hospicer. Der dør ifølge Dødsårsagsregisteret imidlertid mere end 15.000 patienter om året i Danmark af kræftsygdomme, og indlæggelse på en specialiseret palliativ sengeafdeling eller på et hospice kan således kun blive for de få. Meget tyder da også på, at den største del af de døende patienter og deres pårørende ønsker, at den sidste tid og døden foregår i hjemmet [1]. Praktiserende læger er sammen med hjemmeplejen vigtige professionelle i langt de fleste palliative forløb i hjemmene.

### Palliativ indsats og den praktiserende læge

I helt nye epidemiologiske studier af et dansk materiale har man påvist, at blot et enkelt hjemmebesøg af egen læge i de sidste tre levemåneder femdobler oddsene for at dø hjemme i stedet for at dø på hospital. Desuden stiger oddsene for hjemmedød proportionalt med antallet af hjemmebesøg (Tabel 1) [2]. Disse resultater kan tolkes, som om den prakti-

serende læge har en betydningsfuld rolle i hjemmene. Patienter og pårørende værdsætter da også den praktiserende læges samlede palliative indsats, og det ser ud til, at den tætte læge-patient-relation er vigtigere for patienter og pårørende end maksimal symptomkontrol [3]. I flere undersøgelser har man desuden påvist, at de praktiserende læger i høj grad ønsker at være aktive i den palliative indsats, men at der er behov for undervisning, supervision og kvalitetssikring [4].

Behandling af døende patienter i hjemmet er ikke nyt for praktiserende læger. Siden sundhedsvæsenets opdeling i to sektorer i midten af forrige århundrede har praktiserende læger taget sig af deres døende patienter og de pårørende i hjemmet [5]. Det almenmedicinske speciales traditioner og værdier ligger da også tæt op ad intentionerne i det palliative

Tabel 1. Association mellem egen læges sygebesøg og hospitalsdød [2].

Sygebesøg pr. måned	Ujusteret odds-ratio (95% konfidens-interval)	Justeret odds-ratio (95% konfidens-interval)
0	1,00	1,00
0,1-0,5	0,15 (0,10-0,23)	0,14 (0,09-0,21)
0,6-1	0,12 (0,08-0,18)	0,11 (0,07-0,17)
1-2	0,08 (0,05-0,11)	0,07 (0,05-1,00)
2-4	0,06 (0,04-0,09)	0,06 (0,04-0,08)
> 4	0,05 (0,03-0,06)	0,05 (0,03-0,08)

## Faktaboks

**Palliativ indsats**

Palliativ indsats består i »at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art« [7]

**Basisniveau**

Den palliative indsats på basisniveau omfatter den indsats, der finder sted på de almindelige sygehusafdelinger og i hjemmet. På sygehus varetages indsatsen af afdelingens personale og for hjemmeværende patienter af hjemmeplejeren og praktiserende læger [7]

**Ekspertniveau**

Den palliative indsats på ekspertniveau er målrettet de patienter, der har en kompleks symptomatologi, som kræver en specialiseret og/eller tværfaglig indsats, herunder også støtte til afklaring af psykosociale og eksistentielle problemer ...

De palliative teams opgaver for hjemmeværende patienter er i samarbejde med hjemmesygeplejersken og den praktiserende læge at bedre betingelserne for, at patienterne kan plejes, behandles og dø i eget hjem og herved undgå unødige sygehusindlæggelser [7]

**Om styrkelse af palliation i primærsektoren**

»Det er følgegruppens vurdering, at der er behov for en generel faglig styrkelse af den palliative indsats i primærsektoren for at sikre kvaliteten af indsatsen« [7]

**Shared care**

»Shared care is the joint participation of general practitioners and hospital consultants in the planned delivery of care for patients with a chronic condition, informed by an enhanced information exchange over and above routine discharge and referral letters« [9]

felt [5, 6]. Det tilstræbes i almen praksis at opnå en kontinuerlig læge-patient-relation. Hertil benyttes den personcentrerede tilgang, der inkluderer både fysiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle dimensioner af patientens symptomer og problemstillinger. Desuden prioriteres samarbejdsrelationer med andre professionelle højt. Symptombryden, de psykosociale problemstillinger og kravet til kommunikative evner i det palliative felt kan dog være så omfattende, at opgaven er svær og indimellem umulig at takle for primærsektoren alene.

**Palliation på basisniveau og ekspertniveau**

En del af de terminalt syge patienter har så svær symptomatologi, at de har behov for en specialiseret tværfaglig behandling. Den palliative indsats i Danmark er inddelt i et basis-

niveau og et ekspertniveau, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens Kræftplan 2 [7]. Primærsektoren, de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne udgør således ikke bare det basale niveau i den palliative indsats i hjemmet, men forventes også at spille en vigtig rolle på ekspertniveau sammen med et specialiseret palliativt team. Alligevel er der meget, der tyder på, at de praktiserende læger indimellem *shuntes* ud eller føler sig *shuntet* ud af de palliative forløb i hjemmet, som det også er beskrevet i Sundhedsstyrelsens »Hospice uden mure« fra 2005 [8]. Med indførelsen af specialiserede team og hospicer er der kommet en tiltrængt mulighed for, at patienter kan få sufficient behandling på specialistniveau. Desværre er der også en fare for, at alle palliative patienter skubbes hen imod den specialiserede indsats med kapacitets- og flaskehalsproblemer til følge. Man risikerer herudover at miste de patient- og pårørendeoplevede relationelle kvaliteter, som knytter sig til samarbejdet med egen læge og hjemmeplejen.

Ud over at den praktiserende læge forventes at være en del af den samlede palliative indsats, er der nemlig også hårdt brug for en *gatekeeper*, der kan vurdere, hvilke patienter der har brug for en specialiseret indsats, således at ressourcerne fordeles hensigtsmæssigt. Det er således ikke ønskværdigt eller realistisk hverken organisatorisk eller økonomisk, at de involverede professionelle i primærsektoren *shuntes* ud af den palliative indsats.

**Shared care**

Det følger af ovenstående, at den palliative indsats i høj grad er tværfaglig og tværsektoriel, og der er behov for fokus på samarbejdet mellem alle involverede professionelle. *Shared care*-tanken synes at være meget relevant i denne sammenhæng [9]. Det ligger implicit i definitionen, at der er tale om et aftalt samarbejde med fælles mål og en overordnet, intensiv informationsudveksling mellem de to parter ud over almindelige epikriser. Desuden er det nødvendigt med kendskab til andre professionelle kvaliteter og accept af de andres roller [10]. Der er altså tale om et meget mere organiseret samarbejde omkring de palliative patienter, end der eksisterer i Danmark i dag.

Der er forskningsresultater, der tyder på, at udfaldet af et palliativt forløb forbedres for patienterne, når praktiserende læger og specialistteam arbejder sammen om forløbene i hjemmet, f.eks. øges identifikation af systematiske problemer og evnen til at opnå hjemmedød [4]. Der er ingen dansk forskning om *shared care* specifikt rettet mod det palliative felt.

**Barrierer mod shared care i palliation i dag**

Der er behov for forbedring af det tværsektorielle samarbejde i Danmark. I det følgende er der nævnt eksempler på barrierer mod *shared care* i den palliative indsats i dagens Danmark. Disse eksempler er til dels taget fra et endnu ikke publiceret arbejde, hvori efterladte pårørende, praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og hospitalslæger er blevet interviewet.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Der findes sjældent instrukser på hospitalsafdelinger for, hvordan ansvaret for forløbet videregives, når en terminalt syg patient udskrives til eget hjem. Det er især i denne situation, at patient og pårørende føler sig ladt i stikken, og det er ofte her, de praktiserende læger føler sig koblet af. Hvis de praktiserende læger skal have en mulighed for at spille en rolle i de palliative forløb, skal de informeres inden udskrivelsen ud over en almindelig epikrise, og de vil meget gerne ringes op af den udskrivende læge inden udskrivelsen. Genetablering af læge-patient-relationen efter udskrivelsen skal desuden fremmes ved, at patient og pårørende informeres af hospitalslægen om, at det er den praktiserende læge sammen med hjemmeplejen, der er de centrale professionelle i forløbet i hjemmet. Der er nemlig en stigende tendens til, at den udskrivende hospitalslæge henviser direkte til et palliativt team uden at rådføre sig med den praktiserende læge om, hvorvidt det er nødvendigt at koble en specialiseret indsats på allerede ved udskrivelsen. Dette resulterer både i, at flaskehalsproblematikken opstår ved de palliative team, men også i, at den praktiserende læge *shuntes* ud, inden det palliative forløb er startet i hjemmet. Grunden til, at hospitalslæger ikke rådfører sig med de praktiserende læger, kan være, at hospitalslægerne er usikre på de praktiserende lægers viden og evner inden for det palliative felt, men den kan måske også være en tendens til at fokusere på »specialiseret sundhedsydelse« frem for at fokusere på primærsektoren, relationer og kontinuitet.

Der er problemer med kommunikationsveje og tilgængelighed hen over sektorgrænsen og også inden for sektorerne. Det er f.eks. vigtigt, at hospitalslægen kan få fat i den praktiserende læge uden at skulle bruge lang tid i telefonen, og at den praktiserende læge ved behov har let adgang til specialister, både de organspecifikke og de palliative specialister. De praktiserende læger ønsker i høj grad at kunne bruge specialisterne inden for dette felt som konsulenter og som samarbejdspartnere i de tilfælde, hvor der er behov for en ekstra indsats. Det er på samme måde vigtigt, at hjemmesygeplejersker og praktiserende læger finder en god og effektiv måde at komme i kontakt med hinanden på. Alle faggrupper skal således arbejde med deres tilgængelighed, ikke bare over for patienter og pårørende, men også over for samarbejdspartnere. Nyere kommunikationsformer såsom it og fax benyttes, og kan formentlig udnyttes bedre, men kan ikke erstatte den personlige kontakt. Bedre tilgængelighed pr. telefon, f.eks. aftalte telefontider/specielle telefonnumre, er en nødvendighed for et bedre samarbejde.

Der er således mange organisatoriske udfordringer ved en eventuel indførelse af mere regelret *shared care* i de palliative forløb, f.eks. i form af forbedring af de professionelle kommunikationsveje og informationskanaler og tydeligere og mere formaliseret ansvarsoverlevering ved udskrivelse.

Det er derudover nødvendigt, at hospitalslæger og alment praktiserende læger udvikler en mere samarbejdsorienteret

holdning og anerkender hinandens roller. Noget tyder på, at der er store problemer med vores samarbejdskultur inden for sektorerne og imellem sektorerne i Danmark. Disse problemer kan bunde i manglende kendskab til hinandens evner og forventninger, men også i fordomme og manglende respekt [10]. Der er et stort behov for yderligere forskning på dette område for at vurdere omfang, konsekvenser og fokusområder for specifik forbedring af samarbejdskulturen i sundhedsvæsenet.

### Perspektiv

I de seneste år har man i den politiske debat om palliation som sagt oftest haft fokus på den specialiserede indsats og på hospicer. Der har da også i Danmark været et massivt behov for udbygning af begge dele. Det synes dog ikke at være hensigtsmæssigt, at de praktiserende læger langsomt skubbes ud af det palliative felt, og det er heller ikke, hvad patienter, pårørende og professionelle ønsker. Hvis primærsektoren skal fortsætte med at have en nøglefunktion i den palliative indsats, skal det sikres, at primærsektoren løbende uddannes og kvalitetssikres, men også at samarbejdet og kommunikationsvejene mellem alle involverede professionelle forbedres. Hvis ikke denne udvikling af samarbejdet tages alvorligt, risikerer vi, at resultatet af de senere års indsats samlet set for hele gruppen af patienter med palliative behov bliver et kvalitets- og en øget ulighed i den samlede danske indsats, uagtet at indsatsen har øget kvaliteten for mange patienter. Der er således et stort behov for fokus på forskning inden for *shared care* både mht. organiseringen af det palliative samarbejde og mht. udvikling af samarbejdskulturen i det danske sundhedsvæsen.

Korrespondance: *Mette Asbjørn Neergaard*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, DK-8000 Århus C. Email: man@alm.au.dk

Antaget: 27. april 2007

Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

### Litteratur

1. Thomas C, Morris SM, Clark D. Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Soc Sci Med* 2004;58:2431-44.
2. Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H et al. Population-based study of place of death of patients with cancer: implications for GPs. *Br J Gen Pract* 2005; 55:684-9.
3. Hanratty B. Palliative care provided by GPs: the carer's viewpoint. *Br J Gen Pract* 2000;50:653-4.
4. Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? *Palliat Med* 2002;16:457-64.
5. Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H et al. Almen lægepraksis i Danmark. København: Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
6. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. The European Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice: the role of the GP and core competencies. *Brit J Gen Pract* 2002;52:526-7.
7. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
8. Sundhedsstyrelsen. Hospice uden mure - medicinsk teknologivurdering af et palliativt netværk i samspil. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
9. Hickman M, Drummond N, Grimshaw J. A taxonomy of shared care for chronic disease. *J Public Health Med* 1994;16:447-54.
10. Bliss J, Cowley S, While A. Interprofessional working in palliative care in the community: a review of the literature. *J Interprof Care* 2000;14:281-90.